

COIMBRA MÉDICA

ANO XI

ABRIL DE 1944

N.º 4

SUMÁRIO

	Pág.
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA — O DISPENSÁRIO DE CARDIOLOGIA — dr. João Porto	161
LIÇÃO DE ENCERRAMENTO DO CURSO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA — (ANO LECTIVO 1943-1944) — dr. Luís Raposo	171
CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DO LENOCÍNIO EM PORTUGAL — O MERETRÍCIO NO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO — dr. José Crespo	198
NOTAS CLÍNICAS — O TRATAMENTO DA FRACTURA DA CLAVÍCULA PELA EXTENSÃO CONTÍNUA — Francisco Pimentel	208
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	xv

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 Gui-
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-
mino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto —
Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra —
Prof. António Meliço Silvestre

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Nunes da Costa
João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
José Correia de Oliveira

Luís Raposo
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da "COIMBRA MÉDICA .."

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

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

Cointra 14 de dezembro de 1910

Alcides Figueira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NERVAL

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, nevralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, traqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, linfatisimo, raquitismo, traqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

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

"MARCOTYL,"

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

Quininoterapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O DISPENSÁRIO DE CARDIOLOGIA

(Três anos de actividade)

Director : João Porto

O *Dispensário de Cardiologia* dos Hospitais da Universidade foi inaugurado em 12 de Maio de 1941.

Estando prestes a encerrar-se três anos de actividade⁽¹⁾, convém mostrar ao público médico alguns números que exprimam a intensidade do seu movimento clínico e ainda o sentido da sua linha evolutiva. Êsses números constam do final dêste trabalho.

O número de inscrições foi de 1929. Depois de joeirado o número e seleccionados os cardio-esfigmopatas, ainda se apurou o a elevada cifra de 628. É manifesto que muitos doentes que acodem à consulta por se julgarem doentes do coração, o não são.

A apreciação estatística, sem dúvida teria de incidir sôbre o segundo número e não sôbre o primeiro. E é o que acontece.

O número de consultas e de tratamentos, porém, é que diz respeito quasi exclusivamente a doentes do coração ou dos vasos ou a doentes com distonia vago-simpática de repercussão cardíaca. E êste número eleva-se a 18.037. Verifica-se ainda o seu grau progressivo: 658 em 1941, 4.019 em 1942, 10.169 em 1943, 3.200 no primeiro trimestre de 1944. Isto quer dizer que

(1) Os elementos de estatística que constituem a essência dêste trabalho compreendem o periodo desde 12 de Maio de 1941 até 31 de Março de 1944.

se se mantiver a progressão, o ano de 1944 fechará com número de consultas e de tratamentos não inferior a **12.800**.

Êstes dados sugerem-nos algumas considerações:

1) — Ê elevada a cifra de cardiopatas.

Lembre-mo-nos de que a lista é constituída por doentes da cidade de Coimbra ou, quando muito, ainda, das freguesias limítrofes e compreende apenas os que conseguiram atestado de pobreza. Ê fácil obter a confirmação da sua indigência pela enumeração da respectiva profissão, como se poderá ler adiante.

E todavia as doenças de coração não são menos frequentes entre gente abastada.

Para muitas doenças a sua redução é correlativa da redução da miséria. Quanto às cardiopatias, porém, a medicina ou a higiene social não dissocia a pobreza da miséria, antes, ao contrário, as exalta e põe em relêvo na medida em que reduz a pobreza ou a miséria.

As doenças de coração exprimem, de certo modo, em países progressivos, a melhoria de condições sanitárias e correlativo aumento da longevidade média. São pròpria-mente doenças da civilização.

Por isso aquele número nunca poderia exprimir o dos cardiopatas existentes na cidade (1).

2) — Ê grande o volume da assistência realizada nestes três anos a doentes dêste quadro e, ainda, a beleza do esforço de quem aí trabalha apenas por dedicação e amor ao estudo, pois alguns dos obreiros são assistentes da Cadeira de Terapêutica Médica Clínica que, cumulativamente, aí prestam

(1) Chega-me às mãos o Anuário Demográfico de 1942 (Estatística do Movimento da População em Portugal) e leio aí no quadro obituário, as doenças do coração ocupando o 1.º logar, com 13.019 casos. A tuberculose do aparelho respiratório, o 4.º logar, com 10.552. O 2.º logar é ainda ocupado por *Diarreia e Enterite* nas idades inferiores a dois anos. A senilidade, com 11.517 ocupa o 3.º logar.

Senilidade é têrmo com que tantas vezes se encobre a verdadeira causa da morte e o coração deve possuir aí o maior quinhão.

serviço e, a maioria, assistentes voluntários e estudantes do último ano de medicina que aí trabalham com sacrifício e apenas com o objectivo de servir e de aprender. Lembrem-nos de que todos os doentes são observados sob o triplice ponto de vista: clínico, radiológico e electro-cardiográfico.

3) — É considerável a importância da doença reumática como participante da lesão cardíaca. Trinta e sete por cento da totalidade dos neurocardíacos e dos cardio-arteriais, foram feridos por doença tão enigmática sob o ponto de vista etiológico, tão ingrata em face da terapêutica, e cruel por suas seqüências.

Não tenho senão que repetir as palavras que já uma vez aqui disse:

«Importa encarar entre nós a sério este problema, a que hoje tôdas as nações cultas votam especial atenção. As lesões cardíacas que quasi sempre se produzem, constituem grave sobrecarga para o doente, criam a invalidez quando não precòcemente pelo menos quando o doente atinge a idade adulta, agravam e mesmo complicam as doenças intercorrentes.

«Importa que nas Faculdades aos alunos sejam dados sôbre a febre reumática, insistentemente, noções tão exactas quanto possível, quer no domínio clínico quer no domínio social; que os médicos de família, perante doença infecciosa em pessoas de segunda infância, adolescentes e jovens adultos, mesmo na ausência de artralgiás, façam auscultação cuidadosa, e em dias seguidos, dos seus doentes; que os médicos escolares, os assistentes escolares, os médicos dos regimentos tomem em atenção a vigilância das articulações e do coração na decurso das visitas e que estas sejam repetidas com intervalos curtos; que o combate à infecção focal: amigdaliana, dentária, etc., se não despreze embora aí não estejam fundadas as esperanças quanto à profilaxia da doença de BOUILLAUD; que às alunas das nossas escolas de Higiene e de formação social, a quem amanhã virá a ser superintendente na oficina ou fábrica, delegada ou agente auxiliar de vigilância nas tutorias, visitadoras nos liceus, enfermeiras visitadoras de higiene social nos dispensários, assistentes ou

auxiliares sociais nos hospitais, a quem, por natureza da sua missão, tem de privar com adolescentes e jovens, sejam prestados ensinamentos precisos sôbre êste capítulo de patologia e de clínica, de modo a poderem surpreender a doença de BOUILLAUD ao despertar dos primeiros sintomas e o remédio não venha a ser aplicado ao doente na invalidez, numa data em que já o dispense, por inútil.

É na consulta que se toma, pela primeira vez, contacto com o doente e isso é de utilidade, particularmente se vem logo no comêço da doença, quando a situação ainda seja remediável. Muito pode aproveitar o doente pelos conselhos aí dispensados tendentes a mostrar-lhe os perigos de certas circunstâncias possivelmente agravadoras do seu estado, e dirigi-lo, se é jovem, para carreira que lhe convenha; ainda, pela recomendação de voltar logo que surjam os primeiros sinais de insuficiência ou apenas se agravem os sintomas, se já os sofre» (4).

São tantos individuos inúteis ou em vias de se inutilizar na flor da idade quando a sociedade maior rendimento teria deles a esperar, quando é certo que um diagnóstico de febre reumática feito a tempo, precocemente, e precocemente aplicadas medidas judiciosas, quando não pudessem ter evitado a doença pelo menos teriam desviado a sua evolução em sentido incomparavelmente mais feliz.

4) — A importância da assistência médico-social aos cardíacos.

O doente do coração, por natureza da sua doença, de tipo, em geral, organo-degenerativo, nunca mais prescinde do Dispensário desde que um dia ai foi confirmada.

A doença orgânica do coração melhora mas não cura. Precisa de permanente vigilância clínica.

Por isso, doentes do coração, por natureza e etiologia da sua enfermidade, exigem, para solução dos seus problemas de assistência e de previdência, medidas e órgãos por assim dizer específicos.

(1) JOÃO PORTO — O Instituto de Cardiologia de Coimbra. *Coimbra Médica*, Out.º 1941.

Para as doenças infecciosas e agudas, por exemplo, a cura, a fazer-se, faz-se e de modo definitivo. Depois do período necessário para a cura e convalescença o indivíduo readapta-se à vida que lhe era habitual.

Para a doença do coração o caso é muito diferente. Depois de instalada a cardiopatia o indivíduo vê-se quantas vezes forçado a abandonar o seu antigo mister; e, tanto êle como a sociedade só teriam vantagens em que se readaptasse à profissão compatível com a sua reduzida capacidade funcional cardíaca.

Dai o problema candente dos doentes do coração perante o trabalho e a Previdência Social, que entre nós precisaria de ser considerado e com a necessária atenção.

Em trabalho já publicado levantei o véu da questão (1).

5) — Visto que os doentes do coração sobrevivem ao de doença de natureza infecciosa e de agente etiológico conhecido, aquêles continuarão a solicitar o socorro médico-social até depois de êstes o terem dispensado.

A respeito de um flagelo social, de terapêutica definitiva, a humanidade poderá vir a gosar a alegria de o considerar, um dia, no que êle foi no passado.

Para as doenças do coração, porém, o problema é diferente. Em qualquer dos tempos em que êle seja considerado, no passado ou no futuro, será aí sempre problema presente; por isso de solução permanente, constante, duradoura. É problema eterno. Aí são diferentes os recursos que se exigem para sua solução; por isso mais constante e activa deverá ser a participação que para isso se exige da própria sociedade.

Servem estas considerações ainda para dizer que os doentes do coração, uma vez confirmados no Dispensário de Cardiologia, jámais o devem prescindir — e é a constante frequência dos doentes do coração no Dispensário que explica a desproporção enorme entre êste número e o de consultas e

(1) JOÃO PÓRTO — Os doentes de coração perante o Trabalho e a Previdência Social — *Clínica, Higiene e Hidrologia*, Junho de 1942.

tratamentos. Compreende-se o treino que isso proporciona aos médicos e estudantes freqüentadores da consulta.

Os doentes do coração e vasos, aí inscritos, são doentes que passaram e... continuam a passar pelo Dispensário.

Quem entre médicos e estudantes de medicina o queira freqüentar e com anseio de aprender, em breve tocará exemplares de aortite, discreta insuficiência, distonia neuro-vegetativa, lesões valvulares, miocardites e miocardoses com sinais manifestos de insuficiência, hipertensão, angor, arritmia completa, arritmia extrassistólica, enfarte agudo do miocárdio, taquicardia paroxística, dissociação iso-ritmica, pericardite, etc., etc., quanto a diagnóstico, patologia e tratamento.

Por isso, o Dispensário de Cardiologia, por seu movimento e com o seu arquivo, já hoje, sobre ser um utilíssimo organismo de assistência, é ainda, e paralelamente, operosa escola de cardiologia clínica.

* * *

Relação dos doentes que passaram pelo Dispensário

1941 (De de 12 Maio a fins de Dezembro)

Número de doentes inscritos	{	Homens....	55 = 202
		Mulheres...	147	
Número de consultas e tratamentos	{	Homens....	141 = 658
		Mulheres...	517	

1942

Número de doentes inscritos	{	Homens....	231 = 599
		Mulheres...	368	
Número de consultas e tratamentos	{	Homens....	1120 = 4010
		Mulheres...	2890	

1943

Número de doentes inscritos.....	{	Homens....	575 = 887
		Mulheres...	312	

1943

Número de consultas e tratamentos	{	Homens....	3684 = 10169
		Mulheres...	6485	

1944 (De 1 de Jan.º a 31 de Março)

Número de doentes inscritos.....	{	Homens....	113 = 281
		Mulheres...	168	

Número de consultas e tratamentos	{	Homens....	1297 = 3200
		Mulheres...	1903	

Percentagem das afecções cardíacas observadas, incluindo os casos de distonia neuro-vegetativa com repercussão cardíaca

	Varões	Fêmeas	Total	Percentagem
Aortites.....	35	97	132	21 %
Discreta insuficiência.....	14	95	109	17,4 »
Distonia neuro-vegetativa	30	68	98	15,6 »
Lesões valvulares	26	48	74	11,8 »
Miocardites e miocardoses com sinais manifestos de insuficiência	31	40	71	11,5 »
Hipertensão	12	48	60	9,6 »
Angor	12	17	29	4,6 »
Arritmia completa.....	6	22	28	4,4 »
Arritmia extrassistólica	2	13	15	2,3 »
Enfarte agudo do miocárdio	3	1	4	0,63 »
Taquicardia paroxística	1	2	3	0,47 »
Doença de Ayerza	2	—	2	0,31 »
Dissociação iso-rítmica	—	2	2	0,31 »
Pericardite.....	—	1	1	0,15 »
	<u>174</u>	<u>454</u>	<u>628</u>	

Em 628 doentes:

Referem no passado dores reumáticas	276
Tiveram doença de Bouillaud.....	107
Tiveram endocardite devida a doença reumatismal	37
Tiveram endocardite sem passado reumatismal articular	26
O reumatismo articular agudo fez-se acompanhar de lesões endocárdicas em	37 %

Distribuição das lesões valvulares

	Varões	Femeas	Total
Aperto mitral	2	17	19
Insuficiência mitral.....	10	11	21
Doença mitral.....	2	2	4
Aperto aórtico	3	9	11
Doença aórtica ...	5	2	7
Aperto da pulmular.....	1	—	1
	<u>23</u>	<u>41</u>	<u>63</u>

Profissões

Lesões valvulares

a) Mulheres :

domésticas	35
tecedeiras	1
lavadeiras	1
costureiras	1
empregadas fabris.....	2
	<u>40</u>

b) Homens :

trabalhadores	13
alfaiates	1
polícias	1
marceneiros	1
empregados comerciais ..	1
serralheiros	1
pintores.....	1
pedreiros.....	1
empregado público	1
tecelão	1
electricista	1
	<u>23</u>

Miocardites e miocardoses

a) Mulheres :

domésticas	35
empregadas fabris.....	2
lavadeiras.....	2
costureiras.....	1
	<u>40</u>

b) Homens :

trabalhadores ..	9
escriturários ..	1
empregados comerciais ..	1
carpinteiros ..	1
carteiros ..	1
serralheiros ..	1
advogados ..	1
electricistas ..	1
enfermeiros ..	2
polícias ..	2
sapateiros ..	4
estudantes ..	1
pintores ..	1
alfaiates ..	1
zeladores municipais ..	1
	<u>28</u>

Angor

a) Mulheres :

domésticas ..	17
costureiras ..	1
	<u>18</u>

b) Homens :

trabalhadores ..	2
serralheiros ..	2
sapateiros ..	1
alfaiates ..	1
empregados comerciais ..	2
funcionários públicos ..	1
pintor cerâmico ..	1
polícias ..	1
polidor ..	1
	<u>12</u>

Enfarte do miocárdio

a) Mulheres :

costureiras ..	1
----------------	---

b) Homens :

sargento reformado ..	1
comerciante ..	1
empregado fabril ..	1
	<u>3</u>

Aortite

a) Mulheres:	
domésticas	80
costureiras.....	1
lavadeiras.	1
	<u>82</u>
b) Homens :	
trabalhadores	10
ferroviários	3
sapateiros.....	3
funcionários públicos....	2
tipógrafos.....	2
pedreiros.....	2
pescadores	2
polícias	1
vendedor ambulante....	1
carroceiros.....	1
alfaiates	1
empregados comerciais..	1
tecelões.....	1
colchoeiros.....	1
	<u>31</u>

Hipertensão

a) Mulheres :	
empregada em cerâmica .	1
domésticas	32
	<u>33</u>
b) Homens :	
trabalhadores	5
alfaiates	1
escriturários	1
polícias	1
serralheiros.....	1
fiscais de estrados.....	1
	<u>10</u>

LIÇÃO DE ENCERRAMENTO DO CURSO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

(ANO LECTIVO 1943-1944)

Meus Senhores :

I

Um ano é em regra pouco no comum da vida dos homens, mas é muito na vida de um aluno e — vá lá! — também é bastante apreciável na actividade pedagógica de um professor. No respeitante ao aluno porque um simples dia conta na sua preparação, se bem se reparar na complexidade dos programas e na superior finalidade do seu objectivo. No que interessa ao professor porque a soma de preocupações de um ano de regência é suficiente para imprimir no curso da sua vida a marca forte da responsabilidade que deriva do exercício da sua missão.

Explica-se, assim, que procure, êste ano, à semelhança do anterior, fazer o balanço da minha actividade, da dos meus colaboradores e, inclusive, da dos presumíveis beneficiários, isto é, da dos alunos.

Se faltas houve elas podem ser relevadas desde que se prove que a intenção foi boa. Efectivamente, se pecamos nos métodos deve ser-nos concedida meia absolvição quando se reconheça que não atraioamos os princípios mestres que nos propunhamos atingir.

Visto o objectivo ser igual, é justo que oriente esta lição nos moldes da do ano lectivo findo.

A — *Actividade docente do Professor*: — Não me pesa ter desperdiçado o tempo. O que ignoro é se o aproveitei ao agrado dos alunos. Certo é que nem sempre o que a êles agrada resulta mais proveitoso para a sua formação!

Em lições magistrais foram tratados muitos e importantes problemas da Patologia Cirúrgica. Evidentemente que se torna impossível, num ano apenas, versar tôdas as questões que interessam a esta Cadeira. Já o ano passado o não fiz. No ano lectivo corrente, por motivos idênticos, não podia fazê-lo, também.

A *infecção*, os *traumatismos* e os *tumores*, em vários dos seus aspectos, constituíram, como sabem, o tema principal das lições teóricas. Nem podia deixar de ser, uma vez que é nestes capítulos que se arruma o que mais interessa à preparação dos alunos de Patologia Cirúrgica.

Faltou-me tempo para apreciar em pormenor a parte geral dos tumores, mas, como para alguma coisa havia de faltar, antes para êste ramo do que para outros, visto que nas cadeiras de Anatomia Patológica e de Patologia Geral já os senhores receberam os ensinamentos fundamentais respeitantes a êste departamento.

Em grande número de lições dissertei sôbre assuntos que no ano findo me não foi possível tratar. Merece referência particular uma série de sete lições sôbre a fisiopatologia e tratamento cirúrgico da dor, assunto que aparentando não ter uma importância grande no domínio da prática clínica, a possui, não obstante, no campo da cultura médica geral. Apraz-me dizer que apreciei muito o contributo que alguns alunos deram ao estudo de certos problemas médicos e cirúrgicos da dor, em correspondência com os votos e desejos por mim formulados logo a seguir às férias do Natal.

Como foi avultado o número de lições sôbre assuntos novos resolvi publicar os sumários respectivos. Com os do ano findo, também já publicados, forma-se uma idéia da variedade e extensão dos problemas versados em lições magistrais no decurso dos dois anos lectivos em que tive a meu cargo a regência da cadeira de Patologia Cirúrgica.

Sempre que pude, documentei as aulas teóricas com exemplares clínicos. Muitas vezes, porém, tal desiderato não foi

atingido, em especial por o movimento de doentes, nos Serviços que dirijo, como, afinal, em todos, não se subordinar às exigências do ensino. Supri esta falta com a projecção de vários diapositivos, recolhidos de livros de reputada autoridade. Além de muitos, já utilizados o ano passado, empreguei várias dezenas pela primeira vez. Fi-lo a expensas minhas, servindo-me da indústria nacional, que me satisfaz, de uma maneira geral, como já no ano transato me havia satisfeito.

O arquivo dos Serviços, no que respeita a histórias clínicas e exames radiográficos, favoreceu, também, as demonstrações.

— Quanto às aulas práticas, sabem os senhores que consistiram em demonstrações nas salas de operações e nas enfermarias. Procurei ser quanto possível objectivo e útil. O número elevado de alunos (para cima de 60) dificultou bastante a minha missão sob êste aspecto. Os assistentes compensaram as deficiências daqui resultantes, ministrando aulas práticas a fracções pequenas do curso.

— Graças às disposições tomadas por Sua Ex.^a o Director dos Hospitais, em matéria de internamento de doentes de urgência, foi-me permitido pô-los ao corrente da observação e evolução de um número apreciável de exemplares e sobretudo de uma maior variedade de afecções, circunstância que não se verificou no ano findo, justamente por não estar ainda em vigor tal plano de admissão.

Operações realizadas por mim nos Serviços de Patologia Cirúrgica
(De 15-X-943 a 20-5-944)

Apendicectomias	43
Curas radicais de hérnias inguinais.....	37
» » » » crurais	5
» » » » da linha branca.....	5
Gastrectomias (Finsterer) por úlceras gástricas	12
» » » » duodenais.....	9
» (Polya) » » »	2
Gastro-enterostomias (Von Hacker) por úlceras duodenais	2
» » » » estenoses pilóricas	6
Operações sôbre a tiróide por bócios.....	3
Extirpação de quisto hidático do pulmão.....	1
» » » » fígado.....	1

Amputações de seios com esvaziamento axilar por neos	4
Sequestrectomias	2
Laparoplastia por eventração	1
Laparotomia por peritonite bacilar	1
» exploradora	1
Safenectomias por varizes	2
Trepanações por fractura do crânio	6
Colecistectomias por litíase	2
Curas de hidrocelos	5
Pexias testiculares por ectopia	3
Anus contra-natura por cancro do recto	1
Colectomia parcial direita por cancro do cego	1
Esplenectomias	2
Destruição de aderências por oclusão intestinal	1
Extirpação de fibroma da parede abdominal	1
Incisão de fleimões	2
Ressecções de exostoses	2
Extirpação de cordoma da região sacro-coccígea	1
Ressecção do nervo pressagrado (Cotte) por nevralgias pélvicas	1
Osteotomia por «genu-valgum»	1
Osteosíntese do fémur	1
Operações indiscriminadas	6
Total	173

Realizei e publiquei no ano lectivo corrente os seguintes trabalhos :

I — *Flebites pós-operatórias* (Lição de abertura): —
Publicação da *Coimbra Médica*, n.º 10 de 1943.

II — *Osteopatias quísticas*: — Publicação da *Coimbra Médica*, n.º 1 de 1944.

III — *Perfuração intestinal tífica*: — Publicação da *Coimbra Médica*, n.º 2 de 1944.

IV — *Indicações da traqueotomia na laringite diftérica*: —
Publicação da *Coimbra Médica*, n.º 2 de 1944.

V — *Condroma quístico invasor? Condrosarcoma?*: —
Publicação da *Coimbra Médica*, n.º 3 de 1944.

VI — *Lição de encerramento do Curso de Patologia Cirúrgica*: —
Publicação da *Coimbra Médica*, n.º 4 de 1944.

VII — *Sumário de Lições da Cadeira de Patologia Cirúrgica* — (ano lectivo 1943-1944).

Colpo-Sulfana

WANDER

Uma combinação de 5 % de paramino fenil-sulfamida, mono e polisacaridos, ácido láctico e timol, eis a constituição da Colpo-Sulfana.

O seu campo de aplicação é principalmente constituído pelas leucorreias, blenorragia, vulvovaginite, endometrite, erosões do colo, catarros cervicais, colpites devidas aos tricomonas, etc.

Tubos de 24 comprimidos.

Amostras e literatura à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

FABRICANTES

DR. A. WANDERS. A.

BERNE - SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.º - LISBOA

Synthocrine

FOLICULINA SINTÉTICA

WANDER

(4: 4' dihidroxi-alfa: beta-dietilestilbeno)

A Synthocrine Wander tem absolutamente as mesmas propriedades fisiológicas da foliculina (oestrone) natural, apresentando em relação a esta as seguintes vantagens:

- em quantidades iguais é mais activa 6 a 8 vezes
- é de manejo mais cómodo, porque administrada por via oral tem a mesma eficácia da administração parenteral, o que não acontece com a foliculina natural
- de preço de custo mais inferior ao da foliculina natural a Synthocrine pode ser vendida bastante mais barata.

Amostras e literatura à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

Tubos de 20 drageias de 1 mg. Caixas de 3 ampolas de 1 e de 5 mgs.

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

Berne - Suíça

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.º - LISBOA

A realizar e publicar:

VIII — *Mastoses* (Lição do VII Curso de Férias).

À semelhança do que fiz no ano findo reúno em *volume* os trabalhos publicados, com o título «*Um ano de regência da Cadeira de Patologia Cirúrgica*» (1943-1944). Desta vez, porém, junto aos meus os trabalhos dos Assistentes da Cadeira.

— Continuou a meu cargo a regência das *aulas práticas de Ginecologia* e das *aulas teóricas* do 1.º ano do Curso de Parteiras. São descabidas, aqui, quaisquer referências à orientação seguida num e noutro curso.

B — *Actividade pedagógica dos Assistentes*: — Quer o Dr. Francisco Pimentel, quer o Dr. Alexandre da Silva, foram bons e leais colaboradores. Tiveram a seu cargo parte das aulas práticas e bem assim as funções de auxiliar os alunos na observação dos doentes e na elaboração das histórias clínicas respectivas.

— A meu convite e com a minha assistência o Dr. Francisco Pimentel versou diante do curso os seguintes assuntos:

- 1 — *Afecções inflamatórias peri-rectais e peri-anais. Suas complicações.*
- 2 — *Afecções cirúrgicas das vias biliares.*
- 3 — *Varizes dos membros inferiores.*

— O Dr. Alexandre da Silva, ocupou-se, nas mesmas condições, dos pontos que seguem:

- 1 — *Hemorróidas.*
- 2 — *Carbúnculo.*
- 3 — *Tratamento dos tumores pelos agentes físicos.* (A publicar na íntegra no n.º 5 da *Coimbra Médica*, de 1944).

— Como tenho a meu cargo a direcção dos serviços de Oto-Rino-Laringologia e de Estomatologia, pareceu-me vantajoso convidar os respectivos Chefes de Serviço a dissertar perante o curso sôbre certos aspectos daquelas especialidades, nas

suas relações com a Patologia Cirúrgica Geral. Dei como temas :

Ao Dr. Guilherme Penha :

1 — *Noções sobre sinusites e mastoidites agudas.* (Seu valor em Patologia Cirúrgica geral e especial).

2 — *Otites, rino-faringites e amigdalites agudas.* (Noções gerais).

Ao Dr. David Baptista :

1 — *Noções sobre o rebate local e geral das infecções dentárias.*

Quer os Assistentes da Cadeira, quer os Chefes de Serviço a que me refiro, acederam prontamente à minha indicação, tendo-se desempenhado, uns e outros, de forma a honrar os seus créditos de profissionais competentes e de funcionários zelosos.

— Além disso, o Dr. Francisco Pimentel apresentou nas *Quinzenas médicas hospitalares* estudos sôbre: «*Cisticercose humana*» e «*Tratamento das fracturas da clavícula*» (publicados nos n.ºs 2 e 4 de 1944 da *Coimbra Médica*).

Operações realizadas pelo Assistente Dr. Francisco Pimentel
(De 15-X-943 a 20-V-944)

Apendicectomias	10
Curas radicais de hérnias inguinais.....	20
» » » » crurais.....	1
Safenectomias por varizes	6
Sequestrectomias.....	8
Desarticulação de Lisfranc	1
Incisões de fleimões.....	8
Cura de hidrocelo	1
» » varicocele	1
Desarticulação de dedos.....	1
Cura de fimose.....	1
Extirpação de lipoma.....	1
Electrocoagulação de angioma do lábio.....	1
Ressecção parcial do maxilar inferior por epúlide	1
Ablação de quisto tiro-glosso.....	1
Excisão de fistula peri-anal.....	1
Total	63

Operações realizadas pelo Assistente Dr. Alexandre da Silva
(De 15-X-943 a 20-V-944)

Apendicectomias	24
Curas radicais de hérnias inguinais	5
Amputação de membro inferior	1
Cura de fimose	1
Safenectomia por varizes	1
Desbridamento de fistula peri-anal	1
Trépanação por fractura do crânio	1
Ablação de quisto da tiróide	1
Pleurotomia, com ressecção costal, por pleurisia supurada	1
Incisões por perinefrites supuradas	3
Incisões de fleimões	11
Sequestrectomias	13
Extirpações, por electrodiérese, de epitelomas da pele..	3
Electrocoagulações de angiomas	2
Total	68

Operações realizadas pelos Assistentes voluntários
(De 15-X-943 a 20-V-944)

Apendicectomias	3
Curas radicais de hérnias	3
Incisões de fleimões	6
Sequestrectomias	3
Extirpação de epiteloma da perna	1
» » quistos	2
Desbridamento de fistula	1
Total	19

C— *Actividade dos alunos*:— De uma maneira geral a impressão que formei do curso foi boa. Desejo registar que os alunos que se encarregaram da exposição de alguns assuntos se houveram com galhardia.

II

À margem das lições:

Medicina da pessoa

Na lição de encerramento do ano lectivo passado fiz algumas considerações sobre certos problemas de ordem moral adstritos à essência da profissão médica; por semelhança vou êste ano prender-lhes alguns momentos com uma questão que não é nova,

mas a respeito da qual nem sempre as Faculdades se ocupam com a minúcia e interêsse que o caso requiere.

Na verdade, o ensino científico preocupa-se, sobretudo, com o estudo dos fenómenos fisico-químicos e fisiopatológicos do doente, na parte que diz respeito: primeiro aos transtornos orgânicos e segundo aos vícios funcionais, procurando estabelecer entre uns e outros relação de causa para efeito, afim de melhor poder classificar a perturbação mórbida em causa e igualmente melhor poder orientar a terapêutica.

Se o estudo do complexo somático — feito através das mil e uma análises e exames que a semiologia põe, hoje em dia, ao nosso alcance — não revela alterações apreciáveis, o *verdictum* do médico não hesita: trata-se de uma perturbação funcional, da responsabilidade do sistema neuro-vegetativo ou endócrino, ou dos dois, porventura em relação com discretas, senão hipotéticas, lesões orgânicas (apendicite crónica, colite, ovarite, etc.). Fala-se em «disfunção», «discinesia», «distonía», «meiopragia»... receitam-se umas drogas, ou, pior do que isso, aconselha-se uma operação e aguardam-se os acontecimentos. Resultados quasi sempre animadores nos primeiros dias, mas logo desconcertantes se a verdadeira origem do mal não foi desvendada no exame clínico.

As brilhantes conquistas da Medicina nos fins do século passado e começos do corrente, com todo o seu cortejo de miríficas revelações feitas pelo microscópio, pelo laboratório, pelos Raios X, e pelos estudos experimentais, pareceram, à primeira vista, integrar todo o problema da patología em verdadeiras fórmulas algébricas em que a incógnita não podia deixar de se encontrar desde que fôsse conhecidos os restantes termos da equação.

Daqui a pretensão leviana de alguns de pôr um diagnóstico sem examinar o doente, tal como numa operação matemática se encontra a resultante sem que seja necessário objectivar os elementos componentes.

A utopia do homem «composto sintético, susceptível de se desdobrar analiticamente em minúsculas mas bem conhecidas parcelas», tinha de resultar irrisória, é bom de ver. Procurar no estudo fragmentado de cada uma das funções e de cada um dos órgãos o conhecimento do complexo fisiológico e fisiopatológico do ser humano, em tôda a vastidão da sua contextura, é pouco



A bem da saúde

exercem os médicos e seus colaboradores um trabalho cheio de responsabilidade. Um auxiliar valioso são, neste caso, os medicamentos de alta qualidade. Há mais de 100 anos que alinham entre os melhores como preparados clinicamente ensaiados, praticamente comprovados e nos quais se pode sempre confiar, os da Fábrica de Produtos Químicos, fundada em 1827,

E. Merck

DARMSTADT

mais de infantil. Penetrar com o ultramicroscópio e os reagentes químicos no âmago das células, para as desmembrar e dar-nos a essência da vida, é esforço superior às nossas possibilidades.

Não pretendo, com isto, menosprezar o alto valor que para a Medicina constituíram muitas das descobertas do domínio da Biologia e da Físico-química, mas simplesmente afirmar que a um bom diagnóstico e a uma boa terapêutica não são indiferentes os factores imponderáveis que se abrigam nos domínios do consciente e do sub-consciente, em certa maneira resultantes de alterações dos valores espirituais e morais.

Todos os médicos sabem como aumenta de ano para ano o número dos doentes chamados funcionais. Igualmente todos nós conhecemos a alta importância que têm nas próprias lesões orgânicas de um ou de outro órgão os vícios funcionais de departamentos somáticos estranhos aos órgãos afectados. Poucos serão aquêles a quem este fenómeno não fere a atenção, obrigando-os a meditar sobre a origem dos novos e impertinentes achaques de que enferma a humanidade.

No balanço das causas e efeitos não podemos deixar de atribuir um enormíssimo papel: 1.º às contingências do momento social que agora e logo sacodem a nossa sensibilidade, assás experimentada, ao atropêlo de certas leis morais, cujo remorso nos consome, minando o sossêgo e azedando a paz de espírito que é de mister usufruir num equilíbrio perfeito das nossas prerrogativas vitais; 2.º aos abalos affectivos que aqui, ou além, dentro ou fora das famílias, nos atingem desapiedadamente; enfim, a tôda e qualquer alteração do complexo espiritual e moral da nossa personalidade, fora, portanto, do campo restrito da matéria, isto é, do objecto do individuo.

Quanto a esta, eu não deixo de reconhecer como são avultados os meios de a observar em tôdas as suas facetas e como são vantajosas as conquistas alcançadas pela Biologia, pela Anatomia Patológica e pela Fisiologia.

No respeitante ao espírito, anímica ou moralmente considerado, devemos reconhecer que estamos longe, ainda, de sopesar a sua influência no comum das doenças que a prática clínica corrente coloca em face do médico e a êle insta para que as cure.

Vivendo num século em que a Físico-química e a Anatomia patológica triunfaram, o médico de hoje como que se sente diminuído por não poder enquadrar todos os seus doentes dentro de um protocolo nosológico determinado, ao qual aplique esquematicamente as regras terapêuticas. A realidade dos factos impele-o para o desconhecido dos fenómenos vitais, através da desarmonia dos complexos mórbidos. Como consequência não pode deixar de reconhecer a inconstância das fórmulas e a insubsistência dos princípios.

Na verdade, o homem é mais qualquer coisa do que os cientistas do século passado pensaram que fôsse. Os fenómenos que se passam no íntimo dos seus tecidos e humores são a resultante de acções que nós apenas entrevemos, tão desconcertantes elas se mostram na sua complexidade biológica.

Supôs-se que a arte de curar se tornava ciência, isto é, se despia dos atributos pessoais da arte para se universalizar nos moldes impessoais da ciência; afinal reconheceu-se que a arte médica é como as outras artes, quer dizer, que não dispensa os caracteres personalistas de que a ciência, aliás, se pode privar.

Em face do doente não devemos apreciar os sinais físicos em detrimento dos factores psíquicos, morais e sociais, nem êstes em detrimento daqueles; uns e outros constituem um todo que importa conhecer nos seus pormenores para que não resulte improfícua a nossa acção profissional.

Se o homem são é matéria e espírito, o homem doente é-o igualmente. A influência de um e de outro dos componentes da pessoa humana deve interessar-nos por igual, não só nos domínios da fisiologia como da fisiopatologia, isto é, na saúde como na doença.

É necessário, pois, que o médico não subalternize o papel do espírito ao da matéria, muito embora necessite de refundir velhos processos de exame e de terapia.

Se a finalidade do médico é curar os doentes não desdenhe aquêle de estudar em tôdas as variantes a influência dos factores espirituais na evolução das doenças, mesmo que tenha de modificar o juízo que lhe merecem certas fórmulas queridas a uma possível formação positivista.

Os doentes não querem ser tratados por médicos que conheçam apenas uma parte do seu sêr, como diz CARREL. Não se

trata de uma abdicação do lado do médico, mas antes da sublimação das suas mais distintas e nobres qualidades.

Se a pessoa é una, uma deve ser a medicina a aplicar-lhe. Não sendo possível cindir o espírito do individuo colocemos um a par do outro, não desdenhando averiguar da influência do complexo orgânico no factor animico que o espiritualiza, nem da influência dêste nas perturbações mórbidas do organismo onde incarna.

Não vejam nas minhas palavras um tom confessional; seria injusto e talvez pouco honroso para quem me ouve. O problema da *medicina da pessoa* transcende dos limites confessionais para entrar no comum da medicina aplicada, quer queiram quer não os espíritos apegados ao formalismo materialista.

Ninguém se lembrou de acusar de partidarismo religioso os escritos de CARREL, SAUERBRUCK, OKINCZY, LERICHE, DUHAUMEL, DUMESNIL, etc., não obstante ressaltar claramente das suas palavras, como terei ocasião de referir, o alto valor dos factores espirituais a nomeadamente dos factores morais, na compleição mórbida do homem.

Também não é necessário pormenorizar os aspectos filosóficos que dizem respeito à essência da alma. Dualismo cartesiano ou monismo tomasiano são doutrinas que o médico não precisa invocar para o efeito.

Igualmente, não interessam ao clínico as correntes filosóficas, teístas ou ateístas, ligadas às questões do espírito, por curiosos que sejam êsses altos problemas. O que lhe não é indiferente, todavia, é abstrair dos valores espirituais no complexo mórbido do homem, é desconhecer a alta importância dos factores morais, sentimentais e sociais, na eclosão de certas doenças e na evolução de tôdas as outras. A psicanálise, à maneira de FREUD, ou de outros, pode levar a rumos novos na investigação das causas determinantes ou agravantes dos estados mórbidos, por discutido que o método seja; pois bem, a confissão por parte do doente de certas particularidades da sua vida, moral ou psíquica, pode bastar, tantas vezes, para lhe abrir o verdadeiro caminho da cura, sem que seja necessário lançar mão de meios terapêuticos complicados.

O homem não pode ser considerado perante o médico de maneira diferente do que fora dêle. Além disso tem de ser

estudado em tãda a sua plenitude e apreciado, a um tempo, em qualquer das modalidades do seu complexo somático e anímico, quere dizer, tem de ser analisado em todos os aspectos da sua personalidade física e espiritual.

Que de estranhar, pois, que sob o ponto de vista médico nos interesse fundamentalmente a medicina da pessoa e não apenas a do indivíduo. Aos olhos do médico o homem doente deverá ser considerado, como VANMULLEM diz, «uma alma viva num corpo sofredor». A missão do médico é antes de mais nada uma missão de socorro ao homem doente. Necessário se torna, pois, que conheçamos acima da doença — unidade abstracta — as reacções que a mesma provoca na pessoa do doente e, outrossim, o influxo das cambiantes da sua personalidade na própria marcha da doença. Só assim a medicina será verdadeiramente humana.

Aliás, nem de outra forma podia ser se tivermos em atenção aquilo que conhecemos da personalidade geral e da própria personalidade biológica e médica.

Personalidade geral:— O que pressupõe intrinsecamente a personalidade é a subsistência de uma natureza espiritual dotada de inteligência e de vontade. O homem, possuindo essa inteligência e essa vontade, é uma pessoa em tãda a sua plenitude, capaz dos maiores actos de generosidade e de amor, mas capaz, também, do maior negativismo sentimental, no uso pleno dos seus requisitos espirituais.

Todo o nosso sêr mental e moral está impregnado da liberdade que transcende da nossa própria personalidade, liberdade que poderá orientar-se no exercício do bem e no exercício do mal, na prática das virtudes ou na prática dos vícios. Justo será, portanto, que a personalidade procure o equilíbrio das suas possibilidades em conceitos que dimanem da ordem moral, para que se distingam, em tãda a sua pujança, os actos nobres dos actos indignos.

Na restrição moral que a dignidade impõe às nossas faculdades reside todo o valor da renúncia aos actos ilícitos. Não resulta daqui quebra da liberdade, mas antes a sua sublimação — se me fôsse permitido diria mesmo deificação, visto ser êste um dos aspectos mais importantes que liga a alma humana ao Criador.

Pervitin

Analéptico central com acção prolongada sôbre a circulação



Hipotonia e suas conseqüências. Tendência para estados de vertigem e de síncope. Estados de esgotamento depois de operações e no decurso de doenças infecciosas. Analéptico respiratório e medicamento excitante a empregar depois de anestésias e de intoxicações.



TEMMLER - WERKE - BERLIN - JOHANNISTHAL

Representante para Portugal:

Alfredo Cavalheiro, L.^{da}, Rua de Entre-Campos, n.º 5, LISBOA



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose	6 a 12 drageas por dia
BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empôlas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorreia, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
BELLERGA Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i> : Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i> : frenador electivo do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i> : Sedativo de acção central	Medicação estabilisadora do sistema neuro-vegetativo	3 a 5 drageas por dia
CALCIBRONAT Combinação bromo-calcica organica.	Todas as indicações da medicação bromada e brometada	1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramusculares por semana
«CALCIUM-SANDOZ» Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. E' o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetanigenos, espasmofilia, pneumonias, gripe, asma, dermatoses, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i>	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dragea ou XV gotas 3 vezes por dia ou 2-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas
GYNERGENE Tartro de ergotamina Stoll; alcalóide, principio especifico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 drageas ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
OPTALIDON Nova associação antineuralgica e sedativa	Todas as dôres: nevralgias, ciáticas, dôres reumáticas, dôres de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILLARÈNE Complexo glucosidico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Gila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, aritmia, coração senil, miocardite	2 a 6 comprimidos, ou XI. a CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empôla por via endovenosa.

A marca da personalidade ser-nos-á dada pelo conjunto dos atributos mentais, sentimentais e morais, tal como a fôrça física resulta do vigor dos músculos e da boa ordenação de todos os departamentos da economia humana. Será mais ou menos vindcada segundo o carácter mais ou menos forte dos seus componentes. Em qualquer dos casos, porém, a personalidade não deixará de impregnar em mil e uma particularidades a própria essência biológica das células e dos humores, de tal maneira que bem podemos dizer que a personalidade imprime carácter aos indivíduos, tal como certas tendências e manifestações da vida orgânica definem os complexos biotipológicos.

Desta comunhão da matéria com o espírito resultará, necessariamente, que a doença, por simples que seja e por orgânica que pareça, não pode deixar de interessar tôda a pessoa. E, mais, a doença terá o seu cunho pessoal, o que se integra perfeitamente no velho aforisma: «não há doenças mas sim doentes».

Não se trata de saber em que medida a «alma move o corpo» ou o «corpo move a alma». Ambos se solidarizam em íntima comunhão, podendo dizer-se com o P.^o SERTILLANGES que: «no organismo tudo se passa quimicamente como se não houvesse alma e tudo se passa vitalmente como se não houvesse química». Isto no homem são, como no doente.

Aliás, a marca da personalidade não se mostra apenas no seu aspecto psíquico, moral ou religioso. Ela impregna tôda a matéria viva, permitindo-nos, até, que admitamos a existência de um certo personalismo biológico e humoral, filho da especificidade individual que constitui atributo de tôda a substância viva.

Personalidade biológica: — Tôda a matéria viva possui uma individualidade própria. A especificidade dos anticorpos em face de todo e qualquer gérmen bacteriano assim no-lo demonstra. A imunidade natural ou adquirida constitui um outro aspecto. A alergia e a anafilaxia revelam características particulares inofismáveis, de cunho averiguadamente individual e independentemente da constituição fisico-química dos humores, da estrutura morfológica dos órgãos e da compleição dos tecidos e das células.

O segrêdo da defesa do organismo em relação aos ataques do exterior e muito em especial as modalidades diferentes de

reacção em face de um mesmo agente agressor, dão idéia, de forma bem clara, da especificidade biológica a que me refiro.

Os atributos transmitidos hereditariamente documentam a mesma variabilidade, se bem que constituam, em certa maneira, um vínculo de individuo para individuo.

A diversidade dos temperamentos entre os homens mostra, igualmente, o carácter específico dos individuos.

A diferença das afinidades entre os seres inferiores atesta, também o seu individualismo biológico.

CARREL em «*L'homme et inconnu*» consagra um capítulo inteiro à individualidade tecidual e humoral. Peço vénia para a tradução e transcrição que se segue, visto documentar superiormente o ponto de vista a que me estou referindo: «Em geral a individualidade dos tecidos não se traduz por nenhuma particularidade morfológica. As células da glândula tiróide, do figado, da pele, etc., são idênticas de individuo para individuo. O coração bate aproximadamente da mesma maneira em tôda a gente. A estrutura e as funções dos órgãos parecem não ser específicas a cada um de nós. Mas é permitido crer que caracteres individuais apareceriam se os nossos métodos de exame fôsem mais perfeitos. Certos cães possuem um sentido olfactivo tão desenvolvido que reconhecem, só por êle, o seu dono, no meio de uma multidão de homens. Os tecidos do nosso corpo são capazes de perceber a especificidade dos nossos humores, não se acomodando aos humores de um outro individuo».

«A individualidade tecidual demonstra-se da maneira seguinte: colocam-se à superfície de uma ferida fragmentos de pele pertencentes uns ao próprio paciente, outros a um amigo ou parente. Ao cabo de alguns dias os enxertos que pertencem ao próprio aderem à ferida e crescem. Os restantes, isto é, os heterólogos, descolam-se e desaparecem. Os primeiros sobrevivem, os segundos morrem».

«Os humores reconhecem nos tecidos estranhos diferenças de constituição que não são percebidas por nenhuma outra prova. Os tecidos são específicos dos individuos a que pertencem».

«A nossa individualidade própria tem, pois, base no mais fundo de nós mesmos. Reside tanto nos processos fisiológicos como na estrutura química dos humores e das células. Cada um de nós reage de sua maneira aos acontecimentos do mundo exte-

rior, aos ruídos, aos perigos, aos alimentos, ao frio, ao calor, aos ataques dos micróbios e dos virus».

Em resumo, não podemos impor regras geométricas aos fenómenos biológicos.

Há, como diz RICHET, uma personalidade humoral, como há uma personalidade psíquica. As investigações científicas no domínio da biologia demonstram, em tôda a plenitude, a especificidade que encontramos em outros sectores da vida dos sêres.

Existe na intimidade dos tecidos e dos humores como que um desígnio pre-estabelecido a cada sêr e a cada órgão, segundo a palavra de CLAUDE BERNARD, em obediência à harmonia geral de tôda a Criação. Quais os laços que unem entre si os elementos da vida na intimidade das células não o sabemos verdadeiramente, segundo as doutrinas materialistas, mas imaginamo-lo, convincentemente, à luz das doutrinas espiritualistas.

Personalidade espiritual: — Onde, porém, a personalidade do homem se torna mais notável é na ordem psíquica: mental e moral, (Verdadeiramente a personalidade é já de per si um atributo espiritual).

Múltiplos são os aspectos desta personalidade. O seu papel na vida do homem constitui factor decisivo em tôdas as manifestações da sua actividade mental e moral. Os passos mais importantes da vida dão, aliás, a marca dessa mesma personalidade.

Não me compete apreciar aqui as variantes e a essência da personalidade espiritual do homem, mas simplesmente reconhecer a sua existência e sobretudo observar o seu influxo nas doenças, afim de melhor compreendermos a sua evolução e de melhor orientarmos o seu tratamento.

Vai longe o tempo em que VIRCHOW afirmava que jamais encontrara a alma na ponta do bisturi, nas numerosíssimas autópsias a que havia procedido. Frase feita, de retórica comicial, atribuída injustamente, entre nós, a um fugoso tribuno dos últimos tempos da Monarquia. Consubstancia ela o modo de sentir da doutrina materialista tão cara aos cientistas do século passado, como acima disse, mas de efeitos tão perniciosos ao estudo e conhecimento do verdadeiro sentido da vida.

Repare-se como os povos se cansaram depressa da cultura racionalista, que analisa sem cessar mas que não encontra a feli-

cidade nem a verdadeira finalidade da vida. É fora de dúvida que as gentes seguem quem lhes mostra intuitivamente o sentido da vida, os valores sobrenaturais, a mística e a imaginação criadora.

Identicamente, a medicina deve procurar o sentido do homem na sua unidade viva e completar as suas conquistas técnicas por progressos semelhantes no campo espiritual.

Personalidade do complexo «matéria e espírito» no homem doente:

— Da personalidade mental e moral, aliada à personalidade biológica, resulta, para o complexo *matéria e espírito*, uma unidade indestrutível que marca a personalidade do homem válido e aquilo a que podemos chamar a personalidade mórbida do homem doente. Os factores materiais e espirituais interpenetram-se em todos os domínios. Para o demonstrar basta servir-nos de alguns elementos da prática clínica corrente.

Não me refiro, de maneira particular, à influência das lesões orgânicas nas manifestações psíquicas do homem, se bem que apreciáveis e dignas de registo. Este aspecto é regularmente conhecido em qualquer das suas modalidades. O tratamento, neste caso, faz-se pela correcção dos defeitos orgânicos e dos vícios funcionais desencadeados pela doença. O factor psíquico tem valor secundário em relação ao material. O médico poderá actuar com os recursos da sua ciência e da sua arte sobre a afecção originária, não desdenhando, é claro, velar pela repercussão mental e moral dos transtornos orgânicos.

Onde, porém, os factores psíquicos e morais assumem maior importância é quando figuram como causa e não como efeito das doenças. Pertence a este tipo grande número dos doentes que nos procuram nos Consultórios e que pejam os Hospitais. Sem dúvida que tem influência na génese destes estados as condições sociais do momento, mas não influem menos os choques emotivos, uma possível quebra de moralidade, um conflito doméstico, ou outros factores quejandos.

Lembro-me de ter lido algures que «o aumento do número dos chamados *nervosos* é devido ao recuo moral do mundo». A observação não deixa de colhêr, se bem que se admita que nem sempre as causas morais ocupam o primeiro lugar. (Evidentemente que as psicopatias, propriamente ditas, formam intei-

ramente aparte, não interessando ao clínico geral, mas apenas ao psicopata).

A expressão clínica usual do padecimento destes doentes gira em volta de distonias neuro-vegetativas as mais diversas e caprichosas. Não é fácil medir o pêso da influência psíquica sobre a neurológica pròpriamente dita, mas é fora de dúvida que as duas se encadeiam na sua fisionomia clínica e interdependem no seu mecanismo determinante. Razão porque às distonias neuro-vegetativas pertence o maior quinhão das chamadas doenças funcionais e razão, ainda, porque delas me ocupo de maneira especial.

— É no ventre e no tórax que se projecta o maior número de perturbações do tipo funcional.

Por vezes os doentes referem um sofrimento gástrico nitido, enriquecido com tōda a variedade de sintomas que é de uso encontrar-se em determinadas afecções orgânicas. A inapetência e alguns vômitos, a sensação de enfiamento ou uma digestão difícil, em relação com um forte abalo psico-emocional, por exemplo, podem bastar para localizar no estômago perturbações funcionais com carácter duradoiro. A feição hipostênica ou hiperstênica da dispepsia mostrar-se-á em relação com a variedade do transtôrno psico-neurótico observado. Nos deprimidos predomina a primeira e nos excitados a segunda.

O tratamento médico do sofrimento gástrico de pouco valerá se não conseguirmos desvendar a verdadeira causa, actuando sobre ela de maneira conveniente.

Recordo neste momento uma doente que referia um sofrimento gástrico ricamente colorido: dores, digestões difíceis, inapetência, vômitos, emagrecimento progressivo. O exame radiológico revelou uma imagem lacunar suspeita a nível do piloro; a palpação mostrou uma massa na região epigástrica, igualmente muito suspeita. Estabelece-se na família um pânico compreensível; a doente é transportada de algumas centenas de quilómetros até esta cidade. Nova observação radiológica pôs de parte a idéia de uma formação tumoral. A palpação repetida revela inconstância da massa epigástrica primitivamente observada. Tratava-se manifestamente de um sofrimento funcional e a falsa imagem lacunar e a massa da região epigástrica correspondiam, tão simplesmente, a um conglomerado espasmódico gástrico ou porven-

tura cólico. Como causa verdadeira não foi difícil encontrar um desgosto doméstico: uma criada que estimava e lhe prestava bons serviços resolvera casar, o que constituía para a pobre senhora um problema cuja solução se lhe afigurava impossível. Não foi muito custoso convencer a infortunada doente de que não faltavam óptimas criadas neste país e com o convencimento tudo desapareceu como por encanto.

O fígado é muitas vezes objecto de grandes cuidados por parte destes doentes. Um sofrimento vago abdominal, uma côr bronzeada, olheiras cavadas, um tom sub-ictérico, bastam para acordar no paciente ou na «entourage» a idéia de uma doença hepática. Desde então o doente não hesita: corre de especialista em especialista procurando impor o seu diagnóstico, ingere quantas drogas a sua curiosidade avidamente descortina nos anúncios dos jornais e da rádio, encharca-se em águas medicinais, ainda que em doses homeopáticas, como manda a boa pragmática hidrológica, conta o seu mal a dezenas de aquistas, sob o risco de o enxertar na mente daqueles que não têm ainda um diagnóstico seguro... e tudo isto até que a sábia natureza se encarrega de curar o mal ou até que um novo e afamado médico, consultado a instâncias de um amigo, lhe diz: o senhor está enganado, o sofrimento que reporta ao fígado não é outra coisa senão uma colite, ou coisa parecida. Mostram-se-lhe meia dúzia de sinais ou de análises e radiografias tidas como infalíveis. O doente sai do consultório completamente curado do fígado, mas muito mal de outro órgão até aí seu desconhecido. O rosário de queixas continua, as drogas ingeridas multiplicam-se e as estâncias visitadas e a visitar acumulam-se. Só mudou o rótulo da doença.

Onde, porém, maior importância assumem os factores dinâmicos é no domínio dos sofrimentos cárdio-vasculares. Compreende-se. Nada como o aparelho circulatório está ao alcance da observação do doente e nada, também, como os factores psico-neuróticos para se reflectirem, desde logo, no funcionamento do sistema cárdio-vascular. A taquicardia, as palpitações, a angústia precordial, as perturbações do ritmo, constituem manifestações que raramente faltam em tôda e qualquer doença funcional e em tôda e qualquer desarmonia psíquica ou neuro-vegetativa.

A própria hipertensão essencial tem muitas vezes como causa um desarranjo funcional do domínio psico-neurótico. E se reconhecida por parte do doente eis um motivo de completa e permanente intranquilidade que jamais o abandonará. Repare-se em que falta não incorrerá o médico que sobrecarregue sombriamente o prognóstico do seu doente, mostrando todos os horrores a que está sujeito, só porque o PACHON lhe marcou uma máxima de 17 ou 18, com uma média e uma mínima porventura inteiramente normais, e isto na ausência de todo e qualquer sinal de afecção orgânica por parte do aparelho cárdio-vascular, dos rins, do fígado, do sangue, etc.

A população mórbida que deambula pelos consultórios viveu já o terror da balança, depois passou pelas agruras do termómetro e agora sofre a ansiedade do PACHON. Claro é que tanto a balança como o termómetro ou o PACHON, têm um alto valor, ponto é que o médico saiba fazer destes instrumentos a necessária aplicação.

— Entre os chamados *nervosos* avultam as mulheres. Explica-se, tendo em atenção a sua emotividade maior, o seu inconformismo com determinadas situações sociais e domésticas, uma instabilidade mais pronunciada e, de alguma maneira, também, por serem mais sujeitas a sofrimentos orgânicos e funcionais relacionados com a sua condição humana. A emancipação da mulher, sem dúvida o maior bem que ela ficou devendo ao cristianismo, ameaça ser excedida nos seus justos limites por muitas prerrogativas que até há pouco lhe não eram concedidas. A igualdade em relação ao homem que a lei lhe faculta e de que ela procura servir-se em muitos domínios da vida profissional e social, se lhe abriu novos horizontes à satisfação de todos os caprichos e de tôdas as ambições, no lar como na sociedade, contribuiu para lhe criar uma nova mentalidade em que aparecem sentimentos generosos, mas em que avultam, também, defeitos e vícios lamentáveis. E perdido que seja o sentido das proporções entre o razoável, por um lado, e o impossível por outro, entre a *aceitação* de certas contrariedades e a revolta instintiva dos seus sentidos e talvez da sua razão, não custa a crer como devem ser fáceis, na vida da mulher, os impulsos sentimentais e morais a abalar todo o seu sêr, a criar a desarmonia onde devia reinar a ordem, a despertar a ansiedade onde deveria imperar a calma. O excesso

de conquistas, no domínio social, pode trazer à mulher oportunidades maiores de revelar os seus requisitos intelectuais e mentais, inclusive o seu talento, mas acarreta-lhe, é fora de dúvida, grandes causas de agitação interior, de desassossêgo, de intranquilidade, de preocupações, de revoltas. Ora eu receio que na balança da sua felicidade estas não pesem mais do que aquelas.

Pelo que respeita à harmonia fisiológica da vida da mulher e ao equilíbrio perfeito das suas faculdades espirituais não hesito em considerar tais excessos de emancipação como absolutamente funestos. Com isto, bem entendido não façamos ressuscitar um convencionalismo social anacrónico, onde se afoguem todos os impulsos generosos a que a mulher tem jus. «Est modus in rebus...».

— Evidentemente que os factores morais e psíquicos não limitam a sua influência ao domínio da patologia funcional. A sua acção faz-se sentir, igualmente, no campo da patologia orgânica. Todos sabem, por exemplo, o mirífico efeito de uma palavra de esperança na mais cruel das afecções, como igualmente ninguém ignora a acção perniciosa dos abalos emotivos na evolução da mais simples lesão orgânica.

Interessa, portanto, ao médico inteirar-se, em tôdas as emergências, do factor mental e moral do seu doente, analisando e sopesando em todos os aspectos a sua influência na marcha clínica da doença.

Pode acontecer — e acontece por vezes — que determinados sofrimentos, tidos e havidos como funcionais nos primeiros tempos da doença, e como provenientes dêste ou daquele desequilíbrio psíquico ou moral, subsistam à remoção da causa. Efectivamente, não são raros os doentes que depois de confessarem a verdadeira razão de ser do seu sofrimento acrescentam às instâncias do médico a indicação de que o motivo inicial desapareceu por completo. São levados, por isso, a excluir tôda e qualquer interferência do factor psíquico, sentimental ou moral, na doença em curso. É verdade.

Na medicina nem sempre a supressão da causa leva à cessação do efeito. A doença pode ter criado uma certa autonomia, mantendo-se a viciação das coordenações psíquicas e neuróticas, que a causa primeira havia despertado. Pode, além disso, ter-se originado, mercê da persistência do vício funcional, uma autêntica

ETAPAS DECISIVAS NA HISTÓRIA DO

SYMPATOL

«INGELHEIM»

- 1.^a DOENÇAS INFECCIOSAS
REFORÇO DA DIGITALO-TEARPIA
Hochrein e Keller
- 2.^a COLAPSO INFECCIOSO
Hegler
- 3.^a COLAPSO POST-OPERATÓRIO
e INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
Klotz e Staaten
- 4.^a CONVALESCENÇA da GRIPE
Lange
- 5.^a ASTENIA CONSTITUCIONAL
Stoermer
- 6.^a PROFILAXIA da TROMBOSE
Koenig
- 7.^a DIFTERIA
Zischinsky
- 8.^a ESTADOS HIPOTÓNICOS
Essen

De ano para ano amplia-se o campo das indicações do SYMPATOL, confirmadas pelos trabalhos da clínica, tanto hospitalar como particular. Aparentemente múltiplas, têm tódas por base as propriedades farmacológicas do SYMPATOL que, segundo P. Trendelenburg, mantém a proporção óptima entre a acção sôbre o coração e a acção sôbre os vasos.

O SYMPATOL regula o tónus circulatório.

Literatura à disposição dos Ex.^{mas} Clínicos

Representante para Portugal e Colónias

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA L.^{DA}

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO
Rua dos Caldeireiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

SULFARSEÑOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositarios
exclusivos

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

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

PROMONTA

O melhor tónico para os nervos

Preparado orgânico tendo por base lipóides da substância do sistema nervoso central em combinação com a vitamina nervina e metabólica B₁ (Aneurina) e outros factores vitaminosos, bem como cálcio, ferro, albuminas e hidratos de carbono.

Fabrico da CHEMISCHE FABRIK PROMONTA G. m. b. H.
HAMBURGO — Unicos Representantes para Portugal e Colónias:

HERMANN BIENER L.^{da}

COIMBRA

EMBALAGENS DE ORIGEM

EM PÓ

EM PASTILHAS

Caixas de 100 e 250 grs.

Caixas com 54 pastilhas de 2 grs.

Aos mesmos preços de antes da guerra

afecção orgânica que subsistirá, portanto, aos transtornos meramente funcionais do início. É o caso de determinadas anemias devidas a perturbações digestivas de ordem funcional, de algumas colites e cistites consecutivas a perturbações funcionais do lado dos colons e da bexiga, de certas rijezas articulares resultantes de imobilizações prolongadas.

Por discutido que seja o mecanismo, não há dúvida que a perturbação funcional pode dar lugar a lesão orgânica, ponto é que ela persista e que do vício funcional em causa advenham alterações fundamentais no tono de vida dos órgãos ou tecidos.

A patologia das glândulas endócrinas demonstra inteiramente a subordinação funcional e lesional a que me venho referindo. Devido à estreita relação que existe entre o sistema neuro-vegetativo, o sistema endócrino e o complexo psíquico, observa-se com extrema freqüência uma correlação de vícios funcionais duns para os outros, de tal maneira que falar-se em alterações neuro-vegetativas equivale a admitir, desde logo, uma disfunção ou lesão endócrina ou, porventura, um distúrbio psíquico e vice-versa.

Exemplo: as amenorreias definitivas que sucedem a um forte abalo emocional ou moral numa mulher até então regularmente menstruada. Intervenções tardias revelam atrofia dos ovários, que de tôda a maneira devemos pôr à conta da anulação funcional registada em certo momento da vida.

Mas deixemos êste assunto, que não interessa directamente a minha proposição.

— A rematar a apreciação das influências psíquicas e nomeadamente sentimentais, no equilíbrio do complexo humano, em tôdas as suas reacções e elementos de defesa, não devo deixar de me referir à sua boa ou péssima influência nas seqüências das operações. Um bom moral constitui a melhor condição de êxito numa intervenção cirúrgica, como inversamente nada há mais a temer do que os estados depressivos. Pressentimento do que vai passar-se? Inibição geral por depressão psíquica? Dissertem sôbre o assunto os filósofos e os médicos enquanto eu me quedo na enunciação do caso.

— Em resumo, observa-se em todos os domínios da fisiologia e da fisiopatologia, uma inter-relação averiguada dos fenómenos psíquicos e morais com as perturbações funcionais e até com determinadas alterações orgânicas.

Importa, pois, que o médico aplique integralmente a medicina da pessoa e não apenas a do individuo, sabedor de que o homem carrega na doença com os seus azedumes e as suas angústias, os seus ódios e as suas tristezas. E importa, mais, saber que a parte reage sôbre o todo e o todo sôbre a parte em qualquer das suas manifestações, quere dizer, que o complexo humano tem de ser apreciado na saúde e na doença dentro da sua verdadeira unidade. Só assim faremos uma medicina conscienciosa e eficiente.

Medicina da pessoa: — A lufa-lufa dos tempos correntes nem sempre permite ao médico reconhecer as verdades que deixo expostas. A standardização da prática médica moderna, particularmente no que interessa aos seguros sociais, mal nos consente que consagremos ao doente o tempo a que tem pleno direito no colóquio com o seu médico (1).

Nas considerações anteriores ocupei-me das condições estáticas e analíticas do problema da medicina da pessoa. Importa que me refira, agora, à parte dinâmica da questão, isto é, à acção do médico em face do doente.

«O clima necessário e indispensável à medicina da pessoa não se estabelece completamente senão quando o médico, descedo do seu pedestal científico, encontra o doente de homem para homem e estabelece com êle uma comunhão espiritual perfeita» (TOURMIER). Como diz RENÉ DUSMENIL, «para exercer a medicina é necessário ser diplomata, tanto como clínico. De nada servirá fazer um diagnóstico e prescrever um tratamento se se é incapaz de persuadir o doente a que siga os conselhos que se lhe dão. Ser inteligente não basta. Torna-se necessário pôr a inteligência ao serviço do doente, como individuo, e sobretudo como pessoa».

(1) A êste propósito são dignas de registo as seguintes palavras de OKINCZYC: «os direitos das colectividades, que não passam de aglomerados de individuos, podem primar sôbre os direitos de *um* individuo, mas em caso algum podem primar sôbre os direitos de *uma* pessoa, cuja qualidade se tem num outro plano. O doente — que reúne em si os attributos do individuo e da pessoa — tem, pois, direito aos privilégios imprescritiveis da sua qualidade de pessoa».

O doente exige de nós a ciência precisa para desvendar os mistérios da sua doença naquilo que ela tem de objectivo, e isto através de todos os meios de observação e de investigação com que os conhecimentos modernos enriquecem a medicina, mas exige, igualmente, que o observemos com consciência, com o necessário senso crítico e com a devida compreensão de todos os seus sofrimentos, sejam êles de ordem física ou de ordem espiritual.

O médico precisa de corresponder, em tôdas as circunstâncias, à confiança que o doente depositou nêle; ora nesta confiança não raro encontramos associados os requisitos affectos à nossa qualidade de médico e de pessoa.

Recolheríamos desta noção, se tal nos fôsse necessário, a imperiosa necessidade do médico ser possuidor de excelentes predicados espirituais, certos de que o facto não é indiferente para uma íntima e sincera comunhão entre o médico e o doente.

— De uma maneira geral o médico deve mostrar uma certa superioridade em relação ao doente, mais ou menos discretamente segundo a sua condição social. Isto, porém, com a necessária elegância e cortezia, sem se mostrar enfatuado ou inacessível.

O ideal é como médico manter-se a uma certa distância, como simbolo da ciência que incarna, e como homem humanizar-se inteiramente, sem contudo cair no ridículo.

Pela primeira condição deve guardar sempre uma respeitosa distância entre êle e o doente; pela segunda deve mostrar-se carinhoso e inteiramente compreensivo de tôdas as atitudes e condições do doente. A arte de se impor e agradar ao doente, sem se banalizar, mas sem ao mesmo tempo se tornar pouco simpático, é extremamente difficil. Deriva a um tempo da vocação profissional e da formação espiritual do médico como pessoa. É um segredo que poucos clínicos possuem. Aquêles que o tem por temperamento são muito felizes; aquêles que o adquirem à fôrça de vontade são, além de felizes, dignos de admiração e respeito.

Quando se trata de patologia funcional pura e bem assim nos casos de patologia mista, em que suspeitamos da possibilidade de existência de fenómenos mentais e morais, devemos redobrar de cuidados no que respeita ao conhecimento de todos os attributos que interessam à personalidade do doente. Se assim proceder-

mos quantas vezes nos será dado descobrir a verdadeira causa do sofrimento do nosso doente. E descoberta a causa necessário se torna enfrentar as possibilidades do tratamento, lançando mão de um fino espírito persuasivo com esta ou aquela incidência consoante o temperamento, as reacções emotivas, as qualidades afectivas, o grau de educação e de ilustração do nosso doente.

Nas formas em que existe alteração orgânica de um ou mais órgãos o caminho está traçado: procuraremos modificar esse estado de coisas com todos os recursos que a medicina nos fornece, não descurando os necessários cuidados espirituais.

Nas doenças assim objectivadas, sobre este ou aquêlê órgão, a tarefa do médico, pelo que respeita à medicina da pessoa, é em regra fácil. A atenção do doente fixa-se num determinado sector, cuja realidade mórbida lhe é imposta pelo sofrimento e pela terapêutica instituída, em breve aprende a observar-se, tornando-se extremamente sensível a tôdas as variações da doença. Se melhora, as condições locais e gerais melhorarão também, do que resultará um poderosíssimo adjuvante de ordem sugestiva a actuar benêficamente sobre o conjunto do complexo psíquico, ou melhor sobre o conjunto da pessoa. Se não melhora e as condições locais e gerais ameaçam complicar-se, será necessário insistir, sobretudo, na terapêutica moral, consolando, enganando e mantendo viva a chama da esperança, pelo menos até ao momento em que o doente, por influxo religioso, ou por estoicismo natural, se decida a *aceitar*, sem revolta, o seu destino humano.

Nos casos em que se trata simplesmente de perturbações funcionais acontece, por vezes, não ser difícil remover o sofrimento se a verdadeira causa é exclusivamente de ordem mental ou moral. A simples confissão do doente pode fazer o milagre desde que o médico se mostre absolutamente compreensivo das suas queixas, as não ridicularize, atirando-lhe intempestivamente com o apodo de «nervoso», o que destrói, desde logo, tôdas as possibilidades de melhora, pela irritação que desperta da parte do doente.

Se o mal perdura o médico terá de redobrar de cuidados, lançando mão de todos os recursos ao alcance da sua habilidade de médico humanitário.

Muitas serão as vezes em que o médico não consegue, nos primeiros tempos, o mais pequeno resultado. Sem dúvida, nomea-

damente se existem taras mórbidas de ordem psíquica a sombrear o caso. Mas, quando não curamos, meritório se torna que aliviemos e consolemos: *Tu quoque sacerdos, medice... Deus docet manus tuas...*

— Um problema se põe muitas vezes ao médico cuja solução se não afigura fácil. Imaginemos o caso de um doente do domínio funcional puro. Convirá ou não mantê-lo na convicção de que sofre de um determinado órgão como êle pensa, ou como lhe foi dito por um outro médico?

Qualquer dos caminhos tem os seus perigos. Convencer um doente funcional de que sofre lesionalmente de um determinado órgão é o mesmo que condená-lo a considerar-se um deficiente, senão um inútil, pelo que respeita às funções dêsse órgão.

Mas, por outro lado, dizer pura e secamente a um doente: o senhor sofre apenas de distúrbios neuro-vegetativos ou psíquicos... pode ser muito bonito mas não basta e é quasi sempre improcedente.

Tenho tentado uma e outra fórmula e confesso que nem sempre sigo a mesma conduta.

Aos doentes de psiquismo normal e de vontade forte parece-me bem pô-los, desde logo, ao corrente do seu estado. Aceitam como regra alegremente as palavras consoladoras do médico. Despedem-se radiantes por se saberem sem perigo quando se supunham gravemente enfermos.

Aos outros, cujas reacções psíquicas se mostram sensivelmente tocadas, eu não sei se não será preferível localizar a um determinado órgão a razão de ser do seu sofrimento... Como há instantes disse a objectivação real num certo ponto favorece, quasi sempre, a evolução dos transtornos funcionais em geral. Igual mérito pode ter uma pseudo-concretização num determinado sector orgânico. Tem a vantagem de melhor se poder demonstrar, em observações subseqüentes, o progresso das melhoras em face da medicação estabelecida e dos conselhos dados.

De uma coisa, porém, devemos defender-nos. É de atribuir a lesão a um órgão de importância primacial. Convencer um doente de que sofre do coração, dos pulmões, ou dos rins, sem que sofra na realidade, é extremamente delicado, dado o conceito geralmente admitido de que as doenças dêsstes órgãos jamais curam.

Mas já o mesmo não acontece se desviarmos a sua atenção para o intestino, para o baço, para o fígado, etc., uma vez que se supõe que a doença destes órgãos é compatível com uma vida longa e até razoavelmente vivida.

Pouco a pouco podemos convencer o doente da melhoria da sua afecção. Como entretanto esperamos que a nossa acção exerça os seus efeitos sobre os transtornos funcionais é de prever que dentro de algum tempo possamos anunciar a cura completa sem reacção ou protesto da sua parte.

— Existe um terceiro grupo de doentes (?) aos quais manda a boa prudência que não susceptibilizemos nos seus mais queridos affectos mórbidos.

Refiro-me aquêles que estimam ser considerados doentes, porque a sua doença lhes permite uma vida mais fácil no lar e mais apreciada na sociedade. No fundo não se convencem de que sofrem verdadeiramente, mas, como gemer também tem os seus encantos e as suas atracções — sobretudo se realmente se não sentem os males que se imaginam — será talvez melhor não alterar grandemente o ritmo da sua vida.

Dentro da nossa missão de verdadeiros médicos da *pessoa* devemos ser compreensivos e generosos para esta espécie de doentes, não lhes destruindo o seu encantamento, se bem que não devamos alimentá-lo em excesso, não vá acontecer — e o caso não é raro — que à fôrça de hábito se convençam que na realidade estão muito mal.

— Em certos casos põe-se o problema da *aceitação* do sofrimento moral ou fisico como única fórmula capaz de estabelecer a verdadeira paz interior, e, através dela, de se removerem perturbações funcionais filiadas num conflito mórbido a princípio não aceite pela pessoa.

SAUERBRUCH numa conferência sobre «*o médico e a cura da alma*» disse: «não há verdadeira arte médica sem uma atitude de submissão a Deus. Desta atitude de submissão irradia uma fôrça de que nós temos necessidade para exercer a profissão e assumir a responsabilidade em relação a cada doente e em relação à nação inteira» (*Berliner Tagblatt*, 5 de Setembro de 1940). E eu acrescentarei: e em relação ao próprio Deus. Na minha modesta opinião mal irá aos doentes quando os médicos repudiem a proposição tão claramente enunciada por SAUERBRUCH.

CLAUDE BERNARD, PASTEUR, CARREL, e tantos outros astros da medicina antiga e moderna, pensavam e pensam de igual maneira, isto independentemente do seu credo religioso, que não me interessa apreciar neste momento.

A verdadeira medicina da pessoa deve ser compreendida por crentes e não crentes. Os não crentes em obediência aos ditames da sua própria consciência; os crentes pela mesma razão e por outros imperativos dimanados do credo religioso que professam.

20-V-944.

LUÍS RAPOSO.

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DO LENOCÍNIO EM PORTUGAL

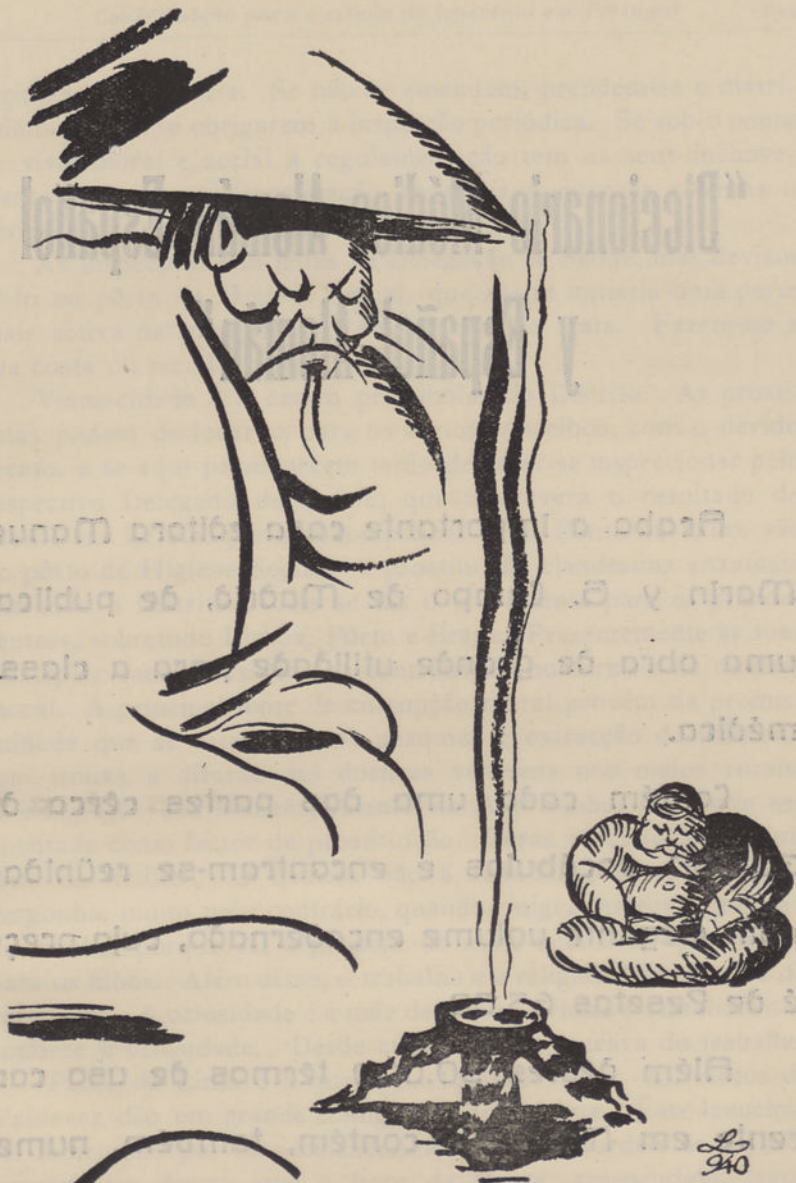
O MERETRÍCIO NO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO

POR

OSÉ CRESPO

No distrito de Viana do Castelo as prostitutas vivem em regime de regulamentação, como, aliás, em todo o país, mas existe também em larga escala a prostituição clandestina. O regulamento local obedece ao velho sistema regulamentarista e procura ser severo em todos os seus aspectos: registo, suspensão e cancelamento, habitat, frequência, comportamento, fiscalização sanitária e policial, costumes, funcionamento dos bordeis, relações com as patrões e criadas, recrutamento, exames médicos, transgressões, penalidades, receitas, etc. Prescreve as duas formas de prostituição regulamentada: livre, em casa própria, e em grupo, nos prostíbulos, uma e outra com livro. A inscrição é voluntária ou coerciva (art. 4.º), sendo esta destinada às clandestinas relapsas. A prostituta com casa própria não pode receber onde quizer nem habitar certos locais (art. 13.º). Os prostíbulos foram localizados em duas ruas. Não são permitidas as casas de passe e o lenocínio é perseguido.

A mulher matriculada está sujeita à inspecção semanal, mas as que se entregam ao comércio clandestino, quer na sua forma vigiada, quer na não vigiada, também não escapam à fiscalização sanitária e policial. Esta mostra-se sempre eficaz. Tenho observado que os contágios entre as regulamentadas são excepcionais comparados com os que se observam entre as clandestinas, sobretudo nas desconhecidas, que uma vez denunciadas passam ao



felizes dos que puderam
recolher-se em si próprios
porque só esses entenderam
a linguagem do filósofo.

Almo-Lab

Sedativo do sistema nervoso

“Diccionario Médico Alemán-Español y Español-Alemán”

Acaba a importante casa editora Manuel Marin y G. Campo de Madrid, de publicar uma obra de grande utilidade para a classe médica.

Contém cada uma das partes cêrca de 30.000 vocábulos e encontram-se reünidas num elegante volume encadernado, cujo preço é de Pesetas 65,00.

Além dèstes 30.000 têrmos de uso corrente em Medicina, contém, também, numerosos têrmos Químicos e a tradução dos nomes anatómicos e químicos latinos.

regimen de vigilância. Se não se emendam, prendem-se e matriculam-se para se obrigarem à inspecção periódica. Se sob o ponto de vista moral e social a regulamentação tem os seus inconvenientes, quanto à disseminação da sífilis e doenças venéreas o perigo maior está no clandestinismo.

As inspecções são feitas na Delegação de Saúde, mas deviam sê-lo no pòsto de Higiene Social, que assim tomaria uma parte mais activa na profilaxia. Também as não trata. Fazem-no à sua custa ou no Hospital.

Viana-cidade é o centro prostibular do Distrito. As prostitutas podem deslocar-se para os vários concelhos, com o devido recato, e se aqui permanecem terão de fazer-se inspecionar pelo respectivo Delegado de Saúde, que inscreverá o resultado do exame no livrete que as acompanha. Em Ponte de Lima vão ao pòsto de Higiene Social. A prostituição clandestina enxameia por todo o Distrito e dela se faz o aliciamento para os grandes centros, sobretudo Lisboa, Pòrto e Braga. Presentemente as suas principais causas residem no contrabando nocturno e na miséria moral. A principal fonte de corrupção moral provém da promiscuidade que se estabelece na pesquisa e extracção do minério. Isto trouxe a difusão das doenças venéreas nos meios rurais. A emigração dos homens, intensa no Alto-minho, não pode ser apontada como factor de prostituição. Raras vezes leva ao adultério da mulher, O homem não a abandona, não a cobre de vergonha, muito pelo contrário, quando emigra merece a gratidão da mulher porque sai à procura de mais bem estar para ela e para os filhos. Além disso, o trabalho e a religião defendem-na da corrupção. A ociosidade é a mãe de todos os vícios e a minhota não conhece a ociosidade. Desde criança que é escrava do trabalho.

Ponte de Lima é a que mais fornece Viana. Os Arcos de Valdevez dão um grande contingente para Lisboa. Êste lenocínio foi fomentado por uma celebérrima dona de bordeis de Lisboa, natural dos Arcos, que à hora da morte, arrependida, legou todos os seus avultados bens ao hospital da terra. Desgarrou e desgraçou muita camponeza. Infelizmente, informam-me que deixou sucessora. Dois concelhos há que não figuram nos registos da policia de Viana: são Vila Nova de Cerveira e Valença.

Do estudo e observação de 220 prostitutas, que durante os últimos 10 anos passaram pelos arquivos da policia de Viana do

Castelo e freqüentaram os postibulos da cidade, sou levado a tirar certas conclusões, que a muitos parecerão estranhas. Mas nelas não há fantasias nem exageros. Pura realidade.

Êste estudo incidiu sôbre os seguintes elementos: causas, naturalidade, estado, profissão anterior, filiação, habilitações, tipo, idade de comêço e destino. Para se fazer trabalho sério, consciencioso e verdadeiro, no campo individual e social, é necessário conjugar todos êstes elementos, intimamente relacionados uns com os outros, e do seu exame tirar as conclusões. Foi o que fizemos.

* * *

O estudo das causas é o lado mais importante e mais complexo do problema, por isso mesmo o primeiro objectivo a conseguir é pôr ordem e clareza na sua exposição. Vamos ver se o conseguimos.

Antes de mais nada devemos esclarecer que os registos da polícia são por vezes confusos e contraditórios. Não fazem distinção entre as causas que levaram a mulher a prostituir-se e aquelas que a levaram à matrícula. Podem ser diferentes. Um exemplo: a mulher ainda empregada vem-se prostituindo clandestinamente; perde por êste facto o emprêgo e vai registar-se dando como causa o desempregô ou a miséria, quando, no fundo, a causa essencial foi outra. Há mulheres casadas ou amigadas que se prostituem antes dos maridos e amantes as abandonarem. Quer dizer, prostituição e regulamentação podem ter causas diferentes.

As causas que habitualmente os registos da polícia recolhem do interrogatório das prostitutas são de 3 ordens: *individuais* (voluntariato, abandono do amante e do sedutor), *familiares* (abandono e maus tratos da família, abandono do marido) e *sociais* (miséria, desempregô). Qualquer delas pode ser invocada como causa *essencial* ou *secundária*.

Vejamos os elementos estatísticos que conseguimos apurar nos arquivos da Polícia Distrital de Viana do Castelo: *Voluntárias*, 70 (32 0/0); *abandono do amante*, 64 (29 0/0); *abandono da família*, 55 (25 0/0); *miséria*, 14 (6,3 0/0); *abandono do marido*, 6 (2,7 0/0); *abandono do sedutor*, 5 (2,3 0/0); *maus tratos da família*, 2; *desempregô*, 2. Resumindo, temos então: causas individuais, 139 (63,4 0/0); familiares, 53 (28,5 0/0); sociais, 18 (8,2 0/0).

Vemos, portanto, que predominam as causas individuais. A prostituição obedece, sobretudo, a um factor individual, com influência evidente de um factor familiar, que actua quasi sempre como causa secundária. É um mal social que tem a sua origem não na família nem na sociedade, mas no próprio individuo e é sobre a prostituta em primeiro lugar e principalmente que devemos actuar para o combater por uma adequada hygiene física, intelectual, moral e espiritual.

Diverge a nossa de outras estatísticas, entre as quais a do Prof. AZEVEDO NEVES, que acompanha o seu notabilíssimo trabalho inserto no vol. II dos *Arquivos de Medicina Legal*. Mas esta divergência provém da razão acima apontada: confusão entre as causas da prostituição e as da regulamentação. Esta, se gosa dos seus créditos no campo sanitário, no campo moral e social é nefasta: agrava e legaliza o mal, com cobrança de receita pelo Estado. Quando êste se interessar a valer pelo desaparecimento do meretrício, o registo das mulheres deverá ficar a cargo do Delegado de Saúde, que passaria a investigar as causas e circunstâncias da queda, psicologia da prostituta, possibilidades de regeneração ou correcção e todos os elementos científicos e sociais que de alguma forma servissem a repressão da moléstia.

No *curriculum vitae* da prostituta vamos encontrar quasi sempre a sedução, com promessa de casamento ou de vida fácil, na base da sua desgraça, quando não há outras razões mais aviltantes. Faltando à seduzida uma coisa ou outra, desprovida de amparo, de conforto moral ou espiritual, as causas que atrás citamos, favorecidas pelo aliciamento, preguiça, amor do luxo, vício ou despeito, actuando em terreno predisposto por alterações na esfera intellectiva, affectiva ou do carácter, arrastam-na facilmente para êste caminho. E assim explicamos nós o facto de termos encontrado imensas meretrizes com profissões bem remuneradas, que lhes permitiam, trabalhando, viver ao abrigo da necessidade, sendo até algumas destas profissões de ordem técnica, operárias especializadas, como tecedeiras, bordadeiras, estampadeiras, confeiteiras, modistas, etc.

Encarado o problema por êste lado, vemos que as causas determinantes são sempre dominadas por um factor individual, inerente ao temperamento da prostituta, de natureza psicológica ou psiquiátrica. Se se tratasse de um modo de vida normal, de

um *métier*, poderíamos chamar-lhe a vocação. Se êle não existir ou fôr neutralizado por influências benéficas, a causa determinante não actua. E assim, quantas mulheres não há, nos meios citadinos e rurais, das mais variadas profissões (jornaleiras, serviçais, camponesas, costureiras, operárias, etc.), algumas com filhos, desamparadas de tudo e de todos, passando até privações, trabalhando e lutando duramente, que não se prostituem! A vida fácil, por êste preço, não as seduz. Todo o seu ser, fisiológico e psíquico, repudia êste modo de vida. O meretrício repugna-lhes.

A nossa estatística regista as seguintes profissões: *Serviçais*, 90 (40 0/0); *domésticas*, 55 (25 0/0); *costureiras*, 34 (15,4 0/0); *operárias* (da pequena indústria e indústria caseira: bordadeiras (2), gaspeadeiras (3), alpercateiras (1), tecedeiras (6), oleiras (1), confeiteiras (1), estampadeiras (1), fogueteira (1), 16 (7,3 0/0); *operárias de fábrica*, 6 (2,7 0/0); *modistas*, 3; *vendedeiras*, 2; *escriturária*, 1; *lavadeira*, 1. Quantas, boas cosinheiras, boas donas de casa, boas costureiras e boas operárias, à mais leve contrariedade na sua vida sexual, material ou sentimental, não preferiram à sua profissão a existência despreocupada e degradante dos bordeis! A causa determinante encontrou o bom terreno. Tôda a prostituta profissional é uma anormal da inteligência, da affectividade ou do carácter. Encontram-se com freqüência estigmas de degenerescência. São atrasadas mentais. O senso moral está obliterado. Não têm o sentimento nem o instinto da maternidade. São quasi sempre estéreis e sexualmente precoces, depravadas ou insensíveis.

A miséria só acidentalmente se pode considerar causa de prostituição, e isto para a miséria individual, pois a colectiva actua ao contrário. A prosperidade económica aumenta a prostituição, tanto clandestina como official e, conseqüentemente, as doenças venéreas. — Os acontecimentos levaram-me a verificar êste facto paradoxal, que deve observar-se igualmente nas outras regiões agora bafejadas como o Minho pela abundância de dinheiro oriundo da procura do minério. Nunca em Viana do Castelo se registaram tantas meretrizes. Nunca, dos meios rurais sobretudo, desceram ao meu consultório tantos portadores de gálico.

É um erro, portanto, considerar a miséria um factor de prostituição, a não ser acidentalmente, e pô-la, como temos visto,

à cabeça dos outros. Se o fôsse, era entre as filhas naturais que deveria recrutar-se o maior número de prostitutas, o que não acontece. Entre 202 filhas legítimas (91,8%) apenas havia 18 ilegítimas (8,1%). As privações fortalecem a vontade; o luxo, a preguiça, a ociosidade amolecem as faculdades de resistência e a noção das realidades e das necessidades da vida. Êste aspecto da questão toma vulto no Minho, onde os filhos naturais são freqüentes, principalmente nas aldeias. O instinto de conservação aguça as faculdades naturais da mulher e obriga-a a procurar em si os meios de defesa e apôio que a família não pode dispensar-lhe. Desde criança, a filha natural obriga-se ao trabalho e às privações: não conhece o confôrto, o luxo, o mimo. Também não assiste a cenas desmoralizantes: mães que enganam os maridos, pais que abandonam e maltratam as mães, que se embebedam, que sustentam publicamente amantes, etc., o que vai demolindo o character e a estrutura moral dos filhos. O meio familiar tanto pode salvar como perder. Em inúmeros casos, os pais, pela sua ignorância, desleixo ou má conduta, são responsáveis. Também, por outro lado, se muitas raparigas seduzidas não se prostituem, devem-no à vigilância e ao amparo da família. Mas as filhas naturais têm desde o berço a escola do trabalho, que é a grande escola da vida. São geralmente as que começam mais cedo quando se perdem.

Não é a miséria que devemos culpar, mas sim a preguiça, o amor do luxo, o desejo da vida fácil. Nunca à mulher válida faltou onde empregar condignamente a sua actividade. Tôdas elas tiveram anteriormente a sua profissão, quasi sempre remunerada. Diz-se que as serviçais, pelo seu género de vida, são as que estão mais sujeitas à sedução. Estão-no tanto como as domésticas e as operárias. Mas sedução não quer dizer prostituição. E as serviçais são as que têm menos necessidades, pois que a sua profissão já é de molde a pô-las ao abrigo delas.

* * *

Um outro êrro nos é dado emendar agora — êrro que temos visto cometer e nós mesmo já formulámos algures nêstes têrmos: «raramente a prostituta exerce o seu mister na terra natal». Ê precisamente o contrário. A prostituta volita ao redor da terra onde nasceu. Ê no seu distrito que geralmente se matricula pela

primeira vez, para depois levar uma vida ao sabor da aventura e do capricho por outras terras mais distantes. Será por sentimentalismo, por instinto de conservação, por embotamento do sentimento do pudor e do senso moral, ou por não ter a noção do seu aviltamento? É natural que todos êste factores intervenham. O que é certo é que na nossa estatística, como vamos ver, são os distritos de Viana e circunvisinhos (Braga e Pôrto) que fornecem a quasi totalidade dos casos: Viana do Castelo 62 (28,2 0/0); Pôrto, 56 (25,5 0/0) Braga 54 (24,5 0/0); Vila Real, 11 (5 0/0); Aveiro, 6 (2,7 0/0); Coimbra, 4 (1,8 0/0); Viseu, 4 (1,8 0/0); Lisboa, 4; Bragança, 3; Évora, Castelo Branco, Angola e Guiné, 1; Faro e Madeira, 2; Espanha e Brasil, 4.

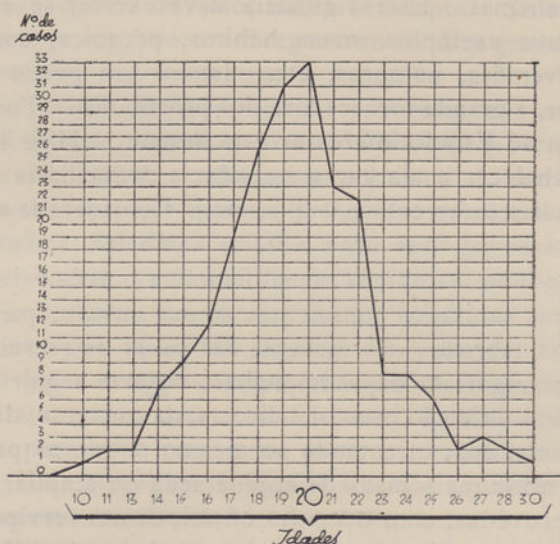
O distrito de Viana encontra-se assim repartido: Viana-cidade, 10; concelho, 12; Ponte de Lima, 13; Arcos de Valdevez, 10; Caminha, 5; Paredes de Coura, 4; Barca, 3; Monção, 3; Melgaço, 2.

Das 24 que na altura em que fiz êste inquérito se encontravam matriculadas, só 6 é que não se registaram pela primeira vez no seu distrito, havendo ainda de se levar nestas em conta com aquelas que residiam fora dêle há muito tempo. A prostituta não tem a preocupação de esconder de conhecidos e parentes a sua desgraça. A maior parte talvez até julgue esta situação um acontecimento natural na sua vida. Outras são fatalistas e desta forma se refazem do abalo que porventura sofreram: Tinha que acontecer e o que tem que acontecer tem muita fôrça. A instrução elementar não influe nesta maneira de ser. É certo que o recrutamento faz-se sobretudo entre as analfabetas, mas há um grande contingente que sabe ler e e escrever. Esta particularidade, que registamos, de o analfabetismo predominar entre as meretrizes (142 analfabetas—64,4 0/0—para 78 instruídas—35,5 0/0—5 das quais com o 2.º grau e 2 com o 2.º ano dos Liceus), não é muito de considerar no nosso país, onde só há poucos anos se adquiriu o hábito de mandar as raparigas à escola.

* * *

O estudo das idades em que a mulher começa a prostituir-se pode levar-nos a conclusões dignas de menção. Eis os elementos que nos foram facultados: Aos 10 anos, 1; 11 anos, 2; 13 anos, 2; 14 anos, 7; 15 anos, 9; 16 anos, 12; 17 anos, 19; 18 anos, 26;

19 anos, 31; 20 anos, 33; 21 anos, 23; 22 anos, 22; 23 anos, 8; 24 anos, 8; 25 anos, 6; 26 anos, 2; 27 anos, 3; 29 anos, 2; 30 anos, 1; 37 anos, 1; 38 anos, 1; 40 anos, 1. Podemos levantar o seguinte gráfico:



O «gráfico da idade de começo» é característico e sugestivo e seria interessante levantá-lo noutras estatísticas para confirmação. Sobee progressivamente até aos 20 anos, numa linha irregular, para descer em seguida também gradualmente. Os 19, 20 e 21 anos constituem as idades críticas. A mulher saiu da puberdade e está na pujança do seu desenvolvimento sexual. Ainda não atingiu a maioridade legal, mas já tem a consciência do bem e do mal. Está na posse plena do seu eu, mas ainda não é completamente senhora de si. Temos de concordar que a mulher cai na prostituição principalmente durante a menoridade, quando ainda está sujeita a pais e tutores, visto que 91,8% dos casos da nossa estatística são filhas legítimas. O abandono da família e as desilusões da vida, nesta época, são perigosas. Conjugando este factor com a raridade do meretricio entre as filhas naturais, é lícito concluir que a família pode ter influência preponderante tanto num sentido como no outro. Vimos que o abandono da família ficou nitidamente marcado como causa determinante

em 25 % dos casos, sem excluir-se a hipótese de poder ter intervido noutros (voluntariado, abandôno do amante ou do sedutor, etc.). E assim, somos levados a formular um dos meios eficazes de combate à prostituição: a vigilância das menores no lar e nas oficinas. Esta vigilância deve exercer-se em todo o sentido: maus exemplos, maus hábitos, preguiça, companhias, leituras, diversões, namoros, etc. Isto é um pouco difficil na classe pobre, a grande fornecedora dos prostibulos. Tornar-se-há fácil quando ao Estado interessar êste assunto. Hoje há tendência em estabelecer e alargar a assistência domiciliária em certas doenças sociais (tuberculose, sífilis, etc.). Considerada a prostituição um mal social, que urge evitar e combater, seria muito útil a criação de uma instituição official feminina com êste fim, provida de visitadoras sanitárias conscientes da sua missão, que junto das famílias, das fábricas, dos ateliers, das casas de recreio e diversão, se encarregariam de acompanhar, vigiar e seguir as raparigas, por meio da acção pessoal e directa, da conversa, da palestra, da conferência, etc., orientando ao mesmo tempo os pais. Para já bastava abrir mais casas de regeneração ou ampliar as que já existem e provê-las, com o auxilio official, de um serviço de actuação externa nos moldes do que acabamos de expôr. Existem em Portugal 7 casas de regeneração, 5 das quais pertença das irmãs do Bom Pastor. A idéia destas casas deve-se a Santa Isabel, que estabeleceu em Torres Novas a primeira casa de regeneração do País e talvez do estrangeiro. As outras duas, a de Braga e a de Coimbra (Refúgio de Santa Isabel) foram descritas no meu livro «Santa Isabel na doença e na morte». Não existe no Alto-Minho nenhum estabelecimento desta natureza.

Em princípio, já o dissemos, somos de opinião que a prostituta profissional é uma anormal, com perturbações da intelligência, do carácter ou da affectividade, que podem ser transitórias e accidentais (puberdade, choques morais e affectivos, etc.). Algumas sofrem o pêso de uma ascendência e de um exemplo nitidamente patológico: alcoólico, sífilítico, tuberculoso, epilético, histérico, criminoso, imoral. Em regra são passíveis de regeneração ou correcção, conforme o grau e a natureza do seu desequilíbrio. Só um exame atento e competente pode classificá-las. L. FAIVRE, por mim citado no livro sôbre Santa Isabel, observando 510 prostitutas, encontrou apenas 25 % de normais. As

restantes acusavam inteligência mediocre (52 0/0), debilidade mental (12 0/0), perturbações do character (70 0/0), ou perversidade (18 0/0).

As normais sentem-se deslocadas nesta vida, a que o seu temperamento, apesar de tudo, nunca se adapta. Se as circunstâncias as favorecem, procuram regenerar-se. Um grande número consegue evadir-se espontâneamente.

Considerando o destino seguido por estas 220 meretrizes, encontrámos 28 que regressaram à vida honesta (18 regressadas à actividade doméstica, e 10 entregues à família), entre 161 que se ausentaram para parte incerta, 4 expulsas da cidade, 2 caídas na mendicidade, 1 falecida e 24 que continuam registadas. É diminuta a percentagem das que espontâneamente se regeneraram (12,7 0/0), mas trata-se de uma percentagem mínima, pois é provável, que das 161 ausentes algumas se tivessem regenerado também. O que consegui averiguar foi que as probabilidades de regeneração aumentam com a idade, isto é, quanto mais tarde a mulher vem para esta vida tanto mais probabilidades tem de emendar-se. Das entregues à família tivemos conhecimento que só uma retomou a vida fácil.

Na prostituta portuguesa predomina o tipo castanho, que encontrámos na percentagem de 161, para 41 do tipo moreno, 13 do tipo loiro e 1 de côr. Será porque a loira é mais equilibrada, mais resistente à sedução e à preguiça, menos prostituível? Tem-se procurado relacionar o tipo com a sexualidade, apesar de sôbre o assunto nada haver seriamente estabelecido. A rapariga de nossos dias se não é loira gosta de aparentá-lo, oxigenando-se. Será para parecer mais equilibrada, por querer, instintivamente, aparentar aquilo que vai deixando fugir: recato, moralidade, pureza? É mais seguro atribuir antes a particularidade apontada ao facto dos tipos castanho e moreno predominarem na raça latina.

Director: Prof. Luís Raposo

NOTAS CLÍNICAS

O tratamento da fractura da clavícula pela extensão contínua

POR

FRANCISCO PIMENTEL

Anatomia Patológica e mecanismo das fracturas da clavícula

A clavícula é um osso comprido, relativamente frágil que une a espádua ao esterno, formando assim uma ponte entre o esqueleto do torax e o do membro superior.

Não é um osso rectilíneo, tem a forma de um S e as curvaturas facilitam até certo ponto a sua fractura, pois que os traumatismos tendem a exagerá-las ou a diminuí-las.

É um osso superficial, sujeito facilmente a traumatismos, quer directos, quer indirectos, pois que não tem massas gordurosas ou musculares que o defendam das violências exteriores e, por outro lado, a própria defesa instintiva do individuo, que quasi inconscientemente tende a evitar o choque do ombro defendendo-se com a palma da mão, determina condições óptimas e necessárias para a fractura.

As fracturas da clavícula, podem ser completas ou incompletas.

Entre as últimas, é costume citar além das fissuras ou dos arrancamentos ósteo-periósticos, as fracturas sub periósticas, ou em madeira verde, que se encontram sobretudo nas crianças.

No entanto, a ossificação precoce dêste osso determina aqui maior frequência de fracturas completas nas crianças, do que noutros pontos do esqueleto.

Nas fracturas completas, podem encontrar-se tôdas as variedades descritas no estudo das fracturas em geral, mas em regra a fractura obliqua, simples, e as fracturas esquirolosas, são as variedades mais frequentes.

Devemos considerar nas fracturas da clavícula os mesmos elementos de sempre: o foco da fractura, o número dos topos ósseos e os seus desvios.

O foco da fractura pode encontrar-se, no têtço interno, no têtço médio ou no têtço externo do osso. As fracturas do têtço interno são raras, mais frequentes as do têtço médio e a seguir as do têtço externo.

Os topos da fractura sofrem desvios, orientados pela potência e predominância dos músculos ou grupos musculares inseridos na clavícula.

Nas fracturas completas do terço médio, como dissemos as mais frequentes, o traço da fractura tem na maioria das vezes a sua sede ao nível da junção das duas curvaturas do osso. E quasi sempre obliquo e mais frequentemente dirigida para baixo, para dentro e para trás. Outras orientações que elle possa tomar são muito menos frequentes.

Os topos da fractura da clavícula, estão dependentes de forças musculares e por isso, sujeitos a desvios que nas fracturas completas são inevitáveis ocasionando a principal e quasi única dificuldade no seu tratamento.

Se a sua redução clinica é relativamente fácil, ou pelo menos na maioria dos casos possível, a sua contenção, por processos exclusivamente médicos, é quasi impossível.

O fragmento externo, soffrendo a acção do deltóide e do subclávio é puxado para baixo e para dentro, enquanto que o seu bordo posterior sofre uma rotação para cima.

O interno, em relação com o músculo esterno cleido mastoideu é desviado para cima e para diante, resultando grande cavalgamento dos topos ósseos e encurtamento do osso.

Nas fracturas do $\frac{1}{3}$ externo, pode não existir qualquer desvio, se o traço da fractura tem a sua sede na zona de inserção do ligamento trapesóide. Se elle se encontra situado mais para fora, então o fragmento externo (acromial) é puxado para baixo e para dentro e vem tomar contacto em ângulo recto com o bordo interno da clavícula.

Nas fracturas do terço interno, e estas rarissimas, é o fragmento externo que se desloca para diante.

Temos também de contar com as interposições musculares, coágulos, esquirolas ósseas, que muitas vezes, são causas, senão de irreductibilidade absoluta, pelo menos de maior dificuldade ou impossibilidade absoluta da redução da fractura por meios puramente médicos.

O mecanismo determinante das fracturas da clavícula, pode ser diferente.

Sob este ponto de vista, devemos considerar, as fracturas directas e indirectas.

As fracturas directas que, como o seu nome indica, resultam da acção directa do traumatismo sobre o osso, não são as mais frequentes.

As indirectas observam-se mais vezes, sendo variável o seu mecanismo, que dentro de uma classificação muito geral se pode reduzir as três variedades: choques, abdução forçada da espádua e contrações musculares.

Este último mecanismo, que, como se comprehende, pode apenas dar arrancamentos ósteo-perísticos pouco importantes, é muito raro.

As quedas, sobre a mão ou mesmo directamente sobre o ombro, como se encontra muitas vezes nos ciclistas e cavaleiros, são mais frequentes.

Nestes casos a clavícula encontra-se forçada entre o pêso do corpo e o solo. As suas curvaturas cedem o mais possível, mas se as forças que as sollicitam são suficientes, acaba por fracturar-se num ou em vários pontos.

As fracturas da clavícula, são relativamente benignas.

O osso é superficial, fácil de atingir e as consolidações fazem-se em cerca de vinte dias.

No entanto, os livros de patologia, apresentam-nos vários acidentes na evolução destas fracturas, acidentes susceptíveis de modificar o prognóstico.

Os mais importantes são:

A persistência de um encurtamento do osso, que quando ultrapassa um centimetro pode determinar perturbações funcionais sérias, dificultando os movimentos de abdução e retro-pulsão do braço, e a exuberância do calo.

Este não constitui apenas um inconveniente estético: um calo exuberante pode trazer compressões sobre o plexo braquial (paralisias e perturbações de sensibilidade do membro superior), pode comprimir os filetes do plexo cervical superficial (nevralgias persistentes no seu território de distribuição).

Para obviar a estes inconvenientes é necessário absolutamente, corrigir os desvios dos topos fracturados.

Como se disse atrás, a redução da fractura é relativamente fácil ou pelo menos possível, mas a sua contenção é muito difícil, a não ser que se trate de uma fractura sub perióstica, ou incompleta, ou ainda de uma fractura com desvio mínimo.

Até ao aparecimento da tracção por agulha ao próprio osso fracturado, esta contenção só era possível por meios cirúrgicos.

Encontravamo-nos diante de uma afecção que sendo relativamente benigna, visto que a sua gravidade em nada é comparável com a fractura dos ossos dos membros, necessitava, na quasi totalidade dos casos, de um tratamento mais complicado do que o daquelas.

Uma intervenção cirúrgica, embora de pouca monta, como é a osteo-síntese da clavícula, não deixa de ser uma operação.

Causa má impressão ao doente, necessaria na maioria das vezes de uma anestesia geral, o que é outro inconveniente, pois que podemos encontrar-nos em presença de doentes que a não possam suportar sem perigo para a sua saúde ou que tenham por ela grande relutância.

Vamos por outro lado abrir um foco de fractura, e se bem que actualmente não nos deva isso dar qualquer receio, desde que empreguemos todos os cuidados de assepsia, no entanto seria preferível não lhe tocar se pudessemos conseguir a redução e contenção da fractura de outro modo.

Não é de desprezar, também, a cicatriz que fica existindo na região clavicular e se se trata de uma senhora, pode ter inconvenientes senão graves, pelo menos inestéticos, impedindo-a de usar vestidos decotados.

São inúmeros os processos que têm pretendido dar uma solução satisfatória à cura da fractura da clavícula, mas os resultados eram até ao aparecimento da extensão continua quasi nulos.

Tratamento actual das fracturas da clavícula

Além da ósteo-síntese da clavícula e do método de extensão continua ao próprio osso, processos que de uma maneira geral dão resultados sempre constantes, empreguei algumas vezes e sobretudo vi ensaiar num Serviço de Ortopedia onde tive certa permanência, o método de imobilização por anel de borracha, colocado em redor do ombro do lado fracturado.

Ele não é mais do que uma simplificação e um derivado do clássico método da imobilização pela câmara de ar dobrada em 8, que tinha por fim fazer a aproximação dos dois ombros por tracção no dorso, determinando o afastamento das articulações acrómio-clavicular e esterno clavicular, o que diminui o encurtamento do osso fracturado.

Usa-se como anel, um daqueles «rings» que é costume utilizar nas praias, para jôgo. Escolhe-se na medida do possível um tamanho que se adapte ao ombro do doente, sem fazer grande pressão, mas que também não fique demasiadamente largo.

As tracções fazem-se com uma ligadura que se enrola na hemicircunferência do anel que corresponde ao dorso, e depois em volta do tórax, de modo a fazer grande tracção, puxando o ombro para trás.

No entanto as tracções, que no caso de desvio acentuado têm necessariamente que ser enérgicas, são mal suportadas pelos doentes.

Algumas ligaduras cedem pouco a pouco, e daí a necessidade de se fazer a sua aplicação, sujeitando o foco da fractura a movimentos que não são convenientes

Ainda, o principal defeito desta imobilização, são as ulcerações que fatalmente se produzem ao nível do anel de borracha em contacto com os tegumentos.

* * *

O melhor processo de tratamento da fractura da clavícula é, sem dúvida a extensão por agulha, extensão ideal por todos os motivos e de execução facilíma, mais fácil mesmo do que a ósteo-síntese.

Este processo resume-se, em linhas gerais, a passar uma agulha metálica pelo fragmento externo do osso fracturado, e por meio de uma extensão contínua elástica devidamente orientada, fazer a redução perfeita da fractura e ao mesmo tempo determinar a sua contentação.

Método de extensão contínua da clavícula por agulha

Material necessário:

Perfurador de ossos.

Agulha metálica.

Estribo para tracção sôbre a agulha.

Aparelho de arame para apoiar a extensão contínua.

Géssso e tarlatana.

O perfurador de ossos mais indicado é o perfurador eléctrico, que permite fazer a operação sem qualquer espécie de anestesia, pois que a travessia do osso se faz tão rapidamente que desperta, apenas, uma pequena dor.

A perfuração da pele pela agulha acerada não é mais de que uma picada de injeção.

No entanto outro perfurador faz o mesmo serviço, simplesmente necessitaremos, em virtude da maior morosidade da intervenção, de anestesia, que pode fazer-se com pequena quantidade de novocaína, ou nas crianças e pessoas demasiadamente pusilânimes, com uma curta anestesia geral.

O ponto de perfuração do osso, sempre no topo externo da fractura, varia até certo ponto em cada caso, e só em presença do doente, se pode rigorosamente determinar.

No entanto esta perfuração, pode ser, inclusivamente, no acrómio, se o estado do topo externo da clavícula o não permite.

A agulha metálica em aço cromado, bem aguçada numa das pontas, deve ter o comprimento necessário para poder ser presa nas duas extremidades pelo estribo, deixando para cada lado dos encaixes, cêrca de um centímetro, para que, no caso de qualquer pequena deslocação, não venha a saltar fora.

O seu calibre é o de uma agulha de injeção intramuscular de líquido oleoso, e deve ter a resistência suficiente para suportar a tracção necessária à correcção da fractura.

Maneira de operar — Montada a agulha no perfurador do osso e desinfectada convenientemente a pele, determina-se pela palpação o local onde pretende fazer-se a perfuração.

Com o indicador e polegar esquerdos, imobiliza-se e referencia-se esse local.

Com uma pancada sêca atravessa-se a pele e leva-se a ponta da agulha ao contacto do osso.

Apoia-se ali sôlidamente, fazendo mesmo por enterrá-la um pouco, afim de dar maior apoio, e então põe-se o aparelho em movimento.

Dois segundos são suficientes para esta operação.

A agulha sai pelo outro lado, e nós orientamo-la de modo às suas duas extremidades ficarem equidistantes do eixo do fragmento ósseo (fig. 1).

A perfuração pode fazer-se da parte anterior para a posterior ou vice-versa.

Depende, apenas, de cada caso em particular, e é pelo exame local que elegemos o sentido em que devemos operar.

Esta descrição corresponde ao emprêgo do perfurador ósseo eléctrico e neste caso, como se disse atrás, é desnecessário fazer qualquer anestesia.

No entanto se o doente a reclama podemos injetar novocaína na parte anterior e na parte posterior do local a perfurar, o que de verdade não é completamente indiferente, pois que a infiltração dos tecidos assim determinada não nos permite uma boa apreensão e observação do osso.

Com outro perfurador necessitamos uma boa anestesia local, ou uma curta anestesia geral, em qualquer dos casos muito mais curta do que seria preciso para fazer a mais banal ósteo-síntese.

Colocação do estribo — Uma vez feita a perfuração do osso com a agulha, monta-se o estribo, cujas extremidades são aparafusadas na mesma agulha (fig. 2).

Colocação do arame para apoio da extensão contínua — Êste arame tem a forma de um *U* em que os dois ramos na sua parte média sofreram uma inclinação de modo a fazerem um ângulo recto com a outra metade (fig. 3).

Os ramos abertos que serão aplicados ao nível do tórax e incorporados em gêsso, têm umas patilhas de metal flexível para que a presa seja melhor. A parte fechada fica no prolongamento do ombro, fazendo ângulo recto com o eixo do corpo.

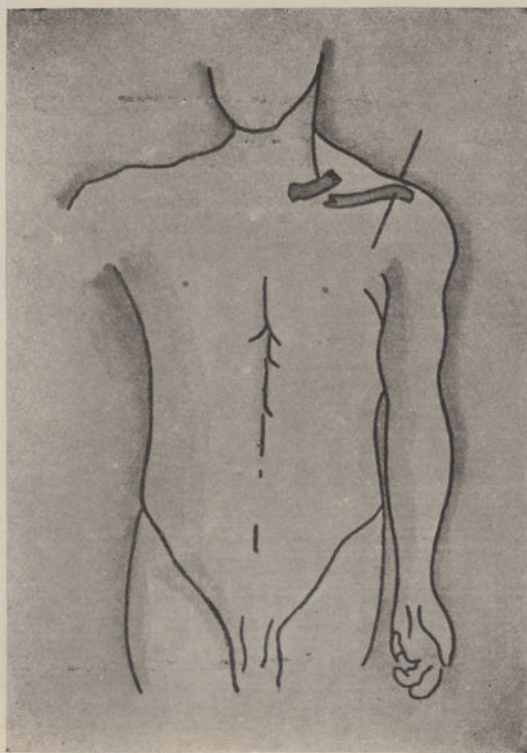


Fig. 1

Esta parte fechada, isto é, a curva do *U*, tem na parte média uma pequena reentrância, onde se apoiará o elástico da extensão.

O arame é uma peça destinada a ser incorporada numa cinta de gêsso que lhe dará o apoio e a solidez necessários.

Reveste-se o doente com uma camisola espessa, à qual se corta o ombro correspondente à clavícula fracturada, ou então almofada-se o tórax e o ombro sãos, com algodão e ligaduras, tal como se pratica para os outros aparelhos gessados.

Não há inconveniente e até há vantagem em colocar uma camada de algodão bastante espessa, pois que o aparelho gessado não tem necessidade de modelar perfeitamente as saliências ósseas.

Mesmo que fique um pouco largo, o seu próprio pêso mantém-o em posição. A alça que fazemos no ombro são, impede-o de escorregar pelo corpo abaixo.

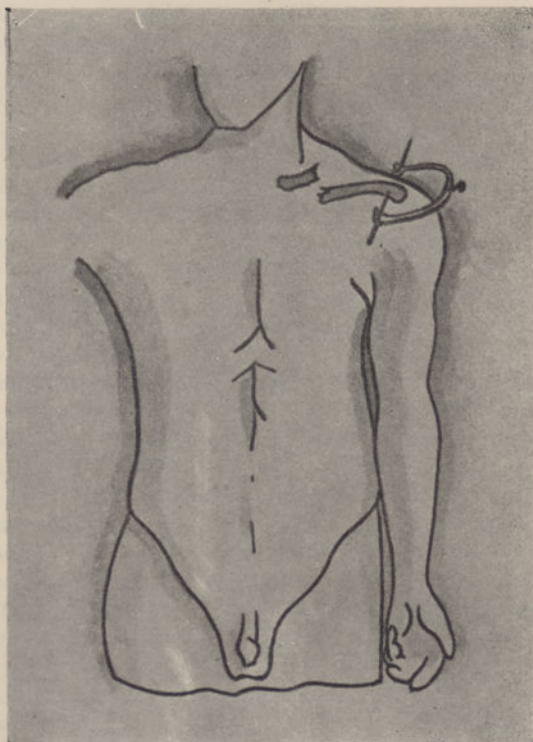


Fig. 2

Passam-se depois algumas ligaduras gessadas, como que fazendo um colete de gesso, ao qual faltasse uma das alças, a correspondente à clavícula fracturada.

Basta enrolar em volta do tórax, por enquanto, duas ou três espessuras de gase ou tarlatana.

Coloca-se depois o arame que se apoia pelas patilhas na parte anterior e posterior do tórax, logo junto da região lateral, tendo o cuidado de aplicar bem essas patilhas sôbre esta primeira camada de gesso afim de que a prensão seja boa.

Passam-se por cima dêste conjunto outras ligaduras gessadas, de modo a acabar o aparelho; aperfeiçoa-se e corta-se onde fôr necessário.

Depois de bastante sêco o gêsso, é que se coloca a extensão com elástico para o que podemos aproveitar um tubo de irrigador sempre possível de obter.

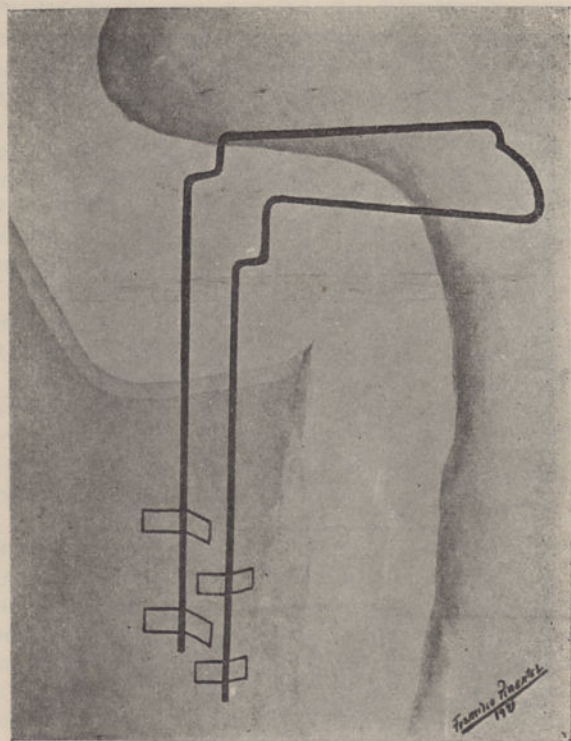


Fig. 3

O elástico liga-se por um lado ao gancho do estribo e por outro lado, à parte média da ansa do arame, que, como dissemos, tem uma pequena reentrância para tal fim (fig. 4).

A orientação da tracção depende de cada caso particular, e pode fazer-se mais ou menos oblíqua, consoante colocamos o gancho num e noutro orifício do estribo.

Convém no primeiro dia, não fazer uma extensão demasiadamente potente, isto é, não fazer a redução completa da fractura.

No dia seguinte, aumenta-se a tracção de modo a reduzir completamente a fractura.

Há por vezes desvios que se não reduzem completamente com a extensão horizontal: são os desvios anteriores ou posteriores ou de cima para baixo.

A tracção do elástico actua sobretudo no desvio por cavalgamento que é o mais importante e sempre presente em tôdas as fracturas da clavícula, embora corrija muitas vezes suficientemente os outros.

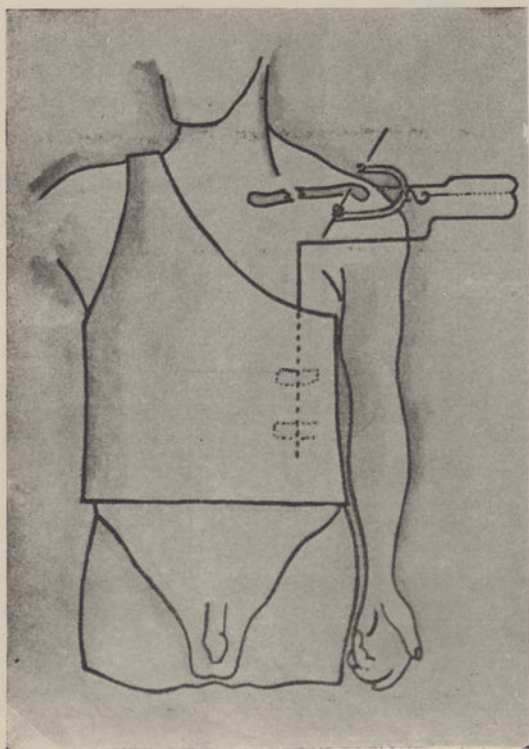


Fig. 4

No entanto é-nos sempre possível corrigir êstes desvios, usando para isso a tracção com tiras de adesivo, de cooperação com pequenas almofadas de algodão ou de gase, de modo a obter uma redução quasi absolutamente perfeita, determinando quando muito um calo levemente volumoso, por afastamento ântero-posterior ou vertical.

Resta, depois, aperfeiçoar o conjunto do aparelho, colocando uns pequenos fragmentos de rôlha, nas extremidades da agulha de tracção, afim de impedir que se tornem contundentes, e cobrir os pontos de perfuração da pele com uma pequena compressa, prêsa com tiras de adesivo.

A duração da imobilização com este método é de cerca do doze a quinze dias, findos os quais se pode tirar o aparelho e permitir ao doente que mobilize o ombro; evidentemente de início com certo cuidado.

Vantagens do método

1.º — *Facilidade de execução* — Não há dificuldades para o emprêgo d'êste método, visto que a tracção por agulha pode ser feita no tópo externo da clavícula fracturada ou então no próprio acrómio, se aquela se encontra de tal modo esquirolosa que a agulha não pode tomar aí ponto de apoio.

2.º — *Inocuidade* — A intervenção é absolutamente benigna, não dando acidentes, nem necessitando, na maioria dos casos, de qualquer anestesia.

No osso ao nível do local onde a agulha o perfura, aparece às vezes uma descalcificação intensa e mesmo um certo grau de rarefacção óssea, mas sem conseqüências, porque uma vez levantado o aparelho tudo entra na ordem.

Determinadas pela extensão contínua, que por vezes tem de ser bastante potente, aparecem nalguns casos, ao nível do ponto onde a pele é atravessada pela agulha, duas ulcerações que curam prontamente logo que é desmontado o aparelho.

Para evitar isto costuma fazer-se a perfuração da pele com a agulha, mantendo aquela repuchada em sentido contrário àquêle em que vamos fazer a tracção.

3.º — *Boa coaptação* — Com a extensão contínua ao próprio osso consegue-se uma esplêndida redução da fractura.

O desvio por acavalgamento é perfeito e completamente reduzido, pela tracção orientada no sentido do comprimento do osso e esta redução faz-se quasi de uma maneira ideal, pois que as próprias esquirolas ficam englobadas no calo (fig. 5).

O periosteó é completamente respeitado e portanto a formação daquêle é perfeita e precoce.

Temos também maneira de corrigir os outros desvios diferentes dos produzidos pelo cavalgamento, pois que podemos orientar a tracção mais para baixo, mais para cima, para diante ou para trás, mudando o orificio do estribo, ou colocando pequenas almofadas por debaixo d'êste.

Podemos actuar ao nível do próprio foco da fractura, reduzindo os desvios laterais, empregando para isso uma longa tira de adesivo, que tomando ponto de apoio extenso e seguro na região dorsal, passa por cima do ombro e sobre o foco da fractura, tomando depois ponto de apoio na parte anterior do tórax e no celete gessado.

Por debaixo desta tira, já esticada, ao máximo, colocamos depois pequenas almofadas de gase que aumentam a pressão ao nível do foco de fractura e orientam, depois de criteriosamente dispostas, as fôrças que aí se exercem.

Sucedede ficar às vezes um calo um pouco exuberante, mas na ósteo-síntese o volume da anilha também determina uma certa deformidade, acrescida do perigo da existência de um corpo estranho em contacto com o osso e possibilidade de osteíte tardia, e nova intervenção para extrair a anilha.

4.º — *Ausência de cicatriz* — Um dos grandes, talvez o maior dos inconvenientes da osteosíntese da clavícula, é a cicatriz resultante de tal intervenção.

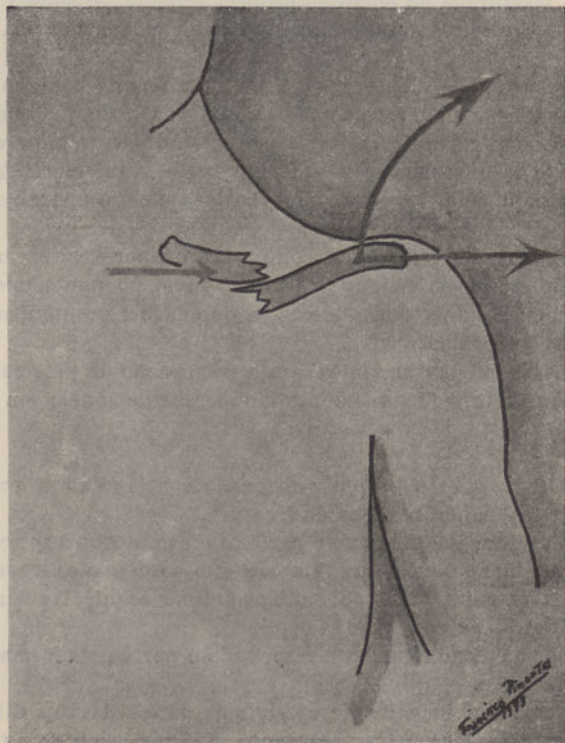


Fig. 5

Situada num lugar bem visível, ela não tem importância no homem, visto que anda ordinariamente escondida pela camisa, mas na mulher, sobretudo na mulher de sociedade, esta cicatriz, mesmo sem qualquer transformação queloidal, é imensamente inestética e impede os vestidos decotados, mormente os trajos de baile.

Compreende-se que para uma senhora nova, amiga de tais divertimentos ela constitua uma verdadeira enfermidade, ou, pelo menos, um grave aborrecimento.

Na extensão contínua ao próprio osso, não existe cicatriz; ficam-nos quando muito duas pequeninas ulcerações, que uma vez cicatrizadas passam completamente despercebidas.

5.º — *Não é preciso abrir o foco da fractura* — Do que expusemos, resulta bem patente, que não há necessidade de abrir o foco da fractura, como sucede na osteosíntese.

Apesar de toda a asepsia, isso não é indiferente, e é bem melhor e bem mais prudente, manter fechada uma fractura do que transformá-la numa fractura exposta.

6.º — *Diminuição do grau de impotência funcional* — Logo que a extensão contínua é montada, o doente deixa de ter impotência funcional absoluta, para ficar apenas com potência funcional relativa, esta mesmo bastante atenuada.

Desaparece a dor ao nível do foco da fractura, que passa a existir apenas nos movimentos de elevação exagerada do membro, de resto limitados pelo aparelho de arame, de modo que o doente pode, desde logo, começar a servir-se do membro doente, sendo-lhe possível comer, e até guiar automóvel.

7.º — *Diminuição do período de adaptação* — Desta possibilidade de executar movimentos, resulta que quando a extensão é levantada — e isso faz-se ao fim de uns quinze a vinte dias, seguindo nós, como indicação para tal, os princípios que regem o tratamento de todas as fracturas e o exame radiológico — o doente não é um impotente funcional, como sucede na osteosíntese em que a imobilização forçada em aparelho gessado, ou mesmo em ligadura, do membro superior contra o tórax, necessita uma readaptação que em alguns casos é longa.

Com este processo de tratamento, o doente apenas acusa no final uma insuficiência funcional parcial, só não podendo fazer os movimentos máximos de elevação do membro, que recupera, depois, pouco a pouco.



Lacarnol

preparado nucleosídico de ação circulatória

Para melhorar a irrigação e nutrição
do músculo cardíaco

Na angina de peito e em perturbações
anginosas após abuso nicotínico, na esclero-
se coronária e para aumentar a eficiên-
cia de corações senís.

Embalagens originais:

Caixa com 5 ampolas de 1 c. c.

Frasco conta-gotas com 20 c. c.

»Bayer«
LEVERKUSEN



Representante:

BAYER, LIMITADA

Largo do Barão de Quintelo 11,2° LISBOA

00278
rém

Prevenção
E
tratamento
DA
TOSSE CONVULSA
PELO

néo-dmètys
VACINA ATÓXICA
STOCK

NENHUMA DOR LOCAL
NENHUMA REACÇÃO
MESMO NAS CRIANÇAS
DE PEITO

Em caixas de 6 empôlas de 1 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

Specia

Marques Poulenc frères & Usines du Rhône, 21, rue Jean Goujon

PARIS (8^{ème})

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — À sessão realizada em 2 de Março, nos Hospitais da Universidade, presidiu o sr. Prof. dr. Rocha Brito, secretariado pelos srs. Prof. dr. Vaz Serra e dr. Manuel Pinto.

O sr. Prof. Correia de Oliveira apresentou «Alguns casos da Clínica Neurológica», mostrando vários doentes que sofriam de afecções do sistema nervoso de difíceis diagnósticos por se confundirem facilmente com outras e pôs bem em evidência o péssimo resultado de certas medicações mercuriais anti-sifilíticas em indivíduos com um síndrome intra-craniano devido a tumores.

Dentre os casos apresentados destacam-se: doenças de Friedreich, espasmo facial psicogeno de cura rápida, ictus apoplético de etiologia sifilítica, paralisia geral feminina e tabes.

Seguiu-se o sr. Prof. dr. Mosinger que touxe a esta reunião médica os trabalhos iniciais de investigação sobre a «Anatomopatologia da lepra», investigações que tiveram a colaboração do sr. dr. João Novo.

Nesse trabalho o sr. Prof. dr. Mosinger provou com valiosos documentos, a «verdadeira» anatomopatologia da lepra e, por consequência, uma maior certeza de diagnóstico nos casos que até agora eram considerados duvidosos ou mesmo indistinguíveis.

O sr. dr. João Novo, colaborador do sr. Prof. dr. Mosinger, mostrou os resultados a que chegou na pesquisa de bacilos de Hansen e de Koch nas peças existentes no Instituto de Anatomia Patológica e que tinham o diagnóstico de «doença de Besnier-Boeck-Schaumann» e de «sarcoides cutâneos».

No dia 11 houve uma nova sessão a que presidiu o sr. Prof. Almeida Ribeiro, secretariado pelos srs. Profs. Drs. Lúcio de Almeida e Vaz Serra.

O sr. Prof. dr. Rocha Brito fez uma comunicação acerca de «Um caso de amiloidose generalizada».

Trata-se de um rapaz com uma tuberculose óssea fistulizada, que permaneceu num sanatório marítimo durante sete anos. Apesar da fistulização indicar uma cura problemática o doente melhorou muito e ia, talvez, tornar-se são quando lhe aparecem edemas acompanhados de albuminúria intensa. Transferido para os serviços do sr. Prof. dr. Rocha Brito, foi estudado profundamente e, posta a hipótese de amiloidose, pensou-se em fazer-lhe a prova do vermelho do Congo.

Como foi difícil encontrar-se esta substância, o sr. Prof. dr. Rocha Brito usou o vermelho neutro, facto que parece ser único na literatura médica, pois

não há notícia deste corante ter sido usado como «test» da amiloidose. O resultado foi positivo.

Mais tarde, obtido o Vermelho do Congo, verificou-se que esta substância era fixada em 100 %.

Uma outra observação digna de registo, no estudo laboratorial deste doente: a taxa da globulinémia era menos de metade da normal.

Na necropsia verificou-se que a amiloidose era generalizada e sobre a anatomia-patológica do caso o sr. Prof. Mosinger fez várias considerações.

Verificou mais uma vez, que a substância amiloide se encontrava depositada em volta dos seios sanguíneos esplénicos o que não está ainda descrito na literatura médica por êle consultada.

Depois destas considerações o sr. Prof. dr. Rocha Brito voltou a usar da palavra e traçou o panorama da patogenia da afecção.

A comunicação foi acompanhada de projecção de fotografias, de preparações microscópicas e de esquemas

Seguiu-se o sr. Prof. dr. Mosinger que apresentou os resultados dos seus trabalhos sobre o «Sarcoma experimental na cobaia».

Este animal é altamente refratário às injeções de substâncias cancerígenas, mas o sr. Prof. dr. Mosinger conseguiu resultados valiosos com o seguinte método: as injeções daquelas substâncias foram precedidas da blocagem do sistema reticulo-endotelial pela piroxina e nanquin. Desta forma uma das cobaias apresentou um sarcoma no fim de um ano.

À sessão do dia 23 presidiu o sr. Prof. dr. Rocha Brito, secretariado pelos srs. Professores drs. Mario Trineão e Michel Mosinger.

O sr. Prof. dr. Duarte Santos dissertou sobre «Um aspecto do segredo médico» mostrando a ignorância e pouco senso de certas companhias de seguros, quando exigem aos beneficiários de um seguro de vida um atestado «pormenorizado» não só da doença, como também dos antecedentes do segurado falecido e feito pelo médico assistente. Isto equivale, quasi sempre, a uma quebra do segredo profissional, quebra essa que a lei pune com cadeia e multa porque aqui não há «causa justa».

Por outro lado, se o médico não passa o atestado a companhia de seguros não paga aos beneficiários e assim será a causa indirecta de um prejuizo material.

Desta forma, disse o sr. Prof. dr. Duarte Santos, é necessário que a Ordem dos Médicos proceda de modo a evitar a adopção ou o uso de apólices contendo cláusulas em manifesto desacôrdo com o estabelecido nas leis deontológicas e nas leis civis.

O sr. Prof. dr. Mário Trineão, presidente do conselho Regional da Ordem dos Médicos, apoiou inteiramente o conferente e afirmou que a Ordem dos Médicos não descuidará o assunto porquanto tem dedicado especial atenção ao problema do segredo profissional.

O sr. dr. Manuel Pinto fez uma comunicação sobre a «Oto-rino-laringologia no campo da medicina».

Depois de considerações gerais sobre a O. R. L. perante a medicina Geral, a neurologia, a oftalmologia, a estomatologia, a radiologia, e a terapêutica médica, cirúrgica, eléctrica e a crenoterapia, apresentou vários casos da sua clinica par-

tiular, discutindo-os nos seus elementos fundamentais. Um caso de «colesteatoma» com perturbações do equilíbrio, operado em condições particularmente difíceis e curado, com apresentação do exemplar. Outro caso de «papiloma gigante laringeo» em que foi estabelecido o difícil diagnóstico diferencial com tuberculose, tumor maligno, sífilis, etc., com análises várias dos Professores H. de Oliveira e Mosinger. Dois casos de presumido «rinoscleroma»; um sendo-o de certeza e observado pelo conferente em Lisboa em 1924, ainda hoje vivo, outro observado em Coimbra, mas sobre o qual as opiniões não são unânimes, pois apresenta um exame anatomopatológico de neoplasia maligna. Casos de sífilis diagnosticados somente pelo exame laringológico e confirmados pelos exames serológicos. Casos de anginas diftéricas associados, não cedendo ao soro; caso de angina necrótica cedendo a terapêutica. Três casos de nevrite retrobulbar que teriam produzido cegueira, fatalmente, se não tivessem sido operados por via endonasal, curados.

Sobre esta comunicação usaram da palavra os srs. drs. Moura Rolvas, Correia de Oliveira e Mosinger.

Faculdade de Medicina do Porto — Nas sessões desta Faculdade foram apresentadas as seguintes comunicações:

«Anoniquia e anicatrofia familiar congénita», pelo sr. dr. José Garrett; «Estatística operatória da Clínica Cirúrgica no ano lectivo de 41-42», pelo sr. dr. Domingos de Araújo; «A propósito da úlcera duodenal num queimado», pelos srs. dr. A. Salvador Júnior e Oliveira Barros; «Algumas considerações sobre sarcomas das partes moles», pelo sr. Prof. dr. Álvaro Rodrigues; «Sobre tratamento cirúrgico da angina de peito», pelo sr. Prof. dr. Sousa Pereira; «A transusão dos glóbulos rubros conservados», pelos srs. Prof. Ernesto Morais e drs. D. Manuela Portugal, Reis Figueira e João de Melo; «Um poético calendário seiscentista de Higiene», pelo sr. Prof. dr. Luís de Pina; «Tumores da carótida» (considerações fisiopatológicas e seu tratamento cirúrgico), pelo sr. Prof. dr. Álvaro Rodrigues; «A cirurgia da dor nos cancros do seio», pelo sr. Prof. dr. Sousa Pereira; «Notas de filosofia anatómica», pelo sr. Prof. dr. J. A. Pires de Lima.

Várias notas

Foi contratado para a prestação de serviço como professor da cadeira de Patologia Exótica e Clínica do Instituto de Medicina Tropical, o sr. dr. Abel Anibal Navarro Soeiro.

— Pelo sub-secretário de Estado da Educação Nacional, sr. dr. Manuel Lopes de Almeida, foi inaugurado em Lisboa o Centro de Medicina Desportiva a cargo dos srs. drs. Mesquita de Guimarães, Tibério Antunes, Arsénio Cordeiro, Simão Ferreira e Telmo Correia.

— Pela sua promoção a coronel, foi no Hospital Militar de Coimbra prestada uma homenagem, ao sr. dr. Mannel Pinto, na qual usaram da palavra para enaltecer os serviços por ele ali prestados, os srs. drs. Vergílio de Aguiar, director do referido hospital, Prof. dr. Mario Trincão, presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos; dr. Moura Rolvas e capitão Veloso, director da Cadeia Penitenciária.

— O curso do 5.º ano médico, acompanhado dos srs. Professores drs. Rocha Brito e Lúcio de Almeida, visitou o sanatório marítimo de Francelos, onde o seu director, sr. dr. Joaquim Ferreira Alves, fez uma lição sobre casos clínicos de tuberculose óssea cirúrgica, descrevendo métodos de tratamento.

Um grupo de amigos e admiradores do sr. Prof. dr. José Bacalhau homenageou-o com um banquete, o qual se realizou no salão da FNAT, desta cidade.

— Tomou posse de director da delegação no Porto, do Instituto Maternal, o sr. dr. João Espreguioira.

— Na casa do Distrito de Leiria, em Lisboa, o sr. dr. Fernando Correia realizou uma conferência subordinada ao tema « A lição da Rainha D. Leonor em matéria de assistência ».

— Na sessão realizada no Ateneu Comercial de Lisboa para a distribuição de diplomas aos concorrentes classificados na I Exposição Bibliográfica de Turismo e Propaganda de Portugal, o sr. Prof. dr. Rocha Brito projectou parte da sua preciosa colecção de positivos sobre paisagens e monumentos do País e proferiu algumas palavras acompanhando essas projecções.

— O «Diário do Governo» publicou os despachos de nomeação dos seguintes funcionários hospitalares a quem ficam pertencendo os serviços de transfusão de sangue :

Dr. Almeirindo Lessa, médico chefe do serviço, com a remuneração mensal de 1.000\$00 e mais a gratificação de chefia de 200\$00; drs. Abel Festas Cancela de Abreu e Herculano Tavares Coutinho, médicos do serviço, com a remuneração mensal de 1.000\$00; drs. Filipe Henriques Vaz e Frederico António Ribeiro da Costa Zaatti Rodrigues, auxiliares, com a remuneração mensal de 500\$00; dr. Armando Augusto dos Reis, analista, chefe de serviço dos serviços de análises clínicas com a gratificação de 550\$00 mensais; Maria Eponina dos Santos Reis, primeira encarregada do expediente, com a remuneração mensal de 650\$00; Maria Adelaide Mamede de Almeida Tojeiro e Isabel Gomes de Sousa, segundas encarregadas, com a remuneração mensal de 600\$00; Maria dos Anjos Faria, auxiliar de preparadora dos serviços de análises, com a remuneração de 400\$00 mensais; Mário Augusto da Fonseca e Argentina de Assunção, respectivamente, servente e criada dos Hospitais Civis de Lisboa, com as remunerações, também, respectivamente, de 450\$00 e 200\$00 mensais.

— A Colónia Portuguesa do Brasil prestou homenagem ao sr. Prof. dr. Bissaia Barreto, inaugurando o seu busto, em mármore, nos jardins do Hospital Sanatório da Quinta dos Vales.

O VII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra

Dia 3 de Junho — Às 10 horas — Abertura do Curso pelo Ex.^{mo} Reitor da Universidade.

Conferência pelo Prof. Rocha Brito: «Tesarismoses».

Às 17 horas — Prof. Lúcio de Almeida: «Apresentação de alguns casos clínicos» (na enfermaria de P.)

Às 21,30 horas — Prof. João Porto: «Sindromas hemorragiparos».

Dia 5 — Às 10,30 horas — Prof. Mário Trincão: «Demonstração clínica em exemplares da enfermaria de D. S.».

Às 17 horas — Prof. Luiz Raposo: «Apresentação de casos clínicos» (na enfermaria de G.).

Às 21,30 horas — Prof. Vaz Serra: «Tuberculose e gravidez».

Dia 6 — Às 10,30 horas — Prof. Nunes da Costa: «Apresentação de alguns doentes» (na enfermaria da 2.^a C. H.).

Às 17 horas — Prof. Meliço Silvestre: «Novas perspectivas no domínio da vacinação».

Às 21,30 horas — Prof. M. Mosinger: «Sobre o problema do cancro».

Dia 7 — Às 10,30 horas — Sessão operatória pelo Prof. Nunes da Costa.

Às 17 horas — Prof. Vaz Serra: «Demonstração em exemplares clínicos da enfermaria de Patologia médica».

Às 21,30 horas — Prof. Lúcio de Almeida: «Encefalopatias infantis».

Dia 9 — Às 10,30 horas — Prof. Correia de Oliveira: «Apresentação de alguns casos de clínica neurológica» (na enfermaria de N. H.).

Às 17 horas — Dr. Duarte Santos: «Moral, Medicina e Questões Sexuais».

Às 21,30 horas — Conferência pelo Prof. Feliciano Gaimarães: «Francisco Tavares, hidrologista».

Dia 12 — Às 10,30 horas — Prof. Rocha Brito: «Apresentação de alguns casos de clínica médica» (na enfermaria da 4.^a M. M.).

Às 17 horas — Prof. João Porto: «Demonstrações clínicas» (na enfermaria da 3.^a M. M.).

Às 21,30 horas — Prof. Novaes e Sousa: «Considerações clínicas sobre a morte súbita durante o parto e o paupério».

Dia 13 — Às 10,30 horas — Sessão operatória pelo Prof. Luiz Raposo.

Às 17 horas — Prof. Egydio Aires: «Apresentação de casos clínicos» (na enfermaria 1.^a M. H.).

Às 21,30 — Prof. Mário Trincão: «Sífilis cardio-vascular».

Dia 14 — Às 10,30 horas — Prof. M. Mosinger: «Demonstrações de Patologia Anatómica e Experimental» (no Instituto de Anatomia Patológica).

Às 17 horas — Prof. Nunes da Costa: «Tratamento cirúrgico do hipertiroidismo (doença de Basedow)».

Às 21,30 horas — Prof. Correia de Oliveira: «Alguns aspectos das afecções vasculares do cérebro».

Dia 15 — Às 10,30 horas — Prof. Rocha Brito: «Apresentação de alguns doentes» (na enfermaria 4.^a M. H.).

Às 17 horas — Prof. Oliveira e Silva: «As emoções na endocrinologia».

Às 21,30 horas — Prof. Luiz Raposo: «Mastoses».

Dia 16 — Às 10,30 horas — Prof. João Porto: «Demonstrações clínicas» (na enfermaria de 3.^a M. H.).

Às 17 horas — Prof. Morais Zamith: «Apresentação de casos clínicos de urologia».

Às 21,30 horas — Prof. Egydio Aires: «Hipotensão arterial. Aspectos clínicos».

Dia 17 — Às 10,30 horas — Sessão operatória pelo Dr. Cunha Vaz.

Às 17 horas — Prof. Tristão Ribeiro: «Os tumores de mieloplaxes dos ossos longos e a sua cura pela enxertia óssea».

Às 21,30 horas — Prof. Almeida Ribeiro: «Enforcamento e crime».

Faculdades de Medicina

Do Pôrto — Fêz o seu concurso para professor extraordinário da Faculdade de Medicina do Pôrto, 1.º grupo (Anatomia), o sr. dr. Manuel de Melo Adrião. Nas lições «A inervação da glândula tiroide» e «Conteúdo toraxico e abdominal no fêto (diferença do adulto), argumentaram, respectivamente, os srs. Professores dr. Sousa Pereira, do Pôrto, e dr. Maximino Correia, de Coimbra.

O candidato foi admitido.

Falecimentos

Faleceu nesta cidade a sr.ª D. Maria da Conceição Ribeiro de Moura Marques, estremeza esposa do sr. João Rodrigues de Moura Marques, conceituado livreiro e editor da «Coimbra Médica», mãe do sr. dr. Jorge de Moura Marques, médico municipal, e do sr. Carlos de Moura Marques e avó do aluno da Faculdade de Medicina sr. João Carlos Fernandes Moura Marques.

A Redacção da «Coimbra Médica» acompanha a familia enlutada na sua grande dôr.

— Em Elvas, faleceu o sr. dr. Januário Machado Cavalheiro, sub-delegado de saúde. O saudoso extinto era cunhado do sr. Prof. dr. João Pôrto, illustre director da «Coimbra Médica» e do sr. dr. Manuel de Andrade Lopes, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Apresentamos-lhes condolências.

Também faleceram, em Coimbra, a sr.ª D. Albertina Bizarro da Fonseca, mãe do sr. dr. Alberto Bizarro da Fonseca, médico em Fornos de Algodres; em Lisboa, o capitão de mar e guerra médico, sr. dr. Sebastião Peres Rodrigues, de 85 anos, o sr. Manuel Antunes, pai do major-médico, sr. dr. Nuno Álvaro Brandão Antunes, e o sr. Fernando de Assis Pacheco, pai do clínico de Coimbra, sr. dr. Assis Pacheco; no Pôrto, a sr.ª D. Mariana Ventura dos Santos Reis, sogra do sr. dr. Eduardo da Silva Torres, inspector de saúde naquela cidade, e o sr. dr. José António Barbosa Júnior, médico nas Térmãs de S. Vicente, Entre-os-Rios; em Freches, o sr. dr. João Trigo Moutinho, que foi médico municipal em Carrazêda de Anciães; em Castelo de Paiva, o sr. dr. Henrique da Silva Amorim, onde exerceu o cargo de médico municipal, e em Angra do Heroísmo, o coronel de Infantaria, sr. Manuel Mesquita, pai do sr. dr. Alberto Mesquita, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

As familias enlutadas apresenta «Coimbra Médica» condolências.



ÚLTIMAS NOVIDADES:

ARTEAGA — <i>Prevención y cura práctica de las enfermedades de los niños. Consejos de un medico para criar sanos y fuertes a vuestros hijos.</i> 1 vol., 360 págs. (J. M.)	50\$00
AZOY — <i>Amigdalectomia.</i> 1 vol. 182 págs., 37 figs., (M. S.)	54\$00
BECK — <i>Clinica Obstetrica,</i> tradução da 2. ^a edição americana. 1 vol., 868 págs., com 1050 ilustrações, encad. (I. P.)	425\$00
CURTMAN — <i>Análisis químico cualitativo.</i> 1 vol., 572 pág., 27figs., encad. (M. S.)	150\$00
GARCIA — <i>Compendio de Psiquiatria.</i> 1 vol., 508 págs., encad. (C. L.)	200\$00
GLJÓN — <i>Métodos biológicos de valoración de hormonas, vitaminas y drogas.</i> 1 vol., 207 págs., 30 figs. (C)	120\$00
G. MARAÑON — <i>Manual de Diagnóstico Etiológico.</i> 1 vol., 155 págs., encad. (E. C.)	330\$00
HOCHREIN — <i>Enfermedades Reumáticas.</i> Su origen y tratamiento. 1 vol., 256 págs., 68 figs. (C)	90\$00
LAMBRY et SOULIE — <i>Les maladies des Coronaires. L'Infarctus du myocarde. L'Insuffisance Coronarienne.</i> 1 vol., 432 págs., 144 figs. (M)	200,00 Frs.
LARREGLA — <i>Los conocimientos de Bioquímica indispensables al médico.</i> 1 vol., 293 págs., encad. (M. S.)	135\$00
LEY GRACIA — <i>Epilepsias Postraumáticas. (Tratamiento quirurgico).</i> 1 vol., 106 pág., 77 figs. (E. C. M.)	70\$00
MARTINEZ — <i>Difteria (Epidemiologia, inmunidad, profilaxis).</i> Con un prologo del Prof. JIMENEZ DIAS. 1 vol., 270 págs. (E. G. E.)	75\$00
MATEOS LÓPEZ — <i>Mama Sangrante.</i> Estudio de los afecciones de la mama que dan lugar a hemorragias por el pezón. 1 vol., 154 págs., 52 figs. (E. A.)	60\$00
PEYRI y CASTELLS — <i>Dermatologia.</i> 1 vol., 506 págs., con 71 láminas fuera de texto, encad. (S. M.)	225\$00
R. M. LE COMTE — <i>Manual de Urologia.</i> 1 vol., 320 págs. (S)	100\$00
STRANSKY — <i>Manual de Pediatria.</i> 1 vol., 442 págs. (S)	100\$00
WOLF — <i>Endocrinologia en la práctica moderna.</i> 1 vol., 1253 pág., 176 figs., encad. (S)	470\$00
YOUMANS — <i>Deficiencias nutritivas. Diagnostico y tratamiento.</i> 1 vol., 356 págs. ilustrado con 16 grabados, encad. (S)	175\$00
ZAMARRIEGO — <i>Guia de la Madre y de la Enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo. Lecciones de Puericultura y Pediatria.</i> 1 vol., 299 págs., 49 figs. (Ag.)	100\$00

Livros médicos à venda na

Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

BAÑUELOS — <i>El arte médico. Reflexiones y consejos al medico joven y al estudiante de clinicas.</i> 1 vol., 220 págs. (E. C. M.)	45\$00
BUYE — <i>Proctologia Prática.</i> 1 vol., 508 págs., 152 figs. (S)	225\$00
CALAFAT — <i>Tuberculosis Laríngea — Modernas Orientaciones sobre diagnostico y terapeutica.</i> 1 vol., 177 págs.	60\$00
FOMON — <i>Cirurgia Plástica y Reparadora.</i> 1 vol. 1383 págs., 925 figs., encad. (L)	336\$00
FONSECA Y WOHLWILL — <i>Tifus Exantemático.</i> 1 vol., 212 págs., 71 figs. (S)	85\$00
GREGORIO — <i>El tratamiento de la Sifilis en sus distintos periodos y localizaciones.</i> 2.ª edición. 1 vol., 235 págs. (S)	60\$00
LAFORET — <i>Las perineotomias.</i> 1 vol., 284 págs. ilustrado com 125 láminas. (E. A.)	70\$00
LORENZO Y SCANDROGLIO — <i>Estafilococias cutaneas y sus complicaciones.</i> 1 vol., 132 págs., 101 fig. (S)	60\$00
MARKOVVITZ — <i>Cirurgia Experimental.</i> 1 vol., 557 págs., 330 figs. encad. (L)	174\$00
MARTIN — <i>Métodos de laboratorio para el Diagnóstico de la Sifilis.</i> 1 vol., 208 págs. 48 figs. (E. C. M)	100\$00
PESCADOR — <i>Exploracion Clinica del Aparato Circulatorio.</i> 1 vol. 315 págs. y 197 gravuras, eucad. (E. C. M.)	120\$00
QUIRATTE — <i>Etiologia, Patogenia y Diagnóstico de la Diabetes.</i> (Breve resumen para el practico. 1 vol., 143 págs. (E. M.)	75\$00
RAMOS — <i>Puericultura. Higiene, Educacion y Alimentación en la primera infancia. (Del nacimiento a los tres años).</i> Tómo I. 1 vol., 116 págs. con 96 ilustraciones.	75\$00
ROCAMORA — <i>Terapeutica interna de las Dermatosis. (Las viejas y las nuevas medicaciones internas de las enfermedades de la piel).</i> 1 vol., 112 págs. (E. M.)	45\$00
ROCHETA — <i>O estado actual da luta contra a tuberculose em Portugal,</i> 1 vol., 346 págs., 16 gravuras brochado, 110\$00, encadernado	125\$00
SANCHEZ LOPES — <i>Fiebre Puerperal y Operaciones Obstetricas.</i> 1 vol. 320 págs. (Gr.)	150\$00
TREADWELL — <i>Tratado de Quimica analitica. Tómo I — Analisis Qualitativa. Tómo II — Analisis Quantitativa. Os 2 tómos encd. com 1417 págs. (M. M.)</i>	285\$00
VELASQUES — <i>Formulario para uso del médico práctico y del estudiante de asignaturas clinicas.</i> 1 vol. encad., 1195 págs., 5.ª edición 1944.	220\$00
WRIGHT — <i>Fisiologia Aplicada.</i> 1 vol. 834 págs. y 369 gravuras. (M. M.)	195\$00
ZARDAY — <i>Terapéutica especial de las enfermedades del corazón y de los vasos. Manual para uso diário.</i> 1 vol., 184 págs. (E. C.)	50\$00