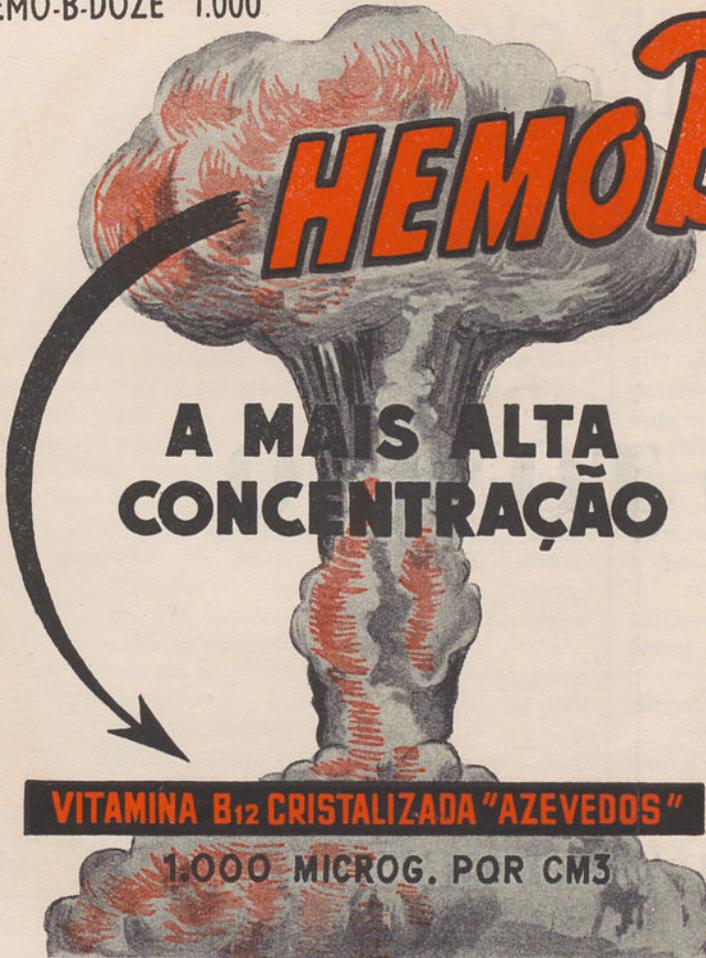


HEMO-B-DOZE "1.000"

HEMO-B-DOZE "15" • HEMO-B-DOZE "GOTAS" • HEMO-B-DOZE "50"



# HEMO-B-DOZE MIL

**A MAIS ALTA  
CONCENTRAÇÃO**

**VITAMINA B<sub>12</sub> CRISTALIZADA "AZEVEDOS"**  
1.000 MICROG. POR CM<sup>3</sup>

A vitamina da hematopoiese surge agora como um factor fundamental do anabolismo proteico e da protecção do sistema nervoso, proporcionando resultados espectaculares em síndromas de diversa etiologia.

### NOVAS INDICAÇÕES

ESTADOS DE DESNUTRIÇÃO \* DEFICIÊNCIAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS E LACTENTES \* ANOREXIA E ASTENIA DOS VELHOS E CRIANÇAS \* DERMATOSSES SEBORREICAS \* NEURODERMITES E CERTOS ECZEMAS \* DERMATITES DE CONTACTO \* URTICÁRIA CRÓNICA \* LUPUS \* ZONA \* ESCLEROSE EM PLACAS \* NEVRITES \* NEURALGIAS DO TRIGÊMIO \* POLINEVRITES DIVERSAS \* OSTEOARTRITE E OSTEOPOROSE \* HEMICRÂNIA \* HEPATOPATIAS \* ASMA, ETC.



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.
L. A. DUARTE-SANTOS e RAÚL TAVARES — Dois orifícios cutâneos, produzidos pela entrada de um único projectil, simulando duplo disparo .....	235
ANTÓNIO ESPERANÇA MENDES FERREIRA — Tratamento das fístulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado .....	237
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Tratamento das obliterações crónicas da femoral superficial no decurso das arterites .....	244
A hiperglicemia sem glicosúria .....	251
O estado de mal asmático — seu tratamento .....	255

### SUPLEMENTO

	Pág.
Um mau livro — JOAQUIM PACHECO NEVES .....	195
Há cinquenta anos — BARROS e SILVA .....	196
Ecos e Comentários .....	198
Ensino Post-Universitário da Higiene, da Medicina preventiva e da Medicina Social .....	199
Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo sobre concursos nos Serviços Médicos-Sociais — Federação de Caixas de Previdência .....	204
O aviso-prévio do Prof. Cid dos Santos .....	208
Noticiário diverso.	

NAS CARÊNCIAS  
PROTEICAS

# AMINO TÓNICO

FRASCO DE 200 cc.

40\$00

LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO

(Director: Prof. Doutor Francisco Coimbra)

# Dois orifícios cutâneos, produzidos pela entrada de um único projectil, simulando duplo disparo

L. A. DUARTE-SANTOS

(1.º Assistente de Medicina Legal de Coimbra e Equiparado a Bolseiro do I. A. C.)

RAUL TAVARES

(Chefe de Serviço do Instituto de Medicina Legal do Porto)



Cada bala disparada por arma de fogo, que atinja o corpo humano, animada da necessária força viva para o penetrar, determina, em regra, a formação de um orifício de entrada. Se a bala progride no corpo, em trajecto curto ou longo, e sai, produz também, em regra, um só orifício de saída.

O estudo das características morfológicas macro e microscópicas destes orifícios, completado, especialmente para o de entrada, com análises diversas de técnicas simples até complicados processos de microspectrografia, com o fim de os caracterizar e de colher elementos que permitam conhecer a distância e direcção do disparo, natureza da arma e qualidade do projectil e pólvora, pontos do mais alto interesse médico-legal, tem merecido a atenção de inúmeros investigadores.

Também pelo estudo do trajecto dentro do corpo humano, por vezes com problemas curiosos e difíceis de resolver, se pode ficar na posse de dados de importância prática.

Ora casos há verdadeiramente excepcionais, em que duas balas originam o mesmo orifício de entrada, porque dois disparos se fizeram sucessivamente sem desvio de posição da arma e da vítima — hipótese mais de admitir em caso de suicídio e em que seja fácil a rápida repetição do tiro, como em pistola metralhadora, capaz de disparar grande número de balas enquanto o gatilho está premido (6) — ou porque defeito de fabricação permitiu que uma só cápsula contivesse dois projecteis, ou ainda porque as duas balas saíram a quando do mesmo disparo. Esta última hipótese foi verificada pela primeira vez aqui, no Instituto de Medicina Legal do Porto, pelo seu actual Director. Realmente na literatura médica o primeiro caso aparecido foi o de Francisco Coimbra e Lecour de Menezes (5): a primeira bala ficara retida no cano e fora depois impulsionada pela segunda, saindo as duas nesse disparo. No Tratado de Carrara (2) é a única observação citada, mas posteriormente outras apareceram como as de Dervieux, Piédélièvre e Szumlanski (6), a de Kenyeres (9), a de K. Sööt (15), a de Rooks (14) e, ainda outra do Instituto de Medicina Legal do Porto, de Carlos Lopes e Oliveira Barros (10).

É de admitir que quanto ao orifício de saída, sobretudo se o trajecto dentro do corpo for muito curto, possa também dar passagem a duas balas.

A situação inversa, isto é, diversos orifícios de entrada ou saída para uma bala só, igualmente é de observação também excepcional, especialmente no que diz respeito ao orifício de entrada, porque a fragmentação do projectil, dentro do corpo torna mais fácil o aparecimento de vários orifícios de saída. É claro que uma fragmentação da bala antes de penetrar dará mais de um orifício de entrada, se os fragmentos ficarem com o indispensável poder de penetração, mas tal fragmentação prévia é que se torna dificilmente realizável.

O mecanismo que mais se tem verificado para a existência de vários orifícios de entrada é, como que o de uma transfixação idêntica, como muito bem diz Piga (13), à que pode suceder por acção de arma branca, sobretudo com instrumento perfurante, que cria assim novo ou novos orifícios de entrada e saída. A bala penetra no corpo, sai e volta a penetrar: casos citados por diversos autores e representados em fotografias ou esque-

mas (7) em alguns livros de Medicina Legal, em relação ao membro superior e tórax, em relação à mama pendente e tórax (8), ou até, num caso descrito por Borri (1), de associação destas duas hipóteses. Neste último caso, a vítima estava sentada e a bala atravessou o braço direito, da face externa para a interna, saíu na região axilar e penetrou, da direita para a esquerda e de cima para baixo, na mama direita, volumosa e caída, que atravessou e entrou no epigastro, alojando-se no hipocôndrio esquerdo. Assim se criaram três orifícios de entrada e dois de saída.

Compreende-se que, numa pessoa adiposa, ou mesmo não adiposa mas em consequência de posição que o corpo tome, uma prega cutânea seja suficientemente profunda para reproduzir o caso da mama pendente e dar origem a dois orifícios de entrada, uma vez atravessada por um projectil (esquema).

A verificação prática desta hipótese deve, contudo, ser muito rara e na literatura médica consultada, só encontramos a de De Castro e Brielli (3) em que o projectil atingiu uma pessoa muito adiposa e perfurou a pele abdominal disposta em prega, de modo a simular a existência de três tiros em vez de um.

Afinal é situação bastante análoga à verificada a nível de certas vísceras que se dispõem formando pregas e o trajecto de um projectil vai criar um número par ou ímpar de orifícios que por vezes se torna de difícil explicação, como no curioso caso de Chavigny (4) em que este autor não pode afirmar se teria havido realmente estranho preegamento ou fragmentação da bala. Este mesmo caso é, aliás, exemplo para pregas mas de roupa, pregas da camisa que justificam a existência de três orifícios para um tiro só.

A observação que vamos relatar é do tipo da de De Castro e Brielli, ou melhor é caso particular desse tipo, mas de mais difícil interpretação, por aparentar haver dois orifícios de entrada sem o de saída, o que, evidentemente, parece não ser de admitir, e a hipótese de segundo tiro surge ainda com mais força.

Trata-se do cadáver de uma mulher de 24 anos (Aut. n.º 16.450) que fora atingida, mortalmente, com dois tiros na região temporal esquerda, disparados a curta distância, e que determinaram dois orifícios de entrada nessa região e dois orifícios de saída na região temporal direita, depois de criarem um trajecto através do crânio e massa encefálica (fig. 1).

O cadáver apresentava, contudo, no quadrante inferior esquerdo da parede abdominal anterior (fig. 1), dois orifícios ovulares, com o aspecto de orifícios de entrada de balas que tivessem atingido essa região muito obliquamente «de cima para baixo, da esquerda para a direita e levemente de diante para traz».

O orifício colocado mais superior e externamente, ovalar, media «sete milímetros no seu maior eixo, oblíquo de cima para baixo e da esquerda para a direita, e cinco milímetros no seu menor eixo» estava «cercado de orla de contusão medindo dois e meio milímetros de largura na parte superior e um milímetro de largura na parte inferior», situava-se «no quadrante inferior e esquerdo da parede abdominal anterior a onze

centímetros acima do púbis e a dois e meio centímetros da linha média abdominal anterior» e correspondia a «orifício de entrada de projectil de arma de fogo curta» e era «seguido de trajecto, infiltrado de sangue com coágulos, dirigido de cima para baixo, da esquerda para a direita e levemente de diante para traz, superficial na parte superior» mas sem se notar, através da pele, a sua existência.

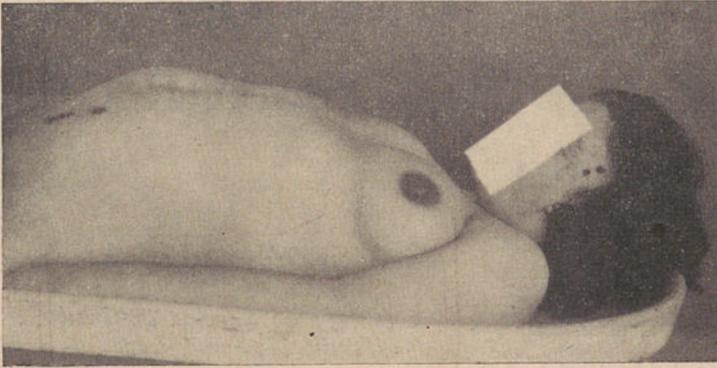


Fig. 1

O outro orifício, ovalar, situava-se, coincidindo com a direcção daquele trajecto, quatro centímetros abaixo e para dentro do primeiro, ficando «oito centímetros acima do púbis e a um centímetro da linha média anterior», também de bordos que lembravam orla de contusão, igualmente mais extensa na parte superior, «média, incluindo esta zona escoriada, dez por oito milímetros».

Ainda na mesma linha do trajecto se verificava (Figs. 1 e 2) a existência, a um e meio centímetros deste segundo orifício e «a sete centímetros da linha do púbis, sobre a linha média anterior», de uma zona de pele seca, dura, de cor acastanhada, lembrando uma placa apergaminhada «alongada no sentido transversal e medindo quinze por dez milímetros». Também entre esta zona e o orifício descrito não se notava, através da pele, qualquer ligação, mas na fotografia ampliada (Fig. 2), vê-se que uma zona mais escura deve marcar a existência de infiltração sanguínea sub-cutânea, em virtude de aí ser muito superficial o trajecto referido, que depois se torna «mais profundo» interessando «as fibras aponevróticas e musculares da parede abdominal anterior, parte anterior do ramo íleo-púbico do ilíaco direito, fibras aponevróticas e musculares da região inguino-crural direita onde, a dez centímetros abaixo da prega crural, foi encontrado um projectil de arma de fogo curta com os seguintes caracteres: bala blindada, tipo Browning, levemente deformada, pesando quatro gramas quinhentos e sete miligramas e com o calibre médio de sete milímetros e sessenta e cinco centésimos de milímetro (7,65 mm.)».

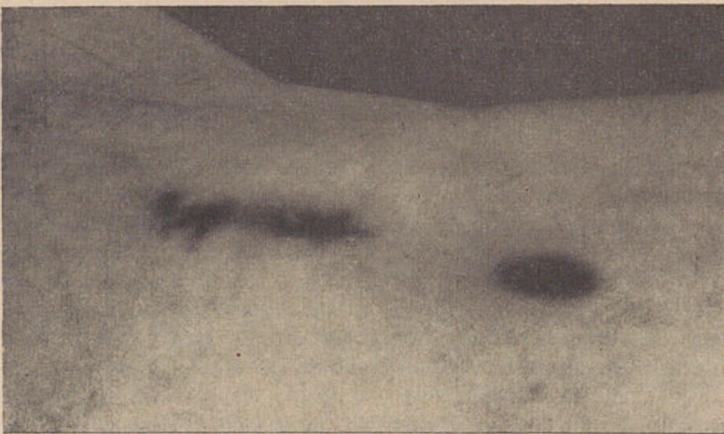
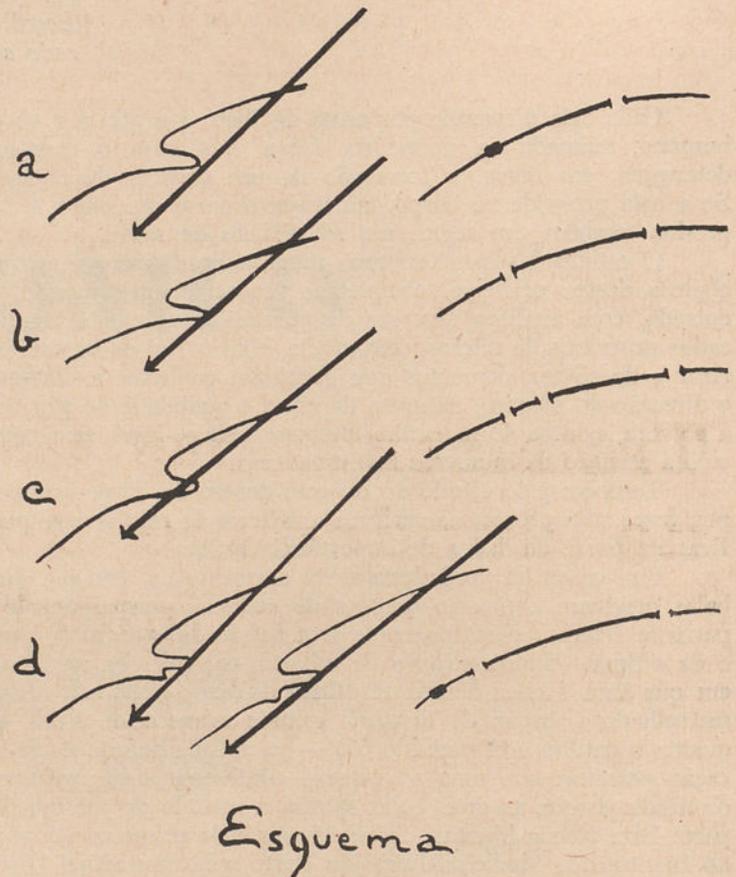


Fig. 2

O segundo orifício não era um orifício propriamente de entrada, era como que de saída e entrada, ou antes equivalia à perda da parte anterior do trajecto do projectil, na parede abdominal, que naquele ponto ficara a céu aberto, e a zona de aspecto apergaminhado inferior traduzia a passagem da bala muito próximo da pele, num enrugamento desta, mas sem a tocar e sem lhe abrir portanto solução de continuidade, antes a traumatizando pelo seu lado profundo.

A bala penetrou muito obliquamente, fazendo um trajecto sub-cutâneo razante que, tratando-se de mulher gorda apanhou o fundo de uma prega abdominal, que seccionou, ficando nessa altura a céu aberto, como se disse, e depois quase aflorou novamente num enrugamento situado junto à prega. Os gases de putrefacção desfizeram as pregas e ficou aparente o orifício que muito bem simulava um segundo orifício de bala por outro disparo que realmente se não deu, e ainda a pequena zona de aspecto apergaminhado.

Concebe-se realmente que uma bala razando uma prega (esquema — a) dê uma alteração da pele que no cadáver tenha o aspecto da zona referida, mas que se cortar o vértice do ângulo diedro que é a prega (esquema — b) origina um orifício (como na nossa observação) e se passar mais acima (esquema — c) produza dois orifícios (caso de De Castro e Brielli). Se à prega se seguir um enrugamento, que pode até fazer parte da própria prega, como facilmente se compreende estão realizadas as condições da nossa observação (esquema — d).



A superficialidade do trajecto está aliás patente na própria fotografia, exactamente entre o segundo orifício e a zona de aspecto apergaminhado, semelhantemente ao que se vê numa fotografia de tiro experimental muito oblíquo publicada por Piédélièvre, Dérobert e Charton (11) em que o trajecto se torna aí visível pela «traînée de crasses» deposta pelo projectil e, dizem esses autores, por pequenas sufusões, que, é claro, no tiro experimental se não podiam ter produzido.

Piédélièvre e Desoille (12), ao referirem-se às variações dos orifícios de entrada segundo a obliquidade do tiro, citam experiências que com pequena modificação reproduziriam a nossa observação.

De facto é bem claro, que, se num trajecto longo superficial, se dispusessem pregas de profundidade variada, a pele nas menos profundas seria simplesmente contundida, mas se atingisse o vértice da prega, daria um orifício, ou se a atingisse mais acima produziria dois orifícios.

A corroborar a nossa versão há ainda o facto de a combinação, que a vítima vestia quando foi agredida, apresentar um só orifício e não dois como seria natural se tivesse havido outro disparo.

Aliás a situação desse orifício, a cerca de dez centímetros da orla inferior, mostra-nos que a combinação estava levantada sobre o abdómen, mas, mesmo assim, muito dificilmente se poderia admitir enrugamento ou posição que evitasse o ela ser atingida por um segundo projectil se ele tivesse sido disparado.

## RESUMO

Os autores descrevem um caso de um só tiro de arma de fogo curta que deu origem a uma pequena placa de aspecto apergaminhado e a dois orifícios ovulares, com aspecto de orifícios de entrada, que faziam pensar em dois disparos.

A bala, dada a obliquidade com que atingira o abdómen, criou um trajecto muito superficial e cortou o ângulo diedro de uma prega cutânea produzindo o segundo orifício. Mais adiante o projectil razando a pele pela parte profunda de um enrugamento que se seguia à prega, originou a referida placa de aspecto apergaminhado.

## RESUMÉ

Les auteurs décrivent un cas d'un seul coup d'arme à feu courte qui a produit une petite plaque d'aspect parcheminé et deux orifices d'entrée ovalaires, simulant l'action d'un autre projectile.

La balle a pénétré dans le tégument de l'abdomen suivant un angle très oblique. Elle a créé ainsi un trajet très superficiel qui a intéressé justement le sommet d'un pli cutané et, de cette façon, elle a originé un second orifice avec l'aspect d'un autre orifice d'entrée.

Immédiatement après, dans le même trajet, le projectile a presque touché la partie profonde de la derme, probablement à l'endroit d'un autre pli, en créant la plaque nommée parcheminée.

## SUMARY

The authors describe a case of one shot of a pistol which caused a small plate with a parchment-like aspect and two oval orifices, resembling entrance orifices, which gave the impression of two shots.

The projectile, admitting the obliquity in which it hit the abdomen, had a very superficial passage and cut the dihedral angle of a cutaneous fold producing a second orifice, and further on slightly touching the skin through the deep wrinkle which followed the mentioned fold, gave origin to the referred plate.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) — *Borri, Cevédalli e Leoncini* — Trattato di Medicina Legale, Milão, 1924.
- 2) — *Carrara (M.), Romanese, Canuto e Tovo* — Medicina Legale, Turim, 1938.
- 3) — *De Castro e Brielli* — Tre orifici di ingresso all'addome da un solo proiettile di revolver. Arch. Antrop. Crimin., XXXIII: 428, 1912.
- 4) — *Chavigny (M.)* — Plaie par revolver. Projectile unique, orifices multiples. Ann. Méd. Lég., IV: 268, 1924.
- 5) — *Coimbra (Francisco) e Lecour de Menezes* — Pénétration de deux balles de petit calibre dans l'abdomen par un seul orifice. Ann. Méd. Lég., V, 2: 93, 1925.
- 6) — *Dervieux, Piédelièvre e Szumlanski* — Un cas de suicide par coup de feu dans la bouche. Ann. Méd. Lég., 9: 285, 1929.
- 7) — *Fávero (Flamínio)* — Medicina Legal, São Paulo, 1945.
- 8) — *Hofmann, Vibert e Brouardel* — Atlas-Manuel de Médecine Légale, Paris, 1899.
- 9) — *Kenyeres* — Orv. Hetil, I, 688, 1931 (in Deutsch. Zeit. Gerichtl. Med., 18: 171 1931).
- 10) — *Lopes (Carlos) e J. Oliveira Barros* — Penetração de duas balas pelo mesmo orificio. Portugal Médico, 31, 2: 53, 1947.
- 11) — *Piédelièvre, Dérobert e Charton* — Aspect des orifices des balles selon l'angle du tir. Ann. Méd. Lég., XVI, 10: 607, 1936.
- 12) — *Piédelièvre e H. Desoile* — Blessures par coups de feu. Paris, 1939.
- 13) — *Piga* — Medicina Legal de Urgencia, Madrid, 1928.
- 14) — *Rooks (G.)* — Plaies par armes à feu avec plusieurs projectiles et un seul orifice d'entrée. Ann. Méd. Lég., 6: 401, 1934.
- 15) — *Sööt (K.)* — Eesti Arst, 10: 1933 (cit. in Rooks).

# Tratamento das fístulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado

## (Método simples de evitar as lesões da pele)

ANTÓNIO ESPERANÇA MENDES FERREIRA

(Cirurgião dos Hospitais Cívicos e do Hospital do Ultramar — Lisboa)

Depois de rever a literatura médica sobre o assunto, somos levados a concordar com as afirmações de Brown, Speir e Trenton: «Avaliando pelo número de casos relatados pode-se concluir que as fístulas duodenais são raras. Duvidamos que isto corresponda à verdade. Naturalmente hesita-se em publicar os erros de técnica ou as faltas resultantes de menos senso clínico feitas pelo próprio ou pelos colegas. Seguramente as fístulas duodenais, como complicação cirúrgica, são muito mais frequentes do que os dados estatísticos coligidos indicam.

Só discordo destes autores quando afirmam que a maioria das fístulas duodenais são devidas a erros de técnica ou a faltas resultantes de menos senso clínico, visto que, em muitos casos, esta perigosa complicação pode surgir de maneira inevitável, apesar do melhor senso cirúrgico e da técnica mais correcta.

\*

Em 1938 Bartlett e Lowell, reviram a literatura desde 1865 até 1937 e encontraram 128 casos. Desde 1937 até Novembro de 1949, Brown, Speir e Trenton encontraram apenas 24 casos na literatura médica, incluindo os seis que então publicaram. Desde essa data até agora, só tenho conhecimento de mais 22 casos publicados (Albright, Denise e Henley) que, com os quatro que vou apresentar, elevam a 26 as complicações deste tipo publicadas desde Novembro de 1949.

Nesta exposição ocupar-nos-emos somente das fístulas do duodeno e do segmento superior do intestino como complicações post-operatórias.

A operação que mais frequentemente é seguida desta complicação é a gastrectomia (16 casos em 761 gastrectomias de Henley e Bell, 5 casos em 306 gastrectomias do autor). Contudo esta complicação pode surgir como acidente técnico, após outras operações como: nefrectomia direita 14,15, hemicolecotomia direita 3, 13, 16, operações das vias biliares 17 ou qualquer intervenção cirúrgica no quadrante superior direito do abdómen 5,9.

Os nossos cinco casos sobrevieram como consequência de gastrectomias subtotais ou totais.

Como causas determinantes mais frequentes devem mencionar-se: o encerramento imperfeito do côto duodenal ou da anastomose (operações do tipo de Billroth I); os processos inflamatórios ou cicatriciais extensos e as dificuldades técnicas determinadas pela obesidade e por certas disposições anatómicas. Nas operações do tipo Billroth II, a obstrução da ansa proximal, produzindo pressão retrógrada sobre o côto duodenal, pode ser a causa determinante, no entanto, os factores mais importantes na produção das fístulas são: a circulação sanguínea deficiente, os hematomas, a infecção, a alimentação precária e a necrose de pressão produzida por drenos duros ou imprópriamente colocados. Contudo, muitas vezes, não é possível

determinar o factor ou factores contribuintes e a fístula aparece apesar da mais meticulosa técnica e em casos que, por todas as outras razões, seriam absolutamente imprevisíveis.

A importância do tipo da fístula (terminal ou lateral) é sobretudo prognóstica, como mostra a estatística da Bartlett e Lowell em que a mortalidade foi 40 % nos 114 casos de fístula do tipo lateral e apenas de 14 % nos doentes com fístula do tipo terminal.

O diagnóstico é, regra, fácil. Nos casos drenados, geralmente entre o terceiro e o oitavo dia após a operação, o penso aparece sujo, por vezes mesmo ensoado num líquido aquoso, corado de bile, com o cheiro característico do suco duodenal e, pouco tempo depois, a pele circunvizinha da drenagem apresenta-se manifestamente irritada devido à acção proteolítica dos enzimas pancreáticos. Nos casos não drenados, o pulso e a temperatura sobem, o doente queixa-se de dores e há defesa no quadrante superior direito; a ferida tem, geralmente, aspecto de inflamada e, em breve, há deiscência parcial, escoando pela abertura suco duodenal característico, em quantidade variável com o tipo e extensão da fístula. Mais raramente a complicação apresenta-se com o quadro clínico dum abscesso subfrênico ou duma peritonite aguda difusa.

Os estudos radiológicos com refeição baritada ou com substâncias de contraste introduzidas na fístula, são desnecessários nos estados precoces, excepto para determinar a localização e tamanho da fístula. Nos casos de longa duração, em que tem de se considerar a necessidade de uma nova intervenção, os estudos radiológicos são imperativos, para auxiliarem a fazer o diagnóstico da extensão, é possível causa de manutenção da fístula, assim como para se estabelecer o plano de operação.

## TRATAMENTO

O tratamento desta complicação cirúrgica é múltiplo e requiere muita atenção e cuidado visto que a morbidade e a mortalidade são muito elevadas nos casos desprezados. Muitas vezes os doentes perdem grandes quantidades de líquidos que contêm água, electrólitos e fermentos digestivos. Por consequência o tratamento tem de ser dirigido de maneira a evitar a desidratação, o desequilíbrio electrolítico, a desnutrição e a acção proteolítica dos fermentos digestivos.

Graças aos conhecimentos actuais da nutrição e dos equilíbrios hídrico e electrolítico, na maioria dos casos, é relativamente fácil manter o equilíbrio fisiológico do organismo, dando líquidos, electrólitos e proteínas em quantidades apropriadas «per os» e por via perentérica.

Por vezes, nas fístulas grandes com pouca ou nenhuma tendência para a cura, pode impor-se a necessidade de fazer uma jejunostomia para pôr a fístula em repouso e introduzir os líquidos obtidos da drenagem da fístula através da jejunostomia, a fim de restituir ao organismo os fermentos necessários à digestão.

Além disso, nem sempre é fácil evitar a maceração e necrose da pele e dos tecidos à volta da fístula e até a infecção subsequente desses tecidos. Por isso têm sido propostos vários métodos de tratamento:

- 1) — Protecção da pele e dos tecidos à volta da fístula aplicando vários tipos de pomadas e pastas.
- 2) — A adsorção dos líquidos eliminados com caulino ou com pó de carvão, mudança frequente dos pensos para evitar o contacto dos líquidos proteolíticos com a pele colocação do doente sobre o abdómen, durante a noite, de forma a que os líquidos drenados caiam directamente num reservatório (Bailey).
- 3) — Neutralização dos enzimas irrigando a ferida ou aplicando pensos embebidos com soluções tampão de diferentes tipos: 8, 11, 12, 13, 18. Para inactivar a tripsina têm sido empregados vários tipos de soluções ácidas, em virtude do pH óptimo para a acção digestiva da tripsina ser entre 7 e 8. 8, 11, 13, 16.
- 4) — Aspiração intraduodenal contínua ou aspiração contínua com um tubo introduzido na fístula para evitar o contacto dos líquidos duodenais com a pele. 1, 4, 12, 16.

- 5) — Várias combinações dos métodos anteriormente referidos.

A protecção da pele com pomadas ou pastas e a aspiração contínua com tubos ou algálias de Nelaton, introduzidas no trajecto fistuloso, são os métodos mais vulgarmente empregados mas, apesar disso, as lesões da pele são, por vezes, extensas. Por isso Donald (7) concebeu em 1943 um aparelho simples que nós empregámos numa doente com fístula externa post-coleododuodenostomia. Este processo deu-nos bons resultados, apesar de não ter evitado completamente as lesões da pele.

Há tempo, depois de uma operação difícil, um dos doentes que constitui motivo desta comunicação, fez uma fístula duodenal externa. Pensei então que as lesões da pele poderiam evitar-se estabelecendo conjuntamente a drenagem dos fluidos duodenais e a obliteração do trajecto fistuloso com uma algália de Pezzer de tamanho apropriado. Como o resultado obtido foi francamente bom, empregámos o mesmo método, também com bons resultados, nos 4 casos seguintes.

O método é simples, pois consiste em introduzir no trajecto fistuloso, da mesma forma que se introduz na bexiga, uma algália de Pezzer de diâmetro um pouco superior ao do trajecto fistuloso. (Fig. 1 e 2). Quando se retira o condutor,



Fig. 1



Fig. 2

o cogumelo de Pezzer adapta-se completamente às paredes do trajecto o que evita o escoamento de líquido para o exterior. Para maior segurança, fixa-se a Pezzer no lugar atando uma linha à sua volta junto à pele e fixando as extremidades da linha a duas tiras de adesivo coladas à pele, dum e doutro lado do orifício fistuloso. À extremidade da Pezzer aplica-se uma aspiração contínua. Seguidamente, cobre-se a pele com abundante quantidade de uma pasta ou pomada e tampona-se a ferida com gaze. Emprego geralmente pomada de óxido de zinco (Fig. 3). Desta forma, evitam-se as lesões da pele ou curam-se rapidamente se, porventura, já existirem.

Como a quantidade de líquidos aspirados vai diminuindo progressivamente e o trajecto fistuloso diminui de calibre, deve-se, com alguns dias de intervalo, substituir a Pezzer por outras de menor calibre. Três ou quatro dias depois de não saírem líquidos pela aspiração, retira-se a Pezzer e o trajecto

# P V R

## Imunoterapia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÕES

#### Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	300.000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas . . . . .	5 c. c.

#### Supositórios

##### 1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	300.000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica . . . . .	0,120 >
Gomenol . . . . .	0,001 >
Eucaliptol . . . . .	0,001 >
Cânfora . . . . .	0,001 >
Vitamina A . . . . .	30.000 U.
Vitamina D <sub>3</sub> . . . . .	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p. . . . .	3 grs.

##### 500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

### INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

### APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27  
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875  
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604  
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

Terapêutica omnivalente  
das infecções bacterianas com

O produto  
original!

# OMNADINA-PENICILINA »HOECHST«

Combinação de Penicilina-Procaína reforçada  
e Omnadina\* para suspensão aquosa

- Aumento de fagocitose
- Aumento de poder bactericida do soro
- Aumento da génese dos anti-corpos
- Efeito prolongado da Penicilina-Procaína
- Elevado nível inicial de Penicilina no sangue pela Penicilina G sódica
- Acção bactericida directa

Acção imunobiológica  
e antibiótica

\*Marca registada



Frasco-ampolas com  
200 000 U.I.

Frasco-ampolas com  
400 000 U.I.

FARBWERKÉ HOECHST AG. *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst · Alemanha

Representantes para Portugal: MECIUS Lda., Rua do Telhal, 8-1.º LISBOA

fecha rapidamente, a não ser que um corpo estranho, na parede abdominal, o mantenha aberto, como sucedeu no caso 2.

Em vez da algália de Pezzer pode-se empregar uma algália de Foley como empregamos no caso 4 com bons resultados.



Fig. 3

**Caso 1** — A. V., homem de 60 anos, que viveu em Moçambique durante 23 anos, foi admitido no Hospital do Ultramar em 10 de Novembro de 1950, queixando-se de dores epigástricas, vômitos e perda de peso acentuada. Teve numerosas cólicas hepáticas nos últimos 27 anos e há 13 anos que tem, averiguadamente, uma úlcera do duodeno com hematemese e melenas repetidas. Estenose pilórica há um ano. Operação em 30 de Novembro de 1950. Estenose pilórica acentuada. Depois de uma dissecação laboriosa, verificou-se que a vesícula biliar tinha quase desaparecido totalmente e o seu fundo comunicava com a primeira porção do duodeno por uma abertura com cerca de 1/2 cm. de diâmetro. Os canais, hepático e coledoco, muito aumentados de volume e de paredes muito espessas, envolviam um cálculo do tamanho dum ovo de pomba que estava encravado no coledoco. Depois de dissecar o hepático e o coledoco, os segmentos mais afectados destes canais e o cálculo, foram excisados em bloco, após o que se explorou o hepático e o coledoco e se procedeu à dilatação da papila. Seguidamente, executou-se uma coledoco-hepatostomia termino-terminal, introduziu-se um tubo em T no coledoco e no hepático, encerrou-se o orifício produzido pela fistula no duodeno e fez-se uma gastrectomia sub-total do tipo de Hofmeister-Finsterer. Junto do côto duodenal encerrado deixou-se um dreno de rubber-dam que se fez passar através de uma contra abertura. A ferida operatória foi encerrada totalmente por planos.

No 8.º dia após a operação, a convalescença, até então normal, foi complicada por uma fistula duodenal pela qual saía abundante quantidade de líquido, independentemente da bile, drenada pelo tubo em T. Como passadas 48 horas, a pele vizinha da fistula se apresentava muito irritada e já com algumas erosões, apesar da aplicação de pastas protectoras e da aspiração continua através de uma algália de Nelaton introduzida no orifício da fistula, introduziu-se no tracto fistuloso uma algália de Pezzer de tamanho apropriado e continuou-se o tratamento como descrevemos anteriormente.

As lesões da pele curaram rapidamente e, à medida que a quantidade de líquido aspirado ia diminuindo, a Pezzer era substituída por outras de menor tamanho. Três dias depois de deixar de se obter líquido pela aspiração, retirou-se a Pezzer e o tracto fistuloso fechou rapidamente (28 dias depois da operação e 20 após o estabelecimento da fistula duodenal). O doente goza de perfeita saúde desde então.

**Caso 2** — J. P. H., de 48 anos, gordo e aparentemente saudável, baixou ao Hospital do Ultramar com uma úlcera do duodeno desde os 30 anos, complicada durante o último ano por vômitos de estase, hematemese e melenas abundantes e repetidas. O estudo radiológico revelou a existência de uma estenose duodenal acentuada e de cálculos na vesícula.

Na operação, executada em 14 de Março de 1951, verificou-se a existência de um estômago enorme, um duodeno muito estenosado, envolvido por aderências espessas, muito aderente ao pâncreas e uma vesícula coberta de aderências e contendo numerosos cálculos.

A libertação do duodeno e a dissecação da vesícula foram manifestamente difíceis em virtude da adiposidade, das aderências e da localização profunda dos órgãos. Fez-se uma gastrectomia sub-total do tipo Hofmeister-Finsterer e uma colecistectomia. O encerramento e a inversão do côto do duodeno foi considerado bom mas deixou-se um «rubber-dam» para drenagem na sua proximidade, sobretudo por babar um pouco de sangue da cama da vesícula.

O post-operatório foi bom nos primeiros 4 dias mas, no 5.º dia, o doente queixou-se de dores no quadrante superior direito do abdômen e tinha 38,5 de temperatura. No dia seguinte, o penso estava ensoado de pus e, nessa mesma tarde, aparecia no penso abundante quantidade de líquido com as características do suco duodenal. Medicou-se o doente com o tratamento geral apropriado e introduziu-se no tracto fistuloso, no lugar onde antes se encontrava o dreno, uma algália de Pezzer através da qual se fez a aspiração continua e cobriu-se a pele vizinha da fistula com abundante quantidade de pomada de óxido de zinco.

O estado geral do doente foi sempre bom mas, apesar da quantidade de líquido duodenal aspirado nunca exceder 300 c.c. nas 24 horas e o tracto fistuloso ser, progressivamente, de menor calibre, teve de se manter a drenagem e a aspiração até ao dia 26 de Abril (38 dias após o estabelecimento da fistula). A pele nunca apresentou lesões nem esteve sequer irritada. Durante cerca de 5 meses manteve-se uma drenagem sero-purulenta escassa que só desapareceu após incisão e limpeza de um pequeno abcesso sub-cutâneo mantido por alguns pontos não reabsorvidos. Desde essa data a saúde do doente tem sido excelente.

**Caso 3** — E. C., viúva, de 60 anos, baixou ao Hospital de D. Estefânia queixando-se de falta de apetite, perda de peso considerável, anemia e enfartamento gástrico durante os últimos 3 meses. Estava manifestamente anemiada e no epigastro palpava-se uma massa grande indolor, dura e móvel. O exame radiológico revelou uma imagem lacunar grande no terço médio da grande curvatura.

Depois de tratamento apropriado para a sua reconstituição, a doente foi operada em 11 de Janeiro de 1951. Tinha um carcinoma do estômago de grandes dimensões aderente ao baço, ao pâncreas e a um segmento da metade esquerda do cólon transverso. Havia numerosos gânglios linfáticos grandes e tipicamente metastáticos. Ressecou-se em bloco cerca de dois cm. de duodeno, o grande e pequeno eplon, cerca de 15 cm. de cólon transverso, o corpo e cauda do pâncreas, o baço e o estômago, seccionando o esófago cerca de 2 cm. acima do cardia. Encerrou-se o duodeno, suturou-se o pâncreas seccionado, fez-se uma anastomose termino-terminal do cólon transverso e anastomosou-se o esófago a uma ansa ao jejuno passada à frente do cólon. Junto do ângulo de Treitz fez-se uma jejuno-jejunostomia. Colocou-se um dreno de «rubber-dam» próximo do pâncreas seccionado e outro na proximidade do esófago-jejunostomia. Os «rubber-dam» foram passados por contra aberturas e a ferida operatória foi encerrada por planos.

A doente teve um post-operatório normal até ao 11.º dia, data em que se verificou que parte dos líquidos deglutidos e um líquido corado de bile, saía à volta do dreno colocado próximo da esófago-jejunostomia. Retirou-se este dreno e o tracto fistuloso foi completamente obliterado por uma algália de Pezzer de tamanho conveniente através da qual se fez a aspiração continua. Como pela aspiração saía abundante quantidade de líquido (de 1.000 a 1.500 c.c. em cada 24 horas), resolvei, quatro dias depois do aparecimento da fistula, fazer uma jejunostomia para alimentar a doente e para pôr a anastomose em repouso.

O líquido obtido pela aspiração diminuiu progressivamente de forma que a Pezzer foi substituída duas vezes, por outras de diâmetro mais pequeno. Três dias depois de não se obter líquido pela aspiração, retiraram-se as algálias de Pezzer e a da jejunostomia. Em 12 de Fevereiro de 1951, a fistula estava completamente fechada (32 dias depois da primeira operação e 21 depois do aparecimento da fistula).

A doente manteve-se relativamente bem e alimentava-se como é habitual depois das gastrectomias totais durante cerca de quatro meses, morrendo depois, em poucos dias, com uma broncopneumonia e um abcesso pulmonar.

**Caso 4** — F. S. F., trabalhador rural de 30 anos, baixou ao Hospital de D. Estefânia com uma história de úlcera duodenal durante os últimos 7 anos. Nos últimos meses os sintomas tornaram-se mais severos correspondendo ao quadro de úlcera penetrante, e começou a ter vômitos de estase.

O exame físico não revelou qualquer anormalidade a não ser dor à palpação e ligeira rigidez muscular na parte média do epigastro. Os exames laboratoriais de rotina também foram normais à excepção de uma hipercloridria persistente. O estudo radiológico revelou a existência de uma úlcera duodenal e estase gástrica moderada às 6 horas.

Depois de um mês de tratamento médico apropriado, procedeu-se à intervenção cirúrgica em 2 de Fevereiro de 1951. Na exploração abdominal encontrou-se um estômago grande e um duodeno estenosado e aderente, com uma úlcera penetrante no pâncreas. A restante exploração foi negativa. A mobilização do duodeno foi difícil mas o encerramento e inversão do côto duodenal, feitos com duas suturas de «cat-gut» e uma de linha, executaram-se facilmente e foram considerados satisfatórios. Além disso a operação consistiu numa gastrectomia sub-total pela técnica

de Hofmeister-Finsterer modificada, de execução bastante simples. No 3.º dia após a operação, apareceu uma pneumonia que curou clinicamente em 48 horas. No 9.º dia queixou-se, súbitamente, de dores violentas no abdómen com os sintomas e sinais de peritonite.

Transferido para o «Banco» foi operado de urgência pelo cirurgião de serviço que tentou suturar o côto duodenal que apresentava dijunção total das suturas. Como a sutura foi impossível, o cirurgião limitou-se a passar alguns pontos, fazer uma epiploplastia e drenar. Dez dias depois desta segunda operação o doente voltou para o nosso Serviço com maceração e ulcerações extensas da pele e com uma grande fistula duodenal. Introduziu-se uma algália de Pezzer no tracto fistuloso e, através desta, estabeleceu-se a aspiração contínua, protegendo a pele com abundante quantidade de pomada de óxido de zinco. Instituiu-se e manteve-se um tratamento geral de suporte e reconstrução do doente que, nessa data, se encontrava em precárias condições. Nas primeiras 24 horas aspiraram-se 1.800 c.c. de líquido, quantidade que diminuiu gradualmente para 800 c.c. e pouco depois, para 500 c.c. Como o diâmetro da fistula era grande e se escoava algum líquido à volta da Pezzer, substituímos esta por uma algália de Foley com o que obtivemos resultados manifestamente bons. A pele tornou-se normal em poucos dias e a ferida começou a granular bem. O estado geral melhorou rapidamente, mas a fistula só estava completamente curada em 10 de Junho de 1951 — 4 meses depois do seu estabelecimento. O doente teve alta nessa data e tem passado muito bem desde então. n5

*Caso 5* — D. F., operário, de 52 anos, baixou ao Hospital D. Estefânia em 28 de Janeiro de 1952 com sintomas e sinais de úlcera gástrica durante os últimos 18 meses. Nos últimos 4 meses tinha dores contínuas, hematemeses, melenas e perda de peso acentuada.

Operação em 2 de Fevereiro de 1952. Na pequena curvatura, próximo do piloro, havia uma úlcera calosa, grande, penetrando no mesocolon transversal e invadindo a artéria cólica média que, na exploração operatória julgámos ser uma úlcera maligna. Por isso fez-se uma gastrectomia sub-total extensa (mais de 4/5 do estômago com toda a pequena curvatura), ressecou-se o grande e o pequeno epíplon e parte do mesocolon transversal, incluindo os vasos cólicos, médios. Como a artéria marginal ficou intacta, apesar duma ligeira modificação da cor do cólon transversal correspondente, não se ressecou qualquer segmento desta porção do cólon porque, se admitiu que a sua nutrição era suficiente. A continuidade gastro-intestinal foi restabelecida pela técnica de Billroth I modificada.

Colocou-se um dreno de «rubber-dam» próximo da anastomose e encerrou-se a parede por planos.

O doente fez um óptimo post-operatório até ao 6.º dia, data em que se queixou de dores nos quadrantes superiores do abdómen e a temperatura se elevou a 38,5°. Dois dias depois a temperatura desceu para o normal mas o penso encontrava-se ensopado em abundante quantidade de líquido duodenal e fezes. Limpou-se cuidadosamente a ferida e verificou-se que havia duas fistulas separadas



Fig. 4

— uma grande por onde saía líquido duodenal e outra pequena donde se escoavam fezes. Introduziu-se uma algália de Pezzer na fistula duodenal, tamponou-se a ferida com gaze oxigenada, protegeu-se a pele com pomada de óxido de zinco e estabeleceu-se uma aspiração contínua através da Pezzer. Além disso instituiu-se um tratamento geral de suporte apropriado e deram-se antibióticos de acção electiva sobre a flora intestinal, per os, em doses convenientes. O estado geral do doente manteve-se sempre bom, a quantidade de fluido duodenal diminuiu progressivamente, a ferida granulou bem e, no fim de cinco semanas, a fistula estercoral estava praticamente fechada. Um mês depois do seu aparecimento a fistula gastro-duodenal estava em via de cura (Fig. 4 e 5) o doente alimentava-se normalmente e aumentava todas as semanas de peso.



Fig. 5

A ureia do sangue, os cloretos plasmáticos, a reserva alcalina e as proteínas do sangue foram sempre normais, apesar da existência de uma grande fistula do tipo lateral complicada por uma fistula estercoral. A pele apresentou-se irritada durante alguns dias porque a Pezzer saiu do tracto, por duas vezes, e os líquidos escoaram livremente e durante quase 24 horas, de cada vez. Cerca de dois meses depois do aparecimento da fistula o doente estava curado e sentia-se bem, mantendo-se assim desde então.

#### COMENTÁRIO

É estranho e, até, de lamentar que, em dois anos e três meses, eu tenha tido cinco fistulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino, enquanto que, nos treze anos anteriores da minha carreira cirúrgica não tive nenhuma.

Dos cinco casos que acabo de apresentar, só no caso 5 me sinto de certo modo, responsável porque, se durante a operação tivesse duvidado da nutrição do segmento do cólon, depois de ter laqueado os vasos cólicos médios, deveria ter ressecado esse segmento, se bem que, em casos semelhantes, tenha procedido da mesma forma sem disso resultar uma fistula estercoral. De qualquer forma, parece que o factor etiológico principal da fistula do duodeno, neste caso, foi uma pequena perfuração do cólon com abscesso pericólico que destruiu parte da anastomose gastroduodenal.

No caso 1, havia tanto tecido esclerosado e a dissecação e sutura do duodeno foram tão difíceis que, uma fistula duodenal, apesar de não ser esperada, é facilmente explicável, quer a partir do coto duodenal, quer do orifício da fistula colecistoduodenal anterior.

No caso 2, o facto do doente ter hemorragias repetidas e abundantes tornava a remoção da úlcera imperativa. A obe-

sidade do doente, a situação profunda da úlcera penetrante e a existência de esclerose extensa, tornaram a dissecação e o encerramento do coto duodenal difíceis se bem que, no fim da operação tivéssemos considerado o encerramento do coto duodenal satisfatório. O factor etiológico mais provável nesta fistula, deve ter sido uma perturbação da circulação sanguínea numa pequena área do coto duodenal.

No caso 4, é difícil encontrar a possível causa determinante porque, se bem que a mobilização do duodeno tivesse sido difícil, o encerramento do coto foi de execução fácil e normal. É possível que tenha havido uma infecção e abcesso junto do coto duodenal, uma vez que houve dijunção total das suturas do coto do duodeno.

Felizmente, é de notar que nenhum dos 5 doentes apresentados, morreu em consequência da fistula do duodeno. Nenhum deles esteve em qualquer ocasião em más condições gerais ou teve mais do que uma pequena irritação da pele, apesar de inicialmente alguns drenarem 1.500 a 1.800 c.c. de líquido duodenal pelas algalias de Pezzer ou de Foley. Atribuimos estes bons resultados a ter mantido a nutrição e os equilíbrios hídrico, electrolítico e proteico com dietas apropriadas, soro fisiológico, soro glucosado, protolizatos e transfusões de sangue nas quantidades necessárias e, ainda, à aspiração continua feita pelas algalias de Pezzer ou de Foley introduzidas no trajecto fistuloso, obliterando-o e evitando o contacto corrosivo dos fluidos duodenais com a pele.

### CONCLUSÕES

- 1) — A grande maioria das fistulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado podem curar-se por métodos conservadores.
- 2) — Quando o processo de cicatrização se arrasta e o estado geral do doente se agrava, a jejunostomia pode ser necessária para pôr a fistula em repouso e alimentar melhor o doente.
- 3) — A operação precoce, como tentativa para fechar a fistula, é muito perigosa e só se deve fazer quando o doente não ficou drenado e a dijunção do coto duodenal se faz em peritoneu livre.
- 4) — A operação tardia pode ser necessária, mas só quando depois de um período prolongado de tratamento conservador, se verifica haver pouca, ou nenhuma, tendência para a cura e se torna difícil manter o doente em boas condições fisiológicas.
- 5) — A melhor maneira de evitar as habituais lesões da pele, consiste em:
  - a) — Protegê-la com uma pomada ou pasta.
  - b) — Evitar o contacto irritante e corrosivo dos fluidos duodenais com a ferida e com a pele, por meio de uma aspiração continua feita através de uma algália de Pezzer ou de Foley cujos, cogumelo ou balão, obliteram o trajecto fistuloso.

### RESUMO

Faz-se uma breve revisão da literatura médica sobre fistulas duodenais externas, mencionando a revisão completa feita por Bartlett e Lowell de 1865 a 1937 (128 casos) e a revisão feita por Brown, Speir e Trenton desde 1937 a Novembro de 1949 (24 casos, incluindo os 6 dos autores).

Desde esta última revisão até à data em que o autor revê a literatura (Maio, 1953), só se encontraram mais 22 casos a que o autor junta mais 4.

...ocupa-se apenas das fistulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado, mencionando os factores etiológicos e os meios de diagnóstico.

...faz uma compilação resumida dos métodos de tratamento que têm sido propostos, incluindo uma pequena modificação introduzida pelo autor — aspiração continua através de uma algália de Pezzer ou de Foley introduzidas no trajecto fistuloso.

...apresenta 4 casos de fistula duodenal externa e um de fistula externa do segmento superior do intestino delgado, em que o método provou a sua utilidade.

Em conclusão, sugere-se um esquema de tratamento para estas situações.

### RÉSUMÉ

A propos de quatre cas de fistule duodénale externe et d'un cas de fistule externe du segment supérieur de l'intestin grêle, l'A. fait une courte révision de la littérature médical sur les fistules duodénales externes et il fait remarquer que, certainement, cette littérature n'exprime pas la fréquence réelle de ces situations. Il s'occupe surtout des fistules duodénales post-operatoires et du segment supérieur de l'intestin grêle, en presentent un étude des facteurs étiologiques et des moyens de diagnostic. Il cite, en résumée, les méthodes de traitement connues, et, en faisant un schème du traitement, il conséille l'aspiration continue au moyen d'une algalie de Pezzer ou de Foley qui sera introduite dans le traject fistuleux.

### SUMMARY

The A. presents four cases of duodenal external fistulas and one of external fistula of the upper part of the small intestine he makes a revision of the medical literature and he says that, certainly, this literature does not express the actual frequency of this condition. The A. studies, specially, the post-operative duodenal fistulas and the upper small intestinal fistulas and their etiology and diagnosis. The A. mentions the treatment employed and, stablishing a schème of the treatment, he proposes a continue aspiration through a Pezzer tube or a Foley tube, introduced into the traject of the fistula.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) — *Albright, Hollis E. e Field, C. Leonard.* Duodenal Fistula — Problems in Management, *Ann. Surg.* 132: 49, 1950.
- 2) — *Bartlett, M. K. e Lowell, W. H.* — Acute Post-operative Duodenal Fistula: A report of 12 cases. *New England J. Med.* 218: 587, 1938.
- 3) — *Bell, L. G., Owens, J. C. e McMurtrie, W. J., Jr.* Dual Perforated Peptic Ulcer and Duodenal Fistula *U. S. Nav. M. Bull.* 47: 937, 1947.
- 4) — *Brown, R., Speir, R. C. e Trenton, J. W.* — Duodenal Fistula. *Annals of Surgery:* 132: 913. November 1950.
- 5) — *Consales, P. A. e O'Connell, W. T.* — The Use of Blood in the Treatment of Duodenal Fistula. *New England J. Med.* 231: 582, 1949.
- 6) — *Denise, M.* — Therapy by Application of Tissue. *Case. Lyon Chir.* 45: 214, 1950.
- 7) — *Donald, C. J. Jr.* — A Simple Apparatus for the Treatment of Upper Intestinal Fistula. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* 17: 156, 1942.
- 8) — *Friedmann, M. H. F.* — Aluminium Hydroxide Gel for Erosions in Patients with Bowel Fistulas. *J. A. M. A.* 131: 520, 1946.
- 9) — *Hall, A. J., Simpson, G. S. e Bard, J. L. A.* — Lobar Pneumonia; Subphrenic Abscess: Duodenal Fistula; Recovery. *Brit. M. J.:* 1: 1043, 1938.
- 10) — *Henley, R. Bruce e Bell, H. Glenn* — Fistulas following Gastrectomy. *Californian Medecine.* 75: 276, October 1951.
- 11) — *Kittelson, J. A.* — Treatment of Duodenal Fistula; Report of New Buffer-Solution. *Surg., Gynec. & Obst.* 56: 1056—1933.
- 12) — *Rekai, J.* — Present-day Treatment of the Post-operative Duodenal Fistula, *Arch. Surg.* 57: 637, 1948.
- 13) — *Selous, C. F. e Perryman, P. W.* — Excoriation around Fistula; Control by Buffered Gel. *Lancet* 1: 240, 1945.
- 14) — *Schneider, D. H.* — Duodenal Fistula after Kidney-Surgery. *J. Urol.* 51: 287, 1944.
- 15) — *Taylor, C. B. e Taylor, J. M.* — Duodenal Fistula following Nephrectomy. *J. Urol.* 50: 278, 1943.
- 16) — *Thompson, L. R.* — New Technic in Treatment of Duodenal Fistula. Report of one Case. *Am. J. Surg.* 43: 783, 1939.
- 17) — *Thorstad, M. J.* — Conservative Treatment of acut Duodenal Fistula. *Case. Am. Surg.* 119: 770, 1944.
- 18) — *Vehrs, G. R.* — Treatment of three Duodenal Fistulas by Bio-physicochemical Solutions with simple Apparatus for combined Irrigation and Suction. *Western J. Surg.* 45: 453, 1937.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Tratamento das obliterações crônicas da femoral superficial no decurso das arterites

J. OUDOT e J. M. CORMIER

(Paris)

Entre os múltiplos tratamentos da trombose arterial, a cirurgia ocupa um lugar de primeiro plano, porque o restabelecimento da continuidade vascular é uma aspiração legítima que as técnicas restauradoras têm tornado possível. Estabeleceram-se duas tendências: a endarteriectomia, proposta por Dos Santos e a escola de L. Bazy e os enxertos vasculares arteriais ou venosos (R. Fontaine, J. Kunlin, M. Sewelle).

Infelizmente, este tratamento restaurador não se pode aplicar se a doença é muito difusa, enquanto que os métodos que lutam contra o espasmo têm o seu interesse, remediando as consequências da obliteração, sem suprimir o obstáculo mecânico. É este o fim das operações sobre o simpático (arteriectomia de Leriche e gangliectomia proposta por Júlio Diez). Quanto às operações sobre as glândulas endócrinas, paratiroidectomia e sobretudo suprarenalectomia de Von Opper, elas têm, como Leriche dizia, uma dupla acção metabólica e anti-espasmódica. Estes diferentes métodos cirúrgicos não excluem mas têm indicações diferentes, como veremos no decurso do estudo dos resultados do tratamento de 60 casos de tromboses da femoral superficial. Todavia, insistimos sobre o facto de que esta localização, pelo seu carácter segmentar, depende efectivamente do tratamento restaurador. Apresenta um duplo interesse, o de restabelecer a circulação troncular e o de realizar uma simpaticectomia arterial. Este é intramural, no caso de endarteriotomia, e total, por arteriectomia pelo método dos enxertos.

O método reconstrutivo que temos utilizado mais vezes é o retalho vascular quase exclusivamente na-sua variedade arterial.

Todavia, os *auto-retalhos venosos* apresentam um certo número de vantagens. Em primeiro lugar, não precisam de banco de artérias e não determinam reacções antigénicas. Mas em compensação apontam-se alguns inconvenientes. O seu calibre e as suas dimensões são, por vezes, um obstáculo aos retalhos muito extensos.

Se a extirpação da safena interna perturba menos a hemodinâmica do membro que o da veia femoral superficial, em contrapartida o seu calibre não é sempre suficiente. Quanto à veia femoral superficial, pode não ser utilizável; estando trombosada e mesmo permeável, pode-se *hesitar* em retirá-la num arterítico.

Os *homoenxertos arteriais*, por seu lado, têm o inconveniente de suscitar reacções imunológicas e de sofrerem uma degenerescência progressiva. Por isso as primeiras são mínimas e as modificações histológicas do transplante não influem no papel da condução que se lhe pede.

Pelo contrário são evidentes as suas vantagens. Dispõe-se de retalhos de extensão e calibre variável, sendo o único processo utilizável para enxertar uma trombose aorto-ilio-femoral.

É necessário transplantar retalhos em estado de vida latente, conservados num líquido cristalóide equilibrado, tipo solução de Hanks, adicionado de soro iso-grupo, como nós temos feito, ou então transplantes mortos tendo sofrido uma refrigeração brutal e a dissecação?

Actualmente é impossível pronunciarmo-nos.

Se para estes diferentes casos os retalhos arteriais têm sido os métodos mais escolhidos para restabelecer a continuidade

vascular no caso de obliteração, todavia há factores que lhe limitam o emprego:

— Uns são de ordem geral. Como contraindicações contam-se a idade avançada, o funcionamento renal insuficiente, afecções vasculares múltiplas, enquanto que os antecedentes de angor e infartus não impedem formalmente a intervenção. Mas é sobretudo a extensão da trombose que regula as possibilidades do enxerto.

— Uma trombose femoral pura constitue uma indicação electiva: o calibre dos vasos permite uma anastomose satisfatória, sendo menores as perturbações tróficas e o retalho fará desaparecer ou melhorará o principal sintoma da afecção que é a claudicação intermitente.

— Uma trombose que se estende para cima, ilio-femoral ou aorto-ilio-femoral, torna a técnica do enxerto mais difícil, mais chocante, mas os resultados, em geral, são espectaculares.

Em certos casos em que a artéria poplitea não se encontra trombosada, existindo apenas uma rede colateral, é possível ainda utilizar o enxerto praticando uma anastomose ao nível da femoral profunda que é sempre permeável. Neste caso a corrente principal do femoral superficial não se restabelecerá mas o afluxo sanguíneo na femoral profunda permitirá uma melhoria da vascularização distal com supressão do risco de gangrena. Para cima graças ao enxerto aórtico o perigo de trombose ascendente obliterando as artérias renais será afastado.

— Pelo contrário, a extensão da trombose femoral para baixo limita o método. Se não há inconveniente em aplicar esta técnica até à articulação do joelho, todavia uma anastomose atingindo o tronco tíbio peroniano diminui as probabilidades de sucesso porque a pequenez do calibre dos vasos faz recear uma trombose secundária. Com mais razão, a extensão da trombose às três artérias da perna torna o enxerto irrealizável.

Seguindo estas indicações gerais praticamos, deste modo, 43 enxertos, quase todos arteriais. Somente foram praticados dois enxertos venosos para a safena:

— Um é permeável, o doente encontra-se melhorado, mas persiste um edema.

— O outro, subjacente a um enxerto arterial, está trombosado.

Todavia, os retalhos arteriais representam uma grande parte da cirurgia reconstrutiva.

Fizeram-se 41 *enxertos arteriais* em 35 doentes que apresentavam uma trombose femoral.

Os primeiros enxertos datam de 1950. Os doentes têm sido regularmente seguidos e examinados, no começo de 1953.

A data de aparecimento dos casos verifica-se desde há alguns meses até há mais de três anos.

Os enxertos da F. S. compreenderam 14 casos.

Os riscos operatórios foram praticamente nulos: não se verificou nenhum caso de morte. Apenas se verificou um insucesso devido a uma má vigilância da coagulação, constituindo-se um hematoma e depois uma trombose secundária.

Todos os outros enxertos tornaram-se permeáveis e deram

# GUAIACOL CÁLCICO

(Guaiacolato de cálcio)

## AFECÇÕES BRONCO-PULMONARES

eliminando, totalmente, os inconvenientes do guaiacol e dos seus sais por via oral ou parenteral, assim como os do cálcio por via endovenosa.



Caixas de 10 ampolas de 2 e 5 c. c.

» » 36 grajeias

### AMINOIODARSOLO

Iodo  
Arsénio  
Histidina  
Ácido glutâmico  
Caixas de 5 amps. de 2 e 5 c. c.

### ASCORBISTAL

Ascorbato de histidina  
Ampolas de 5 c. c.  
Úlceras gástricas e duodenais

### ORISTIDAL

Histidina  
Hidrato de alumínio coloidal  
Caixas de 4 tubos  
de 15 comprimidos açucarados

### BALCORTIL

Extracto natural de córtex supra-renal  
Ampolas de 1 c. c.

### BROMOTIREN

Dibromotirosina  
Cura brômica e tratamento  
biológico das hipertireoses

### ZIMEMA K

Factor opoterápico e vitamínico  
da coagulação do sangue  
Ampolas de 2 e 5 c. c.

**M. RODRIGUES LOUREIRO**

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO

**V. BALDACCI-Pisa**

# BEDOZE MIL

TRATAMENTO  
DE  
ESCOLHA  
DAS  
AFECÇÕES  
NEUROLÓGICAS

## VITAMINA B<sub>12</sub>

MIL MICROGRAMAS  
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO  
DAS  
NEVRITES DO TRIGÊMIO  
CIÁTICAS  
POLINEVRITES  
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES  
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS  
ÓSTEO-ARTRITES

# BEDOZE GOTAS

FACTOR  
PRINCIPAL  
DO  
DESENVOLVIMENTO  
SOMÁTICO

FACTOR  
LIPOTRÓPICO

### INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).  
Crianças nascidas prematuramente.  
Crianças distróficas (por desvlos alimentares, por debilidade congénita, etc.).  
Nanismo.  
Muitos casos de astenia e anorexia.  
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).  
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.  
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B<sub>12</sub> aumenta a tolerância para o leite completo e duma maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA-GOTAS DE 10 C. C.  
15 MICROGRAMAS POR C. C.

resultados favoráveis. A marcha tornou-se normal, podendo percorrer um km. sem aparecimento de claudicação intermitente. Os pés aquecem, o índice oscilométrico reapareceu na perna e aumentou na coxa.

*Quanto aos enxertos fêmoro-poplíteos:*

Praticaram-se 6 intervenções, sendo satisfatórias em 4 casos.

A melhoria é sobreponível à do grupo precedente se bem que se tenham praticado sobre o tronco tíbio-peroniano, 2 enxertos encontraram-se trombados. Podem considerar-se como responsáveis duma das tromboses os antibióticos em excesso; quanto ao outro tratar-se-ia dum enxerto em Y sobre o tronco tíbio-peroniano. Todavia o doente alcançara melhoras beneficiando, sem dúvida, da arteriectomia; a sua marcha melhorou muito e as dores nocturnas tornaram-se menos pronunciadas.

*Praticaram-se 4 enxertos ilio-femorais.*

Os resultados não são tão bons como nos outros grupos: num único caso é excelente.

Num outro doente obteve-se um resultado excelente durante nove meses, mas um erro terapêutico (ultra-sons praticados sobre o enxerto, e não sobre o pé) foi a causa duma trombose no dia seguinte.

Outros dois doentes morreram depois da operação, morte que se atribue à hibernação (inundação brônquica e depois supuração pulmonar). É necessário notar que se trata de doentes cardíacos, hemiplégicos com mau estado geral, que talvez não tivessem suportado uma outra narcose. Nestes dois casos as anastomoses eram permeáveis (segundo mês e décimo quinto dia).

O grupo dos enxertos aorto-ilio-femorais, compreende 6 casos que são outros tantos 6 excelentes resultados.

Apesar da importância do acto cirúrgico, não se registou nenhum caso de morte, o enxerto elevava-se, portanto, a 2-3 cm. das renais e descia num caso até à interlinha poplíteia. As melhoras são espectaculares, tanto funcional como objectivamente, com desaparecimento da amiotrofia.

Agora vamos ver os casos dos doentes que tiveram vários enxertos.

Os resultados são aqui medíocres.

Praticaram-se enxertos repetidos quer por lesões dispostas no mesmo membro (retalho inserindo-se sobre a ilíaca e a femoral comum depois, secundariamente, enxerto femoropoplíteo), quer por lesões bilaterais de trombose femoral superficial.

Um outro caso, um enxerto femoro-poplíteo que se tinha trombado, foi repetido quatro meses depois.

Em 5 doentes, em que foram praticados 11 enxertos, observaram-se:

- duas mortes;
- dois insucessos;
- um resultado médio.

Sobrevieram duas mortes: um depois dum eritema polimorfo com quadro de icterícia grave, morre dois meses depois (o enxerto era permeável); o outro, depois duma série de acidentes, um mês depois duma segunda intervenção. Enquanto tudo caminhava favoravelmente, uma picada desastrosa determinou um hematoma da perna, com complicações que terminaram numa pleurisia purulenta mortal.

Os dois insucessos devem-se: um, a um hematoma que sobreveio no oitavo dia ao nível da anastomose, o outro a uma trombose que apareceu tardiamente, nove meses depois dum tratamento intempestivo por ultra-sons, ao nível do enxerto.

O 5.º doente ficou com uma anastomose permeável, mas os resultados foram medíocres.

A frequência de acidentes neste grupo de doentes leva-nos a pensar se as reacções imunológicas não estarão em jogo.

Sobre isto é difícil pronunciarmo-nos em virtude do terreno muitas vezes medíocre dos doentes (etílicos, cardíacos, lesões extensas). Todavia, na dúvida, não se praticam retalhos de repetição. Se se realizou um primeiro enxerto arterial e se deseja tratar uma trombose subjacente ou controlateral, utilizar-se-á de preferência um enxerto venoso para a segunda intervenção.

Num total de 41 enxertos em 35 doentes, tivemos: 13 resultados bons em 14 enxertos da femoral superficial; 4 resultados bons em 6 enxertos, incluindo a poplíteia; 2 resultados bons sendo um transitório de nove meses em 14 enxertos ilio-femorais;

6 resultados favoráveis em 6 enxertos da encruzilhada aórtica, estendendo-se à femoral superficial; 1 resultado médio no grupo dos multi-enxertos (11 enxertos).

É inegável a excelência destes resultados. Desaparecem as dores de decúbito. A claudicação intermitente desaparece totalmente ou, então, permite fazer 2-3 km. sem ser obrigado a parar.

As perturbações tróficas atenuam-se e podem-se cicatrizar pequenas placas de gangrena.

Por vezes, depois da operação, aparece um edema ligado à revascularização do território isquemiado, mas cede em alguns meses.

Um certo número de doentes impotentes puderam retomar uma actividade sensivelmente normal, sendo os resultados tanto melhores quanto menos afectado estiver o sistema arterial para fora da obliteração segmentar. Nesta eventualidade, as diferentes provas fisiológicas (energimetria, pletismografia, temperatura cutânea e muscular), tornam a ser comparáveis às dum indivíduo normal. O tratamento por enxertos tem sido utilizado sempre que possível, tendo em vista o valor dos resultados verificados e a fraca percentagem de insucessos.

A *endarteriectomia isolada* tem sido menos empregada. Apesar da elegância do método de H. Reboul e do seu carácter de aparente simplicidade é uma operação que encontra, muitas vezes, grandes dificuldades técnicas que só uma grande experiência talvez permita resolver. Com efeito, a incisão longitudinal da femoral superficial não é sempre seguida duma sutura isenta do estreitamento da respectiva luz. Por agora, se graças a esta técnica permite-se obter uma repermeabilização das colaterais, pelo contrário, a incisão dos planos superficiais e profundos é muito mais extensa que num enxerto em que se *tumelisa*.

O que se ganha na desobliteração das colaterais arrisca a perder-se pela maior extensão da dissecação. Além disso, como o tempo operatório é muito mais longo que no enxerto, resulta um elemento desfavorável para a estabilidade da hemodinâmica e da coagulação. Sabe-se que a qualidade do resultado final dependerá, muitas vezes, duma modificação inoportuna destes dois factores. O fim óptimo a atingir é, apesar de tudo, a permeabilidade e a trombo-endarteriectomia seguida de obliteração que não é mais do que uma arteriectomia incompleta, todavia, é esta eventualidade que sobrevem numa grande proporção de operações deste tipo que temos feito, mas o número ainda é muito restricto para que possamos impor a nossa experiência pessoal.



em prurido vulvar | *alívio*

com  
pomada de  
acetato de  
**Cortef**\*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPOSTO F)

pomada de acetato de CORTEF  
em bisnagas de 5 gramas

Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama)  
e 1% (10 mg. por grama)

Fornece-se literatura clínica aos médicos que a solicitarem \*Marca registada

**Upjohn**

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.  
4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

Pelo contrário, a endarteriectomia *associada* ao enxerto tem sido, muitas vezes utilizada. Esta técnica mista tem a grande vantagem de situar as anastomoses nas zonas de menos difícil acesso e sobretudo, de preservar as bifurcações. Por exemplo, no decurso das obliterações da femoral comum e da femoral superficial, a desobstrução da femoral primitiva permite, por vezes, um enxerto da femoral superficial isolada depois da endarteriectomia da femoral profunda que é sempre permeável para além da sua origem.

Existem ainda trombozes ilio-femorais em que a endarteriectomia da íliaca primitiva permite colocar a anastomose a este nível em lugar de fazer-se uma reimplantação aórtica. Da mesma maneira, nas trombozes aorto-ilio-femorais uma desobstrução dos primeiros centímetros da femoral superficial e da origem da femoral profunda permite situar a anastomose sobre a femoral comum. Na extremidade superior esta mesma técnica de endarteriectomia à Dos Santos presta os maiores serviços quando a trombose sobe ao nível das artérias renais. Podem-se ganhar alguns centímetros e a anastomose situar-se-á numa zona de acesso menos difícil.

Mas o tratamento restaurador não é realizável quando a trombose arterial se estende muito para baixo e é insuficiente no caso duma tromboangeíte, em que o espasmo tem um papel preponderante.

Quando a trombose atinge as artérias da perna, tem-se tentado revascularizar o membro por veias ainda permeáveis, estabelecendo uma fístula arterio-venosa. Infelizmente, esta técnica engenhosa não correspondeu às esperanças que nela estavam depositadas.

Com efeito se, imediatamente, e sob o ponto de vista da hemodinâmica, as anastomoses funcionam satisfatoriamente, elas têm também, muitas vezes, duas evoluções desfavoráveis. Não é raro a trombose das anastomoses estender-se às veias adjacentes. Sobretudo quando a fístula é permeável produz-se, frequentemente, um edema importante com recrudescência das dores e extensão da gangrena.

Assim, por cinco vezes, em 6 casos, encontramos uma evolução deste tipo em que a única fístula estabelecida com resultados favoráveis tinha um pequeno débito e atingia veias de paredes espessas.

Em virtude desta grande percentagem de insucesso, não praticamos mais esta intervenção desde 1951..

Nestes casos recorreremos aos clássicos tratamentos simpáticos e endócrinos, cujo princípio é diferente: os primeiros hipermiantes destinam-se a suprimir o factor espasmódico, os outros visam a estabilizar a doença na evolução da qual tomariam parte um disfuncionamento endócrino. As operações simpáticas podem actuar sobre o espasmo, suprimindo a sua causa ao nível da trombose ou a um nível mais central por vaso-dilatação passiva, evitando a transmissão dos reflexos longos. Desde que haja trombose a simpaticectomia periarterial cede o lugar à arteriectomia que tem por fim suprimir os reflexos arterio-arteriais partidos da artéria obliterada e de fazer desaparecer o espasmo das colaterais subjacentes ou na vizinhança da trombose. Esta intervenção isolada, somente foi praticada em dois casos. Não houve influência sobre a doença mas tratava-se de arterite por sobrecarga, muito frequente nos indivíduos idosos.

Vimos, também, que a arteriectomia, mesmo a parcial, era a primeira fase do método dos enxertos e é possível que desempenhe um certo papel na obtenção dos nossos resultados felizes.

A *simpaticectomia lombar* aparece, sobretudo, como uma operação vaso-dilatadora de escolha.

Uns têm sido utilizados unicamente como actos terapêuticos, outros têm precedido o método dos retalhos.

No primeiro grupo que apenas compreende alguns doentes (5 casos) só se obteve um benefício parcial. A claudicação não experimentou melhoras, mas as perturbações tróficas retrocederam. Tratava-se, na verdade, de indivíduos que apresentavam lesões muito extensas com trombose das artérias do terço superior das pernas.

No segundo grupo (8 casos) as trombozes eram segmentares e não ultrapassavam a interlinha do joelho. Os resultados foram superiores aos da série precedente mas a melhoria funcional foi insuficiente para restituir aos doentes a actividade necessária para retomar o trabalho. Também estes indivíduos desejavam um tratamento complementar. O enxerto, agora praticado, tem transformado o estado destes doentes. Um deles conseguiu mesmo cicatrizar uma gangrena do dorso do pé, os outros retomaram a marcha normal. Isto é, quando é possível, a operação restauradora por retalho tem um valor muito superior ao da simpaticectomia lombar.

Os métodos endócrinos resumem-se a intervenções sobre as suprarrenais e as paratiróides.

A suprarrenalectomia é justificada por argumentos patogénicos. Em casos de tromboangeíte existirá, com efeito, uma hiperadrenalinemia com associação de lesões cortico-suprarrenais, como os exames histológicos das nossas peças de exérese têm mostrado, segundo outros autores (adenomas corticais ou hiperplasia cortical difusa) (I. Bertrand). Esta intervenção poderia ser igualmente eficaz nas arterites por sobrecarga, pela sua acção vaso-dilatadora e sobre o metabolismo do colesterol. Na nossa pequena série de doentes (5 casos), o único resultado favorável tem sido uma artrite por sobrecarga, enquanto que as tromboangeítes não têm sido modificadas, talvez porque a suprarrenalectomia unilateral é seguida de hipertrofia compensadora.

Também temos procurado uma intervenção mais completa e mais electiva e nós temos efectuado a medulectomia bilatearal, preconizada por Durante e Constantini. Esta intervenção é bastante obscura, porque praticada à cureta, não se conhece exactamente a sua extensão e a medular é extraída ao mesmo tempo que a camada mais interna da corticosuprarrenal.

Todavia, mesmo na medulectomia bilateral, não temos observado insuficiência suprarrenal clínica se bem que as 17-cetosteróides tenham sofrido uma baixa sensível. Em 4 casos, em que se praticaram estas intervenções, os resultados têm sido favoráveis tanto sobre o plano trófico como sobre o da dor. Mas devemos assinalar que a medulectomia tem sido sempre associada a uma simpaticectomia lombar. Também, como resultado do carácter duplo da intervenção, é difícil saber qual é a parte da acção endócrina e da simpática.

Quanto à paratiroidectomia, baseada em trabalhos experimentais de Pescatori e Barnabeo, e de Jung e Dupertuis, seria o verdadeiro tratamento etiológico da arterite com ateroma calcificado. Estes autores também preconizam o seu emprego na I fase, antes da trombose, para deter a evolução da doença.

Esta série de doentes não nos apresenta nenhum exemplo deste tipo.

São estes os resultados que se obtêm nas intervenções cirúr-



em prurido anal | eficácia

com pomada de acetato de **Cortef**\*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÓSTO F)

pomada de acetato de CORTEF em bisnagas de 5 gramas

Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama), e 1% (10 mg. por grama)

Fornece-se literatura clínica aos médicos que a solicitarem

\*Marca registada

**Upjohn**

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

# ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

## IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,  
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,  
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

## IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +  
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS  
CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS  
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

### APRESENTAÇÃO:

#### IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

#### IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA  
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

## LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.<sup>DA</sup> - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

UM NOVO CONCEITO  
NA MEDICAÇÃO DA  
HIPER - ACIDEZ GÁSTRICA

# Calcamine

H I G I E N E

GLICOCOLA E CARBONATO DE CÁLCIO

NEUTRALIZANTE PODEROSO  
ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA  
PERFEITAMENTE INÓCUO

CAIXAS DE 12 E 48 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE



gicas por trombose da femoral superficial. Mas, ao lado do tratamento local das obliterações segmentares, insistiremos no interesse que oferece um grande número de casos de associação das terapêuticas médicas fisioterápicas e crenoterápicas para tratar esta doença geral, mais ou menos evolutiva.

Além dos tratamentos vaso-dilatadores, os anticoagulantes constituem um complemento muito útil. Imediatamente após as operações restauradoras a heparina, em perfusão contínua, estabiliza o tempo de coagulação e evita as tromboses secundárias, mas sobretudo os derivados do dicumarol têm a sua indicação nos doentes hipercoaguláveis.

Alguns destes, geralmente indivíduos jovens, são seguidos desta maneira, durante vários meses, com vigilância bi-semanal das suas taxas de protombina e não têm feito tromboses iterativas. Por outro lado, não é excepcional a arteriolite distal, subjacente à lesão troncular. Certamente, ela não melhora muito pelo restabelecimento das condições hemodinâmicas satisfatórias, mas em certos casos, em virtude de tromboses terminais ou de espasmos persistentes, é necessário ensaiar as terapêuticas mais diver-

sas para desenvolver a circulação colateral distal. Também se compreende o interesse dos tratamentos médicos com um fim vaso-dilatador ou acção tecidual, da mesma maneira que a melhoria da circulação arteriolar pelas ondas curtas, as ondas de radar e os ultra-sons.

em virtude de tromboses terminais ou de espasmos persistentes, é necessário ensaiar as terapêuticas mais diversas para desenvolver a circulação colateral distal. Também se compreende o interesse dos tratamentos médicos com um fim vaso-dilatador ou acção tecidual, da mesma maneira que a melhoria da circulação arteriolar pelas ondas curtas, as ondas de radar e os ultra-sons.

Em resumo, a crenoterápica é de utilidade nestas formas assim como nas tromboses femorais que se estendem à perna onde somente puderam praticar-se intervenções hiperemiantes.

(Trabalho da Clínica Cirúrgica da Salpêtrière, publicado em «La Presse Médicale»; n.º 74 de 18 de Nov. de 1953)

## A hiperglicemia sem glicosúria

### Fisiopatologia e tratamento

H. LESTRADET

(Paris)

Segundo a concepção clássica, a diabetes açucarada é condicionada por uma falta de utilização da glicose pelo organismo. Faltando a insulina, a totalidade da glicose ingerida acumula-se nos tecidos. Quando uma certa quantidade de insulina é segregada pelo pâncreas, encontra-se metabolizada uma quantidade proporcional de glicose, mas, finalmente, a totalidade da glicose não utilizada é eliminada pelo rim.

Como, no entanto, é necessário, para a conservação dum metabolismo normal, que uma quantidade mínima de hidratos de carbono seja queimada pelas células, importará, esquematicamente, fazer referência a dois tipos de diabetes cuja fronteira é traçada pelo resultado da taxa glucídica. Quando esta taxa indica uma «utilização» de glicose satisfatória (cerca de 1 grama por quilograma em vinte e quatro horas no adulto), o régimen unicamente será suficiente. Quando a taxa glucídica é notoriamente insuficiente, convirá, então, associar aos hidratos de carbono a quantidade de insulina necessária para assegurar a sua completa utilização. Ou, e é uma eventualidade bastante excepcional, mas irrefutável, que deixa perplexo quem quer que tente compreender o processo à luz das noções vulgarmente admitidas, trata-se da existência duma hiperglicemia sem glicosúria.

Damos como exemplo um indivíduo em que o respectivo exame, além dum pouco de albumina, nunca revelou a presença de glicose na urina. O exame de sangue, no entanto, revelava além duma percentagem de ureia elevada, uma glicémia em jejum da ordem de 2 gr., 2,30 gr. ou mais por litro. A curva de hiperglicémia provocada é tipicamente «diabética». Todos lhe estabelecem, em princípio, o diagnóstico de diabetes açucarada. Mas, este diabético é dum tipo especial, pois não apresenta nem glicosúria, nem poliúria nem, por conseguinte, polidipsia; um diabético que pode absorver a quantidade de glucídeos que lhe apraz sem que estes se encontrem nas urinas é, em suma, um diabético que no plano de utilização dos glucídeos se comporta, em todos os aspectos, como um indivíduo normal.

Um outro é diabético desde há muito tempo. Tendo feito tratamento, vê-se desaparecer a glicosúria e a poliúria habitual, a pouco e pouco, enquanto que se desenvolve uma nefropatia, sem que se tenha estabelecido a mais pequena modificação da terapêutica, permanecendo a taxa glicémica constantemente elevada.

Constata-se que a diminuição ou mesmo a supressão da insulina tornam-se possíveis, sem que a glicosúria reapareça.

A lógica, na verdade bem penosa, mas iniludível, leva-nos, nesta concepção clássica de diabetes, a falar de melhoria até mesmo de cura, visto que o fenómeno da não utilização da gli-

cose, considerado essencial, vem a desaparecer totalmente. É necessário, com efeito, falar de melhoria, porque se a falta ou insuficiência da utilização da glicose continuasse, a alteração da função renal teria, talvez como efeito, impedir, por alguns instantes, a passagem da glicose para a urina, atingir-se-ia, rapidamente, um novo limiar, para cima do qual o excesso de glicose não utilizada voltaria aos mesmos números precedentes, ou então não produz este fenómeno porque a glicémia permanece constante.

Portanto, não se pode evitar que um erro de princípio



em dermatite  
seborréica

vantagens

com  
pomada de  
acetato de

**Cortef**\*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPOSTO F)

pomada de acetato de CORTEF  
em bisnagas de 5 gramas

Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama)  
e 1% (10 mg. por grama)

Fornece-se literatura clínica  
aos médicos que a solicitarem

\*Marca registada

**Upjohn**

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

esteja no fundamento destas deduções, porque pensa-se, e mal, que o aparecimento duma alteração progressiva da função renal pode conferir às células do organismo diabético o poder de utilizar, normalmente, a glicose que, teoricamente, lhe teria tirado a privação de insulina.

Os estudos bioquímicos e enzimáticos recentes propõem-se dar-nos uma explicação mais aliciente da fisiopatologia da diabetes em geral e deste fenómeno de hiperglicémia sem glicosúria, em especial.

Para a compreensão do problema que estudamos vamos expor algumas concepções desenvolvidas num artigo precedente da Presse Medicale (3 de Junho de 1953).

### FISIOPATOLOGIA

A glicose representa para todas as células do organismo, quer seja são ou diabético, o metabólico energético essencial.

A principal perturbação da diabetes não é um defeito de utilização mas uma dificuldade da entrada da glicose para o interior da célula, dificuldade que, no entanto, é compensada pela elevação da glicose extra-celular. A quantidade de glicose consumida pelo organismo diabético é, com efeito, idêntica à do indivíduo normal.

Enquanto que o papel que o fígado desempenha na manutenção da taxa normal ou elevada da glicémia é fundamental, o do rim é, praticamente, nulo. Em todo o caso, ele não desempenha nenhum papel regulador e, se toma uma pequena parte no metabolismo glucídico, é capaz, a exemplo do fígado, mas em muito menor grau, de participar na neoglicogénese.

A glicosúria habitual do diabético, como a dum indivíduo são e o estabelecimento transitório duma hiperglicémia, não é senão um epifenómeno.

Lembremos que os tubuli renais têm um poder de reabsorção limitado para a glicose. Normalmente, quando a glicémia é inferior a 1,80 gr. por litro, sendo a filtração glomerular normal, a totalidade da glicose é reabsorvida.

Quando esta concentração sanguínea aumenta os tubuli fazem um esforço crescente de reabsorção, mas este esforço é sempre insuficiente, aparecendo a glicosúria. Quando a taxa de glicémia se eleva acima de 4 gr. por litro, os tubuli atingem o poder máximo de reabsorção para a glicose, além do qual,

toda a glicose filtrada em excesso se encontra eliminada pela urina.

Em contrapartida, a urina não podendo ser segregada senão dentro de certos limites de concentração, a eliminação da glicose provoca, ipso facto, uma eliminação proporcional duma quantidade de água suplementar (diurese osmótica).

Quando por uma razão especial (perturbação constitucional, intoxicação fluorizínica), os tubuli renais perdem, na totalidade ou em parte o seu poder de reabsorção para a glicose, esta aparece na urina para taxas normais de glicémia. É a diabetes renal.

Quando os tubuli conservam o seu funcionamento praticamente normal, o volume da filtração glomerular diminui (diminuição funcional por colapso circulatória ou orgânico, quando existe uma nefropatia), verificando-se que a quantidade de glicose filtrada não ultrapassa mais a capacidade de reabsorção tubular, mesmo quando a glicémia atinge cifras relativamente elevadas.

Suponhamos, por exemplo, uma filtração glomerular diminuída em metade, mas tendo os tubuli conservado intacta a sua capacidade de reabsorção, só apareceria a glicosúria a partir duma glicémia de  $1,8 \times 2 = 3,6$  gr. por litro. Na realidade, os tubuli sofrem sempre, pouco a pouco, o contra-golpe da lesão que originou a alteração glomerular mas em certas glomerulonefrites crónicas, circunstâncias fisiopatológicas bastante aproximadas encontram-se e condicionam a constituição deste síndrome especial da hiperglicémia sem glicosúria.

Assim, quando se constitui uma glomérulo-nefrite crónica num diabético, o déficit insulínico absoluto ou relativo, que se exterioriza pela hiperglicémia em jejum, permanece imutável. A glicosúria pode desaparecer, mas a diabetes não melhora de nenhuma maneira; não se consegue curar uma diabetes num indivíduo tendo uma glicémia em jejum de 1,60 gr. por litro, submetendo-se a um regime restricto em hidratos de carbono, sob o pretexto de que não há mais açúcar na urina.

Além disso, juntam-se os sinais próprios da nefropatia: albumina, ureia sanguínea elevada, assim como, muitas vezes, sinais de alteração vascular generalizada, (arteriosclerose, hipotensão, retinite), que vão passar ao primeiro plano e condicionar o prognóstico.

Uma hiperglicémia sem glicosúria é sempre um sinal de mau prognóstico, pois este síndrome, num diabético, assinala a coexistência duma alteração renal.

### TRATAMENTO

O tratamento deverá então tender para um duplo fim:

- 1.º Corrigir o déficit insulínico.
- 2.º Evitar tanto quanto possível o ataque renal.

I — A falta ou desaparecimento da glicosúria não traduz, então, de nenhuma maneira, uma melhoria da diabetes. Por razões de comodidade relativa, que não têm nada a ver com o tratamento racional, pode, em certos casos, tornar-se discutível o emprego da insulina, mas, na realidade só o tratamento hormonal é lógico e deveria ser empreendido.

A restrição de hidratos de carbono, já muito discutível na diabetes habitual, justifica-se aqui ainda menos porque a entrada de glucídeos para o organismo não tem mais o inconveniente eventual de provocar uma poliúria e uma polidipsia incómoda.

Uma alimentação rica em glucídeos, associada a uma insulinoterapia adequada, poupa ao organismo o esforço duma neoglicogénese excessiva e leva a uma diminuição ou, pelo menos, reduz ao mínimo a taxa de ureia sanguínea e outros produtos do catabolismo protídico que, mais que a ureia, condicionam as perturbações clínicas e biológicas da insuficiência renal.

Com efeito, os indivíduos que apresentam uma hiperglicémia sem glicosúria são diabéticos, cuja diabetes necessita dos mesmos cuidados que a diabetes habitual; somente se torna um pouco difícil a conduta do tratamento pelo facto do desaparecimento dum critério cómodo que apresenta o estudo quotidiano da glicosúria. Um tratamento bem conduzido exigirá, com efeito, a repetição frequente das dosagens da glicémia.



em dermatite  
por contacto

domínio

**Cortef**\*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÓSTO F)

pomada de acetato de CORTEF  
em bisnagas de 5 gramas

Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama)  
e 1% (10 mg. por grama)

Fornece-se literatura clínica  
aos médicos que a solicitarem

\*Marca registrada

**Upjohn**

Productos farmacéuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE **Aureomicina** CRISTALINA

**lederle**



*Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.*

**Lederle** ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses



**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

AMERICAN *Cyanamid* COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

**Embalagens:** CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1 %/o. \* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:

**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**  
Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
Rua de Santo António, 15 — PORTO



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>5</sub> . . . 0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . . 500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . . 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**

II — No que diz respeito à *nefrite*, além da administração de *glicose* e do *tratamento insulínico*, convém dar ao organismo uma quantidade limitada, mas sempre suficiente, de protídeos de ordem de 0,50 gr. por kg. de peso e por dia. Com efeito, é ilusório submeter estes indivíduos a um regímen muito restricto, pois que, pela falta dum aporte externo, o fornecerá das suas próprias reservas para assegurar a manutenção das funções essenciais do seu metabolismo. O fornecimento *lipídico* (sob a forma de manteiga fresca) deve ser suficiente, mas não excessivo (indivíduos muitas vezes hiperlipémicos). Além disso, dar-se-á um *complemento vitamínico*, comportando, em média, quatro ou cinco vezes as doses teóricas mínimas.

Quanto aos *electrolíticos*, não pode dar-se nenhuma regra precisa. Não é justificável submeter estes indivíduos a restrições sistemáticas de cloro, de sódio ou de potássio. Convém adaptar o fornecimento alimentar dos *electrolitos* às possibilidades da

sua eliminação renal. Somente o doseamento permitirá determinar com precisão a tolerância do organismo, e fixar, pelo menos por um tempo, as quantidades que o indivíduo poderá ingerir útilmente.

III — Estes indivíduos apresentam, geralmente, além da sua nefropatia, uma afecção vascular mais ou menos importante e, especialmente, uma *retinite*. Não falando da administração endovenosa, bi-semanal, de *heparina*, ainda em estudo, mas que parece ser susceptível de melhorar nitidamente o desequilíbrio lipoproteico destes indivíduos parece ser útil sublinhar o interesse, pelo menos teórico, da prescrição de *testosterona* (25 a 50 mg. por semana) e de *vitamina B<sub>12</sub>* (10 a 20 gr. por dia).

(«La Presse Medicale», n.º 73, de 14 de Novembro de 1953).

## O estado de mal asmático — seu tratamento

ANDRÉ DOMART

Pode parecer supérfluo insistir na grande variedade de formas evolutivas da asma.

Um doente apresenta durante muitos anos breves crises paroxísticas sempre semelhantes. Outro vê as manifestações de asma pura complicarem-se de fenómenos catarrais mais ou menos rapidamente: a repetição dos acessos adultera os pulmões, originando lesões de esclerose e de enfisema pulmonares; as bronquites de inverno agravam o estado anatómico do aparelho respiratório, daí resultando fenómenos dispnéicos que persistem nos intervalos das crises. Os períodos de acalmia encurtam-se cada vez mais.

Também não é excepcional assistir à aproximação das crises que se tornam subintrantes quando a acalmia se torna cada vez mais incompleta e o doente só sente um alívio parcial e efêmero pelos tratamentos calmantes.

Então, estamos em presença do quadro — estado de mal asmático.

O doente cujo acesso de asma se prolonga por vários dias e noites está sentado na cama, ansioso, ofegante e cianótico: continua a lutar contra esta asfixia progressiva, mas os seus traços revelam fadiga; cada movimento respiratório representa para ele um penoso esforço: o coração mantido pelos tratamentos clássicos é rápido, tumultuoso mesmo; raramente falta a hepatomegália dolorosa.

É perante tais quadros que os tratamentos habituais se têm mostrado impotentes, se não mesmo agravados, receando-se então a *morte súbita* no decurso da crise.

Com efeito, os casos de morte no decurso duma crise de asma são, sem dúvida, menos raros do que o que prediziam os clássicos e segundo as observações que têm sido trazidas parece que se tem multiplicado nos últimos anos.

A *condições de aparecimento* do estado de mal asmático nem sempre são bem conhecidas.

Quase sempre o estado de mal é a conclusão inelutável de crises de asma cada vez mais frequentes no intervalo das quais se não obtém retorno à respiração normal.

Estas noções tiveram uma avaliação gráfica depois dos trabalhos de Jean Hamburgem sobre o débito respiratório médio. Este autor mostrou que os asmáticos se podiam classificar em duas variedades diferentes quanto ao prognóstico.

De entre eles, alguns têm entre os acessos um déficit respiratório médio normal. Outros, pelo contrário, neste intervalo não encontram mais que uma respiração incompleta sendo sobre este fundo de dispnéia inaparente mas permanente que se vão enxertar os acessos.

Pode dizer-se que nestas pessoas está em potência o *estado de mal asmático*.

Não se tem feito tratamento etiológico no intervalo das crises por se verificar ineficaz.

Decidir-se-á a maior parte das vezes a favor da repetição de infecções clássicas de medicações simpático-psiméticas como Halpern estabeleceu experimentalmente. Este autor mostrou

que no animal a repetição, ou melhor ainda, o abuso dos simpaticomiméticos determina a soma dos efeitos secundários e gera um espasmo persistente.

Não resta dúvida que, pelo menos em parte, estas condições se podem realizar no homem, quando as crises mostram tendência a aproximar-se e fundir-se.

Vêmo-nos muitas vezes tentados pela injeção de morfina que constitui, incontestavelmente, um factor agravante: traz uma modesta contribuição para o alívio da dispnéia mas tem uma influência nefasta sobre as secreções brônquicas.

\*

Quando o estado de mal se instalou, de que tratamentos devemos lançar mão e quais os que devemos evitar?

Vimos mais acima que se devem prescrever sistematicamente os simpaticomiméticos. Regra geral, o doente já recorreu num ou vários surtos, às injeções de adrenalina pura ou em combinação, ou aos seus homólogos. Como estas injeções não têm dado os efeitos desejados, não é conveniente repeti-las.

Igualmente se pode prescrever, como já dissemos, a injeção de morfina — hipótese mais desfavorável.



em neurodermatite *melhoria*

com  
pomada de  
acetato de

# Cortef\*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPOSTO F)

pomada de acetato de CORTEF  
em bisnagas de 5 gramas

Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama)  
e 1% (10 mg. por grama)

Fornece-se literatura clínica  
aos médicos que a solicitarem

\*Marca registada

**Upjohn**

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

Menos redutível nos seus efeitos secundários é a administração de teofilina.

O doente utilizou em princípio as vias oral, rectal e até sub-cutânea.

Pode experimentar-se a via venosa e é de tentar a inalação de aerossóis se possível, na cama do doente.

Não deve haver demoras.

A maior parte das vezes o estado de mal resiste aos efeitos bronco-dilatadores da teofilina. Além disto, não se devem desconhecer os efeitos secundários desfavoráveis desta medicação, excelente é certo, mas não inofensiva em doses altas.

Citaremos de memória alguns dos esquemas terapêuticos considerados clássicos; alguns não estão isentos de perigos; outros não são utilizáveis na prática somente: queremos-nos referir aos choques insulínicos repetidos, ao electrochoque, à infiltração do gânglio cervical inferior do simpático à anestesia geral, «pulmão de aço» e broncoscopia com aspiração.

Tentar-se-á primeiro o efeito salutar duma sangria de 80 a 150 cc. que se pode fazer seguir de *uma injeção muito lenta* por via endovenosa de novocaína a 1% — em ampolas de 10 ou 20 cc.

A injeção, repetimos, deve ser dada muito lentamente a fim de evitar os acidentes de intolerância que apresentam muitos destes doentes. Estes acidentes, por vezes muito graves são imprevisíveis — interromper-se-á a injeção ao menor sinal de mal estar.

O sulfato de atropina na dose de 1/4 ou 1/2 miligrama pode dar-se sem perigo. Na maioria dos casos o estado de mal asmático resiste a estes tratamentos.

A terapêutica hormonal pela cortisona ou pelo ACTH impõe-se.

Bem conduzida, leva à acalmia pelo 12.º ou 15.º dias mesmo nos casos em que os outros tratamentos resultaram ineficazes.

O ACTH parece preferível à cortisona dada a constância da sua eficácia.

Prescrever-se-á 100 mgr. de ACTH por dia durante os dois primeiros dias, continuando-se depois em doses decrescentes durante 10 dias. As injeções devem ser feitas de 6 em 6 horas. A perfusão venosa muito lenta duma dose inferior pode dar excelentes resultados.

Com a cortisona usar-se-á quer a via oral quer a parentérica. Doses de 300 mgs. por dia durante 48 horas seguidas de doses mais baixas, serão escalonadas por um período de 10 dias.

Será útil fazer seguir esta cura dum certo tratamento de 48 horas pelo ACTH.

As precauções habituais a tomar nestes tratamentos são:

— estrito regime descloretado;

— vigilância diária do doente para o despiste de edemas ou de elevação da tensão;

— associação de sais de potássio ao regime e de antibióticos ao tratamento medicamentoso.

Assim se evitarão os acidentes que se podem observar no decurso destas breves curas pelas hormonas corticotróficas.

Os resultados são geralmente notáveis, imediatamente.

Infelizmente não é mais do que um tratamento de urgência de estado de mal em nada impedindo a evolução ulterior da asma que se deverá tratar pelos meios ao nosso alcance.

Não é excepcional assistir ao retorno da asma poucos dias depois da acalmia. Contudo, é possível ver a doença evoluir mais benignamente. Observa-se uma acção mais marcada dos tratamentos clássicos depois de uma cura hormonal.

Devido aos acidentes costumados evitar-se-á a repetição exagerada destas curas, salvo na medida em que permitam seguir um tratamento de fundo do estado asmático.

A *piretoterapia* caiu em desuso depois do tratamento hormonal surgir. Este abandono relativo parece-nos injustificado.

Deve-se-lhe reservar lugar para os casos em que o ACTH só resulta nas primeiras curas; não é raro que dê então bons resultados.

Tem contra-indicações, sendo mais raros os reveses da cura hormonal.

A sua eficácia é regular, não se incorrendo em perigo. Quando ao fim de algumas horas a febre sobe, o doente sente alívio, respira normalmente e por vezes adormece.

O efeito sedativo, prolonga-se por vezes para além do regresso da temperatura ao normal.

Quando assim não é, observa-se sempre uma atenuação da dispneia depois do primeiro acesso o que faz com que o doente peça se repita o tratamento, o que podemos autorizar 2-3 dias depois de apirético.

Depois de 3-4 acessos é raro que a acalmia não seja duradoura.

Todos os agentes pireto-gérmens se podem empregar: o TAB ou Dmelcos, o leite em inj. subcutânea profunda, a actinoterapia. Alguns autores preferem o abcesso de fixação que fazem incisar o mais tardiamente possível mantendo a supuração num verdadeiro cautério.

Este método cuja eficácia parece comprovada, não está isento de inconvenientes, aliás compreensíveis.

No serviço do Prof. Pasteur Vallery-Radot usa-se a inj. intramuscular de óleo de enxofre a 1% ou 2% em doses variáveis consoante as reacções individuais.

Há um óleo de enxofre francês cuja preparação parece ser excelente e de eficácia constante.

A este tratamento de relevo, não devem deixar de se acrescentar as indicações habituais:

— isolamento do doente num quarto com atmosfera filtrada;

— oxigenoterapia, ou melhor carbogenoterapia;

— Miocardiacos e anápticos circulatórios.

Não citamos, propositadamente, os anti-histamínicos de síntese cuja acção notável em certas crises de asma é nula no estado de mal asmático.

Quanto ao tratamento pela mostarda nitrogenada e pela Vit. B<sub>12</sub> são de emprego demasiado recente para que possamos fazer uma ideia exacta da sua eficácia.

Experiências de autores estrangeiros parece terem dado resultados deveras encorajadores.

Quando, em boa hora, o estado de mal asmático cedeu, o doente fatigado e desidratado deverá ir convalescer para um local de pouca altitude, sobretudo esforçar-se-á por evitar o retorno dum tão grave acidente, tratando a asma no final.

Impõe-se pois o estudo etiológico da asma causal, o que nem sempre é fácil, requerendo grande paciência.

Nas múltiplas causas desencadeantes da asma, chega-se muitas vezes, depois de longas e aturadas pesquisas a afastar o retorno das crises. É nisso que verdadeiramente reside o tratamento preventivo ao estado de mal asmático.



**em dermatite atópica**  
(eczema alérgico)

*êxito*

com  
pomada de  
acetato de

**Cortef\***

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÓSTO F)

pomada de acetato de CORTEF  
em bisnagas de 5 gramas

Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama)  
e 1% (10 mg. por grama)

Fornece-se literatura clínica  
aos médicos que a solicitarem

\*Marca registada

**Upjohn**

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

(«La Semaine des Hôpitaux» — 10 de Novembro  
de 1953).

## S U P L E M E N T O

### U M M A U L I V R O

Acabo de ler um livro que não recomendo a ninguém. O seu autor, que é um conhecido médico, não foi feliz nem nas ideias que exprime, nem na forma como as expõe. Para falar de casos pessoais e de interesses feridos, faz acusações que surpreendem e emprega um tom injurioso que agrava. Mostra, sobretudo, a preocupação de atingir pessoas que não adoptaram os seus pontos de vista e lançar as instituições que elas representam às penas cominatórias do seu julgamento faccioso e ruim.

Nas páginas desse livro não há clarezas que revelem um alto pensamento, nem expressões que denunciem um superior espírito. Tudo é mesquinho e desordenado e se passa como se o seu autor descesse a um fosso de víboras e se deixasse instilar pelo veneno da maledicência, para se desagrar. As poucas páginas que escapam, são simples comentários a casos do conhecimento público, já amplamente discutidos nas tertúlias e nas colunas dos jornais. Referem-se a prepotência e a abusos de autoridade que o bom senso condenou antes da hierarquia estadual se pronunciar. O resto são queixas, insultos, lamentos, um mundo de escândalos, que pode contentar os espíritos frívolos, mas que repugna aos homens de bem.

Se este mau livro não foi escrito com o propósito de remexer num charco e levantar um escândalo, mas apenas com o desejo de castigar injustiças e desagrar ofensas, deveria ser mais comedido na linguagem e menos pessoal nas queixas. Um espírito verdadeiramente superior não se desagrar recorrendo a baixezas que aviltam o carácter ou a expressões que o enlameiam. Ou se remete a um silêncio digno ou recorre a um desforço pessoal. Vir, porém, à praça pública e despejar umas tantas

injúrias, depois de fazer umas tantas queixas, é que não me parece o melhor caminho — nem a consciência da Nação colabora em escândalos doentios, nem o homem, apesar da incoerência habitual dos seus juízos e dos impulsos arrebatados do seu temperamento, deixa de saber distinguir o que é apenas fruto duma paixão pessoal, daquilo que representa um princípio de interesse comum. Se repelir uma descortesia que nos agrava ou defender um património que nos pertence são atitudes compreensíveis dentro do foro pessoal de cada um, já se não compreende quando se pede à consciência pública para se pronunciar e aplaudir. Os seus problemas, as suas dificuldades e as suas queixas, são mais que suficientes para a perturbar. Juntar-lhe outras sem que haja uma razão séria a justificá-lo, seria aumentar a confusão e criar uma nova Babel de lamentos que nos ensurdecia os ouvidos, depois de nos perturbar a sensibilidade.

Que é necessário apontar os males e combater as insuficiências, corrigir os vícios e condenar os erros, denunciar as injustiças e castigar as prepotências, ninguém o nega e todos o podem aplaudir. Mas dentro dum critério são, sem levantar escândalos, bolsar injúrias ou ranger os dentes — as injustiças não se corrigem com desvarios de ideias, nem os erros se combatem com despejos de linguagem, nem a verdade se proclama com histerismos de palavras. Um juízo cauteloso e uma decisão seriamente estudada, parecem-me mais eficazes. Dizer, por exemplo, a um juiz que ele é um mau julgador, é criar-lhe uma situação delicada, se o erro realmente lhe saiu expresso do pensamento com a convicção de ser justo e verdadeiro. Se, porém, ele teve o propósito de prejudicar

e fazer má justiça, não é ainda o despejo na praça pública que o leva a corrigir a sentença. Há recursos, há outros tribunais para quem apelar, sem que tenhamos de supor que todos os juízes são peitáveis só porque nenhum nos dá razão. O erro é outro e está na paixão que nos deforma a verdade e cria um complexo de razões que nos ilude e confunde. O que importa, porém, é não nos deixarmos dominar por impulsos, nem reagirmos com intolerância — o mundo articulado das nossas queixas pode não ser ouvido e ruidoso; mas, se formos compreensivos e tolerantes, o juízo alheio não tardará a fazer-nos justiça e a reconhecer-nos razão, dando-nos o apoio moral da sua presença e o conforto das suas palavras.

O livro que acabo de ler não é um livro bom — é um livro apaixonado e inconsequente sem uma estrutura sã, nem uma expressão formal que o recomende. Vive de queixas e escândalos, de rancores e paixões ruins. Mostra dolorosos casos pessoais, estranhas megalomanias e pequenos ódios que deveriam manter-se recatadamente no íntimo do seu autor. Atirá-los para a luz do dia, em plena nudez de alma, é alimentar sentimentos que não ajudam a resolver qualquer problema, nem a modificar qualquer situação. Se o desassombro do seu autor me impressiona, mais me surpreende o tom injurioso das suas acusações. E são elas tão notoriamente deslegantes e tão marcadamente agressivas, que eu por mim não hesito em julgá-las como expressões infelizes dum espírito perturbado por injustiças e enturvecido por paixões.

# HÁ CINQUENTA ANOS

## VI

Foi fértil em trabalhos científicos o mês médico de Janeiro de 1904.

Antes, porém, de entrarmos na sua exposição, permita-se-nos que demos a notícia de que deixou de existir a conhecida quadra popular portuguesa, que terminava com estes dois versos:

*Toda a facada tem cura,  
Não chegando ao coração.*

Um homem de 28 anos, carroceiro de profissão, envolvera-se em desordem com um companheiro que o ferira no peito. Tratava-se de um caso de ferida do coração, segundo diagnóstico, no Banco de S. José, de um jovem cirurgião, Francisco Gentil, que, pouco depois, havia de ser professor da velha Escola Médico-Cirúrgica e da Faculdade de Medicina, ambas de Lisboa, e hoje é o director do Instituto Português de Oncologia.

O doente tinha uma ferida na face anterior da aurícula direita, que devia medir pouco mais de 1 centímetro e que fechava com quatro pontos de seda, sendo limpo com gaze asséptica o pericárdio, de onde se retiraram cerca de 3 decilitros de sangue. Saturou, o cirurgião, parcialmente, o pericárdio e drenou-o, fechando também parte da ferida torácica. Estava curado o doente e, hoje, ainda vive.

E, assim, continua a não ter razão de existência a referida quadra popular.

A história clínica do doente veio publicada no volume de 1904 do «Jornal da Sociedade das Ciências Médicas».

A mesma agremiação teve, no referido mês, duas importantes sessões, na primeira das quais D. Tomás de Melo Breyner fez uma comunicação, «Radio-terapia e sífilis», em que disse serem pequenos todos os louvores a quem se lembrou da luz para tratar doenças e a quem usa dela com ciência e boa vontade. «Parabéns ao género humano pela grande conquista da ciência, a fototerá-

pia, remédio magnífico para males que, há pouco tempo, ainda não tinham cura! Felicitou os seus colegas Virgílio Machado, Carlos Santos e Archer e Silva, que, na capital, sabiam de tão importante matéria.

Contudo, afirmou, há lesões sifilíticas cutâneas e terciárias, tão parecidas com o lúpus que até se chamavam lupóides; outras sífilides há também, que apresentam um aspecto tão epitelia e tão parecido com o cancroide que têm enganado cirurgiões. E citou casos, em que o efeito da luz, em vez de ser bom, é mau: por exemplo, um sífiloma genital seguido de manifestações na mucosa da boca, e um outro de feridas no nariz e no lábio superior, este apurado como um caso de lúpus e mandado para a fototerapia, seguiu o tratamento pela luz durante quatro meses, mas aumentando sempre a extensão das feridas e as dores. Como o doente havia tido sífilis, diagnosticaram-lhe «fagedenismo terciário, agravado com dermite», proveniente da acção da luz.

E concluiu que, «por mais que as lesões pareçam lupóides ou epiteliais, se deve sempre indagar sobre os antecedentes para ver se há sífilis e, havendo-a, empregar o mercúrio».

Borges de Sousa apresentou, na mesma sessão uma «Contribuição para o estudo da teratologia da íris». Carlos Santos afirmou que são os raios X que possuem acção terapêutica e não o eflúvio eléctrico, como em tempos supôs e Virgílio Machado disse que o processo de tratamento pelos raios X está julgado, mas o necessário é bem manejar o agente terapêutico, fazer a sua posologia. A rádio-dermite, nos seus devidos limites é proveitosa, mas é muito difícil exercer uma acção eficaz nas lesões profundas; e talvez o rádio, pelos raios X que emite, venha a facilitar estas aplicações.

Como estava ainda na sua infância a radioterapia!

O «Movimento Médico», de Coimbra, publicou «Um caso de lúpus tratado pelos raios X», de José Rodrigues, «Valor do soro antidiftérico sob o ponto de vista da profilaxia» e «A tuberculose humana e a dos animais são devidas à mesma espécie microbiana — o bacilo de Koch?», por Augusto da Silva Carvalho.

Sousa Oliveira deu-nos, em «A Medicina Moderna», um artigo — «Técnica operatória da catarata», Arantes Pereira publicou uma «Contribuição para o estudo da patologia dos órgãos urinários».

Na «Medicina contemporânea», in surge-se Bombarda — e com carradas de razão — contra a ideia de «pessoas das mais gradas e ilustradas» pensarem em estabelecer um mercado de frutas e hortaliças no terreno à beira do Tejo, propriedade da Assistência Nacional aos Tuberculosos, onde esta ia fundar o seu Instituto Central, com dispensário público e outros serviços. E, assim, se associavam em contíguas instalações um instituto frequentado por tuberculosos e um mercado público de hortaliças. E José de Lacerda tratou da hereditariedade hígida e mórbida, em artigos sob a epígrafe «Estudos de filosofia científica».

### OUTRAS NOTÍCIAS

Em 10 de Janeiro, foi lançada a primeira pedra para a construção do edifício da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Os jornais referiram-se com interesse ao tratamento do cancro pelo rádio, citando estudos e casos clínicos de médicos estrangeiros.

— A Liga Nacional contra a Tuberculose promoveu uma série de conferências de propaganda. Neste mês foram feitas as seguintes: «Falsificações alimentares», por Cardoso Pereira; «Carestia da vida», por Xavier da Costa; «Higiene profissional», por Sabino Coelho.

— A Liga de propaganda contra o tabaco e o alcoolismo efectuou, em Coimbra, a sessão inaugural da sua primeira filial. Presidiu Bernardino Machado.

— Foi publicada uma portaria nomeando Ferraz de Macedo, Curry Cabral, Oliveira Feijão, Custódio Cabeça e Azevedo Neves para procederem ao estudo das doenças cancerosas.

— A propósito do Congresso Internacional de Medicina de 1906, insistiu Bombarda no acabamento da construção da Escola Médica de Lisboa, que se andava arrastando, havia perto de vinte anos. Mas Hintze Ribeiro (presidente do Conselho de Ministros) recomendou ao Ministro das Obras Públicas a conveniência de as obras da Escola se ultimarem, atendendo à realização do referido Congresso.

**MARTINHO & CA.**

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

RUA DE AVIZ, 13-2º PORTO  
TELEF. P.R.C. 27583 • TELEG. "MARTICA"

# ATOXIMICINA

associação de antibióticos

Sulfato de Dihidroestreptomicina — Sulfato de Estreptomicina  
Procaína - penicilina G — Penicilina G potássica

**SINERGISMO DE ACÇÃO SEM EFEITOS SECUNDÁRIOS**  
**NEUROTOXICIDADE PRÁTICAMENTE NULA**

## **ATOXIMICINA** **NORMAL**

Sulfato de Dihidroestrepto-  
micina 0,25 gr.

Sulfato de Estreptomicina  
0,25 gr.

Procaína - penicilina G  
300.000 U.

Penicilina cristalizada G  
potássica 100.000 U.

*Caixas de 1, 3, 5 e 10 frs.*

## **ATOXIMICINA** **INFANTIL**

Sulfato de Dihidroestrepto-  
micina 0,125 gr.

Sulfato de Estreptomicina  
0,125 gr.

Procaína - penicilina G  
150.000 U.

Penicilina cristalizada G  
potássica

*Caixas com 1 e 3 frascos*

## **ATOXIMICINA** **FORTE**

Sulfato de Dihidroestrepto-  
micina 0,5 gr.

Sulfato de Estreptomicina  
0,5 gr.

Procaína - penicilina G  
300.000 U.

Penicilina cristalizada G  
potássica 100.000 U.

*Caixa com 1 frasco*



**INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA**

# ECOS E COMENTÁRIOS

## SOUSA MARTINS E OS CURANDEIROS

Durante bastante tempo, pertenci ao grupo daqueles que não compreendem como se escolheu a figura de Sousa Martins para celebrar (embora em feio bronze e feia pedra), a Medicina portuguesa e as suas virtudes.

Como outros, também sorria irónicamente, embora com certa mágoa, ante aquela história do Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa a quem um colega estrangeiro perguntava quem era aquele senhor de grande cabeleira e que descobrira ele ou inventara, para o guindarem ao alto dum pedestal. Como o dito Professor, sentia-me em dificuldades para compreender o verdadeiro significado da figura de Sousa Martins.

Hoje, com o correr dos anos e a melhor visão das coisas e das pessoas, que o tempo nos dá, começo a compreender a grandeza de Sousa Martins e a real significação das suas virtudes. O seu grande papel como professor e como clínico, professor e clínico que se realizou no mais alto nível da sua época, a acção por ele exercida no meio médico português, pela palavra e pelo exemplo da sua prática, o prestígio social da sua bondade, do seu carácter e da sua competência técnica, tudo isso me aparece como um conjunto de valores de alta significação, que merecem, talvez, um monumento... até um belo monumento.

E Sousa Martins, afinal, teve, apenas, um feio monumento.

Felizmente que este é valorizado, embelezado, na sua mesquinha estrutura de castiçal, pelas «mãos carinhosas» que o revestem e disfarçam, diàriamente, de uma cobertura de flores.

De facto, o pedestal da estátua de Sousa Martins todos os dias leva uma «andaina» nova de flores e de vasos com plantas, que lhe dão um aspecto de jazigo cuidado de burguez rico, que deixou herdeiros muito reconhecidos.

Na pureza da minha alma eu pensei, durante muitos anos, que essas flores eram aí depositadas como preito de gratidão de algum, ou de alguns ex-doentes de Sousa Martins, ou então como homenagem, respeitosa, da vizinha Faculdade, prestada à grandeza do médico e à beleza do monumento. E nessa grata convicção, sempre que passava em frente da estátua, a caminho do meu velho Hospital de S. José, do velho hospital de Sousa Martins, regosijava-me com a bondade dos homens e a gratidão das Faculdades, que leva uns e outras a não esquecerem aque-

les a quem devem o bem da sua saúde e o bem da sua excelente reputação.

Mas soube, há pouco tempo, oh! amarga desilusão! que as flores têm outra origem, e que são as mãos, também reconhecidas, mas «interesseiramente» reconhecidas, «materialmente», «financeiramente», reconhecidas de uns curandeiros, que ornamentam a estátua de Sousa Martins. Uns hábeis curandeiros que dão consultas em seu nome, por intermédio da mesa de pé de galo, ou coisa parecida, e que com isso ganham o suficiente para comprar flores e para outras de suas

miúdas necessidades, são eles as almas carinhosas e assíduas que diàriamente prestam homenagem ao seu patrono (!!) e... sócio!

Se isto é de facto assim, há que nos curvamos perante o facto, perante a sua «grandeza técnica», digamos (o que a «arte de curar» tem progredido!), e perante a sua grandeza sentimental.

Tanto mais que a estátua, de facto, está a pedir flores.

Se não há doentes reconhecidos, para render os curandeiros na sua piedosa romagem, nem a Faculdade se pode substituir a estes, e se ninguém os pode impedir, legalmente, de exprimir a força dos seus sentimentos, que eles continuem a ornamentar o «jazigo» do homem de quem são, na verdade, os autênticos «herdeiros».

F. R. N.

## WORLD MEDICAL JOURNAL

O Boletim da Associação Médica Mundial foi refundido e sob o nome «World Medical Journal» «W. M. J.» passou a ser publicado em Nova Iorque mensalmente e com todos os artigos repetidos em três línguas (inglês, francês e espanhol). O n.º 1 do I volume corresponde a Janeiro de 1954 e chegou recentemente até nós.

Tem um grande interesse para quem se debruce sobre os problemas com que os médicos se debatem em todo o Mundo e por isso é de particular interesse para os colegas leitores de «O Médico». Como não é acessível a todos, nós passaremos a fazer algumas considerações sobre este jornal nos Ecos e Comentários. Assim focaremos os problemas que nos pareçam mais ligados aos nossos.

No primeiro número é feita larga referência à sessão do Conselho da Associação Médica Mundial que se realizou no Estoril em Março de 1953. Esta reunião do Conselho foi a que preparou a Assembleia Geral a realizar este ano de 1954 em Roma.

O Conselho ocupou-se de problemas de Ética Médica, da recomendação aos países membros da Associação do uso da Farmacopeia Internacional, em problemas de Medicina Socializada e na condenação do processo contra alguns médicos russos e que tanto deu que falar.

No fim agradecem a hospitalidade portuguesa e especialmente o jantar que o Conselho da Ordem dos Médicos lhes ofereceu no «famoso restaurante Machado».

J. A. L.



ANALGÉSICO  
DE USO EXTERNO

apresentado em forma de stick  
com excipiente especial

DE ACÇÃO INTENSA  
E R Á P I D A



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

# ENSINO POST-UNIVERSITÁRIO DA HIGIENE, DA MEDICINA PREVENTIVA E DA MEDICINA SOCIAL

*O Prof. Almeida Garrett tomou parte na «Conferência europeia para o estudo sobre o ensino post-universitário, de higiene, de medicina preventiva e de medicina social», reunida em Goteborg (Suécia) de 6 a 10 de Julho de 1953, promovida pela Organização Mundial de Saúde. Publicamos a seguir o relatório (transcrito do «Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge») que apresentou o Prof. Almeida Garrett, que tomou parte na Conferência por indicação do Instituto para a Alta Cultura, com o beneplácito da Direcção Geral de Saúde. O Prof. Almeida Garrett apresentou na Conferência uma comunicação sobre a formação dos médicos funcionários da sanidade em Portugal.*

Instara o Comité Local pela assistência à recepção, que, na tarde do dia 5 oferecia aos delegados à Conferência. Pautei a viagem por forma a assistir a essa grata reunião, que me deu ensejo a, desde logo, travar relações com os membros do Secretariado (O. M. S.) e com representantes de vários países.

Os trabalhos começaram na manhã seguinte, num dos salões da Municipalidade. Prosseguiram, na tarde de esse dia, de manhã e de tarde nos dias 7 e 8, e nas manhãs dos dias 9 e 10; houve, pois, 8 sessões de trabalho, sendo a última destinada às conclusões tiradas das discussões havidas. Ao iniciar-se a primeira sessão, a Conferência foi saudada por representantes do Governo da Suécia, da cidade de Goteborg e da Organização Mundial da Saúde.

Com excepção do Prof. Fischer, de Estocolmo, e do Dr. G. Clavero, de Madrid, impedidos por doença substituídos, respectivamente, pelos Drs. M. Heinertz (dos Serviços Centrais de Saúde de Estocolmo, Suécia) e M. Bermudez (da Escola Nacional de Saúde, de Madrid, Espanha) todos os demais delegados das 19 nações representadas estiveram presentes. Foram eles: Prof. E. Klose (da Universidade de Kiel — Alemanha), Prof. R. Bieling (da Universidade de Viena — Áustria), Prof. M. de Laet (da Universidade de Copenhague — Dinamarca), Dr. A. Mali (Chefe dos Serviços Médicos de Helsínquia — Finlândia), Prof. J. Parisot e Dr. M. Petit Maire (da Universidade de Nancy, e da Escola Nacional

de Saúde Pública em Paris — França), Profs. I. M. Mackintosh e F. Brockington (da Escola de Higiene e Medicina Tropical, Londres, e da Universidade de Manchester — Grã - Bretanha), Prof. G. Alivisatos (da Universidade de Atenas — Grécia), Prof. T. Remmelts (do Instituto Neerlandês de Medicina Preventiva, Amsterdão — Holanda), Prof. W. D. D'Kelly (da Universidade de Dublin — Irlanda), Prof. J. Sigurjonson (da Universidade de Bergen — Noruega), Prof. A. de Almeida Garrett (da Universidade do Porto — Portugal), Drs. B. Roos e A. Hallgren (dos Serviços de Saúde de Goteborg — Suécia), Dr. A. Sauter (do Serviço Federal de Higiene Pública, Berne — Suíça), Dr. M. Uzan (Conselheiro dos Serviços de Saúde Pública, Tunis-Tunísia), Prof. A. Stampar (da Universidade de Zagreb — Jugoslávia). Tomaram parte, também, três membros do Secretariado da O.M.S.: Prof. Grzegorzewsky, Dr. D. Rijkels e Dr. J. L. Troupin.

Presidiram às sessões, alternadamente, os Profs. Mackintosh e Parisot.

A organização foi perfeita. Embora houvesse duas línguas oficiais (a francesa e a inglesa), mediante tradução no acto, cada assistente ouvia, por auscultadores, o que se ia dizendo na língua que preferia.

O tema geral a discutir foi dividido em quatro partes:

- 1.<sup>a</sup> Objectivos do ensino post-universitário;

- 2.<sup>a</sup> Formação dos médicos funcionários;
- 3.<sup>a</sup> Programas de estudo;
- 4.<sup>a</sup> Métodos de ensino.

A discussão sobre cada uma destas partes fazia-se depois de uma introdução, de exposição do tema. Essas introduções estiveram a cargo, por sua ordem, de Mackintosh, Stampar e Parisot, Fischer, Brockington; resumos haviam sido previamente distribuídos.

No decorrer da Conferência verificou-se que essa divisão não foi rigorosamente seguida, pois cada orador não limitava a sua intervenção ao capítulo em discussão, o que não é de admirar dada a interdependência dos respectivos assuntos. Por isso não devia ter sido, para a Mesa, uma tarefa fácil a de redigir o relatório final, de resumo das opiniões expandidas. Desempenhou-a, no entanto tão satisfatoriamente, que quase não tenho de recorrer aos apontamentos, que de tudo fui tomando, para mencionar o que se me afigura ser de maior interesse, entre as muitas coisas ouvidas.

Não houve conclusões imperativas. Como se diz, de entrada, nesse relatório final, a intenção da Conferência não era a de uniformizar ideias diversas, nem de estabelecer recomendações ou planos para futura acção; era a de promover trocas de impressões, de conceitos, cada participante lucrando com as participações dos outros. E este objectivo foi plenamente conseguido, porque em todas as sessões

## DOIS HIPOTENSORES DE ACÇÃO SINÉRGICA

Alcalóides de *Rauwolfia serpentina*

e

Alcalóides activos do *Veratrum viride*, estandardizados biologicamente (VIRILOIDE)

NUM SÓ MEDICAMENTO

# RAUVILOIDE

DRAGEIAS

Permite a terapêutica ambulatória da Hipertensão

LABORATÓRIO FIDELIS

foi grande o número dos que falaram, os assuntos foram estudados sob diversos aspectos, e da variedade de opiniões colheram-se ensinamentos sobre defeitos e virtudes de princípios e realizações e reconheceu-se a legitimidade de certo número de ideias-mestras, em quase toda a parte utilizáveis, que são, na realidade, conclusões do trabalho da Conferência.

\*

Antes de qualquer outra menção tenho o dever de apontar o teor das minhas intervenções, feitas em todas as sessões. Com as diferenças de pormenorização, condizentes com o capítulo em discussão, todas visaram os mesmos objectivos, de alargamento do tema principal, que era o da formação de médicos funcionários de saúde pública exclusivamente dedicados aos seus cargos. Pelas exposições de introdução a cada uma das citadas partes de esse tema, vi que não se tinha em devida conta o papel que os médicos clínicos (sobretudo os que lidam com muita gente, por trabalharem em estabelecimentos de assistência) desempenham em favor da saúde pública, directa e indirectamente. O problema da saúde não é só um problema de organização de serviços sanitários e de competência dos que neles trabalham. É também, e principalmente, um problema de educação geral e de vulgarização de procedimentos higiénicos.

Para a criação num país de uma consciência do valor da higiene é fundamental a instrução dos seus habitantes, o mais generalizada e larga que for possível, e uma propaganda activa, por palavras e actos. Se a primeira é estranha à medicina, a segunda compete aos médicos fazê-la, e a todos, que não apenas aos sanitários profissionais, se bem que a responsabilidade de estes seja muito maior. Pensando assim, nas minhas intervenções pugnei pelas seguintes doutrinas.

Aos alunos de medicina deve mostrar-se, com o exemplo dos factos, de ontem e de hoje, quanto vale a higiene para a conservação da saúde; deve ensinar-se higiene individual, particularmente no seu mais importante ramo que é o da alimentação; deve ensinar-se epidemiologia, sobretudo no propósito da profilaxia clínica. O carácter de esse ensino, para ser realmente útil tem de diferir do carácter de ensino de aquilo que entre nós se chama Medicina Sanitária; de esta, o bastante para uma cultura geral, sem aprendizagem de técnicas que na prática clínica nunca se empregam.

Referi-me, depois, à diferença que há, quanto a funções e possibilidades de as executar, entre os exclusivamente sanitários e os médicos dos serviços públicos que só acessoriamente têm funções especificamente sanitárias. Para estes, o ensino post-universitário da higiene e da medicina social não deve ter a amplitude do destinado àqueles, sob pena de se lhes criarem ilusões de actividade que não poderão ter, além de os obrigar a um sacrifício de dinheiro e de tempo, injustificável. Louvei a propósito, o sistema instaurado há pouco em França, de dois

degraus de ensino post-universitário da higiene, um feito nas Faculdades de Medicina com a colaboração de médicos sanitários, e outro, para a especialização nos vários sectores da medicina social e da higiene pública, na Escola Nacional de Saúde.

A par de estes pontos de educação de médicos, salientei a importância basililar da educação da comunidade. Para apoiar este parecer citei alguns exemplos, entre os quais o de este facto, aparentemente paradoxal: o de ser a Suécia, onde nos encontrávamos, um dos países da Europa de menor mortalidade, de mais elevada higiene geral, e no entanto não haver nele ensino especial de medicina sanitária para os médicos dos serviços de saúde. A extensa instrução popular, vinda de longa data, com a correlativa educação higiénica das classes mais cultas, produziu um efeito para cuja obtenção, em países de diversa situação cultural, terá de se fazer, sobretudo por via da classe médica e dos serviços de saúde, uma obra educadora muito mais activa.

Tive a satisfação de ouvir da parte de alguns dos colegas na Conferência, conceitos semelhantes; o que foi aproveitado para o relatório final, que a respeito de eles traz várias passagens, tais como as seguintes:

«O programa e a finalidade em matéria de medicina preventiva e de medicina social no decurso dos estudos médicos, e o ensino da saúde pública por formação post-universitária, visam diferente objectivo».

«Alguns participantes descreveram o sistema, existente nos seus países, pelo qual médicos exercem funções oficiais a par da clínica particular; adoptou-se que este tipo de funcionário deve receber uma certa formação».

«A Faculdade pode ser reforçada nas suas funções educadoras pela utilização dos serviços, em *part-time*, de pessoas qualificadas que tenham actividade prática nos diversos domínios da saúde pública, da medicina e das ciências sociais».

«Admitiu-se que o médico funcionário de saúde terá grandemente facilitada a sua tarefa se, na sua comunidade, encontrar o apoio de uma classe médica que aplique a medicina social em todos os ramos da sua actividade. Mas mesmo que não trabalhe em condições ideais, competem-lhe acções específicas, bem definidas, podendo acrescentar-se que uma delas é a de criar ocasiões de dar aos médicos práticos o ensejo de continuar, nas circunstâncias da vida quotidiana, a sua formação em medicina preventiva e em medicina social».

Mas, (e o relatório final acentuou-o) o assunto marcado à Conferência era primordialmente o da «formação post-universitária do funcionário sanitário em *full-time*». Eis os pontos em que, a este respeito, as opiniões coincidiram, praticamente sem excepções:

*Duração dos Cursos* — Pelo menos, um ano académico.

*Organização da Escola* — Divergiram os pareceres, havendo quem a queira dentro da Universidade, quem prefira a

sua dependência dos Serviços Centrais de Saúde Pública, e quem entenda dever viver como entidade absolutamente autónoma. Ficou assente que qualquer das soluções pode ser boa, desde que a escola desempenhe com inteira liberdade a sua missão educadora.

*Corpo Docente* — Deve compor-se de professores em regime de *full-time*

*Alunos* — Sugeriu-se que, em certos casos, convirá que sejam subsidiados.

*Objecto do Ensino* — A formação de funcionário em *full-time* deve consistir em lhe dar tudo o que ele precise para desempenhar a sua missão. As tarefas da saúde pública exigem um trabalho em equipe entre os vários membros da profissão médica, os funcionários públicos e a população em geral, cabendo ao médico sanitário a coordenação de todas as actividades que para elas concorrem; por isso os alunos devem, além das lições de cátedra, trabalhar no próprio terreno de acção junto da comunidade, adquirindo, a par dos aspectos técnicos da higiene, a arte de proceder e de dirigir um trabalho de conjunto.

*Programas* — Reconheceu-se não ser possível nem lógico, estabelecer programas fixos, pois terão de variar com a evolução da ciência. Assuntos que não podem deixar de estudar-se são: a epidemiologia (e a bio-estatística que lhe serve de imprescindível base), a sanidade dos lugares ou higiene do meio, a medicina industrial, a higiene social e elementos de sociologia. Insistiu-se sobre o alcance, cada vez maior, da higiene social, de estudo dos factores de ordem social, que influem sobre a saúde e a doença. Salientou-se a importância da psicologia e da saúde mental; porque as funções do médico sanitário visam principalmente a criar condições futuras de melhoramento da saúde, por meio da educação do público e da colaboração dos Governos, conhecimentos de psicologia são-lhe indispensáveis, e são precisos para criar um programa de higiene mental no quadro da saúde pública. Enfim, o funcionário de saúde pública deve conhecer o trabalho em «equipe» e a administração.

E tudo o que tem de ensinar-se deve ser relacionado, integrando-se os diversos assuntos, para consciência de que todos concorrem para um fim único: a protecção da saúde da comunidade.

*Métodos de Ensino* — Algumas das qualidades pessoais que deve ter o funcionário de saúde (interesse pelo seu trabalho, por servir o bem público, consciência do fim a atingir e espírito de insinuação na colectividade) não se adquirem, mas podem desenvolver-se pelo estudo, mas não pelo ensino didáctico, teórico, que apenas serve para fornecer noções; tem de ser por meio de uma auto-educação realizada em discussões, colóquios e sobretudo pelo trabalho no terreno, pela prática em todos os ramos da actividade sanitária e pela colaboração nos trabalhos de investigação a cargo dos professores.

Como todo o ensino post-universitário, o ensino para médicos funcionários de saúde deve, principalmente, desenvolver o espírito de crítica e dar conheci-

# ESTREPTOMIFON

UM NOVO PROGRESSO NA QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE



ISONICOTILHIDRAZONA DA ESTREPTOMICINA  
EQUIVALENTE A:

ISONIAZIDA . . . . .	0,236 GR.
ESTREPTOMICINA . . . . .	1 GR.

- Os dois mais activos medicamentos antituberculosos numa única fórmula química.
- Aumento de eficiência por sinergismo medicamentoso.
- Grande redução do número de estirpes resistentes.

«Um ponto está esclarecido com clareza: nenhuma das drogas eficientes presentemente conhecidas deve ser usada isoladamente. Elas devem ser normalmente usadas em combinações que se sabe limitarem o aparecimento de estirpes resistentes».

*Advances in the treatment of respiratory disorders — Pulmonary tuberculosis.*  
J. G. Scadding. *The Practitioner* — Out. de 1953.

LABORATÓRIO SANITAS

mento dos princípios a seguir na aplicação prática. Os métodos a empregar, dentro do conceito geral que acaba de citar-se, terão de variar com a qualidade dos estudantes e a sua formação universitária.

O essencial é que conduzam a dar, ao lado de uma boa instrução um espírito de educador; importa tanto a actividade prática como a promoção de interesse da comunidade pela higiene individual e pública e pelas actividades da medicina social.

\*

Considerado no seu conjunto, o trabalho da Conferência foi de manifesto interesse. Poderá duvidar-se das possibilidades de realização, em toda a parte, de alguns dos pontos que venho de registar. Deve, para se apreciar o motivo da sua inclusão no relatório final, considerar-se que predominavam na assembleia os representantes de países de população mais educada e de maior riqueza pública, como notaram alguns delegados de nações onde são menores essas condições favoráveis, objectando que nelas não era possível, por enquanto, ir tão longe. E com razão, a meu ver. Assim, encarando o nosso caso português, a Conferência serviu-me para radicar o que já pensava a respeito do ensino da medicina sanitária.

Para que se crie um espírito sanitário na população, mormente importa, como já referi, que todos os médicos saiam das Faculdades com a consciência do valor dos procedimentos da higiene e os conhecimentos precisos para aplicar aqueles que são utilizáveis na prática clínica. Mais larga deve ser a educação e instrução a adquirir pelos médicos que vão exercer em instituições de assistência e profilaxia (dispensários, hospícios, asilos, hospitais, etc.) e nos que vão ser médicos municipais; para a fornecer deverão criar-se cursos de pequena duração mas intensivos, nos Institutos de Higiene das Faculdades de Medicina, participando no ensino, além do pessoal docente e auxiliar de esses Institutos, os funcionários dos serviços de saúde que sejam necessários para se conseguir o objectivo de reforçar e ampliar as noções adquiridas no curso médico, e de incitar ao papel de educadores que podem exercer com grande proveito da colectividade nas mencionadas instituições.

E, finalmente, é mister robustecer o Instituto Superior de Higiene, por forma a que constitua o centro principal das investigações e desempenhe o papel da formação dos funcionários dos quadros da saúde pública, com a maior eficiência possível. Deverá ter as instalações competentes e um pessoal *full-time*, que inteiramente se dedique às tarefas sanitárias, de investigação e ensino.

Assim, a educação sanitária dos médicos seria feita em três escalões, cada um com o seu carácter próprio:

- 1.º — A dos alunos do curso médico;
- 2.º — A dos médicos destinados a serviços de assistência e higiene;
- 3.º — A dos que, de entre estes, quiserem ingressar nos quadros da sanidade pública.

Se nestes três escalões se fizer educação que leve à propaganda, generalizada, dos benefícios da higiene e da maneira de proceder para que se efectivem, pouco a pouco se irão conquistando melhorias e os Governos prosseguirão, intensificando-as, as criações de obras que concorrem para o progresso sanitário da nação; progresso no futuro aqui, em Portugal, favorecido pelo alastramento da instrução por diminuição do analfabetismo, cancro social contra o qual se estão, felizmente, aplicando medidas promotoras de eficácia.

Muito é o que se tem feito, nas últimas décadas em benefício da saúde da gente portuguesa. Melhorou nitidamente a orgânica dos serviços da sanidade pública, criaram-se novas obras de medicina social (de protecção à maternidade e à infância, de luta contra doenças infecciosas), realizaram-se em número avultado obras de salubridade (abastecimento em água, sistemas de esgotos), ampliou-se e melhorou-se a assistência médica (em dispensários e hospitais), construíram-se em muitas localidades bairros de casas económicas, etc., etc. Não piorou, segundo variados indícios, o nível geral de vida da população e alargou-se a sua instrução.

Tudo isso deu lugar a uma progressiva descida das quotas de mortalidade, acentuadamente nos últimos anos. Mas tudo isso é ainda pouco para o que é lícito ambicionar, atendendo às condições peculiares do nosso povo, que não permi-

tirão (como por vezes tenho tido ocasião de acentuar) obter no prazo de alguns decénios situações iguais às dos povos de alta higiene colectiva, como seja o da Suécia, onde a Conferência me levou.

Nos países escandinavos juntam-se circunstâncias favoráveis a uma vida higiénica, dependentes de um nível económico e cultural muito alto. Nos países do sul da Europa, como o nosso, estamos muito longe de essa privilegiada posição, mas poderemos, se quisermos aproximar-nos de ela, à força de labor progressivo, tenazmente dispendido, no decorrer de anos e anos.

Para ele, a parcela do ensino da higiene, contribuirá com importante e indispensável quota-parte. Se para a impulsionar de alguma coisa servirem os conceitos expressos neste relatório, ficarei largamente compensado do trabalho tido na Conferência de Goteborg; de toda a forma fico com a consciência de ter procurado não desmerecer da confiança que em mim depositaram.

Porto, 8 de Agosto de 1953.

## Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Realizou-se no dia 22 de Fevereiro, sob a presidência do Dr. Ferreira da Costa, a primeira reunião do presente ano académico da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, tendo o Dr. Paiva Chaves apresentado uma comunicação intitulada «Adamantioma gigante e reconstrução óssea do mandibular; possibilidades da substituição total ou parcial de peças do esqueleto». A propósito de um caso clínico, expôs a história dum doente portador dum tumor da face que, pelas dimensões, merecia, justamente, a denominação de gigante. Depois da extirpação fez-se a substituição do hemi-mandibular com osso retirado da crista iliaca, o que permitiu a restituição à normalidade da face e da função mastigatória, com prótese adequada. O Dr. Paiva Chaves documentou o seu trabalho com radiografias e um filme, findo o que também fez passar outro filme para demonstrar as substituições ósseas.

O presidente, depois de elogiar o trabalho do Dr. Paiva Chaves, apresentou, por sua vez, uma comunicação intitulada «Arco em Z em algumas fracturas do mandibular», começando por qualificar como muito recomendável, a simplicidade das técnicas no tratamento das fracturas do mandibular. Referiu-se elogiosamente às técnicas, nestes tratamentos, com esta qualidade, de Garcia del Villar e de Carol, e descreveu a sua técnica que também tem essa característica. No final, demonstrou sobre modelo, como a técnica se executa e ilustrou a sua exposição com desenhos.



**E. TOSSE & C.ª**  
**HAMBURGO**

## Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não somente no tratamento da LUES mas também nitidamente em todas as infecções STREPTOCÓCICAS (Heite e outros). O BISMOGENOL e a Penicilina podem ser administrados em seringa mixta; a vantagem especial que isso permite está na possibilidade de um ajustamento exacto das doses individuais.

REPRESENTANTE GERAL: **SALGADOLENCART**

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

# Serpasil\*

Primeiro produto de Rauwolfia com substância activa bem definida  
Resultado de antigas tradições terapêuticas e da ciência moderna  
Utilizável em todas as formas de hipertensão arterial



Alcaloide puro e cristalizado  
de Rauwolfia  
Hipotensor e sedativo

---

#### Apresentação do Serpasil:

Frasco de 50 comprimidos a 0,1 mg  
Frasco de 40 comprimidos a 0,25 mg

## Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo sobre concursos nos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência

O «Diário do Governo» (2.<sup>a</sup> série, N.º 54, de 5 de Março de 1954) publicou o seguinte acordam do Supremo Tribunal Administrativo:

«O Dr. Manuel Pinto, casado, médico, morador em Coimbra, propôs no Tribunal do Trabalho desta cidade contra os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência e contra o Dr. António Joaquim Arruda, casado, médico, também ali residente, acção sumária onde pediu que se julgasse dever ter sido classificado em 1.º lugar como médico de otorrinolaringologia para o posto clínico n.º 80 e, conseqüentemente, que fosse anulada a nomeação do Dr. Arruda para tal cargo.

Como fundamento articulou, em resumo, que reunia condições que implicavam a sua nomeação como médico efectivo, pois, além de dever considerar-se como tendo obtido 20 valores de formatura, alcançou 19 valores nas cadeiras de Patologia Interna e Patologia Externa e de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, tendo o internato do Hospital da Estefânia; trabalhou na especialidade durante alguns anos no Hospital Militar Principal, o que corresponde, pelo menos, a um internato complementar; prestou serviços na Casa dos Pescadores de Buarcos; é coronel médico da reserva e doutor pela Faculdade de Medicina de Coimbra, e tem, entre outros, o prémio Macedo Pinto, que, além das razões de preferência constantes da ordem de serviço n.º 84 da ré Federação esta considera relevantes outras circunstâncias, como a média do curso e outras classificações, e, finalmente, que, reunindo títulos e classificações superiores aos do Dr. Arruda, impunha-se a sua classificação como médico efectivo.

Citados os RR., vieram contestar por excepção e impugnação, alegando, quanto àquela, que a petição era inepta e o tribunal absolutamente incompetente e, relativamente ao fundo, que foram observadas na nomeação as normas do concurso; que só o Dr. Arruda provou ter o internato complementar dos Hospitais Civis, o que era condição de preferência; que a Federação não está vinculada, ao fazer a nomeação, a qualquer preceito legal, visto não terem força imperativa as ordens de serviço n.ºs 83 e 84; que, mesmo quando o tivessem, não foram ofendidas, porque, ao contrário do A., o R. Dr. Arruda ainda não tinha 50 anos e tinha o internato complementar dos Hospitais Civis; que este foi, além disso, assistente da especialidade na Faculdade de Medicina de Lisboa, tem prestado serviço, também na especialidade, no hospital regional de Coimbra, foi médico otorrinolaringologista do Centro de Saúde de Lisboa e foi aprovado em mérito absoluto no concurso para especialista de otorrinolaringologia dos Hospitais Civis.

Respondeu o A. à matéria das execuções e, depois de realizada a audiência preparatória, proferiu o M.<sup>mo</sup> Juiz o duto despacho-sentença de fls. 158 e seguintes, em que, depois de julgar o tribunal competente, as partes legítimas e impropriedade a arguida ineptidão da petição inicial, conheceu do fundo da causa, absolvendo a Federação e o Dr. Arruda do pedido.

É desta decisão que sobem os presentes recursos, interpostos pela Federação e pelo A., tendo o Dr. Arruda feito uso da faculdade do artigo 683.º, primeira parte, do Código de Processo Civil para sustentar o recurso daquela.

Os recursos acham-se doutamente minutados e contraminutados.

Teve vista dos autos o ilustre representante do Ministério Público junto deste Supremo Tribunal, que, no seu proficiente parecer, suscita a questão da impugnabilidade jurisdicional do acto e se pronuncia no sentido de que deve ser dado provimento ao recurso da Federação.

Tudo visto:

Não existe para os tribunais do trabalho disposição paralela à do § 2.º do artigo 1.º do Decreto n.º 18.017, de 27 de Fevereiro de 1930, onde se excluem expressamente do objecto do contencioso administrativo certas categorias de actos, que, por isso, se tornam desde logo insuscetíveis de apreciação contenciosa.

Assim a questão prévia levantada pelo duto magistrado do Ministério Público equivale a arguir de manifestamente inviável a pretensão do A., pois o facto de se alegar que a nomeação havia sido feita por entidade de direito privado, que, tal como qualquer outra, não estava adstrita à observância de normas legais no recrutamento do seu pessoal, conduziria, em última análise, à conclusão de que estava condenada ao malogro a pretensão deduzida na petição inicial.

Mas a inviabilidade da pretensão do A. constitui um caso de indeferimento *in limine* da petição inicial (artigo 481.º, n.º 3.º, do Código de Processo Civil), indeferimento que, no caso dos autos, se não verificou, visto a acção ter corrido até ao despacho saneador, agora em causa.

Quando assim sucede já não pode fazer-se em indeferimento liminar, como é óbvio, nem cumpre declarar a acção inviável, visto que ela «já percorreu a via judiciária e está suficientemente amadurecida para ser apreciada e julgada» (Prof. Doutor Albino dos Reis, in *Revista de Legislação e Jurisprudência*, ano 76.º, p. 249). Em tal hipótese o tribunal não tem que pronunciar um juízo de previsão acerca da viabilidade da acção, mas antes um juízo de verificação para declarar se a pretensão do A. efectivamente procede ou não (*loc. cit.*).

Deste modo não havia que examinar

a questão da inviabilidade no despacho saneador nem como tal há que apreciá-la em recurso desse despacho, visto já ter passado a altura própria para declarar a acção inviável (*Revista de Legislação e Jurisprudência*, ano 77.º, p. 366, e ano 78.º, p. 399; Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça de 25 de Julho de 1941 e 23 de Janeiro de 1942, in *Revista citada*, ano 79.º, p. 250, e *Revista dos Tribunais*, ano 59.º, pp. 263 e 265, e ano 60.º, p. 103).

Há, portanto, que conhecer em primeiro lugar da matéria relativa às excepções arguidas, o que constitui objecto do recurso interposto pela ré Federação.

Sustenta esta, na minuta, que o tribunal é incompetente porque as «questões referentes ao contencioso das instituições de previdência são questões típicas, específicas, que se prendem com a natureza e funcionamento das mesmas instituições» (fl. 195), e não é questão desta natureza a que se debate nos presentes autos.

Tal como acontece para o contencioso administrativo, não fornece a nossa lei, em relação às instituições de previdência, uma definição de contencioso. Deve, por isso, ir buscar-se essa noção ao ramo de direito onde, através de larga elaboração doutrinal, se alcançou uma definição geralmente aceite, isto é, ao direito administrativo.

Segundo o Prof. Doutor Marcelo Caetano (*Tratado Elementar*, p. 360), «na acepção mais geral entendem os autores por contencioso administrativo o conjunto de contestações jurídicas a que dá lugar a acção administrativa».

A adoptar-se tal noção — que não é incompatível com a amplitude da redacção do n.º 7.º do artigo 11.º do Código de Processo nos Tribunais do Trabalho — seríamos desde logo levados à conclusão de que estaria compreendido no âmbito do contencioso das instituições de previdência o pleito respeitante ao provimento de um médico da instituição, visto ter sido originado pela acção desta.

E isto mesmo quando se restrinja, como se afigura razoável, o âmbito do conceito de acção das instituições de previdência àquela que elas desenvolvem como tais na sua função específica.

Na verdade, tanto pelo diploma que criou a Federação (portaria publicada no *Diário do Governo*, 2.<sup>a</sup> série, de 15 de Junho de 1946) como pelos estatutos desta (artigo 4.º), um dos seus fins é o de promover e assegurar o funcionamento dos serviços médico-sociais das instituições federadas. Integra-se, por isso, na sua função própria a actividade desenvolvida no recrutamento do pessoal dos serviços médicos, pois trata-se de actividade directa e imediatamente ligada ao funcionamento dos serviços que à Federação compete assegurar de modo especial.

À mesma conclusão se chegaria se, à

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

**PROPULMIL**  
Bial

**PROPULMIL**

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 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 D<sub>2</sub> 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 D<sub>2</sub> 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.

semelhança do que tem sido doutrinado em relação ao contencioso administrativo (vide Prof. Doutor Marcelo Caetano, *ob. e loc. cit.*), restringíssemos o conceito de contencioso das instituições de previdência às questões que são submetidas a decisão jurisdicional segundo o direito da previdência social, pois é óbvio que este não é constituído apenas pelas regras que estabelecem e disciplinam as relações entre as instituições e os beneficiários ou contribuintes respectivos, mas também por aquelas que regulam a sua constituição e funcionamento, lhes fixam as atribuições, a competência dos seus órgãos, a organização dos serviços, etc.

Nem se diga que a expressão contida no artigo 11.º, n.º 7.º, do Código de Processo nos Tribunais do Trabalho tem um alcance restrito correspondente ao âmbito do capítulo II, título IV, do mesmo diploma. Que assim não é verifica-se pelo cotejo dos artigos 12.º e 36.º, § 1.º, do Código de Processo nos Tribunais do Trabalho — onde se fala, de um modo geral, em acções de previdência ou do contencioso da previdência social — com o artigo 21.º, n.º 6.º, do mesmo código, que se refere aos processos *especiais* do contencioso das instituições de previdência, isto é, aos processos dos artigos 107.º e seguintes, incluídos no título delicado aos processos especiais.

A expressão «contencioso das instituições de previdência social» tem, portanto um alcance mais vasto, como, de resto, o confirma o disposto no artigo 28.º do referido código.

É certo que este preceito não contém uma regra de competência, e antes se destina fundamentalmente a marcar um prazo de propositura para certas acções. Mas não há dúvida de que, referindo-se às acções em que, como na presente, se reclama contra actos e deliberações dos corpos gerentes das instituições de previdência, a disposição referida partiu manifestamente do princípio de que tal espécie de acções é admitida por lei e está integrada no âmbito da competência do tribunal.

Bem julgou, pois, o M.<sup>mo</sup> Juiz *a quo* ao declarar o tribunal competente.

E o mesmo é de dizer pelo que respeita à inaptidão da petição inicial.

Conforme se verifica pela leitura da contestação da R. (artigo 3.º), ela declarou presumir que o A. fundava o pedido na violação das normas do concurso, consistindo tal violação no facto de, reunindo ele condições para ser nomeado médico efectivo, ter sido preterido pelo Dr. Arruda.

Ouvido o A. sobre esta arguição, veio declarar a fl. 27 que os RR. interpretaram correctamente a petição.

Verifica-se, pois, a hipótese prevista no § 1.º do artigo 193.º do Código de Processo Civil, e, conseqüentemente, era de aplicar a estatuição do mesmo preceito, ou seja a de que não deve julgar-se precedente a arguição.

E agora quanto ao mérito que é objecto do recurso do Dr. Manuel Pinto:

Na sua douta alegação pede este a revogação do despacho recorrido, com

base nas seguintes resumidas conclusões:

1) O pedido e, portanto, a questão a resolver circunscrevem-se à legalidade das classificações do recorrente e recorrido Dr. Arruda;

2) É estranha ao litígio a regularidade do acto de admissão;

3) O despacho, decretando a improcedência com fundamento em que o recorrente tinha mais de 50 anos quando concorreu, julgou coisa diversa e além do pedido, violando o artigo 661.º do Código de Processo Civil;

4) Os autos mostram que no concurso em causa não havia que atender aos elementos de classificação constantes da ordem n.º 84, mas unicamente ao n.º 9 da ordem n.º 83;

5) Este número não estabelece normas particulares de preferência, pelo que aquela recorrida deveria ter escolhido o candidato que melhores títulos apresentasse;

6) Era o recorrente quem, dos dois candidatos, reunia melhores títulos e classificações, e, por isso, devia ter sido nomeado médico efectivo.

A questão posta pelo recorrente sob os n.ºs 1 a 3 das conclusões não pode ser objecto de apreciação por parte deste Supremo Tribunal.

Na verdade, segundo a tese do recorrente, o M.<sup>mo</sup> Juiz teria praticado no despacho *sub judice* uma violação do disposto no artigo 661.º do Código de Processo Civil.

A ser assim, a consequência seria a nulidade da decisão (n.º 5.º do artigo 668.º do Código de Processo Civil, aplicável aos despachos por força do § único do artigo 660.º), pois este número está em correspondência com aquele artigo (Prof. Doutor Albino dos Reis, *Código de Processo Civil Anotado*, 2.ª edição, p. 455).

Mas tal nulidade não foi arguida perante o tribunal *a quo*, e só no caso de o ter sido poderia o tribunal superior entrar na sua apreciação (vide acórdãos desta secção in *Colecção de Acórdãos*, vol. XI, pp. 57, 277 e 446).

Quanto à restante matéria da alegação, não procede a argumentação nela produzida.

Com efeito, mostram os autos que só através da ordem de serviço n.º 83, junta a fl. 38, se estabeleceu o concurso como forma de recrutamento do pessoal médico da Federação. Não há — nem o recorrente cita — norma legal, regulamentar ou estatutária, que imponha tal procedimento, e, por isso, ao adoptá-lo, por sua livre iniciativa, procedeu a ora recorrida independentemente de qualquer comando legal nesse sentido.

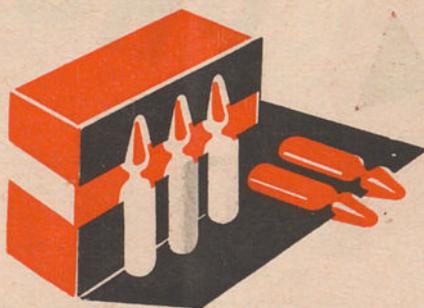
Para casos semelhantes é jurisprudência assente na 1.ª secção deste Supremo Tribunal que a nomeação só está condicionada pelo concurso quando a lei estabelece esta forma de recrutamento (vide, por todos, o Acórdão de 17 de Março de 1950), na *Colecção de Acórdãos*, vol. XVI, p. 196) e que, «quando a lei não estabelece para a nomeação o concurso documental, a Administração não é obrigada a organizá-lo, mas nada impede que se sirva dele para melhor se esclarecer» (Acórdão de 27 de Janeiro de 1950, in *Colecção de Acórdãos*, vol. cit., p. 37).

O mesmo é de dizer no caso dos autos.

Desde que nenhuma norma impunha o concurso à sua adopção pela recorrida, não pode dar-se outro alcance senão o de ela ter procurado, através daquele, esclarecer-se acerca dos candidatos. A Federação não ficava, porém, adstrita às condições que ela própria estabelecera, pois a nomeação, até aí livre, não se tornou vinculada pela instituição do concurso, cujo valor era meramente informativo.

A violação das regras estabelecidas

## TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



# SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas  
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

para este, quando a tivesse havido, não envolvia, por isso, nulidade, visto tais regras não dimanaram de lei ou diploma equivalente.

Mas, quando alguma eficácia vinculativa fosse de atribuir às regras constantes das referidas ordens de serviço, nem assim melhoraria a posição do recorrente.

Na verdade, ainda quando se aceitasse que não eram de aplicar ao caso as preferências estabelecidas na ordem n.º 84 (onde figurava o internato complementar, que o recorrente não tinha), e que, portanto, só haveria que atender às regras gerais contidas na ordem n.º 83, impunha-se concluir que a nomeação fora regularmente feita.

Diz-se no n.º 9 desta ordem que «a classificação em mérito relativo, acompanhada do parecer ou pareceres emitidos no conselho, será apresentada em reunião da direcção, que deliberará, tendo em conta estes e outros elementos de de apreciação que sejam de considerar».

Daqui resulta, à evidência, que ao tomar a deliberação de nomear um médico não está a direcção da Federação vinculada sequer à classificação que lhe é submetida e pode, consequentemente, preferir um candidato que não figure no 1.º lugar da classificação.

Isto quer dizer que a nomeação, mesmo em face do concurso, sempre resultaria de uma escolha feita discricionariamente entre os candidatos admitidos e que, portanto, o acto de nomeação só poderia, porventura, anular-se quando arguido de desvio de poder.

Finalmente não colhe o argumento de que o recorrente, por ter melhores títulos e classificações, deveria ter sido o preferido, pois se é certo que deve perfilhar-se a doutrina de que a adopção do processo de concurso visa à escolha do candidato mais idóneo, não é menos exacto que a maior valorização ou classificação final dos cursos não é, só por si, elemento revelador de maior aptidão (vide, nesse sentido, entre outros, os Acórdãos da 1.ª secção deste Supremo Tribunal de 8 de Janeiro de 1943, *Colecção de Acórdãos*, vol. IX, p. 4, 2 de Junho de 1944, *Colecção de Acórdãos*, vol. XI p. 317, e 8 de Fevereiro de 1946, *Colecção de Acórdãos*, vol. XII p. 123).

Pelo exposto, negam provimento a ambos os recursos e condenam os recorrentes nas respectivas custas.

Baixem os autos oportunamente.

Lisboa, 7 de Julho de 1953. — *Luis Costa da Cunha Valente* — *António Lopes Vaz Pereira* — *António Jorge Martins da Mota Veiga*. — Fui presente, *Feliciano Tomás de Resende*.

Está conforme.

## Sociedade Portuguesa de Esterilidade

Reuniu-se no dia 4 de Fevereiro, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, a sua nova secção designada Sociedade Portuguesa de Esterilidade, que

aprovou o respectivo regulamento interno e elegeu o Conselho de Direcção, que ficou assim constituído: Presidente, Prof. Freitas Simões; Vice-presidente, Profs. Novais e Sousa e Moraes Frias e Dr. João Manuel Bastos; secretário-geral, Dr. Pedro Monjardino; secretários-adjuntos, Drs. Ibérico Nogueira, Rui Van Zeller e Ferreira Vicente; tesoureiro, Dr. Félix Machado. Comissões de reuniões científicas e de publicações: Prof. Neves e Castro e Drs. Fernando de Almeida, Jorge Brás, Elísio Montargil e Ferreira Lima.

A primeira reunião científica da novel Sociedade realizou-se no dia 17, tendo o Prof. J. P. Grenhill, de Chicago,

que foi eleito sócio honorário da S.P.E., feito uma conferência intitulada «Tratamento Cirúrgico da Esterilidade». O orador, que foi apresentado pelo Prof. Freitas Simões, dissertou, primeiro, sobre a má conformação dos órgãos externos e sua resolução por meios cirúrgicos, e tratou, seguidamente, de idênticos problemas relacionados com os órgãos internos. Aludiu, depois, a várias lesões de diversos órgãos, que podem requerer tratamento cirúrgico, que resolverá, com maior ou menor êxito, as causas da Esterilidade, e, finalmente, falou de novos processos na resolução de situações difíceis, como a obstrução das trompas, etc.

### NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL

REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

# I O D O P<sub>2</sub>

AMPOLAS-GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO  
COM SOLU P<sub>2</sub>

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES  
HEMORRÁGICOS. MELHOR  
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

Extratos do «Diário das Sessões»

(Continuação do número anterior)

## Discurso do Deputado Dr. Melo e Castro

O Sr. Melo e Castro: — Sr. Presidente: usando pela primeira vez da palavra nesta legislatura, desejo que as minhas primeiras expressões sejam para V. Ex.<sup>a</sup>, Sr. Presidente, para tentar traduzir um pouco que seja do meu profundo respeito, da minha profunda consideração, da minha profunda admiração por V. Ex.<sup>a</sup>.

No favor que V. Ex.<sup>a</sup> me tem dispensado, do seu convívio próximo, eu tenho podido verificar que a maneira como V. Ex.<sup>a</sup> exerce a presidência desta Câmara, a arte política, aliada a uma perfeita elegância, aliada até a um largo espírito de caridade, o conhecimento profundo das realidades da vida portuguesa e das realidades da vida humana, distinguem V. Ex.<sup>a</sup> como modelo, estou certo, de presidências de câmaras políticas em qualquer parte do Mundo.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Desejava também englobar nos meus respeitosos e quentes cumprimentos os ilustres vice-presidentes desta Câmara, o Sr. Engenheiro Cancela de Abreu, o Sr. Engenheiro Mendes do Amaral e o Sr. Melo Machado, valores políticos dos maiores do nosso país e parlamentares todos de primeira plana. E desejava ainda englobar os vice-presidentes da transacta legislatura, o Sr. Dr. Dinis da Fonseca, o Sr. Engenheiro Sebastião Ramires e o Sr. Dr. Paulo Cancela de Abreu, todos eles com serviços valorosos e distintos ao País.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Queria concluir por apresentar a todos os Srs. Deputados, meus ilustres colegas, os meus respeitosos cumprimentos e, se me permitem, porque a justiça assim o pede, distinguir entre toda a Câmara a figura alevantada de político, de jurista e de professor que o é o Sr. Mário de Figueiredo.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Pude concluir, da experiência da passada legislatura, que, amparados os nossos trabalhos nesta Câmara — os trabalhos legislativos e os trabalhos de fiscalização da Administração — por um homem público da categoria do Presidente desta Assembleia, e também por alguém com a categoria mental e o carácter do Sr. Dr. Mário de Figueiredo, com o nosso esforço, com a nossa dedicação ao interesse público, com a nossa independência de juízo, esta Assembleia pode preencher cabalmente a missão que lhe cabe no concerto da vida nacional.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Sr. Presidente: no último dia da passada legislatura renovei aqui o apelo que desde há muito vinha a ser levantado por vários dos nossos colegas mais atentos às necessidades da vida da província, designadamente pelos Srs. Deputados Melo Machado, Amaral Neto (este em desenvolvimento e muito bem estudado aviso prévio), Miguel Bastos e Ernesto de Lacerda,

para que o Governo encarasse de frente o problema tão velho e revelho das responsabilidades financeiras dos municípios na assistência hospitalar aos doentes pobres — o estafado problema das dívidas das câmaras aos Hospitais Civis.

Acentuei então, muito especialmente, a necessidade de, dentro do quadro das soluções que vierem a ser encontradas para tal problema, serem atendidas, mediante preferências legais claramente estatuidas a favor da possível hospitalização e do desenvolvimento dos meios médicos e cirúrgicos locais, as importantes exigências financeiras, até há pouco insuspeitadas, determinadas pela esplêndida multiplicação de hospitais sub-regionais pelo País fora.

Não deixei então de frisar que essas exigências financeiras são mais prementes, porque nós também sabemos que no ambiente, embora modesto, da assistência provinciana não basta construir edifícios para hospitais. É preciso também, e tem-se procurado assegurar, efectivamente, no funcionamento dos novos hospitais sub-regionais, um nível satisfatório quanto a assistência religiosa, métodos de administração, pessoal médico e cirúrgico, enfermagem, serviço social e meios de diagnóstico e de tratamento.

Precisamente há poucos dias, em diploma mandado à Câmara Corporativa, procurou o Governo dar satisfação a alguns desses problemas, que a imprensa criteriosamente abordou, como, por exemplo, o jornal *O Século*, e aqui, no seio da Assembleia Nacional, foram focados no seu real alcance, particularmente, pelo Sr. Deputado Amaral Neto.

Não pude ainda examinar detidamente as soluções preferidas nesse diploma, mas teremos porventura oportunidade para esse exame aqui na Assembleia Nacional. Como conheço as suas linhas gerais, como conheço de perto a competência com que, no domínio da política da saúde, o Governo equaciona os problemas e busca as soluções, quer na elaboração legislativa, quer na execução, e como não tenho dúvidas de que a intenção foi a de servir o objectivo que na Assembleia foi destacado, aqui fica desde já o meu vivo agradecimento ao Governo e, particularmente, ao Sr. Ministro do Interior.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Também, Sr. Presidente, recentemente, pelo Decreto-Lei n.º 39.449, de 24 de Novembro de 1953, o Governo procurou boa disciplina jurídica, ao sabor da nossa doutrina tradicional, para a necessidade, que também foiquei em Março passado — pela sua íntima conexão com os problemas da assistência e da saúde nas províncias —, de serem criados incentivos para que se retome, dentro do abrigo doutrinário do Estatuto da Assistência, a generalização da piedosa disposição de outras eras para doar e legar em prol do comum. Mais outro bom serviço que pronta, criteriosa e generosamente o Governo prestou através do Ministério do Interior.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Ora, Sr. Presidente, quando procurei fundamentar a minha intervenção

de Março passado, atento como há muito ando aos problemas da política da saúde, e na convicção de que a independência da função parlamentar, de que ainda não vi nenhum de nós prescindir, nos obriga a dizer tanto o mal como o bem que a justiça reclame, nessa intervenção fiz considerações como as que peço licença para reproduzir, porque traduzem verdadeiramente o pensamento que mantenho, agora com mais fortes motivos, derivados de mais pormenorizado exame de algumas questões.

Sr. Presidente: entra pelos olhos dentro, impõe-se ao espírito e ao coração a obra notabilíssima que, desde 1946 para cá, tem sido realizada pelo Governo e pelas Misericórdias no domínio da reorganização hospitalar.

Promulgada a Lei n.º 2.011, de 2 de Abril de 1946, ela não ficou letra morta, mas, ao contrário, logo houve viva preocupação construtiva, como pedia a ingência e urgência da necessidade.

Em 30 do mesmo mês e ano, pelo Decreto n.º 35.621, eram definidas as atribuições da Comissão de Construções Hospitalares, e este serviço, de então para cá, com competência, entusiasmo e o melhor espírito de colaboração com as Misericórdias, tem realizado um trabalho verdadeiramente modelar, que já permitiu a resolução do problema hospitalar em numerosos concelhos do País.

Também, Sr. Presidente, não deve esquecer-se que na progressividade política seguida neste domínio nos últimos anos não tem havido apenas a preocupação de construir e equipar hospitais, mas também, já com alguns êxitos, a de preparar enfermagem condigna, em número e nível tanto técnico como moral, assim como os problemas da administração hospitalar têm sido encarados com seriedade.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — É este, portanto, um dos domínios em que o progresso tem sido mais nítido e consolador, até, Sr. Presidente, pela atenção dispensada às necessidades da vida provinciana.

Para quem tenha o gosto de admirar e de louvar — e este gosto, Sr. Presidente, próprio das almas fortes e bem formadas, tão inconfindível é com alouvaminha e com a falada propaganda —, eis aqui um sector em que os agradecimentos da Nação nunca serão demasiados, em que os aplausos ao Governo para que a obra prossiga nunca serão sobejos.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — E nunca serão demasiados, Sr. Presidente, os aplausos que a justiça pede a esse grande obreiro da política da saúde e da assistência que tem sido o Sr. Dr. Trigo de Negreiros, a quem o País deve assinalados serviços, destes serviços positivos, palpáveis, que se impõem a quem vive atento às autênticas realidades da vida pública portuguesa.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Neste aplauso sincero, em que sinto interpretar o sentimento dos que,

# **TRANSPULMIN**

---

PARA O  
TRATAMENTO DA  
BRONCO-PNEUMONIA  
E OUTRAS AFECÇÕES  
BRÔNQUICAS  
AGUDAS E  
CRÓNICAS

---

IMPORTADORES E DISTRIBUIDORES PARA O IMPÉRIO PORTUGUÊS

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

LARGO DO CHIADO, 12-1.º — LISBOA



---

FABRICANTES:

**CAMDEN CHEMICAL CO. LTD.**

61, Gray's Inn Road

LONDON — W. C. 1

por essas províncias fora, vivem os problemas da assistência e da saúde, eu queria também, Sr. Presidente, destacar a obra benemérita da Comissão de Construções Hospitalares, assim como o nome do ilustre titular da pasta das Obras Públicas, Sr. Engenheiro Ulrich, que à organização hospitalar, assim como à política construtiva da assistência em geral, não tem regateado o melhor do seu fecundo labor, do seu entusiasmo e do seu carinho.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Desta maneira, tendo falado como falei há tão pouco tempo, e com a convicção em que o fiz, não admirará, Sr. Presidente, que eu também tivesse comungado na interessada expectativa que precedeu a efectivação do aviso prévio do ilustre Deputado Prof. Cid dos Santos. Mormente porque do sumário incluído no respectivo anúncio, onde se lia: «Lugar do Hospital-Faculdade no quadro dos hospitais do País», era lícito esperar uma vasta análise de toda a problemática, de todas as realizações, de todas as esperanças da política seguida em matéria de reorganização hospitalar.

Muitos terão sido os motivos dessa interessada expectativa, desse apurar de ouvidos, desse quase suspender de respiração em algumas pessoas mais curiosas. Entre os motivos dessa grande expectativa não teriam avultado pouco, penso eu, os cuidados e reservas com que o ilustre Deputado entendeu dever preservar o seu tesouro.

Ora, Sr. Presidente, foi efectivado o aviso prévio. Foram nele relatados, com notável cópia de pormenor, lacunas e também vantagens do edifício destinado ao Hospital Escolar de Lisboa, houve nele acentos vivos para problemas importantes, como o da preparação da enfermagem, aliás já bem equacionado e em vias de quase satisfatória solução, como brilhantemente demonstraram os ilustres Deputados Prof. João Porto e Dr. Moura Relvas, como o problema das necessidades de administração de um hospital central em que funciona uma Faculdade de Medicina, problema, aliás, já satisfatoriamente resolvido de acordo com a nossa experiência na matéria e com a mais apurada e unânime experiência estrangeira, como demonstrou poderosamente o ilustre Deputado Dr. Santos Bessa, houve ainda no aviso prévio mocidade e justificado amor às ferramentas próximas do ofício que, com tanto êxito, exerce o ilustre professor, houve esforço patente, houve sacrifício de tempo e de legítimos interesses, e se, porventura, não puder ter-se por indiscutível a independência em relação a prejuízos vindos de trás, talvez das poeiras de Santa Marta, se não houve, Sr. Presidente, aquele despreendimento da «querela entre o passado e o presente que pode comprometer o futuro», a que há tempos, com frescura e oportunidade, se referiu o ilustre Deputado, houve, Sr. Presidente, creio-o bem, recta intenção e anseio de progresso.

E isto é o que mais importa para em qualquer caso este aviso prévio poder ter a sua utilidade e podermos cumprimentar o seu autor com respeito, dentro da franca e boa lusitana convivência.

Quanto, porém, à problemática geral da política hospitalar, quanto à execução do plano de reorganização hospitalar, decorrente da Lei n.º 2.011, cuja elaboração foi valorizada por um brilhante parecer da Câmara Corporativa, assinado pelo pai do ilustre Deputado avisante, o ilustre professor de Medicina, dobrado de historiador e crítico de arte do mais fino gosto, que é o Prof. Reinaldo dos Santos, quanto a esse aspecto que havia sido expressamente anunciado e, pelos motivos que há pouco referi, tanto me interessava, é que só encontro, no aviso prévio, tão pouco e tanto, tão ligeiro e tão chocante, tanto e tão pouco como isto:

...o grande aspecto da Faculdade-Hospital, o que lhe dá uma feição particular, é o de constituir o primeiro grande passo, que já tem um antecedente no Instituto de Oncologia, para se sair do ciclo de mediocridade em que tem vegetado a assistência e o ensino médico e sobre o qual todos têm estado de acordo.

Esta afirmação assim redonda, solta, como de quem percorreu, com profundidade, a matéria em exame e está seguro da conclusão, é que me dá que pensar, é que me obriga a subir a esta Tribuna — «ciclo de mediocridade em que tem vegetado a assistência... sobre o qual todos têm estado de acordo».

Ela contraria directamente tudo quanto aqui disse em Março passado. Ela desmente categoricamente tudo o que, com os simples dados dos sentidos, podem conhecer quantos algum interesse têm tido pelos problemas da assistência, tudo o que, com princípios apurados no estudo e no exame das necessidades e das possibilidades nacionais, com trabalhosa e criteriosa elaboração legislativa, com alma, com comando, com fundos públicos cada vez mais vastos, com cimento armado e onerosas importações de materiais e aparelhagem, tudo o que tem sido realizado desde a promulgação do Estatuto da Assistência.

Eu queria perguntar ao ilustre Deputado em que país tem estado durante a última década?

Quereria pedir ao ilustre professor um pouco, ao menos, da fundamentação do que assim afirma com tal generalização e perguntar-lhe se ainda pode pensar-se que o País é Lisboa ou que Lisboa é o Hospital de Santa Marta?!

Prefiro, porém, não comentar. Prefiro revêr as razões que me levaram em Março passado a elogiar a política do Governo em matéria hospitalar, a elogiar a obra do Dr. Trigo de Negreiros, elogios que tenho trazido, já por outras vezes, precisamente como fundamento de reclamações ou de anseios de progresso. Só n' bom podem fundar-se esperanças e garantia do melhor.

Nessa revisão, comecei por visitar o Hospital Escolar. O acesso é fácil e a localização magnífica. Não foi só a saúde do lisboeta que ganhou, mas também a valorização da sua cidade.

Entrando à esquerda deparou-se-me uma placa em que se recorda o motivo, a dignidade da inauguração do edifício, que foi feita com a presidência do Chefe do Estado, para comemorar vinte e cinco anos de governo de Salazar.

Há talvez quem entre e não leia esta inscrição; há quem possivelmente a leia, mas, por não atinar no seu significado e no seu simbolismo, minimize a cerimónia em que se procedeu ao seu descerramento.

Li e creio que compreendi. Foram os vinte e cinco anos de governo de Salazar que tornaram possível a realização de tão grande empreendimento. A homenagem prestada por iniciativa dos que mais directamente participaram na execução daquela obra associou-se a Nação, agradecida pela construção de um magnífico estabelecimento hospitalar destinado ao tratamento de muitos e muitos portugueses.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — É possível, porém, que tal construção não despertasse, por parte de alguns que mais directamente o vão utilizar, o interesse e o agradecimento que seria legítimo esperar-se. Não admira. Há muita gente que, só gostando de sonhar, fica decepcionada quando os acontecimentos, em que não participaram, convertem o seu sonho em realidade.

Franqueada a entrada do imenso Hospital, por uma das 4.500 portas do edifício, percorri os seus diferentes andares e tomei nota dos serviços a que se destinam. Abri-

ram-me algumas das suas 5.400 janelas e verifiquei que por todas ali entrarão a luz e o ar, não vindo a ser utilizadas — disso estamos convencidos! — para operação idêntica àquela que foi realizada pelos comunistas na Checoslováquia: a repetição da famosa «desfenestração de Praga».

Subi ao terraço, e o panorama é um deslumbramento. Implantado o edifício no centro geográfico de Lisboa, dele pode avaliar-se a forma como a cidade cresceu e se desenvolveu nos últimos anos, revendo-nos na graça dos novos bairros e nas muitas das realizações levadas a cabo de há duas décadas para cá.

Para só aludir às que respeitam ao domínio da assistência, avulta logo o Hospital Júlio de Matos, que, disposto em pavilhões, ocupa uma grande área, e também o equilibrado e magnífico edifício do Instituto Português de Oncologia e depois a bela Escola de Enfermagem das Casas de S. Vicente, da inesquecível e querida irmã Eugénia, cuja bondade, competência e alta espiritualidade tanto vigor deram a este último ciclo da assistência em Portugal.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Como todos o reconhecem, como o reconheceu, em primeiro lugar, Duarte Pacheco, a este último ciclo da assistência chamarei agora, Sr. Deputado Cid dos Santos, ciclo de bênçãos. Lembrei-me então no terraço altaneiro do Hospital Escolar, perante obras de tal porte, de que só com o levantamento destes grandes edifícios despendeu o Estado mais de meio milhão de contos, em execução de uma política que, sob este aspecto, não tem paralelo em qualquer outro período da nossa história.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Dominado por muitos sentimentos, entre os quais não foi o menor o orgulho de português perante a nossa capacidade realizadora ali patenteada e também o do reconhecimento aos homens que a despertaram, deixei o terraço e, ao passar depois pelas dependências destinadas aos serviços de cardiologia, cuja justificação já foi feita por ilustres Deputados que me antecederam, lamentei que não tivessem ainda entrado em funcionamento, pois isso me permitiria verificar se a sua aparelhagem delicada, complexa e cara era susceptível de medir a intensidade da minha emoção.

Vi muito, Sr. Presidente, melhor, vi bastante, do edifício do Hospital.

Não poderei acompanhar, porém, o ilustre Deputado Cid dos Santos na sua minuciosa digressão. Isto por dois motivos: receio, em primeiro lugar, perder a direcção e o norte no labirinto de pormenores em que se embrenhou o nosso colega; depois, em meu entender, esta Assembleia está apta a definir ou a criticar uma orientação, mas não pode deter-se na análise de uma simples distribuição de serviços... Há outros problemas que prendem a nossa atenção.

Um deles consiste em demarcar a posição dos Hospitais Escolares no quadro dos hospitais do País.

Destacado como ponto fundamental no anúncio do aviso prévio, afigura-se-me que o seu ilustre autor não lhe deu, repito, o desenvolvimento devido, e se limitou a sugerir, com base em possíveis conflitos e atritos, que a parte hospitalar volte para o Ministério da Educação, de onde, em seu entender, nunca deveria ter saído.

Ora, conflitos e atritos existem em toda a parte, e deles não está isenta a Faculdade de Medicina de Lisboa, como não esteve o Hospital de Santa Marta, enquanto funcionou anexo à mesma.

Se o conselho da Faculdade de Medicina não logrou convencer o professor e vogal do mesmo conselho Dr. Cid dos Santos da isenção com que procedera na distribuição das clínicas no bloco sul, aprovada, aliás, por unanimidade de votos dos professores

presentes, como poderá convencer os elementos estranhos à referida Faculdade?

O que é necessário é criar um espírito de colaboração entre os diversos elementos que trabalham no Hospital, em ordem a conseguir-se reduzir ao mínimo tais conflitos, designadamente quando possam reflectir-se na eficiência dos serviços.

No Hospital Escolar de Lille, recentemente inaugurado, funcionam vinte e dois serviços, em vez de catorze previstos no projecto. A multiplicação deles resultou da boa compreensão dos professores e administradores, não constituindo qualquer obstáculo para ela o facto de dependerem os primeiros do Ministério da Instrução e os segundos do Ministério da Saúde. Esta situação verifica-se na generalidade dos países.

O problema fundamental é outro e encontra-se já resolvido pela Lei n.º 2.011.

Para o efeito desta lei — e não parece afinal ocioso recordá-lo — foi o País dividido em zonas, regiões e sub-regiões, correspondendo a cada zona um ou mais hospitais centrais, a cada região um ou mais hospitais regionais e à sub-região um hospital sub-regional. Este sistema adapta-se à chamada organização vertical: na base, o hospital sub-regional, no centro, o hospital regional, e no cimo, os hospitais centrais que, nos termos da mencionada lei, abrangem os Hospitais Escolares.

As funções de uns e outros estão claramente definidas na lei e são de duas ordens, no que respeita aos hospitais centrais: asseguram a assistência hospitalar da respectiva região, incluindo os casos clínicos da zona que os hospitais regionais não possam tratar, e exercem as funções pedagógicas que lhes pertencem como formações sanitárias dos centros universitários (Lei n.º 2.011, base VII).

A partir desta lei, deixaram de existir entre nós, na esteira de todo o mundo civi-

lizado, os chamados Hospitais - Faculdades, anexos à respectiva Faculdade de Medicina, muito menos, por contraditório, as Faculdades-Hospitais, para passarem a exercer todos os hospitais centrais, simultaneamente e nos termos que forem estabelecidos nos respectivos regulamentos, as funções de assistência e de ensino.

A solução adoptada é, pois, idêntica à que vigora na generalidade dos países em relação aos hospitais que funcionem num mesmo centro em que exista Faculdade de Medicina.

Já na Lei n.º 2.006, de 11 de Abril de 1945, referente à assistência psiquiátrica, se consignou — e pela primeira vez entre nós — que as clínicas psiquiátricas dos Hospitais Escolares ou das Faculdades de Medicina poderiam solicitar dos organismos oficiais do Centro os doentes e demais elementos necessários ao ensino e à investigação científica. Disposição legal de largo alcance para o ensino médico, porque pôs à disposição da Faculdade cerca de 2.000 doentes, em vez da escassa centena que constitui a sua clínica. Parece que passou quase despercebida para a entidade que mais viria a beneficiar com ela: a própria Faculdade de Medicina.

Não teve melhor sorte o disposto na base VII da Lei n.º 2.011, que, abrindo ao ensino as portas dos Hospitais Cívicos, colocou ao dispor da mesma Faculdade, para o exercício das suas funções pedagógicas, as 4.000 camas e as dezenas de milhares de doentes daqueles Hospitais anualmente ali internados.

Disse o ilustre Deputado Cid dos Santos que a passagem do Hospital Escolar para o Ministério do Interior fora precipitada e não precedida de qualquer consulta à Faculdade de que é professor.

Ora, desde que os Hospitais Escolares foram integrados nos hospitais centrais e passaram a constituir uma das peças fun-

damentais da organização hospitalar, era por demais claro e lógico que não poderiam separar-se da engrenagem de que faziam parte.

O problema, portanto, só podia ter uma de duas soluções: ou todos os hospitais passavam para o Ministério da Educação Nacional ou os Hospitais Escolares se integravam no departamento de que dependem todos os demais. A semelhança do que se passa lá fora, optou-se por esta última solução.

A sugestão do ilustre Deputado para que a parte hospitalar, ou, melhor, para que a função assistencial do Hospital Escolar volte para o Ministério da Educação, implicando alteração do disposto na Lei n.º 2.011, devia ser devidamente justificada.

Na verdade, se os hospitais em que se ministra o ensino dependem, na generalidade dos países, do mesmo departamento em que se reúnem os serviços de saúde, para que manter em Portugal um regime diverso, que a nossa tradição não abona?

Acresce que, se o Ministério da Educação Nacional só tem competência para proceder ao recrutamento do pessoal docente dos Hospitais Escolares — segundo a base XXII da citada lei — é evidente que o restante pessoal é recrutado nas condições gerais, isto é, mediante concurso, consoante o critério da competência especializada, adoptado desde há muito nos Hospitais Cívicos. Que este concurso é feito com seriedade, que é uma prova muito difícil, ninguém o ignora, e também ninguém ignora que nele tem feito a sua preparação a maior parte dos cirurgiões de Lisboa.

Quanto aos factos relativos à obra da reorganização hospitalar do País, podem considerar-se como assentes os seguintes: anteriormente à Lei n.º 2.011, os hospitais eram construídos ao acaso da maior ou menor generosidade particular e das influências locais. Se não reinava a desordem,

Nas anginas...

# ANGIMUTH

(Canfocarboxilato de bismuto)

UM TRATAMENTO SUAVE,  
RÁPIDO E MUITO ACTIVO

BISMUTO POR VIA RECTAL,  
A MAIS FÁCIL.

APRESENTAÇÃO :

Angimuth (adultos) (cxa. de  
3 supositórios a 135 mg.)

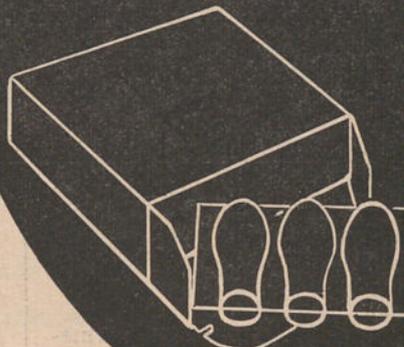
Angimuth (infantil) (cxa. de  
3 supositórios a 67 mg.)

Amostras e literatura enviam os

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.  
BELGICA

Representantes :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE  
Rossio, 59 - 2.º Esq.º - Lisboa - Telef. 26071



faltava pelo menos a ordem. Depois daquela lei, os hospitais passaram a ser construídos de harmonia com as necessidades de hospitalização a que devem fazer face, calculando-se o número de camas consoante a maior ou menor população a servir. Previu-se a média de 38 camas por 10.000 habitantes, sem contar com os doentes infecto-contagiosos e os que devam ser internados em hospitais especiais (tuberculosos, leprosos e doentes mentais), quando em França, por exemplo, aquela média não excede 37.

Como se tem realizado o programa previsto na lei? As obras executadas ou em execução são de três categorias: novos edifícios, remodelações ou ampliações profundas nos edifícios existentes, ou simples beneficiações.

Destas obras resultou o seguinte aumento de camas:

a) Obras concluídas:		Camas
1) Aumento por construção de edifícios novos (incluídas as do Hospital Escolar de Lisboa) .....		2.158
2) Aumento por remodelações e ampliações .....		191
Soma .....		2.349
b) Obras em curso:		
1) Por construção de edifícios novos .....		1.987
2) Por remodelações e ampliações .....		206
Soma .....		2.193

Quer dizer: são 4.542 camas a mais no nosso armamento hospitalar.

As obras realizadas sob a orientação da Comissão de Construções Hospitalares respeitam a estabelecimentos existentes em 171 concelhos e abrangem 30 hospitais sub-regionais e postos de consulta já concluídos, 50 grandes remodelações e ampliações, 52 pequenas remodelações e beneficiações, encontrando-se em curso a construção de 29 hospitais sub-regionais, 1 posto de consultas e de socorros, 24 grandes remodelações e ampliações, além de pequenas remodelações e beneficiações.

A este aumento de camas tem correspondido o número de doentes tratados em regime de internamento, os quais, nos últimos dez anos, passaram de 152.112 em 1943 para 224.704 em 1953. Destes doentes, foram admitidos nos hospitais centrais de Lisboa (Hospitais Civis, incluindo o de Santa Marta) 59.998; nos Hospitais da Universidade de Coimbra, 9.723, e, finalmente, no Hospital de Santo António, do Porto, 14.941.

Deste modo, dos 224.704 doentes internados, respeitam aos hospitais centrais referidos 84.662, e 140.042 — ou seja aproximadamente dois terços — respeitam aos hospitais regionais e sub-regionais.

Laboram em erro, portanto, os que supõem que o problema da assistência hospitalar do País se resolve com a construção e apetrechamento dos hospitais escolares. Podem estes comprometer até aquela assistência, na medida em que, pela imoderação dos gastos, absorvam parte excessiva das receitas que a todos são destinadas. Não quer isto dizer que lhes deva ser regateado o necessário, mas sim que lhes deve ser recusado o inútil, considerando-se como tal a duplicação de serviços e de aparelhos caros, os quais, posto que possam dar comodidade aos directores das suas clínicas, não são de todo indispensáveis. É preciso continuar a não esquecer que o País não é Lisboa.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Estreitamente ligado à manutenção dos hospitais está o problema financeiro. O ilustre Deputado Cid dos Santos aludiu a ele ao anunciar e desenvolver o seu aviso prévio, dizendo-nos que tal problema consiste fundamentalmente em manter um nível mínimo necessário, sem que o Estado suporte por inteiro a peso do

respectivo orçamento. Para tanto, alvitra e considera indispensável a criação de classes de internamento.

De modo geral, é o que se passa. Os hospitais admitem doentes em três classes; e, além disso, outros são divididos por escalões, suportando eles os encargos proporcionais às possibilidades da sua economia familiar.

O Estado não suporta, pois, inteiramente os encargos; mas a parte que lhe toca nestes é maior nos hospitais centrais do que a que se verifica nos hospitais regionais e sub-regionais. Assim, os Hospitais Civis de Lisboa, que em 1946 receberam do Estado subsídios no montante de 48.045 contos, receberam no ano último, incluindo o de Santa Marta, 77.500.

Paralelamente, as verbas destinadas à assistência sobem de ano para ano, montando no corrente a 290.107 contos, dos quais 122.000 para assistência hospitalar.

Tal aumento é um fenómeno comum aos demais países — a saúde é cara: 4 a 5 por cento do rendimento nacional se gastam na sua defesa ou manutenção. E, se os médicos continuam a reclamar medicamentos mais caros, aparelhagem mais complexa, análises mais variadas, os políticos, os financeiros, os sociólogos perguntam se não há forma de reduzir o período de hospitalização ou de tratar no domicílio muitos doentes que são normalmente tratados nos hospitais. O problema merece ser estudado.

No que respeita à demora média de internamento, ela foi de 21 dias em 1953; e, se tiverem apenas em conta os hospitais escolares, tal média sobe para 34 dias.

Para se avaliar do peso a suportar pela economia nacional em consequência desse agravamento na demora média, basta dizer que os doentes tratados nos hospitais regionais e sub-regionais (140.042), e cuja demora média de internamento não excedeu 19 dias, viriam a custar, quando internados nos hospitais escolares, no sistema que vigorou até aqui, mais 105.032 contos, correspondendo estes a 15 dias por doente, ou seja, à diferença entre 19 e 34 dias.

Nos hospitais americanos e suíços, mesmo naqueles em que se ministra o ensino, a demora média não excede 12 a 15 dias, respectivamente. Os hospitais escolares terão pois que rever os seus serviços em ordem a conseguir-se um maior rendimento assistencial, única forma de justificarem o elevado custo com a sua construção e manutenção, custo, Sr. Presidente, que já sacrificou, em parte não despendiça, o natural desenvolvimento da organização hospitalar do resto do País.

Sr. Presidente: na segunda parte do aviso prévio, depois do minucioso relato de pequenas deficiências do edifício — até eu, Sr. Presidente, por completo leigo em matéria de construção civil, pude notar outras soluções de pormenor talvez preferíveis... — na parte em que, estou certo, o Sr. Deputado Cid dos Santos procurou sinceramente construir e concretizar soluções, reparem VV. Ex.<sup>as</sup> que só pôde sugerir a constituição de... mais uma comissão!

Depois de tantas, mais uma comissão! Não significará isto que precisamente os verdadeiros problemas, quando ainda não estejam resolvidos, estão em vias de o estar e estão devidamente equacionados?

A comissão sugerida pelo ilustre Deputado seria presidida por um professor, escolhido pelo Presidente do Conselho ou pelo conselho da Faculdade de Medicina, se o Presidente do Conselho assim o entendesse.

Salvo quanto à participação de elementos novos, a solução não é original. Na verdade, a falada Comissão Administrativa, cuja acção foi objecto das principais críticas do ilustre autor do aviso, foi presidida por um professor da Faculdade de Medicina — o Prof. Francisco Gentil — que tinha a longa experiência adquirida na direcção do Instituto de Oncologia.

Para que serviria a nova comissão? O que poderia esperar-se dela?

Como a organização e entrada em funcionamento de um hospital da categoria do Hospital Escolar de Lisboa suscita problemas que levam muito tempo a dominar, segue-se naturalmente que a nomeação da

nova comissão sugerida, quando não tivesse consequências piores, teria pelo menos esta: atrasar mais alguns meses, se não fossem alguns anos, o satisfatório funcionamento do novo hospital.

Terá sido reflectida até ao fim a ideia duma terceira, ou quarta, ou quinta comissão, já nem sei o número?!

Em contrapartida, Sr. Presidente, da visita que fiz ao Hospital Escolar fiquei com a impressão também de que, no elemento da Comissão Instaladora que o Sr. Deputado Cid dos Santos destacou — o Dr. Paiva Correia, e falo deste porque não conheci os elementos restantes — há indiscutível conhecimento dos problemas, fundado, aliás, numa profunda preparação de muitos anos no domínio da administração hospitalar. Licenciado em Direito, com muitos anos de prática de administração hospitalar, designadamente no Hospital Júlio de Matos, com repetidos estágios em hospitais estrangeiros e centros de estudos onde a administração hospitalar está mais aperfeiçoada, autor já de importante bibliografia sobre a matéria que pude ver. E depois, Sr. Presidente, pude também verificar que, através da comissão instaladora, o Sr. Ministro do Interior tem efectivamente condições de verdadeiro comando, comando enérgico e competente — e isto, suponho, é o principal quando as tarefas se afiguram espinhosas.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Por outro lado, a experiência do Ministro do Interior na matéria é de molde a inspirar-nos toda a confiança: se abriu e pôs em funcionamento o Hospital Júlio de Matos, o Hospital Sobral Cid, o Hospital-Colónia Rovisco Pais, os Sanatórios D. Manuel II e de Abravesses, se ampliou o Sanatório D. Carlos I, se melhoraram os Hospitais Civis de Lisboa, se orientou a instalação de tantos e tantos hospitais sub-regionais pelo País fora — e com que carinho o fez — se tem obtido, em alguns destes serviços, e não obstante as deficiências que há ainda, como continuo convencido de que há importantes, por exemplo, em matéria de enfermagem, se tem obtido rendimento assistencial e moderação financeira que não receia confronto com estabelecimentos similares estrangeiros, por que motivo havia de desaproveitar-se a sua experiência, as provas dadas, quando se trata de pôr em funcionamento o Hospital Escolar?

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Creio, Sr. Presidente, que só há motivo para ratificar a confiança depositada até aqui no comando da política da saúde, que tem detido, com plena eficiência, o Sr. Ministro do Interior — e tanto no caso do Hospital Escolar como nos demais aspectos da política hospitalar.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — O problema que poderá pôr-se, que já tem sido posto, e com brilho, nesta Assembleia, é o de saber se, dado o desenvolvimento da política da assistência e da saúde, não deverão, a exemplo da generalidade dos países, destacar-se estes serviços do Ministério do Interior e criar-se o Ministério da Saúde.

Também já exprimi aqui o meu voto na matéria, seguindo Deputados com especial competência, como, segundo agora me recordo, o Prof. Cerqueira Gomes, o Dr. Santos Bessa e o Dr. Moura Relvas.

Também já aqui defendi a necessidade de unificarmos toda a nossa política da saúde no dia em que se puder, com alguma segurança, estabelecer uma planificação do respectivo financiamento, considerando todos os recursos públicos e privados, no dia em que puder saber-se, com segurança, com o que deve contar-se, por parte da previdência, uma vez vencidas as perplexidades, por certo construtivas, reveladas naquele sector.

Mas precisamente, Sr. Presidente, se vier a ser criado o Ministério da Saúde,

e eu suponho, pelo andar das realidades, que não deverá tardar muito tempo, isso significa que o volume das realizações da política da saúde já é tal que já foi tão longe o estudo da sua problemática ao ponto de justificar um novo departamento de nível ministerial.

Foi sempre assim que aconteceu, em toda a parte. Se ainda houvesse pouco, se ainda estivéssemos na hesitação ou nos pequenos dissídios, não seria possível justificar o Ministério da Saúde. Honra, pois, às leis, às instituições e às pessoas que, pela sua obra já realizada, impõem a criação desse novo Ministério.

*Vozes: — Muito bem!*

O Orador: — Sr. Presidente: na revisão a que procedi às minhas razões para continuar a confiar na vigente política de saúde e assistência — embora não tivesse podido dedicar-lhe o tempo que desejava, devido a outros absorventes trabalhos parlamentares — encontrei até, Sr. Presidente, este pensamento do próprio professor Cid dos Santos, com que desejo finalizar porque, em parte, desmente aquela classificação de «mediocre» acerca das nossas realizações de assistência, aquela classificação, permita-me, tão injusta que me fez subir a esta tribuna.

Referindo-se à organização hospitalar em curso, disse, no Liceu Camões, o Prof. Cid dos Santos:

É certamente o mais importante documento relativo aos problemas médicos portugueses. A intensão nele revelada honra certamente o Governo que o promulgou. Fazer, enfim, sair do estado de miséria e de atraso em que se encontram os hospitais portugueses para lhes dar as condições higiénicas e técnicas de que tanto necessitam representa uma verdadeira obra. Independentemente deste decreto, muitas melhorias locais foram já introduzidas nos hospitais existentes e procede-se, por vezes, a remodelações profundas, como acaba de suceder com o Banco de S. José. Por outro lado, o aspecto do reapetrechamento foi seriamente considerado a partir de uma certa data, e hoje julgo que este aspecto deixou de ser angustioso.

Pelo que então disse, renovo os meus cumprimentos ao Prof. Cid dos Santos, na confiança de uma boa colaboração que pode prestar à política de defesa da saúde dos Portugueses, graças a Deus entregue em boas mãos.

Disse.

*Vozes: — Muito bem!*

*O orador foi muito cumprimentado.*

*(Continua)*

## Centro de Estudos de Cardiologia do Instituto de Alta Cultura

### II Curso de Cardiologia

Realizado pelo Prof. Eduardo Coelho e seus colaboradores e pelo Dr. Torres Pereira, assistente do Instituto Câmara Pestana, iniciou-se no dia 15 o II Curso de Cardiologia do Centro de Estudos do I. A. C., cujas lições foram proferidas na sala da Biblioteca do Hospital de Santa Marta, às 22 horas dos dias 15 a 20, obedecendo ao seguinte programa:

Dia 15 — Prof. Eduardo Coelho — «A orientação da Cardiologia moderna»; dia 16 — Dr. Fernando de Pádua — «A vectocardiografia no diagnóstico das cardiopatias adquiridas», e Dr. Mário Marques — «Balistocardiografia — fundamentos teóricos e valor actual»; dia 17 — Dr. Eduardo de Paiva — «A electrokimografia nas cardiopatias adquiridas», e Dr. Bordalo e Sá — «Estudo electrocardiográfico das hipertrofias auriculares e ventriculares»; dia 18 — Dr. Sousa Borges — «Importância dos exames hemodinâmicos nas cardiopatias adquiridas», e Dr. Carlos Silva — «A esplenoportografia. Possibilidades da sua aplicação ao estudo das cardiopatias»; dia 19 — Dr. Torres Pereira — «Problemas bacteriológicos e terapêuticos nas endocardites subagudas», e Dr. Fernando Barros — «A electroforese nas cardiopatias adquiridas»; dia 20 — Prof. Eduardo Coelho — «Indicações da comissurotomia no aperto mitral. Resultados dos casos operados do Centro de Estudos de Cardiologia», e Dr. Filipe da Costa — «Tratamento cirúrgico do aperto mitral».

Das 10 às 12 horas, nos mesmos dias, haverá demonstrações clínicas e de angiocardiofografia, electrocardiografia, vectocardiografia, fonocardiografia, electrokimografia esplenoportografia, cateterismo intracardiaco, análises dos

gases do sangue e da respiração e outras provas de diagnóstico das doenças cárdio-vasculares, as quais serão feitas no Serviço da Clínica de Propedêutica Médica do mesmo Hospital.

«O Médico» dará, num dos seus próximos números, os resumos das lições proferidas neste Curso.

## Instituto Português de Oncologia

Na reunião do dia 4 de Fevereiro, do corpo clínico do I. P. O., fez uma conferência o Dr. Manuel Bento de Sousa. O conferencista, que falou «A propósito de localizações raras de tumores em otorrinolaringologia», valendo-se da casuística daquele Instituto, citou alguns casos raros ali observados e tratados referindo-se, especialmente, a tumores amiloides, a sarcomas primitivos da laringe e a hiperparatose, também da laringe.

Na reunião do dia 11, o Dr. Dias Viegas apresentou uma comunicação intitulada «Falsas imagens de pielografias, simulando tumores renais». Depois de considerandos sobre os vários métodos urológicos e radiográficos de diagnóstico nos tumores renais, o conferencista pôs em relevo o valor da pielografia ascendente, apontando as alterações mais frequentes das imagens dos tumores renais, e exemplificou as suas opiniões com a projecção de uma colecção de pielografias, do Arquivo do Instituto. O Dr. Dias Viegas, que citou a casuística daquele Instituto, apontou depois casos pessoais de pielografias simulando falsos tumores renais, documentando tudo com dispositivos, peças operatórias e anátomo-patológicas.

O ANTI-REUMÁTICO DE GRANDE ESPECTRO TERAPÊUTICO

# POLIARTRINE

DRAGEIAS

( Fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + Vitamina B<sub>1</sub> )

OS RESULTADOS TERAPÊUTICOS COM A POLIARTRINE VERIFICAM-SE ANTES DE SE ATINGIR A DOSE EM QUE, VULGARMENTE, APARECEM AS REACÇÕES SECUNDÁRIAS DA FENILBUTAZONA

\*

LABORATÓRIO FIDELIS

## Os Cursos do British Council para 1954

Entre outros, o British Council organizou para o ano de 1954 os seguintes cursos resumidos: de «Anestesia»; de «Cirurgia Plástica»; de «Medicina Industrial» e de «Educação e Reabilitação de Surdos», de que, a seguir, damos umas breves notas.

### «ANESTESIA»

Efectuou-se em Londres, de 14 a 27 de Março, importando a inscrição em 35 libras.

Este curso, que se destina a cirurgiões e anestesistas, foi levado a efeito nos principais hospitais de Londres, como foi em 1952 e 1953. Foi regido por anestesistas formados pela Faculdade de Anestesistas do Royal College of Surgeon of England. De segunda a quinta feira, o programa diário incluiu demonstrações práticas em anfiteatros operatórios, seguidas, à tarde, da discussão dos problemas levantados, que será feita no Real Colégio de Cirurgiões. Todos os métodos modernos de anestesia (incluindo diagnóstico e aplicações terapêuticas) serão demonstrados e será abrangido todo o campo cirúrgico.

Este curso especial imediatamente antes do curso quinzenal de anestesia que é feito duas vezes por ano, no Colégio, o qual se compõe de intensivas leituras e observações em salas de operações. Alguns membros do Curso do British Council são convidados pelo Colégio, para assistirem ao Curso como hóspedes.

Os frequentadores do Curso devem ser anestesistas que exerçam a especialidade há pelo menos dois anos, e cirurgiões que se interessem seriamente pelas técnicas avançadas da anestesia, que podem ajudá-los nos seus trabalhos.

### «CIRURGIA PLÁSTICA»

East Grinstead, Sussex, 4 a 16 de Abril  
Inscrição: £ 35.

É destinado aos cirurgiões que se querem especializar em Cirurgia Plástica. As lições serão dadas por membros do Queen Victoria Hospital e abrangerão, tanto assuntos de correcção plástica de deformações congénitas, como lábio leporino e palatino, lesões traumáticas faciais gerais e especiais, com perda de tecidos, correcção post-cancerosa, etc.

Haverá todos os dias sessões operatórias e serão seguidos o post-operatório e tratamentos seguintes. O departamento de consultas externas estará aberto todas as tardes.

Serão organizadas excursões para os membros do Curso que queiram visitar locais de interesse histórico ou panorâmico nos arredores de Sussex e na Costa Sul.

### «MEDICINA INDUSTRIAL»

Manchester e Birmingham, 12 a 31 de Maio  
Inscrição: £ 39.

Este curso é destinado a mostrar as medidas tomadas para preservar a saúde

dos trabalhadores industriais. Inclui um exame geral dos Serviços Nacionais de Saúde com especial atenção para as medidas voluntárias e estatutárias que são tomadas na indústria e que dizem respeito à saúde do indivíduo como membro da comunidade industrial. O curso é destinado a servir médicos e enfermeiros que trabalham na indústria, capatazes, assistentes sociais e inspectores de fábricas.

O director dos estudos, em Manchester, será o Prof. R. F. Lane, do Department of Occupational Health da Universidade de Manchester. Haverá visitas às fábricas, para mostrar o que está sendo feito no campo de prevenção de acidentes e protecção à saúde nos diferentes tipos da indústria. Será feita uma visita às minas de hematite de Cumberland, onde o Dr. John Craw mostrará como os métodos de trabalho têm feito muito para eliminar as pneumoconioses. Esta visita será preparada para passar o fim de semana no encantador English Lake District.

A segunda parte do curso será em Birmingham, cujas firmas industriais estão entre as primeiras a encarar a importância deste aspecto da Medicina. Os membros do curso podem também ver os trabalhos feitos para reabilitar e reconduzir às suas actividades os operários doentes e aleijados. Esta parte do programa foi elaborada em conjunto com a Association of Medical Officers, e os componentes do curso terão oportunidade de se tornar membros daquela Associação.

No último fim de semana o curso deslocar-se-á ao Horsham, Sussex, para ver o trabalho de Roffey Park Rehabilitation Centre, dirigido pelo Dr. T. M. Ling.

### «EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE SURDOS»

Manchester, 12 a 24 de Julho  
Inscrição: £ 38.

Está planeado para dar a otologistas, médicos escolares, audiologistas, administradores-educadores e professores de surdos, uma oportunidade de estudarem a contribuição da audiolgia para a educação e reabilitação de surdos. Inclui lições e demonstrações para mostrar métodos e técnicas de detecção e medida do grau de surdez na infância e mostrar o valor educacional e social da capacidade residual para ouvir; recentes aquisições em certos aspectos da audiometria («pure-tone and speech audiometry»), no diagnóstico otológico, para prescrições de otológico, para prescrições de auxiliares do ouvido e para a condução educativa das crianças com ouvido defeituoso; métodos de treino auditivo com procedimento de reabilitação de adultos surdos.

O curso terá lugar nos Departamentos of Education of the Deaf and Oto-Laryngology da Universidade de Manchester e a direcção dos estudos está a cargo do Prof. A. W. G. Ewing, com a cooperação do Dr. I. R. Ewing e do Prof. V. F. Lambert.

A visita às escolas para surdos inclui

os vários graus de ensino da infância. Algumas destas escolas são próximas do Oxford, onde os componentes do Curso passarão o fim de semana.

## Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 9 de Fevereiro, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, tendo o Dr. João Augusto dos Santos apresentado uma comunicação intitulada «Fundamentos da psicoterapia — Ensaio de explicação teórica», em que fez demorada crítica de certos conceitos sobre o assunto versado, apresentando numerosos gráficos demonstrativos dos resultados por ele obtidos em diversos estudos realizados não só no nosso país como no estrangeiro, terminando por afirmar que a psicoterapia, como técnica de tratamento de doenças nervosas, exige uma preparação tão longa e delicada como a de um cirurgião.

O trabalho do Dr. João dos Santos foi discutido pelos Profs. Barahona Fernandes e Xavier Morato e Drs. Aparício Pereira e Amílcar Moura.

\*

Na sessão do dia 16, da mesma Sociedade, o Dr. Mendes Ferreira apresentou um trabalho intitulado «Tratamento das fistulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado. — Método simples de evitar as lesões da pele». O autor, depois de breve revisão da literatura médica sobre fistulas duodenais externas, fez a compilação dos métodos de tratamento, incluindo uma pequena modificação por ele introduzida, apresentando quatro casos, com os quais prova a utilidade do método.

## Prof. Mühlpfordt

Na Sociedade de Geografia, realizou no dia 4 de Março uma conferência o Prof. Mühlpfordt, assistente do Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, que se encontra em Portugal como bolsheiro do I. A. C. e, nessa qualidade, participou na missão do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa enviada às províncias de Cabo Verde e da Guiné.

O orador, que acompanhou a sua palestra com várias projecções, falou acerca daquela sua viagem às províncias portuguesas do ultramar, tendo feito a sua apresentação o Dr. Júlio Gonçalves. Descreveu as paisagens e os costumes das terras que percorreu, focando principalmente os aspectos folclóricos e os trabalhos agrícolas que registou em fotografias cuja exibição foi seguida com muito interesse pela assistência que, no final, aplaudiu o conferencista.

# V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 13 a 20 de Março)

**Dia 13** — Em Lisboa, na sede da Ordem dos Médicos, realiza-se a sua Assembleia Geral, sob a presidência do Prof. Aleu Saldanha, com a assistência dos delegados dos três Conselhos regionais de Lisboa, Porto e Coimbra.

Depois de largamente discutido, é aprovado, por unanimidade, o relatório da gerência de 1953, bem como as contas da mesma gerência e o orçamento para 1954; e ainda um voto de louvor ao bastonário Prof. Manuel Cerqueira Gomes e ao Conselho Geral. Por unanimidade, é também aprovada a seguinte moção, subscrita por vários delegados. «Considerando que a Previdência Social dos economicamente débeis é um acto da mais perfeita justiça social e que para ele a Corporação Médica Portuguesa já afirmou o seu decidido apoio e ofereceu a sua sincera colaboração; Considerando que entre nós a Previdência Social se estabeleceu em normas que agravam consideravelmente a difícil situação dos médicos, colocando-os em condições de inferioridade entre os médicos dos diferentes países da Europa ocidental que prestam serviços nos sistemas de Segurança Social; Considerando que, apesar dos reiterados e louváveis esforços dos Conselhos Gerais da Ordem, a posição da nossa Previdência Social se não tem aliviado e antes agravado; Considerando que o prosseguimento desta atitude ensombra o futuro dos médicos e da medicina portuguesa.

A assembleia geral da Ordem dos Médicos, hoje reunida, dirige-se ao sr. Presidente do Conselho de Ministros para reforçar a acção do Conselho Geral e pedir a S. Ex.<sup>a</sup> o favor de considerar a boa justiça das reivindicações apresentadas quanto à prestação de serviços médicos na nossa Previdência Social».

— A Câmara Municipal de Évora é autorizada a ceder, à Liga Portuguesa Contra o Cancro, o terreno necessário para edificação das instalações do Centro Regional Anticanceroso de Évora.

**15** — Os primeiros-tenentes médicos José Madeira Correia Galvão Rocha e Carlos Figueira Rego, são nomeados vogais da Comissão Técnica de Saúde Naval.

**16** — O Ministro das Obras Públicas visita o Hospital Escolar do Porto, que se espera inaugurar em Julho de 1955.

— O adido militar inglês, ten.-coronel Frazer, visita o Hospital Militar do Porto, sendo recebido pelo corpo clínico.

— Na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa efectua-se à noite, a 8.<sup>a</sup> sessão ordinária, que é presidida pelo Prof. Adelino Padesca, ladeado pelos Dr. Joaquim Martins e Dr. Ivaulto da Fonseca.

O Prof. Costa Sacadura, secretário perpétuo da S. C. M. L. faz uma comunicação referente ao Centenário de Almeida Garrett que passa em Dezembro de 1954, e que foi eleito sócio literário da Sociedade, na sessão realizada em 18 de Fevereiro de 1839.

Após largas considerações, termina dizendo que a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa não poderia, pois, ficar alheia ao centenário do Dr. Almeida Garrett que tão relevantes serviços prestou à Sociedade. Por último envia para a mesa uma proposta, para que fosse comunicado ao Dr. Júlio Dantas, sócio honorário, e presidente da comissão encarregada das comemorações centenárias garretianas, que se associa às homenagens desse nosso antigo sócio honorário».

Os Drs. Eugénio Mac-Bride e Fernando Correia elogiam a comunicação do Prof.

Costa Sacadura, na anunciada homenagem a Almeida Garrett. Por proposta do Prof. Adelino Padesca aquela proposta é aprovada por aclamação.

Por último o Dr. Rafael Adolfo Coelho, ocupa-se largamente de «Um caso de hipopituitarismo» com discussão sobre a nomenclatura destas situações.

**17** — O Dr. Alberto Queirós, Subsecretário de Estado da Assistência Social, visita a sede da Cruz Vermelha Portuguesa, onde é recebido, na sala da biblioteca, pelo general D. Fernando Pereira Coutinho, presidente nacional, pela sr.<sup>a</sup> D. Maria Emília de Noronha Campos, presidente da Direcção da Secção Auxiliar Feminina.

— A sr.<sup>a</sup> D. Maria Luísa Vanzeller recebe, de manhã, na Maternidade Alfredo da Costa, de que é directora, um grupo de mães da vila de Loures, que lhe vão agradecer o carinho e assistência que tem dispensado no Centro de Assistência Materno-Infantil daquela vila.

O Dr. Fernando de Almeida em nome D. Maria Luísa Vanzeller, agradece.

da directora do Instituto Maternal, Dr.<sup>a</sup> **19** — Em Coimbra, integrada nas sessões de estudo sobre deontologia médica, promovidas pelo Lactário de Nossa Senhora dos Estudantes de Medicina, o Dr. António Nunes Vicente, profere no C.A.D.C., uma conferência sobre «A cirurgia das afecções mentais».

— No Porto, realiza-se, no salão nobre do Hospital Militar, uma sessão cinematográfica com filmes de carácter cultural e científico, a que assistem o corpo clínico daquele estabelecimento hospitalar e o corpo de enfermagem.

Os filmes, cedidos, gentilmente, pelo Instituto Britânico desta cidade, são: «Circulação sanguínea», «Transfusão de sangue», «Choque operatorio» e «Maneiras de cuidar do doente».

**20** — Em Lisboa, no 2.<sup>o</sup> Juízo Correcional da Boa Hora prossegue, sob a presidência do sr. Dr. Juiz Constantino Meneses Cardoso, o julgamento do processo posto pela Ordem dos Médicos contra o súbdito italiano Pedro Indiveri Colucci, acusado do exercício ilegal de Medicina em Portugal.

— Sob a presidência do Ministro da Educação Nacional, realiza-se, pelas 22 horas, no anfiteatro do Instituto Português de Oncologia, a sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Broncoesofagologia.

— Em Lisboa, o Dr. Ribeiro Queirós, Subsecretário da Assistência Social assiste na Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, à cerimónia que ali se realiza para entrega de diplomas a catorze enfermeiras que concluíram o seu curso e a trinta e seis enfermeiras auxiliares.

— No Porto, com início às 15 horas, realiza-se, na Faculdade de Medicina, mais uma reunião científica, com o seguinte programa:

«Modificações estruturais da cabeça do fémur após a redução da luxação congénita da anca», pelo Dr. Carlos Lima; «Alguns aspectos da semiologia das obesidades», pelo Dr. Manuel Hargreaves; «A mancha cega da retina humana», pelo Prof. Silva Pinto.

### Estrangeiro

Na América do Norte morreu o Dr. S. Burt Wolbach com 73 anos de idade. Patologista de renome mundial prestou, entre outros, grandes serviços sobre a doença do sono.

— A clínica cirúrgica da Universidade de Munique teria anunciado a descoberta de um medicamento contra o cancro, já provado com benefício em uma centena de casos graves. Tratar-se-ia de um extracto de tecidos cancerosos.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do lugar de facultativo municipal do 2.<sup>o</sup> partido, com sede na freguesia de Assumar (Monforte).

— Para o provimento, por contrato, de dois lugares de médicos especialistas do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de S. Tomé e Príncipe.

A 22 de Março realiza-se, em Coimbra, nos Hospitais da Universidade a reunião quinzenal da Faculdade de Medicina para apresentação das seguintes comunicações: «Infantilismo portal», pelos Prof. Rocha Brito e Dr. Montezuma de Carvalho. «Um caso de ressecção do esófago torácico por estenose cicatricial — Uma nova técnica cirúrgica», pelo Dr. Montezuma de Carvalho. — Na mesma cidade, a 28 de Março, reúne a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, sob a presidência do Prof. Mário Trincão.

— No Porto, de 24 de Março a 9 de Abril realiza-se na Associação Industrial Portuguesa um ciclo de conferências sobre saúde, higiene e segurança industrial. A primeira, a efectuar na quarta-feira, 24, está a cargo do Dr. José Manuel Rodrigues Pereira, que tratará o tema: «O Médico, o Industrial e Operário». As restantes serão: em 31 de Março, pelo Dr. José dos Santos Bessa, sobre «Balanço a meio século de luta contra a tuberculose»; em 2 de Abril, pelo eng. Joaquim da Silveira Malheiro, sobre «Aspectos gerais de higiene e segurança industrial»; em 5 de Abril, pelo arq. téc. de eng.<sup>a</sup> Herbert Dustan Aprá, sobre «Poluição»; e em 9 de Abril, pelo eng. Joaquim da Silveira Malheiro, que continuará o tema da sua conferência do dia 2, sobre higiene e segurança industrial.

### Estrangeiro

Realiza-se, na «George Heriot's School», em Edinburgo, de 6 a 21 de Agosto próximo, o primeiro Congresso Internacional da Federação Mundial de Médicos Especializados em Ergoterapia.

Este Congresso destina-se, principalmente, a especialistas, mas todos os outros que queiram inscrever-se serão bem acolhidos.

— Em 18 e 19 de Junho reúne na Califórnia a Associação Americana de Gastroenterologia.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 11-3-54 a 17-3-54)

12-3

Drs. António Almeida de Figueiredo, Mário da Cruz Fernandes Geraldês Barba, Jorge Silvério de Sousa Vieira, António Jorge da Silveira Pereira Fernandes, António Pinto de Magalhães Almeida Fernandes, Edgar de Almeida Simões, Rui Lopes da Silva Pereira e Helder Prista Monteiro — classificados em mérito relativo no concurso para habilitação ao provimento dos lugares de assistente de sanatórios e dispensários de tuberculose pul-

monar do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. João António de Matos Serasqueiro Rossa, capitão de fragata médico — nomeado para exercer o cargo de subdirector do Hospital da Marinha, em substituição do capitão de fragata médico Dr. João Estêvão de Moraes Sarmento, que foi nomeado para outra comissão de serviço.

13-3

Primeiros-tenentes médicos Drs. José Madeira Correia Galvão Rocha e Carlos Figueira Rego — nomeados para exercer os cargos de vogais da Comissão Técnica de Saúde Naval, em substituição dos capitães-tenentes médicos Drs. António Guilherme Fronteira e Silva e Joaquim António Prior, que foram nomeados para outras Comissões de serviço.

— Dr. Carlos José Maia Mendes — contratado para a prestação de serviço, no quadro complementar de cirurgiões especialistas do Hospital do Ultramar, como interno estagiário, indo ocupar uma das vagas criadas pelo artigo 67.º do decreto n.º 39.458, de 7 de Dezembro de 1953.

— Dr. Manuel da Costa Mourão, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em S. Tomé e Príncipe — reconduzido pelo período de três anos no referido lugar.

15-3

Dr. José Manuel Fernandes Cardoso, médico civil, contratado para prestação de serviços clínicos no regimento de infantaria n.º 16 e guarnição militar de Évora — rescindido o respectivo contrato desde 1 do corrente mês.

— Portaria que nomeia o júri constituído por: Drs. Armando Tavares de Sousa, da Faculdade de Medicina de Coimbra, Hernâni Bastos Monteiro e António Sousa Pereira, da Faculdade de Medicina do Porto, para fazer parte das provas de doutoramento do licenciado João Roberto de Vasconcelos Frazão, a realizar na Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Portaria que nomeia o júri constituído por: Drs. Armando Tavares de Sousa, da Faculdade de Medicina de Coimbra, Hernâni Bastos Monteiro e António Sousa Pereira, da Faculdade de Medicina do Porto, para fazer parte das provas de doutoramento do licenciado Sérgio Marques de Carvalho, a realizar na Faculdade de Medicina de Lisboa.

17-3

Dr. Jacinto Croner de Sant'Ana e Vasconcelos Moniz de Bettencourt — reconduzido definitivamente no cargo de professor extraordinário da cadeira de Fisiologia e Química Fisiológica da Faculdade de Medicina de Lisboa, a partir de 23 de Dezembro do ano findo.

## Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa

Sob a presidência do Dr. Cordeiro Ferreira, realizou-se no dia 18 de Janeiro, na Sociedade Médica dos H. C. L., um simpósio sobre «Meningite tuberculosa tratada».

Aberta a sessão, o Prof. Diogo Furtado fez a apresentação do tema, pondo em relevo a necessidade de estudar e conhecer os novos quadros clínicos que surgem no decorrer do tratamento da meningite tuberculosa pelos antibióticos, ocupando-se, particularmente, do estudo das perturbações men-

tais. O Dr. Adolfo Coelho, que falou a seguir, tratou das complicações metabólicas e endócrinas na meningite tuberculosa. Descreveu a anatomia patológica das lesões meníngeas, salientando a importância de aquelas lesões se estenderem até ao cérebro, sobretudo à região diencefálica. Fez a seguir o resumo dos casos da literatura mundial, para depois apresentar um caso pessoal, minuciosamente estudado, e terminou por discutir a patogenia dos sintomas metabólicos e endócrinos, defendendo o ponto de vista pessoal de que se trata de lesões diencefálicas.

Seguiu-se o Dr. Melo Caeiro, que apresentou um caso de «Adiposidade diencefálica como *sequela* de meningite tuberculosa curada» numa criança de doze anos, cuja cura clínica se operou, deixando, todavia, subsequentemente, quadro de obesidade, atingindo esta criança, aos treze anos, o peso de 94 quilos. O conferencista esclareceu que a evolução clínica e os dados laboratoriais e radiológicos recolhidos invalidaram a origem endócrina do quadro da obesidade que, classificado como de tipo cerebral, se mantém ainda, passados mais de quatro anos, após a cura da meningite tuberculosa.

Por último o Dr. Mário Cordeiro falou da variabilidade dos quadros clínicos, neuroendócrinos e metabólicos que podem aparecer na meningite tuberculosa tratada, e expôs os factores que influem na evolução da mesma, alguns exclusivos da idade infantil.

## Academia das Ciências de Lisboa

### Classe de Ciências

Sob a presidência do Prof. Egas Moniz, reuniu-se no dia 14 de Janeiro, a Classe de Ciências da Academia de Ciências de Lisboa, com a presença de numerosos académicos.

Da ordem do dia consta uma importante comunicação, do Prof. A. Celestino da Costa que versava o tema «A neuro-secreção».

Em primeiro lugar, apresentou a sua comunicação o Prof. Celestino da Costa, actualizando o estudo dos aspectos secretórios do sistema nervoso, expondo a sua contribuição pessoal, tendo falado sobre o assunto o Prof. Almeida Lima, que salientou o valor universal do trabalho ouvido, e o Prof. Egas Moniz, que fez, também, o seu comentário, com o máximo elogio, agradecendo em nome da classe.

## Dr. John Agerholm

Numa reunião conjunta da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, fez, no dia 5 de Fevereiro, uma conferência o Dr. John

Agerholm, cirurgião dinamarquês, do Wingfield-Morris Orthopaedic Hospital de Oxford.

Depois do Prof. Xavier Morato, presidente da primeira das agremiações científicas ali reunidas, se ter congratulado com o facto de se realizar pela primeira vez uma reunião conjunta das duas Sociedades, falou o Dr. Arnaldo Rodo, presidente da segunda, que apresentou o conferencista como um dos mais categorizados cirurgiões dos meios ortopedistas ingleses.

O Dr. Agerholm, que falou de «Lesões por tracção dos nervos periféricos», entrando no assunto da sua conferência expôs pormenorizadamente as conclusões a que chegou a partir da revisão de 94 casos por ele tratados em Oxford, documentando a sua exposição com a projecção de diversos e elucidativos quadros.

A terminar, fez passar um filme sobre uma operação de Gordlestone (pseudartrose da coxofemural), que muito interessou o auditório.

## Partidas e Chegadas

### Prof. Reynaldo dos Santos

Partiu para Goa o Prof. Reynaldo dos Santos, presidente da Academia Nacional de Belas Artes, que vai preferir algumas conferências na Índia Portuguesa.

## FALECIMENTOS

### Faleceram:

— Em Lisboa, a sr.ª D. Catarina do Rosário Dias Rosa, avó do Dr. Eugénio José Ribeiro Rosa.

— Em Coimbra, a sr.ª D. Raquel Campos Vilhena, sogra do Prof. Oliveira e Silva e cunhada do Prof. Almeida Ribeiro.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Ada Regina Teixeira Moutinho, irmã do Dr. Mário Moutinho e tia do Dr. Henrique Moutinho.

— No Funchal, a sr.ª D. Maria da Silva Camacho, mãe do Dr. Custódio Camacho, médico em Ponta Delgada.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria José de Melo Gomes, mãe do Dr. Ernesto de Melo Gomes, médico no Cartaxo.

— Em Coimbra, a sr.ª D. Maria Rosa Barreira dos Santos, sogra do Dr. Alexandre da Silva.

— Em Lisboa, o sr. António Guimarães de Oliveira, irmão do Dr. Francisco Guimarães de Oliveira, médico municipal em Riachos.

— Em S. Pedro do Sul, faleceu a sr.ª D. Maria da Nazaré de Almeida Dias, mãe do Dr. João José de Almeida Dias, director-clínico das Termas daquela vila e médico em Lisboa.

# 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. Morais 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.º 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 Bossa (chefe 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 Larroudé, 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 Sarmiento (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 Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), 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.to 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.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo 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 — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (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 Huot (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

## 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 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

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 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

