

COIMBRA MÉDICA

ANO II

NOVEMBRO DE 1935

N.º 9

SUMÁRIO

| | Pag. |
|--|-------|
| PROF. ADELINO VIEIRA DE CAMPOS—Dr. Rocha Brito | 572 |
| A PROPÓSITO DE MÉTODOS DE EXAME DA SECREÇÃO GÁSTRICA - Dr. Manuel Bruno da Costa | 581 |
| ESTUDOS SOBRE CAROTENOIDES—Dr. Karl Schön | 595 |
| NOTAS DUMA MISSÃO DE ESTUDO EM FRANÇA E ITÁLIA — Dr. A. Meliço Silvestre | 612 |
| NOTAS CLÍNICAS—O TRATAMENTO DAS ARTERITES DIABÉTICAS DOS MEMBROS INFERIORES—Dr. Antunes de Azevedo | 623 |
| LIVROS & REVISTAS | 632 |
| SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES | LXIII |

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elisio 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. Egidio Aires — Prof. Maximino
Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessôa
António Meliço Silvestre
Augusto Vaz Serra
José Bacalhau

José Correia de Oliveira
Lúcio de Almeida
Luiz Raposo
Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO 'ADIANTADO

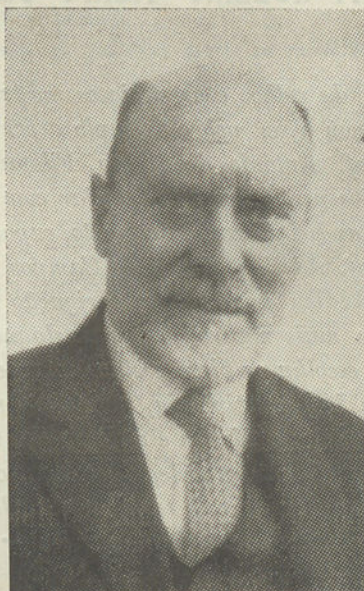
Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

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

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",
LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25
COIMBRA



Prof. Doutor Adelino Vieira de Campos

PROF. ADELINO VIEIRA DE CAMPOS

Da pléiade de velhos e prestigiosos mestres que me ensinaram a ser médico e com o seu nobre exemplo a ser professor, levados pela morte — os Prof. António de Pádua, Filomeno da Câmara, Daniel de Matos — cujos perfis tive que tracejar com mão inexperiente, mais um desaparece após indizível sofrimento, suportado com estoicismo invulgar — o Prof. Adelino Vieira de Campos.

Coimbra Médica impõe-me a obrigação honrosa, mas pungente de esboçar, que mais não sei, o retrato do mestre egrégio, invocando como razão da escolha os vinte e cinco anos, um quarto de século, da mais franca e leal convivência, servida por uma amizade ininterrupta, primeiro entre o Mestre e o discípulo, depois entre o Professor e o assistente, por fim entre Colega e colega, convivência que, por ser de todos os dias, acrescida pelo tempo e tornada cada vez mais íntima, me dá — argumentam os amigos — particular autoridade para falar do morto ilustre.

Pois, é esta convivência invocada, é esta mesma amizade, cuja voz saudável e não extinta eu me esforço por não ouvir neste momento, o escolho em que temo sossobrar, desejoso como estou de traçar o seu perfil, tanto quanto possível objectivamente, de modo a não transparecer a nota vibrátil da minha grata emotividade, que vou inibir sem dó, e me faça tremer a mão ou humedecer os olhos de saudade, tornando indecisos os traços fortes e bem vincados do seu perfil ou diluindo por ventura a imagem de austeridade e carinho, que dêle guardamos na memória. Sobretudo não se mascare a gratidão com a lisonja, que embora póstuma é sempre lisonja e diminui quem a pratica sem elevar quem a recebe.

E ainda que eu possa ser acusado de enaltecer o meu amor próprio direi duas palavras sôbre a história desta amizade, testemunha do seu bondoso coração.

Andava no meu quinto ano quando uma ampla reforma do

ensino médico instituía o quadro de assistentes que importava preencher. A Faculdade chamou para tal fim alguns médicos novos e alunos dos anos mais adiantados. O Prof. Adelino propoz-me para seu 1.º assistente na Cadeira de Clínica Médica, lugar que, segundo o espírito da lei, era da confiança do mestre. Assim começou a convivência, assim veio a amizade, paternal, poderei dizer, da sua parte, grata da minha, respeitosa e um tanto a distância, que a pouco e pouco o tempo foi diminuindo.

Traz-se esta nota a público para se mostrar a bondade, característica bem conhecida da sua alma por todos quantos de perto privavam com o Mestre (e tantos foram!), bondade que para comigo não tinha limites, como se vai ver.

Eu freqüentava ao mesmo tempo o curso do Magistério Secundário e, como não sobravam as horas, muitas vezes tive que falta^r aos meus deveres de assistente, desempenhados então solícitamente pelo Mestre, que assim fechava os olhos às minhas faltas, aqueles grandes olhos azuis, de luminosa bondade, como disse em Congregação o Prof. Almeida Ribeiro. Igual solícitude e carinho se repetiram quando, encarregado da regência de Propedêutica Médica, tantíssimas vezes fui menos assíduo no meu lugar de assistente.

Dêste modo foi crescendo esta amizade, feita por parte do mais novo de gratidão pelos benefícios colhidos, de respeito pelo carácter de finíssima têmpera, de admiração pelo talento, pela equilibrada cultura, pela vasta erudição, pelo senso clínico do melhor quilate do mestre eminente; por parte do mais velho talvez por uma natural simpatia pelos que trabalham e por certo pelo prazer que sentia a sua grande alma em ajudar quem principiava na rude labuta da medicina, na delicada e espinhosa carreira do professorado.

Mas, bem dizia eu o quanto receiava que a emoção tomasse conta da pena: perdoai o desabafo em homenagem á gratidão e mais nada.

* * *

O Prof. Adelino Vieira de Campos nasceu na risonha aldeiasita minhota de S. Gens de Calvos, Concelho de Fafe, em 23 de Dezembro de 1867.

Matriculou-se no 1.º ano de Filosofia da nossa Universidade em 14 de Outubro de 1885 e aí freqüentou os três anos exigidos para se matricular na Faculdade de Medicina, onde se bacharelou em 7 de

Julho de 1893, se licenciou em 6 de Julho de 1896 e se doutorou em 18 de Julho de 1898.

Uma nota curiosa da sua carreira merece desde já ser bem vinçada, porque dá um traço característico da sua personalidade.

Durante os três anos de preparatórios e os quatro primeiros de medicina nem accessits, nem uma simples distinção, assinalam a sua escolaridade, e eis que súbitamente — ex abrupto — no seu quinto ano os mestres conferem-lhe a mais alta classificação, um prémio, collocando-o à testa do curso, aliás numeroso e a grande distância do imediatamente classificado que era accessit!

Qual a razão de tão insólito acontecimento?

O Dr. Adelino era duma modéstia quasi mórbida; trabalhava na sombra, silenciosamente, sumindo-se quasi, estudando não para a valorização nem pela valorização das provas académicas, mas para saber, para aumentar a sua bagagem científica, para cumprir o seu dever — preocupação de toda a sua vida — e eis que no último ano do curso, os mestres o descobrem e o vão buscar ao canto obscuro onde se comprazia em permanecer. Já não podia ocultar-se por mais tempo: as histórias clínicas e as discussões sobre os doentes revelaram à evidência as duas grandes qualidades mestras do futuro professor: um incomparável senso clinico, fortemente alicerçado em sólida cultura médica, auxiliada por uma memória tenaz, fácil e pronta, na observação profunda e larga, na prudente e equilibrada conclusão, na argumentação sagaz e subtil, numa terapêutica que atendia a todos os aspectos do problema e previa todas as consequências; tudo isto, servido por uma outra grande qualidade — uma palavra escrita clara, luminosa, elegante de simplicidade, bem superior à elocução oral, menos eloquente e mais laboriosa, conquanto sempre nítida. Tal a razão deste primeiro e único prémio. Depois a sua carreira é uma ascensão triunfal e em 28 de Julho de 1899 é nomeado Lente Catedrático.

O seu primeiro trabalho foi a Dissertação de Licenciatura (1895), na qual se adivinhava já o futuro tisiólogo — «Tuberculose e Gestação».

No ano seguinte (1896) escreve a Dissertação Inaugural, subordinada ao título «As nucleinas e as propriedades bactericidas do soro».

Novo trabalho assinala no ano de 1898 a actividade do seu espírito e publica «Profilaxia da peste, febre amarela e cholera morbus — Medidas applicáveis à Europa» que foi a Dissertação de Concurso,

e lhe abriu as portas do professorado universitário em 1899, ao qual tanto brilho deu, trabalhando fecundamente até aos últimos meses da sua vida tão activa, arrebatada dois anos antes de atingir o limite de idade imposto pela lei e a merecida aposentação que ia aproveitar para concluir a obra encetada sobre o aspecto social da tuberculose em Portugal e alvitre de soluções para a combater e prevenir.

Em 1900 acompanha à Suíça uma pessoa querida de família e aí, durante dois anos, no Sanatório de Davos-Platz, não fica ocioso, muito pelo contrário dedica-se operosamente ao estudo clínico das doenças pulmonares, preferentemente à tuberculose, cujo domínio conhecia nos mais pequenos pormenores, como mestre de mestres, que era sem contestação.

Ao voltar à sua Faculdade, que tanto amou e pelo prestígio da qual foi estrénuo paladino, por tal forma se deixa absorver pelo ensino, que a sua vida oscila pendularmente entre os Hospitais e os livros e, aprendendo praticamente naquele, onde passa horas esquecidas e teóricamente com estes, toda a actividade psíquica dispende com os doentes que observa e com as doenças, que estuda numa meditação constante, trabalhosa e útil, e tão absorvente que delibera não exercer a clínica fora do hospital.

Com este propósito vai tão longe na sua renúncia que foge à vida de sociedade êle que não era um misantropo, como sobejamente o demonstrou no culto acendrado pela amizade à qual muitas vezes sacrificou comodidades e o seu propositado isolamento. Não. Não era misantropo o homem que no termo duma carreira inteira de trabalhos, quando já apetece o merecido repouso, rico de experiência pessoal, forte de convicções médico-sociais, conhecendo como poucos a extensão e profundidade da tuberculose em Portugal, resolve vir até o grande público com conferências suas e dum grupo de colaboradores orientados na sua doutrina, àquela sociedade que evitava para ser mais independente, como a miude me confienciava, conviver com jornais e jornalistas, deslocar-se até Lisboa, onde no vasto salão da «Voz do operário» perante mais de mil almas — estupendo acontecimento para a sua modéstia — se faz ouvir religiosamente e no III Congresso de Medicina defende as suas teses que foram aprovadas, tudo no afã de agitar a opinião pública em torno do problema profiláctico da tuberculose, como adiante diremos.

Não. Não era um misantropo o prof. Adelino.

* * *

Além da sua cadeira de Clínica Médica regeu o Curso de Moléstias Infecciosas, onde criou (e ensinou gratuitamente) o de Tisiologia e de Medicina Social, que conferia aos alunos um diploma próprio, sendo, salvo êrro, o primeiro que se realizou no país.

Fez parte da Comissão da Lepra nomeada pelo Ministério do Trabalho, em 1922.

Em 1933, por iniciativa sua, era criado na Faculdade o Curso de Enfermeiras Visitadoras, dirigido e regido gratuitamente pelo Prof. Novais e Sousa, com o auxilio de Lúcio de Almeida, Vaz Serra, Mário Trincão e Matos Beja.

Nos Hospitais da Universidade, além dos serviços de Assistência foi um colaborador activo da Direcção, como membro do Conselho Técnico, onde a sua opinião era sempre ouvida e acatada com interesse, e como autor de dois difíceis trabalhos, de notória utilidade: «Tabelas e dietas das rações» e «Formulário dos Hospitais da Universidade».

* * *

Pedagogo, foi-o dos mais notáveis, tendo ensinado pela palavra escrita e oral e sobretudo pelo exemplo próprio.

Evoquemo-lo em rápidas pinceladas, na Enfermaria e na Aula de Clínica Médica. Acompanhem-lo até junto do doente à cabeceira do qual, o Mestre, alto e um tanto curvado para a frente, — modesta atitude, como modesta era a pessoa — vestido com a bata branca, na cabeça o barrete da mesma côr, começa o interrogatório minucioso, claro, preciso, sem superfluidades, mas insistindo no ponto próprio, para extrair a confissão, por vezes delicada, de toda a história progressa e actual da doença; vemo-lo depois palpando, percutindo com aqueles dedos que pareciam outros tantos olhos, e viam a região responsável (nem sempre a que o doente incriminava), auscultando com os ouvidos privilegiados, lendo meticoloso uma radiografia, interpretando uma análise laboratorial, discutindo um exame anatomopatológico. Dado dêste modo aos alunos, que atentos e solícitos o rodeiam, o exemplo vivo do que era uma observação clínica, ia-se para a aula nesse mesmo dia ou no dia seguinte discutir o caso.

Era êste o aparato cénico no meu tempo já distante: o Mestre, ao

lado o assistente e a cama com o doente ou apenas este; defronte os discípulos. Lia a história clínica do enfermo o aluno encarregado do seu estudo, o qual se esforçava por ser completo; dizia o diagnóstico ou apresentava hipóteses, fazia o prognóstico, propunha o tratamento; dois outros alunos discutiam o caso; e outros, se o desejassem; o assistente (o signatário deste artigo) dizia de sua justiça.

Por fim o Mestre! Aqui está o fulcro de toda a questão na qual ele se revelava em toda a sua extraordinária grandeza. Sigamo-lo, atentos. Dizia a sua história clínica, a dêle; como esta era diferente das outras! Quantos sintomas novos apareciam, ante a surpresa dos ouvintes, e que não foram observados até aí; como era diversa a maneira de agrupar e escalonar os sintomas e diversa a hegemonia dêles. Como era outro, enfim, o doente que ali estava ante os nossos olhos! O cuidado meticuloso que punha no prognóstico, a escrupulosa dedução do diagnóstico, a prudência um tanto eivada de cepticismo na terapêutica, cujas indicações e contra-indicações sobretudo eram passadas à feira dum criticismo profundo — faceta mór do seu talento — o qual abrangia também a dietética!

Mas onde tal criticismo tomava proporções de fulgurante sagacidade era no capítulo etiopatogénico, em que caía a fundo sobre as teorias e doutrinas reinantes, das quais nenhuma satisfazia o seu espírito e a sua erudição exigentes. Tudo isto argumentado com profundo conhecimento teórico e prático de casos similares para os quais nos punha de sobreaviso, não fôssemos à ligeira raciocinar por analogia, tantas vezes perigosa. E uma dúvida prudente e modesta, dúvida de sábio, era o que aconselhava como remate às suas afirmações, tão bem contidas nas premissas. É que a lógica em medicina falha tantas vezes, por mais bem conduzida que pareça, porque as premissas ou não estavam certas ou não eram bastantes. Por isso fugia do falso brilho fácil de conseguir com diagnósticos firmes, preferindo freqüentemente a atitude mais conforme com a prática, mas menos brilhante, das hipóteses.

O curso desejava, no entusiasmo dos seus verdes anos inexperientes, ver o Mestre mais afirmativo, como se a culpa fôsse do Mestre, e não do doente cujos sintomas não permitiam um diagnóstico seguro; ou da terapêutica, mais prometedora, do que dadiçosa; ou dos livros que apresentam esquemas aproximativos e não a

verdade cheia de matizes, de casos de passagem, de multiformes aspectos, da prática corrente; ou das doutrinas e das teorias, arquitectadas à pressa, sem alicerces fundos, pelos seus autores na ânsia da celebridade, hoje em plena retumbância, amanhã apenas lembrados nos capítulos de história. E esta era a verdade que devia à sua consciência e à dos alunos, verdade que Anatólio França diz ser branca para significar que ela é feita da multivalente vibração do espectro luminoso. Assim, em sacrifício àquela verdade, foi muitas vezes hesitante! Demais sabia o Mestre, porque o tinha aprendido à sua custa, em inteligente e porfiada experiência, que a verdade clínica era bem mais modesta do que deixavam adivinhar os livros e tratados, mas mais bela, mais humana, mais emocionante do que quantos síndromas e unidades nosológicas se estudavam naqueles, por necessidade didáctica ou de classificação. Em frente do homem que sofre e pede a cura ou o alívio à sua dor, complexíssimo problema humano, onde interferem mil e um factores, desde a ancestralidade mais remota até às aquisições mais recentes, mundo desconhecido que o clínico vai desbravando a pouco e pouco, que outra atitude pode ter o médico senão a dum ecletismo prudente? Bem feliz quando uma vez por outra pode pôr um diagnóstico nosológico ou etiológico ou instituir um tratamento específico. Então poderá ir até às doses medicamentosas mais altas ou propôr urgentemente as intervenções cirúrgicas mais graves. E o doutor Adelino, *nec timide, nec temere*, não hesitava, antes caminhava resolutivo para a solução adequada, por mais violenta que parecesse.

Éstes casos, porém, não eram os mais freqüentes.

Oh! como a vida prática nos tem demonstrado que êle tinha razão, do que aliás o curso logo dava conta, ao seguir o doente, cuja evolução, mostrando um sintoma novo, um novo aspecto, um insucesso do medicamento ou mesmo a sua nocividade, nos obrigava a novo rumo...

Com isto não travava o Mestre o nosso entusiasmo nem nos arrefecia o amor profissional, que recobrava alento e aquecia ao contacto das dificuldades.

Depois da aula voltávamos à enfermaria e cada um de nós corrigia a sua observação em face do que tinha visto e ouvido.

Bem dizia eu: o ensino era feito principalmente pelo exemplo vivo!

* * *

Mais tarde, já nos últimos anos da vida, entendeu o Mestre que não bastava ensinar alunos e preparar médicos, mas que o seu saber e experiência, tão longa e conscienciosamente adquiridos, deviam aproveitar à nação, e mais directamente no que toca ao flagêlo da tuberculose, ceifador de vidas, de alegrias e de dinheiro. Estuda minuciosamente a doença no aspecto social e conclui. Do estudo e das conclusões vem dar conta à nação, retomando a iniciativa que já em tempos de Coimbra partira, e, agora com mais calor, com mais método, com mais saber que os precursores, ergue o facho da luta anti-tuberculosa, cuja chama alastra da cidade universitária por excelência às outras cidades universitárias do país e em breve é clarão por tôda a terra portuguesa, cheio de promessas e consequências.

Depende então uma actividade invulgar. Á frente dum grupo de colegas, Professores Egídio Aires, João Pôrto, Lúcio de Almeida, Augusto Vaz Serra, Mário Trincão, Matos Beja, Guilherme de Oliveira e o subscritor desta notícia, dirige a campanha a favor da profilaxia da tuberculose: fazem-se conferências em Coimbra na Associação dos Artistas, na Associação Comercial, no Salão Nobre da Câmara Municipal, na Associação dos Médicos do Centro de Portugal; dão-se entrevistas nos jornais; escrevem-se monografias—«Profilaxia da Tuberculose em Coimbra», «Remédios Sociais contra a tuberculose», «A propaganda educativa da profilaxia da tuberculose; seu valor e sua técnica moderna» e «Algumas sugestões relativas ao problema da tuberculose em Coimbra»—; o Prof. Adelino vai a Lisboa e no Salão da «Voz do do Operário» repleto de ouvintes realiza uma conferência inédita na originalidade com o intuito de mais prender a atenção do auditório: seis oradores, falando cada um sucessivamente sôbre o seu assunto, fazem uma conferência duma hora de modo a focar no conjunto este tema — Remédios Sociais contra a tuberculose.

Vai a Lisboa ao III Congresso Nacional de Medicina e aí tem a satisfação de ver as suas teses aprovadas.

Da sua obra ficou antes de mais uma doutrina, que, num trabalho

interrompido pela morte, ia ser aperfeiçoada e focada com toda a nitidez e ficou a « Obra da Tuberculose de Coimbra », com o seu « Dispensário » dos Hospitais da Universidade; ficaram alguns números do jornalzinho ilustrado e de propaganda « O Bom Combate »; ficaram os seus colaboradores.

Do homem ficou nos amigos e na Faculdade esse sentimento que Deus pôs no coração dos humanos para tornar mais suportável a dôr da ausência, sentimento doce-amargo, que os portugueses teem o privilégio de traduzir numa única palavra, musical e assombrosa —

Saudade!

A. DA ROCHA BRITO.

A PROPÓSITO DE MÉTODOS DE EXAME DA SECREÇÃO GÁSTRICA

POR

MANUEL BRUNO DA COSTA

(Professor agregado)

Há tempos, appareceu na *Lisboa Médica* (Vol. IX, n.º 3, 1932), um trabalho em que colaborámos, sob o título *Variações da secreção gástrica e do equilíbrio humoral em função da histamina*. Passados quasi quatro longos anos, publica-se na mesma revista (Vol. XII, n.º 9, 1935) um artigo de *Anciães e Trincão*, em que se faz referênciã desfavorável (1) a parte dêsse trabalho, parte que não constituiu motivo principal do mesmo, antes foi, embora collocada no início, um aditamento com que os autores quizeram mostrar a sua impressão geral resultante da prática da prova de *Rehfuss*, do uso presente (1932) e passado da prova da histamina, do emprêgo, embora não freqüente, da prova de *Ewald-Boas* e finalmente do estudo comparativo dessas três provas com a da excitação gástrica exclusivamente em função da sonda (*Leo Dinkin*).

Nessa crítica há frases que necessitam ser, umas esclarecidas, outras rebatidas. Eis a razão de ser — e bem contra nossa vontade — das considerações que se vão seguir.

(1) É com a maior lealdade que confessamos a falta de se não ter citado *Fonseca e Anciães*, uma vez que um e outro empregaram o método fraccionado e o primeiro publicou um trabalho sôbre o valor semiológico da prova da histamina. Tal facto não traduz a menor desconsideração, porquanto, por índole, temos por todos os que trabalham, o maior respeito. Igualmente nos não referimos a que um dos autores do artigo em que colaborámos e que assistira no serviço do Professor *Carnot* às experiências iniciais (1922) sôbre a prova da histamina, ensaiara então essa prova em Coimbra.

Para maior clareza de exposição, dividimos a presente nota em três partes :

I—O que *Anciães* e *Trincão* nos atribuem e o que nós dissemos.

II — Razões que nos levam a preferir os métodos fraccionados aos métodos de extracção única, nomeadamente à prova de *Ewald-Boas*.

III — Defesa do emprego sistemático da prova da histamina em casos de *déficit* secretor gástrico.

I

Dizem *Anciães* e *Trincão* logo no início do seu artigo, que no trabalho em que colaborámos se condena a prova de *Ewald-Boas*. Traduzirá êsse termo, rigorosamente, o conceito que lá se exprime? Em nosso critério, não. As expressões dos autores de Coimbra, «pobres nos seus ensinamentos» ou «a ela preferimos esta e aquela técnica» e outras similares, não autorizam a afirmação de que êles condenam a prova de *Ewald-Boas*. Referem-se alguma vez a rotina laboratorial, a valores naturais ou fisiológicos de acidez gástrica de que repetidamente nos falam os autores de Lisboa e que adiante apreciaremos? Não dizem êles, precisando o seu pensamento, que essa prova não fornece uma ideia exata da capacidade secretora ácida ou da função secretora ácida do estômago? Será isto condenar? O tratado de *Strumpell e Seyfarth* só na sua última e recente edição (1934) se refere à prova da histamina, embora, como que para reparar a falta do seu anterior silêncio, *afirme agora, preferi-la à de Ewald-Boas para o diagnóstico e prognóstico das anacloridrias e aquilias*. Condena aquele tratado a prova de *Ewald-Boas*? Não; nem os autores do trabalho criticado, nem *Seyfarth* condenaram, em boa razão, a prova de *Ewald-Boas*. Esta é a realidade.

Anciães e *Trincão* afirmam ainda que os autores de Coimbra defendem a prova da histamina e a utilizam como rotina de exame... Essa frase, sem qualquer esclarecimento complementar, pode levar à conclusão, se é que a ela não obriga, de que essa prova é a dêles preferida a ponto de dela se servirem habitualmente. Ora, essa noção não se contem no mencionado artigo.

O que lá se diz, é que os processos fraccionados, quer o de *Rehfuss* quer o da histamina são os por êles preferidos e que embora utilisassem esta última até aquela data em 53 doentes, a prova de *Rehfuss* era a habitualmente usada no serviço. Logo, se defendem a prova da histamina, defendem também a de *Rehfuss*, com a particularidade de ser desta que, de preferência, se serviam.

Que se não argumente com a circunstância de ser a prova da histamina a que escolheram aqueles autores para realizar o seu trabalho. *Este não teve em vista estudar os métodos de exame do suco gástrico, mas sim as variações do equilíbrio humoral em função da secreção ácida do estômago.* E, que para esta finalidade se dê preferência à histamina, quem poderá estranha-lo? Mas será isto defender exclusivamente a prova da histamina como se infere da leitura do artigo dos autores de Lisboa? Evidentemente, não.

Ficam assim esclarecidas, em homenagem à verdade, as duas frases com que *Anciães* e *Trincão* iniciam e justificam a sua serodia, catedrática e improcedente crítica — pormenor, confessamos, de somenos importância numa questão de pormenor.

E é tanto assim que, se os autores de Lisboa nos perguntarem qual é a nossa opinião individual, respondemos: reprovamos a prova de *Ewald-Boas* e defendemos a da histamina, uma das melhores para o diagnóstico e prognóstico de acloítrias e aquilias, e suscetível de fornecer ensinamentos sempre que se queira bem evidenciar a capacidade de secreção ácida do estômago.

II

Para se obter uma ideia suficiente de qualquer acto ou fenómeno, uma só imagem não pode deixar de ser inferior a uma série sucessiva de imagens. No caso em questão, realiza-se com o exame fraccionado, a cinematografia do quimismo ácido do acto digestivo gástrico. Isto é tão obvio e lógico que me dispensaria de mais comentários.

Depois, os defeitos apontados ao método fraccionado não são evitados nas provas de extracção única e até, por vezes, se agravam na prova de *Ewald-Boas*.

Em primeiro lugar, a técnica não é mais simples. Os nossos doentes ficam mal impressionados com a vista do tubo de Fau-

cher, recebem-no com repugnância e quasi mêdo, enquanto com facilidade, êles próprios, muitas vezes, introduzem a sonda de *Einhorn*. E da mesma opinião são muitos dos que realizam a extracção do conteúdo gástrico, inclusivamente *Fonseca* e *Carvalho*. Mas há mais, ou os AA. desprezam preciosos elementos semiológicos (quantidade de suco, muco, sangue, restos alimentares, citologia etc.) que a sondagem em jejum nos pode fornecer, ou são obrigados a fazer duas sondagens. E neste caso, não pode haver duas opiniões sôbre o que mais incomoda o doente.

Beaumont e *Dodds* dizem que a fazer-se uma só dosagem, mais vale a do jejum, critério que é seguido por uma parte da escola franceza.

Verificámos que a permanência da sonda duodenal, em regra, não incomoda os doentes nem provoca vômitos e da mesma opinião é, entre outros, *Honigmann* (Professor de Medicina Interna na Univ. de Giessen).

As provas fraccionadas que usamos não exigem a mastigação, acto que implica forte secreção de saliva e deglutição imediata da mesma. A saliva suscitada pela permanência da sonda na bôca é, em regra, pouco abundante, e pode ser sempre expelida pelo doente, quando convenientemente solicitado para isso.

O refluxo duodenal que os AA. mencionam como um grande defeito do método fraccionado e da prova da histamina não é verificado senão raramente por alguns autores *Hecht Johansen, Klumpp, Bowie, Faroy, Hodac-an, etc.*). Nós, por igual, o verificámos raras vezes, mostrando-se mais freqüente na prova da histamina do que na de *Rehfuss*, como citámos no trabalho publicado. Acresce que, como dissemos, não valorizamos as amostras ou até as provas em que êle exista.

Em compensação, idêntico inconveniente temos registado com a prova de *Ewald-Boas*. Também *Honigmann* diz não ser raro o aparecimento do conteúdo da refeição de *Ewald*, mais ou menos corado de bilis.

Os métodos fraccionados, só por si, são estimulantes da secreção gástrica. Se a êste estímulo juntarmos o da refeição de prova ou o da injeccção subcutânea de histamina, teremos obrigado o estômago a evidenciar as suas possibilidades secretoras. Ocorrenos neste momento o seguinte raciocínio elementar: se alguém tiver que medir determinada grandeza e classificar as zonas inter-

médias, e se puder distanciar os limites dessa grandeza, encontrará neste meio, maior facilidade em bem conhecer as zonas que pretende delimitar. É o que se ganha, provocando a secreção gástrica por um estímulo forte e o que se perde, provocando-a por um estímulo fraco.

De resto, todos os órgãos têm capacidade funcional excedente às funções fisiológicas habituais, de que só se servem em caso de *deficit* funcional. Quere dizer, submetendo um órgão com pequeno *deficit* funcional a um estímulo débil, êle encontra na capacidade funcional de reserva, maneira de esconder o *deficit* existente. E também, se o *deficit* é mais acentuado e o estímulo pouco intenso, o órgão pode não responder, sem isso significar abolição completa da capacidade funcional.

Por estes motivos, as provas com que se exploram as funções do pulmão, rim, coração e fígado impõem, em regra, a estes órgãos trabalho maior que o normal. Porque não fazer o mesmo para o estômago?

A prova da histamina é apodada de farmacológica, anti-fisiológica e também têm para os autores, o defeito das provas farmacológicas, a de *Ehrmann* (alcool) e a de *Katsch* (cafeina). Ora, na mesma ordem de ideias, nós não podemos deixar de considerar como de acção também farmacológica, as provas em que intervenha o chá (*Galewski e Strauss, Ewald-Boas*). O chá actua como elemento farmacológico e a alimentação dos portugueses não é, positivamente, constituída por pão e chá.

Não sei pois porque tanto se fala no carácter fisiológico da velha prova de *Ewald*.

Acresce que a prova não está isenta dos defeitos inerentes, em regra, às refeições de tipo alimentar, porquanto como os próprios AA. observaram, contem acidez própria e tem poder saturante, embora reduzidos. Também a côr amarelo-castanho do chá pode mascarar pequenas hemorragias, perdendo-se assim mais um elemento semiológico que o exame do suco gástrico pode fornecer.

Em resumo, *estímulo fraco, prova de extração única, a prova de Ewald é defeituosa e dá informações insuficientes.*

Pelo contrário, o método fraccionado oferece as seguintes vantagens: sondagem mais fácil, melhor aceita e melhor tolerada pelo doente, obtenção do suco em jejum com uma só introdução

da sonda, aquisição de uma imagem dinâmica, cinematográfica do quimismo gástrico, critério mais exacto para denunciar aclo-ridria e aquilia, secreção ácida mais forte, portanto melhor e mais fácil classificação das zonas de hipocloridria, eucloridria e hipercloridria e, finalmente, exame da função pilórica.

É este o nosso critério e esse é ainda o de muitos gastro-entecologistas de reconhecida autoridade que igualmente atribuem ao método fraccionado, méritos e qualidades superiores ao método de extracção única, de *Ewald-Boas*.

Eis como estes exprimem o seu parecer.

Comecemos pelo próprio *Boas*, co-autor da prova defendida. Diz elle: «*Não há dúvida que o método fraccionado, largamente aperfeiçoado na América por Rehfuß, é de eleição*». Depois, apetece-nos continuar, servindo-nos de alguns dos próprios autores citados por *Anciães* e *Trincão*. Assim, *Brugsch* é da opinião que «*à técnica de extracção única, somente se pede uma orientação superficial da função gástrica*». *Branisteanu*, *Strat* e *Fainita* (1934) dizem: «*on s'est aperçu que la sécrétion obtenue une heure apres le repas d'Ewald-Boas ne representait point la sécrétion réelle de l'estomac*».

É também com prazer que nos referimos às respostas dadas ao inquérito aberto pelo *Boas Archiv.* (1932). Foram elas trazidas pelos AA. com desvanecimento e só as agradecemos, pois que, bem feitas as contas, não impugnam a nossa tese. Repare-se que o inquérito teve em vista saber se o uso prolongado dos alcalinos reduz a acidez do conteúdo do estômago (*Führt der lange Gebrauch von Alkalien zu einer Herabsetzung der Saeurewerte des Mageninhaltes*).

Constou de cinco perguntas; destas, a segunda indaga o método, de que o autor se serve para determinar a acidez. A resposta a esta pergunta pode diferir daquela que os autores dariam se lhes perguntassem quais as vantagens ou desvantagens dos diferentes métodos para um bom exame de suco gástrico.

Responderam ao inquérito, entre outros, dez patologistas citados por *Anciães* e *Trincão*. Foram *Morawitz* e *Henning* (Leipzig), *Strauss* (Berlim), *Kelling* (Dresden), *Borghjaerg* (Copenhague), *Porges* (Viena), *Friedenwald* (Baltimore), *Einhorn* (Nova York), *Elsner* (Berlim), *Zweig* (Viena). Podemos condensar como se segue as respostas dadas. *Morawitz* e *Henning* usam unicamente o método fraccionado; *Kelling* emprega a prova de *Ewald*

VITACOLA

Farinha de cereais maltosada, com cacau, lecitina de ovos, glicerofosfatos, cola fresca de S. Tomé, vitaminas, cafeina, muscarina, etc.

VITACOLA estimula o sistema genito-neural, aumenta o peso, fornece as calorias necessárias, faz recuperar as forças musculares, dá alegria de viver e trabalhar.

LABORATÓRIO DE QUÍMICA LUSO-ALEMÃ

Rua dos Anjos, 171-1.º

LISBOA

LIVRARIA ACADÉMICA

MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

Ultimas Novidades

- SARASIN et DUCLOS — Exploration radiologique des colons et de l'appendice au moyen des solutions flocculantes. *Images de miqueuses.* (M) 200 fr.
- CALVÉ — La Tuberculose ostéo-articulaire. *Évolution, diagnostic de début et traitement.* (M) 50 fr.
- DELHERM et BEAU — La Radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. *Sympathicotonies.* (M) 22 fr.
- Actualités médico-chirurgicales par les Chefs de Clinique de la Faculté de Médecine de Marseille, 3^e Série, 13 Conférences. (M) 25 fr.
- FAUQUEZ et GRAS — Accidents du travail. Invalidités. Taux d'incapacité. Echelle de gravité des incapacité permanentes. (B) 28 fr.
- PÉHU et BERTOYE — L'alimentation du nourrisson malade. (B) 20 fr.

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.

ZIG - ZAG

O MELHOR PAPEL DE FUMAR
Sempre imitado, nunca igualado

È a opinião das sumidades m3dicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ningu3m que prese a sua sa3de deve usar outro papel, pois todas as imitaç3es s3o muito parafinadas e, portanto, extremamente prejudiciais. Vejamos:

"...N3o ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... N3o ha nenhum pais, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG n3o seja preferido por fumadores de todas as classes sociais."

(a) DR. GEORGES DARZENS
Adjunto da Universidade de Paris

"...O papel ZIG-ZAG n3o cont3m nenhuma mat3ria t3xica, nem pasta de madeira, nem cloro... O papel ZIG-ZAG 3 um papel para cigarros de qualidade superior, em que n3o se encontram nenhuns vestigios de subst3ncias nocivas 3 sa3de..."

(a) DR. RAM3N CAJAL
Director do Instituto Terapeutico de Madrid

Poder3amos juntar mais transcriç3es, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL
A CASA HAVANEZA - LISBOA
24 - Largo do Chiado - 25

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

Grande sortido em material cir3rgico, tais como:
Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocaut3rios, Forceps, Fonendosc3pios, Bazzi-Bianchi, Stetosc3pios, Ecosc3pios, Term3metros, Estojos para Anatomia.
Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

e a do alcool, e também a extracção fraccionada (1/2, 1 e 1 1/2 horas, três extracções e não duas como afirmam os AA.); *Borgbjærg* e *Friedenwald* usam os dois métodos, embora de preferência o de extracção única, todavia o professor de Copenhague diz que o método fraccionado é vantajoso para o diagnóstico das aquilias aparentes; *Strauss* há dez anos que só emprega o «*Probetee*», com extracção ao fim de 35 minutos.

Em conclusão, dos dez autores citados, apenas quatro seguem sistematicamente a prova de *Ewald-Boas*, ao passo que cinco utilizam o método fraccionado.

E o que diriam outros patologistas se fôsem consultados?

Beaumont e *G. Dodds* (Prof. de bio-química na Universidade de Londres) são assim concludentes: *Firstly, with regard to the Ewald meal, it becomes obvious that it is impossible to judge the condition of the stomach from a single examination.*

Fowweather (Filadelfia) exprime-se do seguinte modo: *But is now recognised that quantitative analysis of single specimens often fails to give a correct idea of the gastric secretion.*

Igualmente *Streicher* (Chicago) considera a prova de *Ewald* insuficiente para determinar correctamente a função gástrica.

Cheney (S. Francisco) declara que naquela região a prova de *Ewald-Boas* tende, de uma maneira geral, a ser posta de parte.

Hufford atribue o abandono e descrédito em que caíram as análises do suco gástrico à *insuficiência da prova de Ewald.*

Rabinowitch, Fowler e *Watson* (Montreal-Canadá) afirmam que «*os métodos fraccionados nos podem dar mais segura informação que uma simples avaliação da acidez titulável obtida com água e chá*».

Honigmann diz que hoje se usam, de preferência, refeições de prova, líquidas, e os métodos fraccionados.

Já no ano corrente, o método fraccionado é defendido em França por *Parmentier, Letulle* e *Bergés*. Também já este ano, *Büttner* (Leipzig) publica na *Deut. Med. Woch.* um trabalho sobre o diagnóstico das gastrites e ao referir-se ao método de exame do suco gástrico, afirma pura e simplesmente, *que a velha prova de chá e pão deve desaparecer definitivamente, que o método fraccionado é simples e os doentes agradecerão ao médico o uso da sonda delgada.* Transcrevo a sua opinião para lhe conservar todo o sabor da oportunidade: *Das alte Probefrühstück sollte endgültig verschwinden. Auch die*

einmalige Ausheberung hat wenig Wert. Die fraktionierte Ausheberung mit dünner Sonde und Spitze ist einfach. Der Patient hat nicht mehr das Gefühl, den Magen «ausgepumpt» zu bekommen und dankt es dem Arzte, der die dünne Sonde anwendet».

A última edição do apreciado Tratado de Patologia de *Strumpell* (1934) é bem categórica na defeza dos métodos fraccionados, afirmando que «a evacuação de uma só vez, da refeição de prova, não nos fornece dados plenamente satisfatórios e se consegue muito mais com a evacuação fraccionada mediante a sonda permanente»; e, finalmente, «que se obtém com os gráficos de acidez, sem dúvida alguma, um conceito mais exato das propriedades químicas do suco gástrico do que mercê das investigações isoladas».

Hufford, que aceita a prova de *Ewald*, recomenda a quem a pretenda usar, que se no fim de 3/4 de hora a 1 hora não obtiver HCl livre ou êste fôr inferior a 20, continue a prova utilizando a extracção fraccionada; de facto, alguns autores americanos (*Van-zant, Alvarez, Eustermann, Dunn, Berkson*) seguem actualmente êsse processo, fazendo nos casos em que ao fim de uma hora, observam hipocloridria ou acloridria, mais três extracções do conteúdo gástrico, de 15 em 15 minutos. Entre nós, no serviço do *Prof. Teixeira Bastos* (Porto) emprega-se sistematicamente a prova de *Ewald*, com a técnica de extracção fraccionada.

Este procedimento torna clara e bem evidente a deficiência da velha e clássica prova de *Ewald*, nomeadamente nos casos de hipocloridria, acloridria e aquilia gástricas.

Não conheço melhor defeza do método fraccionado.

Finalmente, servem-se do método fraccionado para o exame da secreção gástrica, *Westphal e Kuckuck, van der Reis, Davies, Talley, Bloomfield, Keefer, Eggleston, Hurst, Andersen, Conner, Poland, Berryhill, Williams*, entre muitos outros que seria ocioso citar.

A superioridade do método fraccionado sôbre o método de extracção única é hoje — voltamos a repeti-lo — aceita por quasi todos os patologistas. Nem a *Chaves e Amado*, nem a nós se pode, com razão, atribuir entusiasmo tardio do método fraccionado, como no-lo imputam os AA. Muitos patologistas defenderam e exaltaram o seu valor depois da publicação do nosso trabalho (1), inclusivamente no ano corrente.

(1) Vide bibliografia citada.

III

Toda a questão do valor da histamina no diagnóstico das aquilias depende do conceito que dêste síndrome se faça. Os autores de Lisboa aceitam como critério semiológico das aquilias e acloridrias o fornecido pela prova de *Ewald-Boas*, consideram-no o melhor, supõem-no até o único verdadeiramente clínico.

Pelo contrário, nós — e conosco está a maioria dos gastro-enterologistas — reputamos êsse critério antiquado e insuficiente e fazemos depender o diagnóstico de aquilia duma forte excitação de função secretora gástrica.

Bockus e Bank — e a nosso ver com certa razão — para bem discriminar os estados de *deficit* secretório do estômago, desde a aquilia absoluta por lesão atrofica intensa e generalizada da mucosa gástrica até aos estados hipoclorídricos mais ou menos intensos, passando pelas acloridrias e pelos estados labéis da secreção ácida das aquilias neurotico-funcionais, servem-se ainda de mais rigorosos exames.

Aconselham uma refeição de prova com exame fraccionado, a refeição de prova e injeção de histamina cumulativamente, e ainda o vermelho neutro, e afirmam só existir *verdadeira e absoluta aquilia*, quando os resultados obtidos por estas diferentes técnicas forem negativos, *acloridria* se aos exames habituais e à histamina, não aparecer ácido clorídrico, mas houver fermentos depois da injeção de histamina e, finalmente, *hipocloridria* se se encontrar quantidade reduzida de ácido clorídrico e fermentos com a prova da histamina.

Conner, Benett, Ryle, Campbell, Hern, Bloomfield, Polland, Keefer, Eggleston, Kelling, Teschendorf, Gumpertz, Vorhaus, Vanderhoof, Bell, Andersen e Hurst defendem o critério de que o método de extracção única leva a considerar como verdadeiras acloridrias e aquilias, as falsas e aparentes. Igual doutrina é defendida, em Boston, por *Lerman, Pierce e Brogan* e em Cleveland, por *Klumpp e Bowie*. Este engano chega a verificar-se em 9,2 % dos casos observados pelos dois métodos (*Hurst*).

Hufford diz que todos os casos suspeitos de hipocloridria, acloridria e aquilia, ou mesmo os verificados com métodos fraccionados, devem ser submetidos à prova da histamina.

Wright e Einhorn defendem o mesmo critério nos casos duvidosos de aquilia.

A histamina tem para Mathees valor prognóstico nas aquilias Büttner (1935) diz: «*Fehlende Säure spricht nicht unbedingt für weitgehenden Drüsenuntergang. Deshalb muss man bei Achylie die Funktion der Drüesen mit Histamin prüfen*». Este autor aconselha pois o uso da prova de histamina em casos de aquilia.

Segundo Matzner e Gray (Brooklyn), se a prova de rotina não provoca secreção de H Cl, é necessário fazer a prova da histamina.

Berryill e Williams (Cleveland) não aceitam como aclorídricos definitivos, os indivíduos que à segunda extracção (40 minutos depois da ingestão de álcool) não segregam ácido e por êste motivo, dão uma injeccção de histamina e continuam a extracção fraccionada.

Na última edição do tratado de Strumpell (1934) lá se defende o valor da prova da histamina «*pois que é possível a cura das aquilias neurotóxicas-funcionais e as provocadas por gastrites, que segregam ácido mercê daquela prova*. E dizem mais: *a gravidade da lesão das glandulas secretoras da mucosa gástrica só se pode bem medir mediante a injeccção de histamina*». Quere dizer, segundo êste tratado a prova de histamina é necessária, pelo menos, para o diagnóstico e prognóstico das aquilias.

Fonseca e Carvalho afirmam que a prova da histamina fornece indicações mais seguras que a de Ewald, e da mesma opinião são Choisy e Katznelbogen (Serv. do Prof. Roch, Geneve).

Vanzant, Alvarez, Eustermann, Dunn e Berkson exigem para a pesquisa de acloridria, o método fracionado apoz refeição de prova e a prova da histamina, e para a de aquilia, a repetição da injeccção de histamina.

Enfim, Polland, um dos gastro-enterologistas americanos que melhor tem estudado o problema do exame do suco gástrico, declara-se categoricamente a favor da prova da histamina dizendo: «*I shall dismiss the question, then, by reiterating, that the histamine test is the only available procedure which fulfils the recognised criteria of an adequate functional test; it is standardizable; it imposes a maximum load on function, and it yields pure juice suitable for quantitative measurement*».

Compreende-se que, em função da prova de Ewald, estímulo

fraco da secreção gástrica e ainda técnica deficiente de apreciação do acto digestivo, as reais eucloridrias, hipocloridrias e acloridrias possam ser consideradas respectivamente como hipocloridrias, acloridrias e aquilias.

Pelo mesmo motivo, se comprehende que a mucosa gástrica com grande *deficit* secretor originado por neurose, acuse aquilia ao *Ewald* e possa mostrar sòmente acloridria ou hipocloridria, aos métodos fraccionados, nomeadamente à histamina.

É pois nossa opinião, já expendida no trabalho de 1932, que a pesquisa de hipocloridria, acloridria e aquilia e ainda o diagnóstico diferencial das aquilias, e portanto o seu prognóstico, exigem o uso dos métodos fraccionados e ainda da histamina. Também no citado artigo se mostrou a vantagem de, nos casos duvidosos de aquilia, repetir o exame do suco gástrico, empregando a histamina, se esta não foi usada no primeiro exame.

É certo haver casos em que a aquilia resiste à histamina e tempos depois, apresentam secreção ácida. São muito excepcionais e não podem, em boa lógica, invalidar o valor *prático* da prova da histamina.

Os AA. admitem que cada prova tem os seus valores normais, portanto a de *Rehfuss* e a da histamina la têm a sua zona de hipocloridria. Como podem então ser exagerados os valores de acidez mediante a histamina se a prova tem valores normais? Casos de aquilia ao *Ewald* e acloridria ou mesmo hipocloridria à histamina, são evidentemente tratados do mesmo modo, com a diferença de que o médico que tiver feito a prova da histamina, sabe não estar perante um caso de aquilia absoluta, verdadeira, irreductível, enquanto o que tiver feito sòmente a prova de *Ewald*, ignora o tipo de aquilia que está tratando. Aquilias ao *Ewald* têm, em regra, prognóstico diferente, segundo a prova da histamina confirma ou infirma êsse diagnóstico.

Nem os autores de Lisboa, nem ninguem, com a clássica prova de *Ewald-Boas*, poderá fazer o diagnóstico diferencial da aquilia por grave atrofia da mucosa gástrica com a aquilia neurotico-funcional e por gastrite pouco intensa, e que comportam prognóstico bem diferente, por vezes, oposto.

O valor da histamina para o diagnóstico diferencial das aquilias não é pois incerto como dizem os AA., é antes *um dos melhores que actualmente temos para a prática cotidiana.*

Se é insensato nos casos de *deficit* secretor, procurar saber até onde pode ir a capacidade secretora ácida, como se deve chamar o prescindir dêsse conhecimento?

Neste momento, podemos devolver «*mutatis mutandis*» aos AA. algumas frases do seu artigo. Se assim fizerem, isto é, se continuarem com essa confiança cega na prova de *Ewald-Boas*, «cometerão erros de diagnóstico a cada passo», designando hipocloridrias por acloridrias, acloridrias por aquilias; e, bem assim, não distinguirão aquilias neurótico-funcionais ou por gastrite leve, curáveis, das aquilias verdadeiras, absolutas e irredutíveis, o que os impossibilitará de se pronunciar sôbre o prognóstico da função secretora do estômago e conduzir convenientemente a terapêutica.

Enfim, como se contem no nosso artigo de 1932, nós defendemos o uso dos métodos fracionados, usámos e continuamos a usar a prova de *Rehfuss*, como *rotina* e servimo-nos da histamina correntemente, em casos de *deficit* secretor e, excepcionalmente, em casos em que haja particular interêsse em conhecer a capacidade secretora ácida do estômago.

Não nos foi provado com razões científicas, *que este é o mau critério e por isso continuamos a empregá-lo*. E assim procedendo, seguimos parte da escola alemã, a quási totalidade das escolas francesa e americana.

Se os AA. se referem com desvanecimento á quantidade e qualidade dos patologistas que abonam o seu critério, que lhe diremos da quantidade e qualidade dos que estão connosco! Ou, por ventura, só os defensores da prova *Ewald* têm cotação no mundo científico?!

* * *

Ocorre-me, para terminar, o que diz o patologista *Polland*. Diz êle que já não discute métodos de exame do suco gástrico, porque os defensores de velhos e insuficiente métodos, se deixam influenciar pelo *sentimento e a tradição*.

Ora é o que possivelmente se passa com os AA.: Sentem gratidão pela prova de *Ewald* «pelos muitos conhecimentos de patologia do aparelho digestivo que com ela conquistaram» e talvez, tradicionalistas por índole, muito querem ao que já muito viveu. São dois sentimentos muito louváveis perante os quais nada temos a dizer, ou melhor, dizemos que pomos ponto final no assunto.

BIBLIOGRAFIA

- MORAIS SARMENTO, BRUNO DA COSTA E SANTOS SILVA -- *Lisboa Médica*, IX, n.º 3, 1932.
- CASCÃO DE ANCIÃES E CARLOS TRINCÃO — *Lisboa Médica*, XIII, n.º 9, 1935.
- CASCÃO DE ANCIÃES — Aquilia gástrica — Conferência, 1925.
- — — *C. R. Soc. Biol.*, vol. II, 1926 pg. 333.
- — — *Idem*, vol. II, 1926, pg. 1258.
- I. BOAS — Enfermedades del estômago, 1928. Trad. espanhola da 9.ª ed. alemã.
- LEO DINKIN — *Med. Kl.*, 50, 1931.
- — — *Idem*, 51, 1931.
- CARNOT KOSKOWSKI E LIBERT — *C. R. Soc. Biol.*, 1922, pg. 575.
- — — *Idem, ibid.*, pg. 670.
- CARNOT E LIBERT — *Idem*, 1925, pg. 242.
- FERNANDO FONSECA E A. DE CARVALHO — *Idem*, 1926, vol. II.
- — — *Idem*, 1927, vol. I.
- E. BEAUMONT AND G. DODDS. — Recent advances in medicine, 1925.
- HONIGMANN, PORGES, HOFFMANN E GROTE — Tratado de diagnóstico diferencial, 1932.
- HECHT JOHANSEN — (Copenhague) *The J. of Amer. Med. Assoc.*, vol. 92, n.º 21, 1929.
- KLUMPP AND BOWIE — (Boston e Cleveland) *J. of Clinical Invest.*, vol. XII, 1933.
- TH. BRUGSCH — Tratado de Patologia Médica, 1932.
- BRANISTEANU, STRAT, FAINITA — *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, T. 24, n.º 2, 1934.
- STRAUSS — *Boas Arch.*, 51, 1932, pg. 390.
- MORAWITZ E HENNING — *Idem, ibid.*
- KELLING — *Idem ibid.*, pg. 393.
- BORGEJAERG — *Idem, ibid.*, pg. 396.
- PORGES — *Idem, ibid.*, pg. 397.
- FRIEDENWALD — *Idem*, 52, 1932, pg. 100.
- EINHORN — *Idem, ibid.*, pg. 101.
- ELSNER — *Idem, ibid.*, pg. 102.
- ZWEIG — *Idem, ibid.*, pg. 104.
- FRANK S. FOWWEATHER — (Filadelfia). *A handbook of chemical pathology*, 1929.
- M. H. STREICHER — (Chicago) *The J. of Amer. Med. Assoc.*, vol. 95, n.º 5, 1930.
- GARNET CHENEY -- (S. Francisco) *Idem*, vol. 93, 1929.
- HUFFORD, WRIGHT E MAX EINHORN — Discussão do trabalho de Cheney publicado no mesmo número do *J. of Amer. Med. Ass.*, vol. 93, 1929.
- RABINOWITCH, FOWLER, WATSON — (Montreal) *Arch. of Int. Med.*, vol. 47, 9131.

- PARMENTIER, LETULLE ET BERGÉS — *La P. Méd.*, n.º 29, 1935.
- BUTTNER — *Deut. Med. Woch.*, n.º 30, 1935.
- STRUMPELL E SEYFARTH — Patologia e Terapêutica das doenças internas, última edição alemã (32.ª ed.) 1934.
- VANZANT, ALVAREZ, EUSTERMANN, DUNN E BERKSON — *Arch. of Int. Med.*, vol. 49, n.º 3, 1930.
- — — *Idem*, vol. 52, 1933.
- ESTEVES PINTO — *Portugal Médico*, vol. XIX, n.º 9, 1935.
- WESTPHAL E KUCKUCK — *Deut. Med. Woch.*, n.º 27, 1934 e n.º 28, 1934.
- VAN DER REIS — *Idem*, vol. 59, n.º 10, 1933.
- DAVIES E TALLEY — *The J. of Amer. Med. Assoc.*, vol. 92, n.º 2, 1929.
- SCOTT POLLAND — *The J. Clin. Invest.*, vol. XII, 1933.
- — — *Arch. of Int. Med.*, vol. 51, 1933.
- SCOTT POLLAND E BLOOMFIELD — *The J. of Clin. Invest.*, n.º 3, vol. XIV, MILTON CONNER — (Mayo Clin.) *The J. of Amer. Med. Assoc.*, vol. 94, n.º 9, 1930.
- R. BERRYHILL E A. WILLIAMS — *The J. of Clin. Invest.*, vol. XI, 1932.
- ROBERTO CHAVES E DIAS AMADO — *Arquivo de Patologia*, n.º 3, vol. V, 1933.
- L. BOCKUS E J. BANK — (Filadelfia) *Arch. of Int. Med.*, 1927, vol. 39.
- J. MATZNER E I. GRAY — *Idem*, 1931, vol. 47.
- M. MATHEES — Diagnostico diferencial de las enfermedades internas, 1932.
- CHOISY E KATZNELBOGEN — (Genova) *Arch. des mal. de l'app. digest.*, 1927, pg. 278.
- — — *Idem*, 1931, t. XXI, pg. 455.
- CADE E MILHAUD — *Arch. des Mal. de l'app. Digest.*, 1928.
- LERMAN, PIERCE, BROGAN — (Boston) *The J. of Clin. Invest.*, vol. 12, 1932.
- G. FAROY E HODA-AN — *Arch. des Mal. de l'app. digest.*, t. XXII, n.º 8, 1932.
- HENNING — *Münchener Med. Woch.*, n.º 41, 1928.
- IAC I. DE LONG — *Klin. Woch.*, 12, 1933.

Os autores citados no texto e que faltam na bibliografia, estão mencionados nos artigos ou livros que constam desta.

ESTUDOS SOBRE CAROTENOIDES

I. Carotenoides dos frutos de Diospyros

II. Carotenoides dos medronhos (*Arbutus unedo*)

POR

KARL SCHÖN

Introdução.

Têm real e verdadeiro interêsse o estudo dos carotenoides nas plantas portuguesas, já por até hoje ninguém o ter feito, já pelos conhecimentos úteis que êle pode fornecer ao médico português e, em geral, à população de Portugal mostrando o valor nutritivo das plantas e sobretudo, o seu conteúdo em vitaminas.

É trabalho que se nos afigura duplamente interessante, porque, além da utilidade prática e imediata, pode concorrer, embora modestamente, para o avanço dos conhecimentos sôbre carotenoides.

Em artigo precedente, publicado nesta revista (9), expusemos os resultados dos estudos recentes sôbre êsses corantes naturais e sua função biológica, e em curto esboço, tentámos apresentar alguns dos múltiplos problemas químicos e biológicos dessas substâncias.

O nosso estudo necessitou a aplicação de métodos especiais, descritos no decurso dos trabalhos subseqüentes.

I — Carotenoides dos frutos de Diospyros.

Existem abundantemente em Portugal e Espanha muitas variedades da planta Diospyros. Os frutos das variedades são semelhantes, não permitindo a sua fácil distinção.

Interessa-nos conhecer o conteúdo em carotenoides destes frutos porque êle pode elucidar-nos sôbre o valor vitamínico do Diospyros.

Karrer, Morf, Krauss e Zubrys (3) fizeram investigações nos Diospyros Kaki e sômente isolaram o licopeno e a zeaxantina, substâncias que, como dissemos no artigo precedente, não têm acti-vidade vitamínica.

Hsü Kang Liang (1) também estudou o fruto Diospyros, mas apenas com o fim de conhecer o seu conteúdo em vitamina C, e verificou esta existir em pequena quantidade.

O nosso trabalho tem porém como finalidade, o estudo completo das substâncias corantes existentes nos Diospyros, com especial atenção para aquelas que têm função vitamínica A, e não foram isoladas por *Karrer, Morf, Krauss e Zubrys*.

Escolhemos os frutos do *Diospyros costata* (que nos foram gentilmente oferecidos pelo Prof. Dr. *Carrisso*, Director do Inst. Bot. da Universidade de Coimbra, a quem agradecemos), colhi-dos de uma só árvore, não maduros, em Novembro de 1934, e conservados até à maturação, à temperatura de 20°.

Os frutos foram desidratados por intermédio do alcool; na água arrastada por êste, saíram algumas substâncias corantes, amarelas, nela soluveis. A extração completa dos carotenoides fêz-se, em seguida, com o auxílio duma mistura de gasolina e acetona.

* * *

A separação preliminar dos hidrocarbonetos e das xantofilas adiante citadas, na parte experimental do presente trabalho, baseia-se nos seguintes conhecimentos. Os corantes repartem-se por dois líquidos não misciveis (em regra, utiliza-se a gasolina e o metanol a 80-90 %) e verifica-se nestas condições que os hidrocarbonetos ($C_{40}H_{56}$) se encontram na gasolina e as xantofilas livres, no alcool. Na gasolina ficam ainda as xantofilas esterifi-cadas. Se porém saponificarmos estas xantofilas, libertamo-las dos ácidos gôrdos e se novamente as separarmos recorrendo aos dois líquidos já mencionados, elas vão agora para o alcool.

A única excepção a esta regra é representada pelas xantofilas com um só átomo de oxigénio ($C_{40}H_{56}O$), criptoxantina e rubixantina, que ficam sempre na gasolina ainda que o metanol

atinja a concentração de 90 %. Se a concentração do álcool sobe a 95 %, já uma quantidade apreciável destas xantofilas aparece no álcool, mas como êste, assim concentrado, começa a solubilizar-se na gasolina, a separação destas xantofilas é praticamente impossível por êste método e só pela análise cromatográfica se pode fazer.

A separação completa dos vários carotenoides faz-se pela análise cromatográfica de *Tswett*. Este método baseia-se, em teoria, por um lado, na faculdade que têm certas substâncias corantes em solução, de ser adsorvidas por um meio salino ou qualquer outra substância insolúvel no meio em que o corante está dissolvido, e por outro lado, nas diferentes afinidades que os corantes têm para essas substâncias, ficando as de maior afinidade na parte superior da coluna do meio adsorvente; e assim se estabelece uma escala com os diferentes corantes adsorvidos e facilmente separáveis com uma espátula. Separamos os corantes adsorvidos das substâncias adsorventes por intermédio do álcool, do eter, da acetona, etc., visto que todos os reagentes com maior afinidade para o meio adsorvente, são capazes de libertar os corantes.

* * *

Verifiquei que agitando a solução em gasolina de carotenoides do *Diospyros* com o metanol a 90 %, nenhum corante passa para êste álcool, donde se infere que não há nestes frutos, xantofilas livres (1). Observei, porém, que após a saponificação, a maior parte do pigmento se encontra na camada alcoólica.

Para a análise cromatográfica de *Tswett*, empregámos o aparelho recentemente descrito por *Winterstein e Schön* (10), a gasolina como dissolvente das substâncias corantes e o óxido de alumínio como adsorvente.

O cromatograma mostra quatro zonas distintas, das quais isolámos, no estado cristalizado puro, a criptoxantina, o licopeno e o β -caroteno e, em exame espectroscópico, verificámos também

(1) A criptoxantina, como dissemos acima, acompanha sempre os hidrocarbonetos, de modo que não podemos saber se nos frutos *Diospyros* ela existe no estado livre ou esterificado.

a existência do α caroteno. Por a criptoxantina conter ainda pequena quantidade de licopeno, separámos êste último, por segunda adsorção.

Separámos as xantofilas por meio da análise cromatográfica, utilizando o carbonato de cálcio como meio adsorvente. A coluna do carbonato de cálcio foi ocupada numa grande parte, por uma zona amarela uniforme de zeaxantina. A parte superior da coluna mostra uma zona muito pequena, de côr amarela intensa nitidamente diferente da de zeaxantina. Desta zona, isolámos uma pequena quantidade de uma xantofila que forma cristais amarelo-castanhos, agrupados em estrelas. Esta xantofila é a violaxantina, como se demonstra pelo espectro de absorção, o comportamento de adsorção e a reacção com ácido clorídrico a 25 % (coloração azul).

O β -caroteno é o produto de maior actividade vitaminica e é o carotenoide mais comum nas plantas. Nos frutos *Diospyros*, porém, a maior parte da actividade vitaminica é devida à criptoxantina que, só por si, representa mais de 70 % da « fracção dos hidrocarbonetos ».

Semelhantemente, já no milho amarelo, *Kuhn e Grundmann* (5) encontraram a criptoxantina como única substância de acção vitaminica A.

Para bem compreender a biogenese do pigmento do *Diospyros*, devemos dizer que cêrca de 90 % dêste é representado por β -caroteno, criptoxantina e zeaxantina, e estas três substâncias pertencem ao mesmo grupo estereo (*Kuhn e Grundmann* 6). Por outro lado, o restante é formado por α -caroteno, licopeno e violaxantina, esta última de estrutura ainda desconhecida.

Também já *Zechmeister e Cholnoky* (11) investigaram as materias corantes do pimento e concluíram por resultados análogos aos nossos, isto é, que a maior parte daquelas pertence ao grupo estereo do β -caroteno.

Parte experimental.

Extracção dos carotenoides do *Diospyros* costata.

Esmagámos 15 kgrs. de frutos maduros e moles e conservámos-os 2 dias em 5 litros de alcool. Submetemos depois esta pasta a forte pressão, e o alcool libertado apresentou-se quasi

incolor. Secou-se o residuo e fêz-se a extracção dos carotenoides por intermédio de uma mistura de 3 litros de acetona e 5 litros de gasolina. Depois juntou-se mais 3 litros de gasolina e separou-se a acetona pela lavagem com água. Agitou-se 5 vezes, em seguida, a solução de gasolina com alcool a 80 % e verificou-se que não passaram substâncias corantes com o alcool. Concentramos a solução de gasolina no vácuo, à temperatura de 50°, até obter 200 c.c. Esta solução foi depois filtrada com o fim de separar as resinas, e saponificada com 500 c.c. de metanol com KOH a 5 %, a que se juntou igual volume de eter. Passados 2 dias, e sempre sob atmosfera de azote, esta saponificação estava completa. Juntámos 1,5 litros de eter e 3 litros de água para separar o metanol e a potassa caustica. A lavagem com água repetiu-se tantas vezes quantas as necessárias para o desaparecimento da reacção alcalina e do metanol. A solução assim obtida foi depois evaporada com o auxilio do vácuo e o residuo foi redissolvido em 1 litro de gasolina. Procede-se sobre esta solução à extracção das xantofilas por intermédio de pequenas porções de alcool a 90 %, que se agitam com a solução de gasolina até prefazer o volume alcoolico de 600 c.c. Neste momento, temos pois 2 soluções: uma de alcool contendo as xantofilas e outra de gasolina contendo os hidrocarbonetos e a criptoxantina. Esta última foi bem lavada e seca com sulfato de sódio e conservada na geleira durante 2 dias. O frio fêz precipitar alguns corpos incolores e isolámo-los por filtração.

Á solução alcoolica que contém as xantofilas, juntámos 1,5 litros de benzina; e depois, por adições sucessivas de água, como as xantofilas são insolúveis nesta, elas passam para a gasolina. Como porém, ainda pode ficar alguma parte das xantofilas na água, em solução coloidal, fizemos nova extração com mais 1,5 litros de gasolina. Reunimos as 2 soluções de gasolina, lavamo-las com água, secámo-las com sulfato de sódio e guardámo-las na geleira durante alguns dias. Do mesmo modo, o frio precipitou substâncias incolores que se separam por filtração.

Análise cromatográfica.

a) — *Hidrocarbonetos*. Diluimos até 3 litros a solução concentrada dos hidrocarbonetos em gasolina e fizemos passar esta

solução através de uma coluna de óxido de alumínio activado (1). Feita a adsorção completa do pigmento, lavámos a coluna de óxido de alumínio com 6 litros de gasolina. Formaram-se 4 zonas distintas, cujo espectro de absorção mostra, como mais característico, o seguinte :

| | Primeira banda de absorpção em gasolina (p. de ebulição 80°) |
|---|--|
| 1 — Zona castanho-vermelha, de limites nítidos | 484 m μ . |
| 2 — Zona muito fina, vermelha, de limites nítidos | 506 m μ . |
| 3 — Zona alaranjada, grande e difusa | 484 m μ . |
| 4 — Zona amarela, pequena e difusa | 479 m μ . |

O filtrado contém pouca substância corante e apresenta as mesmas bandas de absorção que a 4.^a zona.

Os corantes correspondentes a estas diferentes zonas foram separados mediante várias operações: em primeiro lugar, fêz-se a separação mecânica das zonas por intermédio de uma espátula; o corante adsorvido ao óxido de alumínio é, em seguida, separado por meio de gasolina com metanol a 1 0/0.

As 3.^a e 4.^a zonas eram difusas e por isso, após a sua separação da coluna total, foram juntas com a parte corada do filtrado e procedeu-se a nova adsorção através da coluna de óxido de alumínio activado que, por fim, foi lavada com gasolina. Obtivemos assim, uma zona alaranjada nítida de β -caroteno e, mais abaixo, uma zona amarela de α -caroteno. Não conseguimos obter o α -caroteno em estado cristalizado, puro, em virtude da sua pequena quantidade. Obtida em solução o β -caroteno, concentrámo-lo no vácuo, até 10 c.c.; guardámo-lo na geleira por algumas horas e, por filtração, eliminámos alguma substância incolor que precipitara. Recolocando a solução na geleira, obtivemos cristais de β -caroteno, ao lado de muitos outros incolores. Filtrámos e sobre os cristais lançámos metanol e aquecemos, obtendo assim a dissolução da quasi totalidade dos cristais incolores e uma pequena parte dos cristais do β -caroteno. Cris-
tali-

(1) Empregámos o óxido de alumínio de Merck. Activámo-lo pelo aquecimento até 250-300° e guardámo-lo em frasco fechado, para não absorver vapor de água, porquanto é um produto higroscópico.

zámos 2 vezes o β -caroteno com a mistura de benzeno-metanol (1:2). Ponto de fusão 180° (não corr., no vácuo).

Bandas de absorção (1): em CS₂: 519,485 m μ .
em gasolina: 484,452 m μ .

A segunda zona do cromatograma, que contém licopeno, sofreu as mesmas operações e a solução foi concentrada no vácuo a 7 c.c. Conservámo-la 2 dias na geleira e formaram-se cristais de licopeno e incolores. O precipitado foi filtrado e lavado com gasolina fria no filtro, e depois fervido 3 vezes no metanol. Após a recristalização com a mistura de benzeno-metanol (1:1), o licopeno estava puro. As bandas de absorção foram:

em CS₂: 548,508,476 m μ .
em benzina: 506,474 m μ .

A primeira zona do cromatograma contém criptoxantina e esta foi extraída pelos processos já descritos e evaporada no vácuo. O resíduo foi dissolvido em 200 c.c. de éter a que se juntou o mesmo volume de uma solução concentrada de KOH em metanol, e guardou-se a mistura assim obtida durante 3 dias; findos estes, aqueceu-se a 35° durante 4 horas. Para tirar o metanol e o alcali, juntámos água e repetimos esta operação de lavagem do éter tantas vezes quantas às necessárias para perder a alcalinidade e o metanol. Evaporámos em seguida o éter e dissolvemos o resíduo em gasolina; juntámos metanol a 90%. Verificámos que o corante se conserva na gasolina, mas quando a concentração do metanol passou para 95%, uma parte do corante acompanhou o álcool, como está descrito por *Kuhn* e *Grundmann* (4) para a criptoxantina. Fêz-se nova adsorção cromatográfica e conseguiu-se ainda isolar daquela substância corante, uma pequena porção de licopeno. A criptoxantina foi adsorvida pelo óxido de alumínio activado, formando uma zona vermelha nítida; acima desta, formou-se uma zona pouco corada, mais larga e com as mesmas bandas de absorção. À zona média foram aplicadas as operações de extração e a solução obtida foi evaporada no vácuo, até à secura. Guardámos este resíduo oleoso na geleira e ele solidificou. Fervemo-lo 3 vezes com

(1) As bandas de absorção foram observadas em espectroscopio de prisma de Hilger com filtro de sulfato de cobre e amoníaco.

metanol, que dissolveu uma grande parte das substâncias incolores. O resíduo foi então dissolvido totalmente em 5 c.c. de benzeno quente. Juntámos a esta solução, 10 c.c. de metanol e uma grande parte das substâncias incolores, ainda existentes, precipitaram, e por filtração, foram isoladas. O filtrado foi evaporado até à secura e dissolvido em benzeno quente ; juntou-se-lhe em seguida, o mesmo volume de metanol.

Conservou-se, depois, 2 dias na geleira, obtendo-se assim 60 mgrs. de criptoxantina cristalizada. Estes cristais foram fervidos com metanol e 2 vezes cristalizados por intermédio da mistura benzeno-metanol (1:1), obtendo-se finalmente 35 mgrs. de criptoxantina pura. Ponto de fusão 166-167° (não corr., no vácuo).

Bandas de absorção : em CS₂ : 518,484,455 m μ
em cloroformio : 495,465 m μ

b) — *Xantofilas*. Procedemos à análise cromatográfica das xantofilas dissolvidas em 3 litros de gasolina usando como meio adsorvente uma coluna de carbonato de cálcio. Lavou-se esta com grande quantidade de benzina e verificou-se que a maior parte da coluna ficou ocupada por uma zona amarela, uniforme, de zeaxantina ; só na parte superior se observou uma zona estreita, amarela intensa. A matéria corante desta zona foi extraída pelo metanol ; evaporou-se êste no vácuo até à secura e o respectivo resíduo foi fervido, algumas vezes, com gasolina. Em seguida, cristalizámos esta xantofila com um pouco de metanol. Obtivemos assim 1 mgr. de cristais, tipo agulhas, de côr amarelo-castanho. Bandas de absorção :

em alcool : 476,445 m μ
em CS₂ : 502,472 m μ .

A solução desta xantofila em éter em contacto com uma solução de HCl a 25%, desenvolveu uma côr azul intensa ; se empregarmos o HCl a 19,5% não há reacção. Eis os três motivos que nos levam a supôr ser esta xantofila idêntica à violaxantina.

A segunda zona, isto é, a maior parte da coluna adsorvente, também foi submetida à extracção pelo metanol e êste, depois concentrado até pequeno volume. Em seguida, juntámos ao me-

LABORATORIO **SANITAS**

A Calcina Orgânica (Calciorgan) é
5 VEZES MAIS ASSIMILAVEL
do que os preparados de Calcina minerais

Vêr o trabalho publicado pela Secção de Estudos Biológicos do LABORATÓRIO SANITAS «*A hipótese de Trendelenburgo sobre a assimilação dos saes de cálcio*», em que se descrevem as experiências feitas em animais e os seus resultados. — Este livro é enviado aos Ex.^{mos} Médicos, pelo LABORATÓRIO SANITAS.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol
ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência 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^a)

Depositários
exclusivos

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

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

À LUZ DO CONHECIMENTO MODERNO

foi descoberto que os processos do fleigmão são melhor tratados com aplicações apropriadas de calor húmido, que, não só oferecem um alívio agradável, como também, frequentemente, resolve o processo sem necessidade de intervenção cirúrgica.

A ANTIPHLOGISTINE, devido à sua acção osmótica e ao efeito antiséptico dos seus ingredientes, e também à virtude que tem de manter calor húmido por longo tempo, promove uma hiperemia activa, com ausência de irritação, apressando assim a resolução e o alívio das dores.

ANTIPHLOGISTINE

Para os PROCESSOS DO FLEIGMÃO

THE DENVER CHEMICAL MFG CO., 465 Varick St., NOVA YORK.

ROBINSON, BARDSLEY, & Co. LTD.

Cais do Sodré, 8 — LISBOA

tanol igual volume de gasolina. A zeaxantina cristalizou e obtivemos a purificação desta substância pela recristalização com metanol.

A zeaxantina apresenta-se sob a forma de pequenas folhas amarelas, compridas e de contornos semelhantes à cauda das andorinhas. Ponto de fusão 210° (não corr., no vácuo). Bandas de absorção:

| | |
|----------------------|-------------------|
| em gasolina: | 482,453 m μ ; |
| em CS ₂ : | 519,483 m μ ; |
| em alcool: | 483,452 m μ . |

Determinação colorimétrica das matérias corantes.

Encontrámos, pois, as seguintes quantidades de matérias corantes em 15 kgrs. de frutos frescos (1,1 kgrs. de substância seca):

| | |
|--------------------------|-----------|
| α — Caroténo..... | 5,4 mgrs. |
| β — Caroténo..... | 15 » |
| Licopéno..... | 5 » |
| Criptoxantina..... | 75 » |
| Zeaxantina..... | 180 » |

Conclusões.

I. — No fruto *Diospyros costata*, além do licopéno e da zeaxantina já encontrados por Karrer, Morf, Krauss e Zubrys, verificámos também a presença de α — e β — carotenos, criptoxantina e violaxantina.

II. — A actividade vitamínica A do fruto *Diospyros* é função dos α — e β — carotenos e da criptoxantina.

III. — Pode-se exprimir a actividade vitamínica, em Unidades Internacionais (U. I.), tendo em conta que o β — caroteno tem acção vitamínica dupla da do α — caroteno e da criptoxantina. (Segundo Randoïn (8), 0,6 microgramas de β — caroteno correspondem a uma U. I. de vitamina A).

Os valores obtidos são:

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| α — caroténo..... | 5,4 mgrs. correspondem a 4.500 U. I. |
| β — caroténo..... | 15 mgrs. correspondem a 25.000 U. I. |
| Criptoxantina..... | 75 mgrs. correspondem a 62.500 U. I. |

Em 15 kgrs. de Diospyros costata há pois 92.000 U. I. o que corresponde aproximadamente a 6.100 U. I. em cada kgr. destes frutos.

* * *

O autor agradece ao Dr. *Mendonça*, do Instituto de Botânica da Universidade de Coimbra, a solicitude, boa vontade e gentileza com que lhe facultou a aquisição dos frutos *Diospyros* para a realização deste trabalho.

II — Carotenoides dos medronhos (*Arbutus unedo*).

O medronheiro é uma planta geralmente cultivada nos países do mediterrâneo; os seus frutos são doces e servem de alimento e de preparação para bebidas aromáticas.

O exterior do fruto apresenta «cicatrizes» vermelhas que contêm antocianina e esta pode ser extraída pelo alcool. A solução alcoólica vermelha de antocianina torna-se azul esverdeada pela adição de soda cáustica e azul intenso pelo cloreto férrico; esta última côr volta, depois de algum tempo, a violeta e por fim quasi desaparece. A solução vermelha alcoólica de antocianina mostra em exame espectroscópico, uma sombra de 500 m_{μ} e a absorção total de 570 m_{μ} .

A parte carnuda do fruto é amarela, em virtude dos carotenoides que contém e que podem ser extraídos pela gasolina e éter depois de ter secado a polpa do fruto.

Vê-se que a distribuição do corante, quando posto em solução de gasolina e alcool a 90% se realisa de molde a todo o corante ficar na camada do primeiro, donde se infere a ausência de xantofilas não esterificadas. Após, porém, a saponificação com a potassa cáustica alcoólica, a maior parte do pigmento vai para a camada alcoólica.

Verificou-se pela análise cromatográfica, que o pigmento dos medronhos é constituído por vários carotenoides.

Os hidrocarbonetos e as xantofilas só com um atomo de oxigénio, contidos na camada de gasolina fornecem-nos um cromatograma com cinco zonas. A primeira zona, de côr vermelha intensa, mostra, depois da extracção do meio adsorvente, só bandas de adsorção difusas, e consiste em produtos de oxidação.

Da segunda zona podemos isolar criptoxantina cristalizada, em estado puro.

A terceira zona, muito estreita, contém licopeno que não podemos isolar no estado cristalizado puro, por ser em muito pequena quantidade e estar misturada com muitas substâncias incolores e aderentes.

As duas últimas zonas são de β — e α — caroteno, e destas podemos isolar o β — caroteno no estado puro cristalizado e não o α — isomero por ser em pequena quantidade.

A quantidade de xantofila encontrada representa 80% do pigmento total do medronho e consiste, segundo a análise cromatográfica, quasi totalmente, em violaxantina. Conseguimos isolar ao lado da violaxantina, uma pequena quantidade de xantofila cristalizada, que representa uma mistura de zeaxantina com luteína.

Geralmente, a violaxantina existe em quantidades consideráveis, somente em certas flores, e em regra, os frutos são pobres nesta xantofila. É portanto digno de acentuar-se que a violaxantina constitui a maior parte do pigmento do fruto do medronheiro. A violaxantina isola-se sem qualquer dificuldade, e, por este motivo, consideramos os medronhos uma fonte boa e prática para obter a violaxantina, ainda que a quantidade relativa seja pequena.

Kuhn e Winterstein (7) observaram como ponto de fusão para a violaxantina 199-199,5° (corr.), enquanto *Karrer e Morf* (2) indicam um ponto situado a 8° mais elevado. As nossas preparações mais puras apresentaram um ponto de fusão a 203° (corr., no vácuo).

Parte experimental.

Esmagámos com as mãos 25 kgrs. de medronhos maduros; juntámos-lhes 25 litros de acetona, neutralisámos com carbonato de potássio e conservámos-os assim um dia. Por intermédio de uma prensa, separámos a acetona, que arrastou a maior parte da antocianina e o resíduo (5 kgrs.) foi guardado durante um dia em alcool a 95%, para o qual passaram alguns carotenoides e o resto da antocianina. Submetemos a nova pressão e secámos o resíduo que se reduziu para 4 kgrs.; deste extraímos os carotenoides pela gasolina, procedendo com pequenas quantidades desta, até prefazer o volume de 10 litros; depois, sobre o mesmo resíduo, fizemos idénticas operações com partes de éter até prefazer o volume de 10 litros de éter. Concentrámos estas duas soluções no vácuo, à temperatura de 40-50° até 200 c.c. e, por filtração, isolámos o precipitado incolor que se tinha formado. Juntámos alcool de 80% e agitámos o total, 2 vezes, e depois juntámos alcool de 90% e agitámos algumas vezes. Neste momento, toda a matéria corante está na camada superior de gasolina. Evaporámos, no vácuo, esta solução de gasolina até à secura e dissolvemos o resíduo em 200 c.c. de éter. Saponificámos esta solução com um soluto de

potassa cáustica a 5^o/₁₀ em metanol, e conservámos o todo em atmosfera de azote, durante um dia. Juntámos, em seguida, 200 c.c. de gasolina e 50 c.c. de água. As xantofilas, agora saponificadas, passaram para o alcool. A camada superior (gasolina e éter) foi ainda atingida 4 vezes com metanol a 80^o/₁₀ e tôdas estas soluções de metanol, juntas, foram agitadas com 50 c.c. de gasolina.

A solução de gasolina (e que também contém éter) foi cuidadosamente lavada com água, para evitar emulsão e para arrastar tôda a alcalinidade; em seguida, procedeu-se à evaporação, no vácuo, até à secura. Dissolvemos o residuo em 2 litros de gasolina e sôbre esta solução procedeu-se à análise cromatográfica, que se efectuou com o óxido de aluminio activado como meio adsorvente. Lavou-se a coluna do meio adsorvente com 3 litros de gasolina e observaram-se então as seguintes zonas:

| | Bandas de absorção em gasolina (m μ) | |
|--|--|----------------------|
| 1. ^a — Zona estreita vermelha..... | — | produtos de oxidação |
| 2. ^a — Zona larga, de limites nítidos e de côr vermelho-violeta..... | 480,447 | criptoxantina |
| 3. ^a — Zona estreita, de limites nítidos e de côr vermelho-violeta. | 504,472 | licopéno |
| 4. ^a — Zona larga alaranjada..... | 483,452 | β — caroteno |
| 5. ^a — Zona amarela difusa..... | 473,442 | α — caroteno |

O filtrado apresentou-se com côr amarela devida ao α — caroteno.

A determinação colorimétrica das diferentes matérias corantes existentes em 25 kgrs. de medronhos frescos, forneceu-nos os seguintes valores:

| | |
|--|---------------|
| 1. ^o — Criptoxantina..... | 102 mgrs. |
| 2. ^o — Licopéno..... | 5 » |
| 3. ^o — β — caroteno..... | 60 » |
| 4. ^o — α — caroteno..... | 12 » |
| (Violaxantina.....) | aprox. 800 ») |

Criptoxantina. Esta matéria corante foi extraída pela gasolina com 1^o/₁₀ de metanol e sôbre ela se fez nova saponificação com potassa cáustica concentrada em metanol durante 3 dias; e, por fim, elevou-se a temperatura a 40^o e assim se conservou durante

4 horas. Lavou-se, em seguida, com água para tirar o álcool e a alcalinidade; secou-se a solução com sulfato de sódio, fêz-se nova análise cromatográfica por meio de óxido de alumínio activado, separando assim uma pequena quantidade de licopeno. Depois da extracção correspondente a esta análise cromatográfica, a solução foi evaporada até à secura. O resíduo oleoso cristalizou pela conservação de um dia na geleira. Fervemos êste 5 a 8 vezes com pequenas porções de metanol (30 c.c. de cada vez) e o resíduo assim obtido foi dissolvido em 3-4 c.c. de benzeno e a esta solução aquecida, juntámos 15 c.c. de metanol. Algum tempo depois, a criptoxantina cristalizou em cristais com o aspecto de fôlhas com 6 lados. Recristalizámos ainda mais 2 vezes com uma mistura de benzeno-metanol (1:1) e assim obtivemos a criptoxantina em estado de pureza; ponto de fusão 169° (não corr., no vácuo). Bandas de absorção:

em gasolina : 483,452 m μ ;
em CS₂ : 518,458 m μ .

β — Caroteno. Após a extração das zonas que contém os dois carotenos juntámos estes; lavámos com água, secámos e fizemos novamente a separação cromatográfica. A 1.^a zona é agora uniforme e contém o β — caroteno. Extraímo-lo e agitámos a solução corante obtida, com metanol de 90 0/0; evaporámos a solução de gasolina e conservámos o resíduo na geleira. Algum tempo depois, o β — caroteno cristalizou juntamente com algumas matérias incolores. Os cristais foram, em seguida, fervidos algumas vezes com metanol, para dissolver as impurezas; recristalizámos com a mistura de benzeno-metanol (1:1). Obtivemos assim 5 mgrs. de β — caroteno puro, com ponto de fusão 177° (não corr., no vácuo); bandas de absorção:

em CS₂ : 520,485 m μ ;
em gasolina : 483,452 m μ .

Xantofilas. Diluímos com água as soluções alcalinas de metanol, que contém as xantofilas e extraímos estas com éter. A solução eterea foi evaporada e o resíduo dissolvido em pequena quantidade de clorofórmio. Esta solução contém cêrca de 800 mgrs.

de xantofilas. Juntámos-lhe gasolina até aparecer uma turvação permanente e nítida, e conservámo-la na geleira. Após um dia, estavam cristalizados 450 mgrs. de xantofilas. A parte de matéria corante em solução de gasolina foi extraída com metanol a 90%. Juntando água à solução de metanol obteve-se um precipitado oleoso que não conseguimos cristalizar. A xantofila cristalizada que apresenta forte coloração azul em presença de HCl foi dissolvida em 150 c.c. de benzeno e depois diluída com 450 c.c. de gasolina. Procedeu-se depois à análise cromatográfica, usando como meio adsorvente, o carbonato de cálcio. Na parte superior aparece uma zona amarela, larga, uniforme, abaixo da qual se vê uma zona alaranjada e estreita. Extraímos a matéria corante da zona superior com metanol e concentrámos a solução, no vácuo, até 150 c.c., que conservámos na geleira. Um dia depois verificámos cristais amarelos e separámo-los por filtração. Juntámos água ao filtrado até obter opacificação constante e puzemos êste novamente na geleira durante um dia. Assim obtivemos nova quantidade de cristais. Após a recristalização das 2 frações de cristais por intermédio de CS₂, obtivemos em ambas, cristais semelhantes de violaxantina pura, com o ponto de fusão a 203° (corr., no vácuo). A xantofila dá as reacções de coloração com o ácido acético, ácido pícrico, etc., como está descrito por *Kuhn* e *Winterstein* (7). Bandas de absorção:

| | |
|----------------------|-------------------|
| em CS ₂ : | 501,469 m μ ; |
| em clorofórmio : | 482,451 m μ ; |
| em alcool : | 472,442 m μ . |

Extraímos a matéria corante da zona inferior do cromatograma com éter e concentrámos depois até pequeno volume. Juntámos 5 c.c. de metanol e cristalizámos assim, 20 mgrs. de xantofila. Recristalizámos com metanol e obtivemos 12 mgrs. de folhinhas longas, terminadas em bico que consistem em uma mistura de zeaxantina e luteína, com predomínio da primeira ; ponto de fusão 201-202° (não corr., no vácuo). A temperatura de 196° a matéria corante tornou-se mais escura. Bandas de absorção:

| | |
|----------------------|-------------------|
| em CS ₂ : | 514,479 m μ ; |
| em clorofórmio : | 490,459 m μ . |

Não apresentou reacções de coloração com HCl concentrado.

Conclusões.

I. — Os carotenoides do medronho (*Arbutus unedo*) são pela primeira vez estudados. Encontrámos α — e β — caroteno, licopéno, criptoxantina e violoxantina, e uma pequena porção de uma xantofila que provavelmente é uma mistura de zeaxantina e luteína.

II. — Os carotenoides com actividade vitamínica A encontrados em 25 kgrs. são :

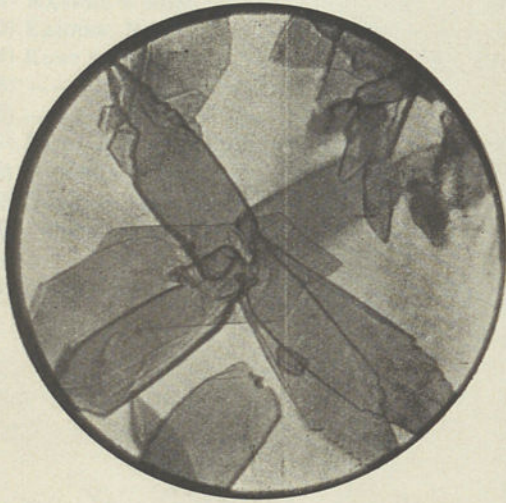
| | | |
|--|---------------|---------------|
| 1. ^a — Criptoxantina. | 102 mgrs..... | 86.700 U. I. |
| 2. ^a — β — Caroteno | 60 » | 100.000 U. I. |
| 3. ^a — α — Caroteno..... | 12 » | 10.000 U. I. |

Portanto, em 25 kgrs. de medronhos, há 196.700 U. I. de vitamina A, o que corresponde para 1 kgr., aproximadamente a 7.900 U. I.

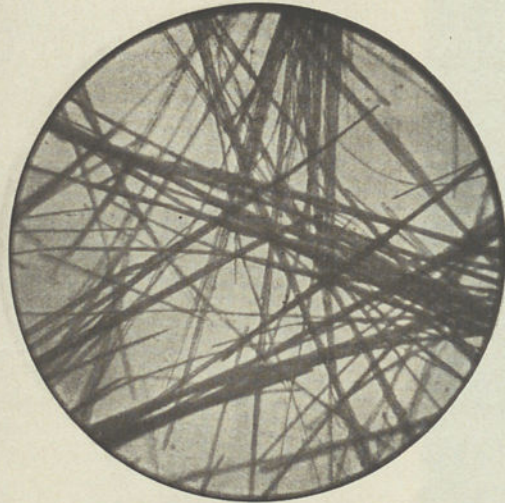
O autor expressa o seu agradecimento ao Prof. Dr. Egas Pinto Basto, Director do Instituto Químico da Universidade de Coimbra, por lhe permitir trabalhar com o espectroscópio do seu serviço e por outras facilidades que ali encontrou.

Microfotografias.

As microfotografias foram executadas pelo Sr. Dr. Kurt Coper do Laboratório Químico da Universidade a quem presto os meus melhores agradecimentos.



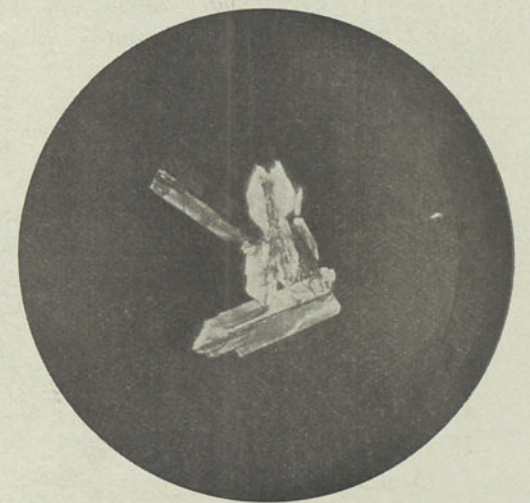
β - Caroteno (*Diospyros costata*). Cristalizado de benzeno-metanol.



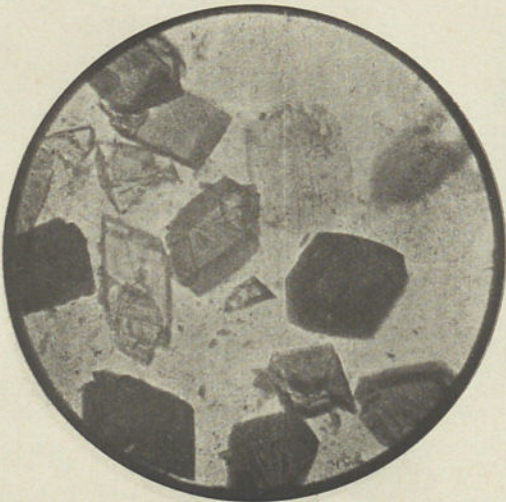
Licopéno (*Tamus communis*). Cristalizado de sulfureto de carbone-gasolina-metanol.



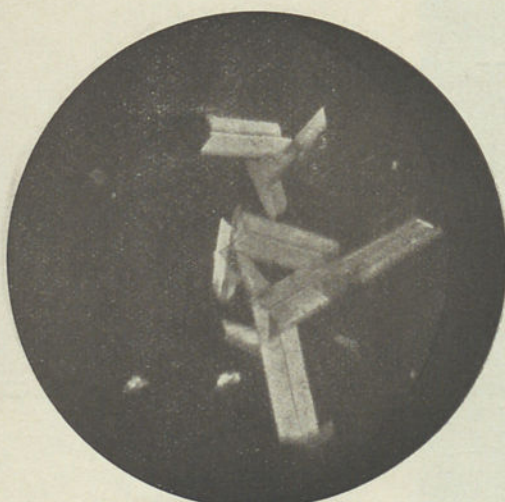
Criptoxantina (*Diospyros costata*).



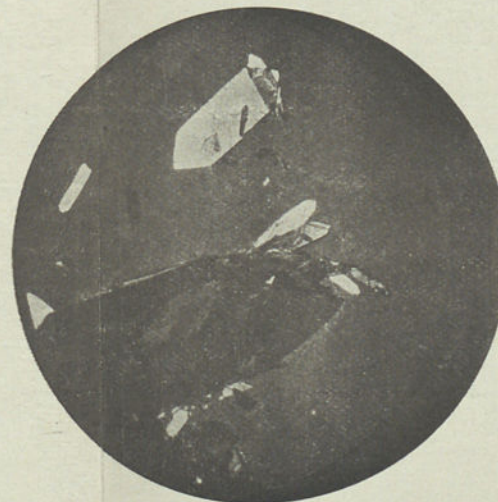
Xantofila (*Arbutus unedo*).



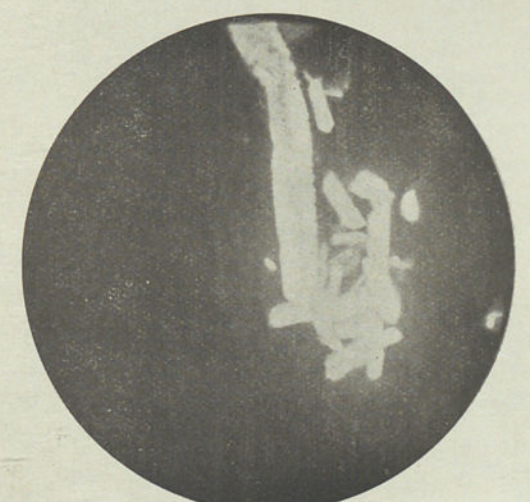
α - Caroteno (*Ulex gallii*). Cristalizado de gasolina.



Zeaxantina (*Diospyros costata*).



Criptoxantina entre Nicols cruzados.



Violaxantina (*Arbutus unedo*).

BIBLIOGRAFIA

- 1) HSU KANG LIANG — *Chin. J. Physiol.*, 2, (1), 41 (1928).
- 2) KARRER E MORF — *Helv. Chim. Acta*, 14, 1044, (1931).
- 3) KARRER, MORF, KRAUSS E ZUBRYS — *Idem*, 15, 490 (1932).
- 4) KUHN E GRUNDMANN — *Ber. dtsh. chem. Ges*, 66, 1746 (1933).
- 5) — — — *Idem*, 67, 593 (1934).
- 6) — — — *Idem*, 67, 596 (1934).
- 7) KUHN E WINTERSTEIN — *Idem*, 64, 326 (1931).
- 8) RANDOIN — *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 17, 67 (1935).
- 9) SCHÖN — *Coimbra Médica*, 2, 297 (1935).
- 10) WINTERSTEIN E SCHÖN — *Hoppe Seyler's Z. physiol. Chem.*, 230, 139 (1934).
- 11) ZECHMEISTER E CHOLNOKY — *Liebigs Ann. Chem.*, 509, 269 (1934).

NOTAS DUMA MISSÃO DE ESTUDO EM FRANÇA E ITÁLIA

POR

A. MELIÇO SILVESTRE

Prof. Aux. da Fac. de Medicina

O desejo de conhecer *de visu* a organização dos serviços de Higiene em França e Itália, bem como a orientação que é dada, nesses países, ao ensino da cadeira cuja regência a nossa Faculdade nos tem confiado, nos levou a pedir autorização superior para lá irmos passar, em missão de estudo, os meses de Abril e Maio dêste ano.

Tivemos ensejo de frequentar o Curso de Micologia e o Curso de Aperfeiçoamento de Higiene de Paris e de visitar, durante férias de Páscoa, as cidades italianas de Milão, Veneza, Bolonha, Florença, Roma e Stresa; é o relatório sucinto das impressões que mais gravadas ficaram na nossa memória que pretendemos hoje apresentar aos leitores da *Coimbra Médica*.

Dividiu-se a nossa atenção por vários assuntos, desde os problemas fundamentais da Higiene Individual e Pública até às mais complexas e delicadas questões da Higiene Social, mas foram estas últimas que, dum modo especial, despertaram o nosso interesse.

Não é novidade para ninguém que a medicina tem evoluído rapidamente desde o princípio dêste século, tendo tomado a sua feição preventiva uma importância cada vez mais acentuada - constituiu-se assim a Medicina Social que, ao contrário da medicina curativa, é vigiada pelo Estado, tem de ser regida por estatutos e precisa de ser codificada em leis, para poder ser aplicada a todos os indivíduos. E têm sido os médicos que, numa elevada compreensão dos seus deveres cívicos, se têm apressado por tôda a parte, a trazer ao Estado a sua colaboração no combate aos flagelos sociais, prestando os seus serviços em organismos oficiais

para protecção da maternidade, para consulta de lactantes, gota de leite, consulta prè-natal, inspecção médica de escolas, serviços de vacinação, profilaxias de tuberculose, doenças venéreas, etc.

A aplicação destas medidas preventivas exige, para o seu rigoroso cumprimento, que outras entidades intervenham; são os assistentes sociais e visitadores de Higiene que têm por missão assegurar-se, por visitas e inquéritos feitos nos domicílios, se os conselhos médicos são ou não, regularmente seguidos.

O programa do Curso de Aperfeiçoamento de Higiene era bastante completo sôbre os diversos capítulos: legislação e medidas sanitárias, profilaxias de doenças infecciosas, higiene urbana, higiene alimentar, higiene industrial, higiene infantil e higiene social.

Os assuntos eram versados sob a forma de conferências, por autoridades das mais eminentes em Higiene e Ciências afins, seguidas de demonstrações práticas (análises laboratoriais, exhibição de films, etc.) e de visitas aos serviços e instituições mais importantes dizendo respeito à Sanidade Pública e que se encontram dispersos por vários pontos de Paris e arredores.

Visitámos o Instituto Pasteur e os Hospitais de Claud Bernard, St. Louis e Beaujon; as centrais de pasteurização de leite (Maggi, Fermières Réunis); as estações de depuração de águas de abastecimento, esgotos e as estações de depuração das águas residuais de St. Maur (leitos percoladores) e Montmély (lamas activadas), o campo de Achères, etc.

Tivemos ensejo de conhecer o serviço de fiscalização sanitária de carnes e de ovos (Halles Centrales).

Visitámos o Conservatório de Artes e Offícios da Rua de St. Martin onde se vêem os dispositivos mais perfeitos empregados para a protecção dos acidentes que ocorrem nos diferentes tipos de fábricas e de oficinas. Conhecemos magnífica instituição que é a *Escola de Puericultura do Boulevard Brune, 26*; a Maternidade de Port-Royal; o *Centro de Higiene Infantil* Paul Parquet (ilha de Jatte); o Centro de reeducação d'Asnières para atrasados mentais; o Instituto Fournier, etc.

* * *

Entremos agora no capítulo da Higiene Social e vejamos como é tratado, nestes dois países, o problema de Assistência e, em especial, da *Assistência Infantil*.

Os serviços de assistência são, em qualquer dêstes países, organizados e coordenados de modo a poder-se tirar dêles o maior rendimento sob o ponto de vista social. Sabe-se que em todos os países uma parte importante da população não pode, só pelos seus recursos materiais e morais, fazer face ao conjunto das dificuldades da vida; é esta parte que, pela sua fraqueza física e social, precisa do amparo e protecção do Estado. Esta protecção reveste diferentes modalidades e faz-se por motivos diferentes: pela idade (crianças e velhos); pelas condições físicas (doentes, inválidos, grávidas); pela situação social (indigentes, famílias numerosas).

A-par-dos serviços de assistência e em íntima relação com êles, há os serviços de Previdência e Seguros Sociais organizados e subsidiados pelo Estado e em que se agrupa a parte da sociedade com deficientes meios de fortuna para fazer face aos perigos a que está sujeita (doença, velhice, invalidez); há ainda instituições e leis de protecção ao operário (sindicatos profissionais, lei das 8 horas de trabalho, etc.), luta contra o *chômage*, etc. São estes os diferentes meios de que os Estados se servem para atacar o problema social, meios que se têm aperfeiçoado acentuadamente nos dois países em questão.

Para o problema especial da Higiene Infantil, existe em Paris uma obra de assistência e profilaxia que honra em extremo esta cidade e em especial a sua faculdade de Medicina. Referimo-nos à Escola de Puericultura do *Boulevard Brune, 26* que subsidiada pelo *Bureau des Enfants de la Croix Rouge* americana, se destina a lutar contra a mortalidade infantil empregando meios morais, pedagógicos, sociais e materiais. Esta Escola é ao mesmo tempo um estabelecimento de ensino modelar e uma elevada obra de assistência.

Como estabelecimento de ensino prepara médicos franceses e estrangeiros, parteiras e enfermeiras visitadoras nas diversas questões da puericultura intra e extra-uterina.

Como obra de Assistência compõe-se de três dispensários:

- a) dispensário para grávidas;
- b) » » amamentadoras;
- c) » » crianças de 3 a 15 anos;

Tem, além disso, serviços anexas para *vacinação, profilaxias*

de tuberculose e de doenças venéreas, radiologia, oftalmologia, laringologia, estomatologia, ortopedia e ginástica. Possui um laboratório onde se fazem: análises químicas e de controle de leite; análises biológicas, análises de sangue e urinas.

Há nos serviços um grupo de enfermeiras visitadoras que dependem do ofício público de Higiene Social.

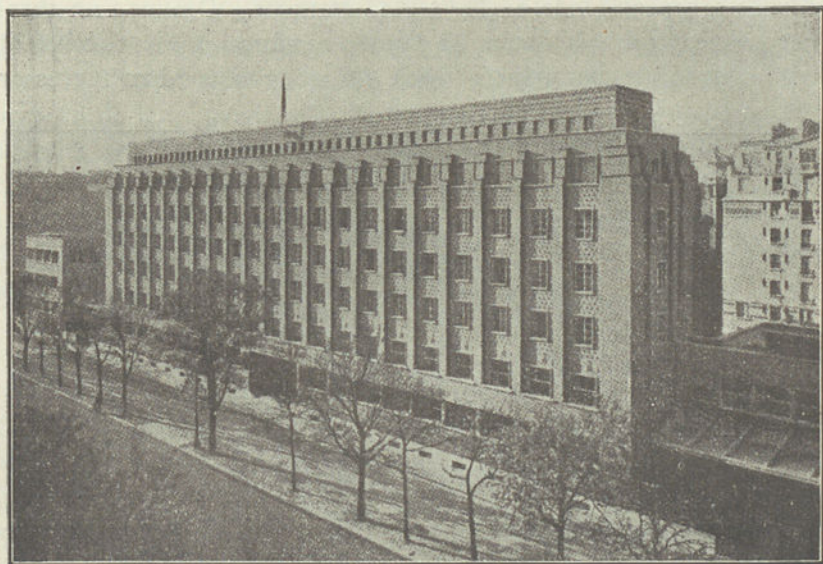


Fig. 1

Escola de Puericultura (Paris)

Todos os serviços são tecnicamente bem desempenhados e as instalações são higiênicamente modelares, não se poupando os franceses a despesas porque bem sabem que, nos domínios da higiene social, não há despesas supérfluas, tôdas são superabundantemente compensadas, não só pela redução de taras e de doenças que mais tarde se viriam a tornar pesadas aos serviços de assistência, como ainda pelo aumento do rendimento económico de tôdas as crianças, uma vez chegadas à adolescência. Por outro lado, por um inquérito recentemente feito por Robert Debré e Pierre Joannon, é ponto assente que em França um terço da mortalidade da primeira infância se pode evitar, porque estas mortes são devidas à ignorância que têm as mãis dos cuidados a tomar durante a gravidez e nessa idade.

* * *

Uma outra instituição existe em Paris, igualmente de alto valor em higiene infantil. Referimo-nos ao Centro de Higiene Infantil de Paul Parquet da ilha de Jatte, que data de 1923 e que é devido à generosidade de M.^{me} Paul Parquet. Destina-se a receber crianças convalescentes da primeira infância que se encontram num estado de decadência física tal que não podem regressar

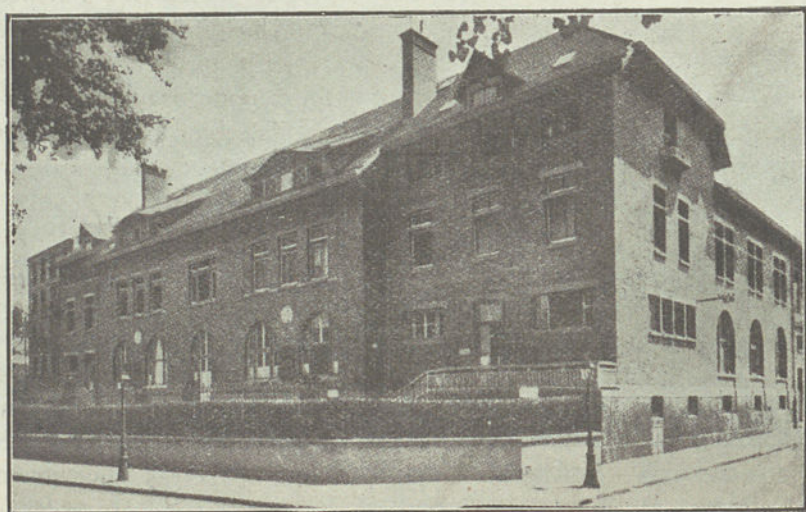


Fig. 2

Centro de Higiene Infantil de Paul Parquet (Paris)

imediatamente ao meio familiar, por lá não poderem receber os cuidados minuciosos de regímen, tratamento, etc. que a sua convalescência exige : hipotrópicos, atróficos, convalescentes da doença dos vômitos habituais, de gastro-enterite, eczematosos, raquíticos, heredo-sifilíticos, etc. Em suma tôdas as crianças para as quais o problema da alimentação é bastante delicado e complexo.

Estas crianças não podem ir para creches e *pouponnières*, porque estes estabelecimentos se destinam a receber crianças sãs ; também não podem ser transportadas dos hospitais para o meio familiar, porque muitas vezes os seus padecimentos antigos se renovam e até se agravam.

Recebem-se ainda neste Centro filhos de mãs tuberculosas a quem os riscos de contágio impõem o isolamento imediato das mãs.

A-par-de um Conselho Administrativo existe no Centro de Higiene Infantil um Conselho Médico que, presentemente, é presidido pelo Prof. Nobécourt. Esta instituição está em estreita colaboração com a administração da Assistência Pública de Paris. Todos os problemas, tais como o da *toilette* das crianças, transporte e desinfecção de roupa suja, esterilização de leite, preparação de leite, preparação de *biberons*, etc. mereceram a atenção especial dos seus dirigentes. O centro hospitalar compreende três serviços: *lazareto*, *serviço das salas comuns* e *enfermarias*. Uma instituição desta natureza contribui poderosamente para o decrescimento da mortalidade nestas idades, como o demonstram as respectivas estatísticas.

* * *

Passemos agora à Itália e relatem os impressões que nos deixou a nossa visita a êsse país onde fomos, como dissemos, passar as férias de Páscoa.

Saindo de Paris na manhã de 14 de Abril atravessámos França seguindo o caminho de ferro que passa por Troyes, Chaumont, etc., passámos à Suíça que nos deixou uma impressão agradabilíssima pela beleza da paisagem, cumes de serras cobertos de neve com aspectos muito interessantes; no fundo, ou planícies verdejantes com *chalets* curiosíssimos pela arte, côr, etc., ou bacias com belíssimos lagos, dando ao conjunto um aspecto encantador.

Entrámos em Itália ao escurecer e chegámos a Milão às 23 horas. No dia seguinte visitámos a cidade e fomos em busca da Universidade — *città di studio* — por fim viemos a encontrar o Officio de Higiene Municipal por indicação amável duma senhora do *Hospedale Maggiore*.

Recebidos pelo Prof. Raggazi (livre docenti) e director do Officio de Higiene, imediatamente nos é apresentado o chefe dos serviços veterinários e no seu carro vamos visitar a Central de pasteurização de leite, edificio grandioso, digno de ser visto porque nos põe bem ao corrente de tôdas as operações a que o leite é submetido para garantir o seu consumo em condições higiénicas. Da eficiência dos seus processos de tratamento, melhor do que as

palavras falam os números dos relatórios que obsequiosamente nos foram oferecidos por Raggazi; assim v. g. quanto à febre tifóide, vê-se que a morbidade e mortalidade se reduziram de 50 0/0, logo no primeiro ano em que a Central funcionou. Achamos interessante, bastante simples e expedito o processo de análise microbiológica do leite, que ali é constantemente seguido; reduz-se à contagem dos germens em placas de Petri com gelose (semeia-se

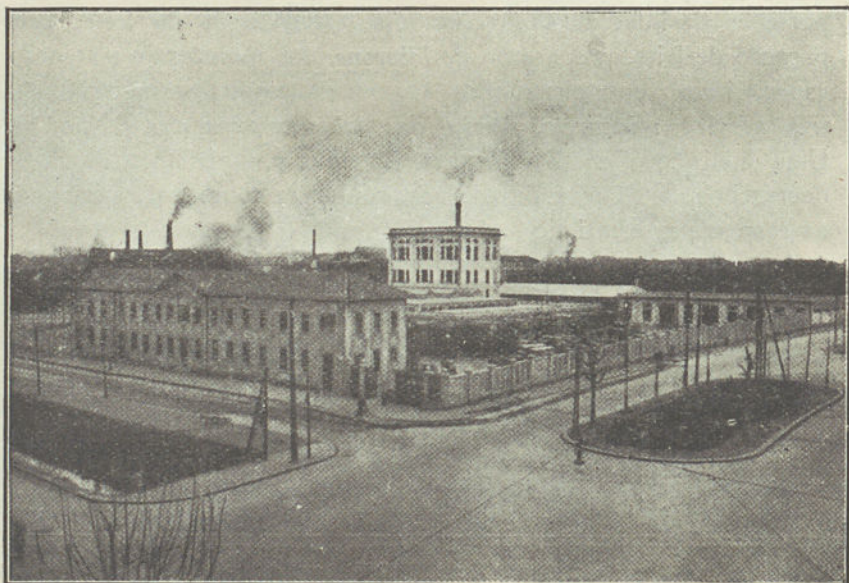


Fig. 3

Central de Pasteurização (Milão)

o,1 duma diluição a 1 0/00 e fica 48 horas na estufa a 37°) e à investigação do coli, a qual é feita em tubos de Eijkman com 0,001 de leite, água destilada e o indicador neutral-roth, durante 24 horas. Se houver colibacilo, não só se acumulam gases no ramo anaeróbico, como também se dá a descoloração do indicador, passando de vermelho para amarelo. No caso de haver coli, o proprietário é notificado; se receber três notificações, é em seguida multado.

Fomos depois visitar a Catedral de Milão que nos deixou

CINOSAN

"AZEVEDOS"

Cinamato de Benzil, Gomenol, Cânfora e Colesterina em soluto oleoso

Entre as substâncias capazes de provocar uma leucocitose artificial, o ácido cinâmico e seus derivados ocupam um lugar de destaque. A sua função de quimiotaxia atrai ao nível dos focos tuberculosos um grande número de leucocitos. A cânfora e a colessterina, pela sua acção anti-tóxica e anti-hemolítica, estão indicadas como adjuvantes terapeuticos dos cinamatos o que houve em atenção ao preparar-se o **CINOSAN**. Na sua composição entra ainda o gomenol que além de antiséptico das vias respiratórias possui propriedades balsâmicas e calmantes.

CINOSAN IRRADIADO

No **CINOSAN irradiado**, a colessterina que entra na sua composição, é previamente submetida à irradiação ultra-violeta, adquirindo por este processo propriedades idênticas às da Vitamina D. A fixação dos sais de cálcio é favorecida nesta fórmula pela sua presença.

CINOSAN GLANDULAR

Estando averiguado que num grande número de casos a tuberculose é acompanhada de estados cloróticos, recorremos na preparação do **CINOSAN glandular** aos extractos hepático e esplênico como substâncias anti-anémicas. Sob a sua influência a percentagem de glóbulos rubros e de hemoglobina aumentam consideravelmente no sangue, sendo notável o acréscimo de peso e a diminuição da tosse. Esta preparação não contém gomenol entrando como adjuvantes da medicação opoterápica e cinâmica, a colessterina e a cânfora.

O **CINOSAN** nas suas três formulas é indolor quando injectado no músculo e perfeitamente tolerado no tecido subcutâneo. — Caixas de 12 empolas de 2 c. c. e de 6, 12, 24, 50 e 100 emp. de 5 c. c.

Preparado nos Laboratorios da Farmácias **AZEVEDOS**

Azevedo, Irmão & Veiga

Azevedo, Filhos

24, Rua do Mundo, 42

31, Praça de D. Pedro IV, 32

LISBOA

CHOLAXINA GRANU- LADA

“AZEVEDOS”

Peptonas de peixe, carne e ovo com sulfato de magnésio

A «CHOLAXINA» — associação de sulfato de magnésio e peptonas de várias origens — É o medicamento de escôlha para o tratamento das perturbações digestivas de origem hepática, congestões de fígado, cholecistites, insuficiência hepática e nas doenças resultantes da anafilaxia de origem digestiva, cefaléas, pruridos, asma, urticária, etc., etc.

FARMACIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

24, Rua do Mundo, 42

Azevedo, Filhos

31, Praça de D. Pedro IV, 32

**LABORATÓRIOS DAS FARMACIAS AZEVEDOS
LISBOA**

Mg **Anafilarsan** Na

Hipossulfito de magnésio

Hipossulfito de sódio

Caixas de 6 empolas de 10 c. c., a 10 %
Injecções intramusculares ou endovenosas

Dermatoses, Urticária, Pruridos, Coriza, Dispnéa, Vômitos da gravidez, Eclâmpsia, Asma, Enjão, Intoxicações, Bronquites fétidas, Gangrena pulmonar, etc.

ANAFILARSAN “AZEVEDOS”

Comprimidos de Hipossulfito de magnésio puro

São indicados nos mesmos casos do injectavel e possuem uma acção levemente laxativa e reguladora das funções digestivas, applicando-se com vantagem na **insuficiência hepática, pancreática e intestinal.**

maravilhados pela sua grandiosidade, pela sua beleza architectónica e pelos magníficos vitrais.

Passámos depois a Veneza que encanta pela beleza do cenário, pelos costumes e vida regionais; um passeio de gôndola *au clair de la lune* com uma serenata de violino e concertina acompanhados de canto, deixaram uma impressão indelével; praça de S. Marcos, Igreja e palácio dos Doges nunca mais esquecem.

Dali seguimos para Bolonha, cidade com vida e aspecto completamente diferentes; a catedral e o palácio são menos interessantes do que em Veneza. Vimos a célebre torre inclinada de Bolonha quando procurávamos a Universidade. No Instituto de Higiene fomos recebidos pelo seu director prof. Ottolenghi, percorremos com êle as suas magníficas instalações; construção recente que possui além dum belo anfiteatro, biblioteca, bons gabinetes para o director e assistentes, laboratórios para análises químicas e microbiológicas suficientemente apetrechados, dependências para serviços de estatística, para trabalhos sobre B. C. G., etc. Em nossa opinião, a planta dêste instituto deveria servir para a construção do futuro Instituto de Higiene da nossa cidade Universitária.

O prof. Ottolenghi, com uma gentileza cativante, oferece-nos os seus últimos trabalhos e despede-se de nós até ao Congresso Internacional da tuberculose a realizar em Lisboa. Fomos em seguida conhecer a Universidade velha, onde nesses dias se realizava um Congresso Internacional de Estomatologia, mostramos o belo anfiteatro de Anatomia, falamos com orgulho do célebre professor Galvani que foi um dos mais distintos ornamentos daquela velha Universidade. Passámos daí a Florença que é conhecida e com razão como sendo o jardim da Itália, que nos maravilha com os notáveis trabalhos dos génios artísticos de Rafael, Miguel Ângelo, Tintoreto e muitos outros, refletindo no conjunto um passado de grandeza de que muito justamente se ufana esta linda cidade. O palácio dos Offícios, o solar dos Médicis, a interessantíssima Catedral, o Baptistério com as históricas portas de bronze das quais Miguel Ângelo dizia serem dignas de portas do Paraíso, etc. impressionam profundamente e mostram bem a sua grande riqueza artística.

Seguimos dali para Roma onde encontrámos notáveis monumentos, o *forum Romanum* (Coliseu, Arcos de Triunfo, *forum*

de Trajano, de Augusto, etc., que agradam profundamente e são bem dignos de ser conhecidos, quer pelo seu valor artístico, quer pelo seu valor histórico. Procurando sempre juntar o útil ao agradável, fomos de visita ao Instituto de Higiene da Universidade que é dirigido pelo sábio professor Sanarelli e ali tivemos a felicidade de ser recebido pelo seu ilustre director, que obsequiosamente se dignou mostrar-nos tôdas as dependências do seu vèlho Instituto de tão nobres tradições; mostrou-nos os sacos de colódio com que tem feito nos últimos tempos interessantes trabalhos sôbre os virus filtrantes; as suas culturas de Brucelas, as culturas de Spiroquetes com que presentemente trabalha para apresentar uma memória ao Congresso de Atenas que deve realizar-se no próximo ano; vimos os laboratórios de Alessandrini, de Scala, a sala de trabalhos práticos de Bacteriologia e o anfiteatro comum de Higiene e Bacteriologia. Neste anfiteatro há uma grande colecção de quadros murais sôbre Higiene e Bacteriologia e existe um aparelho de projecção do tipo do epidiascópio que permite, como se sabe, a projecção no *écran*, não só de estampas de livros e revistas, como de diapositivos. Visitámos depois o Instituto de Higiene Municipal, vasto ediffício com dependências amplas para os diferentes serviços (análises químicas e microbiológicas, dispensários, serviços de estatística e burocráticos, etc.).

Existe ainda em Roma na *Viale Regina Margherita* um ediffício grandioso, de construção recente, que é chamado o *Istituto de Sanità Publica*, que já não pertence ao município, pois se destina ao estudo de tôdas as questões que interessam à higiene pública de tôda a Itália.

Em tôdas as cidades universitárias italianas existem dois institutos de Higiene, um dos quais pertence à Universidade e contém tudo o que é necessário para realizar eficazmente o ensino e para se fazer investigação científica; o outro é propriedade do respectivo município, é devidamente apetrechado com aparelhos e possui o pessoal suficiente para realizar os trabalhos de análises e de estatística que a saúde pública exige.

No regresso a Paris passámos por Stresa, onde últimamente foram tratadas altas questões de carácter internacional; situada nas margens do lago Maggiore, cercada de gigantescas montanhas, é um dos lugares mais apazíveis que temos visitado; as ilhas Borromeo, especialmente a Isolabela, agradam profundamente; às

belezas naturais que são já da maior admiração juntam-se as impressões de notáveis trabalhos artísticos, contidos no faustoso palácio da Conferência.

* * *

Temos agora ocasião de falar do problema que tem constituído uma das maiores preocupações do govêrno italiano na actual situação política e que é a *formação moral e física da criança*.

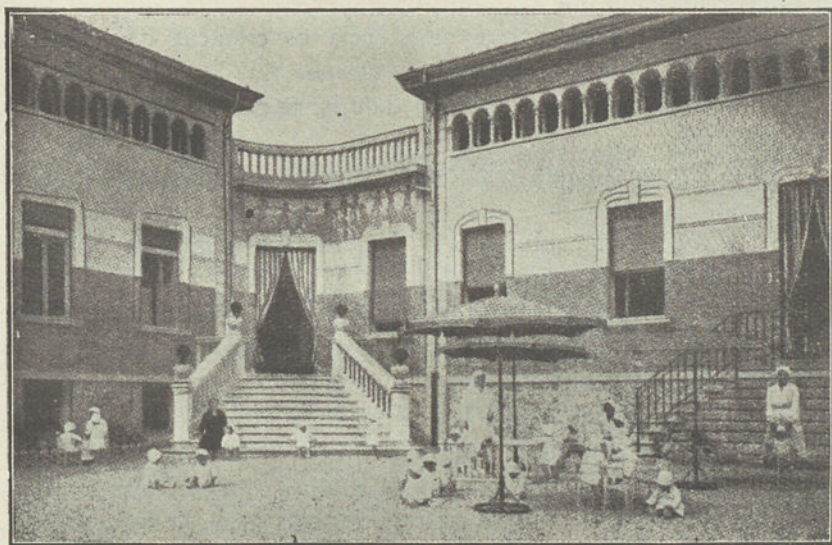


Fig. 4

Casa de Assistência Materna e Infantil de Castiglione-Stiviere (Mântua)

Tôdas as instituições e serviços que para êste fim existem em Itália, obedecem a uma direcção única, encontram-se coordenados de forma a produzir o maior rendimento e para atingir o fim que interessa ao Estado.

Existem as chamadas *casas da mãe e da criança* com departamentos para consultas, refeitórios maternos, crèches, tudo nas melhores condições de higiene e de conforto; preventórios, hospitais para crianças desamparadas, tudo em locais bem escolhidos e nas melhores condições.

Acima de tôdas estas obras de assistência existe um organismo central, chamado O. N. M. I. (*Opera Nazionale per la protezione*

della Maternità E Dell'Infanzia) que coordena e disciplina todos os esforços de forma a garantir a realização dum programa de assistência orientado para um fim único.

Esta instituição depende do Ministério do Interior, tem a sua sede central em Roma, mas que se espalha e irradia por tódta a Itália.

Competem-lhes os seguintes serviços :

1.º — Protecção e assistência às mãis durante a gravidez, parto e puerpério ;

2.º — Auxílio materno e assistência às crianças da primeira infância ;

3.º — Protecção moral e física da criança nas idades pré-escolar e escolar ;

4.º — Protecção das crianças anormais, delinquentes e desamparadas ;

5.º — Assistência obrigatória às crianças ilegítimas que são amamentadas pelas mãis.

Dentro de pouco tempo existirá em cada concelho a *casa da mãe e da criança* devidamente provida de serviços de maternidade, consulta de lactentes e crèche.

Mas a O. N. M. I. não limita por aqui a sua actividade, pois se encarrega de organizar, com o auxílio de professores e assistente de Pediatria e de médicos pediatras, cursos de puericultura destinados a médicos ; além disso cria aqui e acolá escolas teóricas e práticas para assistentes sociais e para visitantes escolares de higiene, abre cursos populares, promove palestras de higiene infantil para operárias de estabelecimentos industriais ; publica revistas mensais de propaganda, etc.

Depois, para as idades escolares e post-escolares, existe em Itália uma instituição especial a *Opera Nazionale Balilla* criada em 1926 e que completa a acção da escola e da família. Destina-se esta instituição a dar ao indivíduo uma educação cívica e desportiva conveniente, garantindo-lhes uma assistência sanitária, preventiva e curativa.

À frente desta instituição encontram-se professores competíssimos, que numa magnífica revista abordam com profundidade todos os problemas que dizem respeito à higiene física, mental e moral do indivíduo.

NOTAS CLINICAS

O tratamento das arterites diabéticas dos membros inferiores

Pela sua freqüência e gravidade das complicações que acarretam, as arterites diabéticas bem justificam uma vigilância atenta, no sentido de precocemente se instituir uma terapêutica judiciosa, tendente a evitar a sua marcha progressiva.

Na verdade, a gangrena diabética, que cria sempre situações desesperadas para o doente e para o clínico, reconhece como factor etiológico mais importante as alterações arteriais, pelo prejuizo da vitalidade tissular, a que dá margem, o deficit circulatório da sua responsabilidade.

E se algumas vezes outros factores se tornam preponderantes, a ponto de justificarem as designações de gangrena por infecção e gangrena nevrítica, não é menos certo todavia que um exame minucioso nos revela uma quota importante das responsabilidades nas alterações arteriais associadas. Nas observações de Milanowitch 58,54% são gangrenas arteríticas, 29,16% infecciosas e 12,5% nevríticas.

Há pois, um predomínio notável das gangrenas diabéticas por arterite.

Com sede de eleição nos membros inferiores, de evolução arrastada e progressiva, acompanhadas, por vezes, na sua fase final de um cortejo simatológico ruidoso, as lesões arteriais são habitualmente evidenciadas nos diabéticos que ultrapassaram os seus 50 anos.

Arrefecimento das extremidades, dôres por vezes atrozes, formiguiros, palidez ou cianose, pele luzidia e seca, dôres nocturnas de decúbito, claudicação intermitente, perturbações tróficas traduzidas por atrofia muscular, unhas curvas, esteríadas ect., figuram entre tantos sintomas, que podem verificar-se, nas arterites diabéticas dos membros inferiores, particularmente na fase que precede a gangrena.

Se esta se verifica, na polpa dum dêdo, na face plantar, num bordo do pé ou com outra localização, aparece-nos uma mancha equimótica que enegrece nos dias seguintes, aumentando de consistência. A sua extensão é variável como variável é a evolução de placa gangrenosa.

Um circulo limitante circunscribe a placa, rodeada por tecidos cianosados, que se destaca e o fundo rosado granula substituindo a parte eliminada.

Na forma bolhosa é uma flictena, às vezes de tamanho considerável, de conteúdo soro-hemático, que aberta permite dar conta da mesma coloração negra do fundo e da dureza considerável dos tecidos que a formam.

Outras vezes, a gangrenosa é maciça, profunda, atingindo vários dedos ou uma parte do pé; a sua evolução é mais grave e progressiva.

Não é raro que a gangrena se complique de infecção. Os tecidos edemaciam-se, tornam-se tensos e ruborizados, o foco de gangrena é circunscrito por flictenas que se tornam confluentes, cheios dum líquido sanioso; a sua tendência destrutiva acentua-se, retalhos de aponevroses destacam-se à mistura com massas musculares, mergulhadas em pús que escorre da ferida infecta, donde emana um cheiro pestilento, pútrido, insuportável; o processo gangrenoso caminha desnudando tendões, descobrindo ossos e articulações e esse cortejo desesperado bem aparelha com o estado geral do doente, taquicárdico, agitado, côr terrea, língua saburrosa, olhos fundos, febril, por vezes delirante, caminhando a passos rápidos para a morte, nas formas mais graves. quando o clínico e o cirurgião para nada podem valer.

A vigilância deve ser estreita dum médico e dum cirurgião. « Nada mais agonizante para um médico que a decisão a tomar. É preciso não intervir muito cedo porque casos aparentemente desesperados podem curar, mas é preciso não deixar passar o momento oportuno porque algumas horas mais tarde bastam para que a infecção invada todo o membro e torne a intervenção illusória ». (Rathery).

Longos anos no entanto se podem passar com tolerância perfeita das arterites, que evolucionam surdamente, sem sintomas que chamem a atenção do doente e, quantas vezes, êle vem à nossa consulta, com uma placa gangrenosa bem aparente, com uma extensa flictena de características que o surpreendem, mas ignorando no entanto que se trata de um diabético.

A inspecção das extremidades, a palpação das artérias, a avaliação da temperatura pela mão que palpa ou servindo-nos de técnicas mais ou menos complicadas cujo valor tem sido encarecido por Broock, Jostes, Scott, Morton e outros, evidenciam uma defeituosa irrigação sanguínea.

Moszhowitz aconselha ligar o membro atingido de gangrena arterítica, com uma facha de Esmarck, da extremidade para a raiz do membro, que permanece ligado durante cinco minutos; passado êste tempo, retira-se a ligadura, começando por a extremidade distal e deixando ligada a raiz da côxa.

Uma vez o membro liberto, a palidez é substituída por rubor que desce até ao nível da obliteração arterial ou um pouco mais abaixo. Cosacesco preconiza o método da risca vaso-motriz que determina com o dorso duma faca, percorrendo o da raiz à extremidade do membro.

Depois duma primeira fase em que a risca nos apresenta pálida, por esquiemia, surge uma outra determinada por vaso dilatação secundária que dá margem a uma coloração vermelha.

Havendo obliteração arterial verifica-se a êssé nível interrupção da coloração vermelha.

A apreciação da reacção vaso-motriz após fricção de alcool e éter foi preconizada por Sandrock.

O test de Mac. Lure e Aldrich, medido pelo tempo de reabsorção de 2/10 de c.c. de sôro fisiológico, injectados por via intradérmica e que para os individuos normais é de cerca de 1 hora, encontra-se diminuído para os assistolicos e para os reuais edemaciados, comportando-se de igual maneira para os membros atingidos de arterite obliterante, segundo os trabalhos dos autores americanos Cohen, Opplebaun e Hainwolth.

Estudos ultiores teem confirmado o valor do referido test de apreciável interêsse diagnóstico, prognóstico e um bom meio de contrôlê terapêutico. A injeccão de 1/10 c.c. de cloridrato de histamina por via intradérmica é seguida de uma pequena pápula achatada com cêrca de 5mm de diâmetro. A leitura deve ser feita ao cabo de 5 minutos. Este test que tem por fim apreciar a irrigação sanguínea tem sido discutido e, alguns autores aconselham a não o utilizarmos nas arterites diabéticas.

Se a circulação se appesenta muito prejudicada, a papula pode apresentar reduzidíssimas dimensões. A arteriografia após a injeccão de produtos opacos, ou a radiografia das artérias sem preparação prévia, constituem elementos valiosos para avaliar o estado da circulação arterial.

A oscilometria constituiu por muito tempo, o método querido de médicos e cirurgiões. O índice oscilométrico, traduzindo o valor da maior oscilação, fornecia, segundo opinião geral, um dado de primeira ordem, para avaliar a irrigação das extremidades. Exaltava-se o seu valor diagnóstico e a sua determinação era julgada de maior interêsse para reconhecer o nível da artéria, séde da obliteração.

O índice estaria extremamente deminuído ou abolido abaixo da zona obliterada. Trabalhos de Paupert, Ravault, Milanowich, Rathery e tantos outros mostram ser mais complicada a apreciação do índice oscilométrico. Pode ser normal abaixo da zona obliterada. Rathery teve ocasião de observar um doente, cujo exame necropsico revelou obliteração total das ilíacas dum lado e da ilíaca externa de outro lado e, que apresentava no entanto, oscilações nítidas, no terço superior de uma das coxas e no terço inferior da outra. Bouysset e P. Ravault teem insistido sôbre a hiperpulsatilidade paradoxal fenómeno curioso que consiste num aumento do índice oscilométrico do lado doente, em relação ao lado são, onde as oscilações podem estar abolidas. Os autores justificam semelhante facto pela existência dum espasmo do lado são.

Outros porém opinam que a desigualdade dos valores do índice oscilométrico resulta da desigual repartição das lesões. No membro reputado doente as lesões são múltiplas mas têm a sua sede na extremidade, enquanto que no membro oposto, as lesões são difusas. «Seja como fôr, a avaliação do índice oscilométrico não nos merece inteira confiança. Se as oscilações são conservadas, não há o direito de deduzirmos que nos encontramos acima da obliteração.

«A circulação dum membro pode ser suficiente e a pulsatilidade dos vasos ser nula». (Rathery).

Tratamento. — Em face dum doente com arterites diabéticas cumpre-nos em primeiro lugar modificar o terreno. Depois, lançar mão de todos os meios terapêuticos que possam melhorar a irrigação dos membros. Se a gangrena se instala, evitar a infecção, mas se tal acontece, combata-la; nas formas progressivas e rapidamente invasoras tentar o tratamento médico sabendo contemporisar mas não esquecendo o momento oportuno para o cirurgião intervir.

Modificação do terreno. — Imprescindível, claro está, uma vez que reconhecemos como factor etiológico de primacial importância, o vício metabólico que, visando particularmente os glucídios não poupa nem os lipídios nem os protídios. Um régimen apropriado ao diabético, acompanhado da insulina, cujos efeitos todos nós conhecemos, é a primeira coisa a fazer.

A insulina queima os hidratos de carbono, aumenta as reservas glicogénicas, melhora o metabolismo e baixa a colesterinemia.

A sua acção vaso-dilatadora parece incontestável.

No determenismo da gangrena, influi poderosamente a hiporesistência tissular que, favorece o desenvolvimento microbiano, fazendo sempre temer a complicação infecciosa da gangrena diabética.

Vários autores opinam que não é a hiperglicémia que condiciona o fácil desenvolvimento microbiano nos diabéticos. Em 1888 Bugwid afirmava que a injeccção duma cultura de estafilococos a um coelho era inofensiva, não o sendo se, simultaneamente se injectasse sôro glucosado. Karlinski, Ferraro e Nicolas, confirmaram os trabalhos do autor acima referido. Investigações recentes de Grawitz, Bary, Handmann, Franceshelli e outros conduzem-nos a resultados opostos. Parece na verdade que a hiperglicémia não exalta a virulência dos germens nem diminui o poder bactericida do sôro.

A hiperglicémia é apenas um sintoma que testemunha o desequilíbrio humoral, determinante das lesões de arterite que se verificam nestes doentes, muitas vezes com o estado geral precário, em más condições de resistência, cujos efeitos se somam à hipovitalidade tissular que se verifica em consequência da má irrigação sanguínea.

Instituir um régimen alimentar bem equilibrado, em que os diferentes princípios imediatos guardem entre si as proporções convenientes, injectar insulina cujo número de unidades só poderá ser calculado em face de cada exemplar, é conduta que, urge seguir, em face dum doente com arterites diabéticas.

Frisemos que nas arterites complicadas de gangrena e infecção, a dose de insulina necessária é quasi sempre elevada: A hipoglicémia determinada pela sua administração é quasi sempre discreta. Bouysset já utilizou 240 unidades diárias; Jones 225, Carrasco Formiguera 240 e alguns autores têm atingido 300 e 400 (Boysset). São, claro está, doses extremamente elevadas, a que só recorreremos nos casos extremos, nas formas complicadas de infecção, na visinhaça do coma ou quando este se instala. 20, 40 unidades ou pouco mais são as doses a que mais habitualmente recorreremos.

A insulinoterapia conseguirá curar as arterites diabéticas?

Desempenhará ela porventura um papel profilático de certa valia?

Shepardson tem verificado melhoras consideráveis das arterites diabéticas. Vasquez e Yocoel obtiveram melhoras subjectivas acentuadas nos seus doentes. Marcel Labbé e Heitz mostram-se menos confiantes. Chauffard diz que apenas podemos esperar bons resultados se ainda não há calcificação das paredes arteriais. Nas arterites diabéticas a endarteria muito espessada, está impregnada de colessterina. Será lícito esperar que a insulina baixando a colessterinemia possa deslocar a colessterina da endarteria, diminuindo secundariamente o seu espessamento?

Ralph Mayor e Chauffard citam casos de xantoma diabético reabsorvidos pela insulina. Marcel Labbé, Gilbert Chabrol e Benard viram os seus esforços coroados de insucesso.

Nos diabéticos com arterite, administrou Marcel Labbé 40 unidades diárias, baixando a colessterinemia, mas não melhorou a permeabilidade arterial apreciada pela oscilometria. Shepardson tratando diabéticos jovens convenientemente conseguiu fazer a profilaxia das arterites.

Terapêutica tendente a melhorar a circulação dos membros.

O papel desempenhado pelo espasmo, é exaltado por uns e por outros nem sequer é tido em conta. Como os trabalhos de Leriche, é considerável a legião daqueles que vêm no espasmo arterial, um elemento importante, como factor determinante das perturbações circulatórias das extremidades.

São numerosos os meios terapêuticos de que nos servimos para reduzir esse espasmo, uns puramente médicos, outros do domínio da cirurgia.

Acetil-colina. — Foi Bayer quem primeiro preparou a acetil-colina partindo do cloreto de colina. A técnica de preparação foi aperfeiçoada por Fourneau, Hasal e Paje.

Por gosar de uma certa instabilidade em solução aquosa, a acetil-colina, apresenta-se já hoje, sob a forma de pó em ampolas, permitindo que se prepare extemporaneamente o soluto. Tem uma acção vaso dilatadora manifesta, actuando principalmente sobre as arteriolas das extremidades.

Sobre os capilares parece determinar uma discreta acção constrictora.

Trabalhos experimentais de Dale e Richards, de Krogs, de Bezançon e doutros, têm evidenciado claramente a sua acção vaso-dilatadora. Sobre os capilares, a sua acção faz-se sentir com doses mais elevadas.

Os efeitos na clínica são dos mais notáveis. Dores as mais desesperadas, cedem por vezes, ao seu emprêgo. O índice oscilométrico aumenta, a irrigação é favorecida e a reparação dos focos de gangrena é manifestamente acelerada.

Simowitch, Sekulich, Marcel Labbé, Bezançon e outros têm mostrado os seus melhores resultados. Alguns insucessos têm sido apontados por Cornil, Kinel, Beau, etc.; Bouysset não lhe tece elogios. Se as lesões se

verificam em troncos importantes, as tibiais por exemplo, não obteremos nenhuma acção benéfica.

De resto, baixando a tensão arterial, poderíamos acarretar graves inconvenientes, aumentando a impermeabilidade vascular, para doentes de artérias estenosadas. Contra as dores, diz no entanto, na dose 20-30 centigramas, é um medicamento heróico. Por nossa parte, temos dêste medicamento as melhores impressões. Ainda recentemente a êle recorremos, num caso de gangrena do dorso do pé, numa diabética antiga, cuja glicémia em jejum oscilava por 2,40-2,80; as suas dores atenuaram-se, o índice oscilométrico melhorou e a reparação verificou-se em boas condições.

Esta doente recebia além da acetil colina injeccões diárias endovenosas de 10 c.c dum soluto de citrato de sódio a 20 0/0, insulina e regimen apropriado.

A acetil-colina injecta-se por via intra-muscular na dose diária de 20 a 40 centigramas.

Citrato de sódio. — Modificando a viscosidade sanguínea, foi aconselhado como fluidificante, favorecendo a circulação.

Marcel Labé, como curativo, emprega-o na dose diária de 20 gr.

Heitz aconselha-o desde que surjam as primeiras perturbações circulatórias, na dose de 5 a 10 gr.

Ratery aconselha-o em injeccões endovenosas — 10 a 20 c.c. dum soluto a 30 0/0.

Soluto cloretado hipertónico. — Entre os autores americanos gosa da melhor reputação, um soluto cloretado hipertónico que, tem sido largamente experimentado no Mont-Sinai Hospital de Now-York.

Técnica: — injeccão trihebdomadária ou quotidiana de 150 a 300 c.c. dum soluto de cloreto de sódio a 50 0/0 por via endovenosa ou intramuscular. É um fluidificante da massa sanguínea.

Koga tem aconselhado o soluto de Ringer, mas parece que sem grandes resultados.

Lacarnol e Padutina. — Aconselhados recentemente na Alemanha pela sua acção vaso-dilatadora; o primeiro é um extracto muscular, o segundo foi isolado da urina por Frey e Kraut que dizem ser de origem pancreática.

Angioxil. — Tão preconizado na hipertensão arterial pode ser empregue nos doentes com arterite, em injeccões diárias ou em dias alterados.

Agentes físicos. — Diatermia, raios infra-vermelhos, raios ultra violetas, ar quente e galvanisação são esplendidos auxiliares a que podemos recorrer.

Os raios ultra violetas, parecem fornecer os melhores resultados, em sessões prolongadas, de modo a obter-se precocemente a fase do eritema.

A diatermia deverá ser vigiada cuidadosamente, dada a facilidade com que se produzem queimaduras nestes doentes que, tantas vezes apresentam perturbações da sensibilidade.

A radioterapia da região supra-renal, foi preconizada por Tuniks e Phillips que iniciaram este método. Pela sua acção frenadora sobre as supra-renais, baixando a adrenalina e conseqüentemente o tonus simpático, precocemente abranda as dores, melhora a circulação sanguínea, apressa a eliminação dos tecidos mortos favorecendo a reparação. Zimerne, Brunet, Cottenot, Bordier, Descamps e outros figuram na pleiada dos seus defensores. Milanowitch mostra-se reservado quanto aos resultados deste método.

Intervenções cirúrgicas. — Aquisições recentes sobre a fiso-patologia das arterites conduziram os cirurgiões a realizar intervenções sobre o simpático. Simpatectomia periarterial (Leriche), ramiseção (Royle), Gangliectomia lombar (Adson e Brown), arteriectomia (Leriche), suprarenalectomia (Von Opper), etc.

Os seus efeitos são de apreciável valor; a circulação melhora, as dores atenuam-se a actividade tissular modifica-se, mas nos estados avançados nem sempre os resultados são brilhantes.

A arteriectomia nas formas segmentares da arterite diabética é uma intervenção heróica, suprimindo a zona de plexite simpática ponto de partida de reflexos invertidos (Bard).

A suprarenalectomia fundamentada em experiências aturadas de Opper, cirurgião russo, que procura corrigir a hiperadrenilemia.

Recentemente Leibovici no Congresso Francês de Cirurgia fez uma cerrada às teorias de Opper e aos resultados práticos, colhidos com a sua técnica.

Nos casos de gangrena diabética, impõe-se imediatamente a mais rigorosa aepsia, tendo em vista evitar a infecção. Um penso seco de gase oxigenada aplicada sobre a zona gangrenada, almofadar o membro e repouso, tais são os cuidados que é preciso não esquecer.

Se surge a infecção recorreremos aos antisépticos como o soluto de Dakin, pergamanato de potássio, água oxigenada, etc. Sendo necessário fazemos pequenas intervenções, incisando e fazendo a excisão dos tecidos mortos. Estes tratamentos conservadores não podem ser sempre postos em prática. É a vigilância atenta acompanhando a parte e passo a evolução da gangrena que há-de guiar o médico na decisão a tomar. Esperar até onde se puder esperar, mas não deixar passar o momento oportuno da intervenção.

«Casos aparentemente desesperados podem curar mas é preciso não deixar passar o momento oportuno, porque algumas horas mais tarde bastam para que a infecção invada todo o membro e torne a intervenção illusório (Rathery)».

BIBLIOGRAFIA

CHAUFFARD — Gangrène diabétique (*Journal des Patriciens*, 1920, p. 295).

CHAUFFARD, BRODIN E YOYANOVITCH — Traitement du xanthome diabétique par l'insuline, *Soc. méd. des Hôp.*, Paris, 14 nov. 1924.

HEITZ — Les artérites diabétiques des membres (*Progrès Médical*, 1926, p. 239).

— — — Diagnostic et traitement des artérites diabétiques, *Gaz. Méd. de France*, 15 août 1928.

LABBÉ (M) — La gangrène chez les diabétiques, *La Presse Médicale* N.º 18, 4 mars. 1925.

— — — Les gangrènes diabétiques, *La Presse Médicale*, N.º 46, 10 janv, 1931.

— — — Le traitement du diabète. Etudes cliniques, physiologiques et thérapeutiques. Masson éditeur, 3.º édit. 1930, *Masson*, 158. p.

LABBÉ (M.) ET HEITZ (J) — De la valeur des indications fournies par l'oscillométrie pour le diagnostic des artérites sténosantes, *Paris Médical*, 22 mai 1926.

LERICHE ET MICHON. — Les gangrenes d'origine artérielle d'après les travaux russes contemporains, *Archives des Mal. du coeur*, 1929, pgs. 752-767.

LERICHE ET HEITZ — De la réaction vaso-dilatation consécutive à la resection d'un segment artériel oblitéré, *C. R. Soc. de Biol.*, 3 fév. 1917.

— — — Des affets physiologiques de la sympathectomie périphérique. *C. R. de la Soc. de biologie*, 20 janv. 1917.

OPPEL (VON) — Surrenalectomie dans les gangrènes juvéniles, *Lyon Chirurgical*, N.º 1, janv. 1927.

PIERR-VOEL DESCHAMPS — Les traitements modernes des artérites oblitérantes des membres, *Bulletin Générale de thérapeutique*, N.º 6, 1935.

RATHERY — Le diabète Sucré, *Leçons cliniques*, 1934.

RAVAULT (P.-P.) — Form. Anat. et Clin Oblit. art. memb, *Thèse Lyon*, 1925.

ZIMMERN, CHAVANY ET BRUNET — La Radiothérapie de la Région Surr. *Presse Médicale*, 15 juil. 1931, N.º 56.

ZIMMERN ET COTTENOT — Sur la sensibilité de la région surrénale aux rayons X, *Bull. de l'Académie de Médecine*, 10 juin. 1924.

ANTUNES DE AZEVEDO.

TRATAMENTO PELA HIPEREMIA

O valor da hiperemia, tanto activa como passiva, já de há muito foi reconhecido na terapêutica, e vários têm sido os métodos empregados para estabelecê-la de modo mais ou menos eficiente. Augusto Bier, no seu importante livro sobre « A hiperemia como agente terapêutico » (1903), sustenta que a hiperemia localisada na superfície induz hiperemia também na profundidade, mesmo a ponto de alcançar o osso, e que esta hiperemia não é prejudicial, mas sim benéfica. O fluxo sanguíneo leva à parte afectada os materiais para o seu reparo, os quais são, sem dúvida, bem mais necessitados pelos tecidos doentes do que pelos normais; e leva também forças bactericidas para combater no fóco da infecção.

Quando aplicada quente e em camada espessa *sobre* e em *derredor* da área afectada, a *Antiphlogistine*, em virtude das suas propriedades termogenéticas é, incontestavelmente, de efeito analgético, bactericida, absorptivo, resolutivo e nutritivo, pelo estímulo que oferece à fagocitose.

Este penso plástico e anodino produz uma hiperemia moderada e contínua, que é provocada pelas propriedades poderosamente higroscópicas do medicamento e pelo calor húmido que gera e mantém. Que o tratamento dos estados congestivos e inflamatórios pela *Antiphlogistina* é benéfico, pela produção da hiperemia, tornou-se agora um assunto fóra de dúvida e de qualquer discussão.

LIVROS & REVISTAS

Existe uma vitaminoterapia das doenças infecciosas? - (*Existe-t-il une vitaminothérapie des maladies infectieuses?* Lesné - *Bull. Gen de Therap*, N.º 7, 1935.

Nos últimos tempos tem-se pretendido alargar muito a acção das vitaminas e tem-se pretendido estabelecer mesmo uma vitaminoterapia das infecções.

A clínica revela muitas vezes estreitas relações entre as infecções e as avitaminoses. Estados de precarência ou carência inaparente do escorbuto passam depressa ao escorbuto, mercê duma gripe, duma varicela, etc. O que se passa com o escorbuto acontece com o raquitismo e a xeroftalmia.

As infecções favorecem portanto a instalação das avitaminoses e talvez porque sejam maiores as necessidades do organismo, ou porque seja insuficiente a sua elaboração ou imperfeita a sua utilização.

Vários autores, apoiados em provas experimentais nem sempre confirmadas (em animais sujeitos a regimens carenciados mostrou Kleinschmidt a diminuição da produção de hemolisinas; Harper e Welker mostraram que a percentagem de aglutininas é mais fraca; Findlay e Abels mostraram menor resistência ao pneumococo, ao stafilococo, ao streptococo e ao colibacilo em cobaias com carência da vitamina C, etc.) propuzeram uma vitaminoterapia das infecções

Nem todas estas provas experimentais tiveram confirmação e deve inquirir-se se na instalação das infecções em indivíduos que sofreram regimens de carência há simples coincidência, predisposição ou se, de facto, a carência é um factor determinante.

Lesné analisa em seguida o que se passa com o escorbuto infantil, com as formas frustes do beri-beri, com a xeroftalmia, com o raquitismo, critica as experiências que levaram à instalação da vitaminoterapia das infecções que acompanham estes estados e termina da seguinte maneira:

«Está demonstrado que as vitaminas não são agentes anti-infecciosos, não tem valor farmacodinâmico anti-infeccioso; não há uma vitaminoterapia das infecções.

«Mas, factores indispensáveis à vida, factores do crescimento e da nutrição tissular, a sua carência diminui a resistência do organismo e favorece, indirectamente, as infecções.

«Em face duma infecção, não têm acção sobre os seres normais, mas têm uma influência favorável nos indivíduos em regime de carência, porque sem terem um poder específico contra os germens mórbidos, constituem factores eutróficos potentes.

«O emprego das vitaminas em dose suficiente é uma medida profiláctica útil e eficaz.

«Não há uma vitaminoterapia específica das infecções: mas uma profilaxia indirecta das infecções consiste em prescrever um regime variado, equilibrado e completo; é preciso reear particularmente na criança os jejuns prolongados, os regimes uniformes, e a carência em vitaminas, porque estes indesejáveis têm sobre a nutrição e a resistência do organismo uma influência considerável.

SANTOS BESSA.

A soroterapia da escarlatina — *La sérothérapie de la Scarlatine* — R. Debré, Maurice Lamy et Henri Bonnet. *Bull. Gen. de Therap*, N.º 7, 1935.

Neste artigo os autores fazem a história da soroterapia anti-escarlatínosa, mostram a variabilidade enorme de poder antitóxico dos diversos soros existentes no mercado, como pode ver-se pelo quadro seguinte organizado por eles depois de os terem submetido a rigorosa titulação:

| Designação dos soros | N.º de unidades anti-tóxicas por c.c. |
|----------------------|---------------------------------------|
| N.Y.S. | 1280 |
| N.Y.C. | 340 |
| W. | 40 |
| G. ₁ | 4 |
| G. ₂ | 4 |

e põem em evidência a importância da «souche» estreptocócica, da técnica de obtenção do soro (técnica de G. F. e G. H. Dick, técnica de Docher e a sua modificação Zinsser) e do processo de titulação (métodos de Dik, de Waldsworth, de Toyoda, de Ando, etc.).

Referem em seguida as opiniões dos autores norte americanos e alemães que exaltam a soroterapia anti-escarlatínosa, registam a estatística de Luzier obtida em Trieste, com os seus 3000 casos de escarlatina tratados por processos diversos durante 10 anos e onde o soro anti-escarlatínoso de Dick fez baixar de 19% para 2% a mortalidade pela escarlatina.

«Em resumo, e a-pesar-de certos resultados negativos obtidos na Roménia, parece que o acôrdo é geral sôbre 2 pontos: a ineficacia do sôro sôbre as complicações da doença e, pelo contrário, a sua acção nas formas severas, malignas e contra os sintomas pròpriamente tóxicos da escarlatina. Daí a necessidade de empreender activamente o tratamento e injectar «d'emblée» uma dose elevada de anti-toxina. Desde 1927, preconizamos injectar no 1.º dia, duma única vez, 1.000.000 de doses neutralizantes (20 000 un. americanas). Tem-se insistido recentemente nos Estados- Unidos sôbre a necessidade destas doses elevadas. Para G. H. e G. F. Dick não se deve injectar, em caso algum, menos de 6.000 un. A. B. Wadsworth recomenda a dose inicial de 10 a 20.000 un.

A nossa experiência pessoal é ainda demasiado restrita para que possamos ter uma opinião definitiva sôbre o valor da seroterapia na escarlatina. Depois de ter observado um certo número de casos, podemos concluir que o sôro é eficaz quando empregado precocemente, nas doses que indicamos e nas formas tóxicas da doença».

SANTOS BESSA.

Injecção única ou injeções repetidas de sôro no tratamento da angina diftérica — *Injection unique ou injections répétées de sérum dans le traitement de l'angine diphtérique* — Michelle Zagdoun-Valentin, *Bull. Gen. de Therap*, N.º 7, 1935.

Combate-se no artigo presente a prática tradicional das injeções fragmentadas do sôro anti-diftérico e propõe-se a sua substituição pela dose única, macissa e precoce, afirmando-se ao mesmo tempo que é lógica, eficaz e destituída de perigo.

Refere-se que já Weill-Hallé a tinha preconizado em 1919 por lhe parecer que o sangue diftérico ficava, depois disso, com a dose suficiente de antitoxina e procura-se dar-lhe base científica com as experiências de Debré, Ramon e J. Bernard. Com efeito, titulando a antitoxina no sôro dos diftéricos submetidos a tratamento específico e comparando o que se passa com as doses introduzidas por uma única injeção ou por injeções repetidas, verificaram que a taxa máxima é atingida mais rapidamente pelo 1.º do que pelo 2.º processo e, além disso, que o 2.º processo não a eleva mais do que o 1.º. A duração da concentração é independente do processo de introdução. Quando se faz seguir uma dose macissa de outras injeções com doses fortes durante 3, 4 e 5 dias, nem por isso se eleva a percentagem do sangue em anti-toxina, como que se a concentração no sangue impedisse a reabsorção.

Se isto é, de facto, assim, é lógico que se siga o processo.

O resultado da sua experiência parece confirmar a sua eficácia e deixar-nos tranquilos sôbre o perigo que daí pudesse resultar. Mas para isso torna-se necessário que a dose seja não só suficiente, mas precoce. São de

Medicação anti-pneumocócica **AZEVEDOS**



AZEVEDOS Medicação anti-palúdica

O «**PULMOSAL**», composto por uma solução oleosa de quinina, cânfora, mentol e essencias antisepticas, satisfaz por completo a todas as exigencias da terapêutica das vias respiratórias e pode ser empregado sem receio, porque as suas injeções são indolores e não tem efeitos secundários.

A associação da quinina com outras substancias antisepticas eliminaveis através do pulmão, permite utilisá-la com ótimos resultados no tratamento das afecções das vias respiratórias, como **bronco - pneumonias, pneumonias gri-pais, bronquites, broncorreia, abscessos do pulmão, etc.**

POSOLOGIA

As doses habituais são 2 a 4 c. c. por dia, em injeção intramuscular, prolongando-se o tratamento por 15 dias. Nas afecções crónicas a sua duração vai de 4 a 6 semanas, devendo, neste caso, fazer-se no meio do tratamento um descanço de 8 dias.

Na pneumonia lobar produzida pelo pneumococos deve empregar-se de começo, nos três primeiros dias o «**PULMOSAL - A**», contendo 0,25 grammas de quinina por c. c., e continuar depois com o «**PULMOSAL**»

**PREPARADO NOS LABORATÓRIOS
DAS FARMÁCIAS**

Azevedo, Irmão & Veiga

Azevedo, Filhos

24, Rua do Mundo, 42

31, Praça de D. Pedro IV, 32

LISBOA

REMINERALISAÇÃO — RECALCIFICAÇÃO

Tónico e reconstituente de muito bons resultados na tuberculose, raquitismo, anemia, linfatismo, neurastenia, gravidez, convalescenças, desnutrição, etc.



CALCOSAN
GRANULADO

COMPOSIÇÃO

| | |
|----------------------------|-------|
| Fosforo orgânico | 3,5 |
| Sais de cálcio .. | 4,0 |
| Sais de magnésio ... | 0,5 |
| Nucleinatos | 1,5 |
| Extractos glandulares..... | 0,5 |
| Malte e sacarose | 90,0 |
| | 100,0 |

100 unid. biol. de VITAMINA D por gr.

LABORATÓRIOS “**AZEVEDOS**”
das FARMÁCIAS

Medicação reparadora e tónica do sistema nervoso, recomendada na fadiga intelectual e física, depauperamento, surmenage, etc.



FOSFOSAN
GRANULADO

Extracto de cola de S. Tomé recente e Fosforo orgânico

PREPARADORES:

FARMACIAS

Azevedo, Filhos

31, Praça D. Pedro IV, 32

Azevedo, Irmão & Veiga

24, RUA DO MUNDO, 42

Laboratórios de Análises, Esterilizações e Produtos Especializados “**AZEVEDOS**”

Sociedade Industrial Farmaceutica
LISBOA

Marfan estas palavras: «Não é a dose total injectada no decurso da difteria que importa, é a data e a dose da 1.ª injeção».

A injeção deve ser feita nas primeiras horas nas anginas malignas e nos três primeiros dias nas comuns. Se não se observa isto, prognóstico reservado.

Propõe para «as anginas diftéricas comuns uma injeção de 12.000 a 24.000 un. (40-80 c.c. de sôro simples), segundo as falsas membranas estão localizadas às amígdalas ou ultrapassam o véu do paladar.

«Nas malignas (caracterisadas pela existência de edema mucoso e perianglionar e de sinais gerais de intoxicação) a dose a injectar *d'emblée* é de 60.000 a 80.000 un. o que representa 200-270 c.c.; é preferível nestes casos empregar o sôro rico em antitoxina, fornecido pelo Inst. Pasteur à razão de 1.000 un. por c.c.». Nestes casos graves uma parte da dose pode ser ministrada por via endovenosa.

SANTOS BESSA.

Vacinação preventiva da gripe na criança — *La vaccination préventive de la grippe saisonnière chez l'enfant* — Henri Stevenin et M.^{lle} R. M. Patez, *Arch. Med. des enf.*, N.º 6, Junho de 1935.

Depois de pôr em evidência a importância das afecções respiratórias na mortalidade infantil, de referir as comunicações feitas à III Conferência da associação Internacional de Pediatria preventiva (Luxemburgo, Set.º de 1933) por Frontali, de Padua, e Rott, de Berlim, sôbre a vacinação preventiva da gripe e de registar as discordâncias de opiniões que aí se verificaram, os A.A. expõem os trabalhos realizados por êles e por outros neste campo.

Parece, de facto, altamente vantajosa a prática da vacinação contra a gripe, quer se trate de crianças vivendo em meio familiar, quer se trate de crianças vivendo em comunidade (crèches, pouponnières, etc.

Os casos de D'Heucqueville são bastante elucidativos. Na Pouponnière de Bolonha, vacina sintemáticamente desde 1929, com a vacina de Weill e Dufourt, tôda a criança que apresente uma elevação de temperatura, por mais pequena que seja. Em 3 dias seguidos, injecta $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$ c.c.

Vale a pena comparar o que se passa na pouponnière antes e depois de 1929:

Em 1920 — epidemia de gripe, 20 casos complicados com 2 mortes por broncopneumonia;

Em 1921 — epidemia de gripe que atingiu 46 crianças, dando 16 broncopneumonias;

Em 1922 — epidemia de gripe que atingiu 39 crianças com 7 mortes por broncopneumonia;

Em 1923 — em 25 crianças com afecções gripais houve 3 mortes;

Em 1924 — em 15 crianças com afecções gripais houve 1 morte por broncopneumonia;

Em 1925 — em 24 crianças com afecções gripais houve 1 morte por abcesso retro-faríngeo ;

Em 1926 — em 23 crianças com afecções gripais houve 2 mortes ;

Em 1927 — em 12 crianças com gripe, morreram 2 : 1 com pleurisia purulenta, outra com congestões pulmonares ;

Em 1928 — em 33 crianças com gripe, 13 mortes por broncopneumonia ou pleurisia ;

Em 1929 - é instituída a vacinação e desaparece a broncopneumonia.

Nas 22 crianças vacinadas nesse ano, a temperatura caiu muito rapidamente, sem acidentes. Nas crianças não vacinadas, uma morte por broncopneumonia, outra por bronquite e otite.

Nos anos seguintes, o mesmo resultado. Nas epidemias de 1932, 1933, 1934 em que foram atingidos, respectivamente, 36, 12 e 75, não se registou nem um só caso de broncopneumonia. Na de 1934 houve 5 otites e 1 morte numa criança com lesão congénita do coração e que já tinha tido acidentes de asistolia.

D'Heuqueville já hoje faz vacinação preventiva, sem esperar manifestações mórbidas.

Os A.A. apresentam também as suas vacinações, feitas com a vacina de Weill e Dufourt e com antiptiogénica Bruschetini com doses de $\frac{1}{2}$, 1 e $1\frac{1}{2}$ c.c. com uma semana de intervalo e afirmam que todas as crianças vacinadas, mesmo há muito tempo, atravessaram a ultima onda de gripe sem serem atingidos, enquanto o foram pais, irmãos e criados com quem viviam.

A vacinação, além de inocua, parece pois bastante eficaz e deve fazer-se nas crianças sensíveis a estas infecções e nas creches e outras aglomerações, onde, por vezes, as infecções gripais dizimam tantas crianças.

SANTOS BESSA.

A esteatose pulmonar — *La stéatose pulmonaire* — R. Debré, Georges Sée et E. Normand, *Arch. de Méd. des Enf.*, N.º 7, Juillet de 1935,

Os autores referem e resumem um caso clínico por êles publicado no n.º 142 da *P. Médicale*, 1935, relatam 42 observações clínicas, citam experiências de vários autores e expõem com minúcia o diagnóstico, a anatomia patológica e a etiologia desta doença tão pouco conhecida.

Foi o americano Langhleen que em 1925 fez a primeira descrição anatomo-clínica desta doença a que chamou pneumonia gordurosa. Depois dos 4 casos de Langhleen, vieram em 1927, os 6 casos de Pinkerton, o qual se propunha fazer o diagnóstico da natureza da gordura pela coloração das gôtas contidas na expectoração. E, depois destes, muitos outros casos foram registados.

Os A.A. propõem a classificação clínica desta doença em formas *agudas, sub-agudas, crónicas e latentes*.

O comportamento clínico é, portanto, muito variável.

As formas crônicas têm uma evolução, em geral, apirética, mas outras vezes com poussées a 40°, arrastadas, não conduzindo à morte senão raramente. A CR. é negativa, os seus sinais funcionais e físicos são discretos, em contraste com os radiológicos.

Entre os primeiros encontram-se, às vezes, leves quintas de tosse, uma expectoração pouco aumentada e, tardiamente, dispneia, cianose e dôres torácicas.

Os sinais físicos são também imprecisos, traduzindo-se por alterações discretas do murmúrio vesicular e da sonoridade e, às vezes, alguns fôvores, acompanhados ou não de sopro tubar.

Entre os sinais radiológicos: Sombras irregulares, mais ou menos densas, de extensão variável, podendo confluir e apresentando, aqui e além, manchas claras. São, em geral, bilaterais, têm o seu início nas regiões para-hilares e as suas modificações são muito lentas, como pode verificar-se por exames repetidos. Podem levar à confusão com o cancro, a tuberculose, a lingogranulomatose, etc.

Apresentam vários casos clínicos dêste tipo, uns de adultos, outros de crianças, todos de observação alheia. Quási todos tinham no seu passado, durante mais ou menos tempo, a aplicação de produtos oleosos pelas vias aéreas superiores.

As formas sub-agudas têm uma evolução mais rápida, o aparecimento dos sinais patológicos é mais próximo das aplicações nasais ou traqueais de substâncias oleosas, as complicações são freqüentes e abreviam a sua duração.

Os sinais clínicos pouco diferem. Os 18 casos clínicos que citam, compravam-no.

Seis casos pertencem às formas agudas, de sintomatologia e evolução semelhantes às das broncopneumonias agudas.

Só o conhecimento dos antecedentes pode acordar a ideia de esteose e levar ao diagnóstico. É habitualmente o exame necropsico que o fornece.

As formas latentes não costumam fornecer elementos clínicos e são reveladas pela autópsia de crianças mortas por infecções agudas.

Os A.A. referem pormenorizadamente as alterações anatomo-patológicas das formas crônicas e das formas agudas e expõem as hipóteses etio-patológicas desta doença.

A 1.^a, proposta por Kauffmann, supõe a existência duma prévia infecção do pulmão que levaria a uma degenerescência gorda do exsudado alveolar. Não tem tido confirmação.

A 2.^a, quer ver a causa destas alterações em modificações do metabolismo dos lípidos, com exagero da lipopexia.

A 3.^a, julga-as resultantes da chegada até ao pulmão de corpos gordos que tenham penetrado nas vias aéreas superiores.

Os A.A. que primeiramente se mostravam defensores da 2.^a hipótese surgem agora convencidos de que «é a uma origem mecânica que é preciso ligar esta grave lesão do pulmão».

Em apoio desta hipótese estão: a semelhança destas lesões com o que acontece com as injeções de parafina no tecido celular, originando os «pseudo-tumores», as provas experimentais de vários autores, evidenciando a acção nociva dos óleos sobre os alveolos pulmonares e a frequência do uso de substâncias oleosas entre os portadores desta doença.

Claro que nem em todas está demonstrado e, por isso, os A.A. agrupam desta maneira os seus casos clínicos:

1.º grupo — Crianças com mau estado geral, caquéticas ou não, mas em quem estão atenuados os reflexos tóxicos e que, portanto, podem aspirar os medicamentos oleosos fornecidos pela boca;

2.º grupo — Doentes com paralisias do véu do paladar ou em coma, podendo fazer deglutições;

3.º grupo — Instilação directa dos corpos gordos no rino-faringe ou na traqueia;

Pelo que respeita ao diagnóstico, já vimos a sua dificuldade, quer se trate de formas agudas, quer de formas crónicas.

O tratamento pode considerar-se nulo.

Os A.A. propõem como profilaxia:

1.º — Abolir as instilações nasais de óleos animais ou minerais (os vegetais parecem inofensivos);

2.º — Preferir os solutos concentrados e vitaminados de óleo de fígados de bacalhau, aos produtos de uso corrente;

3.º — Alimentar com muitos cuidados os bebés e as crianças débeis ou com mau estado geral, para evitar falsas deglutições (alimentação vagarosa, com a criança em decúbito lateral).

SANTOS BESSA.

As febres tifóide e para-tifóide na infância — *Les typhus abdominal et paratyphus à l'âge infantile* por P. Elvine et S. Vourmann in *Arch. Med. des enfants*, N.º 8, Agosto de 1935.

Os A.A., que são assistentes de clínica infantil do Instituto de Medicina de Kieff, dirigido pelo Prof. Finkelstein, publicam os 123 casos de febres tifóides que durante os anos de 1931-1933 ali foram observados:

112 casos são de febre tifóide e 11 de paratífóide.

Depois de analisar muitos dos seus casos, de porem em evidência os elementos clínicos de maior interesse concluem:

1.º — A febre tifóide ocupa um lugar considerável em patologia infantil;

2.º — Clinicamente, segundo a sua gravidade e duração, em parte também epidemiológica e bacteriologicamente, as febres tifóides e as paratífóides têm na infância uma evolução idêntica: eis porque é preciso reuni-las sob uma única denominação: *afecções tifóides*;

3.º — A febre tifóide atinge as crianças de todas as idades, começando pelos bebés; mas a sua frequência aumenta com a idade;

DMELCOOS

**Vacina estabilizada para o tratamento do Cancro Mole
e das suas complicações.**

COMPOSIÇÃO : Emulsão estabilizada de bacilos de Ducrey de varias culturas
titrada a 225 milhões de corpos microbianos por centimetro cubico

APRESENTAÇÃO : Caixa de 6 ampolas de capacidade crescente : 1 cc.,
1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

MODO DE USAR : Injecção intravenosa. Injeta-se em doses progressivas
com dois ou trez dias de intervalo entre cada inoculação.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon, PARIS 8^e

AUROTHERAPIA DA TUBERCULOSE

CRISALBINE



EM INJEÇÕES INTRA-VENOSAS

**TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO
AMPOLAS DOSEADAS A 0,05, 0,10, 0,15 0,20
0,25, 0,50 DE PRODUTO PURO CRISTALISADO**

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE - 21, RUE JEAN-GOUJON, PARIS (8^e)

4.º — A curva da morbidade da febre tifóide atinge o seu máximo no fim do verão e no outono ;

5.º — Segundo a sua gravidade as febres tifóides podem dividir-se em 3 grupos : ligeiras, médias e graves ;

6.º — O início da febre tifóide apresenta nas crianças uma variabilidade extraordinária ; é muitas vezes atípica, sob a forma de diarreias, vômitos, convulsões, etc.

7.º — A curva febril é muito variável. A curva típica de Wunderlich não se encontrou nos nossos doentes senão em 56 % dos casos ;

8.º — Na grande maioria dos casos observou-se miocardites, assim como bronquites ;

9.º — Notou-se, na maior parte dos casos, uma sensibilidade dolorosa no abdomen ;

10.º — Observou-se aumento do baço em 74 % dos casos ;

11.º — A percentagem de leucócitos está em relação com a gravidade : quanto mais grave é a febre tifóide, mais pronunciada é a leucopénia ;

12.º — A sero-reacção de Widal foi positiva em 82 % dos casos ;

13.º — A sedimentação dos eritrócitos dá valores normais ou uma ligeira aceleração ;

14.º — Os valores da pressão sanguínea têm tendência para a diminuição ;

15.º — A-pesar-da variabilidade do quadro clínico das febres tifóides nas crianças, nós podemos, segundo a preferência com que são tocados certos sistemas de órgãos, distinguir as formas seguintes : a) tifóide ; b) séptica ; c) meningoencefálica ; d) colítica (desentérica).

16.º — A questão fundamental da terapêutica é a dieta que deve ser larga, composta de alimentos consistentes e satisfazendo às necessidades do organismo doente sob os pontos de vista quantitativo e qualitativo.

Os A.A. afirmam que a dieta é fundamental e em pediatria de importância vital : tem que cobrir os dispendios energéticos diários e prover à edificação dos tecidos

Protestam contra os exageros dietéticos, dizem que não há razão para os receios da enterorragia e afirmam :

«Alimentamos os nossos doentes, não somente nos casos ligeiros, mas também nos casos graves com a nossa dieta ordinária que consiste em diferentes farinhas, pão branco, biscoitos, ovos, queijo, carne picada, puré de batatas e de cenouras, frutas cozidas sob a forma de compotas e de xaropes, «patés» de legumes ; esforçamo-nos, ao mesmo tempo, por manter a correlação normal dos alimentos.

«Atribuimos a insignificante quantidade de recaídas e a benignidade do curso à nossa dietoterapia racional. É também a explicação da mortalidade insignificante entre os nossos doentes, nos quais temos tido, contudo, uma grande percentagem de formas graves e de sérias complicações. Nos casos de hemorragia intestinal temos manifestado uma prudência maior, impondo a mesma dieta consistente, mas proibindo os legumes, o pão, a carne e o leite».

SANTOS BESSA.

Sôbre o tratamento da meningite tuberculosa pelos raios X — *Sur le traitement de la méningite tuberculeuse par les rayons X*, par G. S. Weiner, E. D. Doubow, M. G. Finkelstein et A. A. Schneierson in *Arch. Med. de Enf.*, Setembro de 1935.

Expõem o resultado da aplicação da terapêutica de Bockay a 25 doentes de meningite tuberculosa da sua clínica.

Fazem a crítica dos casos de cura desta doença e citam os 250 casos que Cramer conseguiu reunir no mundo inteiro, dos quais só 64 podem ser considerados indiscutíveis.

Admitindo a possibilidade de cura desta doença ela pode dar-se nos seguintes casos :

1.º — Afeção tuberculosa primitiva das meninges sem granulia geral (Comby);

2.º — Casos de infecção pouco virulenta (Bockay);

3.º — Um organismo muito resistente, com tubérculos pouco abundantes (Huebschmann, Kleinschmidt, Finkelstein).

Passam em revista todas as terapêuticas propostas com os resultados desastrosos que se lhe seguiram (trat. com preparados iodo-mercuriais, com o «Mirion», com todas as formas de proteinoterapia, com autoliquorterapia, com punções lombares freqüentes e abundantes, com tufol, solganal, urotropina, rivanol, tuberculina, pneumo-encéfaloterapia, hiperemia congestiva de Bier, etc.

Citam os trabalhos de radioterapia das várias formas de tuberculose que precederam as tentativas do prof. Bockay, analisam os trabalhos experimentais em que assentam as tentativas de explicação do mecanismo da acção dos raios X sôbre as lesões bacilosas (irradiação de culturas, irradiação de animais inoculados, etc.), expõem a técnica seguida nes seus 25 casos e as modificações sofridas pelos doentes sujeitos ao tratamento e e concluem do seguinte modo :

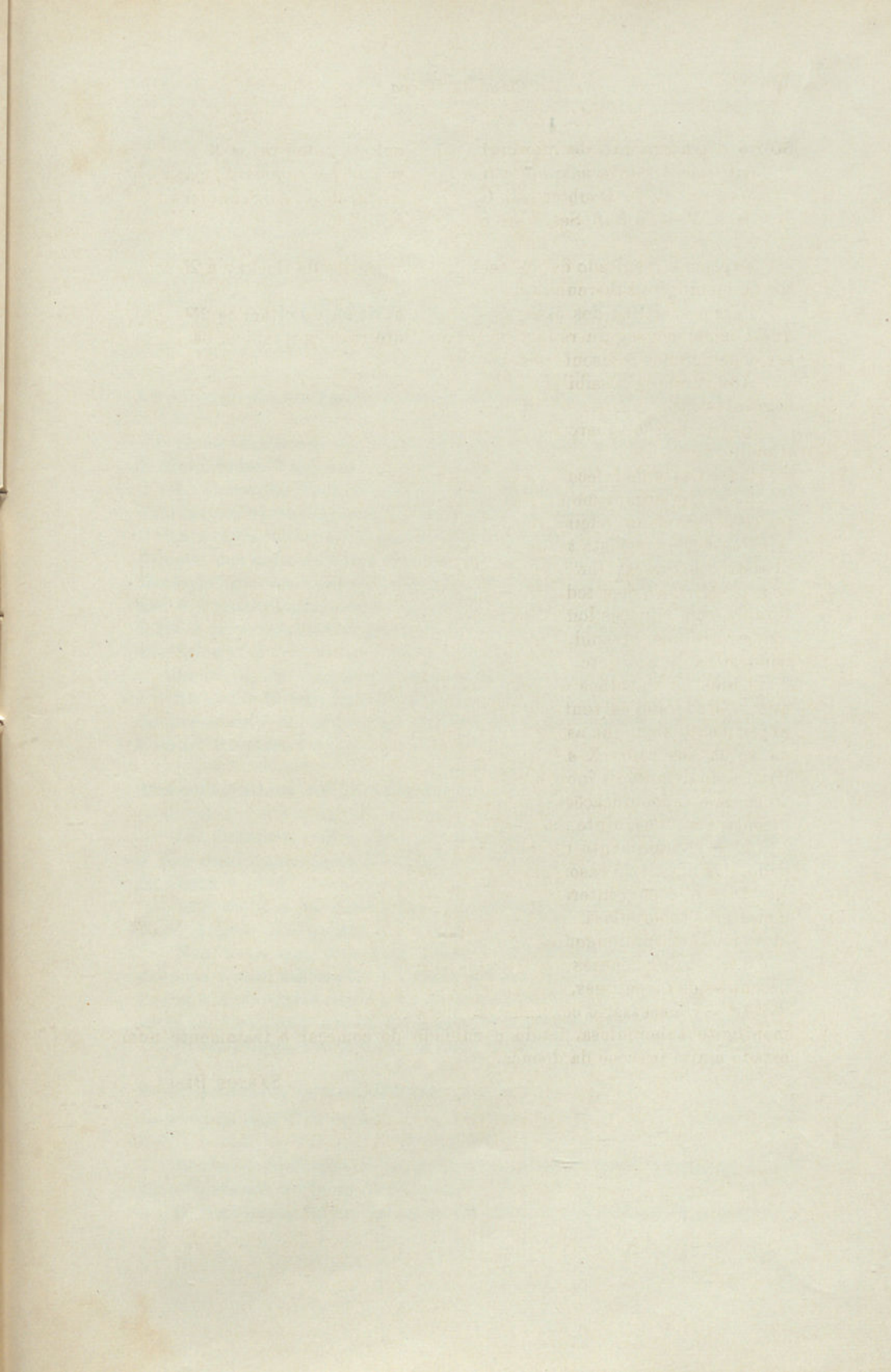
1.º — O tratamento de meningite tuberculosa pelos raios X não têm dado, nos nossos 25 casos, resultados positivos;

2.º — A roentgenterapia não influenciou nada a marcha habitual da meningite tuberculosa. Não provocou agravamentos, nem melhoras; não abreviou, nem prolongou a duração da doença;

3.º — Os 10 doentes autopsiados apresentavam todos, ao lado da tuberculose das meninges, uma tuberculose miliar;

4.º — É necessário continuar as observações sôbre roentgenterapia da meningite tuberculosa, tendo o cuidado de começar o tratamento num estado muito precoce da doença.

SANTOS BESSA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

II Congresso Internacional de Microbiologia

Deve realizar-se em Londres, de 27 de Julho a 1 de Agosto de 1936
É dividido em 7 secções :

1.^a Bacterias : morfologia, culturas, fisiologia ; 2.^a Virus : doenças produzidas por virus filtráveis — Tumores no ponto de vista experimental — Cultura de tecidos ; 3.^a Bacterias e fungos em relação com as doenças do homem, dos animais e das plantas ; 4.^a Bacteriologia industrial e agrícola. Bacteriologia do solo, do leite, etc. Microbiologia industrial ; 5.^a Zoologia e Parasitologia médica, veterinária e agrícola ; 6.^a Serologia, imunologia e investigações químicas com elas relacionadas ; 7.^a Química microbológica.

Informações complementares podem ser obtidas do Secretário Geral, Dr. St. John-Brooks, Lister Institute, Chelsea Bridge Road, Londres, ou do presidente da secção portuguesa, Prof. N. de Bettencourt, Instituto Camara Pestana, Lisboa.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Nos dias 28 e 29 de Outubro, prestou as provas para o seu doutoramento na Faculdade de Medicina, o sr. dr. António Nunes da Costa.

Argumentou na dissertação « *Traumatismos cranio-encefalicos* » o sr. Prof. Angelo da Fonseca.

Nas teses que versavam sobre « *No tratamento da angina do peito devemos tomar em conta o reflexo pressor* », argumentou o sr. Prof. João Porto, e « *A epilepsia não é uma doença hereditária ; é um síndrome originado em lesões adquiridas* », foi arguento o sr. Prof. Elísio de Moura.

O candidato, que prestou as mais brilhantes provas, foi aprovado.

Sociedades científicas

Academia das Ciências

Sob a presidência do sr. general Áquiles Machado reuniu-se no dia 24 de Outubro, a Classe de Ciências.

O académico Silva Carvalho felicitou os seus colegas que represen-

taram a Academia nos últimos Congressos internacionais pelos seus trabalhos e pela forma pela qual êles foram apreciados naquelas solenes assembleias e em especial o novo presidente pela honrosa eleição para o primeiro lugar da direcção internacional de química.

Como delegado que foi ao X Congresso Internacional de História da Medicina que se realizou em Madrid em fins de Setembro último, dirá que este foi dos Congressos mais bem organizados em que tem tomado parte merecendo por isso justos louvores a sua Comissão Executiva e especialmente o seu presidente o Prof. Marañon, que em Espanha e fora desta goza de grande prestígio pelo seu valor como cientista e que agora foi pródigo de deligência, inteligência e carinhosa cortesia para os muitos centos de congressistas que ali se reuniram. Deve dizer-se que não foi só a quantidade destes que deve celebrar-se, mas também a sua qualidade, porque pode dizer-se que em nenhum dos anteriores congressos foi mais brilhantemente representada a História da Medicina. Os trabalhos foram divididos por quatro secções, na primeira tratou-se da *Medicina Árabe em Espanha*, na segunda da *Medicina na descoberta e colonização da América*, na terceira do *Folclore na Medicina*, e na terceira agruparam-se os trabalhos de tema livre.

O sr. dr. Silva Carvalho tentou dar ideia dos mais importantes relatórios e comunicações apresentados e discutidos, fazendo ressaltar o o valor dos mais notáveis.

Este académico apresentou o seu relatório sobre a *Medicina na descoberta e colonização do Brasil* e uma comunicação sobre *Afonso Rodrigues de Guevara de Portugal*, trabalhos de que deu a Academia uma ideia sumária.

Mostrou-se mesmo muito grato às amabilidades que para êle tiveram no Congresso, que na maior parte seriam devidas às representações que levava da Academia. Sociedade das Ciências Médicas e Sociedade de Geografia. Mas mais ainda foi a sua alegria e maior ficará sendo a sua gratidão pelas atenções especiais e referências carinhosas que foram feitas a Portugal.

O sr. dr. Moreira Junior referiu-se às manifestações de excepcional apreço de que foi alvo o representante da Academia o sr. dr. Silva Carvalho, no Congresso de História da Medicina de Madrid, e ao lugar de relêvo conferido nêsse Congresso a Portugal. Apreciou os trabalhos apresentados pelo sr. dr. Silva Carvalho nêsse Congresso, pondo em relêvo o seu extraordinário valor.

O sr. dr. Egas Moniz dando conta da sua digressão científica de férias, referiu-se em primeiro lugar ao Congresso de Neurologia Internacional de Londres, que constituiu um grande acontecimento científico. Foi o segundo Congresso Internacional da especialidade, e só daqui a anos se realizará o terceiro em Copenhague. Os assuntos que serviram de base às discussões foram de ordem clínica e fisiológica: epilepsias, líquido céfalo-raquidio, lobos feniais e hipotalamo. Outras comunicações foram feitas em sessões especiais, sobre trabalhos a escolha dos representantes. Ao todo cêrca de 500 trabalhos.

Os médicos portugueses srs. drs. Almeida Lima, Luiz Pacheco, D. Fernando de Almeida e Egas Moniz, apresentaram comunicações referentes à angiografia cerebral.

Em seguida a êsse Congresso realizou-se pela primeira vez a reunião das três sociedades neuro-cirúrgicas que actualmente existem, uma europeia com sede em Londres, e duas da América do Norte. A ela assistiram mais de cem neuro-cirurgiões, e foi inquestionavelmente a nota mais interessante e mais original do notável certame londrino.

Nessa reunião recebeu a angiografia cerebral um favorável acolhimento devido aos casos apresentados pelos neuro-cirurgiões ingleses que a executam desde há dois anos nas suas clínicas (Londres, Manchester, Edisburgo, etc.) com excelentes resultados.

De 9 a 14 de Setembro realizou-se a Semana Médica Internacional de Montrana para a qual foi solicitado o sr. dr. Egas Moniz a fazer uma conferência sôbre os resultados clínicos de Angiografia. Para essa reunião foram convidados médicos de vários países a fim de dissertarem sôbre os seus trabalhos originais. Esta Semana Internacional antepõe à especialização de cada vez mais acentuada dos congressos internacionais, a máxima generalidade de assuntos: terapêutica geral, vitaminas e humores, patologia interna, pediatria e alimentação, cancro e radioterapia, etc.

A orientação particular desta reunião foi acolhida com entusiasmo pelos meios universitários europeus.

A Academia sublinhou com o maior agrado as palavras do sr. dr. Egas Moniz.

O sr. dr. Pereira Forjaz referiu-se ao Congresso de Química de Bruxelas efectuado ainda sob a impressão dolorosa da Rainha Astrid. Mostrou quanto foi sentida a falta do sr. general Aquiles Machado. Fez menção dos trabalhos do sr. prof. Lepierre e dos seus, e da vinda a Lisboa do Prof. Gabriel Bertrand.

Hospitais

Da Universidade — Foi nomeado interno dos Hospitais da Universidade de Coimbra, o sr. dr. Julio Condorcet Pais Mamede.

Civis de Lisboa — Por abandono de lugar, foi demetido de interno do 4.º ano dos serviços clínicos daqueles hospitais, o sr. dr. António Antunes de Menezes.

Conferências

O sr. dr. José da Silva Neves, director dos Serviços de Saúde do Ministério das Colónias, realizou uma conferência na Sociedade de Geografia, a qual versou sôbre a provincia da Guiné.

— O sr. dr. Froilano de Melo, director da Escola Médica de Nova Goa, realizou no Porto, uma conferência subordinada ao tema: « O problema da lepra; como se deve agir e como eu agi na nossa India ».

Direcção Geral de Saúde

Foi nomeado delegado de saúde efectivo do concelho de Olhão, o sr. dr. José Fernandes Pinha Morales, que já exercia o cargo de médico municipal do mesmo concelho. — «Diário do Governo» n.º 244

Missões de estudo

Foi prolongado pelo prazo de 4 meses, a partir de 15 de Janeiro de 1936, a bolsa de estudo fóra do país de que é titular o sr. dr. Elisio Filinto Milheiro Fernandes, professor auxiliar da Faculdade de Medicina do Porto. — «Diário do Governo» II série n.º 244.

— Foram concedidas autorizações para irem ao estrangeiro em missão de estudo, os srs. drs. Aurelio Lelo Portela, médico assistente da consulta de dermatologia do Instituto Médico Central; Mark Athias, prof. catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa; José Maria da Costa Pereira Pacheco de Sacadura Botte, assistente do serviço clinico (clinica cirurgica) dos Hospitais Civos de Lisboa; Luiz Augusto Lopes da Costa, interno do 3.º ano dos serviços clinicos dos mesmos hospitais; Ermindo Augusto Alvarez, assistente da cadeira de patologia e terapêutica cirurgica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Várias notas

O «Diário do Governo» de 15 de Outubro publica o decreto n.º 25 946 que institue em todos os liceus, a partir da 3.ª classe, cursos obrigatórios de higiene.

— Deixou de exercer o cargo de director do Hospital Militar Principal de Lisboa, o tenente-coronel médico, sr. dr. Alberto Santos Monteiro.

— Um numeroso grupo de amigos e admiradores do clinico portuense sr. dr. José António Martins Ferreira, homenageou-o com um banquete realizado na capital do norte.

— Foram agraciados com o grau de comendador da Ordem Militar de Aviz, os srs. tenente-coronel-médico dr. Vasconcelos Dias, e com o grau de cavaleiro da mesma ordem, os tenentes-médicos, drs. Jerónimo Carlos da Silveira e António Augusto Melo.

Associação dos médicos católicos portugueses

Sob a presidência do sr. dr. Leite Faria, secretariado pelos srs. drs. Luiz Adão e Weiss de Oliveira, reuniu-se a assembleia geral desta Associação.

O secretário da direcção sr. dr. Henrique Bernardo Gonçalves leu o relatório da gerência transacta, o qual mereceu a aprovação unânime da assembleia.

Procedeu-se depois à eleição da nova direcção, que ficou assim cons-

tituida : Presidente, dr. João Porto, de Coimbra ; vice-presidente, drs. Lopes Rodrigues, do Porto, e Luiz Figueira, de Lisboa ; secretário, dr. Paiva Golen ; tesoureiro, dr. Anacleto Miranda.

A assembleia resolveu criar uma revista, órgão da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, para estabelecer a ligação indispensável entre os associados que existem, do norte ao sul do país.

Antes de encerrar os trabalhos, a assembleia fixou o dia de S. Lucas — patrono dos médicos — para a reunião anual dos médicos católicos.

Falecimentos

Faleceram, no Porto, o major-médico, sr. dr. Bernardino Gonçalves de Lima Vidal ; em Lisboa, o sr. dr. José Duarte da Silva, de 48 anos, natural do Maranhão (Brasil).

— Estão de luto, pelo falecimento de seu sogro, o sr. dr. Francisco Simões de Carvalho, médico em S. Martinho do Bispo ; pelo falecimento de seu pai, o sr. dr. António Silvío Pélico ; pela morte de sua esposa, o sr. dr. Adelino Adélio Leão da Costa, médico na Trofa, e pelo falecimento de sua sogra, o sr. dr. António Cerveira, médico em Coimbra.



LIVRARIA ACADÉMICA
DE
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES:

- ANTONIO DE CARVALHO (DR.) — Endocrinologia e Clinica Diaria. 1 vol. de 224 pag. broch. 15\$00, encad. 20\$00.
- BASSET — Essai sur l'immunité. 1 vol. de 88 pag. (V) — Frs. 8,50.
- BOLGERT — Lésions du Pancréas et Troubles Fonctionnels Pancréatiques. 1 vol. 256 pag. (M) — Frs. 45,00.
- CANUYT ET WILD — Le traitement des hémorragies et la transfusion sanguine d'urgence en oto-rhino-laryngologie. 1 vol. 208 pag. (M) — Frs. 35,00.
- COMBY — Les Encephalites aigües post-infectieuses de l'Enfance. 172 pag. 6 fig. (M) — Broché Frs. 30,00.
- DANIÉLOPOLU — Le Tonus cardio-vasculaire et l'épreuve amphotrope sino-carotidienne. 212 pag. dont 49 pag. d'illustrations (M) — Broché, Frs. 40,00.
- DESGEORGES — La Colibacillose, 1 vol. 201 pag. (M) — Frs. 16,00.
- DUMESNIL — Histoire Illustrée de la Médecine. Préface du Professeur Jean-Louis FAURE. Édition d'art avec 264 pag. et nombreuses gravures, grand format. (N) — Broché Frs. 60,00.
- FRANQUET ET GINSBOURG — Abrégé de Pathologie expérimentale. 1 vol. 309 pag. édition 1936 (V) — Frs. 30,00.
- GAUDUCHEAU — Sur l'Alimentation Publique Actuelle. 1 vol. (V) — Frs. 10,00.
- HRONUS — La Périodicité Saisonnière des Maladies Épidémiques et en particulier de la poliomyélite. 1 vol. 138 pag. (M) — Frs. 28,00.
- JACQUELIN — Directives en Pratique Médicale. Terrains et tendances morbides. 1 vol. 208 pag. (M) — Frs. 35,00.
- LAURENS — Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. 3.^e Édition entièrement refondue avec la collaboration de Maurice Aubry. 1.075 pag. 787 figures (M) — Broché Frs. 130,00
Cartonné toile Frs. 150,00.
- LEJARS — Traité de Chirurgie d'urgence — 9.^e Édition entièrement refondue par Pierre Brocq avec la collaboration de Robert Chabrut. 1.286 pag. 1.250 figures (M) — Broché Frs. 170,00
Relié en 2 volumes Frs. 200,00.
- LAFPRA — Los niños mentalmente anormales. 1 vol. 594 pag. (EC) — Pes. 10,00.
- LEVADITI — Prophylaxie de la syphilis. 1 vol. 234 pag. (N) — Frs. 18,00.
- LOEPER — Thérapeutique Médicale. 415 pag. (M) — Broché Frs. 50,00.
- MOLLARET — Le traitement des Névralgies Sciatiques. 1 vol. (B) — Frs. 8,00.
- Le Diabète Sucré, Questions controversées de cliniques et de pathogénie. 1 vol. 215 pag. (M) — Frs. 32,00.

Disenteria bacilar,
Enterite,
Enterocolite muco-
membranosa,
etc.

Biolactina

LABORATÓRIO NORMAL - 50, rua Bernardo Lima - LISBOA

LABORATÓRIO NORMAL

"Transpneumol"

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronco-pneumónicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipostáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronquiectasia. Bronquite aguda e crónica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorrèa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevirem conseqüência dum ataque de gripe.

(Em ampolas de 1 e 2 c.c.)