

COIMBRA MÉDICA

ANO XIII

JUNHO de 1946

N.º 6

SUMÁRIO

	Pág.
O DIVÓRCIO EM MEDICINA LEGAL — dr. Fernando de Almeida Ribeiro.	277
A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS DE HIPERQUERATOSE PALMO-PLANTAR SIMÉTRICA, CONGÊNITA E FAMILIAR — dr. Serra Pratas.	299
DOIS ANOS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA — dr. Henrique de Oliveira	313
LIVROS & REVISTAS	326
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES.	xxxiii

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura
— Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Guil-
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-
mino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Lúcio de Almeida
— Prof. Augusto Vaz Serra — Prof. António Meliço Silvestre
— Prof. J. Correia de Oliveira — Prof. Luís Raposo

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz
António de Matos Beja
António Nunes da Costa
Armando Tavares de Sousa
Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
Luís Duarte Santos
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano	60\$00
Estrangeiro	80\$00
Número avulso — cada	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Em resumo, las experiencias feitas para avaliar o poder inhibitorio e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inhibitorio sobre as bacterias pathogenicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Cointra 14 de dezembro de 1910

Charles Fiquiera



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal."
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NOBRE

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescências etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculosas, rinitismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopose, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites.

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÔ-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinino-terapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



O DIVÓRCIO EM MEDICINA LEGAL ⁽¹⁾

POR

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

SUMÁRIO — 1. — Até 1910. 2. — De 1910 a 1940. 3. — Depois de 1940. 4. — Conjecturas. 5. — Disposições legais. 6. — Adultério. 7. — Sevilcias. 8. — Injúrias graves. 9. — Menosprezo do dever ou do direito conjugal. 10. — Alcoolismo e embriagues. 11. — Loucura incurável. 12. — Loucura e interdição prévia. 13. — Epilepsia e histeria. 14. — Doença contagiosa incurável. 15. — Aberração sexual. 16. — O médico assistente e o divórcio.

1. — Na vigência do artigo 1.056.º do Código Civil, até 1910, o casamento era considerado um contrato perpétuo em qualquer das suas formas: católica ou civil. Aos conjuges, embora eventualmente fosse concedida a autorização de separação de pessoas e bens, era impedida a dissolução do laço matrimonial, excepto por morte de um deles, único caso em que o outro poderia contrair novo casamento.

Em 1910, o Estado Republicano entendeu que Portugal deveria entrar no caminho já seguido por muitos outros países, onde se admitira a dissolução também pelo divórcio.

Atendeu-se a que há casos infelizes de matrimoniados desunidos, em que, realmente, é impossível esperar a recomposição efectiva do lar e em que, frequentemente, um dos conjuges é inocente vítima das culpas do outro. E julgou-se justo e necessário prover de remédio essas situações.

E tanta importância a esta consideração se ligou que houve talvez o esquecimento de se atender suficientemente a que é antes

(1) Conferência do IX Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizada em 2 de Julho de 1946.

ao bem geral da sociedade, isto é de quase todos, do que ao bem particular de alguns que deveria ligar-se importância preferencial; a que mais valeria que perdurasse o lamentável sacrificio de poucos do que, para utilidade desejada mas nem sempre conseguivel destes, se fornecessem meios de acção que iriam, pelo abalo trazido aos alicerces da instituição fundamental da família, concorrer para a destruição do socego de lares incomparavelmente mais numerosos; a que o casamento, embora tido como um simples contrato, pelos arreligiosos que o não têm também como sacramento, é contudo um contrato muito especial, que tem por objecto a constituição legitima da família; e a que, portanto, este contrato interessa, colectivamente, ao bem e à ordem sociais e, individualmente, não só aos conjuges, que representam o presente, mas também, e sobretudo, aos filhos, que representam o futuro e a esperança ou a garantia da continuidade da raça e da nação, e que têm o natural direito de não se verem privados do seu lar, de criação e ensinamento.

Do que fica dito, e do mais, resultou que o decreto com força de lei de 3 de Novembro de 1910 declarou, no seu art. 1.º, que o casamento ficava dissolúvel não só pela morte de um dos conjuges, mas também pelo divórcio; e que o decreto n.º 1 de 25 de Dezembro do mesmo ano estabeleceu que o casamento civil, o único determinado válido, passava a ser um contrato apenas presumivelmente perpétuo, já que se ressalvava a possibilidade da sua dissolução pelo divórcio, de pouco anterior instituição.

2. — Até 1940, em cerca de 30 anos de vigência da permissão do divórcio, não teve este, felizmente, entre nós, efeitos dissolventes da moralidade pública e do acréscimo populacional que se possam razoavelmente aproximar dos produzidos no geral dos países; e mostram as estatísticas que, em Portugal, se não tem observado a regra habitual da subida constante do número de casais que se divorciam. O máximo registrado, que ultrapassara 1000 em 1928, deu lugar, em 1940, a uma baixa para 649 casos de divórcio, apesar do aumento constante e notável do número de portugueses. E isto muito diz em favor da sólida contextura moral do nosso povo, a quem certas modas americanas e de outras gentes tidas como mais civilizadas nem sempre conseguem impor-se.

3. — Mas aconteceu que, no dito ano de 1940, se entendeu não permitir que os católicos, que, como tais, acordassem em unir-se pelos laços religiosos do sacramento, e não antes e só pelos civis do contrato, continuassem expostos à fácil tentação de, praticamente, abjurarem da sua fé e dos seus princípios, num dia em que descobrissem em si inconformidade com as imperfeições do conjuge, relutância em se resignarem a ser vítimas de um nobre sacrificio a favor dos interesses dos seus filhos, das suas crenças e da moralização própria e alheia, ou até, simplesmente, a esperança de um outro mais feliz futuro conjugal, senão antes o propósito do conseguimento da satisfações sensual das suas humanas fraquezas.

Por isso, após a Concordata com a Santa Sé, assinada em em Roma a 7 de Maio e ractificada em Lisboa a 1 de Junho, saiu o decreto n.º 30:615, de 25 de Junho de 1940. E toda a matéria de ambos entrou em pleno vigor a partir de 1 de Agosto seguinte.

Voltando o Estado Portugues a aceitar a validade, para efeitos civis, do casamento católico, dada a sua realização nas condições concordatárias, era lógico que, como realmente aconteceu, se reconhecesse de novo essa forma de casamento como constituindo um contrato perpétuo, só dissolúvel por morte de qualquer dos contraentes, como está prescrito para o sacramento, a menos de nulidade.

E, assim, a possibilidade do divórcio desapareceu para aqueles que, a partir de 1 de Agosto de 1940, optaram ou vierem a optar pelo casamento católico, pois que o art. 24.º da aludida concordata diz, textualmente: «Em harmonia com as propriedades essenciais do casamento católico, entende-se que, pelo próprio facto do casamento canónico, os conjuges renunciarão à faculdade civil de requererem o divórcio, que, por isso, não poderá ser aplicado pelos tribunais civis aos casamentos católicos».

4. — Embora nos três anos seguintes a 1940 o número de divórcios tivesse sido superior ao desse ano, com o máximo de 958 em 1943 (ao que vejo citado pelo Senhor Afonso Lucas no prefácio da edição portuguesa do belo livro *Divórcio* do Padre brasileiro Leonel Franca), como não é supor que o peso na esta-

tística resulte sensivelmente de casamentos contraídos em tão recentes datas, a superioridade dos números observada não será, decerto, senão o resultado de oscilações, para mais ou para menos, semelhantes às que, desde o máximo atingido em 1928, tiveram ocasião de produzir-se e que, por exemplo, em 1930 e 1935 haviam já dado, precisamente, lugar ao mesmo número de 958 que 1943 registrou. E antes é de crer que, à medida que vão diminuindo as disponibilidades de divorciáveis anteriores no casamento a 1940, as estatísticas venham a indicar um número sensivelmente mais baixo de divórcios realizados, dada a confissão católica da grande maioria dos portugueses, apesar da falta de prática religiosa habitual de muitos e do desinteresse pelo casamento canónico que frequentemente se encontra nas classes populares dos grandes aglomerados industriais.

5. — Seja como for, continuará o divórcio à disposição dos casados civilmente depois de 1940 e de todos os casados antes dessa data, e a dar interesse à eventual intervenção do perito médico. E, como é sob esse aspecto que pretendo ocupar-me desse instituto, vejamos quais são as passagens ainda não citadas do decreto de 3 de Novembro de 1910 que nos podem merecer consideração sob o ponto de vista médico-legal.

«Art. 2.º O divórcio, autorizado por sentença passada em julgado, tem juridicamente os mesmos efeitos da dissolução por morte, quer pelo que respeita às pessoas e aos bens dos conjuges, quer pelo que respeita à faculdade de contraírem novo e legítimo casamento».

«Art. 3.º — O divórcio pode ser pedido só por um dos conjuges ou por ambos conjuntamente. No primeiro caso diz-se divórcio litigioso; no segundo caso diz-se divórcio por mútuo consentimento».

Art. 4.º — São taxativamente causas legítimas de divórcio litigioso:

1.º — O adultério da mulher;

2.º — O adultério do marido;

4.º — As sevícias ou as injúrias graves;

«7.º—A loucura incurável quando decorridos, pelo menos, três anos sobre a sua verificação por sentença passada em julgado nos termos dos artigos 419.º e seguintes do Código do Processo Civil. (*Estes artigos, referentes à interdição por demencia, estão hoje substituídos pelos artigos 944.º e seguintes do novo Código, de 1939*).

«10.º — A doença contagiosa reconhecida como incurável, ou uma doença incurável que importe aberração sexual.

«§ 4.º—No caso do n.º 10.º, a acção não pode propor-se sem que a natureza e os caracteres da doença incurável sejam verificados em exame prévio...

«Art. 34.º —

«§ único.— A não autorização do divórcio, que tiver sido requerido com fundamento em qualquer dos n.ºs 1.º a 4.º, 9.º e 10.º do art. 4.º, e bem assim a não verificação em exame prévio da doença referida neste último número constitui presunção de injúria grave para o conjuge vencedor, e fica sendo fundamento bastante para este solicitar, querendo, o divórcio ou a separação de pessoa e bens contra o conjuge vencido».

E, como o art. 43.º estabelece que «é permitido aos conjuges a separação de pessoas e bens pelos mesmos fundamentos do divórcio litigioso...» já se deixa ver que as considerações médico-legais aplicáveis a este se aplicam no que respeita àquela, que, como é sabido, se distingue do divórcio em não permitir durante a vida dos dois conjuges a realização de outro matrimónio a qualquer deles, e pela sua não irremeabilidade, dada a possibilidade de reconciliação que faculta.

6. — O *adultério* da mulher e o do marido, equiparados um ao outro em carácter e gravidade pelo § 1.º do art. 61.º do decreto em apreço, isto é a realização por qualquer dos conjuges da cópula extra-conjugal, constituem as duas primeiras causas legítimas do divórcio litigioso. Elas se provarão, decerto, na maior parte dos casos, sem o recurso a peritos médicos. Mas, uma ou outra vez, poderá esse recurso ser útil e porventura de impor-

tância decisiva, quer pelo exame de objectos e manchas, quer pelo exame dos próprios corpos dos interessados.

Assim, por exemplo, mesmo a longa distância de acto adulterino, o exame feito para averiguar da aquisição por qualquer dos conjuges de uma doença venérea sem participação do outro pode ser muito elucidativa de infidelidade conjugal, quando seja exclusivel a origem dela anterior ao casamento. Há-de, contudo, o perito, se chamado para casos desses, não esquecer que nem sempre é venéreo o processo do contágio das infecções sifilíticas, ducreicas ou blenorragicas, e que por acidente, às vezes de honesto exercício profissional, elas se podem produzir.

Frequentemente, haverá não só aquisição da doença por um conjuge, como ainda contaminação, por ele, do outro. Nem sempre será o marido o culpado. E pode acontecer que os dois conjuges desavindos mutuamente se acusem de terem trazido a doença para casa; e não é absolutamente impossível que ambos tenham razão, por ambos terem sido contaminados fora do lar conjugal, sem transmissão entre si.

Quando se trata de contaminação inter-conjugal, nem sempre se notarão manifestações agudas e primárias da vítima, que bem se distingam dos sintomas de uma infecção menos recente ou mesmo crónica que tivesse conservado o seu poder contagiante, no conjuge culpado; e poderá tratar-se da passagem entre os dois de uma aquisição muito recente de um deles. E, então, embora com a consideração de todos os dados clínicos e laboratoriais possíveis, a falta de margem sufficiente para que, com segurança, se possa estabelecer a prioridade e a relação de causa a efeito, indicará ao perito a necessidade de se manter numa dúvida prudente, e de a confessar.

Convém lembrar ainda, em matéria de *adultério*, que os modernos processos de identificação dos tipos sanguíneos, no caso de a mulher ter sido engravidada por obra do amante, poderão talvez, melhor do que outros meios de prova disponíveis à data do decreto n.º 2 de 25 de Dezembro de 1910, chamado Lei de Protecção aos Filhos, servir para ilidir, dentro das prescrições do art. 7.º desse decreto, a presunção de paternidade que a lei liga ao marido, mostrando oportunamente, pela revelação

MEDICAÇÃO SULFO-HIDRARGÍRICA
PELO
SULFHYDRARGYRE

DOS

Laboratórios DAUSSE, de Paris

Associação de Enxôfre e de Mercúrio, sob a forma de complexo coloidal, correspondendo à seguinte fórmula:

$\frac{1}{4}$ de miligramma de enxôfre }
1 miligramma de hidrargírio } por c. c.

○ **SULFHYDRARGYRE** não é um sulfureto de mercúrio, mas sim uma associação de enxôfre e de mercúrio, sob a forma de complexo coloidal, de onde lhe vem o nome de **Collobiase**, registado pelos Laboratórios preparadores.

○ **SULFHYDRARGYRE**, pertence à classe dos agentes anti-sifilíticos que reúnem à sua actividade a mais perfeita inocuidade; basta simplesmente considerar-se a rapidez com a qual o medicamento **reduz ou faz desaparecer a reacção de Wassermann**, para, livre de qualquer consideração clínica, estar-se convencido do seu poder de acção (1).

(1) — A. BERGERON et C. JOUFFRAY — La réactivation de la réaction de Wassermann, au moyen des injections du soufre-mercure DAUSSE. — (Presse Médicale n.º 24 du 26 avril 1917).

Amostras sob pedido aos Representantes e Depositários:

F. A. CANOBBIO & C.ª, L.ª

R. Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

Agente no Norte:

ERNESTO BASTOS LOPES

Rua do Almada, 584

PÓRTO

SULFHYDRARGYRE

«DAUSSE»

NAS

LESÕES CRÓNICAS DA AORTA

«Je ne crois pas exagérer en disant que nous ne possédons, jusqu'à ce jour, aucun remède efficace pour lutter contre les lésions chroniques de la crosse de l'aorte. Il est pourtant une préparation mercurielle qui m'a paru agir heureusement, même chez les non syphilitiques, et à doses tellement faibles, qu'elle est sans danger aucun; je veux parler du **COLLOBIASE AU SULFHYDRARGYRE DAUSSE**, présenté en ampoules de 2 c. c., qui contiennent 2 milligrs. de mercure combinés à un demi milligr. de soufre. Ce produit injecté dans les masses musculaires, est très bien toléré.»

Dr. Ch. BORDE (Gazette Hebdomadaire de Sciences Médicales de Bordeaux).

SULFHYDRARGYRE

«DAUSSE»

NOS

REUMATISMOS EM GERAL

E

DE ORIGEM SIFILÍTICA EM PARTICULAR

«O **SULFHYDRARGYRE**, além da sua acção sobre as lesões sifilíticas em geral e particularmente sobre as lesões mucosas, as arterites sifilíticas, as lesões corneanas e renais, possui uma acção electiva no reumatismo sifilítico.

A influência da medicação sulfidrargírica traduz-se nas formas artrálgica e artrítica pela diminuição ou desaparecimento da intumescência e das dôres, atenuando também os fenómenos dolorosos provocados pelo reumatismo deformante».

do tipo sanguíneo do filho, a culpabilidade da mãe. Assim se justificaria, pericialmente, quer a acção criminal de *adultério*, quer a acção civil de divórcio ou de separação de pessoas e bens que o marido agravado movesse, já que por uma delas, sem possibilidade de acumulação de ambas, este tem de optar (como também a mulher em caso de *adultério* do marido), segundo o § 4.º do art. 61.º do decreto de 3 de Novembro.

7. — Falando agora de *sevícias*, sem esquecer que a elas pode eventualmente dar-se também a equivalência de violências morais, te-las-hemos, dentro do que mais pode interessar ao perito médico, como correspondendo apenas a ofensas corporais graves ou rude e cruelmente exercidas, com carácter de repetição ou frequência, ou de prolongamento, e não simplesmente a qualquer acto lesivo mas ocasional e isolado. Isto é, o facto do prolongamento no tempo ou a habitualidade do mau trato poderão dar a este o carácter de *sevícia*, tanto ou mais facilmente do que lhe daria a violência actual do acto ou omissão: assim, por exemplo, como *sevícia*, se poderá apresentar o resultado do malevolento estabelecimento de uma alimentação tornada propositadamente precária, deficiente ou imprópria.

Claro é que, nas emergências produzidas, não será ao perito a quem caberá decidir se as consequências observadas justificam ou não a aplicação de tal rótulo jurídico, e mesmo se ele poderá ser atribuído ao facto da contaminação por doença venérea em certas condições e especialmente nos casos, raros, de a transmissão dela ser realmente desejada pelo culpado, já que o factor psicológico da intenção tem importância relevante. É compreensível também que o Tribunal leve em conta a classe social a que os conjugues pertencem, e a polidez ou a rudeza relativas do seu meio. Factos e palavras julgados desculpáveis para conjugues dos meios populares, onde tem boa aceitação o velho ditame «amor querido quer-se batido», serão tidos eventualmente como de *sevícias* ou *injúrias graves*, quando produzidos entre pessoas de mais elevada cultura.

Mas ao perito caberá sempre, para ilustração e habilitação do jurista, descrever as consequências observadas, validar-lhes o prejuizo que acarretem, relacioná-las com as causas, estabelecer a forma de produção e sucessão destas no tempo, e a sua origem.

na 'voluntariedade do réu, e até, eventualmente, também ou só, na do próprio que se apresenta como queixoso.

O perito não deverá, com efeito, esquecer a possibilidade de as lesões que se lhe apresentam terem sido produzidas pela suposta vítima em si própria, sobretudo sendo equimoses em locais onde a sucção possa ser exercida por ela, como processo gerador.

E, por seu turno, o tribunal também saberá que o homem, por regra, não tem a paciência como sua virtude predominante. Ele é, de seu natural, arrebatado; astuciosa a mulher; e, porisso, sobretudo entre as gentes populares, a mulher facilmente pode conseguir aborrecer o marido para o levar a uma agressão provocada, que a dispense de se lesar ela própria, para documentar suas queixas.

8. — Quanto às *injúrias graves*, se, como penso, a jurisprudência está orientada no sentido de, como tais, não considerar apenas palavras ofensivas, mas também acções reputadas lesivas da dignidade da pessoa humana, poderão aparecer, para o divórcio, como causas desta espécie, a transmissão a um conjuge pelo outro ou até a simples aquisição por este último de certas doenças de origem exterior ao matrimónio, embora não em comércio propriamente adulterino, e as práticas ou tentativas de praticas contra a natureza ou a moral, independentemente da existência, no autor, de doença incurável, que as motive.

Como correspondendo à primeira hipótese, sirva de exemplo a obtenção simples ou, com maior base, seguida de comunicação ao conjuge, de um cancro sifilítico, consequente a contactos lúbricos, mas não de cópula, como os do beijo intra-bucal, de que bastantes fitas americanas de animatografo parecem comprazer-se em fazer uma pública propaganda. Não vale a pena insistir na necessidade que há, em exames referentes a emergências destas, de ter em vista precauções, recomendadas já para os casos de suposta contaminação na comissão de *adulterio*, para que se não confunda com uma origem de contrabando conjugal uma lamentável causa accidental.

Para exemplo da segunda hipótese, lembrarei apenas a sodomia conjugal, aberração que, longe de resultar sempre de uma doença incurável, será, antes, por regra, o resultado da depravação do agente activo. A propósito, e não esquecendo o real valor do significado das infecções e lesões traumáticas — escoriações, equimoses e lacerações — das partes passivas, nas práticas sodomias, é oportuno fazer as duas notas seguintes ;

A contaminação local por doenças ditas venéreas não constitue um sinal de absoluta certeza da realização de atentados contra a natureza, mormente em mulheres de órgãos vulvares atrazados no perineo, nas quais a maior visinhança mútua das aberturas naturais pode mais facilmente explicar contactos involuntariamente errados ou a extensão accidental de uma infecção anterior.

E há que ser prudente e ter como por demais falíveis vários dos sinais de sodomia activa e passiva, de entre os apontados por autores clássicos, aliás de muita categoria, desde ZACCHIAS a TARDIEU, tais como o pénis em saca-rolhas, ou de glande afilada de semelhança canina, ou com outras formas especiais reveladoras, e o aspecto infundiboliforme do anus. Assim, este último sinal só se deverá encontrar em casos de atentados recentes e de violencia local, com produção de lesões ano-rectais e contractura regional, mas não quando o acto anormal foi já relativamente antigo ou realizado sem opposição e progressivamente, não levando à traumatização lesiva, dado o aproveitamento paulatino da dilatabilidade das partes.

9. — Um aspecto particular da questão pode ser o da arguição feita a um dos conjuges de não querer cumprir os seus deveres matrimoniais. A realidade ou não realidade dessa recusa apresentada como *injúria grave* difficilmente será, pela própria natureza dos factos, comprovável pela prova testemunhal. E o propósito de recorrer ao médico para descoberta da verdade não dará frequentemente resultado útil; e poderá colocar o médico em situação embaraçosa, que ele procurará conseguir que, ao menos, não seja ridicula.

Eventualmente, será pela mulher afirmada a persistência da sua virgindade, não para motivar um pedido de anulação do casamento por ignorância de defeito fisico do conjuge, anterior ao enlace, uma vez que se não põe em dúvida a competência

sexual deste, mas para justificar o pedido de divórcio, alegando a *injúria* que, para a mulher, constitua a permanente e voluntária inércia marital. Haverá, então, um objecto de exame útil, que se fará com os cuidados e regras prescritíveis, do himen, tolerante ou não, e dos mais órgãos sexuais femininos.

Também pode acontecer que o conjugue arguido procure justificar a sua abstenção por condições particulares, anormais, do queixoso, ou alegue, em si, a existência de tais condições para desculpar a própria recusa de possibilitar o acto ou para afirmar a inviabilidade deste: Por exemplo, uma coxálgica queixa-se de que o marido a não quer copular; ou, pelo contrário, é o marido que se queixa de que ela lhe não permite a cópula; e, em qualquer dos casos, o arguido, um ou outra, desculpa-se com a existência da coxálgia, quer o homem para pôr em foco os obstáculos nascidos da disposição dos membros inferiores e da bacia da doente e da dificuldade de aproximação dos corpos, quer a mulher, só ou também, para referir as dores que o acto copulativo lhe causaria. E o médico pode ser convidado a dar parecer em assuntos destes, em que, de resto, os juristas poderão pretender ter directamente, por si próprios, opinião capaz.

Em discussão interessante de há anos, na Sociedade de Medicina Legal de França, foi um caso deste género largamente ventilado. E foi desenvolvida a doutrina de que o homem actual, que teve quadrupedes ou quadrumanos nos seus antepassados remotos e que só em época relativamente recente da vida do Mundo adquiriu as possibilidades e as vantagens da estação bipede e da aproximação copulativa bi-ventral, não faz mais do que regressar à sua natureza primitiva, quando, pelo imperativo dos grandes instintos da conservação, do indivíduo ou da espécie, retoma posições que correspondem às dos seus longínquos avós. E, assim como recorre à forma de locomoção ancestral quando é obrigado a rastejar num subterrâneo, a trepar a uma árvore, a escalar uma montanha ou um rochedo declivoso, pode e deve, sem pejo e sem deprimência da dignidade própria ou do conjugue, recorrer à forma de aproximação que persistiu sendo a dos seus irmãos inferiores, se ela resolver as dificuldades emergentes.

Eis, realmente, mais uma razão, além de outras, para que em casos não só como os de doença, mas outros de necessidade,

incluindo, por exemplo, os que correspondem a grandes volumes de adiposidades ventrais dos parceiros, nem a moral nem a lei vejam, na adopção de posturas de copulação diferentes da biventral corrente do ser humano actual, e mais facilitadoras do que ela, um atentado contra as boas regras, e para que estas variações não devam ser capituladas por qualquer dos conjuges, ou por outrem, de aberrações atentatórias da natureza.

Incidentalmente, apontarei que o distinto ornamento do foro e da Sociedade científica referida, que mais proeminência teve na defesa da razoabilidade de o homem retomar a sua natureza primitiva, abandonando, de momento, quando necessário, o que ela chama um simples hábito de civilizado, considera o facto um triunfo da lei natural sobre a lei artificial, tanto mais, disse, que ele, o homem, pela essência da sua própria natureza, ficou, no fundo, um quadrupede. (Talvez o distinto jurista tivesse conhecimento de alguns exemplos concretos especialmente justificativos do acerto; e todos nós alguma coisa talvez saibamos também desse particular... «Mas isso é uma outra história!...»).

Seja como fôr, não parece realmente que a pretensão de um humano, masculino ou feminino, quadrupede ou não, de ver resolvida a dificuldade, pela referida forma ou outra semelhante, possa, por si mesma, constituir uma *injúria* ao outro conjuge e ainda menos que ela possa revelar o propósito de fazer este vítima de *sevícias*.

Por outro lado, se é de discutir se a recusa de aceitação de expedientes destes pode constituir uma *injúria* partindo do marido, não parece que como tal possa considerar-se partindo da mulher, se ela, como fundamento sincero, aponta as dores causáveis. Porque, neste caso, faltará o elemento psicológico de animosidade ou repugnância pelo conjuge, para que haja realmente o essencial carácter injurioso.

10. — E, agora, ainda a propósito de *sevícias* e *injúrias graves*, uma referência ao *alcoolismo*.

Ao considerar o *alcoolismo crónico*, sob a forma de doença mental, ocorre-me confessar que não sei até que ponto os juristas se acordarão em entender que os conceitos da irresponsabilidade

ou da não imputabilidade dos loucos no campo de Direito Penal, refletidos no campo civil do *divórcio*, poderão permitir ou impedir que os actos lesivos ou chocantes realizados por alienados por *alcoolismo* (ou, é claro, por outra doença mental) e as palavras mal soantes ou expressões fora das boas normas por eles proferidas sejam capituláveis de *sevícias* ou de *injúrias graves*.

Se é lícito transportar da esfera penal para a civil, com a noção de loucura, a da irresponsabilidade que ela determina, e se os actos e as palavras agressivas produzidos por um individuo nesse estado mórbido não devem ser considerados unicamente em si próprios, mas antes também sob o ponto de vista das condições patológicas da sua produção, parece-me que eles não poderão ser validados para o efeito da lei, como *sevícias* ou *injúrias graves*, por si mesmas justificativas do divórcio: porque serão simples revelações sintomáticas de uma doença mental que, ela também, não constituirá causa de divórcio, a não ser que lhe tenha sido reconhecido o seu carácter de incurabilidade, e tal tenha dado aso já à interdição prévia do doente.

Se se trata de *alcoolismo agudo*, independentemente de doença mental, a *embriaguês*, mesmo se apreciável sob o aspecto eventual das condições que o Código Penal aponta, de voluntariedade ou de involuntariedade, com atenção à responsabilidade completa que mantenha, ou atenuada (1), ou nula (2), que acarrete para o ébrio,

(1) *Código Penal*:

«Art. 39.º — São circunstâncias atenuantes da responsabilidade criminal do agente:

21.ª — A embriaguês quando for; 1.º, incompleta e imprevista, seja ou não posterior ao projecto do crime; 2.º, incompleta, procurada sem propósito criminoso e não posterior ao projecto do crime; 3.º, completa, procurada sem propósito criminoso, e posterior ao projecto do crime»;

Art. 50.º — A privação voluntária e acidental do exercício da inteligência, inclusivamente a embriaguês voluntária e completa, no momento da perpetração do facto punível não derime a responsabilidade criminal, apesar de não ter sido adquirida no propósito de o perpetrar, mas constitue circuns-

muito raramente, decerto, impedirá que os actos e as palavras em referência, se de sufficiente relevância em si próprios, sejam considerados como directa causa legitima de divórcio.

Quando considerado o próprio facto da simples *embriaguês*, se frequente, e sobretudo apresentada pelo arguido e não desculpada pelo conjuge desde os primeiros tempos do casamento, pertencerá ao tribunal dizer se, sim ou não, a *embriaguês* poderá constituir em si própria, pela sua mera existência e repetição, uma *injúria grave*, independente de actos lesivos ou palavras ofensivas eventuais.

tância atenuante de natureza especial, quando se verifique algum dos seguintes casos:

1.º — Ser a privação ou a embriaguês completa e imprevista, seja ou não posterior ao projecto do crime;

2.º — Ser completa, procurada sem propósito criminoso e não posterior ao projecto do crime».

«Art. 51.º — A isenção de responsabilidade criminal não envolve a de responsabilidade civil, quando tenha lugar».

«Art. 110.º — No caso do crime meramente culposo nunca serão applicáveis penas superiores à de prisão correccional e multa correspondente».

«Art. 111.º — O disposto no artigo antecedente é extensivo aos criminosos em que concorrer alguma das circunstâncias especificadas no art. 50.º».

(2) Não resta dúvida de que a embriaguês pode produzir-se em condições tais que nenhuma culpa dela se possa attribuir ao paciente. Recordo-me, a propósito, do precalço que me aconteceu, quando cursava o 2.º ano de preparatórios médicos:

Fora eu ao quarto de um padre amigo, então estudante de Direito e hoje um dos nossos mais distintos advogados, para irmos juntos ao teatro. Na mesinha de cabeceira, tinha ele, cheia, uma garrafa, destas bojudas, de vidro moldado, com relevos espiralados, formando naipe com prato e copo, vulgarmente usadas para água de beber ou para lavagem da boca. Pedi licença, logo concedida, para tomar dela; e, no lusco-fusco do anoitecer, não notei aspecto do líquido que me alarmasse, antes de deglutido um bom golo daquilo que só então percebi ser água, sim, ... mas ardente, líquido de guerra para utilização do qual eu nunca teria conjecturado que uma pessoa, e para mais eclesiástica, podesse empregar tão avantajados recipientes.

Os meus quinze anos e os meus hábitos, que, no particular, só nessa altura descobri estarem longe de ser os do meu respeitável amigo, não resistiram àquela bagaceira; e, bastante *consternado*, tive de me demorar pouco no teatro. Posso gabar-me de não ter cometido, apesar de tudo,

A propósito de outras intoxicações, por eter, morfina, cocaina, por exemplo, poder-se-iam fazer considerações semelhantes.

11. — Segundo o n.º 7 do art. 4.º do decreto de 3 de Novembro de 1910, como vimos, a *loucura*, para ser causa legítima de divórcio, tem de estar previamente reconhecida por sentença passada em julgado em processo de interdição e de ser tida como *incurável* desde há um prazo mínimo de três anos, que, segundo o decreto ulterior de 21 de Dezembro do mesmo ano, se contará abrangendo o período em que já existisse, segundo o parecer dos peritos, anteriormente à data da sentença.

Entende-se, com efeito, que, impondo a lei aos contraentes a obrigação de uma mútua assistência, a *loucura*, enquanto curável, não justifica a quebra do vínculo conjugal, antes torna mais necessária e justa a aplicação ao conjuge doente das vantagens que a lei lhe confere, de ser atendido pelo outro. É só averiguada, pois, a inutilidade de tal, pelo reconhecimento da incur-

distúrbios de maior; mas, se os tivesse feito, sob a influência da bebida, não me convenço de que alguém podesse, com justiça, imputar-me a responsabilidade deles.

Decerto me teriam ao abrigo do n.º 3 do artigo do Código Penal que diz: «Art. 43.º. Não tem imputação:

1.º Os menores que, tendo mais de dez anos e menos de catorze, tiverem procedido sem discernimento;

2.º Os loucos que, embora tenham intervalos lúcidos, praticarem o facto no estado de loucura;

3.º Os que por qualquer outro motivo independente da sua vontade, estiverem acidentalmente privados do exercício das suas faculdades intelectuais no momento de cometer o facto punível.

§ único. A negligência ou culpa considera-se sempre como acto ou omissão dependente da vontade».

E decerto se entenderia também que eu estava protegido pelo art. 44.º, onde diz:

«Justificam o facto:

7.º — Em geral, os que tiverem procedido sem intenção criminosa e sem culpa».

Contudo, para me consolar deste acidente, algum proveito colhi da emergência: passei a compreender bem a razão e a excelência do preceito: «Ninguém diga: desta *água*, não beberei!.. »

INSULINA

“A B”

de renome mundial

— SIMPLIS

cujos fundamentos
e características são:

- inalterabilidade
- pureza
- acção absoluta.

— PROTAMÍNICA

com zinco em suspensão
Modalidade com vantagens:

- prolonga a acção da Insulina
- absorção mais lenta e gradual
- exige menor número de injeções
- domina melhor a diabetes.

FOLHETOS AOS Ex.^{mos} CLÍNICOS

Preparações de { ALLEN & HANBURYS, LTD. e
THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes exclusivos destes produtos:
COLL TAYLOR, L.^{DA} — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depositários no Porto: Farmácia Serabando, L. Loios, 36



Para o tratamento local das
afecções supuradas da
pele e das feridas infectadas

STEROSAN

Pomada

com 5 % de 5, 7-dicloro-8-oxiquinaldina

**Antisséptico não irritante, com acção
específica contra o estafilococo**

Indicações:

Impetigo contagioso. Eczema impetiginoso.
Intertrigo. Sicose estafilocócica. Foliculite.
Furunculos. Antraz. Pênfigo dos recém-nas-
cidos. Feridas infectadas e supuradas. Epi-
dermofitias cutâneas e outras afecções micó-
sicas da pele. Úlceras varicosas. Frieiras.
Hemorroidas.

Apresentação:

Bisnagas originais de 30 e 150 grs.

J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suíça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

bilidade do louco, o divórcio poderá ser legítimo. (Embora se possa indiscretamente perguntar se, neste caso também, não deveria o louco merecer a assistência do conjuge...).

Esta noção de incurabilidade da loucura, aplicada à justificação do divórcio, pode dar origem a largas considerações. Apenas tocarei em algumas...

As simples remissões e os periodos dos chamados judicialmente «interválos lúcidos» não haverão de impedir a catalogação de uma *loucura* como *incurável*: assim o ensina o Senhor Professor Doutor Carneiro Pacheco, no seu trabalho «*A loucura incurável e as sevícias ou injúrias graves* como fundamento de divórcio ou da separação», onde, entre os casos de alienação mental incurável, se citam os de *epilepsia psíquica* e se abrangem todos os de doença mental de tipo remitente ou mesmo intermitente com interválos de verdadeira sanidade de espírito.

Mas não se deve esquecer que modernos processos de tratamento abriram e continuam a abrir perspectivas novas de possibilidade e mesmo de probabilidade, e, por vezes, quase de certeza, de cura, como em certos casos de *parálisia geral* e de *esquizofrenia* tidos anteriormente como apenas susceptíveis de remissão. E que, se as demências propriamente ditas, a idiotia, as anomalias mentais e certas formas constitucionais de alienação mental são seguramente incuráveis, a curabilidade ou a incurabilidade de muitas outras perturbações de espírito só devem ser apreciadas como questões de espécie casuística e ficarão, frequentemente, muito difíceis de estabelecer.

Ora, nestes termos, o critério do atendimento à duração já passada pode realmente ser um elemento de valor preponderante, pela sabida diminuição da esperança de probabilidades de cura da doença mental à medida que os meses e os anos vão passando. Donde se vê que o simples decurso do período de três anos, de mínima duração averiguada que a lei exige, já constitue uma forte presunção de incurabilidade, embora não uma sufficiente segurança desta.

12. — Mas há um outro aspecto do problema que me parece importante.

Pondera o distinto professor citado que o fundamento na *loucura incurável*, para o divórcio, nasceu da dupla consideração,

de interesse particular e de interesse público, de que a *loucura incurável* torna insuportável para o outro conjugue a vida conjugal e de que, podendo ser transmitida por herança, ela iria, contrariamente aos fins da família, dar à sociedade a negativa contribuição de alguns indivíduos congènitamente anormais, ou, pelo menos, com a tara ancestral que, pela acção posterior de uma causa determinante mais ou menos forte, os lançaria também na loucura. Mas, salvo o devido respeito, muito incompletamente a lei, tal qual é, poderá conseguir esses propósitos.

Em primeiro lugar, no que respeita à perturbação da harmonia do lar:

A *loucura incurável*, para ser aceite como causa legal de divórcio, tem de ser antes disso causa de interdição; e esta visa sobretudo à protecção dos interesses materiais e económicos e obriga ao reconhecimento da incapacidade do interdico para reger a sua pessoa e administrar os seus bens. Ora há vários modos de ser mental absolutamente definitivos e incuráveis, como, por exemplo, de epilèpticos, de histéricos, de certos paranoicos ciumentos, que são, frequentemente, compatíveis com uma administração segura e zelosa do património das pessoas e dos vários interesses materiais destas, mas que podem constituir para o outro conjugue motivo das maiores tribulações. A exigência de prévia interdição, que, então, pode não se justificar, torna inaproveitável em casos tais a disposição protectora da lei do divórcio (1).

(1) Não só o conteúdo do articulado do Título X da Parte Primeira do Código Civil — «Da incapacidade por demência» — como o de comentários e sentenças levam-me a crer que nem todas as anormalidades mentais, embora persistentes ou permanentes e reconhecidas como tais, são susceptíveis, pelo simples facto da averiguação da sua existência, de autorizar a medida de interdição por demência.

Código Civil:

• Art. 314.º — Serão interditos do exercicio dos seus direitos os mentecaptos e todos aqueles que, pelo estado anormal das suas faculdades mentais, se mostrarem incapazes de governar suas pessoas e seus bens.

§ 1.º — Se o individuo, em virtude de enfermidades mentais ou fraqueza de espirito, se mostrar apenas incapaz de praticar determinados actos, poderá

Em segundo lugar, no que respeita à protecção racial;

As preocupações eugénicas poderão ser aquietadas por um eventual sequestro, mas não pelo simples facto do divórcio, que não impede o doente de encontrar parceiro para relações sexuais. Melhor garantia individual de um projectado conjugue dariam as medidas preventivas, da consulta pré-nupcial e de considerar o casamento como um acto sério, a propósito do qual a sabedoria das nações diz: «Antes que cases, olha o que fazes», acto que

igualmente ser interdito, limitando-se porém a interdição àqueles actos. A extensão e os limites desta tutela serão especificados na sentença de interdição.

Art. 315.º — A interdição pode ser requerida por qualquer parente sucessível ou pelo conjugue do desassizado.

§ único. — Em tal caso, o ministério público será o defensor do arguido.

Comentário ao art. 31.º, por José Dias Ferreira :

«Qualquer que seja a gradação das doenças mentais, ou o desarranjo das faculdades provenha de lesão orgânica, ou seja consequência de enfraquecimento dos órgãos por adiantamento da idade, impõe o Código sem distinção a tutela desde que a perturbação da inteligência impossibilite o individuo de reger sua pessoa e de administrar seus bens.

Por isso, a doutrina do titulo abrange todos os que pelo estado anormal das suas faculdades se mostrarem incapazes de reger suas pessoas e bens, quer sejam dementes propriamente ditos, quer imbecis, quer furiosos, ainda com intervalos lucidos, pela dificuldade de averiguar se os actos foram ou não praticados nesses intervalos».

(Código Civil Portugues, anotado, 2.ª ed., vol. I, pág. 219).

Sentenças :

«... Na acepção jurídica, demência compreende todas as anormalidades da intelligência e todas as variedades da alienação mental que mostram serem os arguidos incapazes de governar as suas pessoas e seus bens»... (Sentença de 22-10-25, do Juiz de Direito de Oliveira de Azemeis, Dr. Jaime Guilherme Pimentel de Faro, in Bol. da Fac. de Direito, ano IX, pág. 510)

«... A demência a que se refere o art. 314.º do Código Civil não é apenas a demência no sentido médico desta expressão, mas qualquer per-

exige muita e cuidadosa reflexão e o prévio conhecimento suficiente da pessoa com quem há que contratar e da família respectiva. Para defesa geral dos interesses eugénicos, outra seria a garantia da esterilização dos anómalos constitucionais e dos incuráveis transmissores das suas doenças por herança, se medidas como esta não fossem repugnantes, não só pela possibilidade de erros de diagnóstico e prognóstico, como também pela ofensa que constituem à integridade da humana dignidade.

13. — E, agora, concretizando e exemplificando o que disse acerca do primeiro ponto, com uma referência especial à *epilepsia psíquica* citada pelo ilustre Mestre.

Muitos indivíduos de carácter epiléptico, independentemente de crises convulsivas, que podem não se produzir, com o seu egoísmo, a sua excitabilidade emocional, a sua fácil irritabilidade, e mesmo sem a comissão de maus tratos ou *sevícias* que por si possam constituir causa autónoma de divórcio, hão-de continuar

turbação mental que impossibilite o arguido de reger a sua pessoa e bens». (*Sentença de 28-1-28, do Juiz de Direito de Chaves, Dr. António Carlos Alves, in Bol. da Fac. de Direito, ano XI, pág. 709*).

Afigura-se-me que os «mentecaptos» a que se refere o art. 314.º não são todos os loucos, alienados, anómalos ou desarranjados de mente, mas, restritivamente, desses, apenas «os que pelo estado anormal das suas faculdades mentais se mostrarem incapazes de governar suas pessoas e bens»; e, por outro lado, que só a uma parte dos incapazes de tal governo se dedica o termo de «mentecaptos», na acepção do velho Morais «faltos de entendimento» ou, como hoje dizemos, «insuficientes mentais».

Também suponho que a introdução da possibilidade da interdição parcial, com a doutrina do actual § 1.º do art. 314.º não modifica a situação na emergência que nos interessa, pois que, decerto, não permitirá que o conjuge, ao abrigo do art. 315.º solicite tal interdição restritivamente para o que respeita simplesmente a actos da vida conjugal, pois «os determinados actos» a que o § aludido se refere terão de ser necessariamente casos particulares contidos na categoria dos actos visados pelo corpo do artigo, e estes são os do governo da pessoa e dos bens do arguido.

Mas... isto digo eu; e pode muito bem acontecer que não seja assim! Não me demoro mais no assunto, pois me sinto comprometido por me encontrar «em seara alheia», mesmo apesar de não ter a pretensão de usar de «fouce».

a ser o flagelo dos seus. Sendo ainda de notar que, a produzirem-se tais *servícias* e a serem atribuíveis à *epilepsia psíquica*, os juristas é que sabem se elas não ficariam anuladas como base jurídica de divórcio, pela afirmação da irresponsabilidade do autor, e, contudo e paradoxalmente, sem se permitir, na falta de interdição prévia, a invocação da loucura do n.º 7.º do art. 4.º em apreço.

Identicamente no que respeita à mentalidade histérica ou pitiática, que tão grande contingente relativo dá para a formação dos extremos da escala do valor social e moral dos componentes do sexo feminino, contribuindo para o aparecimento de criminosas, mas não deixando também de concorrer para produzir heroínas e santas.

Essa mentalidade continuará a não ser a mais própria para a manifestação das virtudes pouco vistosas, medianas, simples e modestas, mas constantes e sempre iguais a si mesmas, que são as propícias à segurança e à tranquila felicidade dos lares, para a qual são demais as virtudes sublimes dos grandes nomes que a história ou o agiologio esperam!

Com efeito, as histéricas, embora possam aparecer como muito atraentes aos estranhos, pela sua vivacidade de espírito e facilidade de réplicas, geralmente não aparecerão já como tais aos maridos ao fim de algum tempo de casamento. Com a perturbação das suas faculdades afectivas, os seus exageros sentimentais, não incompatíveis com uma verdadeira frigidez sexual, a sua mobilidade de carácter e falta de reflexão, a sua sugestibilidade exagerada, a sua tendência à fabulação, a sua ancia de chamarem sobre si as atenções alheias e a facilidade que têm em se reputarem «umas incompreendidas», as histéricas hão-de, quase sempre, dar poucas garantias de felicitar o conjuge e continuar a fornecer aso para que na prática se encontre de vez em quando a confirmação do velho acerto de Lasegue: «A mulher histérica ameaça de se suicidar; mas, afinal, quem se suicida é o marido!»

14. — Sob o n.º 10.º do art. 4.º do decreto de 3 de Novembro de 1910, considera-se como causa legítima de divórcio «a doença contagiosa reconhecida como incurável ou uma doença incurável que importe aberração sexual»; e o § 4.º do dito artigo estabelece expressamente a necessidade da verificação da natureza e

dos caracteres da doença incurável, previamente à proposta da acção do divórcio.

Ora o perito pode ter dificuldades grandes em decidir-se à declaração cumulativa da incurabilidade e da contagiosidade de uma doença, ou, pelo contrário, a recusar a esta esses caracteres ou um deles. Também para estes pontos, o razoável é estudar concretamente e formar juízo para cada caso, sem fazer principal fundamento na modalidade nosológica em abstracto. Assim, por exemplo, a tuberculose pulmonar, para a qual correntemente se aceita o perigo de contagiosidade quando aberta, não terá esse carácter em certas das suas fases de evolução; e, embora tenha sido capitulada de «a mais curável de todas as doenças... crónicas» será encontrada muitas vezes em tal grau de adiantamento que a sua curabilidade seja inadmissível. A lepra, tida como de tão difícil cura, tem por vezes permitido êxitos bem averiguados; e a sua contagiosidade, indiscutida para certas latitudes e mesmo em as nossas para as crianças, tem sido em geral rejeitada para os adultos do nosso país, se bem que, ao que parece, algumas observações recentes comecem a pôr em dúvida a realidade de uma completa segurança para o conjuge do leproso. Com isto, quero insistir em que os peritos deverão estudar atentamente o caso especial da doença, no doente que interessa, e em relação à pessoa do conjuge, e daí concluir pela afirmação ou negação dos caracteres de incurabilidade e contagiosidade na hipótese emergente.

15. — Da doença determinativa de aberração sexual, para o efeito legal, haveremos de excluir as formas de loucura episódica com manifestações sexuais anómalas, em qualidade ou quantidade, para só considerarmos as perturbações mentais perduráveis e insanáveis, como as resultantes de um estado constitucional, que impliquem a solicitação a práticas aberrantes, suficientemente intensa para que haja a tradução em actos ou, pelo menos, inversamente, a produção de uma inibição psíquica para a realização dos actos de sexualidade normal. Mas claro é que não será a consideração da doença como *loucura incurável*, segundo o n.º 7.º do art. 4.º, que poderá aqui ser invocada, desde que ela não tenha importado a prévia interdição, mas sim, antes e só, segundo o n.º 10.º, a causa de *aberração*, que agora interessa.

Ora a própria capitulação de aberrância para as manifestações sexuais pode ter dificuldades. Eventualmente, as anormalidades reconhecíveis serão meramente quantitativas e corresponderão a um exagero de um modo de ser normal; por exemplo: as manifestação do sádismo masculino e de masoquismo feminino, (modificando, pela adição deste último adjectivo, a significação clássica e mais própria do termo que do sobrenome de Sacher Masoch derivou). E a dificuldade pode advir de os factos averiguados não constituírem elementos de suficiente exagero para serem capitulados seguramente como fora dos limites generosamente talhados para a normalidade; e isto ainda aceitando, o que pode ser discutível, que mereça o nome de aberração também o que não seja respeitante a variações qualitativas.

Por outro lado, mesmo nos casos classicamente tidos como de anormalidade de natureza qualitativa, como os de inversão sexual, há margem para se introduzir a preocupação da apreciação quantitativa, uma vez que se aceite a realidade do que Afrânio Peixoto chamou *missexualismo*, a mistura de sexualidades, de que falam os autores modernos e já Hipocrates e outros antigos falaram, a impossibilidade de num indivíduo se encontrarem os 100 % de um dos sexos, com completa exclusão da sexualidade oposta. A homossexualidade seria, pois, uma questão de percentagem, isto é, essencialmente quantitativa também.

A própria noção da incurabilidade dos estados constitucionais fica abalada pelo conhecimento das possibilidades da alteração das tendências sexuais pelo uso apropriado dos extractos endócrinos; mas não tanto, contudo, que haja de se esquecer que esses efeitos não são perduráveis e se desvanecerão com a paragem do tratamento, de si difícil e dispendioso e pouco ao alcance da economia da maior parte dos interessados, quando mesmo a vontade destes seja a de realmente se sujeitarem a ele, o que nem sempre acontecerá.

Manifestamente, haverá que distrair do n.º 10.º os casos que se convencionou chamar de preversidade sexual, de indivíduos meramente corruptos, desabusados, enfatiados das práticas normais e que procuram, noutras, excitação para os sentidos embo-

tados pelos excessos. Constituirão, então, os actos deles práticas injuriosas da dignidade do conjuge, quase sempre o feminino, vítima da depravação, e o tribunal julgará o apreço em que podem ser tidos esses actos como eventual causa prevista para o divórcio, em o n.º 4.º do artigo.

Seja como for, porém, ao perito sempre caberá, em presença das circunstâncias especiais de cada caso, elucidar minuciosamente os juristas sobre a natureza e a etiologia dos factos. E já não será pequeno nem fácil o seu papel, nem pouco meritório, se conseguir, em condições às vezes muito embaraçosas, fornecer ao Tribunal os elementos que lhe permitam fazer uma idea sufficientemente satisfatória do assunto.

16. — Ainda mais alguns ligeiros comentários poderia eu fazer acerca de outras passagens da lei atrás citadas; mas seria temeridade provocar por mais tempo a justa impaciência do meu selecto auditório. Apenas, antes de rematar, me limitarei a apresentar uma advertência acerca do procedimento do médico do lar comum numa eventualidade de divórcio litigioso. O médico assistente não deve sacrificar os interesses de nenhum dos seus clientes; a ambos deve a observação rigorosa do segredo; cumpre-lhe, pois, recusar-se, nestas emergências, a passar atestados ou a fazer declarações destinados a instruir o processo; deve deixar esse papel aos médicos que hajam de intervir como peritos officiais ou officiosos, sem terem de se preocupar com o perigo de, assim, poderem originar lesão da instituição do segredo profissional.

E, agora, Meus Senhores, termino estas modestas considerações, agradecendo, muito cativado, a generosa atenção dos meus resignados ouvintes!

Disse.

NAS CONVALESCENÇAS...

O PESO AUMENTA!
tomando



COMPOSIÇÃO :

Suco de carne crua conc	250	grs.
Oxihemoglobina	50	>
Glicerosfato de cálcio	3	>
Glicerosfato de sódio	3	>
Glicerosfato de magnésio	1	>
Glicerosfato de potássio	1	>
Glicerosfato de quinina	0,5	>
Glicerosfato de estirenina	0,015	>
Veículo glicerinado q. b. p.	10,00	c.c.

Frasco 22\$00

Para diabéticos — Prescrever NUTRICINA sem açúcar

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

Material cirúrgico, de desinfecção
e esterilização

Equipamentos sanitários e hospita-
lares completos

Mesas de operação de Quervain

M. SCHAEFERER S. A.

BERNA (SUIÇA)

REPRESENTANTES:

J. ROMA, LIMITADA

Rua dos Fanqueiros, 334-1.º

LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais
de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI.º)

Deposítarios
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.ª, L.ª

45, R. Santa Justa, 2.º
LISBOA

A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS DE HIPERQUERATOSE PALMO-PLANTAR SIMÉTRICA, CONGÊNITA E FAMILIAR

Doença de Meleda

POR

SERRA PRATAS

(MÉDICO MUNICIPAL DE SERPINS)

Em 1936, os Professores ROCHA BRITO e GERALDINO BRITES, apresentaram numa das Reuniões Médicas dos Hospitais de Coimbra, um interessante e bem documentado caso da chamada Doença de MELEDA o qual foi então publicado na revista *Coimbra Médica* (ano de 1936, pág. 412).

Tratava-se de uma criança de 6 anos atingida de queratose palmo-plantar, hereditária e familiar. A mãe era indemne mas o pai e quatro dos seis irmãos deste sofriam da mesma doença assim como a avó paterna e três dos quatro irmãos desta.

Temos agora oportunidade de comunicar três novos casos de hiperqueratose palmo-plantar simétrica, congénita e familiar em três irmãs que, ao invés do caso relatado pelo Prof. ROCHA BRITO, não apresentam nos seus antecedentes maternos e paternos, casos suspeitos desta doença.

Há contudo um facto curioso nos antecedentes hereditários das nossas doentes que merece especial referênciã: os progenitores são primos carnais. E este facto parece vir advogar a doutrina daqueles que, invocam a consanguinidade, como factor genético da doença.

É possível que, nos nossos casos, a consanguinidade tenha actuado de modo a determinar o reaparecimento de um factor recessivo oculto ancestral, representado por a disformidade cutânea.

* * *

Eram sete irmãos, três rapazes e quatro raparigas, em cujos antecedentes paternos e maternos (pais, avós e tios) se não manifestou qualquer caso suspeito de hiperqueratose.

Dos sete irmãos apenas os três mais novos, todos raparigas, foram atingidos. Uma delas, a mais velha das três, morreu aos 13 anos, vítima de anasarca (nefrite aguda?), restando actualmente as duas mais novas nas quais a doença reveste características análogas.

Todas as três nasceram aparentemente sãs. Mas aos 3 meses de idade principiou a gretar-se-lhes a pele da palma das mãos, da planta dos pés e dos calcanhares a qual progressivamente foi ganhando uma grossa carapaça até atingir a espessura actual. Quando as placas queratósicas atingem grande espessura costumam cortá-las com uma tesoura. Outras vezes caem em certos pontos deixando a descoberto uma «pele rosada e muito mimosa».

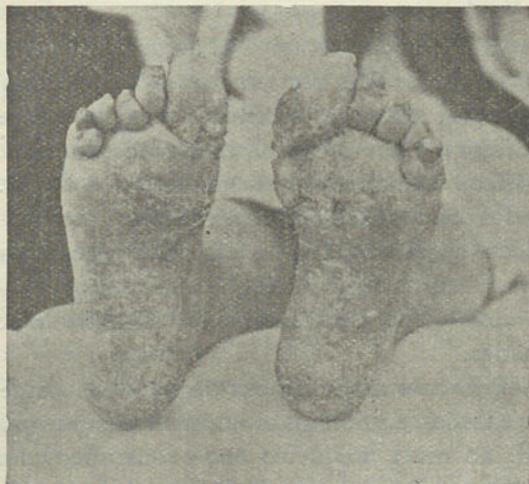
Ambas as doentes sofrem de lesões eczematiformes e ictiosiformes. Estas, sobretudo, ao nível dos joelhos e aquelas, em muito discreto grau, ao nível de algumas pregas de flexão.

O cabelo tem-lhes caído muito sendo actualmente portadoras de uma considerável alopecia.

Há, como se vê, um quadro dominante de hiperqueratose palmo-plantar a que se associam lesões muitíssimo mais discretas de ictiose e eczema, associações que, aliás, têm sido já descritas por vários autores.

Actualmente a doença reveste características análogas em ambas as doentes, razão pela qual só descrevemos as lesões que existem na doente mais velha.

Trata-se de uma rapariga de 22 anos, solteira. Primeira menstruação aos 13 anos. Desde então as regras têm sido sempre normais. Tipo franzino, de pequena estatura. Seios bem desenvolvidos. Psiquismo, reflexos e sensibilidade, normais. Temperamento dotado de grande verbosidade e óptima disposição. Salvo as lesões cutâneas que vamos descrever, o exame dos diferentes órgãos nada revela de especial. Reacções de WASSERMANN e de KAHN, negativas. Pesquisa do bacilo de HANSEN no muco nasal, negativa (Drs. HENRIQUE DE OLIVEIRA e MOURA E SÁ).



As mãos da nossa doente apresentam as últimas falanges flectidas, tomando o aspecto da chamada mão em garra. A extensão dos dedos torna-se-lhe muito difícil em virtude da existência de espessas placas de hiperqueratose, com o aspecto de cera amarela, dispostas em colunas ao longo da face palmar dos dedos, algumas delas fissuradas em vários pontos, especialmente ao nível das linhas de flexão. Algumas destas colunas hiperqueratósicas atravessam a palma das mãos e atingem a prega de flexão dos punhos, onde terminam bruscamente. Espessas placas de queratose ao nível das regiões ténar e hipoténar, atingindo um a dois centímetros de espessura. Unhas incurvadas, não espessadas e últimas falanges alargadas, tomando os dedos o aspecto de maçanetas de tambor. No dorso das mãos existem também algumas placas hiperqueratósicas nas proeminências das articulações metacarpo-falangeanas. Estas placas são, contudo, muito menos espessas do que as palmares.

As faces plantares são quase totalmente ocupadas por uma grossa carapaça da cor da cera amarela, apresentando uma considerável espessura que, nalguns pontos, chega a atingir alguns centímetros. Ao nível do bordo interno dos pés esta couraça queratósica chega a ultrapassar de três a quatro centímetros este bordo, particularmente no pé esquerdo (terço anterior), onde determina a produção de uma volumosa massa de considerável espessura.

As unhas do segundo, terceiro e quinto dedos de ambos os pés encontram-se espessadas por uma grossa camada queratósica que, nalguns dedos, recobre os sulcos ungueais e se continua insensivelmente com a queratose da visinhança, formando grossos blocos queratósicos ocupando a extremidade dos dedos.

Ao nível dos calcanhares (face externa e interna) e sobre a parte inferior da região aquiliana, algumas placas queratósicas menos espessas e muito mais raras.

Nos cotovelos encontram-se também algumas placas queratósicas fendilhadas.

A doente apresenta ainda placas de ictiose ao nível dos joelhos e discretas lesões eczematosas ao nível das pregas de flexão e, em especial, ao nível dos seios onde constituem duas aréolas de cor avermelhada, circundando os mamilos num raio de quatro a cinco centímetros.

Existe considerável alopecia.

A outra irmã, que tem 17 anos, apresenta, como já referimos, lesões queratósicas palmo-plantares tão semelhantes às anteriormente descritas que, para evitar inúteis repetições, nos abstermos de descrevê-las. De resto nela manifesta-se também a mesma acentuada alopecia, lesões ictiosiformes ao nível dos joelhos e placas queratósicas nos cotovelos, unhas incurvadas e dedos em maçaneta de tambor.

A irmã falecida era também portadora de intensas lesões queratósicas em tudo semelhantes às que apresentam as duas irmãs que observámos.

Em resumo: as nossas doentes são portadoras de uma queratose palmo-plantar congénita familiar a que se associa considerável alopecia, lesões ictiosiformes nos joelhos e discretas lesões eczematosas ao nível de algumas pregas de flexão.

Este síndrome corresponde com bastante precisão às descrições que, da Doença de MELEDA, fizeram EHLERS e NEUMANN, em 1897.

* * *

A Doença de MELEDA é uma hiperqueratose palmo-plantar simétrica, hereditária e familiar que grassa endemicamente numa ilha vizinha da costa da Dalmácia, chamada de MELEDA, a qual deu origem ao nome por que é conhecida a afecção.

Descrita pela primeira vez por STULLI, em 1826, e considerada em 1895 por OSCAR HOVORSKA como uma forma de lepra, foi estudada por NEUMANN, em 1888, e por EHLERS que, em 1897 e após uma viagem feita na companhia de HOVORSKA à ilha de MELEDA, desfez o conceito da origem leprosa da afecção e individualizou um quadro clínico que designou por Doença de MELEDA, constituído pela tetralogia seguinte:

a) Forte espessamento das faces palmares e plantares que apresentam a cor amarela da cera;

b) Espessamento ictiosiforme da pele com exagero das pregas naturais, fenómeno que se manifesta sobretudo na face dorsal dos punhos;

c) Limite nítido das lesões que formam contornos geográficos em relação à pele sã;

d) Ausência de descamação.

A estes sintomas associa-se o carácter congénito e familiar da doença que EHLERS define nos seguintes termos: «Parmis mes malades se trouvaient deux couples de frères et de soeurs. Tous ont raconté que leur maladie était héréditaire ou avait éclaté dans leur première enfance».

Contudo muitos autores não admitem a individualidade da doença e fazem-na entrar no grupo da «queratodermia palmo-plantar familiar».

M. SEZARY diz que as queratoses familiares apresentam tão numerosas formas de transição e tão pequenas diferenças sintomatológicas entre si que lhe parece ousadia individualizar formas baseadas em diferenças clínicas. E a propósito da Doença de MELEDA duvida que o carácter recessivo da doença seja razão suficiente para caracterizar exclusivamente a afecção.

Esta curiosa doença é uma entidade nosológica extremamente rara — excepção feita à ilha de MELEDA onde é endémica —.

Clinicamente caracteriza-se por espessamento queratósico da pele das faces palmares e plantares que se inicia simultâneamente ou quase simultâneamente nos quatro membros, antes da idade de dois anos.

Nos nossos casos os espessamentos queratósicos iniciaram-se ao terceiro mês.

A queratose é frequentemente precedida de uma fase eritematosa (PENDRED, LENGLET, BROCC, HEBRA).

Para JODASSOHN o Eritema palmo-plantar simétrico hereditário — Doença de LANE (1) — não seria mais de que uma forma abortiva da queratose palmo-plantar congénita e familiar que permaneceria, sem evoluir, na sua primitiva fase eritematosa.

Os espessamentos podem ser consideráveis, atingindo um ou vários centímetros (quatro centímetros nos nossos casos) e apresentam o aspecto de cera amarela. As placas queratósicas podem

(1) A Doença de LANE, descrita pela primeira vez por este autor em 1929, na América do Norte, é uma displasia hereditária e familiar que se inicia após o nascimento ou nos primeiros anos da vida, caracterizando-se por eritema palmo-plantar permanente e imutável, interessando as eminências ténar e hipoténar, o calcanhar e a polpa dos dedos das mãos e dos pés, determinado pelo aumento do número e calibre dos capilares das regiões afectadas.

continuar-se directamente com a pele sã ou ser separadas desta por uma aréola eritematosa, como no caso apresentado pelo Prof. ROCHA BRITO. Os seus pontos de eleição são o centro da palma da mão, o calcanhar e a cabeça dos metatarsos (DENIS-PÉRALDI). Habitualmente as faces palmares e plantares são ocupadas na sua totalidade.

As lesões hiperqueratósicas podem apresentar-se disseminadas por todo o corpo (A. SEZARY, P. RABUT e P. BOULANGER).

Nos nossos casos existiam lesões queratósicas ao nível dos cotovelos e NEUMANN e PAYENNEVILLE referem-nas ao nível dos cotovelos e joelhos. Também não é raro observá-las no dorso das mãos e dos pés.

As placas queratósicas apresentam fissuras mais ou menos numerosas que são sobretudo acentuadas ao nível das pregas de flexão. A partir destas fendas podem originar-se infecções.

Em certos casos existe intensa hiperidrose.

As últimas falanges podem apresentar-se achatadas tomando os dedos o aspecto de maçaneta de tambor (NEUMANN, PAYENNEVILLE) sobretudo quando a doença evolui desde há muito tempo, como nas nossas observações. As unhas podem apresentar-se incurvadas. A alopecia não é rara (nas nossas doentes a alopecia é considerável). Num caso de LENGLET, citado por DENIS-PÉRALDI, a doente, logo após o nascimento, mostrava-se já completamente calva.

Associadas à queratodermia encontram-se, por vezes, alterações cutâneas do tipo ictiosiforme e eczematiforme.

O espessamento ictiosiforme da pele com exagero das pregas naturais, sobretudo frequente na face dorsal dos punhos, foi até apontado por EHLERS como fazendo parte do cortejo sintomático da Doença de Meleda (1). Nas nossas observações a ictiose é notável ao nível dos joelhos e o eczema manifesta-se especialmente ao nível dos seios onde constitui duas aréolas de cor avermelhada, circundando os mamilos num raio de quatro a cinco centímetros.

(1) «Un deuxième symptôme important est l'épaississement ichthyosiforme de la peau, avec exagération des plis naturels, phénomène qui se manifeste surtout sur le dos du poignet».

Encontra-se descrito um «Tipo esclerodermiforme da Doença de MELEDA» — PAUL BLUM, DENIS-PÉRALDI —, distrofia palmo-plantar congénita que se caracteriza por queratodermia com características esclerodermiformes: a pele da palma das mãos apresenta um aspecto lívido, liso, amarelo-cera e um espessamento córneo considerável que ultrapassa a face palmar e atinge o dorso da mão e a face dorsal dos dedos. Esta pele perde a sua mobilidade e não se deixa plicar nem deslizar sobre os planos profundos. Nos pés notam-se características semelhantes. As lesões, que afectam exclusivamente as mãos e os pés, não se acompanham de descamação mas, sim, de notável hiperidrose, mais pronunciada nos pés. A afecção é congénita mas não tem carácter familiar.

A queratose palmo-plantar faz parte também do chamado «Síndrome de JODASSOHN e LEWANDOWSKI». Este síndrome (vide tese de G. EYRAUD) é uma polidislusia ectodérmica hiperplásica e hereditária que, quando completo, se caracteriza por paquioniquia congénita com queratose sub-ungueal associada a hiperqueratose palmo-plantar, queratoses disseminadas da pele e das mucosas (sobretudo da língua) e hiperidrose.

A paquioniquia manifesta-se na maior parte dos casos logo após o nascimento; e caracteriza-se por espessamento e dureza consideráveis da unha que conserva, em geral, mais ou menos a sua forma, superfície e direcção normais (G. EYRAUD).

A queratodermia aparece mais tardiamente e tem por característica dispor-se quase sempre em ilhotas envolvidas, por vezes, de uma aréola avermelhada, e manifesta-se essencialmente nos pontos que sofrem maiores atritos, sendo mais acentuada nos pés (debaixo dos calcanhares e na face plantar do dedo grande e do pequeno dedo) e menos extensa e espessa nas mãos onde as lesões têm como sede a face palmar do polegar e a base do segundo e terceiro dedos (por vezes a polpa dos dedos).

Excepcionalmente se manifestam extensas carapaças queratóticas recobrando totalmente as faces palmar e plantar; mas quando se apresentam, nunca atingem a enorme espessura da hiperqueratose da Doença de MELEDA.

A hiperqueratose acompanha-se frequentemente de notável hiperidrose.

A localização palmo-plantar associam-se queratoses disseminadas que interessam também, na maioria dos casos, as mucosas (cavidade bucal, língua, abóbada palatina, gengivas e lábios), as quais tomam o aspecto leucoplasiforme.

Nos nossos casos não se trata, evidentemente, do Síndrome de JODASSOHN e LEWANDOWSKI.

Na verdade, não existe a paquioniquia que é o sinal capital deste síndrome. As unhas das mãos das nossas doentes são relativamente finas e brilhantes e as unhas dos pés não apresentam aquele tipo de paquioniquia que se encontra descrito no Síndrome de JODASSOHN e LEWANDOWSKI — unhas atingindo alguns milímetros de espessura, com relativa conservação da sua forma, superfície, direcção e limites que se apresentam sensivelmente normais—. Nos nossos casos existe, é certo, espessamento considerável de algumas das unhas dos pés, mas este espessamento não tem as características atrás apontadas e antes se apresenta, nalguns dedos, como grossas massas queratóticas ocupando em bloco a região ungueal e a polpa dos dedos.

A queratose palmo-plantar apresenta uma enorme espessura nos nossos casos (nalguns pontos quatro centímetros) que não é própria do Síndrome de JODASSOHN e LEWANDOWSKI e não se dispõe em ilhas, como neste síndrome, mas antes constitui uma dura carapaça que recobre a planta dos pés quase totalmente.

Faltam, finalmente, as queratoses disseminadas da pele e das mucosas (nos nossos casos apenas existem algumas placas, pouco densas, ao nível dos cotovelos).

Assim, as nossas doentes, afastam-se consideravelmente do tipo JODASSOHN e LEWANDOWSKI irmanando-se, pelo contrário, com o tipo clínico descrito por EHLERS e NEUMANN: — a Doença de MELEDA —.

No vasto grupo das queratoses familiares as variedades clínicas descritas e as formas de passagem, de transição, são tão numerosas e insensíveis que se torna, por vezes, extremamente difícil, na prática, enquadrar o caso observado, dentro daqueles tipos clínicos descritos e individualizados por determinados autores.

Claro que as formas incompletas do Síndrome de JODASSOHN e LEWANDOWSKI podem aproximar-se extraordinariamente da queratodermia palmo-plantar congénita e familiar.

* * *

Além do tipo congénito e familiar da queratodermia palmo-plantar, existem também formas adquiridas ou sintomáticas da doença.

A queratose blenorragica (vide teses de LOUBET e de LANCHON) é uma complicação rara da blenorragia. Manifesta-se quase sempre na blenorragia aguda e, sobretudo, nos casos complicados de poliartrite (Sindroma de VIDAL-JACQUET), sendo esta uma das razões que tem levado a pensar na origem septicémica da afecção. Contudo, tem-se verificado que o número de casos de queratose blenorragica é diminuto em relação à frequência da blenorragia e mesmo da poliartrite blenorragica e esta baixa frequência de queratoses gonocócicas tem-se atribuído à virulência e dermatotropismo especiais de certas estirpes de gonococos; a um terreno especial com tendência a enfermar de queratose; a certas condições de ordem cutânea local (maceração da pele, traumatismos, perturbações da circulação local) razão pela qual os homens são mais atingidos do que as mulheres.

O gonococo raramente se encontra nas lesões. Mas isto não é de estranhar nem é razão para negar a especificidade da queratose gonocócica, como alguns têm pretendido (STRANDBERG, entre outros) pois germes há que podem não se encontrar nas lesões cutâneas que determinam, podendo estas, inclusivamente, traduzir um mecanismo alérgico.

Os pontos de eleição da queratose gonocócica situam-se nas regiões mais sujeitas à pressão, isto é, a planta dos pés e, mais raramente, a palma das mãos. A queratose pode, contudo, ser generalizada (GADRAT e MOREL; WEISSENBACH, FERNET, MARTINEAU e FOURESTIER).

Clinicamente é constituída por elementos de forma cónica, envolvidos de um círculo eritematoso, elementos que, aglomerando-se, constituem uma «carapaça de aspecto montanhoso bem diferente do aspecto que apresenta a queratose palmo-plantar propriamente dita» (LANCHON).

Ao lado de autores que não têm podido reproduzir experimentalmente a queratose blenorragica (GOUGEROT e HEINE),

outros há que a conseguiram reproduzir pela acção local sobre a pele de suco obtido a partir das lesões ou por inoculações intra-dérmicas de vacina antineisseriana (CHAUFFARD; WEISSENBACH; PHOTINOS e RELIAS).

As sífilides córneas palmares e plantares podem também reproduzir um quadro de hiperqueratose palmo-plantar.

Aparecem para o fim do período secundário ou no período terciário da lués e apresentam-se como massas córneas da cor do cobre, atingindo, por vezes, vários milímetros de espessura. As reacções serológicas, a existência de outros sintomas de lués, a cor das lesões, os seus limites nítidos, o tratamento de prova, etc., servirão para elucidar o diagnóstico.

As lesões cutâneas palmo-plantares de origem micósica apresentam-se com o aspecto de placas vermelhas ou rosadas, arredondadas ou policíclicas, não fissuradas, envolvidas por uma coroa de epiderme descolada, por debaixo da qual se dispõem finas vesículas. O exame directo, ou a cultura do produto obtido a partir das lesões, poderá revelar o parasita em causa.

A psoríasis, o eczema e a ictiose podem também determinar lesões de hiperqueratose palmo-plantar.

As lesões palmo-plantares psoriásicas apresentam-se sob a forma de placas arredondadas ou policíclicas, de limites nítidos, de cor rosada ou avermelhada, recobertas de escamas espessas, brilhantes, estratificadas, de aspecto micáceo. A raspagem destes elementos — que ultrapassam as regiões palmo-plantares, atingindo o dorso das mãos e dos pés, assim como os punhos —, revela-nos o que os franceses designam por aspecto de manchas esteáricas (*tache de bougie*) e bem assim o clássico sinal do pontado hemorrágico de AUSPITZ.

No eczema queratósico ou córneo, palmo-plantar, as lesões, de cor avermelhada, apresentam descamação mais ou menos considerável. Os seus limites são pouco nítidos, estendendo-se, por vezes, ao dorso das mãos e dos pés. Em geral é possível descobrir algumas finas vesículas mais ou menos ocultas debaixo das escamas. A distribuição de elementos eczematosos por outras regiões do tegumento, contribuirão para o diagnóstico.

O mesmo diremos das lesões palmo-plantares devidas à ictiose. Associam-se geralmente a outros elementos típicos de natureza ictiósica interessando outras regiões do corpo, pois a

ictiose, exclusivamente palmo-plantar, é uma entidade clínica extremamente rara.

Lesões queratósicas palmo-plantares podem manifestar-se ainda em certas intoxicações, das quais a mais importante é a arsenical (queratose arsenical de origem profissional ou medicamentosa), assim como em certas lesões nervosas (hiperqueratose córnea plantar dos tabéticos).

* * *

Os nossos casos de hiperqueratose palmo-plantar congénita e familiar apresentavam de curioso, como dissemos, o facto de os pais serem primos carnais.

Também num outro caso do Prof. ROCHA BRITO existia idêntico grau de consanguinidade entre os pais.

Tudo faz supor que o modo de transmissão é recessivo, como pensa também BOSNJAKOVIC que, tendo ido à ilha de MELEDA estudar a doença, concluiu dos seus estudos que o modo de transmissão da doença é recessivo, explicando a frequência do morbo naquela ilha pela frequência de casamentos consanguíneos, em virtude de os seus habitantes apresentarem um parentesco muito próximo.

Assim se compreende também que, em condições normais, a doença seja extremamente rara.

Alguns autores, como PAYENNEVILLE, admitem a possibilidade de a queratose palmo-plantar congénita e familiar poder ser determinada por alterações endócrinas condicionadas por uma sífilis hereditária de segunda ou terceira geração.

Nos nossos casos as reacções de WASSERMANN e de KAHN foram negativas e o tratamento antilúético instituído não teve qualquer influência sobre as lesões cutâneas.

O mesmo fracasso obtivemos com a administração de hormonas do ovário, tiroide e hipófise.

RESUMO

No presente trabalho relatam-se três casos de queratose palmo-plantar congénita e familiar—Doença de MELEDA—em três irmãs, cujos antecedentes paternos e maternos (pais, avós e tios) não revelam quaisquer sintomas da doença. O facto de os pais serem primos carnais faz supor que a consanguinidade tenha sido a causa reveladora de um factor recessivo oculto ancestral, representado pela disformidade cutânea.

BIBLIOGRAFIA

- BOSNJAKOVIC (S.) — Les modalités de l'hérédité dans la maladie de Mljet (Mal de MELEDA). *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 846, 1938.
- DENIS-PÉRALDI (SUZANNE) — Contribution à l'étude du Type Sclérodermiforme de la Maladie de Méléda. *Tese Paris*, 1939.
- DOWNING (JOHN GODWIN) — Keratoderma blenorragicum — Report of a case. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CIII, n.º 11, pág. 829, 1934.
- EYRAUD (G.) — Pachionychie congénitale avec kératodermie et kératoses disséminées de la peau et des muqueuses (Syndrome de JODASSOHN et LEWANDOWSKI) *Tese Paris*, 1941.
- GADRAT e MOREL — Gonococcie sévère, avec arthropathies multiples, kératodermies multiples et troubles myocardiologiques révélés par l'électrocardiographie. *Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 12 de Dezembro, pág. 1849, 1935.
- GOUGEROT e HEINE — Essai infructueux de reproduction expérimentale de la kératose cloutée gonococcique. *Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 14 de Março, pág. 444, 1935.
- LAFONTAINE (ELÉONORE) — L'erythème palmo-plantaire héréditaire (Maladie de LANE). *Tese Paris*, 1942.
- LANCHON — Au sujet de la kératose gonococcique. *Tese Rouen*, 1939.
- LEVY-FRANCKEL — Kératoses. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 12,093, 1-1936.
- LOUBET (JEAN) — L'hiperkératose soi-disant blenorragique de VIDAL e JACQUET. *Tese Toulouse*, 1933.
- PAYENNEVILLE — Un cas de maladie de Méléda. *Soc. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 55, 1940.
- PHOTINOS e RELIAS — Kératodermie blenorragique, reproduction expérimentale des lésions. *Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 8 de Julho, pág. 1775, 1937.
- ROCHA BRITO e GERALDINO BRITES — Doença de MELEDA. *Coimbra Médica*, pág. 412, 1936.
- SEZARY (A.), P. RABUT e P. BOULANGER — Maladie de Méléda e malformations associées. *Soc. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 512, 1941.
- TOURAINÉ (A.) — Pachionychie congénitale avec kératodermie et kératoses disséminées de la peau et des muqueuses (Syndrome de JADASSOHN et LEWANDOWSKI) *La Presse Médicale*, ano 45, n.º 89, pág. 1569, 1937.
- WEISSENBACH, FERNET e BROCARD — Un cas de maladie de Méléda. *Soc. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 12 de Dezembro, pág. 1761, 1935.
- WEISSENBACH, FERNET, MARTINEUN et FOURESTIER — Polyarthrite progressive, blenorragique, avec kératodermie généralisée, reproduction expérimentale de la kératodermie. *Bulletin de la Société Fr. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 13 de Dezembro, pág. 1953, 1934.

CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPITAIS
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Director: Prof. João Pôrto

DOIS ANOS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(ALGUNS ASPECTOS DA SUA ACTIVIDADE)

POR

HENRIQUE DE OLIVEIRA

(CHEFE DE SERVIÇOS DO C. T. S.)

Introdução

Foi sobretudo a partir da segunda vintena deste século que a transfusão de sangue assumiu a importância de que hoje disfruta no campo da terapêutica.

A classificação do sangue humano nos seus diferentes grupos (LANDSTEINER, 1900), o estabelecimento dos grupos sanguíneos (JANSKY, 1907, MOSS, 1908), a unificação da nomenclatura tipológica (HIRSZFELD e VON DUNGERN, 1927), a introdução dos solutos anticoagulantes e estabilizadores (HUSTIN, AGOSTI 1914) o aperfeiçoamento do material para a transfusão directa e indirecta, a experiência adquirida durante e após a primeira Grande Guerra, foram os elos de uma cadeia de brilhantes aquisições, de excepcional prestígio de que hoje se reveste e fizeram do sangue humano e seus derivados preciosas armas do arsenal terapêutico.

O desenvolvimento da hematologia científica e a experiência clínica cada vez maior da transfusão de sangue e de plasma, permitiram que a hemoterapia se elevasse à categoria de um dos mais importantes capítulos da Terapêutica. E assim se foram definindo as suas indicações, contra-indicações e até a sua posologia.

Para se avaliar da extensão e da importância deste novo capítulo da terapêutica, respigamos do excelente tratado de KIL-DUFFE & DE BAKEY — *The Blood Bank and the Technique and Therapeutics of Transfusion* — 1942, o seguinte esquema das indicações e contra-indicações da transfusão.

Indicações racionais da transfusão

- I) — **Hemorragias.**
 - a) — Traumáticas
 - 1) — Não operatórias
 - 2) — Operatórias
 - b) — Vasculo-erosivas
 - 1) — Consequência de lesões locais
 - c) — Estados hemorrágicos
 - 1) — Defeito do mecanismo de coagulação
 - a) — hipoprotrombinémia
 - b) — trombocitopenia
 - c) — hemofilia
 - d) — fibrinogenopenia
 - 2) — Fragilidade vascular
- II) — **Colapso da circulação periférica (SHOCK).**
- III) — **Terapêutica pre e post-operatória.**
- IV) — **Hipoproteinémia.**
- V) — **Discrasias sanguíneas.**
 - a) — Diáteses hemorrágicas
 - b) — Anemias
 - 1) — Anemia por perda de sangue
 - 2) — Destruição exagerada de eritrócitos
 - a) — formas hereditárias
 - b) — formas adquiridas
 - 3) — Formação deficiente de sangue
 - a) — deficiência de factores essenciais
 - b) — depressão ou destruição dos centros eritro-formadores
 - c) — Leukemia e leucopenia
- VI) — **Infecções.**
- VII) — **Intoxicações e envenenamentos.**
- VIII) — **Debilidade.**

QUIMIOTERAPIA ANTI-BACTERIANA

PNEUMOCOCOS
MENINGOCOCOS
GONOCOCOS
ESTREPTOCOCOS
ESTAFILOCOCOS

D A G É N A N

α (p. amino-benzèno-sulfamido) piridina
comprimidos a 0 gr. 50

S O L U D A G É N A N

Derivado sodado do Dagénan
Injectável por via intramuscular profunda
Solução a 33,3 % — Empolas de 3 c.c.
1 empola = 1 grama de DAGÉNAN

Dose média para o adulto, durante os primeiros dias:
3 GRAMAS E MAIS NOS CASOS GRAVES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE «SPÉCIA»
21, Rue Jean Goujon, — PARIS 8.^e
Representante: SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.da
R. dos Sapateiros, 30-3.^o — LISBOA

RAPHABIL

(Associação de rabanete negro e do ácido dehidrocólico)



ESTIMULANTE

HEPATO-BILIAR,

COLAGOGO,

LAXATIVO



POSOLOGIA: 1 a 3 drageas duas vezes por dia, após as refeições

Tubos de 40 drageas

Representante e concessionário da

SANDOZ S. A. — Bâle-Suiça

ERNANI MOREIRA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA

Contraindicações da transfusão

- I) — **Edema agudo do pulmão.**
- II) — **Descompensação cardíaca.**
- III) — **Infartus pulmonar.**

Além destas contra-indicações formais a transfusão deve ser manejada com especial prudência nas endocardites, miocardites e nefrites graves.

Em face deste vastíssimo campo de indicações terapêuticas, todos os conjuntos hospitalares importantes foram compelidos a organizar os seus serviços de transfusão.

Uma das primeiras tentativas de recrutamento de hemodadores foi realizada por BREHMS, na Alemanha, em 1922. A ideia, acolhida com pouco entusiasmo pela classe médica, fracassou. Dois anos mais tarde, em 1924, foi instituído em Londres o primeiro grupo de hemodadores. A partir de 1929 a organização dos serviços transfusionais toma um incremento considerável com a criação dos serviços europeus, americanos, australianos, etc. Alguns destes serviços, como por exemplo os russos, são organizados desde o início de tal forma que transbordam do campo da simples aplicação clínica para o campo da investigação científica; e desta duplicidade de funções resultam os mais valiosos avanços da hematologia transfusional.

Portugal não podia manter-se estranho a este movimento de inovação terapêutica. Em 1924 é feita em Lisboa, por iniciativa do Prof. JOSÉ GENTIL, uma primeira tentativa de recrutamento de um corpo de hemodadores.

A campanha deu os seus frutos, pois permitiu que se constituísse uma equipe de 100 hemodadores que prestou relevantes serviços. Mas a falta de um plano de acção completo e a descontinuidade no trabalho tão característica do nosso temperamento, não permitiram que o problema fosse cabalmente resolvido. A insuficiência de sangue para fins terapêuticos continuou a afligir o corpo clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa até que a criação do Serviço de Transfusão de Sangue em 1941 permitiu que o problema fosse encarado de frente e completamente resolvido pela inteligência e o dinamismo de ALMERINDO LESSA.

No Porto, desde 1932 que se constituiu uma organização de hemodadores recrutados na Polícia de Segurança Pública e que neste mesmo ano serviu em 20 transfusões; o seu número cresceu prometedoramente, pois em 1936 contava já 120 elementos.

Em Coimbra, este magno problema da hemoterápia tardou mais a ser encarado de frente.

Vejam os como o problema transfusional se arrastou nos Hospitais da Universidade de Coimbra durante 11 anos—de 1933 a 1943 inclusivé! As notas fornecidas pela Secretaria dos Hospitais da Universidade de Coimbra dão-nos estes preciosos ensinamentos:

QUADRO I

Anos	N.º de hemodadores	N.º de transfusões
1933	10	17
1934	6	12
1935	7	19
1936	8	29
1937	9	65
1938	12	99
1939	14	105
1940	12	84
1941	17	127
1942	12	116
1943	12	156

Nunca existiu sombra de qualquer organização desta reduzida hoste de hemodadores. Estes foram recrutados entre os guardas da P. S. P., criados e enfermeiros dos H. U. C. e alguns elementos da população civil da cidade. A classificação dos hemodadores era feita pelos médicos em serviço nas enfermarias e aproveitavam-se apenas os do grupo O α β —ditos dadores universais.

As classificações grupais feitas por esta forma, com soros cuja validade nem sempre podia ser respeitada e segundo critérios pessoais tão variados e a que a imperícia por vezes não foi alheia,

tinham fatalmente que conduzir a erros. Alguns destes foi-nos possível verificá-los mais tarde, quando da organização do Centro de Transfusão de Sangue; nada menos que 3 dadores tidos e havidos como universais pertenciam ao grupo A β . Felizmente que a maior parte das transfusões em que estes dadores foram utilizados tinham resultado não propositadamente isogrupais, dada a maior frequência do grupo A β (48,38%) na população portuguesa. Em todo o caso algumas vezes se haviam verificado fenómenos de incompatibilidade grupal. Quando os sintomas surgiam no início da transfusão, esta era suspensa — eram os casos felizes para o recebedor; mas reza a crónica que alguns acidentes gravíssimos se verificaram.

Não posso fugir à tentação de recordar neste passo, a imagem que me ficou gravada na memória, da primeira transfusão de sangue a que me foi dado assistir.

Foi em 1935, frequentava eu o IV ano médico. Numa das enfermarias havia um doente, ulcerado gástrico que, mercê de hematemese e melenas repetidas, caíra em estado de anemia aguda.

Estava formalmente indicada uma transfusão de sangue. Passara-se todo aquele dia em busca de um dador; os telefonemas para a P. S. P. tinham resultado desoladoramente infrutíferos — tinha sido impossível encontrar um guarda disposto a dar o seu sangue; os dadores intra-hospitalares estavam esgotados; os civis não se encontravam em casa.

O caso clínico assumiu o aspecto de extrema urgência. Ao cair da tarde foi resolvido ir arrancar à oficina o irmão de um dador conhecido que estava ausente. O homem veio constrangido, a tiritar de medo. Como o irmão era considerado dador universal, admitiu-se, por analogia, que este também o fosse. Dispensou-se a classificação grupal.

Com muito custo foi possível extrair-lhe 100 c.c. de sangue que serviram para socorrer um doente em estado de anemia aguda, que continuava a sangrar e ao qual não foi possível fazer a hemostase. Passado pouco mais de uma hora o doente morria.

O dador, pálido, coberto de suores frios; fugiu espavorido, no final da sangria. Foi assim o seu baptismo de sangue. Oito anos depois, este e o outro irmão inscreveram-se no Centro de Transfusão de Sangue, pertencendo ambos ao Grupo A β .

Esta cena carregada de tragédia, representa com uma certa realidade, o estado em que se encontrava a hemoterapia nos H. U. C. em 1935. E assim continuou durante alguns anos ainda.

O exame do gráfico I mostra a evolução do problema transfusional nos H. U. C. durante os 11 anos que medeiam entre 1933 e 1943 inclusivé.

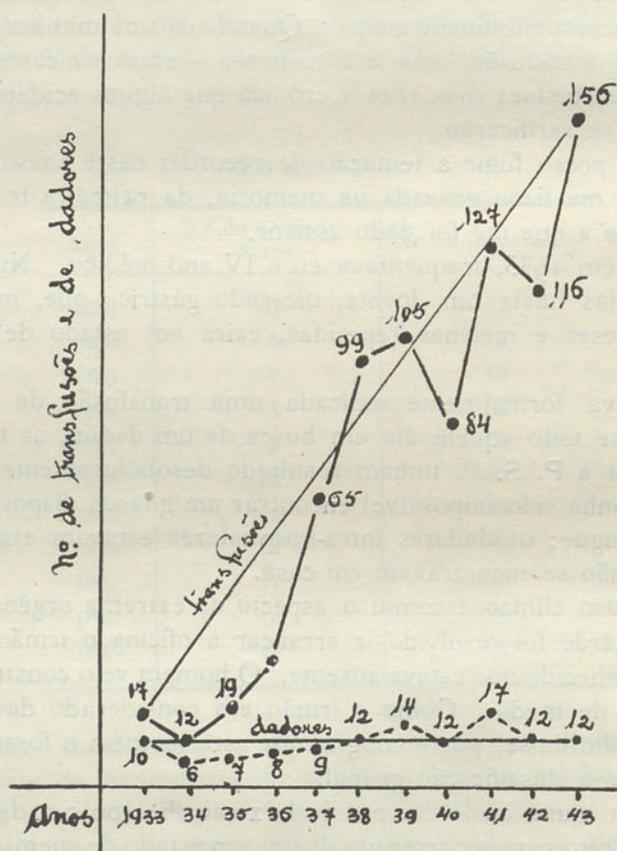


Fig. 1

Não temos em nosso poder elementos para documentar a hemoterapia nos H. U. C. nos anos anteriores a 1933. Mas, para o escopo que temos em vista estes 11 anos chegam-nos de sobejo.

O número de transfusões — 17 apenas em 1933, sobe continuamente até 1943 — 156 transfusões, salvo três ligeiras inflexões em 1934, 1940 e 1942. Não se pense, entretanto, que a subida da curva transfusional acompanhou as necessidades hemoterápicas das clínicas hospitalares.

A curva foi puxada pela necessidade de sangue; mas nunca trepou de molde a satisfazê-la completamente. Isto mesmo se demonstrará quando se apreciarem os gráficos da evolução do número de transfusões e do volume de sangue utilizado até e depois de entrar em acção o C. T. S.

O depoimento de alguns clínicos hospitalares reza apenas esta verdade confrangedora: tínhamos que esperar algumas vezes durante 4 ou 5 dias que se encontrasse um dador. E durante este tempo o doente esperava. Claro está que uma transfusão urgente raras vezes podia ser satisfeita. Quando a urgência não se compadecia com estas demoras, morria-se por falta de sangue.

A análise do gráfico I mostra-nos que tinha de ser mesmo assim. Basta atentar no número de hemodadores utilizados em cada um daqueles 11 angustiosos anos.

Em 1933, para um total de 156 transfusões, foi possível dispor apenas de 12 hemodadores!

O número de transfusões cresceu mais de nove vezes; o número de dadores utilizados manteve-se quasi constante.

Unindo por segmentos de recta os pontos extremos de cada uma das curvas — número de transfusões e número de dadores, as duas linhas são impressionantemente divergentes. Vê-se que o grupo de hemodadores esticou... esticou... até, já não digo atingir, mas sim exceder o limite máximo das suas possibilidades. Entrou-se assim num verdadeiro beco sem saída. Era preciso mais, muito mais sangue; mas os dadores em actividade não podiam dar mais, a não ser que fossem sangrados a branco.

Fixemos a nossa atenção somente no último ano — 1943. Foram efectuadas nos H. U. C. 156 transfusões de sangue, no volume total de 33.260 c.c. Hemodadores utilizados 12. Uma simples capitação aritmética daria para cada um a média anual de 13 transfusões — mais de uma por mes, o que não é recomendável e uma doação de 2.771 c.c. de sangue — o que devia

considerar-se excessivo. Mas a verdade é bem mais dura. Senão vejamos: das 156 transfusões efectuadas em 1943, 131 ou sejam 84 % foram satisfeitas por 5 hemodadores; dos 33.260 c.c. de sangue utilizados no mesmo ano nos H. U. C., 28.230 — 85 %, foram cedidos por estes mesmos 5 hemodadores. Só agora é possível ver-se a gravidade desta situação.

Estes 5 heróis foram verdadeiramente os esteios desta autentica desorganização hemoterápica. Uma nova capitação feita sobre estas cinco colunas, algumas delas de uma resistência quasi lendária, dá-nos estas cifras impressionantes: para cada uma, a média anual de 26 transfusões — mais de duas por mes e uma espoliação sanguínea de 5.646 c.c. — qualquer coisa de arripiante e condenável à luz da fisiologia do sangue.

Observando ainda mais de perto a realidade — Quadro II, fica-se com uma noção exacta do esforço a que foi submetido cada um destes dadores. Os 3 primeiros sobretudo, foram vítimas de uma verdadeira espoliação sanguínea.

QUADRO II

Dador	Sangue em c.c.	N.º de transfusões
A. F.	8.465	35
R. R. S.	7.410	36
S. E. A.	5.610	32
H. A. C.	4.490	19
J. M. A. M.	2.260	9
Total. .	28.230	131

Vem à colação apresentar, ainda que muito resumidamente, o cadastro destes três campiões.

1) — Hemodador A. F. — grupo O α β .

QUADRO III

Anos	N.º de transfusões	Média mensal	Sangue em c.c.
1934	1	—	180
1936	11	0,9	2.150
1937	19	1,58	3.500
1938	23	1,9	4.220
1939	33	2,75	5.300
1940	34	2,8	6.270
1941	47	3,9	8.800
1942	43	3,58	8.460
1943	35	2,9	8.460
Total..	246		47.340

Sangrado pela primeira vez nos H. U. C. em 1934. Não serviu nestes Hospitais em 1935. Voltou à actividade em 1936, tendo-se prestado a 11 transfusões. Depois descreve uma curva de actividade ascensional, tendo cedido anualmente nos H. U. C. mais de 8 litros de sangue, nos últimos 3 anos. — Quadro III.

Adoptou a estranha profissão de hemodador, à qual se dedicou exclusivamente, fazendo, com os proventos auferidos, face aos encargos de família. Tem actualmente 37 anos, com idade aparente superior à idade real. Pesa 100 kilos.

Massa sanguínea total, à razão de 80 gramas de sangue por quilo de peso — 8.000 gramas. Atendendo a que, este dador deve ter cedido anualmente, durante os últimos anos, fora dos H. U. C. pelo menos tanto sangue como nestes Hospitais, pode calcular-se que este homem tem sido espoliado nos últimos 3 anos, do dobro da sua massa sanguínea total anualmente. Quando em 1944 foi proibido de dar sangue nos H. U. C. sem se inscrever previamente no C. T. S. teve que ser reprovado, pois que o seu estudo hematológico revelou o seguinte:

Glóbulos rubros — 4.220.000; Hb. = 50 %

Medicado com altas doses de ferro e pela suspensão das sangrias, conseguiu ao fim de 3 meses atingir a cifra de Hb. = 85 %.

Serviu durante aqueles 9 anos em 246 transfusões nos H. U. C. tendo cedido a estes Hospitais 47.340 c.c. de sangue. Chegou a servir em duas transfusões no mesmo dia.

2) — Hemodador R. R. S. — grupo O α β .

QUADRO IV

Anos	N.º de transfusões	Sangue em c.c.
1933	1	200
1934	2	300
1935	4	700
1936	5	700
1937	11	2.090
1938	20	3.190
1939	19	2.790
1940	19	3.500
1941	29	5.300
1942	32	5.860
1943	36	7.410
Total..	178	32.040

Sangrada pela primeira vez nos H. U. C. em 1933; manteve-se em actividade durante os 11 anos que estamos a comentar. O seu esforço como hemodadora é documentado pelo Quadro IV. Serviu nos H. U. C. em 178 transfusões, tendo cedido 32.040 c.c. de sangue. Teve semanas em que se prestou a 4 transfusões e dias em que serviu em duas. Chegou a ser espoliada a tal ponto que passava 3 e 4 dias de cama, em estado de verdadeira anemia por espoliação.

Quando se inscreveu no C. T. S. foi reprovada pelo seu estado hematológico:

Glóbulos rubros — 3.600.000; Hb. = 65 %

Tem actualmente 44 anos; idade real e aparente concordes.—

3) — Hemodador S. E. A. — grupo O α β .

QUADRO V

Anos	N.º de transfusões	Sangue em c.c.
1941	2	350
1942	8	1.230
1943	32	5.610
Total ..	42	7.190

Era uma criança — 19 anos apenas, quando foi sangrada pela primeira vez nos H. U. C., em 1941. Manteve-se em actividade durante 3 anos, sendo verdadeiramente espoliada em 1943 — só nos H. U. C. deixou 5.610 c.c. de sangue. Morreu em 1944 de meningite tuberculosa.

Mas isto não é tudo. Os números apresentados referem-se exclusivamente ao esforço dispendido por estes 3 hemodadores dentro dos H. U. C. Não é exagero admitir que cada um deles tenha servido em outras tantas transfusões, nos anos da sua plena actividade, fora dos H. U. C. Com efeito, nas Casas de Saúde, em Coimbra, no Hospital Militar, na clinica domiciliária na cidade e até muitas vezes na provincia, estes dadores prestaram o concurso do seu esforço no tratamento de muitos doentes e certamente salvaram muitas vidas humanas. Mas a verdade é que comprometeram inconscientemente a própria saúde. Reza a tradição que muitas vezes, de noite, altas horas da madrugada, batiam-lhe à porta clínicos aflitos, que os arrancavam da cama e os levavam a prestar o seu concurso em transfusões urgentes.

Era este o estado da hemoterápia nos H. U. C. em 1943:

a) — Sangue insuficiente para as necessidades hemoterapêuticas, de onde resultava assistência e tratamento insuficiente dos doentes;

b) — Hemodadores em número mais que reduzido, sem controle nem vigilância sanitária periódica que puzesse os recebe-

dores ao abrigo das doenças transmissíveis pela transfusão e que garantisse os dadores contra os prejuizos e injúrias feitos à sua própria saúde pelas sangrias desordenadas e excessivas, ou por qualquer estado mórbido intercorrente;

c) — Dadores erradamente classificados — tidos como universais (grupo O α β) e sendo do grupo A β — o que por vezes causou acidentes sérios por incompatibilidade e comprometeu vidas humanas se é que as não liquidou.

Era a necessidade a mola e o acaso o único conselheiro nesta matéria — necessidade premente, cega e surda que não via se prejudicava a saúde do hemodador quando tentava salvar a vida do doente. A situação era desesperada, angustiosa, impossível de manter-se por mais tempo.

O problema hemoterapêutico apresentava um cariz tremendo para qualquer das partes interessadas: — péssimo para os doentes, angustioso para os clínicos, perigoso para os dadores.

* * *

Perante este estado de coisas era urgente procurar uma solução para o problema da hemoterápia nos H. U. C. O actual Director destes Hospitais, Professor JOÃO PORTO, teve o mérito de encarar de frente este problema e procurar para ele uma solução satisfatória.

Os trabalhos preliminares foram iniciados em Novembro de 1943. Quem estas linhas escreve, depois de um estágio no Serviço de Transfusão Sanguínea do Hospital de Santo António, no Porto e orientado pelo Serviço de Transfusão de Sangue dos Hospitais Cíveis de Lisboa, apresentou em principios de Dezembro do mesmo ano, um Relatório, à Direcção dos H. U. C., com as normas e planos para a organização do Centro de Transfusão de Sangue dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O relatório mereceu a aprovação da Direcção e Conselho Técnico dos Hospitais e foi resolvido pôr-se imediatamente ombros à empresa.

Em 20 de Dezembro de 1943, numa reunião do Pessoal dos H. U. C. expressamente convocada para esse fim, o Prof. JOÃO

PORTO fez uma exposição sobre o estado desesperado do problema transfusional nestes Hospitais, convidando os assistentes a inscreverem-se voluntariamente como candidatos a hemodadores. Começou-se evidentemente pela prata da casa. No final, as listas postas à disposição do auditório recolhiam mais de uma centenas de assinaturas.

Dirigiu-se igual convite às Corporações da P. S. P., da G. N. R. e dos Bombeiros Municipais de Coimbra e a coluna de inscrições foi sensivelmente engrossada.

Em 22 de Dezembro iniciaram-se os exames clínicos e laboratoriais dos candidatos inscritos. Estes exames continuarão por todo o mês de Janeiro e parte de Fevereiro de 1944. E deste recrutamento foi surgindo o nosso pequeno exército de hemodadores.

O Instituto Espanhol de Hematologia e Hemoterápia de Madrid ofereceu-nos gentilmente 50 frascos modelo Elosegui para colheita e conservação de sangue citratado, bem como alguns dispositivos para transfusão gota-a-gota.

Nas dependências do Edifício do Banco conseguimos instalar a nossa Secretaria, Laboratório, Sala de Colheitas e Banco de Sangue.

Em 24 de Fevereiro de 1944, o Centro de Transfusão de Sangue tomou sobre si o encargo e a responsabilidade de fornecer aos H. U. C. todo o sangue necessário para fins terapêuticos.

Finalmente a Ordem de Serviço n.º 211 de 6 de Maio de 1944 criou oficialmente o Centro de Transfusão de Sangue dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que vinha de dar os seus primeiros passos a título de ensaio.

E assim surgimos do nada.

(Continua).

LIVROS & REVISTAS

The effect of sinusitis ou flying personell, por G. H. Bateman. *The Jour. of Laryng. and Otol*, LX, n.º 3, Março de 1945.

Neste trabalho o A. procura apenas avaliar a influência de uma sinusite, passada ou presente, na vida dos aviadores, ou, melhor, do pessoal em serviço na aeronáutica. Não se interessa, portanto, pela dor produzida durante o vôo, nem pelo estudo do sinus barotrauma. Os casos estudados neste trabalho foram todos observados no R. A. F. Central Medical Establishment, tratando-se de casos já observados por outros O. R. L. em vários hospitais da R. A. F. e enviados àquele estabelecimento por carecerem de nova e mais profunda observação e tratamento. O diagnóstico de sinusite foi feito em 156 casos de cuja observação o A. concluiu:

Uma sinusite em actividade, que não apresenta qualquer sintomatologia que chama a atenção, pode, uma vez no ar, dar lugar a sintomas capazes de incapacitarem o doente para o cumprimento integral da sua missão. Se a sinusite já apresentava sintomatologia em terra, esses sintomas costumam agravar-se quando o doente vóa. Mas, embora os sintomas, produzidos ou agravados durante o vôo, possam ser tais que tornem o doente inapto para o desempenho da sua missão como membro da tripulação de um avião, a evolução geral da sinusite parece não ser influenciada pelo vôo.

A única complicação importante notada foi o barotrauma otítico agudo que apareceu em 14 dos 130 homens, portadores de sinusite, que voaram e mesmo assim só começa a aparecer para cima de 5.000 pés, ou seja, a mais de 1.500 metros.

Parece não haver grande inconveniente em deixar voar, como passageiros, indivíduos portadores de sinusites, desde que sem dificuldade sejam capazes de fazer auto-insuflação da caixa do tímpano pela manobra de Valsalva.

A causa mais frequente da falencia do tratamento de uma sinusite de forma a colocar o doente novamente em condições de voar, parece residir no diagnóstico defeituoso da causa da dor.

As sinusites agudas, que reagem favoravelmente aos tratamentos, não provocam qualquer ulterior incapacidade para voar.

Os principais sintomas causados pelo vôo nos portadores de sinusites são: dor frontal, dor na face, otalgia e surdês. A proporção dos doentes que

se queixaram só de dores frontais foi, aproximadamente, de 4:5. Dos 156 casos estudados, 124 apresentaram dor frontal (e dois destes ligeira dor na face durante o vôo), 3 dor na face, 19 otalgia e surdês (barotrauma otítico), 7 catarro nasal, e os restantes, outros sintomas que não estavam relacionados com o vôo.

BRITO SUBTIL.

Experimental observations on the use of absorbable and non-absorbable plastics in bone surgery, por George Blaine. *The British Jour. of Surgery*, vol. xxxiii, n.º 131, Jan, 1946.

Os AA. têm empregado nas suas experiências materiais plásticos de duas qualidades: não proteínicos, de origem e composição variadas, e proteínicos. De entre os primeiros foram utilizados o metacrilato de metilo (Perspex), o acetato de celulose, o Nylon, a ureia e os fenois: foi o metacrilato de metilo que deu melhores resultados. As matérias plásticas proteínicas eram à base de caseína, fibrina, caseína com plasma, glóbulos vermelhos do sangue e sangue completo. A principal diferença de interesse cirúrgico entre os dois grupos de matérias plásticas reside no facto de as matérias não proteínicas não serem reabsorvidas pelos tecidos enquanto que as proteínicas o são, dependendo o tempo de absorção de vários factores e não causando a absorção quaisquer reacções prejudiciais — no tecido ósseo as matérias plásticas de origem proteínica são substituídas por osso, quando reabsorvidas.

O A. descreve a preparação a partir da caseína do leite, fazendo notar que o método de preparação é idêntico para todas as matérias plásticas de origem proteínica.

Faz-se coalhar o leite desnatado, precipitando-se assim a caseína. A caseína é depois secada, reduzida a pó, tratada com água e convertida numa geleira, numa máquina misturadora, de onde passa para outra onde é comprimida, de forma a dar uma matéria plástica com a consistência da borracha e facilmente moldável. Depois de moldada com a forma e espessura desejadas, é mergulhada em água fria, torna-se rígida e conserva a forma que lhe deram. Para evitar a putrefacção, é depois mergulhada num banho de formalina a 4 0/0, que vai penetrando lentamente na massa plástica, à razão de 1 mm. por 14 dias, unindo-se intimamente com a caseína para formar um produto não sujeito à putrefacção e com a mesma resistência e dureza do osso. Para se poder conservar bem e sem que sofra alterações, tem que ser mantida a temperatura conveniente e humidade relativa de 75 0/0.

As matérias plásticas de natureza proteínica têm, porém, um defeito: a rapidez com que amolecem e perdem o seu poder de resistência à tracção, quando colocadas num meio húmido à temperatura de 37°. Mas a sua resistência à humidade e a outros agentes destruidores aumenta desde que sejam

submetidas a uma mais intensa formalinização; no entanto, mesmo as matérias mais resistentes, começam a amolecer passadas cerca de 4 semanas.

Espera-se que num futuro muito próximo se encontre o processo de conseguir que estas matérias plásticas conservem as suas propriedades originais inalteradas durante muito mais tempo. Segundo o A., logo que se consiga que, uma vez dentro do organismo humano, as matérias plásticas de origem proteínica resistam à desintegração pelo menos durante três meses, o seu campo de utilização clínica ter-se-á tornado muito mais vasto.

BRITO SUTIL.

Expulsion of pathogenic organisms from the respiratory tract.,
por J. P. Duguid. *Brit. Med. Jour.*, Fev.º 23, 1946.

O papel das gotículas de saliva na transmissão das doenças infecciosas da árvore respiratória não está ainda completamente explicado. Métodos modernos de observação mostraram que grande número das gotículas expelidas com a tosse, o espirro e a fala podem ser pequenas bastante (menos de 100 micra de diâmetro) para se evaporarem completamente antes de atingirem o solo; os seus resíduos sólidos constituem o que os ingleses chamam «droplets nuclei» e podem conservar-se no ar desde alguns minutos até algumas horas.

Têm verificado aqueles que tem estudado a expulsão de agentes patogénicos por indivíduos infectados, que a propagação das infecções por via aérea é muito mais limitada do que tem feito pensar o simples estudo físico da distribuição das gotículas, e que os agentes patogénicos da árvore respiratória (o estreptococcus hemolítico) e o bacilo de Koch, por exemplo), não são tão facilmente expulsos nem em tão grande quantidade como os microorganismos que vivem habitualmente numa boca não doente.

Expõe o A. as experiências a que procedeu no sentido de contribuir para o estudo deste assunto e os resultados a que chegou, que foram os seguintes:

Num grupo de 87 doentes da garganta (50 dos quais com escarlatina), 39 expeliram, em uma série de 6 tentativas de tosse, gotículas contendo estreptococcus hemolítico; em 522 actos voluntários de tossir foram expelidas 1.109 gotículas infectadas. Em 13 desses 87 doentes encontrou-se o estreptococcus hemolítico, quase sempre em pequena quantidade, nas secreções da cavidade bucal.

Em 50 doentes com angina diftérica, 10 expeliram gotículas com bacilo diftérico; 48 gotículas infectadas foram expelidas em 300 vezes que tossiram. Encontraram-se bacilos diftéricos, geralmente em pequena quantidade, nas secreções da porção anterior da cavidade bucal de 12 desses 50 doentes.

De 20 doentes com tuberculose pulmonar aberta, apenas 10 expeliram gotículas com bacilo de Koch. Em 410 gotículas expelidas em 120 vezes que tossiram, 36 continham bacilos em quantidades que iam de 1 a 40.000.

Antes de tossir, encontraram-se b. de Koch no exsudato faringeo em 15 desses 20 doentes: em 10 encontraram-se bacilos na porção anterior da cavidade bucal.

Em todos os doentes se seguia a técnica de os fazer tossir seis vezes seguidas, sendo as gotículas expelidas recolhidas em placas de cultura ou nas platinas do microscópio, colocadas a 7 cm., em frente da boca.

BRITO SUBTL.



ERRATAS IMPORTANTES

No trabalho «*Para valorizar o método pessoal de determinação do tipo morfológico constitucional*», do Dr. L. A. DUARTE SANTOS, entre outras erratas, saíram algumas que pela sua importância têm de ser corrigidas:

Pág. 241, na nota, leia-se *XII* em vez de *X*.

» 243, linha 17, leia-se *índice de massa* em vez de *índice de comprimento*.

» » » 28, suprimam-se as letras: *VAH*.

» » » 38, acrescente-se: *inferior*.

» 245, » 11, suprima-se o ponto final e acrescente-se: *, e indica-se pelo sinal — a seguir à letra designativa os longilíneos e os brevilíneos de grau menos acentuado*.

Última linha, leia-se: *86,0* em vez de *88,0*.

Antes do período dessa mesma página «*Vamos concretizar...*», leia-se: *As letras indicativas do desenvolvimento somático, quando este, deficiente ou excedente, não atinge aqueles valores, serão seguidos do sinal —.*

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

IX Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra

Na sala nobre dos Hospitais da Universidade inaugurou-se no dia 17 de Junho o IX Curso de Férias da Faculdade de Medicina, com grande concorrência de professores, médicos, estudantes, etc.

Presidiu ao acto inaugural o sr. Prof. dr. Maximino Correia, reitor da Universidade, secretariado pelos srs. Professores drs. Álvaro de Matos, director interino da Faculdade e João Porto, director dos Hospitais.

Ao abrir a sessão, o sr. Prof. dr. Maximino Correia, em seu nome e no da Universidade, encareceu as vantagens do curso, que, disse, traduz as actividades dos mestres da Faculdade de Medicina, numa época do ano em que é de optar por um repouso bem ganho. Lamentou a indiferença de alguns, senão mesmo a hostilidade de alguns casos, pela iniciativa digna, a todos os títulos, de louvor, lamentando, também, que a Faculdade não tivesse sido atendida na sua aspiração de ser subsidiada para a publicação das lições ali proferidas. Evocou a memória do Prof. dr. Tristão Ribeiro que, apesar de novo, era mais de que uma promessa e teve palavras de exaltação para todos os professores que tem dado o melhor do seu esforço a esta iniciativa do sr. Prof. dr. João Porto. Referindo-se ao sr. Prof. dr. Rocha Brito, que ia inaugurar, com uma conferência, o actual curso, disse que, não sendo o mais novo, encontrava-se sempre cheio de entusiasmo, dando o exemplo de brilhantíssima colaboração. O sr. Prof. dr. Álvaro de Matos, agradeceu ao reitor da Universidade e associando-se às suas palavras, prestou, também, homenagem à memória do sr. Prof. dr. Tristão Ribeiro. Referiu-se em termos muito calorosos, ao sr. Prof. dr. Maximino Correia e, a propósito leu um discurso pelo orador pronunciado no Congresso de Medicina, realizado em Lisboa em 1928, no qual afirmou que, apesar de novo, considerava, já aquele professor um valor profundo na ciência.

A conferência inaugural — «O sistema reticulo-histocitário em clinica. Alguns aspectos» — foi proferida pelo sr. Prof. dr. Rocha Brito, que produziu uma brilhante lição.

O Curso prosseguiu dentro do programa já publicado na «Coimbra Médica», e sempre com o maior interesse.

Integrado neste curso, o sr. Prof. dr. João Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical, fez uma conferência no dia 19, «Sobre a epidemiologia e diagnóstico do kala-azar».

Reuniões científicas

Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (Secção do Porto) — Na sessão de Junho desta Sociedade, foram apresentados os seguintes trabalhos :

Dr. Eduardo Teixeira de Sousa — «Um caso de Doença de Recklinghausen»; dr. Aureliano da Fonseca — «Acerca de um caso de Gangrena Genital», «Um caso de Esclerodermia em Faixa»; Prof. dr. Celestino Maia — «Um caso de Tricoclasia Idiopática de Extensão Notável», «Um caso de Pelada tratado pelos R. X.».

Conferências

O sr. Prof. dr. Reinaldo dos Santos, realizou duas conferências na Sorbonne, acerca de «A escultura em Portugal na Idade-Média e na Idade-Moderna».

Também pronunciaram conferências, na sede da Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos, o sr. dr. Canto Moniz, sobre «Dificuldades em cirurgia gástrica»; no Grémio Literário de Lisboa e sobre o patrocínio da Aliança Francesa, o sr. Prof. Michel Mosinger, que dissertou acerca do «Futuro da Medicina»; na Acção Católica em Lisboa, o sr. Prof. dr. Luis Raposo, que versou o tema «Esboço crítico do neo-maltusianismo», e na Sociedade de Geografia, o sr. dr. António Rita Martins, que falou sobre «O clima da Guiné e o ensino de hygiene na Escola Superior Colonial».

Faculdades de Medicina

De Coimbra — O sr. Prof. dr. José Augusto Correia de Oliveira, foi autorizado a ausentar-se para o estrangeiro durante o período das férias grandes.

Várias notas

Em missão científica partiu no dia 27 de Junho para alguns países da América Latina, o sr. Prof. dr. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— Foi nomeado director do posto da Direcção de Serviços Anti-Seasonáticos da Direcção Geral de Saúde, o sr. dr. Eurico de Sá Sampaio Cristiano.

— Por ter atingido o limite de idade, realizou-se na Escola de Farmácia de Coimbra uma sessão de homenagem ao sr. Prof. dr. José Cipriano Rodrigues Dinis, director daquela Escola e médico nesta cidade. À sessão presidiu o Reitor da Universidade, sr. Prof. dr. Maximino Correia.

— O sr. dr. José Augusto dos Santos, facultativo municipal do concelho de Ílhavo, foi nomeado subdelegado de saúde do mesmo concelho.

— Foi prorrogado por mais três meses o período da comissão de serviço do adjunto da Prevedoria da Casa Pia de Lisboa, sr. dr. Manuel Pestana dos Reis, encarregado de estudar nos Estados Unidos do Brasil a assistência aos mesmos.

— Na sede do Instituto da Higiene realizou-se, uma sessão de homenagem à memória do antigo professor e director geral de saúde, dr. Ricardo Jorge.

Presidiu o sr. ministro do Interior que estava ladeado pelos srs. subsecretário de Estado da Assistência Social, director geral do Ensino Superior e Belas Artes, dr. João de Almeida, que representava o ministro da Educação Nacional, dr. Freitas Simões, bastonário da Ordem dos Médicos e dr. Augusto Travassos, director geral da Assistência Pública.

O sr. dr. Fernando Correia, director do Instituto Ricardo Jorge e secretário do Grupo de Amigos do Instituto Ricardo Jorge fez a apresentação do conferencista dr. Eduardo Coelho, que falou depois sobre «Ricardo Jorge, mestre da medicina e grande europeu».

— Os srs. drs. Maximino Correia, Lufs de Pina e João Fraga de Azevedo, foram nomeados vogais da secção de história natural das Juntas das Missões Geográficas e de Investigações Coloniais.

— O sr. Ministro das Obras Públicas e Comunicações, deu posse aos componentes da comissão incumbida de orientar e administrar as construções hospitalares em todo o País, de acordo com as directrizes aprovadas pelo Governo.

A comissão é constituída pelos srs. António Pedrosa Pires de Lima, director geral da Administração Política e Civil e secretário geral do Ministério do Interior; dr. Mário Carmona; dr. Aureliano Felismino; eng. Raul Américo Maças Fernandes; e architecto Carlos João Chambers Ramos.

— Foi aprovada a nomeação do sr. dr. João José Casimiro de Almeida Dias para o lugar de médico adjunto das termas de S. Pedro do Sul.

— Em missão de estudo partiu para Madrid, o sr. dr. João José Lobato Guimarães, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Falecimentos

Faleceram, nos Casais do Campo, a sr.^a D. Isabel Augusta Morna, mãe dos srs. drs. Luís e Jacinto de Freitas Morna; em Coimbra o sr. Elísio Augusto Lourenço, tio dos srs. drs. Francisco, Fernando e Fausto Pimentel, e em Castro Daire o sr. Bernardino da Silveira de Lacerda Pinto, tio do sr. dr. José Maria da Silveira Pinto.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica*, sentidos pesames.

Especialistas

A pedido do Conselho Geral da Ordem dos Médicos publica-se a seguinte resolução tomada em uma das suas sessões e diz respeito à concessão de títulos de especialistas :

1.^o — Conceder ainda títulos de especialistas, sem exame, mas apenas aos candidatos com 3 anos de prática da especialidade devidamente comprovada com parecer favorável dos Conselhos Regionais e de harmonia com o critério até agora estabelecido.

2.^o — Admitir a exame os médicos que não estando nas condições anteriores, o requeiram e tenham 3 anos de prática da especialidade em estabelecimento idóneo.

3.^o — As provas de exame serão organizadas da seguinte forma :

a) — A prova prática canstará de 2 partes : nas especialidades clínicas, uma de diagnóstico e outra de terapêutica e com a respectiva técnica quando for

mister; nas laboratoriais duas provas de tipo distinto (por exemplo um exame bacteriológico e uma análise química etc.).

b) — Prova teorica oral consistindo num interrogatório sobre dois pontos tirados a sorte no acto, entre uma lista de 20, afixado com a antecedência de 15 dias. Estes pontos de vem versar sobre assuntos de importância fundamental para o exercicio da especialidade.

4.º — Os pontos serão elaborados pelos respectivos Juris, devendo ser aprovados pelo Conselho Geral.

5.º — A partir de 1 de Janeiro de 1947 apenas serão aceites requerimentos para a concessão de títulos, mediante exame.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Relato resumido da 15.ª Sessão, ordinária, da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realizada em 4 de Junho de 1946.

Ordem da noite:

Dr. Jaime Celestino da Costa: O problema dos curtos circuitos em fisiopatologia circulatória.

Dr. João Paredes: Acerca de dois casos de fracturas do calcâneo associadas a outras fracturas da extremidade inferior da perna.

Aberta a sessão o Prof. Costa Sacadura, que se encontrava secretariado pelos drs. Manuel Pecheco Nobre e Abel Cancela de Abreu, lastimou a ausência do Prof. Egas Moniz, motivo por que presidiu à sessão, depois de lido o expediente, de ser anunciado já se encontrarem inscritos como oradores para a sessão comemorativa à memória do Prof. Gama Pinto, a realizar na terceira Terça-feira de Julho, o dr. Manuel de Lemos, do Porto, e dr. Cunha Vaz, de Coimbra, e que essa inscrição continua aberta até ao fim do corrente mes de Junho e de serem votados alguns sócios honorários, correspondentes e titulares, foi dado início à ordem da noite.

O dr. Jaime Celestino da Costa encarou o problema das comunicações directas entre artérias e veias, formando curtos circuitos circulatórios, de que cita os exemplos mais típicos: anastomoses arteriovenosas normais, aneurismas cirsoides e fistulas ou aneurismas arteriovenosos de que descreveu alguns casos clínicos e experimentais fazendo uma tentativa de síntese daquelas situações.

Discutindo a comunicação falou o Prof. Fr. Wohlwill que encarou o problema da propagação da septicémia tendo em vista as anastomoses arteriovenosas e considerou a propriedade do termo «aneurismas cirsoides».

Apresentou em seguida a sua comunicação o dr. João Paredes que depois de passar em revista as técnicas correntes do tratamento das fracturas do calcâneo apresentou dois casos em que havia associação de outras fracturas, facto este que levantou problemas especiais de tratamento

Antes de se encerrar a sessão o sr. Presidente agradeceu ao duas interessantes comunicações e pediu aos dois autores para continuarem a trazer-nos o produto das suas actividades scientificas.



LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Ultimas Novidades:

ALBERT-WEIL — <i>Les Phénomènes d'Allergie non spécifique dans la Tuberculose et les Fièvres Typhoïdes</i> , 1 vol., 83 pags. (L. M.)	49\$00
ALMEIDA GARRETT & FONSECA E CASTRO — <i>Guia de Terapêutica das Doenças das Crianças</i> . 1 vol., 228 pags., encadernado.	50\$00
ASTRUC et GIROUX — <i>Traité de Pharmacie Galénique</i> . I — Les Opérations et les formes Pharmaceutiques. Étude galénique générale. 1 vol., 782 pags., 185 figs. (L. M.)	332\$50
AYUSO — <i>Tratamiento Hidromineral y Climático de las Enfermedades de la Piel</i> . 1 vol., 175 pag. (E. M.)	90\$00
BEDOYA — <i>Los Tumores Funcionantes del Ovario</i> . 1 vol., 127 pags. (E. M.)	75\$00
BENDA — <i>Thérapeutique Clinique Journalière des Affections de l'Appareil Respiratoire</i> . Trachée, Bronches, Pouxmons, Plèvres, Médiastin. 1 vol., 164 pag. (L. M.)	49\$00
BERNARD — <i>Phtisiologie Humaine. Aspects Cliniques et Médico Sociaux</i> . 1 vol., 243 pags. (M.)	88\$00
BEY et TRUCHOT — <i>L'Urographie Intra-Veineuse</i> . 1 vol., 212 pags., 242 figs. (M.)	112\$00
BEZANÇON, etc. — <i>Pathologie Médicale</i> . Tome VII. Maladies du Sang et des Organes Hématopoiétiques. Cancer. 4.º édition refondue, 1 vol., 602 pags., 164 figs. (M.)	213\$50
BOURDEL et GENEVAY — <i>Sangue, Tempéraments, Travail et Races</i> . 1 vol., 48 pags. illustré, (L. M.)	26\$50
BRANCO BIBEIRO — <i>Varicocèle</i> , 1 vol., 97 pags., 25 figs. (S.)	75\$00
CANETTI — <i>La Bacille de Koch dans la Lésion Tuberculeuse du Pouxmon</i> , 1 vol., 168 pags., 44 figs. (E. F.)	61\$50
——— <i>L'Allergie Tuberculeuse chez l'Homme</i> , 1 vol., 338 pags. (E. F.)	78\$80
CHABROL — <i>Nouvelles Études Cliniques et Biologiques sur la Pathologie du Foie</i> . 1 vol., 183 pags., 24 figs. (M.)	87\$50
CHAILLEY-BERT-SPORTS — <i>Éducation Physique. Leurs réactions sur l'Appareil Circulatoire</i> . 1 vol., 151 pag., 31 figs. (B.)	62\$50
CLAIRVILLE — <i>Le Livre du Praticien. Guide Thérapeutique</i> . 2º édition, 1946. 1 vol., 726 pags. (L. M.)	105\$00
CORIAT — <i>La Pénicilline</i> . 1 vol., 113 pags. (L. M.)	49\$00
DEMARLE — <i>Le Livre de mon Fils. Initiation des Garçons au Problème Sexuel</i> , 1 vol., 127 pags. (E. F.)	14\$00
ESCAT — <i>Anatomie Médico-Chirurgicale du Ganglion Sphéno-Palatin</i> . 1 vol., 172 pags., 13 planches hors-texte. (L. M.)	70\$00
GARIPUY — <i>Manœuvres et Opérations Obstétricales</i> . (Avec 130 schémas de l'Auteur). Quatrième Édition. 1 vol., 206 pags. (L. M.)	49\$00
HOFFMANN — <i>Teoría de los Estratos Psíquicos. Nuevas orientaciones en psico-patología y psiquiatria clinical</i> . 1 vol., 117 pags. (E. M.)	45\$00
JOUBE, SENEZ et PIERRON — <i>Diagnostic Electrocardiographique</i> , 1 vol., 364 pags., 217 figs. (M.)	301\$00

Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

KELLER et GINGLINGER — <i>La Chirurgie en Obstétrique</i> . 1 vol., 232 págs., 79 fig. (M.)	92\$00
KORESSIOS et MARCHAL — <i>Éssai de Mesure des Phénomènes Électriques accompagnant la Pensée Émotive et l'Influence</i> . (Recherches Electro-Encéphalographiques), 1 vol., 94 págs illustré. (L. M.)	70\$00
LLUSIÀ — <i>Suprarenales y Función Sexual. La Tercera Gonada</i> . 1 vol., 175 pag., 85 figs. (E. M.)	120\$00
LOEPER — <i>Hépatites Rares</i> , 1 vol., 215 pag., 17 figs. (M.)	101\$50
MAY — <i>L'Anesthésie Moderne en Chirurgie</i> . 1 vol., 277 pag., 45 figs. 1946. (L. M.)	157\$50
MIRA y LOPEZ — <i>Psicologia Evolutiva da Criança e do Adolescente</i> . 1 vol., 279 págs.	110\$00
MONTEIRO (AURÉLIO) — <i>Semiologia da mama. Semiotécnica. Diagnóstico Clínico, Radiográfico e Histopatológico. Gradação de Malignidade</i> , 1 vol., 282 págs., 120 figs.	190\$00
ORTIZ y ARRIBA — <i>Electrocardiografia Practica</i> , 1 vol., 96 págs., 50 figs. (E. C. M.)	55\$00
PLANCHON, BRETIN et MANCEAU — <i>Précis de Matière Médicale</i> . Cinquième édition. 2 vols., 2252 págs., 469 figs., 1946. Encadernado. (L. M.)	525\$00
ROCHER — <i>L'Enclouage Médullaire des Os Longs</i> . 1 vol., 50 págs. illustré. (L. M.)	21\$00
ROSÉS — <i>Las Metrorragias</i> , 2. ^a edición, 1 vol., 169 págs., 34 figs. (S)	84\$00
RUBEN DARIO — <i>La Penicilina y sus recientes aplicaciones en la Cirugia, la Clinica y la Terapeutica</i> . 1 vol., 699 págs., 125 figs. (L. P.)	340\$00
SÉGARD — <i>Consultaire. La Thérapeutique en 120 consultations</i> . Dixième Édition, 1 vol., 950 págs. (L. M.)	136\$50
SIMON — <i>Dermatologie Clinique et Thérapeutique</i> , 1 vol., 746 págs., 192 figs. (D.)	339\$50
SKLADAL — <i>Syndrome Cortico-Pleural</i> . Son étude clinique et expérimentale. 1 vol., 144 pag., 40 figs. (M.)	56\$00
SUPBLED — <i>La Vie à Deux. Hygiène du Mariage. Nouvelle Édition</i> , 1 vol., 150 págs. (L. M.)	42\$00
TARNEAUD — <i>Le Chant, sa Construction, sa Destruction</i> . 1 vol., 137 págs. (L. M.)	70\$00
USANDIZAGA — <i>Cervicitis</i> , 2. ^a edición, 1 vol., 133 págs., 38 figs. (S.)	80\$00
WEIL — <i>L'Hématologie. Clinique et Laboratoire. Deuxième édition, revue et augmentée</i> , 1 vol., 266 págs., 49 figs., 12 planches. (M.)	157\$50
VANDER (DR.) — <i>Comer bien, digerir mejor y curar-se. Tratamiento de las enfermedades del estomago y del intestino</i> . 1 vol., 159 págs. ilustrado. (L. S.)	60\$00
VIDAL — <i>Maladies de la Nutrition</i> , 1 vol., 286 pag., 19 figs. (L. M.)	103\$50