

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 156
26 de Agosto de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

VOL. II (Nova série)
Publica-se às quintas-feiras

DOENÇA DE OUVIDOS?

INFLAMAÇÃO DO OUVIDO MÉDIO?



CILOPRINE

(4 carboximetilamino 4'-aminodifenilsulfona sódica)

O medicamento absolutamente inofensivo permitindo o tratamento conservador causal, *in situ*.

- igualmente em perfurações do tímpano
- cura e acalma as dores
- não tem contra-indicações.

Instilar algumas gotas de 3 em 3 horas.



CILAG, -S. A.-SCHAFFHOUSE-SUIÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA-S. A. R. L - LISBOA

SUMÁRIO

	Pág.
AMÍLCAR DA SILVA — Sobre hipertensão portal	719
ALBERTO REIS — Tromboflebite e flebotrombose — O problema da tromboembolia pulmonar	721
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — O parto sem dor na União Soviética	727
Diagnóstico duma hematúria numa criança	728
A protecção das populações civis nas guerras futuras	731
A infiltração de antibióticos e novocaína nos processos pélvicos inflamatórios crónicos femininos	733

SUPLEMENTO

	Pág.
Adagiário Endocrinológico — CASTILLO DE LUCAS	581
Ecos e Comentários	584
O Ensino Médico na Suíça — J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO	586
Doutoramento Académico — L. A. D.-S.	589
A pena de morte na Inglaterra e o seu ponto de vista médico	590
Noticiário Diverso.	

B₁ **PP** **B₆**
B₂ **C** **B₁₂** **PANTOTENATO DE CÁLCIO**

COMPLEXO
REFORÇADO

B

NOVA  **APRESENTAÇÃO** **CÁPSULAS**



LABORATÓRIOS
 DO
 INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sobre hipertensão portal

I Parte

Aspectos anátomo-fisiológicos da circulação portal

AMILCAR DA SILVA

(Ex-interno contratado de Clínica Cirúrgica dos Hospitais
Civis de Lisboa)



A veia porta é a responsável pelo transporte de retorno da quase totalidade do sangue do território esplancnico para o sistema venoso geral.

Convém sob o ponto de vista funcional dar-lhe como limites anatómicos os seguintes: componente periférico, constituído pelos plexos venosos gastro-entericos submucosos, e sinusoides esplênicos e pancreáticos que constituem respectivamente as origens da veia mesentérica superior, mesentérica inferior, coronária estomática e veia esplênica; componente central, de que faz parte o tronco, sua distribuição intra-hepática de arquitectura especial, e reagrupamento em suprahepáticas, constituindo estas ao desembocarem na cava inferior pelos «ostia cava» o limite central ou proximal da veia porta. Portanto por um lado sinusoides, por outro «ostia cava».

O sangue no lume do sistema venoso portal circula transportando materiais de absorção da função digestiva e de descarga. Sofre variações de velocidade relacionadas com fenómenos de ordem fisiológica ou patológica. Sob este aspecto e a talho de foice, convém lembrar que é ao nível do sector intra-hepático que determinados factores patológicos especialmente cirrose hepática, podem levar a um retardamento tal da circulação portal, que constitui mesmo uma das principais causas do estado de hipertensão portal.

Os limites anatómicos referidos têm um fundamento embriológico e fisiopatológico.

Com efeito, como qualquer formação vascular do sistema venoso portal provém do angioblasto sendo este derivado do mesoblasto para a maioria dos autores. Muito precocemente do angioblasto destacam-se as duas veias vitelinas ou onfalomesentéricas que rapidamente estabelecem comunicações e anastomoses entre si passando estas umas pela frente e outras por detrás do chamado esboço intestinal. Na parte ventral deste e antes do 1.º mês nota-se um espessamento hipoplástico que virá a constituir o anel hepato pancreático donde sairá o fígado e pâncreas. A formação do fígado vem pois a fazer-se em uma região já atravessada pelos ramos das veias vitelinas. A proliferação do esboço hepático fragmenta inúmeras vezes esta rede vascular vindo assim a constituir-se o sistema porta embrionário ou primitivo. As trabéculas hepáticas constituídas por cordões celulares à medida que se vão formando, vão-se dispondo e orientando em *torno dos ramos desta rede venosa* que mais tarde vem a constituir o sistema venoso porta definitivo com a arquitectura vascular intrahepática que se desenvolverá em pormenor. As veias hepáticas derivam da veia vitelina direita enquanto que o tronco da veia porta, da onfalomesentérica esquerda.

A arquitectura vascular intra hepática passa a ser definitivamente constituída da seguinte forma:

Uma vez o tronco da veia porta chegado ao hilo hepático divide-se sucessivamente em ramos cada vez menores. Os ramos menores encontram-se a um canto de cada lóbulo hepático nos espaços interlobulares. Cada lóbulo hepático recebe sangue portal de aproximadamente cinco ramúsculos aferentes que se subdividem cada vez em capilares mais finos por entre os cordões de trabéculas hepáticas, constituindo autênticos septos vasculares muito finos denominados sinusoides hepáticos que se colocam em íntimo, contacto com as parêdes das células hepáticas. Todavia o pequeno espaço entre as células e os sinusoides é conhecido por espaço de Disse. Estes septos vasculares, sinusoides, confluem radialmente para uma única veia eferente, veia central do lóbulo que por sua vez se

reune a outras idênticas para constituirem a seguir as veias supra hepáticas.

Além dos ramos de origem referidos há ainda os chamados ramos colaterais da veia porta: a veia pilórica, por vezes mesmo a coronária estomática, a veia pancreática duodenal superior, as císticas e a veia umbilical que nem sempre se transforma no ligamento redondo.

O sistema venoso portal não é um sistema absolutamente fechado. Tem comunicações anastomóticas com redes venosas tributárias das veias cavas. Estas anastomoses que como veremos mais tarde têm uma importância enorme na fisiopatologia da hipertensão portal, são as veias esofágicas, as veias rectais e peritoneais. Sobretudo as anastomoses, entre a coronária estomática e as veias esofágicas inferiores são de importância transcendente. As anastomoses rectais unem as hemorroidárias superiores às hemorroidárias médias inferiores que são ramos da veia hipogástrica. As anastomoses peritoneais realizam-se por intermédio de veias das paredes próprias do tubo digestivo que por um lado comunicam com ramúsculos das veias mesentéricas e que por outro lado em vez de se dirigirem ao fígado vão por intermédio de troncos colectores à veia cava inferior ou seus afluentes como as veias renais, veias lombares e sagrada média.

Existem ainda as chamadas veias portas acessórias. São veias que se lançam directamente no fígado. Constituem-nas as veias epiploicas, císticas, diafragmáticas, veia do ligamento suspensor e as veias paraumbilicais.

Estas paraumbilicais que nascem na parêde anterior do abdomen ao nível do umbigo comunicam por um lado com as veias epigástricas e mamárias internas e por outro com as tegumentosas abdominais. Dirigem-se depois pelo sulco hepático através do ligamento suspensor. Outras seguem o contorno da veia umbilical quando esta existe, anastomosando-se com ela; outras ainda entram directamente no fígado.

A cabeça de medusa dos autores franceses é constituída pela dilatação deste tipo de veias.

FISIOLOGIA DA CIRCULAÇÃO PORTAL

O sistema venoso portal alberga permanentemente no seu lume uma considerável massa sanguínea. Mais que um mero colector de sangue venoso de retorno ele constitui depósitos sanguíneos de reserva de que a circulação geral se utiliza quando necessita. Esta massa sanguínea é alimentada por várias fontes arteriais com as quais está em equilíbrio. São elas a artéria coronária estomática, a esplênica, a mesentérica superior, a mesentérica inferior e a artéria hepática. Esta reveste mesmo um aspecto particular, não só por ser a artéria própria do fígado mas por apresentar relações intra-hepáticas especiais com os ramos portais.

A artéria hepática ao penetrar no hilo hepático divide-se em numerosos ramos acompanhando os ramos e subdivisões da veia porta, transformando-se igualmente em capilares múltiplos até atingir os espaços interlobulares. Estes capilares fornecem sangue arterial ao tecido conectivo do fígado, às paredes das vénulas, aos capilares biliares e às próprias células hepáticas. Apesar de a artéria hepática ser de calibre muito inferior à veia porta, transporta segundo Snyder um volume sanguíneo aproximadamente de 1/7 do sangue portal. E isto por a sua pressão e velocidade circulatória ser maior. A tensão de oxigénio arterial ao nível do fígado é

de 80 % aproximadamente em contraste com a do sangue portal que é de 30 %. Daqui se conclui que a artéria hepática transporta a maior parte do oxigênio que o órgão requiere, aproximadamente 40 a 60 % da quantidade necessária para as suas exigências nutritivas.

O sistema arterial esplancnico não comunica só com o sistema venoso por intermédio de um sector capilar, como Malpighi descrevera já em 1661.

Comunicações directas artério-venosas se observam em vários sectores da área esplancnica, como aliás se têm descrito em outros órgãos como no rim, no pulmão, no cérebro.

Estas comunicações ou curtos circuitos já Mall (1906) foi capaz de as mostrar dentro do lóbulo hepático.

Odds e Stafford com métodos de coloração mais precisos, concluíram que sangue arterial proveniente de ramúsculos da artéria hepática entram em comunicação com o dos ramúsculos portais nos sinusoides do lóbulo hepático pela sua periferia dando-se aí a mistura (1930).

Estudos mais recentes, Wakin e Man demonstraram que alguns capilares arteriais se esvaziam directamente nos sinusoides, outros nos ramúsculos portais antes de estes atingirem os sinusoides, verificando também anastomoses artério-venosas entre os ramos da artéria hepática e da veia porta no momento em que passavam através dos espaços interlobulares (1942).

Bauer crê mesmo que estas comunicações sejam muito amplas.

Curtos circuitos idênticos são evidentes ao nível do baço.

Recentemente Walter, verificou a presença de comunicações entre artérias e veias por cadeias que em espécimens fixados não eram inferiores a 30 microns de diâmetros, ao nível da parede do estômago e que nos tecidos vivos podem deixar passar perfeitamente esférulas de vidro superiores a 140 microns de diâmetro.

Estas comunicações artério-venosas têm-se revelado factores de enorme importância nas regulações circulatórias.

A circulação venosa portal é regulada por vários mecanismos. Não só na área esplancnica como noutras áreas do organismo a circulação é influenciada por factores de ordem geral e de ordem local. Já o Prof. Egas Moniz quando visualizou a circulação cerebral notou que a velocidade circulatória variava em diferentes áreas do cérebro. Também no território esplancnico a velocidade circulatória varia de órgão para órgão consoante as suas actividades fisiológicas e parece evidente que o papel das comunicações artério-venosas descritas, curto-circuitando a corrente circulatória e fazendo-a variar assim rapidamente de rumo parecem ter um papel fundamental na hemodinâmica circulatória esplancnica.

Compreende-se que dada a extensão e mobilidade do território vascular esplancnico abdominal, com frequentes variações de nível, com ondulações peristálticas, com um extraordinário volume sanguíneo depósito, que alberga, os mecanismos reguladores e ajustadores da circulação portal sejam complexos. Basta lembrarmos-nos que a simples variação de um decúbito horizontal para a posição ortostática, acarreta alterações hidrostáticas apreciáveis que urge ajustar rápida e eficientemente.

A função digestiva trás quando em pleno exercício um aumento da circulação esplancnica abdominal de aproximadamente 200%, o mesmo se dando no arrefecimento e nos estados febris.

FACTORES QUE INTERFEREM NA HEMODINAMICA PORTAL

No sector capilar arterial o sangue entra no sistema porta impellido pela «vis a tergo». À sua progressão deparam-se algumas resistências importantes. Assim em condições normais a resistência hepática não é pequena. Esta resistência cria só por si uma tensão venosa que é ao nível do tronco da veia porta de cerca de 10 mm. Aqui, apesar de a sua secção transversal ser superior à da veia rural a pressão venosa é maior o que pressupõe logo uma resistência hepática.

Vejamos agora quais os factores adjuvantes da hemodinâmica portal.

PAPEL DOS VASOS

Estudos histológicos da veia porta a diferentes níveis mostram-nos que as vénulas da área submucosa não têm vál-

vulas e as fibras musculares são praticamente inexistentes. Ao nível do tronco há válvulas e um sistema muscular de fibras longitudinais e transversais que se assemelha ao sistema arterial e que lhe dá uma personalidade característica especial dentro do sistema venoso geral. A um aumento da pressão há distensão das fibras lisas seguida de uma resposta contractil segundo o principio fisiológico da fibra lisa.

OS MOVIMENTOS RESPIRATORIOS

Os movimentos respiratórios actuam sobre a tensão hepática.

Assim a inspiração comprimindo o fígado aumenta um pouco a resistência hepática. Por outro lado a expiração diminui-a.

PAPEL DO BAÇO

O baço além de constituir um depósito reserva importante é também um órgão activador da circulação portal.

Já em 1698 Malpighi comparava as fibras musculares do baço com as do coração atribuindo-lhes a faculdade de se contraírem e expulsar o sangue dos seios venosos. Esta opinião foi corroborada também por Lubarsh e Heidenheim. Curtos circuitos intraesplênicos parecem ter um papel importante neste mecanismo.

Segundo Guillery e Nach o baço tem dois tipos de contracções.

Contracções autónomas e heterónomas. As contracções heterónomas são produzidas por excitações do simpático e substâncias simpático miméticas, podendo-as desencadear igualmente, o quinino, o óxido de carbono, a metahemoglobina e a própria anestesia. Outras substâncias como a atropina e o nitrito de sódio inibem-nas.

Estas contracções podem ser localizadas a determinadas regiões esplênicas ou generalizadas a todo o baço. Variam no tempo e podem ter um aparecimento rápido ou lento, desapparecendo também da mesma maneira.

Por vezes podem ser tão duradouras que as zonas onde se produzem lembram zonas de enfarto. Outras vezes a superfície do baço toma um aspecto granuloso sem modificação de volume.

As contracções autónomas são muito mais importantes. São rítmicas, e fortes, desencadeam-se quando o limite máximo da distensão dos espaços vasculares é atingido. Foram observadas pela primeira vez por Koy em 1891 e são tanto mais fortes quanto maior for a distensão.

A laqueação da veia esplênica no cão pode aumentar de 150 mm. de mercúrio a pressão venosa no tópo distal. A injeção de curare ou histamina bem como a excitação do topo periférico do vago, pode desencadear este tipo de contracção. Guillery comparou esta contracção à peristalse intestinal. A uma contracção rítmica segue-se uma fase de dilatação.

A instilação de CIH no duodeno reforça as contracções do baço.

Estas contracções são independentes das variações de pressão arterial pois que se observam mesmo após a laqueação da artéria esplênica.

Todavia, as variações tensionais da veia porta são já capazes de provocar alterações nos movimentos rítmicos do baço.

São possíveis, pois têm sido observadas combinações de contracções autónomas e heterónomas.

Durante a digestão o baço encontra-se aumentado de volume. Algum tempo depois do fim desta as suas contracções são máximas e variáveis consoante a espécie de alimentos, sendo menores quando a quantidade de hidratos de carbono predomina, maiores quando predominam as proteínas e médias quando as gorduras.

Gorgajew, observou mesmo uma certa circulação de retorno ao nível da veia esplênica, chegando a falar de uma função de bomba aspirante premente a fim de regularizar e compensar a circulação portal.

Ao avaliarmos a capacidade hemodinâmica do baço verificámos que é enorme. O baço humano tem uma capacidade de 200 a 300 cc. A capacidade absoluta é todavia menor pois têm-se observado séries de contracções com a duração de cerca de 5 minutos. O baço é pois considerado o coração da cavidade abdominal. Galant descreveu um reflexo baço-fígado.

Quando o baço se contrai em sincronismo com a tensão portal o fígado aumenta de volume.

O PAPEL DA PERISTALSE INTESTINAL

A peristalse tem na hemodinâmica portal um papel de muito relevo. Aumenta logo que a taxa de CO² se eleva no seu território, e pelo contrário é inibida logo que a oxigenação é elevada. Hotz observou que quando comprimia os vasos mesentéricos se desencadeavam movimentos peristálticos fortes. Usadel provocando uma estase venosa por laqueações múltiplas de veias mesentéricas, observou o desencadear de uma forte peristalse.

O mesmo autor quando laqueou o tronco da veia porta observou peristalse mas de pouca duração.

Poderá por si só a peristalse mover o sangue venoso portal?

A injeção por via parentérica de substâncias activadoras da peristalse como o cloreto de sódio hipertónico, ou a prostigmina aumenta o volume sanguíneo portal. O estímulo eléctrico intestinal pode aumentar tanto a tensão venosa portal que esta pode atingir limites superiores aos da tensão arterial. Parece concluir-se destas observações que a peristalse intestinal pode só por si vencer a resistência hepática normal. A comparação de outros factores da hemodinâmica portal como sejam a pressão arterial, a respiração, a circulação venosa geral, com o papel da peristalse, leva-nos a concluir que são de importância muito menor se bem que ainda não estejam determinados com segurança muitos pormenores destes factores.

PAPEL DO SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO NA HEMODINÂMICA PORTAL

A hemodinâmica portal é coordenada como não podia de deixar de ser pelo sistema nervoso neuro-vegetativo. Do plexo solar partem fibras nervosas que se difundem a todo o território vascular. Centros nervosos especiais têm sido descritos. Segundo Erikson o centro esplênico está situado no gânglio semi lunar esquerdo. A sua ressecção leva a uma tumefacção primária do baço, ficando este como em diastole tal como no priapismo por lesões medulares ou protuberâncias.

É interessante todavia notar que ao nível das comunicações artério-venosas digestivas, (curtos circuitos), não se tem observado o componente nervoso a envolver o shunt vascular como é quase regra ao nível de outras regiões como por exemplo na pele constituindo os chamados glomos vasculares.

A velocidade circulatória portal é regulada como já dissemos por necessidades de ordem local e de ordem geral. Variações de velocidade e tensão sucedem-se a solicitações

da vida vegetativa. Estas variações são produzidas por mecanismos de vasoconstrição e vasodilatação e também aqui o nervo vago é constritor e o simpático dilatador. A simpaticotomia diminui a resistência vascular e a vagotonia aumenta-a.

Ao nível das fibras musculares do baço observam-se placas neuromotrices, muito raras no fígado, o que leva mais ainda a considerar o baço como o coração da circulação portal.

Pela sua extensíssima área vascular a circulação portal sofre o nível do fígado impulsos coordenadores de primeira ordem com repercussões profundas da sua hemodinâmica. A circulação intrahepática constitui pois uma etape decisiva da circulação portal. Estudos angiográficos recentes de Trichard e P. M. Daniel demonstraram que em determinadas ocasiões a circulação portal falha a perfundir a periferia do fígado, observando-se só nas áreas mais centrais, juxta hilares. A circulação intrahepática manifesta uma ritmicidade intermitente e em condições normais 75% da circulação hepática pode estar no estado de inactividade. (Wakin e Man). Os sinusoides podem permanecer inactivos durante longos períodos de tempo e durante outros armazenar em função de depósito enormes reservas sanguíneas.

Deysach trabalhando com cães e coelhos encontrou pequenos tubos de endotélio situados nas paredes das veias sublobares e centrais. Os lumes destes comunicavam entre si por intermédio de esfínteres. Quando abertos encher-se iam de sangue. Após o seu encerramento enormes quantidades de sangue ficariam retidas, retiradas da circulação geral e serem lançadas de novo quando necessário.

Um dispositivo de fibras musculares a constituir um mecanismo esfínteriano evidente tem sido descrito ao nível dos «ostia» terminais das veias supra hepáticas humanas. Em certos animais é mesmo muito marcado.

Tais esfínteres parecem desempenhar um papel importante na cerceação ou libertação do débito sanguíneo portal, para a veia cava.

Tischendorf observou no fígado humano contracções das veias hepáticas após a injeção de tóxicos ou antigénios. Estas contracções provocam aumento da pressão portal observando-se uma variação do volume do fígado por engorgitação.

As variações tensionais da veia cava podem indirectamente aumentar a resistência hepática e consequentemente a pressão portal. Usadel e Stlokinow observaram mesmo uma viragem da corrente circulatória quando a pressão da veia cava aumenta muito.

Veremos ao estudar em 2.^a parte «aspectos patológicos e fisiopatológicos da hipertensão portal» como as variações tensionais ao nível da veia cava e ao nível das «ostia cava» poderão influenciar a circulação portal, com repercussão até sobre a função digestiva.

Tromboflebite e flebotrombose—O problema da tromboembolia pulmonar

ALBERTO REIS

(2.^o Assistente de Cirurgia do Hospital de Santo António)

A trombose venosa, segundo a feliz expressão do Prof. Joaquim Bastos, resulta necessariamente do anormal desentendimento entre a parede do vaso e o sangue nele contido. Por este pensamento chegamos com facilidade à compreensão do cómodo esquema de Ochsner e De Bakey.

A reacção da parede duma veia que alberga um trombo é variável e, assim, ou a reacção é notável e dá origem a sintomas bem marcados, é o caso da tromboflebite, ou então a parede do vaso não manifesta alterações sensíveis, mesmo que o seu lume esteja completamente obstruído por trombo, e agora estamos em presença de flebotrombose.

As teorias que explicam a trombose venosa podem, segundo Paterson e McLachlin, dispor-se em três grupos:

1.^o Teoria da lesão local;

2.^o Teoria da coagulabilidade anormal do sangue;

3.^o Teoria da estase venosa.

Seja como for não nos parece para aqui a discussão destas teorias, pois desviavamo-nos do assunto que nos propomos tratar, dada a complexidade das ideias e interpretações que pululam nos livros e revistas. Para justificar este nosso acerto não resistimos à tentação de traduzir algumas linhas dum artigo dos canadianos Locke, Robertson, Perrett, Colbeck e Moyes.

«É possível que a inflamação seja a causa primária na tromboflebite e que o trombo se desenvolva no lume como resultado da inflamação da parede. Por outro lado, Allen, Barker e Hines ao discutirem o estado do problema afirmam: «Um trombo pode desenvolver-se sem alterações inflamatórias prévias na parede da veia, mas se o trombo permanecer, por poucas horas que seja, tam-

bém se desenvolve uma flebite secundária como reacção ao trombo». Assim, continuam aqueles autores, flebotrombose, tal como a definem Ochsner e De Bakey, existe somente durante pouco tempo, pois depressa se transforma em tromboflebite.»

As formas clínicas mais frequentes são as lesões de tromboflebite e flebotrombose dos membros inferiores, localisando-se tanto na rede superficial como na profunda.

O problema da trombose já foi versado em 1899 e, nessa data, Welch fazia a distinção entre trombo mole e trombo infectado e chamava a atenção dos clínicos para a possibilidade de poder surgir a trombose nos membros inferiores sem edema e sem congestão, insidiosamente, de forma a iludir o exame clínico.

Na tromboflebite, como todos sabemos, as manifestações clínicas são marcadas — edema, dor, palidez das extremidades, febre, taquicardia e leucocitose. Na flebotrombose há poucas ou nenhuma manifestações locais, por vezes, somente, sensação de peso, dor e edema. Actualmente não se dá importância aos sinais que durante muito tempo preocuparam os clínicos, como sejam o «step-ladder pulse», de Michaelis ou o «treppenpuls» de Mahler e que eram outrora considerados como sinais precoces destes acidentes. Clarck, Ducuing, Emile Forgue, Kuster, Schaub, Schenck e outros, negam a sua importância.

Outra forma clínica de trombose das veias profundas dos membros inferiores é a denominada «phlegmasia cerulea dolens» ou «flebite pseudo-embólica». O seu alarmante quadro clínico contrasta com a subtileza dos fenómenos que acompanham os padecimentos anteriormente descritos. A dor, o edema, a cianose, os sinais de insuficiência circulatória arterial desenvolvem-se com tal rapidez que o doente entra em choque e não tardarão a aparecer sinais de gangrena periférica. Para Mac-Lean, citado por De Bakey, a coagulação intravascular faz-se repentinamente e com a «brutalidade duma reacção fisico-química». Este acidente é raro, felizmente, no entanto, De Bakey e Ochsner, em 1949, conseguiram reunir 56 casos da literatura mundial, ultimamente, porém, bastante casos vêm sendo publicados. Há cerca de nove anos assistimos ao desfecho dramático de um acidente deste tipo numa doente que tinha sofrido uma simples anexectomia. A complicação fatal surgiu ao oitavo dia do post-operatório e a doente faleceu em colapso antes de perfazerem vinte e quatro horas desde o início dos sinais alarmantes.

Os doentes atingidos por esta afecção entram, como dissemos, em choque, quase sempre irreversível e, mais de um terço é vitimado em curto prazo.

Outro acidente também relativamente raro é a chamada tromboflebite migradora ou tromboflebite idiopática recorrente. Foi descrita pela primeira vez por Gadioux há mais de 100 anos. Ultimamente esta doença tem sido encarada sob variados aspectos, no entanto, ninguém põe em dúvida a existência de processos inflamatórios segmentares a atingirem curtos segmentos venosos, com especial predilecção pelas extremidades inferiores e abdomen. Caracterisam-na a sua migração, a resistência aos tratamentos vulgares e os períodos de remissão por vezes longos.

É uma manifestação prodrómica da doença de Buerger. Pode conduzir à morte quando se localiza nas veias dos intestinos, fígado, rins, coração, pulmões ou cérebro. O prognóstico depende, evidentemente, dos territórios atingidos. O conhecimento da tromboflebite migradora tem maior importância do que à primeira vista parece. John North em trabalho recente realça alguns aspectos da clínica, nomeadamente das localizações mesentéricas desta doença. Se os clínicos estiverem de sobre-aviso, com uma laparotomia oportuna poderão impedir o desenrolar de certos dramas cujo acto final se representa nas salas de operações dos serviços de urgência.

North publicou três casos de oclusão venosa mesentérica no decurso de tromboflebite migradora. Para exemplo farei uma síntese muito esquemática da evolução de um deles.

— Doente de 32 anos; em Julho de 1947 sinais de

pneumonite, quatro dias depois, nódulo doloroso na região poplíteia direita, em seguida tromboflebite manifesta na perna esquerda. Em Agosto praticaram-lhe a laqueação da veia cava inferior seguida de gangliectomia lombar à direita. Melhorou e permaneceu bem durante dois anos. Em Outubro de 1949, dores abdominais, vômitos e enterorragias. Submetido a laparotomia verificou-se a existência de trombose mesentérica, obrigando à ressecção de 10 cm. de intestino. Passados doze dias novo acidente abdominal agudo; laparotomia e ressecção de 35 cm. de jejuno. O exame histológico das peças revelou a existência de tromboflebite e flebotrombose mesentérica, sem qualquer alteração arterial.

Este caso clínico ilustra bem a importância do conhecimento destes acidentes. O assunto é sugestivo e, por si, justificaria uma palestra com o fim de discutir as relações da tromboflebite migradora com a doença de Buerger.

As observações de Averbuck e Silbert são concludentes, pois em 47 autopsias de indivíduos que padeciam de doença de Buerger, 22 apresentavam lesões tromboembólicas viscerais responsáveis pelo desenlace.

Há processos de trombose que parecem não ter relação com acidentes patológicos e cuja patogenia tem escapado aos clínicos que se dedicam ao estudo deste capítulo. Ultimamente têm aparecido bastantes casos publicados. Os seus autores julgam o esforço como o factor desencadeante do estado mórbido.

Nós já tivemos ocasião de observar dois casos nos membros superiores e que tinham surgido após esforços musculares violentos. Quando os fenómenos se localizam nos membros superiores constitui-se o chamado síndrome de Paget-Sehroetter. Até 1949 Hughes coligiu 320 casos publicados e a maioria tinha surgido em homens jovens e mais frequentemente do lado direito. A sua causa mais comum é a obstrução das veias subclávia e axilar por um trombo. Roelsen encontrou uma veia quase completamente obliterada, mantendo-se, no entanto, um pequeno canal central livre, rodêado de tecido de granulação muito rico em fagócitos.

Lapeyre encontrou exuberante proliferação da íntima, rotura da parede venosa e trombo organizado. Outras vezes não se têm encontrado trombos, porém, seja como for, todos os autores chegaram à conclusão de que a anormalidade circulatória venosa, axilar e subclávia, presidem ao desencadeamento deste síndrome. Para uns é a veia axilar que é constrangida pelo músculo infraclavicular, para outros é o músculo pequeno peitoral que aperta a veia de encontro à apófise coracoide, ou então é a clavícula que se aproxima demasiadamente da 1.^a costela, lesando a veia em determinadas posições e ainda o desvio do nervo frénico, que passa a ocupar uma posição pré-venosa exercendo pressão sobre o vaso, etc., etc.

Clinicamente verifica-se que a afecção se instala mais ou menos rapidamente, caracterizando-se pelo aparecimento de edema, discreto grau de cianose, as veias aparecem bem vincadas ao longo do braço, espádua e parede torácica, mal estar, leve sensação dolorosa no trajecto das veias subclávia, axilar e humerais.

A evolução deste processo, quase sempre benigno e com tendência para a cura, pode, no entanto, levar à morte. Moure publicou em 1914 um caso fatal consecutivo à fractura do húmero e que acabou pela embolia pulmonar. Tomasi, Torulin e Veal fazem referência a casos desta natureza publicados entre 1936 e 1952. Por conseguinte é de boa norma tomarem-se todas as precauções aconselháveis em face de doentes atingidos por esta afecção.

A tromboflebite pélvica é uma entidade da maior importância na clínica ginecológica. Muitos processos febris, dores, sensações com pouca expressão clínica podem ser explicados pela patologia venosa deste emaranhado anatómico que é a pelve feminina. Toda a patologia inflamatória pélvica é susceptível de originar uma repercussão venosa, cuja expressão clínica é caracterizada, em primeira mão, por arrepios, febre, taquicardia e aparecimento de lesões pulmonares correspondentes a pequenos

3 Lanatosidos

numa proporção constante



Terapia segura e eficaz
na insuficiência cardíaca

— Efeito rápido semelhante
à acção da estrofantina
com 50% de Lanatosido C.

— Fácil controle da reserva
digitálica com 40 % de
Lanatosido A.

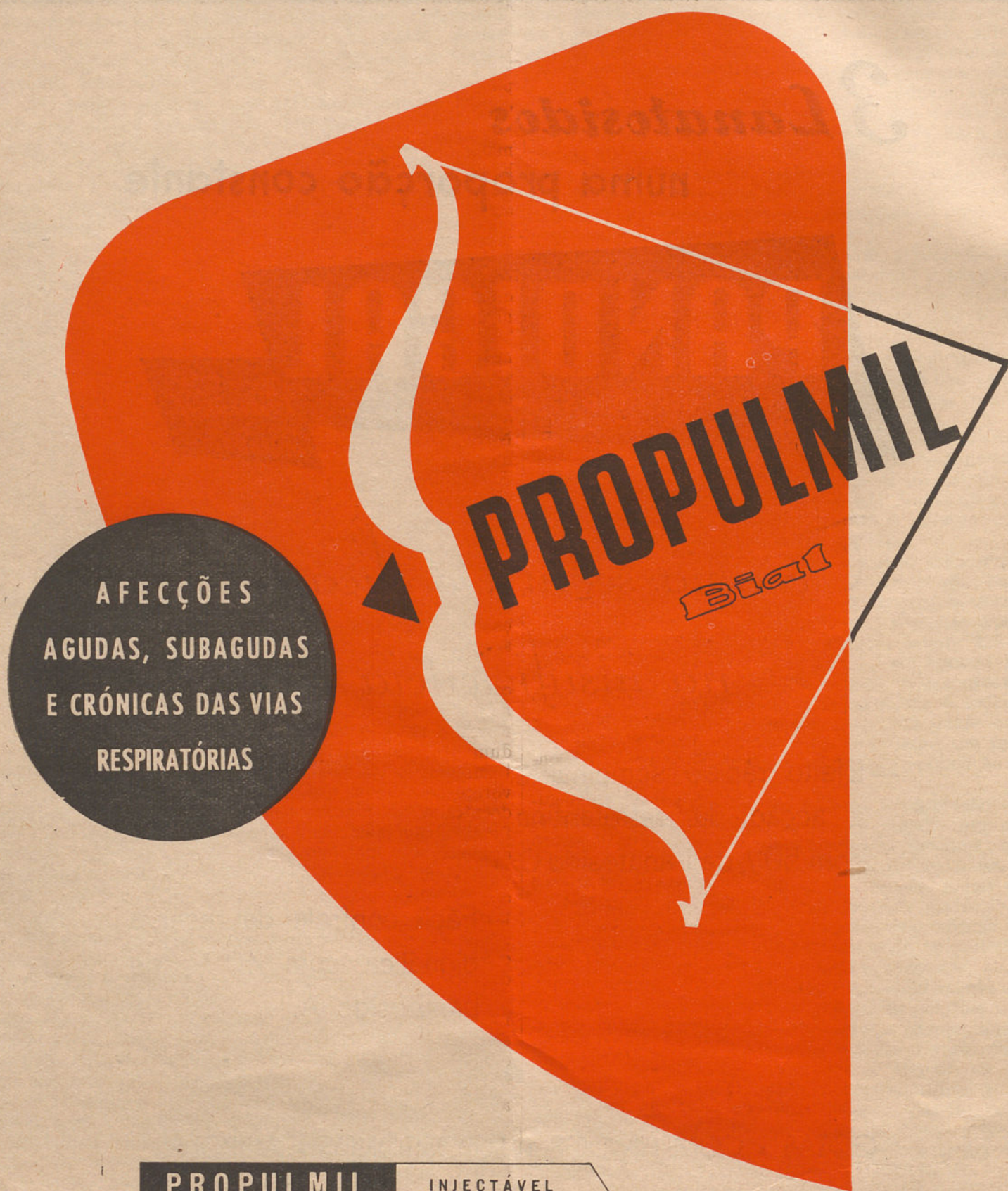
GOTAS • COMPRIMIDOS • SUPOSITÓRIOS • AMPOLAS

P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.º Esq. — Lisboa



**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.

infartos e, tantas vezes, interpretados como processos pneumónicos por clínicos pouco avisados.

Não queremos deixar de fazer referência à trombose venosa nas crianças, que, sendo um acidente raríssimo, se localiza de modo especial nas veias viscerais e, daí, o seu grave prognóstico.

*

Feita esta breve resenha do estado actual do problema clínico da trombose venosa, vamos referir-nos ao assunto que mais directamente depende dos estados patológicos descritos, qual é o da tromboembolia pulmonar. Não é de hoje o interesse manifestado pelos clínicos por este acidente tam dramático, que tantas vezes tem empanado o brilho de laboriosas e bem conduzidas intervenções cirúrgicas. Considerada primitivamente como complicação quase exclusivamente cirúrgica hoje o aspecto da questão é encarado com maior universalidade pois sabe-se que a tromboembolia pulmonar aparece tanto nos doentes do foro cirúrgico como nos do foro médico.

Em 1937, Pilcher publicou um estudo acerca da incidência da embolia pulmonar em 12 hospitais de Londres, compreendendo observações desde 1925 a 1934. Dos 425 casos de embolia pulmonar referidos por este autor, 80 % podiam ser considerados do foro cirúrgico. Outra estatística publicada por Lillie e Burton em 1949 e referente ao Hospital Universitário de Michigan durante o período de 1940 a 1947 informa que em 99.668 doentes admitidos houve 299 casos de morte por embolia pulmonar, dos quais 74 % pertenceram a doentes do foro cirúrgico.

Como vemos pelas estatísticas a tromboembolia aparece como um espectro a perseguir os serviços cirúrgicos. Nestes últimos anos temos assistido à recrudescência no seu aparecimento, que, para alguns autores, seria devido ao uso imoderado de certos antibióticos — penicilina e aureomicina — os quais predisporiam para a trombose. Para outros tal afirmação não tem fundamento e, conforme vem citado num trabalho do Prof. Joaquim Bastos, segundo Madden «a penicilina reforça a acção anticoagulante da heparina, quando administradas contemporaneamente. Em publicação recente de Kistner e Smith vemos ao lado de doentes tratados com o dicumarol, laqueações das safenas e da veia cava inferior, a referência a dois casos tratados única e simplesmente com penicilina (e não morreram...)

O sueco Erik Yorpes tem ideias bastante diferentes dos americanos a respeito do aumento do número de casos de tromboembolia pulmonar. Para ele haveria alguma fantasia em certos diagnósticos de embolia pulmonar, os quais em alguns serviços seriam feitos de ânimo leve e, constituiriam como que uma justificação, ou até, atenuante para as culpas da morte dos operados. De facto é assim; como é sabido e citado, muitos casos de morte com o rótulo de tromboembolia pulmonar não foram sancionados pelos anatomopatologistas. Por outro lado há também quem afirme, que o facto de em determinados centros não aparecerem estes acidentes com tanta frequência como noutros congéneres, se deve à falta de preparação dos clínicos vigilantes.

Em alguns serviços de ginecologia e obstetrícia a tromboembolia pulmonar pesa de maneira impressionante na taxa de mortalidade, principalmente nos hospitais onde são recebidas doentes com infecções post-abortum graves.

Tem impressionado os investigadores a raridade do aparecimento da tromboembolia pulmonar nos doentes internados nos sanatórios para tratamento da tuberculose pulmonar. Não resistimos à tentação de traduzir a observação de De Bakey acerca deste facto.

«É um fenómeno curioso que serve para evidenciar as contradições e inconsistência dos estudos acerca da patogénese da tromboembolia. Trata-se aqui de uma doença na qual os três predisponentes clássicos para a trombose e embolia, ou sejam, alterações no sangue, nos vasos e na corrente circulatória devem existir, porém, a tromboembolia é relativamente rara.»

As contradições que encontramos ao estudar este assunto são de molde a desorientar e, assim, vemos que a tromboembolia surge com as operações, sem as operações, com a infecção sem a infecção, etc... e, até, espontaneamente, em pessoas no gozo de perfeita saúde e em plena actividade profissional sem se verificar a tríade clássica de factores predisponentes.

Esta, como aliás outros processos patológicos, tem maior incidência nos doentes idosos e, se pensarmos que hoje se intervem cirúrgicamente em doentes com qualquer idade, com mortalidade imediata mínima, não é de estranhar que a taxa de acidentes tromboembólicos pulmonares tenha subido notavelmente.

O repouso é acusado como o factor predisponente de maior peso na patogenia dos acidentes, sobretudo quando se trata de doentes idosos obrigados a permanecer no leito durante longos períodos. A este respeito tem-se estabelecido controvérsia e, assim, Look e Lyons, após o estudo de 45 doentes com paraplegia e tetraplegia submetidos a cerca de 175 intervenções de grande e pequena cirurgia do mais variado tipo, permanecendo durante 17 meses no Hospital Naval de Santo Albano de Nova Iorque, tendo, segundo o pensamento clássico, reunido todas as condições e probabilidades de ter um acidente tromboembólico, tal não se deu. E, não é de estranhar que assim tenha sido se pensarmos que estas observações foram feitas em doentes com menos de trinta anos e, nestas idades, embora não haja imunidade, os acidentes são mais raros.

Não há dúvida que a tromboembolia continua a ser um problema em equação, no entanto, muito se tem avançado no sentido de conhecer os métodos de evitar o seu aparecimento.

Nos doentes operados devemos procurar facilitar a corrente circulatória, pois, como todos sabemos, a estase ao nível dos grossos troncos venosos dos membros inferiores é um dos principais factores no desenvolvimento dum trombo localizado, de onde se destacarão outros trombos com as suas trágicas consequências. Devem favorecer-se os movimentos respiratórios, incitando os doentes a fazer inspirações profundas, evitar o uso de fajas abdominais apertadas e promover os movimentos dos membros inferiores.

Com Allen podemos recorrer às laqueações venosas dos membros inferiores, principalmente nos doentes que tiveram início de fenómenos de flebotrombose ou nos casos em que podemos esperar o seu desenvolvimento, como nos portadores de cancro abdominal extensos, doentes idosos, fracturados dos membros inferiores, etc.

O estudo e aperfeiçoamento da técnica de preparação e manejo terapêutico dos anticoagulantes representou um grande passo na prevenção da tromboflebite e flebotrombose e dos acidentes concomitantes.

Crafoord e Murray foram os primeiros cirurgiões a usar a heparina — descoberta em 1916 por Mac Lean — embora só em 1933 o seu uso tivesse possibilidades de ser efectivo na clínica, dada a maior facilidade na sua obtenção a partir do fígado e pulmões, graças aos trabalhos dos canadianos Charles e Scott. No período que vai de 1935 a 1940 foi claramente demonstrado que a trombose e a embolia pulmonar post-operatórias podiam ser evitados com o uso adequado da heparina. Este medicamento tem o inconveniente do seu preço e da necessidade de punções venosas repetidas. Por esse motivo há quem aconselhe o tratamento misto com o dicumarol, o qual tem acção mais lenta e, por isso, não necessita de aplicações frequentes. Por outro lado esta droga elimina-se também demoradamente o que, em certas circunstâncias, se torna perigoso, quando há necessidade de suspender rapidamente a acção anticoagulante. Modernamente têm aparecido derivados do dicumarol para uso oral e, de entre eles, citamos o Tromexan, produto de muito fácil manejo, hoje aceite nas clínicas europeias e americanas, quase isento de acções secundárias e de eliminação rápida. Já o usamos em várias circunstâncias com os melhores resultados. Apareceu há pouco no mer-

cado um outro produto para uso oral, o «Marconnar», acerca do qual não temos ainda opinião formada.

De maneira esquemática vamos enunciar as precauções de que nos devemos rodear no tratamento de doentes cirúrgicos predispostos para acidentes tromboembólicos, seguindo preceitos aconselhados por Allen:

- 1.º — Determinação pré-operatória do tempo de protrombina.
- 2.º — Evitar toda a compressão das veias dos membros inferiores durante a operação.
- 3.º — Evitar o traumatismo das veias pélvicas pelos afastadores ou durante a dissecação.
- 4.º — O anestesiasta deve manter adequada oxigenação.
- 5.º — Aos doentes com varicosidades superficiais devemos aplicar uma ligadura ou meia elástica ao longo dos membros inferiores.
- 6.º — Durante as operações demoradas devemos colocar os doentes durante algum tempo em posição de Trendelenburgo moderada.
- 7.º — Qualquer veia importante que tenha de ser seccionada, deve sê-lo o mais próximo possível de uma colateral.
- 8.º — Tentar reduzir, na medida do possível, a duração das intervenções cirúrgicas.
- 9.º — Não usar pensos apertados.
- 10.º — Os pés da cama devem ser elevados de cerca de 10 cm., desde que não haja contra-indicação.
- 11.º — Mudança frequente de posição, assim como exercícios respiratórios.
- 12.º — Exercícios passivos com os membros inferiores sob a orientação da enfermeira, repetidos todas as 4 horas.
- 13.º — Ministração de anticoagulantes, por via oral se for possível.
- 14.º — Levantar precoce dos doentes, obrigando-os a andar, sempre que possível. A posição sentada, tal como a de Fowler, predis põem para a trombose dos membros inferiores.
- 15.º — Nos doentes idosos, aos quais não é aconselhável ensaiar alguns dos métodos descritos, ou até pela natureza das lesões e operações a que vão ser submetidos (encavilhamento, por exemplo) é aconselhável praticar a interrupção venosa superficial.

Uma vez feito o diagnóstico de trombose ou tromboembolia pulmonar, como tantas vezes sucede, devemos mandar determinar o tempo de protrombina e iniciar a administração do Tromexan da heparina, aconselháveis pela sua acção quase imediata, continuando depois ou com o primeiro ou então com o dicumarol.

Se o ponto de partida do acidente está localizado nos membros inferiores devemos acompanhar a nossa acção mediante as anestésias do simpático lombar ou então pelas perfusões intra-arteriais. Esta última terapêutica tem sido ensaiada nos serviços do Prof. Joaquim Bastos, com resultados prometedores, por Casimiro Azevedo e Castro Henriques, que melhoraram o soluto usado pelos autores franceses.

Consiste esta terapêutica na perfusão na artéria femoral de uma mistura de solutos de novocaina a 1% (40 c.c.), de cloridrato de acetilcolina (0,2 a 0,4 grs.) e de metilsulfato de prostigmina (0,5 mgrs.), feita mediante um aparelho de Jouvelet que permite graduar o débito de entrada. A duração da aplicação deve ser superior a 15 minutos, não só para maior duração do efeito como também para evitar sensações incómodas.

Nas clínicas alemãs tem-se recorrido ao uso de uma substância para aplicação percutânea, que, segundo trabalhos de Dieckmann, Lewing, Fischer, Baumiller e outros tem notável acção antitrombica. Esse medicamento é o Hirudoid, o qual já tivemos ocasião de empregar em tromboflebitis e num caso de doença de Buerger com flebite migradora, verificando a sua acção antalgica e descongestiva.

Se as atitudes médicas não forem suficientes para jugular os acidentes, recorreremos às laqueações de Allen precedidas ou não de trombectomia, ou então iremos à laqueação da veia cava inferior isoladamente ou combinada com a laqueação das veias ováricas se presumirmos que a zona embolizante se localiza na área genital.

A laqueação da veia cava inferior é uma intervenção que se faz extraperitonealmente através da incisão usada para a ressecção do simpático catenário do lado direito, e não tem dificuldades para quem esteja habituado a praticar este tipo de intervenções.

Se houver necessidade de praticar a laqueação das veias ováricas, então teremos de recorrer a uma incisão paramediana direita, que nos permitirá executar a intervenção nas melhores condições técnicas.

A interrupção da veia cava inferior constitui actualmente a mais segura precaução que podemos oferecer aos que se entregam aos nossos cuidados.

«Moderno Sisypho, o cirurgião mais senhor de si próprio não pode jamais parar. Se modera o seu esforço é imediatamente ultrapassado e torna-se inferior para a sua missão» (Leriche).

Os problemas aqui abordados tão superficialmente ilustram bem as frases do grande mestre. Como o lendário filho de Eolo a cirurgia vai rolando este penedo até ao cimo da montanha; oxalá não o deixe cair para não ser obrigada a recomeçar o seu trabalho eternamente.

BIBLIOGRAFIA

- Allen (A.)—Management of thromboembolic disease in surgical patients—Surg. Gin. Obst., 1953; 96: 107.
- Anning (S. T.)—Post-partum venous thrombosis and leg ulcers—Brit. Med. J.—1953-14 Julho-14.
- Azevedo (C. A.) e Castro Henriques (M.)—Vasodilatadores em perfusão intraarterial na terapêutica da insuficiência circulatória—Portugal Médico, Janeiro de 1952—n.º 1.
- Bastos (J.)—Obstruções venosas dos membros inferiores—Jornal do Médico, n.º 585—10 de Abril 1954.
- Crafoord (C.) e Jorpes (J. E.)—Heparin as a prophylactic against thrombosis—J. Am. Med. Ass.—1941; 116, 2831.
- De Bakey (M. E.)—The problem of thromboembolism—Ann. Surg.—1950, 122: 158.
- De Bakey (M. E.)—A critical evolution of the problem of thromboembolism—Surg. Gin. Obst.—Int. Abstr.—1954, 98: 1.
- De Takats (G.)—Anticoagulant therapy in surgery—J. Am. Med. Ass.—1950, 142: 521.
- Felder (D. A.)—Evolution of the various clinical signs of thrombophlebitis and experience in therapy with anticoagulants—Surg. Gin. Obst.—1939; 88: 336.
- Kistner (R. W.) e Smith (G. V.)—A ten year analysis of thromboembolism and dicoumarol prophylaxis—Surg. Gin. Obst.—1954; 98: 437.
- Lachlin (G. Mc-) e Patterson (J. C.)—Some basic observations on venous thrombosis and pulmonary embolism—Surg. Gin. Obst.—1951, 93: 1.
- Leriche (R.)—Thrombose arterielle—Paris, 1946.
- Leriche (R.)—La philosophie de la chirurgie—Paris, 1951.
- North (J. P.) e Wollenman (O.)—Venous mesenteric occlusion in the course of migrating thrombophlebitis—Surg. Gin. Obst.—1952; 95: 665.
- Ochsner (A.), De Bakey (M. E.), De Camp (P. T.) e Rocha (E.)—Thromboembolism—Ann. Surg.—1951; 405.
- Olivier (C.) e Lord (G.)—Les phlebitis—La Presse Medicale—1954; 23: 457.
- Paterson (J. O.) e McLachlin—Precipitating factor in venous thrombosis—Surg. Gin. Obst.—1953; 98: 96.
- Pratt (G. H.)—The surgical significance and management of pathologic blood clotting—Surg. Gin. Obst.—1953; 97: 589.
- Pratt (G. H.)—Anticoagulants and sympathetic nerve blocks in the treatment of vascular lesions—J. Am. Med. Ass.—1953; 963.
- Robertson (H. R.), Perrett (T. S.), Colbeck (J. C.) e Moyes (P. D.)—The reaction of the wall of a vein to intraluminal blood clot—Surg. Gin. Obst.—1954; 98: 705.
- Shea (P. C.) e Robertson (R. L.)—Late Sequelae of inferior vena cava ligation—Surg. Gin. Obst.—1951; 93: 153.
- Tavares (Abel)—Laqueação da veia cava inferior; Circulação colateral—Portugal Médico—1954, n.º 3.
- Thebaut (B. R.) e Ward (Ch. S.)—Ligation of the inferior vena cava in thromboembolism—Surg. Gin. Obst.—1947; 84: 385.
- Wigginton (R. C.), Parsons (W.) e Parks (W. K.)—Thrombosis and embolism—Ann. Surg.—1949; 129: 784.
- Zimmerman (L. M.), Müller (D.) e Marshall (A.)—Pulmonary embolism—Surg. Gin. Obst.—1949; 88: 373.

MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O parto sem dor na União Soviética

PROF. A. P. NICOLAIEV

De passagem por Paris, chegado de Nice, onde tinha assistido às Jornadas médicas internacionais desta cidade, o professor Nicolaiev, director do Instituto de ginecologia e obstetricia de Leninegrado, e membro da Academia das ciências médicas da União Soviética, concedeu a alguns médicos parisienses, entre os quais Lamaze, a entrevista da qual se lerá abaixo o relatório que apareceu nos Cadernos médicos sov. I, 7, 1953.

Pergunta: Qual é o mecanismo da dor e, em especial, da dor obstétrica?

Resposta: A natureza e origem da dor obstétrica foram recentemente estudadas em função dos trabalhos de Pavlov e da sua escola.

Anteriormente, partilhávamos da opinião dos autores estrangeiros e considerávamos esta dor como de natureza sub-cortical. O nosso erro consistia em não dirigir os nossos estudos para as relações cortico-sub-corticais. Todavia, os trabalhos de Pavlov e de seus continuadores tinham, desde há muito tempo, demonstrado o papel do cortex na dor, especialmente criando reflexos condicionados à dor.

Isto não exclue em nada a acção do sub-cortex, colocado sob a dependência do cortex, mas também susceptível, em certos casos, de agir por si (dores sub-corticais clássicas).

Actualmente, os autores soviéticos dão os primeiros passos no estudo da natureza e da origem da dor no parto, e orientam os seus trabalhos, principalmente nas relações cortico-sub-corticais.

Sabe-se que a origem da dor obstétrica tem um ponto de partida orgânico: as contracções uterinas no decurso do parto. O útero, especialmente o colo uterino, possui um grande número de terminações nervosas donde partem, durante o parto, impulsões subindo para o cortex. Citemos, para exemplo, a dilatação do colo, as fortes contracções uterinas no parto, a pressão sobre os obstáculos durante a dilatação, a elongação dos vasos uterinos. Deve-se, também, ligar uma grande importância às modificações químicas que aparecem, agora, nos tecidos.

Bastava apenas isto para que todas as mulheres sofressem durante o parto. Porém, sabemos que, espontaneamente, 7 a 14 % das mulheres não sofrem praticamente nada; que, num grupo não menos importante, as dores são mínimas e as mulheres suportam o parto com uma grande calma. Por outro lado, num terceiro grupo, as mulheres experimentam uma dor que é extraordinária, intolerável. Donde poderá, então, vir esta, visto que o substracto orgânico é o mesmo em todas?

Depois de Pavlov, sabemos que entra em linha de conta um outro facto: o estado do sistema nervoso central. É necessário, então, tomar em consideração, em cada caso, o tipo nervoso da mulher no momento do parto, estado que variará, também, segundo o tipo.

O cortex cerebral possui a qualidade notável de escolher as impulsões que lhe chegam. O cortex escolhe a cada momento impulsões que são absolutamente indispensáveis. As outras, que não são indispensáveis se bem que importantes, não chegam a incomodar, ficando abaixo

do limiar de percepção. O estado em que se encontrará o cortex no momento do parto dependerá de que este último seja simplesmente doloroso, insuportável ou inteiramente indolor, porque existe um certo número de condições que impedem esta chegada das impulsões ao cortex e doutras que, pelo contrário, a favorecem. Estas últimas, que baixam o limiar de percepção, são de diferentes naturezas, mas entre elas, os reflexos condicionados criados pelos precedentes partos dolorosos têm uma importância especial na múltipara. Na primípara podem originar-se reflexos condicionados semelhantes aos da esfera genital nas menstruações dolorosas, por exemplo. Um outro factor de importância é constituído pelo estado emocional da parturiente. As emoções negativas, as emoções depressivas, que baixam o limiar de percepção cortical, têm um papel especialmente desfavorável. Entre estes, o medo — o medo do parto e da dor, por exemplo — está em primeiro plano. Com efeito, sabe-se que estas emoções negativas têm como efeito inibir o cortex ou desinibir o sub-cortex: a expectativa da dor é mais penosa que a própria dor, enquanto que uma dor inesperada é, geralmente, muito melhor suportada.

Se, por outro lado, existe um foco de excitação cortical de importância vital para a mulher, ela pode aperceber-se da própria dor, se está submetida a fortes excitações dolorosas. Desenrola-se o mesmo processo, por exemplo, no soldado em combate que, sob influência da emoção, não se apercebe dum ferimento. Pelo contrário, quando este foco cortical de excitação se dissipa, o indivíduo apercebe-se da dor. Inversamente, por exemplo, o soldado que tem medo ao combate experimenta intensamente dores que são, todavia, mínimas, consideradas isoladamente. No trabalho obstétrico acontece o mesmo: se a relação excitação-inibição ao nível do cortex e as relações cortico-sub-corticais são óptimas a mulher não experimenta dores ou, somente, dores muito atenuadas. Todavia, as nossas pesquisas — biológicas, bioquímicas, neurofisiológicas — têm demonstrado que o cortex da mulher grávida está em estado de inibição. Os diversos graus destes dão origem a diversos fenómenos, a fases paradoxais em especial, no decurso das quais a mais fraca das excitações enteroceptivas será tomada como uma sensação dolorosa muito violenta. O estudo pletismográfico, cronaximétrico, electrofisiológico e, especialmente, electroencefalográfico, tem mostrado a realidade destes estados de fase, na maioria das mulheres de tipo fraco. Os colaboradores de I. P. Pavlov e, nomeadamente, Ivanov-Smolenski tinham já demonstrado a realidade deste estado de inibição no decurso da gravidez e, por consequência, o estado de disinibição do sub-cortex. Admi-

timos que este estado está relacionado com o sentimento de medo, devido quer ao passado da doente, quer às histórias nefastas contadas pelas outras, como explicação da dor. É nestas condições que se originam as dores do parto.

As hipóteses, baseadas no estudo da fisiologia do cortex, são plenamente confirmadas pela clínica. Partindo destas noções, Platonov e Velvoski chegaram ao método de psicoprofilaxia da dor no parto. Os princípios em que se baseia a aplicação deste método são os seguintes:

— O parto deve passar-se de maneira normal; não deve haver distocia.

— É necessário procurar estabelecer óptima coordenação cortico-sub-cortical. Isto quer dizer que é necessário elevar o estado activo, o tonus do cortex.

— É necessário suprimir o medo e todas as emoções negativas.

— É necessário afastar a mulher da influência nefasta do ambiente habitual. Temos em Maupassant ou Gorki boas observações deste papel na tia-avó ou na sogra.

— É preciso persuadir a mulher de que todos os horrores que se descrevem a propósito do parto não são inteiramente verdadeiros.

Como realizar tudo isto? Lamaze que o realiza também, o dirá melhor do que eu.

Mas nós, também, conseguiremos ter êxito. A preparação psicoprofiláctica começa na 35.^a semana. Como em França, o filme desempenha aqui o seu papel. Mas isto não é mais do que um esquema. Com efeito, a preparação deve começar desde o diagnóstico da gravidez, porque o trabalho do médico é enorme: é necessário transformar a estrutura nervosa. É preciso, todavia, lembrar o papel de primeiro plano desempenhado pelo tipo nervoso. As mulheres de tipo nervoso muito equilibrado, são as mais aptas a beneficiar deste método. As mulheres de tipo nervoso fraco podem também beneficiar mas, estes casos são menos favoráveis porque elas são submissas e sensíveis ao que dizem as pessoas «que não acreditam nisso». Com efeito, o segundo sistema de sinalização, que engloba as mínimas palavras, desempenha um papel capital. É certo que as mulheres, em que o segundo sistema predomina, são as mais influenciadas pela palavra boa ou má. A arte do médico está em mostrar que a sua palavra é mais valiosa que a da avó — que teve partos com dores.

Devia responder, somente, à questão da dor, mas preferi falar-vos do método psicoprofiláctico... porque penso que isto interessa.

Pergunta: Quais os meios de que dispomos para definir clinicamente os tipos nervosos? A terapêutica cortico-visceral começa a ser aplicada nas dismenorrias e nas perturbações funcionais do ciclo?

Resposta: É certo que na base da dismenorria existe, num grande número, casos de reflexos condicionados patológicos. O seu tipo é, por exemplo, durante a puberdade, por ocasião das primeiras regras, uma dor

que se associará às regras. Por vezes há coincidência com qualquer acontecimento grave. Basta a própria ideia da dor, sob influência do ambiente. Colocando de parte as condições locais, a hipnose, a sugestão, curam a dismenorria.

Pergunta: Qual é, no estado actual da farmacologia, o medicamento que levanta melhor o tonus cortical, nos tipos nervosos inibidos?

Resposta: Em França como na União Soviética é a palavra. Todavia, como meios químicos, pode-se falar da fenamina, benzedrina, pervitina, cafeina, que actuam directamente sobre o cortex.

Pergunta: Que relação existe entre a actividade nervosa superior e as modificações hormonais? Qual é o mecanismo de acção, especialmente, das hormonas genitais?

Resposta: As hormonas actuam por intermédio do cortex. As hormonas actuam através do sistema nervoso central e o sistema nervoso central está sob a influência das hormonas. Conhece-se o papel da castração posto em evidência por Pavlov sobre a fêmea, e, em clínica, os casos de castração terapêutica pela radioterapia: a castração perturba a actividade nervosa superior.

Quereria voltar à vossa pergunta que diz respeito à dismenorria, para indicar dois métodos terapêuticos que nós utilizamos: o primeiro é o pneumoperitoneu; obtêm-se muitas vezes bons resultados desde a primeira injeção, mas há interesse em repeti-la, durante algum tempo.

A sua acção explica-se por excitação dos interreceptores peritoneais. A segunda é a diatermia do plexo solar, que nos dá melhores resultados que as terapêuticas hormonais. A diatermia do plexo solar leva à elevação da taxa de eliminação do pregnandiol. É também uma prova da acção do sistema nervoso sobre a secreção hormonal.

Pergunta: A psicoprofilaxia da dor é realizada na Rússia noutros sectores além do obstétrico?

Resposta: Sim. É, por exemplo, importante suprimir o medo antes de qualquer intervenção cirúrgica, e aplica-se, cada vez mais, o «regimen psicoprofiláctico» que comporta: o prolongamento do sono natural, a supressão de toda a excitação dolorosa — assim outrora, faziam-se picadas sem prevenir os doentes; actualmente, explica-se a sua necessidade, e realizam-se com uma pequena anestesia local; reduz-se ao estritamente necessário o recurso a esta via — a realização da calma sensorial, evitando-se assim toda a mudança brusca e toda a excitação forte. Assim, utiliza-se uma iluminação suave, um meio silencioso absoluto, mas, por exemplo, como em Kiev, com música especialmente escolhida utilizada por vezes para criar um reflexo condicionado hipnógeno. A este propósito refiro-vos que se tem notado que a música aumenta a lactação. Em resumo, é evidente que o campo de aplicação do método psicoprofiláctico da dor é imenso e começa agora a ser decifrado.

Diagnóstico duma hematúria numa criança

ROBERT CLÉMENT

Não possuímos nenhum esclarecimento mais acerca dos antecedentes deste algeriano de 6 anos de idade que, 8 dias após a sua chegada a França apresentou uma hematúria com uma cuti-reacção à tuberculina positiva sem que tenha havido algum contágio recente.

No final da micção, a urina era avermelhada, sem dor ou polaquíúria. No vaso apresentava uma cor alaranjada e deixava um depósito esbranquiçado mais ou menos abundante. O médico que o tratava tinha pensado na origem vesical desta hematúria terminal; vários exames do sedimento urinário, feitos na cidade, tinham mostrado a presença de numerosas hemácias e numerosos polinucleares alterados. No decurso da sua permanência num serviço de cirurgia, verifica-se uma hematúria ma-

croscópica total de pouca importância com um abundante depósito de uratos e de fosfatos alcalinos, tendo-lhe sido estabelecido o diagnóstico de nefrite aguda hematúrica.

Trata-se duma criança pálida e magra (com 6 anos e meio, pesa 17,850 kg.); não tem edemas, nem anginas, nem infecção cutânea.

As urinas, pouco abundantes (entre 250 e 500 c.c. em média, por dia) são avermelhadas e depositam restos floculosos de aspecto purulento. A prova dos 3 vasos mostra um aspecto quase uniforme do depósito, a centrifugação um resíduo hemático e purulento. Ao microscópio, as hemácias são numerosas, mas há, também, numerosos polinucleares alterados. Não há cilindros, nem gérmens visíveis ao exame directo, nem bacilos de Koch

depois da coloração pelo método de Ziehl e as culturas são negativas. A albuminúria é de 0,50 gr. A temperatura pouco elevada dá a curva duma febrícula. T. A.=10-4.

Os diagnósticos de tuberculose renal, de pielonefrite e de nefrite aguda, encarados alternadamente, não tiveram confirmação na observação do doente assim como os exames complementares, repetidos por diversas vezes.

Apesar das provas tuberculínicas cutâneas serem positivas, a radiografia dos pulmões mostra, apenas, algumas concreções calcáreas nos hilos, imagens esbatidas e irregulares no ângulo cardio-diafragmático direito com diafragma um pouco irregular. A baciloscopia, após a centrifugação, foi sempre negativa assim como a cultura em Löwenstein. Os cobaios inoculados aumentaram de peso e não apresentaram nenhuma lesão tuberculosa quando foram sacrificados.

O aumento de peso da criança, o teor normal dos constituintes da urina, obtida de cada rim, após divisão das urinas, eram contra o diagnóstico de tuberculose renal.

O de nefrite aguda era difícil de manter, na ausência de cilindros em exames múltiplos, e após a repetição das provas, mostrando um funcionamento renal satisfatório. Não há edemas nem hipertensão arterial, a azotemia está sempre entre 0,20 gr. e 0,35 gr. por litro, a constante de Ambard varia de 0,056, 0,068, 0,088 a 0,122, a eliminação da fenolsulfona-ftaleína era de 70 a 75 %, as provas de diluição e de concentração mostravam a eliminação, em duas horas, da quantidade de água ingerida, uma diluição máxima entre 1.001 e 1.003 e uma concentração máxima entre 1.032 e 1.040.

A filtração glomerular do manitol era de 136 c.c. por minuto, indicando um coeficiente de epuração excelente.

A presença dum depósito de aspecto purulento, e de numerosos polinucleares alterados evocava a possibilidade duma pielonefrite, mas não se viram germens nos esfregaços e as numerosas culturas permaneceram sempre negativas, sendo discretas a febre, a leucocitose e a polinucleose. Uma urografia, por via endovenosa, feita nos primeiros dias de hospitalização, mostrava imagens de bacinetes um pouco dilatados, mas nada mais de anormal. O exame urológico por via baixa foi considerado

normal, para o urologista. Uma urografia, por via ascendente, mostrava, somente, bacinetes um pouco grandes. O cateterismo ureteral bilateral mostrava ausência de hemácias e de bacilos de Koch, uma concentração ureica de 26 gr. 50, à esquerda e de 30 gr. 60, à direita, o que permitia eliminar a pielite e as malformações congénitas das vias urinárias.

Sendo improvável uma litíase, o diagnóstico limitava-se a uma afecção da bexiga.

A nossa atenção foi chamada para uma eosinofilia notável atribuída a uma parasitose intestinal, tendo-se encontrado ovos de ascaris nas fezes, tendo persistido após o desaparecimento destes.

O exame citoscópico é sempre difícil numa criança e demanda, não só um urólogo hábil, mas também um material apropriado. Uma nova uretroscopia, feita por J. E. Marcel, dá-nos a chave do diagnóstico. Permite descobrir, perto do meato uretral, formações vegetantes, papilomatosas, de aspecto tumoral que, até agora, passaram despercebidas. Colhemos um fragmento por biópsia que revela, em grande quantidade, a presença de ovos de *Schistosoma haematobium*. Estes nunca tinham sido encontrados no resíduo de centrifugação e não tinham sido vistos no primeiro exame citoscópico.

Dois tratamentos pelo antimoniótioalato de lítio e o tratamento eléctrico da lesão vesical levaram à melhora considerável do estado da criança, num pequeno lapso de tempo.

Até agora, não houve recidiva, mas a bilharziose é uma afecção tenaz, sendo imprudente afirmar, mesmo depois do desaparecimento dos ovos do *Schistosoma haematobium* das urinas, que a cura é definitiva.

Foi, sem dúvida, enlameando-se ou banhando-se nas águas contaminadas pelas dejeções humanas que este algeriano contraiu esta bilharziose vesical. Esta afecção é frequente e endémica em África e em todos os países tropicais, observando-se, cada vez mais, em França, em virtude da braçagem das populações.

(«La Semaine des hopitaux» — n.º 28-1 de 30 de Abril de 1954)

A protecção das populações civis nas guerras futuras

RAPHAËL MASSART

Quando se encaram, a sangue-frio, as possibilidades estratégicas de uma guerra futura tem de se reconhecer que os primeiros sacrificados serão os não beligerantes e que as populações civis, mesmo que se trate de enfermeiros, de velhos ou de crianças, estarão, muitas vezes, mais expostos aos golpes mortais do inimigo que os combatentes, cujos meios de defesa e de protecção terão sido minuciosamente estudados.

O regresso à barbárie primitiva é absolutamente inconcebível numa época de alta civilização em que a ciência procura banir a doença em que as grandes epidemias desaparecem e em que o cuidado de conservar a vida constitui uma das preocupações correntes das nossas sociedades.

É necessário abrir os olhos àqueles que parecem fazer pouco caso do perigo que ameaça as populações civis de todos os países, como se a bomba de Hiroshima tivesse, definitivamente, votado à morte e à destruição o mundo civilizado.

*

Os novos elementos, introduzidos nas lutas entre nações, são por ordem de aparecimento: os gases tóxicos, as bombas aéreas, os engenhos teleguiados, os projecteis atómicos, aguar-

dando-se as bactérias, os vírus, os venenos e as ondas mortais, às quais ninguém poderá escapar.

Perante estes meios de destruição, cada vez mais terríveis, convirá adoptar uma atitude reservada e passiva? Ou não será preferível encarar o perigo e ensaiar a realização, agora que é possível, duma protecção eficaz dos não beligerantes, os quais, em todas as épocas, têm sido poupados aos rigores da guerra.

*

Em primeiro lugar, é para a Cruz Vermelha que se dirigem os nossos pensamentos.

A Cruz Vermelha tem humanizado a guerra, mas a Convenção de Genebra é uma convenção militar, visando os prisioneiros e os feridos; foi um pacto estabelecido numa época em que a guerra não era total, em que havia uma separação bem estabelecida entre os combatentes e as populações civis e em que o efeito das armas utilizadas era limitado e facilmente controlável.

Todavia, acredita-se que o que se tem podido fazer entre os exércitos combatentes, pode ser realizado, num plano mais vasto, e que, pedindo a um organismo internacional, como o de Genebra, para reconsiderar uma questão que os armamentos e os acontecimentos vieram modificar inteiramente, chegar-se-ia,

já, ao limite do problema para definir e encarar soluções satisfatórias.

Deve-se reconhecer que, actualmente, a Convenção de Genebra tem perdido a sua força, estando já desactualizada e que outra convenção deveria substituir aquela que tem permitido a tantos seres humanos a conservação da vida.

O mundo civilizado deve pôr as suas últimas esperanças na cruzada a favor das populações não combatentes e estabelecer a sua acção com a firme vontade de chegar a um resultado.

Não devemos resignar-nos ao regresso à crueldade primitiva, que parece caracterizar a era atómica, em que o estado de guerra autoriza todas as violências e em que não se põe nenhum sentimento de humanidade.

A despeito do enorme esforço que tinha sido feito pela indústria química para realizar a guerra dos gases, nem dum lado do *front* nem do outro, se fez alguma emissão de gases, não se tendo lançado nenhum obus asfixiante; no entanto, não foi estabelecida nenhuma convenção entre os chefes dos exércitos a fim de evitar a morte atrós por asfixia de milhares de combatentes, mas também de inocentes vítimas civis.

Agora, que numa guerra sem misericórdia, a morte não faz distinção de sexo, nem de idade, este simples facto leva-nos todas as esperanças ficando tudo à mercê da probidade da nossa civilização.

É deste exemplo que é preciso partir para empreender uma cruzada que se estenderá a todos os meios de destruição estabelecendo uma regulamentação, aceite por todos os países, que permitirá proteger ao máximo aqueles que, em todos os tempos, a guerra tem conservado.

Mas, uma convenção internacional não seria suficiente e seria ingenuidade acreditar que uma vez assinado o pacto, e sem outra regulamentação, a protecção das populações civis estaria assegurada.

O problema começará somente a pôr-se, e só será possível um entendimento internacional, quando forem impostas obrigações às nações em estado de guerra para proteger aqueles que se comprometem a defender-se das violências dos bombardeamentos.

Para que um pacto, assinado pelas nações, seja eficaz deixando aos exércitos toda a liberdade de acção, é necessário voltar à concepção de outrora em que as nações em guerra estabeleciam uma separação entre os combatentes e os civis não combatentes.

Em virtude deste estado de coisas, todo o franco atirador, não se batendo de maneira leal, era fusilado.

Hoje, com a guerra total, torna-se cada vez mais difícil separar a parte da nação que se bate e aquela que merece ser respeitada.

Em tais condições, como proteger, útilmente, populações, compreendendo mulheres, crianças e doentes sem o risco de se pôr em estado de inferioridade estratégica?

A evacuação da população das grandes cidades é uma solução deplorável.

É uma solução teórica que os organismos militares puderam em certa época achar cómoda, que é necessário rejeitar em absoluto.

Não se evacua um grande centro urbano, sem estabelecer o pânico, sem obstruir todas as estradas, sem ver os caminhos cobrir-se de mortos e de feridos. Chega-se, assim a realizar numa manobra inútil, mais mortífera que o pior dos bombardeamentos e que é necessário banir absolutamente.

Além disso, quando as populações das cidades chegarem ao termo da sua migração, não encontrarão, nem água em quantidade suficiente, nem alojamento, nem reabastecimento, nem higiene; o triste exemplo do êxodo de 1940 está, ainda, muito presente nas memórias de todos os franceses para que nenhuma autoridade tome a responsabilidade dum erro semelhante.

*

É necessário estabelecer o seguinte princípio: declarada a guerra, cada um fica em sua casa.

Porém, para que a protecção das populações civis seja efectiva — e é aí que reside a solução do problema — é necessá-

rio que as aglomerações urbanas sejam neutralizadas, é necessário que, no dia em que a guerra for declarada, todos os locais oferecendo possibilidades estratégicas sejam desmilitarizados.

As cidades deverão ser, pelo menos parcialmente, interditas a todos os elementos militares. Nos sectores assim neutralizados, nem o correio, nem a rádio, nem os transportes, nem as fábricas, trabalhando para a guerra deverão continuar a sua actividade. Da mesma maneira, nenhum quartel general, nenhum posto de comando será autorizado a estabelecer-se ou a permanecer nestes bairros neutralizados que serão designados de modo muito aparente. Mesmo em Paris, a desmilitarização do Palácio dos Inválidos, esta maravilha de Luís XIV, deveria ser realizada desde há muito tempo e constitui milagre que ele tenha sido poupado a duas guerras.

Se desejamos proteger as populações civis, importa, antes de tudo, separar o que é estratégico da vida elementar da população.

Só operando desta maneira é que ficará sem efeito a possibilidade dum bombardeamento.

Eu diria mais, no dia em que a autoridade militar não ocupar mais os monumentos, restos dum passado glorioso, que constituem um património comum a todos os povos, quer se trate de castelos históricos, de palácios ou de campanários, as nossas populações encontrariam aí, sobretudo, em tempo de guerra, um refúgio absolutamente seguro, isto é, verdadeiros asilos onde poder-lhes-ia ser garantida uma segurança completa.

Seria necessário, também, encarar a deslocação para fora dos bairros habitados, ou pelo menos bastante afastado da periferia das cidades, de todos os depósitos de material, de munições, de subsistências para a armada, para a marinha, ou para a aviação, de todos os postos de comando e de todos os órgãos de ligação.

Na reconstrução de tantas cidades prever-se-ia a organização de *Bairros-Provisórios*. Estes agrupar-se-iam à volta dos hospitais, das escolas, seria fácil assinalá-los em bloco e constituiriam verdadeiros abrigos.

A impressão de segurança, que haveria nestes refúgios, estabeleceria a calma; colocar-se-iam ao abrigo de pânico, de fugas precipitadas, mas para se chegar lá, seria indispensável agrupar por bairros, bem assinalados, estas zonas de segurança e não por minúsculas bandeiras da Cruz Vermelha que flutuam, muitas vezes, sobre casas dispersas pela cidade, tornando difícil a sua percepção por qualquer avião.

*

Como se vê, não se trata de encarar um plano de defesa passiva mas sim um *plano de defesa activa* onde o civil deve preparar a sua vida do tempo de guerra, nos sectores onde o militar não terá de penetrar; isto constitui um plano que é necessário realizar em tempo de paz porque será tarde estudá-lo quando a guerra for declarada. Será preciso, desde as primeiras horas, encarar a sua realização por uma mobilização em regra, de todos os elementos civis.

Somente o facto de ter cuidado de protecção das populações civis dará já, à preparação do conflito, um carácter mais humano, ao passo que, de todos os lados, a imprensa, o livro e o cinema nos fazem encarar com terror uma futura guerra.

Está, certamente, aí uma das razões que explicam a passividade doentia que nos invade quando pensamos num conflito.

Para alguns, a fuga para o estrangeiro parece ser a única solução aceitável; para outros, é o abrigo numa aldeia distante.

Na realidade, a única solução é encarar a protecção efectiva das populações pelos meios que parecem romper com tudo o que tem sido feito até aqui, mas é na acção, e somente na acção, que se encontra a solução do problema. Da passividade actual nada resultará; deixar-nos-á aterrorizados pela aproximação do cataclismo e, quando este for desencadeado, arriscámo-nos a não ter um abrigo, nem recursos nem defesas, se tivermos a boa sorte de sobreviver.

A infiltração de antibióticos e novocaína nos processos pélvicos inflamatórios crônicos femininos

VICENTE RUIZ e L. I. BENZECRY

Sabe-se que os processos inflamatórios pélvicos como anexitos, parametrites, douglassites, etc., isto é, o tecido pélvisubperitoneal experimenta alterações de grau variável sob forma de esclerose, tendo-se, por vezes, encontrado na espessura do mesmo microabscessos, onde se encontram germens ainda com vitalidade após 16 anos do início da doença.

As lesões inflamatórias ocasionadas pelos diferentes germens podem exteriorizar-se como processos agudos que, paulatinamente, passam à cronicidade se não curam totalmente, ou como processos crônicos desde o início quando a virulência bacteriana é atenuada ou existem boas defesas.

A sintomatologia, estudada com detalhe por nós num trabalho anterior é proteiforme, tanto local como geral, e com habituais repercussões psicossomáticas, sendo a dor pélvica, nas suas diferentes matizes, a mais constante e a que, em ocasiões, transforma estas mulheres em verdadeiras inválidas.

Recordaremos que os diversos tratamentos empregados podem agrupar-se em três categorias: médicos, físicos ou cirúrgicos; cada um deles tem as suas indicações mais ou menos limitadas, mas os seus efeitos não são constantes, visto que proporcionam êxitos ou fracassos.

Encarado o problema sob outro ponto de vista e com a finalidade de combater a dor, têm-se usado as substâncias anestésicas em infiltrações locais ou a distância. Leven empregou, com este critério, a injeção duma solução de cocaína na zona do simpático lombar. Halban e Pourget preconizaram o emprego de soluções de novocaína no espaço extradural da região lombar e Mackenzie fez com a mesma solução infiltrações na pele e tecido celular, correspondente à zona doente, para interferir no chamado reflexo viscerosensitivo de Head.

Speransky e Vischnevsky aconselharam a injeção de 150 a 200 c.c. de solução de novocaína a 0,25% com 4 gotas de solução de adrenalina ao milésimo na zona perirrenal com o propósito de bloquear o sistema nervoso autónomo, conseguindo excelentes resultados em ginecopatias agudas e crônicas, de origem inflamatória.

Daniel e Mavrodin, em 1938, deram a conhecer o modo de tratar esses processos em qualquer etapa da sua evolução com a infiltração de substâncias anestésicas nos paramétrios, com o que conseguiram curas. Esta técnica inspirou-se nos trabalhos fundamentais de Leriche; empregou-se a novocaína em solução de 0,50 a 1% sem junção de adrenalina.

A solução de novocaína exerce o seu efeito sobre os plexos nervosos, ocasionando vasodilatação periférica, aumento da leucocitose, maior permeabilidade capilar, corrigindo-se também certos transtornos metabólicos, da zona atingida (hiperpotassemia, aumento da tensão osmótica, aumento da acidez local, anoxia capilar, presença de exsudados, etc.).

Rosenthal e outros autores têm posto em evidência uma moderada acção bactericida da novocaína, a par da sua influência específica sobre as terminações nervosas. Isto explica o efeito persistente da novocainização como agente de cura, além dos seus resultados imediatos e transitórios como anestésico.

Posteriormente, com o advento dos antibióticos, empregados de começo unicamente por via geral, usaram-se logo, em casos adequados em aplicações locais nas vizinhanças da zona doente com o que se obtiveram melhores efeitos terapêuticos.

Nesta ordem de ideias Arentsen, Poblet e Rosselot utilizaram, com êxito, a novocaína e a penicilina, associadas em processos sépticos locais, sendo logo aplicados à esfera ginecológica. Arenas e Bottaro comunicaram, em 1947, os brilhantes resultados obtidos em doentes afectadas de processos pélvicos agudos, tratadas com infiltrações de novocaína e penicilina nos paramétrios; do mesmo modo, procedeu Correa Da Costa.

Temos utilizado, desde 1947, nos processos inflamatórios crônicos pélvicos de etiologia não tuberculosa, a associação da penicilina à novocaína, em infiltrações dos paramétrios, com excelentes resultados e, posteriormente, segundo a etiologia microbiana da doença, outros antibióticos como a terramicina

e a estreptomocina. Esta última tem sido usada, de preferência, nos de origem tuberculosa, associada a outras medidas terapêuticas.

A técnica é muito simples: 10 cc. de solução de novocaína a 1% na qual dissolvemos uma quantidade adequada do antibiótico eleito (200.000 U. O. de penicilina, ou 10 gr. de terramicina, mistura preparada no momento em que vai ser usada). Para efectuarmos a infiltração, seguimos as directivas de Daniel e Mavrodin; colocamos a paciente na posição ginecológica com ligeiro Trendelenburg, expondo o colo uterino e os fundos de saco laterais depois de introduzido o espéculo. Após prévia anti-sépsia rigorosa da região com uma substância apropriada, prende-se o colo uterino com uma pinça de Pozzi, (isto não é indispensável em todos os casos) e desvia-se para o lado oposto para expor melhor o fundo de saco vaginal, através do qual se decidiu praticar a infiltração. Para a punção, usamos uma agulha das empregadas em raquianestesia, introduzindo-a 2 a 4 cms. segundo as características anatómicas do processo, dirigindo-a ligeiramente para fora, afastando-nos da linha média. Injectamos a mistura lentamente, realizando frequentes aspirações como medida de precaução. Se não seguirmos uma técnica correcta, arriscámo-nos a puncionar a artéria uterina ou outro vaso, o ureter, ou a atravessar o peritoneu, caindo na cavidade abdominal, acidentes fáceis de corrigir ou evitar, mas, de qualquer maneira, sem importância de maior.

Actualmente, a nossa experiência registou 596 casos. A idade das pacientes oscila entre os 17 e os 58 anos. Quanto à etiologia, os antecedentes de partos com puerpérios febris ou abortos provocados, evidenciaram-nos a origem séptica em 72% das doentes, a gonococcia só foi responsável em 8%, 14% eram sequelas de processos inflamatórios crônicos cervicais, os 6% restantes correspondiam a colibaciloses, tuberculoses e a etiologias indeterminadas. Nalguns casos, a antiguidade da afecção era superior a 10 anos. Obtivemos os seguintes resultados: curas 80%, melhorias 15%, fracassos 5%. Estes últimos atribuímos mais a erros de diagnóstico do que a erros de técnica.

O número de infiltrações, em cada doente, é variável, de 2 a 6 conforme os casos, efectuadas de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias e ambulatoriamente.

Não tivemos nenhum acidente sério; apenas observamos ligeiros enjoos e estados lipotímicos passageiros num número muito restrito. Em duas pacientes produziu-se uma discreta excitação psíquica e sensação de formigueiro na língua que desapareceram rapidamente.

Pensamos que isto podia ser devido a uma absorção muito rápida da novocaína ou a reacções alérgicas à mesma. De qualquer maneira, ao efectuar este tratamento ou quando se injecta novocaína por outro motivo, convém ter presentes os trabalhos de Buff que expressam que a hipersensibilidade à novocaína traduz-se por vertigens, obnubilação e confusão mental, paralisias musculares, ambliopia, taquicardia, dispneia com bradipneia ou choque lipotímico, perturbações que podem aparecer de forma imprevista ainda em doentes que em aplicações anteriores haviam tolerado a droga sem inconvenientes. Buff preconiza como melhor tratamento as injeções de prostigmina, aplicadas por via subcutânea, intramuscular ou endovenosa, segundo os casos.

Também se têm recomendado com os mesmos fins os derivados nicotínicos e os sais de cálcio (Carratalá).

Como dissemos, os resultados obtidos são amplamente satisfatórios, a tal ponto que consideramos as infiltrações dos paramétrios como o tratamento de eleição visto termos logrado curas em doentes tratadas infructuosamente com fisioterapia nas suas diferentes formas e vacinoterapia, proteinoterapia, medicação geral, antibióticos por via geral etc., mantendo-se a cura em mulheres observadas durante mais de 6 anos.

NOVIDADE!

ESTIMULANTE ANTIALÉRGICO PARA USO DIURNO O ANTIALÉRGICO PARA AS PESSOAS QUE TRABALHAM



*Plimasina**

Drageias

*Efeito antialérgico intenso
com acção estimulante central*

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

S U P L E M E N T O

ADAGIÁRIO ENDOCRINOLÓGICO

A doutrina das secreções internas não tem carácter científico até aos alvares deste século. Com razão o diz Marañon: «que é um capítulo mais, do vasto livro da vida... quiçá mais atraente, até por estar mais incompleto... e termos vivido com a juventude da doutrina, a nossa própria juventude» (1).

Outrora, como antecipação e empiricamente, pensava-se na influência de determinados órgãos sobre outros ao realizarem-se intervenções tais como a castração de animais, ou quando se fazia a ingestão de vísceras, músculos, sangue, etc., como aimentos e terapêutica para corrigir enfermidades afins do órgão usado, untando-se no «*similia similibus curantur*» que é, ao fim e ao cabo, a base da opoterapia e que o adagiário castelano glosou a seu modo, ao dizer: *Carne, cria carne e el vino, sangre.*

TIRÓIDE

O «pepu» ou o papo (2) é nome que nas Astúrias dão, nas zonas bocigêneas, ao bócio, e consideram-no tão natural como estético, a julgar por este rifão: *el que no tien pepu, non ye «güepu»* (quem não tem papo não é guapo). Berard recorda a este propósito que em certas regiões suíças, onde o bócio era endémico, saíam os mendigos, cretinos na sua maioria, a pedir aos viandantes, enquanto estes os troçavam porque «tinham o pescoço tão delgado como os frangos e as cabras».

Onde o bócio não é endémico chamam papo ou papeira ao simples engrossamento do pescoço e em especial da barbeta que, nas mulheres, lhes dá certa beleza das matronas, muito elogiada no Levante e em Cartagena.

Papo é também estômago noutros sítios, daí, como receita, dizerem os rapazes, quando os mandam apanhar fruta: *una en el saco otra en el papo.*

E como os jovens necessitam, para o seu desenvolvimento, de estar bem alimentados e, além disso, não sabem nem podem realizar grandes trabalhos não os admitem neles, porque: *Mozo de quince años, tiene papo y no tiene manos.*

Um dos traços fisionómicos que se altera com o estado funcional da tiróide é a forma do nariz. Os hipertiroideos são narigudos e os seus caracteres psíquicos não podem ser melhor interpretados senão com os rifões a eles referentes: *Hombre narigudo, ingenio agudo; hombre narigón, solapado burlón; hombre narigudo, hombre sesudo.*

Ao contrário, os de nariz chato são

geralmente hipotiroideos, o seu temperamento é mais frio e indiferente e muito acomodaticio, fazendo com que os tenhamos por sonsos e pouco formais, daí o rifão: *con hombre chato, no tengas trato.* Como no cretinismo o defeito é maior ainda, a eles se refere sem dúvida este outro adágio: *la chatedad es del cuerpo fealdad e del alma enfermedad.*

Idiotia e cretinismo andam juntos, ambos estes estados se não curam, por isso nos diz o rifão: *Más vale loco que necio.* Assim é, à aplasia da tiróide junta-se a oligofrenia e, embora nada piedoso, efectivamente também este a isso se refere em sentido figurado: *Jesu Cristo curó ciegos y leprosos, pero no tontos.*

PARATIRÓIDES

A influência que nas ciclonoses (3) têm estas glandulasinhas, por mecanismo mal conhecido, relacionado com o metabolismo do cálcio e a regulação neurovegetativa que tanto se desequilibra nas pessoas sensíveis com as alterações atmosféricas, faz-nos pensar naqueles rifões que aludem a esta sensibilidade meteoropatológica, acusando dores e mal estar com as mudanças de tempo; um rifão só citaremos como exemplo: *joven y calendario, no te casarás con mi hija.* Aguda observação de algum pai sobre um aspirante a genro que tinha «reló» (*), conforme lhes chama o povo a estes indivíduos barométricos.

HIPÓFISE

No hiperpituitarismo, tanto na acromegalia como no gigantismo e principalmente nas formas eunucóides, a estatura é muito desproporcionada por ausência ou atraso na ossificação epifizária dos ossos longos (3) e, embora tenham desenvolvidos os primeiros — os caracteres sexuais secundários e sejam na aparência hipervirís, não estão em concordância com a libido, que está, nos últimos, totalmente ausente dada a correlação hipófiso-gonodal, bem figurada nos rifões: *hombre muy grandón, poco varón; largo, largo, maldito lo que valgo.*

SUPRARRENAIS

O síndrome suprarreno genital conjectura-se que o têm aquelas mulheres,

(*) N. R.—Reló, em português relógio. Em Trás-os-Montes aqueles que sentem ou adivinham o tempo chamam-lhes *bons planetas.*

conforme maliciosamente o assinala o bom arcipreste de Hita (6): *que non sea velloso, nin barbuda;* a estas viragos refere-se também o rifão: *a la mujer velluda, de lejas se la saluda,* pois tem caracteres virilóides bem distintos da delicadeza feminina: *mujer velluda, varonil y forzada.*

GENITAIS

O aparecimento dos caracteres sexuais secundários, na puberdade, acompanha-se dos primeiros desejos pelo sexo oposto; ficou em rifão esta advertência de «La Celestina» (7): *moça guárdate del moço, cuando le salga el boço.* Mais declaradamente o diz outro adágio castelano: *quando al moço le apunta el bozo ya quiere retozo.*

O comprimento e delicadeza dos cabelos da mulher é outro sinal de diferenciação sexual imediato à menarquia, já lhe não *pesando*, como se diria num rifão, mas *sentindo-o*, e isso se exprime em *cantares* de que é modelo este, proferido por pimpante mocinha:

*En llegándome el pelo
a la cintura,
puede decir mi madre,
que no soy suya.*

À abundância e distribuição dos pelos no homem, conferindo-lhe caracteres sexuais próprios de maior virilização, refere-se o seguinte rifão quando diz: *el hombre e el oso* (urso), *quanto más feo más hermoso* e com mais propriedade este outro: *hombre velludo, hombre forzado.*

A voz e o canto diferenciam-se bem nos dois sexos, tanto na espécie humana como nos animais; daí, por exemplo, dizer-se: *el canto del gallo se parece al de otro gallo.*

Se se inverte a coisa toma-se por mau augúrio: *quando la gallina canta como el gallo, el amo no irá a caballo.* Esta superstição, falsa como todas, não mereceria mais comentário se não analisássemos a causa e o modo como ocorre este raro fenómeno que, algumas vezes, se dá nas galinhas velhas. Nestas a sua sexualidade sofre uma masculinização, tomando os caracteres do macho, como os esporões, a crista e o canto, quere dizer, fenómenos semelhantes aos da virilização da idade crítica (8), quando a mulher toma também certos caracteres varonis. Esta e não outra deve ser a interpretação do referido adágio, arredada a filosófica — a que o povo lhe atribue — de que para boa ordem familiar deve prevalecer a autoridade do marido, por isso

se diz: *a gallina no debe cantar como el gallo.*

É interessante a modificação do carácter e as reacções psíquicas que se produzem durante a evolução sexual, quando não é fisiológica, e, referindo-nos simplesmente às modificações da voz, diz-nos o adagiário quando tal inversão se realiza: *de hombre tiple y de mujer bajón, libranos Señor.*

No climatério (9) ou idade crítica tem lugar um conjunto completo de fenómenos circulatórios, conforme se apaga a actividade endócrina das glândulas sexuais, tanto no homem como na mulher; nesta, o acidente central, é a paragem da menstruação que, como bem o observa o adagiário, anda pelos cinquenta anos, daí a sentença sobre a menopausa: *a los cincuenta ya no hay cuenta.*

Pelo seu carácter psicológico, sexual e endócrino, merece glosar-se o seguinte dito: *hombre besador? poco empuñador,* pelo profundo conceito que em si encerra de distinção entre a libido e a actuação social (10) que é para Marañón o verdadeiro carácter sexual funcional do homem; o *donjuanismo* tudo entrega ao prazer, o seu instinto resvala de mulher para mulher, por erotização cerebral, sem encontrar a *mujer* que realize a felicidade conjugal. *Don Juan* é o turista do amor (11), que anda de roda das coisas; o *Tenório* não tem outro officio conhecido que o de galanteador, não estando a espermatogénese fecundante e procreadora em relação com a sua libido fugaz e caprichosa.

A mão hipogenital, que Marañón descreveu e admitem hoje todos os autores como sintoma da insuficiência gonadal, está representada num rifão muito clássico: *manos frias, amor para um día; manos calientes, amor para siempre.*

Mãos tipicamente hipogenitais devia-as ter Henrique IV, de Castela, (12) que, segundo os dados retrospectivos, era um displásico eunucóide; não obstante, outro rifão parece contradizer o anterior: *manos frias, corazón caliente.*

Os portugueses e franceses traduzem-no literalmente, e que temos de interpretar como um de tantos onde se alude ao contraste e à maneira de fórmula galante da sua segunda parte e não à citada mão fria, hipogenital, túmida, húmida, cianosa e muito predisposta às frieiras.

Na «La Medicina Española contenida en proverbios», publicada em 1616 pelo Dr. Sorapán de Rieros (13), cita este

ilustre professor da Universidade Granadina e primeiro médico rifoneiro, o adágio que diz assim: *capón de ocho meses, para mesa de reys.* Se é muito para admirar a erudição deste autor em tudo quanto se refere a Humanidades e à Medicina da época, quando comenta qualquer uma das cinquenta e duas sentenças de que a obra se compõe, ao glosar esta que é a XVIII.^a, mais nos surpreende a agudez de observação que presume o conhecimento da influência das glândulas sexuais no carácter, força e demais aptidões dos animais e suas modificações pela castração. Estas reflexões são as que justificam a inclusão, no dito tratado, do mencionado rifão para concluir que a carne do capão é, por essa data, mais saborosa e própria para servir-se na mesa dos grandes.

ALTERAÇÕES PLURIGLANDULARES

O síndrome de Barraquer é uma lipodistrofia caracterizada pelo acúmulo de gorduras na metade inferior do corpo; nem todos os autores (14) estão de acordo sobre a sua patogenia, existindo, contudo, certa conformidade em o considerar como disregulação endócrina hipofisotiro-genital, senão como causa pelo menos como efeito, embora na prática não sejam muito frequentes os casos deste síndrome com toda a sua caracterização; assim o são, contudo, as lipodistrofias incipientes que recordam este síndrome, a que o povo chama na mulher «ajamoniamento», reflectido neste rifão chocarreiro: *la enfermedad del tordo, la cara delgada y el culito gordo.*

A obesidade patológica é também de origem pluriglandular endócrina, a ela, que não a outra, alude o adágio: *hombre gordo y hombre enfermo, viene a ser lo mesmo.* Assim supomos, pois de outro modo seria um contrasenso o elogio que o povo faz da gordura, que poderíamos chamar fisiológica, e que, na mulher, realça a sua beleza e estado de robustez, a acreditar neste outro rifão que, por certo, quando o profere o labrego, se torna tão cortês que até pede licença: *cabra, caballo y mujer, gordos han de ser.*

Ignoro se estas novas glosas endócrinas foram adequadas a estes velhos rifões, mas sempre me moveu a ideia de estimular os interessados na meditação

do sentido destas velhas sentenças, destiladas no alambique da experiência da sabedoria popular.

CASTILLO DE LUCAS

(Prof. da Faculdade de Medicina de Madrid)

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Marañón.* — Estado actual de las doctrinas de las secreciones internas. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina. Madrid 1922. Pág. 111.
- (2) *Marañón.* — El bocio y el crecimiento. Pág. 112. Madrid 1827.
- (3) *Camarón Calleja.* — Fisiología paratiroidea. S. M. E. Tom. 1, pág. 238. Madrid, 1941.
- (4) *Cabanillas (Lorenzo).* — Comunicación oral de este término y otros muchos de la región de Almadén. (Ciudad Real).
O Serviço Meteorológico Nacional no seu calendário meteorofenológico de 1946, dá normas para observações meteorológicas e, o Dr. Lorente que dirige a citada secção, procura obter dados relacionados com o clima e o aparecimento de doenças e alterações patológicas no homem.
- (5) *Gomez Ocaña.* — Fisiología humana. Madrid 1915.
- (6) *Juan Ruiz.* Arcipreste de Hita. — Libro de buen amor. Ede. anotada por Cejador. Madrid 1941.
- (7) *Fernando de Rojas.* — La Celestina. Ede. idem id. 1931.
- (8) *Marañón.* — Ginecología endocrina. Madrid 1935.
- (9) *Marañón.* — La edad crítica. Segun. edic. Madrid 1925.
- (10) *Marañón.* — Historia clínica y autopsia del caballero Casanovas. Libro homenaje. Madrid 1929.
- (11) *Marañón.* — Diferenciación sexual. Del libro «Tres ensayos». Madrid 1926.
- (12) *Marañón.* — Enrique IV de Castilla. Madrid 1943.
- (13) *Sorapán de Rieros.* — Medicina española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua. Granada. 1616.
- (14) *Blanco Soler.* — La obesidad. Capítulo de las hipodistrofias, en colaboración con el Dr. Luis Felipe Pallardo. Ede. Marata 1946.

Congresso de Broncoesofagologia

Nos próximos dias 10, 11, 12 e 13 de Outubro de 1954 realiza-se em Lisboa o III Congresso Internacional de Broncoesofagologia sob o alto patrocínio do Governo da República Portuguesa e sob os auspícios do Instituto para a Alta Cultura, da International Bronchoesophological Society e da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Broncoesofagologia, cuja Comissão Organizadora tem a seguinte constituição:

Presidente de Honra — Prof. Fausto Lopo de Carvalho; Presidente do Congresso — Dr. Alberto Luís de Mendonça; Vice-presidente do Congresso — Dr. Francisco Calheiros; Secretário Geral do Congresso — Dr. António da Costa Quinta; Secretário-tesoureiro — Dr. Lopo de Carvalho Filho.

CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERtermal,
SULFÚREA SÓDICA,
CARBONATADA SÓDICA
E MIXTAS, ETC.

As melhores no tratamento do reumatismo, nas doenças catarrais e alérgicas do aparelho respiratório, certas dermatoses e doenças utero-anexiais

Balneário inteiramente novo, modelar, entre os melhores do país, dotado de aparelhagem moderna para todas as aplicações, banhos de imersão, de bolhas de ar e carbo-gasosos, duchas simples, duchas sub-aquáticas, ducha massagem de Vichy, irrigações vaginais, etc., tratamentos fisioterápicos diversos. Instalação moderna e completa para tratamento das vias respiratórias superiores (inalatório colectivo de água mineral pulverizada e vaporizada); inalações e pulverizações individuais.

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . . 0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . . 500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . . 0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . . 0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g.	

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

ECOS E COMENTÁRIOS

NA SÁ DOCTRINA

Quando o nosso conceito de Estado e a nossa doutrina assistencial se fundamentam e apoiam no reconhecimento da família como núcleo fundamental da Sociedade, seguem apenas aquela melhor doutrina que a Santa Sé tantas vezes tem definido.

Abencerragens de uma era de insuspeito idealismo de culto individualista e de liberdade, arrastados na onda de doutrinários, um tanto menos insuspeitos, de correntes ideológicas inversas, múltiplas vezes têm, no plano da assistência, procurado negar o bem fundado da doutrina que defendemos, com razões que buscam nos mandamentos da técnica.

Para esses não será demais transcrever, no próprio idioma em que o encontramos, na Chronique de L'Organisation Mondiale de la Santé (8:217.1954) um pequeno trecho respeitante à assistência à infância mentalmente insuficiente, tal como a defende o grupo misto de peritos representando «insuspeitas» organizações internacionais, tais como a ONU, a OIT, a UNESCO, e a OMS. Ei-lo:

«En règle générale, il faut recommander le maintien de l'enfant dans sa famille, à moins que sa déficience mentale ne soit très grave ou que la présence de l'enfant au foyer ne risque de provoquer des frictions sérieuses ou de compromettre à d'autres égards l'harmonie de la vie familiale. Il peut être parfois préférable de ne pas éloigner de sa famille un enfant même très déficient si les parents sont capables d'envisager objectivement la situation et de tirer le meilleur parti de l'ensemble des services de protection maternelle et infantile. Au surplus, l'octroi d'une aide financière et pratique généreuse aux parents revient encore moins chère que l'hospitalisation, chose qu'on a souvent tendance à oublier.»

Assim, reconhecidas as dificuldades e a extrema delicadeza do problema levantado pela insuficiência mental, o grupo de peritos conclue, já em 1954, pelas vantagens de não desinsere a criança da família senão em casos especiais e de excepção, antes através desta conduzindo amparo, auxílio, assistência.

Sirva a todos a lição. A alguns para reconhecer o primado da família nos cuidados de assistência e de educação e o carácter específico que lhe marca lugar central na orgânica da Sociedade; a outros para alargar e estender a política de família que preconizam e cada dia, e em todos os planos, mais justificada se mostra.

M. M.

DA PROSTITUIÇÃO

Por se aceitar a prostituição como mal fatal e necessário, a sua regulamen-

tação para fins profilácticos — mas logo também como fonte de receita — encontrou defensores e no nosso País assim se manteve e mantém, ainda que hoje em regime transitório.

Ninguém de boa fé aceita que da oficialização desse mister (!) resulte diminuição das doenças venéreas e por outro lado, além do aspecto imoral de tal aceitação pelo Estado, sabe-se que dessa forma se abre caminho para muitas raparigas que sem essa facilidade, quando não coacção policial, se poderiam manter. Por outro lado a regeneração torna-se muito mais difícil e o ambiente de prostituição se é o pior possível para os rapa-

zes que o frequentem é a mais nefasta escola para as próprias que nele vão caindo, adquirindo lá todos os vícios e defeitos. Como se compreende então que se volte a falar em regressar a tal regime, agora que o período transitório está a desaparecer e começaria a ver-se que o nosso País adoptara realmente o abolicionismo?

Desenhou-se entre nós, copiando o que se passa em França ou fazendo parte de um mesmo plano, um movimento de protesto contra a preparação anti-abolicionista que negociadores de mulheres, mais ou menos disfarçados, vão estabelecendo, e coube aos Universitários papel de relevo no movimento desmascarador.

Achamos necessário que os médicos dêem o seu apoio à generosa campanha desses novos para que se não sintam sós e prossigam. Assim se não perderá o interesse dos escolares por assuntos que ainda há bem pouco tempo só quase preocupavam bafientos moralistas e se lhe pode ficar até a dever iniciativas dignas de atenção e de terem continuidade. É disto exemplo o agitar do problema, ligado exactamente ao assunto deste Eco, do perigo moral dos rapazes que das aldeias vêm prestar serviço militar nas cidades e que levou um estudante a escrever: «Não basta erigir capelas para militares, tomar santos para protectores das Unidades, organizar comunhões colectivas para soldados, etc., etc., é preciso que se ataque o mal no próprio foco de infecção».

L. A. D.-S.

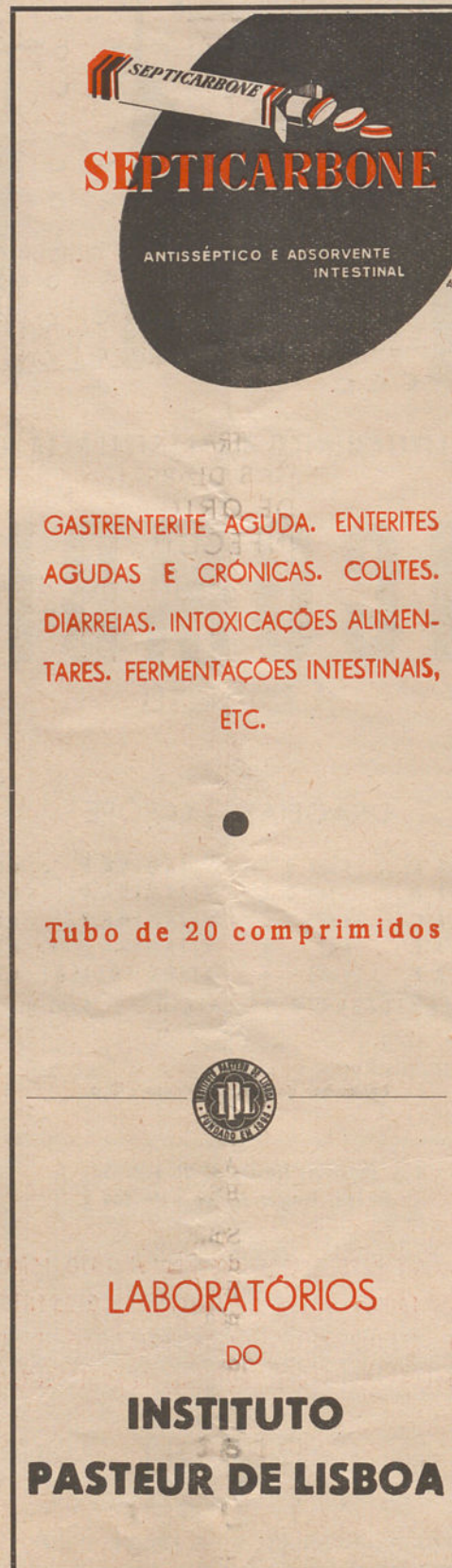
PROFILAXIA DA DOENÇA IATROGÉNICA

Do J. A. M. A. de 27 de Março transcrevemos as considerações que se seguem sobre as doenças provocadas pela Medicina e pelos médicos, considerações que dizem respeito a um artigo publicado por um psiquiatra na revista sueca «Nordisk medicin».

O nível moral da classe médica portuguesa não lhe permite cultivar a doença iatrogénica, mas nem por isso esta entidade deixa de ser frequente neste doce país, país de doentes sugestionáveis, hipocondríacos, «dados ao fado», e de médicos ansiosos (têm bastantes razões para as suas ansiedades...) e cheios de consciência (a «consciência a roer» não é uma das expressões nacionais?). Médicos aos quais uma certa cultura psiquiátrica faz bastante falta...

O autor do artigo da «Nordisk medicin» (o Dr. Forssman) começa por analisar as características dos pacientes mais «atreitos» a doenças iatrogénicas e dos médicos mais capazes de as induzirem nos seus clientes.

Os pacientes hipocondríacos são os que sucumbem mais prontamente, mas os de fraco desenvolvimento mental também muitas vezes inter-



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE INTESTINAL

GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES. DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS, ETC.

Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

pretam mal as falas e os escritos dos doutores.

Os médicos que criam as neuroses iatrogénicas costumam ser do tipo ansioso, hiperconsciosos, pouco seguros de si próprios e inclinados às restrições e reservas. São clínicos que não gostam de tomar responsabilidades, para sossegar categoricamente os seus pacientes, que receitam «umas gotas de digitalina, apenas, por causa do seguro». Mesmo não encontrando nada de claramente anormal no coração dos seus «doentes», estes doutores sempre vão dizendo, à cautela: «Mas tenha um pouco de cuidado, ao subir as escadas»; e tendo observado uma série de factos absolutamente animadores, temperam o seu efeito cumulativo com uma prudente reserva: «Evidentemente, não podemos estar 100 % seguros de nós próprios».

Forssman pensa que as neuroses iatrogénicas são mais prováveis como resultado dos exames electrocardiográficos e radiológicos e também das determinações da pressão arterial. Não só a variedade destas provas, mas também a variedade dos médicos com os quais o doente tem de contactar, ajudam à iatrogenia, que é menos provável quando o médico de família é o único com o qual o doente se deve entender. Os relatórios escritos enviados de uns para outros desses vários clínicos, tantas vezes «espreitados» e mal interpretados pelos pacientes que os lêem, são especialmente importantes sob o ponto de vista que nos ocupa.

Nesses relatórios, os médicos devem procurar escrever apenas o que disseram ao próprio doente, tendo especial cuidado com os termos técnicos que podem ser mal interpretados. Também deve haver um especial cuidado nas conversas com enfermeiras, família, etc., respeitantes a diagnóstico e prognóstico, quando elas podem ser ouvidas pelos pacientes.

Mas, acima de tudo, e este é o conselho final do Dr. Forssman, o médico deve fazer uma distinção entre as pessoas capazes e as incapazes de terem doenças iatrogénicas.

A BÍBLIA E A MEDICINA PSICOSOMÁTICA

A título de curiosidade transcrevemos a seguinte «Carta ao Editor», publicada no número de 10 de Abril da revista «Lancet».

Ex.mo Sr. — Na vossa crítica (27 de Março) do livro do Prof. Rendle Short, referem-se ao problema diagnóstico da grave doença cutânea de Job. A duração desse drama parece em desacordo com a evolução rápida, para a cura ou para a morte, que apresenta a varíola.

Uma outra explicação, fascinante (sic), é dada pelos casos recentemente publicados de dermatites de mecanismo psicossomático ou produzidas por ansiedade. Se aceitamos que

um espírito escrupuloso, meditando sobre a injustiça e o sentimento da existência lesado pela autoridade, pode eclodir num eczema generalizado, o problema clínico de Job pode ser curiosamente explicado: o inimigo ataca-o no segundo «round», não por uma doença física, mas por meio da própria perplexidade de Job a respeito do injusto desastre sofrido pela sua família e sua fortuna, no primeiro «round»...

Há, na «casuística» do Velho Testamento, detalhes corroborativos referindo-se a estados ansiosos: insónias e pesadelos (VII, 4, 14), terrores (IX, 28; XIII, 21), tremores (XXI, 6) e confusão mental em controvérsias introspectivas (VI, 3, 26). Além de que

Job perdera o apoio moral de sua esposa, que o admoestava a respeito de um «misericordioso» suicídio.

(Assinado) C. C. H.

Alguns médicos-literatos (muito mais literatos do que médicos, infelizmente para os seus «falecidos» doentes) têm aplicado a sua argúcia no diagnóstico retrospectivo das enfermidades de certas figuras históricas. Aqui deixamos um novo campo aberto aos psiquiatras e «psicosomas» (será aprovado, este neologismo?), fazendo votos porque eles, ao menos, sejam... mais médicos do que literatos.

É preciso que a imaginação não faça mal aos doutores...

GELDIAZINA

NO TRATAMENTO
DAS DIARREIAS
DE ORIGEM
INFECCIOSA



GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

Sulfadiazina 5 grs. — Pectina — Vitaminas do Complexo B — Pantotenato de cálcio — Extracto de banana — Excipiente açucarado não fermentescível — q. b. para 100 grs.

Uma colher das de chá raza equivale a 0,20 grs. de Sulfadiazina

Laboratório



Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

O ENSINO MÉDICO NA SUÍÇA

Impressões duma visita de estudo

V

CLÍNICA E POLICLÍNICA
CIRÚRGICAS

A duração do ensino de Cirurgia é a seguinte:

Cursos teóricos e clínicos:

Cirurgia geral — um semestre
Clínica cirúrgica — dois semestres
Policlínica cirúrgica — dois semestres.

Cursos clínicos práticos:

Propedêutica cirúrgica — um semestre
Medicina operatória — um semestre
Clínica cirúrgica — dois semestres.

Antes de mais vê-se dos programas que os cursos de Clínicas Médica e Cirúrgica, cada um de duração de 4 semestres, englobam o ensino das respectivas Patologias, as quais não constituem cadeiras autónomas. Os dois primeiros semestres são de ensino teórico, portanto o ensino de Patologia e restantes dois são de cursos práticos de clínicas.

A tendência actual na Suíça é de suprimir a cadeira de Medicina Operatória. Neste sentido algumas Faculdades têm já dado passos, entre elas a de Lausana por iniciativa do Prof. Decker. Recordo as palavras deste bem conhecido mestre de Cirurgia: Foram ideias de há décadas de anos, introduzidas por Farabeuf. Hoje o progresso da Cirurgia é tão vasto que nada há que as justifique. Fazer de longe a longe uma amputação, ressecção ou laqueação no cadáver, pouco se avança na aprendizagem. É preferível que os estudantes de hoje, tão sobrecarregados de trabalho, empreguem o seu tempo numa actividade mais proveitosa, como por exemplo a Clínica Radiológica.

A 1.ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Londres, veio em parte dar razão às ideias do Prof. Decker, pois a orientação moderna é a seguida nas nossas três Faculdades, em que o ensino de Medicina Operatória está integrado no plano dos estudos de Cirurgia, tendo o respectivo professor enfermarias no Hospital Escolar.

Durante a minha curta permanência na Suíça, visitei a Clínica de Neuro-Cirurgia do Hospital de Zurique e as Clínicas Cirúrgicas de Basileia, Lausana e Genebra. Não posso deixar de registar algumas impressões, embora rápidas, sobre essas clínicas, que pelo seu valor e eficiência mereciam certamente um estudo demorado. Mas a minha visita a cada uma delas, dentro do programa

estabelecido, não podia deixar de ser breve.

Clínica de Neuro-Cirurgia de Kantonsspital de Zurique (Prof. Kaienbühl) — Esta clínica que funciona no Kantonsspital foi fundada pelo Prof. Kaienbühl em 1937 com 4 ou 5 camas e tem hoje 66 camas e onde se fazem as mais delicadas intervenções de neuro-cirurgia. É uma clínica de diagnóstico e tratamento cirúrgico. Os doentes de fôro médico são tratados num departamento à parte, anexo do Serviço de Medicina. A clínica está dividida em dois departamentos: um destinado ao *Diagnóstico Clínico e Laboratorial*, para o que possui aparelhagem completa e moderna, e outro à *Cirurgia*. Cada um deles é dirigido por chefe de clínica. Tem duas salas de operações bem apetrechadas e laboratórios de patologia experimental. O número de doentes tratados é aproximadamente 1.700 e de operados 800. Visitei as enfermarias em companhia do chefe da clínica, Dr. Weber e tive ensejo de vêr diversos casos operados: hidrocefalia, meningioma, tumores cerebrais e cerebelosos, etc. É, sem dúvida, o melhor serviço desta especialidade que existe na Suíça e foi certamente esta razão que levou o Prof. Mooser, decano de Faculdade, a convidar-me a ir visitá-lo.

Serviço de Clínica e Policlínica de Buergerspital de Basileia (Prof. Nissen) — Este serviço ocupa alguns andares e a organização de quartos particulares e de enfermarias é idêntica à do Serviço de Medicina que funciona na ala paralela. O sétimo andar destina-se a quartos particulares, o sexto com enfermarias de 2 camas, a doentes de 2.ª classe, o terceiro e os restantes, com enfermarias de 2 a 6 camas, a doentes de terceira. Tem instalações laboratoriais privativas. O bloco operatório bem equipado tem 4 salas de operações com respectivas salas de anestesia, esterilizações e desinfecção, e uma sala para traumatologia. No rez-do-chão fica o *Serviço de urgência e de policlínica cirúrgica*, de carácter permanente, e servido por duas equipas médico-cirúrgicas. Uma que trabalha das 7 da manhã até às de noite e a outra a partir dessa hora até o dia seguinte. A equipa de manhã dá consultas na policlínica, quase 40.000 ao ano, e presta socorros de urgência de pequena cirurgia. As intervenções de grande cirurgia durante o dia fazem-se no bloco cirúrgico. De noite o hospital passa a ser *zona de silêncio*: todas as intervenções fazem-se na Policlínica e os doentes, operados ou não, que precisem de hospitalização, permanecem lá até de madrugada para o que há enfermarias especiais. O Prof. Nissen teve a amabilidade de me mostrar o seu serviço que é modelar. Assisti

a uma operação de toracoplastia, por ele feita com toda a perícia, bem como a uma lição que consistiu na apresentação de 4 doentes: um de fractura do crâneo com amnesia retrograda e 3 de Mal de Pott. Exposição bem sistematizada e que muito me agradou.

Serviço de Clínica e Policlínica Cirúrgicas do Hospital de Lausana (Prof. Deker) — Este serviço está distribuído uma parte no Hospital Velho e a outra no bloco novo. Na parte velha ficam hospitalizados os doentes de pequena cirurgia (apendicites, hernias etc.), de traumatologia e os que não precisam de intervenções; no bloco novo, todos os casos de grande cirurgia (vesícula biliar, esófago, estômago etc.). Há um andar especial para os operados convalescentes e outro para recém-operados. O bloco operatório tem cinco salas de operações, uma delas para operações sépticas. A sua disposição é perfeita, pois cada uma delas tem como anexos: Sala de espera, de anestesia, de pensos, de desinfecção e de esterilização. Há Gabinetes especiais para urologia, traumatologia, radiografia, laboratórios etc. O serviço de Policlínica é relativamente modesto.

Tive o prazer de assistir a uma operação de tiroidectomia feita pelo Prof. Deker e apreciar as suas grandes qualidades de cirurgião. Assisti também a uma interessante apresentação de 4 doentes operados (dois de cancro de esófago, um de cancro de esófago e estômago e um de espondilite), acompanhada de *colloquium* com estudantes.

Serviço de Clínica e Policlínica Cirúrgicas do Hospital de Genebra (Prof. Jentzer e R. Patry) — Quem tiver visitado os Serviços de Cirurgia de Zurique e Lausana, achará certamente modestas as instalações de Genebra. Mas trabalha lá alguém que, pelo seu dinamismo, pelo amor à investigação científica e pelo seu espírito multi-facetado de cirurgião que opera ainda casos mais delicados de neuro-cirurgia, soube transformar o seu serviço num motivo de admiração para os visitantes. É o Prof. Albert Jentzser, espírito moço num corpo de velho, *alma de cirurgião*, tal como Prof. J. L. Faure, o grande mestre de cirurgia francesa, descreveu um dia. Vendo a multiplicidade de doentes por ele operados disse o Dr. J. Picot, no Congresso de Cirurgiões de Língua Francesa realizado em Genebra em 30 de Maio do ano findo: «*qu'ïl n'avait jamais vu moisson aussi belle; elle atteste le véritable l'esprit de l'opérateur au bénéfice d'une culture générale et suppose un travail acharné qui représente d'activité de trois à quatre chirurgiens*».

Visitei o seu serviço. Assisti a uma operação de reconstituição de esófago

LACTOSYMBIOSINA VITASYMBIOSINA SULFASYMBIOSINA FTALILSYMBIOSINA

**PROFILAXIA E TRATAMENTO
EFICIENTE E INÓCUO DAS DOENÇAS INTESTINAIS**

**NAS PERTURBAÇÕES
GASTRO-INTESTINAIS
AGUDAS E CRÓNICAS.**

Foi precisamente a minitração dos fermentos lácticos, que atravessando o estômago sem a mais pequena alteração, chegam com toda a facilidade ao intestino, onde tem lugar a produção do ácido láctico no estado nascente e por conseguinte com a máxima capacidade antisséptica».

Manuel Vehi Deniel — La Elaboracion de Especialidades Farmaceuticos, 1936

«Os antibióticos do grupo da aureomicina, da cloromicetina e da terramicina, ministrados por via oral, provocam muito rapidamente uma esterilização mais ou menos completa no tubo digestivo, Alguns microorganismos podem escapar a esta esterilização pelo facto de se não encontrarem no espectro de actividade dos antibióticos; são por exemplo, o proteus, o pseudomonas aeruginosa, o candida albicans (muguet) e alguns estafilococos. Estes germens encontrando-se assim em condições particularmente favoráveis ao seu crescimento e à sua multiplicação, podem provocar estomatites, glossites, esofagites, gastroenterites, rectocolites e vaginites particularmente tenazes».

Médecine et Hygiène, 15 de Setembro de 1952

**NAS PERTURBAÇÕES
DIGESTIVAS DA TERA-
PÉUTICA ANTIBIÓTI-
CA PROLONGADA,
POR VIA ORAL.**

**ACTIVIDADE REFORÇADA
PELA MODERNA SULFAMI-
DOTERAPIA INTESTINAL.**

«.....sem que se possam notar modificações morfológicas nem anomalias no desenvolvimento dos bacilos. O autor preconiza pois, em conclusão, associar na terapêutica corrente as sulfamidas electivas com os fermentos lácticos».

Ann. Pharmac. Françaises, Março, 1951

LABORATÓRIO SANITAS



por meio de ansa de cólon, num caso de cancro, operação realizada sob anestesia pelo método de hipotensão controlada e hibernação, a qual durou quase 5 horas. Pela primeira vez vi empregado esse método e muito apreciei a superior competência da Doutora Courbaud. Mais tarde, quando li os belos trabalhos do Prof. Jentzer sobre hibernação, anestesia potencializada, choque post-operatório por exclusão de hipotensão controlada, hipotensão com anestesia geral e local e outros, reconheci nele não só um investigador de mérito mas também um entusiasta em introduzir novos métodos em Cirurgia.

O Serviço de Policlínica Cirúrgica, que fica no 1.º andar do pavilhão em que funciona a Policlínica Médica, é um

dos melhores da Suíça. Tem duas belas salas de operações, uma para operações de urgência e outra para doentes preparados, salas de exames, de pensos, de cistoscopia e endoscopia, de hidroterapia para mobilização precoce de fracturados, etc.

CLÍNICA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

O ensino de Obstetricia e de Ginecologia começa em regra no IV.º semestre do curso e a sua duração mínima é de 4 semestres, sendo três de Clínica (um de lições teóricas e dois de aulas práticas) e um de Policlínica. Faculda-

des existem em que se dá maior latitude a esse ensino.

Visitei o Serviço do Prof. Rochat, em Lausana. Fica ele num hospital bastante amplo, embora antigo, o qual se acha dividido em duas alas. Na ala direita fica o Serviço de Obstetricia e de Ginecologia e na esquerda o de Pediatria dirigido pelo Prof. Jaccottet.

O departamento de Obstetricia acha-se dividido em duas secções: séptica e asséptica. A sala de trabalhos para partos assépticos é ampla, bem ventilada, com 6 camas separadas por biombos. Deve ser algo incómodo para parturientes o parto nestas condições. Anexo existem: quarto de trabalho para doentes particulares, quarto para o material obstétrico e quarto para o banho de recém-nascidos. Todo o recém-nascido fica em observação por 48 horas, antes de entrar na enfermaria. Se surgir qualquer moléstia é imediatamente transferido para o Serviço de Pediatria, onde existe uma Secção especial para recém-nascidos.

A parturiente que tenha nado-morto passa para o departamento de Ginecologia. As operações assépticas, obstétricas e ginecológicas, fazem-se numa sala comum.

O departamento de ginecologia tem salas de radiografia e curieterapia. O serviço possui laboratórios privados. As Consultas Externas funcionam três vezes por semana e uma vez por semana há uma consulta especial para rasteio do cancro.

Em Genebra, assisti a uma lição do Prof. Chatillon sobre a aplicação de forceps. Encantou-me a forma clara como fez a demonstração e o extraordinário interesse que manifestava em resolver todas as dúvidas que surgissem no espírito de estudantes.

(Notas ext. dum relatório).

J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO

(Bolseiro da O. M. S.)

Sociedade Portuguesa de Esterilidade

Reuniu no dia 8 de Julho, findo, a Sociedade Portuguesa de Esterilidade, tendo o Prof. Neves e Castro, catedrático da Escola Superior de Medicina Veterinária, apresentado uma comunicação intitulada «Alguns factores condicionantes da fecundação». O orador iniciou as suas considerações por afirmar que, apesar de serem conhecidos muitos factores condicionantes da fecundação, não se encontrou, ainda, a explicação de certas formas de infecundidade, o que demonstra não se conhecerem ainda todos os aspectos fisiológicos do respectivo aparelho. A conferência foi ilustrada com a passagem de um filme realizado pelo orador no Instituto Português de Oncologia.



ORIGINAL
Beiersdorf
PLASTER

LEUKOPLAST HANSAPLAST ELASTOPLAST

São produtos das fábricas **BEIERSDORF** de Hamburgo, criadoras do primeiro adesivo à base de borracha e óxido de zinco, e possuem as vantagens seguintes:

- Aderem imediata e duradouramente.
- Não irritam a pele e são flexíveis.
- Não perdem as suas propriedades com o tempo.

Aplique estes produtos e temos a certeza que não mais deixará de os usar.

P. BEIERSDORF & CO., A.-G. — Hamburgo

Amostras à disposição dos Ex.mos Médicos nos representantes

PESTANA & FERNANDES, LDA. — Rua da Prata, 153-2.º — LISBOA

EM COIMBRA

DOUTORAMENTO ACADÉMICO

Continuando o movimento de selecção e renovação de valores, marca de vitalidade indiscutível, a Faculdade de Medicina de Coimbra assistiu nos dias 19 e 20 de Julho último, às provas de doutoramento de mais um dos seus discípulos que souberam impor-se na vida escolar e no período post-escolar. Perante os Catedráticos da Faculdade, constituídos em júri de que faziam parte também os Profs. Ernesto Moraes, da Universidade do Porto, e Jorge da Silva Horta, da Universidade de Lisboa, apresentou-se, nesses dias a prestar provas o Dr. Renato de Azevedo Correia Trincão, segundo assistente de Patologia Geral, que temos o prazer de contar na lista dos colaboradores deste jornal.

As provas realizaram-se na Sala dos Capelos e no primeiro dia foi feita a apreciação do trabalho apresentado pelo candidato como dissertação: «Os Mastócitos, alguns aspectos da sua fisiopatologia».

Trata-se de um extensíssimo estudo de 1330 páginas, com 529 figuras a maior parte das quais microfotografias de observações pessoais. Para se fazer ideia da profundidade em que o assunto foi tratado basta citar que as indicações bibliográficas, com que fecha esta monografia, somam 1034.

Foram arguentes os Professores Ernesto Moraes e Jorge Horta, que salientaram o valor da obra apresentada como índice das qualidades de trabalho, e inteligência do candidato e das suas faculdades de investigador. O Prof. Horta, ao referir o estágio que o Dr. Renato Trincão fizera nos seus serviços, em Lisboa, afirmou que muito estimaria vê-lo voltar mas para ficar entre os seus colaboradores.

Às objecções postas, com superior critério, pelos arguentes, e que incidiram especialmente sobre a extensão que o autor dera à parte teórica, estudo de actualização que servira de introdução à parte prática, o candidato respondeu com firmeza e inteligência, mostrando as razões que o haviam levado a trilhar o caminho conscientemente escolhido.

No segundo dia de provas defendeu duas teses intituladas: «O actual conceito de doenças difusas do colagénio não deve obscurecer o papel do S. R. E. na sua génese e nas suas manifestações» e «A maior parte dos insucessos da esplenectomia nas icterícias hemolíticas deve-se à existência de baços acessórios». Foram arguentes, respectivamente para a primeira e segunda dessas teses, os Profs. Rocha Brito e Luís Raposo, que elogiaram abertamente as qualidades do candidato e, em exposições brilhantes, puseram uma série de objecções sobre as quais se estabeleceu depois discussão, sempre mantida em elevado nível, reve-

lando-se mais uma faceta do doutorando: a facilidade de argumentação.

O Dr. Renato Trincão, visivelmente emocionado, foi carinhosamente felicitado pelos seus amigos e admiradores, mesmo antes de conhecido o resultado: aprovação com 19 valores.

«O Médico», e em especial o seu Director e o redactor que escreve estas linhas, felicitam muito vivamente o



Dr. Renato de Azevedo Correia Trincão

novo Doutor e seu tio, o Catedrático Mário Trincão, igualmente nosso colaborador, dos quais esperam a continuação do seu interesse por este jornal. Aos leitores temos o prazer de dar um resumo do *curriculum vitae* do Dr. Renato Trincão.

Natural de Vila da Feira, distrito de Aveiro, fez em Coimbra toda a sua preparação escolar. Matriculou-se em Preparatórios Médicos em 1939 e concluiu a licenciatura em 1945 com 19 valores, depois de um curso em que obteve 17 prémios e em que a sua nota foi sempre igual — 19, só com as excepções de um 16, três 18 e dois 20.

Ainda estudante deu duas lições de Patologia Cirúrgica, a convite do Prof. Raposo, sobre «O tratamento da nevralgia do trigémio». Também como escolar realizou um trabalho «Exploração funcional do baço» que foi lida ao curso de Propedêutica Cirúrgica.

Três meses após a licenciatura tomou posse do cargo de 2.º assistente de Patologia Geral, mas passando a fazer serviço em Anatomia Patológica, sob a direcção do Prof. Mosinger, de que foi discípulo durante seis anos.

Ultimamente, trabalha com seu tio, o Prof. Mário Trincão, a quem na sua dissertação confessou dever toda a sua formação moral.

No Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra fez grande parte da sua preparação como anátomo-patolo-

gista, procedendo à execução e elaboração de relatórios de centenas de autópsias e de algumas centenas de análises histológicas.

Durante o mesmo período foi professor da Escola Normal Social onde deu aulas de Patologia Geral e de Biologia. É há 5 anos professor da Escola de Enfermagem da Rainha Santa Isabel, onde rege Patologia Geral e Enfermagem Médica.

É sócio da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Sifilografia.

Trabalhou, algum tempo, em 1952, no Serviço de Anatomia Patológica da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Prof. Jorge Horta.

Tem tomado parte em reuniões da Sociedade Anatómica Portuguesa e da Sociedade Luso-Hispano-Americana de Anatomia, assim como da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Sifilografia e nos Cursos de Férias e Quinzenas Médicas da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Publicou os seguintes trabalhos:

- 1) Síndrome mediastinal (Em colaboração com o Dr. Gouveia Monteiro), 1947.
- 2) Melanoma maligno (Em colaboração com o Prof. Dr. Mário Trincão e com o Dr. Artur Leitão), 1952.
- 3) Prática anátomo-patológica — Lição do curso de férias, 1952.
- 4) Observação clínica e anátomo-patológica dum caso de urticária pigmentar ou doença de Nettleship (Em colaboração com o Dr. Artur Leitão), 1952.
- 5) Doença de bandur (Algumas considerações anátomo-patológicas sobre um caso clínico), 1951.
- 6) Algumas considerações sobre a disposição topográfica e as reacções do sistema histio-conjuntivo da pele e seus anexos, 1949.
- 7) A fórmula leucocitária da cobaia e as suas modificações pelo estradiol e a desoxicorticosterona, com referência particular às células de Kurloff (Em colaboração com o Prof. Dr. Mosinger, o Dr. Oliveira Firmo e o Dr. Moura Relvas (filho)).
- 8) Descrição de um coração anómalo (Em colaboração com o Prof. Dr. Rocha Brito e o Prof. Dr. Maximino Correia), 1950.
- 9) Sobre um caso de anomalias cardíacas (Em colaboração com o Dr. A. Lencastre), 1949.
- 10) À propos d'une nouvelle observation anatomique de silico-tuberculose (Em colaboração com o Prof. Dr. Mosinger), 1950.
- 11) Lupus eritematoso agudo disseminado (Lupo-eritemato-viscerite maligna) (Em colaboração com o Dr. A. Leitão), 1952.
- 12) Aneurisma da aorta (Em colaboração com o Dr. Gouveia Monteiro), 1954.
- 13) Cortisona e Mastocitose (Em colaboração com o Prof. Dr. Mosinger).

Coimbra, 1 de Agosto de 1954.

L. A. D.-S.

A pena de morte na Inglaterra e o seu ponto de vista médico

O «*British Medical Journal*» (3 de Outubro de 1953, pág. 775) dedica um artigo com este título, baseando-se num relatório de 500 páginas apresentado por uma comissão real encarregada de estudar a pena de morte na Inglaterra. Encarando-a sob o ponto de vista médico, vamos transcrever o que se oferece dizer sobre o assunto.

CATEGORIA DE ASSASSINATOS

No decurso dos últimos 50 anos, a Inglaterra e o País de Gales tiveram 1210 assassinos condenados à morte. Houve recurso em 468 casos. Na Inglaterra, o assassinato tem diminuído ligeiramente, desde 1900. Os números mais elevados foram os de 1903 (5,14 por milhão de população) e em 1945 (5,11).

Desde 1941, o maior número de assassinatos eram de origem sexual.

A comissão não alude ao infanticídio. Os assassinios «por piedade» são submetidos à decisão real pela «Home Secretary».

A mulher pode ser condenada à morte como o homem. A idade limite para a sentença de morte vai de 18 a 20 anos.

Responsabilidade e estado mental. No decurso deste século, em 3.130 pessoas que passaram pelos Tribunais Criminais por serem culpadas de assassinio, 1275 foram consideradas «como alienados, ou melhor, como culpados mas alienados» e 48 como alienados por exame médico depois do processo.

A este propósito, a *British Medical Association* foi chamada a dar a sua opinião que foi formulada da seguinte maneira:

«O júri pode ser informado que, no momento de cometer o seu acto, o acusado, após uma doença mental (ou uma deficiência mental), a) não tem a noção da natureza ou da qualidade do seu acto; b) não podia saber que este acto era mau, ou c) que era incapaz de actuar sobre si mesmo para não cometê-lo».

A comissão concluiu que era necessário deixar ao júri o cuidado de determinar se, no momento de cometer o seu acto, o acusado estava atingido de deficiência mental, tornando-o irresponsável.

EXAMES MÉDICOS

Segundo a prática escocesa, recomenda-se que qualquer pessoa acusada de assassinio seja especialmente examinada por dois médicos, sendo um psiquiatra e o outro não pertencendo ao Serviço médico da prisão. A comissão não revela que seja o Tribunal que decide do exame médico; julga que isto diz respeito à defesa ou à acusação.

MÉTODOS DE EXECUÇÃO

Há cinco métodos de execução: a electrocução (Estados Unidos), guilhotina (França e Bélgica), gás tóxico (8

Estados da América), fusilamento sobretudo em casos de infracção do código militar e forca (na Inglaterra e em muitos outros países). É curioso que a forca, que foi adoptada no início como não sendo degradante, mostra o supliciado sob um aspecto extremamente abjecto, o que lhe dá um valor aterroizante; ou este género de execução pode ser defendido como sendo essencialmente humano. O capelão da prisão esclareceu que a forca é o melhor processo e é preferível à picada: «se um homem deve morrer que se deixe ir à morte». M. Pierpoint, o carrasco, disse à comissão que, no decurso da sua longa experiência, não verificou mais do que um caso de luta, precedendo a execução. É mais fácil, para um homem, mostrar coragem nos seus últimos momentos, se o acto a que se vai proceder toma um carácter positivo, que esperar, passivamente, o resultado duma picada com uma agulha.

Para a forca, o tempo que decorre entre o momento em que o carrasco entra na cela do condenado e a queda da vida, varia de 9 a 12 segundos. No decurso de 58 execuções em Wandsworth e em Pentonville, a causa da morte tem sido, quase sempre, a deslocação brutal das vértebras cervicais com laceração e ruptura da medula. Esta deslocação determina uma inconsciência imediata, enquanto que o coração continua a bater durante 20 minutos.

EXECUÇÃO POR GÁS TÓXICO E POR INJECCÃO

Com a electrocução, o intervalo entre o momento em que o condenado abandona a sua cela e o momento da morte é de cerca de dois a quatro minutos. Numa *câmara de gás*, o prisioneiro cai em inconsciência quatro segundos após a sua entrada, a respiração e as pulsações cardíacas deter-se-ão ao fim de seis segundos. A comissão reconhece que é este o melhor género de execução. A Associação dos Médicos faz prevalecer o uso do óxido de carbono. Todavia, é preciso notar-se que, com este produto, a morte só sobrevém um minuto após a primeira inalação.

A *injecção endovenosa* aparece, teoricamente, como o meio mais humano de dar a morte, e é, também, o que é mais decente. Todavia, é pouco empregada. A droga mortal (um barbitúrico) injecta-se numa veia: em 20-30 segundos, o produto tóxico atinge o cérebro, tornando-se o supliciado inconsciente e morre em alguns minutos. Todavia, se a técnica de injecção endovenosa, num doente, é fácil, quando é executada por um enfermeiro experiente, não acontece o mesmo num supliciado que se defende instintivamente, o que pode apresentar condições difíceis de detecção da veia. Por outro lado, o carrasco não tem ocasião de fazer numerosas injecções letais e a «*British Medical Association*» declara «que nenhum membro do corpo médico tomaria a responsabilidade de

dar a morte a um condenado, por assassínio».

Contudo, a dificuldade de encontrar carrascos para dar a morte por injecção não aparece como insuperável. A comissão também aconselha que a questão da substituição da forca pela injecção fique na ordem do dia em relação com o progresso da ciência dos anestésicos.

Hospital do Ultramar

No dia 28 de Junho passado, realizou-se no Hospital do Ultramar, sob a presidência do seu director Dr. João Pedro de Faria, mais uma reunião mensal do respectivo corpo clínico, durante a qual foram apresentados os seguintes trabalhos, de que damos referência noutra secção deste jornal: «Lesões tuberculosas quísticas dos ossos», pelos Prof. Ayres de Sousa e Dr. Paiva Chaves; «Os teite sifilítica do humero», pelos Drs. Freitas de Sousa, Marques de Sousa e Paiva Chaves; «Artroplastia na coxalgia», pelo Dr. Paiva Chaves, sendo os trabalhos acompanhados de projecções.

*

Na reunião efectuada no dia 14 de Julho findo, com a qual se encerrou o 1.º ciclo de conferências do presente ano académico, o Dr. Miranda Rodrigues apresentou uma comunicação intitulada «Fígado e sistema nervoso». O conferencista descreveu o quadro clínico do coma hepático e expôs as doutrinas propostas para a explicação da sua patogenia e, seguidamente, tratou da degenerescência hepato-lenticular e apresentou as novas teorias tendentes à sua explicação patogénica, chamando a atenção para o efeito do Bal no tratamento desta afecção, até há pouco considerada não susceptível de qualquer terapêutica eficaz.

Novo processo de embalsamento

No Instituto de Medicina Legal e nos hospitais de Lisboa, procedeu a experiências com um novo processo de embalsamento, de sua autoria, o Dr. Carlos Rodriguez Fernandez, médico espanhol, que conseguiu já ver o seu método aprovado em Espanha e em onze países americanos.

Baratíssimo — cada aplicação custa menos de uma dezena de escudos — o novo processo consiste numa simples injecção, que produz os seus efeitos em poucos minutos e com cuja aplicação tanto se pode conseguir a conservação da matéria orgânica por prazo indeterminado como a prazo curto, dependendo isso apenas da dose do produto químico injectado.

Mas a aplicação do invento tanto pode fazer-se a um corpo inteiro como a uma parte dele. Assim, por exemplo, havendo necessidade de conservar uma peça anatómica — seja qual for — destinada a exame histológico, basta injectá-la ou embê-la do referido líquido.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO

Realizou-se no dia 24 de Junho, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, a sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Nutrição, secção da primeira. Presidiu o Prof. Joaquim Fontes, ladeado pelos Drs. Munhoz Braga e Luís de Aguiar. Após algumas palavras sobre as origens e finalidades da nova Sociedade, pronunciada pelo Dr. Munhoz Braga, seu secretário, o Prof. Joaquim Fontes fez uma conferência intitulada «Inquéritos Alimentares». Depois de acentuar que a fisiologia e a bioquímica da nutrição são assuntos que preocupam grande número de investigadores, ao mesmo tempo que o problema alimentar preocupa aqueles que têm a seu cargo dirigir o destino dos homens, o conferencista afirmou que a acuidade do assunto nasceu com as duas últimas guerras, pela preocupação de se fornecer à humanidade rações com a composição e valor energético que estejam de acordo com as exigências da ciência. Aludiu, seguidamente, aos acordos realizados em Hot Springs, aprovados internacionalmente, que trouxeram a vários países a preocupação e o dever de estudarem a alimentação dos povos, e referiu o papel que a F. A. O. vem a realizar sobre o assunto.

Entrando pròpriamente no assunto da sua conferência, o Prof. Fontes disse que um dos aspectos a encarar para ajudar a solucionar o problema é o da realização de inquéritos alimentares, bem como o estudo da composição dos alimentos portugueses, estudo confiado à Direcção-Geral de Saúde e ao Instituto Superior de Higiene, que se têm desempenhado desse encargo por forma a serem credores dos maiores elogios. Referindo-se a trabalhos publicados em Portugal, sobre o assunto, disse que por eles se vê que, na alimentação de certo número de portugueses, há «deficit» de proteínas animais, de gorduras, de algumas vitaminas, de cálcio e de fósforo. Se algumas vezes esse «deficit» se pode filiar em razões de ordem económica, noutras, as deficiências apontadas devem-se à falta de conhecimentos da organização das rações. Apresentou, depois, alguns exemplos demonstrativos da sua afirmação, e, referindo-se ao problema do leite, prestou homenagem à acção do Ministério da Economia, afirmando que, em Lisboa, o leite é actualmente fornecido aos postos de distribuição em melhores condições de higiene. Afirmou, depois, a necessidade de uma campanha educadora a fazer junto do produtor de leite, para que ele forneça o produto em boas condições de sanidade, e mostrou, a seguir, o papel que o leite pode desempenhar na nossa alimentação, fornecendo proteínas animais, que lhe faltam quase por completo e, ao mesmo tempo, fósforo e cálcio.

A terminar, o Prof. Joaquim Fontes falou da necessidade de se acertar o teor butiroso do nosso leite, dado que ele é demasiado rico em gorduras, e referiu-se ao problema da manteiga, alimento muito

mais higiénico do que muitas das gorduras actualmente empregadas.

*

No dia 1 de Julho findo, a Sociedade voltou a reunir-se, desta feita, para apreciar uma comunicação do Dr. Luís Aguiar, do I.O.P., intitulada «Psicodietética — Novo aspecto da Nutriologia». O orador começou por afirmar que a ciência da nutrição teve, nos últimos tempos, tal desenvolvimento, que dentro dela nasceram e se isolaram vários sectores que constituem verdadeiras especialida-

des, uma das quais é a psicodietética. Depois de acentuar que, estando-se na fase da investigação, pouco há escrito sobre o assunto, demorou-se na enumeração dos vários assuntos que se prendem com a ciência da nutrição, terminando por manifestar o desejo de que aqueles problemas tenham maior interesse em Portugal, da parte dos médicos, ao mesmo tempo que se pense na criação de psicodietistas, de forma a poderem resolver-se, entre nós, problemas até agora insolúveis no campo alimentar.

Instituto Português de Oncologia

Reuniu no dia 8 de Julho findo o corpo clínico do Instituto Português de Oncologia, para escutar o Dr. Vítor Hugo Franco, que, em seu nome e no dos seus colaboradores, Drs. Mário Gentil Quina e António Baptista, este último físico daquele Instituto, apresentou os resultados experimentais de «Novas técnicas para aplicação terapêutica de radioisótopos». O orador referiu o que, na actualidade, se conhece da aplicação da radioactividade no tratamento dos tumores e das dificuldades relacionadas com o emprego daqueles elementos. Terminou, resumindo o que se pode esperar da aplicação desta técnica, depois de aperfeiçoada.

*

No dia 15 do mês passado, o Prof. Francisco Gentil fez uma lição intitulada «Aspectos cirúrgicos dos miomas uterinos», com a qual encerrou, na sua qualidade de presidente da Comissão Directora daquele Instituto, as actividades académicas do mesmo, no ano de 1953/54. Depois de um resumo do que foi aquela actividade, o conferencista, baseando-se na sua experiência na cirurgia dos miomas uterinos, fundamentada em mais de mil casos operados, deu conta das principais modificações que sofrem aqueles miomas, modificações que condicionam as técnicas apropriadas. O Prof. Francisco Gentil insistiu em que a terapêutica dos referidos miomas é essencialmente cirúrgica, e descreveu, seguidamente, as várias técnicas de que o cirurgião dispõe. A propósito, referiu as que mais frequentemente executa, e, a terminar, anunciou a instituição, a breve prazo, de novas armas terapêuticas e que, em 1955, espera instalar, no I.P.O., mais completa aparelhagem.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

No dia 29 do mês passado reuniu a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, tendo o Dr. Baptista Fernandes apresentado dois trabalhos, intitulados «Localizações raras dos chamados tumores mistos das glândulas salivares» e «Fracturas do terço médio da face, com desvio; seu tratamento tardio», ambos documentados com projecções.

Rufol

COLIBACILOSES
das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muito baixas
- Perfeita tolerância

LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

CURSO LIVRE DE PSICOLOGIA GERAL E APLICADA

Com uma lição do Dr. Luís Navarro Soeiro, terminou no dia 12 do mês findo, o Curso de Psicologia Geral e Aplicada, organizado pelo Instituto de Orientação Profissional, o qual comportou 14 lições, a primeira das quais se efectuou no dia 11 de Junho, sendo seu autor o Director daquele Instituto, Dr. Almada Araújo.

Após um rápido bosquejo da evolução da psicologia experimental, de Wundt aos nossos dias, o conferencista, que falou sobre «Personalidade e Psicotécnica», explicou como a Psicologia, mercê das influências da psicanálise, no que ela tem de aceitável, e da psicologia dinâmica, da psicologia social e antropologia cultural, da fenomenologia, e, sobretudo, da psicologia clínica, tende a centrar-se hoje sobre o estudo da personalidade, reatando uma tradição interrompida pelos excessos do científico-naturismo. Desde que a personalidade seja encarada — disse — como constituída de camadas hierarquizadas, embora sem preconceitos de localização, desaparece a «sinistra pluralidade» da psicologia, a que se referia Spearman. Cada psicólogo trabalhará, segundo a sua preparação ou afinidades, em dada camada, sem nunca perder de vista o emergente que é a personalidade, tal como o homem que, por causa das árvores, não deixa de ver a floresta. Só assim se poderá eliminar a pluralidade da psicologia, atingindo-se aquela unidade na multiplicidade que era o desiderato de Stern.

Prosseguindo, afirmou que, se essa redução da psicologia geral à personalística era discutível, não sofria dúvidas que o ponto nodal de toda a psicologia aplicada era o estudo da personalidade, pois aquela, em qualquer dos seus ramos, estuda não o homem abstracto ou anónimo, mas o homem identificado com a sua hereditariedade, constituição, problemas e conflitos específicos, sempre a braços com uma «situação». O estudo do tipo e, sobretudo, dos «traços da personalidade é fundamental em psicotécnica moderna e permite predição mais segura do que a simples análise do perfil psicométrico, que ainda se ressentia do atomismo psicológico. Descreveu, a propósito, o tipo da personalidade que certas profissões ou cargos requerem em especial as situações de chefia (Leadership) ou a profissão do psicotécnico. A certa altura, afirmou

ainda que da personalidade depende, nas profissões perigosas, a própria segurança do trabalhador e ainda de terceiros, exemplificando o seu asserto com as características da personalidade, descritas por Dunbar, dos indivíduos sujeitos a «acidentes não acidentais» e que Bingham aplicou aos condutores de veículos. Na realidade, «guia-se como se vive». Apontou, em seguida, várias dificuldades que surgem para o conveniente estudo da personalidade, fazendo uma análise cerrada de alguns dos métodos usados para esse fim em psicotécnica. A concluir, disse que o estudo da personalidade, hoje imprescindível em psicotécnica, não só permite um melhor aproveitamento do capital humano, mas, acima de tudo, faculta ao indivíduo, pela acertada escolha da profissão, a possibilidade de se realizar através do seu trabalho.

A segunda lição foi feita, no dia 11, pelo Dr. Miller Guerra e versou o tema «Bases neurológicas da consciência».

O conferencista, depois de acentuar as dificuldades do tema, que desde sempre tem apaixonado filósofos, psicólogos e médicos, definiu a consciência como conceito puramente psicológico e subjectivo, mostrando as dificuldades de o aplicar integralmente à prática clínica. Limitando o objecto do seu trabalho à função elementar de vigiabilidade e de comportamento, afirmou tratar o assunto exclusivamente sob o aspecto prático, considerando o estado de consciência como um «sintoma» das afecções do encéfalo, fundamentando-se, para isso, nos recentes trabalhos de neuro-cirurgia e de neuro-fisiologia, aos quais acrescentou os resultados da sua experiência pessoal de neurologista. Descreveu, a seguir, vários casos clínicos e expôs os modernos conceitos psicofisiológicos sobre a localização da consciência nas formações basais do cérebro, criticando depois o argumento de certos autores que pretendem excluir o córtex cerebral da actividade consciente, afirmando que, se há certas regiões do cérebro cuja lesão provoca inconsciência, não pode por isso concluir-se que há uma sede da consciência.

O Dr. Miller Guerra terminou dizendo que a única conclusão a tirar da experiência clínica é a de que há certas relações entre a actividade cerebral e a consciência, ultimamente estudadas com

afinco, mas que estamos muito longe de poder estabelecer correlações psicofisiológicas definidas.

A Dr.^a Ana Gonzalez, médica daquele Instituto, encarregou-se da lição seguinte, na qual falou de «Seleção profissional». A conferencista, depois de falar das consequências e causas da inadaptação profissional e das aplicações da psicologia no campo prático, abordou o problema da selecção profissional psicotécnica, definindo-o, enumerando os diferentes casos em que ele se pode pôr e descrevendo os métodos e técnicas empregados. Mais adiante, estabeleceu o confronto entre os métodos tradicionais e o científico, concluindo pela superioridade iniludível deste último, a propósito do que apresentou resultados de exames de selecções realizados no Instituto de Orientação Profissional, que demonstram as vantagens que adviriam para a vida económica, da introdução desse método científico de admissão nas grandes empresas industriais e comerciais.

A lição seguinte foi feita pelo Prof. Délio dos Santos, que falou de «Psicologia e Filosofia na actualidade».

A quinta lição, da autoria do Dr. Câmara Pires, professor daquele Instituto, versou o tema «Deficiências físicas e condução de automóveis».

O Prof. Pedro Polónio fez a lição seguinte, falando sobre «Motivação e Instinto». O conferencista, depois de afirmar que todos os actos são motivados e que um acto sem motivo ou acto gratuito, é logicamente impossível, disse que se podem realizar actos aparentemente sem finalidade, por simples exuberância motora ou com a intenção de demonstrar que actos sem motivo são possíveis. Nos primeiros como nos segundos — afirmou — existe uma motivação clara e é logicamente absurdo concluir-se a existência de actos gratuitos sem motivo. O Prof. Pedro Polónio referindo-se ao estudo dos motivos como um dos métodos mais importantes de conhecer o significado dos actos, aludiu ao motivo de dois lados, como o impulso ou tendência que inicia o acto ou como o fim a que este se dirige. A análise de ambas as espécies de interpretação, leva ao isolamento de um número limitado de motivos básicos. Mais adiante, o conferencista fez a análise geral dos motivos, desde as necessidades dos instintos aos hábitos, influências sociais e culturais e ao papel dos ideais e da vontade na determinação da conduta, e terminou por afirmar que os instintos e tendências nem sempre são os motivos mais fortes do comportamento humano, e que o homem tem a possibilidade de determinar-se a si próprio.

«Ensinamentos Psicológicos das Terapêuticas Psiquiátricas» — foi o tema da sétima lição, efectuada pelo Prof. Barahona Fernandes. O conferencista começou por se congratular pela realização de mais este curso de Psicologia, com tão numerosa participação de médicos. É que, afirmou, o impulso de renovação dos estudos psicológicos veio em



E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

VALODIGAN

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossêgo simultâneo do doente. Eficácia óptima e compatibilidade excelente.

VALOMENTH

Estados de ansiedade e inquietação. Nevrose cardíaca. Excitabilidade. Distonia neuro-vegetativa (estômago nervoso).

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

grande parte da clínica, da necessidade de cuidar do homem, não só como ente biológico mas como ser anímico na sua situação na sociedade e no mundo espiritual.

A atitude intervencionista do psiquiatra de hoje, leva-o a agir numa escala sem precedentes sobre a vida mental do homem que sofre. Além dos resultados práticos para bem dos enfermos há que aprender da riquíssima experiência que nos oferecem os agentes curativos modernos como o electrochoque, o choque insulínico, as curas de sono e de anoxia (pelo anidrido carbónico, etc.), a operação da leucotomia e também muitos medicamentos activos como a cortisona, o A.C.T.H., a anfetamina, a cloropromazina, etc. Ricos ensinamentos sobre a natureza das doenças e também para a Psicologia Geral.

Desenvolvendo esta tese, exemplificou com casos clínicos tipos: A cura total dos desvios afectivos da depressão pelo electrochoque exprime uma comutação de funções psicológicas que mostra a sua situação num plano vital e biológico, muito diverso dos planos das reacções psicogenias motivadas, das reacções caracterológicas e da personalidade e das reacções orgânicas estruturais. A repercussão sobre as funções corporais vegetativas demonstra a íntima conexão destas com os afectos e emoções. Acções semelhantes sobre os impulsos instintivos, a vigilância da consciência, e a actividade psico-motora evidenciam as suas correlações com funções vitais sitas nas zonas profundas do encéfalo (eixo cerebral).

O choque insulínico age sobre funções mais diferenciadas da personalidade, sintonizando-a com o meio, ao mesmo tempo que modifica a constituição corporal no sentido do aumento de peso e arredondamento de formas.

Entre outros casos, desenvolveu as observações feitas em operados de leucotomia, modificando a personalidade no sentido da sua melhor sintonização e adaptação social, quando estas estão prejudicadas por obsessões, ansiedade, introversão autista e muitas outras graves perturbações que causam sofrimento intenso e perturbam grandemente a vida dos enfermos.

Através de experiência da leucotomia, obtêm-se notáveis ensinamentos sobre a localização de certas funções básicas de personalidade, e, na opinião do conferencista, sobre as relações do Eu com a sensibilidade e actividade interior do indivíduo.

Toda a doutrina da psicanálise nasceu da prática psicoterapêutica. Por seu intermédio, a clínica continua a enriquecer a psicologia.

O papel central da psicoterapia em todas as doenças — tratar do homem e não só da doença — integra-se nas grandes linhas da psicologia moderna. A conjugação convergente dos tratamentos físicos e psicológicos, agindo cada qual na sua camada (orgânica, biológica, psicológica, etc.), harmoniza plenamente com a concepção da complexa estrutura — vital e anímica da personalidade.

A lição seguinte, intitulada «Métodos

Eléctricos em Psicologia», foi feita pelo Dr. Pompeu de Oliveira e Silva, que começou por dizer do interesse da medicina pelos estudos psicológicos. Depois de afirmar que os médicos alcançam a psicologia através da anatomia, da fisiologia, da patologia e da clínica, referiu-se à evolução dos métodos eléctricos em investigações psico-fisiológicas. Falou dos métodos eléctricos por excitação e, a seguir, tratou da extensa aplicação da electroencefalografia nos estudos psicológicos. Abordou, ainda, vários pormenores técnicos do assunto e, mais adiante tratou das interferências ambientais sobre a actividade eléctrica cerebral, abordando também os fenómenos psicológicos que dão origem à estimulação luminosa intermitente. A concluir, afirmou que os

ritmos cerebrais têm possibilidade de sintonizarem e apreenderem as estimulações rítmicas sensoriais provenientes do exterior.

«Visão e córtex cerebral» — foi o tema da lição seguinte, da autoria do Prof. Pedro Almeida Lima, que começou por fazer exposição sumária dos princípios elementares de anatomia e fisiologia da condução nervosa, da via óptica e córtex cerebral, a propósito do que chamou a atenção para a semelhança da organização das estruturas ditas visuais com as de outras formas de sensibilidade. A terminar, disse que a construção mental do mundo externo não é compreensível senão na sua totalidade, mas os processos científicos só podem ser aplicados a problemas parcelares. Por isso, os oftalmo-

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

logistas, os neurologistas e os fisiologistas não podem aspirar à solução do problema, pois só encaram alguns dos seus aspectos. É aos psicólogos, mesmo arrostando a crítica de não serem científicos os métodos que empregam, que compete a elaboração de uma teoria da visão, pois só eles se abalançam ao estudo do Homem na sua totalidade.

O Dr. João Santos fez a décima lição, tendo versado o tema «Alguns aspectos de psicologia escolar». Depois de acentuar o grande incremento da psicologia escolar, devido em parte à contribuição dos estudos realizados sobre crianças de institutos médico-pedagógicos e de estabelecimentos de reeducação, o conferencista afirmou que, hoje, a psicologia escolar atingiu grande desenvolvimento em todo o Mundo. Apontou, depois, o trabalho que tem efectuado nos centros psico-pedagógicos que criou entre nós e que se baseia, sobretudo, em inquéritos, exames colectivos e colóquios com os pais, os mestres e os alunos, e terminou por declarar que os psicólogos escolares devem contribuir para a melhoria dos programas de ensino, de acordo com o progresso dos conhecimentos da psicologia moderna.

O Dr. Móreira de Sá, da Faculdade de Letras, fez a lição seguinte, na qual se ocupou de «Método Estatístico em Psicologia». Depois de se congratular pelo facto de ser a primeira vez que os professores de Psicologia da Faculdade de Letras de Lisboa colaboram em cursos de extensão universitária em que são versados assuntos relacionados com a Psicologia, chamou a atenção para a confusão habitual entre «estatística descritiva» e «estatística indutiva».

A seguir, pôs em relevo o notável impulso que aquela ciência teve quando foi possível recorrer a métodos quantitativos, definindo, depois, o que é uma subpopulação ou amostra, quando é que esta se pode considerar representativa e como se devem dispor os dados, em classes e frequências, a fim de poderem ser convenientemente tratados.

Prosseguindo, o conferencista referiu-se à utilidade dos três gráficos utilizados em Estatística Psicológica — polígono de frequência, histograma e curva de frequência cumulativa — e ao interesse das medidas de tendência central quando se quer obter rápida informação quantitativa e uma certa generalização sobre as observações efectuadas.

O Dr. Moreira de Sá dedicou-se, mais adiante, ao estudo, demorado, do significado e interesse dos coeficientes de correlação, de garantia, de confiança e ao qui quadrado. Para mostrar as extraordinariamente variadas aplicações práticas, exemplificou com o que se passa com os testes e, a propósito, revelou o notável labor dos alunos da Faculdade de Letras que, desde 1946, trabalham na adaptação e aferimento das Escalas Terman-Merril (Forma L), Wechsler-Bellevue e modificação dos testes de Labirinto, Carl Hellow Square e Gille. Ocupou-se ainda, o orador, da análise factorial aplicada à inteligência e à personalidade, temas que desenvolveu de-

moradamente, e terminou dizendo que não se deve, apesar do que expôs, deificar a Psicologia, mas sim completar os resultados da análise factorial com os estudos psicológicos, pois como defende Pierre Pichot «a análise factorial constitui a base de um edifício sólido, cujos trabalhos futuros completarão, certamente, os contornos».

Na lição seguinte, o Dr. Fernando Ilharco ocupou-se de «Adolescência e seus problemas psicológicos». O conferencista começou por se referir à dificuldade em definir de forma satisfatória a adolescência, pelo que, disse, preferia caracterizá-la pelas suas feições gerais e habituais. Aludiu à sua habitual contemporaneidade com a puberdade e, a seguir, estudou as doutrinas que têm pretendido explicar a evolução psicológica dos adolescentes, referindo o papel atribuído à endocrinologia, para, mais adiante, se demorar na apreciação das modernas teorias sobre a formação da personalidade em geral, principiada logo após o nascimento, mercê de acção dos factores ambientais sobre o «cérebro interno», através de adequadas reacções neurovegetativas.

O Dr. Fernando Ilharco citou depois a influência sobre a evolução da personalidade infantil da acção maternal, registando os efeitos da sua falta, e comentou, a seguir, as manifestações psicológicas da adolescência, pondo em relevo as facetas mais evidentes da personalidade da gente moça. A terminar, o conferencista estudou o que considerou os mais importantes problemas psicológicos da adolescência, referindo-se à vida em família, à missão de estudar, à escolha da profissão, à sexualidade e ao amor, aos divertimentos, à cultura estética, moral e religiosa, e, a propósito de cada um deles, fez comentários quanto ao comportamento da gente moça e quanto à acção que os pais e educadores devem exercer, no sentido de ser possível garantir a defesa da saúde mental da adolescência, saúde que — disse — não consiste na falta de problemas e conflitos, mas sim na possibilidade de os resolver e assimilar.

O Prof. Matos Romão preferiu a penúltima lição deste ciclo de conferências, falando da «Evolução da Psicologia». Disse que a Psicologia está relacionada com os diversos ramos da actividade humana e se é certo que a investigação psicológica, com rigor científico, é relativamente recente, as primeiras especulações e esforços de organização foram iniciados antes da nossa era. Falou, depois, da dificuldade em fazer uma história satisfatória da Psicologia, dado que as especulações sobre a alma são muito antigas, e referiu que já nas primitivas culturas se encontra alguma coisa digna de menção em tal assunto, a propósito do que citou as contribuições dos jócios, dos pitagóricos e dos atomistas lembrando os nomes de Alkmaion, representante da Escola Médica de Crotona; Empedocles, fundador da Escola Médica Siciliana, e do grande filósofo Demócrito, cujas contribuições muito interes-

sam, assim como as de diversos médicos, desde Hipócrates até Galeno, dois grandes expoentes que provocaram o desenvolvimento do método empírico nas investigações. Citou, depois, Platão, Aristóteles e Descartes, para chegar a Fechner, fundador da psicofísica, e Wundt, que organizou os métodos da Psicologia e fundou um laboratório em 1879, o primeiro de Psicologia Experimental e que serviu de modelo a vários que se estabeleceram em Inglaterra e na América. Por último, depois de se referir à Psicologia Educacional, organizada já no actual século, o Prof. Matos Romão leu o resumo das suas conclusões.

«Bases sociológicas e psicológicas da delinquência» — foi o tema da lição com que o Dr. Luís Navarro Soeiro encerrou o Curso Livre de Psicologia Geral e Aplicada. O orador começou por considerar o crime um fenómeno social e a sociedade como uma estratificação de grupos, referindo, depois, alguns factos históricos, desde os processos da feitiçaria do século XVII até às concepções sociológicas da nossa época e suas determinantes. Abordando em seguida, mais extensamente, o problema da psicocriminogénese, que é, afinal — disse — o estudo da personalidade criminal e o das suas reacções, analisou o sentimento de injustiça sofrida, a inibição ou anulação afectiva e a escolha de um meio em que a culpa não é sentida como tal. O Dr. Luís Soeiro considerou, depois, o ponto de vista da psicologia dinâmica nas três coordenadas principais — conduta criminal, personalidade e situação — que levam a uma melhor compreensão genética do delito ou do crime e terminou com a seguinte síntese: «O crime resulta duma multiplicidade de causas potenciais e agentes previsíveis e imprevisíveis, reveladas e herméticas, dum jogo, dum sistema potencial e funcional de factores caractereológicos, biológicos e sociais». Por último e a fechar, o conferencista afirmou que da estreita colaboração dos penalistas com psiquiatras, e não do seu antagonismo ou indiferença, é que pode resultar progresso para a criminologia e para a justiça, e, assim avanço no conhecimento do homem delinquente, do seu tratamento reeducacional e da prevenção da sua perigosidade.

Seguidamente, usou da palavra o Dr. Almeida Araújo, para encerrar o ciclo de lições. Depois de eludir ao critério que presidiu à organização do programa, pôs em realce que o grande problema da psicologia entre nós era a formação de técnicos. O Instituto de Orientação Profissional — disse — procura dar o seu contributo para a resolução deste problema, já organizando ciclos de lições como este, aos quais outros se seguirão, já realizando cursos especializados como o de Rorschach, actualmente em prosseguimento, já, ainda, estudando a reabertura do seu Curso de Peritos Orientadores em bases mais actualizadas, no próximo ano lectivo.

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 14 a 21 de Agosto)

Dia 14 — É nomeado para desempenhar eventualmente as funções de médico assistente do serviço de cardiologia para o Laboratório de Hemodinâmica do Hospital da Estrela, em Lisboa, o Dr. Humberto da Silva Buceta Martins.

— Em Lisboa, nas Construções Hospitalares, realiza-se o concurso público para a segunda fase da remodelação e ampliação do Hospital D. Estefânia.

A base de licitação é de 1.834 contos.

— O Dr. João Perestrelo Vieira de Deus Figueira, é nomeado, interinamente, para o lugar de subinspector da Inspeção da Assistência Social.

15 — Na sala das sessões da Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa, é homenageado o Dr. Fernando Cabral, guarda-mor de Saúde de Lisboa, e director do Serviço n.º 1 do Hospital dos Capuchos que, por atingir o limite de idade, estabelecido por lei, abandona agora aquelas funções.

16 — Concedem-se pelo «Fundo do Desemprego» as participações de: esc. 12.900\$00, à Santa Casa da Misericórdia de Anadia, para construção de um pavilhão de infecto-contagiosos no seu hospital (reforço); 2.465\$00, à Comissão Municipal de Assistência da Maia, para construção do posto de consultas e socorros (reforço); e 52.600\$00, à Santa Casa da Misericórdia de Lages do Pico — Horta — para construção do posto hospitalar (reforço).

— É nomeado médico do Reformatório da Guarda o Dr. José Jesus Martins.

17 — Em Lisboa, na sede da Cruz Vermelha Portuguesa encontra-se aberta, todas as segundas e quintas-feiras, das 12 às 18 horas, até 30 de Setembro próximo a inscrição para as senhoras que desejem frequentar, no ano lectivo de 1954-55, os cursos da Escola de Enfermagem daquela instituição.

— O museu do Caramulo, da Estância Sanatorial, continua a receber constantes e valiosas ofertas de espécies artísticas.

— Em Coimbra, no salão nobre dos Hospitais da Universidade, realiza-se, a sessão de abertura da reunião das Escolas de Enfermagem do País, dependentes do Ministério do Interior. Preside o Dr. Agostinho Pires, Director Geral da Assistência, que é secretariado pelos Drs. Fernando de Magalhães Cardoso, Inspector Chefe da Assistência e Dr. João Porto, director dos Hospitais da Universidade.

Comparecem os representantes da Escola Irmãs Franciscanas de Calais, Porto, da Escola de S. Vicente de Paulo, de Lisboa, da Escola de Enfermagem de Castelo Branco, da Escola da Rainha Santa Isabel, da Escola das Irmãs Franciscanas Hospitalares Portuguesas, do Porto, da Escola Dr. Henrique Teles, de Braga, da Escola Artur Ravara, de Lisboa, da Escola D. Ana José Guedes da Costa, do Porto, da Escola Dr. Angelo da Fonseca, de Coimbra e da Escola de S. Vicente de Paula, de Lisboa.

Fala em primeiro lugar o Dr. Frazão Nazaré, que saúda os Director Geral, Inspector Chefe, Dr. João Porto e todos os delegados presentes, seguindo-se o Dr. João Porto, que em breves palavras, apresenta cumprimentos a todos os presentes. Depois, o Inspector Chefe, Dr. Magalhães Cardoso analisa os problemas da enfermagem.

A seguir, são constituídas duas comissões, uma para tratar problemas do curso auxiliar e outra para se ocupar do Curso Geral de Enfermagem.

18 — É autorizada a Direcção Geral de Edifícios e Monumentos Nacionais a celebrar contrato para a execução da emprei-

tada da construção de um dispensário anti-tuberculoso na Maia.

— A Junta de Província do Douro Litoral adjudica, pela importância de esc. 647.729\$00, a construção de um edificio no Porto. O projecto é elaborado pela Direcção dos Serviços de Urbanização do Norte, e obedece às mais modernas directrizes que presidem à construção dos estabelecimentos destinados à criação de lactentes sem regime de aleitamento artificial e tratamento de criancinhas distróficas. Tem capacidade para albergar cerca de setenta. A obra vem ampliar e melhorar consideravelmente os serviços prestados pelo Hospital Materno, que presentemente tem uma frequência que anda à roda de cinquenta lactentes, entre os criados ao seio pelas

suas mães indigentes e os alimentados a biberão, e que ficará apenas para a primeira categoria de assistidos, passando os da segunda para o novo edificio, que deve começar no verão do próximo ano. Com esta ampliação, o Porto disporá de uma obra com capacidade para satisfazer plenamente esse ramo da assistência social, não só pra a cidade, mas para os concelhos da área da Província.

19 — Em Coimbra, realiza-se a última sessão dos representantes das Escolas de Enfermagem do País.

Nesta, o plano de reforma dos programas dos Cursos de Auxiliar e Geral de Enfermagem, é alvo de interessado debate, sendo apresentadas várias sugestões que merecem aos representantes das escolas

Eulantine

MALATO DE PIRANISAMINA

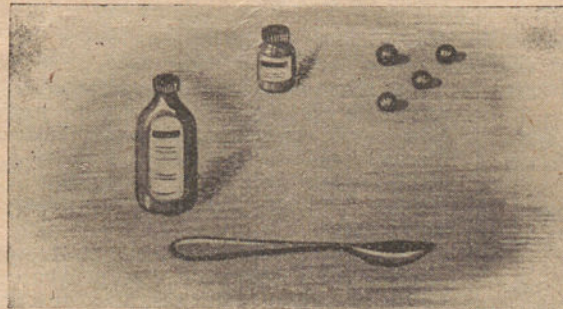


FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Na terapêutica dos **estados alérgicos** há que atender à eficácia do **anti-histamínico** a prescrever e à incidência de efeitos secundários que, em maior ou menor grau, acompanham a administração destes compostos de síntese.

EULANTINE reúne uma alta eficácia a uma toxicidade extremamente baixa, o que confere ao seu emprego uma margem de segurança ainda não igualada por qualquer outro **anti-histamínico**.

A forma em **xarope** foi criada tendo em vista a aplicação de **EULANTINE** em pediatria.



Apresentação :

- **Grajeias:** Frasco de 50 grajeias a 25 mgrs.
- **Xarope:** Frasco de 100 grs. a 2,5 mgr./gr.
(aprox. 12,5 mgrs. / colher de chá).

MEDICAMENTOS

MICRA

SECÇÃO DE PROPAGANDA

RUA DA MADALENA, 273, 1.º ESQ

TELEFONE 29174 · LISBOA

minucioso estudo, verificando-se em todas as sessões o desejo firme de melhor colaboração. As sugestões apresentadas, conjuntamente com o plano, vão ser estudadas superiormente e só depois, serão entregues às entidades competentes que darão forma definitiva aos novos programas do curso de enfermagem.

O director geral, Dr. Agostinho Pires e o inspector-chefe, Dr. Magalhães Cardoso, manifestam a sua satisfação pela maneira elevada como decorreram os trabalhos, salientando o espírito de colaboração de todos os delegados e das Comissões de estudo, destacando os respectivos relatores, Drs. João José Lobato Guimarães e Caria Mendes, respectivamente, das Escolas de Enfermagem da Rainha Santa Isabel, de Coimbra e das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria, de Lisboa.

— O «Diário do Governo» insere a lista de antiguidades dos médicos e farmacêuticos do ultramar, referidas a 31 de Dezembro de 1953.

— É autorizada a celebrar contrato, por 268 contos, a Direcção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, para a execução da empreitada de construção de um dispensário antituberculoso em Guimarães.

20 — Parte, de Lisboa para Genebra, o Dr. Roberto Pinto, director das Cadeias Cíveis Centrais de Lisboa, o qual com o Prof. Beleza dos Santos, representará o nosso País na reunião do «Grupo Regional Consultivo Europeu» nas Nações Unidas para a Prevenção do Crime e Tratamento dos Delinquentes.

— Pelo Fundo do Desemprego é concedido o subsídio à Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, para construção da casa mortuária no seu hospital, reforço, 5.400\$00.

— São abertos pelo Ministério do Ultramar créditos especiais de 1.000 contos e outro de 135, a favor do Hospital do Ultramar.

— De Lisboa e em missão oficial, parte para Itália o Dr. Arnaldo Rodo, que vai tomar parte no 3.º Congresso Internacional de Paralisia Infantil e no 6.º Congresso de Ortopedia e Traumatologia, que se realizam, respectivamente em Roma e em Berna.

— É autorizada por decreto, a Direcção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais a celebrar contrato com uma firma para a execução da empreitada de construção de um dispensário antituberculoso em Santo Tirso pela importância de 245 contos.

— Segue para França, Inglaterra, Alemanha Ocidental e Suíça, de visita a algumas das principais clínicas desses países, o Dr. Fausto Xavier, de Lisboa.

— O Ministro das Obras Públicas concede, pelo Fundo de Desemprego, as seguintes participações para os melhoramentos abaixo indicados:

Aveiro — À Santa Casa da Misericórdia de Anadia, para construção de um ramal destinado ao abastecimento de energia eléctrica no seu hospital, 22.120\$00.

Beja — À Santa Casa da Misericórdia de Serpa, para obras de remodelação no seu hospital, 12.390\$00.

Braga — À Confraria de Nossa Senhora da Abadia, para construção de um posto clínico, 89.000\$00.

Bragança — As Santas Casas das Misericórdias de: Bragança, para beneficiação em ampliação do seu hospital, 3.290\$00; e Vinhais, para remodelação e conclusão do seu hospital, 25.650\$00.

Guarda — À Santa Casa da Misericórdia de Fornos de Algodres, para ampliação e beneficiação do seu hospital, reforço, 22.070\$00.

Leiria — À Santa Casa da Misericórdia do Bombarral, para construção de uma casa mortuária no seu hospital, 2.372\$00.

Porto — À Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, para remodelação do hospital sub-regional, 21.820\$00.

Santarém — À Santa Casa da Misericórdia de Almeirim, para construção do pavilhão de infecto-contagiosos e lavanderia no seu hospital, 134.000\$00.

Setúbal — À Santa Casa da Misericórdia do Torrão para obras de remodelação no seu hospital, 6.000\$00.

Vila Real — À Santa Casa da Misericórdia de Alijó, para obras de beneficiação no seu hospital, 62.500\$00.

Ponta Delgada — À Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada, para obras de beneficiação no seu hospital, 118.772\$50.

Estas participações somam esc. 519.982\$50.

21 — É aprovado, por portaria, o quadro do pessoal da Escola de Enfermagem Dr. Assis Vaz, do Porto.

Estrangeiro

No Canadá, segundo as agências noticiosas, o professor H. C. Rumke, reitor da Universidade de Utrecht, na Holanda, afirmou ontem que o grande problema actual da psiquiatria era a própria psiquiatria.

O professor Rumke falou numa sessão plenária sobre saúde mental no V Congresso Internacional desta especialidade que se está agora a realizar em Toronto.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para médico neuropsiquiatra do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Macau.

— Na Faculdade de Medicina de Lisboa de provas públicas para o provimento do lugar de professor catedrático do primeiro grupo, sub-grupo «B» (histologia e embriologia).

— Documental para provimento por contrato, de lugares de médicos oftalmologista e leprólogo do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província da Guiné.

— Ordinário por espaço de 60 dias, com princípio em 14 de Agosto do corrente ano, para o provimento das vagas de oficiais farmacêuticos para o quadro permanente do Exército, que se preveem até 31 de Dezembro de 1954.

Esclarece-se que, nos termos da portaria n.º 14.169, publicada no «Diário do Governo» n.º 267, devem os concorrentes provar não ter mais de 30 anos de idade no dia 31 de Dezembro de 1954.

— Documentais para provimento dos lugares de enfermeira neuropsiquiatra e de massagista dos serviços de saúde da província de Angola.

*

O prazo de inscrição dos candidatos ao exame de aptidão para o curso de professores de educação física do Instituto Nacional de Educação Física, é de 15 a 30 de Setembro próximo. Na secretaria do mesmo Instituto, são prestadas todas as informações.

— No Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte, e até ao próximo dia 15 de Setembro, está aberta a inscrição condicional nos cursos de Enfermagem Psiquiátrica e Auxiliares de Enfermagem Psiquiátrica, que pode ser requerida por indivíduos de ambos os sexos, habilitados com os cursos Geral de Enfermagem e de Auxiliares de Enfermagem, respectivamente.

Quaisquer informações serão prestadas na Secretaria do Centro (Rua da Constituição, 281) em qualquer dia útil, das 9 às 15 horas.

— Em 26 de Setembro próximo realiza-se um Cortejo de Oferendas, a favor do Hospital da Misericórdia de Mêsão-Frio, para o que já se trabalha activamente.

Estrangeiro

Em Montreal e em Nova-Iorque, respectivamente dias 10 a 11 de Setembro e 12 a 17 de Setembro, realiza-se o XVII Congresso Internacional de Oftalmologia.

— Em Washington, de 12 a 18 de Setembro, realiza-se o II Congresso Internacional de Cardiologia.

— Em Amsterdão, realiza-se o Congresso Internacional de Nutrição, dias 13 a 17 de Setembro.

NOTICIARIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 11/VIII a 17/VIII/1954)

12/VIII

Dr. Jorge de Melo Pereira Conceição — nomeado interno do internato complementar da especialidade de fisiologia dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

13/VIII

Dr. Sebastião Maria de Nóbrega Pinto Pizarro — homologada a aprovação para director do Dispensário Antituberculoso de Alijó.

— Dr. Francisco José Domingos Jorge de Carvalho — homologada a aprovação para director do Dispensário Antituberculoso da Vidigueira.

14/VIII

Dr. Humberto Manuel Achemann da Silva Buceta Martins — nomeado para, eventualmente, desempenhar as funções de médico-assistente do serviço de cardiologia do laboratório de hemodinâmica do Hospital Militar Principal.

— Dr. Mário Augusto da Costa Vieira Coelho — contratado para exercer as funções de médico da Estação Radiogoniométrica Naval da Boa Nova.

16/VIII

Dr. José de Jesus Martins — nomeado para o lugar de médico do Reformatório da Guarda.

HOMENAGENS

Ao Dr. José Pontes

Com a presença de numerosos convidados, realizou-se no dia 22 de Junho, findo, num restaurante de Lisboa, um banquete ao Dr. José Pontes, homenagem dos seus amigos e admiradores, por motivo da passagem do seu 75.º aniversário natalício. Foi-lhe entregue um ramo de cravos e foi-lhe posto ao peito o colar e medalha de mérito do Clube Naval de Lisboa, tendo, aos brindes, falado vários oradores, a quem, no final, visivelmente emocionado o homenageado agradeceu, tendo lembrado alguns factos vividos com muitos dos presentes. O Clube Atlético de Alvalade ofereceu, também, ao Dr. José Pontes uma placa de prata, com uma dedicatória, tendo sido recebidos, durante o banquete, centenas de telegramas, entre os quais um do sr. Ministro da Educação Nacional — como amigo e como Ministro.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Egas Moniz (Prémio Nobel), Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de S.º António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde) e Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.ºº (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;

Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS