

5) — Cardiopatias funcionais e cardiopatias orgânicas

É claro que não incluímos no grupo das cardiopatias os doentes com perturbações cardíacas *nervosas* ou *neuróticas*, pois apenas aí devem figurar aqueles em quem as alterações estruturais do aparelho cardio-vascular desempenhem papel essencial. É atitude restricta falar-se de insuficiência cardíaca e não circulatória, pois nesta pode o maior compromisso pertencer aos vasos periféricos ou à própria massa sanguínea, como é sabido.

Quando a causa se inscreve no coração e este apresenta volume superior ao normal, há ainda que procurar saber se a desproporção entre a energia do coração e as solicitações à sua capacidade de trabalho não é apenas transitória: dilatação tonogénea por fadiga, por gravidez, por pneumonia lobar, etc.; se os sintomas de hipossistolia não promanam de localização transitória de certos tóxicos químicos no miocárdio, susceptíveis de eliminação, sem vestígios de lesão anatómica a representá-los. Estes casos estão fóra da questão. Mas, abstraindo das afecções endocárdicas, cuja natureza lesional é óbvia, em outros casos de insuficiência, às perturbações da função inotropa, nos casos graves, pelo menos, conforme pesquisas de Krehl, correspondem alterações anatómicas do miocárdio: processos inflamatórios ou degenerativos, focos de infarto, de miomalácia, seqüelas de infecções, de tóxicos, perturbações da nutrição por coronarite estenosante, etc.

A alterações funcionais ligam-se, pois, alterações anatómicas, embora se não possa bem estabelecer a correlação. E o que mais há a notar é que os processos reconhecidos ao exame histológico são sempre ou quási sempre *irreversíveis*. Uma vez instaladas as lesões no miocárdio, difícil ou impossível é a completa *restitutio ad integrum*. Eis factos que vêm em refôrço de outros para explicar o relêvo desta causa letal, nas estatísticas, e, o aumento progressivo dos números que a exprimem.

6) — Afecções cardio-vasculares e importância do estudo comparativo das estatísticas

Se entre nós ninguém contesta ser grande o número de indivíduos sôbre que a tuberculose pulmonar se céva na produção de vítimas, — (e referimo-nos em especial à tuberculose pelo facto de o grande público ainda hoje julgar ser a esta moléstia que corresponde, entre nós, a maior responsabilidade letal)—mesmo assim maior é êsse contributo para as afecções cárdio-circulatórias, e muito maior ainda se fizermos a soma dos números respeitantes às moléstias cardíacas e à congestão e hemorragia cerebrais, estas, na maioria das vezes, de causa esclerósica ou hipertensiva.

Em resumo: o lugar que, nos diversos países, ocupa cada afecção como factor obituário em relação a determinada fracção populacional, é, em freqüência, variável de país para país, como é variável para o mesmo país se compararmos os números obtidos em épocas afastadas.

Interessa saber o que se passa em países de alto grau de civilização económica e sanitária, como na Dinamarca, Estados Unidos, etc., pois que, comparados com os de outros povos, os seus números podem oferecer-nos, pelo menos, a *consciência duma direcção* em matéria de assistência social. Os progressos sanitários dos povos mais prósperos poderão dar-nos a imagem dos caminhos que os mais atrasados terão de percorrer. Não quer isso dizer que nos mais civilizados de hoje, o lugar onde cada uma das causas letais se inscreve, permaneça fixo e não sofra outras oscilações para de futuro. Seja como fôr, os prósperos de hoje, podem já oferecer-nos sugestões, elementos de informação para algumas construções do presente ou do futuro em matéria de medicina social.

II

Órgãos e medidas de um programa de assistência médico-social aos cardíacos

Que haveria a fazer, e que há a fazer?

O que haveria a fazer num Estado de franco desfêgo económico e de modelar vida social, onde se articulassem, em harmonia perfeita, todos os organismos que o compusessem?

Possivelmente alguém responderia que seria melhor dispor as coisas de modo a conseguir-se a extinção, um dia, das afecções cárdio-vasculares.

A luta que pelo mundo se estabeleceu contra as doenças do coração mostra dois aspectos: *a)* — profilaxia, por um melhor conhecimento das causas geradoras e *b)* — protecção ao cardíaco, qualquer que seja a sua idade, e em que se procura torná-lo útil para si e para a Sociedade.

Quanto ao primeiro aspecto, poder-se-á dizer que alguma coisa de sensível se consiga obter com os progressos da profilaxia e da higiene?

A sífilis é factor responsável pela cardiopatia e suficientemente importante para em quâsi tôdas as estatísticas se aquinhoar com mais da vigéssima parte das de natureza orgânica.

É doença evitável, sim, mas é problema que directamente se relaciona com o da sífilis em geral. A obra de protecção ao cardiopata recebe, assim, benéfica repercussão do dispensário anti-venéreo.

Quanto à endocardite de natureza reumatismal, ou doutra etiologia, porém, poder-se-ia obter sensível redução na sua freqüência? Em alguns países criou-se a Liga contra o reumatismo. Todavia, quanto à forma aguda, cárdio-articular, a doença de Bouillaud, se não está demonstrada a sua contagiosidade, por um lado; se, por outro, as localizações endo-miocárdicas pouco se sujeitam à influência terapêutica, as medidas de higiene em ordem à sua extinção ou diminuição devem, como parece deduzir-se, entrar no quadro das medidas de ordem geral. Na prática, a sua acção pouco aproveitaria se não fôsse ainda outra a sua missão.

Menor não seria a ingratidão dos meios que utilizássemos na intenção de diminuir a freqüência da hipertensão arterial, da cárdio-artério-esclerose, das afecções coronarianas, apanágio de pessoas adultas, que mesmo ultrapassaram o zenite da vida e que parecem ser doença da civilização.

* * *

A organização de Assistência Médico-social aos cardiopatas pode, para melhor compreensão, e em tese geral, desdobrar-se em quatro sectores: *a)* — órgãos de direcção social, pública ou privada; *b)* — órgãos de ensino, de investigação científica e de propaganda; *c)* — órgãos de profilaxia e de previdência; e *d)* — órgãos de tratamento. Esta discriminação apresenta interêsse didáctico apenas, e tudo se resume e sintetisa em dois aspectos: *A)* — médico e *B)* — social.

A) Órgãos de Acção médica

1) Dispensário

O dispensário é o órgão central de todo o programa cardiológico. Em relação às afecções cárdio-vasculares, deve desempenhar funções correspondentes às de todos os outros dispensários. Centro de diagnóstico e de pesquisa de doentes, suficientemente apetrechado para serem aí feitos exames clínicos, biológicos e laboratoriais; tratamentos banais; injecções, maçagens, diatermia, etc.; com os meios materiais de diagnóstico: radiologia, electrocardiografia, aparelhos de medição da capacidade respiratória, da velocidade circulatória, da tensão arterial, etc.; efectivos, quanto a pessoal médico e técnico, assistente social e enfermeira visitadora; arquivo, ficheiro, etc.

Pela propaganda cuidadosamente feita na imprensa e pelo médico de família, do médico escolar, do médico da fábrica ou da empresa comercial, etc.; pela acção da superintendente da fábrica, da assistente social ou da enfermeira visitadora, poderia ser intensificado êsse movimento de atracção ao Dispensário de Cardiologia.

Para organização da rede de assistência social aos cardiopatas importaria proceder a cadastros regionais, e nessa operação, o movimento teria de seguir dois rumos: o centrípeto e o centrífugo. Até aqui, o movimento só tem tido o primeiro sentido: é o doente que procura o médico e não o médico ou a obra, social que vai ao encontro dêle; todavia, o segundo rumo tem maior importância.

A verdade, porém, é que, sem obra social, o diagnóstico e a prescrição médica constituem actos isolados e de escasso interesse.

Não é, em regra, o hipossistólico mas sim o assistótico e descompensado que procura o médico, a consulta externa ou o hospital, se se trata de indivíduo que ganha a vida com o suor do rosto.

Tal como entre nós ainda hoje figura o auxilio social, é o cardiopata que deliberadamente procura o médico, rendido pelo cansaço, constrangido pela necessidade.

Todavia, numa organização de assistência social eficiente, a doença deverá ser, por assim dizer, surpreendida, quando os sintomas ainda não atingiram acuidade que obrigue o trabalhador a repouso demorado, pois que se a readaptação é fácil neste caso, já é muito difícil além.

O Dispensário, sobres ser, assim, órgão de diagnóstico, é-o ainda de *atração e pesquisa de doentes*.

Há cardiopatas bem compensados, susceptíveis de tratamento ambulatório. A assistente sanitária adstrita a estas consultas, presta os mais relevantes serviços, vigiando os doentes e as famílias, inquirindo de tudo a seu respeito, acompanhando a sua recuperação funcional, tendo em dia os seus *dossiers*, avaliando da oportunidade da comparência no Dispensário. Ela seria traço de união entre o médico e o doente.

Por intermédio desta mulher, a acção do médico «prolonga-se no espaço e no tempo», colhe maneira de conseguir uma medicina pessoal e directa: de o

doente receber tratamento sem onerar, quantas vezes, o Hospital, a Casa de Convalescença ou o Hospício, isto é: sem ser estôrvo da sociedade. E assim, o Dispensário seria *órgão de tratamento*.

* * *

Deve-se pedir a atenção dos médicos e assistentes escolares, particularmente dos de ensino primário e secundário, de preferência a daqueles ainda, para que seja exercida apertada vigilância das articulações e do coração das crianças, em visitas periódicas, pois aí a doença reumatismal tóca traiçoeiramente o coração, quando as artralguas, mesmo fugazes, mal a deixam perceber. Muitos patologistas crêem no carácter secundário do reumatismo cárdio-articular, o qual, pela lesão cardíaca, conduz o individuo a invalidez rápida e penosa.

Julgam alguns residir a origem na infecção focal: amigdaliana, dentária, apendicular, etc. Não há razão de conceber grandes esperanças a êste respeito, naquilo em que aproveite a profilaxia, porque na América, onde quasi tôdas as crianças, desde há vinte a trinta anos a esta parte, se vêem sujeitas à amigdalectomia, não consta que o problema do reumatismo agudo cárdio-articular tenha mudado de aspecto. Não se nega, todavia, a benéfica acção desta prática e a conveniência de o Dispensário ficar instalado próximo dos serviços da especialidade — oto-rino-laringologia por exemplo, — com o qual deve estar em estreita ligação; de fazer mesmo, corpo com o hospital geral, quanto possível. Mas se o doente sofre de doença reumatismal, a intervenção da consulta externa pelo clínico ou pela assistente social, poderá ser útil na tentativa de se conseguir mais rápida cessação da crise; como poderá ser útil por conselhos sôbre mudança de casa húmida e insalubre, factores importantes de recidiva ou mesmo de origem do reumatismo. E assim, o Dispensário, por si e através do seu corpo clínico e pessoal social, é ainda *órgão de profilaxia*.

* * *

O Dispensário aceita para os seus arquivos, histórias clínicas de cardiopatas tanto compensados como descompensados, evolutivos, assistólicos ou hipossistólicos. Por uma ou poucas observações, não é possível ao médico aperceber-se do grau de incapacidade miocárdica, das facilidades ou dificuldades de compensação, por tratamento higieno-dietético e toni-cardíaco.

Seja-nos permitido, antes de proseguirmos, fazermos algumas considerações que poderão servir para melhor compreensão:

Certos agentes tóxicos: o tabaco, o álcool, café, etc.; cozinhas condimentadas; trabalho manual ou espiritual absorvente e penoso, devem ser considerados factores causais de cardiopatia, embora o não sejam no sentido rigoroso da expressão. Para a sífilis cárdio-vascular, especialmente evolutiva, o tratamento pode deter a marcha, quando aplicado a tempo e em justa dose; mas a verdade é que a etiologia, na maioria das vezes, não se esclarece e, a esclarecer-se, quando é de natureza infecciosa — o agente da doença reumatismal, estreptococcus, etc. — em poucos pontos oferece garantia de tratamento directo.

É claro que para juízo sôbre o futuro do cardiopata, é-se obrigado a tomar em linha de conta: *a)* o estado da circulação no repouso e no esforço avaliado pelo grau de dispneia e de cianose; *b)* o volume do coração e pedículo vascular; *c)* existência ou não de aortite luética; *d)* existência ou não de perturbações do ritmo (fibrilação, fibrilo-flutter, taquicardia paroxística, extra-sis-

tolia, pulso alternante, etc.; e) a pressão sangüínea; f) o aspecto dos accidentes electrocardiográficos, etc. São, porém, elementos de prognóstico e que, se interessam — e interessam, na verdade, o tratamento médico que terá de variar consoante os casos — pouco influenciam, no entanto, o tratamento social propriamente dito.

Quaisquer que sejam, porém, a natureza, a localização ou a extensão das lesões cardio-vasculares, o tratamento causal, etiológico, só em proporções muito limitadas se consegue e, quando se applique, é de resultados duvidosos. O ponto de vista funcional ocupa a maior extensão e visa particularmente a capacidade funcional; o tratamento terá em vista apenas consolidá-la e melhorá-la.

Se a terapêutica etiológica é aleatória ou impossível ainda, temos de nos servir com a que resta: a funcional, que tem o encargo de poupar a função, retardar ou tentar retardar a marcha da lesão, por criação de novas condições de vida, compatíveis com a capacidade miocárdica reduzida.

Independentemente de um diagnóstico lesional, orienta-se melhor a actividade de um centro de cardiologia social pela adopção de uma sistemática dos estadios patológicos e cujo critério seja: a duração do repouso necessário no leito e a dose de dedaleira ou de estrofantina de que o coração necessite para obter a compensação. E vendo a questão sob esta luz, temos a considerar:

1.º — Cardiopatas com compensação duradoira, sem precisão de tratamento médico;

2.º — que obtêm compensação duradoira com tratamento relativamente curto;

3.º — que necessitam de tratamento longo ou repetido para se conseguir a compensação;

4.º — que só com tratamento permanente o conseguem;

5.º — em quem, mesmo com tratamento rigoroso, se não consegue resultado útil.

Todo o cardiopata do 5.º grupo começa por pertencer ao primeiro, é obvio, e o que se pretende, é que se prolonguem, quanto possível, os intervalos de tempo em que se passa de cada grupo para o seguinte.

É manifesto que por uma observação isolada não é possível atribuir correctamente a cada cardiopata o grupo em que deva incluir-se.

Todos, com sinais de insuficiência, e quaisquer que sejam a localização, a natureza e a extensão das lesões anatomo-patológicas, devem aguardar julgamento só depois de, por tempo prolongado, se terem colocado nas melhores condições de repouso e de tratamento. O cardiopata, em tratamento deve, pois, ser permanentemente vigiado e como o tratamento é variável e contingente nas suas modalidades, só a evolução será disso juiz.

O Dispensário é assim, de certa maneira, ainda *órgão de distribuição*.

Daqui resulta a necessidade da criação do Serviço Central Hospitalar, da Casa de Convalescença e do Hospício.

2) Consulta externa

Este órgão, de preferência adstricto a um hospital, visa particularmente objectivo médico-curativo enquanto que o Dispensário é preferentemente órgão de hygiene e de profilaxia social.

O principal fim da Consulta externa eram o diagnóstico e a prescrição terapêutica, até há pouco tempo, e o objectivo social nulo ou quasi nulo. Todavia, presentemente, rara é a Consulta de Cardiologia, lá fora, que se não execute com a participação da visitadora sanitária ou da assistente social, a qual lhe imprime outra amplitude e, até, outro sentido humanitário.

Assim, as funções da Consulta externa tendem cada vez mais a ser absorvidas pelas do Dispensário. Aquela expressão tende por isso a extinguir-se e a favor desta.

3) Serviço central hospitalar

No consultório, no Dispensário ou na Consulta externa de cardiologia, o médico não pode deixar de reputar insufficiente toda a sua acção, grandes que sejam o seu saber e boa vontade. O cliente, se é assistólico, que vem de terra distante e insiste em regressar, leva, quando muito, uma prescrição e alguns conselhos higieno-dietéticos; todavia, a dose de farmaco que se lhe aconselha tanto pode ser superior como inferior à que convém para vencer a crise; como poderá correr sérios danos se na terra não houver clínico competente que se encarregue de lhe prestar assistência e o vigiar. Se a terapêutica cardíaca, demonstra-o a prática, só deverá ser individual, donde nos vem o critério que, de antemão, estabeleça a dose ótima a prescrever? Vencida a crise, segue-se a dose de entretenimento; mas que dose, e por que tempo? O hospital vem atenuar a dificuldade.

Do conjunto de cardiopatas convém, por motivos didácticos, isolar o grupo rotulado de doença de Bouillaud. Abstraindo das endocardites malignas, sépticas, sempre ou quasi sempre fatais a breve trecho, e portanto de reduzida significação social, teríamos assim, consoante um critério sobremaneira etiológico, um grupo de origem inflamatória, que compreenderia os casos de cardite reumatisal, interessando de preferência gente mōça; outro, de natureza orgânica ou degenerativa, onde se incluíam: miocardose, coronarite, infartos, etc. e que de preferência interessa a adultos e velhos.

Quanto ao internamento hospitalar dos cardiopatas, adopta-se pelo mundo uma de três fórmulas; a) ou se distribuem indistintamente pelas salas de clínica geral, confundidos com doentes doutra natureza, que é o que entre nós acontece, mesmo nos hospitais escolares ou de maior movimento nas cidades mais populosas; b) ou se adopta um pavilhão em cujas salas se recebem apenas cardiopatas mas onde os casos de cardite de origem reumatismal se confundem com os de natureza degenerativa, portanto de etiologia diversa; c) ou se tem um pavilhão ou enfermarias onde se isolam os casos de doença de Bouillaud, como se nota em países prósperos e de elevado índice económico ou sanitário, tais como Estados Unidos da América, Inglaterra, Suécia, etc.

Podem discutir-se as vantagens ou inconvenientes destes três sistemas sob o ponto de vista médico, docente e administrativo. Entre nós, se é difícil adoptar o terceiro, já nos contentaríamos com o segundo. Deveriam juntar-se nos mesmos serviços casos de doença de Bouillaud e cardiopatas pròpriamente ditas; estas, se tem muitas vezes etiologia diversa, talvez não haja caso de doença reumatismal que não coincida com a cardiopatia. Pela sua concentração no mesmo serviço, o doente colheria maiores garantias de tratamento, senão médico, pelo menos social.

Em pavilhão especializado, num hospital, como foi adoptado naqueles países, ou, mais modestamente, em duas enfermarias, uma para cada sexo, os

doentes hipo ou assistólicos, aí deveriam ser sujeitos a tratamento de prova. E, uma de duas: ou se restabelecia a compensação, e conseqüentemente se tentaria a valorização do doente, ou, se fazia a demonstração da sua definitiva incapacidade e o lugar definitivo do doente passaria a ser o Hospício ou o domicílio. A doença reumatismal merece menção especial pela sua gravidade e freqüência.

Na Inglaterra, a questão do reumatismo reveste-se de acuidade grande e uma campanha oficial se desencadeou desde há alguns anos.

A base da campanha assenta no facto de todos os anos, entre 500 casos de morte, por 12 vezes caber a responsabilidade ao reumatismo e de em 100 casos de reumatismo êste provocar a invalidez em 17 adultos (1).

Os dados colhidos das nossas estatísticas não permitem conclusões comparáveis às de Schlesinger. Levados, porém, por caminhos diversos, possuímos já sobejas razões de crêr ser enorme a freqüência da doença especificamente reumatismal. Assim, de colaboração com um dos nossos assistentes (2), dispuzemo-nos a saber a freqüência das lesões valvulares em doentes internados nos Hospitais da Universidade de Coimbra. O trabalho de estatística recaiu sôbre 3571 histórias clínicas. Pois dêsse número faziam parte 156 casos de lesões valvulares, excluídas as de origem sífilítica e as de endocardite maligna, ou seja uma percentagem de 4,4. Naquele número incluem-se 68, onde não houve possibilidade de diagnóstico etiológico. Ora, certamente que o reumatismo recebe do espólio o melhor quinhão. Se pensarmos na possibilidade de exclusão de tantos doentes com lesões valvulares e de diagnóstico despercebido do clínico e que, por isso, aí não figuravam; e, ainda, de outros rubricados de insuficiência simples, de fibrilação ou de taquisistolia auricular de origem reumatismal e que teriam a acompanhar-las lesões valvulares, mas cujos sinais audíveis, a insuficiência ou a arritmia conseguiam desvanecer ou abafar, não custará a concluir que a extensão dos estragos causados pela doença reumatismal e por via cardíaca, na população portuguesa, seja bem mais elevada do que parece deduzir-se daquelas cifras. O problema social do reumatismo é daqueles que deveriam merecer outra atenção da classe médica e dos poderes públicos.

É certo haver factores predisponentes para a doença reumatismal: a) hereditariedade; b) clima; c) meio social. Tentar, por isso, suprimir o reumatismo afigura-se-nos tarefa difícil ou impossível, pelo menos enquanto se não der a conhecer o agente causal.

Até há pouco tempo supunha-se que a afecção cardíaca reumatismal era simples complicação duma doença passageira. Hoje sabe-se que se trata de doença prolongada, que evoluciona por surtos, que na sua marcha crónica vai além dos episódios agudos, articulares ou cardíacos, de tendência recidivante, que interessa simultaneamente todos ou quasi todos os tecidos. A cardiopatia não é, pois, propriamente, uma complicação, mas antes uma das muitas localizações da doença, e é-o extremamente freqüente. Há até quem julgue que começa por aí. Por muito tempo se supôs ainda que o endocárdio fôsse dos tecidos cardíacos, o único lesado. Sabe-se hoje, que o reumatismo é extensivo a todos os tecidos do coração e gera a *pancardite*.

(1) Schlesinger — *L'origine du rhumatisme aigu chez les enfants et la lutte préventive contre cette maladie* — Bulletin trimestrel de l'organisation d'Hygiene, vol. v, 1936, pg. 264.

(2) João Pôrto e F. Ibérico Nogueira — *Freqüência das lesões das válvulas cardíacas*, «Coimbra Médica», abril de 1940.

A doença reumatismal é, nas crianças, pobre de sintomas articulares, mesmo quando as lesões cardíacas atingiram certa extensão. Nas escolas exige-se, pois, extrema vigilância médica no sentido de surpreender a cardite logo no seu começo. A-pesar disso, quando o médico a surpreende, muitas vezes, já ela não é de dias, e até mesmo nos casos de mais cuidadosa diligência, já a lesão sólida-mente se estabeleceu, nada havendo que a pudesse prever e, por isso, nada havendo que lhe possamos opôr. É doença extremamente traiçoeira.

Nem todos os autores estão de acôrdo sôbre a marcha evolutiva e a acção da terapêutica salicilada.

Sôbre a primeira questão, as opiniões oscilam entre a dos que pretendem que para a maioria dos doentes a evolução das lesões cardíacas se detém, e definitivamente, a partir de certo momento, até à dos maiores pessimistas, — e à cabeça do rol se coloca Laubry—que diz ser «tôda a lesão (cardíaca) inflamatória especificamente reumatismal destinada a evolucionar de maneira sub-aguda ou crônica sem paragem e sem cicatrização» (1).

Não podemos tomar o partido de Laubry e é nossa opinião de que a actividade das lesões cardíacas, por doença reumatismal, se detém, é susceptível duma suspensão duradoira ou mesmo definitiva, senão para a maioria dos casos, pelo menos para muitos dêles. Registamos na nossa clínica doentes que tiveram uma e única crise, que lhes mordeu o endocárdio, com lesão orificial há mais de uma dezena de anos e sem qualquer outra manifestação desde então. A hipertrofia do miocárdio compensou as alterações da dinâmica circulatória, pelas lesões valvulares, e os doentes continuaram a ocupar-se dos seus mesteres, sem quebra de compensação cardíaca, até hoje.

Quanto à acção da terapêutica salicilada, quasi todos os cardiologistas estão de acôrdo com Sicard, nos limites que êste autor lhe traça: «Acção eficaz sôbre a fluxão articular; acção duvidosa, senão medíocre, sôbre as manifestações cardíacas, sôbre a duração de algumas crises agudas, sôbre a evolução da doença tal é o balanço exacto da salicitolerapia». Alguns autores como Miller, Ehrström e Wahlberg negam ao salicilato qualquer acção específica. A estatística americana de Graef, S. Parent, W. Zitzon e Wychoff depõe sôbre os resultados pelo repouso e pela codeína em 41 casos de doença reumatismal aguda e conclui que a duração e gravidade foram as mesmas que para doentes tratados com o salicilato de sódio (2).

As conclusões dos autores não podem deixar de ser aleatórias. A doença não é uma experiência física cujas condições de realização se possam fazer variar.

Todos os tempos da doença são irreversíveis. Sob a acção de dada terapêutica sabemos como *evoluciou*, mas não sabemos como *evoluciona*, sob a acção doutra, ou da mesma em dose diversa, porque não se pode voltar atrás. Como avaliar do poder terapêutico duma substância se a reacção é individual, se cada doente responde de maneira diversa da de todos os outros? Não temos duvidas da acção positiva e benéfica da quinina no impaludismo, dos mercuriais na sífilis, do antimónio na leishmaniose, etc. porque nestas doenças, o agente terapêutico é heróico e verdadeiramente específico. Contudo, nas doenças onde os efeitos dum farmaco são discretos, não possuímos elementos para nos pronunciarmos

(1) Cit. por Weissenbach e F. Françon — *Les rhumatismes maladies sociales*, Paris, 1939, pág. 58.

(2) *Loc. cit.*, pág. 59.

sôbre as suas oscilações, se na verdade as houve. Que meios objectivos de verificação, possuímos nós? Por isso, tôdas as opiniões emitidas acêrca do valor terapêutico do salicilato de sódio, com o objectivo restricto do tratamento da cardite reumatisal, são eivados de puro subjectivismo, sem qualquer fundamento experimental.

Não significam estas palavras, a condenação do seu emprêgo. Na verdade, se os salicilatos actuam eficazmente na fluxão peri-articular, na temperatura, na dor, porque não há-de possuir acção positiva e benéfica, embora discreta, nas localizações cardíacas, pelo menos nos seus primórdios, nas formas frescas, no dizer de Gallavardin, quando a lesão não tenha passado ainda de reacção inflamatória simples? Na impossibilidade de observação directa, levado apenas por raciocínio indutivo, prescrevemos sempre os salicilatos, na doença reumatismal, e em mais elevadas doses, no comêço da doença.

Mas não temos dúvida sôbre a exiguidade do seu valor.

* * *

Que fazer então se a acção do salicilato é duvidosa? Se não actua com carácter específico, não haverá modo de, — do mal o menos — entravarmos a evolução da afecção cardíaca por coreia ou reumatismo?

Ora, logo que se imponha, e seja aceite desde o comêço da doença o repouso absoluto, obtém-se freqüentemente a *cessação da fase aguda*; depois, pouco a pouco se renova o poder funcional do miocárdio, e, por readaptação lenta, progressiva e cuidadosa, evitando sempre os mesteres de fôrça, o doente poderá vir a obter a recuperação social. O que importa é que, obedecendo ainda a favoráveis condições de clima e de alimentação, o *repouso seja prolongado*.

À medida que o doente retoma fôrças, a cura completa-se por exercícios racionais e progressivos.

Como o reumatismo cardio-articular interessa particularmente às crianças, há hospitais próprios onde estas se tratam. São modelos de organização o *Queen Mary's Hospital for Children*, com 400 leitos, criado em Carshalton, nos subúrbios de Londres; os Hospitais de West Wickham, com 80 leitos. Os doentes com reumatismo cardio-articular ou coreia, são aí submetidos a repouso prolongado, a vigilância médica constante, a um treino metódico e lentamente progressivo, em condições favoráveis de alimentação e de clima: pressão atmosférica, insolação, humidade, etc. Aí passam meses, sem abandono dos seus estudos. A saída dêstes hospitais as crianças passam algumas semanas em uma *Casa de convalescença*, em condições de clima igualmente favoráveis; depois fazem uma estadia de uma ou duas semanas em Carshalton ou em West Wickham, antes de serem restituídos à família.

Difícil é, decerto, saber quando o reumatismo alcançou a acalmia pois nem o estado geral, nem a temperatura, nem o pêso, nem o ritmo cardíaco, nem o resultado da auscultação o fazem supor. Schlesinger propõe, como medida de maior segurança, a velocidade da sedimentação dos glóbulos vermelhos. Quando inferior a 10, é provável que a criança entre em restabelecimento.

Uma vez obtida a calma, a criança continua sob vigilância estreita até ao fim do período de crescimento, até 16-18 anos.

Num relatório do *London County Council* (Conselho Geral de Londres) de Gray Hill, A. G. L. Reade e C. E. Thornton, dá-se conta da actividade de Carshalton e High Wood Hospital para 1936.

Da rede de protecção ao cardíaco constam também 20 centros de vigilância que durante 2 anos, pelo menos, seguem as crianças saídas dos hospitais especiais, e, ainda, 250 leitos para convalescentes fóra daqueles hospitais. O papel de fiscalização e vigilância pode eventualmente ser entregue às consultas externas hospitalares. As condições de habitação das crianças hospitalizadas são motivo de inquéritos especiais e procura-se corrigir, quanto possível, defeitos e deficiências. Procura-se, ainda, quanto possível alojar as suas famílias em edificios construídos pelo *London County Council*. Á saída destes órgãos de assistência, as crianças são orientadas para a escola que mais lhes convém. As fichas dos doentes são seguidas e conservadas nos Arquivos do *London County Council*. A perfeita coordenação e a unidade de comando de toda a organização permitem já um rendimento notável.

4) Sanatórios ou Casas de convalescência

As casas de convalescência deverão instalar-se em regiões favoráveis sob o ponto de vista climático, longe do mar e de rios; algumas, porém, lucrariam em estar junto de estações termas de modo a que os cardiopatas possam beneficiar dos recursos que lhes são oferecidos, mercê de todo o material hidroterápico ou outro que lhes possa convir. Destinam-se estes órgãos, a cardiopatas por doença reumatismal, portanto de etiologia com tôdas as probabilidades infecciosa, em período em que a evolução foi detida por tratamentos médicos, mas em que seria prematuro restituí-las ao seu meio familiar ou profissional, sem receio de recidivas. Aí passariam alguns meses e com readaptação progressiva, lenta e metódica.

Para mostrar a importância e urgência da criação destes organismos, lembramos uma estatística de Grenet: De 112 crianças tratadas no seu serviço, de 1 de Maio de 1934 até 31 de Março de 1936, por cardite reumatismal, 35 teriam tido necessidade do repouso de um ano em hospital especial, 66 de uma convalescência de 6 meses pelo menos e sob vigilância médica, 11 de convalescência simples mas vigiada (1).

5) Hospitais-asilo ou Hospícios

Dissemos atrás que em certos cardiopatas internados e tratados em enfermarias, cedo se demonstra a incapacidade de readaptação por reduzíssima ou nula capacidade funcional. Para os doentes definitivamente incapazes de prover a sua existência, há os *Hospitais-asilo ou Hospícios*, nome porque designamos qualquer instituição destinada a cardiopatas permanentemente descompensados. Para estes doentes a norma de assistência não goza de qualquer particularidade e participa do vasto domínio de auxílio a todos os doentes em geral.

Se o doente possui meios suficientes para viver, pode dispensar o hospício, e a enfermeira visitadora realizará no próprio domicílio a extensão da acção do médico.

B) Órgãos e Medidas de Prevenção e de Acção social

1) Ás superintendentes, assistentes sociais ou às visitadoras sanitárias pode ser lembrado o perigo reumatismal; as medidas a ser utilizadas nas minas; etc. Nos serviços que recolhem doentes por cardite reumatismal devem-se

(1) Weissenbach e F. Françon. *Loc. cit.*, pág. 106.

isolar todos os casos com amigdalite; e estes devem tomar aspirina ou salicilato de sódio, durante algumas semanas após a doença. Schlesinger aconselha a administração de aspirina durante um mês às crianças reumáticas que não-de sofrer a amigdalectomia ou aos que contraíram a diftéria ou a escarlatina. O pessoal social ou sanitário deve receber preparação especial de patologia, clínica e higiene do reumatismo cardio-articular, como a recebe na luta contra a tuberculose, a sífilis, diabetes, etc.

A mesma instrução deve ser dada à assistente social que se dedica à higiene industrial.

A todos os doentes deverá ser fornecido uma *ficha* de tratamento e vigilância.

O tratamento intenso e prematuramente iniciado tornaria mais demorado e menos rude na opinião de alguns clínicos e patologistas a evolução da cardite e os riscos da assistolia. A vigilância cuidada pode evitar sérios danos em grávidas, numa intervenção cirúrgica, se os doentes se lembrarem de prevenir a parteira ou o cirurgião, da existência e natureza exacta da sua cardiopatia.

* * *

2) Ao médico de família cabe também grande papel, quando surpreende os casos de si frustes; vigia o coração na sua marcha para a descompensação; orienta os doentes às consultas externas especializadas, etc.

* * *

3) Em Londres, Nova York e outras cidades inglêsas e americanas, existem *Escolas especiais* para crianças atingidas de cardiopatia reumatismal. Além do confôrto, ausência de degraus, de horários especiais que asseguram o repouso durante o dia, há ainda vigilância constante por enfermeiras, etc. Estabelecimentos análogos, entre nós, apenas, nos nossos dois maiores aglomerados urbanos, Lisboa e Pôrto, poderiam justificar-se.

* * *

4) A obra ficaria incompleta, sem a *Escola de orientação e de reeducação profissionais*.

Nas grandes administrações e explorações industriais, ao cardiopata compensado deveria sempre ser atribuído pôsto menos esforçado do que aquêlê que ocupava com saúde, pôsto compatível com a sua reduzida capacidade funcional, por proposta do médico de serviço. Seria de desejar, porém, a criação dêstes organismos a exemplo do que se fêz em França e outros países para feridos e doentes de guerra, de modo a poderem ser orientados e reeducados com vista à utilização das suas reduzidas possibilidades físicas.

Se o individuo é surpreendido como doente em idade anterior à de ter aprendido um mester, aprendê-lo-ia, mas um mester sedentário numa escola profissional, e as nossas escolas de ensino técnico elementar, comercial e industrial seriam convidadas a desempenhar valiosíssimo papel.

Já em 1928, 178 consultas externas em ligação estreita com as escolas profissionais e outros grupos de assistência funcionavam nos Estados Unidos da América.

O célebre cardiologista francês Vaquez, que em 1929 fundou em França a obra «Auxílio aos Cardíacos» numa data em que podia já recuar no tempo e apreciar os resultados, os *prós* e os *contras*, afirmava que o princípio essencial de qualquer Obra de assistência aos cardíacos estava na orientação profissional, a qual seria tanto mais eficaz quanto mais cedo para o cardiopata se instituísse. Por isso, surpreender nas escolas, nas oficinas, nas emprêsas, etc. as doenças do coração e convencer quem as sofre a orientar-se segundo a profissão mais conforme com a sua capacidade funcional, é medida profilática fundamental.

Dir-se-á que uma escola de orientação profissional para cardíacos de procedência longínqua acarretaria a deslocação dos doentes que, ou teriam de custear, por si, as despesas de tratamento e de sustentação — o que a maioria não pode fazer — ou teriam de ficar a cargo da colectividade. Esta última hipótese corresponderia ao internamento em sanatórios, os quais teriam de se criar ao lado da *Escola de orientação e de reeducação profissionais*. Para que os doentes se não deslocassem, só fundando a Escola no lugar de cada doente, o que é manifestamente absurdo. Mas objecta-se: não é verdade que os grandes hospitais contam sempre algumas dezenas de cardíacos oriundos dos mais variados e longínquos pontos do País? E não se sustentam aí, ou não são pelos hospitais sustentados? Assim é e com a agravante de não serem submetidos a nenhuma norma de assistência que lhes aproveite o rendimento que ainda poderiam oferecer, numa profissão de esforço proporcional às suas fôrças.

Os cursos interessariam apenas profissões leves, e pode dizer-se de categorias diversas, conforme a categoria social do doente. Assim, as crianças de condição elevada aprenderiam pintura, escultura, etc., outras, a profissão de alfaiate, de tintureiro, de tipógrafo, de encadernador, engraxador, etc.

Um doente atingido por crise reumatismal febril que lhe feriu o endocárdio esteve internado nos nossos Serviços há seis anos pela primeira vez. Debelada a crise, guiou-o a boa estrêla na escolha de profissão que não exige penoso esforço físico — a de engraxador — e lhe permite ganhar a vida, e o habilitou mesmo, ainda há pouco tempo, a contrair responsabilidades de vida matrimonial. Por cinco vezes esteve internado por outras tantas recidivas febris. O miocárdio tem sido relativamente poupado e a restauração e compensação vêm depressa. A capacidade funcional do coração vai baixando, é certo, contudo mantém-se compatível com o mester sedentário que escolheu. É, periòdicamente, vigiado e goza, mesmo na ausência de obra social aos cardíacos entre nós, de parte dos benefícios que ela lhe facultaria. O Hospital para êle é o sanatório adequado; a profissão foi-lhe de fácil aprendizagem mesmo sem o concurso da Escola de Orientação Profissional. Êste exemplo porém, não justifica o desprezo, mas sim a necessidade da criação dêstes Estabelecimentos.

Se ao começar a oferecer ao indivíduo os benefícios de uma Obra de assistência social, por doença reumatismal, já êste possuía profissão e profissão rude, com família constituída, a delicadeza do problema aumenta. Há necessidade de o internar por período conveniente no Hospital ou Casa de Convalescentes em longa convalescença e, depois, dar-lhe em troca da profissão que o sustentava, outra que lhe seja leve.

E quem auxilia a família enquanto doente e enquanto não muda de meio de ocupação mais leve, que lhe dê já certa garantia de independência? Se é

pobre tem de onerar o Hospital ou Sanatório ou Casa de convalescência onde se interne; e, porque falta o salário que enquanto saudável auferia, deixa mulher e filhos em precárias condições económicas, se alguma instituição de caridade não vai ao seu encontro.

* * *

5) Daí a necessidade de se constituir, para fazer parte integrante da Obra, uma Comissão que se destinasse à angariação de fundos da caridade privada e tentasse fazer participar nela a assistência pública.

* * *

Se é preciso proceder-se à análise serena e segura das doenças sociais, quanto à etio-patogenia, evolução, etc.; se é necessário ainda collocarmo-nos ardentemente perante elas para serem elas próprias a falar-nos e a determinar a natureza, a designação e os objectivos dos órgãos de auxílio especificadamente apropriados para quem deles participe, foi isso que tentamos fazer.

É manifesto que os órgãos de combate às doenças sociais não podem forjar-se no mesmo molde. Para a tuberculose, por exemplo, o conhecimento do agente etiológico, do modo do contágio, da maneira de a evitar, permite dada orientação aos órgãos do arsenal de luta. Para as doenças do fôro circulatório, quer para as de carácter crónico, para as que constituem pròpriamente uma vitória da hygiene — embora pareça um paradoxo, — na medida em que elas sobrevivem a uma idade avançada; quer mesmo para as formas prematuras, as que dependem da doença reumatismal, a qual não sabemos ainda ao certo como se contrai ou mesmo os meios porque se evita, os órgãos têm de ser outros.

O fim último da medicina não pode ser a extinção de tôdas as doenças. A extinção só das que sejam *extinguíveis*: as de causa tóxica, infecciosa ou parasitária; outras, aquelas que se ligam à natureza dos tecidos orgânicos, as que surgem e progridem como consequência do seu dispêndio e uso, as doenças de carácter pròpriamente orgânico ou degenerativo: certas formas de encefalomácia, de hepatose e cirrose hepática, afecções crónicas do miocárdio e dos vasos, etc., essas, nunca a medicina poderia extinguir porque são em si como que causas naturais de morte.

Se o último dos tecidos animais onde a vida se consome é o miocárdico, o *ultimum moriens*, tudo leva a crer que para sempre, e até à consumação dos séculos, lhe esteja reservado êste penhor de resistência.

Aqui mesmo, a Medicina não se verá esbulhada da nobre função com que hoje tanto se honra. Simplesmente, há-de continuar a modificar os seus processos, em adaptação progressiva e adequada.

Tal como hoje, haverá sempre necessidade de diagnóstico precoce, para que ao indivíduo sejam lembrados os regimens dietéticos e de trabalho pelos quais lhe seja retardada ao máximo a marcha degenerativa da afecção; e ainda, de colaboração com os convenientes organismos públicos ou entidades privadas, há-de o médico proceder ao estudo meticoloso das medidas e órgãos de ordem professional e social tendentes ao aproveitamento racional de todo o esforço de que o doente ainda seja capaz.

III

Como organizar a Assistência médico-social aos cardíacos no nosso país

1) Cardiopatia e o problema médico-social no estrangeiro

Antes de dizermos o que convém fazer no nosso país não ficará mal lembrar que a assistência social aos cardíacos não é matéria nova no mundo.

O início da campanha sôbre a prevenção e assistência das doenças do coração, deve-se aos Estados Unidos que embora o fizessem na discussão destas questões por sua equivalência em dólares, todavia, através disso, encetaram obra de caridade e de justiça social.

Neste país, a iniciativa particular é generosa e origem das mais formosas obras de assistência preventiva e construtiva. Já desde 1911 o problema de cardiologia social merecia carinhosa atenção do Dr. Herbert V. Guile, no *Bellevue Hospital*, de Nova York, e já em 1915, se criava a *Sociedade Americana para auxílio e prevenção das doenças do coração*. O labor e divulgação intensa dos conhecimentos de proflaxia geral de doenças geradoras de cardiopatias e as medidas de ordem pròpriamente social são admiráveis.

Coisa idêntica se passa na Inglaterra.

A Alemanha tem procurado resolver o problema pelo seguro contra a invalidez. Já em 1930 se contavam 18:500.000 indivíduos segurados contra a invalidez que assim realiza obra proflática concernente a cardiopatias.

Na França, a alma de tôda a organização de luta contra as cardiopatias foi o professor Vaquez, que levou a sua influência a alguns outros países latinos. Em 1929, fundou em Paris «*L'aide aux Cardiaques*» que dentro da sua finalidade específica vem realizando obra importante. Em Versalhes, no pavilhão Potain do Hospital Civil, funciona mesmo um Instituto de Cardiologia, dirigido por Lutembacher e que é um modêlo de funcionamento e de coordenação, com satisfação ao tríplice fim: 1) — assistência especializada, 2) investigação científica e 3 — acção social, embora esta em reduzido grau. Aí funcionam consulta externa, laboratórios de análises bacteriológicas e de anatomia patológica; instalações para emprêgo de métodos gráfico e electrocardiográfico; enfermarias para cardiopatas; salas e material de investigação; sala de conferências, etc., etc.

Em Espanha há poucos anos foi publicada uma lei que criava Institutos de cardiologia e regulamentava a luta contra as cardiopatias e doenças reumáticas. Como medidas de ordem social, além de outras, propunha-se conceder subsídios a doentes do coração.

Na Dinamarca, Irlanda, Noruega, existe a obrigação de declarar a doença de Bouillaud nas cidades com população superior a 80:000 habitantes, facto que traduz a atenção que esta merece.

Na Argentina, além de obras médico-sociais de iniciativa privada, o Senado

aprovou recentemente uma lei que cria o *Instituto Nacional de Doenças do Coração* e cuja tarefa é de prover a assistência médica, assistência social e profilaxia, em todo o país (*).

2) Algumas razões do atraso da assistência médico-social aos cardíacos

Fazemos assim rápida resenha do que se faz no estrangeiro para justificar a necessidade de se começar entre nós obra idêntica. Pois se se faz lá fora e com resultados deveras apreciáveis, mesmo nos países onde se não pode recuar bastante no tempo, porque é que se não há-de fazer em Portugal? Se em todos os países se colhem êxitos porque é que a nós se nos não há-de oferecer só ilusões?

Criada aos poucos, mas com orientação racional, a obra mostrar-se-ia progressivamente rendosa.

Se indicamos os tópicos da organização da luta contra as afecções cárdio-circulatórias em vários países não é para que qualquer delas seja servilmente aceita para figurino.

A organização há-de variar quanto ao volume, à capacidade de assistência; há-de variar, também, na sua estrutura e sempre de harmonia com as condições políticas e sociais do país onde tenha de se implantar e desenvolver.

Se, como diz alguém «a prudência exige que em face da obrigação de concluir havemos de deliberar sôbre a oportunidade de começar», embora não haja razão de concebermos esperanças de concluir, porque a medicina social é aspiração contínua, cremos que não é cêdo, entre nós, para se começar obra que em alguns países vai lá longe, no caminho.

(*) Vale a pena transcrever o projecto de lei que o senador Carlos Sarrey propoz e recebeu aprovação do Senado Argentino e que bem demonstra o desejo dos argentinos quanto à solução do problema cardiológico:

Art. 1.º — Cria-se o Instituto Nacional de Doenças do Coração. Ficará sob a dependência do Departamento Nacional de Higiene, terá por base a sua actual secção de luta contra essas doenças, estará a cargo dum médico de reconhecida capacidade na matéria e dirigirá a sua acção em todo o território da Nação.

Art. 2.º — O Instituto efectuará a terefa que se lhe exige por meio de assistência médica, em consultórios externos e em internamentos, assistência social, profilaxia e investigação clínica e experimental.

Art. 3.º — O Instituto realizará também educação profissional e popular.

Art. 4.º — Para o provimento de cargos técnicos (Médicos, Químicos, Ajudantes, Visitadores, etc) tomar-se-ão em conta a idoneidade para esta especialidade e as condições pessoais dos candidatos. A nomeação será feita pelo Poder Executivo sob proposta do Departamento Nacional de Higiene.

Art. 5.º — O pessoal técnico do Instituto fará o dia de 8 horas de serviço. Não poderão os seus titulares desempenhar outro cargo remunerado pela Administração Nacional, provincial, municipal ou por sociedades de beneficência, com a única excepção feita para o professorado univertário vinculado a esta especialidade.

Art. 6.º — Autoriza-se o Poder Executivo a empregar a soma de 1.350:000 pesos na construção do edificio onde há-de funcionar o Instituto e a de 300:000 pesos na sua organização e instalação. Estas somas provirão de rendas gerais com imputação à presente lei ou poderão obter-se emitindo títulos da dívida pública a 4% de interesse e amortização que o Poder Executivo fixe.

Art. 7.º — Na lei geral do pressuposto incluir-se-ão os fundos necessários para pagamento do pessoal e demais gastos que exija a sustentação do Instituto.

Art. 8.º — O Instituto poderá aceitar donativos os quais só deverão ser utilizados em benefício do mesmo e para melhor cumprimento dos seus fins.

Art. 9.º — Comunique-se, etc.

(Luiz Gonzalez Sabathié — *Las cardiopatías y el problema medico-social*, 1939, pg. 332).

Somos de modestos recursos e não temos o direito de alimentar dentro de nós a ambição dos ricos, pois que a taxa de morbidez e de mortalidade, em qualquer povo, decorre num círculo: os recursos materiais permitem largueza de organização sanitária; esta faz recuar a doença e robustece a saúde; povo fortificado, por sua vez, produz mais riqueza. Temos então de concordar que, entre nós, o movimento se faz com lentidão. A organização, dir-se-á, também entra em linha de conta; por isso, sobre criar e corrigir, há necessidade de coordenar e a operação coordenadora é, sem dúvida, a mais melindrosa, pelo menos, entre nós. Os factores sanitários, económicos e sociais não podem ser considerados isoladamente, embora o nível de existência esteja na base do progresso sanitário.

Poderá parecer estranho que a assistência social aos cardiopatas se tenha feito aguardar até hoje. É que é muito outra a natureza dos meios de cuja utilização precisa, e de tão difícil acesso que só nos grandes aglomerados urbanos se lhes pode, por enquanto, dar comêço. Bom seria organizar-se o cadastro dos doentes em todo o país. Como, porém, é isso possível se, além de outras razões, é tão onerosa a utensilagem indispensável?

Para o estudo sistemático dos factores que interessem a saúde dos pequenos aglomerados criou a Sociedade das Nações a Conferência europeia sobre a higiene rural que em 29 de Junho de 1931 se reuniu pela primeira vez em Genebra. A resposta aos quesitos aí formulados é matéria do magnífico relatório que o Dr. Hazemann elaborou *Les tendances récentes de la politique médico-sociale en Europe* (1) para ser presente à Conferência europeia, sobre a vida rural, na sua reunião de 1939.

Como os *Centros de saúde* ali apreciados, em judiciosa adaptação ao nosso meio, já alguns foram criados, em boa hora, sob a iniciativa do ilustre Director Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria. Não vemos aí possibilidades, porém, de um diagnóstico cardiológico minucioso e preciso, particularmente no Centro primário. Aí a medicina preventiva e higiene social tocam particularmente as afecções próprias da maternidade e da primeira infância, afecções da nutrição e do aparelho digestivo, prevenção contra doenças infecto-contagiosas etc., por dispensarem utensilagem dispendiosa. Os centros secundários possuem já outra amplitude, grandeza e possibilidades. Poucos serão, porém, os que possam dispor de aparelhagem mais completa, por exemplo: electrocardiógrafo, aparelho de metabolismo basal, etc. Por isso a Obra terá de criar as primeiras raízes nos grandes aglomerados urbanos, como dizíamos.

Entre a população rural também há cardiopatas, doentes e famílias, portanto, que também beneficiariam. Acontece, porém, que entre a gente rural mais difícil seria tornar os cardiopatas beneficiários da reeducação profissional.

Entre os trabalhos agrícolas, há-os bastante leves e muito diferente é a condição dos cavadores e outros que trabalham a terra da dos guardadores de gado, ou de propriedades. Do entendimento com o médico e corpos directivos das Casas do Povo, aproveitando destes organismos as funções de assistência e de previdência que lhes estão adstritas e que dia a dia virão aperfeiçoar-se, cremos bem que, em futuro mais ou menos próximo, haveriam de resultar vantagens para os doentes cardíacos e suas famílias.

(1) *Bull. Trimestrel de l'Organisation d'Hygiene*, vol. VIII, 1939, págs. 715 a 788.

Compreende-se bem que seja nos meios urbanos e de certa população que os *Centros cardiológicos* melhor poderiam desempenhar as suas nobres funções. Aí tem a população outra estrutura, por percentagem mais elevada de artífices, de pessoal de construção civil, de empregados de indústria, de comércio, etc.; e, é entre gente desta condição, com outros hábitos e de inteligência um pouco mais maleável, que com outra facilidade se consegue a transferência para profissão mais conforme com as suas forças.

3) Centros de cardiologia médico-social e extensão das zonas de jurisdição de cada um

Sob o ponto de vista da distribuição regional dos órgãos e meios de assistência deveriam organizar-se os *Centros de cardiologia médico-social*, cada qual encarregado de coordenar a campanha social, de acôrdo com determinadas normas, por forma a dar o rendimento máximo. O raio de acção de cada um poderia ser o da área dum distrito administrativo e a séde de distrito seria também a sua séde social.

Centro de cardiologia não tem merecido de todos a mesma significação, quer em extensão, quer em profundidade. Nós interpretámo-lo como sendo o conjunto de peças do arsenal de luta contra as cardiopatias e de serviço social a favor dos cardíacos e suas famílias, tôdas em articulação e coordenação harmoniosa, com vista a beneficiar determinada zona populacional e, quando completo, em obediência a satisfação da quádrupla finalidade: científica, médica, social e de educação sanitária. Essas peças seriam, pois,

- a) *Dispensário ou consulta externa;*
- b) *Serviço especial hospitalar;*
- c) *Instituto de cardiologia;*
- d) *Sanatório ou casa de convalescentes;*
- e) *Escola de orientação e de reeducação profissionais.*

Ainda se lhe poderia juntar: serviço social com visitas domiciliárias, comissões de propaganda educativa, cursos, conferências, etc. e, comissão de beneficência por intermédio da qual se agenciariam lugares para os doentes, se distribuiriam géneros, vestuário e dinheiro, etc. aos doentes e suas famílias.

Êste género de assistência só em último recurso se deve prestar, pois de pouco vale. Dar dinheiro e pouco, por períodos intermitentes, conforme as possibilidades da comissão angariadora de fundos, desempenha na assistência, papel correspondente ao da morfina na doença: alivia a dor mas não cura a doença, como diz judiciosamente alguém. A principal preocupação do Serviço Social deve ser a de «ajudar os indivíduos a ajudarem-se».

Quem diz *Centro de cardiologia*, não diz que obrigatòriamente tôdas as feições diversas da sua actividade se desenvolvam no mesmo bloco de construções, a exemplo do *Instituto* ou *Centro Cardiológico de Versalhes*. Nós interpretámo-lo no sentido de *Obra* ou *Liga* de Cardiologia; no sentido de *conjunto* ou *agrupamento* de elementos, embora por vezes afastados mas constituindo, realmente, uma unidade orgânica.

4) Os Centros de cardiologia médico-social nas suas relações com o ensino e a investigação clínica e experimental

Mais que da extensão territorial a actividade dos centros de cardiologia médico-social, dependeria do volume e estrutura da população onde tivesse de exercer a sua acção. Há zonas distritais que não justificariam mais de um Centro de cardiologia. Dois ou mais seria multiplicação de despesas sem proporcional aumento de rendimento. Por vezes, até poderiam prejudicar-se entre si.

O *Centro de cardiologia* distrital seria assim o conjunto de órgãos e medidas necessárias para a realização dos fins que se propõe a assistência médico-social do cardíaco no distrito. Possuiria aí todos os elementos possíveis e necessários para a realização de trabalho de ordem científica, médica, social e de educação sanitária. Seria provido de número suficiente de profissionais competentes, de elementos técnicos necessários, de instalações cuja importância haveria de variar com as possibilidades e necessidades de cada distrito.

Nos distritos em cuja sede se ensine a Medicina, bom seria que a Faculdade participasse na obra e a coadjuvasse com a fundação, aí, de um *Instituto de Cardiologia* onde se desenvolvesse e até onde fôsse possível, a investigação clínica e experimental; e isso, — afigura-se-nos incontestável, — imprimiria ainda, e por sua vez, maior valorização à Faculdade. Além desta função, os *Centros Cardiológicos* anexos às Faculdades de Medicina, desenvolveriam mais proficientemente a educação sanitária popular, provocariam a formação de cursos de especialização, conferências, etc.

Isso não quer dizer, de modo algum, que a criação de um Instituto de Cardiologia, como de qualquer outro Instituto ou Unidade de Clínica especial, exija necessariamente uma Faculdade de Medicina. O Instituto Cardiológico de Versalhes funciona alheio à Faculdade de Medicina de Paris. Entre nós, por exemplo, o Instituto de Oncologia funciona com tôdas as peças, e bem, e absolutamente à margem da Faculdade.

Fora das Faculdades, que se criem, também, entre nós, Institutos de Cardiologia quando e onde isso seja possível.

As enfermarias para cardíacos oferecem já de si um valioso material para a instrução dos estudantes de medicina e dos diplomados que se interessem pelos problemas de cardiologia. São aí mais férteis, mesmo possíveis as investigações sobre o valor dos novos métodos de diagnóstico e de tratamento e as recidivas podem ser seguidas sob outra visão.

Os hospitais ou enfermarias para cardíacos bem como as *Casas de convalescentes*, serviriam de centros de estudo e de ensino deveras proveitosos.

Nos Institutos e, quanto possível, nos órgãos constitutivos dos *Centros Cardiológicos* deveria ter-se em elevada conta a investigação clínica e experimental, pois que pretendendo-se que desempenhe papel importante no ensino, é certo que só bem realiza êste quem bem cultive aquela; ainda porque é a melhor maneira de se gozar do convívio com problemas, técnicas, métodos e terapêuticas em dia; de se conseguir que permanentemente progrida a nossa capacidade de aprendizagem e de adaptação; de se não correr o risco de se julgarem actuais métodos de diagnóstico e de terapêutica quando sejam já pertenças do passado.

Cada vez mais se reconhece que a doença tem valor de uma entidade, dum objecto de estudo quer clínico quer experimental; que, por isso, exige doentes e laboratórios.

A ideia de clínica universitária não pressupõe apenas a formação profissional do médico e a cura dos doentes, mas ainda o estudo das doenças. As vias de acesso a esse estudo são muitas e variáveis; física, química, morfologia, fisiologia, bacteriologia, anatomia patológica, etc.

Neste sentido é difícil conseguir serviço clínico perfeito, sem apertadas limitações de recursos financeiros, material, pessoal técnico etc., por virtude duma multiforme distribuição, por «equipes» de trabalhadores, cada qual a interessar-se especialmente por seu ramo de patologia e de clínica.

Ora, tôdas estas preocupações divergentes, para merecerem integrar-se na designação *Unidade clínica*, expressão muito em voga nas clínicas americanas e inglesas, é necessária a unidade de comando, coordenação feita pelo chefe que é o professor de clínica. A especialização que tiver de se considerar haverá de seguir direcção tangente e gozará da mesma organização e estrutura. Assim é que pelo mundo não faltam as *Unidades de cardiologia* de que a Clínica Cardiológica do Prof. Laubry, no Hospital Broussais de Paris, ou o *Instituto de Versalhes* são exemplos, aquela pertença da Faculdade de Medicina, esta, como dizíamos, à margem da Universidade. A diferença entre *Unidade de clínica cardiológica* e *Instituto de cardiologia* será mais diferença quantitativa ou de expressão vocabular que de espírito de organização, de método e de sentido.

Não temos a ilusão de acreditar que nas nossas Faculdades, exclusivamente sustentadas pelo Estado, pela magreza das suas dotações, cada clínica se possa constituir em uma perfeita e completa *Unidade clínica*.

Isso não quer dizer, porém, que cada qual não possa levar longe a investigação clínica e experimental por colaboração com os diversos Laboratórios e Institutos da Faculdade, por fructuoso entendimento entre os directores dos serviços e pessoal técnico, cujos objectivos deveriam ser comuns.

Isso não quer dizer, também, que cada clínica não possa aí constituir-se em Instituto, pela aquisição ou aperfeiçoamento duma e doutra peça, pela valorização progressiva dos serviços dependentes da acção administrativa e coordenadora de quem os dirija.

Uma observação, porém, precisa de ser feita: Não se confundir o *Instituto* ou *Unidade de cardiologia* com *Centro de cardiologia médico-social*. O instituto não basta para constituir este, como este, por seu lado, pode funcionar e sofrivelmente, sem que aquêlo obrigatòriamente se lhe integre.

5) Centros de cardiologia e entidades que os criam e os dirigem

As peças dum tal organismo, porém, não se fundam por si e, uma vez criadas, pressupõem uma entidade que as coordene e lhes dê vida.

Por isso, todos os trabalhos exigidos pelo *Centro de cardiologia*, proviriam da iniciativa dum Conselho Superior ou Comissão executiva a qual avocaria a si as comissões que julgasse convenientes: comissão de honra, de propaganda, de orientação científica, etc., que reuniriam espontaneamente ou sempre que aquela as quisesse consultar; que coadjuvariam a Obra com todos os meios de difusão e propaganda, até na colaboração sôbre criação de dispensários ou outros organismos necessários, ou na obtenção de recursos materiais. A comissão ou Conselho executivo redigiria o Estatuto ou Regulamento definitivo do *Centro de cardiologia*, contribuiria para a criação de dispensários, serviços hospitalares especializados, Casas de convalescentes e serviço anexo de orientação profissional para crianças

e Institutos de reeducação profissional para adultos; velaria pelo regular funcionamento do conjunto; proporía o pessoal técnico idóneo; arbitraria os meios económicos pelos diversos elementos do *Centro* e proveria à colheita de fundos necessários de organismos privados e públicos.

Os *Centros*, qualquer que fôsse a sua séde, deveriam estabelecer as relações necessárias para com os organismos de beneficência e de previdência.

Por um estudo prévio das modalidades, etiologia, natureza das afecções cardio-vasculares, condições de vida económica, etc., assim se colheriam informações que serviriam de base para a criação e distribuição racional dos dispensários na zona da sua jurisdição.

Incumbiria ainda ao *Centro*, através da sua Comissão executiva, a organização do Serviço Social, com visitadoras sanitárias cuidadosamente preparadas em sectores especiais da Escola que as formasse.

O Órgão Central de todo o Centro Cardiológico é sem dúvida o Dispensário, que possuiria o mínimo de elementos técnicos e teria já como função principal a actividade médica, social e de educação sanitária.

Os dados coligidos e reunidos nos Arquivos e ficheiros para efeitos de estatística, a cargo da assistente ou visitadora sanitária deveriam ser reunidas pelo *Centro de cardiologia*.

Logo que meia dúzia de *Centros* funcionassem no país, não seria utopia pensar-se numa mais larga coordenação e centralização do conjunto em um organismo central.

Assim, facilmente se obteriam dados exactos, sobre a morbidez, a mortalidade e distribuição dos cardiopatas pelo país, uma vez uniformizado o critério de diagnóstico e de classificação.

E um dia, quem sabe, numa colaboração estreita com um organismo central a criar depois, poderia pensar-se em reuniões periódicas do pessoal especializado para a discussão de problemas científicos atinentes à luta social contra as cardiopatias; que fôsse mesmo o germe da futura *Sociedade portuguesa de cardiologia* e da futura *Revista portuguesa de cardiologia*, esta destinada a registar a actividade daquela.

6) Mesmo começando por pouco a obra seria eficaz

É manifesto que nem todos os *Centros* poderão, de entrada, prover-se de todos os elementos necessários. Tudo se faria com lentidão e paciência e boa orientação. Os dispensários deveriam criar-se, quanto possível, em hospitais onde funcionassem enfermarias para cardiopatas. Outro problema difícil seria o da criação das *Casas para convalescentes*. Todavia, a correcção poderia fazer-se dentro de certa medida, provisoriamente, com o internamente em hospitais gerais, aí seguidos judiciosamente e por tempo suficiente, e, ainda, nos domicílios, seguidos através do serviço social e visitadoras sanitárias. O pessoal visitador e social desempenharia funções importantíssimas, mesmo na preparação quer industrial, quer comercial, dos casos individuais. Êle poderia parcialmente cumprir as funções de Escola de orientação profissional para as crianças e de reeducação profissional para os adultos, vigiando-os e indicando-lhes quem os ensinasse.

No Dispensário ou consulta externa mesmo, a visitadora sanitária ou assistente social completa as prescrições por uma intervenção mais prática, mais directa, mais segura e mais humanitária. Por ela a consulta adquire uma modali-

dade diferente e original. Sem ela, quasi iríamos dizer, não mereceria a pena criar-se o *Centro de cardiologia médico-social*.

Para se apreciar o seu valor, importa lembrar as palavras de Rist: «Quando se escrever com recuo sufficiente a história do nosso tempo, muitas actualidades terapêuticas de sensação, muitas teorias sedutoras e pretensas invenções terão caído num justo esquecimento. Mas eu estou intimamente convencido de que como uma das características mais notáveis da nossa época será dada pela aparição, entre nós, destas duas figuras novas: a enfermeira visitadora e a assistente social. Considerar-se-á, certamente, que sem elas a medicina preventiva não pudera desenvolver-se nem ser eficaz e a luta contra a tuberculose e a mortalidade infantil, para citar apenas estes dois flagelos, teriam ficado no estudo de projecto teórico em vez de entrar no período das realizações reconfortantes.

Mas a medicina preventiva não é senão um dos aspectos da medicina: ela está também em via de transformar-se sob a influência destas colaboradoras que nos dão o meio de completar o nosso diagnóstico patológico por um diagnóstico social e muitas vezes, reforçar a acção da nossa terapêutica pela resolução do problema social que para tantos doentes constitui o principal obstáculo à cura.

Graças à enfermeira visitadora no dispensário, à assistente social no hospital, a acção do médico prolonga-se e amplifica-se no tempo e no espaço. Nós não conhecemos apenas o doente, mas ainda a sua família, o seu meio e, quando curado ou ainda sofrendo, reentrou no seu lar, aí o vamos seguir. O nosso horizonte alarga-se, a nossa função social desenha-se com maior nitidez e parece-nos que, mais ainda pelo passado, a nossa profissão nos faz viver mesmo no coração da vida.»

Tais palavras em nada perdem, tanto em oportunidade como em significação, applicadas a estas excelentes colaboradoras do médico e da sociedade na luta, proflaxia e serviço social a favor dos doentes do coração e de suas famílias.

* * *

Longe de nós a ideia de que o que aí fica sejam as directrizes definitivas dum programa de assistência médico-social aos cardiopatas e de que nada aí haja que não deva sujeitar-se a aditamentos, a supressões ou a rectificação.

O nosso intento, porém, é de contribuir para que entre nós seja posta em equação e se procure resolver um problema de assistência que urge ser tomado na devida consideração.

Não é só estabelecendo planos que a obra se consegue. Também é preciso dinheiro para que não bastaria o que só a iniciativa privada conseguisse.

De acôrdo. A obra porém, há-de interessar o Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social e, aí, cedo ou tarde, teria de se integrar.

A questão seria de o convencermos da oportunidade e possibilidades de êxito.

Atingimos um momento da nossa vida nacional em que um problema bem pôsto é já comêço de solução.

Oxalá, pois, tenhamos sabido pôr o problema.

Possibilidades actuais em Coimbra

Em Coimbra, deveria criar-se um Centro de Cardiologia Médico-social e a Universidade deveria participar nessa Obra.

A consulta externa com carácter vincado de Dispensário seria a primeira e principal peça a criar e creio que a Universidade, através da Faculdade de Medicina e em estreita colaboração com o Conselho Técnico dos Hospitais, oferece melhores garantias de o fazer pelo material e pessoal habilitado que já possui.

Em 1937, pela Faculdade de Medicina de Coimbra e Conselho Técnico dos Hospitais foi criado o Laboratório de Cardiologia. O complemento dessa obra que já muitos serviços tem prestado, seria, não apenas a Consulta externa anexa, mas o *Instituto de Cardiologia*. Os doentes inscritos, aí poderiam ser seguidos por tempo suficiente, — se precisassem de internamento — e aí teriam ao alcance meios fáceis de estudo completo — medição da tensão arterial, determinação da velocidade circulatória, do metabolismo basal, electrocardiografia, radiologia do coração e grossos vasos, etc., etc.

A Faculdade de Medicina oferece condições magníficas para a criação de um Instituto de Cardiologia e por aí se poderia desenvolver perfeita obra humanitária, didáctica e científica.

Divididos os cardíacos em grupos, como atrás se fez, os dos primeiros poderiam por si freqüentar periódicamente a consulta externa e aí receberiam indicações e conselhos. Para os doentes do último, desempenharia função inconfundível a assistente social ou sanitária.

Em relação aos doentes de maior gravidade, com suficientes meios para viver, estes dispensariam de onerar o hospital pois mesmo no domicílio, através da assistente ou visitadora sanitária poderiam colhêr os mesmos cuidados e tratamentos. Por intermédio das assistentes social e visitadora, que na mesma pessoa poderiam acumular esta dupla função, «desdobrando-se no tempo e no espaço», continuar-se-ia a respeito dos doentes a acção do médico e seriam elas a mais segura garantia da aplicação da dose tonicárdiaca para obter a compensação. O coração doente é-o à sua maneira e, conforme a natureza da cardiopatia, responde de modo diferente para iguais doses de medicamento. Por outro lado, cada coração doente, na sua progressiva decadência, corre a apresentar uma gama de estados funcionais e anátomo-patológicos infinitamente variáveis a que vão corresponder, para os compostos digitálicos, por exemplo, e por assim dizer, diversos modos reaccionais em face da farmacodinâmia e da terapêutica. Justamente por isso, seria indispensável que, incorporando-se no Instituto, figurasse uma enfermaria ou serviço especializado de internamento com funções sanatoriais, mesmo, para cardiopatas, o que seria fácil, e com destino não àqueles que nenhum resultado útil conseguem, qualquer que seja a dose e o método da administração do tonicárdiaco, mas sim aos que se incluem nos primeiros grupos.

Com o rodar dos tempos outras peças e outras possibilidades se poderiam obter como por exemplo a constituição de uma comissão de pessoas dedicadas que se encarregasse, embora parcelarmente, da orientação profissional, do agenciamento de lugares que ao doente proporcionasse trabalho suportável e compatível com a afecção cardíaca, que se destinasse a angariar fundos e medicamentos etc. por forma a auxiliar a família dos doentes e prover a outras despesas imprevistas.

Mas isto seria matéria exclusivamente social e que ao *Centro de cardiologia* pertenceria resolver.

Instituição didáctica e científica seria esta e que só viria dar glória à Faculdade de Medicina não só por se fundar no seu seio a primeira obra deste género entre as três Faculdades e até em todo o país, como até porque pela frequência e estudo meticoloso dos casos observados, pela extensão da observação de cada um, pela raridade e curiosidade de alguns, pelo interesse científico de muitos, seria assim fonte inexaurível de factos a documentar as lições aos estudantes de medicina e de meios de trabalho para todos os que se apaixonam por estudos de cardiologia. Obra de humanidade, obra didáctica, obra de ciência é ainda de educação social pois que aí teriam os nossos estudantes num período da História em que certa vaga de doutrinário ameaça subverter a consciência do homem e sua personalidade, ensejo de aprender a maneira do como é possível ainda hoje, a-pesar de tantos recursos de técnica de que precisa a cardiologia moderna para instituir um diagnóstico e formular um juízo menos incerto do futuro do doente, de como é possível, repetimos, fazer medicina individual e com os recursos de que aparentemente só a medicina colectiva poderia dispor; que dizer: a maneira de como neste sector da medicina se poderia fazer a medicina colectiva sem abandono da medicina pessoal e directa que é a mais útil e a única verdadeiramente humana.

Os R.ºs. Dr. Álvaro Fernando de Novais e Sousa e João Duarte de Oliveira leccionam o autor do projecto pelo seu relatório e iniciativa, fazendo sinceros votos para que a sua realisação encontre todas as facilidades e pleno êxito. Por fim, o R.º Prof. Dr. João Maria Porto agradece, reconhecidamente, a várias colaborações que lhe foi prometida pelo Director dos Hospitais e a todo o Conselho as palavras laudatórias que se davam de lhe ser dirigidas e confessor, muito o sensibilizaram. Terminou, afirmando o seu propósito de dentro das suas forças e possibilidades corresponder à benévola expectativa dos seus ditos colegas.

Também a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra...

Com o rolar dos tempos outras peças e outras possibilidades se podem obter como por exemplo a constituição de uma comissão de pessoas dedicadas que se encarregasse, em parte parceladamente, da orientação, do acompanhamento de lugares que no doente proporcionasse trabalho suportável e com-ativo com a acção cardíaca, que se destinasse a agarrar fundos e meios mentos etc. por forma a auxiliar a família dos doentes e prover a outras despesas imprevistas.

Mas isto seria matéria exclusivamente social e que ao Centro de Cardiologia pertenceria resolver.

O Conselho Técnico dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em sessão de 23 de Outubro de 1940, tomou conhecimento do *Esbôço dos programas de uma obra de assistência médico-social aos cardíacos* da autoria do Ex.^{mo} Professor Cate-drático Doutor João Maria Pôrto.

Nessa sessão, o Presidente do Conselho Técnico e Director dos Hospitais da Universidade, Prof. Doutor Ângelo Rodrigues da Fonseca, congratulou-se pelo consciencioso trabalho científico apresentado por aquêlo ilustre professor e agradeceu a sua atenção dando-o a conhecer ao Conselho. Recordou que, em 12 de Agosto de 1937, pela ordem de Serviço n.º 138, foi criado neste estabelecimento o Laboratório de Cardiologia. Reconhece, porém agora e jubilosamente, que êsse Laboratório será de futuro insuficiente para corresponder ao esplêndido projecto do distintíssimo Professor, à orientação e desenvolvimento que pretende imprimir aos serviços de Cardiologia. É, pois, opinião sua que para corresponder ao fim em vista pelo ilustre professor, ao seu intenso labor científico e à sua tenacidade, que muito admira e enche de satisfação, por novo prestígio a acrescentar, não só a estes Hospitais, mas à própria Faculdade de Medicina, é de opinião, repetiu, que se deverá criar o Instituto de Cardiologia.

No novo Instituto poderá, desde já, ser integrado o actual Laboratório de Cardiologia e a sua Consulta Externa e, porventura, o internamento de doentes do fóro cardio-circulatório, em serviço especial. Ficará ainda por satisfazer uma parte extra hospitalar, mas essa não depende da direcção dos Hospitais, mas sim das instâncias superiores.

O Prof. Dr. Ângelo da Fonseca, finalizou as suas considerações emitindo a opinião e o desejo de que o Ex.^{mo} Prof. Dr. João Maria Pôrto, autor do consciencioso projecto de que o Conselho acaba de tomar conhecimento seja investido nas funções de Director do novo Instituto de Cardiologia, não apenas dos serviços que desde já o poderão constituir, mas ainda dos que, posteriormente, não deixarão de lhe ser agregados.

Os Ex.^{mos} Profs. Drs. Álvaro Fernando de Novais e Sousa e João Duarte de Oliveira felicitaram o autor do projecto pelo seu relatório e iniciativa, fazendo sinceros votos para que a sua realização encontre tôdas as facilidades e pleno êxito.

Por fim, o Ex.^{mo} Prof. Dr. João Maria Pôrto agradeceu, reconhecidamente, a valiosa colaboração que lhe foi prometida pelo Director dos Hospitais e a todo o Conselho as palavras laudatórias que acabavam de lhe ser dirigidas e que, confessou, muito o sensibilisaram. Terminou, afirmando o seu propósito de dentro das suas fôrças e possibilidades corresponder à benévola expectativa dos seus distintíssimos colegas.

Incorporando-se no Instituto, figurasse uma enfermaria ou serviço especializado de internamento de doentes cardíacos, mesmo, para cardíopatas, o que seria fácil, e com destino não áquelles que nenhum resultado útil conseguem, que

Sôbre o relatório intitulado *Esbôço dos programas de uma obra de assistência médico-social aos cardíacos* do Ex.^{mo} Prof. Dr. João Maria Pôrto, conforme

officio n.º 1647, de 14 de Novembro de 1940, da Direcção Geral de Saúde, foi prestada a informação e incidiu o despacho a seguir transcritos:

Direcção Geral de Saúde Pública

O *Esbôço dos programas de uma obra de assistência médico-social aos cardíacos* sôbre que V. Ex.^a me determinou informação é uma peça de medicina social elaborada sôbre o melhor conhecimento técnico e a mais racional teia de pensamento médico e de puro humanitarismo.

A mim, modesto cultor da Medicina social e portanto em contacto com muitos dados ali citados cumpre-me mesmo agradecer o ensejo de vir a conhecer essas páginas duma concepção excelente, a par da erudição e do carácter didáctico que a envolvem.

Que convenha instituir uma organização dessas não há que discutir; que o núcleo universitário da cidade de Coimbra se prestaria para início de tal instituição, não há que pôr em dúvida.

Como organização a lançar em todo o país, principalmente, porque ela prende com aspectos de trabalho, de regramento de indústria e outra matéria de ordem geral e de economia, é que julgo, de certa utopia, querer montá-los em bases respeitáveis e produtivas, pelo menos, neste momento atribulado e dúbio.

Numa zona como em Coimbra, já ornada de tóda, ou quási tóda, a utensilagem técnica de ordem médica que ao caso interesse e onde reina sempre, e mais fâcilmente se propaga, qualquer indicação de progresso orientada pela sua Universidade, julgo que a instituição dessa obra seria útil. Começaria naturalmente na parte que aproveitasse ao ensino pela consulta externa, laboratório de cardiologia e hospitalização possível e ao mesmo tempo inquérito regional. Depois, com o tempo, com as possibilidades, a agregação de todos os outros elementos a preencher os fins enunciados. De resto, começando em Coimbra, ir-se-ia criando, pelo trabalho e conclusões ali obtidas, uma noção sôbre a conformação de uma obra social a favor dos cardíacos a estender por Portugal inteiro quando assim fôsse julgado oportuno e prático.

V. Ex.^a determinará.

Direcção Geral de Saúde Pública, em 8 de Novembro de 1940.

O DIRECTOR GERAL

a) *José Alberto de Faria*

DESPACHO DE SUA EX.^a O SUB-SECRETÁRIO DE ESTADO
DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Concordo; comunique-se ao autor do relatório apresentado e à Faculdade de Coimbra.

8/xi/940

a) *Joaquim Diniz da Fonseca*

* * *

Também a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em conselho de 4 de Abril de 1941, segundo o officio n.º 4407, de 7 do mesmo mês se congratulou «com tão louvável iniciativa do Dr. Prof. João Maria Pôrto» e pro-

meteu a sua melhor colaboração para que tão útil organização de assistência médico social aos cardíacos venha a ser uma realidade.

Direcção Geral de Saúde Pública

A criação, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto de Cardiologia, foi proposta superiormente, por intermédio da Direcção Geral de Assistência, em 9 de Abril de 1941, por officio n.º 1.368, do Director dos Hospitais.

mais racional tela de pensamento médico e de puro humanitarismo. A mim, modesto cultor da Medicina social e portanto em contacto com muitos dados ali citados, compete-me mesmo agradecer o êxito de vir a conhecer essas páginas duma concepção excelente, a par da erudição e do carácter didáctico que a envolvem.

Que convenha instituir uma organização dessas não há que discutir; que o núcleo universitário da cidade de Coimbra se prestaria para tanto de tal instituição, não há que pôr em dúvida.

Como organização a lançar em todo o país, principalmente por que ela prende com aspectos de trabalho, de tratamento de indústrias e outra matéria de ordem geral e de economia, e que julgo, de certa maneira, serem mais ou menos respeitáveis e produtivas, pelo menos, neste momento atribuído e devido.

Nama sou como em Coimbra, já oranda de toda, ou quasi toda, a investigação técnica de ordem médica que ao caso interesse e onde reina sempre e mais facilmente se propaga, d'aquele índice de progresso orientada pela sua Universidade, julgo que a instituição dessa obra seria útil. Comearia naturalmente na parte que aproveitasse ao estado pela

consulta externa, laboratório de cardiologia e hospitalização possível e ao mesmo tempo indústrias regionais. Depois, com o tempo, com as possibilidades, a agregação de todos os outros elementos a preencher os seus

enxargos. De resto, começando em Coimbra, ir-se-ia criando, pelo trabalho e conclusões ali obtidas, uma noção sobre a conformação de uma obra social a favor dos cardíacos a estudar por Portugal inteiro quando assim fosse julgado oportuno e prático.

7. Ex.ª determinação.

Direcção Geral de Saúde Pública, em 8 de Novembro de 1940.

O Director Geral
Dr. José Alberto de Faria

DESPACHO DE SUA EX.ª O SUB-SECRETARIO DE ESTADO
DA ASSISTENCIA SOCIAL

Por Dr. Dr. João Maria de Faria

Também a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em sessão de 1 de Abril de 1941, segundo o officio n.º 1407, de 7 do mesmo mês se

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

Curso de Urologia

Professor Doutor Angelo da Fonseca

Plano de ensino

Para a sua habilitação e aprendizagem urológica dispõem os alunos da Faculdade de Medicina de Coimbra dum serviço clínico, com enfermarias de homens e mulheres, e duma consulta externa. Nas enfermarias encontram-se os exemplares clínicos que necessitam de ser submetidos a operações cirúrgicas, ou aqueles que pela delicadeza dos tratamentos a que estão sujeitos, são obrigados a repouso. Na consulta externa cuida-se de todas as afecções cujo tratamento pode ser ambulatório e realizam-se operações de pequena cirurgia urinária que não exigem hospitalização.

Os alunos teem a liberdade de freqüentar as enfermarias, observando todos os doentes que lhes possam interessar, podendo examinar e estudar as respectivas fichas clínicas e seguir os exemplares desde a data do internamento à da alta.

Podem assistir às consultas externas, acompanhando a observação dos doentes consulentes e seguindo ou realizando os tratamentos daqueles que desejarem.

Habitualmente duas vezes por semana, realizam-se sessões de endoscopia urinária, cistoscopia, uretroscopia ou intervenções endoscópicas. Todos os alunos teem o direito de assistir a êsses trabalhos, durante os quais lhes são ministradas noções de técnica e interpretação endoscópica.

Assistem ainda às operações de alta urologia, antes das quais são lidas as respectivas histórias clínicas dos operados e feitas considerações sobre a doença que se vai combater e sobre a técnica cirúrgica que se vai empregar. Duas vezes por semana realizam-se lições de carácter prático, com a apresentação de exemplares clínicos, durante as quais é explicada a sintomatologia das afecções urinárias mais correntes e banais, com os processos de diagnóstico e tratamento que a prática tem mostrado mais eficazes. Tôdas as técnicas descritas são executadas nos exemplares clínicos na presença dos alunos.

Programa

I

UNIVERSIDADE DE COIMBRA EXPLORAÇÃO DO APARELHO URINÁRIO

A) Exames clínicos

Uretra—inspecção—palpação simples e sôbre beniqué—cateterismo, suas regras e seus perigos.

Próstata—toque—sua técnica—toque simples e toque combinado com a palpação—massagem—cateterismo: variações do comprimento da uretra.

Vesículas seminais—toque—massagem.

Bexiga—exame do hipogastro—inspecção—palpação—percussão—cateterismo: medida do resíduo—exploração metálica: diagnóstico dos corpos estranhos—medida da pressão intravesical durante a micção: avaliação da energia contráctil do detrussor.

Uréter—palpação—pontos ureterais—modificações da sua sensibilidade.

Bacinete—palpação—ponto de Bazy.

Rins—inspecção—percussão—palpação e seus métodos (Guyon, Israel e Glénard)—palpação em decúbito e em posição vertical—pesquisa dos pontos dolorosos renais.

B) Exames endoscópicos

Uretróscopia: todos os doentes que lhes possam interessar, podendo examinar:

Uretroscopios de visão directa (tipo Luys).

Uretroscopios de prisma (tipo Mac-Carthy).

Descrição e apresentação do material necessário. Técnica da uretróscopia anterior e posterior. Indicações, perigos e inconvenientes.

Exame da uretra normal e reconhecimento endoscópico dos seus diversos sectores.

Exame da uretra patológica.

Diagnóstico das infiltrações duras e moles—das lacunites, litrites, fístulas, polipos e outros tumores uretrais—dos apertos, cálculos e outros corpos estranhos. Diagnóstico da prostatite crónica, divertículos prostáticos e lesões do veru montanum.

Exame endoscópico do colo vesical. Seu aspecto normal—Seus aspectos patológicos—deformações nos adenomas do colo (hipertrofia da prostata), nos colos em barra, nos colos fibrosos e nos colos poliposos.

Cistóscopia: apresentação do material necessário. Técnica—perigos e inconvenientes. Indicações.

Exame endoscópico da bexiga normal — Exame endoscópico da bexiga patológica
— Colunas — células — divertículos — lesões de cistite: congestão, edema, granulações, ulcerações — diagnóstico dos neoplasmas benignos e malignos — Cálculos e outros corpos estranhos.

Cateterismo ureteral:

Indicações — técnica — dificuldades, perigos e inconvenientes.

C) Exames radiológicos

1.º — Radiografia do aparelho urinário sem preparação

Diagnóstico da presença de cálculos ou outros corpos estranhos. Diagnóstico das modificações de forma, volume e posição dos rins.

2.º — Radiografias do aparelho urinário com preparação

- a) **uretrografias** — indicações — técnicas — substâncias de contraste a empregar — Estudo radiográfico da uretra normal e patológica — diagnóstico dos apertos, fístulas, divertículos e roturas.
- b) **vesiculografias** — técnica — indicações e interpretação dos resultados obtidos.
- c) **cistografias** — técnica — indicações — diagnóstico das alterações de forma, volume, dos divertículos, neoplasmas, lesões do colo e do refluxo vesico-renal.
- d) **ureterografias** — radiografias após o cateterismo com sondas opacas ou a repleção do uretere com substâncias de contraste. Indicações e interpretação dos resultados.
- e) **pielografias e nefro-pielografias** — Métodos de pielografia — ascendente ou por repleção — descendente ou por eliminação — Técnica de cada método — Produtos de contraste a empregar — Crítica dos 2 métodos — suas vantagens, perigos e inconvenientes.

Diagnóstico da ptose renal, das ruturas do rim, da hidronefrose — pionefrose — tuberculose — calculose e neoplasmas renais.

3.º — Estudo radiológico da excreção urinária

Estudo da excreção piélica — pielo-radioscopia — diagnóstico da retenção piélica. Estudo da excreção ureteral — suas modalidades — Estudo da excreção vesical — cisto-radioscopia — diagnóstico da retenção vesical e das perturbações do funcionamento do colo.

D) Exames laboratoriais

1.º — Exame histo-bacteriológico das secreções urétrais, prostáticas e vesiculares

Técnica da colheita do produto.
Interpretação dos resultados do exame.

Exame endoscópico da bexiga normal — Exame endoscópico da bexiga patológica —
Colunas — células — cilindros — cristais: congestão, edema, 2.º — Exames da urina

- a) **químico** — pesquisa de elementos anormais — dosagem de ureia e cloretos.
- b) **histológico** — pesquisa de pus, sangue, gordura, células, cilindros, ovos de parasitas, cristais.
- c) **bacteriológico** — pesquisa de bactérias por exame directo, culturas e inoculações.

Técnicas das colheitas e interpretação dos resultados obtidos.

3.º — Exploração das funções renais

a) Indicações fornecidas pelo exame da urina

Volume: hidruria normal, oliguria, poliuria.

Exame do sedimento: cristais, glóbulos brancos, glóbulos vermelhos, cilindros e suas variedades.

Albuminuria: albumina verdadeira, falsas albuminas, albuminas heterogêneas ou extra-renais.

Débito e concentração da ureia.

Débito e concentração dos cloretos.

b) Indicações fornecidas pelo exame do sangue

Hidrémia — índice refratométrico do sêro sangüíneo.

Compostos azotados não proteicos:

Dosagem da ureia — azotémia:

» do azote total não proteico.

» do azote residual.

» do ácido úrico — uricémia.

» do indoxilo — indoxilémia.

» da creatinina — creatinínemia.

» dos polipeptídeos — polipeptidémia.

Interpretação dos resultados destas dosagens.

Equilíbrio ácido-básico do plasma:

Ph — Reserva alcalina.

Dosagem dos cloretos no sangue:

Cloro total, cloro plasmático e globular; suas proporções relativas.

c) Indicações fornecidas pelo exame comparado do sangue e urina

Constante uro-secretora de Ambard.

Técnica da sua determinação. Sua significação e interpretação dos seus diversos valores.

d) Indicações fornecidas pelo estudo das eliminações provocadas

Prova da eliminação provocada da água:

Prova da poliúria experimental de Albarran.

Prova da diluição de Volhard.

Prova da diurese provocada de Vaquez e Cottet.

Técnicas e interpretação.

Prova da eliminação provocada da ureia:

Determinação da concentração máxima da ureia.

Prova da concentração de Volhard.

Técnicas e interpretação.

Prova da eliminação provocada dos cloretos:

Diversos processos — suas técnicas e interpretação.

Prova da eliminação das substâncias corantes:

Azul de metilena.

Indigo-carmim.

Fenol-sulfona-ftaleína.

Técnicas e interpretação dos seus resultados.

Eliminação de substâncias opacas aos raios de Roentgen:

Uroselectan, abrodil, tenebril, etc.

Técnica e interpretação dos resultados obtidos.

II

OS GRANDES SINDRÔMAS URINÁRIOS

1.º Retensão;

Incontinência;

2.º Polakiúria;

Poliúria;

Oligúria;

Anúria;

3.º Fosfatúria;

Oxalúria;

Albuminúria;

Glicosúria;

4.º Piúria;

Hematúria;

Chilúria;

Pnematúria.

III

URETRA

A) Afecções inflamatórias da uretra

Uretrites — Uretrites agudas — Uretrites banais e específicas.
 Uretrites banais — razões do seu aparecimento.
 Sintomas — Diagnóstico.
 Uretrites específicas — gonocócica — sífilítica — tuberculosa — cancerosa.

Uretrite aguda gonocócica — Blenorragia aguda

Bacteriologia — etiologia — sintomatologia.
 Evolução — Uretrites anteriores e posteriores — Prova de Guyon.
 Diagnóstico entre uretrites banais e específicas — clínico e bacteriológico.

Tratamento da uretrite gonocócica aguda

a) Tratamento preventivo ou profilático

Preservativos. Anti-sépticos líquidos em lavagens ou instilações.
 Pomadas e sabões anti-sépticos. Experiências de Sanchez Gomez.
 Método de Emílio Faro — suas vantagens — estatísticas.

b) Tratamento higiénico — dietético

Alimentação — restrições a fazer. Cuidados higiénicos. Perigo do contágio — cuidados a observar.

c) Tratamento abortivo

Condições em que é lícito tentá-lo. Técnicas.
 Tratamento abortivo de Janet. Tratamento super abortivo de Barbellion.
 Estatísticas.

d) Tratamento curativo

Local — Geral (vacinoterapia — quimioterapia — fisioterapia).

1) Tratamento local

Método de Neisser ou das injeções. Método de Janet ou das lavagens.
 Vantagens e inconvenientes dos dois métodos — superioridade do método de Janet — Razões dessa superioridade. Modo como actuam as lavagens: acção mecânica, anti-séptica e biológica.
 Solutos a empregar: sua escolha. Percentagens a usar conforme os casos.
 Técnica das lavagens uretrais. Dificuldades e modo de as evitar.
 Evolução da uretrite aguda — Contrôle clínico pela prova de Guyon e bacteriológico pelo exame do corrimento.

Fase dos filamentos — suas espécies e diagnóstico. Necessidade da mecanoterapia: método de Motz — Massagem e dilatação da uretra.

Beniquês rectos e curvos. Técnica da sua aplicação. Indicações.

Massagem da próstata. Técnica. Indicações.

Provas de cura da uretrite gonocócica:

Intervalos — instilações — cerveja — massagens sem lavagens — coito — vacina — espermocultura.

Gono-reacção. Utilidade — Sua interpretação e causas de êrro.

2) Tratamento geral

Vacinoterapia:

Vacinas antigonocócicas. Suas indicações no tratamento das uretrites agudas.

Vantagens do seu uso. Vacinas piretogénicas: suas indicações.

Quimioterapia:

Vantagens teóricas do seu emprêgo. Inconvenientes de ordem prática.

Balsâmicos — inconvenientes; suas raras indicações.

Neo-salvarsan.

Mercurio-cromo.

Sais de acidrina:

Indicações — vantagens e inconvenientes; posologia.

Sulfamidas:

Suas indicações — posologia — perigos do seu emprêgo. Acidentes: gerais — cutâneos — nervosos — sanguíneos — renais — espermotogénicos.

Casos de morte.

Estatísticas. Como podem empregar-se as sulfamidas sem perigo:

Dose e regras de administração. Cuidados a observar. Sinais de alarme.

Fisioterapia:

Termoterapia — medicações piretogénicas.

Diatermia — método de Roucayrol.

Calor radiante — técnica de Desjardins.

Ozono-termoterapia de Morgenstern.

Complicações da uretrite blenorragica aguda

1) — Complicações locais ou génito-urinárias:

Uretrite anterior — edema de prepúcio — fimose e parafimose — linfangite do pénis e adenite inguinal — litrites, tysonites, cowperites — abscessos peri-uretrais.

Sintomas — diagnóstico — tratamento médico e cirúrgico.

Conseqüências.

Uretrite posterior — cistite do colo, cistite e pielite — epididimite, funiculite, espermocistite — prostatite e abscesso da próstata.

Sintomas — diagnóstico — tratamento médico e cirúrgico. Técnica da prostatostomia perineal.

Conseqüências das complicações.

2) — Complicações a distância:

Conjuntivite; rectite; estomatite.

Sintomas — diagnóstico — tratamento — conseqüências.

3) — **Complicações gerais:** Septicémia gonocócica; meningite; endocardite; reumatismo; variedades e formas clínicas; radiculite; irite.
Diagnóstico e tratamento. Prognóstico e conseqüências.

Tratamento das uretrites agudas banais:
Técnica e medicamentos a empregar.

Uretrite crônica gonocócica — Blenorragia crônica

Sintomas clínicos e bacteriológicos.

Tratamento.

1) *Tratamento local*

Pesquisa do «ninho» de gonococos.

Apêrto do meato — apêrto da uretra — canal para-uretral — fistula uretral — abcesso crônico — litrite — tysonite — cowperite.

Prostatite — abcesso crônico da próstata — divertículo prostático — vesiculite.

Exploração metódica do doente.

Exame endoscópico.

Diagnóstico da presença de fistulas, condilomas, papilomas e polipos.

Processos de tratamento — médico ou cirúrgico — de tôdas estas hipóteses.

Cirurgia endoscópica — técnica do desbridamento duma fistula, da cauterização intra-uretral duma litrite ou dum quisto, da diatermocoagulação dum pólipos ou condiloma.

Uretrografia. Vantagens do seu emprêgo sistemático.

Diagnóstico dos divertículos da próstata — seu tratamento endoscópico por diatermocoagulação.

2) *Tratamento geral*

Vacinoterapia — Sulfamidoterapia.

Indicações — Vantagens — inconvenientes — estatísticas.

B) *Lesões traumáticas da uretra*

Ruturas da uretra anterior e da uretra posterior.

Etiologia e mecanismo.

Anatomia patológica — ruturas totais e parciais; completas e incompletas.

Sintomas e diagnóstico.

Tratamento médico e cirúrgico.

Cistostomia de urgência — técnica — indicações.

Perineotomia — técnica — indicações.

Feridas e picadas da uretra.

Étiologia — diagnóstico e tratamento.

Conseqüência das lesões traumáticas da uretra.

C) Apertos da uretra

Apertos congênitos — inflamatórios — traumáticos.

Apertos inflamatórios — Etiologia — Mecanismo da sua constituição.

Reflexo sôbre o aparelho urinário superior.

Sintomas — Diagnóstico. Exame clínico dum apertado. Emprêgo metódico dos exploradores olivares de Guyon e das velas filiformes.

Tratamento. — Dilatação progressiva pelas velas olivares em gôma: técnica — cuidados — duração do tratamento.

Dilatação por sonda permanente — indicações — vantagens e inconvenientes.

Uretrotomia interna. Sua técnica. Uretrotomos de Maisonneuve e de Albarran. Seus perigos — contra-indicações — raras indicações.

Apertos traumáticos. — Etiologia. Mecanismo da sua constituição.

Reflexo sôbre o aparelho urinário superior.

Sintomas. Diagnóstico.

Tratamento. — Técnica da uretrotomia externa, da uretrectomia e da uretrorrafia. Cuidados post-operatórios.

Uretroplastia em apertos extensos. Método de Pasteau-Iseland. Sua técnica e indicações.

Complicações dos apertos da uretra:

Retensão — Abscessos peri-uretrais. Fistulas uretro-cutâneas — crivo perineal. Flegmão urinoso. Pielonefrite.

Sintomas, diagnóstico e tratamento médico e cirúrgico de cada uma destas complicações.

D) Neoplasmas de uretra

Suas variedades — tumores benignos e malignos — Epiteliomas — Sarcomas — Polipos — Angiomas — Quistos.

Sintomas — disuria — uretrorragias — hematurias.

Tratamento — extirpação — diatermo coagulação endoscópica.

E) Cálculos de uretra

Etiologia — Sintomas — Diagnóstico clínico — radiológico e endoscópico — *Tratamento* — extracção pelas vias naturais ou uretrotomia externa.

F) Vícios de conformação da uretra

Fissuras — Hipospadias e Epispadias.

Etiologia e patogenia destes estados.

Perturbações no desenvolvimento embriológico da uretra.

Hipospadias balânica, peniana, escrotal e perineal.

Anatomia patológica.

Sintomatologia.

Tratamento operatório.

Processos de Duplay, Beck, Nove-Josserand, Patel, Marion etc.

Operações seriadas.

Técnicas usadas nas nossas clínicas.

Resultados — estatísticas.

Epispadias. **C) Aperturas da uretra**

Anatomia patológica.

Epispadias balânica.

Epispadias peniana.

Epispadias peno-pubica.

IV

PRÓSTATA

A) Afecções inflamatórias da próstata

Prostatites — agudas e crônicas — banais e específicas — gonocócicas — tuberculosas — sífilíticas.

Etiologia — diagnóstico — evolução — resolução — induração — supuração — abscessos da próstata.

Tratamento médico e cirúrgico.

B) Lesões traumáticas da próstata

Contusões e feridas — etiologia — mecanismo — sintomas — diagnóstico — tratamento.

C) Neoplasmas da próstata

Tumores benignos — quistos — adenomas — a antiga concepção do adenoma da próstata — ou hipertrofia da próstata. Dados embriológicos e anátomo-patológicos que demonstram a falsidade dessa concepção. O antigo adenoma da próstata é um adenoma das glândulas peri-uretrais justa-cervicais e faz parte da patologia do colo vesical.

Tumores malignos — cancro da próstata.

Epitelioma e sarcomas. Cancros primitivos e secundários.

Sintomas clínicos — polakiúria — disúria — retenção. Dados fornecidos pelo toque, pela radiologia e pela endoscopia — evolução.

Tratamento — paliativo, cirúrgico e fisioterápico (rádio e curieterapia) — crítica dos métodos de tratamento. Estatísticas.

D) Cálculos da próstata

Etiologia — cálculos primitivos e secundários — mecanismo da sua formação.

Sintomas clínicos e radiológicos.

Tratamento — técnica da prostatolitotomia. Resultados.

V

BEXIGA

A) Afecções inflamatórias da bexiga

Cistites. — Etiologia: primitivas — de causa ascendente — de causa descendente. Bacteriologia: banais e específicas.

Anatomia patológica: congestivas — ulcerosas — edematosas — gangrenosas.

Sintomatologia; polakiúria, dôr à micção e piúria.

Exame metódico do doente—necessidade do exame histo-bacteriológico da urina.

Bacteriurias e cistites — diagnóstico diferencial.

Tratamento das cistites

1) *Tratamento local.*

Método das lavagens — material necessário — solutos a usar — técnica — indicações.

Método das instilações — material — solutos — técnica — indicações.

1) *Tratamento geral.*

Higiênico — dietético — vacinoterapia — quimioterapia.

Causas da eternização duma cistite: a retenção — a congestão — os corpos estranhos — os neoplasmas — os divertículos — as infecções descendentes.

Necessidades do exame endoscópico e radiológico. Necessidades do cateterismo ureteral e do exame das urinas colhidas por êsse meio.

Cistites tuberculosas — etiologia — sintomas — diagnóstico — tratamento.

Cistites colibacilares — sua etiologia — Síndrome entero-renal de Albarran (também chamado de Heitz-Boyer).

Necessidade de procurar o foco causal e de o tratar médica ou cirurgicamente — (apêndice, anexos, vesícula biliar, intestinos).

Tratamento médico da colibacilúria. Método da alcalinização e dos bacteriófagos de d'Heréle. — Método da acidificação (ácido mandélico). — Vacinação local — Vacinação geral. Sulfamidas.

B) Lesões traumáticas da bexiga

Picadas, feridas e ruturas da bexiga.

Ruturas intra e extra-peritoneais — mecanismo — sintomas — diagnóstico — tratamento médico e cirúrgico.

Cistostomia e cistorrafia — técnica e indicações — resultados.

C) Neoplasmas da bexiga

Considerações gerais sobre os tumores da bexiga — Volume — Implantação — tumores pediculados — sésseis — infiltrados — consistência — sede — número — estrutura.

Classificação. — Tumores de origem epitelial — papilomas — adenomas — epitelio-
mas — carcinomas.

Tumores de origem conjuntiva. — sarcomas — mixomas — fibromas.

Tumores de origem muscular — miomas.

Tumores quísticos — quistos de origem epitelial — quistos dermóides — quistos dermóides para vesicais.

Tumores para vesicais.

Lesões consecutivas aos neoplasmas da bexiga.

Sintomas — a dor — o tenesmo — a disúria — a polakiúria — a hematúria, seus caracteres — retenção e incontinência — alterações da capacidade da bexiga — exame cistoscópico — exame radiológico.

Tratamento

- 1) *A diatermo-coagulação* — indicações — técnica e resultados.
- 2) *A extirpação cirúrgica*. — Cistectomia parcial e total — técnicas e resultados.

Crítica dos dois métodos. Estatísticas.

D) Cálculos da bexiga

Causas. — Cálculos primitivos e secundários — Constituição e composição química.
Sintomas — a polakiúria, a hematúria e dor — a interrupção do jacto.

As cistites calculosas.

Diagnóstico clínico, endoscópico e radiológico — Explorador metálico de Guyon — técnica do seu emprêgo.

Tratamento

- 1) *Litotricia* — indicações e contra indicações — apresentação dos litotritores — técnica do seu emprêgo — cuidados post-operatórios, Litotricia endoscópica — cistoscópios litotritores — técnica e indicações do seu emprêgo.
- 2) *Cistolitotomia* — indicações — técnica — cuidados post-operatórios.

Indicação da drenagem supra-púbica prolongada.

E) Patologia do colo vesical

Constituição anatómica do colo vesical.

Fisiologia da micção.

Alterações anátomo-patológicas do colo vesical.

O colo em barra. O colo fibroso. O colo poliposo. O colo adenomatoso. A doença ou disectasia do colo (Legueu). Os adenomas peri-uretrais.

Síndrome de oclusão cervical e suas causas.

Tratamento das lesões do colo vesical.

Processos por via endo-uretral — a diatermo-coagulação ou ressecção transuretral do colo — apresentação do material necessário — anestesia — técnica — seqüências operatórias — resultados.

Processos por via hipogástrica — a adenomectomia transvesical — a ressecção transvesical do colo — técnica — seqüências operatórias — resultados.

Processos por via perineal — a adenomectomia perineal — técnica — resultados — Crítica dos diversos métodos. Indicações.

Estatísticas da clínica.

F) Fístulas vesicais

- 1) *Fístulas vesico-vaginais*

Etiologia e diagnóstico.

Tratamento — Condições de operabilidade.

Técnicas — vias de acesso.

Via vaginal — avivamento — desdobraimento — processo de Braquehay.

Via vaginal com drenagem supra-púbica — (Jambreau).

Via hipogástrica — transvesical.

2) *Fístulas vesico-uterinas.*

Etiologia e diagnóstico.

Intervenção por via transperitoneo-vaginal (Legueu).

Intervenção por via transvesical.

Crítica e técnicas preferidas — Resultados.

G) Vícios de conformação da bexiga

1) *Extrofia da bexiga.*

Diagnóstico.

Tratamento.

Método das derivações da urina para o intestino (Tuffier, Maydl, Coffey).

Método da reconstituição do globo vesical (Segond).

Crítica dos métodos — Resultados operatórios.

2) *Divertículos congênitos da bexiga.*

Sintomas — micção em dois tempos — cistites rebeldes.

Diagnóstico — endoscopia — cistografia.

Tratamento — inversão, ressecção.

Técnicas — resultados obtidos.

VI

URÉTER

A) Lesões inflamatórias do uréter

Ureterites. — Etiologia. As vias de infecção do uréter — ascendente — descendente — sanguínea — linfática.

As ureterites tuberculosas.

Sintomas — diagnóstico — tratamento.

B) Apertos do uréter

Apertos congênitos, traumáticos e inflamatórios.

Sintomas — complicações — acção sobre o rim — hidro e pionefroses.

Diagnóstico — cateterismo e ureterografia.

Tratamento — médico — dilatação.

cirúrgico — ureterectomia — transplantações — nefrectomia.

Apertos de origem extrínseca ou compressões.

Diagnóstico e tratamento.

C) Lesões traumáticas do uréter

Feridas e ruturas.

Etiologia — traumatismos acidentais ou operatórios.

Sintomas — diagnóstico — consequências — fistulas ureterais.

Tratamento — imediato e das fistulas.

Técnicas e indicações.

D) Neoplasmas do uréter

Neoplasmas primitivos e secundários.

Anatomia patológica — papilomas — epitelomas — sarcomas.

Sintomas — dor — hematuria — retenção renal.

Diagnóstico — cistoscopia — cateterismo — ureterografia.

Tratamento — ureterectomia e nefrectomia.

Técnica e indicações.

E) Cálculos do uréter

Etiologia — Sede — Constituição.

Sintomas — cálculos latentes e dolorosos.

Diagnóstico — cálculos opacos e permeáveis aos Raios de Roentgen.

A cólica renal de origem calculosa — seu mecanismo.

Encravamento dum cálculo emigrante no uréter — cólica — anúria calculosa — seu tratamento de urgência — cateterismo ureteral e nefrostomia.

Tratamento de calculose ureteral

1) — *Extracção pelas vias naturais:*

Processos — técnicas — indicações — Sonda ureteral permanente — Laminárias — Pinças extractoras.

2) — *Extracção cirúrgica:*

Ureterolitotomia — técnica.

Crítica e indicações dos dois métodos. Resultados.

F) Anomalias do uréter

G) Técnica das operações praticadas sobre o uréter

VII

RIM

A) Afecções inflamatórias do rim

1.º — Tuberculose renal

Frequência — modos de infecção do rim — formas anátomo-patológicas.

Sintomatologia clínica.

Sintomas de início — cistite — hematurias — cólicas — poliúria turva — albuminúria rebelde — tuberculose genital.

Cistite tuberculosa. — Seu diagnóstico clínico, bacteriológico e endoscópico.

Diagnóstico do rim doente. — Sintomas clínicos — métodos de palpação renal (Guyon, Glénard, Israel) — Pesquisa dos pontos dolorosos reno-ureterais.

Cateterismo dos ureteres e separação das urinas renais. Técnica — dificuldades e perigos. Exame bacteriológico das urinas. Exame directo, culturas e inoculações.

Pielografia por eliminação (Lichtenberg).

Indicações — vantagens — utilidade.

Dificuldades da interpretação dos seus resultados.

Produtos empregados (Uroselectan, Abrodil, Tenebril, etc.) e técnica.

Causas de erro.

Avaliação do valor funcional do rim são. — Dosagem da ureia — poliúria experimental de Albarran — coeficiente de Ambard — eliminação do indigo-carmim e da fenol-sulfono-ftalaina — interpretação e valor de cada uma destas provas.

Tratamento da tuberculose renal

1) médico

Paliativo: recalcificante—super-alimentação—vacinas específicas (Vaudremer, etc.)

2) Cirúrgico

Curativo: nefrectomia—Porque devemos nefrectomisar os tuberculosos renais—

Contra-indicações (tuberculose pulmonar evolutiva; rim oposto insuficiente; mau estado geral, etc.)

Técnica da nefrectomia por tuberculose.

Escolha do anestésico.

Complicações e cuidados post-operatórios.

Resultados — Futuro dos operados — Estatísticas.

2.º — Infecções não tuberculosas do rim e bacinete

a) Pielites

Modos de infecção do bacinete.

Sintomas. Diagnóstico.

Tratamento — Médico — quimioterapia — vacinoterapia.

Urológico — lavagens dos bacinetes — técnica — solutos empregados.

b) nefrites

As nefrites sob o ponto de vista cirúrgico.

Nefrites hematóricas — Diagnóstico com as outras hematórias renais.

A descapsulação e a desinervação renal no tratamento das nefrites.

c) pielonefrites

Etiologia. Diagnóstico. Tratamento.

Cateterismo dos ureteres e separação das urinas renais. Técnicas — dificuldades e perigos. Exame das urinas. Exame directo, culturas e pioneiros

Modos de infecção do rim.
Anatomia patológica.
Sintomas — Diagnóstico — cateterismo — pielografia por repleção e por eliminação.
Tratamento — punção — lavagens — nefrostomia — nefrectomia.
Crítica de cada método e suas indicações — Técnicas — Resultados.

B) Afecções traumáticas do rim

Contusões e feridas do rim
Etiologia. Sintomas — hematúria — hematoma.
Diagnóstico — clínico e radiológico.
Tratamento — médico e cirúrgico.
Indicações — oportunidade da intervenção. Técnica.

C) Neoplasmas do rim

- a) De origem mesodérmica.
 - Malignos — os mais vulgares — sarcomas, angio-sarcomas.
 - Benignos — muito raros — fibromas, lipomas, miomas, angiomas etc.
 - b) De origem epitelial.
 - Malignos — os mais vulgares — epiteliomas.
 - Benignos — muito raros — adenomas.
 - c) Tumores epiteliaes de tipo supra-renal — hiper-nefromas.
 - d) Tumores mistos — vulgares nas creanças.
- Anatomia patológica dos tumores do rim.
Extensão local e propagação a distância.
Semiologia dos tumores do rim.
Sinaes locais — a inspecção, a palpação, a percussão.
Sinaes de compressão.
As modalidades da dor.
As formas que reveste a hematúria.
Exame das urinas.
O estado geral nos tumores malignos do rim.
Integridade inicial e duradoura.
A caquexia tardia.
O diagnóstico nos neoplasmas do rim tem de ser exacto e precoce.
A pielografia — interpretação das imagens.
Tratamento dos tumores do rim.
Nefrectomia — indicações e contra-indicações.
Resultados imediatos e tardios.
Estatísticas — os casos da nossa Clínica.
Os neoplasmas primitivos do bacinete.
Papilomas — cancro.
Será possível um diagnóstico exacto? Pielografia.

Raridade destes tumores.
A nefrectomia com ureterectomia—Operação preferida.
A pielotomia seguida de ablação do papiloma, será exequível?
Técnica—Resultados.

Quistos do rim

Micro-quistos e grandes quistos.
Rim poliquistico.
Quistos hidáticos do rim.
Sintomatologia, diagnóstico e tratamento das diversas formações quísticas do rim.
A nefrectomia e a abstenção operatória—Suas indicações.
O rim poliquistico—Lesão dupla.
A descapsulação e esvaziamento das cavidades quísticas.
Tratamento médico.

D) Cálculos do rim

Variedades de cálculos urinários. — Sua constituição química e caracteres físicos — cálculos de fosfatos, uratos, oxalatos, carbonatos. — Cálculos mixtos.
Modo do seu aparecimento no organismo.
Cálculos de causa geral ou primitivos. — Explicação da sua formação: diateses; avitaminoses; acidose e alcalose.
Cálculos de causa local ou secundários. — Importância da retenção e infecção no seu aparecimento.
Cálculos do bacinete e dos cálices.
Cálculos fixos e migradores. Cálculos latentes e cálculos dolorosos.
Complicações—a esclerose renal—a dilatação—a infecção—pielonefrite—pionefrose—uro-pionefrose.
Sintomas. Diagnóstico clínico e radiológico—Cálculos visíveis e invisíveis aos raios de Roentgen.
Necessidade da localização exacta do cálculo pela pielografía.

Tratamento

Médico—dietas especiais para cada variedade de cálculos—tratamentos vitamínicos—modificação do Ph da urina—tratamentos hidroterápicos.
Cirúrgico—indicações operatórias.
Pielolitotomia—técnica—indicações—cuidados post-operatórios.
Tratamento da calculose renal bilateral—abstenção e indicações operatórias.
Tratamento da calculose renal num rim único.

E) Hidronefroses

Patologia das hidronefroses.
Anatomia do bacinete e do uréter.
Fisiologia normal e patologia do bacinete e do uréter.

Hidronefrose congênita pura ou doença de Bazy.
Hidronefroses e anomalias do aparelho urinário.
Hidronefroses adquiridas.
Hidronefroses traumáticas.
Hidronefroses devidas a outras causas.
Anatomia e fisiologia patológica das hidronefroses.
Sintomas e diagnóstico — utilidade da pielografia.
Tratamento — cateterismo — plastias — libertação do bacinete — secção das bridas ou vasos anómalos — nefropexia — nefrostomia — nefrectomia.
Críticas e indicações dos diversos métodos de tratamento.

F) Anomalias do rim

- a) de *número* — ausência total — ausência unilateral — rim supra-numerário.
- b) de *forma* — rim lobulado — discoide — triangular.
- c) de *volume* — rim atrófico.
- d) de *conexões recíprocas* — os rins em ferradura e em S. Diagnóstico clínico e radiológico. *Tratamento.*
- e) as *ectopias renais* — rins ectópicos — ectopia lombar, ilíaca e pélvica.
A ptose renal adquirida — diagnóstico clínico e radiológico.
Nefropexia — técnica e indicações.

VIII

A CIRURGIA URINÁRIA

A) Estudo pré-operatório dos doentes de Urologia

Necessidade de o praticar: gravidade das operações; fragilidade dos doentes (velhos, intoxicados, tuberculosos).

1.º — Exame funcional do rim

Processos seguidos na prática corrente; razões da sua escolha. Análise química das urinas; Coeficiente d'Ambard. Prova de poliúria provocada. Prova da eliminação de fenol-sulfona-ftaleína.
Processos de melhorar os maus resultados destas provas. Tratamentos dietéticos e medicamentosos.

2.º — Exame cardio-vascular

Tensões arteriais. Viscosidade sanguínea. Coeficientes esfigmo-renais.
Estudo radiológico do coração e grossos vasos.
Electrocardiograma.

3.º — Exame do aparelho respiratório

Auscultação. Radiografia. Análise da expectoração.

Limites de operabilidade segundo o resultado dêstes exames. Casos operáveis — tratamentos preparatórios, dietéticos e medicamentosos. Casos inoperáveis.

B) Cuidados post-operatórios especiais em doentes de Urologia

A doença post-operatória. O perigo cardio-renal. A insuficiência cardíaca aguda post-operatória; gravidade de seu prognóstico; como se prevê, diagnostica e trata.

A insuficiência renal post-operatória; como se prevê, diagnostica e trata.

A azotemia de Blum por hipo-clorémia; como se prevê, diagnostica e trata.

A anúria post-operatória.

A anúria de causa cardíaca, de prognóstico fatal.

A anúria de causa renal, curável; métodos de tratamento: os soros hipertônicos, as lavagens dos bacinetes, a descapsulação renal.

224	F. S. F.
127	Coefficientes de Anbard
92	Urémias
222	Análises diversas

Comparamos agora o movimento actual com o movimento de 1932 (1.088 análises), data em que foi aprovado o seu regulamento e o respectivo quadro do pessoal.

Desta comparação resulta que, actualmente, o movimento é seis vezes maior que nessa data e, no entanto, o pessoal continua a ser o mesmo.

A conclusão lógica a tirar daqui é que esse pessoal tem de trabalhar em regime constante de excesso de trabalho, se quiser dar inteira e cabal realização ao serviço que se lhe exige e executá-lo com o método e rigor científicos que o mesmo trabalho require. Não observar este método e rigor seria condenável e até criminoso visto os graves inconvenientes que dal resultariam para a clinica e até para a vida dos doentes.

Acotese, por isso, que frequentes vezes tem de se limitar a entrada de serviço no laboratório. Mesmo assim, apenas há tempo de executar as análises clinicas e o laboratório não pode satisfazer á segunda parte do art. 8.º do seu regulamento, no qual se lê que, além do serviço de análises, se destina o laboratório a trabalhos de investigação científica.

A tudo isto temos ainda de juntar as más condições higiénicas em que esse trabalho é feito em virtude da exiguidade e insalubridade da instalação do laboratório.

De facto, a instalação actual (a antiga foi cedida para o Instituto anti-diabético) não tem condições de hygiene nem os necessários requisitos para o funcionamento dum laboratório.

Assim: durante as primeiras horas da manhã não se podem fazer obser- vações microscópicas em virtude da intensidade da luz que banha as janelas; a

Breve nota sôbre o Laboratório de Clínica Cirúrgica

Como dissemos em «Algumas considerações sôbre o Laboratório de Clínica Cirúrgica» publicado no Boletim dos Hospitais da Universidade de 1939, o movimento dêste Laboratório tem aumentado sempre desde que foi criado. Isto se vê facilmente no gráfico que então publicamos.

O ano de 1940 veio, mais uma vez, validar esta nossa afirmação pois, de 6.547 análises realizadas em 1939, o movimento passou para 6.742 análises em 1940, assim distribuídas:

Análises de urinas tipo I — II — III	2531
Reacções de Wassermann	2174
Análises histo-bacteriológicas	1279
Fórmulas leucocitárias	70
Análises de suco gástrico	93
F. S. F.	124
Coefficientes de Ambard	157
Urémias	92
Análises diversas	222

Há portanto um aumento de 195 análises sôbre o ano anterior.

Comparemos agora o movimento actual com o movimento de 1932 (1.088 análises), data em que foi aprovado o seu regulamento e o respectivo quadro do pessoal.

Desta comparação resulta que, actualmente, o movimento é seis vezes maior que nessa data e, no entanto, o pessoal continua a ser o mesmo.

A conclusão lógica a tirar daqui é que êsse pessoal tem de trabalhar em regime constante de excesso de trabalho, se quiser dar inteira e cabal realização ao serviço que se lhe exige e executá-lo com o método e rigor científico que o mesmo trabalho requiere. Não observar êste método e rigor seria condenável e até criminoso visto os graves inconvenientes que daí resultariam para a clínica e até para a vida dos doentes.

Acontece, por isso, que frequentes vezes tem de se limitar a entrada de serviço no Laboratório. Mesmo assim, apenas há tempo de executar as análises clínicas e, o Laboratório, não pode satisfazer à segunda parte do art. 8.º do seu regulamento, no qual se lê que, além do serviço de análises, se destina o Laboratório a trabalhos de investigação científica.

A tudo isto temos ainda de juntar as más condições higiénicas em que êsse trabalho é feito em virtude da exiguidade e insalubridade da instalação do Laboratório.

De facto, a instalação actual (a antiga foi cedida para o Instituto anti-diabético) não tem condições de hygiene nem os necessários requisitos para o funcionamento dum laboratório.

Assim: durante as primeiras horas da manhã não se podem fazer observações microscópicas em virtude da intensidade da luz que banha as janelas; a

ventilação é nula ou quasi nula pois nem sequer há uma chaminé que dê saída aos gases tóxicos que se desprendem de certas reacções ou pela ebulição de determinados productos. O respectivo pessoal é obrigado, assim, a respirar numa atmosfera carregada de tóxicos com grave prejuizo para a sua saúde.

Por outro lado, sendo um laboratório anexo às Clínicas Cirúrgicas, a sua instalação devia ser feita o mais perto possível das respectivas enfermarias pois, assim, a colaboração entre o laboratório e a clínica seria mais eficaz.

Devemos dizer de passagem que esta instalação é impossível em virtude da falta de espaço no edificio actual do Hospital.

Tôdas estas razões levam-nos a afirmar que:

- 1.º — A instalação actual do Laboratório de Clínica Cirúrgica é insufficiente, anti-higiênica e imprópria para o funcionamento dum laboratório.
- 2.º — Não havendo espaço junto das respectivas enfermarias deve procurar-se instalar o laboratório em lugar onde se possam observar as mais elementares condições de hygiene e, pelo menos, as indispensáveis condições exigidas pelo funcionamento dum laboratório.
- 3.º — Em virtude do excesso de trabalho e do seu aumento constante, é necessário aumentar também o respectivo quadro do pessoal, para que o auxilio do laboratório à clínica seja mais pronto e, portanto, mais útil.

O analista,

José Costa

Regulamento dos Serviços de Cirurgia

I

Assistentes

Artigo 1.º Aos assistentes do 7.º Grupo (Cirurgia) compete nos termos do Regulamento da Faculdade de Medicina aprovado por decreto n.º 19:691 de 18 de Março de 1931:

- 1.º Auxiliar os respectivos professores, executando os serviços que a bem do ensino êles determinem;
- 2.º Acompanhar e guiar os alunos nos trabalhos práticos;
- 3.º Executar os serviços clínicos e laboratoriais que os professores indicarem;
- 4.º Vigiar pela conservação do material clínico e do Laboratório e pelos livros pertencentes à cadeira;
- 5.º Guardar o livro do ponto e registar a assiduidade dos alunos, quando assim o professor o determine;
- 6.º Ordenar e arquivar os relatórios dos alunos e as histórias clínicas dos doentes, seleccionando os casos mais notáveis e os trabalhos mais completos, quando o professor assim o determine;
- 7.º Proceder a trabalhos científicos da sua iniciativa ou indicados pelo professor;
- 8.º Substituir e auxiliar os outros assistentes do grupo dentro dos limites compatíveis com os interesses de serviço do professor a cuja cadeira pertencem;

Art. 2.º Para bom cumprimento das atribuições que lhe incumbem nos termos do artigo anterior deverá cada assistente:

- 1.º Comparecer nas clínicas todos os dias às 8 horas, permanecendo nos Hospitais até às 12 horas e depois das 15 até às 18 horas, ou ainda depois desta hora, se as necessidades urgentes de serviço o exigirem ou assim fôr ordenado pelo professor;
- 2.º Assinar o livro do ponto nos termos legais;
- 3.º Ter a seu cargo uma sala de enfermaria que lhe será distribuída pelo professor, ficando o assistente responsável pelos doentes nela internados;
- 4.º Fazer a história clínica dos doentes internados no sector que lhe fôr confiado;
- 5.º Visitar os seus doentes pelo menos duas vezes por dia, uma de manhã e outra de tarde e registar tôdas as ocorrências que lhes digam respeito e interessem a clínica, prevenindo o cirurgião director, quando seja caso disso.

6.º Fazer uma assistência meticulosa a todos os doentes, particularmente aos operados, fazendo pensos, registando em fôlhas especiais que ficarão fazendo parte da história clínica todos os incidentes, pulsos, ciclos respiratórios, tensão arterial, etc. — e bem assim a terapêutica e dieta, organizando as tabelas, que entregará ao pessoal de enfermagem encarregado do serviço;

7.º Efectuar os exames que julgar necessários ao esclarecimento do diagnóstico ou a investigações científicas;

8.º Requisitar aos Laboratórios e Institutos da Faculdade de Medicina as análises e estudos que julgue convenientes;

9.º Assistir às intervenções cirúrgicas, tomando nota de tudo o que se fôr passando no acto operatório, em boletim especial que ficará anexo às histórias clínicas;

10.º Quando lhe fôr determinado, anestesiari os doentes, ajudar o operador, ou operar;

11.º — Prevenir o cirurgião director de qualquer ocorrência ouvindo-o sempre e cumprindo escrupulosamente as suas ordens e indicações;

12.º Vigiar pela conservação do material da clínica, quer êste pertença à Faculdade quer seja propriedade dos Hospitais;

13.º Executar quaisquer ordens relativas aos serviços de ensino e de assistência que lhe sejam dadas pelo respectivo professor.

Art. 3.º Além das atribuições referidas nos artigos anteriores incumbe aos assistentes fazer serviços de guarda nos termos do artigo 48.º do Decreto n.º 5:736, de 10 de Maio de 1919, e dos artigos 46.º e 53.º do Regulamento dos Hospitais aprovado pelo Decreto n.º 19:660, de 29 de Abril de 1931.

II

Ajudantes de clínica

Art. 4.º Os ajudantes de clínica nos termos do artigo 208.º do Regulamento da Faculdade de Medicina desempenharão junto dos respectivos professores funções idênticas às dos assistentes, com excepção das funções docentes, sendo porém obrigados a prestar todo o serviço que lhes fôr exigido.

§ único. Nos termos dêste artigo compete aos ajudantes de clínica todo o serviço que por êste Regulamento incumbe aos assistentes com excepção dos serviços de natureza pedagógica.

III

Assistentes voluntários

Art. 5.º Os assistentes voluntários nos termos do artigo 207.º do Regulamento da Faculdade de Medicina, poderão sob responsabilidade do Professor desempenhar os serviços para que êste os julgue competentes.

§ único. Os funcionários a que se refere êste artigo não poderão desempenhar funções pedagógicas, sendo porém obrigados a todo o serviço clínico.

IV

Internos

Art. 6.º Os internos serão nomeados mediante concurso feito nos termos do Decreto n.º 20:367, de 8 de Outubro de 1931, competindo-lhes:

- 1.º O serviço clínico nas enfermarias onde trabalham;
- 2.º O serviço de Guarda que a Direcção dos Hospitais lhe distribuir nos termos do artigo 48.º do Decreto n.º 5:736, de 10 de Maio de 1919.

V

Disposições gerais

Art. 7.º Aos ajudantes de clínica, assistentes voluntários e internos é applicável a doutrina dos artigos 1.º n.ºs 3.º e 4.º, artigo 2.º, n.ºs 1.º a 12.º e artigo 3.º

§ único. Os Ajudantes de clínica, assistentes voluntários e internos poderão substituir os assistentes em serviços clínicos; não poderão, porém, ter interferência nos serviços pedagógicos.

VI

Laboratório de clínica cirúrgica

(Cirurgia experimental)

Art. 8.º O Laboratório de Cirurgia experimental será dirigido por um professor de cirurgia e destina-se à realização das análises clínicas dos serviços desta Secção e a trabalhos de investigação científica.

Art. 9.º Quando qualquer professor ou Assistente da Faculdade de Medicina pretender utilizar os serviços do Laboratório, deverá indicar por escrito a natureza dos trabalhos a realizar.

O Director dará a necessária autorização, se julgar proveitosa a colaboração do laboratório.

Art. 10.º O pessoal do Laboratório é o que consta do artigo 210.º do Regulamento:

- 1 Analista;
- 1 Preparador;
- 1 Contínuo;

§ único. Além d'êste pessoal o director poderá escolher outros auxiliares dentre os funcionários da Faculdade de Medicina, Professores, Assistentes ou internos.

Art. 11.º Não poderá ser retirado do Laboratório qualquer objecto, livro, revista ou material que lhe pertençam, sem autorização do Director.

§ único. O pedido de autorização será feito por escrito e implicará no caso de deferimento, para a pessoa a quem foi confiado o objecto ou material, a responsabilidade pelo seu descaminho ou deterioração.

Art. 12.º O Laboratório funcionará todos os dias úteis das 9 às 12 horas e das 14 às 17 horas.

Art. 13.º Haverá um livro de ponto que deverá ser assinado por todo o pessoal nos termos da lei.

Art. 14.º O pessoal do Laboratório será obrigado a trabalhar fora das horas normais de serviço, quando o director entender que as análises em curso assim o exigem.

Art. 15.º Nenhum empregado poderá ausentar-se do Laboratório durante as horas de serviço sem expressa autorização do Director ou de quem o substituir.

§ único. Só poderão justificar-se as faltas no termo da lei.

Art. 16.º Compete ao Director:

- 1.º Promover, orientar e distribuir os serviços a realizar;
- 2.º Manter a boa ordem e disciplina no Laboratório;
- 3.º Escolher os auxiliares a que se refere o § único do artigo 10.º;
- 4.º Dispensar do serviço estes auxiliares quando julgar conveniente;
- 5.º Propor o contrato ou assalariamento do analista, preparador, contínuo e demais pessoal para serviço do Laboratório e rescindir os respectivos contratos;
- 6.º Exercer as demais funções que lhe são atribuídas por este Regulamento, velar pelo seu cumprimento integral, propor superiormente quaisquer modificações que julgue convenientes e ainda providenciar nos casos omissos.

Art. 17.º Compete ao analista:

- 1.º Colaborar com o director nos serviços do Laboratório e executar os trabalhos que lhe forem distribuídos;
- 2.º Substituir na sua ausência o director em tôdas as suas atribuições técnicas.

Art. 18.º Compete ao restante pessoal, executar os serviços de que fôr incumbido.

Art. 19.º O pessoal do Laboratório trabalhará sempre com o maior cuidado, escrúpulo e rigor científico.

§ 1.º A infracção do disposto neste artigo importará uma falta disciplinar; e, quando cometida pelo pessoal contratado autorizará a rescisão do respectivo contrato.

§ 2.º Se a falta a que se refere o parágrafo anterior fôr cometida por qualquer outro empregado, aplicar-se-ão as respectivas sanções legais.

Art. 20.º O empregado que por manifesta negligência inutilizar ou deteriorar qualquer material do Laboratório, deverá indemnizar êste, pelo dano causado.

Aprovado em sessão do Conselho Escolar da Faculdade de Medicina, em 31 de Outubro de 1932.

Hospitais da Universidade de Coimbra

Ordens de Serviço

N.º 159

Em 29 de Abril de 1940.

Considerando que existe nestes Hospitais uma diversidade muito grande de mobiliário hospitalar, que convém uniformizar tanto quanto possível;

Considerando que é necessário averiguar anualmente das necessidades de aquisição de mobiliário para os diversos serviços e dependências hospitalares;

Considerando que os diversos serviços hospitalares requisitam às vezes o que lhes é indispensável ou devolvem mobiliário sem motivo justificado, determino:

Artigo 1.º — É criada nos Hospitais uma comissão permanente de mobiliário, composta pelo Fiscal dos Hospitais que servirá de Presidente, pelo Enfermeiro-chefe encarregado do Arsenal Cirúrgico, pelo Chefe de Obras e Oficinas e pelo Maquinista-chefe, à qual compete:

- a) Organizar e entregar ao Chefe dos Serviços Administrativos até 30 de Junho de cada ano, uma relação do mobiliário a adquirir no ano seguinte, relação esta que deve ser acompanhada dos desenhos dos móveis cuja aquisição é pedida, memória descritiva, e serviços ou locais a que se destinam;
- b) Receber o mobiliário adquirido quando entregue pelos fornecedores; verificar se o mesmo está ou não de acôrdo com o respectivo caderno de encargos, lavrando uma acta das conclusões a que chegar, a qual entregará nos Serviços Administrativos devidamente assinada por todos os membros da Comissão, para ser apensa ao processo;
- c) Fazer a distribuição pelos serviços ou dependências a que se destinam, de todo o mobiliário recebido, cobrando dos respectivos encarregados responsáveis, o competente recibo, para efeitos de cadastro de inventário;
- d) Receber tôdas as requisições para devolução de mobiliário feitas pelos diversos serviços, verificando se os móveis cuja devolução é pedida são desnecessários nos

serviços que os pretendem devolver e ainda se estão em perfeito estado de conservação ou se deve ser tomada responsabilidade ao empregado responsável por qualquer avaria sofrida;

- e) Mandar reparar nas oficinas dos Hospitais todo o mobiliário que mereça consêrto;
- f) Verificar se o mobiliário devolvido por alguns serviços, depois de cumprido o disposto nas alíneas anteriores, tem aplicação noutros serviços hospitalares;
- g) Todo o mobiliário que não mereça consêrto ou que não tenha aplicação nos diversos serviços hospitalares será pela Comissão devidamente relacionado e a relação bem discriminada, com a indicação da proveniência e o seu valor actualizado, entregue nos Serviços Administrativos;
- h) Logo que os Serviços Administrativos tenham autorização para procederem à venda do mobiliário inutilizado ou retirado de serviço, assim o comunicarão à Comissão para esta proceder à sua arrumação e preparação para Leilão.

Art. 2.º — A cargo e responsabilidade da Comissão permanente de mobiliário fica todo o mobiliário existente nos Hospitais e que de futuro venha a ser adquirido, respondendo por êle perante o Director e Conselho Administrativo. Igual responsabilidade será tomada pelos encarregados dos serviços perante a Comissão, pelo mobiliário que lhes está confiado.

Art. 3.º — Para efectivação da responsabilidade a que se refere o artigo anterior, a Comissão dará immediato balanço a todo o mobiliário existente, conferindo-o pelo respectivo inventário geral.

Art. 4.º — O mobiliário existente e não constante dos inventários, por se encontrar inutilizado ou fora do serviço, será immediatamente relacionado pela Comissão e a sua relação entregue nos Serviços Administrativos.

Art. 5.º — A Comissão permanente do mobiliário corresponder-se-á com e Direcção e Conselho Administrativo dos Hospitais por intermédio dos Serviços Administrativos.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 160

Em 26 de Abril de 1940.

Por alguns boletins de serviço, chegou até esta Direcção o conhecimento official da forma irregular como em algumas Clínicas se procede à elaboração dos receituários.

No antigo Regulamento do Doutor Costa Simões, apenas os clínicos Directores das enfermarias tinham competência para a prescrição do receituário, ou o

clínico interno, na sua falta. Porém, não só o movimento dos doentes aumentou consideravelmente, como se multiplicaram as exigências de ordem técnica, científica e pedagógica, absorvendo imenso tempo a todos os clínicos. Mas como, por outro lado, os serviços dispõem hoje de mais pessoal clínico, será sempre possível confiar a prescrição do receituário a um funcionário com categoria oficial, deixando-se assim ao respectivo Director mais tempo livre para os trabalhos já referidos. Na certeza, porém, que os receituários terão de ser feitos e assinados só por quem tenha a necessária categoria.

Neste sentido determino:

Artigo 1.º — Os receituários dos diversos serviços clínicos são da responsabilidade do respectivo Director. Mas estes poderão delegar êsse encargo no pessoal clínico de nomeação oficial sob a sua dependência: professores auxiliares, agregados, assistentes, ajudantes de clínica e internos.

Art. 2.º — Para regularidade dos Serviços, os Ex.^{mos} Directores das Clínicas providenciarão de forma a que os receituários dêem entrada nos Serviços Farmacêuticos até às 12 horas.

Art. 3.º — Os Serviços Farmacêuticos só aviarão os receituários que lhe sejam presentes, quando escritos pelo próprio punho e assinados pelas entidades acima designadas.

a) Para êsse efeito, ser-lhe-á enviada a relação do pessoal que neste estabelecimento exerce funções pedagógicas ou clínicas, com nomeação no *Diário do Governo*.

b) Noutras condições, ou em caso de dúvida, o receituário não será aviado e o facto será imediatamente comunicado a esta Direcção.

Art. 4.º — Na falta de receituário até às 12 horas, facto que só se admite por ausência do respectivo Director clínico, o enfermeiro encarregado recorrerá ao médico de serviço. Êste deixará registado, no livro respectivo, o motivo da chamada e o enfermeiro fará a devida comunicação no boletim diário.

Art. 5.º — Ao pessoal de enfermagem é absolutamente proibido escrever seja o que fôr nos receituários, assim como nos boletins clínicos quer diga respeito a medicamentos, quer diga respeito a dietas. A menor transgressão será imediatamente punida.

a) Os enfermeiros-chefes ficam responsáveis pelo rigoroso cumprimento desta determinação.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 161

Em 7 de Maio de 1940.

A situação actual, motivando o encarecimento de todos os artigos, já determinou expressas recomendações de grande economia no consumo de todos os artigos.

O aumento de preço que agora se verifica no papel e cartão determina referência à parte exigindo especiais cuidados no seu emprêgo e uso.

Aos senhores Fiscal e Chefes de Serviço se recomenda a maior vigilância e imediata participação de todos os abusos verificados, para acção punitiva.

Será, porém, para desejar que todo o pessoal, integrado nas duras contingências da hora presente, a tal não dê motivo.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 162

Em 30 de Maio de 1940.

Desejando estes Hospitais associar-se às festas centenárias do duplo centenário da fundação e restauração de Portugal, esta Direcção determina:

1.º — Que no próximo dia 14 de Junho, dia em que têm início aquelas comemorações, seja gratuita a visita a todos os doentes dêstes Hospitais;

2.º — Que, no mesmo dia, sejam melhoradas as dietas dos doentes e do pessoal com direito a alimentação.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 163

Em 6 de Junho de 1940.

Afim de obstar à continuação de deficiências que se têm notado e que dizem respeito a remessa de documentos dos sinistrados aos Tribunais do Trabalho, esta direcção determina:

Artigo 1.º — Ao dar entrada nas Consultas Externas, qualquer vítima de acidente no trabalho, imediatamente serão preenchidos os impressos da participação de acidente, verbete estatístico e Boletim de exame. Estes documentos seguirão logo para os serviços de Expediente, afim de terem o devido destino;

§ único. Quando o doente ficar hospitalizado, o boletim clínico não será registado sem que aqueles documentos tenham ali dado entrada.

Art. 2.º — O registo de doentes apensará ao Boletim de todos os sinistrados hospitalizados impressos de alta, afim de que os Clínicos os preencham a quando da saída dos doentes dos Hospitais.

§ único. O registo de doentes não poderá aceitar as papeletas com alta sem a entrada dos Boletins de alta devidamente preenchidos.

Art. 3.º — Os clínicos poderão delegar, no pessoal clínico seu subordinado, o encargo do preenchimento dos Boletins de exame e alta.

Art. 4.º — Para controlar a entrada nos Serviços de Expediente da documentação acima expressa, participação, verbete estatístico, exame e alta, as Consultas Externas e os serviços clínicos, registrarão em livros especiais a entrada de todos os doentes, deixando colunas onde, naqueles serviços, um empregado acuse a sua entrada por meio da respectiva assinatura.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 164

Em 1 de Junho de 1940.

Para conhecimento de V. Ex.^a e devidos efeitos, se transcreve a seguinte Circular:

MINISTÉRIO DO INTERIOR — DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA —
CÓPIA — CIRCULAR: — Lisboa, 16 de Janeiro de 1940. Ex.^{mo} Sr. Presidente da Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos — Lisboa. — Por não ser admissível a concessão de licenças a funcionários desligados do serviço e ao abrigo da Assistência aos Funcionários Civis Tuberculosos, esta Direcção Geral resolve não continuar a permitir tais licenças, nem mesmo as das festas da Páscoa e do Natal, salvo, para estas últimas, quando os interessados as requeiram com quarenta e cinco dias de antecedência, devendo os directores clínicos informá-las quanto ao comportamento do requerente e seu estado físico, isto é, se não há inconveniente de ordem clínica que a elas se oponha. — Os doentes cujos requerimentos tiverem deferimento ficam obrigados a gosar a licença pedida, a não ser que por motivo de ordem clínica, devidamente comprovada se encontrem impossibilitados de sair do sanatório na ocasião em que lhes cumpria começar a licença. — Desta resolução deve ser dado conhecimento a todos os doentes internados nos estabelecimentos dependentes de V. Ex.^a — A Bem da Nação. — O Director Geral (a) *Alberto de Mira Mendes*. — Está conforme. — O Chefe da Repartição (a) *G. Possolo*.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 165

Em 20 de Junho de 1940.

Tendo-se verificado que traz grandes inconvenientes ao serviço o facto de algumas serventes-criadas e auxiliares de limpeza não saberem ler e escrever; e, sendo certo que o Governo da Nação tem por tôdas as formas procurado diminuir o analfabetismo no país, não sendo por isso justo que os Estabeleci-

mentos do Estado não colaborem nessa obra grandemente meritória do Estado Novo, determino:

Artigo 1.º — De futuro, não poderão ser admitidos nestes Hospitais serventes-criadas e auxiliares de limpeza que não saibam ler e escrever.

Art. 2.º — Os requerimentos para admissão nestes Hospitais de serventes-criadas e auxiliares de limpeza, serão feitos pelos requerentes, com letra e assinatura devidamente reconhecida pelo Notário.

Art. 3.º — Os Serviços de Expediente não proporão à assinatura desta Direcção nem admitirão nenhum requerimento para os fins indicados que não estejam devidamente reconhecidos por Notário como fixa o artigo anterior.

Art. 4.º — Para a admissão serão sempre preferidos os que, em igualdade de condições, provem ter maiores habilitações literárias.

Art. 5.º — No caso de dispensa de pessoal assalariado, jornaleiro ou contratado, por qualquer motivo, será sempre dispensado, sendo possível a escolha, o pessoal com menos habilitações literárias.

Art. 6.º — Esta ordem de serviço anula qualquer outra com disposições em contrário.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 166

Em 9 de Agôsto de 1940.

Em referência à *Ordem de Serviço* n.º 143, de 9 de Março de 1938 e por ter sido aposentada a enfermeira-chefe Maria Pilar Pires e aguardar idêntica situação a enfermeira-chefe Cristina Augusto Júlio, assegurando os serviços, esta direcção determina:

1.º — Que a enfermeira-chefe Amélia Duarte Ferreira passe a acumular os serviços que lhe estão distribuídos com os que pertenciam à enfermeira Maria Pilar;

2.º — Que da mesma forma, a enfermeira-chefe Olinda Júlio acumulará os seus serviços, com os da sub-secção de Q. C. m.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 167

Em 30 de Outubro de 1940.

Portarias

O número excessivo de portarias existentes nestes Hospitais dificulta imenso a fiscalização de doentes e pessoal, e ainda mais a fiscalização administrativa;

a dispersão dos edificios que constituem o núcleo hospitalar não permite, como seria o ideal, ter uma única portaria para todos os serviços, entretanto, é possível reduzir o número existente desde que todos se convençam que a Direcção dos Hospitais não pode olhar só às comodidades de cada um, mas tem que ter em atenção a ordem, a disciplina e a economia hospitalar, e ainda o seu quadro de pessoal.

Nesta conformidade, determino:

Art. 1.º — A portaria do Largo Marquês de Pombal fica destinada ao serviço exclusivo do Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina, ficando a chave respectiva em poder e à guarda da Repartição Fiscal, onde o Director do Laboratório a mandará buscar todos os dias de manhã e entregar todos os dias à tarde.

Art. 2.º — As portas de acesso à escadaria e ao Balneário serão fechadas, passando o respectivo serviço a ser feito pela portaria da Ladeira do Castelo.

Art. 3.º — O movimento dos doentes hospitalizados e dos Ex.^{mos} Clínicos far-se-á pelo elevador que liga o respectivo Laboratório com os andares superiores dos Hospitais, ficando a chave dêste elevador à guarda e responsabilidade da servente-criada que presta serviço naquele Laboratório.

Art. 4.º — A portaria da Rua dos Militares, que dá acesso ao Hospital do Castelo, estará aberta exclusivamente das 7 1/4 às 14 horas, não tornando a abrir-se.

Depois das 14 horas o serviço do Hospital do Castelo far-se-á pela portaria de S. Jerónimo, sendo expressamente proibido aos doentes internados no Hospital do Castelo saírem daquele Hospital sem autorização escrita dos respectivos directores clínicos e só durante o tempo em que tenham de fazer tratamentos em outros edificios hospitalares.

Art. 5.º — O serviço do Banco e consultas externas, bem como do Balneário, Laboratórios, Farmácia, Cosinhas, Lavandaria, Depósitos e Oficinas, é feito durante o dia pela portaria da Ladeira do Castelo.

Art. 6.º — A entrada dos Ex.^{mos} Clínicos, visitas às enfermarias e ao quartos particulares, alunos da Faculdade de Medicina, doentes para os quartos ou para consulta, é feita durante o dia pela portaria principal.

Art. 7.º — A entrada e saída de todo o pessoal hospitalar, incluindo os alunos da Escola de Enfermagem, só se pode fazer pela portaria de S. Jerónimo, sendo-lhes vedada a entrada e saída pelas outras portarias. Só nesta portaria de S. Jerónimo haverá folhas de ponto do pessoal.

Art. 8.º — Durante a noite estarão abertas unicamente as portarias de S. Jerónimo e da clínica Obstétrica, só podendo, excepcionalmente, ser aberta uma das outras portarias com autorização do Ex.^{mo} Director.

Art. 9.º — A Repartição Fiscal tomará as providências necessárias para que sejam cumpridas as determinações da presente *Ordem de Serviço*, devendo distribuir o pessoal, escalando-o, de forma a

que o serviço de dia seja feito exclusivamente com os porteiros nomeados para o quadro, que se apresentarão no serviço devidamente fardados.

Art. 10.º — Para o serviço do 2.º turno da noite a Repartição Fiscal poderá chamar auxiliares de limpeza.

Art. 11.º — Os doentes dos quartos particulares que tenham de utilizar o ascensor da portaria de S. Jerónimo, poderão transitar pela citada portaria.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 168

Em 31 de Outubro de 1940.

Conforme parecer do Conselho Administrativo dêstes Hospitais, em sua sessão de 23 de Outubro p. p., por ter sofrido grande alta o preço do vidro, e em conformidade com a ordem de serviço n.º 135, de 12 de Julho de 1937, no seu n.º 3.º, é dado ao seu n.º 1.º, a seguinte redacção:

1.º — O preço dos vidros de janelas, portas, etc., quando tenham de ser pagos por quem os tenha partido ou dado causa a que os mesmos se partam, será calculado na seguinte base por metro quadrado:

Vidraça nacional lisa	45\$00
Vidraça estrangeira lisa	95\$00
Vidro nacional fôsko	120\$00
Vidro estrangeiro fôsko	200\$00

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 169

Em 21 de Novembro de 1940.

Tendo verificado, que por intermédio das prescrições de receituário, se cometem verdadeiros abusos, a-fim-de lhe pôr cõbro e definir responsabilidades, esta Direcção determina:

Artigo 1.º — Só os encarregados das enfermarias darão aos clínicos os receituários dos seus serviços e só êles poderão prestar aos clínicos as indicações que sejam necessárias para o respectivo preenchimento.

Art. 2.º — Os enfermeiros-chefes exercerão a fiscalização indispensável para averiguar se foram exactas as indicações prestadas.

§ único — Nestas condições os enfermeiros-chefes e os encarregados, pela ordem da sua categoria, serão os primeiros responsáveis por todo e qualquer abuso que se verifique.

Art. 3.º — Para obstar a que nos serviços clínicos se acumulem verdadeiros depósitos, é expressamente proibido pedir medicamentos em quantidade superior à indispensável para consumo do dia imediato.

§ único — Por esta determinação responde também, além dos funcionários já mencionados, o Sr. Chefe dos Serviços Farmacêuticos.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 170

Em 17 de Dezembro de 1940.

Para os devidos efeitos, se comunica que nesta data vão ser feitas as seguintes colocações:

1.ª, 2.ª, 4.ª M. h. e N. h., enfermeiro sub-chefe, *Álvaro Lopes.*

3.ª C. h., enfermeiro de 1.ª classe, *Ladislau Pinto de Magalhães.*

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 171

Em 21 de Janeiro de 1941.

Percorrendo o Livro de Actas das conferências dos Médicos Internos, em referência ao ano findo, esta Direcção verifica que esses trabalhos não decorreram com a conveniente regularidade;

E, no entanto, essas conferências deverão representar um coeficiente elevado na apreciação do aproveitamento e freqüência dos mesmos Internos;

Imprimindo, pois, a esses serviços a necessária eficiência, esta Direcção determina:

Artigo 1.º — Que se organize imediatamente a escala das Conferências, nos termos do artigo 19.º e seguintes da Ordem de Serviço n.º 111, de 16 de Outubro de 1935.

Art. 2.º — Que nessa escala sejam obrigatoriamente inscritos todos os Internos que ainda não terminaram o período normal do internato (art. 52.º do Dec. n.º 5:736, de 10 de Maio de 1919).

Art. 3.º — Os Internos que tendo excedido êsse prazo e aguardam a prestação final de provas declarem desejar figurar na referida escala.

Art. 4.º — Finalmente, todos os assistentes voluntários da Faculdade de Medicina, trabalhando nos vários serviços hospitalares, que igualmente declarem desejar ser escalados para essas conferências.

Semanalmente, o Livro das Actas será presente ao «Visto» do Médico-Chefe dos Internos, para os devidos efeitos.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 172

Em 21 de Janeiro de 1941.

A-fim de pôr cõbro a irregularidades e abusos verificados na cobrança de bilhetes de admissão de doentes pensionistas às Consultas Externas, esta Direcção determina:

Artigo único. — Fica sem efeito a passagem de bilhetes de admissão às referidas Consultas dos doentes mencionados no n.º 5.º do artigo 13.º da Ordem de Serviço n.º 113, de 28 de Novembro de 1935.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 173

Em 27 de Janeiro de 1941.

Chama-se a atenção de todos os funcionários que interveem na admissão de doentes, fora da hora normal da aceitação, para a determinação de 27 de Outubro de 1939 que proíbe qualquer aceitação de urgência sem a confirmação do chefe dos médicos internos ou de quem o represente.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 174

Em 10 de Fevereiro de 1941.

Tendo em atenção a importância e grande responsabilidade das atribuições dos médicos internos;

E reconhecendo-se vantagem no possível alargamento do respectivo quadro, pois dêsse facto resultaria a possibilidade da mais perfeita execução dos serviços e também tornaria extensiva a um maior número de licenciados a prática clínica nestes Hospitais;

Com o propósito de melhorar a assistência a prestar aos doentes, de prestigiar a Escola, e assegurada a indispensável competência, esta Direcção, enquanto medidas definitivas não são tomadas, autoriza:

Artigo 1.º — Que as atribuições dos internos destes Hospitais possam ser desempenhadas:

- a) Pelos *médicos internos* (de nomeação do Govêrno);
- b) Pelos licenciados que tenham sido aprovados nos respectivos concursos e que serão designados por *médicos internos agregados*;
- c) Pelos licenciados que tenham prestado serviços como assistentes voluntários e cuja competência haja sido comprovada pelos directores dos respectivos serviços clínicos e que serão designados por *médicos internos voluntários*.

Art. 2.º — A admissão na escala de serviço dos internos designados nas alíneas b) e c) do número anterior será requerida ao Director dos Hospitais.

Art. 3.º — São extensivos aos médicos internos agregados e voluntários todos os deveres e obrigações referidos na Ordem de Serviço n.º 111 de 16 de Outubro de 1935.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 175

Em 28 de Fevereiro de 1941.

Sendo indispensável organizar a Estatística Administrativa, base dos estudos necessários à Administração hospitalar, e

Para poder serem devidamente informadas as Instâncias Superiores com os elementos que estão a ser pedidos a esta Direcção, determino:

Artigo 1.º — Tôdas as requisições destinadas a doentes do Banco e Consultas externas serão feitas em impressos completamente independentes dos destinados aos doentes internados de qualquer categoria, a partir do dia 1 de Março próximo.

Art. 2.º — Os enfermeiros-chefes e os encarregados das enfermarias ficam solidariamente responsáveis, perante a Direcção dos Hospitais, pela aplicação dada aos medicamentos ou quaisquer produtos requisitados para doentes internados ou doentes externos, considerando esta Direcção como descaminho de artigos da Fazenda Hospitalar a aplicação dos produtos fornecidos em fins diferentes daqueles para que foram requisitados.

§ único. — No caso de se verificar o descaminho mencionado no corpo dêste artigo, os responsáveis, enfermeiro-chefe, e enfermeiro encarregado, serão imediatamente suspensos das suas funções e mandado instaurar o respectivo processo disciplinar.

Art. 3.º — O Chefe dos Serviços Administrativos, o Chefe dos Serviços Farmacêuticos e o Fiscal tomarão as necessárias providências para o cumprimento desta Ordem de Serviço.

Art. 4.º — O Chefe dos Serviços Administrativos, mandará fazer os impressos necessários para que de futuro sejam facilmente diferenciadas as requisições para os doentes internados das requisições para os doentes externos.

§ único. — Enquanto esses impressos não forem feitos, servirão as requisições actuais às quais, nas que se destinarem aos doentes externos, os Serviços Administrativos mandarão pôr o carimbo — *Doentes externos* —.

Art. 5.º — Só por nova Ordem de Serviço poderão ser alteradas ou modificadas as disposições desta, as quais revogam qualquer ordem ou disposição já existente em contrário.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 176

Em 3 de Março de 1941.

Tornando-se conveniente esclarecer a *Ordem de Serviço* n.º 141, de 13 de Dezembro de 1937, que trata do internamento de doentes por urgência portadores de Doenças infecciosas, determino:

Artigo 1.º — Para o internamento de doentes nas condições previstas na *Ordem de Serviço* n.º 141, de 13 de Dezembro de 1937, é necessário que o doente seja portador de doença infecciosa de carácter agudo;

Art. 2.º — Nenhuma cama suplementar poderá ser armada, nas Clínicas I. h. e I. m., citadas na referida *Ordem de Serviço*, sem prévia autorização da Direcção dos Hospitais.

Art. 3.º — Não podem ser internados nestes Hospitais, seja a que pretexto fôr, além do número da lotação normal, doentes portadores de doenças infecciosas que tenham em Coimbra Estabelecimentos de Assistência especiais aos mesmos destinados.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 177

Em 17 de Março de 1941.

Considerando que é de tóda a vantagem uniformizar a apresentação de todos os doentes internados nas enfermarias, para efeitos de higiene e disciplina

e ainda para que durante as horas de visita se possam diferenciar os doentes internados das visitas, determino:

Artigo 1.º— Todos os doentes internados nas enfermarias dêstes Hospitais, seja qual fôr a categoria e título de admissão, receberão roupa e calçado de tipo especial e prèviamente escolhido pela Administração hospitalar, que substituirá a roupa de que são portadores, a qual, depois de lavada e desinfectada, ficara à guarda dos Hospitais, até à saída do doente.

Art. 2.º— Os enfermeiros ou enfermeiras-chefes, por intermédio dos encarregados das enfermarias, estarão prevenidos com as roupas necessárias que requisitarão aos Serviços Administrativos, e pelas quais são responsáveis.

Art. 3.º— Os enfermeiros encarregados das enfermarias procurarão fornecer aos doentes as roupas mais aproximadas possível à sua estatura, evitando que a um doente alto seja dada uma roupa curta e vice-versa, ou calçado pequeno para um pé grande, dando uma impressão de desleixo e mau gôsto. Os enfermeiros e enfermeiras-chefes, bem como o Sr. Fiscal, responderão perante a Direcção dos Hospitais, pela forma como os enfermeiros ou enfermeiras encarregados desempenham esta determinação.

Art. 4.º— A nenhum doente, deitado, ou a pé por autorização do Clínico respectivo, é permitido estar sem a touca ou barrete na cabeça, salvo quando isso seja prejudicial à doença do doente, o que o seu médico mencionará na respectiva papeleta.

Art. 5.º— Logo que o doente tenha alta e depois de liquidadas as contas com os Hospitais, quando as tenha, receberá a roupa com que deu entrada nos Hospitais, devidamente lavada e desinfectada, em troca da roupa hospitalar.

Art. 6.º— É expressamente proibido aos doentes do sexo feminino descer ao andar dos doentes do sexo masculino, e a estes subir ao andar superior, sem prévia autorização do enfermeiro encarregado da respectiva enfermaria, o qual só autorizará tal deslocação quando para efeitos de tratamentos isso seja indispensável.

Art. 7.º— Igualmente é expressamente proibido aos doentes andar pelos corredores do Banco, Salas de operações, cêrcas, etc., sem prévia autorização do enfermeiro-chefe a que pertence a sua enfermaria.

Art. 8.º— Os Serviços Administrativos providenciarão mandando executar as roupas necessárias e adquirindo o calçado indispensável, de forma a poder abastecer as enfermarias conforme as requisições que lhe serão apresentadas, devendo ainda conservar em depósito a reserva suficiente.

Art. 9.º Os enfermeiros e enfermeiras terão sempre a roupa necessária para poder fornecer a cada doente; (sendo mulher, uma bata, uma touca e umas sandálias; e sendo homem, um pijame para verão, ou um fato de serrubeco para inverno, um barrete e sandálias), e mais 50% para reserva e substituição quando houver que mandar lavar a roupa dos doentes.

Art. 10.º — A Repartição Fiscal responderá superiormente pela boa execução da presente *Ordem de Serviço*, devendo esclarecer todos os casos omissos com o Sr. Chefe dos Serviços Administrativos, a quem esta Direcção confere os necessários poderes para dar a solução imediata que julgar mais conveniente, à boa ordem, disciplina e economia hospitalar.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 178

Em 22 de Março de 1941.

Em aditamento à *Ordem de Serviço* n.º 39, de 15 de Agosto de 1932, que regulamentou o fornecimento de medicamentos para uso dos empregados hospitalares e ao Boletim de Serviço de 22 de Julho de 1940, esta Direcção determina:

Art. 1.º — Os serviços farmacêuticos só podem aviar fórmulas que se destinem a ser utilizadas como medicamentos.

Art. 2.º — Que nestas circunstâncias, não podem ser aviadas quaisquer outras, cuja aplicação seja diversa da que fica referida, quer digam respeito a produtos simples, quer a produtos manipulados.

Art. 3.º — Que os medicamentos prescritos devem corresponder a um prazo curto, sendo imediatamente postas de parte tôdas as receitas em que se verifique a requisição de medicamentos em quantidade exagerada.

O Sr. Chefe dos Serviços Farmacêuticos será o primeiro responsável, perante esta Direcção, pelo cumprimento integral do que se determina na presente *Ordem de Serviço*.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 179

Em 22 de Março de 1941.

A-fim de obstar a inconvenientes que, por vezes, se têm verificado, esta Direcção determina:

Art. 1.º — Que os doentes ao ser radiografados sejam prèviamente privados dos alfinetes e mais material que possa prejudicar a radiografia.

Art. 2.º — Que ao verificar-se não ter havido êsse cuidado, por parte do pessoal de enfermagem, a radiografia seja considerada inútil e o seu custo pago pelo enfermeiro a quem seja atribuída a correlativa responsabilidade.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 180

Em 26 de Março de 1941.

Como consequência das últimas nomeações de enfermeiros-chefes esta Direcção determina as seguintes colocações.

1.ª Sub-secção cirúrgica — Homens

Enfermaria de 3.ª C. h.:

Enfermeiro-chefe, *Manuel Ferraz de Carvalho*.

1.ª Sub-secção cirúrgica — Mulheres

3.ª C. m. (aséptica) U. m., G. e Oftalmologia — mulheres:

Enfermeira-chefe, *Tereza da Conceição Silva*.

3.ª Sub-secção cirúrgica — Mulheres

Q. C. mulheres e S. O. m.:

Enfermeira-chefe, *Olinda Júlio*.

2. Serviços de senhoras em Q. 1 e Q. 2:

Enfermeira-chefe, *Maria do Carmo Sousa*.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 181

Em 9 de Maio de 1941.

Para conveniente verificação da entrada nos serviços dos senhores Médicos Internos, esta Direcção determina:

- 1.º — que o livro do ponto permaneça na Repartição Fiscal até às 9 — para registos de entrada dos senhores internos;
- 2.º — que às 9 horas o referido livro seja enviado ao gabinete do Director.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 182

Em 10 de Maio de 1941.

No propósito de desenvolver os serviços de assistência aos cardíacos, segundo o programa do Ex.º Prof. Dr. João Maria Pôrto, aprovado pelo Conselho Técnico destes Hospitais, pela Faculdade de Medicina da Universidade, e enquanto não é criado o Instituto de Cardiologia, esta Direcção determina:

Artigo 1.º — A partir do próximo dia 12 de Maio corrente passará a funcionar nestes Hospitais a Consulta de Cardiologia.

Art. 2.º — A Consulta destina-se, exclusivamente, às classes pobres, e funcionará às segundas, quartas e sextas feiras, às 10 horas.

Art. 3.º — A Consulta será dirigida pelo Ex.º Prof. Dr. João Maria Pôrto, tendo como assistentes os Ex.ºs Srs. Drs. Joaquim Antunes Azevedo e Luiz Moreira da Costa Providência.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 183

Em 2 de Junho de 1941.

Por proposta do Ex.º Director dos serviços clínicos de Oto-rino-laringologia entra imediatamente em vigor o seguinte horário de trabalhos:

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CONSULTA EXTERNA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

HORÁRIO

Dias da semana	8-8 1/2 h.	8 1/2-11 1/2 h.	11 1/2-12 1/2 h.
Segunda feira	Visita às enfermarias	Operações	Tratamento dos doentes internados
Terça feira	Idem	Consulta externa	Idem
Quarta feira	Idem	Operações	Idem
Quinta feira	Idem	Consulta externa	Idem
Sexta feira	Idem	Operações	Idem
Sábado	Idem	Consulta externa	Idem

Inscrição para a consulta externa, até às 10 horas

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 184

Em 28 de Junho de 1941.

Havendo toda a conveniencia em reunir numa são *Ordem de Serviço* as disposições referentes ao Serviço de Aceitação de doentes, disposições que se encontram dispersas em varias ordens e boletins, a Direco dos Hospitais determina:

Art. 1.º — A aceitação dos doentes sera feita diariamente no Edifício do Banco, a hora fixada pelo Clínico que a ela presidir, e sera sancionada pelo Director dos Hospitais.

Art. 2.º — A aceitação ordinária dos doentes são podera ser feita nas Consultas Externas depois de cumpridas as disposições do art. 13.º da *Ordem de Serviço* n.º 113.

Art. 3.º — A consulta de Cirurgia é dirigida pelo Prof. Catedrático da cadeira de Clínica Cirúrgica;

A consulta de Medicina é dirigida pelo Prof. Catedrático da cadeira de Clínica Médica;

As consultas das especialidades são dirigidas pelos Profs. das respectivas cadeiras ou cursos.

Art. 4.º — Os Directores das Consultas Externas podem fazer-se substituir nesse serviço por Profs. Auxiliares ou Agregados das respectivas Secções.

Art. 5.º — A Aceitação de doentes, fora da hora da consulta, é feita no serviço permanente de Socorros de urgência, sendo as propostas assinadas no bilhete de admisso pelo Médico de serviço e as papeletas autenticadas pelo Director da respectiva consulta.

Art. 6.º — Fora da hora da Aceitação, são em casos urgentes, é permitida a entrada de doentes, aceites pelo Interno de serviço, e na Clínica Obstétrica por um Assistente ou Interno da mesma Clínica, devendo sempre a urgência ser expressamente justificada na respectiva papeleta.

Art. 7.º — São excepcionalmente serão admitidos doentes em número superior  lotação das enfermarias, em camas suplementares.

Art. 8.º — O internamento em camas suplementares dos doentes de Medicina e Cirurgia são podera ser feito para as enfermarias de 4.ª M. e 3.ª C.

Art. 9.º — Nas enfermarias de especialidades são sera permitida a montagem de camas suplementares em U. h., U. m., C. O., I. e D. m.

Art. 10.º — São sera permitido o internamento em camas suplementares de doentes, nas enfermarias de I. m., I. h., que sejam portadores de doenças infecciosas de carácter agudo.

Art. 11.º — Especifica-se que não podem ser internados nestes Hospitais, além do número de lotação normal, doentes portadores de doenças infecciosas que tenham em Coimbra estabelecimentos especiais de Assistência aos mesmos destinados.

Art. 12.º — Para a enfermaria de D. m. são sera permitido o internamento em cama suplementar  doentes que venham acompanhadas de guias das autoridades sanitárias.

Art. 13.º — As camas suplementares propostas pelos Directores das Consultas e Internos de Serviço terão que ser, no dia imediato submetidas à autorização da Direcção.

Art. 14.º — Só com prévia autorização especial da Direcção poderão ser admitidos doentes em cama suplementar nas restantes enfermarias de especialidades.

Art. 15.º — Nas salas de Aceitação estará sempre patente o quadro das camas vagas de cada serviço, sendo absolutamente proibida a sonegação de vagas, cabendo a responsabilidade dessa infracção ao respectivo Enfermeiro Chefe.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 185

Em 1 de Julho de 1941.

Escola de enfermagem

Art. 1.º — Nos Hospitais da Universidade funcionará uma Escola Profissional destinada à habilitação de enfermeiros.

Art. 2.º — O curso da Escola de Enfermagem será de três anos: os dois primeiros anos corresponderão ao curso geral e o terceiro ao curso complementar. A matrícula será limitada, sendo anunciado o número máximo de alunos que poderão ser admitidos.

Art. 3.º — Haverá um exame de admissão à Escola de enfermagem ao qual só serão admitidos candidatos habilitados, pelo menos, com o exame de Instrução primária do 2.º grau e considerados aptos pela junta médica dos Hospitais.

Art. 4.º — Os ensinamentos da Escola de enfermagem — teóricos e práticos — serão distribuídos pelas seguintes cadeiras:

Curso geral

1.º ano

- 1.ª Cadeira — Noções gerais de Anatomia e fisiologia humanas e de histologia.
- 2.ª Cadeira — Enfermagem Médica geral.
- 3.ª Cadeira — Noções gerais de farmacologia e análises clínicas.

2.º ano

- 4.ª Cadeira — Enfermagem cirúrgica geral; Socorros urgentes e traumatologia.
- 5.ª Cadeira — Enfermagem médica especial.
- 6.ª Cadeira — Noções gerais de higiene, microbiologia, doenças infecciosas e parasitárias.

Art. 13.º — As camas suplementares propostas pelos Directores das Gon-
sultas e Internos que ser, no dia immediato sub-
medidas á autorizaçáo da Direcçáo.

7.ª Cadeira — Enfermagem cirúrgica especial.

8.ª Cadeira — Medicina social, organizaçáo hospitalar, deontologia e moral pro-
fissional.

Estágios em serviços de Medicina, Cirurgia, Maternidade, especiali-
dades Médicas e Cirúrgicas.

Art. 5.º — Os professores da Escola de Enfermagem serão escolhidos
entre os professores da Faculdade de Medicina, propostos pelo Director dos
Hospitais, depois de ouvido o Conselho Técnico e nomeados pelo Govêrno.

§ único. Auxiliarão o ensino da Escola de Enfermagem, os enfermeiros
chefes e mais pessoal que o Director dos Hospitais julgue necessário nomear.

Art. 6.º — Os alunos da Escola de Enfermagem que desejarem, depois de
concluído o curso geral, praticar nas clínicas para completar a sua educaçáo
técnica, poderão requerer à Direcçáo dos Hospitais a sua admissáo como tiroci-
nantes de enfermagem.

§ único. O número de tirocinantes será limitado e anualmente fixado
pela Direcçáo, depois de ouvido o Conselho Técnico.

O Director,

Ângelo da Fonseca.

N.º 186

Em 28 de Janeiro de 1941.

O Internato Médico nos Hospitais da Universidade

Artigo 1.º — O Internato nos serviços clínicos dos Hospitais da Universi-
dade terá a duraçáo de três anos: os dois primeiros anos constituirão o curso
geral, e o terceiro o curso complementar.

§ 1.º — O internato geral será feito em serviços gerais de medicina e
cirurgia.

§ 2.º — O internato complementar será feito em serviços gerais de medi-
cina ou cirurgia ou em especialidade, à escolha dos candidatos.

§ 3.º — O exercício do internato começará normalmente em 1 de Janeiro,
e contar-se-há por anos civis.

§ 4.º — Todos os internos serão obrigados a prestar o serviço de escala
que lhes fôr determinado pela Direcçáo dos Hospitais da Universidade.

Art. 2.º — A admissáo ao primeiro ano do internato será feita mediante
concursos de provas teóricas e práticas, as quais devem estar concluídas até ao
dia 30 de Novembro de cada ano.

Art. 3.º — Os concursos para admissáo ao 1.º ano de internato serão
anunciados no *Diário do Govêrno* e terão o prazo de trinta dias, contados desde
a publicação do respectivo aviso, do qual deverá constar a relaçáo de todos os
documentos exigidos para a admissáo à prestaçáo de provas.

Art. 4.º — Além das demais condiçóes gerais para o exercício de cargos
públicos, será exigida para a admissáo aos concursos para o 1.º ano do internato