

# COIMBRA MÉDICA

ANO I

MARÇO DE 1934

N.º 3

PROPRIETÁRIO E EDITOR — DR. J. PÔRTO. — IMP. DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. — VISADO PELA CENSURA

## SUMÁRIO

	Pág.
ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL — A. da Rocha Brito . . . . .	123
CONTRIBUIÇÃO PARA O CONHECIMENTO E TRATAMENTO DA PARALISIA INFAN- TIL — Dr. Walter Belmonte . . . . .	139
UM CASO DE GANGRENA SIMÉTRICA DAS EXTREMIDADES INFERIORES POR CON- GELAÇÃO — Anselmo de S. Bettencourt e Silveira. . . . .	145
APONTAMENTO — A. P. . . . .	153
NOTAS CLÍNICAS — TRATAMENTO DA IN- TOXICAÇÃO BARBITÚRICA — Lúcio de Almeida . . . . .	156
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES.	

---

*MOURA MARQUES & FILHO*  
COIMBRA

## DIRECCÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. A. Vieira de Campos —  
Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da Fonseca —  
Prof. Santos Viegas — Prof. Elísio de Moura — Prof.  
Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.  
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Morais  
Sarmento — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Marques  
dos Santos — Prof. Novais e Sousa — Prof. Geraldino  
Brites — Prof. Egídio Aires — Prof. Maximino Correia  
— Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

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

# Oilina "LUX.,

Medicamento de base óleo de figados de bacalhau com a **vitamina D**, radiada e irradiada. E' de efeitos soberanos no raquitismo.

# Neurogenina "LUX.,

granulada, elixir e empolas.

Medicamento poliglicerofosfatado, nucleinado, metilarsinado com sais de sódio-cálcio, ferro, manganésio e noz de kola. O maior tónico e recalificante.

Peçam amostras aos Ex.<sup>ma</sup> Clínicos

Laboratórios "LUX., — COIMBRA

# MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25

## COIMBRA

Grande sortido de seringas em vidro e cristal de IENA desde 2 c. c. até 100 c. c., aos melhores preços do mercado.

Agulhas Contracid, podendo ser aquecidas ao rubro vermelho, substituindo assim as agulhas de platina com enorme economia de preço. Temos em armazem todos os tamanhos desde 2 até 10 centímetros de comprido.

# Laboratórios da Farmácia Pereira

## O FORXINOL



O *Forxinol* é um tónico reconstituente bastante conhecido pela Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica.

É um produto que se impõe pelos seus optimos efeitos.

É uma preparação farmaceutica constituída por elementos quimicos da maxima pureza e tão agradável ao paladar que as *crianças* o tomam com prazer.

Existe sob a forma elixir e granulado e o seu custo é apenas de 15\$00 escudos.

VENDEM-SE EM TODAS AS FARMÁCIAS

COIMBRA



Entre os preparados destes Laboratórios destacam-se o *Floromentol* e o *Crème Eudermine*. O *Floromentol* apresenta-se sob a forma de pastilhas. Combate eficazmente as infecções da boca e da garganta. O *Crème Eudermine* é um bom preparado para doenças de pele, muito usado, com apreciáveis resultados, por vários dermatologistas do Paiz. Não suja a pele e dá-lhe um tom levemente aveludado.

# Laboratórios "Azevedos,,"

Sob a direcção de : Dr. Manuel Pinheiro Nunes

Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

LISBOA

## LACTOSAN *caldo de cultura comprimidos*

Fermentos lácticos (Bacillus Bul-gárus) em culturas absolutamente frescas e activas.

Enterites, Auto-intoxicação, Febre tifoide, Fermentações intestinais, Prisão de ventre, Enterocolite muco-membranosa, Desenteria bacilar e amebiana.

## FOSFOSAN *granulado*

Extracto de kola recente e fósforo orgânico, assimilável, paladar agradável.

Reparador da célula nervosa. Indispensável na neurastenia, fadiga cerebral. Tónico cardíaco e na convalescença das doenças infecciosas, etc.

## VITAGENO *elixir e granulado*

Reconstituente dinamogénico. Específico das doenças de nutrição.

Compensador das trocas orgânicas e da desassimilação intensa. Tónico e eupéptico.

**Fósforo vegetal e arsénio orgânico atóxico.** Combinações racionais de sabor agradabilíssimo.

## VITAGENO *injectável*

Tónico e reconstituente de composição **fosfo cacodil-estriada**.

Empolas de 2 c. c. para injeção hipodérmica indolor. Poderoso excitante da nutrição.

Fraqueza geral, neurastenia, adinamia, Diabetes, Tuberculose, convallescenças, anemia, etc.

## ANAFILARSAN *comprimidos empolas de 10 c. c. 10 %*

Medicação anti-anafilática pelo Hiposulfito de magnesia. Urticaria, eczema, prurido, asma, etc.

## SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

### FARMÁCIAS

AZEVEDO, IRMÃO & VEIGA  
24, Rua do Mundo. 42

AZEVEDO, FILHOS  
31, Praça D. Pedro IV, 32

Director técnico : Thebar d'Oliveira

Farmacéutico pela Universidade de Coimbra



## ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL (1)

POR

A. DA ROCHA BRITO

Prof. catedrático da Faculdade de Medicina

.....  
Mas, antes e como patriótico desabafo, quero dizer que na Conferência Internacional do Serviço Social não se encontram duas linhas sobre o nosso país e no entanto temos com que preencher gloriosamente muitas páginas respeitantes à Caridade e à Assistência, mesmo no aspecto *Serviço Social*.

Se eu estivesse presente, lembraria o nosso passado das gafarias — instituição das mais belas, — precursoras do que hoje se faz de melhor nos países de lepra — e que nos tempos remotos da idade média colocava Portugal muito acima das nações da Europa, e isto quando a pátria principiava os difíceis passos da nacionalidade.

E, bastaria dizer o que foram e o que são as nossas Misericórdias — as nossas tresentas Misericórdias — a funcionar ininterruptamente desde 1498.

Bastaria ler os seus Compromissos ou Regulamentos para nimbá-las de glória, como precursoras, pelos seus fins e pela sua técnica, das mais interessantes modalidades do moderno Serviço Social, e isto antes que o humanista espanhol João de Vives, o amigo de Erasmo, propusesse em Bruges por 1526 os senadores e secretários visitantes.

«de como ham de visitar os envergonhados, ... de como

---

(1) Excertos da Oração *de Sapientia*, proferida por ocasião da abertura da Universidade no ano lectivo de 1933-1934.

ham de tirar primeiro inquiriçam... e assy pela vizinhança onde as taes pessoas envergonhadas e as tomem todas em roll...»

e isto muito antes que Sam Vicente de Paulo — o grande filantropo — em 1634 instituísse a visita aos hospitais e o socorro aos expostos:

De como o provedor ha de repartir os carregos e primeiramente começa nos espritaes... e primeiro que esmo la alguma façam faram toda delegência que poderem para saberem de suas necessidades

.....  
e muito antes, finalmente que o Professor de clínica médica e de moral social nos Estados Unidos, Cabot, tivesse descoberto *O Serviço Social no Hospital*.

Bastar-me-ia ter lido essas páginas, cujo pitoresco sabor a antigo eu não saberia verter em francês, para afirmar que

Tudo aqui está em embrião e mais do que em embrião:

O serviço social no hospital;

O inquérito social e o seu diagnóstico;

O socorro em alimento e em dinheiro proporcional às necessidades de cada um; a distribuição de pousadas e camas, e até o nome de *visitadores*, tão do gosto moderno, não faltando mesmo a visita de enfermagem, pois que os *conselheiros visitavam com mèsinhas*.

Não tinham, é certo, uma escola de serviço social mas a verdade é que já o ensino teórico era dado nos compromissos e o prático era feito na experiência de todos os dias, e quasi, quasi já havia um princípio de orientação profissional, pois, para os cargos era sempre escolhido o mais *Auto*, o mais apto. E, visitavam os presos — Serviço Social nas Prisões — a quem não faltavam com os socorros em pão, carne, peixe e vinho, facilitando-lhes a ida para o degrêdo e o da mulher e filhos, enterravam os enforcados e, nota esta bem sentimental, espécie de serviço social na *Justiça*, procuravam congraçar os desavindos:

... sabendo que algumas pessoas, antrelas ha desa-

venças ou odios, trabalharão por fazerem antreles amizades...

.....  
 .....

Ao lado destes livros há um que freqüentemente consulto e medito: é o da minha vida profissional, livro de páginas vividas e escritas no contacto com o sofrimento, com a miséria, com a ignorância, as mais das vezes duras e rudes, quasi sempre sombrias, raro totalmente iluminadas por um clarão de alegria ou por um lampejo de esperança, em que nem sempre o cepticismo é batido pela certeza dum bem completo, páginas da clínica citadina, páginas do Dispensário, páginas da enfermaria.

E, porque não o podeis consultar, aqui vos digo algumas delas — pedindo-vos que vos não deixeis dominar pelo tom de tristeza que nelas ressoa e reserveis para final deste trabalho o vosso juízo definitivo.

#### *No consultório:*

— Tipógrafo, homem de 40 anos, atacado de tuberculose evolutiva.

Receitei um tónico recalcificante e aconselhei boa alimentação, bom ar, repouso, vida emotiva tranqüila, que dormisse de janelas abertas, que deixasse o sol entrar amplamente pela casa.

Um sorriso amargo acolheu os meus conselhos, desnor-teando-me, pois a receita estava certa, o diagnóstico correctissimo, os conselhos — dentro da mais ortodoxa ciência médica!

Pedi-me que fôsse a sua casa. Fui: pardieiro lúgubre da baixa, uma petiza enfezadita e suja à porta;

Com o seu ordenado sustentava mulher, a petiza e um filho de 15 anos.

Compreendi o sorriso amargo, quedando-me envergonhado dos meus conselhos; sobretudo obsediava-me o ridículo daquele — que o sol amplamente entre pela casa, e compreendi também a *ironia*, que numa tinha notado — do aforismo — o sol quando nasce é para todos.

Completei o diagnóstico clínico com o diagnóstico social:

Miséria, carência de alimentos, de luz, de ar, de conforto.

Empreguei o pequeno, coloquei a filha no Asilo do Dr. Elísio de Moura e meti o doente no hospital.

Tinha realizado um serviço social e tinha feito de assistente social, sem saber, como Mr. Jourdain fazia prosa.

— Mãi que não consegue ter um filho vivo. Tem sido uma hecatombe: entre abortos, nados mortos e mortos de tenra idade, nenhum, de onze, conseguiu *ver vivo*.

Diagnóstico clínico: avariose, contagiada pelo marido que a tinha adquirido na adolescência.

Medida profilática social, entre outras, atestado pre-nupcial ou exame médico obrigatório ante-matrimonial.

#### *No Dispensário:*

Petiz de 6 anos, *tinioso*. Exemplar raro. *Tinha* do couro cabeludo e de tôda a pele glabra; mais raro ainda: tem o ventre volumosíssimo, hidrópico, 5 litros de líquido ascítico; alcoolismo crônico.

Informa o pai, radiante da proeza: bebe vinho e aguardente como um homem, e, ouviram os alunos do Dispensário, mesmo agora antes de entrar bebeu um copito.

Abstive-me, descoroçoado, de dar conselhos, mas completei o diagnóstico clínico com o social: miséria, estupidez, ignorância. Internei a criança.

Aqui, o serviço social tem um largo problema a resolver. É tôda uma mentalidade a reformar.

— Mulher leprosa, em fase contagiante, mãi de três filhinhos ainda sãos, que os filhos de leprosos nascem sem a lepra.

... se a podia internar no hospital mais as crianças.

Não era possível hospitalizá-la, por ser leprosa, nem aos meninos por serem sãos.

Dei-lhe muito bons conselhos, recomendando com insistência que se isolasse dos pequenos.

— Como, Santo Deus!? e, desanimada, esfregava uma contra a outra, as mãos mutiladas. Como? ; Se vivo de esmolas e com elas sustento os meus meninos?

E, desta vez, mesmo sem saber, não pude fazer serviço social, mas completei o meu diagnóstico: miséria.

— Ao assomar na porta o horrível e medonho carão hipertrofiado, todos que estávamos, alunos, enfermeiros e médicos, lemos o diagnóstico estampado na máscara leonina — *lepra tuberosa* no máximo de estragos — C<sub>3</sub> e, tomados dum instintivo movimento de repulsa, sempre existente por maior que seja a nossa piedade, mandámos entrar o homem, sim o homem...

— Que vinha a pé de Cantanhede, esmolando de logarejo em logarejo e pedia uma entrada no hospital.

Respondemos não ser possível, mas que estávamos prontos a tratá-lo no Dispensário.

— Chorou, porque... as lágrimas caíam-lhe da cara, poisque o fácies, êsse era indiscreto, num mixto de todos os esgares.

Feita uma subscrição, lá voltou à terra e no dia seguinte noticiaram os jornais que êle degolara a mulher com uma navalha de barba.

¿ Estaria isto escrito no livro do Destino ou poder-se-ia ter evitado? Um serviço social anexo ao Dispensário talvez tivesse impedido a catástrofe.

— Entra uma mulher e, chorosa, pede-me alta para uma filha internada no meu serviço.

Ao dizer-me o nome, respondo: mas essa doente não pode sair, foi-me trazida pela policia e só pode ter alta quando livre de manifestações contagiantes.

— Senhor Doutor, mas desde que ela entrou para o hospital, foi a fome em nossa casa! Era ela o sustento dos irmãos mais novos. Para não contagiar os outros, diz o Senhor Doutor, ¿ e quem na contagiou a ela?

— Diagnóstico social: miséria das misérias: económica, física e moral.

O Serviço Social encontra neste caso o mais grave e complexo dos seus problemas.

¿ E o que me dizem as páginas do Hospital?...

.....  
E o médico, Senhoras e Senhores, que tinha abraçado, embora não a tivesse escolhido, a sua carreira, cheio de entusiasmo, fé e ardor combativo, sentiu os seus esforços e energias quasi impotentes perante a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo, a lepra, a

prostituição, que são os graves flagelos sociais que nos atormentam, todos êles de braço dado com a miséria, num círculo vicioso, onde muitas vezes se não descortina onde está a causa, onde o efeito, o médico viu que não bastariam um diagnóstico acertado, uma receita adequada, os conselhos e as palavras de conforto, se o seu serviço individual não fôsse prolongado, não se completasse por um conjunto de medidas sociais, a que nós hoje chamamos o Serviço Social.

E, êsse médico, que queria ser médico na plenitude desta nobre profissão, para a qual sobeja a vontade, mas falece o tempo, impossibilitado, como todos os seus colegas, de ser simultâneamente médico e assistente social, entregou-se à propaganda profiláctica e logo no primeiro Congresso Beirão, realizado em Vizeu em 1920, numa conferência sôbre dado aspecto da saúde pública disse — animam-nos, a todos, os desejos de vermos as Beiras aperfeiçoadas, valorizadas nas suas fontes de riqueza mas pelo programa das teses vejo que ninguém se lembrou do primeiro e mais poderoso factor de riqueza — o beirão — e no entanto, sem o homem ¿ para que servem as próprias riquezas? nem a própria paisagem, esta majestosa e ao mesmo tempo ridente paisagem, porque até esta é um estado d'alma, conforme estamos alegres ou tristes, ou doentes. E alguém de V.<sup>as</sup> Ex.<sup>as</sup> sabe dizer quanto vale em dinheiro um beirão; ¿ alguém já pensou em valorizar êsse capital? ¿ quanto perde a Beira por cada beirão que morre ou adocece? Não soube responder e ninguém me respondeu e no entanto os egípcios, os gregos, os romanos sabiam o preço dum escravo, os nossos negreiros também.

Hoje, posso responder indirectamente porquanto está calculado o valor monetário dum homem nos Estados Unidos, por exemplo, assim como está feito o cálculo de quanto êste grande país perde com a doença ou com a morte dos seus filhos.

E, visto que o aspecto económico do Serviço Social é um dos seus grandes esteios, vou abusar da paciência de V.<sup>as</sup> Ex.<sup>as</sup> resumindo e extractando alguns passos do livro *The money value of a man*, de Dublin e do relatório apresentado à Conferência Internacional por Homer Folks, secretário da Sociedade de Assistência do Estado de Nova York.

O primeiro cálculo, por exemplo, refere-se ao valor dum homem que aos 43 anos, idade média da máxima produtividade, tem o

ganho anual classificado de modesto pelo autor, de 2.500 dólares, ou sejam 55 contos, cálculo para diferentes idades da vida. Êsse homem, aos 21 anos, por exemplo, idade em que adquire os direitos de cidadão, vale 30770 dólares, isto é, 676 contos.

Os cálculos referentes ao mais baixo vencimento, que encontro no livro ou sejam 1.000 dólares, 22 contos, dão o seguinte para as idades que eu escolhi.

Um homem de 20 anos	vale	10.050 dólares	=	221 contos
» » » 40 » »		8.700 »	=	191 »
» » » 60 » »		2.450 »	=	53 »
» » » 70 »	não vale nada.			

¿ Que darão estes números transportados para Portugal ?

¿ E quanto custam a doença e a morte aos Estados Unidos ?

Resumamos o citado e extenso relatório:

« Os encargos da doença são calculados por ano em 3.729.925.396 dólares.

« O montante dos ganhos suprimidos pela doença e pela morte é, em números redondos, de 12 biliões de dólares, anualmente».

A soma das duas cifras é de 15.729.925.396 dólares.

Isto é, a doença e a morte custam anualmente àquela grande Nação a fabulosa quantia anual de 346 milhões de contos.

¿ Esta formidável cifra não é susceptível de diminuição ? Responde o mesmo autor que no estado actual das Ciências Médicas pode ser diminuída de mais dum  $\frac{1}{3}$ , ou seja na proporção das chamadas doenças evitáveis. E vale bem a pena tentar tão gigantesco esforço, pois que êsse *deficit* de saúdes e de vidas traduz-se pela perda de 15 % do rendimento nacional — que é a soma de todos os rendimentos individuais da Nação.

O serviço social tendo em vista entre muitos dos seus objectivos, a protecção do capital humano, é em última análise um factor de enriquecimento, pois que é enriquecer a Nação «prolongar a idade produtiva, desenvolver o vigor, a habilidade, a boa vontade dos trabalhadores, salvar existências ameaçadas, prevenir a doença e a miséria», aumentando assim êsse mesmo capital humano, cujo valor nos surpreende pela sua enormidade —

«na América e na Inglaterra é cinco vezes maior do que a riqueza nacional, ou seja o conjunto de todos os bens móveis e imóveis, quer do Estado, quer dos particulares» (R. Sand).

Mas isto é apenas ver o problema económico, que era a minha intenção quando perguntava quanto valia um beirão e hoje pergunto quanto vale um português, mas os problemas do Serviço Social têm outros aspectos iguais, senão mais interessantes, como êsses da protecção à criança e ao velho, e, no entanto aquela ainda nada vale e êste já deixou de valer.

Digo mais: a criança é um enorme encargo ainda antes de nascer, é-o mesmo quando nasce e continua sendo até à adolescência — nesse longo período de improdutividade, cujo valor também foi calculado por Dublin na citada obra: numa família de pai, mãe e três filhos, cujo *modesto* rendimento anual é de 55 contos, uma criança custa até a puberdade 228 contos.

Será assim, mas colocai num prato da balança todo o ouro do mundo e no outro a vida da criança, êsse luzeirinho contingente e hesitante — *ánimula, vágula, blândula, hospes comesque corporis*, e perguntai à mãe qual prefere!

Mas, encargo, e pesado, que seja, tôdas as nações o desejam ver aumentado na curva da sua natalidade e aquelas que a têm estacionária, estudam mil maneiras de a não perder, pois, sociólogos, políticos, professores bem sabem que a criança é o homem de amanhã e porisso tentam pô-la ao abrigo das mil contingências hostís que a rodeiam.

Diz o Conde Carton de Wiart, Ministro de Estado belga, que um filósofo, nos primeiros dias dêste século, ao tirar o horoscópio do recém-nascido, proclamara que êste seria o século da criança.

E é verdade, que dos nossos dias é esta grande descoberta: descobriu-se a criança. Concluiu-se que a criança não é uma miniatura do homem ou da mulher — mas que é um ser à parte na humanidade, com a sua mentalidade, com as suas necessidades, com a sua individualidade nitidamente distintas.

Há, sem dúvida razões sociais, que deram tôdas as simpatias para as crianças, cujos direitos foram bem alto proclamados no Congresso de Genebra, mas os velhos — que não são uma esperança, os inválidos, os cegos, os surdos mudos, que são pesados encargos, ¿ porque teima a sociedade em socorrê-los?

¿ Porque não fazemos como certos povos em que são os próprios filhos a suprimir os velhos pais, como bôcas que é preciso fechar ou como certas raças da encantadora Sumatra, todavia inteligentes, que abandonam totalmente os doentes à sua sorte?

Os vossos corações estão respondendo...

.....  
Mas —

Ex.<sup>mo</sup> Reitor, Senhoras e Senhores: É tempo de definir o que é Serviço Social.

*Dum lado*, a miséria em todo o seu complexo e temeroso aspecto.

As doenças sociais: a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo, o sesonismo, a lepra, o reumatismo, gravíssimo problema nalguns paizes, o cancro, a loucura.

A invalidez, os cegos, os surdos mudos, os entrevados.

Os accidentes de trabalho — as doenças profissionais — as epidemias — as doenças infantís — as estiagens — as inundações — os tremores de terra — a fome — o desemprego — a guerra.

*Do outro lado*:

Todos os organismos e instituições que o homem a pouco e pouco tem descoberto ou inventado para combater ou prevenir a miséria em todos os seus aspectos, porque o homem tem levado de vencida a natureza hostil e tem dominado os seus próprios instintos:

Albergues — Hospitais — Sanatórios — Dispensários — Centros de higiene — Asilos — Creches — Maternidades — Gotas de leite — Preventórios — Misericórdias — Reformatórios — Refúgios — Tutorias da infância — Tribunais de menores — Jardins-escolas — Balneários públicos — As praias artificiais — Colónias marítimas — Jardins operários — Cidades universitárias — Caixas de compensação — Bolsas de trabalho — Mutualismo — Seguros sociais — Casas económicas — Bairros sociais — A Sociedade das Nações — As religiões.

E como ponte entre estes dois lados, como traço de união, o serviço social, com sua técnica própria, com seus métodos e meios de acção, adaptando a cada caso o melhor remédio, tentando prevenir mais do que remediar, aperfeiçoando e esclarecendo a caridade, organizando-a metòdicamente e cientificamente, estimulando todos os factores de assistência e previdência, animando as boas

vontades particulares, solicitando e insistindo junto dos poderes públicos pelo aperfeiçoamento dos organismos e instituições já existentes e pela criação doutros novos, lembrando alvitres originaes, forjando emfim uma consciência colectiva que aceite e vibre com estes ideais.

Na definição de Joannon, é, em síntese, a utilização judiciosa e dedicada dos meios preventivos e curativos de luta contra um grande número de males sociais. Êsses meios de luta constituem o armamento social.

Assim, e seguindo as directrizes da Conferência Internacional, colectiva ou individual, do Estado ou da Iniciativa particular, o Serviço social reúne e orienta todos os esforços que visam, segundo René Sand:

A aliviar os sofrimentos provenientes da miséria (é a assistência paliativa);

A recolocar os indivíduos e as famílias em condições normais da existência (é a assistência curativa).

A prevenir os flagelos sociais (é a assistência preventiva);

A melhorar as condições sociais, elevando o nível da existência (é a assistência construtiva).

Vasto plano para cuja realização se necessita dum pessoal adextrado, que se não improvisa.

São os auxiliares ou assistentes sociais, na sua maioria, mulheres — agentes de ligação entre o mal existente e o remédio, entre o mal contingente e a previdência, são elas que procuram o desgraçado, a família que caiu na miséria, o menor em perigo moral, estudam o meio em que vivem, fazem o seu diagnóstico social e indicam o seu remédio ou onde ir procurá-lo.

Para se conseguir um fim destes, a caridade não é bastante; não basta fazer o bem, é necessário saber fazê-lo, não basta a intenção, é mister a aprendizagem.

Essa a nobre função das *Escolas de Serviço Social*, actualmente em número de 116 em todo o mundo, algumas a funcionar há uma trintena de anos, na sua maioria anexas às Universidades ou sob sua inspiração, umas por conta do Estado, outras da iniciativa particular, umas autónomas, outras sob a tutela do Governo, algumas confessionais, católicas ou prótes-tantes, outras neutrais: Em tôdas elas ministra-se o ensino teórico e prático, que, em regra geral dura dois anos, sendo quasi sempre

o primeiro para a preparação geral e o segundo para a especialização.

.....

Esquema do 1.º ano:

#### A) Ciências sociais

Sociologia e questões sociais; filantropia e literatura sociais. Economia política e social; legislação, estudo do pauperismo.

Regimen da Indústria; descrição dos misteres.

Direito público, social e administrativo.

Higiene industrial e social, compreendendo a puericultura.

Psicologia e pedagogia individuais e sociais.

Estudo da infância e da adolescência.

Estatísticas.

#### B) Técnicas gerais

Economia doméstica.

Cuidados aos doentes, aos feridos, às crianças.

Métodos de documentação, inquérito, técnica de escritório.

Educação cívica.

#### C) Serviço social

História, ciência e prática do serviço social da assistência e da previdência.

Organização da colectividade urbana e rural.

Estudo das Obras.

Deontologia.

Esquema que varia naturalmente de país para país, de escola para escola.

Quanto ao ano de especialização vejamos um caso concreto, numa escola belga:

#### D) Especialização

(150 horas de ensino teórico; 6 meses de tirocínio prático pelas diferentes Instituições da Especialidade)

A especialização é escolhida pelo aluno.

## 6 Grupos

### GRUPO I — Infância

- Legislação do trabalho.
- Higiene da mãe, da criança, do adolescente.
- Economia doméstica.
- Protecção da infância na 1.<sup>a</sup> idade.
- Lei escolar e programa do ensino.
- Psicologia infantil, pedagogia elementar.
- Infância anormal.
- Educação física.
- Obras escolares, para-escolares, post-escolares.
- Orientação profissional.
- Infância moralmente abandonada, delinquência infantil, legislação, instituições, métodos de colocação.
- Estágios nas obras de protecção material e moral de educação da infância e junto aos juizes das crianças.

### GRUPO II — Assistência

- Direito administrativo aplicado.
- História da beneficência. Exposição do seu regime legal actual e das reformas preconizadas.
- Estudo das instituições e obras públicas e privadas de assistência, sua organização, seus melhoramentos.
- Técnica da visita social; como abordar e auxiliar uma família.
- O papel da mulher em matéria de assistência pública e privada.
- Técnica de escritório aplicada às obras de assistência; organização de obras, orçamento, contabilidade, planos, prática administrativa.
- Métodos de estatística, documentação e inquéritos aplicados à assistência.
- Higiene da mãe e da primeira infância.
- Economia doméstica e das donas de casa.
- Higiene e estética da habitação.
- Protecção da mulher.
- Protecção da criança.
- Princípios de educação física e de recreio.
- Infância anormal, moralmente abandonada ou delinquente.

Orientação profissional; colocação dos adolescentes e dos adultos.

GRUPO III — O lar

Protecção da mulher.

Economia doméstica e das donas de casa.

Higiene e estética da habitação.

Dietética.

Orientação profissional, colocação dos adolescentes e dos adultos.

Princípios de educação física e de recreio.

Organização das horas de ócio.

Organização de obras sociais.

Técnica de escritório, orçamentos, contabilidade, planos, prática administrativa.

GRUPO IV — Indústria

Deontologia profissional.

Economia doméstica e das donas de casa.

Noções de tecnologia, leituras de planos de fábricas e das suas dependências sanitárias, aparelhos de segurança e prevenção de acidentes.

Noções médicas e de puericultura.

Cuidados médicos e cirúrgicos de urgência.

Higiene do trabalho e noções de saneamento industrial.

Registos, cadernos, fichas individuais, planos de inquéritos, monografias, relatórios.

Legislação do trabalho. Leis sociais.

Noções de psicologia aplicada à orientação profissional, recrutamento, classificação e utilização de pessoal.

Ensino profissional e escolas de aprendizagem.

Noções de economia social referentes à organização do trabalho. Salário, mão dobra; desemprego.

Organização e funcionamento das obras de economia, previdência e mutualismo.

História do movimento sindical e mutualista.

O ensino prático comporta, entre o mais, um estágio como operário efectivo.

## GRUPO V — Seguros sociais

Desenvolvimento das noções de economia social concernentes ao mercado do trabalho, desemprego, migrações, colocação.

Legislação em vigor na Bélgica e no estrangeiro sobre seguros sociais e mutualismo.

Organização das instituições de colocação e dos fundos de desemprego na Bélgica.

Noções de contabilidade aplicada às caixas do desemprego, do mutualismo e seguros. Processo para o cálculo de seguros. História do movimento sindical e mutualista na Bélgica.

Contratos colectivos do trabalho. Orientação profissional.

## GRUPO VI — Bibliotecas

.....  
 Desculpai se fui tão extenso neste... resumo, mas só assim poderia dar uma ideia do funcionamento destas escolas e mais uma vez da vastidão do S. S.

Um exame final, e eis a assistente social ou auxiliar social prestes a entrar na vida de abnegação e de sacrificios que livremente escolheu. É, em regra, uma mulher: há mister coração, delicadeza, está bem; ninguém como ela sabe encontrar o sofrimento, descobrir a desgraça e rica do ensinamento teórico e prático, encaminhar com bondade e com firmeza o caso para a sua solução. Ela faz por valorizar-se dia a dia, pois sabe, foi-lhe isso repetido mil vezes, que o serviço social, como tôdas as instituições, que têm o homem como fim e sobretudo o homem que sofre, vale pelo espírito que anima, pelo coração que aquece, enfim pelo alto ideal, religioso ou simplesmente humano, que o inspira.

Entre nós já há algumas auxiliares sociais, poucas, como que a medo, que ensaiam os seus primeiros passos e ensinadas por particulares de boa vontade.

Em Lisboa, na clínica do Prof. Salazar de Sousa e por iniciativa da Doutora Sara Benoliel realizam-se inquéritos sociais, seguidos de visitas às crianças e suas famílias; coisa idêntica acontece no Sanatório popular de Lisboa.

Aqui, em Coimbra, o Prof. Beza dos Santos, junto ao seu Tribunal de menores, tem sete delegados de vigilância, sendo dois

remunerados e cinco benévolos, que aprenderam com o exemplo e com as preleções do Mestre ilustre; em Lisboa há nove; e no Pôrto dezasseis, dêsses mesmos delegados: ao todo trinta e cinco, o que, sendo alguma coisa, é muito pouco se compararmos com os quatrocentos e quarenta e dois, dos quais cento e quarenta e seis são mulheres, que em Bruxelas formam o Serviço Social do tribunal de menores.

Quanto a escolas de Serviço Social não possuímos nenhuma. Este ano funcionou oficialmente junto da nossa Faculdade de Medicina, que há tempo vinha desejando a sua criação, um Curso de Visitadoras de Higiene, a cargo dum distinto grupo de professores e assistentes, que se prontificavam a regê-lo gratuitamente, curso cujo programa constava de noções teóricas e práticas de enfermagem, puericultura, higiene escolar e higiene geral, profilaxia da tuberculose e outras doenças sociais, Serviço Social de Visitadora.

Foram diplomadas, após o exame, algumas que apenas aguardam que o Estado lhes dê a mão, colocando-as, para que outras, mais numerosas, lhes sigam a esteira. São uma pequena falange, cheia de boa vontade, nesse exército de centena de milhares que nos últimos vinte anos se têm formado pelo mundo fora.

É, emfim, uma tentativa feliz, a pedir mais largo vôo — isto é — que se crie junto à Universidade de Coimbra a primeira Escola de Serviço Social. Não faltam aqui elementos para o ensino teórico, nem instituições onde praticar, nem desgraçados de toda a espécie a socorrer!

E o nosso país que já tem uma rêde notável de organismos e instituições de assistência e previdência, de posse um dia do seu Serviço Social, que coordene todos os esforços individuais e colectivos, e auxiliados pelos seus assistentes sociais, verá aumentar rapidamente o seu rendimento num maior acréscimo da natalidade e decréscimo da mortalidade, numa curva mais feliz da morbilidade, numa redução do pauperismo, numa subida do nível de vida.

E tudo isto não é uma promessa vã, porquanto, se não bastasse a experiência do estrangeiro, teríamos a da nossa casa.

Sem serviço social organizado, nem auxiliares sociais e só com a acção educativa, a propaganda dos bons princípios higiénicos, com a genuína caridade portuguesa, com os nossos orga-

nismos de assistência e previdência, nós assistimos a uma evolução optimista da natalidade e da mortalidade portuguesas de 1918 para cá.

A natalidade sobe de 28,45 ‰ a

32,92 ‰

A mortalidade desce de 39,64 ‰ para

18,58 ‰

isto é, as duas curvas fogem uma da outra, ideal de todos os países progressivos.

.....

Crie-se, pois, uma consciência colectiva favorável ao advento das Escolas de Serviço Social.

Que estas, depois, ensinem a bem servir.

‡ Servir é, hoje, por tôda a parte, um verbo prestigioso e prestigiante!

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

## ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por conseqüência se adapta perfeitamente 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>e</sup>)

Depositários  
exclusivos

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

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

# AGAGÊ

Mercúrio em solução  
— sulfo-benzoica. —

**Medicação antilué-  
tica absolutamente  
indolor, mesmo por  
via hipodérmica. —**

**Lab. ISIS**  
**PORTO**



SERÃO ANALISADOS  
NA SECÇÃO RESPECTIVA  
TODOS OS LIVROS MÉDICOS  
DE QUE SEJAM ENVIADOS  
DOIS EXEMPLARES  
À ADMINISTRAÇÃO DA  
"COIMBRA MEDICA.,

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

**SULLY**

THE SULLY COMPANY

1000 SULLY STREET

CHICAGO, ILL.

ESTABLISHED 1880

THE SULLY COMPANY

1000 SULLY STREET

CHICAGO, ILL.

ESTABLISHED 1880

**THE SULLY COMPANY**

1000 SULLY STREET

CHICAGO, ILL.

ESTABLISHED 1880

THE SULLY COMPANY

1000 SULLY STREET

CHICAGO, ILL.

ESTABLISHED 1880

**ARAGE**

1000 ARAGE STREET

CHICAGO, ILL.

ESTABLISHED 1880

ARAGE

1000 ARAGE STREET

CHICAGO, ILL.

ESTABLISHED 1880

# CONTRIBUIÇÃO PARA O CONHECIMENTO E TRATAMENTO DA PARALISIA INFANTIL

POR

DR. WALTER BELMONTE

Antigo assistente do Instituto da Imperatriz Augusta Vitória  
para a luta contra a mortalidade infantil na Alemanha e da Clínica pediátrica  
da Universidade de Leipzig

Em 1840 Jacob v. Heine publicou um trabalho sôbre os estados da paralisia das extremidades inferiores baseado em vinte e uma observações. Dezanove anos mais tarde deu-nos o mesmo autor uma boa descrição clínica e já anátomo-patológica da paralisia infantil. Depois destes dois trabalhos não há muitos conhecimentos novos a registar e a despeito de inúmeros trabalhos anátomo-patológicos que se seguiram e que confirmaram as noções anteriores, não se conseguiu até hoje encontrar a terapêutica causal da poliomielite anterior aguda. A razão deste fracasso, é bem de ver, assenta no desconhecimento do provável ultra-virus agente da afecção e também das condições de contaminação dos pequenos doentes. Quási nunca se realiza uma contaminação directa, sendo provável, a meu ver, que para a expansão da enfermidade contribua um portador de virus e possivelmente uma determinada predisposição despertada por infecções anteriores não específicas.

Esta maneira de ver é confirmada por vários casos descritos em que as crianças adquirem a doença de Heine-Medin sem estarem em contacto com indivíduos doentes. Assim, crianças há que, internadas em hospitais e tratadas por médicos e pessoal de enfermagem aparentemente saudáveis, contraem a afecção (Hamburger Aerztlicher Verein. Nov. 1932).

Ainda mais interessantes são os casos em que duas crianças que residem em localidades diferentes e afastadas, adoecem uma depois da outra em seguida a um encontro, numa terceira localidade, dos pais respectivos. (Oskar Helene Heim, Berlin).

A opinião americana da contaminação pelo leite não é mais de aceitar. Pelo que diz respeito à contaminação directa de doente para doente, temos que admitir que ela só se dá no primeiro período da doença e que o seu poder altamente infeccioso diminui no estado subagudo em que se estabelecem as paralisias. Assim se explica que sejam raros os casos de contágio hospitalar, pois que em geral os doentes são internados neste segundo estado. Experiências sobre a contagiosidade do vírus foram feitas pela primeira vez por Landsteiner e Popper e desde então vários autores se têm preocupado com estes trabalhos sempre com crescentes resultados positivos. De todas as experiências são de maior relêvo as de Pette e Hirsch que se interessaram principalmente com os efeitos do vírus humano sobre os macacos. Estes autores mostraram que além dos vasos linfáticos também as fibras nervosas servem de progressão do vírus. Esta afinidade pelos nervos não é geral; só determinadas fibras servem de via condutora do vírus de tal modo que se pode falar num neurotropismo electivo.

Além destas conclusões verificaram ainda os autores que, por meio de injeção quer nasal, quer intestinal, só é possível provocar a doença se o local injectado está previamente lesado, à semelhança do que acontece com o tétano.

Daqui pode concluir-se que as mucosas intactas são meios de defesa contra o vírus e que a infecção inespecífica é um factor disponente para o aparecimento da infecção pelo vírus da poliomielite anterior aguda.

\*

Clinicamente a poliomielite anterior aguda revela-se, em primeira linha, pelos fenómenos de reacção meníngea que se podem apresentar com todos os graus de intensidade desde o sinal de Kernig até à rigidez completa da nuca, de tal modo que a principio é difícil o diagnóstico diferencial entre uma meningite banal e a doença de Heine-Medin.

Todo o quadro sintomático de meningite banal com os fenómenos meníngeos, dores abdominais, renais, de cabeça, com vômitos, diarreia, coriza ou angina, se confunde com a sintomatologia inicial daquela doença.

É neste estado, precisamente que o médico prático tem as maiores dificuldades e quando lhe será mais grato estabelecer um diagnóstico de certeza. A minha experiência de médico de crianças mostrou-me sempre que se pode reconhecer a doença no início da instalação das paralisias pela associação de dois sintomas: dor e fraqueza muscular. Em nenhuma outra doença com dores localizadas se regista esta combinação que deve interessar muito os clínicos.

Tem-me chamado também a atenção, como característica desta doença, a dor provocada pela extensão do pé.

Tão seguro quanto eu posso estar, julgo que não se tem até hoje feito qualquer referência a êste sinal que me parece ser constante e merecedor da atenção dos médicos que tenham oportunidade de observar crianças com suspeita de doença de Heine-Medin (1).

O líquido céfalo-raquídeo é na maioria das vezes aparentemente claro, mas mostra constantemente pleocitose no estado meníngeo da afecção. No princípio predomina a leucocitose ( $100/3 - 1000/3$ ) para mais tarde subir o valor da linfocitose. O valor da albumina que de início não costuma ser elevado, sobe lentamente ainda nos primeiros dias do aparecimento das paralisias. A albumina comporta-se assim como a leucocitose. A reacção de Pandy é mais constante e mais forte do que a de Nonne-Apelt. A primeira pode ser revelada imediatamente na altura da punção lombar para o que basta lançar algumas gotas de líquido céfalo-raquídeo numa solução a 6% de ácido fénico. O valor do açúcar mantém-se na extrema fronteira do normal ou mostra-se ligeiramente elevado. Tenho observado que, nos casos da doença de Heine-Medin, a reacção com o licor de Fehling é bruscamente positiva ao contrário do que se passa nas meningites banais em que é tardia ou sempre negativa.

---

(1) Aqui mesmo em Coimbra, mercê da amabilidade do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Prof. Lúcio de Almeida, já eu tive a oportunidade de verificar êste sinal em dois doentes.

A curva do oiro coloidal mostra um desvio para o violeta no terceiro ou quarto tubo.

O cepticismo e a diversidade das apreciações sôbre o valor das qualidades do líquido céfalo-raquídeo são devidas ao seu aspecto diferente nos vários estados da doença. Acontece aqui o mesmo que na interpretação dum quadro sanguíneo que requiere larga experiência do observador que não se pode cingir a fórmulas rígidas que duma maneira constante exprimam determinados fenómenos biológicos.

O valor da velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos não se pode aceitar sem pesquisas ultteriores.

\*

No capítulo da terapêutica escuso-me a fazer considerações sôbre as regras gerais de profilaxia que neste caso são obrigatórias. A quinina e os preparados salicílicos não têm mostrado valor no combate à p. a. a. seja qual fôr a via por que sejam administrados.

Ao contrário, a minha experiência pessoal tem-me mostrado que o piramido tem efeitos favoráveis sôbre as dores e sôbre o estado geral. Qual a natureza da acção desta substância não se sabe.

Alguns preparados especiais como o Neurosmon (Promonta, Hamburgo) um complexo albumino-lipóidico e o Tetrophan ácido dihidronaphthoacridinmesocarbónico (Fábrica Riedel, Berlim) são para indicar.

Ambos têm sido empregados com resultados em diferentes doenças nervosas. Alguns pediatras de nome (Stark, Falkenheim, Langstein, etc.) têm indicado o Tetrophan.

Ele deve ser administrado por via intra-lombar: — a princípio 1 c.c. dois dias depois 1,5 c.c. e eventualmente as mesmas doses depois de uma pausa. Parece que produz melhoras sensíveis de todos os sintomas, pôsto que a princípio as dores sejam mais intensas.

O sôro de reconvescente reveste-se hoje de grande interêsse, especialmente depois das experiências de Levaditti e de Flexner que concluíram que os macacos que sofreram da doença de Heine-Medin são immunes. O sôro humano comporta-se da mesma

maneira, porém não sabemos nada sobre o aparecimento e a natureza de substâncias anti-virus que se admite existirem no sôro dos indivíduos curados.

Por estas razões é aconselhável que sempre se empregue em grandes doses o sôro de reconvalescentes a par do sôro de Petit.

Mau é que os dados teóricos e experimentais, de resto bem fundamentados, não tenham sido ainda confirmados e sobretudo que a sua prática não seja espalhada na clínica. Esta falta filia-se, principalmente, no desconhecimento da afecção no seu início e também da oportunidade de aplicação frutífera do sôro.

Para o seu emprêgo devem-se sempre despistar os estados iniciais da doença; se clinicamente já se instalaram paralisias extensas e acentuadas não se pode exigir a reparação dos tecidos nervosos que foram destruídos em virtude da acção neurofágica do virus.

Daqui se conclui que o emprêgo do sôro não faz sentido senão nos estados iniciais febris da afecção.

Esta prática não pode ser seguida na maioria das vezes por duas razões principais. Primeiro os doentes não vêm à consulta no início da doença e segundo os médicos não têm à mão sôro de reconvalescente. Para resolver estas duas contrariedades deve-se fazer uma propaganda bem orientada no sentido de guiar os doentes, o mais cedo possível, para as consultas e inaugurar em cada localidade uma organização de dadores que se devem recrutar entre os indivíduos curados de poliomyelite anterior aguda, à semelhança do que se faz para o reconhecimento dos grupos sanguíneos.

O sôro deve-se dar pela via endovenosa ou intra-muscular. A via intra-lombar não é de aconselhar pois que constitui sempre um choque para os centros nervosos, já atingidos pela doença, devido à formação de edema pela acção irritante do sôro.

Pela mesma razão são também prejudiciais as punções lombares repetidas ou a insuflação dos espaços subaracnoideus (acetylen, etc.).

Sherman e Schottmüller propuseram que em vez de sôro se transfundisse sangue de reconvalescente.

É de admitir de facto que as qualidades do agente anti-virus sejam mais eficazes no sangue fresco do que no sôro conservado não só porque se diminuem os prejuizos de conservação, como

também é de prever que o sangue fresco contenha outros princípios activos benéficos para o doente.

Os raios X e diatermia não tem acção sôbre a marcha da doença. A diatermia é bem aceite pelo doente e pode-lhe aliviar as dores.

(Continúa).

CLÍNICA PEDIÁTRICA  
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA  
(Director Prof. Dr. João Pôrto)

## UM CASO DE GANGRENA SIMÉTRICA DAS EXTREMIDADES INFERIORES POR CONGELAÇÃO

POR

ANSELMO DE S. BETTENCOURT E SILVEIRA

(Assistente voluntário da Clínica Pediátrica)

À consulta externa da Pediatria, veio, trazida por sua mãe, a doente A. Machado, de sete meses de idade, natural e residente em Veiga-do-Lila, concelho de Valpaços, Trás-os-Montes, com gangrena das extremidades inferiores, por congelação. Por se tratar dum caso clínico extremamente raro, em tão tenra idade, internou-se nos serviços afim de aí poder ser estudada e seguida no seu tratamento.

A. Machado — 7 meses; internada em 1 de Janeiro de 1934. Pêso 5,120; alimentação natural. Dentição normal. Tendo a mãe necessitado de sair de casa em 3 de Dezembro afim de realizar quaisquer serviços pelos quais se demorou algumas horas, num dos dias de rigoroso frio com que o inverno dêste ano nos atormentou, e não tendo pessoa de família confiou-a aos cuidados ou antes, aos descuidos de uma vizinha «dentro dum cêsto, muito bem agasalhada». Ao regressar, encontrou a filha na varanda, já fora do cêsto, que se havia voltado, deitada no chão, desagasalhada e «roxa de frio». Não fêz caso e, agasalhando-a bem, levou-a para casa, deitando-se ambas pouco depois.

No dia seguinte, ao acordar, notou que a pequenita apresentava, 1 cm. abaixo do lobo da orelha esquerda, uma mancha vermelha, com a superfície duma moeda de meio tostão, que durante o dia se edemaciou, formando à noite «um alto como uma azeitona». Ao levantar-se, no dia imediato, viu que a mancha e a edemaciação tinham aumentado, avançando até ao rebôrdio orbitário, e para cima, para o coiro cabeludo. Nos dias seguintes a cabeça edemaciou-se completamente, apresentando «vergões como dedos das mãos».

Daí a doença alastrou para o pescoço, depois para o dorso, em seguida para o peito, onde produziu grande aumento de volume das mamas, tendo por último passado para os braços, ante-braços e faces dorsais das mãos. Todos estes fenómenos eram acompanhados de acentuada elevação de temperatura local no dizer da mãe, contrastando com a baixa permanente de temperatura dos membros inferiores (principalmente perna e pé) e de grande sensibilidade dolorosa.

Como tratamento fizeram-lhe aplicação de papas de farinha com azeite quente e, no intervalo, compressas de água quente.

Em 8 de Dezembro, tendo-lhe desaparecido tôda esta sintomatologia, à noite, já depois de deitada e de ter adormecido, acordou aos gritos, obrigando a mãe a levantar-se e a acender novamente a luz para ver o que a filha tinha, verificando então que apresentava as pernas e os pés, muito frios, edemaciados e envolvidos de pápulas vermelhas, de dimensões variáveis.



Passados quatro dias, com todo êste sofrimento, o pé e o terço inferior da perna começaram a emagrecer e a «secar» e, passados mais alguns dias, no limite, entre a parte doente e a parte sã, apareceram «umas vesículas como as da queimadura». As vesículas ulceraram-se a seguir, dando lugar ao sulco de delimitação, hoje completamente estabelecido.

A doente apresenta algumas décimas de elevação de temperatura. A observação clínica não denuncia alterações do lado do aparelho pleuro-pulmonar ou cárdio-vascular.

Ausência de sinais de raquitismo. A criança tem durante a doença emmagrecido bastante.

Examinando-lhe os membros inferiores notamos que a doente apresenta os pés e o terço inferior das pernas diminuídos de volume, ennegrecidos, da côr do pixe, lisos e com reflexos metálicos. Não existe supuração nem fetidês. Separando a parte gangrenada dos dois terços superiores das pernas, que se encontravam bastante edemaciados, vêem-se os sulcos de delimitação, irregulares, contornando completamente, cada um a sua perna, e nota-se no fundo dêstes sulcos uma certa humidade.

A doente alimentava-se com apetite, afirmando a mãe que sempre assim sucedera.

A análise de sangue requisitada deu os seguintes resultados :

Sangue — XIII.

IX — Hemoglobina .....	70
X — Glóbulos vermelhos .....	3.504.000
XI — Glóbulos brancos.....	15.500

XII	{	polinucleares neutrófilos .....	32,0 %
		linfócitos (pequenos e médios) .....	60,5 %
		grandes mononucleares .....	5,7 %
		polinucleares eosinófilos .....	1,8 %

Analizando bem a evolução desta doença podemos afirmar tratar-se dum caso de gangrena simétrica das extremidades, por congelção e que tudo se passou da maneira seguinte: a criança esteve exposta ao frio intenso que fazia durante horas e sofreu a congelção que se manifestou nos membros superiores e tórax por eritema, e depois por frieiras. A mãe e as pessoas que trataram a doente, preocuparam-se somente com a edemaciação e desprezaram a extrema frieza dos membros inferiores. Daí o curarem as lesões superiores com o tratamento de papas de farinha e azeite quente, intervaladas com aplicações de compressas de água quente. As condições de irrigação dos membros inferiores e a ausência de tratamento, permitiram que a congelção se mantivesse pelo tempo necessário a lesar os vasos e assim começámos a notar as manifestações de trombose, a princípio localizadas às pequenas arteriolas («manchas vermelhas do tamanho de favas», fazendo saliência à superfície da pele) passando depois aos vasos importantes (edemaciação geral dos membros inferiores).

A trombose, levando a ausência da nutrição à região situada abaixo do trombos, acarretou a necrose ao território não irrigado (os pés e os terços inferiores das pernas «começaram a ennegrecer e a secar»). Uma vez estabelecida a gangrena o organismo defendeu-se, formando o sulco de delimitação, o qual foi precedido do aparecimento de vesículas ou ampôlas (bôlhas de água).

Na gangrena dêste tipo, *gangrena séca*, a esquemia estabelece-se incidiosamente, por artério-esclerose complicada de trombose, sendo os tecidos, pouco a pouco, privados de sangue. E, sendo a sua evolução lenta, há tempo suficiente para o sangue e mais fluidos saírem dos tecidos, através das veias e linfáticos, o que, auxiliado pela evaporação dos líquidos da parte doente, leva a um grau de dissecação elevado. O segmento gangrenado diminui então de volume e endurece por vezes de tal modo que se pode riscar e mesmo cortar com uma unha (mumificação). Esta

gangrena ainda tem como característica, não apresentar nem infecção, nem putrefacção, nem agentes microbianos, não só porque a Keratina, persistindo, protege os tecidos, mas também porque a dissecação não permite a vida microbiana. O facto de tecidos irem escurecendo até tomarem a côr negra e o aparecimento do sulco de alimentação são caracteres também de gangrena sêca.

A gangrena por congelação, regra geral, é sêca, mas algumas vezes, no entanto, apresenta-se sob a forma húmida: é *sêca* sempre que a esquemia se estabelece antes que se tenha dado a inflamação reactiva; *húmida* tôdas as vezes que esta inflamação surge, havendo ainda uma certa irrigação sanguínea. O caso que estudamos pertence à variedade *sêca*, tendo conseqüentemente tôdas as características atrás descritas.

O corpo humano tem uma temperatura média de 37° C., variando a reacção a um abaixamento de temperatura, de indivíduo para indivíduo e segundo as causas que favorecem o seu agravamento. É que a reacção do indivíduo depende, não só do modo de ser de cada um, da sua robustez ou debilidade, da sua idade, sexo e das suas taras, mas também da rapidez ou lentidão com que êsse abaixamento se dá, do exercício ou quietação que se usa, de agasalho com que cada um se defende, e do estado da atmosfera, porque o homem suporta melhor uma atmosfera fria e sêca do que fria e úmida, tem mais resistência para uma atmosfera amena do que para uma movimentada pelo vento.

A congelação na criança, como no adulto, apresenta-se sobretudo nas extremidades (mãos e pés) e nas partes periféricas da face (nariz e orelhas) compreendendo três graus: 1.º grau começa no simples *eritema* que, regra geral, desaparece rapidamente, mas que por vezes também lesa mais ou menos os vasos, dando lugar às *frieiras* — as lesões mais adiantadas do 1.º grau da congelação. As *frieiras* traduzem-se por tumefacção de natureza pastosa ou edematosa, umas vezes de côr roxa passando depois a roxa azulada, outras directamente azul e têm como symptomatologia *sensação de ardor, picadas e algumas vezes anestesia*, persistindo durante longo tempo duras e dolorosas para apresentarem depois vesículas que por fim se ulceram; 2.º grau, se o frio persiste e é muito intenso, começam a surgir ampolas que a seguir se ulceram profundamente, vendo-se depois com frequência, no

fundo dessas ulcerações, zonas necrosadas da pele, nas quais muitas vezes se desenvolve uma úlcera; 3.º grau, o mais adiantado da congelação, realiza-se quando o processo atinge uma evolução extremamente elevada, levando à morte os tecidos e interessando ou não o ósso. Os tecidos morrem e o organismo defende-se então estabelecendo um sulco limitante ou *sulco de delimitação*, entre a parte morta (negra e sêca) e a parte sã (hipermiada e rubefeita). Estes graus por vezes estão tão nitidamente ligados que se chega à gangrêna sem que tenha havido separação nítida entre êles.

¿ De que modo actuará a congelação? Para Rischler actuando directamente sôbre o protoplasma celular; para Leonard Freeman, e para a maior parte dos autores, produzindo espasmo vascular e principalmente trombose, donde esquemia. Há quem queira também que os nervos intervenham, mas isto não deve ser verdade, porque é mais razoável que êles, estando privados de se nutrir, por ausência da circulação, entrem em degenerescência hialina, sendo portanto vítimas e não causa do processo. Por estas mesmas razões Rischler não deve estar na verdade porque os transtornos do protoplasma celular devem também encontrar a sua causa na ausência ou deficiência de nutrição. E sendo assim a gangrena encontra a sua causa na circulação, restando-nos ainda ver o que nela se passa.

As lesões vasculares para uns (Rudisitski) são arterites e para outros (Kriege e von Recklinghausen) são degenerescências hialinas; seja porém como fôr, o efeito é sempre o mesmo — a trombose — pela formação de asperezas no endotélio vascular, sôbre as quais depois se depositam coágulos hialinos ou fibrosos.

Para Galecoski sob a acção do frio produz-se sempre uma anemia e, quando essa acção deixa de actuar, surge uma hipermia, localizada por estase e traduzindo-se por uma coloração azulada. Se o frio actua de novo a hiperemia aumenta, determinando por fim uma intensa transudação nos tecidos. Para Hodara no 2.º e 3.º graus da congelação estabelecem-se as tromboses hialinas e leucocitárias, afirmando Recklinghausen que só depois disto se instala a gangrena.

Por sua vez Leonard Freeman, ao contrário de Galewski, entende que o primeiro efeito do frio é estimulante, aumentando a circulação, o que se traduz por ruborização da pele, seguindo-se

a êste aumento de circulação, se a tolerância fôr excedida, um espasmo das pequenas arteríolas e conseqüentemente uma anemia. Nesta altura o doente experimenta fortes pontadas, sensação de entorpecimento e algumas vezes dores intensísimas, desaparecendo tôda esta sintomatologia com a entrada da congelação, a qual, persistindo, origina uma estase venosa completa, dando lugar a que os tecidos se apresentem cheios de sangue venoso que lhes comunica uma côr roxo-escuro ou azulada. Pouco tempo depois surge edemaciação e a seguir formam-se ampolas, cheias dum sôro escuro, devido a um pigmento resultante da desorganização dos glóbulos vermelhos. Estas ampolas, ulcerando-se depois, deixam ver no seu fundo zonas necrosadas da pele.

Êste ligeiro grau de congelação, tanto durante o degêlo, como na congelação, acompanhado por vezes de dores intensas, pode curar completamente ou deixar ligeiras perdas da pele. Mas se o frio foi muito intenso, ou teve uma longa duração, dá-se uma hiperemia que, consoante a sua localização, desfigura ou não o doente, ou acarreta transtornos da nutrição dos tecidos, dando as *frieiras*. Se a congelação é mais intensa obtemos o 2.º grau, pondo-se a pele lívida, depois parda e finalmente negra e num 3.º grau encontramos a degenerescência dos vasos e formação de trombos originando a gangrena.

Uma vez a gangrena estabelecida aparecem umas ampolas, no local onde depois se formará o sulco de delimitação, sendo estas ampolas devidas à exagerada infiltração dos tecidos, a qual provoca também a sua rotura, levando à formação do sulco limitante; no entanto Delbet, com razão, faz intervir como origem dêste sulco uma digestão por fermentos elaborados pelos glóbulos brancos, que dêste modo, procurando eliminar as partes mortas, defendem o organismo.

Se se deixa evolucionar livremente a gangrena esta vai interessando todos os tecidos até que chegando ao ôsso provoca a amputação, com côto em cone.

Talvez seja oportuno referir em ligeiras notas como deva conduzir-se o tratamento das lesões produzidas pelo frio.

O tratamento médico compreende: 1.º *procurar o restabelecimento do tonus vascular*; 2.º *tratamento local*; 3.º *melhorar o estado geral, aumentando a resistência orgânica*.

1.º Procura-se o restabelecimento do tonus vascular, empre-

gando os banhos quentes, tendo o cuidado de os ir aquecendo gradualmente, porque um aquecimento brusco, não só provocaria dôr intensa, como o rápido reaparecimento da circulação, mas também poderia produzir a própria gangrena que queríamos evitar. Há também quem use, alternadamente, os banhos quentes e frios, durante 15 a 30 minutos e há ainda outros que preferem a técnica de Bier, produzindo uma hiperemia passiva.

Recentemente Ritter e outros aconselham o ar sobreaquecido em fornos de ar quente, durando o tratamento meia hora, mas esta técnica, além de complicada, parece só dar resultados nas formas crônicas da congelação, como frieiras, úlceras, etc.

Os melhores tratamentos da congelação aguda são os seguintes: *a)*—(Edouard Freeman). Colocar o doente numa habitação fresca e friccionar a parte lesada com neve ou panos molhados em água gelada, de maneira a não lesar a pele, evitando assim a infecção, se a gangrena se estabelecer. Faz-se depois subir gradualmente a temperatura da água e, se a circulação se estabelece novamente, elevamos ligeiramente o membro lesado, a-fim-de favorecer a circulação venosa e linfática, embrulhando o depois em algodão hidrófilo; *b)*—(Galewski). De manhã fricciona-se com alcool canforado, para activar a circulação e à noite, ao deitar, dão-se os banhos gradualmente quentes, durante meia hora, fazendo em seguida o tratamento local.

2.º O tratamento local depende do grau da lesão e assim, *se se trata de frieiras, ainda não ulceradas*, usamos as pincelagens com óleo ictiolado a 10 %, ou com bálsamo do Perú em solução alcoólica a 10 %, etc. Este tratamento é matutino, consistindo o nocturno, na aplicação duma pomada, depois dos banhos acima citados, por exemplo: uma pasta de zinco com 10 % de ictiol ou de cânfora ou, melhor, nitrato de prata — 1 gr., bálsamo do Perú — 2 grs., unguento de zinco — 1 %. *Se as frieiras já estão ulceradas* activamos a formação das granulações, usando as pomadas canforadas a 10 % ou com nitrato de prata também a 10 %. É útil cobrir as partes doentes com emplastos. *Se a gangrena é inevitável, ou se já se formaram extensas úlceras*, deve fazer-se a limpeza cuidadosa da pele, applicando depois um penso asséptico para evitar ulteriormente uma infecção. Como o estado sêco da pele é um dos melhores meios de evitar a invasão das bactérias, aconselha-se o uso de pós deshidratantes e antissépticos como o

ácido bórico. *Se a gangrena já se estabeleceu*, espera-se que se forme o sulco de delimitação, para entrevir cirurgicamente.

3.º Para melhorar o estado geral e aumentar portanto a resistência orgânica usa-se a maçoagem, os exercícios físicos, a hidroterapia, etc. Com o fim de activar a circulação e por outro lado combater a anemia, prescrevem-se os preparados de ferro, como por exemplo: o xarope de iodeto de ferro.

Sendo a trombose a causa da gangrena, pareceria, lógico que, logo às primeiras manifestações se tentasse uma arteriotomia, para, retirando o trombos, a artéria voltar a pulsar evitando a gangrena. Foi o que succedeu com uma doente de Delbet, com 54 anos, sofrendo de apêrto mitral. Essa mulher, devido a uma embolia, filha do seu apêrto, sentiu uma dôr súbita, brutal, difusa na perna direita. Feito o exame verificaram ausência de pulsação ao nível da femoral e M. Pascal procedeu à arteriotomia, retirando dois coágulos moles. Cateterizou depois a artéria, que voltou a pulsar, mas a-pesar-de tudo a gangrena manifestou-se. É que o coágulo reproduziu-se em virtude da parede do vaso já estar lesada, visto o endotélio não coagular o sangue.

¿ Se a cirurgia não evita a gangrena o que se pode fazer depois dela estabelecida? Só se deve intervir cirurgicamente depois do sulco delimitante estar estabelecido, mas é preciso ainda que se saiba, que passam produtos tóxicos da parte gangrenada para o organismo, actuando sobre êle. E se não bastasse o emmagrecimento acentuado e rápido da nossa doente, para prová-lo, havia a demonstrá-lo as experiências que se têm feito injectando, por exemplo, na planta dum pé gangrenado iodeto de potássio, que se elimina pelos rins e que em geral se encontra na urina.

## APONTAMENTO

Coisas que aconteciam no Hospital de Coimbra  
nos fins do século xvii

### I

No *Hospital Público*, mandado construir por D. Manuel na Praça de S. Bartolomeu, havia grandes abusos, como se pode verificar pela leitura do *Traslado do Aluará de S. Mag.<sup>de</sup> e Capitollas nelle incertos q̄ resultarão da Veçita q̄ fez no Hospital Real desta Cidade de Coimbra, o Illm.<sup>o</sup> Sr Nuno da Silua Telles*, documento datado de 3 de Abril de 1699, que figura na *Notícia Histórica* de Costa Simões.

A administração estava a cargo dos Cónegos Seculares de S. João Evangelista, dos frades lóios, como lhes chamavam.

Ora o provedor e o almoxarife não tinham *na sua meza a moderação q̄ justamen.<sup>te</sup> deveriam observar como Religiozos*, pois até comiam os pombos de um *pombal q̄ no Hospital se fez, p.<sup>a</sup> os pombos delle se applicarem aos doentes*, procurando depois suprir *com remedios da botica... nos doentes a falta da applicação dos pombos*.

*Das galinhas, e outras couzas uquais e comestiveis do Hospital faziam-se emprestimos a algúas pessoas* que, depois, nada restituíam.

Mandavam-se, além disso, *todos os annos pela quaresma, ao Geral quartos de lampreas*.

Pode mesmo dizer-se que o Hospital era também uma verdadeira *Hospedaria, e estalagem de quantos Religiosos da Ordem dos que o administração passão por Coimbra, e nelle se detem algús dias com bestas, e Creados fazendo despeza... a qual he m.<sup>to</sup> maior e excecuiua quando o geral passa em ueçita, por se hospedar nelle com os Religiozos, q̄ o acompanhão, Creados, e Carroagens*,

*com dilação de m.<sup>tos</sup> dias e q.<sup>do</sup> delle sae, se lhe faz a pervenção do Alforge com largueza.*

*E ainda se davam, por ocasião destas visitas, ao Geral, seus Secretarios, E homens de pé... algũs propinas de dinheiro, caixas de doce, e Rollos de cera.*

Não era regular que assim se fizesse, evidentemente...

Por isso o visitador Nuno da Silva Telles, *para melhor governo*



FRONTARIA DA CASA DA PRAÇA VELHA ONDE FOI O HOSPITAL DE D. MANUEL

(Fotografia tirada em 1930)

*e administração expressamente determinou — mando q̃ no Hospital se não hospedem Religiosos algũs da mesma ou diverssa Ordem... na forma q̃ athequi se fazia por ser contra o Regimento, o qual prohibe, q̃ os Religiozoz q̃ nelle se agaxalharem, não recebam agaxalho algum mais q̃ do da caza donde se Recolherem, e por hũa noite somente, sem q̃ se lhe haja de dar de Comer, nem Cama..., e q̃ o geral quando for rezita, faça a do Hcspital, do*

# Fermentos Pancreaticos no Tratamento das Doenças dos Países Quentes

Para o médico, tem tanta importância a manutenção das forças dos enfermos e a restituição tão rápida quanto possível do vigor e resistência, daqueles que já estão esgotados, como a aplicação propriamente dita de tratamentos, sejam estes de ordem farmacêutica, fisioterápica ou cirúrgica. Em todas as doenças, e mais particularmente, nas afecções do aparelho digestivo, a transformação e absorção dos alimentos acham-se comprometidas, «por deficiências da combustão» e, além disso, o organismo perde importantes reservas em virtude das frequentes perturbações patológicas como sejam a febre, vômitos, diarreia, etc.

A capacidade de resistência do organismo tende portanto a diminuir de intensidade cada vez mais, e, se se não toma a precaução de ministrar ao organismo os meios de resistência necessários, a derrota não se faz esperar. Os alimentos mais concentrados, os regimens mais prudentes, só são eficazes se os elementos puderem ser transformados em produtos de desdobramento assimiláveis, isto é, se existir secreção suficiente dos fermentos digestivos.

Porém, os órgãos secretores dos enzimas da digestão, mesmo quando não directamente tocados pela doença, são sempre mais ou menos lesados no seu funcionamento. O que haverá então de mais natural e de mais apropriado do que aumentar artificialmente o seu poder digestivo? E' obvio, para todo o médico, que só se pode encarar como um preparado de fermentos pancreáticos de alta actividade, aquele que possa atravessar na sua inteira plenitude, a zona perigosa de acidez gástrica.

Há mais de trinta anos, que o tratamento pelos enzimas pancreáticos, sob forma de **PANKREON**, tem dado as suas provas na astenia, anorexia, aquilia gástrica, gastrite crónica, dispepsia intestinal de fermentação, incómodos senis, tireotoxicoses, diabetes, dermatoses e doenças das crianças das regiões temperadas. Estas indicações — tendo em conta, naturalmente, as condições modificadas — são idênticas para o uso do **PANKREON** nos países quentes. Deve-se porém acrescentar como campo de aplicação bastante útil, um grande número de afecções específicas destas regiões.

A maior parte dessas doenças no decorrer da sua evolução deixa o paciente, num estado de esgotamento de tal forma evidente que na Europa só raramente se observa em casos de infecções graves ou crónicas. Lembremos por exemplo o impaludismo, principalmente no seu estado crónico e recorrente, com a sua cachecia pronunciada, ou ainda as formas graves de ecterícia infecciosa, a convalescença do tifo tropical, da desintéria bacilar, da colera, da peste, as anemias secundárias graves da anquilostomiase, e desperdício de forças após o beri-beri, etc.

Compreende-se portanto que na convalescença, de todos êsses casos, o uso do **PANKREON** é altamente benéfico; é um agente super-activo e estimulante das funções digestivas esgotadas.

Além disso, o **PANKREON** exerce uma acção específica em certos estados morbidos privativos dos países quentes.

Vejam os por exemplo, um quadro clínico em que a indicação do **PAN-KREON** mostra ser absolutamente imprescindível :

Observa-se nos países quentes, nas pessoas idosas, uma hipersensibilidade do tractus digestivo, manifestando-se pelo aparecimento de crises diarreicas violentas em seguida aos motivos mais fúteis (esfriamento, afastamento insignificante da dieta). Nesses casos não se observa nenhuma outra manifestação clínica que não seja uma cirrose do fígado, tipo Laennec, de início incidiioso e que vai evoluindo de ano para ano. Não se pode descortinar nenhum dos agentes habituais dos catarros intestinaes, nenhum protozoário, nem nenhum factor etiológico de natureza infecciosa, tóxica ou traumática. A cirrose é talvez atribuível ao abuso das especiarias tão abundantemente usadas nos países quentes.

Se se receita a êsses doentes um regimen em que os condimentos sejam reduzidos, os incómodos pouco melhoram. Se, pelo contrário, se junta um tratamento doseado com cuidado, eventualmente intermitente, pelo **PAN-KREON**, obtem-se quasi sempre o reaparecimento das fezes de consistência normal ; a hipersensibilidade desaparece e o estado subjectivo geral melhora de forma consideravel.

Sabe-se que numerosos medicamentos, não só absorvidos pela boca como também em injeções, exercem uma acção desagradável, ou mesmo nociva, sobre o tubo digestivo e sobre as funções da digestão. Assim um medicamento conveniente para o tratamento de uma dada doença, deve ser em caso semelhante tomado com periodos de interrupção, sob pena de se renunciar completamente a êle. Os efeitos secundários desagradáveis, quando tomados pela boca, podem estar ligados a uma acção nociva directa sobre as glândulas secretórias do estomago e do intestino, em parte a uma inibição da acção dos enzimas ou finalmente à associação dêstes dois factores. As alterações da mucosa gástrica após injeção subcutânea de medicamentos contendo certos alcaloides (fisostigmina, atropina, pilorcapina, estriçnina) podem ser nitidamente constatadas ao exame radiológico, e são tantas vezes tão pronunciadas, que necessariamente implicam uma repercussão sobre o funcionamento secretório das glândulas digestivas (Klin. Woch. 1932, n.º 36, VELDE—Modificações da mucosa gástrica por irrigação vegetiva).

E' particularmente lamentável a acção nociva para o aparelho digestivo de certos medicamentos necessários e muito usados, como os toni-cardiacos, ou a Sintalina, (medicação activa anti-diabética unicamente por via oral) ou ainda o Yatren, antisséptico interno muitas vezes usado com êxito no tratamento da desintéria amibiana. O Prof. MUHLENS, do Instituto de doenças tropicais, de Hamburgo, indicou e discutiu num relatório apresentado ao Congresso Internacional de Medicina Tropical do Cairo (1928) os efeitos notáveis do Yatren na Desintéria amibiana, ao mesmo tempo que salientou os inconvenientes da administração dêsse remédio pela boca. A sua acção laxativa, por si mesma desagradável mas inoportuna, particularmente nos casos de desintéria grave, não tem permitido utilisá-lo nos doentes já muito enfraquecidos. Mas não há necessidade de se renunciar a êsse notável antisséptico intestinal, cuja acção é particularmente preciosa nos casos graves ; basta administrar um certo tempo antes ou depois do Yatren, (meia a uma hora) um boa dose de

## **PANKREON :**

Uma ou duas colheres das de chá de **Pankreon** em pó  
6 a 8 comprimidos cuidadosamente esmagados, ou bem mastigados.

*Dr. Samuel Swart.*

*Colegio donde deue ir pouzar com seus Creados, Liteira e mais Carroagens, ... por se evitar o escandalo, q̄ se da com se fazerem estas Hospedagens no Hospital.*

E mais disse ainda — mando q̄ daqui em diante, se... não continuem... as d.<sup>as</sup> propinas, ainda q̄ nos livros das despezas se declara, q̄ a do Geral e Secretario se lhes dão pello trabalho de tomarem as Contas.

Era tudo bem mandado, não há dúvida nenhuma.

Mas não sei dizer, francamente, se tais ordens se cumpriram...

A. P.

## NOTAS CLÍNICAS

### Tratamento da intoxicação barbitúrica

A dificuldade de obter, sem receita médica, alguns tóxicos geralmente prescritos em pequena dose, como o arsénio e a estriquinina, junta à noção de que provocam a morte causando grande sofrimento, (tal como sucede com o mercúrio), fazem, naturalmente, com que os barbitúricos, nomeadamente o veronal, o dial, o luminal e o somnifeno — constituam a origem da maior parte dos envenenamentos suicidas. A estas circunstâncias há a acrescentar, sem dúvida, o facto de os doentes que terapêuticamente os usam serem muitas vezes psicopatas, naturalmente propensos, por consequência, ao suicídio. Problema terapêutico, no entanto, mais ou menos adstrito à clínica geral, parece-nos oportuno focá-lo devidamente proporcionado, a quantos tiverem de o resolver, alguns meios bastante eficazes (sobretudo quando instituídos precoce e convenientemente) e dos quais o principal, verdadeiramente específico, pode dizer-se, consiste na administração de estriquinina em doses elevadas.

Evidentemente, a instituição de uma semelhante terapêutica, pressupõe o diagnóstico seguro de uma tal intoxicação. De contrário poderia ser nociva, fatal, mesmo. O uso habitual dos tóxicos em questão, a possibilidade, bem freqüente, do intoxicado deixar alguns comprimidos em um ou mais tubos (começados de consumir há pouco, como se pode deduzir por indicações da *entourage* ou de prescrição médica recente); o côma acentuado (indo por vezes até ao *carus*, com abolição da sensibilidade geral, dos reflexos tendinosos, cutâneos, pupilares e da córnea; a taquicardia, a hipotensão arterial, a cianose e a hipertermia, denunciando uma grave repercussão bulbar, etc.) são elementos bastantes para a sua admissão.

Na verdade outros comas toxi-infecciosos (febre tifóide, pneumonia, paludismo, erisipela, encefalite, abscesso cerebral, meningite, etc.) e puramente tóxicos (alcooolismo agudo, morfina, heroína, escopolamina, óxido de carbono, urémia, diabétes, coma hipoglicémico ou insulínico, entre os principais), tendo em vista os antecedentes e a concomitância de outros sintomas, clínicos e laboratoriais (exame bacteriológico da expectoração, pesquisa de hematozoários, dosagem da ureia e da glicose no sangue, existência de albuminúria, de cilindrúria, de glicose e de corpos acetónicos na urina), distinguir-se-ão do côma barbitúrico com relativa facilidade. O mesmo se pode dizer de comas acompanhados de paralizias — hemiplegia, monoplegia, paralizia facial, etc. — de-

vidos, geralmente, a hemorragia, embolia e amolecimento cerebrais e, com menos freqüência, à sífilis, tumores cerebrais, e hemorragia meníngea (1).

Como o seu prognóstico depende, além da dose ingerida (raras vezes determinada com rigor) das susceptibilidades individuais e da precocidade e intensidade do tratamento (2), compreende-se, naturalmente, qual a importância que o seu conhecimento reveste, tendo, por demais, como tem, a particularidade de ser constituído por outro tóxico — a estriquinina — aplicada, como dissemos, em doses elevadas. Embora muito de aconselhar a lavagem gástrica (quando possível e quando a absorpção tóxica é recente), as injeções de adrenalina por via intra-muscular, até 6 ou 7 centgrs. (3), de sôro glicosado hipertónico (4), a sangria (5) e a transfusão sanguínea, é na aplicação dos toni-cardíacos (em grande dose) e na de estriquinina em dose excepcionalmente grande, que consiste o tratamento heróico da intoxicação barbitúrica. O sôro glicosado deve administrar-se, sobretudo, quando há oligúria acentuada, albuminúria e urémia, o que raras vezes sucede.

A sangria, associada à transfusão, está naturalmente indicada nos casos acompanhados de cianose e de colapso cardíaco-vascular, contra o qual, igualmente, devem prescrever-se os toni-cardíacos: coramina (até 10 e mais c. c. por via endovenosa (6), canfol, cafeína, canfo-cafeína, ouabaína, etc.).

---

(1) No caso de dúvida recorra-se à pesquisa das barbitúricas na urina pela reacção ao xantidrol (reacção de Fabre).

(2) A febre que aparece 24 ou 48 horas depois da intoxicação, quando não excede 40° e não dura mais que um ou dois dias, é própria, geralmente, dos casos benignos. Pelo contrário, quando mais precoce, mais intensa (até 41 e mesmo 42°) e mais duradoira (devida ou não a uma complicação pulmonar — pneumonia, bronco-pneumonia ou congestão) indica um prognóstico grave, habitualmente fatal. Quanto à fórmula leucocitária também ela nos pode fornecer preciosos elementos, não raro dissociados dos fornecidos pela hipertermia. Assim é que uma intoxicação barbitúrica é grave quando a fórmula leucocitária é normal ou levemente invertida qualquer que seja o estado térmico, sendo, em compensação, de evolução favorável quando há hiperleucocitose, salvo se é devida a qualquer complicação visceral (Ch. Flaudin, Fr. Joly et Carlotti, «La signification pronostique de la fièvre et des réactions leucocytaires dans les intoxications barbituriques». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1381).

(3) Julien Huber, «Les médications adjuvantes dans la thérapeutique de l'intoxication par les barbituriques. Les injections d'adrénaline à haute dose». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1269.

(4) P. Isaac-Georges, «Guérison d'une intoxication barbiturique par une injection intraveineuse de sérum glycosé hypertonique», retro, p. 1271.

(5) M. Bariéty, «A propos du traitement adjuvant dans les intoxications par les barbituriques: un cas d'asphyxie oedémateuse guéri par le saignée et l'ouabaïne, retro, p. 1270.

(6) D. Denéchau et R. Bonhomme, «Un nouvel exemple d'intoxication grave par le gardénal. Guérison par le traitement strychnique intensif (48 cen-

Quanto à estriquinina, finalmente (sob a forma de sulfato), de emprêgo baseado no antidotismo que, para com ela, apresentam os barbitúricos (1), a sua posologia, por vias subcutânea e endovenosa, deve ser de um centigrama por hora (excepcionalmente superior, de dois ou três centigramas) indo até à dose total de quarenta ou mais centigramas.

Por meio dêste tratamento, recentemente preconizado por Ide (2) e o qual não é mais do que o inverso, absolutamente lógico e natural, daquele que, pelos bartitúricos, anteriormente alguns autores norte-americanos applicaram com successo à intoxicação pela estriquinina (3), seguidamente comprovado (4); por meio dêste tratamento, repetimos, têm sido combatidos eficazmente muitos casos de intoxicação barbitúrica, roubando à morte outros tantos desventurados.

Bem entendido, nem toda a intoxicação barbitúrica encontra na estriquinina o agente curativo.

Por vezes, com efeito, a estriquinina, mesmo em doses moderadas, pode ser mal suportada, obrigando, temporariamente, à sua supressão (5).

Em outros, ainda, a sua acção pode ser paradoxal, provocando sintomas de intoxicação própria sem primeiro ter suprimido os da intoxicação barbitúrica (6).

Uns e outros efeitos devem estar, naturalmente, na dependência da sensibilidade individual, causa, igualmente, de resultados como estes: cura de um doente e de outro não — a-pesar-de primeiro ingerir maior quantidade de tóxico — e não obstante a dose global de estriquinina ser muito menor no

tigrammes) appliqué tardivement à la trentième heure par voie souscutanée, et à la soixantième par voie veineuse. Cure adjuvante de 21 c.c. de coramine intraveineuse», retro, p. 1587.

(1) Howard w. Haggard and Leon A. Greenberg, «Antidotes for strychnine poisoning». *The Journ. of the Amer. Med. Association*, n.º 14, April, 1932, p. 1133.

(2) Ide, «Antidotisme gardénal-strychnine». *Gazette Médicale de France*, 1<sup>er</sup> Juin 1933, p. 398.

(3) G. Fr. Kemft, J. T. M. Callum and L. G. Zerfas, «A successful treatment for strychnine Poisoning: Report of eleven cases». *The Journ. of the Amer. Med. Association*, n.º 8, February, 1933, p. 548.

(4) Jean Paraf et Jean Bernard, «Intoxication strychnique grave guérie par l'administration intraveineuse à doses massives d'un bartituriqne». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1324; Samuel Stalberg and Harold G. Davidson, «The newer treatment of strychnine poisoning. Report of an unusual case». *The Journ. of the Amer. Med. Association*, n.º 2, July, 1933, p. 102.

(5) Jean Paraf, Jean Delay et Claude Macrez, «Les accidents du traitement strychnique de l'intoxication barbiturique». *Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1462.

(6) Louis Ramond et Jean Delay, «A propos du traitement des empoisonnements barbituriques». Retro, p. 1464.

caso curado (6 centígrs. em 20 horas) que no caso mortal (44 centígrs. em 57 horas) (1).

É que o seu antídoto, se é completo em certos casos, para certas doses, não o é para outros, excedendo, em muito, a dose mortal. A sua acção pode, também, ser nula ou insuficiente quando aplicada muito tarde e ainda quando existem graves complicações viscerais, nomeadamente pulmonares.

Entretanto, se não podemos dizer como Ide «qu'il ne devrait plus y avoir de morts par veronal ou gardenal», podemos afirmar afoitamente que os casos fatais devidos à intoxicação por tais medicamentos, depois do seu tratamento pelo sulfato de estriquinina em altas doses, são, felizmente, muito reduzidos e dependentes da absorpção de uma grande quantidade de tóxico, do aparecimento de complicações viscerais, de uma grande sensibilidade individual, e, finalmente, da administração tardia ou insuficiente da estriquinina.

Um outro processo de terapêutica contra a intoxicação barbitúrica, possivelmente benéfico, consiste em extrair a *maior quantidade possível* de líquido céfalo-raquideo (até deixar de correr) provocando a sua rápida reprodução pela *injecção endovenosa* de 100 a 150 c. c. de água destilada (inócua, embora o não pareça), desintoxicando-se, dêste modo, os centros nervosos. Concomitantemente pode fazer-se a aplicação de estriquinina em pequeníssimas doses (alguns miligramas) e administrar-se soro glicosado e fisiológico na dose de 500 c.c. a 1 litro (em clister ou por via subcutânea).

Processo de eficácia terapêutica ainda não devidamente comprovada, referimo-lo mas não o recomendamos, como igualmente o não recomendam os seus autores (2).

Lembramos, quando muito, a sua aplicação, puro ou associado à estriquinina em altas doses quando esta, só por si, se mostrar claramente ineficaz.

## BIBLIOGRAFIA

- M.<sup>me</sup> BERTRAND-FONTAINE et A. CLAASS. — «Intoxication par une dose massive de véronal. Traitement strychnique intensif. Guérison (Discussion: M. M., FLANDLIN, PAGNIEZ et DUVOIR)». *Soc. méd. de hôp. de Paris*, 1933, pp. 1177-1185.
- E. ESBACH. — «Intoxication par le gardénal, guérison par des injections de strychnine à hautes doses». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, pp. 1183-1184.
- P. HARVIER et J. ANTONELLI, «Note sur le traitement par la strychnine des

(1) M. M. Doelsnitz, Balestre, Bruguière et Raibaudi, «Effets paradoxaux de la strychnine à hautes doses dans deux cas simultanés d'intoxication barbiturique». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1458.

(2) Ph. Pagniez, A. Plichet P. Salles, «A propos du traitement des intoxications par les barbituriques». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1451).

- intoxications par les barbituriques». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, pp. 1184-1189.
- MARCEL BRULÉ. — «Intoxication par le gardénal traitée par les hautes doses de strychnine». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, pp. 1328-1330.
- L. LAEDERICH et M.<sup>me</sup> J. BERNARD-PICHON. — «Dermite bullo-ulcéreuse et poly-névrite par intoxication barbiturique». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, pp. 1413-1418.
- ÉTIENNE BERNARD et LEROUX-ROBERT. — «Intoxication mortelle par le gardénal. Traitement strychnique intensif (38 centigrammes) appliqué trop tardivement et sans doute trop lentement». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, pp. 1418-1422.
- L. RIVET et J. SAMBRON. — «A propos des intoxications barbituriques et spécialement de la fièvre barbiturique». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1460.
- PAUL JACQUET. — «La fièvre barbiturique». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1466.
- LOUIS RAMOND, «Empoisonnement barbiturique». *La Presse Médicale*, 1933, p. 1507.
- M. OLMER et M. AUDIER, «Considérations sur l'intoxication par les barbituriques d'après une pratique hospitalière de quatre années». *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1934, p. 269.
- LAIGNEL-LAVASTINE et STÉPHAME BIDON. — «Intoxication par le Dial. Traitement strichené. Guérison». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1624.
- CH. FLANDI et JEAN BERNARD. — «Intoxication barbiturique mortelle, malgré l'injection de 1 gr. 30 de strychnine en soixante-sept heures. Essai de traitement par les inhalations de cartogène». — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 1550.

## LIVROS & REVISTAS

**O coração dos palúdicos.** *Le coeur des paludiens*, por Ed. Benhamou. *Presse Médicale*, n.º 92, 1933, p. 1833.

O coração é uma das vísceras atingidas, simultâneamente com o fígado e o baço, no curso do paludismo, agudo ou crónico. O coração dos palúdicos é um coração globuloso, arredondado, como que apenso ao pedículo vascular alongado.

Ao cabo de pouco tempo de doença o coração aumenta de volume. Qualquer que seja o aumento de volume o aspecto constatado é sempre o mesmo. O ponto G encontra-se à mesma altura que S; o contórno da aurícula direita, fortemente convexo, ultrapassa a linha mediana; o ventrículo esquerdo apresenta também uma convexidade exagerada; o coração, está como que encastuado no diafragma. No paludismo crónico, apirético, manifestando-se apenas por perturbações viscerais, anemia e caquexia edematosa, encontra-se sempre êste aspecto característico da sombra cardíaca.

O coração globuloso é flácido e hipotónico: no momento da inspiração, o contórno do ventrículo esquerdo torna-se côncavo; no momento da expiração o coração achata-se.

Estes aspectos do coração, têm tal valor semiológico, que a sua constatação, mesmo quando não se encontre o hematozoário no sangue, e as reacções serológicas sejam negativas, leva a pensar-se no paludismo e a instituir um tratamento de prova.

Também se constata, por vezes, nestes doentes uma bradicardia sinusal, mais ou menos intensa, havendo uma discordância entre o pulso e a temperatura.

O coração globuloso e flácido dos palúdicos acompanha-se de hipotensão arterial, incidindo principalmente sôbre a mínima.

A tensão venosa, eleva-se constantemente no curso de acessos febris, objectivando um certo grau de insuficiência cardíaca.

Constata-se nestes doentes, às vezes, a existência de sopros anorgânicos e funcionais, (de insuficiência mitral, aórtica e tricuspida), sendo estas insuficiências funcionais devidas apenas à hipotonicidade do miocárdio.

Ouve-se por vezes na auscultação da base um sôpro sistólico que alguns pensam estar em relação com fenómenos de aortite e que o A. atribui apenas a uma dilatação funcional da aorta por hipotonicidade do vaso.

Poderão estes doentes apresentar fenómenos de dissistolia ou assistolia

totais com anasarca, ou hidrotorax e ascite, ou assistolias parciais com predomínio hepático, renal ou pulmonar.

Nos doentes provenientes das regiões impaludadas, que não sejam sifilíticos e que não tenham antecedentes reumáticos, a assistolia deve fazer-nos pensar numa etiologia palustre, mesmo na ausência de hematozoários no sangue, e falta de acessos febris, impondo-nos um tratamento quinínico de prova.

A insuficiência cardíaca funcional deve ser explicada pela acção antitónica do vago, acção meioprágica da anemia, e acção depressiva da insuficiência supra-renal. É natural que as perturbações humorais (baixa da tensão superficial, modificações da reserva alcalina, variações das albuminas) também tenham algum papel na patogenia da hipotonia cardíaca.

O prognóstico destas perturbações cardíacas não é imediatamente grave. O paludismo tem uma acção agravante sobre as cardiopatias pre-existentes.

Estas perturbações cardíacas funcionais são reparadas pelo tratamento específico enérgico (2 gramas de quinina por dia durante 15 a 20 dias consecutivos, em injeção ou *per os*) associado os tonicardíacos: — digitalina — 10 gotas durante três dias; adrenalina 10 gotas quatro vezes por dia, durante vinte dias.

O exame do coração dos palúdicos é um dos melhores *tests* para a conduta do tratamento específico, não se devendo interromper o tratamento pela quinina enquanto este órgão não tenha retomado as dimensões e forma normal.

MÁRIO TRINCÃO.

**Maternidade e formas fibrosas da tuberculose.** *Maternité et formes fibreuses de la tuberculose*, por L. Bernard, Evenet Contini. Vid. *Ann. de Med.*, n.º 3, Oct. 1933, p. 267.

Para se compreender a acção da gravidez sobre a tuberculose é necessário distinguir as formas clínicas da doença: — formas úlcero-caseosas, formas úlcero-fibrosas extensivas (tísica fibrosa dos autores clássicos), escleroses não extensivas e involutivas.

A gravidez parece não ter acção nefasta sobre as duas últimas formas, só sobre a tuberculose úlcero-caseosa se fazem sentir os seus malefícios.

Designam os AA. sob a rubrica de esclerose pulmonar tuberculosa: 1.º as formas evolutivas compreendendo — a) as que evoluem para a tísica fibrosa (tuberculose úlcero-fibrosa extensiva); b) as que evoluem para a cicatrização e cura clínica; c) as que evoluem para o enfisema tuberculoso; 2.º As escleroses difusas; 3.º Lesões cicatriciais de formas difusas detidas na sua evolução.

MÁRIO TRINCÃO.

**Investigações sobre o método de Lœwenstein aplicado ao estudo da bacilemia tuberculosa.** *Recherches sur la méthode de Lœwenstein appliquée à l'étude de la bacillémie tuberculeuse*, por Henri Bounet e Legres. Vid. *Ann. Med.*, n.º 3. Oct. 1933.

As experiências dos AA. respeitantes à sementeira de produtos tuberculosos levaram-nos a formular as conclusões seguintes: 1.º os meios de Lœwenstein ou Petriagnani mostram-se dum grande valor para a pesquisa do bacilo da tuberculose. A sua sensibilidade para os produtos relativamente ricos em bacilos, é próximamente igual à do cobaio; 2.º raros são os casos em que o desenvolvimento de soprafitas impedem a pesquisa do bacilo de Koch por cultura. Entretanto estes casos existem e é prudente fazer simultaneamente a cultura e inoculação; 3.º não há desacordo entre a cultura e a inoculação; 4.º podem observar-se culturas, desde o décimo dia após as sementeiras, época em que os cobaios correspondentes não reagem ainda à tuberculina.

Semeando em meio de Lœwenstein o sangue de indivíduos portadores de tuberculosas evolutivas chegou-se às seguintes conclusões: 1.º o meio de Lœwenstein é incontestavelmente um meio de grande valor para a cultura do bacilo de Koch, e representa, actualmente, o que há de melhor para o isolamento e cultura deste germe; 2.º a bacilemia tuberculosa é muito mais rara do que se pretende; não é posta em evidência duma maneira mais frequente pela cultura do sangue segundo a técnica de Lœwenstein, que pela inoculação do sangue feita directamente ao animal de experiência; 3.º É prematuro fazer entrar no número dos casos positivos, aqueles em que não têm sido obtidos senão bacilos ácido e álcool-resistentes em colónias invisíveis macroscopicamente, destituídos de poder patogénico para o cobaio.

MÁRIO TRINCÃO.

**Generalização tardia e mortal dum caso de tétano localizado, aparentemente curado pela seroterapia**, por Chovany (J.-A.), Baurdillou (E.) e Thiébaud. *Revue Neurologique*. T. II, n.º 5. 1932.

O tétano localizado não tem sempre um prognóstico benigno. Os autores relatam um caso caracterizado por *trismus* e por contractura facial. A sintomatologia desapareceu consecutivamente à aplicação de 300 cm.<sup>3</sup> de soro anti-tetânico.

Decorridos alguns meses, sem côma aparente, surgiu um quadro clínico idêntico (*trismus*, hemi-espasmo facial, disfagia).

A seroterapia intra-muscular (40 cm.<sup>3</sup>, *pro die*) foi aplicada imediatamente. Apesar deste tratamento o tétano generalizou-se.

Alguns dias depois do reaparecimento da fenomenologia o doente morreu. Quando não se descobre, como neste caso, o foco gerador das toxinas do

bacilo de Nicolaier e, por conseqüência, se não pode fazer a sua extirpação, o doente está sempre exposto a acidentes graves.

CORREIA DE OLIVEIRA.

**Significado clínico da tuberculose pulmonar latente.** *Clinical significance of latent pulmonary tuberculosis*, por F. M. Mephedran e Eugene Opie. *Arch. of Int. Med.*, vol. 52, n.º 1. 1933.

Os autores afirmam a existência da tuberculose pulmonar latente, isto é, lesões tuberculosas relativamente extensas, evidentes ao Raio X, mas sem sintomas ou outros sinais físicos. Da primo-injecção tuberculosa (tipo infantil) citam lesões que apresentam sombras em manchas («soft spots»), em fiadas («strandlike») e em nódulos calcificados pulmonares; mencionam também a tuberculose ganglionar traqueo-brônquica maciça careosa ou calcificada. Referem-se, nos adultos, à tuberculose apical latente, cuja extensão ocupa 4 graus diferentes: lesões que se estendem até ao bordo inferior da parte posterior da segunda costela, lesões que ocupam metade ou mais de metade do campo pulmonar acima da clavícula, lesões que descem abaixo da clavícula e, finalmente, lesões equivalentes em extensão à das tuberculosas moderadas.

Em média geral, a tuberculose infantil latente transforma-se em clínica, em 35% dos casos; as lesões em mancha transformam-se em lesões em tractus fibrosos em 86,7% dos casos. A tuberculose maciça caseosa dos gânglios traqueo-brônquicos, do tipo latente, é raríssima, e só diagnosticável quando as lesões ultrapassam a sombra hilar. Em curto prazo de tempo, tornam-se tuberculosos clínicos e quasi sempre de mau prognóstico. A tuberculose ganglionar traqueo-brônquica calcificada, do tipo latente, pode apresentar-se isolada ou associada a lesões pulmonares do tipo infantil ou do adulto (tub. apic. latente). Se fôr isolada, isto é, independente de lesões pulmonares, só em 1,8% dos casos, os sintomas aparecem; quando está associada a lesões pulmonares, em adultos, os sinais de infecção surgem em 20% dos doentes.

A freqüência do aparecimento da actividade na tuberculose apical latente, dos adultos, depende, em grande parte, da idade. Acima de 40 anos, este tipo de tuberculose é, em regra, estacionário. Abaixo desta idade, isto é, entre 10-40 anos, a freqüência da actividade lesional depende dos 4 graus de extensão acima mencionados, e é assim distribuída: 5,7% dos casos contidos no I grau, 25% para os do II grau, e cerca de 50% para os dos III e IV graus, devendo considerar-se, nestes dois últimos, para efeito de tratamento, o indivíduo como um tuberculoso, até que os exames radiográficos repetidos, demonstrem, à evidência, o carácter latente da lesão. A tuberculose latente do adulto distanciou-se da tuberculose clínica, um ano e quatro meses, em média.

M. BRUNO DA COSTA.

**Estudo sôbre a hipofisina.** *Étude sur l'hypophysine*, por E. Negro Vazquez (1.º artigo: hipofisina e acidez gástrica). *Arch. des Mal. de l'App. digest.*, Novembro de 1933.

O autor fêz o presente trabalho inspirado nas investigações de Roger, Rake, Fowet, Hockelt que demonstraram experimentalmente ser a hipofisina, em cães, inibidora de secreção gástrica. Esta inibição é de relativa duração e mantem-se a-pesar-da excitação do parasimpático pela polícarpina. O autor estudou a acção da hipofisina (lobo posterior) em dezasseis doentes, de variadas afecções gástricas. Num dia, fazia o estudo do quimismogástrico segundo a prova do alcóol de Ehrmann; no dia seguinte, procedia ao mesmo estudo pela mesma prova precedida de um quarto de hora por uma injeção intramuscular post-hipofisina. Concluiu que êste produto fêz baixar a acidez gástrica, especialmente nos hiperclorídricos e que nas achorodrias, a acidez combinada e a acidez total baixam também.

M. BUÑO DA COSTA.

**Tratamento da hipercloridria e da úlcera gastro-duodenal pelo extracto do lobo posterior da hipófise.** *Le traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère gastro-duodénal par l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse*, por P. L. Drouet. *Arch. mal. de l'App. digest.* Dezembro de 1933.

O autor tratou pelo extracto do lobo posterior de hipófise, em injeção sub-cutânea diária, na dose de  $\frac{1}{4}$  de lobo ou 40 unidades Byla, 35 doentes (15 de hipercloridria, 15 de úlceras gástricas, 2 de úlcera duodenal, 2 de úlcera péptica, 1 de perigastrite post-operatória).

Para os doentes hiperclorídricos, empregou, em regra, duas séries de 12 injeções cada, separadas por um intervalo de 8-10 dias; nos processos ulcerativos empregou 3 a 4 séries, igualmente separadas por intervalos de alguns dias. Frequentemente empregou mais uma série, depois do desaparecimento dos sintomas clínicos e radiológicos, a que chamou a série de consolidação. Nos ulcerados pilóricos e juxta-pilóricos administrava-lhes simultaneamente xx a xl gotas de tintura de beladona ou  $\frac{1}{2}$  a 1 mgr. de sulfato de atropina, para impedir as fortes contracções que a hipofisina origina, por vezes.

Esquematiza os resultados obtidos do seguinte modo: 2 fracassos, 15 curas (8 hipoclorídricos e 7 úlceras) e 16 melhoras (5 hipoclorídricos e 11 úlceras). Chama *cura* ao desaparecimento dos sintomas que exista durante 1 ano, e *melhora* à diminuição ou mesmo desaparecimento dos sinais clínicos ou radiológicos que se seguiram ao tratamento — e ao qual falta ainda o factor tempo para valorizar o resultado.

Diz que a vaso-constricção periférica, o aumento das contracções gástricas e intestinais, um ou outro fenómeno de espasmo vascular, não consti-

tuem, de modo algum, efeitos da hipofisina capazes de fazer reechar o seu emprego. Cita como únicas contra-indicações: a hipertensão arterial, a gravidez e a litíase biliar. As indicações são representadas por todos os casos de hipercloridria, e electivamente, a relacionada com a cholecistite crónica não litíásica, como a cholecistatonia, e todos os processos ulcerativos gastro-duodenais. Atribui o efeito do produto à diminuição do HCl, fenómeno que foi controlado pela prova de histamina antes e depois de uma injecção de extracto, antes e depois do tratamento feito ao doente. Atribui a diminuição da cloridria gástrica à acção da pituitrina sobre o metabolismo do cloro, da qual resulta também o abaixamento do Cl globular, do Cl plasmático e o aumento dos cloretos urinários.

M. BRUNO DA COSTA.

**Últimos resultados da toracoplastia na tuberculose pulmonar.** *Ultimate results of thoracoplastie operations in pulmonary tuberculosis*, por J. J. Wiene e M. Fishberg. *Arch. of Int. Med.*, vol. 52, n.º 3. 1933.

Os AA. estudam minuciosamente 44 tuberculosos pulmonares antes e depois da toracoplastia que neles realizaram. Esta operação tem a ideal indicação em casos de lesões unilaterais, com tendência para a esclerose, com sintomas médios ou ligeiros de doença progressiva. A toracoplastia foi executada especialmente em doentes em que o pneumotórax era já impossível, devido a derrame pleural, aderências ou espessamentos pleurais. Os 44 doentes eram assim distribuídos: 13 com lesões parenquimatosas activas unilaterais, 13 com lesões activas bilaterais, com caverna num pulmão e lesão fibrosa no outro; 7 com tuberculose fibrosa ou fibro-caseosa do tipo hemoptóico, 10 com piotórax tuberculoso. Os resultados obtidos e relatados por estes cirurgiões são pouco satisfatórios.

a) Após a toracoplastia, morreram dentro de uma semana, 9%, e durante um ano, 30%; b) 48% dos operados não readquiriram condições de trabalho; c) 80% dos operados não tiraram qualquer benefício desta modalidade terapêutica; só 5 doentes puderam voltar às suas ocupações anteriores; d) a toracoplastia não fez cessar as hemorragias na maioria dos casos hemoptóicos e até se registou o aparecimento de pequenas hemoptises em doentes operados que antes não sangravam; e) em nenhum dos casos de tuberculose cavitária se registou o colapso da cavidade (radiografias em série e exames necrópsicos).

Os AA. dizem que, se o tratamento cirúrgico não tivesse sido feito a estes doentes, o resultado geral seria talvez melhor: no mesmo espaço de tempo teriam morrido menos doentes e o número daqueles que readquiririam a capacidade de trabalho seria superior a 5. Dizem também que nenhum dos doentes que sofreu a toracoplastia, se libertou dos sintomas de tuberculose na mesma intensidade que se regista com outras medicações (clima, frenecetomia, pneumotórax, etc.).

M. BRUNO DA COSTA.

**Pleurisia reumatismal: observações clínicas** (*Pleurisy in rheumatic fever; clinical observations*) por W. Myers e E. Ferris. *Arch. of Int. Med.*, vol. 52 n.º 2. 1933.

Os AA. descrevem 15 casos de reumatismo articular agudo com lesões pleurais concomitantes: 3 de pleuresia seca, 10 de pleuresia com derrame e 2 de hidrotórax bilateral relacionado com insuficiência miocárdica.

Do seu trabalho, sobressaem alguns factos digno de menção. A lesão pleural foi sempre caracterizada pelo aparecimento brusco de forte pontada, e depois dispneia, ortopneia e por fim cianose. Simultaneamente existiam lesões pulmonares diagnosticadas pelo exame radiológico. Estas, porém, foram sempre insuficientes para explicar tão intensa sintomatologia funcional. As lesões pleurais apareceram de preferência nos doentes em que também se registaram pericardites, mas foram, em seu critério, independentes destas; são manifestações isoladas de doença reumática ou consequência de lesões pulmonares coexistentes e da mesma natureza, ou ainda constituindo, por vezes, a cortico-pleurite reumatismal, na qual o processo mórbido ataca simultaneamente pleura e pulmão. O líquido do derrame pleural teve como características fundamentais ser hemorrágico e coagulável prontamente. A terapêutica pelo salicilato de sódio (3 a 9 grs. por dia) não modificou a evolução do processo pleuro-pulmonar e as lesões articulares só cederam àquela terapêutica depois da defervescência da lesão pleuro-pulmonar.

A relação do processo reumático pleuro-pulmonar com o de outros órgãos foi o seguinte: 11 doentes tiveram lesões de endocardite, 8 de pericardite; em todos os doentes existiram lesões poli-articulares, mas em dois dêles a lesão pleural precedeu a articular. Em um só doente, a lesão da pleura surgiu ao primeiro ataque reumatismal, em todos os outros, tal coincidência só se registou ao terceiro ou quarto.

M. BRUNO DA COSTA.

**Horia Slobozlann et T. Herscovici.** *La Transmission diaplacentaire de l'infection gonococcique chez le foetus.*—*Gynecologie et Obstétrique.* T. xxviii, n.º 5, nov. 1933, p. 601.

Os autores citam casos observados por Leidenius (1911), H. Finkelstein (1924), Martin Fischer (1925), Knauer (1925), M.<sup>me</sup> Hellmann (1925) e M.<sup>me</sup> Smilya Goksitch (1929), nos quais se verificaram artrites gonocócicas sem que pudessem explicar-se por infecção de ponto de partida ocular ou vulvo-vaginal.

Referem-se, depois, a três casos da sua observação pessoal caracterizados, também, por poliartrites gonocócicas, cujas mãis haviam sofrido de reumatismo blenorragico no último mês de gravidez. Apenas numa criança existia oftalmia gonocócica que interpretam como uma localização secundária e não primitiva.

A gonocémia destas três crianças manifestou duas fases distintas : a 1.<sup>a</sup>) de septicémia pura, sem localizações, revelou-se nos primeiros 10 a 20 dias após o nascimento por febre elevada e perturbações importantes do estado geral ; a 2.<sup>a</sup>) de pioémia manifestou-se com localizações metastáticas múltiplas, especialmente a nível das articulações. Concluem por dizer que é um facto a transmissão ao feto, durante a vida intra-uterina, da infecção gonocócica da mãe ; em estado de septicémia ou de bacteriémia passageira.

LUIZ RAPOSO.

**Grigorieva, Morosoff et Serdukoff.** *Sur l'influence des substances opaques et caustiques sur les organes et tissus du petit bassin. Gynecologie et Obstétrique.* T. xxviii, n.º 5 de nov. 1933, p. 608.

Dada a contradição que se verifica por parte de diferentes observadores em matéria de possíveis inconvenientes, imediatos ou tardios, como consequência da injeção no útero e nas trompas de substâncias opacas habitualmente usadas nas histero-salpingografias (lipiodol, iodipina, argyrol, colargol, brometo de sódio, etc.), pretendem os autores esclarecer o caso a partir do resultado colhido em 34 experiências realizadas em cadelas, a que injectaram no útero e trompas, quer por via abdominal, com punção uterina ou tubar, após laparotomia (32 casos), quer por via vaginal (2 casos) várias substâncias opacas empregadas em radiologia ginecológica.

Procederam a três tipos de experiência : no 1.<sup>o</sup>) injectaram o útero e as trompas sob pressão ; no 2.<sup>o</sup>) a injeção fêz-se sem pressão e no 3.<sup>o</sup>) a substância opaca foi injectada em condições aproximadas do normal.

No 1.<sup>o</sup> grupo puderam constatar modificações da mucosa útero-tubar, com atrofia pronunciada, em 75 % dos casos ; no 2.<sup>o</sup> apenas em 40 % se observaram estas modificações e no 3.<sup>o</sup>, isto é, naqueles em que a injeção se fêz em condições vizinhas do normal, deixaram de verificar quaisquer alterações.

Terminam por afirmar que uma vez que se sigam as indicações, contra-indicações e técnica necessárias, o método da histero-salpingografia resulta inteiramente inofensivo.

LUIZ RAPOSO.

**J. Regad.** *La place de la torsion des trompes utérines au milieu des syndromes douloureux abdominaux. Le Monde Médical,* 15 de nov. 1933, p. 1016.

Regad pensa que a torsão tubar é de tôdas as afecções cirúrgicas a que induz a maior número de erros de diagnóstico. Segundo êle a torsão das trompas, sãs ou doentes, traduz-se por :

1.<sup>o</sup>) Crises dolorosas pélvicas com agitação e angústia, aparecendo na vizinhança ou durante as menstruações ;

- 2.º) Pulso rápido, coexistindo com temperatura quasi normal;
- 3.º) Massa latero-uterina de consistência irregular, móvel e extremamente dolorosa ao toque;
- 4.º) Ausência de sinais patognomônicos de gravidez extra-uterina.

O diagnóstico diferencial tem que fazer-se sobretudo com a crise apendicular, com a cólica hepática ou nefrítica, com certas cólicas uterinas, com a gravidez tubar fissurada ou em via de rotura e algumas vezes, também, com fibromas sub-peritoneais que sofreram torsão do pedículo, e com piosalpinges complicadas de rotura.

Pelo que respeita à crise de apendicite lembra que nesta, ao contrário do que acontece com a torsão tubar, não existe agitação. A dor é mais lancinante e estabelece-se mais bruscamente no caso de torsão do que no caso de apendicite e a sua sede máxima é, como regra, mais baixa que a da dor apendicular. O pulso no caso de apendicite não se acelera, como regra.

Quanto à cólica hepática o ponto máximo da dor é no hipocôndrio ou no epigastro e o pulso torna-se um tanto bradicárdico.

Na cólica nefrítica a dor é mais alta do que nas torsões. Por outro lado, a palpação do rim é dolorosa, enquanto que as fossas ilíacas e as betesgas vaginais permanecem indolores.

As cólicas uterinas tem a sede máxima também no baixo-ventre, mas desaparecem, como regra, logo que se estabelece a menstruação.

A gravidez tubar em via de rotura, mas sem hematocêlo formado, parece-se singularmente, sob o ponto de vista clínico, com a torsão da trompa, especialmente da trompa sã. O estudo dos antecedentes, o atraso das menstruações e os sinais simpáticos de gravidez tem grande valor. A massa que se toca nas gestações ectópicas não é móvel nem flutuante, mas sim pastosa e localizada na betesga posterior.

O fibroma sub-seroso, com torsão, traduz-se por um tumor duro que apresenta relações particularmente íntimas com o útero.

A rotura dum piosalpinge manifesta-se duma forma dramática e a evolução torna-se rapidamente muito grave.

Segundo Regad a torsão das trompas é uma afecção muito mais frequente do que os autores antigos eram levados a crer.

LUIZ RAPOSO.

---

**Zur glycerinbehandlung der uretersteine. *Sobre o tratamento pela glicerina da litase uretral*, por Heinrich Gissel. Kl. Woch. 2 dez. 1933, 1867.**

Foi Hermann quem em 1892 utilizou, pela primeira vez, a glicerina por via bocal contra os cálculos renais e ureterais. Desde então esta terapêutica foi por vários autores preconizada, indo os resultados desde o sucesso completo (Blum, P. Mayer, Rubritins, Haberer, Pfloumer) ao sucesso parcial (Strauss, Janssen, Joseph) à ineficácia total (Rumpel) e a um mero benefício

psíquico (Illyés). Desconhecem-se as bases científicas de tal terapêutica. ¿ Actuará a glicerina dissolvendo os cálculos ou apenas como lubrificador favorecendo o deslize das pedras ao longo da árvore urinária ?

Heinrich Gissel a vários indivíduos, doentes e sãos, fêz ingerir glicerina em doses de 10 a 200 grs. em 1 litro de água acidulada e doseou na urina a quantidade de glicerina eliminada pelo rim (destrinção da glicerina pelo bicromato de potássio em presença do ácido sulfúrico e titulação iodométrica do excesso de bicromato não utilizado).

Em regra a excreção da glicerina está terminada seis horas depois da ingestão nos sãos e nos doentes com lesões que não atacam gravemente o rim. Nunca observou hemoglobínúria ou qualquer outro sintoma de que se pudesse acusar a glicerina.

Constatou H. Gissel que além de 30 grs. passa uma certa quantidade de glicerina para a urina, parte esta que atinge um máximo de 6,2 % quando o padecente ingeriu 200 grs. A diurese é apreciavelmente aumentada. Não encontrou quaisquer alterações na viscosidade da urina antes e depois da glicerina pelo que não crê na sua acção lubrificadora.

H. Gissel admite que a glicerina pode actuar nas doses de 100 a 200 grs. em água acidulada, como aliás observou nalguns doentes, porque aumenta a diurese e o peso específico da urina. Em numerosos exames cistoscópicos realizados nos seus doentes viu que a glicerina aumenta o peristaltismo ureteral e daí o número de gotas de urina que saem pelo orifício ureteral em dada unidade de tempo.

A. VAZ SERRA.

## Livros recebidos

Dr. Fernando Correia — *Problemas de higiene e de puericultura*. 1934. Imprensa da Universidade.

O Dr. Fernando Correia, médico, higienista e puericultor muito distinto, exercendo a sua actividade em Caldas da Rainha, acaba de publicar um livro precioso que é uma colectânea de conferências e comunicações que o A. fêz em diferentes meios científicos e de propaganda sôbre o magno problema de higiene e de protecção à infância. Num país onde, como o A. afirma, morre uma criança com menos de 5 anos de 10 em 10 minutos, é sempre oportuno e patriótico até — pois as nações mais fortes são as que melhor e mais densamente se povoam, — fazer propaganda intensa das medidas a pôr em prática de modo a que desçam a morbidês, a mortalidade e a morti-natalidade; que aumente a natalidade; que a raça se robusteça; e o A. fá-lo com a extensão e a correcção de quem domina o assunto.



## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Partidos médicos.

Estão a concurso, os seguintes:

**Concelho de Vila Flôr.** — Provimento de um lugar vago de médico municipal com residência fixa na sede do concelho, com o vencimento anual de 5.400\$00 sujeito aos respectivos descontos e pulso sujeito à tabela camarária. (*Diário do Govêrno*, III série, n.º 38, de 16 de Fevereiro).

**Concelho da Maia.** — Provimento do lugar de facultativo municipal do partido dêste concelho, com sede na vila de Barreiros, com o vencimento anual ilíquido de 6.000\$00 e as obrigações constantes da acta da sessão da Câmara de 8 de Fevereiro. (*Diário do Govêrno*, III série, n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1934).

**Concelho de Cintra.** — Provimento do partido de facultativo municipal, com sede na vila e freguesia de Colares, com a dotação anual de 6.992\$40, paga em duodécimos e sujeito aos descontos legais e com as condições patentes na secretaria da Câmara de Cintra. (*Diário do Govêrno*, III série, n.º 45, de 24 de Fevereiro de 1934).

**Concelho de Ourique.** — Provimento do lugar de facultativo municipal da freguesia de Santana da Serra, com o vencimento anual de 6.000\$00 e pulso sujeito à tabela camarária. (*Diário do Govêrno*, III série, n.º 49, de 1 de Março de 1934).

\*

O *Diário do Govêrno*, I série, n.º 51, de 3 de Março, publica o decreto-lei n.º 23.624, determinando que o número de facultativos médicos municipais seja fixado no máximo de cinco para os concelhos de 1.ª ordem, de quatro para os concelhos de 2.ª e de três para os concelhos de 3.ª.

Ficam as comissões administrativas municipais obrigadas a proceder à remodelação dos partidos médicos, de modo que só um dêles tenha sede na sede do concelho e todos os restantes a tenham em sede de freguesia rural dentro da respectiva área.

Os facultativos municipais que de futuro forem nomeados terão residência

obrigatória permanente na sede do seu partido, devendo os que forem cumulativamente delegados de saúde ser providos no partido com sede na sede do concelho.

As vagas de médicos municipais que ocorrerem posteriormente à publicação deste decreto-lei só serão preenchidas se couberem nos quadros máximos acima estabelecidos.

### Trabalhos de investigação.

Em Janeiro último, o n.º 4 (tomo cxv) do *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, publicou as comunicações abaixo mencionadas, apresentadas pelos srs. drs. A. de Morais Sarmento e Manuel Bruno da Costa, à Sociedade de Biologia de Coimbra.

- a) «Le rapport entre le cholestérol et ses esters dans les affections hépatiques».
- b) «Protides et lipides dans le diabète».
- c) «L'équilibre lipo-protidique au cours de la plasmaphérèse, chez le chien».
- d) «Variations sanguines produites par l'injection intraveineuse du chlorure de sodium et de glucose».

### Direcção Geral de Saúde Escolar.

Dr. Manuel Diogo Gamboa da Costa, médico escolar interino da Escola do Magistério Primário do Pôrto, exonerado, a seu pedido, do referido lugar. (*Diário do Governo*, II série, n.º 43, de 22 de Fevereiro de 1934).

### Congresso Internacional de Química.

O sr. dr. Matias Boleto Ferreira de Mira, professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa, foi autorizado a representar a mesma Faculdade no Congresso Internacional de Química Pura e Aplicada, a realizar em Abril próximo, em Madrid. (*Diário do Governo*, II série, n.º 46, de 26 de Fevereiro de 1934).

### Missão de estudo.

O sr. dr. Abel de Lima Salazar, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Pôrto e director do Instituto de Histologia, foi autorizado a completar no estrangeiro, França ou Bélgica, uma série de trabalhos da sua especialidade. (*Diário do Governo*, II série, n.º 46, de 26 de Fevereiro de 1934).

— Foram autorizados a ausentar-se para o estrangeiro, em missão de estudo, os srs. drs. Augusto Pires Celestino da Costa, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, e Sebastião Cabral da Costa Sacadura, professor auxiliar da mesma Faculdade. (*Diário do Governo*, II série, n.º 48, de 28 de Fevereiro de 1934).

### Faculdades de Medicina.

**De Coimbra.** — Resolveu fazer-se representar no Congresso de Anatomistas, em Bruxelles, pelo sr. professor dr. Máximo Correia e no Congresso Internacional de Medicina, em Québec, pelos srs. professores drs. Angelo da Fonseca e João Pôrto.

Exarou na acta um voto de sentimento pela morte do sr. professor D. Alexandre Rodriguez Cadarso; propôs para preparador do Laboratório de Radiologia, o sr. dr. Francisco Gerardo Batoréo, e autorizou o ajudante de Clínica Ginecológica, sr. dr. Daniel Joaquim de Sousa Refóios a desempenhar uma missão de estudo no Instituto Português de Oncologia. Autorizado superiormente, por despacho de 16 de Fevereiro, publicado no *Diário do Govêrno*, II série, n.º 42, de 21 do mesmo mês.

— O sr. professor Feliciano Augusto da Cunha Guimarães, foi nomeado director do Instituto de Investigação Científica de Farmacologia e Terapêutica Experimental da Faculdade de Medicina de Coimbra. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 43, de 22 de Fevereiro de 1934).

**De Lisboa.** — Foi nomeado assistente da cadeira de química e encarregado do curso de físico-química do Instituto de Hidrologia de Lisboa, o engenheiro sr. António Herculano Guimarães Chaves de Carvalho. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 36, de 14 de Fevereiro de 1934).

— Por despacho de 9 de Fevereiro, publicado no *Diário do Govêrno*, II série, n.º 47, de 27 de Fevereiro, foi homologado o contrato celebrado pela Faculdade de Medicina de Lisboa com a sr.ª dr.ª Berta de Jesus Morais para o cargo de assistente da cadeira de psiquiatria da mesma Faculdade.

**Do Pôrto.** — Foi nomeado assistente do Instituto de Medicina Legal do Pôrto, o sr. dr. Carlos Ribeiro da Silva Lopes. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1934).

— Dr. Gaspar Augusto de Melo Pestana, professor agregado da Faculdade de Medicina do Pôrto, foi encarregado da regência da cadeira de propedêutica cirúrgica. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 41, de 20 de Fevereiro de 1934).

— Foram nomeados professores agregados da Faculdade de Medicina do Pôrto de pediatria e ortopedia, obstetrícia e ginecologia, respectivamente, os srs. drs. Francisco Manuel da Fonseca e Castro e António Martins Gonçalves de Azevedo. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 45, de 24 de Fevereiro de 1934).

— O Conselho da Faculdade de Medicina aprovou o plano de um Curso de Novidades Terapêuticas para médicos.

### Licenças.

Dr. Jorge António de Carvalho, delegado de saúde do concelho de Arruda dos Vinhos, concedida licença graciosa de 15 dias. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 29, de 5 de Fevereiro de 1934).

— Dr. José Correia Marques Júnior, delegado de saúde do concelho de

Espinho, concedida licença graciosa de 60 dias. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 31, de 7 de Fevereiro de 1934).

— Dr. José Fernandes de Carvalho, delegado de saúde do concelho de Castanheira de Pera, idem de 30 dias.

— Dr. José Varela, interno do 2.º ano dos serviços clínicos dos Hospitais Cíveis de Lisboa, concedidos 15 dias de licença para serem gosados em Berlim. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 45, de 24 de Fevereiro de 1934).

— Dr. António Balbino Rêgo, director do serviço clínico (serviço geral de clínica cirúrgica) dos Hospitais Cíveis de Lisboa, concedidos 73 dias de licença. (Idem).

### Louvores.

Foi louvado o sr. dr. Vergílio Ferreira da Silva, delegado de saúde e médico municipal do concelho de Arronches, pelos serviços clínicos gratuitos que há anos vem prestando às praças da G. N. R. e às respectivas famílias. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 30, de 6 de Fevereiro de 1934).

### Hospitais.

**Hospitais Cíveis de Lisboa.** — Dr. Jerónimo Carlos da Silveira, nomeado interno do 4.º ano. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 31, de 7 de Fevereiro de 1934).

— Foram nomeados internos do 1.º ano dos serviços clínicos dos Hospitais Cíveis de Lisboa, os srs. drs. Ricardo Horta Júnior, José Godinho de Oliveira, João Paulo Vítor dos Prazeres de Sá, Alfredo Marques Ferraz Franco, Ernesto Moreira, João Germano Neves da Silva, Raúl Perdigão Cid Leiria, João Afonso Cid dos Santos, António Teixeira de Queiroz de Castro Caldas, Jorge Augusto da Silva Horta, Francisco Alberto Soares de Albergaria Ambar, Sebastião Custódio de Brito e Abreu, António Rasgado Rodrigues, Adolfo Augusto Arez da Silva, José Soares Santa, José França de Sousa, José Domingues Passos, Mário de Rodrigues Cardoso, Vergílio Godinho Nunes, António Telo Nunes da Costa, Maria Luiza de Saldanha da Gama Vanzeler, José António Neves Martins, Angelo da Cruz Pêna, Alexandre Gomes dos Santos, Manuel de França Marques Coelho, António Francisco Nunes, Carlos Gomes Pedro, Gustavo de Matos Raul Carinhas, Francisco Pinto de Balsemão Martins Pires Canhoto, Idálio Ferreira de Oliveira, Bernardino dos Santos Freire, Mateus Tavares Xavier, Rui Cândido de Figueiredo Leiria, Manuel Martins de Queiroz, João Manuel de Arriaga Xavier da Costa, João de Sousa Teles Amaro. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 37, de 15 de Fevereiro de 1934).

— Dr. Renato da Costa Araújo, nomeado assalariado como interno dos Hospitais cíveis, além do quadro. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 37, de 15 de Fevereiro de 1934).

— Foram contratados como internos do 2.º ano dos Hospitais Cíveis de Lisboa, os srs. drs. António Júlio de Almeida Assis Brito, Francisco Cabral Sacadura, José Maria Fernandes Lopes, Octávio Menezes da Costa Sampaio e

Pedro Paulo de Mendonça Soares. (*Diário do Governo*, II série, n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1934).

### **Modelos de diplomas de licenciatura em Medicina.**

O *Diário do Governo*, I série, n.º 38, de 16 de Fevereiro, publica os modelos de diplomas de licenciatura em medicina para médicos diplomados por Universidades estrangeiras ou pela Escola Médico-Cirúrgica de Goa, que tenham repetido as cadeiras do curso médico.

### **Direcção Geral de Saúde.**

Foi nomeado interinamente, delegado de saúde do concelho de Vila Pouca de Aguiar, o sr. dr. Acácio Alberto dos Santos. (*Diário do Governo*, II série, n.º 31, de 7 de Fevereiro de 1934).

— Dr. Amadeu de Jesus Pires Peito, nomeado delegado de saúde do concelho de Macedo de Cavaleiros. (*Diário do Governo*, II série, n.º 32, de 8 de Fevereiro de 1934).

### **Sociedades científicas.**

**Sociedade das Ciências Médicas.** — A esta Sociedade foram apresentadas comunicações dos srs. drs. Carlos Salazar de Sousa e Leonardo de Castro Freire, sobre o tratamento de Bohay nas meningites tuberculosas; do sr. dr. Adeodato de Carvalho, sobre um caso de complexo primário tuberculoso de origem cutânea; o sr. professor Reinaldo dos Santos apresentou uma nota prévia sobre angeografia abdominal.

— Esta Sociedade, por proposta do sr. dr. Álvaro de Caires, aprovou um voto de sentimento pela morte do Rei da Bélgica, cuja resolução foi transmitida, telegraficamente, à Real Sociedade de Medicina de Bruxelas.

**Academia das Ciências.** — Na reunião da Classe de Ciências, o sr. dr. Silva Carvalho, leu uma comunicação sobre a meteorologia e as suas relações com a medicina.

**Sociedade de Química-Física.** — Na reunião desta Sociedade o sr. dr. Alberto de Aguiar apresentou um comunicação sobre o estudo hidrológico de Angola, informando que fizera a análise preliminar de duas amostras de água, verificando que uma delas é do tipo da água termal do Gerez e a outra do tipo das águas grandes alcalinas.

### **Conferências.**

Na consulta de Estomatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o sr. dr. Armando Góis, realizou uma conferência sobre «As complicações articulares da carie dentária».

— No Pôrto, a convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o sr.

dr. Alberto Brochado, assistente da Faculdade de Medicina daquela cidade, dissertou sobre «A música e à vida social».

— Na Sociedade de Geografia, o sr. dr. Eduardo Coelho, professor auxiliar da Faculdade de Medicina, fez uma conferência subordinada ao tema «O finalismo da Universidade e o problema da Universidade portuguesa».

— As conferências de extensão universitária que, a convite da Reitoria da Universidade, vão ser levadas a efeito pela Faculdade de Medicina do Pôrto, sob o tema genérico «Medicina Social» serão realizadas pelos professores Rocha Pereira, Azevedo Maia, Oliveira Lima e Almeida Garrett, que falarão sobre tuberculose, sífilis, cancro e puericultura.

— A convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o sr. dr. Rocha Brito, catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizou, no Pôrto, uma notável conferência de higiene social, subordinada ao tema «600:000».

### Falecimentos.

Faleceram: os srs. dr. Daniel Esquível Maia Saturnino, guarda-mór de saúde e inspetor adjunto dos Serviços Sanitários do pôrto de Lisboa; dr. Nuno Gonçalves Botelho de Gusmão, antigo guarda-mór de saúde do porto de Lisboa; dr. José Felipe Alvares, médico oftalmologista; em Lisboa, o sr. dr. Daniel Guedês de Barros Santos, natural de Coimbra.

### Calendário dos Congressos Médicos. — Diferentes manifestações médicas. — Cruzeiros e viagens médicas. — Questões indicadas para a ordem do dia dos próximos congressos.

1934.

.....  
*Março* — Paris. Sociedade de Hidrologia Médica. Sessão anual. Secretário geral dr. J. Galup, R. Bonaparte, 59 — Paris (6°).

*Março* — Montpellier. Reunião hidrológica e climatológica. Secretário geral Prof. A. Puech, R. Aiguillerie, 32, Montpellier.

*16-17 de Março* — Lyon. Jornadas médicas-termais e climatológicas. Presidente, Prof. Pic; secretário geral, Prof. Piéry, Faculdade de Medicina de Lyon.

*20 de Março-1 de Abril* — Tunis. Congresso médico (Federação das Sociedades Médicas da Algeria e da Tunisia). Presidente. M. Charles Nicolle.

*23 de Março-5 de Abril* — Paris. III Congresso internacional técnico e químico das indústrias agrícolas.

*Páscoa* — Paris. Congresso do fruto-alimento.

*Abril* — Local ainda não fixado. III Congresso da Federação da Imprensa Médica Latina. Secretário geral, dr. Pierrat, R. Servandoni, 8, Paris (6°).

*Abril* — Roma. Congresso internacional de cinematografia educativa.

*3-6 de Maio* — Moscou. IV Congresso da Liga Internacional contra o Reumatismo. Secretário geral, Keisersgracht, 489, Amsterdam.

7-10 de Maio — III Congresso francês de ginecologia. Presidente de honra, Prof. Koenig (de Génova); Presidente, Prof. André Benét (de Nancy), Secretário geral, dr. M. Fabre, R. du Conservatoire, 6, Paris (17<sup>o</sup>).

21 de Maio — Chatel-Guyon. Congresso da colibacilose, infecções e intoxicações de origem intestinal. Presidente, M. Carnot; secretário geral, dr. Pierre Balme. Chatel-Guyon.

26-28 de Maio — Perugia. XI Congresso de radiologia médica. Presidente, Prof. Eugénio Milani; vice-presidente, Prof. Bruno Bellucci; secretário geral, M.<sup>ella</sup> Maria Bellucci, Corso Vannucci, 14, Perugia (Itália).

Maio — Paris. Liga francesa contra o reumatismo.

Maio — Paris. XIX Congresso de Medicina Legal de língua francesa.

Maio — Lyon. Jornadas ortopédicas.

Primavera — Itália. V Congresso italiano de microbiologia. Secretário geral, Prof. Arnaudi e Prof. Dessie, via Darwin, 20, Milão.

Primavera — Bordeaux. Congresso de terapêutica hidro-mineral e climatológica das doenças coloniais. Secretário geral, Sociedade de Hidrologia e de Climatologia de Bordeaux e do Sud-Ouest.

9-10 de Junho — La Bourboule. Congresso internacional do linfatismo. Presidentes: Nobécourt, Lereboullet e Castaigne; secretário geral, dr. Sauzet, em La Bourboule.

23-27 de Junho — Bruxelles. Jornadas médicas de Bruxelles. Presidente, Prof. Zunz; secretaria geral, 141, R. Belliard, Bruxelles.

28 de Junho-1 de Julho — Aix-les-Bains. Conferência científica internacional do reumatismo progressivo generalizado. Presidente, Prof. Bezançon; secretário geral, M. P. Weil. Hospital Saint-Antoine, Paris.

8-14 de Junho — Bruxelles. Reunião trienal do Conselho Internacional das Uniões Científicas.

16-22 de Julho — Lyon. XXXVIII Congresso dos médicos alienistas de França e de língua francesa. Presidente, M. L. Lagriffe (Quimper); secretário geral, Prof. P. Combemale, médico-chefe do Asilo Bailleul (Nord); inscr. dr. Vignaud, 4, Av. d'Orléans, Paris (14<sup>o</sup>).

24-31 de Julho — Zurich. IV Congresso Internacional de Radiologia. Presidente, H. Hans R. Schinz; secretário geral, dr. H. E. Walter, Glorstrasse, 14, Zurich.

Julho — Zurich. Congresso Internacional da Luz.

Julho — Paris. Congresso Francês de Pediatria.

27 de Agosto — Québec. XXIII Congresso Francês de Medicina. Presidentes, Prof. Rousseau (Québec), Prof. Sergent (Paris), secretário A. D. R. M., Faculdade de Medicina de Paris.

Setembro — Bologne. II Congresso Internacional de Estomatologia. Presidente, M. Berretta (Bologne).

8 de Outubro — Paris. Congresso Francês de Urologia. Presidente, M. Heitz-Boyer (Paris); vice-presidente, M. Thévenot (Lyon); secretário geral, M. O. Pasteau, 13, Av. de Villars, Paris.

8 de Outubro — Paris. Congresso Francês de Cirurgia. Presidente, M. Cunéo (Paris); vice-presidente, M. Michel (Nancy); secretário geral, M. Grégorie, 20, R. de l'Université, Paris (7<sup>o</sup>).

12 de Outubro — Paris. XVI Congresso Francês de Ortopedia. Secretário geral, M. Rocher, Bordeaux.

Outubro — Paris. XXI Congresso anual de higiene. Secretário geral, M. Dujarrie de la Rivière, Institut Pasteur.

Outubro — Paris. IX Congresso dos ginecologistas e obstétricos de língua francesa.

Outubro — Paris. II Reunião anual dos médicos electro-radiologistas de língua francesa. Secretário geral, dr. Dariaux, 9 bis, boulevard Rochechouart, Paris.

Outubro — Paris. VIII Congresso Francês de Stomatologia. Presidente, dr. Béliard; secretário geral, dr. Vilenski.

Outubro — Paris. Congresso Francês de Cirurgia Reparadora. Secretário geral, dr. Dartigues, 81, R. de la Pompe, Paris (16<sup>o</sup>).

Outubro — Paris. Congresso Francês de oto-rino-laringologia.

Outubro — Paris. XIV Congresso dos Médicos e Cirurgiões dos Hospitais.

Outubro — Paris. Associação dos membros do corpo docente das faculdades do Estado.

Dezembro — Paris. Sessão anual da Sociedade de Patologia Comparada.

Data não fixada — Bordeaux. Congresso francês de ortopedia.

Lyon — Congresso francês de dermosifilografia.

Genève — Zurich. Congresso francês de hidrologia médica.

Palerme — VII Congresso Internacional de talassoterapia.

### 1935.

5-10 de Agosto — Londres. II Congresso neurológico internacional.

Dezembro — Cairo. X Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia. Secretário geral, Prof. Léopold Mayer, 70, R. de la Loi, Bruxelles.

Paris. — II Congresso Internacional de Higiene Mental. Presidentes, H. Claude e Ed. Toulouse; secretário geral, M. Genil-Perrin; Presidente da comissão organizadora, M. René Charpentier, 119, R. Perronet, 119, Neuilly (Seine).

Itália (local a fixar). II Congresso mediterrâneo de higiene.

Bruxelles. — I Congresso internacional de gastro-enterologia. Secretário geral, dr. Georges Brohée, Bruxelles.

Bruxelles. — VII Congresso internacional das doenças profissionais.

Berlim. — Congresso internacional de Oto-rino-laringologia.

Lille. — Congresso francês de Ortopedia.

Bélgica. — II Congresso de Terapêutica. Secretário geral, G. Leven, 24, R. Tehéran, Paris (8<sup>o</sup>).

Primavera — România. IX Congresso internacional de Medicina e de Farmácia Militar.

Fevereiro — Cairo. Inauguração do Museu de Bonaparte.

1936.

Setembro — Roma. Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia ortopédica.

Setembro — Roma. IV Congresso Internacional de Pediatria. Presidente, Prof. Spolverini.

— Congresso Internacional de protecção à infância.

Wiesbaden. — Congresso Internacional de Luz. Presidente, M. Axel Reyn (Dinamarca).

Berlim. — Congresso Internacional de Oto-rino-laringologia.

Sem data — Amsterdam. II Congresso Internacional de Medicina Legal.

#### Próximos centenários

1934. — Centenário do nascimento do Prof. Tillaux (Paris), do Prof. Alphonse Dubrueil (de Montpellier); de Klebs (de Königsberg); de Deiters, anatomista alemão; de Heidenhain, anatomista alemão; em Rasmussen, médico dinamarquês.

1935. — Centenário do nascimento de Ranvier, em Lyon; de Politzer, em Vienna; de Parkinson, em Londres; de Eberth, em Halle.

— Centenário da morte de Dupuytren, em Paris; de Foderé, em Strasbourg.

1936. — Centenário do nascimento de Waldeyer, anatomista alemão.

1937. — Centenário do nascimento de Terrier.

1938. — Centenário da morte de Broussais.

#### Cruzeiros e viagens médicas

Cruzeiros da *Revue Générale des Sciences*. — Inscrições e informações no Secretariado da «Association de la Presse Médicale Française», 23, R. du Cherche-Midi, Paris (6°).

Cruzeiros médicos organizados pelo dr. Loir, 12 bis, R. de Coligny, Le Havre.

Cruzeiros médicos franco-belgas. — Inscrições. «Voyages de Bruxelles Médical», 29, Boulevard Adolphe-Max, Bruxelles, e «Concours médical». R. de Bellefonds, 37, Paris.

Páscoa de 1934. — XIX Cruzeiro médico franco-belga (concurso médico e Bruxelles médico). Atenas, Stamboul, România e Mar Negro.

Cruzeiros médicos franceses. — 25 de Março-9 de Abril. Páscoa de 1934. — Cruzeiro de «De Grasse», a Atenas, Constantinopla, Sul da Tunísia. Cruzeiro médico francês, 9, R. Soufflot, Paris (5°) Odéon 20-63.

Cruzeiro médico ao Canadá em Setembro de 1934. — Informações: A. D. R. M., Faculdade de Medicina de Paris.

Viagens da «Société Médicale du Littoral méditerranéen»: 1.º Páscoa; 2.º Natal; 3.º Estio. Côte d'Azur, Corse, Alpes. Secretário geral, 24, R. Verdi, Nice.

Viagens da «Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne»: Cévennes — Pyrénées (de Lamalou a Lourdes); Pyrénées — Océan. Informa-  
ções: dr. M. Faure, La Malou.

Norte-Sul. — Viagens às águas minerais de Itália. Setembro de 1934.  
Prof. G. Ruata, director internacional da indústria turística, 2, via Marghera,  
Roma.

(Continúa).



LIVRARIA ACADÉMICA  
DE  
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

- BARTHÉLEMY** — Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, 1 vol. (N). — Frs. 45,00.
- BÉRARD et PATEL** — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, 1 vol., 254 pág., avec 69 fig. (M). — Frs. 50,00.
- FÉVRE** — Chirurgie infantile d'urgence, 1 vol., 452 pág., avec 110 fig. (M). — Frs. 70,00.
- GLEYS** — Traité élémentaire de Physiologie, 8<sup>e</sup> édition revue, 2 vols. de 1.100 pág., avec 320 fig. (B). — Frs. 95,00.
- GRINGOIRE** — Les vitamines B, 1 vol. (F). — Frs. 15,00.
- HARTMANN**. — Gynécologie opératoire, 2<sup>e</sup> édition, 1 vol., 585 pág., avec 478 fig (M). — Frs. 110,00.
- HINAULT et MOLLARD** — Le traitement arique de la tuberculose, 1 vol. de 325 pág. (V). — Frs. 40,00.
- JAQUEROD** — La cure de repos dans la tuberculose pulmonaire, 2<sup>e</sup> édition, 72 pág., avec 10 fig. (M). — Frs. 15,00.
- KISTHINIOS** — Le traitement des cardiopathies, 1 vol. de 103 pág., avec 6 fig. (B). — Frs. 12,00.
- LEDoux-LEBARD** — Manuel de Radiodiagnostic clinique 2 vol., grands de 1076 pág., avec 1143 fig. (M) brochés. — Frs. 230,00, reliés 260,00.
- MARAÑON** — Amiel, un estudio sobre la timidez, 2<sup>a</sup> edición aumentada, 1 vol., 365 pág. (C). — Pesetas 5,00.
- MARAÑON** — Once lecciones sobre el reumatismo con 51 grabados, 1 vol. gr. 249 pág. (C). — Pesetas 10,00.
- MONDOR** — Diagnostics urgents — Abdomen, 2 vol. de 1054 pág., avec 276 fig., dont 30 planches hors texte (M) brochés. — Frs. 125,00, reliés Frs. 145,00.
- OYARZABAL** — Tratamiento de las enfermedades de la piel y sexuales, 1 vol., 320 pág. (M). — Pesetas 12,00
- PEMBERTON** — Le rhumatisme chronique. Formes, nature, traitement, 1 vol., 408 pág. (D). — Frs. 80,00.
- PÉHU et ROUGIER** — Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance, 1 vol. de 180 pág., avec 10 planches (G). — Frs. 30,00.
- RATHÉRY** — Le traitement des albuminuries juvéniles, 1 vol., de 52 pág. (B). — Frs. 8,00
- RAVINA** — L'Année thérapeutique, 8<sup>e</sup> année, 1933, 1 vol., 192 pág. (M). — Frs. 18,00.
- REYNES** — Les éléments filtrables du virus tuberculeux, 1 vol., de 352 pág., avec une planche hors texte (V). — Frs. 50,00.
- RUDOLPH** — Le traitement des colites, 1 vol. de 41 pág. (B). — Frs. 6,00.

# COIMBRA MÉDICA

---

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano. . . . .	50\$00
Colónias. . . . .	65\$00
Estrangeiro . . . . .	72\$00
Número avulso — cada. . . . .	10\$00

## PAGAMENTO ADIANTADO

---

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

---

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

---

Tôda a correspondência deve ser dirigida  
à Administração da "COIMBRA MÉDICA,,

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA