

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 88  
7 de Maio de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

VOL. I (Nova série)  
Publica-se às quintas-feiras

**NOVO TRATAMENTO  
DA TUBERCULOSE**

**ISONICOTIL**  
*Isonicotinil hidrazina*  
**AZEVEDOS**

«Os pacientes — condenados — que havíamos estudado, tiraram da terapêutica um benefício que ultrapassou tudo o que até então tínhamos observado ao empregarmos os medicamentos quimioterápicos ou antibióticos postos à nossa disposição».

(Steinbeck e colab.)

#### APRESENTAÇÃO E PREÇOS DO ISONICOTIL

Frs. de 50 comp. de 0,050 g — 20\$00  
Frs. de 100 comp. de 0,050 g — 35\$00  
Frs. de 250 comp. de 0,050 g — 85\$00  
Frs. de 500 comp. de 0,050 g — 150\$00



## SUMÁRIO

	Pág.
FURTADO, DIOGO — <i>O problema das psicopatias</i> .....	397
ROCHETA, JOSÉ — <i>Da pneumólise extra-pleural</i> .....	410
MOVIMENTO MÉDICO — <i>Resumos da Imprensa Médica</i> .....	418

## SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Um mundo só</i> — Mendonça e Moura .....	357
<i>Crónica de Goa</i> — Ventura Pereira .....	358
<i>Ecos e Comentários</i> .....	360
<i>O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes</i> .....	361
<i>Noticiário diverso</i>	



**MIOCILINA**

**NOVA  
APRESENTAÇÃO**

Frasco de 1.500.000 U. . . . . 23\$00

---

Frasco de 300.000 U. . . . . 11\$00

Frasco de 500.000 U. . . . . 13\$00

**EM FRASCOS SILICONADOS**

---

**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# O problema das psicopatias <sup>(1)</sup>

DIOGO FURTADO

(Prof. da Faculdade de Medicina de Lisboa)

À Liga Portuguesa de Profilaxia Social eu quero começar por agradecer o amável convite que me dirigiu para vir ocupar esta tribuna que antes de mim tantos conferentes ilustres ocuparam já.

A V. Ex.<sup>a</sup>, Sr. Presidente, cujos méritos de psiquiatra eminente são bem conhecidos de quantos me escutam, agradeceré as amáveis palavras com que me apresentou. Amáveis e imerecidas, porque as atribuo bem mais à amizade e consideração de V. Ex.<sup>a</sup>, com que me honro, do que aos meus escassos méritos.

A Vós, que viesteis ouvir-me, se tenho que vos agradecer, tenho também de vos pedir desculpa, porquanto as esperanças de uma boa conferência, que o nosso presidente anunciou, ver-se-ão seguramente defraudadas pelos escassos méritos que o conferente vos exhibirá.

Escolhi, para corresponder ao convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, um tema que é a um tempo médico, jurídico e, talvez, sobretudo, sociológico. Este tema, o problema dos psicopatas, é dos mais complexos e sedutores da actualidade.

Para o expor num auditório não especializado, evitarei os aspectos excessivamente limitados, para encarar sobretudo o problema no seu conjunto, ou seja no seu interesse social e humano

Para os especialistas em psiquiatria, seguramente não direi novidades; para os juristas, as minhas apreciações baseiam-se em factos que eles bem conhecem. Mas é sobretudo para os que não são psiquiatras ou juristas, que as minhas palavras de divulgação se dirigem.

Uma palestra deste género deveria necessariamente começar por uma definição: O que é um psicopata? Ou melhor, dados os imprecisos limites que existem entre os psicopatas e os chamados indivíduos normais, seria talvez mais oportuno perguntar, como Wyrsh faz recentemente, quem é psicopata? Quais de nós, por defeitos ou atitudes manifestadas, podemos ser considerados como psicopatas?

Todos conheceis indivíduos deste jaez. São aparentemente seres idênticos aos reputados normais, raciocinam logicamente, falam normalmente, não apresentam anomalias aparentes somáticas ou pragmáticas. Entretanto, a sua conduta revela que nestes seres existe uma anomalia estrutural, anomalia que reside nas suas esferas instintivas. Uns, fogem desde a infância, abandonam o lar, abandonam os lugares, são inadaptáveis, poriomanos. Aqueles, com tendência a apoderar-se do alheio, são primeiro tomados por cleptomanos, são depois verdadeiros ladrões. Este é instável, não consegue adaptar-se à vida da família, mais tarde à vida da comunidade. Aquele, é o anormal sexual, pratica o onanismo, é invertido, tem perversões das mais variadas dentro da esfera genésica. Todos estes indivíduos, porém, revestem uma aparência normal. É a sua conduta, a sua reacção ante o meio social, a sua inadaptabilidade permanente às normas de vida da sociedade humana, que os faz reputar anormais.

Defini-los é uma dificuldade. Será talvez mais esclarecedor para os que me escutam, o apresentar-lhes três exemplos típicos de psicopatas.

Recolherei os dois primeiros exemplos da minha experiência pessoal, que é vasta neste campo. O terceiro, irei buscá-lo à literatura moderna.

Eis o primeiro caso: conheci-o era ainda quase uma criança. Começou por fugir de casa, desaparecia, primeiro horas, depois dias, quando regressava vinha sujo, coberto de piolhos, não sabia explicar por onde andara. Pertencia a uma boa família. Entretanto não conseguia adaptar-se. Na escola, as suas condições de aprendizagem eram difíceis: mostrava-se perverso com as outras crianças, fugia, recusava-se à disciplina escolar. Mais tarde, preferia as más compa-

nhias, escolhia aqueles com quem se dava entre os mais baixos da escala social. Pertencendo a uma família distinta, mergulhava para as suas relações em camadas das mais baixas da sociedade. Acompanhava com perversos, com boémios, por fim com ladrões. Um dia foi implicado num roubo. Começou a beber: a breve trecho era também um alcoólico. Incorporado no serviço militar, tive os primeiros contactos com a sua anormalidade, através da sua primeira deserção. A disciplina militar, reagente infalível para este género de anormais, mostrou-se superior às suas possibilidades de adaptação e eis o nosso psicopata a desertar uma primeira vez. Ao ser preso e condenado, consegue evadir-se, nova prisão, nova condenação, e por fim, quando estava preso, no forte, havia já mais de 1 ano, em regimen de trabalho, consegue fugir. Era a época da guerra de Espanha. Foge para Espanha e incorpora-se, como tantos psicopatas, na Legião Estrangeira. Aqui, a sua frieza de ânimo, a sua indiferença perante o perigo, tornaram-no rapidamente um herói. A este período de lua de mel da sua heroicidade seguiu-se o reconhecimento, através de tenebrosos factos por ele cometidos, da sua real anormalidade. Era pior que os inimigos. Entrava nas terras, matava, violava, roubava, por pura perversão. Ao fim de alguns meses de guerra, foi preso. Submetido a Conselho de Guerra foi condenado à morte. Quando iam executá-lo, notaram o seu lastimável estado físico. Tinha ascite, a sua situação era quase agónica. Foi enviado para Portugal e morreu de uma cirrose alcoólica, pouco tempo depois, no Hospital Militar.

Eis, através deste triste curriculum vitae, um exemplo vivo de psicopata.

Apresento-lhes outro: Tratava-se, também, de um indivíduo de boa condição social. Era aluno de uma Escola Superior quando a sua primeira manifestação de anormalidade surgiu. Consistiu ela num acto de exibicionismo praticado às escondidas, na rua, quando passavam duas senhoras. Este facto foi tido como muito extraordinário pela sua família, e por todos os que então o observaram, mas que acreditaram tratar-se de uma garotice. Tempos depois nova queixa e nova prisão. Os fenómenos de exibicionismo foram-se repetindo. Foi expulso da Escola Superior que cursava. Tal como o anterior, foi procurando as más companhias e a sua decadência deu-se rapidamente. Tornou-se também um alcoólico inveterado. Inadaptável a qualquer profissão; recidivava sempre na sua perversão sexual. Logo que tinha para isso uma oportunidade, a exibição dos órgãos sexuais era um fenómeno compulsivo e infalível, ao qual não podia furtar-se. Foi decaído na escala social. Hoje está num asilo; mesmo aqui, com idade já relativamente avançada, é necessário tomar com ele as maiores precauções porque a menor oportunidade, traz a imediata revelação da sua perversão exibicionista.

O terceiro exemplo vou tirá-lo à literatura contemporânea, trata-se de um dos personagens dos romances de Hervé-Bazin. Como é sabido, Hervé-Bazin, escritor francês contemporâneo, muito apreciado, procura para protagonistas dos seus romances, sobretudo as personalidades anormais. Em qualquer dos seus livros «La tête contre les murs», «La vipère au poing», «Le petit cheval blanc», e outros, são sempre individualidades patológicas aquelas que atravessam o romance. A mais saliente de todas é talvez o personagem de «La tête contre les murs». Trata-se de um rapaz pertencente a uma família psicopática, cujo avô era tabético, cuja mãe se suicidara com uma psicose, e cuja irmã, ainda, no decurso do romance, vem a morrer com uma esquizofrenia de início puerperal. Este indivíduo muito

(1) Conferência realizada no Clube Fenianos Portuenses, promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, sob a presidência do Dr. Vítor Ramos e recolhida a partir de um registro sonoro.

cedo manifesta a sua anormalidade — fugas, abandono da Universidade, quando seguia já uma carreira que parecia brilhante, vida errante, recusa dos subsídios paternos, vida à custa de mulheres e depois, ingresso em pequenos clans de psicopatas e criminosos, que se dedicavam a roubos e outros actos delituosos. Mentiroso por natureza, mentindo mesmo sem necessidade de o fazer, inicia a sua carreira criminal quando rouba a própria casa do pai. Este roubo é marcado simultaneamente por traços de nítida anormalidade: Queima os processos que o pai tem entre mãos para julgar (o pai que era juiz num Tribunal importante). Rouba o automóvel paterno e com ele tem em seguida um desastre, em que perde o conhecimento. É internado numa Casa de Saúde. Dai em diante segue-se uma odisseia de internamentos manicomial e de fugas. O tempo que estava fora era imediatamente marcado por novos delitos, novas tendências anormais: umas vezes, vivendo à custa de mulheres, outras vezes recorrendo a roubos e a actos de má moral. Evita o manicómio, pretendendo antes a prisão. A condenação, diz ele, dura menos que o internamento e os juizes são menos séveros do que os psiquiatras. Mais tarde é internado em Vaucluse, um manicómio de segurança; consegue daí fugir, convive com um grupo de psicopatas, amanceba-se com uma mulher a quem, mais tarde, ele próprio rouba. Com o produto avultado do roubo que faz, passa uma época de vagabundagem, delapidando-o. Por fim emprega-se como rural: tem uma fase de tranquilidade, casa com um camponesa, até que, supondo que o vêm prender, foge de novo, e de novo entra em delinquência. É por fim internado num manicómio, para onde vai após uma queda que lhe provoca uma fractura da coluna e uma paraplegia definitiva. Triste fim dum existência claramente psicopática!

Este exemplo, como tantos outros que existem na literatura contemporânea, tão fértil em personalidades anormais, como protagonistas, é uma clara demonstração de uma existência psicopática.

O problema dos psicopatas, disse-lhes no início, é dos de maior importância social. Alguns dados numéricos permitem-nos pôr em relevo esta importância e confirmar a nossa asserção.

Vejam, em primeiro lugar, o que diz respeito à frequência geral das psicopatias.

Incluindo a totalidade das psicopatias, os seguintes autores dão os números seguintes:

Gramer, de Gottingen, 4 a 6 %;  
 Mairet e Gangoux, de Montpellier, 5,8 %;  
 Diem, 5,9 %;  
 Prinzing, 5 %;  
 Lenz, 10 %  
 Panse, entre 5 e 7,5 %.

Quer dizer, segundo as estatísticas referidas, algumas das quais são de alto valor, como as de Panse e de Prinzing, podemos supor que a frequência média dos indivíduos que podem ser considerados, pelas suas anomalias de conduta, como psicopatas, é de 5 a 7,5 % da totalidade dos indivíduos humanos.

Algumas estatísticas especiais são ainda mais reveladoras. Kemp, por exemplo, estudou os dados referentes a 500 prostitutas dinamarquesas. Encontrou, para este grupo particular, que 18,6 % dos pais eram alcoólicos e 5 % das irmãs destas mulheres, prostitutas também.

Geelwink estudou um volumoso grupo de alcoólicos — 600 homens e 100 mulheres. Encontrou que, entre estes alcoólicos e posto de parte o seu alcoolismo, existiam manifestações psicopáticas nítidas, de outros tipos, em 53 % deles.

Stumpfl, a cujo trabalho me referirei várias vezes, pelos seus notabilíssimos estudos de criminologia, estudou a frequência dos psicopatas nos antecedentes dos criminosos recidivistas. Verificou que, entre estes, existiam seguramente 70 % de psicopatias nítidas.

Por último, Ahto, num estudo muito recente feito sobre 216 recidivistas das prisões finlandesas, verificou que 54 % dos pais e 46 % das mães destes indivíduos, eram também psicopatas, tendo sofrido prisões 30 % dos pais, 14 % das mães e 47 % dos irmãos.

Ainda uma última estatística, e peço-vos que me releveis esta abundância de números, mas que me pareciam aqui indispensáveis, é a que se refere ao papel desempenhado pelas psicopatias na génese do alcoolismo.

O estudo de Panse feito sobre 310 alcoólicos observados na Charité de Berlim, é fundamental. Encontrou ele que, entre esses alcoólicos existiam apenas 29 % de indivíduos que se podiam reputar normais, 63 % eram seguros psicopatas constitucionais, 8 % eram epiléticos ou oligofrénicos.

Estamos assim em face de um problema que é sem dúvida de magna importância, um dos mais vastos e delicados problemas humanos e seguramente o maior problema social da psiquiatria. Problema que não vale apenas por si próprio, mas porque está na base de quase todos os grandes problemas sociais, como os do alcoolismo, da prostituição, ou da criminalidade inveterada.

É evidente que seria veleidade tentar expor tão vasto problema numa conferência de uma hora. Entretanto, para se poder compreender a nossa atitude actual, tem talvez interesse fazer uma resenha da evolução histórica do conceito da psicopatia constitucional.

Como é sabido, antes dos princípios do século XIX, a psiquiatria não tinha, por assim dizer, existência real. Os conceitos referentes às doenças mentais eram sobretudo teológicos e morais, muito principalmente ligados com a ideia do pecado.

É no princípio do século XIX que surgem as primeiras nosologias psiquiátricas e nelas vêm já incluídos os indivíduos cuja loucura se revelava apenas pela sua conduta. Assim, em Pinel (1809) surgem as manias sem delírio e em Esquirol (1838) aquilo a que ele chamava monomanias afectivas e instintivas. Heinroth, um psiquiatra alemão da primeira fase, de 1818, que muito falava em perturbações da alma, queria com elas também significar o mesmo que nós designamos hoje por psicopatia e a que ele chamava irracionalidade. Mais tarde Friedreich, em 1825, falou também de anomalias psíquicas e da possibilidade da sua hereditariedade. Mas, na realidade, o primeiro grande conceito de psicopatia é o que surge com Prichard, psiquiatra inglês, em 1835.

Sob o conceito de «moral insanity» — loucura moral — dizia ele tratar-se de uma «perversão mórbida dos sentimentos naturais, dos afectos, das inclinações, da temperança, dos hábitos, das disposições morais e dos impulsos naturais, mas sem perturbação do intellecto e sem doença mental».

Esta definição do conceito de Prichard, tal como ele a dava nessa remota época, pode ainda ser tida hoje por uma rigorosa definição de psicopatia constitucional.

O termo de psicopatia surge em meados do século passado com Kahn em 1884 e com o famoso Kraft Ebing em 1866, aplicado às perversões sexuais. «Psicopatia sexualis» era o título do famoso livro de Kraft Ebing, que ainda hoje se lê com proveito e que é por assim dizer o Alcorão deste tema melindroso.

Mas as nossas concepções actuais vieram sobretudo de Koch, de Magnan e Kahlbaum.

Koch, que se ocupou deste tema por volta de 1890, falava de inferioridade psicopática, designando por tal aqueles indivíduos, que não tendo doença mental, se comportam de maneira anormal e incapaz. Já Koch acreditava que na génese destes estados existiam sobretudo factores hereditários, considerando-os como congénitos e às vezes resultantes do nascimento.

Koch apresentou a primeira tentativa da classificação destes anormais. A título simplesmente histórico lembrarei que ele os dividia em anormais na irritabilidade, anormais na falta de harmonia das esferas psíquicas, bizarros, impulsivos e explosivos dos instintos, etc.

Magnan foi, em França, o grande propagador da doutrina de degenerescência. Como é sabido, para Magnan, como para os outros psiquiatras franceses da sua época e escola, a doença mental era a maior parte das vezes resultante de uma degenerescência, e esta degenerescência tinha diversos graus. Assim existiam idiotas, imbecis, débeis mentais e instáveis ou degenerados superiores. Estes degenerados superiores correspondiam mais ou menos ao nosso conceito actual de psicopatia e eram aqueles indivíduos que, sendo aparentemente normais, raciocinando e falando normalmente, se comportavam de maneira evidentemente anormal.

O conceito dos *degénérés supérieurs* ocupou muitas páginas da literatura do século passado, e foi dele que surgiu aquela famosa noção jurídica de Grasset, definida nas pala-

vras «demi fous». Os *degénérés supérieurs* eram «demi-fous», indivíduos que, não sendo inteiramente loucos, se comportavam como loucos, e mereciam uma consideração especial na sua delinquência.

Kahlbaum, que escreveu sobre este tema por volta de 1890, foi o primeiro que fez um paralelo entre estas anomalias e as doenças mentais. Como se sabe, Kahlbaum descreveu uma forma especial de doença mental — a hebefrenia — que mais tarde, na nosologia de Kraepelin, veio a entrar dentro da demência precoce.

Ora Kahlbaum descrevia, por um lado a doença típica, na sua forma definida, hebefrenia, mas por outro lado descrevia anormais, verdadeiros psicopatas, que não sendo inteiramente loucos, não podendo, portanto, entrar no grupo da hebefrenia, tinham entretanto, certas anomalias mentais que os fazia aproximar desse grupo. Era para esses anormais que Kahlbaum reservava a designação de hebidofrenia.

Pela primeira vez aparece na nosologia psiquiátrica a noção de doença mental como um exagero duma personalidade psicopática similar.

Kraepelin que foi, como sabem, o grande nosologista, o fundador da psiquiatria moderna, considerava as psicopatias como inibições limitadas do desenvolvimento psíquico, em contraste com as oligofrenias que seriam inibições gerais.

Coincidindo com a época e os conceitos de Kraepelin, o conceito de psicopatia invadiu a criminologia, e teve a sua maior expressão nas obras de Birnbaum e de Lombroso, sobretudo no famoso «Homo delinquente». Para Lombroso, o criminoso recidivista era o resultado duma predestinação, duma tara, que era afinal uma anormalidade mental. O homo delinquente de Lombroso era o psicopata criminal dos nossos dias.

Esta resenha serve talvez de introdução e compreensão, para lhes apresentar agora as tendências modernas das várias escolas, no que refere ao conceito de psicopatia.

Começarei por mencionar os trabalhos da Escola de Kretschmer, que exprimem a tendência caracterológica e biotipológica do estudo das psicopatias.

Kretschmer aproxima as psicopatias dos tipos psicológicos e morfológicos, que tão magistralmente descreveu no seu famoso livro sobre a constituição e o carácter.

Os psicopatas seriam exageros de cada uma daquelas constituições, por vezes perversões delas, mas um grau menos acentuado do que aquele que cria e produz as psicoses ciclóticas ou esquizotímicas. Assim, equiparando os psicopatas ciclóides com a constituição pícnica e o círculo timopático das variações do humor, Kretschmer descreve entre esses psicopatas ciclóides, diversos tipos:

- 1.º — tipo hipomaniaco relaxado
- 2.º — tipo divertido tranquilo
- 3.º — tipo mal humorado.

Da mesma maneira, encarando os psicopatas esquizóides como formas anormais da constituição esquizotímica, Kretschmer divide-os em dois grandes grupos: os temperamentos principalmente hiperestésicos e os temperamentos principalmente frios e obtusos. Nos primeiros, considera sucessivamente:

- 1 — tipo sensitivo ou afectivo
- 2 — tipo aristocrático frio
- 3 — tipo patético idealista

No segundo considera igualmente três tipos:

- 1 — tipo do déspota (loucura moral)
- 2 — tipo colérico obtuso
- 3 — tipo boémio desregrado.

Kretschmer e os psiquiatras de outras escolas que seguem a mesma orientação consideram pois, os psicopatas como desvios e em grande parte exageros, de determinadas constituições psíquicas normais.

Uma orientação diferente seguem os trabalhos das escolas de Kurt Schneider e de Kahn, e mais recentemente os diversos estudos dedicados ao tema pelo psiquiatra brasileiro Alves Garcia.

Aqui, é sobretudo uma tendência nosográfica e descritiva que encontramos. Os psicopatas são descritos como desvios da normalidade e quanto possível classificados, arrumados em grupos que permitam a sua mais nítida caracterização. Estes grupos são feitos sempre segundo o predomínio mais marcado de uma anormalidade. Assim, por exemplo, na divisão de Kurt Schneider tínhamos 10 grupos de psicopatas: hipertímicos, depressivos, inseguros de si próprios, fanáticos, necessitados de estima, labeis de humor, explosivos, frios de ânimo, abúlicos e asténicos.

Na divisão de Kahn este número é aumentado. Assim, tínhamos: 1) nervosos. 2) ansiosos. 3) sensitivos. 4) compulsivos. 5) irritáveis. 6) hipertímicos. 7) depressivos. 8) labeis de humor. 9) frios de ânimo. 10) fracos de vontade. 11) impulsivos. 12) perversos sexuais. 13) histéricos. 14) fantasistas. 15) fechados. 16) bizarros.

Estas tentativas de uma descrição nosográfica, essencialmente dependente do predomínio de uma ou outra anormalidade, estão, a nosso ver, votadas ao insucesso, porquanto a personalidade dos psicopatas é sempre extremamente complexa e a anormalidade que predomina hoje pode ser essencialmente diferente daquela que mais tarde manifesta numa acção anormal ulterior do psicopata.

Outra tendência do estudo das psicopatias é a que provém dos trabalhos filosóficos de Klages, aplicados, neste caso especial, por Schröder, Heinz, Ewald e outros.

Klages constrói o seu sistema de carácter partindo da presunção de que este é formado por um encadeamento intuitivo dos processos psíquicos; e, inclui no próprio carácter a inteligência. Este desenvolver-se-ia a partir de 3 zonas: material (Stoff), o conjunto e o modo. Segundo estas direcções desenvolver-se-iam as forças que originam, e mais tarde orientam, a formação do carácter.

A orientação filosófica de Klages tem sido aplicada, sobretudo por Schröder e Heinz, à psicopatologia infantil, no estudo de formas especiais de anormalidade da criança.

Outra orientação dos estudos modernos é a que representa Rüdin, há pouco falecido, orientação essencialmente hereditobiológica.

Terei ocasião mais adiante, a propósito da patogenia dos estados psicopáticos, de me referir largamente a ela. Direi agora, simplesmente, que para Rüdin, como para os hereditobiologistas, a psicopatia não é mais do que uma mutação desfavorável da espécie humana.

Por último, quero referir-me às orientações psicanalíticas, principalmente representadas pelos estudos de Karpman.

Karpman admite a existência, nos psicopatas, de um núcleo constitucional inexplicável — déficit ético — para o qual propõe a designação de anetopatia, mas sobre o qual muitas vezes se vão enxertar fenómenos complexuais de nítido fundamento psicanalítico, resultantes de conflitos, em geral sexuais, ocorridos na infância. Assim, Karpman e os psicanalistas actuais chegam à conclusão da existência de duas formas de psicopatia: uma, sobretudo, primitiva e constitucional, que Karpman designa de anetopatia; outra, secundária, principalmente psicogénea, cujo fundamento psicanalítico seria nítido e para a qual as possibilidades de terapêutica psicanalítica seriam de aceitar.

Resumidas assim as orientações actuais do estudo psiquiátrico dos psicopatas constitucionais, procuremos então agora, já mais informados do movimento científico a tal res-

peito existente, definir o psicopata constitucional. Uma definição é sempre necessária em toda a proposta de estudo científico. Aqui, porém, é particularmente difícil.

A primeira restrição tem que ser quanto à própria designação que estamos empregando. A palavra psicopata constitui uma mau termo. Já sob o ponto de vista puramente etimológico, cria uma confusão psiquiátrica, porque na verdade psicopata corresponde a qualquer doente da psiqué. Ora nós não designamos por este termo de psicopata propriamente doentes, mas sim indivíduos portadores de determinados defeitos manifestados exclusivamente sob certa forma. Por outro lado, este termo de psicopata envolve qualquer coisa de estático, ligado à predisposição, como diz Walther Bruel, de influenciável e imutável. Para o médico, envolve uma atitude descritiva, resignada e pessimista, e para o doente, a designação de psicopata é afinal um estigma que, mais ou menos definitivamente, o desclassifica.

Haveria, por isso mesmo, conveniência em recorrer a outro termo, mas dos muitos que têm sido propostos nenhum tem, até hoje, podido substituir o de psicopata. Citarei alguns: sociopatia, por Cameroun, loucura moral proveniente de Pritchard, anetopatia a que há pouco me referi, proposto por Karpman, defeituosos morais, expressão muito usada em Inglaterra e empregada por Tredgold no seu livro. Qualquer destas expressões, porém, presta-se ainda a mais confusões e piores interpretações, do que a de psicopata constitucional. Precisamente por isso, e talvez «faute de mieux...» continuaremos empregando o termo de psicopata constitucional, reconhecendo entretanto os seus profundos defeitos.

Apresentar-lhes-ei, pois, algumas definições de psicopatia. Quase todas elas têm um sentido teleológico, isto é, definem a anormalidade pelo seu resultado, pelo fim a que chega. Assim, por exemplo, para Schneider, psicopata é aquele que pela sua anormalidade sofre e faz sofrer os outros. Para Tarjan (1949), psicopatia é o resultado das atitudes que provoca no ambiente e da hostilidade que despertam os actos anti-sociais do indivíduo. Segundo Carson (1948), a psicopatia é uma condição funcional da individualidade, na qual existe uma grave falha de capacidade de controlar os impulsos primitivos e os modos anti-sociais de conduta. Para Mauz, finalmente, são psicopatas aqueles que, em consequência de anormalidade da personalidade, em cada situação vital caem em conflitos internos e externos.

Como se vê, nenhuma destas definições consegue mais do que definir o psicopata pelo conjunto dos seus actos e das suas reacções, independentemente dos atributos pessoais observáveis que o caracterizem.

Isto, entretanto, não nos deve desanimar de procurar quais são os caracteres fundamentais das personalidades psicopáticas. É o que nos ocupará nos parágrafos seguintes.

Como é óbvio, existe uma impossibilidade de estabelecer entre os psiquiatras um acordo sobre traços comuns a todos os psicopatas.

Consóante o ponto de vista adoptado pelo psiquiatra, para considerar e definir o psicopata, assim esta ou aquela das suas perturbações tomará vulto e dominará as restantes.

Por outro lado, existe uma verdadeira impossibilidade de limitar exactamente estas personalidades psicopáticas.

Tais indivíduos, como comecei por lhes dizer, ao nosso exame em nada se distinguem da normalidade. Já Eugen Bleuler há umas dezenas de anos escrevia: «Enganam-se os que acreditam poder estabelecer um limite entre estas personalidades e as normais». Sômente a conduta, o modo de reacção do indivíduo perante os acontecimentos e as situações sociais, acabam por trazer, ao espírito alheio, a noção de existência da psicopatia.

Outra dificuldade ainda, é a de se encontrarem psicopatas em todas as camadas sociais. Não é a psicopatia apatía das camadas baixas ou das altas. Daí o não podermos atribuir, com mais probabilidade, a noção de psicopatia a este ou àquele indivíduo, dependente do seu nível social. Mais ainda, a psicopatia muitas vezes só se revela tardiamente e tais indivíduos constituem uma dificuldade ainda maior para a sua caracterização. Certo homem, que no decurso da sua vida se comportou sempre normalmente, e que ao nosso exame não denota qualquer anormalidade aparente, começa, a partir de determinada altura da sua existência, praticando actos, regindo de forma que nos força a considerá-lo como anormal, como um psicopata. Esta eclosão tardia dum constituição que evidentemente existia no indivíduo desde a sua nascença, vem trazer ao psiquiatra mais uma dificuldade de diagnóstico e caracterização.

Assim, só os defeitos revelados pela anormalidade da conduta podem rigorosamente caracterizar a mente do psicopata. Ensaieemos, com alguns autores, encontrar certos traços psicopatológicos comuns entre os psicopatas:

1.º — a falta de senso crítico.

Um dos atributos psicológicos mais comuns entre os psicopatas é justamente a falta de valorização das acções, a falta de crítica para os seus actos, para os seus impulsos e até para aquilo que constitui o seu próprio interesse. O psicopata muitas vezes procede insensatamente, prejudicando aquilo que seria o seu legítimo interesse pessoal. O seu julgamento de valores, como consequência desta falta de senso crítico, é manifestamente defeituoso.

2.º — a falta de senso moral.

O psicopata não tem a noção das obrigações morais e sociais, a que o homem se encontra forçado pela sua existência em sociedade. Não tem a noção da responsabilidade dos actos que comete, e, por outro lado, não mostra ser capaz de reprimir os impulsos anormais e amorais que constantemente o assediam.

3.º — egocentrismo.

Outro dos característicos fundamentais do psicopata é a sua tendência a chamar a atenção. O psicopata procura ser o centro do seu pequeno mundo, ou até do Mundo. Necessitado de estima, exagerando os seus sofrimentos ou os atropelos de que é vítima, exagerando as suas capacidades, o psicopata vai ao extremo, para chamar a atenção dos outros, de se tornar um excêntrico. Um número elevado de indivíduos que percorrem mundo, vestindo bizarramente, ou exercendo actividades singulares, são na realidade psicopatas, excêntricos que procuram chamar para si a atenção alheia.

4.ª — a propensão para a mentira e para a racionalização.

Ainda recentemente, Karpman afirmava, e talvez com razão, que a perturbação fundamental da mente do psicopata é a sua tendência para a mentira. O psicopata nega, com a maior das facilidades, os delitos. Nega a própria evidência daquilo que acabou de fazer há pouco. Arranja para tudo uma explicação e uma justificação, por mais absurdos que pareçam os actos, por mais inexplicáveis que os seus desmandos sejam. Esta tendência para a racionalização, acompanha no psicopata, sistematicamente, a sua tendência para a mentira, a sua mitomania. O psicopata é essencialmente um mentiroso e um racionalizante: ou mente, negando os actos que evidentemente praticou, ou desculpa-os por uma lógica e uma aparência racionalizante que, aos olhos dos indivíduos normais, se mostram absurdamente falsas.

5.º — uma forte impulsividade instintiva anti-social.

Esta impulsividade está também na base das anormalidades dos psicopatas. Os diversos instintos, o instinto do

*Um produto original "Delta"*

# HIDROBIÓTICO—H

**Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico  
em associação sinérgica**

## COMPOSIÇÕES:

### **NORMAL**

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

### **FORTE**

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO:

<b>NORMAL</b>			<b>FORTE</b>		
1 Dose . . . . .	Esc.	15\$00	1 Dose . . . . .	Esc.	15\$50
3 Doses . . . . .	Esc.	43\$00	3 Doses . . . . .	Esc.	44\$50
5 Doses . . . . .	Esc.	70\$00	5 Doses . . . . .	Esc.	71\$50
10 Doses . . . . .	Esc.	138\$00	10 Doses . . . . .	Esc.	139\$00



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

*Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27*  
*EXPEDIENTE — Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º — Lisboa — Telef. 24875*  
*PROPAGANDA — Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º — Lisboa — Telef. 24604*  
*Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383*  
*Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556*

## HORMONAS PURAS "CIBA"

**CIBACTHEN\***

hormona adrenocorticotropa  
ACTH de alta pureza

Frasco-ampola com 10 U. I. (substância seca)  
Frasco-ampola com 40 U. I. (substância seca)

**CORTISONE\*** "Ciba"

hormona cortico-supra-renal de síntese

Caixa de 3 ampolas a 10 mg  
Pomada oftálmica a 1 %  
Colírio a 1 %

**PREGNENOLONA\*** "Ciba"

esteroide de síntese

Frasco de 20 comprimidos sublinguais a 50 mg  
Frasco-ampola de 5 cc com 500 mg

**PERCORTEN\***

hormona cortico-supra-renal de síntese  
acetato de desoxicorticosterona

Frasco de 40 comprimidos sublinguais a 1 mg  
Frasco de 20 comprimidos sublinguais a 5 mg

Caixas de 4 ampolas (soluto oleoso) a 2—5 e 10 mg

Caixas de 1 e 5 ampolas cristalíferas M a 25 mg

Caixas de 1 e 3 ampolas hidrossolúveis a 50 mg  
Caixas de 5 ampolas hidrossolúveis a 5 mg

Frasco-ampola de 10 cc com 100 mg

Tubo com 1 comprimido para implantação a 100 mg

\* Marcas registadas

sexo, o instinto da propriedade, de migração, de agressão ou de luta, se se quiser mesmo o instinto de morte, encontram-se no psicopata desmedidamente desenvolvidos e, mais ainda, falhos daquela reprêssão, daquela obstaculização, que se encontra num indivíduo normal. Daí, que o psicopata dê largas à sua impulsividade instintiva e anti-social, que se torne perverso sexual, desregrado ladrão, vicioso, criminoso, enfim, expressão de todas as diversas manifestações através das quais a sua impulsividade instintiva se pode traduzir. A sua conduta é por isso mesmo imoral, viciosa e, por fim, delituosa e até criminal.

6.º — instabilidade psicopática.

Outro dos defeitos comuns à maioria dos psicopatas, é a sua instabilidade, a sua falta de adaptação a qualquer actividade útil. O psicopata é incapaz de exercer continuamente um certo esforço, uma certa profissão ou uma certa tarefa; abandona-a, é instável, não se adapta, tem tendência a migrar, a desaparecer.

Poderíamos ainda descrever entre os psicopatas mil outros traços caracterológicos, e ficaríamos seguramente ainda em falta para ocorrermos à descrição de cada caso de psicopatia que nos surge. Com efeito, cada psicopata é, por si, uma forma de psicopatia, complexo nas suas maneiras de reagir, multiforme nas facetas espirituais defeituosas que provavelmente condicionarão essas reacções anormais. Daí, o insucesso das tentativas de sistematização dos psicopatas, e o número crescente de rubricas sob as quais, os autores que procuram uma nosografia dos psicopatas têm de os classificar.

A própria avaliação de uma conduta como psicopática, envolve já para nós uma grande dificuldade. Há a necessidade de considerar esta conduta na sua totalidade, incluindo não só as acções do psicopata, mas antes a situação total, tanto pessoal, biológica e psicológica, como social, onde essa conduta decorre, como até a motivação aparente do comportamento anormal e da sua repetição contra o interesse próprio. Assim, a dificuldade de consideração e caracterização dum psicopata começa pela dificuldade de considerar como psicopática determinada conduta, e vai até à pesquisa das motivações psicológicas dessa conduta anormal. Lembrarei aqui a curiosa doutrina de Lersch que admite que no psicopata, tanto o fundo endotímico, como a super estrutura noética da personalidade, se encontram ambos enfermos. Daqui, a dificuldade de consideração de cada reacção, uma vez que tais reacções podem ser provenientes dum fundo endotímico patológico, ou pelo contrário, da ineficácia da superestrutura noética da personalidade.

Dentro destes traços caracterológicos dos psicopatas, quero ainda mencionar-lhes um outro que tem um grande interesse social — o da sua tendência para o proselitismo.

Com efeito, um dos perigos da presença em sociedade dos psicopatas, está na facilidade com que fazem proselitos das suas anormalidades. É bem conhecida a tendência à difusão de determinadas anormalidades sexuais. Não vou servir-me de exemplos nacionais, e poderia falar-lhes dos vários «bailes», indo desde o baile da Graça até ao recente e trágico baile de Cascais. Mas falar-lhes-ei dum exemplo estrangeiro, publicado há pouco nos Arquivos de Medicina Legal de Buenos Aires. Naquela cidade surgiu um grupo de psicopatas homossexuais e perversos sexuais, toxicomanos, etc., que criou rapidamente uma onda de proselitismo, chamando a si uma quantidade de jovens. Estes indivíduos exerciam sobre esses jovens atracção por todos os meios, sobretudo por meio de uma mulher apanhada do grupo, e que para ele conduzia os moços com mais tendência a serem seduzidos. Esse grupo adquiriu uma larga difusão e produziu mal profundo na capital argentina até que a Polícia se ocupou dele, encarcerando os seus dirigentes.

Quero ainda salientar-lhes a circunstância, por todos os psiquiatras afirmada, de que a inteligência dos psicopatas pode ser normal e até de nível muito elevado. Com efeito, não seria difícil apresentar aqui uma série grande de indivíduos geniais que foram incontestavelmente psicopatas. Lembrar-vos-ei, a talhe de foice, na nossa literatura, essa extraordinária figura de sonetista, poeta da mais alta estirpe, que foi Manuel Barbosa du Bocage e que, como todos sabem, era alcoólico, bêbado, transfuga, inadaptável à vida social, delinquente, em suma, psicopata constitucional.

Aqueles que leram o meu pequeno estudo sobre Verlaine, que há pouco o Presidente desta sessão teve a amabilidade

de citar, ficaram por certo também convencidos de que Paul Verlaine, fudador da poesia moderna e um dos mais altos espíritos da poesia mundial, foi igualmente, dentro da sua complexa personalidade de alcoólico, inadaptável, invertido, e rufião, sem dúvida alguma um outro exemplo da psicopatia constitucional.

Quero ainda lembrar-lhes que recentemente o prémio Nobel da Literatura foi atribuído a um maravilhoso romanista e prosador, que tantas vezes nos seus escritos faz a defesa e o elogio do amor homossexual.

Terminada esta tentativa de resumo dos traços caracterológicos essenciais dos psicopatas, encaremos agora a patogenia destes defeitos morais da personalidade.

O que conduz a tais efeitos? Quais são as suas causas profundas, a sua origem?

A este respeito, como era de prever, existe uma grande variedade de conceitos. Procurarei também aqui resumir as tendências das diversas escolas.

Alguns autores consideram as psicopatias como resultado dum perturbação do desenvolvimento dos instintos. É esta a posição assumida, sobretudo por autores ingleses e muito principalmente por Tredgold. O homem, segundo estes autores, na fase primitiva da existência dava livre curso às suas explosões instintivas e era um ser sem quaisquer restrições a impedirem a sua tendência animal. Com o desenvolvimento ulterior da família, a criação das pequenas sociedades, que forçavam cada um a respeitar aquilo que era dos outros, para que fosse respeitado o que era seu, mais tarde com a criação de religiões que obrigavam a proceder segundo normas determinadas e a temer certos castigos sobrenaturais, foram-se criando inibições morais, tabus, inibições sociais e religiosas que cada vez mais foram limitando a explosividade das tendências do homem. Assim, através da civilização, o homem teria evoluído dum ser de tendências instintivas explosivas para um indivíduo mais perfeito, no qual esses instintos se acham inteiramente ou quase inteiramente controlados por inibições de diversas ordens que impedem a sua expansão.

Esta teoria encontra múltiplas objecções filosóficas, tanto mais que ainda hoje, e infelizmente na própria humanidade reputada normal, não são raras as explosões de instintos criminais, como algumas a que os últimos decênios nos permitiram assistir.

Do mesmo modo, estas teorias seriam incapazes de explicar as perversões sexuais, na sua grande variedade, visto que estas não dependem do desenvolvimento excessivo de instintos normais, mas de verdadeiras perversões dos instintos.

Outro sentido de explicação patogénica é o que se funda teoria psicanalítica. Já Freud dizia que uma neurose é o negativo dum perversão. Na neurose, o conflito esconde-se e aparece sob uma forma transfigurada; na perversão é o próprio conflito que desencadeia actos anormais.

Para os psicanalistas, as psicopatias seriam resultantes de traumatismos sexuais, de faltas de ajustamentos, de conflitos na organização da personalidade. Estes conflitos teriam a sua expressão mais tarde na conduta anormal dos indivíduos. Melanie Klein e Gillespie, por exemplo, aceitam a origem das psicopatias como provenientes dum alteração dos mecanismos primitivos de defesa. Dar-se-ia uma fissuração do Eu e do objecto, na fase precoce da organização do Eu, quando a libido e a agressividade são ainda orais. Em consequência desta fissuração surgiria, primeiro, uma tendência à aniquilação. A par desta fissuração ocorrida na organização do Eu, mais tarde apareceria um complexo de castração que é muito frequente entre os psicopatas. Assim, a psicopatia resultaria dum adulteração dos mecanismos primitivos de defesa, à qual se adicionaria um complexo tardio de castração.

Que a doutrina psicanalítica só por si é incapaz de explicar todas as formas de psicopatia, é ponto hoje aceite pela maioria dos psicanalistas. Daí, a modalidade patogénica proposta por Karpman e de que há pouco lhe falei, isto é, a existência de duas formas de psicopatia: uma, resultante de um defeito constitucional ético; a outra, de origem psicodinâmica, proveniente essa, realmente, de conflitos na organização da personalidade, e portanto acessível à terapêutica psicanalítica.

Entretanto, podemos dizer, sem receio de faltar à verdade, que o capítulo das psicopatias constitucionais forma para os psicanalistas, um daqueles onde menor sucesso tem obtido.

Com efeito, a psicanálise dos psicopatas raramente conduz a qualquer espécie de resultado.

Outra orientação patogénica é aquela que procura explicar a psicopatia como resultado duma influência dos factores que envolvem o indivíduo, através da sua origem e do seu crescimento.

Não há dúvida que o ambiente familiar, a conduta dos pais, a atitude destes para com os filhos, os cuidados que têm, a educação, influem poderosamente na génese, ou pelo menos na expressão das tendências psicopáticas.

Muitos dos psicopatas são crianças abandonadas na sua infância, ou cuja infância decorreu em ambientes desfavoráveis. Usam os alemães, para estas crianças abandonadas, cuja conduta psicopática se vem depois a manifestar, a designação de «*verwahrlosten*».

Muitas estatísticas tendem a comprovar que na realidade os *verwahrlosten* estão na base da maioria das psicopatias constitucionais do adulto. Citarei um trabalho que já há pouco mencionei, feito nos criminosos recidivistas da Finlândia, muito recentemente, por Ahto. Verificou este autor que em 216 criminosos recidivistas, 96 % eram *verwahrlosten*, 53 % tinham saído do lar antes dos 12 anos, tendo 15 % destes fugido de casa, e 33 % tinham estado internados em reformatórios. Vê-se assim, que a influência do ambiente na génese da delinquência psicopática é incontestável. Podemos dizer que a constituição psicopática do adulto é, seguramente, a resultante da inter acção de dois factores: factores constitucionais versus factores ambientais.

Alguns trabalhos recentes a propósito do incremento das psicopatias juvenis após a guerra, puseram também em relevo a importância dos factores peristáticos. Citar-lhes-ei o estudo de George Amado, publicado recentemente, sobre o grupo dos chamados existencialistas do Dupont Latin. Como é sabido, após a guerra surgiram em certas camadas sociais da capital francesa, uma série de pequenos grupos que intitulando-se propagandistas da filosofia existencialista, se tornavam notados principalmente pela anormalidade da sua conduta, do seu vestuário, etc. Um destes grupos, constituído por jovens, costuma parar nas imediações do conhecido café Dupont-Latin, do Boul. St. Michel. Foi esse grupo de jovens, os quais se chamam a si próprios de existencialistas, que George Amado estudou detalhadamente. Verificou o psiquiatra francês nesse estudo, que, na realidade, a maior parte dos componentes do grupo eram crianças vítimas da guerra, *verwahrlosten* consecutivos às condições desfavoráveis criadas pelo conflito: uns porque tinham perdido os pais, outros porque, tendo-os abandonado durante muito tempo, haviam perdido qualquer respeito pela autoridade paterna. Nesse estudo pode ver-se que, na realidade, semelhantes indivíduos são verdadeiros psicopatas constitucionais, delinquentes, perversos sexuais, elas prostitutas desde a mais tenra juventude, eles a maior parte das vezes invertidos, recorrendo a todos os expedientes para obterem dinheiro, e procurando então encobrir-se e unirem-se uns com os outros, cimentando a sua união com um pretenso fundamento filosófico existencialista do qual, na realidade, a maior parte das vezes não têm sequer a mínima noção. Trata-se, pois, de formas de psicopatia constitucional, em cuja eclosão os factores peristáticos tiveram seguramente um papel dominante.

Entretanto, as mais sedutoras teorias para os psiquiatras modernos são aquelas que procuram a génese da psicopatia numa alteração orgânica. Muitas são as circunstâncias que levam a crer numa base orgânica das psicopatias, que então mereceriam o nome que Curtius lhes deu, de organopatias.

Com efeito, em diversas circunstâncias da medicina mental e neurológica é possível encontrar a criação de verdadeiras situações psicopáticas em indivíduos antes normais. É clássico referir, a este propósito, as psicopatias surgidas após as encefalites, principalmente a encefalite epidémica, que em nada se afastam das psicopatias constitucionais. Também no ciclo evolutivo heredo biológico de certas doenças orgânicas do cérebro, não é raro encontrar condutas psicopáticas. É o que sucede, por exemplo, no ciclo heredo biológico da coreia de Huntington; não só os futuros coreicos têm muitas vezes uma conduta psicopática, como nas famílias dos coreicos, em indivíduos que escapam à doença, se encontram com certa frequência anormalidades psicopáticas.

Também determinadas lesões hipotalâmicas — tumores, alterações inflamatórias — são capazes de provocar anormalidades da conduta.

Quero ainda referir-me às psicopatias que surgem no ciclo evolutivo das psicoses. Não é raro que, nas famílias em que surge a psicose maniaco depressiva ou a esquizofrenia, como fatalidade hereditária, alguns dos indivíduos que escapam à doença da família, se nos apresentem como verdadeiros psicopatas constitucionais, com condutas anormais que poderão ser consideradas como psicopatias do ciclo evolutivo das psicoses referidas.

Quero ainda referir-me às psicopatias post lobotomia.

Têm-se encontrado ultimamente um certo número de casos nos quais as lobotomias, executadas por razões outras que uma psicose, podem conduzir a uma conduta anormal e até criminosa.

Baruk publicou recentemente dois casos deste género, sobretudo um, no qual um esquizóide calmo e sofredor, após a lobotomia se torna criminoso, denuncia o pai, vive no ódio, é agressivo e escandaloso.

Nos últimos meses têm surgido nos tribunais de diversos países, sobretudo na Inglaterra e nos Estados Unidos, vários casos de indivíduos lobotomizados, por obsessões ou por outras razões, que mais tarde vêm a cometer crimes, demonstrando tendências psicopáticas que não existiam antes. A responsabilidade destes delinquentes põe um grave problema que está hoje na ordem do dia e longe de ser resolvido.

Outro argumento a favor da organicidade da psicopatia está no estudo dos electroencefalogramas dos psicopatas. Diversos estudos deste género têm sido feitos; citarei os de Jasper, Solomon, Gottlieb e Feldmann, em crianças. Este último estudo é especialmente interessante pela alta percentagem apresentada. Feldmann, com efeito, em 65 a 80 % de crianças caracteriais, isto é portadoras de anormalidades do carácter, encontra graves alterações do traçado electroencefalográfico.

Dennis Hill, que estudou em Londres um grande número de psicopatas agressivos, encontra que 65 % deles têm ritmos na banda teta, sobretudo nas regiões parietais superiores e temporais.

Dennis Hill faz a comparação entre o electroencefalograma dos psicopatas e o das crianças normais, chegando à conclusão de que, sob o ponto de vista bioeléctrico, existe nos psicopatas uma verdadeira imaturidade no desenvolvimento do sistema nervoso.

Diversos autores, que têm estudado sob este ponto de vista os psicopatas, acentuam sobretudo a existência de anormalidades, principalmente ritmos lentos, ao nível dos polos occipitais.

Recentemente, Stafford-Clark e Taylor estudaram também, electroencefalograficamente, número elevado de assassínios e encontraram precisamente uma alta percentagem de ritmos anormais nos assassínios com escassa motivação, isto é, naqueles em que mais são de prever a influência das taras psicopáticas.

Quero lembrar-lhes ainda a existência de factores somáticos nos homossexuais. Como é sabido, já de há muito, uma teoria defendida por Lang afirmava que os homossexuais representam um estado somático de inter sexualidade, proveniente da perda de equilíbrio normal entre os cromosomas sexuais e os autosomas. Tais indivíduos seriam então genéticamente fêmeas, embora fossem fenotipicamente machos.

Uma série de estudos recentes, sobretudo feitos com doseamentos das hormonas no sangue e nas urinas, tendem a mostrar que realmente assim é, e que, a constituição hormonal do macho homossexual é fundamentalmente diferente da do macho heterossexual. Existiriam assim verdadeiros factores somáticos que estariam na génese das perversões sexuais.

Ocupar-me-ei agora do último grupo de teorias patogénicas, justamente aquelas que filiam a origem da psicopatia constitucional na hereditariedade.

Inúmeros são os trabalhos que se têm ocupado da hereditologia dos psicopatas, sendo impossível tentar expô-los aqui, se quer resumidamente.

Fiz já referência ocasionalmente a alguns dos mais importantes. Citarei aqui outros, aos quais atribuo valor demonstrativo considerável.

Referir-me-ei primeiro, aos trabalhos que dizem respeito à hereditariedade geral dos psicopatas. São notáveis os trabalhos de Berlitt, da escola de Rüdín, e de Panse. Estes autores encontram uma frequência geral de 16 % de anormais nas famílias dos psicopatas. Esta frequência da anormalidade, incluindo nela as doenças mentais e os defeitos psíquicos ou corporais, indica uma frequência dupla da média da população geral.

A par destas investigações sobre hereditariedade geral, existem investigações particulares sobre a maioria das formas especiais de psicopatia. Assim, diversos trabalhos tendem a mostrar que certas formas de psicopatia, sobretudo as psicopatias anancásticas e as esquizóides, têm um componente hereditário muito importante.

Também para os criminosos recidivistas, um certo número de trabalhos tende a demonstrar a origem hereditária da sua anormalidade. O trabalho de Rath, por exemplo, feito com grande número de criminosos das prisões alemãs, mostrou que, quando ambos os progenitores eram criminosos, 93 % dos filhos vinham a ser também delinquentes, e se apenas um dos progenitores era criminoso, 50 % dos filhos eram também criminosos.

A investigação heredobiológica de Stumpf tem extraordinário valor demonstrativo. Feita nas prisões de Berlim, pouco antes da guerra, pôde demonstrar que para os criminosos recidivistas 36 % dos irmãos eram criminosos também; 11 % das irmãs e 17,5 % dos progenitores eram igualmente criminosos.

Se em vez de se tratar de criminosos recidivistas, se tratasse de criminosos accidentais, Stumpf já encontrava números inteiramente diferentes: 10,8 % dos irmãos criminosos, 1,9 % das irmãs e menos de 1 % dos progenitores criminosos.

Merece também menção a circunstância da investigação de Riedel. Este autor, da escola de Luxembürger e de Rüdín, estudou o prognóstico hereditário empírico, nas famílias dos psicopatas, e dos criminosos, e verificou que realmente existe uma alta percentagem de psicopatas e criminosos, tanto na ascendência como na descendência dos portadores de psicopatia constitucional. Encontrou ainda um outro dado que merece ser citado. Refiro-me à frequência da psicopatia nos cônjugues. É um facto da experiência geral este de que, os psicopatas, os anormais em geral, tendem a aproximar-se de indivíduos portadores também de taras similares às suas. Riedel mostrou que nos cônjugues ou cohabitantes dos psicopatas, existiam 44,2 % de indivíduos que eram igualmente psicopatas ou extravagantes. Este dado estatístico vem confirmar aquele velho conceito de «Qui se rassemble s'assemble».

Quero referir-me também ao valor demonstrativo que possui o estudo de certas famílias para a comprovação da origem hereditária das suas taras. Referir-me-ei a duas famílias particularmente estudadas. A família Yuke foi estudada nos Estados Unidos, pela circunstância especial de se encontrarem simultaneamente seis membros dessa família na mesma prisão. Foram então investigadas 709 pessoas que a tal família pertenciam. Verificou-se, nessas 709 pessoas, a existência de 131 alcoólicos, 174 prostitutas, 64 psicoses e 77 criminosos, 12 dos quais assassinos.

Outra família com idêntico valor demonstrativo é a família Zero, que foi estudada na Suíça. Tratava-se de uma família que residia num vale das montanhas suíças e que era constituída, séculos atrás, por trabalhadores honestos e respeitáveis. Nesta família começaram aparecendo cruzamentos com emigrantes, indivíduos sem pátria, *heimatlos*, que vinham dos países vizinhos para a Suíça em busca de trabalho, a maior parte das vezes portadores de anormalidades importantes. Após uma quantidade destes cruzamentos, começou a aparecer na família Zero uma série de psicopatas. Este número aumentou de tal forma que em pouco tempo a família era bem conhecida pela sua anormalidade. Existiu então um pároco nessa região que procurou obstar à anormalidade crescente dos descendentes da família Zero. Convicto de que o meio era a grande causa da anormalidade, isolou as crianças que iam nascendo nessa família, do contacto dos seus progenitores. Ora verificou-se que, ao contrário do que se esperava, com o curso dos anos, a maior parte dessas crianças, mesmo colocadas em ambientes favoráveis, demonstravam taras consideráveis e terminavam na psicopatia ou na delinquência.

Como se vê, o valor demonstrativo destas famílias, e de

muitas outras que se encontram estudadas neste sentido, é bastante considerável.

Entretanto, as investigações mais importantes sob o ponto de vista heredobiológico, são, sem contestação, hoje, as que são feitas em gémeos.

Como é sabido, os gémeos univitelinos constituem um meio extraordinário do estudo das anomalias hereditárias, visto que a sua carga, a sua armadura hereditária, é idêntica, contrariamente ao que sucede nos gémeos bivitelinos, que se comportam como simples irmãos.

Foram feitas, até hoje, múltiplas investigações em psicopatas pertencentes a pares de gémeos. A primeira, foi a que vem referida no famoso livro de Lange «Verbreschen als Schicksal» (o crime como destino).

Lange estudou 13 pares de gémeos univitelinos e encontrou entre eles 10 concordantes, isto é, nos quais sendo um dos gémeos psicopata, a investigação pôde demonstrar que o outro o era também. Havia pois uma concordância de 77 %. Em 17 pares de gémeos bivitelinos, pelo contrário, encontrou Lange apenas dois concordantes, ou sejam 12 %.

O estudo de Kranz, num número avultado de pares de gémeos, mostrou que, enquanto nos univitelinos, em 31 pares existiam 20 concordantes, ou sejam 65 % de concordância, em 43 pares de bivitelinos existiam apenas 23 concordantes, ou sejam 54 % de concordância.

Stumpf, no trabalho a que já me referi diversas vezes, estuda também 18 pares de gémeos univitelinos, encontrando neles 11 concordantes, (61 % de concordância) e 19 pares de gémeos bivitelinos, nos quais encontra apenas 7 concordantes, ou sejam 37 % de concordância.

Também Sanders, recentemente, em psicopatas homossexuais, afirma que em 7 pares de homossexuais univitelinos, 6 são concordantes.

Assim podemos, sem dúvida, em face destes dados heredobiológicos, afirmar que, se na realidade o papel do ambiente é, como atrás dissemos, incontestável, maior ainda é, seguramente o papel da herança.

Como se faz esta herança, não o sabemos por ora, dado que não conhecemos as leis genéticas que presidem à sua transmissão. Julgamos provável que se trate duma hereditariedade poligénica, mas não há dúvida que esta hereditariedade deve estar sujeita a grandes variações dependentes da penetrância e da expressividade dos genes, donde a irregularidade da sua manifestação.

À face deste conceito, não pode restar dúvida de que a psicopatia constitucional é uma mutação infeliz da espécie humana, tornada hereditária por leis cuja intimidade nós desconhecemos, por ora.

Esta maneira de ver a anormalidade psicopática tem como consequência imediata uma atitude de cepticismo em face de qualquer tentativa terapêutica. Com efeito, a despeito do muito que sobre o assunto se tem escrito, é sentir da imensa maioria dos psiquiatras, a inutilidade absoluta da terapêutica dos casos de psicopatia constitucional. Esta terapêutica é imposta por lei, em 15 dos estados dos Estados Unidos da América do Norte. Alguns psicanalistas apresentam para ela resultados favoráveis. Cook, por exemplo, num trabalho recente, afirma a possibilidade de recuperação em cerca de um terço dos casos de psicopatas delinquentes, submetidos à sua acção terapêutica. Entretanto, forçoso é reconhecer que, salvo casos excepcionalmente apontados, na imensa maioria dos psicopatas, sejam eles os verdadeiros loucos morais, perversos sexuais ou delinquentes, a acção da terapêutica psiquiátrica é escassa, para não dizer nula.

Abordarei, por fim, o problema talvez mais importante deste vasto campo do estudo das psicopatias constitucionais, que é precisamente, o tema da sua profilaxia.

Este problema é de índole puramente médico legal. A importância médico-legal dos psicopatas é extraordinária. Referir-lhes-ei dois dados numéricos para confirmarem a verdade desta afirmação.

Keyserlink, de Jiena, numa estatística publicada recentemente, refere que em 852 exames médico-legais praticados naquela cidade, 352 referiam-se a psicopatas. Eu próprio fui procurar o número de psicopatas existentes nos últimos 150 exames médico-legais praticados por mim para o foro militar,

e verifiquei que nada menos de 36 casos, dos 150 observados, eram psicopatas.

A importância numérica deste valor torna-se maior ainda se se pensar que dos 150 exames efectuados, cerca de metade tiveram resultados negativos, quer dizer, referiam-se a indivíduos normais. Foi, portanto, em 75 anormais que nós encontramos 36 psicopatas.

A importância médico legal da psicopatia constitucional fica assim amplamente demonstrada.

Três problemas principais temos a discutir no que diz respeito à profilaxia e medicina legal dos psicopatas.

- 1) O problema da imputabilidade do psicopata;
- 2) O problema da sua capacidade civil; e por último
- 3) o das medidas de prevenção da sociedade contra os malefícios das psicopatias.

O primeiro problema, o da imputabilidade dos psicopatas, é sem dúvida o de mais difícil resolução. O psicopata não é, evidentemente, um demente, no nosso conceito psiquiátrico. Entretanto, sendo lúcido e tendo pleno conhecimento dos seus actos, não há dúvida que um certo número dos delitos que comete, resultam de pulsões instintivas involuntárias.

É uma discussão que vem de longa data esta da imputabilidade dos psicopatas. Em fins do século passado criou-se o conceito a que já me referi dos *demi fous* e, como consequência dele, a noção da responsabilidade parcial, defendida num despacho famoso dum Ministro da Justiça, de França.

Admitia-se assim, que as anormalidades constitucionais destes indivíduos derimiam até certo ponto a sua responsabilidade, e nós encontrávamos então atenuações às quais se pretendia dar uma expressão numérica, (50 % de responsabilidade, por exemplo).

Aceitavam, os psiquiatras que defendiam esta tese, que o psicopata tem pleno conhecimento do acto delictuoso que pratica, mas que o defeito da sua vontade o impede de se coibir de o praticar. O nosso Mestre Sobral Cid, em alguns relatórios famosos, defendeu um ponto de vista similar. Para Sobral Cid, que aceitava diversos tipos de vontade — a vontade reflectida, a vontade afectiva e a vontade instintiva — o defeito fundamental dos psicopatas consistia na perturbação volitiva, e como consequência dessa perturbação, aceitava o nosso Mestre a atenuação da responsabilidade proporcional a esse defeito.

A complicação de semelhante atitude é fácil de prever. Esta inimputabilidade parcial dos psicopatas passou a ser um verdadeiro problema jurídico e mostrou-se muitas vezes falha de razão. Na realidade, basta citar-lhes o exemplo dos delinquentes recidivantes. É impossível limitar entre o psicopata criminoso no qual, além do crime cometido existem outras manifestações psicopáticas da conduta, e o criminoso habitual, psicopata também, mas cuja única manifestação da psicopatia é a recidiva do seu crime. A atenuação de responsabilidade para o primeiro implicava também uma atenuação de responsabilidade para o segundo, e então chegávamos ao facto paradoxal da recidiva do crime ser um motivo de atenuação.

Esta atitude tem sido cada vez mais rejeitada, e novos conceitos jurídicos têm levado a pô-la hoje quase inteiramente de parte. A pena, com efeito, não é hoje apenas a retribuição do crime em castigo; tem um papel mais lato. Se existe nela, efectivamente, uma parte de retribuição, é mais importante ainda o seu papel como prevenção geral e como prevenção especial. Prevenção geral, naquilo em que constitui exemplo e motivo atemorizante, para os possíveis futuros delinquentes; prevenção especial na segregação que faz do actual delinquente, do seu contacto social, retirando-lhe a possibilidade de recidiva. Com efeito, a atitude dos juristas em relação à pena, modificou-se muito nos últimos decênios. Para os tratadistas do direito, hoje, a pena não se dirige já ao crime, mas sim à personalidade do delinquente. Citarei Sliwowski: «O crime encontra-se assim limitado ao domínio dos puros índices e circunstâncias de facto, que, tendo deixado um traço indelével na ordem das coisas, servem de base para melhor ser conhecido o homem que vamos julgar».

É com efeito ao homem e não ao crime que a pena se dirige; ao homem, elemento de perturbação social, anormal, cujos ulteriores malefícios importa evitar. Daqui, conceitos novos, como por exemplo esse da prorrogação da pena; a pena que já teve julgamento definido, pode, após o seu cumprimento, ser prorrogada indefinidamente, por tribunais especiais, para

evitar a reincidência no crime. Pena que, portanto, já não é retribuição, castigo simples, mas é profilaxia geral pelo exemplo e profilaxia individual, repito, pela segregação.

Existem, entretanto, ainda hoje, a este respeito, muitas divergências. Ainda recentemente, a propósito da discussão sobre a pena capital, para a qual existe em Inglaterra uma comissão real de estudo, a British Medical Association, em 1901, respondia ao inquérito confirmando a velha doutrina exposta na Câmara dos Lords, a propósito do caso Mac Nebbten, em 1843, e que tem sido o fundamento da jurisprudência em relação aos anormais. Diz a British Medical Association que o indivíduo será inimputável quando, entre outras circunstâncias, sabendo que o acto que fez é mau, não possui suficiente força para se prevenir a si próprio de o cometer. Ponto de vista recente e que, como se vê, é inteiramente oposto, ou pelo menos, acentuadamente diferente daquele que acabo de expor e que é o que informa a maior parte da literatura jurídica italiana, francesa, polaca e nacional.

Assim, e na impossibilidade de dilatar mais este tema tão curioso, por falta de tempo, concluirei definindo a minha atitude habitual que é aquela de considerar o psicopata, em princípio, como um anormal imputável, a sua anomalia mental não sendo suficiente para o inibir do exercício da vontade.

Este princípio geral está sujeito, bem entendido, a certas excepções. Uma, em que eu frequentemente reincido, é a que diz respeito às deserções por fuga psicopática. O julgamento de imputabilidade e o castigo destes indivíduos, torna-se mais dispendioso para o Exército do que o julgamento da sua incapacidade para o serviço. Assim, considerando-os em geral responsáveis e tendo de responder por aquele delito que praticaram, eu julgo-os, por via de regra, incapazes para o serviço, prevenindo por esta forma delitos futuros que a sua inadaptação à disciplina militar sem dúvida voltaria a provocar.

Ocupar-me-ei agora do segundo problema — o da capacidade civil dos psicopatas.

Este problema merece menor discussão. Bem entendido que o psicopata, portador de anormalidades constitucionais e indeláveis da personalidade, anormalidades que o levam a não ter o senso crítico necessário para se dirigir e administrar, deve ser alvo de medidas de protecção, quer para si próprio, quer para os interesses que as suas atitudes possam atingir. Assim, sou francamente apologista da interdição daqueles casos de psicopatia suficientemente manifestos para que nós possamos afirmar a sua existência sem hesitação.

O regime de tutoria ou curadoria deve ser aplicado a semelhantes indivíduos, com toda a regularidade, porquanto a liberdade de administrarem os seus interesses trará como inevitável consequência a miséria e o prejuízo.

Problema mais delicado é o que se refere aos impedimentos do casamento e à esterilização dos psicopatas. Defendendo o princípio de que a psicopatia é uma anormalidade hereditária e considerando-o como assente, não há dúvida de que a defesa da esterilização se impõe.

Não foi só na Alemanha nazi que a esterilização atingiu grande divulgação. Como é sabido, as leis impostas no Reich alemão pelo governo hitleriano, impunham a esterilização de todos os anormais físicos ou mentais, nos quais estavam incluídos os psicopatas constitucionais.

Também actualmente nos Estados Unidos a esterilização passa por uma vaga de grande aumento. Na maior parte dos estados da União americana a esterilização é autorizada pela lei.

Segundo um trabalho recente de Vischi, até 1949 foram esterilizados nos Estados Unidos 24.957 deficientes mentais, nos quais se incluem os psicopatas constitucionais; 22.467 doentes mentais, portadores de psicoses e 2.769 casos de outros géneros variáveis.

Esta esterilização, segundo a lei da maior parte dos estados americanos, é feita após uma conferência dos médicos da Instituição, em que todos estejam de acordo em preconizá-la, com autorização dos parentes mais próximos do observado e ainda após submissão do parecer ao Departamento de Higiene do Estado que o deverá aprovar.

Bem entendido que a esterilização dos psicopatas, como toda a esterilização em geral, envolve problemas morais e religiosos extremamente delicados. Em países onde o espírito

## Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Com partes iguais de sulfato de Estreptomicina e de sulfato de Dihidroestrep-  
tomicina (em lugar de um só destes sais)

### — NEUROTOXICIDADE

CONSIDERÁVELMENTE REDUZIDA

### — EFICIENCIA HABITUAL

# ATRALMICINA

#### NORMAL:

0,25 g de sulfato de Dihidroestrep-tomicina  
0,25 g de sulfato de Estreptomicina  
400.000 U. de Penicilina

#### FORTE:

0,50 g de sulfato de Dihidroestrep-tomicina  
0,50 g de sulfato de Estreptomicina  
400.000 U. de Penicilina

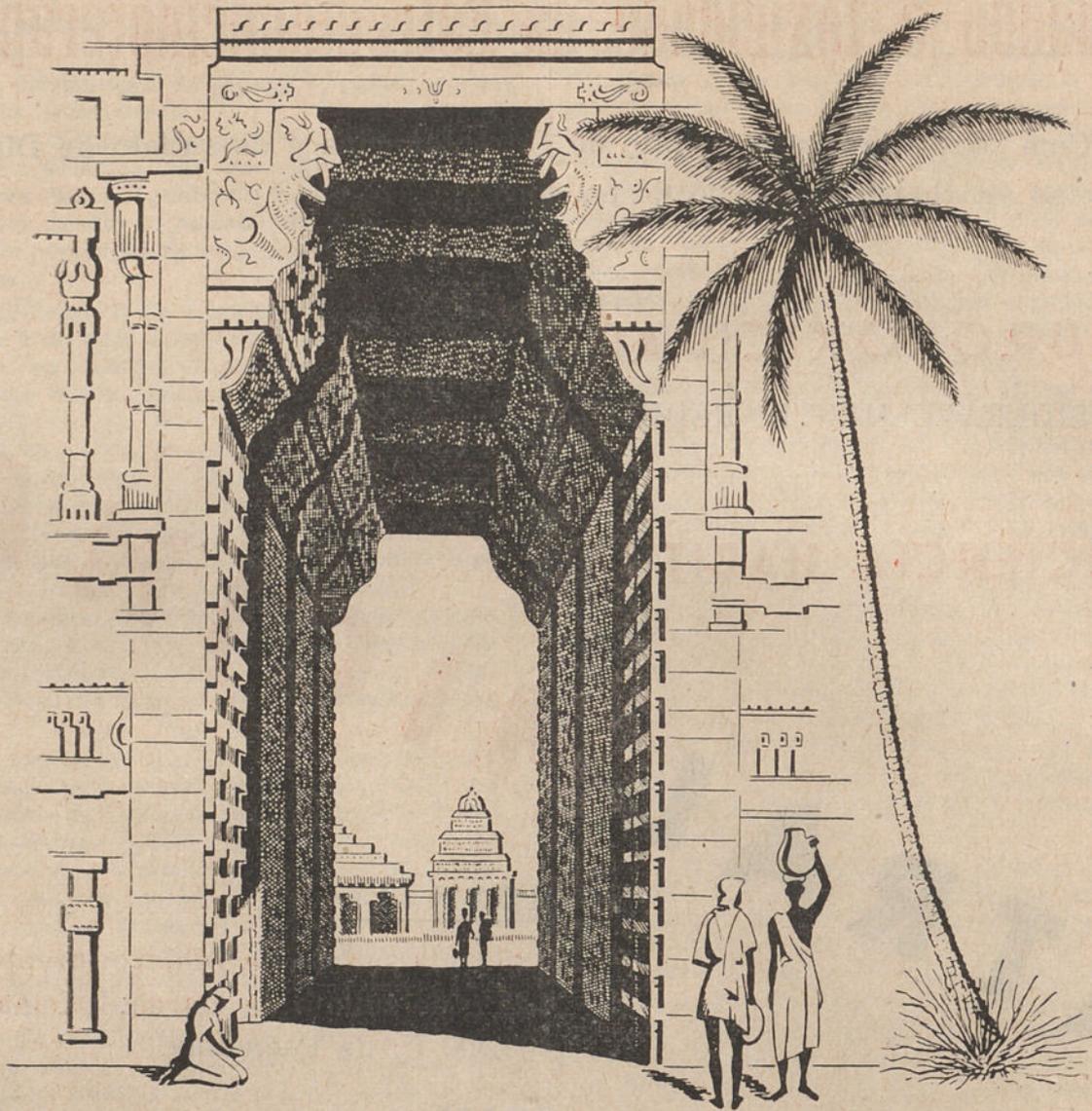
#### FORTÍSSIMA:

0,50 g de sulfato de Dihidroestrep-tomicina  
0,50 g de sulfato de Estreptomicina  
800.000 U. de Penicilina

#### INFANTIL:

0,125 g de sulfato de Dihidroestrep-tomicina  
0,125 g de sulfato de Estreptomicina  
150.000 U. de Penicilina

LABORATORIOS ATRAL



**RAUWOLFIA SERPENTINA**

uma velha planta medicinal indiana

# RAUPINA

na moderna terapêutica da hipertensão

Frascos de 20 e 80 drageias



AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

**FERRAZ, LYNCE, LDA.**

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

religioso da população se encontra tão desenvolvido como entre nós, mais ainda a esterilização dos psicopatas não pode deixar de levantar sérios óbices. Entretanto, a segurança do reconhecimento da transmissão hereditária destas anormalidades deve levar o médico a aceitar como possível a esterilização de tais anormais, no intuito de evitar malefícios maiores para a Sociedade. Medida de profilaxia, do mesmo valor que as medidas legais, talvez ainda mais valiosa do que elas, a esterilização ganha terreno e, a despeito de tudo, é provável que venha a ser uma medida mais geralmente aceite no futuro.

Abordarei agora o terceiro problema — o da prevenção social.

Evidentemente que esterilização e aplicação de pena, como disse há pouco, são já medidas de prevenção. A esterilização, prevenção da continuidade da anormalidade através das gerações; a aplicação de pena, prevenção, pela segregação do indivíduo e pelo exemplo que impõe ao resto da Sociedade.

Referir-me-ei em particular às medidas de prevenção social existentes na lei portuguesa, ou seja da Reforma Prisional de 1946 e nos decretos lei 35.042 de 1945, e 36.448 de 1947.

Devo começar por lhes afirmar que a doutrina expressa na lei portuguesa se pode considerar como excelente, e se na prática a sua aplicação não tem dado aqueles resultados que se poderiam esperar da sua excelência, isto resulta apenas dos insuficientes meios materiais com que tem sido aplicada.

A lei portuguesa considera a profilaxia das anormalidades pelas medidas de segurança, as quais resultam do estado de perigosidade do indivíduo. A ideia da perigosidade dos delinquentes domina todo o regimen a que ficam sujeitos. Enquanto dura a perigosidade, dura a medida de segurança que sobre o indivíduo impende. Esta perigosidade resulta das anormais condições psicológicas do indivíduo ou da sua tendência à recidiva delinquente; só pode ser admitida a sua extinção ou pela demonstração da regeneração do indivíduo, ou por circunstâncias físicas anuladoras dessa perigosidade.

A lei portuguesa considera os seguintes indivíduos passíveis de medidas de segurança:

- criminosos imputáveis ou inimputáveis perigosos;
- anormais sem crime formado, constituindo estado de perigo;
- menores delinquentes;
- delinquentes de difícil correcção;
- vadios e equiparados;
- viciosos contra a natureza (anormais sexuais);
- intoxicados crónicos (toximaniacos);
- os que dêem escândalo público (prostitutas e mulheres de público mau porte);
- os que fomentem a prostituição e;
- os que favoreçam a depravação dos menores, etc.

Vejamos em que consistem as medidas de segurança. A primeira é evidentemente a pena. Disse-lhes já atrás que a pena, pela segregação que fazia do indivíduo, era uma medida de segurança social. A noção de pena veio juntar-se, nas últimas décadas, a noção de sentença indeterminada, baseada na teoria da imprevisão.

Nos criminosos recidivistas, nestes indivíduos dos grupos que atrás citei, torna-se imprevisível afirmar se a delinquência recidivará ou não. Em face desta imprevisão de futura delinquência, a sentença toma um aspecto novo, torna-se sentença indeterminada. Como expressão dela, existe a prorrogação da pena. Não se trata já da pena inicial, com o seu carácter aflitivo de compensação ou castigo, mas sim de uma medida de segurança que é a expressão precisamente deste conceito de sentença indeterminada.

Quem aplica esta prorrogação de pena?

Os Tribunais que o fazem, têm na maioria das legisla-

ções o nome de Tribunais de Segurança. Entre nós, estes Tribunais têm o nome de Execução de Penas. (Entre parêntesis seja dito, que um nome escolhido com pouca felicidade).

Sempre que haja estado de perigosidade, os Tribunais gerais devem enviar o delinquente ao Tribunal de Execução de Penas. A este Tribunal assiste o direito de prorrogar indefinidamente a pena, enquanto considerar existente o estado de perigosidade.

A maior dificuldade da lei, reside exactamente no julgamento da existência de um estado de perigosidade. A nossa lei julga a existência de tal estado pelo número de actos delituosos praticados pelo indivíduo, o que nem sempre é uma boa forma de apreciar a perigosidade. Também a lei portuguesa criou os Institutos de Criminologia, nos quais, médicos especializados procedem ao estudo psiquiátrico da personalidade e das condições de vida dos delinquentes, propondo ao Tribunal o seu conceito do grau de perigosidade do delinquente e as medidas a adoptar para com eles. O regimen particular de prisão para estes indivíduos, sobretudo a criação de anexos psiquiátricos ou prisões asilares, que a lei prevê, não se encontra ainda na sua maior parte em execução.

Esta aparente arbitrariedade da sentença indeterminada, constitui, nosso ver, uma medida de protecção social de alto valor.

O estado de perigosidade e, portanto, as medidas de segurança, terminam quando se pode verificar a melhoria das condições do indivíduo ou da sua adaptação social. E entre a sua reclusão e a sua completa libertação, existem graus de transição determinados pelo Tribunal de Execução de Penas, como sejam a liberdade vigiada e a liberdade condicional.

Ainda as providências de policia e de assistência podem ser consideradas, dentro destas medidas de profilaxia geral da criminalidade e da psicopatia.

Quais os resultados destes novos conceitos jurídicos e da sua aplicação à prática, é o que por ora é impossível prever. Assentam porém, em inegáveis e valiosos princípios sociológicos e psiquiátricos, dos quais há a esperar o maior êxito na sua aplicação.

Entretanto, não quero terminar sem lhes lembrar que o valor dos conceitos de psicopatia, de anormalidade moral, varia muito, consoante os princípios que informam o sistema social em que se vive, ou consoante as atitudes filosóficas dominantes em cada época. Durante a evolução já longa que conhecemos à Humanidade, muito diversa tem sido, como no início lhes disse, a atitude da ciência em relação aos psicopatas. Não é impossível que novas atitudes humanas venham a fazer considerar doutras formas este vasto grupo de homens, que são os psicopatas, esta verdadeira humanidade à parte, que constitui uma mutação daquilo que consideramos hoje a humanidade normal.

Ao ler, por exemplo, um livro publicado muito recentemente «The Homosexual in America», da autoria do psiquiatra Donald Cory, sente-se um certo espanto ao verificar que o autor pede o reconhecimento dos homossexuais como um grupo respeitável, uma minoria populacional útil, que não é mais anti-social do que a dos heterossexuais. Cory nega no seu livro o perigo do proselitismo dos homossexuais e considera até o amor entre eles a «wonderful thing» indo mesmo ao ponto de aceitar a existência dos seus *faux ménages*.

Esta atitude transigente, nova, em relação a determinados aspectos das psicopatias pode sem dúvida estender-se e eu termino estas longas considerações que vos fiz, lembrando aquela velha novela do grande Machado Assis, intitulada «O Alienista», na qual o médico, cheio de fé nos princípios psiquiátricos que aprendera, começa por criar a sua Casa de Saúde onde encerra todos os loucos da pequena cidade onde vivia. Termina, porém, por encontrar a anormalidade dos que haviam ficado de fora, liberta os loucos e encerra-se ele próprio com os reputados normais, dentro da Casa.

Talvez esta ideia defina um possível conceito profético do futuro da Humanidade!

# REVISÃO DE CONJUNTO

## Da pneumólise extra-pleural

JOSÉ ROCHETA

(Director do Sanatório Popular D. Carlos I)

Porque se trata de uma palestra para ouvintes dum curso de aperfeiçoamento, mas cujo objectivo essencial é a apresentação das questões clínicas sob um aspecto prático, devo esclarecer logo de entrada, que vou procurar cingir-me a esse espírito, de molde a não fatigar os ouvintes com uma longa dissertação e ainda muito menos sobrecarregar-lhes a atenção com tiradas de erudição minuciosa, de técnica excessiva ou subtilidades de patogenia. Será portanto do caso pensado, uma palestra simples e pouco extensa.

Vai falar-se como o diz o título, «da pneumólise extra-pleural que é como sabem, pelo menos na generalidade, uma intervenção cirúrgica que pretende resolver determinadas lesões tuberculosas pulmonares. Por se tratar duma intervenção cirúrgica a querer resolver terapêuticamente certas formas fímicas do pulmão, pode parecer à primeira vista, neste tempo da descoberta e do aparecimento recente duma série de alguns quimioterápicos contra a infecção pelo bacilo de Koch, pode parecer, repetimos, estranho à primeira vista, que venha tratar-se de tal assunto num curso de aperfeiçoamento, tão deslocada pode julgar-se a cirurgia na tuberculose pulmonar no tempo que corre. De facto, a terapêutica médica medicamentosa, da doença de Koch, foi ultimamente enriquecida com mais 4 medicamentos indiscutivelmente de reconhecido merecimento que já tem no seu activo de curas, muitas centenas de casos. E todavia, pelo visto, continua a falar-se em terapêutica cirúrgica anti-tuberculosa. Continua a falar-se e creio que ainda se falará durante muito tempo...

Sem dúvida, a estreptomycina, o ácido para-amino salicílico, a tiiosemicarbazona e ultimamente, há precisamente 1 ano, a hidrazidaisonicotínica, representam um progresso insosmável para a cura da tuberculose; mas exactamente porque para muitos clínicos, quer os que vivem em grandes centros, quer os que vivem nos pequenos centros, o brilho terapêutico de certos casos obtidos por aquelas substâncias, pode de tal modo fazê-los esquecer os casos maus, aqueles casos que estes medicamentos não curam, é que de propósito eu trouxe aqui e desejo falar hoje duma terapêutica que ainda não morreu com o aparecimento daquela e pelo contrário, exactamente pela sua existência, veio alargar o seu campo de indicação, de modo a ser finalmente ela que irá em definitivo resolver o problema de muitas situações. De facto a quimioterapia tem a sua aplicação e a sua indiscutível importância, mas não lhe peçamos aquilo que ela não pode dar. Não teimemos para além de certos limites e sobretudo saibamos informar honestamente os nossos doentes de que a quimioterapia não é sempre nem a única e nem a mais eficaz aplicação contra a tuberculose. Tem as suas indicações e os seus limites e quer uns quer outros já por si, constituem motivo para mais de uma palestra, que hoje não posso fazer. Mas porque os abusos são muitos na sua aplicação, é que eu desejo lembrar o valor que ainda mantém a cirurgia no combate a uma doença que ainda constitui em todo o mundo, um problema sanitário e económico da mais alta importância.

Posto isto, iniciemos o assunto propriamente dito da nossa palestra.

O que vem a ser em poucas palavras a pneumólise extra-pleural?

Por pneumólise <sup>(1)</sup> deve entender-se o destacamento ou descolamento do pulmão da sua fixação costal, quando por sínfise pleuro-pulmonar não é possível o clássico pneumotórax; e extra-pleural quando este se realiza por fora da pleura. Sob o ponto de vista fisiológico, esta não é de facto a melhor expressão; por isso há quem entenda melhor chamar pleuro-pneumo-

nólise que também entendemos não ser perfeitamente apropriada; em nosso entender o mais exacto é toraco-pleurólise.

O termo de pneumólise está porém consagrado desde Tuffier, Baer, Mayer, etc., pois foram os primeiros autores a occuparem-se do assunto e a executarem o referido descolamento. Naturalmente que para a realização da pneumólise extra-pleural é necessária uma intervenção cirúrgica, sobre cuja técnica devo dizer algumas palavras, embora resumindo-a o mais possível. Assim, por incisão omo-vertebral da pele, tecido celular sub-cutâneo e dos músculos trapézio e romboide e por vezes do grande dorsal, chega-se ao plano ósseo costal. Como dissemos, trata-se de pneumólise extra-pleural; não se trata portanto dum pneumotórax que é o colapso por via intra-pleural, nem se trata duma toracoplastia que é um colapso por exérese dos arcos costais de modo a permitir o mesmo resultado de relaxamento pulmonar, afastados que foram os suportes morfo-funcionais que mantêm e entretêm a distensão e a respiração pulmonar. Enquanto a primeira é uma intervenção banalíssima, já hoje na mão de todos os tisiologistas e quase tão simples na sua técnica como uma injeção intravenosa, é a segunda pelo contrário, e particularmente se entrarmos em linha de conta com as variadas técnicas hoje existentes, uma operação cirúrgica que exige a aprendizagem operatória séria da parte de quem a pratica e certas condições imuno-biológicas e clínicas da parte do doente, que tem obrigatoriamente de ser tomadas na mais cuidadosa atenção e consideração. Ora entre uma e outra insere-se a pneumólise extra-pleural. Não tem evidentemente a simplicidade do pneumotórax nem tão pouco a extensão e a importância da toracoplastia, porque esta exige, regra geral, a ressecção de 6-7 costelas, que tem de fazer-se em 2-3 tempos operatórios. É como sabem uma intervenção chocante e tem particularmente, por causa desta obrigatoriedade dos 2-3 tempos, um efeito psicológico desagradável pela repetição. De facto é para o doente que tem de submeter-se a ela, o qu mais conta para a sua aceitação. Uma vez, admite-se, mas mais uam e ainda outra, é na realidade violento. Ora bem, considerando-se pela técnica e pela extensão operatória, entre o pneumotórax a toracoplastia, a pneumólise tem sobretudo a seu favor a circunstância de se realizar num único tempo. E já isto, afóra outras circunstâncias é de um mérito que não se deve esquecer.

Chegados pois, como dissemos há um instante, ao nível do plano ósseo costal, vamos continuar a nossa intervenção: — Escolhida a 3.<sup>a</sup> ou 4.<sup>a</sup> costela, vamos ressecar-lhe um segmento posterior de 6 a 10 cm. de comprimento se se trata de realizar um pneumotórax extra-pleural, de 10 a 15 se se pensa na introdução dum chumaço de apoio e contensão. Em qualquer dos casos, a ressecção tem que fazer-se sub-periosteia depois do que nos fica para atingir directamente o pulmão, ou melhor a pleura parietal, os músculos inter-costais que cuidadosamente seccionados, nos colocam em immediato contacto com aquela. Deixemos por hoje os detalhes de técnica e mesmo certa discussão, ou melhor, certa discrepância de vistas sobre o problema topográfico e anatómico da chamada fascia endotorácica. O que convém que os meus amigos saibam, é que uma vez em contacto com a pleuro parietal que se encontra sinfisada com a pleuro visceral, como já dissemos e que é a razão impeditiva de se poder realizar o pneumotórax clássico banal, nós vamos por manobras digitais ou com o auxílio de tampões ou bonecas de gaze, destacar a referida pleura da face interna da porção restante da costela ressecada e bem assim da 2.<sup>a</sup> e 1.<sup>a</sup> e depois da 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> costelas, de modo a permitir a queda do pulmão para o hilo e que ao colapsar-se, permite a formação duma bolsa extra-pleural gasosa de maior ou menor capacidade conforme a indicação clínica. Criada assim a bolsa extra-pleural, suturam-se depois cuidadosamente todos os planos até à pele de modo a conseguir-se a sua perfeita estanqueidade. Criamos assim um

(1) Do grego Lysis = dissolução.

# BISMUCILINA

## Bial

### INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

#### EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)  
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

# BISMUCILINA INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

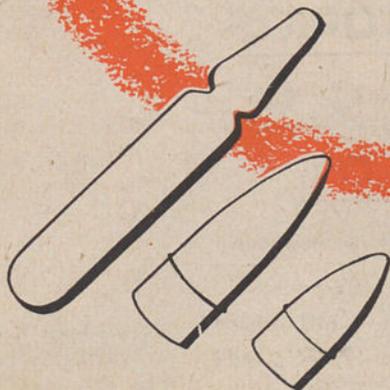
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



BAlXA DE PREÇOS

# SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial  
3 Doseamentos 3 Exitos

**Synergistin Normal**—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	19\$50
3 Doses	Esc.	55\$50
5 Doses	Esc.	90\$00
10 Doses	Esc.	175\$00

**Synergistin Forte** —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	27\$00
3 Doses	Esc.	78\$00
5 Doses	Esc.	127\$50
10 Doses	Esc.	250\$00

**Synergistin Infantil**—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	14\$00
3 Doses	Esc.	39\$00

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27  
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875  
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604  
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

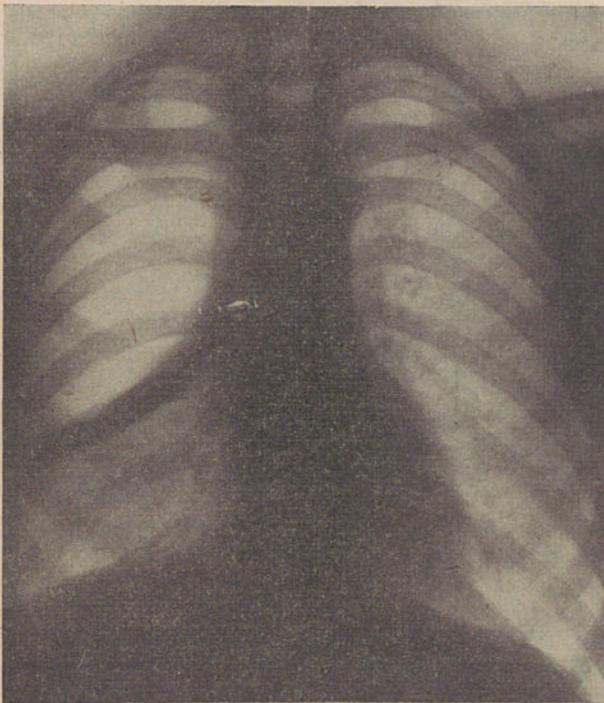
pneumotórax extra-pleural. Aqui têm os senhores os casos 1, 2, n.º 3 e 4 de pneumotórax extra-pleural.

Assim:

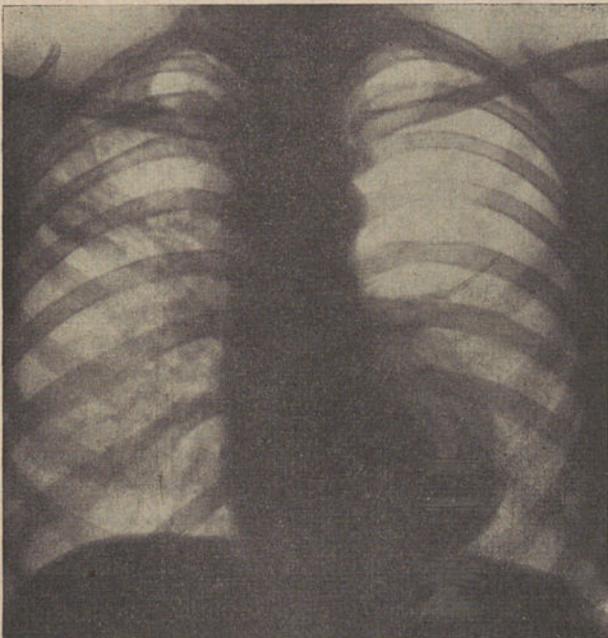
#### EXTRA-PLEURAL SIMPLES UNILATERAL (4 casos)



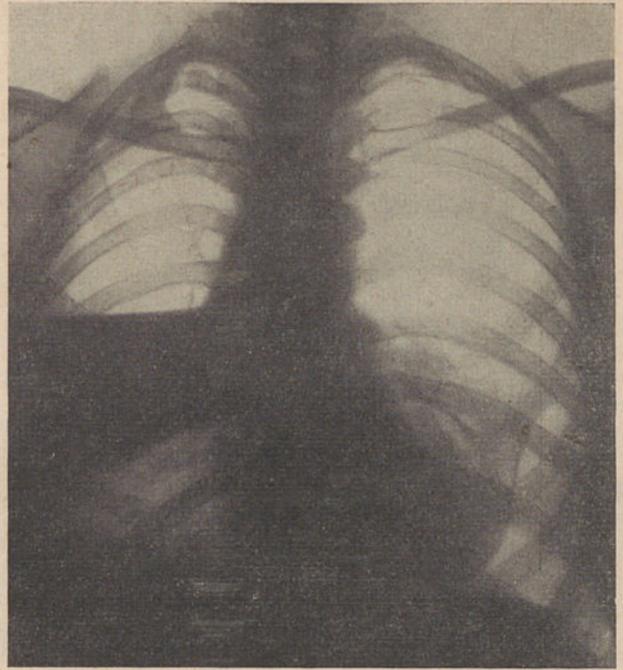
1.ª Rad. — Tomogramas dos planos 6 e 7. Caso n.º 2.



2.ª Rad. — Após extra-pleural direito. Caso n.º 2.



3.ª Rad. — Pnx. intra-pleural à esquerda com cavidade do lobo superior direito; pneumotórax intra-pleural deste lado. Caso n.º 4.



4.ª Rad. — Continuação do pneumotórax intra-pleural à esquerda com pneumotórax extra-pleural à direita. Caso n.º 4.

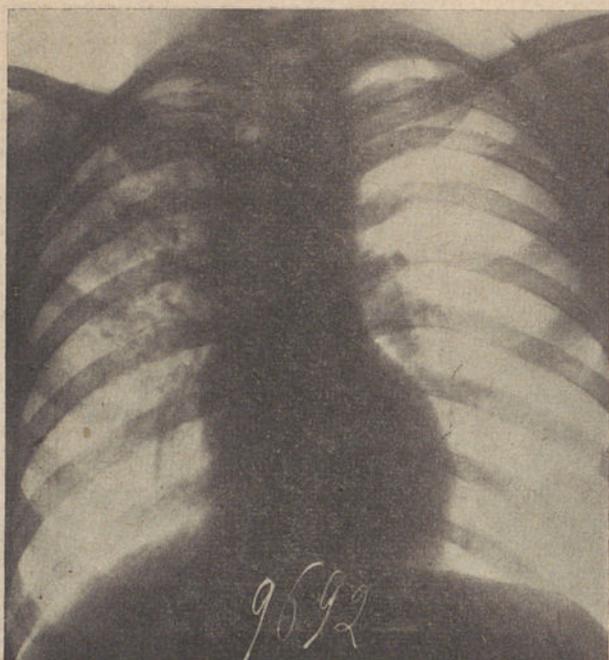
Como vêem a câmara gasosa obtida cirurgicamente para a resolução da situação clínico-radiológica que se mostra na primeira radiografia antes da intervenção fez desaparecer a lesão inicial e agora vai continuar-se com as insuflações, como se se tratasse dum simples caso de pneumotórax intra-pleural. Com excepção do regimen tensional gasoso, que nestas condições é diferente do intra-pleural, visto que neste se podem empregar pressões, regra geral em torno de zero ou mesmo sem aqui chegarem, no extra-pleural, as tensões a que o ar tem que ser introduzido na bolsa do pneumotórax, vai até mais 20, mais 30 centímetros de água e mesmo mais; quanto à duração deste, gira em torno do mesmo que habitualmente se emprega para aquele; 2, 3 ou mesmo 4 anos, conforme a extensão e a natureza das lesões iniciais. Quais são portanto as indicações clínico-radiológicas do pneumotórax extra-pleural? Fixemos fundamentalmente as indicações ideais ou absolutas, porque as relativas que são em maior número, variam um pouco de clínico para clínico e alongar-nos-iam em demasia esta palestra. Assim, podemos dizer que a indicação ideal, é dada pelo caso ao qual não é possível o pneumotórax de Forlanini, por sinfise pleural, que apresenta na metade superior do tórax uma cavidade de médio e pequeno volume não justa-costal, que o repouso e os quimioterápicos não cicatrizaram, que pela pouca extensão das lesões pericavitárias, atinge uma área relativamente pouco extensa de parenquima e que por isso mesmo, seria violento submetê-los a uma toracoplastia.

Que o extra-pleural é uma intervenção que, além de benigna, leva ao mesmo bom resultado terapêutico do intra-pleural, veja-se o resultado final dos casos n.ºs 5 e 6;

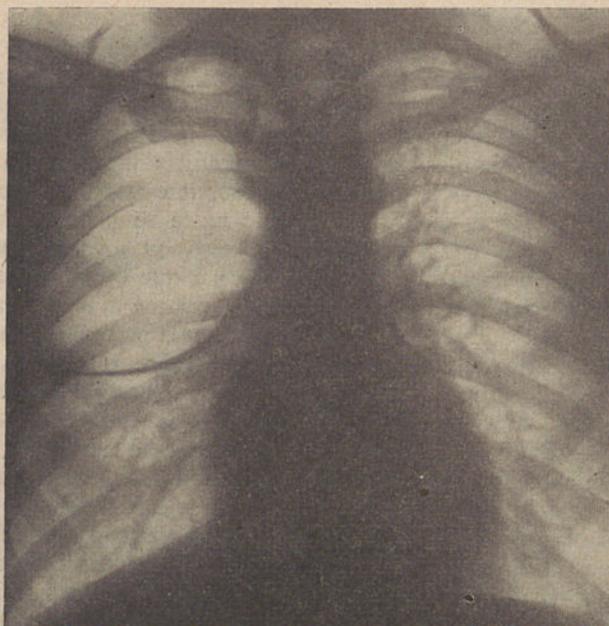
Assim:

#### CURA APÓS EXTRA-PLEURAL (2 casos)

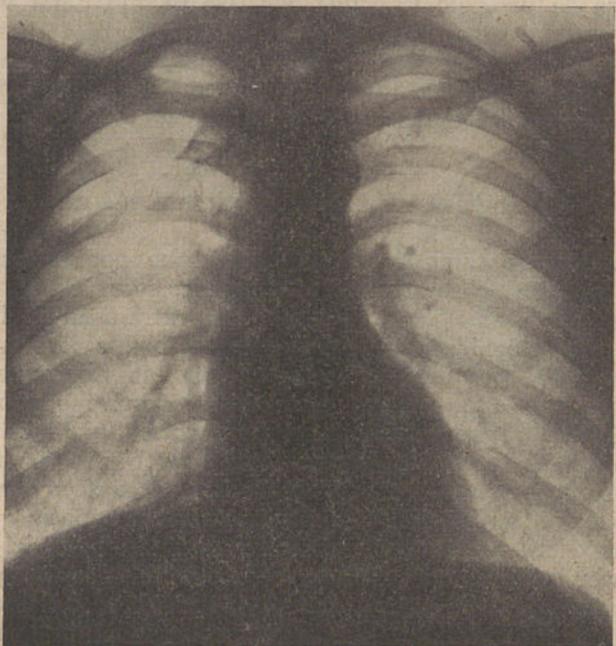
que depois de tanto tempo de terapêutica por esta modalidade terapêutica, curaram completamente, como é bem visível nas radiografias após o abandono do extra-pleural. Todavia apesar da benignidade da intervenção e do bom e perfeito resultado obtido, como se verifica nos casos aqui apresentados, o pneumotórax extra-pleural, nem sempre resolve o problema; há de facto várias possibilidades de insucesso, que lhe limitam as indicações, o que é realmente desagradável visto que a pneumólise extra-pleural, é a intervenção ideal pela electividade que se pode realizar no colapso pulmonar e ainda também, o que é fundamental, pela reversibilidade do resultado operatório; obedece por isso ao mais ortodoxo princípio cirúrgico. No próprio pneumotórax intra-pleural sendo reversível, só raramente se consegue a electividade. Mas o pneumotórax extra-pleural tem ainda a seu favor, o grande mérito de ser uma intervenção que sobrecarrega muito pouco o coração e a circulação; verifica-se



5.ª Rad. — Grande cavidade infra-clavicular direita; inexecuibilidade de pneumotórax intra-pleural desse lado. Caso n.º 6.



6.ª Rad. — Depois do pneumotórax extra-pleural à direita. Caso n.º 6.



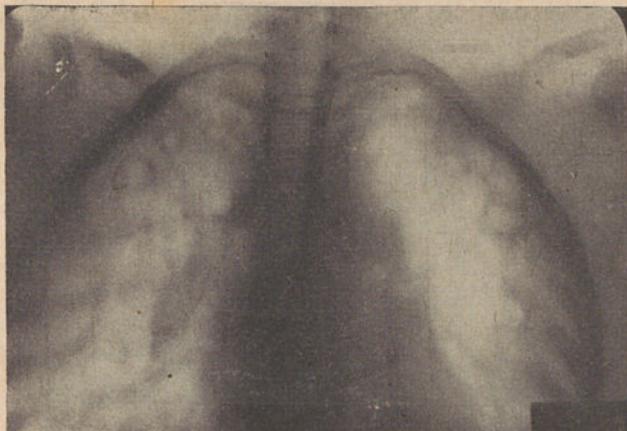
7.ª Rad. — Abandono do pneumotórax extra-pleural; ausência de lesões. Caso n.º 6.

mesmo, que não só o aparelho cardio-circulatório é o menos atingido mas mesmo o próprio aparelho respiratório, pois por exames bronco-espirométricos se observa, que o ar de reserva é pouco modificado se é que em muitos casos não melhora até após a intervenção, reduzindo-se com esta, fundamentalmente o ar residual de modo a obter-se como resultado final uma nítida vantagem para a função respiratória. Compare-se finalmente a mortalidade operatória, que grosso modo se pode estabelecer em torno de para menos de 0,5 % com a mortalidade operatória de toracoplastia, que embora baixa no nosso meio, anda em torno de 1-2 % ou com a mortalidade mais alta ainda da ressecção e avaliar-se-á de modo nítido a enorme vantagem desta intervenção. De qualquer modo repetimos, esta intervenção tem alguns inconvenientes que rapidamente podemos enumerar. 1.º — *Hemorragia*, sequência natural da própria pneumólise, hoje facilmente controlável pelas transfusões; o antigo inconveniente de coagulação sanguínea, na bolsa do pneumotórax que obrigava à extracção cirúrgica dos coágulos, quando estes demoravam muito tempo a sua liquefacção, está hoje também resolvida pelo emprego da varidase, fermentos, como sabem, dos estreptococos hemolíticos e que prontamente fluidificam os coágulos formados; 2.º — *A infecção* pelos agentes comuns da supuração e que também se pode diminuir facilmente com o emprego da penicilina e de todos os outros quimioterápicos conhecidos. O pior é quando se trata da infecção específica, isto é portanto quando nos encontramos em face dum empiema tuberculoso post-pneumotórax extra-pleural. Naturalmente que possuímos hoje a estreptomina, P. A. .S, a tiosemicarbazona e também a hidrazida para resolver tal situação e não só por administração oral como também aplicação local, para resolver tais situações; mas há que confessar que felizmente, a percentagem dos empiemas específicos é pequena e pouco entenebrece os resultados da operação, por que de contrário seria medida terapêutica pouco aconselhável, tão pouco satisfatórios são os resultados do empiema tuberculoso. Em regra quando esta situação se instala, só temos muitas vezes uma solução: abandonar o pneumotórax e substituí-lo por uma toracoplastia. 3.º — *A fistulização* da câmara de pneumólise e que é a mais desagradável de todas as complicações que podem sobrevir neste tipo de intervenção; e quando falamos de fistulização da câmara de pneumólise, queremos referir apenas à fistulização interna. De facto a formação duma fístula interna no sentido da bolsa para a árvore respiratória, é não só difícil de resolver por si, mas tem particularmente o perigo da infecção contro lateral. De qualquer modo o aparecimento desta situação pressupõe quase sempre a realização duma toracoplastia do lado da pneumólise; felizmente, devemos também acrescentar: a percentagem do seu aparecimento é muitíssimo pequena. 4.º — Finalmente o último inconveniente que desejo apontar ao emprego da pneumólise extra-pleural, é a circunstância do doente a quem esta está indicada, ter depois de ser vigiado por clínicos com pouca ou nenhuma prática de insuflações post-extra-pleural ou que vivem a tal distância dum centro onde aqueles existam, que pensar fazê-las a estes é tarefa perfeitamente inútil. De facto pela prática que aqui possuímos desta intervenção e da enorme variedade de condições dos nossos doentes, tem acontecido que pneumotórax extra-pleural aqui realizado e que depois não seja seguido clinicamente com a regularidade e a técnica necessárias, é pneumotórax perdido, o que, como se calcula, é uma arrelia muito incomodativa.

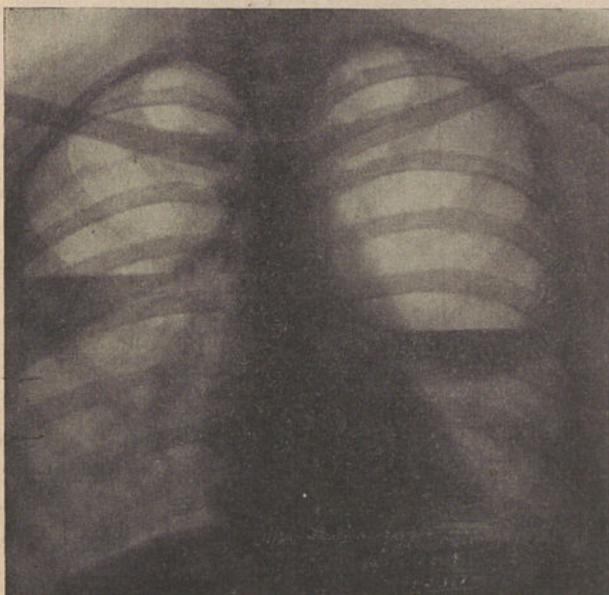
Ora bem! foi precisamente este último inconveniente, aquele que mais frequentemente leva entre nós à perda do pneumotórax extra-pleural, portanto o maior de todos os inconvenientes, que nos forçam a orientação de substituir o ar pelo óleo e transformar assim o pneumotórax extra-pleural em óleotorax extra-pleural. A técnica da intervenção é perfeitamente a mesma; simplesmente muda-se o ar em óleo. Deste modo já o doente se desloca do local onde foi operado para a província e mesmo para zonas desta, onde nem especialistas há. Assim vejam os senhores estes casos de óleotorax extra-pleural, os n.ºs 7, de extra-pleural unilateral com parafina, o 8 de extra-pleural bilateral com parafina e o 9 o caso de extra-pleural bilateral com parafina, depois da perda de intra-pleural à esquerda;

EXTRA-PLEURAL UNILATERAL COM PARAFINA  
(1 caso)

EXTRA-PLEURAL BILATERAL, COM PARAFINA  
(2 casos)



8.<sup>a</sup> Rad.—Tomografia no plano 5, com cavidades bilaterais; inexecuibilidade bilateral do pneumotórax intra-pleural. Caso n.º 8.



9.<sup>a</sup> Rad.—Pneumotórax extra-pleural bilateral com parafina bilateral. Caso n.º 8.

#### EXTRA- PLEURAL BILATERAL, COM PARAFINA DEPOIS DE PERDA DE INTRA-PLEURAL À ESQUERDA

Apesar de tudo porém, o doente não pode desligar-se definitivamente do médico especialista e particularmente até dum centro da especialidade. De facto o óleotorax é a substituição do ar por uma substância oleosa; a primeira que se empregou foi o óleo gomenolado ou o azeite gomenolado a 4-6 %, que tem a vantagem de certa acção bactericida que lhe é dada pelo gomenol e ser além disso muito pouco tóxico. Tem todavia o inconveniente de provocar uma acção irritativa sobre a pleura com forte hiperemia e afluxo de leucócitos, com uma mais rápida saponificação do óleo empregado, e ainda o inconveniente dum elevado peso específico, o que provoca certa pressão intra-pleural que exige contróle relativamente frequente. Portanto, como vêem, a saponificação do óleo que é necessário ser vigiado e a pressão intra-torácica, que pode sofrer variações conforme a maior ou menor irritação pleural e daí o aparecimento dum certo derrame pleural que aquele pode provocar, exigem cuidados técnicos apreciáveis. É verdade que há quem defenda usar antes a parafina líquida simples ou gomelada, mas esta foi em grande parte abandonada por se ter verificado, embora raramente, casos de parafinoma da parede além da mesma irritação pleural que também pode provocar e do mediastino. Em qualquer dos casos, porém, há sempre o perigo dum perfuração pleuro-pulmonar, com todas as suas terríveis consequências. Portanto e em ltima análise, embora a substituição do ar pelo óleo, tenha certas vantagens, fundamentalmente aquelas que resultam da libertação do doente das insuflações gasosas periódicas e que têm de manter-se por 2 a 3 anos, o óleo

não exclue, como já se disse, a vigilância do doente por parte do clínico e que este conheça bem os problemas que poderá ter que resolver.

Até aqui portanto as vantagens e os inconvenientes do gás e dos líquidos na pneumólise extra-pleural. E por que o clínico que se preza, pretende sempre só aquelas e não ter que contar com estes, desde muito precocemente se procurou arranjar uma substância sólida, que fizesse de chumaço mais ou menos definitivo que ocupasse o espaço extra-pleural formado e que exercesse de modo perfeito a terapêutica pelo colapso.

Para não recuarmos muito historicamente, não mencionaremos todos ou uma grande parte dos autores que se ocuparam particularmente deste problema, para principiar por falar de Baer, que ideou a primeira substância sólida que foi empregada durante bastante tempo por vários cirurgiões com relativamente bom resultado. Eu nunca a empreguei, mas vi-a empregar várias vezes, sobretudo em Heidelberg e em Brilm por volta de 1938. Tratava-se dum mistura de parafina fusível a 50-55 graus para evitar a liquefacção à temperatura do corpo, carbonato de bismuto para a tornar opaca aos Raios X e viofórmio como antiséptico. Uma vez feita a pneumólise extra-fascial, segundo a técnica que ainda hoje empregamos, introduzia-se a mistura parafínica na bolsa formada. Em muitos csos o resultado era bom, mas não era sempre assim. Em primeiro lugar convinha que o chumaço não excedesse um certo peso; não se devia ir além de 300 gramas para evitar que um chumaço mais pesado, não escorregasse ao longo da face interna do tórax e se anulasse assim o efeito que se pretendia conseguir e manter, ou ainda, em casos de mediastino muito móvel, que este pudesse ficar deslocado por aquele e obrigasse daí a sua extracção. Depois pela própria acção irritativa da parafina, formava-se muitas vezes como acabámos de dizer um irritação pleural, que ia nalguns casos a uma autêntica supuração e que levava noutros à perfuração da loca extra-pleural quer para o exterior o que era relativamente anodino quer para a árvore brônquica, com as terríveis consequências que todos conhecemos. Foram precisamente por estes inconvenientes que rapidamente aumentaram de número à medida que a intervenção se ia generalizando, que Graf advogou a substituição do chumaço parafínico pelo ar, ideia de resto, que já tinha defendida e praticada por Tuffier em 1891 e que este depois abandonou: O pneumotórax extra-pleural de que falamos agora mesmo e que é indiscutivelmente uma intervenção benigna e eficaz como já dissemos e até elegante na sua técnica operatória; tem como contra aqueles inconvenientes de que falamos e ainda a circunstância nada desprezível da manutenção e continuação das insuflações. Por isso, embora diminuído o entusiasmo que o chumaço parafínico de Baer tinha criado, ele não desapareceu to completamente que se não continuasse a pensar noutras substâncias que fizessem o efeito daquele sem os seus inconvenientes. Apareceram então as esferas de lucite uma substância plástica de metilmacrilato. Estas, que a princípio eram cheias, passaram depois a empregar-se ocas, em regra com 1-2 centímetros de diâmetro e pesando 3 gramas cada. Depois da esterilização química empregavam de 10 a 15 esferas na loca formada. O colapso podia visualizar-se nas radiografias, aparecendo as bolas radiolucentes, como uma formação de favo de abelhas. Vejam-se os casos n.ºs 10 e 11:

#### EXTRA-PLEURAL COM BOLAS DE LUCITE (2 casos)



10.<sup>a</sup> Rad.—Com bolas de lucite. Caso n.º 10.



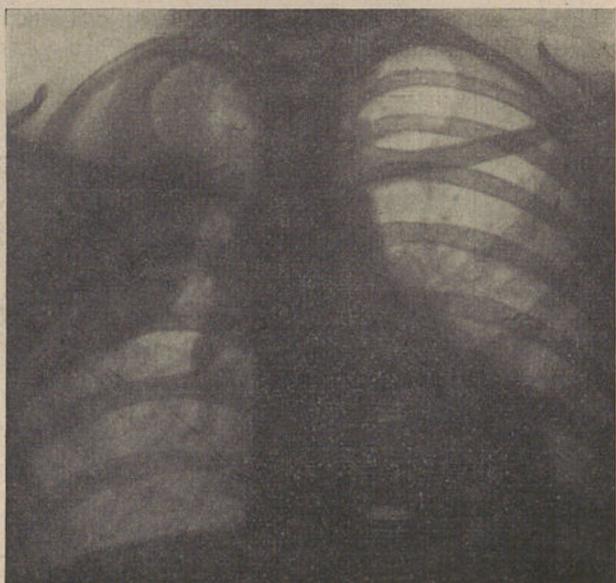
11.<sup>a</sup> Rad.—Tomografia no plano 8, do mesmo caso. Caso n.º 10.

Estas que procuraram substituir o chumaço parafínico como dissemos, não encontraram o aplauso de muitos principalmente por não permitirem uma adaptação e um enchimento perfeito à bolsa que se tinha criado, e daí um colapso nem sempre uniforme nem eficaz; e finalmente também quer pelo peso ou pelo derrame provocado pela irritação pleural, alargavam nalguns casos a loca realizada, independentemente de certos inconvenientes clínicos propriamente ditos, como deslocamento do mediastino, disseminação da infecção, compressão da veia cava superior, etc. Greever e Stone apontam mesmo 1 caso de infecção da loca com esferas de lucite, de que resultou uma perfuração pneumo-traqueal, com morte por sufocação. Apareceram então o Spongostan e Polystan. Estas substâncias sólidas, particularmente a última, têm em relação com as substâncias usadas anteriormente as seguintes vantagens: são muito leves, constituídas por um material de natureza esponjosa, mole e porosa e particularmente pelo que se refere a esta última substância, constituída por uma esponja de polyetilene não absorvível nem irritante. É facilmente introduzida no tórax com o volume que se deseja e pode fixar-se à parede do tórax com sutura de fio de seda. Aqui têm os senhores uma esponja de poly<sup>s</sup>etiene, com o seu volume habitual, mas que de resto se pode ainda reduzir, conforme as necessidades. E agora vejam os resultados nas radiografias que apresentam os casos n.ºs 12, 13, 14, 15, 16 e 17 e ainda os n.ºs 18 e 19, de intra-pleural esquerdo e extra-pleural direito com polystan.

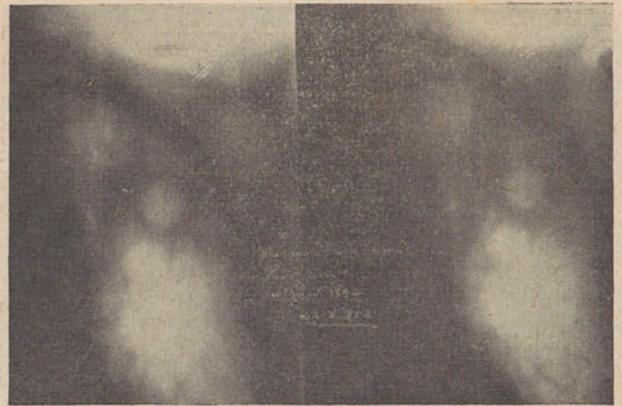
#### EXTRA-PLEURAL COM POLYSTAN (6 casos)



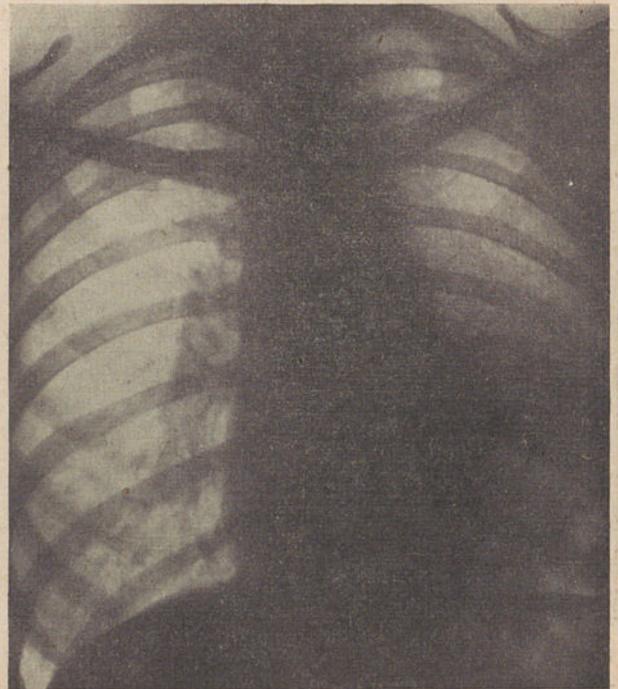
12.ª Rad. — Tomografia nos planos 6 e 7 com grande cavidade superior direita. Caso n.º 15.



13.ª Rad. — Depois do Polystan à direita com desaparecimento da cavidade. Caso n.º 15.

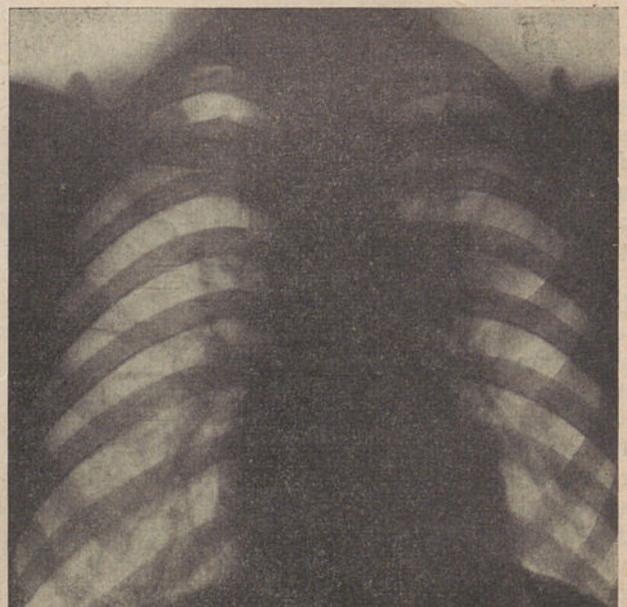


14.ª Rad. — Tomografia nos planos 6 e 7; cavidade superior esquerda. Caso n.º 17.



15.ª Rad. — Depois do Polystan com desaparecimento da cavidade. Caso n.º 17.

#### INTRA - PLEURAL ESQUERDO e EXTRA - PLEURAL DIREITO COM POLYSTAN (2 casos)



16.ª Rad. — Grande cavidade do vértice esquerdo; pneumotórax inexequível. Caso n.º 20.



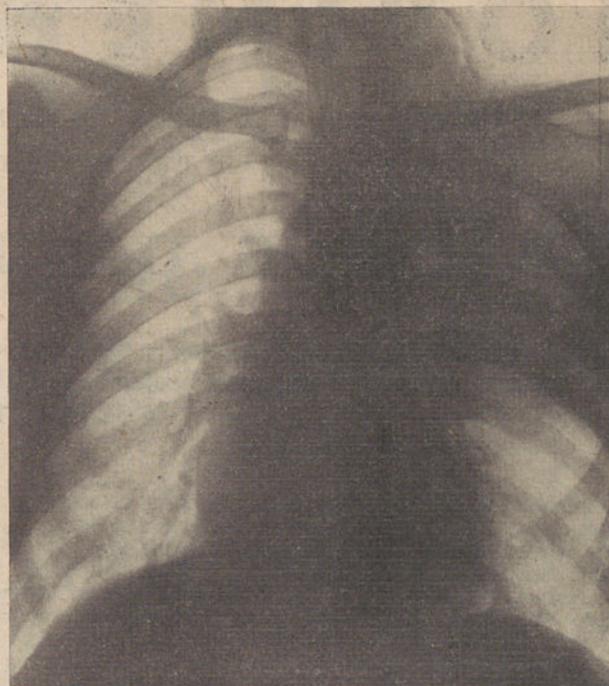
17.ª Rad. — Tomograma do plano 8 que mostra bem a grandeza da cavidade. Caso n.º 20.

Portanto aqui têm os senhores uma intervenção cirúrgica que tem a seu favor as seguintes vantagens: — É uma intervenção simples, pouco ou nada chocante, bastante menos violenta que a toracoplastia, feita numa só intervenção; é muito mais electiva do que esta, visto que se pode até certo ponto, executar uma bolsa com as dimensões que desejem e praticamente sem consequências desagradáveis, nem exigindo um contróle periódico do médico, podendo portanto ser executada em doentes vindos e idos para qualquer região. Apesar pois daquela velha regra, que diz ser contrário aos bons princípios cirúrgicos, a introdução de qualquer corpo estranho na intimidade dos tecidos, parece-nos que com a esponja de polyetilene se conseguiu um desideratum que não ofende gravemente aqueles mesmos princípios e ainda particularmente, quando se trata de cavidades de certo volume ou mesmo colocadas no andar médio do tórax. Todavia, para se respeitarem tanto quanto possível estes, posso apresentar-lhes este caso cuja técnica operatória, constitue e representa uma nova modalidade da toracoplastia de Maurer e que é um ponto de passagem entre esta e a pneumólise com chumaço de polyetilene como acabo de apresentar. A modalidade é esta: como sabem, Maurer de Schatz-Alp, criou um tipo de toracoplastia que realizou em dois tempos, com ressecção das 3 ou 4 primeiras costelas e a introdução intra-torácica do ângulo da omoplata, numa bolsa extra-pleural, criada ao nível da 5.ª, 6.ª e 7.ª costelas. Fi-lo várias vezes e com bom resultado. Ora a nova modalidade que adoptei tem a seguinte vantagem: — é realizada num único tempo e sem ressecção da 1.ª costela. Resseca-se a 2.ª, 3.ª e 4.ª com descolamento extra-pleural sob a primeira costela, de toda a cúpula pulmonar, cavidade que se enche com uma esponja de polytjene, introduzindo finalmente no tórax o ângulo da omoplata.

Para exemplificação do caso e respectiva técnica serve o caso n.º 20.

#### TORACOPLASTIA DE MAURER, modificada (1 caso)

Apresentados que foram todos estes casos e iguais a estes já possui o nosso arquivo algumas centenas, vê-se que todos eles só resolveram o seu processo específico, não após o emprego dos quimioterápicos que todos aplicaram, mas unicamente após a terapêutica cirúrgica que de facto para muitos deles só foi possível depois daqueles medicamentos terem melhorado certas condições gerais, com as quais de resto, pela sua gravidade, nada se poderia ter feito operatòriamente. Vê-se portanto que nalguns casos a quimioterapia não resolveu por si a situação clínica dos respectivos doentes e que noutros casos, foi a quimioterapia que melhorou o estado geral dos doentes a ponto de lhes



18.ª Rad. — Depois da operação, Maurer modificado sem ressecção da 1.ª costela e introdução do ângulo da omoplata intra-tórax; desaparecimento da cavidade e melhoria das lesões contro-laterais. Caso n.º 20.

permitir a intervenção. Pode-se portanto afirmar dum modo geral que a quimioterapia não reduziu as possibilidades terapêutico-cirúrgicas da tuberculose pulmonar e sob certos aspectos, aumentou a possibilidade destas. Mas não exageremos.

Como já dissemos no princípio desta palestra, os quatro quimioterápicos hoje mais empregados contra a tuberculose, têm sem dúvida nenhuma uma acção curativa anti-tuberculosa, perfeitamente nítida. Todavia, se ainda hoje se mantém a importância da cirurgia na tuberculose pulmonar e que como já dissemos se deverá manter ainda por muito tempo, tal circunstância, deve-se em nosso entender a várias causas, que vamos esquemáticamente apresentar para que os meus amigos não saiam daqui com a ideia de que só acredito na terapêutica cirúrgica! A minha esperança é de que esta desaparecerá um dia, ou pelo menos reduzir-se-á tanto que deixe quase de se contar com ela.

Ora a primeira grande norma para uma terapêutica séria anti-tuberculosa é o diagnóstico precoce; depois é o repouso severo, absoluto, na cama; em seguida o emprego dos bacterios-táticos de que temos falado, mas que têm sempre de ser administrados, associados entre si, em esquemas variados, mas fundamentalmente com a ideia dominante duma terapêutica de choque, tanto quanto possível intensa e curta, como se deve fazer por exemplo no caso dum abcesso pulmonar na sua fase inicial e aguda. Para finalmente se lançar mão do colapso, quando não se obteve uma garantia de cura, perfeitamente sólida, passados 2-3 meses daquela norma.

E assim, não é talvez demasiado optimismo, afirmar que começa finalmente a despontar no horizonte a promissora esperança duma vitória total contra uma doença para a qual desde sempre, nós os médicos, temos lutado encarniçada e teimosamente.

(Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).

# MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

## RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

**Ação dos hexaclorociclohexanos — isómeros do B. H. C. — (insecticidas) sobre diversas bactérias — Bulletin de L'Institut Pasteur, Paris — tome 47 - N.º 2 (Fev. 1949), p. 105.**

O hexaclorociclohexano,  $\text{Cl}_6\text{C}_6\text{H}_6$ , é, como se sabe uma mistura de quatro isómeros ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  e  $\delta$ ), dos quais o isómero  $\gamma$  é um dos mais activos e mais empregados insecticidas de contacto (tipo D. D. T.). Esse isómero  $\gamma$  vulgarmente conhecido por B. H. C., «gama-hexano» (marca da I. C. I.), ou 666, é hoje largamente empregado em Medicina Sanitária, mercê da sua comprovada eficácia, geralmente bastante superior à do D. D. T. (embora com modo de acção idêntico), não só contra insectos numerosos como também e especialmente contra outros artrópodos muito importante em Medicina (ácaros, carraças, reduvídeos) e em que o D.D.T. é pouco eficaz.

Entretanto o emprego já muito vasto e utilíssimo do B. H. C. não se limitou aos artrópodos nocivos ao homem (por si só ou pelos germens que possam transmitir). Assim, ensaiavam-se não só o gama-hexano como os outros isómeros sobre outros seres vivos em que a sua acção pudesse ter interesse (por ex. certos moluscos de água doce, hospedeiros intermediários de vermes patogénicos, cercárias infestantes, etc.).

Recentemente C. Fromageot e M. Confinio ensaiaram os 4 isómeros do  $\text{Cl}_6\text{C}_6\text{H}_6$  sobre o crescimento de várias bactérias (sobretudo patogénicas). Os resultados que obtiveram podem resumir-se assim:

1) Todas as bactérias por eles estudadas são insensíveis aos isómeros  $\alpha$  e  $\beta$  (presentes em doses iguais ou inferiores a 30 microgramas por c. c.).

2) São insensíveis ao isómero  $\gamma$  (na dose igual ou inferior a 30 microg./c. c.) as seguintes bactérias: *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae* 35, *Pseudomonas pyocyanea* Bass.

3) As estirpes seguintes são insensíveis ao isómero  $\gamma$  (até 30 microg./c. c.) mas são sensíveis ao isómero  $\delta$  (para uma média das concentrações activas limites de 15 microg./c. c.): *Clostridium butyricum* CH, *Clostr. sordellii* 82, *Eubacterium cadaveris* E. C. 1, *Eubacterium nitrogenens* N2, *Welschia perfringens* Leschien, *Bacillus subtilis* Caron, *Proteus vulgaris*, *Brucella abortus* suis 5600, *Bacillus anthracis*, *Staphylococcus aureus* Tisné, *Streptococcus* Mille e *Shigella paradysenteriae* fleaméri.

4) São inibidas pelos isómeros  $\gamma$  (gama-hexano) e  $\delta$  (delta-hexano), as seguintes estirpes: *Clostridium butyricum* CH 2, *Clostr. histolyticum*, *Clostr. sporogenes*, *Corynebacterium diphtheriae* Am. 8 e *Enterococcus* Gory.

5) Esta inibição do crescimento daquelas bactérias pelos isómeros  $\delta$  e  $\gamma$  não é devida a nenhum antagonismo entre eles e o meso-inositol, como se chegou a pensar, visto que ela nunca é suspensa, nem sequer alterada, em presença do meso-inositol (mesmo em doses 4 vezes superiores às do hexaclorociclohexano).

L. C. M.

**Febre monocita-eosinofílica e pneumonias atípicas — «Clínica Nuova» — t. 5-N.º 4 e 5 (Out. Nov. 1947).**

Parece tratar-se de uma nova entidade nosológica recentemente descrita. O agente, ainda desconhecido, julga-se ser um vírus, que parece já se ter consguído transmitir a voluntários humanos, por injeções endovenosas e por inalação.

As formas características cursam geralmente com os seguintes sinais: síndromas gerais de qualquer doença infecciosa, de começo mais ou menos brusco, seguidos pouco depois por sintomas pleuro-pulmonares que fazem lembrar muito os de uma pneumonia atípica (por ex. do género da febre Q). Freqüentes são ainda: nasofaringite, catarro das vias aéreas superiores, mialgias. Desde o princípio há um grande aumento, no sangue periférico de células monocíticas irregulares (de tipo principalmente histióide e linfóide) e, por fim, uma eosinofilia de 10-40%.

A evolução da doença é muito irregular. Alguns casos são muito breves, outros mais prolongados; outros casos são muito ligeiros e outros inaparentes até (e só se descobrem pelo hemograma).

Há sempre um aumento da velocidade de sedimentação; são negativas as provas serológicas para as rickettsioses (entre elas a febre Q) e viroses conhecidas; a reacção de Paul-Bunnel é negativa. A reacção de Hanger é frequentemente positiva.

L. C. M.

**Filtrado bruto de «Aspergillus ochraceus», nas febres tifóides e paratifóides — Marroc Medical N.º 280 - Sept. 1948 — p. 378.**

Dois médicos franceses, Couzi e Werner, obtiveram muito bons resultados em alguns casos de febres tifóides e paratifóides, usando como terapêutica de prevenção acção antibiótica contra o bacilo tífico, o filtrado bruto do líquido de cultura do *Aspergillus ochraceus* 4574.

Por causa de algumas dificuldades técnicas não puderam levar muito longe a purificação do líquido de cultura, ao procurarem isolar o antibiótico responsável pela acção anti-bacilo tífico. Usaram, assim, o filtrado bruto do líquido de cultura do *Aspergillus ochraceus* 4574 (filtrado por uma vela pela L3) — obtido de culturas não irradiadas (a irradiação ultra-violeta parece exaltar este seu poder anti-biótico até 2-3 vezes mais, segundo os mesmos investigadores).

Este filtrado foi dado, sempre per os, e tamponado com água bicarbonatada ou citrato de sódio. As doses, ainda por estabelecer com segurança, foram geralmente as seguintes:

120 c. c. — no 1.º dia (por vezes no 1.º e 2.º dia, quando casos muito graves).

60-80 c. c. — por dia, em seguida, até à remissão dos sintomas.

30-40 c. c. — por dia, conforme as idades e dados só por excesso de precaução após a remissão, para evitar recaídas, até que o soro do doente mostre poder aglutinar já a sua estirpe de bac. tif. ou estirpe análoga a 1/500, pelo menos.

Estas doses diárias deram-se em doses fraccionadas de 5-10 c. c. em cada 2 horas no 1.º dia; cada 3 horas nos 2-3 dias seguintes; cada 4-6-8 horas depois.

A sua acção é lenta, mas parece boa e segura. Desde o início da terapêutica que se colhe a impressão de que são nitidamente detidos os sinais gerais de infecção e intoxicação (melhoria do estado geral, cessação da diarreia, a língua limpa-se, desaparecem a cefaleia e a insónia, a esplenomegalia diminui). Por vezes, nos casos muito graves, as melhoras não surgem logo; mas, pelo menos, nenhum caso (dos assim tratados) piora.

Esta terapêutica applicou-se a 15 doentes com febres tifóides ou paratifóides; a média de filtrado total que os doentes tomaram foi de 0,5 a 1 litro e por uma média de 15 dias. Em 6 doentes a febre remitiu bruscamente entre o 3.º e o 7.º dia depois de instituída a a terapêutica; em 9 decresceu por lise, mais ou menos dentro, do do mesmo período de tempo. Não houve nenhum caso de morte, apesar de a mortalidade ser relativamente elevada, em regra, nos casos de febre tifóide da África do Norte-Marrocos Francês (onde se efectuaram estes trabalhos — Rabat).

Presentemente, procura-se obter o filtrado bruto daquele fungo um produto mais purificado e concentrado.

L. C. M.

**Conessina na disenteria amebiana — Tropical diseases Bulletin, volv. 45-N.º 10, pag. 905.**

A conessina é um alcalóide que se extrai da raiz da planta *Hollarrhena anthidysenterica* (chamada «seoulon» no Senegal; «kur-chi» ou «conessina das Índias» na Índia e Próximo Oriente). Parece ser um excelente etiotropo da disenteria amebiana; mas só nos últimos anos se tem usado com rigor científico, principalmente na África do Norte Francesa.

A percentagem de curas pela conessina parece ser igual ou superior à da cura pela emetina; além disso parece conseguir melhorar muitos casos emetino-resistentes. Bons efeitos, tanto nas formas agudas como nas crónicas. Hoje, há a tendência para a preferir à emetina, embora também possa dar origem a alguns efeitos desagradáveis (vertigens, insónias, etc.).

Doses últimamente aconselhadas: sempre per os — 10 centigramas, cinco vezes ao dia (tomados com intervalo de 3 h., até meio grama diário), todos os dias seguidos, até um total de 2,5 g. (logo: por 5 dias seguidos). Renovar esta cura depois de um pequeno descanso.

L. C. M.

# S U P L E M E N T O

## PEDRAS SOLTAS UM MUNDO SÓ

### I

Todos se lembram, ainda, do livro de Wendell Wilkie. O progresso técnico, a interdependência económica, a rapidez de comunicações, o encurtamento relativo das dimensões geográficas que daí resultam, volvendo o Universo num mundo único, em que todos devem ser solidários se quiserem subsistir.

O conceito, assim baseado em razões materiais, só perde em profundidade e em altura.

Há alguns séculos que o Universo de então, a Europa anterior à Reforma, soube constituir *um Mundo só*, firmado na identidade de valores morais e princípios filosóficos que o regiam.

A mesma distância, afinal, que medeia entre aquele — *A pedra de toque foi a pimenta*, do «Fernão de Magalhães» de Steffan Zweig, e aquele outro — *No princípio era o Verbo*, do Evangelho de S. João...

### II

Também na Medicina, e ainda bem, se sente o perpassar do conceito unitário da Vida.

Seja através da Psicossomática. Seja no estigmatizar dos erros da sua deshumanização.

Seja na tendência para uniformizar os códigos de ética que lhe regem o exercício.

Desde o «Juramento de Genebra» da World Medical Association, à adopção pela Bélgica, em edição bilingue, do Código deontológico dos médicos franceses e ao abandono da tradição da escola deontológica portuguesa pela nossa Ordem, não sem o protesto de alguns, ao redigir o projecto do novo Código, tudo são aspectos dessa unidade do Universo que se procura.

Com esquecimento, talvez, de que o que importa é a unidade de princípios e de formação, compatível, aliás, com a diversidade de exteriorizações correspondentes à multiplicidade das naturezas.

O «Juramento de Hipócrates» não inibiu a floração de escolas deontológicas diversas, nem lhe negaram os fundamentos aqueles textos em que condições circunstanciais de tempo, de lugar, ou outras, traduziram, de acordo com as realidades da sua época e as necessidades do momento, as linhas mestras do pensamento que o ditou.

### III

Por isso mesmo, a procura da unidade, se não compreenderia que pudesse manter-se a indiferença dos Clínicos pelos assuntos de ordem sanitária, nem, tão pouco, o alheamento dos Sanitaristas perante determinadas afecções e técnicas terapêuticas de índole predominantemente curativa.

A unidade que noutros campos se busca, encontramos-na na Medicina a domi-

nar-lhe todo o panorama, como que a apontar-nos a interdependência dos seus diversos sectores, a realidade viva do Homem como um todo.

### IV

Mas foram os Sanitaristas, como mais de uma vez têm sido, que ainda agora vieram ao bom caminho, chamando a atenção para a repercussão social e económica de uma afecção que, à primeira vista, não parecia dever interessá-los particularmente: a *Hepatite*.

Epidemias recentes, relativamente extensas e graves, trouxeram ao primeiro plano esta doença, aliás as duas enfermidades em que se desdobra: a hepatite infecciosa e a hepatite sérica. A Organização Mundial de Saúde tomou entre mãos o problema. E, sem pretendermos antecipar-nos às conclusões do «Comité» de peritos da Hepatite, mesmo até sem nos referirmos aos pontos já assentes, quanto à distinção entre o vírus A e o vírus B, responsáveis por cada uma daquelas afecções, ou à existência, ainda controvertida, de outros agentes, ou à origem, ainda ignorada, do vírus B, seja-nos lícito levantar aqui um problema de nítida repercussão social. *O da garantia de inocuidade do sangue usado como medicamento*. Numa palavra, o problema da regulamentação dos serviços de Transfusões.

### V

Sem querer tomar partido, e cada vez mais aferrado à ideia de que todas as estatizações, a par de alguns benefícios, geralmente limitados aos que sabem alcançá-las às cómodas posições de gerentes irresponsáveis, acarretam muitos prejuízos e inconvenientes, desde a sujeição à burocracia até ao embotamento das qualidades individuais de iniciativa e ao nivelamento na mediocridade, entendemos, todavia, caber ao Estado aquela função de *regular superiormente a vida económica e social*. E, nesta qualidade, entendemos caber-lhe, primariamente, a defesa da saúde pública.

Não para ordenar uma medicina colectiva de tipo curativo.

Não para nacionalizar as instituições de assistência.

Não para funcionalizar os médicos e a Medicina.

Mas sim, para lutar contra as doenças infecto-contagiosas, para cobrir o país de adequada rede de dispensários e centros de saúde em que a medicina preventiva e a medicina social estejam ao alcance de todos e a todos abranjam sem excepção.

Mas sim, para fiscalizar a pureza dos alimentos, a qualidade dos produtos farmacêuticos, a higiene dos estabelecimentos colectivos, sejam de trabalho ou de repouso, de ensino ou de diversão, de aloja-

mento ou de desporto, de tratamento ou de albergue.

Mas, ainda, para verificar a genuinidade, a limpidez, a inocuidade, dos produtos biológicos, soros, vacinas, linfas, extractos, hormonas, as condições de utilização e funcionamento dos bancos de ossos, de olhos, de sangue.

### VI

Não pouco se tem escrito, ultimamente, sobre hemoterapia, queremos dizer, aqui, sobre a organização social de hemoterapia. Repartem-se os pareceres, saudosos uns dos tempos heroicos do passado, voltados outros para um futuro que ainda se não sabe o que poderá ser. Poucos se têm ocupado do presente, senão para o denegrir, paradoxalmente, naqueles mesmos aspectos de que colhem os melhores proveitos...

E, todavia, quanto haveria a fazer, dentro mesmo da actividade individual de cada um, e no âmbito da livre iniciativa individual, para que aqueles outros que não são hemoterapeutas, pudessem, confiadamente, prescrever *sangue*, convencidos de que não corriam o risco de transgredir a velha lei de ética, *primum non nocere*.

### VII

Compatibilidade de grupo, serologia da lúes, factor Rh e os mais que se vão apurando. Mas, quanto à possibilidade de transmissão do paludismo, da brucelose, para a frequência de cujas formas clinicamente inaparentes mas serologicamente comprovadas, entre nós, Cayolla da Motta chamava a atenção, na Clínica, Higiene e Hidrologia, em artigo que o Boletim Bibliográfico da Ordem não se esqueceu de sumariar e resumir para acrescer-lhe a divulgação, e quanto ao perigo da hepatite, que garantias temos?

Acentue-se a importância do tema, transcrevendo uma das conclusões do «Comité» da Hepatite da Organização Mundial de Saúde, que assim se expressa: *Recomenda-se que as autoridades sanitárias chamem a atenção do corpo médico dos seus respectivos países para os perigos de transmissão da hepatite, seja por transfusão de plasma ou de sangue total, seja pelo emprego de certas preparações de bom sangue...*

### VIII

E revertamos ao princípio, para acentuar a unidade da Medicina e a necessidade de interpenetração do trabalho de Clínicos e Sanitaristas, de que apenas quisemos, ao focar um pormenor de actualidade, acentuar as vantagens e os benefícios, por conferir à Medicina aquele verdadeiro sentido social que, sem negar o carácter individual do acto médico, lhe repercute o alcance por toda a comunidade.

**MENDONÇA E MOURA**

# CRÓNICA DE GOA

O Diploma Legislativo n.º 1452 e a Portaria n.º 5634, de 23 de Outubro e 6 de Novembro de 1952, respectivamente

VENTURA PEREIRA

(Mapuçá, Bardez, Goa)

Dignificar a sua profissão seria o Farmacêutico de Goa procurar criar, produzir e investigar pois há tanta flora no nosso fértil sol de Goa a ser estudada até hoje! Os primeiros estudos feitos continuam incompletos e ninguém procura completá-los. Infelizmente em Goa, o Farmacêutico o que pretende é o que vulgarmente e em linguagem comum se chama *alugar* a sua Carta a troco de um vencimento qualquer que ele seja, sendo director técnico de uma Farmácia. Se em vez disso, o Farmacêutico de Goa tivesse a sua Farmácia própria, no seu Laboratório tivessem lugar estudos de pesquisa e de investigação, de utilidade real e prática, então o Farmacêutico de Goa teria dignificado a sua nobilíssima profissão tão nobilíssima como a de médico pois que as duas profissões se completam por serem interdependentes entre si. E nem mesmo sabemos em que se ocupa todo o imenso exército de Farmacêuticos que existe em Goa!

O Governo Geral do Estado da Índia teve evidentemente boas intenções ao promulgar o Diploma Legislativo n.º 1452, de 23-X-1952 e a Portaria n.º 5634, de 6-XI-1952. Parece que não foi, porém, feliz no seu *modus faciendi*. Isto demonstrou exuberantemente e irrefutavelmente o citado jornal «Heraldo», no seu editorial que transcrevemos «SOBRE QUEDA... COICE!», de 19 de Novembro de 1952. Não voltamos a repisar o assunto à volta do qual poderíamos, aliás, fazer mais considerações.

A Portaria n.º 5634 veio regulamentar os preços dos medicamentos especializados nos moldes dos da Metrópole em uma terra em que tanto as suas condições e peculiaridades como as da sua gente diferem, em absoluto das da Metrópole. Mas com tudo o que está legislado sobre o importador que terá de pôr sempre em risco os seus grandes capitais sem a mais pequena segurança e garantia e com lucros tão insignificantes e miseráveis. À sua custa, porém, ficarão cevados outros que são as Farmácias, os inspectores e os farmacêuticos directores técnicos da Farmácias. Nada mais injusto e irrazoável. Em outras palavras, deram-se às Farmácias privilégios e prerrogativas inacreditáveis e cortaram-se cerce os direitos às Drogarias!!! Não faz sentido. E com tudo isto, sofrerá a economia do País, como estamos a ver.

Bem o diz o mesmo «Heraldo»: «Porque, criados estes lugares (de inspectores... em potência) e instalados neles os que botaram prosa à farta, tudo

o mais ficará, como dantes, senão pior!» Certo, inteiramente certo. Cá para nós, o HIC LATET ANGUIS de toda a legislação que vem de ser promulgada estará aqui?

Preceitua o Art.º 18.º do Diploma

## Reg-Acíl

REGULADOR DA ACIDEZ  
E DA SECREÇÃO GÁSTRICA

### COMPOSIÇÃO POR COMPRIMIDO

Glicocola . . . . .	0,15 g
Carbonato de Cálcio . . . . .	0,35 g
Beladona (extracto seco) . . . . .	0,0025 g
Excipiente q. b.	

### APRESENTAÇÃO

Caixa com dois tubos contendo cada um 20 comprimidos, permitindo assim o fácil acondicionamento ambulatório.

Sociedade Química Leseque, L.<sup>da</sup>

VENDA NOVA  
AMADORA

Legislativo n.º 1452, de 23-X-1952: «A venda ao público de medicamentos, especialidades farmacêuticas e substâncias medicinais, com as excepções constantes deste diploma, compete exclusivamente às Farmácias. É absolutamente proibido às drogarias ou quaisquer estabelecimentos o aviamento de receitas, a manipulação de medicamentos e a venda ao público de soros, vacinas, agentes biológicos de diagnóstico ou produtos congêneres, sendo igualmente proibido às farmácias o aviamento das preparações magistrais sem receita médica».

O sudário de sofrimentos para o doente que vá buscar uma prescrição médica à Farmácia que não pode satisfazer por não possuir o medicamento, a especialidade farmacêutica ou a substância medicinal, os soros, as vacinas, os agentes biológicos de diagnóstico ou produtos congêneres! E é o que mais geralmente sucede quando se vai às Farmácias. As Drogarias teriam satisfeito logo, como o vieram fazendo desde há anos sem conta.

Com o que está legislado, se a Farmácia não puder satisfazer a receita médica terá de requisitá-la às Drogarias ou à firma importadora. A requisição já representa perda de tempo, de paciência e um compasso de espera. Uma espécie de um passo burocrático. Burocratizar os serviços de Farmácias e os de Drogarias não é nada justo e é absolutamente contrário aos progressos de Ciência e de Medicina.

Exemplifiquemos o que sucedeu conosco outro dia, após a entrada em vigor no Estado da Índia do Dip. Leg. n.º 1452. Citamos dois casos apenas.

Era uma doente asmática essencial numa aldeia com uma crise severa de asma. Fazia dor ver o estado da doente. Tanto ar na atmosfera à sua volta mas ela não podia inspirá-lo nem mesmo expirá-lo. Receitámos um soro de Haeckel que se foi buscar à cidade. Quem levava a receita bateu à porta de uma Drogaria porque a Farmácia declarara-lhe não ter soro de Haeckel. A Drogaria, por sua vez, recusou-se a dar-lhe, nos termos do Diploma novo. Pediram-lhe requisições mas o médico que receitou está na aldeia que fica à distância de 5 milhas da cidade. A perda de tempo e de paciência que todas estas formalidades burocráticas acarretaram e aumentaram TÃO SÔMENTE os sofrimentos de si já penosos da pobre doente que só na parte de tarde pôde levar o soro de Haeckel quando da sua crise estava já melhor bastante com

poção e papelinhos que também administramos.

Há 3 dias fomos chamados para ver uma mulher na mesma aldeia que ardia em febres 105.<sup>os</sup> F. Era uma amigdalite supurada com piorreia simultânea. Tão severas eram a infecção e a séptico-pioémia que a doente não podia abrir minimamente a boca e o seu facies intoxicado, moribundo, denotava preagonia. Era mister desintoxicá-la. Pedimos Penicilina dose fortíssima. O MAIS DEPRESSA POSSIVEL. Volta o portador da cidade com as mãos a abanar. Não há Penicilina no mercado de Mapuçá. Anotamos na receita que com a Penicilina vamos roubar à Morte uma vida prestes a sucumbir. Pedem-se requisições para o Hospital Escolar de Pangim (Nova-Goa) — o detentor e o distribuidor de drogas na Índia Portuguesa, pelo que parece — que a serem satisfeitas, após novas formalidades como as declarações das Farmácias de Mapuçá que nessa cidade não há Penicilina, etc., etc., etc., — e note-se que de Mapuçá a Pangim são mais 10 milhas de distância a percorrer atravessando o prateado Mandovi — um sudário de arrelias e de sofrimentos, além de perda de tempo e de paciência, de tempo sobretudo que é precioso, só o seriam na parte de tarde o mais cedo ou então no dia seguinte quando a doente talvez já tivesse seguido o seu caminho da Eternidade! Mas que barbaridade é esta, ousamos perguntar. Para quê tanta perda de tempo e de paciência! Porque o médico, cuja missão é sublime e incomparável, de curar, aliviar ou consolar as dores físicas e morais do seu semelhante, há-de prolongar, pelo contrário, essas mesmas dores ao seu semelhante, sem ser sua a culpa, bem entendido!?

Em toda a parte do mundo, os Governos andam empenhados e preocupados com a saúde e o bem estar da sua população porque da sua saúde e do seu bem estar dependem a economia e consequentemente o progresso do País, proporcionando-lhe toda a sorte de facilidades para aquisição de drogas em toda a parte, nas cidades e nas aldeias, nas Farmácias, nas Drogarias e até em qualquer outro estabelecimento público de venda com os preços já previamente controlados, sobre os quais devem exercer, evidentemente, fiscalização rigorosa. Mas no Estado da Índia que também era assim ainda ontem, hoje já é diferente. Por que razão? Provejam-se então as Farmácias com todas as drogas em excesso e em quantidades suficientes e abundantes para que toda a receita seja aviada imediatamente em benefício da população doente do Estado da Índia Portuguesa, o mais depressa possível. E dêem-se todas as facilidades aos importadores para importarem drogas em abundância, que promovam o bem estar

da população doente do Estado da Índia.

É, ainda, nosso desejo, abordar nas colunas de «O Médico» mais dois assuntos.

O Diploma Legislativo n.º 1452 ou ainda o Regulamento da Profissão Farmacêutica no Estado da Índia dispõe no seu Art.º 72.º o seguinte: «As farmácias terão o seu dia de encerramento semanal ao domingo, abrindo-se todos os restantes dias às nove horas, com duas horas de descanso (13 às 15 horas), para encerrarem às dezóito horas, com excepção daquelas que, pelo sistema de turnos, tiverem de manter-se em serviço permanente.

§ único — Este horário poderá ser alterado pelo Governador Geral quando a Direcção dos Serviços de Saúde o julgue conveniente, ouvida a Inspecção do Exercício Farmacêutico e segundo as razões expostas pelos directores técnicos das farmácias, mas, em caso algum, as farmácias poderão funcionar mais de quarenta e oito horas semanais».

É inteiramente justo que todo o indivíduo que trabalha tem direito a um descanso. Mas fechar uma Farmácia, embora por poucas horas que sejam, não nos parece justo. O que se poderia fazer era continuarem todas as Farmácias abertas a todo o momento e o pessoal que nelas trabalha tomar o seu descanso por sistema de turnos. Porque

muitas vezes a Farmácia que tem de manter-se em serviço permanente não possui uma determinada droga que possui qualquer outra Farmácia e a doença não respeita horas, tempo nem momento. O que se quer é o aviamento rápido de qualquer prescrição médica pois que muitas doenças exigem terapêutica rápida se quisermos evitar que alguém siga depressa a sua Viagem Eterna.

Determina o Art.º 82.º do mesmo Diploma Legislativo, na sua alínea a): «Todo aquele que, sem estar legalmente autorizado a negociar com drogas medicinais, importe ou exporte, *detenha*, prepare, compre ou venda, ofereça à venda ou pretenda comprar ou forneça de qualquer modo, mesmo gratuitamente, quaisquer produtos medicinais ou especialidades farmacêuticas, será punido com multa de cinquenta a quinhentas rupias; quando estes produtos contêm substâncias que não podem ser fornecidas sem receita médica, designadamente drogas estupefacientes, será punido com prisão correccional de seis meses a um ano e multa de quinhentas a oitocentas rupias».

Portanto, ao próprio médico não é facultado *deter* uma morfina, um óleo canforado ou um soro anti-tetânico que ele possa usar em caso de emergência ou ainda em caso de urgência! Em todo o mundo o médico espalha o bem mas entre nós, hoje, no século de Luzes, não se quer isto!

# TIOCOLIL

LÍQUIDO

IONINA

IA • EXT.

FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

DRIO



SAÚDE, L.ª

TO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44-LISBOA

# ECOS E COMENTÁRIOS

## OS ECONOMICAMENTE DÉBEIS

Nesta questão dos seguros sociais há um ponto a respeito do qual estão de acordo todos os médicos que exercem a profissão: ser limitado aos economicamente débeis o seguro obrigatório da doença; propositadamente, digo «seguro da doença» e não «seguro sanitário», pois é geral admitir-se que, quando se trata de medicina preventiva, é ao Estado que incumbe, principalmente, a direcção e os encargos, sem distinguir ricos e pobres, porque, neste caso, procura-se defender toda a população. A opposição ao seguro obrigatório da doença restrito aos economicamente débeis vem de fora do sector médico, sobretudo daqueles que, não podendo considerar-se fracos sob o ponto de vista económico, querem, contudo, também ser incluídos nas garantias da previdência. Porém, para esses, não é razoável opor-se a que se segurem para os riscos da doença; simplesmente, a modalidade de serviços médicos é que deve ser diversa da dos economicamente débeis. Ao Estado incumbe organizar, para a grande maioria da população — que tem de ser incluída no grupo dos economicamente fracos — um seguro-doença onde os médicos trabalhem em regime de honorários baixos, compatíveis com as possibilidades financeiras da previdência. As outras alíneas, por meio de organizações n.º 1452, de 23-X-1952 e a Portaria n.º 5634, de 6-XI-1952. Parece que não foi, porém, feliz no seu *modus faciendi*. Isto demonstrou exuberantemente e irrefutavelmente o citado jornal «Heraldo», no seu editorial que transcrevemos «SOBRE QUEDA... COICE!», de 19 de Novembro de 1952. Não voltamos a repisar o assunto à volta do qual poderíamos, aliás, fazer mais considerações.

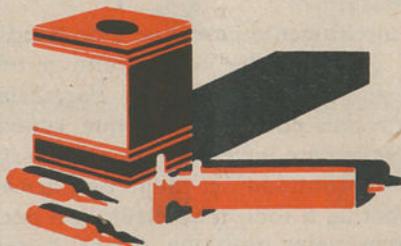
A Portaria n.º 5634 veio regulamentar os preços dos medicamentos especializados nos moldes dos da Metrópole em uma terra em que tanto as suas condições e peculiaridades como as da sua gente diferem, em absoluto das da Metrópole. Mas com tudo o que está legislado sobre o importador que terá de pôr sempre em risco os seus grandes capitais sem a mais pequena segurança e garantia e com lucros tão insignificantes e miseráveis. À sua custa, porém, ficarão cevados outros que são as Farmácias, os inspectores e os farmacêuticos directores técnicos da Farmácias. Nada mais injusto e irrazoável. Em outras palavras, deram-se às Farmácias privilégios e prerrogativas inacreditáveis e cortaram-se cerce os direitos às Drogarias!!! Não faz sentido. E com tudo isto, sofrerá a economia do País, como estamos a ver.

Bem o diz o mesmo «Heraldo»: «Porque, criados estes lugares (de inspectores... em potência) e instalados neles os que botaram prosa à farta, tudo

soluções: ou socializar integralmente a medicina, como na Grã-Bretanha (gastando então o Estado somas astronómicas, para que se mantenham os serviços médicos em nível razoável) ou limitando os benefícios dos seguros obrigatórios para a doença ao sector da população mais fraco sob o ponto de vista económico, deixando que uma parte do País, fora dos seguros, seja o principal sustentáculo financeiro da elite médica de que todos os países necessitam.

M. C.

## ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA DO CORTEX SUPRARRENAL



## CORTIGRADON

### COMPOSIÇÃO POR COMPRIMIDO

Glicocola . . . . .	0,15 g
Carbonato de Cálcio . . . . .	0,35 g
Beladona (extracto seco) . . . . .	0,0025 g
Excipiente q. b.	

### APRESENTAÇÃO

Caixa com dois tubos contendo cada um 20 comprimidos, permitindo assim o fácil acondicionamento ambulatorio.

Sociedade Química Leseque, L.<sup>da</sup>

VENDA NOVA  
A M A D O R A

## ESPECIALIDADE ESPIRITUAL

Além das especialidades que a Ordem reconheceu, outras procuram foros de cidadania. Muito discutíveis são os direitos que certas invocam. Contudo nesta invocação de direitos sempre temos encontrado o benefício do exemplo, do denodo, da bela paixão, com que os Colegas se batem pelos sectores da Medicina que escolheram.

Do grupo há um que comentamos: o da geriatria. Propõe-se ele consagrar a sua actividade aos padecimentos daqueles a que chamamos velhos...

Que os velhos tenham uma patologia própria, desde a broncopneumonia ambulatoria à esclerose generalizada, com manifestações locais mais ou menos acentuadas, não o negamos. Mas que a sua patologia não caiba dentro do âmbito do clínico geral ou simplesmente do internista (o especialista que o não é!) e constitua um sector de bastante nítidos limites, é isso que aqui recusamos.

A especialização implica uma separação de técnica e um âmbito bastante largo de patologia especial ou regional. Os instrumentos de observação e tratamento criaram muitas: a oftalmologia, a urologia, otorrinolaringologia, etc. O sector afectado, o sistema doente, criaram outras: a psiquiatria, a neurologia, as doenças pulmonares, a cardiologia.

A geografia levou-nos à criação de um estudo especial, a uma habilitação particular: a Medicina Tropical, pelo muito e estranho que aí aparece.

Mas condicionada pela idade só uma especialidade até hoje foi reconhecida: a pediatria. Arbitrariamente, talvez, se lhe marcou uma data. Esta é o seu mais discutível aspecto: onde acaba a pediatria?

Onde começa a geriatria? Onde começa o velho? No início da esclerose? O assunto é grande de mais para um eco que só deseja apontar um aspecto do seu significado. É a luta estreme da Medicina pela saúde e do médico pelo seu doente. A finalidade da medicina, a que ao médico importa, é a da resolução dos problemas do padecente. Para além do sentido puramente material, descortina-se nesta especialidade a luta do médico por aquele que, como ser económico, é um inútil.

A formação médica demonstra à saciedade que os seus objectivos, a sua angústia, o seu respeito pelo homem, envolvem uma apreciação que ultrapassa a esfera puramente material.

A geriatria, embora não possua foros técnicos que justifiquem a sua separação da clínica geral, é bandeira que muito nos honra e mais uma vez vem demonstrar quanto de belo encerra o espírito da nossa profissão.

A geriatria tem, pelo menos, a a magnífica legenda: o esforço inútil pelo inútil, como o elogio Fernando Pessoa, definindo a grandeza da alma.

W. P.

## A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL  
CERQUEIRA GOMES

Exposição do Sr. Ministro das Corporações

(Continuação do número anterior)

Apontamentos sobre alguns aspectos  
fundamentais da Previdência Social

## I) EXPLICAÇÃO PREVIA

Meus Senhores: há mais de um ano que nos encontrámos aqui, alguns de nós, para uma primeira troca de impressões sobre alguns aspectos fundamentais da Previdência Social.

Constituiu-se então, com carácter particular (adiante se dirá porquê) uma comissão destinada a examinar esses aspectos, tendo ficado uma subcomissão incumbida do estudo pormenorizado de todas as questões postas — que depois seriam arrumadas em esquema ordenado e submetidas à apreciação da comissão plena.

Foi isto na primeira quinzena de Setembro de 1951.

Não tomei depois até agora a iniciativa de qualquer outra convocação e creio que também nenhuma reunião se fez a convite dos próprios membros da comissão. Limitei-me a procurar, de vez em quando, que em alguns se não apagasse o «fogo sagrado» e que outros não deixassem de prosseguir nos trabalhos especiais, de natureza técnica, a eles especialmente cometidos — trabalhos indispensáveis ao próprio estudo da subcomissão e que, por terem chegado a ser concluídos, estão em condições de plena utilização.

Entretanto, porém, entendeu-se que não devia sofrer mais delongas o problema da estruturação dos serviços administrativos das actuais instituições de previdência e o do estabelecimento de categorias e fixação dos quadros do seu pessoal, acompanhado da indispensável revisão de ordenados e de outras normas de regulamentação do trabalho nas mesmas instituições — importantes matérias carecidas até aqui de normas disciplinadoras.

Para tal fim, que se enquadra nos propósitos revisionistas da Previdência Social, se tinha determinado, há mais de dois anos, a proibição de novas nomeações ou promoções de empregados, salvo casos especiais devidamente justificados. Para o mesmo fim se procedeu ao indispensável trabalho preparatório da organização do cadastro de todo o pessoal (cujos elementos «falam» com eloquência da urgente necessidade de normas gerais de disciplina) e se nomeou depois, em Agosto próximo passado, outra comissão (esta de carácter oficial), que me apresentou há dias a primeira parte do seu estudo, sobre o qual brevemente profirirei despacho.

Entendi que era útil juntarem-se agora aos componentes da subcomissão designada em Setembro de 1951 alguns vogais da comissão de Agosto de 1952 e cometer a todos eles a tarefa que temos tido suspensa há mais de um ano.

Todos VV. Ex.as conhecem o motivo de

tal suspensão, que pode indicar-se em breves palavras:

Como se sabe e foi salientado na troca de impressões de Setembro de 1951, a definição de um regime financeiro da Previdência Social era e é *pedra angular* do nosso estudo; mas não dei nessa altura qualquer directriz definitiva a este respeito e, ao invés, pretendi que se discutisse amplamente o problema na comissão. Enumerando as principais vantagens e os principais inconvenientes que costumam apontar-se ao regime da capitalização (adoptado entre nós) e ao seu oposto (o da repartição), mostrei, quando muito, algum interesse em ver examinada a possibilidade de se instaurar um regime misto, a que chamei «de capitalização atenuada».

Porquê tal atitude?

Pareceu-me que, atenta a delicadeza desta e de muitas outras matérias a versar, se carecia de um prévio amadurecimento de todas elas no seio da comissão, para eu próprio ficar em melhores condições de as avaliar. Não deve esquecer-se que a Previdência Social é uma instituição nova, cá dentro e lá fora, desprovida das luzes claras de uma longa experiência ou das raízes profundas de uma tradição forte, e obrigando em tais condições a maiores cuidados de exame reflectido.

Talvez por tocar na «carne viva» das actividades económicas, toda a gente fala

## METIOCOLIL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO

SAÚDE, L.<sup>DA</sup>

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44-LISBOA

da Previdência Social com a mesma desventura com que trata de outros graves problemas da vida social; mas poucos são ainda os que se debruçam atentamente sobre ela para poderem equacionar-lhe os problemas ou lhe conhecerem, a sério, algo mais do que o nome.

Estes afirmam que se distribui pouco e mal, sendo necessário passar a distribuir mais e melhor. Quando se lhes pergunta o «porquê» e o «como», ficam silenciosos. Aquilo era simplesmente fácil *slogan*, como agora se diz, nascido de factos mal averiguados ou de factos verdadeiros mas desarticulados do conjunto.

Aqueles entendem que se cobra muito e se dá pouco, sendo preciso arrecadar menos e beneficiar mais. Quando se procura saber a razão da queixa e o processo de resolução, ficam igualmente silenciosos ou tentam uma vaga explicação. Aquilo era também apenas fácil *slogan* de crítico ligeiro.

Aqueloutros, atribuindo (talvez inconscientemente) feição *socialista* às contribuições da Previdência, equiparam-nas aos impostos fiscais e consideram-nas, por isso, incluídas no volume da carga tributária do País, em vez de as equipararem aos salários, e portanto as adicionarem a estes na determinação do custo da mão-de-obra, como salários diferidos. Deste jeito, arvoram contra a Previdência as habituais queixas... *capitalistas* contra o fisco, e vêm propugnar que se reduzam os encargos daquela ao nível dos encargos deste. Aquilo, porém, é apenas mais um estribilho, que não traz contributo útil a qualquer solução. Só o Ministério das Finanças pode tirar dele algum partido, porque, como já disse noutra oportunidade, vê-se assim comodamente transformado em «quase defensor» do contribuinte, que transferiu agora para a Previdência Social as suas velhas queixas com o fisco.

Aqui diz-se ser irrepreensível a estrutura legal da nossa Previdência, estando apenas viciadas as suas aplicações. Se, porém, se acode a alguns desvios de funcionamento, sem desde logo se tocar na referida estrutura, cuidam estar excessivamente demorada uma profunda reforma que é... imperioso introduzir nas linhas essenciais do próprio sistema.

Além afirma-se que se tem andado demasiado depressa, com um movimento perigosamente acelerado.

Mas, se vêem deter-se a marcha e fazer «alto», temem a «pausa», que supõem inação.

Acolá brama-se fortemente contra socializações temíveis da medicina. Mas, se vai inquirir-se dos alvitres para tal se evitar ou atenuar, trazem-nos fórmulas gravemente socializantes da Previdência Social.

Tudo isto revela, afinal de contas, não só a instabilidade ou inquietação dos espíritos que caracteriza a nossa época, mas também, e sobretudo, as incertezas ou hesitações naturais em face de uma instituição que, embora tenha sua nascente de ténue fio no fundo dos tempos, é verdadeiramente nova e profundamente inovadora, estando a abrir caminho à custa de sacri-

fícios e não podendo deixar de fazer a sua própria experiência à custa dos erros e dos... trambulhões da sua exuberante juventude. Acresce que entre nós não abundam zelosos cultores ou estudiosos dedicados da Previdência Social.

Razões sérias me parecem estas para, em vez de traçar pròpriamente directrizes, preferir expor, com algum desenvolvimento, certa massa de questões sobre as quais pretendia colher juízos opinativos, para depois concertar com o Chefe do Governo a orientação a dar-lhes em definitivo. Por isso mesmo não foi atribuído carácter oficial àquela referida comissão.

Sucedeu, porém, que se anunciou entretanto o propósito de elaboração de um vasto plano de fomento, com eventual larga participação dos capitais da Previdência Social, e assim a definição do regime financeiro a que esta deveria obedecer ficou naturalmente dependente da organização e aprovação do referido plano. Havia, na verdade, que esperar pela determinação da medida em que, para a execução desse plano, se considerava indispensável o concurso efectivo destes capitais.

O Plano de Fomento, que inicialmente se supôs poder estar elaborado em Fevereiro ou Março de 1952, e depois até Maio ou Junho do mesmo ano, só em Setembro seguinte veio a ser submetido à Câmara Corporativa, de onde transitou para a Assembleia Nacional, que o discutiu e aprovou em Dezembro. Tornado lei do País, a ele se tem de obedecer e dentro do caudal das fontes financeiras nele previstas se hão-de mover as deliberações do Conselho Económico.

Daí que só agora, passados tantos meses, possamos reatar os nossos mal esboçados trabalhos. Mas nem por isso perdemos o nosso tempo.

Como se tinha notado, nos domínios da Previdência Social, o que um dia chamei «crise de crescimento», aconselhando razoável «paragem», continuou a aproveitar-se esta para o que também um dia chamei «exame introspectivo» ou «autocrítica» da vasta obra até hoje realizada.

Assim, activaram-se as inspecções às instituições de previdência (algumas nunca visitadas), para melhor se conhecerem a sua vida interna e os seus métodos de actuação. Tanto a propósito de cada processo vindo a despacho como a pretexto de cada entrevista com os funcionários ou com os representantes dos interesses postos em presença do Ministro, explanaram-se princípios doutrinares e mostrou-se o sentido natural que deles devia decorrer para a acção deliberativa ou executória. Não vou expor aqui, evidentemente, a longa teoria dos casos concretos que deste modo se puderam arrumar com melhor ordem e os eventuais resultados do bom espírito que deste modo se procurou criar ou fazer reviver. Aponto ao de leve o facto, simplesmente para lhes anotar que suponho ter-se prestado com isto um serviço útil, embora ignorado, à Previdência Social e ao País.

Retomando agora os nossos suspensivos trabalhos, retomá-los-emos ainda sem intuídos publicitários, quase em família, despreocupados de tornar já oficial a nossa comissão. Embora definitivamente resol-

vido que tem de se manter o actual regime financeiro da Previdência Social, ao menos enquanto durar o sexénio do Plano de Fomento, e afastadas, por isso, as maiores dificuldades que se nos tinham deparado (e que eram as de se definir com prudência outro regime), ficam ainda muitas questões para as quais entendo não dever emitir já directrizes governamentais. Hoje, como em fins de 1951, julgo que também estas devem ser primeiramente amadurecidas com a dedicada colaboração de todos os presentes — que desta forma darão ao Ministro a ajuda das suas valiosas reflexões e o habilitarão a poder concertar melhor algumas das directrizes governamentais a formular depois (esperemos que sem grandes demoras).

Alguns de VV. Ex.<sup>as</sup>, porque são novos no investimento desta missão, desconhecem as impressões trocadas em Setembro de 1951, a que de início me referi. Procurarei, por isso, reproduzir-lhes o que então expus, segundo os apontamentos que nessa altura redigi.

## II) ENCARGOS SOCIAIS

### A) Seu valor

Nessa troca de impressões comecei por fazer referência aos encargos sociais que incidem sobre a nossa economia, para vincar bem a importância do problema da previdência social.

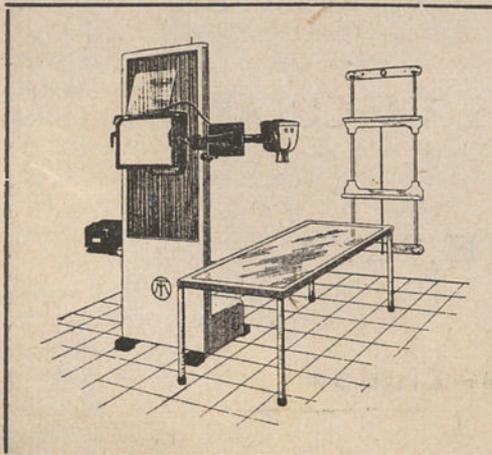
Excluiu-se da noção destes encargos sociais, como parece mais acertado, tudo o que diz respeito a quotas ou contribuições dos organismos corporativos, não se tendo considerado, portanto, os gastos despendidos por alguns deles em fins de assistência — designadamente as Casas do Povo e as Casas dos Pescadores.

Dela se excluíram também, visto serem instituições de previdência livre, as associações de socorros mútuos.

Excluída ficou, igualmente, a matéria de acidentes de trabalho, não só porque seria impossível determinar-lhes o valor, mesmo aproximado, mas também porque, sem embargo da obrigatoriedade das pensões ou indemnizações pecuniárias a que tais acidentes dão lugar, o público não sente este peso como encargo social. E, de resto, compreensível que seja assim — quer por se estar mais habituado a esta forma de seguro, que tem já alguma tradição, quer por se poder continuar a efectuar-lo de conta própria ou através de uma empresa privada, que o explora em regime de indústria específica de seguros. Acrescentarei que, respeitando, embora, os bem intencionados propósitos de algumas vozes discordantes, não vejo motivos sérios para se mudar fundamentalmente de sistema — importando, no entanto, reconhecer a conveniência de se melhorar a legislação regulamentar desta matéria (no domínio da qual o nosso Ministério fez publicar há meses, com a antecipada adesão das companhias seguradoras, diploma legal que representa um benefício de cerca de 10.000 contos anuais para as classes operárias) e a necessidade de se apertarem as malhas da inspecção, de modo a conseguir-se um grau óptimo de confiança na robustez financeira de todas as empresas seguradoras e no recto sentido da função social que lhes incumbe desempenhar.

Ao invés, incluí-se na apontada noção de encargos sociais o abono de família, dada a forma por que normalmente é cobrado e distribuído. Mas não se esqueceu e não se deve esquecer que, em boa verdade, o abono de família não representa, no nosso sistema, qualquer modalidade de previdência social, e, antes, é simples complemento imediato ou quase imediato do próprio salário — não tendo, deste modo, que estar necessariamente integrado nas caixas de previdência e não podendo confundir-se com ela no jogo ou distribuição das respectivas taras de benefícios, contra o que, por vezes, parece, erradamente, pensar-se.

Na referida noção se abrangeram também as contribuições para o Fundo de Desemprego. Criado antes de existir o Subse-



## 10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

**SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.**

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º - LISBOA - Tel. 25701 - (fundada em 1920)  
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. - Em COIMBRA: TAVARES, LDA.

**UMA NOVA PENICILINA**

**OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL**

# **LENTOCILIN**

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

**14 DIAS** de níveis terapêuticos eficazes

**16 VEZES** menos de reacções alérgicas

**Bastante mais estável**

INJECTÁVEL:

**LENTOCILIN - 600**

**LENTOCILIN - 900**

ORAL:

**LENTOCILIN - SUSPENSÃO**

**LENTOCILIN - CÁPSULAS**

**LABORATÓRIOS ATRAL**

cretariado das Corporações e Previdência Social e sob modalidade diversa da de um seguro próprio dito, é administrado livremente por outro departamento do Estado, sem qualquer intervenção, mesmo sob a forma de parecer, do nosso Ministério. Mas nem por isso deixa de constituir verdadeiro encargo social e de assim ser sentido pelo público. A garantia de emprego de mão-de-obra, a que ele em última análise se destina, é, de resto, a primeira e mais eficiente manifestação de previdência social. Não podia, portanto, ficar alheio nestas considerações iniciais.

Finalmente, e... principalmente, incluíram-se as contribuições para as diferentes modalidades de seguro que as instituições de previdência social obrigatória têm por função garantir (doença, invalidez, velhice e morte).

As receitas para a cobertura destes encargos sociais provêm da aplicação de taxas sobre o quantitativo dos salários (pagas pelas entidades patronais e pelos empregados ou assalariados), taxas que somam, em regra, 23 por cento (sendo 7 por cento para o abono de família, 3 por cento para o desemprego e 13 por cento para a Previdência propriamente dita). Digo «em regra» porque em certos casos se cobra um pouco menos ou um pouco mais.

O produto anual destas referidas taxas deve orçar hoje por 1.300.000 contos, e é este número, portanto, que traduz o valor dos encargos sociais do comércio e da indústria. No dia em que a construção civil puder integrar-se na organização da Previdência Social, esta cifra subirá, talvez, mais 200 ou 300.000 contos.

#### B) Suas fontes

Eu disse, e repito, que estes encargos são encargos sociais do comércio e da indústria. Não ousarei generalizar demasiado, chamando-lhes encargos sociais da Nação, porque deles está, e tem ainda de continuar a estar, excluída, ao menos em grande parte, a agricultura (sobre a qual não deixam de pesar, legitimamente, outros encargos também sociais), sendo certo que deles estão ainda excluídos, por agora, alguns ramos do próprio comércio e indústria, designadamente a construção civil. Poderá um dia chamar-se-lhes, ou mesmo já (se tal preferir), encargos sociais da economia nacional. Mas suponho de boa prudência não os apelar de encargos sociais da ação. Temo que este modo de dizer, até pela própria força de atracção por vezes existente nas palavras, leve facilmente a outro muito errado e, sobretudo, muito perigoso por (se poder resvalar, quase insensivelmente, da palavra para o acto): ao de encargos sociais do Estado.

Quando leio ou ouço exageradas acusações de socialização trazidas pela Previdência Social e, ao mesmo tempo, vejo que certos arautos dessas acusações preconizam que o sistema ou os escalões de benefícios de assistência médica e medicamentosa da Previdência Social devem nivelar-se pelos da assistência pública, como se fosse lícito estabelecer-se equiparação entre as receitas do Estado distraídas para fins de assistência social e visando indiscriminadamente todos os pobres ou indigentes e as receitas cobradas directamente das actividades económicas para beneficiários determinados, com direitos de antemão nesses personificados; ou

Quando os mesmos e outros anatematizadores de excessivos socialismos, supostamente existentes na nossa Previdência Social, andam a preconizar a completa fusão dos encargos da Previdência Social com os da assistência pública, como se fossem ambos da mesma natureza e devessem amalgamar-se inorgânicamente para a mesma finalidade;

Chega a ficar-me a impressão de que nestas, como noutras idênticas confusões de espírito, está mais uma prova... da redondeza da Terra! Na verdade, elas demonstram, como creio ter lido algures, que, se dermos ao mundo das ideias a representação gráfica de um círculo, logo notare-

mos que os mais próximos vizinhos dos extremismos esquerdistas têm de ser necessariamente os extremismos droitistas. Os extremos tocam-se.

Pondo esta nota viva na minha exposição pretendo, como com outras já atrás apontadas, dar mais uma ajuda para o que tantas vezes costume chamar o «lastro comum» da nossa formação político-social. Também há, em pura verdade, uma filosofia da Previdência Social.

Só um regime político conduzido por princípios socialistas ou socializantes pode admitir que o Estado se considere financeiramente obrigado a realizar, de modo normal ou a simples título supletivo, os fins específicos a que se destinam os encargos sociais aqui referidos. Nós, que nos governamos por princípios e devemos logicamente governar-nos pelos nossos próprios, entendemos que a missão do Estado nesse domínio é assegurar que se não frustre a realização de tais fins, pelos meios a eles naturalmente adequados.

Assim, portanto, os encargos sociais de que nos ocupamos têm de continuar a incidir, como até agora, sobre as entidades patronais (caso dos acidentes de trabalho, onde é admissível e fácil de prescrever a responsabilidade exclusiva do empresário) ou sobre estas e os trabalhadores (caso de desemprego, abono de família e previdência social propriamente dita).

Por generosa condescendência, algumas vezes, e por vícios de conceito ou faltas de firmeza, outras vezes, há entidades patronais que se substituem aos trabalhadores na satisfação dos encargos por estes devidos — em regra, de resto, só com benefício aparente para eles, visto as entidades patronais procurarem frequentemente ressarcir-se do ónus fazendo incidir as taxas apenas sobre os salários mínimos (quando os há fixados) ou sobre outros inferiores aos salários reais. De qualquer modo, porém, a lei não pode reconhecer tais situações de facto. Não é conforme à moral e ao direito, mas é também claro imperativo das realidades económicas e psicológicas a obrigação legal das quotizações directas dos trabalhadores.

Neste aspecto, portanto, nada há a reformar, como creio não o haver relativamente ao grau de incidência dos encargos sociais sobre cada um dos dois grupos contribuintes.

#### C) Possibilidades de alteração

Mas será possível, ao menos, modificarem-se as taxas no sentido da sua redução? (Refiro-me aqui apenas ao abono de família e à previdência social, não chegando sequer a pôr a hipótese de um agravamento, que todos, decerto, consideramos visivelmente inaceitável).

Já em Setembro de 1951 se reconheceu como impossível qualquer redução no abono de família. Além de provocar um injusto cerceamento desta regalia, corria-se o possível risco de sobrecarregar a economia nacional com um aumento de salários superior à redução que viesse a obter-se nas contribuições do abono. Disse-se então que o facto de se manter o *statu quo* não excluía, no entanto, a revisão das actuais tabelas do abono de família, em ordem a simplificar o processo administrativo e a eliminar as possibilidades de fraude e, sobretudo, em ordem a promover a gradual reconstrução do Fundo Nacional do Abono de Família. A essa revisão procederão agora VV. Ex.<sup>as</sup>, sem embargo das correcções já feitas nesta matéria e que permitiram, por um lado, melhorar sensivelmente os escalões do abono nos Caminhos de Ferro e nos Açores, onde eles eram mais gravemente injustos, e, por outro lado, mercê de nova disciplina administrativa (atenta vigilância na fuga da receita, critério apertado nos destinos das despesas e procura persistente de reembolsos devidos), iniciar com êxito apreciável a reconstrução do Fundo Nacional, agora já com algum desafio, mas ainda sem energia para muito mais do que o alívio de anteriores pesadas inquietações.

Quanto à Previdência Social, o ângulo por onde temos de examinar o panorama é agora diferente do de Setembro de 1951. Então admitia-se a possibilidade de examinarmos a capacidade normal da economia para suportar as taxas cobradas para este fim e a de, com certas alterações no regime financeiro da mesma Previdência, se obter alguma redução nas referidas taxas, mercê, porém, do Plano de Fomento Nacional, o problema deixou de ter interesse durante os próximos seis anos.

Em homenagem à verdade, há-de, no entanto, dizer-se que, seja qual for a incidência exacta do peso da Previdência Social, ao lado do abono de família, nos preços de consumo, a nenhum destes encargos sociais pode atribuir-se a causa directa dos embaraços financeiros ou dificuldades económicas de que, por vezes, se queixam certas empresas em estado de crise. Já mandei proceder a alguns inquéritos a este respeito, quando a Previdência Social, em casos concretos, era apontada como principal responsável, e sempre se foi verificar que



## COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc.	27\$00

### NOVA APRESENTAÇÃO:

Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00
-------------	------------------	--------



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

# ERITRAN

## COM GLUCONATO FERROSO

- MAIS ACENTUADO AUMENTO DE HEMOGLOBINA
- MENOR PERÍODO DE TRATAMENTO
- MENOR DOSE TOTAL DE FERRO MINISTRADA
- COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DE FERRO EXTRAORDINARIAMENTE MAIS ALTO
- MELHOR TOLERÂNCIA. AUSÊNCIA DE FENÔMENOS SECUNDÁRIOS

Composição	Drageias	Elixir
Gluconato ferroso . . . . .	325 mgrs.	4,070 grs.
Vitamina B 12 . . . . .	0,001 »	0,0125 mgrs.
» B 1 . . . . .	3 »	38 »
» B 2 . . . . .	2 »	25 »
» B 6 . . . . .	2 »	25 »
» P P . . . . .	15 »	200 »
» C . . . . .	25 »	320 »
Excipiente q. b. p. . . . .	Uma drageia	100 grs.
Apresentação	25 drageias	200 grs.
Posologia	3 a 6 drageias	3 a 6 c de chá

## PENICILCAÍNA

## ESTREPTOCAÍNA

- VERIFICAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE POTÊNCIA
- VERIFICAÇÃO DE ESTERILIDADE
- VERIFICAÇÃO DE TOXICIDADE
- VERIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PIROGÊNICAS
- DETERMINAÇÃO DA PERCENTAGEM DE HUMIDADE
- DETERMINAÇÃO DO Ph
- EXAME MICROSCÓPICO DOS CRISTAIS
- ENSAIO DA ESTABILIDADE AO CALOR

MAIOR VERIFICAÇÃO. MAIOR GARANTIA



aqui presentes, da comissão designada em Setembro de 1951. Deverá aproveitar-se também a experiência que, desde há algum tempo e a mero título provisório, a Federação tem procurado realizar com assistência a tuberculosos em Lisboa e Porto e a experiência no mesmo domínio adquirida por algumas caixas, que têm utilizado para isso os seus fundos especiais de assistência (criados, como tantas vezes tenho exposto e agora repetirei de passagem, para a resolução de casos especiais ou clamorosos, mas não para complemento quase habitual do esquema normal da assistência médica e farmacêutica ou para a concessão do favor de pensões permanentes, como abusivamente se tem praticado).

b) Embora de menos monta, mas, em todo o caso, dignas de cuidado exame, outras críticas se levantam ao seguro doença nos moldes actualmente observados. Específico aos seguintes:

1.ª Diz-se que é excessivo o período de carência, alterado (em Fevereiro de 1950) de três para seis dias.

Será assim? Deverá proceder a consideração de que por este processo se impõe um castigo demasiado ao doente sério, por causa de quem o não é? Deverá antes considerar-se, em atenção aos abusos verificados, que o somatório dos períodos de carência, pelo seu elevado montante, torna financeira e socialmente preferível a manutenção do *statu quo* ou a adopção de limite intermédio dos dois até agora experimentados?

2.ª Diz-se também que são insuficientes os meios auxiliares de diagnóstico.

Admite-se sem dificuldade esta crítica, dentro da moderna tendência que vai fazendo desaparecer a autonomia ou suficiência do médico de clínica geral — cada vez mais habituado ao apoio científico daqueles meios auxiliares.

Mas é também verdade que não faltam exemplos de beneficiários da Previdência Social com tal riqueza de informação laboratorial, e sobretudo radiográfica, que me parece, às vezes, superior à dos doentes das classes mais abastadas com iguais enfermidades e até talvez à do... «rei» de qualquer indústria lá de fora.

Como obviar simultaneamente a estes dois males: o da carência e o de superabundância?

3.ª Diz-se outrossim que há deficiências na parte medicamentosa.

O Decreto n.º 37.762, que instituiu pela primeira vez um regime legal da assistência médica e farmacêutica (até então cada caixa possuía o seu esquema) prevê a concessão de medicamentos para além dos injectáveis. A lei não está ainda a executar-se plenamente, mas há instituições que vêm concedendo remédios *per os*. Que nos ensina a sua experiência a tal respeito?

4.ª Diz-se igualmente que não há ser-

viços de urgência e que não satisfaz a assistência médica domiciliária.

Será aconselhável, por exemplo, haver um posto permanentemente aberto nos grandes centros (com piquete constituído por médico, enfermeiro e parteira), para aqueles serviços de urgência? Poderá preferir-se, para o mesmo fim, acordo com algum estabelecimento de assistência?

E, quanto à assistência médica domiciliária, que modificações de sistema serão de introduzir?

5.ª Diz-se ainda que merece reparos o facto de, na mesma região e até na mesma localidade, haver tratamento desigual do seguro doença para com os beneficiários da Previdência Social.

O facto, perfeitamente verdadeiro, resulta de uma causa que em si mesmo é defensável e até louvável, a saber:

Contra o que por vezes se afirma em críticas superficiais, a nossa Previdência Social não nasceu sob o signo de uma ideia panificadora ou socializante. As instituições foram surgindo em clima de bastante liberdade e de harmonia com as conveniências de cada momento. Deste modo, em nome da solidariedade de interesses entre patrões e trabalhadores da mesma empresa, fundaram-se as caixas de empresa; em nome da solidariedade de interesses entre patrões e trabalhadores da mesma profissão, fundaram-se as caixas de profissão, etc.

Como cada caixa é dotada de autonomia financeira e administrativa, também para cada uma se estabeleceu o esquema de benefícios proporcional aos seus recursos, incluindo a parte do seguro doença. As que tinham mais davam naturalmente mais, e as que tinham menos davam necessariamente menos. A Federação foi, sob este aspecto, a erecção prática de um princípio nivelador de benefícios (e aqui está uma das razões por que o seu esquema pode ser mais caro do que o de determinada caixa federada, se esta, sendo rica, houver de ceder da sua abundância em favor de algum ou algumas financeiramente débeis).

Dever-se-á ir agora mais longe e adoptar um esquema uniforme para todas as instituições, respeitando somente particularidades que não são do acervo de doenças comuns a todas as pessoas e profissões? E, dentro de um vasto princípio de solidariedade do mundo do trabalho, não poderá alargar-se a todos os beneficiários esta espécie de princípio de casos comunicantes a que obedeceu a Federação, de sorte que todos tenham, por deste modo a poderem ter, igualdade de benefícios?

Parece-me que o próprio problema, uma vez posto, indica a solução naturalmente aconselhável.

6.ª Diz-se, finalmente, que são de re-  
ver, por falta de uniformidade entre os esquemas das diferentes instituições, os

quantitativos do subsídio por morte (dos, três e seis meses) e os limites de idade para a pensão de reforma (60, 65 e 70 anos). Acrescenta-se que é lamentável não haver, como direito normal, pensões de sobrevivência.

A crítica procede.

Direi, quanto ao limite de idade, que me parece social e economicamente útil (salvo casos especiais de certas profissões) fixar este limite uniformemente nos 70 anos, devendo a aposentação continuar a não ser obrigatória. (A justificação todos certamente a vêem de olhos vista). Quanto, porém, à sobrevivência, o problema oferece dificuldades que me parecem, em regra, insuperáveis.

Os aspectos acabados de focar e outros que porventura me não ocorrem devem ser rigorosamente examinados à luz objectiva das realidades financeiras e com prudentes critérios de equidade social. A Previdência Social (sujeita, como tudo neste mundo, a limitações necessárias) não pode ter como regra normal a de proporcionar aos seus beneficiários reparações integrais dos riscos que ela se destina a cobrir, cabendo conveniente para a determinação do grau de cobertura. As linhas balizadoras da sua actuação podem marcar-se nestes limites: o máximo de protecção eficaz dentro dos meios financeiros possíveis, ficando aquela condicionada a estes.

Isto significa, ao mesmo tempo, que os beneficiários da Previdência Social estão, para além destes limites, nas condições gerais das pessoas não abrangidas pelo seguro doença — inclusive perante os serviços sanitários da assistência social, contra o que, por vezes, em alguns deles parece pensar-se. Casos tem havido, na verdade, de os beneficiários, relativamente a doenças não incluídas no seu esquema de benefícios ou à prolongação de cuidados superior ao mesmo esquema, não encontrarem guardida em certos destes serviços, sob a alegação de que se trata de doentes a cargo da Previdência Social. Também ali se raciocina erradamente, como se a Previdência Social houvesse de cobrir todos os riscos de doença e de os cobrir integralmente. Ora a Previdência Social deve importar, por si mesma e pela sua necessária colaboração com os outros serviços sanitários, um alívio de encargos nas despesas públicas de assistência, e é indispensável que este objectivo se não desvirtue; mas é mister evitar-se também o falso conceito de que à Previdência Social compete fundamentalmente assistir... à assistência social.

(Continua no próximo número)

**PASI**  
**PASI GLAND. F.**  
**PASI GLAND. M.**

**3 Produtos Hiper-activantes**

Fósforo, arsénio e iodo associados aos extractos  
ovário e orquídeo

ESTADOS DE ESGOTAMENTO / DIMINUIÇÃO DA  
ENERGIA FÍSICA E INTELLECTUAL / INSUFICIÊNCIA  
OVÁRICA / PERTURBAÇÕES NERVOSAS E MENS-  
TRUAIS / INSUFICIÊNCIA TESTICULAR, Etc.

(Ampolas de 1,5 c. c.)

**BROMOCALCIUM**  
**BARRAL**

Associação sinérgica de bromo e de cálcio, isenta  
de fenómenos de bromismo

NEVROSES / PSICOSES COM EXCITAÇÃO E INSÓ-  
NIA / EPILEPSIA / HIPERTENSÃO / ALERGIA E  
ESTADOS ANAFILÁCTICOS / COQUELUCHE, Etc.

Granulado e injectável

(Ampolas de 5 e 10 c. c.)

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**  
Representantes no Porto: **QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.**

**PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!**

# METORMON

(metilandrostenediol)

Novo esteróide de síntese activador do aproveitamento das proteínas, sem acção androgénica.

## INDICAÇÕES:

DEBILIDADE GERAL. ESGOTAMENTO. EMAGRECIMENTO. ASTENIA. ATRASOS DO CRESCIMENTO. DEBILIDADE ÓSSEA. MENOPAUSA. TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL. DISMENORREIA. DISFUNÇÕES HIPOFISÁRIAS. OLIGOESPERMIA. AZOOSPERMIA. NEOPLASIAS DA MAMA.

Tubo de 10 comprimidos a 25 mg.  
Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg.  
em suspensão aquosa microcristalina.

O METORMON tem indicações em adultos de ambos os sexos e nas crianças.

# DIORMON

Associação sinérgica em proporções óptimas de hormona estrogénea, hormona androgénea e vitamina da fertilidade.

## INDICAÇÕES:

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.  
NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.  
EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

AMPOLAS: Benzoato de estradiol . . . 2,5 mg.  
Progesterona . . . . . 12,5 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por c. c. (sol. oleoso)  
Caixa de 4 ampolas de 1 c. c.

COMPRIMIDOS: Anidro-oxi-progesterona 10 mg.  
Etil estradiol . . . . . 0,05 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por comprimido  
Tubo de 20 comprimidos

**LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.**

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

## II Curso de Aperfeiçoamento de Bacteriologia para Médicos e Biologistas

No Instituto Bacteriológico Câmara Pestana realiza-se o II Curso de Aperfeiçoamento de Bacteriologia para Médicos e Biologistas, dirigido pelo Prof. Cândido de Oliveira, de 4 a 29 de Maio de 1953. Os trabalhos subordinam-se ao título geral de «Enterobacteriaceas». O curso compreenderá 12 lições teóricas, acompanhadas de trabalhos práticos, com o seguinte programa:

4 de Maio — «Citologia das Enterobacteriaceas. Classificação», pelo Prof. Cândido de Oliveira.

6 de Maio — «Salmonella. Biologia geral. Análise antigénica», pelo Prof. Cândido de Oliveira.

8 de Maio — «Salmonella. Classificação. Diagnóstico das doenças no homem», pelo Dr. Mendes Silva.

11 de Maio — «Salmonella. Aspectos epidemiológicos. Acção dos bacteriófagos. Grupos Arizona, Ballerup-Bethesda», pelo Prof. Cândido de Oliveira.

13 de Maio — «Escherichia. Biologia geral. Análise antigénica», pelo Dr. Torres Pereira.

15 de Maio — «Escherichia. Classificação. Acção patogénica para o ho-

mem. Grupo Alkaescens-Dispar», pelo Dr. Torres Pereira.

18 de Maio — «Klebsiella. Sua biologia», pelo Dr. Machado Vaz.

20 de Maio — «Shigella. Biologia geral. Análise antigénica», pelo Dr. Mendes Silva.

22 de Maio — «Shigella. Classificação. Diagnóstico das doenças no homem», pelo Dr. Mendes Silva.

25 de Maio — «Proteus. Sua biologia. Grupo Providence», pelo Prof. Henrique de Oliveira.

27 de Maio — «Acção dos antibióticos sobre as Enterobacteriaceas», pelo Prof. Mendes Alves.

29 de Maio — «Relação entre os grupos de Enterobacteriaceas», pelo Prof. Cândido de Oliveira.

As aulas teóricas, que será públicas, realizar-se-ão às segundas, quartas e sextas-feiras, às 22 horas.

As aulas práticas terão lugar às terças, quintas e sábados, das 15 às 17 horas.

A inscrição para estas últimas é limitada a 30 alunos, que satisfarão uma propina de 200\$00 para despesas de material.

## Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Reuniu-se a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, que aprovou a proposta do seu presidente, Prof. Barahona Fernandes, para que fosse constituída uma comissão para estabelecer as bases da nomenclatura psiquiátrica de acordo com os cientistas brasileiros. Da comissão ficam a fazer parte os Profs. António Flores, Barahona Fernandes e Pedro Polónio e os Drs. Luís Soeiro, Nunes da Costa, Seabra Dinis e Almada Araújo.

Seguidamente, o Prof. Pedro Polónio apresentou uma comunicação intitulada «Esquizofrenias periódicas», na qual chamou a atenção para a frequência de esquizofrenias de evolução periódica, até aqui pouco consideradas na literatura. Estudou, depois, os respectivos sintomas e a evolução especial dando especial relevo ao seu começo súbito, e descreveu, por último, o efeito dos diversos métodos de choque nestas doenças, recomendando, nos casos mais graves, o ensaio de tratamento pela tiroideia e leucotomia, que tem dado alguns resultados brilhantes.

Nas perturbações circulatórias de origem orgânica e nervosa

*Novidade*

Dilata os vasos periféricos e as artérias coronárias,  
bem como melhora a formação e a condução da excitação no coração

# LACARNOL »forte«

Lacarnol - soluto de açúcar invertido

Para injeção endovenosa  
5 ampolas de 10 cm<sup>3</sup>

Para o tratamento constante do coração idoso

# LACARNOL gotas

frascos de 20 cm<sup>3</sup>



Ph 244 I - Po.

FARBWERKE HOECHST *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M) - Hoechst - Alemanha

Representantes para Portugal: MECIUS, LDA. — Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA

# Multibionta

com as vitaminas A, complexo B, C, D<sub>3</sub> e E  
(11 factores juntamente) para a profilaxia extensa e a terapêutica de

**Estados de carência de vitaminas em:**

afecções do parênquima hepático  
estados febris  
disfunções tireoideias  
gravidez, diabetes, etc.

**Multibionta**

Frascos com 20 e 100 cápsulas

Amostras e literatura:

Eduardo de Almeida & Cia.  
Rua do Cativo, 22-24  
Porto

Químico-Farmacêutica Lda.  
Rua de Santa Marta, 64  
Lisboa

DARMSTADT · ALEMANHA



# VIDA MÉDICA

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 25 de Abril a 1 de Maio)

*Dia 25* — Em Penafiel toma posse do lugar de Director-clínico do Hospital da Misericórdia o Dr. Joaquim da Rocha Reis.

Discursam o Provedor e o Dr. Francisco Brandão, em nome do corpo clínico. Por fim agradece o empossado. O acto é extraordinariamente concorrido.

26 — Chega a Lisboa, vindo de Londres, acompanhado de sua esposa, o Dr. Cândido de Oliveira, catedrático da Faculdade de Medicina e director do Instituto Bacteriológica Câmara Pestana, que tomou parte na Conferência Internacional de Educação Sanitária, promovida pela Organização Mundial de Saúde.

— Parte para Nova Iorque, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura e em visita de estudo a institutos científicos dos Estados Unidos, o Dr. Augusto Salazar Leite.

27 — É inaugurado o novo Hospital Escolar de Lisboa. O Chefe de Estado preside ao acto de entrega pelo Ministério das Obras Públicas ao do Interior. Assistem vários membros do Governo. Do acontecimento daremos notícia pormenorizada.

— Em Lisboa, no Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas, em Belém, que passa agora a funcionar integrado na Assistência aos Tuberculosos do Exército, inauguram-se vários melhoramentos, entre os quais um novo bloco hospitalar destinado ao internamento de oficiais e sargentos, um gabinete de radiologia, serviços de desinfecção de louças por meio de vapor e instalações sanitárias para os doentes e praças de serviço. Estes benefícios foram con-

seguidos com o auxílio financeiro do Ministério das Obras Públicas, que neste momento está também a estudar a construção do edifício da nova lavanderia mecânica, para a qual já existe a respectiva maquinaria e cuja construção principiará em breve.

Ao acto inaugural dos referidos melhoramentos assistem o Ministro e Subsecretário de Estado do Exército que à entrada do hospital são recebidos pelos brigadeiro Dr. Pinto da Rocha, director dos Serviços de Saúde Militar, tenente-coronel Dr. Santos Paiva e major Dr. Norberto de Magalhães, respectivamente, director e subdirector do Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas; tenente-coronel Dr. Bastos Gonçalves, director do Hospital Militar Principal; Dr. Carvalho Dias, director do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos; e outros oficiais do Exército.

Os dois membros do Governo, numa das dependências do Hospital examinam alguns gráficos onde se patenteia a eficiência dos novos processos da micro-radiografia, aplicada à despistagem da tuberculose entre os militares. Seguidamente visitam os novos melhoramentos que desta forma ficam inaugurados e percorrem todas as instalações daquele estabelecimento hospitalar. Durante a visita os dois membros do Governo, que inspecionam o local onde vai ser instalada a nova lavanderia, interessam-se por todas as actividades hospitalares, casos de doenças ali tratadas, condições de internamento e dirigem palavras a alguns doentes. Após a visita, que dura cerca de hora e meia, o sr. general Abranches Pinto, inaugura uma nova ambulância equipada com aparelhagem de micro-radiografia, a qual se destina à feitura de rádio-rastreo entre os soldados incorporados nas unidades do Norte do País.

28 — Em Lisboa, com a presença dos Srs. Cardeal Patriarca e Subsecretário da Educação, Dr. Veiga de Macedo, inauguram-se, no Instituto de Oncologia, uma capela, casa mortuária e laboratório de isótopos. Recebe-os o director, Prof. Gentil. O director do novo laboratório é o professor espanhol Dr. Júlio Palácios.

— Em Lisboa, o professor Dr. Meliço Silvestre, da Faculdade de Medicina de Coimbra, dá mais uma lição do Curso de Medicina Sanitária, que funciona no quadro de actividades do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Prosseguindo na exposição do tema «Verdades e erros das estatísticas», aquele catedrático fala largamente sobre os problemas estatísticos, perante uma assistência numerosa, que enche o anfiteatro da Maternidade Alfredo da Costa, onde têm decorrido as lições deste curso.

— Em Lisboa, prosseguindo nas suas lições sobre Bioestatística, o professor Marcelino Pásqua realiza, no Instituto de Medicina Tropical, uma sobre as «Aplicações dos métodos estatísticos a problemas médicos e laboratoriais».

29 — No Instituto de Medicina Tropical, prosseguem, as propas do concurso para professor auxiliar da cadeira de Higiene, Climatologia e Geografia Médica daquele estabelecimento de ensino.

O Dr. Guilherme Jorge Janz, que é candidato único ao referido lugar, realiza a sua lição à sorte, perante o júri, constituído por todos os professores do Instituto e pelos Professores Almeida Garrett, Meliço Silvestre e Cândido de Oliveira, respectivamente, das Faculdades de Medicina do Porto, Coimbra e Lisboa.

O tema da lição é «A profilaxia das Bilharsioses» e a argumentação é feita pelo Prof. Almeida Garrett.

30 — Reúne, em Lisboa, sob a presidência do Dr. Frazão Nazaré, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia para escutar Portuguesa de Estomatologia para ouvir uma comunicação oral do Dr. Luís Cabral

caso feliz de ortodôncia cruenta: extracção de um canino superior ectópico (modo palatino) e sua imediata reimplantação em posição correcta. Considerações sobre a nutrição do dente e a tese sobre a polpa dentária».

— Ainda em Lisboa, no Instituto de Medicina Tropical, realiza-se a sessão de encerramento do curso de bioestatística.

A sessão de encerramento do curso, que principiou no passado dia 15, preside o Dr. Braga Paixão, director geral do Ensino do Ultramar, que representa o sr. comandante Sarmiento Rodrigues.

O professor Dr. J. Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical, agradece o interesse que o ministro do Ultramar tem demonstrado pelo desenvolvimento da medicina tropical no nosso País. Refere-se, especialmente, à valiosa contribuição desta série de lições do professor Pásqua, salientando o seu alto nível e profundo interesse científico.

A seguir, o professor Marcelino Pásqua pronuncia a sua última lição, concluindo as suas considerações sobre «Aplicações dos métodos estatísticos a problemas médicos e de laboratório».

O Dr. Braga Paixão profere também algumas palavras, em que põe em relevo a importância do curso agora levado a efeito.

1 — Na Escola Industrial do Marquês de Pombal o Dr. Lourenço Azevedo Pereira, assistente do Hospital-Sanatório da Ajuda, profere uma conferência de vulgarização sanitária sobre a tuberculose.

### Estrangeiro

Em Haidelbergue realizou-se no fim de Fevereiro um Symposium sobre Citologia Ginecológica.

— Em Montevidéu realizou-se, nos primeiros dias de Março, o XVI Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares.

## AGENDA

### Portugal

Concursos

Estão abertos:

— Para o lugar de médico escolar do Liceu Nacional de Angra do Heroísmo (Sexo masculino).

### Estrangeiro

Está marcado para Londres, dias 25 a 30 de Maio, o VIII Congresso Internacional de Hospitais.

— Para Nova Iorque, dias 25 a 31 de Maio, o 1.º Congresso Mundial sobre Fertilidade e Esterilidade.

— Para Viena, os IV Dias austríacos de Cirurgia, nos dias 29 e 30 do corrente.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 21-4 a 29-4-53)

23-4

— Dr. José Jacinto de Sousa Gonçalves Simões — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Mário da Silva Jacquet autorizado

para a anestesia rotina

**CLOROFORMIO  
B.P.**

(especialmente preparado para a anestesia)

**ÉTER ANESTÉSICO  
B.P.**

— ambos em recipientes convenientes para uso na sala de operações.

O NOSSO NOME A  
VOSSA SALVAGUARDIA

FABRICADOS POR

**MAY & BAKER LTD**

DAGENHAM INGLATERRA

Agentes no Portugal:

ILLMOS. SRS. QUÍMICO-SANITÁRIA LTDA.,  
RUA CÂNDIDO DOS REIS, 96 — OPORTO

ILLMO. SR. HENRI REYNAUD,  
RUA DO LORETO, 10 — LISBOA

PHA 154

## BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica, a

# DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

<b>Deltacilina</b>	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	9\$50
		3 Doses	Esc.	22\$50
	300.000 U. O.		Esc.	11\$00
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	12\$00
		3 Doses	Esc.	33\$00
		5 Doses	Esc.	52\$50
		10 Doses	Esc.	100\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	39\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	16\$00
		3 Doses	Esc.	45\$00
		5 Doses	Esc.	72\$50
		10 Doses	Esc.	140\$00
	3.000.000 U. O.		Esc.	38\$00



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27  
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875  
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604  
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

por despacho do conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico fisioterapeuta dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

24-4

— De acordo com a convocação da Organização Mundial de Saúde, é nomeada pelo Ministério do Interior a delegação que representará Portugal na 6.ª Assembleia Mundial da Saúde, a iniciar em Genebra no próximo 5 de Maio, e composta pelos seguintes funcionários:

Delegados: Dr. Augusto da Silva Travassos, director-geral de Saúde, que será o chefe da delegação.

Dr. Francisco José Carrasqueiro Cambournac, director do Instituto de Malariologia e professor do Instituto de Medicina Tropical, representante do Ministério do Ultramar.

Dr. António Augusto de Carvalho Dias, inspector superior de Saúde e higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção-Geral de Saúde Suplente.

Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, inspector Superior de Saúde e higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção-Geral de Saúde.

— Dr. Mário Ferreira Rosa Falcão — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de assistente do Instituto Português de Oncologia e de médico interno, além do quadro, do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Marcelo Gomes Rebelo Garbosa, capitão-de-fragata, do quadro dos oficiais da armada — promovido ao posto de capitão-de-mar-e-guerra da mesma classe.

— Dr. Abel Cândido da Silva Cravo, capitão-tenente, do quadro dos Oficiais da armada — promovido ao posto de capitão-de-fragata da mesma classe.

— Dr. João Estêvão de Moraes Sarmiento, capitão-tenente do quadro dos Oficiais da armada — promovido ao posto de capitão-de-fragata da mesma classe.

— Drs. Joaquim António Prior e Joaquim Mendes Belo Fernandes Correia, primeiro-tenentes, do quadro dos Oficiais da armada — promovidos ao posto de capitão-tenente da mesma classe.

Drs. António Augusto Custódio Fernandes, Luís Mendes Monteiro Ginga Brandão, Jaime Augusto Almeida, Manuel de Almeida Amaral e Viriato Baptista de Gouveia Santos — primeiros-tenentes do quadro dos Oficiais da armada — promovidos ao posto de capitão-tenente da mesma classe.

27-4

— Dr. António Esperança Mendes Ferreira, cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a ausentar-se do País, equiparado a bolsheiro do Instituto de Alta Cultura, durante 30 dias.

28-4

— Dr. Aires Francisco Nicéfaro de Sousa, médico radiologista dos Hospitais Cívicos de Lisboa, chefe de serviço — autorizado a ausentar-se do País durante seis dias, para, em comissão gratuita de serviço, ir a Sevilha.

— Dr. João de Oliveira e Silva — nomeado professor catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, por ter sido aprovado em concurso de provas públicas.

29-4

— Dr. Carlos Gustavo Lehmann de Almeida, nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Francisco Ferreira da Costa.

— Dr. Jorge Ferreira Pinto da Costa Campos, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — reconduzido pelo período de três anos naquele lugar.

— Dr. João Celestino Gomes de Oliveira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Cabo-Verde — reconduzido pelo período de três anos naquele lugar.

— Dr. António Joaquim Paulino, médico de

## Instituto de Medicina Tropical

O Dr. Wright, director do Laboratório de Doenças Tropicais do National Institute of Health, dos E.U.A., de passagem por Lisboa, na sua viagem da Libéria para Genebra, fez no dia 13 de Fevereiro, no I. M. T., uma conferência, na qual falou das investigações daquele Instituto em Medicina Tropical. A apresentação do conferencista foi feita pelo Prof. Fraga de Azevedo. O Dr. Wright referiu, primeiro, que o National Institute of Health dispõe de 2.634 funcionários e que o respectivo orçamento é de 44.663.476 dólares, falou da organização, finalidades e condições de funcionamento do importante estabelecimento norte-americano. Por fim e falando das investigações em medicina tropical, deu conta dos trabalhos sobre os principais capítulos daquela ciência, em particular das recentes aquisições na luta contra a malária, na Coreia, sobre bilharziose, amibiase, etc. O conferencista documentou a sua interessante exposição com numerosas projecções.

Na última reunião científica do mês de Fevereiro, efectuada no dia 26, o Dr. Jorge Janz descreveu a actividade da missão do Instituto de Medicina Tropical em S. Tomé, a qual chefou.

Em quarenta e sete dias, apenas, dos quais só trinta e sete úteis, foram completamente estudados cem trabalhadores, representando 900 análises, além de observações a todas as crianças das

escolas da província e numerosos inquéritos alimentares. Independentemente dos fins especializados a que se destinava, a missão realizou alguns trabalhos em conjunto com os Serviços de Saúde, cuja colaboração se revelou preciosa.

Falou depois o Prof. Fraga de Azevedo, director do Instituto, que agradeceu a comunicação do Dr. Jorge Janz, bem como o Prof. Francisco Cambournac, que fez várias considerações sobre o trabalho do Dr. Janz, apreciando certos pormenores sobre a doença da nutrição conhecida por «Kwashiorkor» e que pela primeira vez foi referida em S. Tomé pelo Dr. Jorge Janz.

Falou a seguir o Dr. Moura Pires, por si e pelo Dr. Celso França, que relatou o que foi o Curso de Formação de Nutricionistas para a África ao Sul do Saará, realizado em Marselha, de Abril a Julho de 1952, com o patrocínio do Governo francês, e sob a presidência de Marcel Autret, e no qual o nosso país esteve representado por dois médicos, um veterinário e um agrónomo.

No final, o Prof. Fraga de Azevedo congratulou-se com a exposição do Dr. Moura Pires, e descreveu o interesse que ao Instituto têm merecido os problemas da Nutrição e de Biostatística, que se referiu elogiosamente aos trabalhos do Prof. Alcivar. Antes de iniciar a sua conferência, o Prof. Eduardo Alcivar, que também é presidente da Sociedade Equatoriana de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia, entregou ao Dr. Paiva Chaves, o diploma de membro honorário daquela agremiação científica, como testemunho dos valiosos trabalhos publicados por aquele cirurgião português. Seguidamente e após agradecimentos do Dr. Paiva Chaves, o Prof. Alcivar fez a sua lição, intitulada «A osteotomia-osteoclasia no tratamento das deformações do esqueleto, largamente documentadas com a projecção de diapositivos e de um filme. Ao terminar, o conferencista foi muito cumprimentado pela numerosa assistência.

\*

No dia 23, efectou-se naquele Hospital mais uma conferência integrada nas habituais reuniões mensais do corpo clínico que presta serviço naquele estabelecimento de assistência. Foi orador o Prof. Jorge da Silva Horta, que falou sobre «Ginecomastia» alguns aspectos anátomo-patológicos». Presidiu à reunião o director do Hospital.

## FALECIMENTO

### Dr. Herman Baruch

Em Wyandanch (E. U. A.) faleceu o Dr. Herman Baruch, antigo embaixador dos Estados Unidos em Portugal, que, antes de ingressar na vida diplomática, exercera, com distinção, a Medicina.

2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — reconduzido pelo período de três anos, naquele lugar.

— Dr. António de Carvalho Pereira da Silva — exonerado, a seu pedido, do lugar de médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Guiné.

— Dr. Zeferino Tomé da Silva Letra — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Timor, indo ocupar o lugar criado, e ainda não provido.

— Dr. Augusto de Barros Machado — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Timor, na vaga resultante da transferência dada ao Dr. Fernando Alberto da Costa Barbosa.

— Dr. José Bessa Teixeira Ribeiro — nomeado, precedendo concurso, médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Guiné, na vaga resultante da exoneração concedida ao Dr. António de Carvalho Pereira da Silva.

— Dr. António Higinio Nogueira Carvalho Castanheira — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Moçambique, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Acácio Alberto Teixeira Coelho.

— Dr. Osvaldo Granado Madeira — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Dr. Alexandre Sarmiento.

— A câmara municipal de Calheta de S. Jorge, declara que para o lugar de médico municipal do 2.º partido do mesmo Conselho, com sede na vila de Topo, foi admitido o único concorrente o Dr. José Alberto Carvalho Malheiro, que foi classificado no 2.º grupo.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Egas Moniz (Prémio Nobel), Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antituberculosa do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;  
Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações

Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

**AFECCÕES  
AGUDAS, SUBAGUDAS  
E CRÓNICAS DAS VIAS  
RESPIRATÓRIAS**

**PROPULMIL**  
Bial

**PROPULMIL INJECTÁVEL**

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

**PROPULMIL SUPOSITÓRIOS**

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

**PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS**

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.