

A PROPÓSITO
DOS HOSPITAIS-FACULDADES DE
LISBOA E PORTO

Contribuição para o estudo de uma clínica de
Oto-rino-laringologia

por

CARLOS LARROUDÉ

Professor agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa



Separata da
Imprensa Médica
Ano III. N.º 21. 1937.

*Ao ilustre Professor Dr. Henrique de
Vilhena, homenagem de:*

Janeiro 1938

Placard

*«A Comissão fez inicialmente um inqué-
rito aos professores, tendo-se socorrido do
auxílio de cada especialista para as diversas
secções, mas pretende que todos aqui tenham
trazer a sua contribuição, as suas criticas a
uma obra que interessa tôda a classe médica.*

.....
*«O que vão ver não é ainda um ante-pro-
jecto pois êsse precisa ser feito depois de
todos serem ouvidos.»*

PROF. F. GENTIL

(Da conferência feita na Sociedade das Ciências
Médicas de Lisboa, em 29 de Dezembro de 1936 e pu-
blicada na «Imprensa Médica», n.º 4, de 25 de Feve-
reiro de 1937 (pág. 65).

Não ouviu ainda a Comissão Técnica dos Hospitais-Faculda-
des de Lisboa e Pôrto qualquer professor de oto-rino-laringologia
acêrca do que deverá ser nêsses hospitais a clinica dessa especia-
lidade, porquanto não há actualmente professor catedrático da es-
pecialidade em Portugal e o único professor agregado que existe,
o autor dêste artigo, não foi até à data pressentido acêrca de tão
importante problema.

Precisamente por sermos o único professor agregado exis-
tente, entendemos que grande seria a nossa responsabilidade no
futuro se não fizéssemos ao menos uma tentativa para contribuir
no sentido de que os futuros Hospitais-Faculdades fiquem tendo
a clinica de oto-rino-laringologia que a complexidade cada vez
maior e a importância crescente da especialidade impõem que
fiquem possuindo. Ambicionamos conseguir que esta verdade ele-
mentar seja compreendida entre nós.

Se outros professores da especialidade houvera, a êles deixa-
ríamos entregue tão importante assunto. Assim, por fôrça das
circunstâncias, cabe-nos a nós intervir no debate e procuraremos
suprir em boa vontade o que certamente nos falta em brilho de
exposição.

Não vimos fazer critica destrutiva. Obra de tão vasto alcance,
na formação das futuras gerações médicas, não se compadece com
personalismos, ressentimentos ou antipatias pessoais. O que sobre-



RC

MACE

378

LAR

leva tôdas estas pequenas coisas é a obra, obra que ficará para as gerações vindouras, essas mesmas gerações que certamente esquecerão os homens que hoje se agitam em tórno dela e talvez mesmo não darão o devido apreço ao que ficará erguido em ferro e cimento. Os homens passam e morrem. De prático, útil e verdadeiro ficarão os Hospitais-Faculdades e é dentro dêste pensamento que o problema deverá ser discutido para ser resolvido a bem da Nação.

Pensámos fazer as considerações que se seguem na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. O facto, porém, de o Prof. Francisco Gentil ter dado à publicidade nêste jornal a sua conferência incitou-nos a seguir o exemplo. Será certamente a forma prática do nosso trabalho ter a necessária difusão entre a classe médica.

Esperámos que alguém correspondesse ao apêlo feito pela comissão solicitando criticas e contribuição. Até agora, porém, o problema não voltou a ser agitado, que saibamos. Crentes na sinceridade do apêlo feito, vamos fazer um rápido esbôço do que, no nosso entender, virão a ser as necessidades dêsses Hospitais em oto-rino-laringologia.

Dezassete anos de prática hospitalar da especialidade nos Hospitais Civis de Lisboa, sete em cirurgia geral e onze de viagens de estudo repetidas às principais clínicas europeias de oto-rino-laringologia talvez possam ser levados em conta para não ser desprezado inteiramente o que vamos expôr.

*

Uma clínica de oto-rino-larinrologia moderna compõe-se essencialmente de três grandes secções: a consulta externa, a secção de internamento de doentes e o bloco operatório. Uma clínica universitária terá a mais um certo número de locais destinados a permitir o ensino da especialidade, ensino que se fará no entanto através das três grandes secções que acabamos de citar.

Na clara exposição do presidente da comissão técnica dos Hospitais-Faculdades (C. T. H. F.) previu-se com acêrto que acabarão finalmente por ser criados cursos para especialistas, que há tanto tempo já deveriam existir. Há portanto que contar que o ensino em oto-rino-laringologia se dividirá em curso elementar para os estudantes de medicina, de forma a dar-lhes as noções indispensáveis a todo o clínico geral e só essas, e um curso para a formação de oto-rino laringologistas.

A oto-rino-laringologia é hoje uma das especialidades mais importantes, o seu campo vastíssimo e o especialista é na verdade um cirurgião especializado. À oto-rino-laringologia pertence uma larga parte da neuro-cirurgia, da cirurgia do crânio, face e pescoço, da patologia do esófago e apêlho bronco-pulmonar.

Para poder corresponder a tôdas estas exigências, um serviço de oto-rino-laringologia moderno tem de estar devidamente ins-

talado e apetrechado; e isso obriga à criação de grandes clínicas oto-rino-laringológicas de que na Europa é um bom modelo a de Estrasburgo — construída em 1927 — cidade cujo movimento de doentes da especialidade está no entanto muito longe de ser o de Lisboa.

No caso dos nossos Hospitais-Faculdades a clínica O-R-L. deverá ser encarada dentro do critério de uma articulação harmónica com as outras clínicas e não se afastando da orientação geral que presidirá à construção do bloco hospitalar.

Assim, quanto à sua localização, entendemos que deverá ser junto da neurologia e da oftalmologia, as duas especialidades com que tem íntimas ligações, o que permitirá frutuoso trabalho de conjunto que tão bom resultado tem dado na Alemanha, na América do Norte e noutros países.

Já em 1911, no congresso dos neurologistas alemães, Wal-lenbey e Marburg afirmavam a importância dos exames oto-neurológicos em neurologia.

O Instituto de cirurgia nervosa, dirigido pelos professores N. Bourdenko e Kramer, está provando actualmente de forma incontestável o papel capital que a oto-rino-laringologia desempenha em neuro-cirurgia e que esta só é possível com a colaboração íntima das três especialidades.

Não pretende a oto-rino-laringologia chamar para si a cirurgia nervosa mas apenas aperfeiçoar e desenvolver aquela parte da neuro-cirurgia que lhe pertence.

Nas plantas que foram apresentadas na Sociedade das Ciências Médicas não nos pareceu que a especialidade fôsse instalada em boa situação, exceptuando a consulta que está junto à da oftalmologia.

1) Consulta externa

A consulta deve satisfazer as seguintes exigências:

- a) Exame de doentes.
- b) Pensos e tratamentos.
- c) Pequenas intervenções que não necessitem hospitalização.

Dado o elevado custo de uma parte importante da aparelhagem da especialidade, é necessário prever instalações que permitam exames e estudos especiais de doentes externos e hospitalizados sem duplicar essa aparelhagem, o que obrigará à instalação da consulta externa perto da secção de internamento dos doentes.

A instalação da consulta externa na loja do plano do Hospital-Faculdade tem a vantagem do fácil acesso dos doentes, proximidade das outras consultas externas e possibilidade de instalar na cave, sob a consulta, a câmara de silêncio, tão importante para o estudo e exame do labirinto anterior.

Parece-nos portanto que a melhor situação para a clínica da especialidade seria consulta na loja, internato e bloco operatório na sobre-loja e câmara de silêncio assim como câmara para exame do labirinto posterior na cave. Ficava assim o bloco da oto-rino-laringologia em condições de bom funcionamento e, desde que o esquema do plano do Hospital-Faculdade fosse modificado, com a possibilidade de ficar junto à neurologia e oftalmologia.

O plano de consulta deve prever a instalação de um número de postos de observação de doentes que permita o seu rápido exame e tratamento pelos assistentes e também o ensino para os alunos.

Devido às condições de trabalho da especialidade, o ensino prático tem de ser individual e isto implica a instalação de um número elevado de postos de observação de doentes, os quais deverão estar colocados de forma a que possam ser vigiados pelo professor sem que este seja obrigado a deslocar-se do seu posto privativo. Estes postos de observação tem de estar providos de todo o material que permita o exame e tratamento dos doentes sem que o médico tenha de se deslocar do seu lugar excepto no caso de exames e tratamentos especiais.

As condições de iluminação da consulta externa deverão também ser estudadas cuidadosamente, dadas as necessidades muito particulares da especialidade e o mesmo cuidado será necessário para a instalação das várias modalidades de corrente eléctrica indispensáveis na consulta.

Também deverá ser estudado com especial atenção o serviço de limpeza e esterilização do material da consulta e seu fornecimento aos postos de observação, dentro do critério de rapidez e simplicidade de evacuação e distribuição.

Além da sala dos postos de observação, a consulta externa necessita uma sala de pensos e outra para observação e tratamento de crianças, o que, além de outras vantagens, tem a de evitar a confusão que algumas causam na sala de consulta com o seu choro e gritos, o que sucede frequentemente.

Necessária é ainda uma sala para pequenas intervenções que não necessitem hospitalização (paracenteses, abcessos, etc.), instalada de forma que seja possível realizar simultaneamente várias destas intervenções sem que os doentes se avistem e ouçam uns aos outros. Esta sala tem de ser bem estudada de forma a dar um bom rendimento de trabalho em número de intervenções e rapidez de preparação destas.

Deve ainda haver na consulta uma sala de agentes físicos indispensáveis nas consultas externas da especialidade e cujo emprego exige frequentemente a intervenção do especialista, uma sala de inalações secas e húmidas e uma sala de exames especiais (estroboscopia, olfatometria, etc.).

Outra sala necessária é uma sala de repouso para doentes

submetidos a pequenas intervenções e tratamentos e que necessitem de um ligeiro descanso antes de abandonarem a consulta.

Não falaremos por desnecessário de outras salas que qualquer consulta externa deve possuir tais como sala de espera, sala de espera-isolamento, sala de inscrição e recepção de doentes, etc.

Câmara de silêncio e sala do labirinto posterior

O estudo e exame do labirinto tem hoje grande importância não só sob o ponto de vista clínico e de investigação mas também sob o ponto de vista prático pois são cada vez mais frequentes os pedidos de exames periciais do labirinto nos casos de segurados contra desastres e doenças e sobretudo nos casos sujeitos à lei dos seguros contra acidentes de trabalho. Frequentes são também os pedidos de exames por parte dos tribunais.

Todos estes exames como também aquêles que outras clínicas pedem a O-R-L., só são possíveis desde que haja uma instalação adequada para o exame e estudo do labirinto.

Será necessário prever pelo menos duas grandes salas, uma destinada ao labirinto anterior (câmara de silêncio), outra ao labirinto posterior.

A sala destinada ao labirinto posterior deverá ter um ambiente de socêgo que permita as delicadas e complexas provas e exames que êsse estudo implica. A sua melhor localização é no sub-solo junto à câmara de silêncio. Deverá ser ampla para permitir a instalação não só da complexa aparelhagem de que necessita mas também ter espaço suficiente para os aparelhos que num futuro não muito remoto virão certamente enriquecer o seu arsenal.

A câmara de silêncio deverá ser construída por uma entidade especializada neste género de trabalhos para não correr o risco de ser inutilizável.

Como o seu nome indica, é uma câmara em que se conseguem eliminar todos os ruídos. Só quem já esteve numa destas câmaras sabe a impressão que nelas se sente a primeira vez que ali se penetra e como se fica tendo uma idéa clara dos numerosísimos ruídos que constantemente excitam o labirinto anterior mesmo durante o que estamos habituados a chamar silêncio.

Na Europa conhecemos, por as termos visitado, duas destas câmaras. Uma é do Royal Ear Hospital of University College Hospital, de Londres, sendo a outra da clínica oto-rino-laringológica do Prof. Quix, de Utrecht, esta mais moderna e a que nos parece mais perfeita.

Compõe-se de uma grande câmara subterrânea, construída

em material impermeável ao som, dentro do qual se aloja uma segunda câmara, dentro desta uma terceira, etc., não estando em contacto as paredes de umas com as outras e apoiando-se cada uma sobre 4 fortes pés construídos com material isolador. A última câmara é a câmara de silêncio bem ampla para permitir provas de audição. A entrada para esta câmara faz-se por uma escada subterrânea, dividida em sectores por uma série de portas isoladoras. A câmara de silêncio tem telefone que permite comunicar com o exterior, iluminação e ventilação especial.

De uma maneira geral, os problemas a resolver, na construção de uma câmara de silêncio, constam de duas partes :

1.^a — a exclusão de todos os ruídos vindos do exterior e que podem transmitir-se seja por via aérea, seja através da estrutura.

2.^a — supressão dos ruídos que podem originar-se na própria câmara.

Esta segunda parte é extremamente importante porque o mais pequeno ruído, que se faça na câmara, parece ter uma grande energia sonora, devido ao silêncio que nela há.

A forma mais fácil de resolver o problema é construir a câmara no sub-solo e essa tem sido a solução adoptada até hoje.

Na clínica de Utrecht a câmara está situada por debaixo da consulta, o que facilita o seu uso, não havendo qualquer outra dependência subterrânea.

No Royal Ear Hospital, a câmara também está precisamente sob uma das salas de consulta e é igualmente subterrânea. Nesse mesmo subterrâneo há porém outras dependências entre elas um quarto de estudo isolado ao som para permitir socêgo completo no decurso de qualquer investigação, a sala de radiografia e a do motor para o elevador do hospital. Isto não impede o isolamento ao som da câmara, mas julgamos preferível, sendo possível, a orientação seguida em Utrecht, colocando a câmara sôzinha no sub-solo sem outras dependências junto, excepto a câmara para o labirinto posterior.

II) Secção de internamento de doentes

Esta secção deve poder satisfazer três requisitos :

1.^o — Internamento de curta duração de doentes submetidos a intervenções que não necessitam permanência superior a alguns dias no hospital.

2.^o — Internamento de doentes que requerem uma hospitalização mais longa.

3.º — Isolamento de doentes de neuro-cirurgia, de tuberculose de laringe e de doentes com doenças infecto-contagiosas que necessitam intervenções ou tratamentos da especialidade.

1.º) Internamento de doentes que necessitam pouco tempo de hospitalização

Numa clínica O. R. L., que hoje se pretenda construir, não se pode admitir que doentes operados da adenoidectomia, amigdalectomia e outras intervenções similares sejam mandados para casa, findo o acto operatorio. Em O. R. L. são estas operações cavitárias em que a hemostase é extremamente difficil, as que, por vezes, dão accidentes dramáticos no primeiro plano dos quais está a hemorragia. Nos nossos hospitais, somos obrigados a operar doentes que moram longe, freqüentes vezes até na outra margem do Tejo. Uma hemorragia brusca pode, nestas circunstâncias, ser gravíssima por não ter a intervenção rápida de um especialista. Outro perigo é a hemorragia insidiosa que se dá numa criança que vai deglutindo o sangue sem que a familia de tal se aperceba, em geral por não poder vigiar devidamente o pequeno operado. Este e outros perigos levam a maioria dos especialistas a admitir como péssimo o sistema de não hospitalizar, pelo menos durante 48 horas, os submetidos às chamadas pequenas intervenções da especialidade. O assunto tem sido tratado nos jornais da especialidade e a conclusão é sempre a mesma: estes doentes devem ser hospitalizados.

Diferente é o caso do doente da clinica particular, em geral único operado do dia, bem vigiado pela familia e pelo médico. Num serviço hospitalar em que se fazem estas intervenções em série é impossivel estabelecer uma vigilancia cuidadosa que se estenda até a casa dos numerosos operados. Acresce que é impossivel dar transporte até casa aos doentes e é confragedor ver sair de uma clinica crianças acabadas de operar, transportadas sob chuva ao colo dos pais, ou sujeitas às baixas temperaturas e ao vento nos dias agrestes de inverno.

Há portanto que prever na futura clinica O. R. L. hospitalização para estes doentes, que occuparão um certo número de camas. Mesmo que não seja possível hospitalizar estes doentes até ao 5.º dia, além do qual é raro dar-se uma hemorragia tardia, e que se resolva só a hospitalização nas primeiras 48 horas, dado o grande número destas intervenções que se devem prever, entendemos que seria necessário um mínimo de 12 camas, incluindo neste número as destinadas a crianças e adultos dos 2 sexos. Nestas camas estão comprehendidas ainda as destinadas aos doentes que

necessitam de exames endoscópicos, a que adiante faremos referência.

Poder-se-ão por conseguinte operar e tratar 36 destes doentes por semana. Desde já consideramos pequeno este número, num hospital de 1.500 camas e, como é natural, com um número proporcional de doentes de consulta externa. Compreendemos porém a dificuldade que haverá em dar à clínica da O. R. L. todas as camas que na verdade necessita e por isso indicamos este número mínimo de 12 camas.

2.º Internamento de doentes que requerem hospitalização mais longa

Não desejamos tornar este artigo enfadonho para os que nos lerem, incluindo nele muitos dados estatísticos. Somos porém forçados a citar alguns números nesta altura.

Uma das melhores clínicas europeias de O. R. L., a de Estrasburgo, e que possui 100 camas, teve, em 1936, 10.663 consultas. Hospitalizou no mesmo ano 2.056 doentes.

O serviço n.º 8 do Hospital de Santo António dos Capuchos, que não é hospital escolar e onde prestamos serviço, teve, em 1936, 13.219 consultas. Foram hospitalizados 312 doentes.

Possui este serviço, que não se pode incluir entre os modernos da Europa, 32 camas, número que pode ser elevado a 36 quando haja doentes urgentes a internar. Praticamente há sempre grande falta de camas, sobretudo na enfermaria de mulheres, na qual são também internadas as crianças, não se podendo pensar em hospitalizar senão doentes carecendo de grandes intervenções da especialidade e esses mesmo devendo esperar muita vez que haja vaga. Isto verifica-se num hospital que tem 787 camas e havendo nos Hospitais Civis de Lisboa outra consulta da especialidade que tem também um grande movimento (S. José).

No Hospital-Faculdade foi destinado à O. R. L. um serviço que tem, pelo que pudemos compreender estudando a gravura da pg. 69 do artigo publicado pelo Prof. Gentil na «Imprensa Médica», 52 camas.

Destas é necessário abater as 12 a que atrás nos referimos. Ficam 40 para os doentes que necessitam de hospitalização superior a 48 horas. Há, porém, ainda a abater as camas destinadas ao isolamento que não poderão ser inferiores a 12 também, número que julgo será insuficiente a breve trecho. Ficam portanto 28 camas livres ou seja, num hospital de 1.500 camas e com funções de ensino, menos 8 do que tem o serviço dos Capuchos, hospital de 787 camas e onde as 36 que possui são absolutamente insuficientes.

A boa solução será dar à O. R. L. um serviço igual em número de camas ao que na planta da C. T. H. F. se chama grande clínica médica ou cirúrgica.

Ficaria assim o Hospital-Faculdade de Lisboa com número de camas igual ao da clinica de O. R. L. de Estrasburgo, cidade que não tem movimento de doentes em O. R. L. que se compare ao da nossa capital.

Receamos, porém, que a C. T. H. F. não tenha o seu espirito suficientemente esclarecido quanto à importância da O. R. L. de forma a deixar de a considerar uma pequena clínica especial. Grande seria o nosso júbilo se o contrário se desse, pois então veríamos o futuro Hospital-Faculdade enfileirar ao lado dos de concepções mais modernas e nesse lugar se poder manter durante largos anos.

É aqui a altura de recordar uma estatística portuguesa recente, a da Direcção Geral de Saúde Escolar, que mostra serem as doenças da garganta, nariz e ouvidos, aquelas que ocupam o segundo lugar, logo após a gripe, menos 40 doentes que esta, na morbidade nos Liceus Portugueses. Entre esses doentes da especialidade figuram os deficientes na audição na proporção de 24 %.

No caso, porém, de não lograrmos convencer a C. T. H. F. da verdade do nosso ponto de vista, haveria uma solução intermédia a adoptar e que seria a seguinte:

A clínica O. R. L. teria:

12 camas para doentes de pequena cirurgia,

12 camas para isolamento,

50 camas para hospitalização dos restantes doentes.

Ficaria assim a clínica com 74 camas, longe ainda do número de Estrasburgo, mas permitindo o ensino eficaz da O. R. L. pelos menos durante os primeiros anos.

Esta sugestão, a ser adoptada, obrigaria apenas a acrescentar 22 camas ao número das do esquema do projecto apresentado ou seja mais um bloco de enfermarias e quartos além dos 2 que nelle figuram destinados ao serviço de O. R. L.

Bloco operatório

O Senhor Presidente da C. T. H. F., na sua conferência da Sociedade das Ciências Médicas, certamente por lapso, não incluiu a oto-rino-laringologia entre as especialidades, que nomeou, para as quais estão previstas salas de operações privativas.

Tendo a oto-rino-laringologia um movimento operatório hospitalar maior do que algumas, se não todas essas especialidades, e necessitando salas de operações tanto ou mais especializadas, é

evidente que a oto-rino-laringologia tem de ter o seu bloco operatório privativo, como succede em todos os hospitais.

Este bloco deve centralizar todos os serviços necessários às intervenções cirúrgicas e aos exames endoscópicos e estando próximo do serviço de internamento de doentes deve porém ficar isolado deste, em situação a que todas as intervenções possam fazer-se dentro da maior assépsia e socêgo e de forma a dar um rendimento cirúrgico metódico e rápido numa especialidade em que as intervenções são em grande número.

O bloco operatório deveria compreender 3 secções, a primeira destinada a operações em doentes em posição sentada (amigdalectomias, adenoidectomias, etc.), outra às restantes intervenções com excepção das intervenções e exames endoscópicos a que será reservada a terceira secção.

A primeira secção precisa de ser construída de forma a poderem fazer-se simultaneamente várias intervenções, sem que porém os doentes se avistem ou ouçam.

Vários operadores poderão, por exemplo, fazer amigdalectomias ao mesmo tempo, o que permitirá executar intervenções tão numerosas numa clínica hospitalar da especialidade, sem imobilizar operadores e pessoal durante largo espaço de tempo, como actualmente succede e tirando a esta espécie de intervenções o aspecto chocante que tem ainda hoje em bastantes clínicas de oto-rino-laringologia, em que os protestos das crianças que vão ser operadas se cruzam com as exclamações de operadores e pessoal auxiliar numa confusão aparente que só por si é suficiente para deprimir os operados que a tudo assistem na sala única em que todas estas intervenções se fazem.

Nesta secção haverá portanto que estudar a forma de todo o serviço operatório poder fazer-se rapidamente e bem, possivelmente criando celas operatórias e estudando-se todos os pormenores, como sejam a contenção dos doentes, distribuição e evacuação do material operatório, desinfecção dos operadores, limpeza rápida da cela operatória, evacuação dos operadores e acesso dos doentes seguintes, etc., tudo sem perder de vista as necessidades do ensino.

A segunda secção do bloco operatório seria destinada às grandes intervenções da especialidade. Necessitaria um mínimo de duas salas de operações para dar um bom rendimento, pois é preciso ter presente que são frequentes as intervenções da especialidade que levam bastante tempo a executar.

Os princípios gerais a que obedece a construção das salas de operações da cirurgia geral, no que diz respeito a disposição, aquecimento, desinfecção, aspiração, alimentação em ar condicionado, separação da cirurgia asséptica e séptica, tem aplicação para as salas de O. R. L. Há, porém, modificações importantes a fazer noutros pontos e em primeiro lugar se, quanto ao

ensino, é de manter o princípio de não deixar entrar na sala de operações os espectadores, seria no entanto necessário construir instalações que lhes permitissem observar o que se passa nos pequenos campos operatórios de muitas intervenções da especialidade. A melhor solução parece-nos que seria a de instalar os espectadores numa sala por cima da sala de operações tendo um tecto de vidro e munido de aparelhos de óptica que permitissem a observação a distância. Parece-nos preferível esta instalação à que vimos numa clínica estrangeira em que complicados aparelhos de óptica, que aquecem extraordinariamente a sala de operações, e são um estôrvo permanente, projectam a imagem do campo operatório em grande ampliação sobre uma tela situada numa sala próxima.

A iluminação de uma sala de operações da especialidade é também extremamente importante. Deverá possuir vidros côrados que permitam operar numa meia luz mas colocados de forma que possam rapidamente permitir a entrada da luz solar. Por outro lado, é necessário prever a necessidade da sala ser mergulhada na escuridão. O sistema de iluminação eléctrica deve ser estudado de forma a permitir o uso de reflectores de cirurgia geral e os reflectores portáteis da especialidade. A sala necessita de fichas de tomada de corrente eléctrica judiciosamente colocadas e fornecendo as várias modalidades de corrente necessárias em oto-rino-laringologia.

Esta secção do bloco operatório deveria ser construída de forma a permitir operações sucessivas com o mínimo dispêndio de tempo, dada a série sempre grande de operações nos dias a elas destinados nos serviços da especialidade.

Deixámos para o fim a secção destinada à endoscopia. Uma clínica de O. R. L. moderna tem que contar com esta parte importante da especialidade, tão importante que países há já em que constitui uma especialidade autónoma.

Na Europa, ainda levará muitos anos a compreender a necessidade da criação desta nova especialidade e assim ela terá que continuar a fazer parte da oto-rino-laringologia até que o tempo e os factos acabem por lhe dar forças para se emancipar.

No Hospital-Faculdade seria portanto necessário haver instalações apropriadas à endoscopia, pois em breve esta secção da clínica O. R. L. teria um largo movimento de doentes não só os próprios, como os vindos das outras clínicas e entre estes sobretudo os doentes do aparelho respiratório e digestivo.

A secção de endoscopia necessita uma sala de preparação de doentes e duas salas de exame e operações, uma das quais munida de aparelhos de raios X que permitam observações e operações sob exame radioscópico em dois planos.

Todos os doentes a observar pela primeira vez devem ficar hospitalizados e a secção deve ser construída de forma a permitir

numerosos exames e intervenções em curto espaço de tempo.

Anexas a estas salas é necessário haver uma sala de limpeza e esterilização dos aparelhos de endoscopia provida de instalações que permitam a sua limpeza com água sob pressão. Será a única forma de não se inutilizar rapidamente um material que é extremamente caro.

De tudo que acabamos de expôr resulta que o bloco operatório de um serviço de O. R. L., pelo número grande de observações e intervenções que deve permitir fazer, necessita estar junto à secção de internamento de doentes, o que facilita muito o serviço com economia de tempo e pessoal.

Pelo que temos visto em clínicas estrangeiras, pelo que temos lido e pelo que a nossa prática hospitalar nos tem mostrado, julgamos que, na construção de um serviço de O. R. L. fazendo parte de um Hospital-Faculdade, deverão seguir-se as directrizes que acabamos de expôr em traços muito largos, num desejo de colaboração com a C. T. H. F. que nos leva a responder ao apêlo feito pelo seu presidente, a que, estamos certos, outros médicos de boa vontade responderão também a fim de que a obra que se pretende levar a efeito fique perfeita.



INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURITIBA DE CARVALHO



RÓ
MU
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



1329688110

Composto e Impresso na
IMPrensa MÉDICA
Calçada do Moinho de
Vento, 10 -A — Lisboa