

COIMBRA MÉDICA

ANO XIII

NOVEMBRO de 1946

N.º 9

SUMÁRIO

	Pág.
FUNDAÇÃO BISCAYA PRÓ-CARDÍACO — dr. João Porto.	439
O CASAMENTO EM MEDICINA LEGAL — dr. Fer- nando de Almeida Ribeiro.	444
DOIS ANOS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DOS HOSPI- TAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA — dr. Henrique de Oliveira	462
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES. . .	LI

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, das experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico concluiu-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Alcides Figueira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”

ANTI SEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS D'ARTFARMACIA

Alcalinésia BISMÚTICA

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, tuberculoses, anemias, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, 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 electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-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

Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

FUNDAÇÃO BISCAYA PRÓ-CARDÍACOS

POR

JOÃO PORTO

O Dr. MIGUEL IRIARTE, distinto cardiologista de Bilbao, com o entusiasmo de um novo e a alma de um apóstolo, promoveu e acendeu uma campanha na imprensa, avulsa e periódica, a favor dos cardíacos, e por virtude da qual conseguiu interessar particulares, empresas bancárias, comerciais e industriais, entidades oficiais, etc. na provincia de Biscaya, campanha que culminou com a criação, com sede em Bilbao, de uma obra que é simultaneamente uma grande esperança e já formosa realidade: A *Fundação Biscaya Pro-Cardíacos*.

Em uma das publicações que mais contribuiu para a criação do ambiente: *En Defensa del Cardíaco (La peste roja)*, transcreve, e com visão clara, o programa que já em 1934 havia traçado e publicado na imprensa periódica o qual, em seu entender, seria de ajustar à época e condições locais e constituiria as seguintes secções: 1.º) Um Comité Científico; 2.º) Uma Junta de Protecção e Administração; 3.º) Membros Protectores Honorários e Subscritores; 4.º Enfermeiras visitadoras.

*

Ao *Comité Científico*, constituído por chefes, ajudantes e internos do hospital, pertenceria interessar-se por questões essencialmente clínicas e organizar uma consulta exclusivamente para cardíacos e reumáticos. Pela consulta passariam doentes que depois justificariam internamento hospitalar e, ainda por aqueles que, com cardiopatia relativamente compensada, fossem reputados aptos para o desempenho de algum trabalho físico ou intelectual.

Os chefes e colaboradores científicos estudariam minuciosamente a capacidade funcional cardíaca de cada doente, valendo-se, para isso, de algum ou alguns dos processos científicos entre os muitos existentes, por virtude do que, com as maiores probabilidades de certeza, determinariam a classe ou intensidade de trabalho atribuível a cada doente.

Os membros do *Comité*, por intermédio das enfermeiras visitadoras, tomariam conhecimento das condições sociais em que vivesse o cardíaco, sua mulher e filhos, se os tivesse, (situação económica, condições higienicas do lar, officio, empresa onde trabalhasse, etc.).

Se o doente vivesse longe da capital, o *Comité Científico* por-se-ia em relação com o médico titular e membros associados da vila ou aldeia correspondente para resolver o caso, com a maior urgência possível, quer sob o ponto de vista científico quer social.

A ficha detalhada obtida directamente do doente e seus familiares seria entregue aos membros do *Comité* que, por sua vez, dela dariam conta à *Junta de Protecção e Administração*.

O *Comité Científico* da Associação Pró-Cardíacos colaboraria com todo o entusiasmo na luta anti-reumática. Solicitaria dos Inspectores Escolares, que fizessem passar pela *Consulta de Cardiologia* todas as crianças que apresentassem alterações anatómicas ou funcionais do coração e sintomas reumáticos, encarregar-se-ia de submeter a um detido estudo, inclusivé electrocardiográfico, todo o individuo que houvesse sofrido de crises de reumatismo poliarticular agudo ou outra afecção de que podesse resultar complicação cárdio-vascular ainda que, em tal momento o suposto doente não manifestasse sintomas nítidos de afecção do aparelho circulatório; finalmente, os que sofressem de hipertensão arterial, com ou sem sintomas cardíacos (crises de angor, pseudo-asma cardíaca, edema pulmonar etc.).

Para que o *Comité* pudesse desempenhar integralmente as suas funções pressupunha-o provido de todos os meios de ordem técnica e científica necessários, para esse fim, é claro.

*

A *Junta de Protecção e Administração* com o seu Presidente, Secretário, Tesoureiro e Vogais encarregar-se-ia de controlar, em todo o momento, a situação económica da Associação, servindo ao mesmo tempo de traço de união entre o *Comité Científico* e os *Membros Protectores*, pondo a estes o problema social de cada caso e orientando-os na sua solução. Constituída por elementos inteligentes, entusiastas e altruístas seria eleita por sufrágio entre os membros da *Associação*.

*

Os *Membros Protectores* seriam os representantes das Casas bancárias, Industriais, Comerciais, etc. que, orientados pela *Junta* acerca do labor social a realizar, mediante a colaboração das Enfermeiras visitadoras, poriam em prática quanto de humano e de caritativo pudesse fazer-se em favor do cardíaco.

O fundo económico da *Associação* seria constituído fundamentalmente por 1.^o) modestas quantias que em conceito de honorários deveriam ser vertidas pelos próprios doentes não indigentes; 2.^o) quotas de subscritores e 3.^o) quotas extraordinárias dos membros honorários.

*

Eis, agora, como o Dr. MIGUEL IRIARTE traça o mecanismo funcional da Associação:

«Suponhamos uma criança com frequentes «amigdalites» e crises de reumatismo típico ou larvado (torticolis, mialgias). O laringologista, por sua visita periódica mas frequente, descobre na criança um foco de *pus-caseum* recto-amigdalino ou criptico que às vezes só a expressão com a espatula pode por em evidência. Imediatamente põe o *Comité Científico* a par disso. Este explora detidamente o aparelho circulatório do doente e, caso se observe já uma cardiopatia, o Presidente submete o caso à *Junta de Protecção* que, na primeira reunião, delibera sobre o mesmo, inteirando-se, por intermédio da Enfermeira visitadora, das possibilidades económicas, condições higienicas, de vida, e outros pormenores de índole social e moral que affectam os familiares do doente.

Em consequência disso, a *Junta* procede, ajudando-os, se necessário for, a suportar os encargos económicos por medicamentos etc., e expõe ao pai ou parentes a necessidade de orientar a criança no sentido profissional. Desta maneira o doentinho, que um dia possuirá uma ficha detalhada do *Instituto de Orientação Profissional*, da qual constem as probabilidades de êxito e suas disposições intellectuais ou manuais para este ou aquele officio ou profissão, ingressará no *Patronato de Formação Profissional* em uma das suas sessões: *Secção Industrial*, (classes diárias e noturnas para formação de artifices e mestres de oficinas), *Secção Artística* (desenho de adorno, figura, modelação, e composição decorativa), *Secção de ensino feminino* (corte, confecção, bordados) ou *Secção Comercial* (taquigrafia, linguas) etc.

O *Patronato de Formação Profissional* seria de importância utilitária para o futuro dos cardíacos tanto sob o ponto de vista social como profilático.

A *Junta de Protecção* encarregar-se-ia de facilitar o ingresso do cardíaco nas referidas Escolas e de lhes procurar colocação uma vez que o doente estivesse convenientemente instruído no seu officio ou profissão. As Enfermeiras visitadoras cooperariam, uma vez mais, neste labor actuando como intermediárias entre a *Junta*, o *Patronato* e o *Doente*».

*

O problema ficava assim logicamente equacionado. E, como um problema bem posto é já, por assim dizer, começo de realização, não tardou que o que se julgava sonho, se fizesse realidade.

Assim surge, em 1940, a *Fundação Biscaya Pró-Cardíacos* que se afastará do programa ali traçado apenas no que diz respeito à designação dos seus quadros.

A Associação passa a ser constituída por:

a) *Membros de Honra*. São presentemente os srs. Governador Civil, Presidente da Deputação, Alcaide de Bilbao, Chefe Provincial de Sanidade e o Prof. Dr. MANUEL VELA, distinto cardiologista de Sevilha, de renome internacional;

b) *Junta Directiva* da qual faz parte o Dr. MIGUEL IRIARTE;

c) *Sócios Protectores*, Empresas; etc.

d) *Sócios Fundadores* e

e) *Sócios Subscritores*.

*

A *Obra* está montada e em pleno rendimento. E para se avaliar do auxílio que presta já, basta dizer-se que em 1945 (último relatório que conheço) passaram pelo Dispensário 1.158 doentes dos quais 1.048 pela Consulta médica, pròpriamente, e o resto, 110, pela Consulta social.

Assim como o Anteu da mitologia recuperava forças cada vez que tocava no solo, assim a Fundação entende retomar força e prestígio através as actividades clinica e científica do seu corpo médico. E, assim, ali se investiga e se pronunciam, de quando em quando, conferências sobre temas de cardiologia.

No ano de 1945 coube a vez aos distintos cardiologistas Dr. N. LANDA, E. ARZÚA, A. URIARTE, e BROUARD que versaram respectivamente os assuntos *Febre reumática e Nova Nomenclatura em Electrocardiografia, Etenose mitral, Corpos digitalicos e Cardiopatas congénitas*.

*

Os meios em que a *Obra* se funda para serviço social ao cardíaco, são fundamentalmente as *Officinas de Reabilitação vocacional e profissional* e o Dr. IRIARTE promete não descansar enquanto a *Fundação* não extender as suas azas protectoras sobre a totalidade dos cardíacos pobres da provincia de Biscaya.

E, assim como o pelicano abre com o bico o próprio peito donde caem algumas gotas de sangue com que nutre os filhos, assim o Dr. IRIARTE pensa ser do produto do esforço dos próprios cardíacos activos que ha-de vir o necessário para o sustento dos cardíacos absolutamente inválidos.

E assim se exprime:

«Há em Biscaya dois mil cardíacos aproximadamente. Desta cifra excluamos 70 % que não necessitam de auxílio por tratar-se de doentes que disfrutam de folgada situação económica ou então acondicionados em trabalhos compatíveis com a sua delicada saúde.

Restam 30 % ou sejam 600 que precisam de protecção. Supondo de 10 % ou seja 60 cardiopatas que ou por sua idade ou pelo estado avan-

çado de insuficiência não podem desenvolver trabalho físico utilitário nas oficinas da Fundação, a esses há que protege-los no domicílio, médica e economicamente.

Supondo, porém, que cada cardíaco activo dá de lucro à *Instituição* duas pesetas diárias, virá daí um ingresso global de 1000 pesetas diárias, cifra suficiente para proteger aqueles 60 cardíacos incapacitados e a que se fez referência».

*

Não sabemos até que ponto se distanciam as realidades do seu idealismo optimista. O tempo o dirá. Seja como fôr, o certo é que em Bilbao já funciona a *Oficina de Reabilitação profissional*, de actividades multiformes, onde se elaboram pequenas indústrias, trabalhos simples que não fatigam encadernação, papelaria, brinquedos, flores; mecânica etc., objectos que não exigem instalações onerosas e são de fácil colocação no mercado.

No ano último, conta o relatório das suas actividades, já puderam ser vendidos artigos de perfumaria, flores, utensílios domésticos, acessórios de laboratórios, artigos sanitários etc., se obteve a utilização de quiosques em Bilbao e Cestao, com todas as facilidades da parte das entidades oficiais idóneas, para exhibição e venda ao público dos artigos elaborados pelos próprios cardíacos. E a obra tem já tal incremento que houve necessidade de criar uma *Junta de Administração e Propaganda*, para a orientar e administrar pois a *Junta Directiva* já não podia dar contas disso cumulativamente com suas funções científicas e clínicas, tal a importância que exprime o factor social neste sector da medicina.

É *Obra* deveras meritória e de sentido elevadamente humanitário, digna de servir de paradigma. Congratulo-me por poder dar a conhece-la aos leitores da *Coimbra Médica*.

O CASAMENTO EM MEDICINA LEGAL

FOR

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

(Continuação da página 421, vol. XIII n.º 8)

Moléstia incurável e transmissível por contágio ou herança

7. — O n.º 3 do art. 20.º do decreto n.º 1, na sua parte final, reza da ignorância de «... qualquer moléstia incurável e transmissível por contágio ou herança», como causa de anulabilidade do casamento.

Pode ser difícil o papel do perito quando queira, na prática, estabelecer os casos que mereçam ser capitulados com esses caracteres de incurabilidade e de transmissibilidade. E diferentes poderão ser as suas conclusões, conforme ele se pronuncie baseado na generalidade habitual, ou queira atender a possibilidades raras.

O Doutor Pires de Lima pondera que a lei, neste lugar, tem em vista não tanto razões preventivas da saúde da raça, como medidas de protecção não só da saúde, mas também do socego do espírito do outro conjuge, a quem repugne doença tida vulgarmente por incurável e transmissível, embora no estado actual da ciência possa ser duvidoso que o seja. Esta discreta e douta opinião é um motivo mais para que se recomende aos peritos que não levem em conta as possibilidades eventuais de cura de doenças habitualmente incuráveis, embora me pareça que, como regra geral, os peritos devem considerar as doenças não em abstracto, mas em especial, com as características que elas e os doentes oferecem em cada caso concreto. E, indo mais longe neste caminho do que a muitos parecerá de aceitar, entendo que não será absurdo atender a que há doenças que são certamente

7.500

UNIDADES
INTERNACIONAIS

de VITAMINA «A», associadas à
Quinina básica (0,03), Cânfora e
essências antissépticas, por c. c.

asseguram o valor
terapêutico da

Bronquitina

"JABA"

ampolas
xarope

TOSSES
ASMA
BRONQUITES
GRIPES

*nas
afecções bronco-
pulmonares*

Preparação dos

LABORÁTORIOS JABA

R. ACTOR TABORDA, 5 — LISBOA

Delegação no Porto:

R. Mártires da Liberdade, 120

Depósito em Coimbra:

Avenida Navarro, 53

Na convalescença da gripe...

O peso aumenta tomando

NUTRICINA

Suco de carne crua + Oxihemo-
globina + Glicerofosfatos

POMADA OFTÁLMICA

Irgamide

Devido ao excipiente ideal, pode ser empregada sem risco de irritação em todas as afecções inflamatórias das pálpebras, da conjuntiva, e da córnea, em particular na queratò-conjuntivite flictenular e no tracoma.

BISNAGAS ORIGINAIS DE 5 GRAMAS A 150/0



J. R. GEIGY S. A. - Basileia (Suíça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 - PORTO



curáveis quando consideradas abstractamente em si, e ainda curáveis na maior parte dos indivíduos, mas praticamente incuráveis em certos indivíduos, tão relaxados de cuidados e escrupulos que, apesar de terem os meios necessários ao seu alcance, se dispensam de procurar a cura prévia delas, antes da realização de um acto tão solene e importante nas suas consequências como o casamento.

Eu procuro explicar-me melhor, escolhendo, de propósito, um exemplo que cáculo que parecerá exagerado: Desde sempre, a blenorragia flagelou a mocidade descuidosa; e, apesar da sua averiguada curabilidade, desde sempre também se verificaram casos de indivíduos tão pouco zelosos de si e dos outros que, mal curados desse mal, contaminaram as mulheres com quem casaram, causando-lhes, desde logo e para o futuro, incomodos vexatórios e graves nos seus órgãos sexuais e urinários. Hoje, com o uso das chamadas sulfamidas e da penicilina, é muito mais pronta e segura do que outrora a obtenção de resultados, que estabelecem as manifestações uretrais dessa molestia como eminentemente curáveis, embora não se obtenha com o medicamento o mesmo efeito brilhante para as complicações, sobrevindas pela invasão de outros departamentos. Ora, se, apesar desta fácil curabilidade da uretrite blenorragica, houver individuo tão falto de consciência que despreze a obtenção da cura antes de se apresentar ao casamento, poderá haver a convicção fundada de que não será depois deste que ele tratará de se curar, e a blenorragia desse sujeito poderá ser, sem absurdo, considerada como uma doença *incurável nele*. Rara será a mulher, penso eu, que, pelo facto de saber que o seu futuro marido em vista foi, no passado, vítima de uma contaminação dessa ordem, se recuse a aceitá-lo, uma vez curado e limpo dela; mas também raríssima será aquela que o aceite se, a tempo, o souber tão indolente e imoral, tão sujo de corpo e alma que prefira, com conhecimento de causa, sujeitá-la a uma contaminação praticamente segura, a ter o cuidado de obter uma prévia e oportuna e fácil cura própria.

Claro é que, sobre este assunto, não é aos médicos que compete decidir; mas poderão eles, ao menos, offerece-lo à cogitação dos juristas. É o que eu faço!

Em todo o caso, ao que se me afigura, mesmo sem aparência de exagero, deverão ser tidas como abrangidas pela intenção

legal: a *lepra*, apesar de casos averiguados de cura, tanto mais que a sua transmissibilidade em nossos climas, embora seja actualmente rara para os adultos, se mantém certa para as crianças; o *cancro*, apesar da sua curabilidade eventual pela cirurgia e pelo rádio, da sua duvidosa contagiosidade, e de não ser fatal a sua transmissão hereditária; a *tuberculose pulmonar*, confirmada, apesar de já ter sido chamada a mais curável de todas as doenças... crónicas, e da distinção possível, quanto à contagiosidade no momento que passe, entre as tuberculoses abertas e as fechadas; e ainda a própria *sífilis*, apesar da averiguada possibilidade de curas tão completas que têm permitido novas infecções da mesma espécie. Quero dizer: deverá entender-se que a cura dessas doenças, se possível, haveria de ter sido conseguida competente e completamente a tempo e horas, em termos de elas não terem ocasião de se mostrar mantidas ainda após o casamento.

Impedimentos

8. — Passemos agora à consideração dos impedimentos que a lei civil opõe ao casamento (1), e cuja ausência constitue, pois, requisitos de ordem negativa da validade deste contrato.

É de uso dividirem-se os impedimentos em *dirimentes* — quando de tal relevância que produzem, para o casamento já celebrado, ou a nulidade, sendo *absolutos*, ou pelo menos a anulabilidade, sendo *relativos*; e em *impedientes* — quando, sem arrastarem a nulidade ou anulabilidade do casamento celebrado, apenas acarretam, em certos casos, sanções de ordem moral, civil ou disciplinar, para os conjuges ou para o funcionário celebrante.

(1) Aqui, a referência é feita aos impedimentos segundo a lei civil; a páginas 412 e respectiva nota fez-se referência aos impedimentos canónicos.

Da confrontação dos dois aspectos decorre o seguinte: A *impotência* é um impedimento dirimente absoluto, segundo o direito canónico; e, quando averiguada como existente anteriormente ao pretendido casamento religioso, leva ao estabelecimento da nulidade deste. Mas a *impotência* não é impedimento ao casamento segundo a lei civil e, dentro desta, apenas pode ser alegada como motivo de anulabilidade pelo outro conjuge, se ignorante da sua real existência anterior ao casamento, que, sem tal ignorância e sem a diligência para anulação, permaneceria válido.

De todos eles, só interessam, em maior ou menor grau, à Medicina Legal, os seguintes:

de entre os dirimentes absolutos: o parentesco,
a falta de nubildade,
a demência,
o divórcio por doença;

de entre os dirimentes relativos: a menoridade,
a falta de autorização
para interditos por
surdo-mudez;

de entre os impedientes: o parentesco,
o prazo de viuvez,
a falta de licença para milita-
res e outros cidadãos.

Parentesco

9. — O art. 4.º do decreto n.º 1 diz que «não podem contrair matrimónio: 1.º — Os parentes por consanguinidade ou afinidade na linha recta, ainda que o casamento, causa da afinidade, tenha sido dissolvido. 2.º — Os irmãos germanos, consanguíneos e uterinos, legítimos ou ilegítimos» (isto é os irmãos, respectivamente, filhos dos mesmos pai e mãe, filhos do mesmo pai e de mães diferentes, e filhos da mesma mãe e de pais diferentes...). E, como o art. 11.º do mesmo decreto n.º 1 diz que «o casamento celebrado contra o disposto em qualquer dos números do art. 4.º é, em relação aos contraentes, nulo de pleno direito e como se nunca tivesse existido», é claro que estes graus de parentesco constituem um *impedimento dirimente absoluto* ao casamento.

O art. 8.º do decreto n.º 1 diz que «também é proibido contrair casamento aos parentes em terceiro grau na linha colateral, salvo se obtiverem dispensa, que só poderá ser concedida pelo Governo ocorrendo motivos ponderosos». E o art. 17.º do mesmo decreto diz que «o casamento celebrado contra o disposto nos arts. 8.º a 10.º não é anulável, mas sujeita os infractores às sanções especiais prescritas no capítulo VII do presente decreto com força de lei e às que lhes couberem pela legislação penal em vigor». Donde se vê que este grau de parentesco constitue

um *impedimento* simplesmente *impediente* do casamento, mas só para os consanguíneos e não para os afins, como decorre do n.º 1 do art. n.º 298.º do Código do Registo Civil de 22 de Dezembro de 1932.

Dos arts. 1973.º a 1977.º (1) do Código Civil, decorre que os graus de parentesco entre dois indivíduos correspondem às gerações que os separam e, praticamente, se contam pelo número dessas duas pessoas e das que eventualmente se interpõem na ligação entre elas, mas descontando sempre uma — o progenitor. Temos, pois, que pais e filhos são entre si parentes em 1.º grau da linha recta; irmãos são entre si do 2.º grau, tios com sobrinhos são do 3.º grau, e primos entre si são do 4.º grau da linha colateral (2). De onde se vê que, havendo na linha recta impedimento dirimente para todos os ascendentes e descendentes entre si, na linha colateral só há impedimento dirimente entre irmãos e impedimento impediante entre tios e sobrinhos, e não já entre primos.

(1) Código Civil :

Art. 1973.º — Cada geração forma um grau, e a série dos graus constitue o que se chama linha de parentesco.

Art. 1974.º — A linha diz-se recta ou transversal; a recta é constituída pela série dos graus entre pessoas que descendem umas das outras; a transversal é constituída pela série dos graus entre pessoas que não descendem umas das outras, bem que procedam de um progenitor ou tronco comum.

Art. 1975.º — A linha recta é ou descendente ou ascendente: descendente, quando se considera como partindo do progenitor para o que dele procede; ascendente, quando se considera como partindo do que procede para o progenitor.

Art. 1976.º — Na linha recta, os graus contam-se pelo número de gerações, excluindo o progenitor.

Art. 1977.º — Na linha transversal, os graus contam-se pelo número de gerações, subindo por uma das linhas ao tronco, e descendo pela outra, mas sem contar o progenitor.

(2) A contagem canónica é idêntica à civil na linha recta; mas na colateral faz-se só num dos ramos, sendo estes iguais, ou no mais longo, sendo desiguais: assim, tanto primos entre si, como tios com sobrinhos são por igual parentes em 2.º grau da linha colateral, porque no ramo mais comprido da linha, para estes, e num dos ramos iguais, para aqueles, se contam duas gerações e há três pessoas incluindo o progenitor comum.

Consanguinidade

Em nosso tempo, as uniões entre ascendentes e descendentes, consanguíneos e mesmo afins, ou entre irmãos repugnam à sensibilidade moral dos indivíduos normais dos povos civilizados. E estas razões de ordem ética bastam para justificar que tais ligações sejam impedidas pela lei, àqueles raros amorais que se lembrassem de pretende-las. Não teriam sido na origem esses os motivos de tal proibição; mas, para explicar esta, não é preciso invocar preocupações de ordem eugénica; nem tais preocupações começaram a existir antes do século XVII, quando, havia muito, já eram proibidas nos povos europeus as uniões entre irmãos, que muitos povos das civilizações antigas haviam consentido normalmente, ou só entre irmãos consanguíneos, ou só entre uterinos, conforme a filiação vigente na organização social do *clan* era a agnática ou a uterina, e se não desrespeitava, com essas uniões, o *totem* respectivo. Esta é a explicação dada modernamente para o estabelecimento do *tabú* do incesto.

Isto não quer dizer que hoje em dia não esteja geralmente reconhecida a inconveniência habitual das ligações consanguíneas para a saúde da raça, mesmo entre parentes menos chegados, dados os fracos resultados obtidos, em regra, quanto às qualidades físicas e mentais dos filhos dos, ainda assim, frequentes casamentos entre primos. E, como entre tios e sobrinhos mais próximo do que entre primos é o parentesco, acrescentando que é quási sempre muito grande a diferença de idade entre aqueles, compreende-se que, mesmo independentemente da força que ainda tenham aqui as razões morais, a presunção da má qualidade dos produtos a esperar justifique a dificuldade, embora não já impossibilidade, que a lei opõe às ligações matrimoniais entre parentes no 3.º grau colateral.

É certo que nos cruzamentos de reprodutores consanguíneos de vários animais se têm obtido excelentes resultados; mas acontece isso porque há então uma selecção inteligente, uma acertada escolha dos exemplares, pelos criadores. Sendo os reprodutores isentos de taras, defeitos e doenças, não há motivo para que a

consanguinidade prejudique a descendência, e é natural que esta faça honra aos progenitores, apresentando, mais acentuados ainda, os recomendáveis caracteres comuns. Mas, quando essa selecção prévia não se dá, acontece com os animais o que se dá com os humanos: se os unidos têm defeitos mas não são consanguíneos, esses defeitos, se diferentes entre si, embora se juntem, podem muitas vezes compensar-se, corrigir-se, ou anular-se mutuamente, dando produtos toleráveis; ao passo que, sendo muitos dos defeitos provavelmente idênticos nas uniões consanguíneas de doentes ou anormais, esses defeitos se multiplicam e agravam mutuamente, fazendo subir geometricamente o prejuízo, e, quando continuada a consanguinidade em ulteriores uniões, levando a descendência à surdo-mudez, à imbecilidade, à vesânia e por fim à esterilidade deles, com que a raça, felizmente, se defende.

10. — Seguem-se alguns impedimentos com os quais não teremos motivos para demoras de maior, dada a pouca margem que dão para uma intervenção actual dos peritos.

Falta de nubilidade

A falta de nubilidade já ficou tratada atrás, quando se falou nas idades mínimas, de 14 anos para as mulheres e de 16 anos para os homens, exigidas, pelo decreto de 25 de Julho de 1940 para o casamento civil, e pelo código vigente do Direito Canónico para o católico.

Interdição por demência

O n.º 4 do art. 4.º do decreto n.º 1 inclui nos que «não podem contrair casamento» «os interditos por demência, verificada por sentença passada em julgado, ou notória...».

É claro que este termo «demência», aqui, como no conceito do Código Civil, não corresponde ao que cientificamente significa. Não se limita a corresponder quer a uma perda ou enfraquecimento progressivo e irremediável das faculdades na terminação de várias doenças mentais, quer a figuras mórbidas diferentes, de formas autonomas de decadência mental, em cuja designação o substantivo «demência» aparece restringido por um adjectivo espe-

cial, tal como em «demência precoce», «demência parálitica», «demência senil», das quais às duas primeiras já não se atribue hoje o característico de fatal incurabilidade e progressividade que outrora se lhes ligava. *Demência* no conceito jurídico tem um sentido muito mais lato, pois abrange todo o estado anormal das faculdades mentais dos indivíduos que, por virtude dele, se mostrem incapazes de reger suas pessoas e seus bens.

Compreende-se bem que a lei tenha considerado a demência como um impedimento dirimente absoluto por motivos puramente jurídicos, pois que não seria razoável que ao demente, reconhecido incapaz de se reger e de curar dos seus interesses materiais, fosse reconhecida competência para dar consentimento num contrato tão importante e de tantas e tão sérias consequências para ele e para os outros, como é o casamento. E que, portanto, se, apesar de tudo, o casamento é celebrado, ele seja absolutamente nulo, precisamente por falta de consentimento.

Mas compreende-se também que a proibição da lei tenha resultado, ainda, de preocupações da protecção da saúde da espécie, dada a averiguada frequência da transmissão hereditária das doenças e anomalias mentais. E até, segundo o Dr. Pires de Lima, teriam sido estas razões de ordem eugénica as preponderantes para o legislador, que estabeleceu este impedimento no mesmo n.º 4, do art. 4.º, do decreto n.º 1, onde colocou o do impedimento por divórcio determinado por doenças contagiosas e incuráveis. E da predominância das razões de ordem eugénica sobre as de ordem jurídica tira o ilustre professor motivos para decidir que legalmente são impedidos também os casamentos celebrados durante um intervalo lúcido, independentemente mesmo da consideração de que a lei não admite a existência de tais intervalos para os dementes poderem contratar quando de contratos de natureza patrimonial, menos importantes que o do casamento.

Não interessa à perícia, de momento, a demência já verificada por sentença passada em julgado, pois que a perícia médico-legal a ele referente já terá sido realizada. Mas pode ter interesse médico-legal actual a demência simplesmente notória, isto é, certamente sabida dos conhecidos e susceptível de, por actos inequívocos acessíveis aos outros, embora leigos, ser notada, o que não quer dizer que não possa acontecer eventualmente que o não seja por pessoas presentes e nomeadamente pelo celebrante.

É claro que, no caso de a demência ser notada, o funcionário, reconhecendo o impedimento, não celebrará o casamento; mas celebrá-lo-á se essa nota não for feita; e, nesta hipótese, quando tal demência venha a ser depois reconhecida como já existente na ocasião do casamento, este terá de ser anulado, mas, então, não sem prévio exame médico pericial, como dispõe o § único do art. 67.º do decreto n.º 1.

O procedimento do perito para formar o seu juízo acerca da existência ou não existência da demência não difere fundamentalmente neste caso do que há que ter nos casos de perícias referentes à interdição.

Divórcio por motivo de doença contagiosa reconhecida como incurável ou de doença incurável que importe aberração sexual

Este impedimento, a que se refere o n.º 4 (1) do art. 4.º do decreto n.º 1, não pede também uma perícia actual, pois que depende apenas de uma decisão judicial anterior.

É a propósito da lei do divórcio e da perícia médica que a sua aplicação exige, e não da lei do casamento, que têm verdadeira oportunidade as considerações acerca das aberrações sexuais e da existência ou não de ligação causal entre elas e uma doença incurável.

No que respeita a doença contagiosa reconhecida como incurável, implicando perícia nos termos do § único do art. 67.º e interessando directamente ao casamento, já foi dito alguma

(1) Lei do casamento como contrato civil.

Art. 4.º — Não podem contrair casamento:

4.º — Os interditos por demência, verificada por sentença passada em julgado, ou notória, e bem assim os divorciados por motivo de doença contagiosa reconhecida como incurável ou de doença incurável que importe aberração sexual.

Livre-se das SURPRESAS receitando
o produto "ORIGINAL,,

"CALCIUM-SANDOZ,,

(GLUCONO-GALACTO-GLUC. DE CÁLCIO)

PRODUTO

RIGOROSAMENTE

CONTROLADO

.....

Empôlas de { 2, 5 e 10 c.c. sol. 10 %
 | 5 e 10 c.c. sol. 20 %

Granulado: Latas de 50, 100 e 500 grs.

Comprimidos efervescentes.

Pastilhas chocolatadas.

Representante e concessionário da

SANDOZ S. A. — Bâle-Suiça

ERNANI MOREIRA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA



DI·SULFA·LAB

Duas sulfamidas
em um comprimido

SULFADIAZINA
SULFATIAZOL

Menor toxidade renal

UM NOVO PRODUTO DOS
LABORATÓRIOS **LAB**

coisa quando se tratou do êrro sobre a pessoa, como causa de anulabilidade prevista pelo n.º 3 do art. 20º do decreto n.º 1. Entende o Dr. Pires de Lima que mais acertada seria ainda a lei se tornasse a decisão de anulação do casamento em tal caso também impedimento dirimente absoluto para casamento ulterior, pelo mesmo motivo que o é a sentença de divórcio pelas citadas doenças incuráveis, ou seja o de que, de ante-mão, se sabe que o novo casamento, a realizar-se, no caso de anulação do anterior, ou se fosse realizável no caso de divórcio, por igual daria azo a poder ser desde logo dissolvido com os mesmos fundamentos.

A menoridade e a falta de autorização para interditos por surdo mudez

Entre os impedimentos dirimentes relativos, o art. 5.º do decreto de 25 de Julho de 1940 estabelece o que respeita aos menores de 21 anos, quando diz na sua parte final que «... os menores de 21 anos não emancipados só poderão contrair casamento depois de obterem o consentimento dos seus pais ou daqueles que os representam, ou o suprimento desse consentimento, nos termos do art. 293.º do Código Civil».

E o artigo 7.º do decreto n.º 1 diz que «aos maiores sob tutela, não compreendidos no n.º 4 do art. 14.º» (o que equivale a dizer aos surdos mudos) «bem como aos maiores sob curadoria» (o que equivale a dizer aos interditos por prodigalidade) «é proibido o casamento enquanto não-obtiverem o consentimento daquelles que os representam ou o suprimento desse consentimento em forma legal».

Não se vê, pois, que haja fácil ocasião para que estas compreensíveis exigências deem azo à intervenção de perícia médica, embora talvez o exame pericial possa ser lembrado alguma vez, para tentar estabelecer aproximadamente a idade, em casos raríssimos em que esta não conste de registos de identidade da pessoa e em que não haja quem de outra forma possa estabelecê-la. E talvez também tal exame, apesar das naturais dificuldades para o perito e da relatividade do seu valor, possa ter utilidade para ajudar as autoridades a avaliar do estado mental do surdo-mudo.

Prazo de viuvez

Pelo art. 1.º do decreto n.º 2 de 25 de Dezembro de 1910 (Lei da protecção aos filhos), «são havidos por legítimos os filhos nascidos de matrimónio legitimamente contraído passados 180 dias depois da celebração dele ou dentro dos 300 dias subsequentes à sua dissolução ou à separação dos conjugues, judicialmente decretada».

Se não fosse marcado um período intermatrimonial suficiente entre o casamento dissolvido e um novo casamento, podia dar-se o caso de nascer um filho depois de 180 dias passados sobre a celebração do segundo, mas dentro dos 300 ulteriores à dissolução do primeiro, e haver, assim, duas presunções de paternidade, uma a favor de cada um dos maridos.

Para evitar essa possível *turbatio sanguinis* era preciso que a lei estabelecesse, como estabeleceu, um período intermatrimonial, a que se ficou chamando *prazo de viuvez* ou *de viduidade*, com boa propriedade quando a causa de dissolução do primeiro casamento tenha sido a morte, por extensão quando essa causa tenha sido o divórcio. E, como para haver prazo intervalar concorresse ainda uma preocupação de decoro social, com a instituição de uma espécie de luto oficial, a lei determinou que também para o marido houvesse um período intervalar, embora mais curto.

Pelo art. 55.º da lei do Divórcio, de 3 de Novembro de 1910, mandado observar pelo art. 10.º do decreto n.º 1 de 25 de Dezembro, o prazo marcado foi de um ano para a mulher, de seis meses para o marido.

Para a mulher, o prazo, anteriormente, era apenas o de 300 dias, marcado pelo artigo 1233.º do Código Civil.

Não é fácil de calcular com exactidão a duração real do tempo da gravidez normal: varia de mulher para mulher, e, mesmo em casos de cópula única, não é possível estabelecer ao certo o dia em que a verdadeira fecundação do ovulo pelo espermatozoide se produziu.

O processo de contagem usado varia: uns contam desde o primeiro, outros desde o último dia das últimas regras, que

variam também em duração de mulher para mulher; outros ainda (e estes mais na moda) desde o meio intervalar entre essas regras e as primeiras que faltaram. Tudo isto pode dar uma variação de bastantes dias com as diferentes formas de contagem.

A média da duração da gravidez é dada como de entre 270 (9 meses civis) a 280 dias (10 meses lunares). Mas alguns autores têm afirmado muito maiores durações possíveis, superiores a 300 dias; e até mesmo um (Puppe) chega a indicar 357 dias.

Há quem admita que, em qualquer mulher, a gestação durará o equivalente a 10 dos seus períodos menstruais; e, como estes variam de duração entre os 28 dias dos meses lunares e os 30 ou 31 dos meses civis, aí temos que, a ser boa essa regra, poderia a gravidez durar 310 dias.

Por outro lado, o espermatozoide introduzido no interior dos órgãos sexuais femininos tem aí um meio propício onde pode conservar-se vivo e com poder fecundante por vários dias, à espera de ovulo de uma próxima postura; e, portanto, a fecundação e a gravidez podem só iniciar-se, eventualmente, dias depois da morte do marido fecundador.

Por tudo isto, é que, embora o prazo de 300 dias do Código Civil deva ser na generalidade, ou, melhor, na quasi totalidade dos casos, suficiente, é de louvar a prudência do legislador de 1910, que o ampliou para um ano completo, novo prazo de larguissima suficiência, acerca da qual não se poderão levantar dúvidas em qualquer caso.

Mas, para a mulher, como para o homem, o período intermatrimonial pode ser reduzido a seis meses, desde que se faça a verificação de se a mulher está ou não grávida, pois que tal o consente o § único do art. 291.º do Código do Registo Civil de 1932, o qual, aliás, no seu corpo, marca também o prazo de um ano para a mulher nos casos restantes, conforme as outras disposições vigentes já citadas. Hoje em dia, com os novos processos laboratoriais para averiguação da gravidez, há uma certeza que de antes não havia no diagnóstico positivo ou negativo a partir das primeiras semanas, sem necessidade de esperar, pois, o 4.º ou 5.º mês, em que aparecem os sinais de certeza, dos movimentos passivos do feto e sobretudo dos movimentos activos dele e

dos ruídos do bater do seu coração. Mas, mesmo com os recursos anteriores, era fácil desde que a perícia se fizesse ao quarto-quinto mês, isto é bastante antes de expirado o prazo em qualquer caso obrigatório de espera sobre a morte do homem, dar uma resposta firme de admissão ou exclusão daquele estado da mulher atribuível ao marido.

Licença para militares e dispensa a outros cidadãos

12. — O artigo 1.º do decreto n.º 16:349, de 12 de Janeiro de 1929, estabelece a exigência de licença para o casamento dos militares da armada.

O art. 2.º do decreto n.º 31:107, de 18 de Janeiro de 1941, determina a necessidade de licença para o casamento dos militares e o art. 3.º proíbe aquele aos que tenham menos de 25 anos, ou sejam oficiais com menor patente do que tenente (excepto sendo dos serviços auxiliares), e aos alunos da Escola do Exército.

O n.º 2 do art. 242.º do Estatuto Judiciário de 12 de Abril de 1928 (hoje revogado pelo de 23 de Fevereiro de 1944) tornava o casamento dos reclusos dependente de licença do Procurador da República.

O art. 9.º do decreto n.º 27:279, de 24 de Novembro de 1936, não deixa que as professoras primárias casem sem licença do Ministério da Educação Nacional.

O art. 142.º do decreto n.º 29:970, de 13 de Outubro de 1939, impede que os funcionários do Corpo Diplomático e os Consules casem sem licença ministerial, e o art. 143.º do mesmo decreto determina que percam o lugar as mulheres admitidas no exercício de cargos do Ministério dos Estrangeiros logo que casem e tenham filhos.

Estas licenças e dispensas que, pelo art. 297.º do Código do Registo Civil, o funcionário respectivo tem de exigir às pessoas a quem respeitam, para poder realizar o casamento, não são originadas em motivos de ordem médica (a não ser talvez, até certo ponto, no que respeita à diferença de idade entre os militares e as desejadas esposas) mas sim de ordem patriótica, disciplinar e de decência moral e económica. Por isso, a citação que faço destes impedimentos é apenas para apresentar exemplos de intromissão

do Estado limitadora da liberdade pessoal de criaturas que, pela sua idade e pelo seu estado mental, sem tal acção limitadora, estariam em condições de livremente se casarem; e para apontar disposições legais que podem abrir caminho para outras futuras, mais apertadas na restrição da liberdade de casamento, e entre elas as que possam vir a estabelecer a necessidade de certificado após exame médico pre-nupcial.

Este exame já indirectamente existe para vários casos em que o casamento é proibido, tais como o do divórcio anterior por motivo de doença reconhecida como incurável ou doença incurável que importe aberração sexual; de tuberculose dos militares da armada (decreto n.º 20:121, de 28 de Julho de 1931) ou do exército (decreto n.º 31:107, de 18 de Janeiro de 1941) internados em sanatórios, a não ser quando se trate de legalizar situações irregulares criadas pelo menos um ano antes de estarem subsidiados pelo Estado, ou em *articulo mortis* de qualquer dos nubentes. Mas o Dr. Pires de Lima, que acha que seria recomendável que igual proibição fosse feita para novo casamento, no caso da anulação do anterior por causa de doença incurável e transmissível por contágio ou herança, e que faz votos para que se acentuem as preocupações de ordem eugénica do legislador (que a propósito da demência põe em relevo), entende contudo razoável que este não tenha considerado, de raiz e directamente, o próprio facto da existência de doença contagiosa incurável ou de doença incurável importando aberração sexual, como impedimento dirimente absoluto mesmo para um primeiro casamento.

É que, explica, nos casos de divórcio ou anulações anteriores já tinha havido de ser feita a prova da existência daquelas condições, por virtude de requerimento dos interessados; mas «repugna aos nossos sentimentos que se faça, embora ele tenha tradição no direito romano e canónico, o exame corporeo, antes de cada casamento, para ver se existem ou não as doenças a que se refere o n.º 4 do artigo 4.º».

Eu não sei se consigo interpretar bem o fundo do pensamento do ilustre professor:

Espera ele que, com maior aproveitamento dos ensinamentos da medicina do que actualmente acontece, se procure afastar, na medida do possível, a propagação de taras funestas para a raça. E fala das medidas de esterilização de certos tarados que já tem

sido praticadas (não só na Alemanha, mas em vários outros países) em termos que me parece revelarem não achar que haja suficiente motivo para a indignação que tais medidas têm provocado em muitos, por as reputarem ímorais e atentatórias da dignidade humana, em vez de justificáveis e úteis, pois que «sem essa, ou sem medidas que conduzam aos mesmos resultados, se criará fatalmente uma raça de raquiticos, de tuberculosos e de loucos, que não podem constituir a classe dirigente de amanhã», e que «já não podem os Estados pensar em deixar a resolução de tão magno problema à simples selecção natural, hoje em dia de tão reduzidos efeitos no problema da procriação».

Daqui infiro que, quando o ilustre Mestre fala da repugnância «aos nossos sentimentos» do exame pre-nupcial com os fins a que alude usará uma maneira de dizer que se refere ao sentimento comum da generalidade das pessoas pouco informadas da importância e das condições do problema, mas não partilhará talvez inteiramente de tão grande repugnância por um exame que não prejudicaria a integridade corporea do examinando e bem menos do que a sua esterilização atingiria a liberdade e a dignidade dele, sobretudo se ao exame, como conviria, fosse dado um carácter genérico e não exclusivo de aspectos de natureza sexual.

A meu ver, mais importaria considerar se a prática do exame pré-nupcial, em nosso país, teria as possibilidades de realização útil que seriam para desejar; ou se, pelas suas dificuldades e imperfeições e incertezas, não viria a constituir antes uma complicação mais perturbadora do que vantajosa.

Seja como for, a propósito de um e de outro procedimento, exame pré-nupcial e esterilização, de futuro talvez possíveis, mas ainda inexistentes em Portugal, convirá dizer alguma coisa.

O exame pré-nupcial destina-se intencionalmente: umas vezes, a impedir declaradamente o casamento de certos doentes e anormais; outras vezes, a limitar a sua permissão ao caso em que o outro contraente, devidamente elucidado, aceite, apesar disso, a ligação.

Ora, o exame dá lugar a um exigido certificado de perícia oficial; ora, a exigência é só de um atestado, de médico que o interessado livremente escolhe; ora, apenas é obrigado o pretendente a prestar declarações juradas do seu estado, e a perícia, particular, apenas servirá para lhe dar, a ele, a necessária elucidação.

É frequente que as mulheres escapem ao exame e às obrigações inerentes, que, então, só respeitam aos homens.

Quanto às doenças que impedem o casamento, contam-se: a alienação mental, a sífilis contagiante, outras doenças venéreas, a epilepsia, a lepra, na Noruega, na Suécia, na Dinamarca, em vários Estados da América do Norte, na Turquia; e, em geral, são omitidos o cancro, a tuberculose, e o alcoolismo.

Noutros países, como o nosso, na França, na Bélgica, na Holanda, na própria Alemanha de antes da guerra, a protecção repousa sobretudo nas determinações legais que permitem o divórcio ou a anulação do casamento feito com desconhecimento de um dos contraentes de certas doenças, anomalias, defeitos do outro, ou na propaganda que procure levar os interessados a, antes do casamento, livre e lealmente se informarem mutuamente. Esta informação mútua é mais facilmente conseguida, como é obvio, nos países em que os costumes não tornam essencial a virgindade da noiva no geral dos casamentos e em que os namorados tem ocasião para antes deles se experimentarem bem, e inteiramente se verem e apalparem sob todos os aspectos; mas nos países himeneolatrás, como o nosso, não há muito a esperar da sinceridade de tal informação.

Quanto à esterilização de doentes, criminosos ou anómalos começou a sua prática em 1907 no estado de Indiana; e mais vinte e oito estados da União Americana do Norte a aceitaram, quasi todos depois da guerra de 1914-1918.

Só depois, a Alemanha, como também o cantão suíço de Vaud, a Dinamarca, a Suécia, a província de Alberta no Canadá promulgaram normas legais para o caso. Noutros países, as discussões sobre o assunto são acaloradas. Mas a Alemanha, apesar de não ser nem a única praticante, nem a iniciadora, ou porque tenha as costas mais largas, ou porque tenha perdido a guerra última, ou porque tenha aplicado as medidas de esterilização com menos cautelas e porventura fora das indicações mais geralmente defendidas como justificáveis, ou por causa de tudo isso cumulativamente, é que tem sido, sobretudo, visada pelas censuras dos que não são fautores do sistema.

Na América do Norte, antes da guerra que agora finda, já mais de 15.000 indivíduos—criminosos contra os costumes, idiotas,

degenerados, epilépticos, dementes precóces, alcoolicos, toxicomanos — haviam sido esterilizados.

Em Vaud, desde 1929, tem se visado sobretudo a protecção da saúde individual dos operados, por exemplo de mulheres em quem as gravidezes sucessivas constituíam um perigo grave para a sua saúde.

A Dinamarca, desde a mesma data, visa os anormais a cargo do Estado, internados nos manicómios e asilos de indigentes.

Em Alberta, esterilizam-se apenas os atingidos de formas hereditárias de alienação mental, antes da sua saída do internamento, quando tal saída seja autorizada.

A Inglaterra mostra inclinação para a esterilização obrigatória apenas em casos muito excepcionais de alienação; e ainda, para que a permissão dela, a requerimento dos interessados ou dos seus representantes legais, seja concedida só no caso de entidades competentes optarem pela sua razoabilidade.

Na Alemanha, desde Janeiro de 1934, foram sobretudo as preocupações de eugénica e de profilaxia mental e de multiplicar apenas os exemplares normais de uma raça suposta superior o que levou à esterilização de fracos de espirito, de dementes precoces, de loucos circulares, de epilépticos, de cegos, de surdos, de atingidos de deformidades corporais graves; e nos casos de possível transmissão por herança, e, eventualmente ainda, de alcoolicos graves.

Como processos de esterilização, têm sido usadas principalmente a vasectomia, pela secção do canal deferente nos homens, e pela laqueação e secção das trompas nas mulheres, a laqueação dos cordões espermáticos, a irradiação pelos Raios X dos testiculos ou dos ovários. Os russos têm recomendado as injecções intra-dérmicas de esperma nas mulheres, como capazes de as esterilizar temporariamente. Mas a ablação das glândulas sexuais e as grandes operações mutilantes em toda a parte são excluídas.

Muito haveria que dizer das vantagens e dos inconvenientes da esterilização obrigatória. Mas a propósito do casamento, só ocasionalmente a ela me referi, com o inconveniente, de resto, de ainda ter alongado mais este, mesmo sem isso, já tão longo e enfadonho discurso.

Os meus agradecimentos, meus Senhores, pela paciência exemplar com que me aturaram.

FIGADINA

GRANULADO SOLÚVEL

PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS:

Agente de drenagem medical, actuando como colagogo.

INDICAÇÕES:

Congestão do fígado e da vesícula, Litíase biliar, Ictericia, Colecistites sub-agudas e crónicas, Perturbações digestivas de origem hepática, Doenças hepáticas dos países quentes, etc.

POSOLOGIA:

1 a 3 colheres das de chá, em meio copo de água morna, de manhã em jejum, meia hora antes do pequeno almoço.

Tratamento de 10 dias seguidos em cada mês.

PUBLICIDADE RESTRITA AO CORPO MÉDICO

Preço legal: Esc. 18\$00

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL, ILHAS E COLÓNIAS:

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

142, Rua Damasceno Monteiro, 144 • LISBOA

FIGADINA

Granulado

drenagem biliar

*associação
pepto-magnésica*

**COLAGOGO
HEPATO-BILIAR**



TODAS AS PERTURBAÇÕES DE ORIGEM HEPÁTICA

Doutor:

SE, EVENTUALMENTE, V. EX.^A NÃO CONHECE AINDA
A **FIGADINA**, OS NOSSOS SERVIÇOS DE PROPAGA-
GANDA AGUARDAM O FAVOR DAS SUAS ORDENS

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

BIBLIOGRAFIA

Além de Manuais e Tratados de Medicina Legal:

- BRAGA DA CRUZ (GUILHERME) — *Direitos de Família*. Vol. I — *Constituição do estado de casado*. 2.^a ed. revista e actualizada pelo Prof. Dr. PIRES DE LIMA, e em harmonia com as lições feitas ao curso do IV ano jurídico de 1941-42. Coimbra Editora, Limitada, 1942.
- BROUARDEL (P.) — *Le Mariage. Nullité, Divorce, Grossesse, Accouchement*. Paris, J. B. Bailliére et Fils. 1900.
- CARNEIRO PACHECO (ANTÓNIO FÁRIA) — Do êrro da pessoa como causa de nulidade de casamento. *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Ano III — Coimbra, Imprensa da Universidade, 1916-17.
- CUNHA GONÇALVES (LUÍS DA) — *Tratado de Direito Civil*. Vol. VI — Coimbra Editora, Limitada. Coimbra, 1933.
- DINIZ (ÁLMACHIO) — *Nullidades e anulação de casamento*. S. Paulo, Saraiva & C.^a, 1928.
- DÓRIA (RODRIGUES) — Questões médico-legais relativas ao casamento. *Revista Jurídica*. Vol. XXVII — Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1922, pág. 385.
- DURIEUX (CHANOINE P.) — *Le mariage en droit canonique*. Paris, V. Lecoffre, 1924.
- ENNECERUS (LUDWIG..., THEODOR KIPP Y MARTIN WOLF.) — *Derecho de familia*. Tomo IV — *El matrimonio*. Barcelona, Bosch., 1941.
- MÁRIO DE FIGUEIREDO — *A concordata e o casamento*. Lisboa, União Gráfica, 1940.
- MARNOCO E SOUSA (JOSÉ FERREIRA) — *Impedimentos do casamento em direito portuguez*. Coimbra, França Amado, 1896.
- PEIXOTO (AFRANIO) — *Novos rumos da Medicina Legal*. 2.^a ed., Editora Guanabara. Rio.
- *Sexologia Forense*. 3.^a ed., Companhia Editora Nacional São Paulo — Rio de Janeiro Recife-Porto Alegre.
- SAMPAIO (CARLOS) — *Curso de Direito Civil. Do casamento* Vol. I. São Paulo, Saraiva & Comp., 1923.
- SARZEDAS (JOAQUIM ANTÓNIO DOS REIS TENREIRO) — *Casamentos consanguíneos*. Porto, Imprensa Real, 1877.
- SILVA RIBEIRO (LUÍS DA) — *Condições de validade do casamento civil*. Coimbra, 1924.
- VATSYAYANA — *Les Kama Sutra...* trad. sur la première version anglaise (Bénarès, 1883) por ISIDORE LISEUX. Les éditions George-Anquetil Paris. 1925.
- VENTURA (RAUL JORGE RODRIGUES... e RAUL LIMA AMARAL MARQUES) — *Direito da Família*. Segundo as prelecções do Prof. Dr. PAULO CUNHA ao curso complementar de Ciências histórico-jurídicas da Universidade de Lisboa no ano lectivo de 1940-1941. Tomos I e II, Lisboa, 1941.

CENTRO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE DOS HOSPITAIS
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Director: Prof. João Pôrto

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

(ALGUNS ASPECTOS DA SUA ACTIVIDADE)

POR

HENRIQUE DE OLIVEIRA
(CHEFE DE SERVIÇOS DO C. T. S.)

(Continuação da página 438, vol. XIII n.º 8)

G) — *Sangue placentar.*

Foi ensaiado o seu aproveitamento no primeiro ano, como já historiámos. Desistiu-se deste aproveitamento no segundo ano.

H) — *Dadores diversos efectivos* — Quadro XXXV.

Deixámos propositadamente para o fim este bloco de hemodadores por ser aquele que presentemente constitui a mais sólida coluna em que se apoia o C. T. S. A maneira como esta fonte de sangue se hipertrofiou do primeiro para o segundo ano, constituiu um fenómeno altamente curioso.

QUADRO XXXV

	Grupos	N.º de dadores	%	Sangue em c.c.	%
1.º ano	O α β	17		16,555	
	A β	14		9,055	
	B α	1		340	
	Total.	32	20,1	25,950	28,69
2.º ano	O α β	42		47,620	
	A β	35		32,220	
	B α	3		1,690	
	Total.	80	49	81,530	60,75

As percentagens são calculadas em relação ao número total de dadores utilizados e ao volume total de sangue colhido em cada ano. Foi a este grupo que fomos buscar no nosso primeiro ano de funcionamento 20,1 % dos dadores utilizados e 28,69 % do sangue total colhido; no segundo ano a hipertrofia desta fonte é representada por estas cifras — 49 % dos dadores e 60,75 % do sangue colhido. Chama-se a isto subir, mas subir bem.

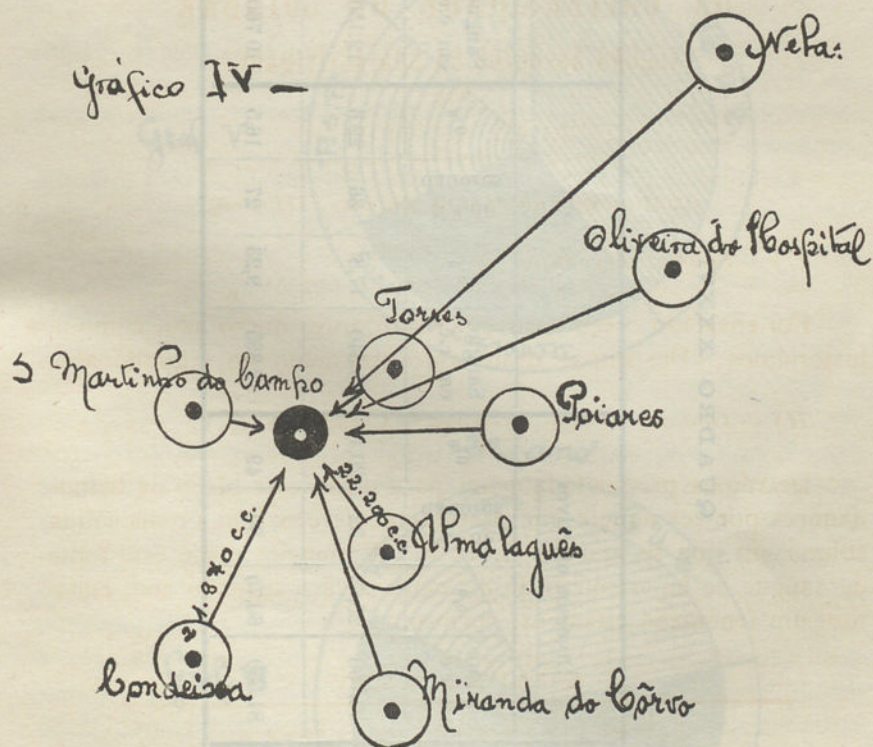


Fig. 4

Este grupo é constituído por elementos da população civil da cidade com suas áreas sub-urbanas e principalmente por trabalhadores rurais e domésticas de freguesias localizadas a alguns quilómetros de Coimbra, muito particularmente Almalaguês, com seu lugar de Rio de Galinhas e o concelho de Condeixa com as freguesias de Éga, Condeixa-a-Velha e Vila Seca. Da maneira curiosa como a nossa propaganda foi feita nestas localidades, já tivemos ocasião de dizer no capítulo das inscrições.

Para se avaliar melhor como o sangue converge sobre Coimbra, repare-se no Gráfico IV, onde se destacam propositada-

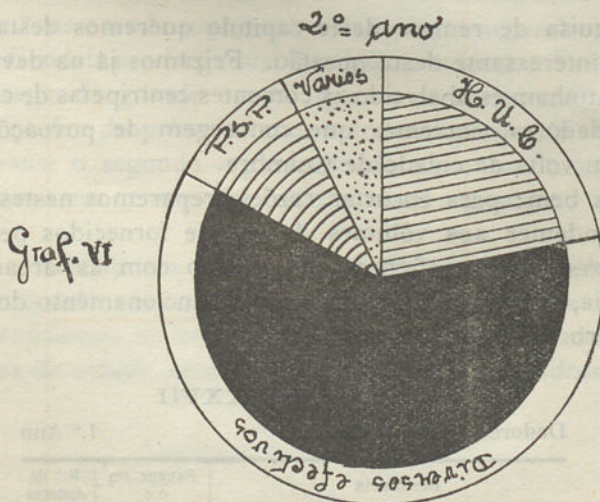
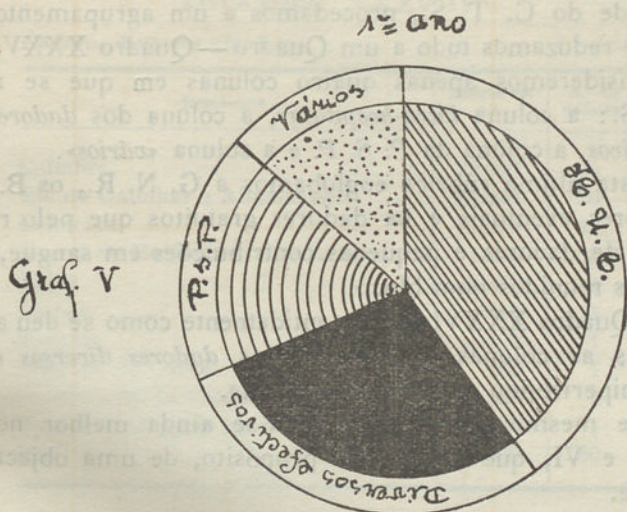


Fig. 5

mente Condeixa e Almalaguês, pelo volume de sangue que nos enviaram no segundo ano da nossa actividade.

A título de síntese e com vista a uma exposição mais objectiva da maneira como evoluciona a contribuição destes diferentes blocos de hemodadores durante estes dois primeiros anos de actividade do C. T. S., procedamos a um agrupamento destes blocos e reduzamos tudo a um Quadro — Quadro XXXVI.

Consideremos apenas quatro colunas em que se apoia o C. T. S.: a coluna *intra-hospitalar*, a coluna dos *dadores diversos efectivos*, a coluna da *P. S. P.* e a coluna «*vários*».

Nesta última rúbrica englobamos a *G. N. R.*, os *B. M. C.*, os dadores eventuais e os dadores gratuitos que pelo reduzido número de dadores e pequenas contribuições em sangue, podem ser todos reunidos num bloco.

O Quadro XXXVI mostra nitidamente como se deu a atrofia de todas as colunas excepto da dos *dadores diversos efectivos* que se hipertrofiou compensadoramente.

Este mesmo fenómeno aprecia-se ainda melhor nos Gráficos V e VI, que são a este propósito, de uma objectividade flagrante.

* * *

À guisa de remate deste capítulo queremos destacar outro aspecto interessante desta questão. Frizámos já na devida altura como se tinham estabelecido as correntes centripetas de candidatos a hemodadores, correntes que convergem de povoações localizadas em volta da cidade de Coimbra.

Pois bem: para encurtar razões, reparemos nestes números correspondentes aos volumes de sangue fornecidos pela coluna de *dadores diversos efectivos* em relação com as áreas da sua residência, durante o primeiro ano de funcionamento do C. T. S. — Quadro XXXVII.

QUADRO XXXVII

Dadores diversos efectivos 1.º Ano

Residência	Sangue em c. c.	N.º de dadores
Coimbra	17.790	17
Rio de Galinhas (Almalaguês) .	4.930	9
Torres do Mondego	2.120	4
Condeixa	1.110	2
Total	25.950	32

Vejam os agora o que se passou no segundo ano — Quadro XXXVIII.

QUADRO XXXVIII

Dadores diversos efectivos 2.º Ano

Residência	Sangue em c.c.	N.º de dadores
Coimbra	29.040	26
Rio de Galinhas e Almalaguês	22.200	20
Condeixa	21.970	25
Torres do Mondego	1.650	3
Nelas	1.870	1
Lisboa	840	1
Poiães	800	1
Mirando do Córvo.	480	1
S. Martinho do Campo	560	1
Vendas de Galizes (O. do Hospital)	2.120	1
Total	81.530	80

São dignas de registo as contribuições de Rio de Galinhas — foi a primeira corrente a estabelecer-se, pronunciando-se já nitidamente no 1.º ano e tendo engrossado altamente no segundo e a do concelho de Condeixa — freguesia de Ega, Condeixa-a-Velha e Vila Seca, o segundo grande caudal que se estabeleceu e que, mal esboçada no fim do primeiro ano, marcou dignamente a sua presença durante o segundo — passando de 1.110 c.c. a 21.970 c.c. E estas correntes centripetas estão ainda a engrossar.

Se em relação aos volumes totais de sangue colhido no primeiro e segundo anos apurarmos todo o sangue fornecido pelos dadores residentes na cidade de Coimbra e pelos dadores residentes fora da cidade, verificaremos as cifras dos Quadros XXXIX e XL.

QUADRO XXXIX

1.º Ano

Residência dos dadores	Sangue em c.c.	0/0	N.º de dadores	0/0
Em Coimbra	82.270	91	144	90,6
Fora de Coimbra	8.160	9	15	9,4
Total	90.430	100	159	100,0

QUADRO XL

2.º Ano

Residência dos dadores	Sangue em c.c.	0/0	N.º de dadores	0/0
Em Coimbra	81.695	60,9	108	66,7
Fora de Coimbra	52.490	39,1	54	33,3
Total	134.185	100,0	162	100,0

A análise destes Quadros mostra como o caudal de sangue vindo de fora da cidade aumentou do primeiro para o segundo ano — de 8.160 c.c. representando 9 0/0 do sangue total colhido, para 52.490 c.c., 39,1 0/0 do sangue total colhido no segundo ano.

É interessante também o relativo paralelismo que se nota entre as percentagens dos dadores residentes dentro e fora da cidade de Coimbra e as percentagens do sangue que forneceram.

Os mesmos resultados tornam-se mais explícitos nos Gráficos VII e VIII, onde se vê como o concurso dos dadores residentes fora da cidade de Coimbra se hipertrofiou do primeiro para o segundo ano.

O aproveitamento eficiente deste sangue vindo de fora da cidade só foi possível pelo recurso às técnicas do sangue conservado — isto é, pelo recurso à geleira.

As Transfusões

III

A história da Hemoterápia nos Hospitais da Universidade de Coimbra, encontra-se dividida nitidamente em dois períodos: o primeiro, que designaremos por período *pré Centro de Transfusão*, é essencialmente caracterizado pela insuficiência de sangue para fins terapêuticos e pela imoralidade na utilização dos hemodadores; o segundo pode ser designado *período do Centro de Transfusão*, é caracterizado pela suficiência de sangue para fins terapêuticos e pela racional utilização dos hemodadores.

É possível marcar a data que separa cronologicamente estes dois períodos — 1944. Foi neste ano que foi criado e organizado

Acaba de aparecer:

“Diabetes Sacarina”

Do Dr Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . . 140\$00

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

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)

Depositarios
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

**AFECCÕES
SAZONÁRIAS
DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS
SUPERIORES**

**CORISA
ASMA DOS FENOS
TRAQUEO-BRONQUITE**

cédem rapidamente sob a
**SINERGIA MEDICAMENTOSA
ANTIDISPNEICA E DESCONGESTIVA**
realizada pela

CORYPHÉDRINE

RHODINE + SANÉDRINE

ácido acetilsalicílico

cloridrato de efedrina levógira

**SOB A FORMA DE
COMPRIMIDOS
CONTENDO**

RHODINE : 0 GR. 50

SANÉDRINE : 0 GR. 015

Tubo de 20 comprimidos

*1 a 4 comprimidos durante as 24 horas,
tomados por várias vezes*

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**
SPECIA
**MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS**

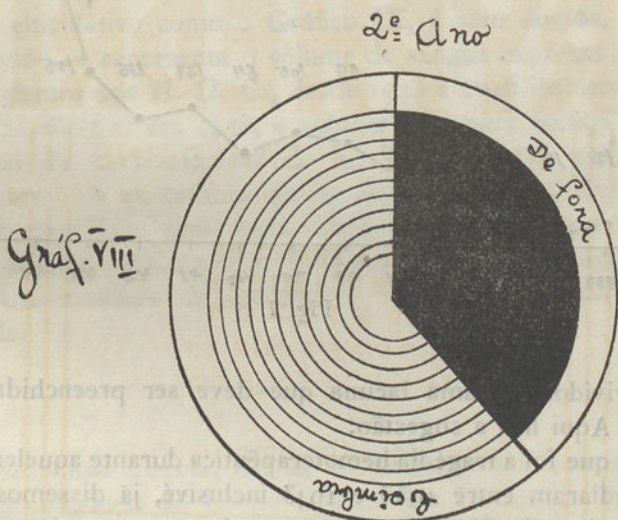
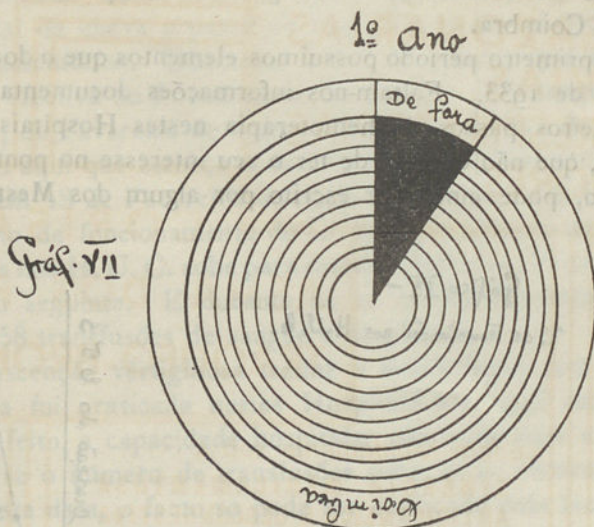


Fig. 6

Percentagem do sangue colhido dentro e fora da cidade de Coimbra

o Centro de Transfusão de Sangue dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Do primeiro período possuímos elementos que o documentam a partir de 1933. Faltam-nos informações documentadas sobre os primeiros passos da hemoterápia nestes Hospitais. E esse capítulo, que não deixará de ter o seu interesse no ponto de vista histórico, pode ainda ser escrito por algum dos Mestres que o

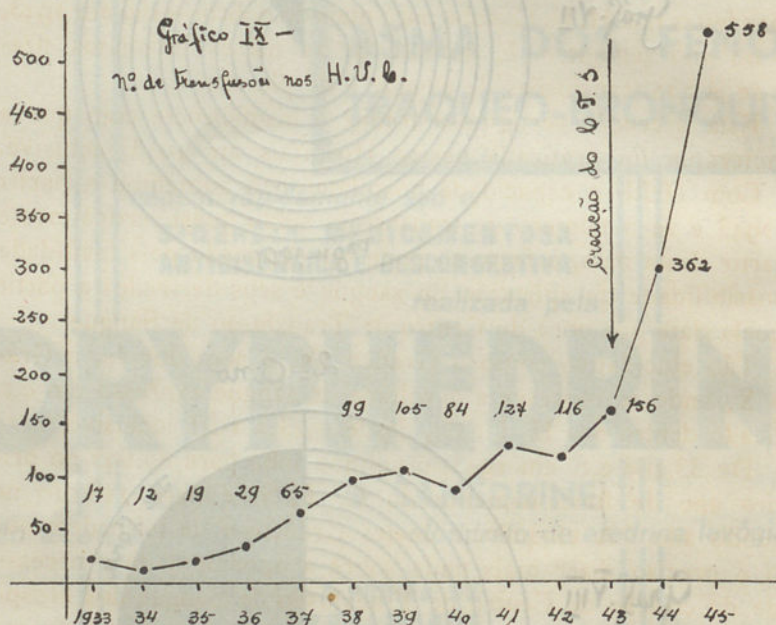


Fig. 7

tenha vivido. É uma lacuna que deve ser preenchida quanto antes. Aqui fica a sugestão.

Do que foi a tragédia hemoterapêutica durante aqueles 11 anos que mediaram entre 1933 e 1943 inclusivé, já dissemos alguma coisa na introdução a este relatório e documentámo-la com alguns Quadros e o Gráfico I. Não repetiremos aqui o que já ficou dito naquelas passagens.

Mas, para se avaliar bem como a história da hemoterápia nos H. U. C. se divide efectivamente em dois períodos, basta reparar atentamente no Gráfico IX.

Neste Gráfico está representado o número de transfusões feitas anualmente desde 1933 a 1945 inclusivé. A ascenção quási vertical da curva a partir de 1944 fala só por si — dispensa-nos de comentários. Queremos frizar, no entanto que a nossa intervenção efectiva no fornecimento de dadores e de sangue teve início em 24 de Fevereiro de 1944 — praticamente em 1 de Março de 1944. É aqui que começa o nosso primeiro ano de actividade e termina em 28 de Fevereiro de 1945. Vê-se pois que logo no primeiro ano de funcionamento do C. T. S., o número de transfusões feitas nos H. U. C. sobe para mais do dobro — 156 em 1943, 362 no ano seguinte. E durante os 12 meses imediatos fizeram-se já 558 transfusões de sangue e de plasma.

Esta ascenção vertiginosa traduz a insuficiência com que a hemoterápia foi praticada nestes Hospitais até 1943 inclusivé.

Com efeito a capacidade hospitalar não aumentou a partir de 1943 e se o número de transfusões subiu quási verticalmente a partir desta data, o facto só pode ser explicado pela facilidade e possibilidade de aplicação de sangue e seus derivados a partir daquela data por obra do Centro de Transfusão de Sangue.

Tão elucidativo como o Gráfico IX, é sem dúvida, o Gráfico X, onde se representa o volume de sangue expresso em c.c. aplicado dentro dos H. U. C., desde 1943 a 1945 inclusivé.

De 33.260 c.c. em 1943, o volume sobe para 80.695 no primeiro ano de funcionamento do C. T. S. e para 118.010 no segundo ano. A eloquência destes Gráficos é de tal ordem que não é preciso dizer mais nada sobre a oportunidade e necessidade da criação do Centro de Transfusão de Sangue dos Hospitais da Universidade de Coimbra e sobre a eficiência da sua actividade.

* * *

A transfusão directa, isto é, a transfusão veia-a-veia, nunca colheu as simpatias do Corpo Clínico dos H. U. C. Foi uma técnica praticada, sem dúvida, algumas vezes, mas a título de ensaio sómente. São evidentes as razões que fizeram da transfusão directa uma técnica de excepção. Durante os dois primeiros anos de actividade do C. T. S. não fizemos também nenhuma transfusão directa. E não surpreende que assim tenha acontecido.

No Instituto Espanhol de Hematologia e Hemoterápia onde, durante os anos de 1943 e 1944 se fizeram 5.825 transfusões de sangue total, foram efectuadas apenas 5 transfusões directas a título de ensino nas consultas de especialização.

A técnica que era universalmente usada em todos os Serviços hospitalares à data da criação do C. T. S. era um método de

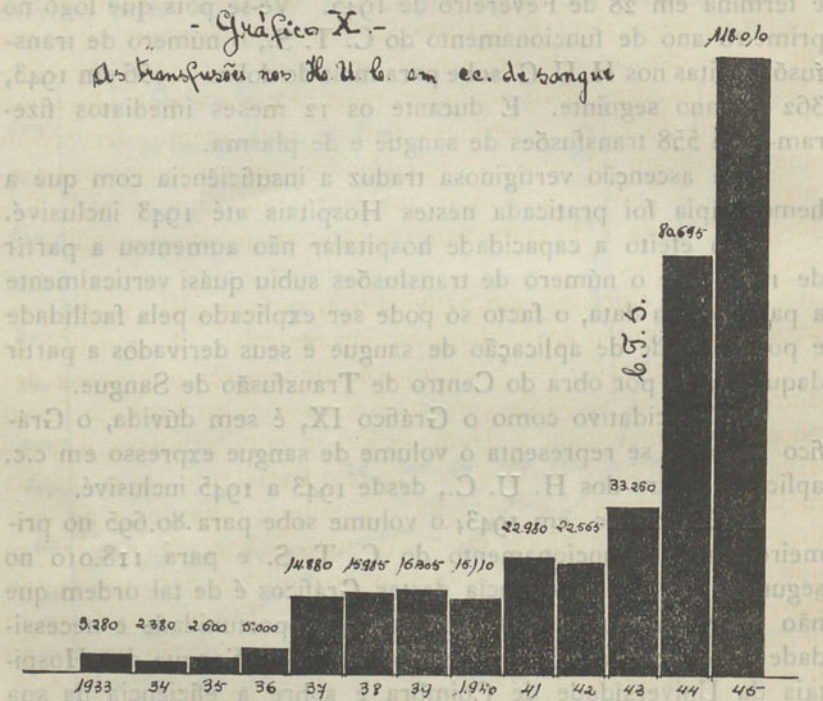


Fig. 8

transfusão indirecta a que poderemos chamar o «método do copo e seringa» (1). O dador era sangrado para um copo graduado onde previamente se deitava uma ampola de citrato de sódio. O médico transfusor ou um ajudante agitavam com vareta de vidro o sangue e o soluto citratado para promover a sua mistura e impedir a sua coagulação. No final da sangria o sangue esta-

(1) Este método é decalcado sobre as técnicas históricas de LEWISON e P. E. WEIL.

bilizado era aspirado para uma seringa de grande capacidade e em seguida injectado na veia do recebedor.

E foi com este método de sangue fumegante permanecendo bastantes minutos num copo de bocal largo destapado, sujeito a toda a casta de conspurcação micróbiana e de poeiras, que se fizeram centenas de transfusões de sangue.

O método é primitivo, pouco seguro, pouco comodo e sobretudo deselegante. Mas à falta de outro melhor conseguiu entrar na rotina hospitalar. E incrustou-se tão profundamente no ânimo de certos clínicos que ainda hoje, apesar de dispormos de métodos mais seguros, mais cómodos, mais práticos e mais elegantes, o método do «copo e seringa» tem os seus adeptos fervorosos que o praticam «à outrance» defendendo-o encarniçadamente contra todas as inovações técnicas que representem um avanço. É a força da rotina e do comodismo a bater-se impetuosamente contra o progresso.

Quando entrámos em actividade o momento era pouco propício para o nosso apetrechamento em material. A aquisição de material americano era praticamente impossível por causa das dificuldades derivadas da guerra. Recorremos ao Instituto Espanhol de Hematologia e Hemoterápia a cuja gentileza ficámos devendo 50 francos de 250 c.c. modelo ELOSEGUI, alguns bocais metálicos e tampas de borracha e alumínio, uma duzia de agulhas de WERNES e alguns metros de tubo de borracha neutra com que montámos os nossos primeiros dispositivos para transfusão pelo método de gota-a-gota endovenoso. Enveredámos assim pelas técnicas de colheita de sangue e de transfusão usadas no Instituto Espanhol de Hematologia e Hemoterápia de Madrid. Estes métodos, que já eram seguidos no Serviço Transfusão de Sangue dos Hospitais Civis de Lisboa, provaram plenamente e são sem dúvida métodos excelentes. Por esta técnica têm sido realizadas quasi todas as transfusões nos H. U. C. a partir de 1944. O método é prático, simples, seguro, comodo e elegante.

* * *

Durante os 12 primeiros meses da nossa actividade foram efectuadas nos H. U. C. 362 transfusões — sendo 348 de sangue total ou glóbulos rubros e 14 de plasma normal.

Se recordarmos mais uma vez que durante a ano anterior —1943 se realizaram nestes Hospitais 156 transfusões de sangue total, é fácil ver-se como foi eficaz a intervenção do C. T. S. e oportuna a sua criação. Esta mesma conclusão resalta com a maior nitidez da análise dos Graficos IX e X.

A actividade do C. T. S. dentro dos H. U. C. neste primeiro ano do seu funcionamento pode ser assim esquematizada:

C. T. S — 1.º Ano

Transfusões de sangue fresco . . .	137 — 37,84 %
» de sangue conservado	211 — 58,28 »
» de plasma	14 — 3,86 »
Total.	362

Volume total — 80.695 c.c.

Não se realizaram transfusões directas. Utilizou-se sempre sangue estabilizado. Este sangue estabilizado dividimo-lo em *Sangue fresco* e *Sangue conservado*.

Consideramos sangue fresco aquele que permanece em contacto com o soluto estabilizado durante alguns minutos apenas. Nesta categoria está abrangido o sangue transfundido pelo método do *copo* e *seringa* e o sangue extraído dos dadores para frascos ELOSEGUI e imediatamente aplicado pela técnica de gota-a-gota endovenoso. Nas transfusões feitas pelo método de *copo* e *seringa* a intervenção do C. T. S. limita-se apenas à indicação do hemodador e ao fornecimento do material necessário para a transfusão; nas transfusões de sangue fresco feitas pela técnica de gota-a-gota endovenoso, todo o encargo da transfusão recai sobre o C. T. S. E este que escolhe o dador, que realiza a colheita e que efectua a transfusão.

Como *sangue conservado*, consideramos, por comodidade de exposição todo o sangue que permaneceu na geleira durante, pelo menos, algumas horas. O tempo de permanência na geleira variou, com efeito, desde algumas horas apenas até 21 dias.

Durante o primeiro ano da nossa actividade o sangue conservado figurou em 58,28 % das transfusões, o sangue fresco em 37,84 %. O recurso à geleira fez-se, durante este primeiro ano, numa escala considerável, se atendermos a que as transfusões

de plasma — 3,86 % das transfusões feitas, seriam impossíveis sem o concurso do frigorífico. Donde se conclui que 62,16 % das aplicações hemoterápicas foram realizadas recorrendo ao sangue conservado.

A possibilidade deste recurso foi um dos grandes benefícios oferecidos aos H. U. C. pela criação do C. T. S.; tão grande que permitiu inverter absolutamente os termos do problema hemoterapêutico nestes Hospitais. Antes da criação do C. T. S. eram os doentes que esperavam pela chegada dos hemodadores e Deus sabe quantas vezes estes chegaram demasiadamente tarde; depois da criação do C. T. S. passou a ser o sangue que aguarda o aparecimento dos doentes com indicação urgente ou não urgente da transfusão.

E com esta inversão de condições não é fácil calcular as vidas que foram salvas.

Os encargos das transfusões de sangue conservado e de plasma recaem totalmente sobre o C. T. S. Por aqui se pode avaliar do concurso que esta instituição prestou às clínicas hospitalares.

A título meramente informativo, apontaremos em seguida as indicações que a clínica invocou para a requisição das 14 transfusões de plasma realizadas neste ano, nos H. U. C.

Ei-las:

Queimaduras	4
Icterícia hemolítica	2
Edemas por hipoproteinémia.	2
Hemofilia	1
Hemorragias por abortamento	1
Colapso vascular	1
Choque operatório	1
Cirroze ascitogénica	1
Nefrose lipoide	1
Total.	14

No segundo ano de actividade do C. T. S. o movimento de transfusões dentro dos H. U. C. continuou a crescer.

Eis os números.

C. T. S. — 2.º Ano

Transfusões de sangue fresco . . .	64 — 11,47 %
» de sangue conservado . . .	467 — 83,69 »
» de plasma . . .	27 — 4,83 »
Total . . .	558

Volume total — 118 010 c.c.

Registou-se, neste segundo ano, um acrescimo das applicações hemoterápicas nos H. U. C. Com efeito, de 362 applicações feitas no primeiro ano, passou-se para 558 applicações no segundo. Verifica-se também que o recurso ao sangue conservado aumentou consideravelmente em detrimento do sangue estabilizado fresco. Com efeito, a percentagem de transfusões de sangue fresco desceu de 37,84 % que foi no primeiro ano, para 11,47 % no segundo; 88,52 % das applicações hemoterápicas foram, neste segundo ano, realizadas recorrendo ao sangue conservado, contra 62,16 % no primeiro ano. Isto significa que o recurso à geleira foi, no segundo ano, feito ainda em maior escala que no primeiro.

Quanto a transfusões de plasma, a sua percentagem cresceu, neste ano, embora ligeiramente — de 3,86 % no primeiro para 4,83 % no segundo, o que significa que as clínicas hospitalares se iniciam ainda nas possibilidades desta esplendida modalidade da hemoterápia. As indicações invocadas pela clínica para as requisições de plasma, foram as seguintes:

Cirrozes ascitogénicas . . .	8
Choque operatório . . .	5
Edemas por hipoproteinémia . . .	5
Icterícia hemolítica . . .	2
Supurações pulmonares . . .	2
Síndrome agranulocitário . . .	1
Desidratação aguda . . .	1
Caquexia . . .	1
Beri-beri . . .	1
Queimaduras . . .	1
Total . . .	27

INSULINA

“A B”

de renome mundial

— SIMPLES

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} CLINICOS

Preparações de { ALLEN & HANBURY'S, 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**

INSULINA

Produtos
BERNA

SOROS

Anti-melitococico
Peritonitico
Pestoso

Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berne

Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

Rua da Prata 51, Tel. 27150

— absorção mais lenta e gradual
— exige menor número de injecções
— fornece melhor a diabetes.

FOLHETOS AOS EX. CLINICOS

Preparações de ALLEN & HANBURY, LTD. e THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.
Representantes exclusivos destas produções:
COLL TAYLOR, L.D.A. — R. dos Douroeiros, 28-1.º — Lisboa
Depositarías no Porto: Farmácia Serrão, L. Lda, 38

Quanto aos Serviços hospitalares onde foram realizadas as transfusões nestes dois anos, veja-se o Quadro XLI.

Figuram à cabeça dos consumidores, os Serviços de Cirurgia, seguidos pelos de Medicina, Maternidade e Ginecologia, tanto no que diz respeito ao consumo de sangue em quantidade como no que respeita ao número de transfusões.

QUADRO XLI

Número de transfusões e sangue em c.c. por Serviço

Serviços	1.º Ano			2.º Ano		
	Sangue em c.c.	N.º de transfusões	0/0	Sangue em c.c.	N.º de transfusões	0/0
Cirurgia	29.790	128	35,3	43.580	205	36,7
Medicina	21.470	120	33,1	27.990	156	27,9
Maternidade	17.260	62	17,1	24.035	94	16,8
Ginecologia	3.965	16	4,4	13.595	61	10,9
Quartos particulares	8.210	36	9,9	8.810	42	7,5
Total	80.695	362		118.010	558	

Mas a actividade do C. T. S. não se confinou a dentro dos muros hospitalares. A Ordem de Serviço n.º 211 de 6 de Maio de 1944 que conferiu existência oficial ao C. T. S. determina, no seu Art. 17.º que, sem prejuizo dos Serviços Hospitalares, poderá o C. T. S. indicar dadores ou fornecer sangue conservado ou plasma e material para transfusões para fora dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

E com efeito, de acordo com a letra e o espírito desta disposição legal, o C. T. S. atendeu todas as solicitações extra-hospitalares que lhe foram feitas, fornecendo dadores, sangue conservado ou plasma.

Nesta projecção extra-hospitalar da sua actividade, o C. T. S. apresenta a seguinte folha de serviço:

C. T. S. — 1.º Ano

Transfusões extra-hospitalares:

a) — Em Coimbra, no domicilio	15
b) — Em Coimbra, nas Casas de Saúde	9
c) — Em terras da provincia	9
Total.	<u>33</u>

Mais pormenorizadamente:

1) — Hemodadores fornecidos.	11
2) — Transfusões de sangue conservado	20
3) — Transfusões de plasma	2
Total.	<u>33</u>

Foram efectuadas fora dos H. U. C. 33 transfusões de sangue e de plasma, com a comparticipação total ou parcial do C. T. S. Um simples telefonema para os H. U. C. permitiu que, no mais breve espaço de tempo possível, algumas vezes passados poucos minutos apenas, o sangue por nós fornecido e aplicado surgisse a colaborar no salvamento de vidas humanas fora dos H. U. C.

Em referência ao volume de sangue total e plasma aplicado nestas condições e durante este primeiro ano de actividade do C. T. S., veja-se o apontamento que segue:

a) — Em Coimbra, no domicilio	3.466 c.c.
b) — Em Coimbra, nas Casas de Saúde	2.120 c.c.
c) — Em terras da provincia	<u>2.330 c.c.</u>
Total.	7.916 c.c.

No segundo ano, a actividade extra-hospitalar do C. T. S. intensificou-se, como pode ver-se por estes números:

C. T. S. — 2.º Ano

Transfusões extra-hospitalares :

a) — Em Coimbra, no domicilio	38
b) — Em Coimbra, nas Casas de Saúde	25
c) — Em terras da provincia	14
Total.	<u>77</u>

Assim especificadas :

1) — Hemodadores fornecidos.	15
2) — Transfusões de sangue conservado	51
3) — Transfusões de plasma	11
Total.	<u>77</u>

Esta folha de serviços extra-hospitalares expressa em volumes revela o seguinte :

a) — Em Coimbra, no domicilio	8.740 c.c.
b) — Em Coimbra, nas Casas de Saúde	4.830 c.c.
c) — Em terras da provincia	3.235 c.c.
Total.	<u>16.805 c.c.</u>

Esta colaboração no tratamento dos doentes e salvamento de vidas fora dos H. U. C. fez-se sempre sem prejuizo dos Serviços Hospitalares e exprime-se por estas cifras, durante os dois primeiros anos de actividade do C. T. S. :

Transfusões extra-hospitalares :

a) — Em Coimbra, no domicilio	53
b) — Em Coimbra, nas Casas de Saúde	34
c) — Em terras da provincia	23
Total.	<u>110</u>

No volume total de 24.715 c.c. de sangue e plasma, aplicados fora dos H. U. C.

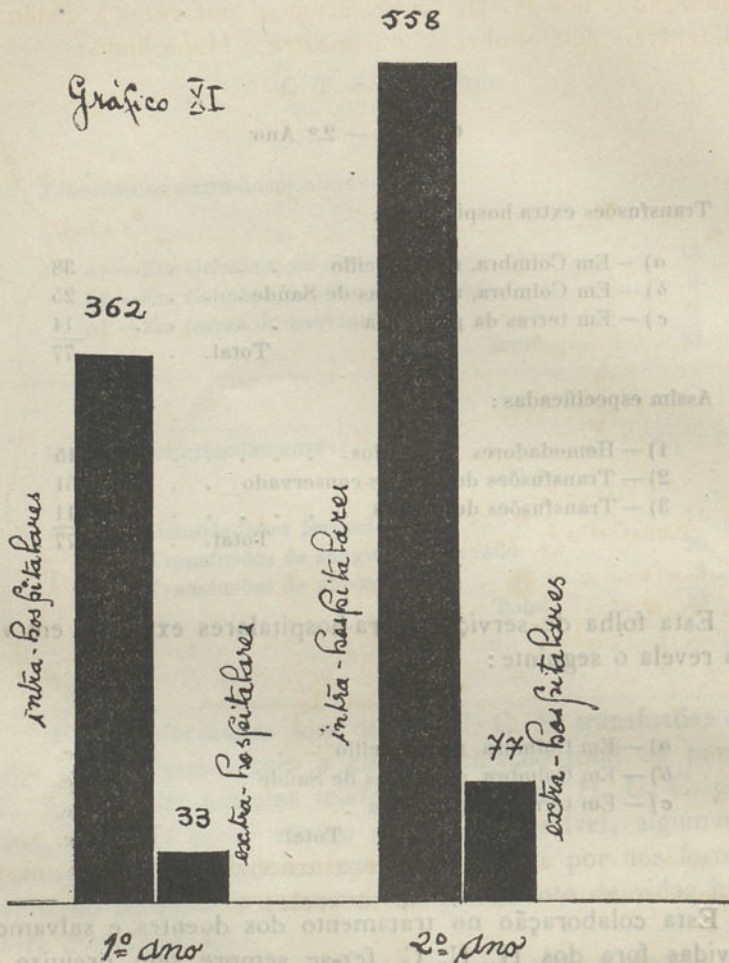


Fig. 8

Esta projecção extra-hospitalar do C. T. S. durante estes dois primeiros anos da sua actividade, constitui uma modalidade de assistência social que não é para desprezar.

Em números absolutos, as transfusões feitas dentro e fora dos H. U. C. nestes dois anos, podem apreciar-se objectivamente no Gráfico XI.

A colaboração do C. T. S. no tratamento de doentes não hospitalizados nos H. U. C. projectou-se por vezes a distâncias consideráveis de Coimbra, como mostra o Mapa junto:



Fig. 9

Considerando a actividade transfusional do C. T. S. nestes dois anos, apuram-se estas notas interessantes:

C. T. S. — 1.º Ano

Transfusões nos H. U. C.	362
» fora dos H. U. C.	33 — 8,3 %
Total.	395

2.º Ano

Transfusões nos H. U. C.	558
» fora dos H. U. C.	77 — 12 %
Total.	635

Se recordarmos neste momento e mais uma vez que nos H. U. C. se fizeram 156 transfusões de sangue em 1943 — o último ano antes da criação do C. T. S., conclui-se que a organização deste Serviço deu à hemoterápia intra hospitalar um impulso de 132 % logo no primeiro ano do seu funcionamento.

Este resultado maravilhoso traduz a eficiência do C. T. S. e justifica plenamente a oportunidade e a necessidade da sua criação.

A actividade transfusional do C. T. S. no 1.º e 2.º anos de actividade

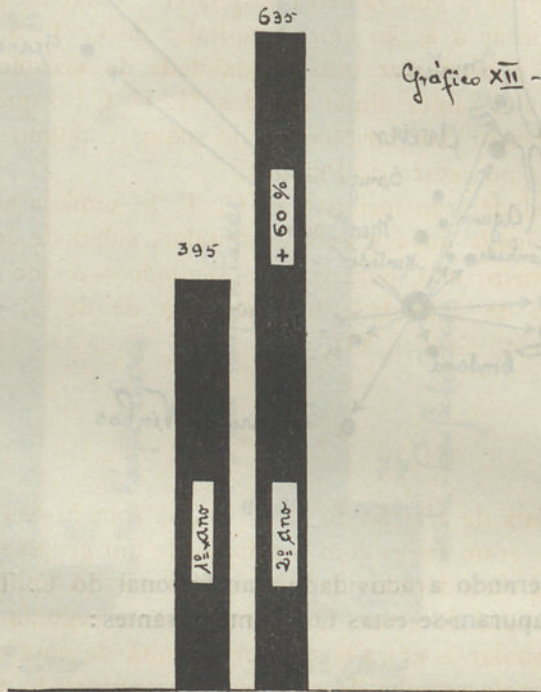


Fig. 10

No segundo ano da sua actividade o C. T. S. realizou dentro dos H. U. C. 558 transfusões de sangue e de plasma, contra 362 realizadas no ano anterior. Quer dizer: o aumento do número de aplicações hemoterapêuticas do primeiro para o segundo ano de actividade do C. T. S. foi de 54 %, o que é importante e significa que a intervenção do C. T. S. no tratamento de doentes nos H. U. C. se encontra em movimento plenamente ascensional.

Note-se mais, porque o facto encerra um significado interessante, que, durante o primeiro ano foram feitas fora dos H. U. C. 33 transfusões, ou sejam 8,3 % do número total de transfusões pelo C. T. S. realizadas. No segundo ano, fizeram-se 77 transfusões extra-hospitalares; isto representa 12 % da actividade transfusional total do C. T. S. neste ano, donde se pode concluir que a projecção extra-ospitalar do C. T. S. se realiza numa escala cada vez maior.

E tanto maior será, sem dúvida, quanto mais acessível o sangue se tornar à clínica extra-hospitalar. Criar facilidades no sentido de tornar a acção extra-hospitalar do C. T. S. cada vez mais viável, é promover uma modalidade de assistência social em mancha alastrante, dimanada dos H. U. C., o que está perfeitamente dentro das atribuições do maior conjunto hospitalar de assistência no centro de Portugal.

À actividade transfusional do C. T. S. tomada no seu conjunto — actividade intra e extra-hospitalar, subiu de 395 transfusões no primeiro ano, para 635 no segundo — o que representa um aumento de actividade hemoterápica de 60 %, como está representado no Gráfico XII.

* * *

Até à data da criação do C. T. S., as transfusões de sangue nos H. U. C. eram feitas com o esforço de um grupo reduzido de hemodadores considerados dadores universais. A aplicação sistemática de sangue do grupo $O\alpha\beta$ era a norma seguida pela hemoterapia hospitalar e extra-hospitalar, à falta de uma organização responsável pela escolha do sangue mais apropriado a cada caso clinico.

O C. T. S. adoptou, como não podia deixar de ser, um lema diferente para a orientação da sua actividade. Esta norma pode resumir-se neste enunciado: *fazer, sempre que seja possível, transfusões isogrupais.*

Desta forma só foi aplicado sangue $O\alpha\beta$ em condições de possível heterogrupalidade, quando por qualquer circunstância não foi possível determinar previamente o grupo sanguíneo do recebedor. Mesmo nos casos considerados urgentes tem sido

possível muitas vezes fazer esta determinação prévia, como se pode inferir das cifras que em seguida apresentamos, correspondentes ao primeiro e segundo anos de actividade.

1.º Ano	
Transfusões isogrupais	259 — 67,3 %
> com sangue O $\alpha\beta$	120 — 31,7
> de plasma	16
Total	<u>395</u>

Nas transfusões isogrupais a incidência dos diferentes grupos foi a seguinte:

Grupo O $\alpha\beta$	131	—	50,5 %
> A β	113	—	43,6
> B α	13	—	5,0
> AB o	2	—	0,7
Total	<u>259</u>		

2.º Ano

Transfusões isogrupais	468 — 68,39 %
> com sangue O $\alpha\beta$	129 — 21,6
> de plasma	38
Total	<u>635</u>

Nas transfusões isogrupais foi a seguinte a percentagem dos diferentes grupos:

Grupo O $\alpha\beta$	253	—	54 %
> A β	198	—	42,3
> B α	17	—	3,6
Total	<u>468</u>		

O número de transfusões isogrupais aumentou, do primeiro para o segundo ano, de 10 %. As percentagens dos diferentes grupos, tanto no primeiro como no segundo ano, afasta-se sensivelmente das percentagens médias encontradas por vários investigadores na população portuguesa.

Falta-nos encarar o movimento transfusional destes dois anos sob o ponto de vista posológico. E esta questão é de interesse. Com efeito, o sucesso de uma transfusão está na dependência directa, entre outros factores, da sua oportunidade, de uma indicação clínica bem posta e do volume de sangue transfundido, quer dizer, de uma posologia racional — variável, evidentemente, conforme os casos clínicos. Mas este problema posológico é tão importante como difícil de resolver.

A aplicação de fórmulas rígidas não é aconselhável nem tão pouco possível como norma sistemática.

Está incluída nesta categoria de métodos posológicos a fórmula de MARRIOTT & KEKWIECK :

$$\frac{\text{Volume de sangue a transfundir}}{\text{a transfundir}} = \frac{\% \text{ aumento de Hb desejado}}{100} \times \frac{\text{Volémia normal.}}{\text{do doente em c.c.}}$$

Também oferece as suas dificuldades e inconvenientes o método posológico mais elementar que consiste em prescrever uma *pinta* de sangue (568 c.c.) por cada 10 % de aumento de hemoglobina desejado. E é assim porque há vários factores fisisio-patológicos que têm de interferir sempre no cálculo do volume terapêutico de sangue a administrar, como são, além da volémia normal do indivíduo e da sua volémia actual, o estado do seu sistema cárdio-vascular.

São estes e outros factores individuais que fazem de cada transfusão um caso clínico particular e que tornam difícil a adopção de critérios posológicos rígidos e demasiadamente amplos.

ELOSEGUI, que pela sua larga experiência é considerado um Mestre nesta matéria, entrando em consideração com os dados — volémia normal, volémia actual e estado do sistema circulatório, divide as indicações clínicas da transfusão, no ponto de vista posológico, em duas categorias primárias:

a) — Casos clínicos com hipovolémia, que exigem uma correcção do volume hemático:

b) — Os casos clínicos com normovolémia, em que não é necessário rectificar o volume sanguíneo.

E prescreve para os casos da primeira categoria as doses hemoterápicas de 30, 20 ou 12 0/0 da massa normal do recebedor, conforme se trata de grandes, médias ou pequenas hipovolémias. Para os casos clínicos com normovolémia, aconselha a dose de 10 0/0 da massa normal do indivíduo, para cada transfusão. A volémia normal é calculada à razão de 70 gramas de sangue por cada quilo de peso, no adulto, e 80 gramas de sangue por cada quilo de peso na creança.

Isto mostra apenas que o cálculo posológico em hemoterápia é um problema delicado. Mas esta dificuldade não pode servir de desculpa para o desinteresse votado a esta questão, nem para a adopção de normas empíricas pouco racionais e pouco clínicas, como a prescrição de doses uniformes para todos os casos.

E no entanto as indicações posológicas em hemoterápia tem uma importância fundamental no sucesso da transfusão.

O próprio ELOSEGUI, no Relatório Oficial do Instituto Espanhol de Hematologia e Hemoterápia correspondente aos anos de 1943 e 1944, escreve: «En cuanto respecta al critério de dosificación corrientemente expressado por la mayoría de los médicos solicitantes hemos de hacer notar que en general pecan de defecto.

La estimación de la dosis correcta es imprescindible para lograr el máximo resultado terapéutico. No nos cansaremos de insistir sobre este punto, ya que *constantemente* podemos apreciar la *inutilidad* de una terapéutica hemática insuficiente que, sin embargo, realizamos respetando el critério del médico solicitante.

La diferencia de los resultados que observamos en nuestros propios enfermos tratados con arreglo a nuestro critério de dosificación, y la de los tratados según el de los médicos no especializados, en general es de tal naturaleza que puede decirse, sin exageración, que estos em general *no sospechan siquiera el partido que en realidad debe obtenerse de la sangre*».

Cremos não ser possível invocar melhor testemunho para documentar a importância da posologia em hemoterápia.

Não obstante as dificuldades inerentes ao estabelecimento de uma posologia correcta, podem dividir-se as transfusões, no ponto de vista clinico, em duas categorias principais:

- a) — *Transfusões médicas* — hemostáticas, anti-infecciosas, hematopoiéticas e pediátricas, que vão até 300 c.c.;
- b) — *Transfusões cirúrgicas* — de substituição e anti-Shock, que são transfusões de 500 c.c. ou mais.

Nestas, o fim principal a atingir é a correcção da hipovolemia, como sucede com tanta frequência nos foros cirúrgico e obstétrico.

Analiseemos sob este ponto de vista — isto é, posológico, as transfusões feitas no primeiro e segundo anos de actividade do C. T. S. Devemos desde já declarar que a posologia é, salvo rarissimas excepções, da inteira responsabilidade dos Serviços hospitalares e dos médicos que solicitaram a nossa colaboração fora dos H. U. C.

Foram classificadas e agrupadas segundo o seu volume 1.014 transfusões das efectuadas nestes dois anos — Quadro XLII.

QUADRO XLII

Volume em c.c.	N.º de transfusões	%
50 a 100	129	12,72
100 a 200	324	31,95
200 a 300	412	40,63
300 a 400	103	10,1
400 a 500	35	3,45
> a 500	11	1,08
Total.	1.014	99,93

As percentagens máximas localizam-se nos volumes compreendidos entre 200 a 300 c.c. e 100 a 200 c.c. — 40,63 e 31,95% respectivamente. As transfusões de 300 a 400 c.c. foram em menor percentagem que as pediátricas — de 50 a 100 c.c. — 10,1 e 12,72% respectivamente.

De volume compreendido entre 400 e 500 c.c. apenas 3,45 % destas 1.014 transfusões e superiores a 500 c.c. a percentagem insignificante de 1,08 %.

Estes resultados mostram que aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes destas 1.014 transfusões foram de volumes compreendidos entre 100 e 300 c.c.; caem dentro da categoria das transfusões médicas e

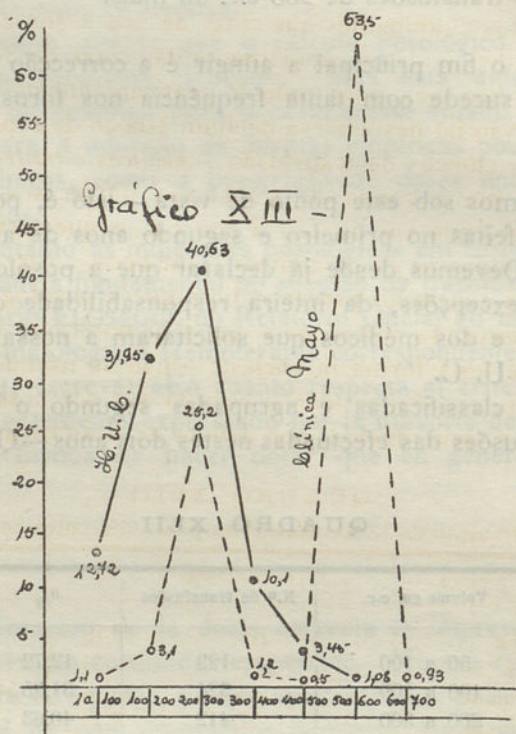


Fig. 11

pediátricas. Estes dados assumem todo o seu significado se forem reduzidos a um gráfico e postos em confronto com a posologia transfusional de um conjunto hospitalar da importância da Clínica MAYO — Gráfico XIII.

Respigámos do livro *Dadores de Sangue* de ALMERINDO LESSA, os dados e informações respeitantes às percentagens volumétricas de 3.552 transfusões realizadas na Clínica MAYO em 1941.

Analizando o Gráfico XIII onde as duas posologias são postas em confronto, verifica-se que há na curva respeitante à Clínica americana — linha tracejada, duas elevações correspondentes às cotas de 200 a 300 c.c. — transfusões médicas e 500 a 600 c.c. — transfusões cirúrgicas.

Houve pois um critério racional e clínico na prescrição e na posologia das transfusões.

A curva respeitante a Coimbra — a traço contínuo, mostra os seus pontos culminantes nas cotas de 200 a 300 c.c. e de 100 a 200 c.c. e depois desce rapidamente nas cotas de 300 a 400 c.c. e de 400 a 500 c.c., para morrer praticamente na cota de 500 a 600 c.c. Não há nesta curva nenhum esboço de separação entre os dois tipos clínicos de transfusão — *médicas e cirúrgicas*.

Caíu-se numa rotina de transfusão universal — tipo único, pode dizer-se, que vai de 100 a 300 c.c. e que serve indistintamente para todos os casos clínicos — médicos, cirúrgicos e obstétricos. Esta conclusão parece indicar que a posologia do sangue tem sido descurada entre nós e que a hemoterapia deve ter sido praticada de uma forma *insuficiente* — não se tirando deste excelente método terapêutico todo o partido que era possível tirar-se.

Pecamos, sem dúvida, por defeito de dosificação do sangue.

QUADRO XLIII

Distribuição de 1.030 transfusões pelos diferentes Serviços

Serviços	N.º de transfusões	%	
Medicina	276	26,79	} 54,95 %
Cirurgia	333	32,33	
Maternidade	156	15,14	
Ginecologia	77	7,48	
Quartos particulares	78	7,57	
Fora dos H. U. C.	110	10,67	
Total	1.030	99,93	

Esta conclusão torna-se quasi obrigatória, se observarmos o quadro XLIII, que nos mostra que, quasi 55 % das 1.030 transfusões feitas nestes dois anos, foram requisitadas pelos Serviços de *Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia*, onde as transfusões de substituição e anti-shock deveriam ter encontrado o máximo das suas indicações.

A vida de relação do C. T. S.

IV

No decorrer destes dois primeiros anos de funcionamento, o C. T. S. foi visitado por numerosos clínicos de Coimbra e de outras localidades que se interessaram pela sua organização burocrática e apetrechamento técnico.

De entre tantas visitas com que fomos honrados, permitimo-nos destacar a do Conselho Técnico dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em Maio de 1944, cujas palavras de apreço pelo pouco que tínhamos conseguido realizar não poderemos esquecer com facilidade; a do Dr. ANTÓNIO LUÍS GOMES, Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto; a do Dr. ALMERINDO LESSA, Médico-Chefe do Serviço de Transfusão de Sangue dos Hospitais Cíveis de Lisboa, que nos deu preciosas indicações nesta matéria em que é especialista autorizado e a do Dr. REIS VALE, analista do C. T. S. de Lisboa.

Em 1945 o Dr. JOSÉ LOPES DIAS, ilustre clínico em Castelo Branco, fez no C. T. S. um estágio, familiarizando-se com as técnicas e com a nossa organização e daqui levou elementos e o material necessário para a montagem de um pequeno Serviço de Transfusão que instalou naquela cidade e ao qual o C. T. S. dos Hospitais da Universidade de Coimbra serviu de modelo.

Durante estes dois primeiros anos passaram pelo C. T. S. muitos dos médicos internos dos H. U. C. os quais se treinaram tecnicamente na colheita e transfusão de sangue conservado e alguns dos quais se tornaram em seguida preciosos auxiliares na nossa rotina de serviços diários.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa

Sob a presidência do sr. dr. Henrique Bonhorst, realizou-se em Novembro a primeira sessão do corrente ano académico da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, na qual o sr. Prof. dr. Diogo Furtado, na qualidade de secretário geral da Sociedade, leu o relatório da direcção.

Foi proposto que os corpos gerentes fossem reconduzidos no segundo ano de exercício, o que obteve aprovação; que se marcasse um dia certo de cada mês para as sessões, tendo sido fixada a segunda quinta-feira de cada mês, e que se realizasse um curso de férias sobre «Modernos aspectos de profilaxia e terapêutica da tuberculose».

Para a comissão das conferências, que se devem realizar este ano, foram escolhidos os srs. Prof. dr. Diogo Furtado e drs. Aires de Sousa, Xavier Morato, Mendes Ferreira e Almerindo Leça.

Apresentaram comunicações os srs. drs. Paiva Chaves sobre «Protrusão intrapélvica do acetábulo» (doença de Otto), e Miranda Rodrigues; «Um caso de distrofia miotónica»; o segundo estudado em Portugal, em que descreveu a sintomatologia da doença. Neste doente havia a particularidade de não ter sido possível verificar a existência da mesma enfermidade noutros membros da sua família.

Conferências

Por iniciativa do Instituto para a Alta Cultura, o sr. Prof. dr. Clarence A. Neymann, director do Hospital Psiquiátrico de Chicago, preferiu, na sala nobre dos Hospitais da Universidade, uma conferência subordinada ao tema «L'inductothermie par ondes courtes et la cabine à air conditionné».

Presidiu o sr. Prof. dr. Alvaro de Matos, director interino da Faculdade de Medicina, secretariado pelos srs. Profs. drs. João Porto, director dos Hospitais da Universidade, e Meliço Silvestre, tendo este professor feito a apresentação do conferente.

— Também fizeram conferências, no Centro Cultural Português, em Lisboa, o sr. Prof. dr. Serras e Silva, que versou o tema «Tenacidade e União»; e na Sociedade Portuguesa de Dermatologia, e no Hospital de Santa Marta o Professor da Universidade de Madrid, sr. dr. Gay Prieto, que falou sobre «Lupus erimatoso agudo» e sobre «Eczema».



Faculdades de Medicina

Foram contratados para 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, o sr. dr. Miguel Augusto Mendes Alves e para 2.º assistente da Faculdade de Medicina do Porto, o sr. dr. Francisco de Sousa Lé.

Várias notas

A Faculdade de Medicina do Porto concedeu o grau de doutor «Honoris causa» ao ilustre catedrático espanhol, sr. dr. Gregorio Marañón.

— Estiveram em missão de estudo no estrangeiro, os srs. Prof. dr. Correia de Oliveira, catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, e o 1.º assistente da mesma Faculdade, dr. António Manso da Cunha Vaz.

— Foi concedida a comenda da Ordem de Benemerência, ao sr. dr. Joaquim Bartolomeu Flores, inspector de saúde, dedicado protector das casas de caridade para as quais tem contribuído com valiosos donativos e promovido subscrições, inclusivamente, entre as colónias terceirenses no Brasil e nos Estados Unidos de América.

— Foram nomeados, professor de higiene escolar da Escola do Magistério Primário de Bragança, o sr. dr. Silvino da Cunha, e médico municipal das freguesias rurais do concelho de Peniche, com sede em Atouguia da Baleia, o sr. dr. Manuel Diogo Gamboa da Costa.

— O capitão médico sr. dr. António de Azevedo Meireles do Souto, foi autorizado a acumular, nos termos legais, o cargo de médico do Asilo de Marvila

— O sr. dr. José Lopes Dias Junior, médico escolar em serviço no Liceu Nun'Alvares, em Castelo Branco, foi autorizado a exercer em comissão, o lugar de delegado de saúde de 2.ª classe, ficando a prestar serviço na delegação de saúde de Castelo Branco.

— A sr.ª dr.ª D. Maria Elisa do Sacramento Monteiro foi contratada para desempenhar as funções de médica escolar na Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar.

— Foram nomeados, sub-delegado de saúde do concelho de Mourão, o sr. dr. José Tomás dos Anjos; para o lugar de estagiário do quadro do pessoal técnico das circunscrições de defesa sanitária, o sr. dr. Domingos Ferreira Afonso e Cunha, e para director dos serviços técnicos do mesmo quadro, o sr. dr. António Augusto de Carvalho Dias.

— O sr. dr. Armindo Peixoto Lavinias, delegado de saúde substituto, foi colocado no lugar de adjunto do delegado de saúde do distrito do Porto, do quadro do pessoal técnico das delegações e sub-delegações de saúde, e a sr.ª dr.ª D. Candida Augusta Bragança Tender Simões foi autorizada a acumular os cargos de preparadora do laboratório de análises clínicas da Maternidade Júlio Diniz e de médica transfusora de sangue da Santa Casa de Misericórdia do Porto.

— Nos dias 2.ª a 7 de Junho de 1947, reune-se em Basileia, o XI Congresso Internacional de Medicina e de Farmácia Militar.

Falecimentos

Faleceram em Coimbra, o sr. Basilio Tavares Lebre, irmão do médico desta cidade, sr. dr. Abilio Justiça, e pai do aluno do IV ano médico, sr. José Tavares Noronha Lebre; a sr.^a D. Maria Candida Pereira Jordão de Paiva Manso, sogra do médico de Coimbra, sr. dr. Fernando Ferreira Pimentel; a sr.^a D. Mariana Lopes de Abreu Pinto, mãe do clínico sr. dr. José de Abreu Pinto, e a sr.^a D. Madalena de Melo e Silva Gonzaga, tia dos srs. drs. Francisco Pimentel, assistente da Faculdade de Medicina, Fausto de Melo Serrano e Francisco de Melo Serrano.

No Porto, faleceu o sr. dr. António de Magalhães Campos, médico e secretário do Instituto de Medicina Legal.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica* sentidos pezames.

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

ALMANSA DE CARA — <i>Infiltraciones Pulmonares en la Infancia</i> . 2. ^a edición, 1 vol., 88 pág., 42 fig., 1946 (S.)	60\$00
ARIAS-CARVAJAL — <i>Plantas que curam y plantas que matam</i> , 1 vol., 367 pág., 111 fig., (EMA)	30\$00
BLANCO y PASEYRO — <i>El citograma obtenido por punción</i> . Sus aplica- ciones al diagnostico clinico. 1 vol., 151 pág., 64 fig. (S.)	100\$00
BOYER — <i>L'ensoleillement dans l'éducation physique et le sport</i> , 1946. 1 vol., 62 pág. (B.)	30\$66
BRASSEUR — <i>Las rayons X et leurs applications</i> (suivis d'exercices) 406 pág., 293 fig. (M.)	208\$50
CANETTI — <i>L'Allergie Tuberculeuse chez L'Homme</i>	78\$00
— <i>Bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon</i>	61\$50
CHABROL — <i>Nouvelles études cliniques et biologiques sur la pathologie du foie</i> , 184 pág. 24 fig. (M.)	87\$50
CHAILLEY-BERT — <i>Sport, Éducation physique, leurs réactions sur l'appareil respiratoire</i> , 1916, 1 vol., 151 pág., 31 fig. (B.)	70\$00
CORNUDELLA — <i>Terapèutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> , 1 vol. 220 pág. 72 fig. (S.)	150\$00
DELMAS-MARSALET — <i>Électro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie</i> , 1 vol., 377 pág., 46 fig. (B.)	194\$00
DIVOIRE — <i>Précis de Radio-électricité</i> , 222 pág., 171 fig., (M.)	84\$00
DR. JOÃO PORTO — <i>Os doentes do coração</i> , sob o aspecto médico-social. (Esboço de um programa de Assistência Nacional aos Cardíacos), 1 vol., 213 pág.	30\$00
DUVE — <i>Glucose, Insuline et Diabète</i> . (Biochimie. Physiologie. Patholo- gie. Applications thérapeutiques), 412 pág. 50 fig, 30 tableaux. (M.)	157\$50
FERRÉ y VENDRELL — <i>Las Neuralgias</i> . 2. ^a edición, 1 vol., 169 pág., 35 fig., 1946. (S.)	114\$00
GAJMÉS — <i>Química Inòrganica</i> . 1 vol., 920 pág., 259 fig., 75 tablas, 1946, Encad. (S.)	750\$00
HERNÁNDEZ LÓPEZ — <i>Abscesos y Flemones</i> , 2. ^a edición, 1 vol. 246 pág., 101 fig., 1946. (S.)	135\$00
HAUDUROY — <i>Microbes</i> . (De la naissance et de la vie de quelques découvertes illustres en microbiologie), 138 pág., 16 planches. (M.).	28\$00
JOUVE, SENEZ et PIERRON — <i>Diagnostic electro-cardiographique</i> , 364 pág., 217 fig. (M.)	300\$00

Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

KORNPROBST — <i>La responsabilité médicale. Origines, fondement et limites.</i> 1 vol., 376 pág. (B.).	126\$00
KRUIF — <i>Hormona Masculina</i> , 1 vol., 301 pág. (E. H.)	40\$00
LECLERC — <i>Eaux potables et Eaux résiduaires.</i> (Les techniques de correction et d'épuration), 384 pág., 143 fig. (M.)	140\$00
LIRIA y AGUIRRE — <i>Equinococosis Génito-Urinary</i> , 1 vol., 188 pág., 35 fig. 1946. (J. M.)	90\$00
LOEPER — <i>Hépatites rares</i> , 224 pág., 17 fig. (M.)	101\$50
MARTÍNEZ — <i>Tratado de Anestesia</i> , 1 vol., 726 pág., 281 fig., 1946, Encad. (S.)	550\$00
OLYMPIO DA FONSECA — <i>Parasitologia General</i> , 1 vol., 143 pág., 70 fig., 1946 (E. M.)	75\$00
PÉREZ MATA — <i>Dismenorrea</i> , 1 vol., 124 pág., 27 fig., 2. ^a ed. 1946. (S.)	90\$00
RENARD — <i>Les aspects pathologiques du fond de l'œil dans les affections de la rétine</i> (Atlas ophtalmoscopique I). [Publications de la Société d'Ophtalmologie], 170 pág., 10 fig., 32 planches en coul. (M.)	350\$00
REY — <i>Traité d'hygiène</i> (t. XVI). <i>Hygiène de l'habitation</i> , 1 vol. gros, 632 pág., 248 fig. (B.)	157\$50
SCHACHTER — <i>La Glándula Mamaria.</i> Estudio endocrinológico, 1 vol., 181 pág., 13 fig., 1946. (E. M.)	75\$00
SERRALLACH JULIÁ — <i>Diuresis y los Diuréticos</i> , 1 vol., 143 pág., 21 fig., 1946. (S.)	90\$00
SHERMAN — <i>La Ciencia de la Nutricion.</i> 1 vol. 309 pág. (F. C. E.)	48\$00
SYLLA — <i>Patologia y Clinica de las Enfermedades del Aparato Respiratorio.</i> (Tuberculosas y non Tuberculosas), 1 vol., 714 pág., 125 fig., 1946. Encad. (M. M.)	420\$00
TORRELLAS — <i>Nomenclátor de Quimica, Drogueria y Farmacia</i> , 1 vol., 292 pág., 1946. Encad. (S. B.)	78\$00
— <i>Recetario Pratico del Hogar.</i> , 1 vol., 386 pág. Cart. (S. B.),	54\$00
TORRES UMAÑA — <i>Las Enteritis Microbianas y de Protozoarios en los Niños</i> , 1 vol., 115 pág., 1946. (S.)	60\$00
WEIL — <i>L'Hématologie</i> (Clinique et Laboratoire), 2 ^e édition revue et augmentée, 268 pág., 48 fig., 12 planches en couleurs. (M.)	150\$00