

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 150  
15 de Julho de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

NOVO!

# COBENAL

## AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA \* + VITAMINA B<sub>12</sub>

\* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

### INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescenças • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermatite de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrânia • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vómitos, hiperestésias, etc.

### APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5x2,2
- FORTE 3x3,3
- FORTÍSSIMO 3x3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm<sup>3</sup> para uso oral.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
AMÂNDIO SAMPAIO TAVARES — <i>Novas observações de epiteloma munificado ou calcificado da pele (Epitelioma de Malherbe)</i> 591	<i>Médicos que foram grandes escritores</i> — CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA	
LUÍS GUERREIRO — <i>Casística médico-legal dos desastres no trabalho</i> 603	GUIMARÃES .....	503
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — O Tratamento da Tuberculose pelos Antibióticos — LOPO DE CARVALHO .....	<i>Écos e Comentários</i> .....	505
610	<i>Hospital Júlio de Matos</i> .....	506
	<i>Noticiário diverso.</i>	

# Rufol



Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muito baixas
- Perfeita tolerância

COLIBACILOSES  
das vias urinárias

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

# Novas observações de epiteloma mumificado ou calcificado da pele (Epiteloma de Malherbe)



AMÂNDIO SAMPAIO TAVARES

(Assistente na Faculdade de Medicina do Porto)

Desde que, em 1880, MALHERBE & CHENANTAIS o individualizaram como entidade clínica e anátomo-patológica, a parte das outras neofomações cutâneas calcificadas, o epiteloma calcificado da pele constitui um problema a que muitos patologistas têm dedicado a sua atenção.

Definia-se, classicamente, por massas de células epitelio-matosas de tendência espinocelular e mais ou menos abundantemente carregadas de granulações calcáreas, com um estroma por via de regra pouco desenvolvido, e muitas vezes infiltrado de sais de cálcio e até em ossificação. Cedo se verificou, porém, que a alteração de maior relevo era, não a calcificação, mas a necrose mumificante, que em muitos casos aparecia como fase predecessora da incrustação calcárea, enquanto, noutros, era a única alteração morfológica em evidência.

Note-se, contudo, que, embora reconhecida a importância do papel por ela desempenhado na evolução do tumor, nem todos estão de acordo no que respeita à sua natureza: a maioria dos autores considera a mumificação uma variedade particular de necrose, em que os núcleos se tornam hiper-cromáticos, perdendo depois as afinidades tintoriais, a ponto de apenas ficar visível o nucléolo, e o citoplasma sofre alterações regressivas, com aparecimento de grânulo-filamentos que por sua vez desaparecem e deixam o protoplasma perfeitamente homogêneo; a imagem resultante é a de uma massa cromófila que ora abrange a totalidade do lóbulo tumoral, ora uma parte, em regra de localização centrolobular, e que, à observação em fundo escuro, se revela formada por elementos celulares «fantasmas», com persistência dos limites citoplasmáticos e uma mancha central, ligeiramente mais escura — o nucléolo. Outros preferem ver na mumificação uma espécie de disqueratose e encontram justificação no aspecto espinocelular do tumor; assim pensam HIGHMAN & OGDEN, KING, LEVER & GRIESEMER e, mais recentemente, PUENTE DANY, para quem o epiteloma de MALHERBE tem sempre uma estrutura epidermóide, com formação de escamas e células córneas, sem que seja obrigatória a mumificação dos elementos queratinizados.

As alterações regressivas descritas têm levado muitos a considerar benigna esta neoplasia, tanto mais que se contam pelos dedos os casos de metástases ou de recidiva consecutiva à exérese, e chega-se a exigir que o termo «epiteloma» seja, por impróprio, substituído pelo de «tumor».

Outros, pelo contrário, têm encontrado autênticas imagens de malignidade nos lóbulos incompletamente necrosados e, de modo geral, interpretam como epiteliomatosa a estrutura observada, acentuando embora a sua característica de baixa potencialidade evolutiva (CÔTÉ, HUGUENIN e colaboradores, AMÂNDIO TAVARES).

Um terceiro pormenor morfológico que se tem feito realçar consiste na reacção inflamatória do estroma, especialmente a cargo dos histiócitos, formando, por vezes, verdadeiros granulomas de corpos estranhos. De facto, já A. TAVARES, nas suas publicações referentes ao assunto, apontara a existência de células gigantes no tecido conjuntivo que septava os tumores das suas observações, o que o levou a incluí-la no quadro histológico dos epitelomas de MALHERBE, e, mais recentemente, TURHAN & KRÄINER sugeriram que a formação de tecido granulomatoso, com elementos gigantocelulares de corpos estranhos, fizesse parte das condições indispensáveis para estabelecer o diagnóstico. Por nossa parte, não iremos tão

longe na apreciação do valor deste componente estrutural que, existindo na maioria dos casos, pode faltar em alguns que não oferecem dúvidas quanto à sua natureza, como se pode observar ao redor das massas queratinizadas do vulgar quisto sebáceo ou dos globos córneos dos carcinomas espinocelulares.

Possui hoje o Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto 35 epitelomas mumificados ou calcificados da pele, 6 dos quais já publicados por AMÂNDIO TAVARES. Tal número justifica, por si só, que consagremos ao estudo desta neofomação cutânea novo trabalho e aproveitemos o ensejo para a revisão dos conceitos expendidos acerca dela.

Não é tão rara como alguns querem fazer crer, pois encontrámo-la, como se disse, 35 vezes em 2.149 tumores da pele ( $1,55 \pm 0,26$  p. 100<sup>(1)</sup>), e na proporção de  $3,65 \pm 0,60$  p. 100 em 918 epitelomas cutâneos — isto é, em cada 29 um apresenta fenómenos que permitem incluí-lo na variedade que é objecto da presente comunicação.

A nossa estatística (35 casos em 32.000 exames histológicos de peças operatórias da mais variada natureza —  $0,11 \pm 0,02$  p. 100) aproxima-se da de TEMPLE (10 casos observados em 11.300 lesões, o que corresponde a  $0,09 \pm 0,03$  p. 100).

Já bastante divergentes são as de PUENTE DANY (5 tumores de MALHERBE em 2.000 epitelomas cutâneos) e de HIGHMAN & OGDEN, que apenas encontraram 11 de diagnóstico seguro e 1 provável, nas 24.185 peças examinadas no Laboratório de Patologia do «National Institute of Health», dos Estados Unidos.

A lesão apresenta-se ao clínico, muitas vezes, como um quisto sebáceo, calcificado ou não consoante o grau de incrustação calcárea (note-se que a simples mumificação pode emprestar-lhe certa dureza à palpação), aderente à pele, sem a alterar ou provocando nela discretas lesões («pele de laranja», eczema), resultantes da compressão exercida pelo tumor.

Só uma vez, nos 35 exemplares da nossa colecção, se pensou no epiteloma de MALHERBE, de que se registara pouco antes um caso no mesmo Serviço; em 14, o médico suspeitou tratar-se de simples quisto sebáceo, e outras tantas vezes limitou-se a formular o diagnóstico vago de «nódulo ou tumor subcutâneo». Em outros casos, as peças foram mandadas ao Laboratório com o diagnóstico clínico provável de lipoma, fibro-lipoma calcificado, cisticercos, nódulo do seio e cálculo salivar, estes dois últimos deduzidos da localização, na pele do prolongamento axilar do seio esquerdo e na vizinhança da glândula parótida, fazendo lembrar, pela dureza, um cálculo encravado no canal de STENON. A evolução progressiva, com crescimento rápido do tumor, levou a pôr a hipótese de sarcoma na Obs. XII, tanto mais que ele se situava no braço e parecia ter estreitas relações com o húmero.

Não é de estranhar a confusão estabelecida com o quisto

(<sup>1</sup>) O valor indicado a seguir à percentagem corresponde ao erro padrão, segundo a fórmula  $\sqrt{\frac{pq}{n}}$

Obs.	Sexo	Idade	Localização	Tempo de evolução	Partic.	Mum.	Calc.	Ossif.	Cél. glg.	Pigm.	Diagnóstico clínico
I	M	59	Antebraço	10 meses		++	⊥		++		Fibro-lipoma calcificado
II	F	38	Braço	32 anos		++	++	++	+		Epitelioma de Malherbe
III	M	69	R. supraciliar	1 ano	Mitoses	++			++		Quisto sebáceo calcificado
IV	F	48	Nádega	34 anos?	Múltiplo?	++	++		+		Nódulo subcutâneo
V	F	9	Braço	1 ano	Traumatismo	++	+		+		Quisto
VI	F	66	Antebraço	4 meses	Mitoses Supuração	++			++		Quisto sebáceo supurado
VII	F	?	Perna	?		++	+			+	Tumor subcutâneo
VIII	F	3	R. supraciliar	8 meses		++	⊥		+		Quisto
IX	F	17	R. masseterina	anos		++	+		⊥		Tumor subcutâneo
X	M	57	Epigastro	3 anos	Monstr. nucleares Doloroso	++	+		+		Lipoma
XI	F	17	R. temporais	«muitos anos»		++	+		+		Nódulos calcificados
XII	M	32	Braço	18 meses	Múltiplo Evol. rápida	++	++	+	+		Sarcoma
XIII	F	?	Couro cabeludo	?	nos últ. 2 meses Desenvolv. em parede de quisto sebáceo	++	⊥		++		
					Mitoses	++			++		Tumor subcutâneo
XIV	M	19	Braço	1 ano		+	⊥		+		»
XV	M	17	Coxa	3 meses	Evol. rápida	++	⊥		++		»
XVI	F	26	Coxa	6 meses		++	⊥		++		»
XVII	F	61	R. fronto-parietal	1 ano	Doloroso	++	⊥		+		Quisto
XVIII	M	34	Braço	?	Múltiplo? Infecção sec.	++	+		++		Quisto sebáceo
XIX	F	?	Nuca	»		++	+		++	+	Quisto
XX	M	35	Dorso	»		++	+		++		»
XXI	M	?	Face	»		++	⊥		⊥		Quisto sebáceo
XXII	F	23	Prol axilar do seio	»		++	+		++		Nódulo do seio
XXIII	M	25	R. masseterina	»		++	++	+			Quisto
XXIV	F	35	Antebraço	»		+	⊥		⊥		Nódulo subcutâneo
XXV	F	28	Bochecha	»		+	⊥		+		Tumor
XXVI	F	25	Couro cabeludo	»		++	++		+		Quisto sebáceo
XXVII	F	45	Antebraço	»	Celulite crônica	++			+		Neoformação subcutânea
XXVIII	M	45	Coxa	»	Ulceração	++	⊥		+		»
XXIX	F	16	Antebraço	»		+	+		++		»
XXX	F	22	Braço; supraclíio	»	Múltiplo	++	+		+		»
XXXI	F	34	Braço	19 anos		+	+		+		Quisto sebáceo
XXXII	F	16	R. infra-clavicular	6 meses		++	+		++		»
XXXIII	F	?	Dorso	?		++			++		Cisticerco
XXXIV	F	4	Prol. ant. da parótida	congénito		++	++	+		+	Cálculo salivar
XXXV	M	10	R. palpebral	?		++	++				Quisto sebáceo

sebáceo, justificada se nos recordarmos de que FINK afirma ser muitas vezes difícil, mesmo ao exame microscópico, distinguir esta neoplasia do ateroma calcificado da pele e, ainda, da opinião de COZZANI, para quem o tumor é apenas uma fase mais adiantada do desenvolvimento de quistos epidérmicos, não merecendo, por conseguinte, lugar à parte na nosologia.

Os epitelomas de MALHERBE têm, as mais das vezes, uma cápsula de tecido fibroso que os isola completamente do tecido ambiente e, sobretudo, da epiderme, a marcar nitida independência dela. «*Le chirurgien qui les enlève*», dizem FÈVRE e seus colaboradores, «*sait bien que la peau n'est jamais ulcérée, mais qu'elle est distendue en peau d'orangé, comme dans tous les cas où une tumeur sous-jacente envahit les téguments. Il sait également que, pour conserver cette peau, il lui faudra tailler au bistouri et sectionner une série d'adhérences entre la tumeur et l'épiderme intact, sans qu'il y ait, pratiquement, de récidence*»... «*Le chirurgien sait, par ailleurs, que la tumeur, plus ou moins dure, s'énuclée parfaitement, une fois séparée de l'épiderme, car elle est isolée des plans profonds par un tissu lâche permettant un clivage facile. De ce fait, il déçoit le que cette tumeur ne naît pas de l'épiderme de surface, que, d'autre part, elle est parfaitement isolée des tissus d'alentour*».

Esta cápsula pode não envolver completamente o tumor, como se observa em 3 dos nossos casos; o facto já foi apontado, entre outros, pelo próprio MALHERBE, que encontrara, nas malhas do tecido conjuntivo capsular, pequenos cordões de células epiteliais em proliferação (FÈVRE & GARLING PALMER,

que afirmam ainda: «...*et même, dans les tumeurs les plus envahissantes, on peut trouver de petites colonies de cellules calcifiées ou non, logées dans les mailles du tissu conjonctif environnant*»).

LAVEDAN & BESCOT-LIVERSAC aconselham a procurar, durante a exérese, o plano de clivagem entre o tecido ambiente e a massa tumoral moldada sobre ele. Dado o perigo de recidiva, é preferível a ressecção por largo, desprezando a pele que cobre o nódulo, sobretudo se a localização e o volume deste o permitirem. Demais, nem sempre é fácil individualizar a cápsula, nalguns casos reduzida a fina lâmina conjuntiva e, neutros, infiltrada de células inflamatórias ou até substituída por tecido de um autêntico granuloma de corpos estranhos, facto este que se coaduna com a hipótese de a cápsula ser apenas o resultado de uma alteração secundária do conectivo peritumoral.

Quanto à sede, 13 (37 ± 8 p. 100) das nossas observações dizem respeito à cabeça e ao pescoço, 17 (49 ± 8 p. 100) aos membros e apenas 5 (14 ± 6 p. 100) ao tronco. Esta distribuição contraria a ideia corrente de que estas neoplasias preferem a extremidade cefálica: FÈVRE e colaboradores chegam a afirmar que são raras nos membros e, praticamente, não se observam nunca noutros pontos, e PUENTE DANY, na sua recente revisão da literatura, aponta uma frequência de 45 p. 100 só para as localizações cefálicas. Por outro lado, 6 dos 11 tumores descritos por TEMPLE são respeitantes aos membros ou ao tronco.

Na nossa casuística encontramos dois casos de epite-



# ERITRAN

## COM GLUCONATO FERROSO

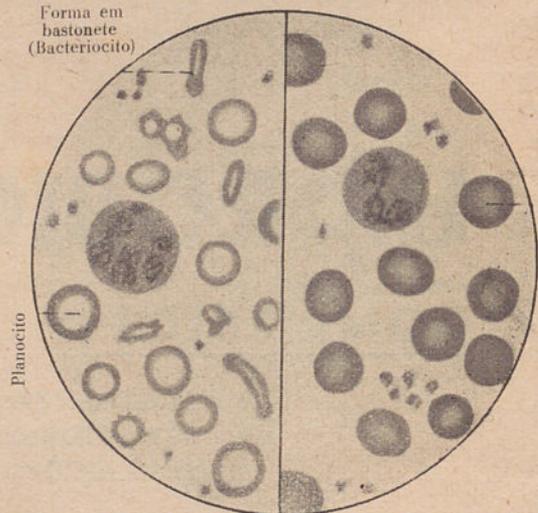
QUADRO - RESUMO DA EXPERIÊNCIA DE DAVID HALER  
(BRIT.-MED. JOURN. 1952, 2, pg. 1241, 6/12/1952)

AUMENTO MÉDIO DIÁRIO DE HEMOGLOBINA em percentagem		AUMENTO MÉDIO DE HEMOGLOBINA em gramas %		DOSE TOTAL MÉDIA DE FERRO UTILIZÁVEL MINISTRADA em miligramas		COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DO FERRO		PERÍODO MÉDIO DE TRATAMENTO em dias	
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B
1,02%	1,49%	2,9%	3,4%	4,900	1,359	18,1	28,3	21,7	17,8

GRUPO A — Doentes tratados com preparados de ferro inorgânico.  
GRUPO B — Doentes tratados com preparados de ferro orgânico [gluconato ferroso]

Forma em bastonete (Bacteriocito)



Planocito

Normocito

COMPOSIÇÃO	DRAGEIAS	ELIXIR
Gluconato ferroso . . . . .	35 mgrs.	4,070 grs.
Vitamina B1 . . . . .	0,001 »	0,0125 mgrs.
» B1 . . . . .	3 »	38 »
» B2 . . . . .	»	5 »
» B6 . . . . .	»	5 »
» PP . . . . .	15 »	00 »
» C . . . . .	25 »	320 »
Excipiente q. b. p. . . . .	Uma drageia	100 grs.
APRESENTAÇÃO	5 drageias	00 grs.
POSOLOGIA	3 a 6 drageias	3 a 6 c. de chá

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

ASSOCIADO A TODAS AS VITAMINAS QUE INFLUEM NA HEMATOPOESE, O GLUCONATO FERROSO, QUE É DOS SAIS DE FERRO O MAIS EFICIENTE E MELHOR TOLERADO, FAZ DO ERITRAN O COMPOSTO HEMATÍNICO DE ESCOLHA.



liomas múltiplos, um do braço e do supracílio, o outro das regiões temporais, direita e esquerda, este com a particularidade de a localização ser simétrica. Em outros dois casos (Obs. IV e XVIII), o clínico referira o facto de o doente possuir numerosos nódulos, disseminados pelo corpo e semelhantes ao que foi mandado para estudo; infelizmente, não foi possível verificar a estrutura dos restantes.

O tumor de MALHERBE pode aparecer em qualquer época da vida, desde a primeira infância até à velhice. Como se pode deduzir do quadro em que se resumem as observações pessoais, em 5 casos tratava-se de crianças menores de onze anos e, em mais 2, pelo menos, a história da lesão ascendia a essa idade. Outras vezes, o paciente, idoso, referiu uma evolução curta, em regra cerca de 1 ano; ou ainda, em outras, se narra a existência de um tumor subcutâneo duro, de que se dera conta anos antes, a quando de leve surto inflamatório local, com pequeno aumento de volume, para depois passar longo período em quiescência, até que nova fase activa obrigou o doente a consultar o médico, por motivos estéticos ou pelo receio de se tratar de neoplasia maligna.

Embora na nossa casuística predominem as mulheres (22 em 35, ou seja  $63 \pm 8$  p. 100), não parece haver predilecção especial por qualquer sexo. A idêntica conclusão chegaram HIGHMAN & OGDEN e KUANG-YU; os homens predominavam na série de CÔTÉ, sucedendo o contrário na de TEMPLE.

Os epiteliomas mumificados ou calcificados que examinámos eram de tamanho variável, desde o de uma ervilha ao de uma noz, mas podem atingir o volume de meia laranja. Esféricos ou ovais, bosselados, são em regra duros e, ao corte, apresentam uma superfície esbranquiçada ou branco-acinzentada, de aspecto pulverulento ou granuloso e friável.

O exame histológico revela-nos a sua estrutura característica: cordões ou massas de células epiteliais volumosas, achatadas e de forma poligonal, raras vezes com espinhas de SCHULTZE pouco nítidas; os limites celulares são marcados ou imprecisos, consoante o grau de mumificação das zonas examinadas.

Levemente coradas pela eosina — daí a designação de «degenerescência eosinófila» que HIGHMAN & OGDEN pretendem dar a este estado —, as células em necrose apresentam várias imagens degenerativas: núcleos hiper cromáticos, picnóticos, ou esbatidos, às vezes reconhecíveis pela falta de coloração; o nucléolo, pardacento, parece ser a estrutura celular que persiste durante mais tempo. O citoplasma, depois de sofrer alterações que lhe dão um aspecto granuloso, torna-se homogéneo, distinguindo-se apenas um halo claro perinuclear, e acaba por se fundir com o citoplasma das células vizinhas em massas de substância necrosada que, por vezes, ocupam a totalidade das áreas epiteliais. Podem encontrar-se esboços de cavitação no centro das áreas necrosadas.

Nos casos em que a mumificação não afectou todas as células, encontram-se zonas de tecido de vitalidade conservada, especialmente à periferia dos lóbulos ou ocupando lóbulos inteiros.

A estrutura geral do tumor é a de um epitelioma, cuja tendência espinocelular, em 3 dos nossos casos, se pode deduzir da presença ocasional de globos córneos, com grãos de eleidina no estrato granuloso, e da queratinização que se dá, uma vez ou outra, no interior dos cordões epiteliais. Mas a imagem mais frequente, quase constante, é a de maciços de células de tipo basal, mesmo quando a evolução se orienta no sentido epidermóide.

Em 3 das neoplasias por nós estudadas existe intensa actividade mitótica e, na da Obs. X, foram conservadas, pela necrose mumificante, células com monstruosidades nucleocitoplasmáticas.

É no terreno assim preparado que se dá a incrustação calcárea. Esta pode atingir elementos celulares cujo núcleo parece ainda conservado, mas em que a perturbação funcional é já de tal ordem que, pode dizer-se, existe alteração de estrutura. A sobrecarga de sais cálcicos, de importância variável — a condicionar a dureza do tumor —, faz-se no citoplasma, sem alcançar o núcleo; as granulações, que dão a reacção química do cálcio, depositam-se de preferência na zona central da célula e tatuam a membrana nuclear, desenhando-a com nitidez. Assim se mantém, «fixada», a estrutura

do tecido. Outras vezes, o cálcio impregna os lóbulos tumorais em toalha, numa mancha de tonalidade mais ou menos homogénea e acidentada apenas pelo recorte dos contornos das células mumificadas.

Não há esquema fixo da marcha da calcificação: umas vezes centrolobular, outras à periferia, outras ainda anular, esboça desenhos caprichosos e não parece estar directamente relacionada com as condições de vascularização do estroma.

AMÂNDIO TAVARES emitia, em 1933, a hipótese de que «a forte impregnação calcárea competiria, sobretudo, aos epiteliomas já antigos, em que não são raros os próprios fenómenos de verdadeira ossificação, quer da trama conjuntivo-vascular (MALHERBE & CHENANTAIS, CASTAGNARY, NAULLEAU & ARDOUIN, etc.), quer à custa dos produtos de necrose epitelial (MOULONGUET & PAVIE)». Esta opinião é confirmada pela nova casuística: os casos de longa evolução correspondem a lesões intensamente calcificadas, excepto o da Obs. XXXI, em que o nódulo apenas continha, ao cabo de 19 anos, algumas zonas, anistas, de substância calcárea e escassa incrustação dos lóbulos.

O estroma dos epiteliomas de MALHERBE é, em regra, laxo, pobre de fibras conjuntivas, ricamente vascularizado, menos vezes denso ou esclerosado, com focos de hialinose. A deposição de sais de cálcio é, aqui, menos intensa que no parênquima tumoral. É variável o grau de infiltração por células inflamatórias que, nalguns exemplares, chegam a constituir formações nodulares de natureza linfoplasmocitária.

São muito frequentes os elementos gigantocitários, em maior ou menor número, e que, somando-se à restante reacção do estroma, constituem verdadeiros granulomas de corpos estranhos. Nas preparações que examinámos, as células gigantes mostram manifesta predilecção pelas zonas de epitélio mumificado, encostando-se à periferia dos lóbulos, e são em pequena quantidade ou faltam junto de áreas calcificadas ou ossificadas. Tudo se passa como se a necrose mumificante convertesse as substâncias celulares em elementos estranhos ao organismo, e a reacção perilobular se atenuasse com a deposição de sais de cálcio e com a ossificação.

A existência quase constante das células gigantes levou dois patologistas, como já referimos, a exigirem a sua demonstração para firmar o diagnóstico destes tumores. Elas faltam, porém, em 4 dos nossos casos, cujo diagnóstico não oferece dúvidas. Um deles é particularmente curioso, pois refere-se a um nódulo localizado na vizinhança do prolongamento anterior da parótida, numa rapariguinha de 4 anos de idade; apresentava focos de ossificação, além de mumificação total das áreas epiteliomatosas, densamente incrustadas de sais calcáreos, sem ser possível encontrar um só elemento gigantocitário na preparação. Facto idêntico se passava com um dos casos de TEMPLE.

A presença de tecido ósseo nos epiteliomas de MALHERBE, já mencionada na primeira descrição desta neoplasia (WILKINS, 1858), é pouco frequente (4 das nossas 35 observações) e estaria relacionada, já o dissemos, com o tempo de evolução e a idade do paciente.

Na maior parte dos casos publicados, a ossificação dá-se no estroma, ao contacto dos nódulos epiteliomatosos; uma ou outra vez, porém, foi referida em pleno tecido epitelial, e ROCA DE VINALS pôde demonstrar, em três casos, idêntica origem das zonas osteóides, pela existência de epitélio-fibrilas. Em dois exemplares da nossa colecção (Obs. II e XXXIV) as áreas ossificadas mantinham íntimas relações com os lóbulos tumorais; sem interposição do tecido conjuntivo, assiste-se à transformação progressiva das células calcificadas em placas de substância osteóide e à invasão desta por osteoblastos.

Poderemos dizer, com FÈVRE & GARLING PALMER, que «nous avons vu des lamelles d'os avec des ostéoblastes qui semblaient avoir deux pôles d'accroissement: l'un du côté du stroma où l'on voyait, entrecoupées de cellules conjonctives, mais implantées sur la lamelle osseuse, des languettes fortement colorées en rouge par le Van Gieson; l'autre du côté de l'amas épithélial, où nous trouvions successivement, comme l'avaient montré Moulonguet & Pavie, un dallage rouge répondant à l'ossification de cellules calcifiées, puis des cellules calcifiées où naissent de petits noyaux osseux». Por esta sucessão de imagens, vê-se que a formação de osso se dá também em massas que não passam de «cadáveres» de tecido epitelial,

a que não falta a fonte do cálcio necessário para a formação da substância fundamental.

A propósito da ossificação destes tumores, convém recordar as palavras de MOULONGUET & PAVIE: «*Bien entendu, l'étude de ce cas très spécial d'ossification ne nous permet pas de conclure en généralisant nos constatations et nous voulons seulement noter les analogies qui existent quand même entre l'ostéogénese normale et l'ossification des épithéliomas calcifiés. Il est frappant de constater ici l'importance du «milieu ossifiable» sur lequel Leriche et Policard ont très heureusement insisté. Dans leur théorie de l'ossification, ces auteurs attribuent à l'ostéoblaste non pas le rôle de formation de l'os, mais plutôt un rôle indirect, peut-être diastatique, favorisant la fixation du calcaire sur la «substance pré-osseuse». Dans notre cas, on peut penser que le précipité pulvérulent de sels calcaires dans les cellules mortes réalise un état physico-chimique particulièrement favorable à l'ossification, puisque les ostéoblastes manquent et que l'os se fait sans eux. Leur rôle indirect de catalyseur — si la théorie de Leriche et Policard se trouve confirmée, — nécessaire dans les circonstances ordinaires de l'ostéogénese, serait inutile ici.*

Em 5 dos nossos casos encontrámos pigmento hemossidérico, em quantidade mais ou menos abundante, a tatuar o estroma ou dentro de macrófagos e, por duas vezes, sufusões sanguíneas de certa importância, como acontecia também no exemplar de LAVEDAN & BESCOL-LIVERSAC. HIGHMAN & OGDEN referem a presença de pigmento castanho, semelhante a melanina, em três dos seus exemplares, e TEMPLE viu grãos de eleidina num dos tumores que descreveu; a existência de pigmento idêntico, a confirmar a ocasional evolução espinocelular destas lesões, foi por nós verificada nos casos em que havia formação de globos córneos.

Dos problemas que levanta o epitelioma de MALHERBE, o mais importante (e o que mais interessa ao clínico, para ele pautar a sua conduta) é, sem dúvida, o do prognóstico.

Como já atrás referimos, as opiniões divergem muito. A presença de cápsula, a evolução lenta, a ausência de adenopatias e de recidiva após extirpação completa, levaram FAVRE, JOSSEMAND & MARTIN a considerar este tumor como benigno e afirmam estes autores, etiquetá-lo de epitelioma é um erro: não há mitoses nem monstruosidades celulares e a presença inconstante de globos epidérmicos é critério insuficiente. Vários patologistas ratificaram este conceito de benignidade, entre eles FÈVRE, GADRAT, ZUÑIGA LA TORRE & ROSSELOT MUJICA, PICENA, COZZANI e, mais recentemente, LEVER & GRIESEMER.

Outros, e são a maioria, contestam a exactidão dos argumentos aduzidos: a cápsula nem sempre existe completa e talvez seja, até, mera formação secundária, produto do conectivo peritumoral; se bem que não se encontrem, na literatura, casos de generalização metastática, o certo é que muitas observações são publicadas prematuramente (por vezes, a neoplasia tem sido considerada benigna por o paciente continuar «curado» ao fim de dois anos após a operação). Por outro lado, a estrutura epiteliomatosa e a presença de mitoses e monstruosidades nucleares não se podem negar: já referimos os casos em que as encontrámos, a confirmar os resultados de idênticas pesquisas, efectuadas por HUGUENIN & PARROT, FÈVRE, HUGUENIN & PAIZ, SAUVÉ e colaboradores, AMÂNDIO TAVARES, ROCA DE VINALS e CÔTÉ, entre outros.

Trata-se, sem dúvida, de um epitelioma — é o que podemos concluir das imagens por nós observadas. Quanto à evolução e prognóstico, CÔTÉ e A. TAVARES consideram-no de baixa malignidade, seguindo neste ponto a opinião de FÈVRE e colaboradores.

São conhecidos alguns casos, raros, de recidiva. GROMIKO, em 1927, encontra três na literatura e acrescenta um, muito interessante, de recidiva, nove anos após a exérese do tumor primitivo do antebraço, a qual se caracterizara pelo crescimento rápido, tendo atingido o tamanho de uma cabeça de feto de termo; segunda recidiva, após nova extirpação, obrigou à amputação do membro. De todas as vezes se verificou, ao exame, a estrutura típica dos epiteliomas de MALHERBE e, o mais importante, a existência de cápsula íntegra.

KUANG-YU aponta igualmente alguns casos de recidiva, e FÈVRE e colaboradores citam os publicados pelo próprio

MALHERBE. CÔTÉ descreve dois e SETÄLÄ refere três observações em que se deu a metamorfose maligna local, sem deslocamento dos tecidos circunvizinhos.

Se tivermos de aceitar como certo o isolamento do tumor pela cápsula, o caso de GROMIKO apenas poderá ser explicado pela existência de neoformações múltiplas, muito próximas umas das outras, como acontecia na nossa Obs. IV, já publicada por AMÂNDIO TAVARES, em que se deu conta de dois nódulos desenvolvidos junto da cicatriz de antigo furúnculo (?) numa mulher de 48 anos. Ainda dentro do mesmo conceito, as outras recidivas mencionadas na literatura seriam devidas a exérese incompleta da lesão. Já vimos, porém, quão frágil é a cápsula nalguns casos, e como, por vezes, a reacção inflamatória em volta dela pode destruir o plano de clivagem necessário para a enucleação perfeita; e, finalmente, aludimos também à possibilidade de se encontrarem lóbulos tumorais em pleno tecido ambiente.

Parece ser rara a multiplicidade do epitelioma mumificado ou calcificado da pele. AMÂNDIO TAVARES cita os descritos por VIGNE, NAULLEAU & ARDOUIN, TANASESCU & BALAN, HUGUENIN & PARROT e BELLANGER. Nas pesquisas bibliográficas a que procedemos, depararam-se-nos mais os de CHILESOTTI, CÔTÉ, CAILLAU, REVERDIN, FARIAS CAMPOS e HIGHMAN & OGDEN.

A nossa casuística inclui 2 observações deste género, comprovadas pelo exame histológico, e outras 2 em que o clínico, ante o aspecto idêntico dos nódulos, apenas enviou um deles para estudo.

A Obs. XI refere-se a uma rapariga de 17 anos, que possuía dois «nódulos calcificados», localizados simetricamente nas regiões temporais, atrás da cauda dos supracílios e um pouco acima das arcadas zigomáticas; duros, bosselados e algo achatados, o maior, à direita, do tamanho de uma azeitona, o outro como uma ervilha, existiam já, no dizer da doente, havia muitos anos. Respeita a Obs. XXX também a uma rapariga, de 22 anos de idade, que apresentava dois tumores subcutâneos, um no braço direito, o outro na região supraciliar.

Já foi atrás descrito um dos casos suspeitos (Obs. IV) e do outro (Obs. XVIII) apenas se sabe que o paciente, homem de 34 anos, tinha vários nódulos idênticos disseminados pelo corpo.

HUGUENIN & PARROT perguntam se os epiteliomas mumificados múltiplos não serão metástases cutâneas de um tumor primitivo e, embora considerem pouco provável esta hipótese, não parecem afastá-la completamente.

Ao contrário do que sucede com a maioria das neoplasias epiteliais, esta variedade caracteriza-se pelo aparecimento em qualquer período da vida e, com mais frequência, antes dos 25 anos. De 30 casos, em que os informes clínicos mencionam a idade do paciente, 14 dizem respeito a indivíduos com 25 anos ou menos e o nódulo datava dessa época em mais três, pelo menos.

Os doentes mais jovens das nossas observações são duas rapariguinhas, de 3 e 4 anos respectivamente; naquela, a lesão evolucionara em 8 meses e, na segunda, tratava-se de um tumor congénito.

O facto de o tumor poder ser assinalado muito tempo antes da extirpação (num dos nossos casos passaram-se 32 anos desde a sua descoberta) deve-se a que a evolução se faz, em regra, por surtos, as mais das vezes acompanhados de fenómenos inflamatórios; o doente queixa-se, mas a sintomatologia atenua-se pouco a pouco, como se se tratasse de banal furúnculo que cura, deixando um nódulo indolor e mais ou menos duro. Apenas dois dos pacientes manifestavam sensação dolorosa, espontânea ou à palpação.

Noutros casos, o desenvolvimento é mais rápido (possuímos dois, com 3 e 4 meses, respectivamente numa rapariga de 17 anos e numa mulher de 66). Na Obs. XII assiste-se ao aumento de volume, lento mas progressivo, da neoplasia durante 16 meses, para depois esta se desenvolver extraordinariamente em 8 semanas, impondo ao clínico o diagnóstico provável de sarcoma.

Deve mencionar-se ainda a possibilidade de reabsorção e cura espontânea do tumor — a acentuar a benignidade clínica de alguns casos.



Fig. 1

Epitelioma de MALHERBE. Cápsula fibrosa intacta, a separar o tumor da epiderme.

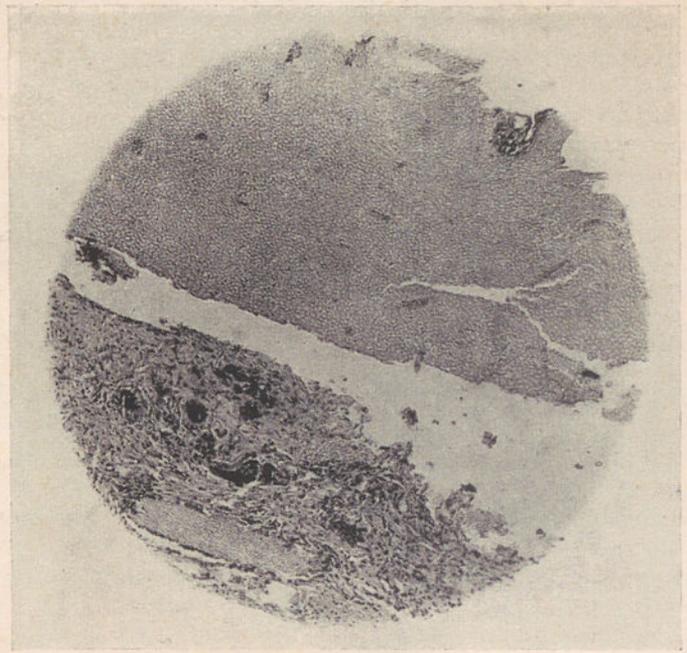


Fig. 2

Epitelioma de MALHERBE. Cápsula fibrosa invadida por lóbulos tumorais.

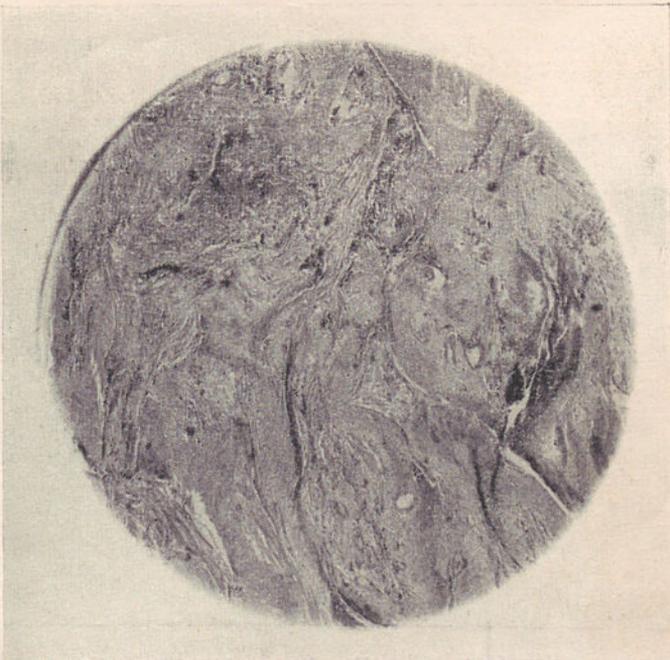


Fig. 3

Maciços epiteliaes mumificados invadidos e fragmentados por feixes conjuntivos de origem capsular.

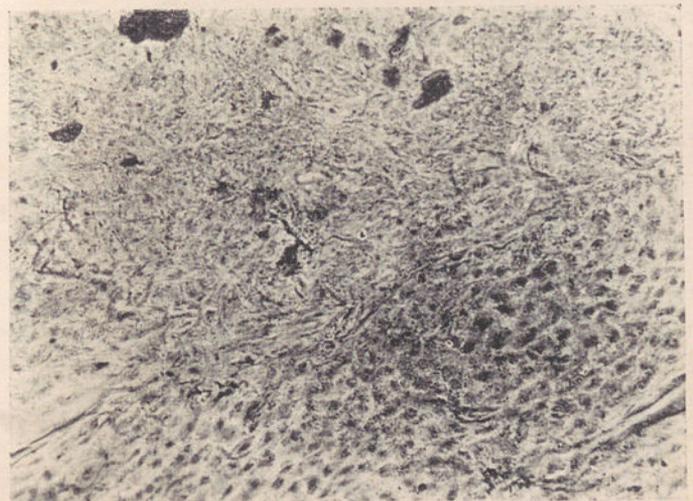


Fig. 4

Incrustação calcárea do epitélio mumificado, sob a forma de grânulos e de placas de sais de cálcio (método de von KOSSA).



Fig. 5

Infiltração calcárea pouco intensa no centro de zonas mumificadas.

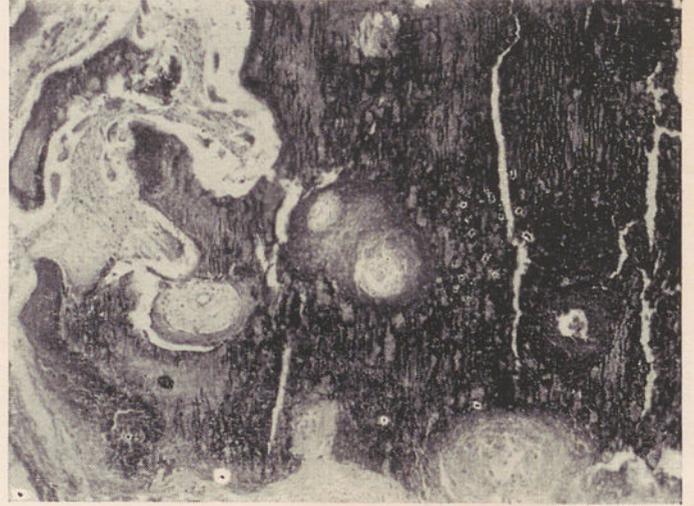


Fig. 6

Impregnação calcárea a mascarar, na quase totalidade, a mumificação. A periferia, podem ver-se áreas em que a estrutura epitelial está ainda conservada.

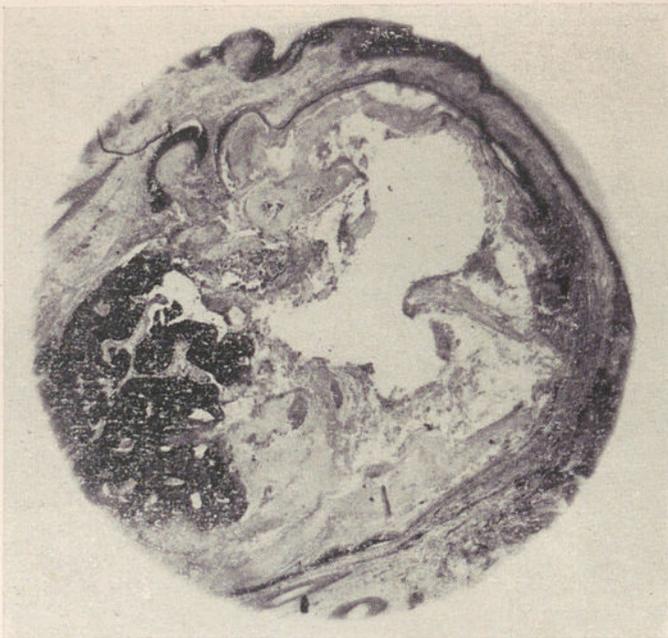


Fig. 7

Epitelioma de MALHERBE desenvolvido na parede de um quisto sebáceo.

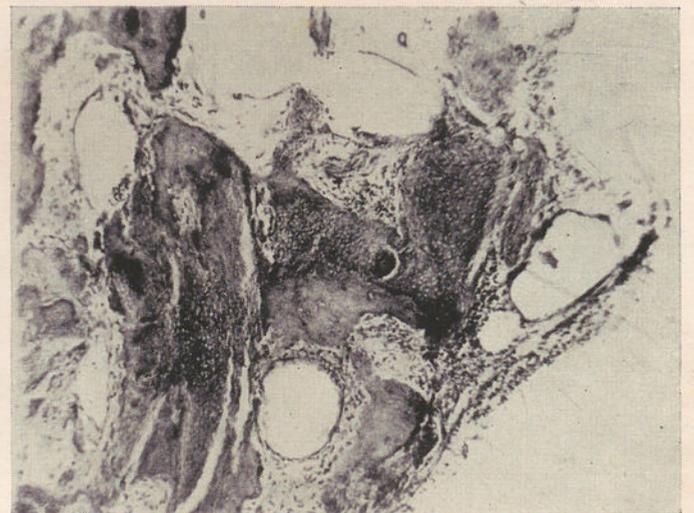


Fig. 8

Epitelioma de MALHERBE em ossificação. Ausência de elementos giganto celulares.

Raro o doente relaciona o aparecimento do nódulo com um traumatismo anterior; apenas uma vez, na nossa colecção, se verificou tal circunstância. TEMPLE refere-a em três dos seus casos; FISCHER & KEINING descrevem um epitelioma calcificado numa rapariga de 22 anos, desenvolvido pouco depois de lesão traumática no braço. CERESOLE aponta factor idêntico numa das suas observações e COZZANI apresenta um caso de tumor de MALHERBE cujo desenvolvimento foi estimulado pela picada de uma aranha. O traumatismo, nestes casos, parece desempenhar o papel que exerce quase sempre em oncologia — revelando um nódulo pré-existente ou despertando a evolução de uma neoplasia até então quiescente.

Qual a natureza do tumor de MALHERBE?

As primeiras descrições dão-no como derivado das glândulas sebáceas, hipótese muito discutida por autores modernos, como PUENTE DANY, SETÄLÄ e HIGHMAN & OGDEN; estes últimos, depois de confessarem que a origem não parece clara, acrescentam que, nalguns casos, ela poderia ser atribuída a folículos pilosos ou estruturas semelhantes.

LEVER & GRIESEMER consideram o epitelioma calcificado resultante do esboço epitelial — adentro da opinião quase geral de que estes tumores são disembríoplasticos — e, para eles, as células basófilas, derivadas do epitélio primitivo, teriam tendência a diferenciar-se em células de folículos pilosos e a sofrer a queratinização; de função semelhante à dos elementos geradores de pelos e imaturas, produziriam apenas as massas irregulares que constituem o tumor.

Outros, porém, com CERESOLE e KAUFMANN, continuam a chamar a atenção para a semelhança do parênquima da neoplasia com o epitélio dos quistos sebáceos, semelhança a que já atrás aludimos e na qual se baseiam alguns, como COZZANI, para negarem ao tumor de MALHERBE a independência nosológica de que ele tem gozado, e para o aproximarem de outras neoformações cutâneas. Também WILLIS defende esta última opinião, considerando-o uma hiperplasia do epitélio de um quisto sebáceo ou epidérmico, a que depois a mumificação confere o aspecto característico.

Vimos que FINK distingue os epiteliomas calcificados da pele, formados por células basais e de estrutura alveolar, e os ateromas organizados, em que a degenerescência e subsequentes modificações das massas queratinizadas conduzem à formação de blocos homogêneos (embora, por vezes, haja uma proliferação reaccional, com queratinização acelerada e de intensidade variável). O diagnóstico diferencial só será possível, continua este autor, baseado no exame microscópico; o verdadeiro tumor de MALHERBE caracteriza-se pela existência de células basais típicas nas áreas não calcificadas; mesmo assim, algumas vezes não se consegue fazer uma distinção perfeita, em virtude de alterações estruturais devidas a fenómenos de degenerescência ou de organização.

KING também separa dois tipos de lesões: os carcinomas basocelulares, com áreas de diferenciação espinocelular e de mumificação (tumor de MALHERBE), e os quistos epidérmicos em que se dá uma disqueratose mumificante, seguida de organização.

Nos exemplares que hoje apresentamos, não vimos nunca imagens que suscitasse dúvidas acerca do diagnóstico, e apenas de um (Obs. XIII) se pode afirmar a origem sebácea; desenvolvido na parede de um quisto sebáceo, o tumor mostra, a par de intensa actividade cariocinética, a estrutura típica do epitelioma mumificado.

Não deve causar estranheza o facto de não ter sido possível demonstrar de que formações cutâneas derivaram as neoplasias nos outros casos, dada a frequência e a intensidade dos fenómenos de indiferenciação e de atipia que os oncócitos, como se sabe, podem apresentar. Assim se explicaria, talvez, a estrutura espinocelular existente em certas zonas de três dos tumores estudados, a par das imagens, quase constantes, de evolução basocelular. A possibilidade deste achado, já o dissemos, é também admitida por KING.

Concordamos em que o epitelioma de MALHERBE deve

ser definido com precisão, a fim de evitar confusões, especialmente com ateromas calcificados e quistos epidérmicos de revestimento hiperplástico. Mas, da observação dos nossos numerosos casos pode-se concluir que será exagerado pedir a verificação das condições exigidas por TURHAN & KRÄINER: grupos de células de morfologia semelhante à das células medulares dos folículos pilosos; zonas de tecido tumoral necrosado; massas de fibrilas dispostas concêntricamente; depósitos de grãos de querato-hialina e de melanina; existência de um granuloma, com elementos gigantocitários de corpos estranhos e, por fim, produção de tecido osteóide e de osso. Pelo contrário, a análise da nossa série de tumores permite-nos afirmar a correcção do conceito de epitelioma mumificado, expandido, entre outros, por FÈVRE e colaboradores, CERESOLE e AMÂNDIO TAVARES; nenhuma das condições acima enumeradas, tomada individualmente, pode ser verificada de modo constante nas nossas observações, com excepção apenas da necrose mumificante das células — a alteração característica destas neoformações.

Quanto à patogenia, muitos patologistas põem a hipótese de se tratar de uma disembríoplasia, baseados, entre outros argumentos, na localização cefálica mais frequente e na idade de desenvolvimento do tumor. O facto de este aparecer em outras regiões do organismo, menos aptas a apresentarem, durante a vida embrionária, alterações do grau das que se passam na cabeça e no pescoço, não altera o valor desta hipótese. Todos sabem que as disembríoplasias não são exclusivas dos citados segmentos do corpo.

«*Nous ne pouvons pas nous empêcher*», dizem FÈVRE e colaboradores, «*devant ces tumeurs de Malherbe, épithéliomas histologiques, même bénignes d'évolution et souvent siège de modifications très importantes, de penser aux tumeurs mixtes des glandes salivaires ou d'autres glandes de la face. Ce sont bien là aussi des épithéliomas, comme l'a montré Leroux, mais dont l'évolution et les remaniements sont tels que l'on est bien obligé d'invoquer une inconnue particulière de certains de leur caractères. Et souvent, ces tumeurs mixtes, véritables épithéliomas des glandes salivaires, sont encapsulées, comme nous avons eu l'occasion de l'observer à plusieurs reprises*».

Por outro lado, o epitelioma mumificado é um tumor precoce; a nossa casuística confirma este conceito corrente e, mais, inclui uma observação em que o nódulo era congénito. Se muitas vezes ele se manifesta já na idade adulta ou na velhice, será porque apenas então é estimulado ao crescimento, por qualquer daqueles factores de proliferação sobre os quais os nossos conhecimentos são tão imperfeitos.

Para BIGNANI & FERRETTI, os epiteliomas mumificados são disembríoplasias comparáveis a verdadeiros nevus; é também a hipótese mais admissível para COZZANI e para FÈVRE, HUGUENIN & PAIZ, e com ela se coaduna a localização perfeitamente simétrica dos nódulos no caso de tumores múltiplos da Obs. XI da nossa série. Esta simetria deve ser, contudo, muito rara, pois não a encontramos mencionada nos trabalhos compulsados.

Citemos ainda algumas teorias, caídas em desuso, como a do «endotelioma» (proposta pelo próprio MALHERBE, em trabalho posterior à sua publicação *princeps* sobre o assunto), a do «adenoma sebáceo calcificado» e, finalmente, a que via neste tumor um simples carcinoma derivado da epiderme.

O último problema que desejaríamos focar é o da evolução do epitelioma mumificado. Não há explicação plausível da lentidão de crescimento e da tendência para a necrose mumificante, que pode eliminar toda a vitalidade do parênquima tumoral; a causa deve estar mais além das simples alterações circulatórias, pois o estroma de alguns dos tumores que estudámos, totalmente mumificados, possuía rica irrigação, com capilares numerosos e congestionados.

Alguns têm tentado demonstrar a existência de um estado particular do organismo, que favorecerá a calcificação; assim, PATRASSI incrimina a acção de factores locais preponderantes, conjugada com uma discrasia geral, e ROSSNER, ba-

seando-se na relação do metabolismo cálcico e funções hormonais, fala numa alteração endócrina, localizada sobretudo na tireoidea, na paratireoidea e nas gónadas. Porém, a calcificação não passa, como se viu, de alteração secundária e contingente perante o carácter fundamental destes tumores — a necrose mumificante; é esta última que interessaria explicar, pois a incrustação calcárea é um fenómeno biológico frequente nos tecidos necrosados, que não justifica por si só a constituição de uma neoplasia em entidade nosológica independente.

Poderá, a respeito da capacidade evolutiva do tumor de MALHERBE, pôr-se a hipótese de este ser, *ab initio*, uma «forma abortiva de cancro» (HUGUENIN e colaboradores); explicar-se-ia, assim, a lenta evolução e o prognóstico da lesão, que histologicamente é um epitelioma, por vezes encapsulado, e que, em regra, se comporta como benigno no ponto de vista clínico.

Deste modo se exprimem FÈVRE, HUGUENIN & PAIZ, ao escreverem: «*Il est donc très vraisemblable qu'il faut chercher peut-être dans un état particulier de l'organisme porteur, mais peut-être aussi dans la nature spéciale de la tumeur, la raison de ces caractéristiques générales: «anévolution» ou évolution très faible, altération régressive précoce, comme le dit Tavares, momification, surcharge calcique secondaire.*»

O epitelioma de MALHERBE, pelos vários problemas de diagnose, de prognóstico e de interpretação, que foram rapidamente esboçados, merece bem a atenção de anátomo-patologistas e clínicos. Esse o interesse da revisão dos casos arquivados no Laboratório de Anatomia Patológica da nossa Faculdade, que outra não foi a finalidade da comunicação que temos a honra de apresentar a este Congresso.

(Trabalho do Centro de Estudos de Anatomia Patológica e Patologia Geral do INSTITUTO DE ALTA CULTURA — Faculdade de Medicina do Porto).

## RÉSUMÉ

Rapport de 35 cas d'épithélioma momifié ou calcifié de la peau, dont 4 en ossification partielle, enregistrés au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Porto. Souvent de développement précoce (1 cas de néoplasie congénitale, 17 apparaissant jusqu'à l'âge de 25 ans) et évolution plutôt lente, ils n'ont pas de localisation élektive (13 à la tête et au cou, 17 aux membres). 4 cas de tumeurs multiples, dont 1 à localisation symétrique, sont décrits.

L'A. insiste sur la momification en caractère fondamental et sur l'importance de la réaction gigantométabolique du stroma, dont l'intensité semble être en rapport inverse avec les phénomènes de calcification et d'ossification.

Après avoir souligné l'intérêt du diagnostic différentiel avec l'athérome calcifié de la peau, l'A. reconnaît à cette tumeur, de nature dysembryoplasique probable, les caractères histologiques d'un épithélioma, dérivé peut-être de cellules sébacées primitives, et à pronostic bénin dans la majorité des cas.

## SUMMARY

Report of 35 cases of mummified or calcified epithelioma of the skin, 4 of which partially ossified, belonging to the collection of the Laboratory of Pathology (Porto Faculty of Medicine). 17 cases appeared in patients below 26 years of age, one of them being a congenital tumor. There seems to be no site of election (13 on the head and neck, 17 on the limbs). 4 cases of multiple growths (one with two symmetrically localized tumors) are described.

The A. insists on the mummification, as a fundamental feature, and on the importance of the stromal giant-cell reaction, the intensity of which seems to be inversely related to that of calcification and ossification.

Stressing the interest of the differential diagnosis from the calcified atheroma of the skin, the A. thinks this slow-growing tumor to be probably a dysembryoplasia derived from primitive sebaceous cells. Histologically an epithelioma, it has nevertheless a benign prognosis in most cases.

## BIBLIOGRAFIA

- BOGGINO, J. & UGARRIZA, R. — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 10:252, 1939.
- CAILLIAU — Discussão, in *Bull. Cancer*, 27:361, 1938.
- CERESOLE, PIERRE — Cf. ref. in *Index Cancer.*, 4:385, 1930.
- COZZANI — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 79:571, 1952.
- CÔTÉ, F. H. — Benign calcified epithelioma of the skin. *J. Path. & Bact.*, 43:575, 1936.
- FARIAS CAMPOS, R. — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 79:571, 1952.
- FÈVRE, MARCEL — Cf. ref. in *Index Cancer.*, 13:374, 1939.
- FÈVRE, MARCEL & GARLING PALMER, R. — L'épithéliome pavimenteux calcifié. *Ann. Anat. Path. & Anat. norm. méd.-chir.*, 5:572, 1928.
- FÈVRE, MARCEL & GARLING PALMER, R. — L'épithéliome bénin calcifié de la peau. *Ann. Anat. Path. & Anat. norm. méd.-chir.*, 5:885, 1928.
- FÈVRE, MARCEL & GARLING PALMER, R. — Un nouveau cas d'épithéliome calcifié de Malherbe. *Ann. Anat. Path. & Anat. norm. méd.-chir.*, 5:915, 1928.
- FÈVRE, MARCEL, HUGUENIN, RENÉ & VELEZ PAIZ, FERNANDO — Les épithéliomas momifiés ou calcifiés de la peau. *Bull. Cancer*, 27:355, 1938.
- FINK, WERNER — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 9:104, 1935.
- FISCHER, W. & KEINING, E. — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 2:64, 1942.
- GADRAT, M. J. — Les épithéliomas «momifiés» de la peau. *Ann. Derm. et Syphil.*, 3:320, 1943.
- GROMIKO, N. — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 2:136, 1928.
- HIGHMAN, BENJAMIM & OGDEN, GLEN E. — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 18:1453, 1944.
- HUGUENIN, RENÉ & PARROT, MAURICE — Les épithéliomas momifiés ou calcifiés de la peau. *Bull. Cancer*, 28:267, 1939.
- KAUFMANN, E. — Trattato di Anatomia Patologica Speciale. Milão, 1925.
- KING, LESTER S. — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 21:1684, 1947.
- KUANG-YU, CH'IN — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 8:2237, 1934.
- LAVEDAN, JACQUES & BESCOT-LIVERSAC, J. — Un cas d'épithélioma momifié chez un enfant de huit ans. *Paris Méd.*, 133:134, 1947.
- LEVER, WALTER F. & GRIESEMER, ROBERT D. — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 24:1224, 1950.
- MOULONGUET, P. & PAVIE, P. — Un cas d'épithélioma calcifié sous-cutané avec ossification vraie. *Ann. Anat. Path. & Anat. norm. méd.-chir.*, 5:684, 1928.
- OLIVEIRA CAMPOS, J. — Sobre seis casos de tumor calcificado de Malherbe. *Imprensa Médica*, n.º 3, 1940.
- PICENA, J. P. — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 1:135, 1941.
- PUENTE DANY, N. — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 79:570, 1952.
- ROCA DE VINALS, RICARDO — Cf. ref. in *Index Cancer.*, 12:143, 1950.
- SAUVÉ, GROSS, A., DALION, J. & PANNIER, TH. — Cf. ref. in *Index Cancer.*, 22:334, 1951.
- SETÄ LÄ, K. — Cf. ref. in *Ann. Derm. et Syphil.*, 10:98, 1950.
- TAVARES, AMÂNDIO — Epitelioma calcificado da pele. *Lisboa Médica*, n.º 12, pág. 768, 1933.
- TAVARES, AMÂNDIO — Sobre a ossificação dum epitelioma calcificado da pele. *Imprensa Médica*, n.º 22, 1936.
- TAVARES, AMÂNDIO — O epitelioma mumificado ou calcificado da pele (Epitelioma de Malherbe). *Folia Anat. Univ. Conimbr.*, 15:1, 1940.
- TEMPLE, JOHN LL. — Benign calcified epithelioma. *Brit. Med. J.*, 1:920, 1951.
- TURHAN, BESIM & KRAINER, LEO — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 19:923, 1945.
- WILLIS, R. A. — Pathology of Tumors. Londres, 1952.
- ZUÑIGA LA TORRE, R. & ROSSELOT MUJICA, M. — Cf. ref. in *Biol. Abstr.*, 18:1743, 1944.

(Comunicação ao Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências — Oviedo, Outubro de 1953).

**SUSPENSÃO ORAL - XAROPE**



**PALMITATO**  
 DE  
**CLOROANFENICOL**  
**PARA USO INFANTIL**

Febres tifóide e paratífóide e outras  
 salmoneloses.  
 Febre de Malla, Rickettsioses.

**TOSSE CONVULSA**  
 Meningites. Infeções urinárias. Varicela.  
 Sarampo, rubéola e papeira.  
 Infeções por cocos resistentes à penicilina.

*Chlorotifina*

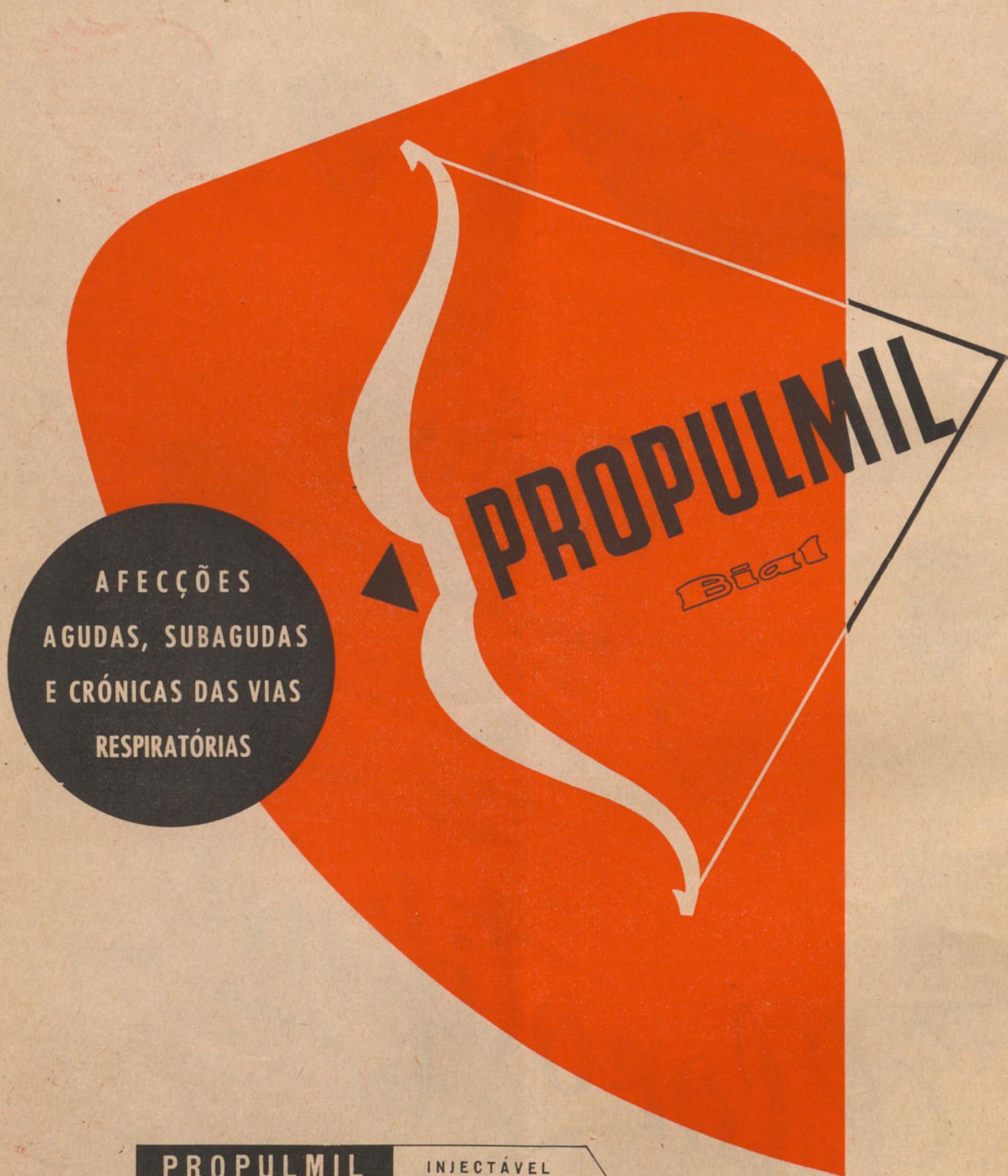
**SUSPENSÃO ORAL**  
 (Xarope)

apresenta-se em frascos com  
 60 c. c. correspondendo cada  
 colher de chá a cerca de 4 c. c.  
 (125 mg. de cloroanfenicol  
 aproximadamente).

Fácil administração — Idêntica actividade

**SABOR AGRADÁVEL**  
**PRODUTO SÁPIDO**  
 e completamente absorvido pelo  
 tracto digestivo.

**INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA**



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

### **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.

# Casuística médico-legal dos desastres no trabalho

Coligida e anotada pelo Dr. LUÍS GUERREIRO

## XI — A FALTA DE PRESTÍGIO MÉDICO NOS TRIBUNAIS DO TRABALHO

*Onde surge l'obbligo di una critica seria obiettiva e spregiudicata che eviti le illogiche ipervalutazioni e talvolta anche le ingiuste svalutazioni.*

CIAMPOLINI

Na lição aos Subdelegados de Saúde Concelhios feita no Curso de Aperfeiçoamento de 1949, disse:

«O aspecto médico-legal da Medicina do Trabalho é imposto pela lei vigente a todos os médicos... O artigo 27.º do decreto n.º 27.649 é categórico: — Nenhum médico pode negar-se a prestar serviços clínicos a sinistrados do trabalho quando lhes sejam solicitados pelas entidades responsáveis ou pelos próprios sinistrados, nos casos em que lhes é permitida a escolha do médico assistente.

É uma obrigação pesada. Por isso a lei procura aliviá-la com certas prerrogativas e vantagens: o médico que toma conta de um sinistrado por escolha do patrão (o médico chamado assistente pela lei) tem assegurada a obediência do doente a quem os seus serviços são impostos, e a exclusividade no seu tratamento... E as cominações são estabelecidas no art.º 22.º do decreto n.º 27.649: — Os sinistrados devem submeter-se ao tratamento que lhes for prescrito pelo médico assistente, salvo caso de intervenção cirúrgica não urgente, em que podem requerer exame pelo perito do tribunal; e no art.º 25.º da lei n.º 1.942...» (in Bol. do Inst. Sup. de Hig. Doutor Ricardo Jorge, n.º 18, 1949, pp. 130-131).

*Pulchre dixi.* Simplesmente: — só prestam serviços clínicos a sinistrados os médicos que os querem prestar, e enquanto os querem prestar; a entidade patronal não tem possibilidade de escolher o médico que deseje para assistir a um sinistrado da sua responsabilidade.

Este assunto foi esclarecido na conferência que fiz na Ordem dos Médicos, Secção Regional do Porto, no dia 8 de Julho de 1950 (in *Imprensa Médica*, 1951). Esclareço agora isso da obediência do sinistrado, e da exclusividade no seu tratamento.

\*

Não há dúvida de que, desde o alvorecer da legislação sobre desastres do trabalho, em Portugal, quer dizer desde o dia 24 de Junho de 1913, data da publicação da lei n.º 83 relativa às «Responsabilidades dos patrões pelos acidentes sucedidos aos assalariados durante o trabalho», ficou estabelecido (art.º 17.º) que «quando se prove que o acidente foi dolosamente provocado pela vítima, ou que esta se recusa a cumprir as prescrições clínicas do médico que a trate, deixará ela e os seus representantes de ter direito a qualquer indemnização». Isto significa insofismavelmente que o sinistrado perdia o direito a qualquer indemnização, logo que se recusasse a cumprir as prescrições clínicas do assistente.

O decreto-lei n.º 5.637 de 10 de Maio de 1949, que visou a «Organização do Seguro Obrigatório sobre Desastres do Trabalho», não obstante o período agitado em que se publicou, reproduziu a disposição no seu art.º 21.º.

Em 1935, publiquei um anteprojecto de lei (in *Desastres do Trabalho*) no qual me pareceu conveniente determinar: — «Compete ao sinistrado, salvo caso de manifesta impossibilidade devida ao desastre, reclamar imediatamente a assistência médica, não sendo a entidade patronal ou quem a substitua responsável, caso o não faça, pelas consequências ou agravamentos que resultem da sua negligência ou desleixo. Em tal caso, a entidade patronal ou quem a substitua será apenas responsável pelas consequências que normalmente resultariam do acidente se não tivessem sido agravadas por essa falta. Quando se prove que o desastre foi dolosamente provocado pela vítima, que esta agrava propositadamente as suas lesões ou que voluntariamente não cumpriu as prescrições do médico assistente, ou o ofendeu gravemente

durante o tratamento, deixará aquela ou os seus representantes de ter direito a qualquer indemnização. Perdem igualmente o direito a indemnização os sinistrados que, encontrando-se na situação de incapacidade temporária e absoluta, estejam trabalhando por conta do mesmo patrão ou de qualquer outro, ou ainda por sua própria conta, assim como os que façam intervir no tratamento qualquer outra entidade que não seja o médico assistente que lhes foi indicado nos termos do art.º ... e, nomeadamente, pessoas não habilitadas legalmente ao exercício da medicina».

Em 1936 apareceu a lei n.º 1.942, actualmente em vigor, que estabelece no seu art.º 25.º: — «O sinistrado perde o direito a qualquer indemnização: 1.º — Se voluntariamente agravar as suas lesões ou, pelo seu manifesto desleixo, contribuir para o seu agravamento; 2.º — se deixar de observar as prescrições do médico assistente; 3.º — se fizer intervir no tratamento qualquer outra entidade que não seja o médico assistente que lhe tiver sido indicado pela entidade responsável ou pessoa por este escolhida, salvo os casos em que lhe é permitida a escolha do médico; 4.º — se, directamente ou por interposta pessoa, não participar o acidente à entidade patronal, ou a quem a represente na direcção do trabalho, nas quarenta e oito horas seguintes ao mesmo acidente ou ao aparecimento da lesão ou manifestação da doença, no caso do § único do art.º 1.º; 5.º — se não se apresentar ao médico assistente sempre que lhe for indicado, desde que possa deslocar-se ou lhe sejam facultados os meios de o fazer».

Meses depois do aparecimento da lei, fiz os seguintes comentários a este artigo:

«Em presença da orgânica dos Tribunais do Trabalho, este artigo, por mais radical que pareça, deve ter uma acção insignificante.

No caso do n.º 1.º, como se prova que o sinistrado agrava as suas lesões por vontade ou por desleixo? Começa por ser difícil ao médico verificar se uma lesão foi agravada ou se se agravou devido a diateses ou a qualquer outro motivo biológico. Admitamos, porém, que consegue verificar o agravamento por actos ou omissões do sinistrado. De que vale a sua afirmação no Tribunal? É preciso fazer justiça à inteligência e à boa vontade dos protectores oficiais dos sinistrados, na defesa dos seus protegidos: ainda que fosse evidente o agravamento — o que será bastante raro — nunca seria possível a prova de que ele tivesse sido feito voluntariamente, e também nunca se demonstraria que tivesse sido originado em desleixo e não em ignorância.

No caso do n.º 2.º — quem prova, e como prova, que o sinistrado não cumpriu as ordens do médico? A afirmação do médico, repetimos, não vale nada. Se ela já não vale nos assuntos médicos, o que valerá nos outros... Tenha-se presente que o sinistrado pode negar que o médico ordenara os actos que não efectuou, que pode provar com tantas testemunhas quantas forem necessárias que efectuou tudo quanto lhe foi ordenado, e que, finalmente, pode alegar que não compreendeu o que o médico queria que ele fizesse. O n.º 3.º refere-se a intervenção no tratamento, mas não define o que deve entender-se por intervenção. Uma consulta implica a cominação legal? Consulta não é intervenção; mas pode ser equivalente. Suponhamos o caso de uma ferida, ou de uma fractura, ou de uma luxação: o levantar do penso, a execução de manobras para feitos de diagnóstico podem influir sobre a evolução das lesões, e até modificá-las. Na prática vai erradamente fazer-se distinção entre observação, consulta e intervenção. E os endereitas escapar-se-ão uma vez mais pela tangente, porque nunca intervêm nos tratamentos. O n.º 4.º é igualmente difícil de interpretar. Ele parece significar a perda de direitos como sequência da falta de participação do acidente do trabalho, nas primeiras 48 horas após o aparecimento das lesões originadas nele. Imaginemos o caso duma ferida perfurante; quando começa a contar-se o prazo das 48 horas? Logo após o aparecimento da ferida (ocasião do acidente) ou após o aparecimento das complicações? Sucede que, muitas vezes os operários não ligam importância a pequenas

feridas, sobretudo às perfurantes, mas que delas proveem muitas vezes complicações gravíssimas, desde os fleimões às septicémias, ao tétano. As 48 horas começam a contar-se depois do aparecimento do tétano? O problema é muito sério e muito delicado.

Finalmente o n.º 5.º carece ainda de esclarecimento. Será necessário precisar as condições em que o sinistrado não pode deslocar-se.

O sintoma *dor* basta para não poder? E se o sinistrado não puder deslocar-se por motivo de mal intercorrente sem relação com o acidente do trabalho, por motivo duma gripe, por exemplo — a quem pertence a responsabilidade da falta e até a das consequências da doença intercorrente? (*in* Legislação sobre Desastres do Trabalho anotada e comentada, pp. 70-71-72).

E tudo aconteceu como previ.

No que respeita ao n.º 2.º deste artigo, a que neste momento dedico maior atenção, o Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, n.º 1.112, de Junho de 1939 transcreve os seguintes passos de uma sentença, que encerram, por assim dizer, matéria regulamentar: — «Considerando que a recusa por parte dos sinistrados às prescrições clínicas do seu médico assistente deve, para efeito de isentar as entidades responsáveis, constituir uma desobediência formal a uma prescrição categórica e clara. Considerando que não basta ter havido uma ordem ou prescrição e uma recusa ou desobediência correspondente, mas que se mostre que só dessa desobediência ou recusa resultaram as consequências das quais provém a responsabilidade das mesmas entidades».

Estes considerandos motivaram algumas observações minhas. A Revista de Justiça arquivou-as gentilmente nos fundos dos seus números 566 e 567, de 30 de Janeiro e de 15 de Fevereiro de 1940.

Delas extraio os seguintes passos:

— «Para nós nada existe de valor onde falte a disciplina. Ordem e disciplina, são factores imprescindíveis para qualquer organização suficiente.

Na clínica normal as relações entre o médico e o cliente são reguladas pelo sistema da confiança mútua. O cliente procura o médico; o cliente abandona o médico. O médico aceita o cliente; o médico desprende-se do cliente, nas precisos termos da deontologia.

As cenas equívocas entre médico e cliente só por acaso e excepcionalmente podem surgir; o seu epílogo é único, o cliente busca outro médico. O código deontológico estabelece já, taxativamente: o médico que, dominado por intuítos interesseiros, transija complacentemente com o agravo recebido, esquece não só o que deve à própria dignidade, mas também quebranta o prestígio da classe.

Na clínica hospitalar as situações são regidas por princípios análogos. Nenhum doente lúcido pode estar internado contra a vontade; o pessoal dos hospitais, desde o médico ao servente da enfermaria, tem direito à consideração e ao respeito dos internados.

Ora, na clínica dos Desastres do Trabalho, as relações entre médicos e doentes são absolutamente diferentes, como dissemos. O doente não procura o médico, não tem confiança nele; na maior parte dos casos preferiria tratar-se com outro, e não pode fazê-lo. O médico não tem confiança no doente, sobrepõe às informações, que este lhe presta na anamnese, os elementos objectivos da observação e da experimentação; não pode deixar de aceitar o cliente e não pode abandoná-lo.

O equilíbrio, neste sistema tão delicado, só pode manter-se sob cominação. Não somos partidários da força como lei; cremos que a lei se apoia na força.

A profissão médica é impossível sem a dignidade do médico. O desprestígio do médico representa sempre um atentado contra a medicina. Estes são axiomas deontológicos.

Na clínica particular o médico abandona simplesmente o doente que não quer tratar-se; na clínica dos desastres do trabalho onde não se pode abandonar o doente, a falta de cumprimento das indicações médicas retira ao doente a quota patronal de qualquer indemnização. Será um pouco severo em alguns casos; mas é sempre moral».

«As provas das faltas que caracterizam as situações apontadas só pelo médico podem ser dadas. Nos Tribunais ainda não foi, talvez, encarada a verdade desta afirmação».

A jurisprudência assentou na solução seguinte: quando o sinistrado se negue a cumprir as prescrições clínicas, perde o

direito ao tratamento e à indemnização (o que, de certo modo, dá satisfação ao prestígio médico), mantém, todavia, o direito à pensão relativa à incapacidade permanente com que ficaria se as prescrições tivessem sido cumpridas (o que satisfaz o princípio moral da protecção ao trabalhador).

Contudo, casos há, postos que raros, em que se foge ao que a jurisprudência assentou, e se vai ainda mais longe do que os considerandos que motivaram as minhas observações.

Um exemplo eloquente destes casos é o relativo ao sinistrado F. C. R., cujo processo tenho presente:

Este homem era aprendiz de serrador. Em 18/1/52 sofreu ferida incisa no 2.º dedo da mão direita, com secção de tendões palmares. Em 2/3 o médico assistente informou a entidade patronal de que o doente podia trabalhar com 15 % de desvalorização. Em 19/3 o doente foi queixar-se ao Tribunal. Dez dias depois, o exame médico em juízo confirmou lesões tendinosas residuais dos flexores do indicador direito, e arbitrou 20 % de desvalorização. Uma junta em 2/5 arbitrou os 15 % marcados pelo assistente, e não os 20 % arbitrados pelo perito do Tribunal. A entidade patronal apresentou em 8/8 o sinistrado ao cirurgião-ortopedista J. P. Dessa apresentação resultou o seguinte documento: «Declaro que me foi apresentado o sinistrado F. C. R., de 16 anos, para minha observação. Eu que reconheci a necessidade de uma intervenção, aliás pequena, pela qual não perigava a vida do sinistrado, intervenção exploradora e curativa, se necessário. Mais declaro que marquei a intervenção para o dia de hoje às 15 horas, e que o sinistrado me apareceu no momento marcado a declarar que não se submetia a tratamento. Lisboa, 8 de Agosto de 1952. — a) J. P.».

O cirurgião esperava o sinistrado numa Casa de Saúde, onde combinara devidamente as coisas para ter preparada a sala de operações naquele momento. Ao fazer notar ao sinistrado que com a sua recusa perdia os direitos, este assinou imediatamente, e sem sombra de dúvida, a declaração seguinte: «Eu, F. C. R., solteiro, de 16 anos, aprendiz de serrador, residente em....., declaro que me recuso a deixar ser operado ao dedo indicador direito, o que os médicos pretendem que eu faça, apesar de me ser dito que perderia todos os direitos a exigir de a..... Fiz idêntica declaração, mas verbal, perante uma médica, um médico, dois enfermeiros e um porteiro, todos do Hospital de Jesus. — Lisboa, 8 de Agosto de 1952. a) F. C. R.».

A informação do Dr. J. P. foi entregue no Tribunal com um requerimento no qual se dizia «...para os devidos e legais efeitos vem apresentar o documento de alta do sinistrado, que acompanha o presente requerimento, e pede seja junto aos respectivos autos».

Não se pode provar mais completamente a falta a prescrições clínicas. Nem sequer há *testis unus* (que deveria ser suficiente por ter sido feito pelo médico, única pessoa que pode afirmar a falta de observância às suas prescrições), mas *testes bini*, um dos quais produzido pelo próprio faltoso, e, por isso, suficiente como confissão da falta.

De acordo com o transcrito n.º 2.º do art.º 25.º da Lei, conclue-se que, naquelas circunstâncias, o sinistrado teria perdido o direito a qualquer indemnização.

Mas conclue-se mal.

Apesar do Tribunal possuir a prova citada, o sinistrado foi novamente apresentado a exame médico. O auto desse exame médico diz somente: «Mantém a impossibilidade de flexão activa dos segmentos distais do indicador direito. A incapacidade é de 15 % em regime de I.T.P. Estado a rever no fim de 90 dias, 4/10/52». Mais tarde, em 4/7/53, voltou novamente a exame no Tribunal. E o perito escreveu: «O sinistrado apresenta impossibilidade de enrolamento activo do indicador direito, sequela de uma lesão tendinosa dos flexores ao nível da base do referido dedo não atingindo as digitações dos músculos curtos (lumbricóides e intermetacárpicos). Incapacidade permanente parcial com 12 % de desvalorização. Tabela Lucien Mayet, pág. 180. O estado afigura-se que não é susceptível de se modificar por qualquer intervenção cirúrgica dado o nível a que ocorreram as lesões tendinosas tornar muito contingente a tentativa de restabelecimento funcional do tendão e das bainhas que o envolvem».

Neste auto não interessaria fundamentalmente a questão da vantagem ou desvantagem de qualquer intervenção, visto que o sinistrado não tinha usado o direito legal de pedir exame oficial no Tribunal para se verificar a utilidade ou inutilidade do tratamento que o médico assistente queria fazer-lhe (Art.º 22.º do decreto n.º 27.649). Contudo a entidade patronal pediu junta médica, no sentido de esclarecer qualquer dúvida.

Essa junta teve a primeira sessão em 23/7. Nela disseram os peritos «que necessitam de ouvir o Sr. Dr. A. R. E., médico assistente do sinistrado». Assim, à primeira vista, não se compreende como o cirurgião J. P., que tinha tentado operar o doente, mantivesse alguma dúvida que outro médico tivesse de esclarecer. Segundo

parece, a razão deste laudo esteve na afirmação feita pelo sinistrado de que aquele médico o teria aconselhado a não se submeter a qualquer intervenção cirúrgica.

Claro que esta afirmação era gratuita (nem tenho conhecimento de que os membros da junta tivessem procurado o Dr. A. R. E.); E no dia 31 do mesmo mês de Julho a Junta confirmou o exame de fls. (o de 4/7/53), emitindo a opinião de que «com uma intervenção cirúrgica há possibilidade de melhoria».

Lógicamente a junta confirmou a conveniência da intervenção cirúrgica, o que tem certo valor para a aplicação da lei. O facto de um sinistrado perder o direito a qualquer indemnização por desobediência a prescrições clínicas, não implica, como já disse, a consequência de perder o direito a qualquer pensão, quando esta viesse a subsistir mesmo que não tivesse havido a desobediência. Disse a Junta que *era possível* que a incapacidade se modificasse com a tenorrafia aconselhada. Logo, se não tivesse havido a desobediência às prescrições clínicas, a incapacidade permanente podia ter sido modificada.

É de notar a palavra «possível» que aparece no auto. Ela foge da linguagem corrente. Ninguém diz *ser possível* que um doente de apendicite se cure com uma apendicectomia, que um herniado se cure com uma quelotomia. Toda a gente diz que a *cura* da apendicite é a apendicectomia, e que a *cura* da hérnia é a quelotomia. Contudo aquelas operações cirúrgicas podem não ser seguidas de bom êxito.

O mesmo se dá com uma secção de tendões musculares. A cura desta lesão é a tenorrafia. E esta operação pode também não ser coroada de bom êxito. Porém, escrever que «com a intervenção cirúrgica há possibilidade de melhoria», equivale a formular uma dúvida que a percentagem dos bons êxitos nas tenorrafias, feitas no devido tempo, não fundamenta. As tenorrafias sem bom êxito constituem excepção à regra.

Com esta última junta ficou esclarecido: houve secção de tendões, lesão que só é curável com a intervenção cirúrgica, aquela a que o doente se recusou. Em 26/10/53 a entidade patronal recebeu uma notificação mandando operar o doente.

Foi, na realidade uma notificação inesperada. Então a entidade patronal quis operar o doente em 8/8/52, teve encargos com o operador e Casa de Saúde, e o doente negou-se terminantemente à operação, assumindo uma atitude que, segundo a lei, lhe acarretava perda de direitos a qualquer indemnização; e agora em 26/10/53, manda-se operar? Que ideia fará o sinistrado da autoridade patronal, do médico, e até da Justiça? Mais ainda: a intervenção cirúrgica julgada útil em 8/8/52 pode não ter indicação análoga em 26/10/53, passados 15 meses. Os tendões seccionados criam novas relações anatómicas, as suas extremidades perdem a primitiva vitalidade. Não é difícil aceitar que a demora, só por si, tenha comprometido o êxito da intervenção oportunamente julgada útil.

A entidade patronal cumpriu a indicação do Tribunal; e mandou operar o doente pelo mesmo cirurgião que quisera intervir em 8/8/52. O protocolo da intervenção, feita em 10/11/53, diz: «De harmonia com a solicitação de V. Ex.<sup>a</sup>, operei em 10 do corrente F. C. R.: Para os efeitos que V. Ex.<sup>a</sup> tenham por convenientes informo que encontrei o tendão do flexor superficial reduzido a uma fita estreita e aderente, e o tendão do flexor profundo fixado na falange. É este flexor profundo que faz flectir a 1.<sup>a</sup> articulação, do dedo numa amplitude e com uma potência que os músculos lombricóides e interósseos não poderiam ocasionar. Tenho por inconveniente actuar sobre o tendão do flexor superficial, como hoje se encontra. A situação em 8/8/52 (há 15 meses), 7 meses após o acidente, poderia ter sido outra».

Creio que o Art.º 25.º da lei n.º 1.942 continua em vigor. Não vejo por que não foi aplicado no caso do F. C. R. Será por ele ter, à data do acidente, apenas 16 anos. Não me parece que a lei não seja aplicável a menores de 16 anos. Mas é que no caso presente esse menor comportou-se com uma firmeza que não é própria daquela idade: ele resistiu às solicitações dum médico, duma médica, de dois enfermeiros; e não temeu declarar peremptoriamente que não queria seguir as prescrições clínicas. De resto, se fosse de considerar para os efeitos da lei, a menor idade do sinistrado, mais fácil e mais útil teria sido o convencimento feito no Tribunal para que ele se deixasse tratar, logo na primeira vez que ele ali apareceu depois da recusa às prescrições clínicas.

A razão desses casos assenta no desprestígio dos pareceres clínicos em alguns Tribunais do Trabalho. Todas as vezes que medito nesse particular recordam-me as palavras de Ciampolini: «L'esperienza, che mi viene dal lungo maneggiare — a ragion veduta e... riveduta — di perizie e contraperizie nell'ambito infortunistico, mi ammonisce quotidianamente della penuria che v'è tra i periti di quel sano ed obiettivo vedere di cui non può farsi a meno per i buoni giudizi».

Um caso típico deste desequilíbrio é o de B. J. R., que tenho presente. Este sinistrado veio da provincia a uma cidade universitária, com carta precatória para ser visto em junta de ortopedista. A junta foi marcada para 11/8/52; mas nesta data não compareceram os médicos. Em 12/8/52, sem citação oficial reuniram-se os Drs. A. R., M. A. e J. M. no Hospital em que J. M. prestava serviço. Ai, e com a colaboração de outros médicos, entre os quais se contava um estrangeiro, viram o doente e o discutiram.

Esta colaboração de médicos, que não fazem parte de junta, tem sido condenada, se não troçada, com o apodo de «academias». Eu sou partidário dessas «academias» e sempre as usei quando isso me foi possível. Entendo, e entendi sempre, que em Medicina Legal, entre o *tudo* o que *for conveniente* para dar parecer indicado no Código do Processo Civil, está a troca de impressões médicas e as sucessivas observações dos doentes. Além de que sempre tive por certo que a observação dos doentes e a discussão deles não podem constituir matéria escondida das partes em litigio, a não ser que os erros e as ignorâncias e os lapsos, quando ocorram, pretendam estar livres de uma vigilância séria. Mas o que nunca usei foi a «academia» internacional, que neste caso se usou.

O representante da entidade patronal não teve entrada na sala da junta; nem depois desta efectuada lhe foi participado o resultado dela. Nem poderia tê-lo sido, porque dela se não lavrou auto. Apenas o médico da entidade patronal comunicou particularmente que tudo tinha sido visto e resolvido. Isto mesmo não foi verdadeiro.

No dia 18, seis dias depois, a entidade patronal recebeu do Dr. J. M. a requisição de nova radiografia do sinistrado. Este havia seguido para a provincia, uma vez que tinha já sido submetido à junta que lhe fora marcada. Lá se lhe tiraram novas radiografias, as quais foram depois entregues ao Tribunal. E depois mais nada.

Só em 4/10, a mais de 50 dias da junta, a entidade patronal teve conhecimento no Tribunal de que naquela data entrara o parecer do Dr. J. M., e de que um empregado do mesmo Tribunal o levaria aos outros dois peritos para o assinarem. Quando o documento chegou às mãos da entidade patronal verificou-se que estava datado de 30 de Agosto!

Não me parece fácil, para não dizer impossível, cimentar desta maneira a autoridade moral necessária para aplicar multas por entrega de documentos fora de prazo. Porque o sucedido com esta junta excedeu tudo o que podíamos pensar.

O prestígio e o desprestígio de funções não vêm espontaneamente. Conquistam-se em rude labor esforçado e prudente. Errar é próprio dos homens; mas errar em consciência, esporadicamente, errar só em pormenores. E, mesmo assim, sempre na obrigação de corrigir, logo que o erro seja reconhecido. Expressar-se sobre o que se desconhece, ainda que na melhor das intenções, sobrepor a pareceres de especializados ideias próprias saídas do que *parece*, ou do que melhor se casa com sentimentos próprios, conduzem fatalmente a situações que não originam nem alimentam o prestígio profissional.

Mostro um caso deste género.

J. V. foi visto em 14/3/950 pelo neurologista Dr. R. L., que disse: «A observação deste sinistrado revela leve atrofia muscular no braço e antebraço direitos, e atrofias dos pequenos músculos da mão direita com esboço de garra cubital. Parésia dos m. superiores, mais acentuada à direita, onde também se observa um certo grau de rigidez das articulações (escápulo-umeral, punho, dedos). Os reflexos tendinosos dos m. superiores são vivos; os reflexos abdominais enfraquecidos; os reflexos dos m. inferiores, normais. Não há Babinski. Perturbações de sensibilidade cutânea limitadas à mão. Os sinais neurológicos encontrados são em favor de uma lesão alta da medula, devendo tratar-se de uma contusão medular em regressão».

Em 22/5 seguinte, o perito do Tribunal foi de parecer que «As lesões descritas provocam um estado de incapacidade parcial permanente ao sinistrado, cuja desvalorização é de 40%, segundo a Tabela Lucien Mayet pág. 76». Uma junta em 26/6 confirmou o cômputo da desvalorização, mas no regime de Incapacidade Temporária; e concluiu: «O estado deve ser revisto no fim de 6 meses, com exame neurológico prévio». No fim deste prazo, em 17/4/51, o sinistrado foi revisto pelo mesmo neurologista, que disse: «A observação neurológica mostra hoje que há *sensível melhoria*: a medição circunferencial dos braços e antebraços não mostra diferenças de lado; a hipotrofia dos pequenos músculos da mão direita tamb m não é tão apreciável. Permanece contudo o aspecto de garra cubital. Desapareceu quase a rigidez articular escápulo-umeral e do punho, mas continua a observar-se limitação dos movimentos passivos das pequenas articulações dos dedos da mão D. Reflexos tendinosos normais e iguais simetricamente. As perturbações da sensibilidade que a princípio se limitavam à mão, hoje estendem-se a todo o membro superior — o que mostra a *pouca sinceridade* ou má cola-

boração do sinistrado. A minha impressão é que há exagero nas afirmações do padecente, não se podendo explorar «força muscular voluntária» por essa mesma falta de colaboração. a) R. L.».

Em 3/6 seguinte, o sinistrado foi visto em junta que lavrou o seguinte auto:—«O sinistrado apresenta acentuada redução dos movimentos articulares de todo o braço D desde as articulações digitais até à escápulo-umeral; ligeira redução dos movimentos de pronação e supinação, a elevação do braço, em extensão, tanto frontal como lateral, não atinge o nível do ombro correspondente; ligeira hipotrofia muscular do braço sobretudo a partir do antebraço sendo essa hipotrofia mais acentuada ao nível dos dedos mínimos, anelar e médio, rigidez dos dedos anelar e mínimo e acentuada flexão deste último; garra cubital; redução da sensibilidade sobretudo na mão. Estas lesões acarretam ao sinistrado uma incapacidade parcial permanente para o trabalho, cujo grau de desvalorização é de 45%. Tabela Lucien Mayeth — 76».

É de frisar a marcha da pericia neste caso.

Em 20/5/50, e tendo em conta o resultado do exame do neurologista, efectuado em 14 de Março do mesmo ano, o perito do Tribunal arbitrou em 40% a desvalorização, no regime de incapacidade permanente; em 26 de Julho seguinte a junta médica, baseada, ainda no exame neurológico, concluiu que o estado não era definitivo; e no mesmo acto foi marcada nova junta para 6 meses depois com a combinação de oportunamente se repetir o exame neurológico. Com efeito no dia 27 de Janeiro de 1951, foi mandado fazer pelo Tribunal novo exame neurológico, o qual foi efectuado em 17 de Abril. O relatório deste exame começa com as palavras «a observação neurológica mostra hoje que há sensível melhora» e termina dizendo «a minha impressão é que há exagero nas afirmações do padecente».

Em 13 de Junho nova junta concluiu que o estado era definitivo e que a forma dada ao auto respectivo não abona qualquer autoridade científica de quem o subscreveu.

Semelhante conclusão, manifestamente contrária ao exame especializado, que oficialmente fora tido como imprescindível, parece estranha. O facto só seria compreensível com um argumento de autoridade científica da junta.

Acontece, porém, que nela não se incluiu um neurologista, e que a forma dada ao auto respectivo não abona qualquer autoridade científica de quem o subscreveu.

Assim — diz o auto que o sinistrado apresenta acentuada redução dos movimentos articulares de todo o braço D, desde as articulações digitais até à escápulo-umeral. Desde quando é que o braço tem articulações digitais? A nomenclatura científica, imprescindível numa arbitragem de peritos, isto é, de agentes munidos de grau académico, é aqui feiamente lesada. Parece que se pretendeu dizer que todas as articulações do membro superior D tinham os movimentos acentuadamente reduzidos. E isto pode não ser verdadeiro.

Mas, se o fosse, como poderia dizer o auto: ligeira redução dos movimentos de pronação e supinação; a elevação do braço, em extensão, tanto frontal como lateral não atinge o nível do ombro correspondente. Então os movimentos de pronação e supinação são executados com o braço? Então os movimentos de elevação, em extensão, (?) do braço não estariam incluídos na primeira afirmação acima transcrita, sobre os movimentos do braço? Efectivamente não se descortina por que se fazem estas referências particulares, depois duma afirmação geral que as compreende.

Diz o auto: ligeira hipotrofia muscular do braço, sobretudo a partir do antebraço, sendo essa hipotrofia mais acentuada ao nível dos dedos mínimo, anelar e médio. Naturalmente que a hipotrofia dum braço deve ser sempre a partir do antebraço. Sempre assim foi. O que não é natural é que a hipotrofia muscular do braço possa ser mais acentuada ao nível de certos dedos. Por isso que a ninguém consta que o braço tenha dedos.

Diz o auto — rigidez dos dedos anelar e mínimo. Não parece que os dedos possam ser ou não rígidos. A rigidez passa-se nas articulações. E essa patologia foi apresentada logo no começo do auto.

O auto continua — e acentuada flexão deste último. Afirmação incompreensível, porque uma flexão normal é sempre acentuada. Ter-se-á pretendido dizer que o dedo se encontrava em flexão permanente?

Vê-se que o auto está escrito de maneira que poderia ter sido ditado por qualquer profano não só da medicina do trabalho mas até da medicina geral.

O auto termina com a afirmação de que — estas lesões acarretam ao sinistrado uma incapacidade permanente para o trabalho, cujo grau de desvalorização é de 45%. E para fundamentar essa afirmação acrescenta — Tabela Lucien Mayet, pág. 76.

Simplemente, como toda a gente pode ver, a Tabela Lucien Mayet, 6.ª edição (edição oficial), a pág. 76, trata

de camptocormia e «paraplegia», que nada têm com os membros superiores.

\*

O art.º 8.º da lei n.º 1.492 é o que introduz certas doenças profissionais no âmbito legal para efeitos de compensação.

Neste particular a lei portuguesa tem retrogradado. O citado decreto-lei n.º 5.637 estabelecia no art.º 3.º: «considera-se desastre no trabalho para os efeitos deste decreto com força de lei... todos os casos de doenças profissionais devidamente comprovados».

À sombra deste decreto inúmeros casos foram compensados. Entre eles merecem relevo os casos de tuberculose em empregados hospitalares. O falecido Dr. Arruda Furtado, ao tempo perito do Tribunal do Trabalho de Lisboa, reconheceu esta doença como profissional em empregados que tratavam tuberculosos nas enfermarias gerais. Ao recordar esta actuação do distinto médico que foi um apreciado companheiro de trabalho, e a quem tive a honra de propor para a presidência do primeiro Congresso Médico Nacional dos Desastres do Trabalho, reunido em Lisboa no ano de 1939, presto-lhe uma saudosa homenagem.

Mas no ano de 1932 foi publicado o decreto n.º 21.978 que limitou assim a extensão da lei: art.º 1.º, até à regulamentação do art.º 3.º do decreto-lei n.º 5.637... só são consideradas doenças profissionais, para os efeitos ao disposto no n.º 3.º do mesmo artigo, as que se acham compreendidas na convenção internacional de Genebra de 1925, confirmada e ratificada pelo Governo da República pela carta de 3 de Abril de 1929. § 1.º — As doenças profissionais a que se refere este artigo e a citada convenção são as seguintes: a) intoxicação pelo chumbo... b) intoxicação pelo mercúrio... c) infecção carbunculosa... Art.º 2.º — Os Juizes dos Tribunais do Trabalho e os respectivos funcionários não podem realizar autos de conciliação ou de não conciliação entre os patrões ou entidades patronais e os sinistrados do trabalho, com fundamento em processos que digam respeito a doenças que não estejam compreendidas na categoria das alíneas a), b) e c) do § 1.º do art.º 1.º deste diploma».

A crítica a esta limitação da lei foi feita por mim em 1933 no n.º 41.º da Medicina Contemporânea.

Em 1935 apresentei a definição seguinte: «considera-se como doença profissional o síndrome de evolução arrastada que seja ou possa ter sido originado no exercício profissional por virtude das funções nele desempenhadas ou do ambiente em que se desempenhavam e seja especificamente mais frequentes nos indivíduos dessa profissão, de profissão semelhante, ou nos que trabalham nas mesmas condições» (*in* Desastres do Trabalho).

A lei n.º 1.942, actualmente em vigor, não adoptou no seu já citado art.º 8.º a definição apresentada. Adoptou o critério limitativo, apenas um pouco mais lato do que o que se tinha usado no decreto n.º 21.978.

Em 1936 publiquei as seguintes considerações a este propósito: «O professor Cazzaniga, Director do Instituto de Medicina Legal de Milão, declarou-nos, em 1935, que todos os anos, nas suas lições sobre desastres do trabalho, citava Portugal como o único país em que o significado científico das palavras *doenças profissionais* não era reduzido artificialmente por meio de tabelas... «A lei actual utiliza ainda o critério do Tabelamento, anticientífico... verificamos com prazer o alargamento da lista do decreto n.º 21.978 às intoxicações pelos raios X e substâncias radioactivas, e por poeiras, gases ou vapores, e às dermatoses profissionais, nas quais julgamos compreendidas as dermatites e ulcerações da pele e das mucosas, ocasionadas na manipulação de líquidos, poeiras ou agses cáusticos (pez, alcatrão, fuligem, betume, óleos minerais, parafina e seus produtos ou resíduos, etc.). Temos esperança de que a lista se alargue brevemente às doenças produzidas pelo ar comprimido (levantadores de pavimentos, mergulhadores, trabalhadores em pilares de pontes, etc.), às cataratas dos vidreiros e dos operários trabalhando com metais em fusões, ao nistagno dos mineiros, às caimbras dos telegrafistas e dos fiandeiros de lã e de algodão, e à surdez dos operários trabalhando entre ruídos fortes. E então recordávamos ainda as inflamações do tecido celular subcutâneo da mão direita e do joelho, das bainhas, sinoviais e das bainhas tendinosas dos pulsos, e das bolsas olecraneanas, ocasionadas no exercício de certas profissões; e as doenças

# ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

## IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,  
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,  
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

## IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +  
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCO-  
COS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS  
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

### IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA  
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA  
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA  
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

### IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)  
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA  
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

**LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.**

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.ª - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

# 3 Lanatosidos

numa proporção constante



*Terapia segura e eficaz  
na insuficiência cardíaca*

— Efeito rápido semelhante  
à acção da estrofantina  
com 50 % de Lanatosido C.

— Fácil controle da reserva  
digitálica com 40 % de  
Lanatosido A.

●  
GOTAS • COMPRIMIDOS • SUPOSITÓRIOS • AMPOLAS  
●

*Representante*

**Pestana & Fernandes, L.<sup>da</sup>**

*39, Rua dos Sapateiros — Lisboa*

infecciosas e parasitárias adquiridas durante o exercício profissional e com o risco dele».

Estas doenças profissionais, e ainda outras, foram apontadas oportunamente na Comissão destinada a estudar e rever as leis sobre acidentes de trabalho, junto da qual fui requisitado como médico perito em Medicina do Trabalho.

Entre as doenças profissionais merece hoje uma referência particular a silicose. Esta doença constitui a matéria do n.º 10.º desta Casuística. Ali me parece ter mostrado que esta doença profissional não era conhecida em 1936, a quando da promulgação da lei n.º 1.942 pois só muito mais tarde foi convenientemente estudada. Em nova publicação no mesmo Jornal do Médico, em 1950—A silicose, Doença Profissional, em face da Legislação Portuguesa do Trabalho—desenvolvi complementarmente o mesmo conhecimento. Mais tarde em 1952 actualizei o que a tal respeito se sabia, no estudo «O Problema da Silicose nos seus aspectos geral e português», estudo que publiquei na Imprensa Médica e dediquei ao Juiz Dr. Henrique Parreira.

Ter ou não ter escrito, deu os mesmos resultados. A despeito de tudo, seguiu-se o caminho que tem conduzido somente à triste e infeliz situação de aguardar que os trabalhadores caíam doentes para se lhes marcar indemnizações e pensões, cuja soma tem de pesar severamente na balança económica da produção, sem, aliás, compensar suficientemente as infelizes vítimas. Todos os esforços que tenho envidado no sentido de rastrear o mal e de promover o emprego das necessárias medidas preventivas, têm sido infrutíferos. Ninguém, nem os serviços públicos, nem os sindicatos, nem as Caixas de Previdência, nem o Grémio dos Seguradores, nem a Ordem dos Médicos, se tem interessado pelo assunto.

Se é certo que a ignorância ou desconhecimento explica uma falta de actuação, não é menos certo que não se pode falar de ignorância sobre uma doença cujo conhecimento tão profusamente tenho divulgado. Não terá esta divulgação merecido a atenção devida, por ter sido feita por mim? Porque não foi efectuada oficialmente? *Displicuit nasus meus?*

A pág. 5 do meu citado estudo escrevi: «...o Grémio dos Seguradores, organismo corporativo destinado a defender os interesses morais e materiais dos associados, conforme reza o art.º 2.º do decreto n.º 26.484, de Março de 1936, que o criou, apesar de instado por várias agremiadas, não achou, até agora, razão para qualquer procedimento oficial. O seu silêncio autoriza, pois, a concluir que os seguradores portugueses estão aptos a suportar os encargos que em outros países foram julgados incomportáveis dentro do seguro geral de Acidentes do Trabalho».

Com efeito, nos meus trabalhos sobre a silicose, tentei mostrar que esta doença traz encargos que excedem as responsabilidades previstas nas taxas de prémios aprovadas em 1936, quando ainda a silicose não era suficientemente conhecida. E suponho com fundadas razões que o Governo que decretou a obrigatoriedade do seguro contra Acidentes do Trabalho e tem mantido o regime de monopólio em favor das Companhias de Seguros, não se recusaria a atender a nova situação, como se fez em outros países—se isso lhe tivesse sido convenientemente solicitado.

A pág. 31 do mesmo estudo, escrevi: «Afinal, em última análise e últimos efeitos, o descuro do problema da silicose afecta a Nação. Tudo, afinal, afecta a Nação considerada o somatório de todos os valores do país. Mas as primeiras entidades a sofrerem com esse descuro são os próprios trabalhadores. Esses estão, na sua maior parte, sindicalizados. Aos Sindicatos, cabe, por consequência, a resolução do problema. Têm-se feito campanhas sindicais por ordenados, por férias e por outras regalias. Não consta que os sindicatos, tenham organizado qualquer campanha pela diminuição do risco da silicose. Contudo, os sindicatos, por intermédio dos seus serviços médicos, podiam ter actuado nesse sentido. Se assim tivessem procedido, a situação actual seria outra. Limitaram-se a usar esses serviços nos tratamentos de silicóticos, como se estes fossem tuberculosos. Depois, quando os médicos do trabalho divulgaram os conhecimentos necessários para diagnosticar a pneumoconiose, passaram a remeter todos os suspeitos, silicóticos e não silicóticos, para os tribunais do trabalho, e a buscar as indemnizações dos gastos feitos anteriormente. Foi, para eles, um assunto meramente financeiro. Nenhum pediu a imprescindível protecção para a vida dos trabalhadores em perigo».

Recordamos que no Ministério do Interior há Serviços Técnicos de Higiene do Trabalho e das Indústrias, e que no Ministério das Corporações há idênticos Serviços de Higiene e Segurança do Trabalho; e que cada um destes Serviços possui um corpo de Inspectores. E, finalmente, que uma das obrigações da Federação das Caixas de Previdência é exactamente a de cuidar da profilaxia das doenças profissionais, conforme determina a alínea d) do art.º 5.º dos Estatutos dos «Serviços Médico-Sociais» da Federação das Caixas de Previdência.

Dentro do quadro dos sindicatos está a Ordem dos Médicos. O artigo único do decreto-lei 29.171 que a criou diz: «...é constituído, com a denominação de Ordem dos Médicos, o Sindicato Nacional dos Médicos...». Nos considerandos que antecedem o referido artigo único invoca-se o § único do art.º 3.º do decreto-lei n.º 23.050, que diz: «As profissões livres organizar-se-ão num único Sindicato Nacional, com sede em Lisboa, podendo criar Secções Distritais em tudo sujeitas à disciplina de sindicato. Os Sindicatos Nacionais dos Advogados, dos Médicos e dos Engenheiros podem adoptar a denominação de Ordem».

A Ordem dos Engenheiros foi criada nos moldes pelo decreto-lei n.º 27.288 de 24 de Novembro de 1936, modificado em 16 de Dezembro do mesmo ano. Os médicos veterinários estão organizados em Sindicatos. Ficou de fora da Organização Corporativa indicada no art.º 41.º do Estatuto do Trabalho Nacional, apesar de o citado § único do art.º 3.º do decreto-lei n.º 23.050 a compreender explicitamente, a Ordem dos Advogados criada pelo Estatuto Judiciário.

A competência da Ordem dos Médicos é a indicada no art.º 1.º do decreto-lei n.º 23.050 para todos os Sindicatos Nacionais: o estudo e a defesa dos interesses profissionais, nos seus aspectos moral, económico e social». O art.º 4.º do Estatuto da Ordem concretiza, entre outros, os seguintes pontos essenciais: «...2.º, dar parecer sobre assuntos da sua especialidade acerca dos quais for consultada pelos Organismos Corporativos de grau superior ou pelo Estado, nomeadamente sobre... c) higiene e segurança dos locais do trabalho... 4.º contribuir... para o aperfeiçoamento das instituições de assistência médica, sanitária e social... 8.º promover o estudo e execução das medidas de fiscalização aos serviços das instituições de previdência e entidades seguradoras ou outras que prestem normalmente assistência na doença, e bem assim a regulamentação dos honorários dos médicos que tenham tais serviços a seu cargo...».

Sobre todos estes assuntos o Ministério das Corporações aguarda «as sugestões concretas que a Ordem se proponha formular com aspecto de generalidade mas com preciso conteúdo, desde que respeitem os princípios da orgânica corporativa» (despacho do Subsecretário de Estado das Corporações em 1/VI/1946). Os estudos a efectuar podiam ser meticulosos e ponderados. As Comissões indicadas no art.º 34.º do Estatuto da Ordem poderiam facilitar, tènicamente, os trabalhos, dentro da competência que lhes é atribuída no § único do mesmo artigo. Não pode deixar de ser displicente a apresentação de estudos ou de projectos elaborados de modo a merecerem referências como esta: «a simples apreciação das disposições legais suscitou reparos mais do que legítimos, resultantes da obscuridade, imprecisão e impropriedade das expressões de que se usou na redacção, ao ponto de acidentalmente se atingir a flagrante ilegalidade (*in* despacho supra-citado).

O que é verdade é que sobre a higiene e a segurança do trabalho, como, aliás, sobre os outros números citados, a Ordem tem sido manifestamente omissa. De resto a sua acção, mesmo em outros assuntos, tem sido pouco cuidada. São exemplos dolorosos os processos n.º 92/45 e 100/45 da 2.ª Vara do Tribunal do Trabalho de Lisboa.

No que respeita especialmente ao problema da silicose, que é o que interessa no momento, pode-se admitir que, por maiores que sejam as responsabilidades, pouco têm pesado sobre cada um dos responsáveis. Talvez por serem tantos.

Sei, por experiência, que tudo o que tenho escrito não alcançou mérito bastante para levar os interessados a cumprir o que me parece que seria de obrigação. Espero somente que mais tarde, muito mais tarde, apareça um investigador, um rato de velhos escritos (em todas as épocas há destes maniacos) que diga aos homens do seu tempo que, neste período que vai do ano de 24 ao de 54 no século XX, houve um médico que lutou tão desinteressada como inglòriamente pela Medicina do Trabalho em Portugal: *Carpent mea poma nepotes*.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### O Tratamento da Tuberculose pelos Antibióticos

LOPO DE CARVALHO

(Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa)

*A União Internacional Contra a Tuberculose resolveu preparar, para cada ano, um relatório sobre os progressos realizados no domínio dos vários problemas que dizem respeito à tuberculose. Para isso, encarregou de redigir os respectivos trabalhos as várias sub-comissões técnicas da União (Educação Sanitária, Radiologia e Exames Sistemáticos por Radiografia, a B. C. G., os Métodos de Laboratório, os Antibióticos e a Quimioterapia, a Colaproterapia e a Cirurgia Torácica, a Readaptação, a Epidemiologia). Apareceu, recentemente, um número do «Boletim da União Internacional Contra a Tuberculose», com o título: «Bilan International de la Tuberculose — 1954». Dele transcrevemos, a seguir — traduzido do trabalho, que vem redigido em francês — o que se refere aos antibióticos — da autoria do ilustre Mestre Dr. Lopo de Carvalho, presidente da sub-comissão dos antibióticos e da quimioterapia da União. Brevemente, publicaremos também o relatório sobre a B. C. G.*

Todos os médicos cuja prática remonta a mais de 30 anos tiveram ocasião de assistir, durante este prazo assaz curto, a três grandes orientações terapêuticas que são as mais altamente conceituadas na acção curativa das lesões tuberculosas.

Firmadas na velha tríade de Brehmer, no regimen sanatorial rigoroso, praticado durante longos anos de isolamento, começamos a ver a transformação radical que o advento do pneumotorax tem trazido à terapêutica desta época. As intermináveis horas de cadeira de encosto, às quais os tuberculosos de outrora tinham de se submeter, se queriam dominar o mal que os atingia, foram reduzidas, na verdade, com o método de Forlanini, ao tempo indispensável para chegar à eficácia do colapso que se provocara.

Em seguida, viu-se nascer a cirurgia torácica, limitada, no começo, a simples intervenções plásticas, mas que, em breve, ia encaminhar-se para as grandes e pequenas exéreses. A terapêutica da doença, deste modo, evoluiu a pouco e pouco, dum carácter puramente estático que apresentava no começo, para um aspecto essencialmente dinâmico.

Entretanto, surgiram os antibióticos e a tuberculose, que, tão rudemente atingia a humanidade, começou a perder a sua intensidade inexorável, a não apresentar mais este carácter de evolução muitas vezes implacável, que nada chegava a deter. Pela primeira vez na história da tuberculose surgiria, na realidade, uma terapêutica cuja acção se mostrava decisiva sobre a infecção.

Naturalmente, os primeiros ensaios foram realizados em animais de laboratório. Depois foram admitidos à clínica humana. Desde o início, revelaram-se notáveis alguns dos resultados obtidos e, se um ou outro caso de insucesso vinha por vezes perturbar a confiança na grande nova esperança contudo não levava a enfraquecer o entusiasmo das primeiras horas.

Todavia, tornava-se indispensável estudar debaixo dum controle rigoroso os novos medicamentos antituberculosos, porque os resultados obtidos nas experiências laboratoriais não podem servir de orientação precisa para o tratamento da tuberculose humana. A tuberculose que se provoca nos animais é, com efeito, uma forma especial

de infecção que não se encontra senão, excepcionalmente, na espécie humana.

Além disso, as defesas naturais do coelho e do coelho não se comparam às do homem, como se pode apreciar pela diversidade de aspectos sob os quais a doença se apresenta neste último.

Por tudo isto, infere-se que as experiências laboratoriais podem ser consideradas como simples orientação e nada mais. Não se pode fazer na clínica humana novos ensaios. Sem eles não há possibilidade de apreciar o poder curativo dum produto, nem conhecer as suas indicações e contra-indicações.

As experiências na clínica humana, são, como sabemos, duma enorme complexidade, visto que intervêm nelas factores incontroláveis, susceptíveis de influenciar as conclusões a tirar. Um destes factores reside, por exemplo, no facto dos indivíduos sobre os quais incidem as investigações, não pertencerem ao mesmo grupo social e, por consequência, não terem as mesmas condições de vida. Esta circunstância, por si só, é suficiente para exemplificar as inumeráveis dificuldades que se nos deparam quando se pretende obter dados experimentais que permitam chegar a conclusões seguras para o homem.

Para recolher estes elementos que possam merecer uma certa confiança, no tratamento da tuberculose do homem, sem ter a pretensão de escapar a toda a crítica, será necessário fazer uma série de investigações em grande escala e, seguindo certas normas previamente estabelecidas, como as que foram utilizadas nos Estados-Unidos e na Grã-Bretanha e que foram objecto dos relatórios publicados pela Associação dos Veteranos, o Serviço de Saúde Pública e «Medical Research Council». Sob esta orientação, foram realizadas já, nestes dois últimos anos, em diversos países, tanto na Europa como na Amércia, várias investigações terapêuticas num número elevado de doentes. São trabalhos preciosos, sem dúvida, mas alguns apresentam um ponto fraco encarando sempre o problema dos antibióticos sob o ponto de vista essencialmente clínico, isto é, não estabelecem a relação entre os elementos recolhidos na observação e as formas anatomo-clínicas da doença. Nas investigações deste género, não basta conhecer a percentagem de curas e de insucessos, nem as modificações, isoladas, que a doença tem sofrido, quanto aos

sintomas clínicos e radiológicos. Saber se há bacilos ou não, se a quantidade de expectoração é abundante ou reduzida, se as lesões são unilaterais ou bilaterais, se a velocidade de sedimentação está baixa ou não, são elementos úteis, evidentemente, a um estudo desta natureza, mas não bastam, por si só, para que se faça uma ideia de conjunto da acção terapêutica do produto.

O que é necessário saber, é a razão porque a quimioterapia consegue cicatrizar algumas lesões e se mostra impotente em dominar outras, ou melhor, porque razão há doentes que curam com os antibióticos e outros que não chegam a obter mais do que uma melhoria discreta e até, essa, transitória.

É possível que uma das causas do insucesso do tratamento resida na circunstância de que o antibiótico deve exercer a sua acção num meio que não lhe é favorável. É o que se passa, por exemplo, com a estreptomycina quando ela pretende actuar nos focos caseosos, já necrosados. Nestes, a concentração em iões H é, como se sabe, diminuída, isto é, a reacção do meio torna-se ácida, situação que não permite ao medicamento exercer a sua actividade bactericida.

Outra razão e, na minha opinião, talvez a mais importante, é que, em numerosos casos, o antibiótico não logra atingir, na concentração necessária, a intimidade da lesão, por causa das profundas alterações que se produzem no regimen da circulação local, como tivemos ocasião de verificar na Clínica das Doenças Pulmonares de Lisboa onde, desde há muito tempo, se fazem investigações neste sentido.

No decurso destas experiências tuberculisamos numerosos coelhos, uns por via endotraqueal, de maneira a obter formas exsudativas da doença, outras por via endovenosa, para ter lesões do tipo fundamentalmente produtivo. No decurso da evolução da infecção, fizemos, para um e outro destes grupos, exames angiopneumográficos seriados.

Nas séries angiopneumográficas dos coelhos tuberculizados por via endotraqueal, verificava-se num estadio muito avançado da lesão, onde unicamente os grossos vasos arteriais eram visíveis; a rede venosa apenas se esboçava. A circulação dos pequenos vasos estava, por assim dizer, bloqueada. As lesões não pareciam ser irrigadas.

Nos coelhos, apresentando processos micronodulares de infecção por via endovenosa, o aspecto era inteiramente diferente: a circulação mantinha-se em todo o pulmão. Não havia nenhum obstáculo, pelo menos aparente, à irrigação do parenquima.

Finalmente, as angiopneumografias dos animais portadores de lesões exsudativas em início, isto é, 15 dias após uma infecção tuberculosa produzida por via endotraqueal, mostravam que a circulação não tinha sofrido alteração apreciável, visto que tanto a rede arterial como a venosa visualizava-se até aos vasos de calibre reduzido.

Estas experiências mostram claramente a falta de circulação nas lesões extensas, caseificadas, assim como a falta de modificação apreciável da irrigação dos processos exsudativos no seu começo, do mesmo modo como nas formas de disseminação hematogénea.

No homem, comparando as radiografias normais com as angiopneumografias correspondentes, nota-se, também, em várias formas anatomo-clínicas a redução, para não dizer a falta de circulação das zonas doentes.

Nessas formas fracamente irrigadas, os antibióticos não poderão atingir a grande concentração necessária para deter a proliferação dos germens, visto que não é por inibição que o plasma consegue atingir as lesões parenquimatosas.

O número de insucessos da medicação devem, então, ser atribuídos ao facto de que, em certos processos tuberculosos, os elementos vasculares sofrem, por vezes, tais alterações na sua estrutura, que a circulação local cessa praticamente de existir.

A falência desconcertante do tratamento nas formas

caseosas, e o sucesso verdadeiramente brilhante da sua acção nas disseminações hematogéneas, são devidos a uma boa ou má irrigação do processo, e daí se compreende a grande vantagem que terá o clínico em conhecer, antes de instituir o tratamento, a forma anatomo-clínica da doença porque poderá assim prever o resultado da quimioterapia. Naturalmente, não é necessário concluir que, nas formas em que habitualmente se observam alterações da circulação, não se ensaie a terapêutica pelos antibióticos; o que se não deve fazer é insistir na sua aplicação, uma vez que, após um curto ensaio, se confirme a ineficácia prevista.

\*

Em virtude do extremo polimorfismo da doença, poder-se-á avaliar a dificuldade da classificação da tuberculose em formas anatomo-clínicas. Poder-se-á mesmo supor que as diferenças que separam os casos uns dos outros não são o resultado de particularidades individuais, complexas, instáveis, dependendo da constituição orgânica, do grau de resistência, da virulência do germen, etc. Poder-se-á mesmo pensar que cada doente faz a sua tuberculose, diferente de todas as outras, impossível então de enfileirar ao lado daquelas que se observam simultaneamente na comunidade social.

Mas, nada disso é assim. Quem quer que trate, habitualmente, tuberculosos pulmonares tem, muitas vezes, ocasião de reconhecer que a evolução da doença, em certos indivíduos, caracteriza-se por manifestações objectivas ou subjectivas duma semelhança tão marcada que permite fazer facilmente o seu agrupamento. Para uns, a marcha do processo é rápida e a morte sobrevem a breve praso; para outros, a enfermidade fá-los arrastar longos anos duma invalidez relativa; para muitos outros, a doença dá lugar a períodos de grande actividade, alternados com outros em que usufruem dum certo bem estar; para alguns, as lesões evoluem sem que o organismo se ressinta.

Há, então, entre o grande polimorfismo da tuberculose pulmonar, certos traços evolutivos de processos comuns a diversos indivíduos e susceptíveis de ser agrupados e de diferenciá-los, ao mesmo tempo, doutros cuja marcha é inteiramente diferente. Na verdade, não é sempre possível dar uma fixidez absoluta ao quadro sintomatológico num mesmo grupo; há, naturalmente, pequenas diferenças individuais que separam os casos uns dos outros, como numa mesma família se encontram traços particulares que distinguem os diferentes membros que a compõem. Da mesma maneira, entre os diversos grupos, há modalidades de transição, situações mixtas, formas de transição de delimitação difícil, que, se fossem isoladas, implicariam uma multiplicidade enorme de formas. Mas o que interessa, não é a individualização absoluta, rígida, intransponível; mas sim a fixação de tipos que constituem por assim dizer pontos de apoio, à volta dos quais se possam agrupar um número de casos maior ou menor, apresentando uma sintomatologia clínica muito semelhante, de aspectos radiográficos parecidos e de idênticas reacções tecidulares.

Poder-se-á objectar que classificações talhadas em bases de demarcação tão frágil serão perfeitamente artificiais e especulativas. Mas a verdade é que, como disse Bard, «uma classificação mesmo má é preferível na falta de outra classificação».

São numerosas as classificações anatomo-clínicas que se têm estabelecido. Muitas delas não se ajustam aos conhecimentos actuais da fisiologia; outras são extremamente complexas e compreendem modalidades que se observam raramente, de difícil identificação; algumas, são um index ou catálogo das diferentes formas; uma classificação propriamente dita, assente em bases patogénicas, anatómicas ou radiológicas; finalmente, outras ainda, não pretendem mesmo definir as modalidades da doença, procurando caracterizar certas fases evolutivas do mal.

Referi-las a todas, em pormenor, parece-nos uma

tarefa inútil e enfadonha tanto mais que não é o momento de fazer-se um estudo crítico. O que se torna necessário, é escolher uma classificação e adoptá-la nos trabalhos a realizar no futuro, porque, para julgar conscienciosamente o problema dos antibióticos sob o ponto de vista do seu poder curativo e das suas indicações na própria tuberculose, não basta, como já dissemos, limitarmo-nos ao estudo analítico das modificações sintomáticas condicionadas pelo tratamento. É indispensável conhecer-se a acção sobre a doença considerada como entidade autónoma, e fazer, em resumo, um trabalho de síntese tomando como base as formas anatomo-clínicas do mal. De outro modo, não se poderá estabelecer um critério de orientação segura a seguir no tratamento, nem fixar as normas sobre as bases sólidas que se pretendem sempre.

\*

Quanto à duração do tratamento, deve-se deter a aplicação dos antibióticos desde que os resultados das análises laboratoriais, dos exames radiológicos e da observação médica permitam considerar o doente em situação de cura clínica? Deve-se aconselhar, após a cura, tratamentos periódicos, durante um ou dois anos, a fim de evitar as reactivações sempre possíveis? Verifica-se que, num certo número de doentes, as recaídas são mais frequentes do que se teria suposto inicialmente, de tal maneira que hoje ninguém põe em dúvida que os resultados, por vezes tão brilhantes no início, não se mantêm sempre. Os próprios exames radiográficos são enganadores. As cavidades dominadas pela estreptomicina, por exemplo, que acabam por ser aparentes aos exames tomográficos mais minuciosos, podem reaparecer algum tempo depois.

Feita a reflexão, é necessário acautelarmo-nos, visto que o antibiótico não actua sobre a doença, mas unicamente sobre a lesão; e em tuberculose, lesão e doença não são exactamente a mesma coisa. A doença é, por assim dizer, um conflito que se desenrola entre o organismo e os germens que aí se fixam. A lesão é o resultado duma agressão local provocada pelos bacilos. Se o antibiótico atinge o local de agressão, é natural que, actuando sobre os germens, a lesão, libertada do agente que está em causa, se encaminhe para a cura e acabe por cicatrizar. Mas não será surpresa se novos surtos se venham a produzir, devido aos bacilos que não foram atingidos, ou mesmo a outros vindos do exterior capazes de provocar, igualmente, uma reinfeccção.

Para que os bons resultados do tratamento possam persistir, será, então, indispensável modificar simultaneamente as condições do organismo e torná-lo capaz de impedir o desenvolvimento ulterior de novos surtos.

É, em resumo, a eterna questão do germen e do terreno! Os germens podem ser destruídos, mas, se o meio permanece favorável ao seu desenvolvimento, produzir-se-á a recaída, cedo ou tarde.

Uma permanência de alguns meses numa clínica ou num sanatório não deixará, então, de ser útil durante o tratamento, porque, a cura da doença dependendo do organismo, compreende-se que as forças defensivas naturais tenham necessidade de ser mantidas e mesmo estimuladas. Se estas vêm a faltar, os antibióticos, por si próprios, serão quase inoperantes. É o que se nota, por exemplo, nos períodos finais de evolução da doença em que o tratamento se torna ineficaz.

\*

No tratamento quimioterápico da tuberculose, existem certas directrizes, tendo por base os resultados obtidos nos diversos centros de investigação, tanto da Europa como da América. São eles que nos orientam, presentemente. Todos eles insistem na associação dos antibióticos a fim de evitar a tão discutida resistência, cuja causa determinante continua a ser ignorada.

Desde a hipótese da diminuição da permeabilidade das células microbianas aos antibióticos, circunstância que lhes permitiria subtrair-se à sua acção bacteriostática ou bactericida, até à destruição destes mesmos antibióticos pelos fermentos cujos germens se colocariam para defender-se (estreptomicinase), tudo tem contribuído para fornecer-lhe a explicação.

Últimamente, a ideia dominante tem sido a de estabelecer uma relação entre o aparecimento da resistência e a diversidade das estirpes que habitualmente se encontram nas populações bacilares dos focos tuberculosos; algumas destas estirpes seriam sensíveis e outras não; os antibióticos, dominando as primeiras, deixariam o campo livre às segundas, que contribuiriam, por esta razão, para manter a infecção. É uma explicação tentadora, na verdade. Mas é também estranho que, neste caso, não se encontrem estirpes resistentes em todas as modalidades da doença. Sabe-se que são frequentes nos processos antigos cavitários, apresentando alterações morfológicas acentuadas. Nas lesões recentes, observam-se muito excepcionalmente.

Isto leva-nos a admitir que um dos factores que mais deve contribuir para o desenvolvimento da resistência é o das fracas concentrações do produto, junto das zonas lesadas. Sabe-se, na verdade, — e o facto encontra-se já assinalado em vários trabalhos publicados — que as fracas concentrações, se não chegam a dominar a infecção, facilitam a adaptação do germen ao medicamento e originam, por consequência, um certo grau de resistência. É um incidente que, em certos doentes, poderá surgir mais cedo ou mais tarde, sabendo-se que o grau de concentração dos tecidos não depende da quantidade do produto administrado, mas das condições da circulação local.

E isto, como já dissemos, será tanto mais precário quanto mais velhas forem as lesões ou a estrutura do parenquima pulmonar se encontre mais alterada, isto é, que ela esteja em estreita relação com as modalidades anatomo-clínicas da doença.

Dentro das directivas terapêuticas actuais, pode-se, sensatamente, admitir que não se deve submeter à quimioterapia todas as formas da doença, como por vezes se faz duma maneira indiscriminada. Reside aí um grave perigo, tanto para o indivíduo como para a colectividade, visto que se vêm aparecer, cada vez com mais frequência, estirpes resistentes, o que se pode atribuir ao abuso generalizado dos antibióticos.

Nas lesões ligeiras, por exemplo, em que a possibilidade de cura se encontra à mercê das forças defensivas do organismo, é sempre preferível tratar o doente segundo as velhas normas terapêuticas ou, quando muito, fazer um curto tratamento pelos antibióticos de um ou dois meses, no máximo, para não se incorrer no risco de aparecerem bacilos dotados duma resistência tal que, mais tarde, quando houver uma reactivação grave da doença, acabam por não obedecer à quimioterapia. As primo-infeccções tuberculosas encontram-se nas mesmas condições. Quando a evolução do processo se apresenta com um carácter grave, acompanhado ou não de disseminação precoce, ou no caso em que isto é de temer (gânglios do mediastino muito tumefactos) é que se justifica o uso dos antibióticos; nos outros casos, não, visto que a primo-infeccção, como se sabe, cura em geral espontaneamente.

Mesmo quando se empregam os antibióticos sem restrição, poder-se-ia evitar a formação de estirpes resistentes, se se vigia com frequência a sensibilidade dos germens no decurso do tratamento e se detem este desde que a resistência comece a desenhar-se. Mas isso são investigações muito longas que praticamente não se justificam quando se tomam medidas profilácticas. Mesmo sob o ponto de vista clínico nós, muitas vezes, somos forçados a privarmo-nos de certos esclarecimentos que estas pesquisas nos poderiam fornecer, porque o estado do doente não permite sempre que se aguarde o resultado do laboratório. É o que acontece, por exemplo, quando se



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>2</sub> . . . 0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . . 500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . . 0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . . 0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g.	

Por drageia  
ou

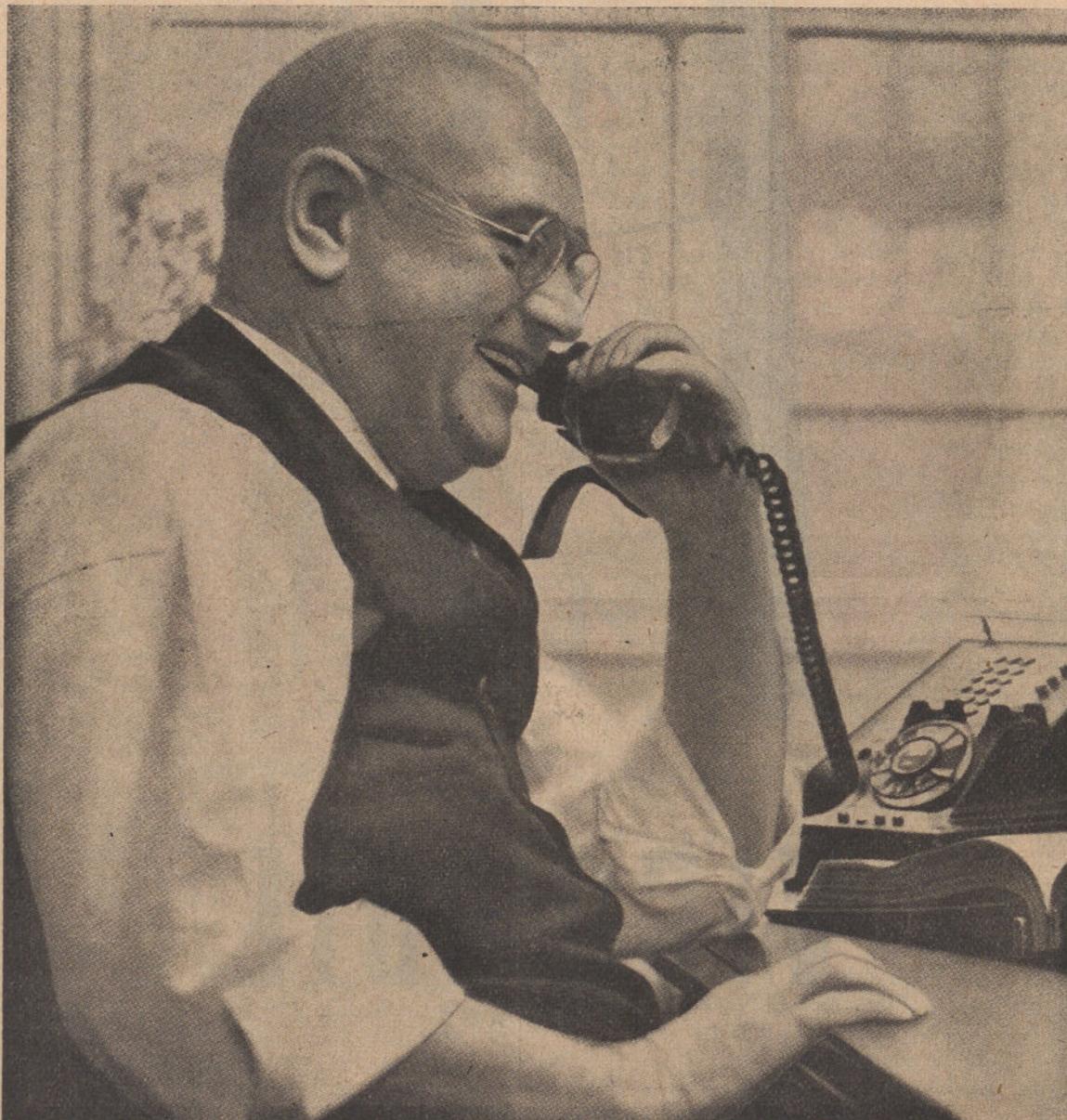
Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50  
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

# GEVRAL

Suplemento de Vitaminas e Minerais  
para Geriartria, LEDERLE



“Reformar-me eu? Fale-me nisso daqui por uns 10 anos!”

As cápsulas de GEVRAL estão indicadas para a prevenção das carências de vitaminas e minerais, especialmente comuns em geriartria.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION  
AMERICAN Cyanamid COMPANY NEW YORK



REPRESENTANTES EM PORTUGAL:  
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.<sup>A</sup>  
Rua Conde Redondo, 64-3.º LISBOA  
Rua de Santo António, 15-2.º PORTO

tem de fazer uma reactivação num individuo que já foi submetido, com bons resultados, à quimioterapia.

O que seria naturalmente indicado seria determinar a sensibilidade do germen antes de começar o tratamento. Mas isto não é sempre possível porque tudo depende da intensidade do surto. Se a situação é grave, não há que hesitar: prescrevem-se imediatamente os antibióticos e procura-se, no decurso da evolução da sintomatologia clínica, os elementos que nos permitem medir o efeito terapêutico do medicamento. Entretanto, conhecer-se-á o resultado da determinação do laboratório e então não haverá dúvidas sobre o caminho a seguir.

De tempos a tempos, acontece, todavia, que, enquanto o laboratório anuncia uma resistência franca, o exame clínico revela uma indiscutível melhoria. Nestes casos, embora bastante raros, a terapêutica prescrita não deverá ser detida. Este desacordo entre a resistência dos bacilos e o resultado do tratamento pode ser devido à circunstância, citada por alguns autores, de poder existir na expectoração, ao lado de germens sensíveis, causa do surto, outros germens que terão adquirido um certo grau de resistência, proveniente, possivelmente, de antigos focos, cuja estabilização teria sido obtida durante o primeiro tratamento. A quimioterapia, tendo actuado sobre os primeiros, seria levada a dominá-los e procurará, por consequência, a melhoria assinalada.

É uma explicação aceitável mas que testemunha, bem como outras, a multidão de problemas que suscita a resistência aos antibióticos, problemas que esperam sempre uma solução definitiva.

\*

Segundo as informações fornecidas pelos membros da Comissão dos Antibióticos e da Quimioterapia, as normas recomendadas, presentemente, no tratamento quimioterápico da tuberculose, podem ser resumidas como se segue:

#### A) DOSES ACONSELHADAS NA PRÁTICA CORRENTE

Adultos:

*Estreptomícina (S. M.): 1 gr. duas vezes por semana; nas formas graves, 0,5 a 1 gr. por dia.*

*Isoniazida (I. N. H.): 3 a 10 mgr./kg., por dia.*

*P. A. S.: 10 a 20 gr. em cada dia.*

*Conteben (T. B. 1): 100 mgr. em cada dia.*

Crianças:

*S. M.: 15 a 30 mgr./kg.*

*P. A. S.: 0,3 gr./kg.*

*I. N. H.: 3 mgr./kg.*

#### B) ASSOCIAÇÕES RECOMENDADAS E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

*S. M. e P. A. S.*

*S. M. e I. N. H.*

*P. A. S. e I. N. H.*

*S. M., P. A. S. e I. N. H.*

A S. M. administra-se em geral por via intramuscular. Para o P. A. S. e o I. N. H. prefere-se habitualmente a via oral. Recomenda-se, também, nas formas

graves da doença e nos surtos febris prolongados, a administração por via endovenosa. Para as localizações da laringe e na tuberculose dos brônquios, a administração do P. A. S. e do T. B. 1 é corrente, sob a forma de aerossóis.

#### C) NORMAS DE TRATAMENTO

a) *Nos casos ligeiros:* P. A. S. 5 gr., três ou quatro vezes por dia. I. N. H. 4 a 6 mgr./kg. em cada dia, repartidos em quatro doses. Nada de S. M. Só se deve prescrever a estreptomícina apenas quando não há melhoria nítida.

b) *Nos casos de gravidade média:* De três em três dias, 1 gr. de S. M. Além disso, 5 a 10 mgr./kg. de I. N. H. em cada dia. Três meses depois, substituir o I. N. H. pelo P. A. S. (15 a 20 gr. em cada dia). Administra-se «per os» ou em perfusão. Em seguida, voltar ao I. N. H., etc. Se o P. A. S. se prescreve por via oral, deve interromper-se a sua administração um dia de três em três dias, para se evitarem as perturbações gastro-intestinais.

c) *Nos casos graves:* P. A. S. 5 gr., quatro vezes por dia. S. M. 1 gr. em cada dia nas duas primeiras semanas; nas cinco semanas seguintes, 1 gr. de dois em dois dias e depois 1 gr. de três em três dias. Quatro meses depois, parar com a S. M. e fazer um tratamento de P. A. S. e de I. N. H. nas doses indicadas mais acima.

Nas formas evolutivas febris, podem fazer-se, quotidianamente, perfusões endovenosas duma solução (500 c.c.) de P. A. S. (3%) à qual se adicionam 5 mgr./kg. de I. N. H. e 1 gr. de S. M. Ritmo de 45 gotas por minuto; séries de 25 perfusões. Entre as séries, um repouso duma semana, durante a qual se administra o P. A. S. e a I. N. H. por via oral e a S. M. por injeção intramuscular. No total 50 a 200 perfusões. Nada de S. M. a partir da 50.<sup>a</sup>

#### D) DURAÇÃO DO TRATAMENTO

A tendência é de fazer tratamentos de longa duração, em geral mais de seis meses; excepcionalmente, três ou quatro meses. Pode-se deter a quimioterapia desde que se verifique, durante três meses, uma estabilização das lesões (falta de sintomas e inoculação negativa no cobaio).

Quando as lesões não obedecem aos antibióticos, deve-se recorrer, se não há contra-indicações, à colapsoterapia médica ou cirúrgica, ou à exérese. Depois de três meses de quimioterapia, pode-se tomar uma decisão. Nestes casos, é prudente determinar a sensibilidade dos bacilos aos antibióticos, a fim de nos esclarecermos, previamente, sobre a acção da sua administração durante o período post-operatório.

Quando se trate de doentes cujas lesões não poderão ser dominadas senão pela cirurgia e que ainda não foram submetidos à quimioterapia, é útil fazer um tratamento anterior com S. M. e I. N. H. Com efeito, não se pode proceder cirurgicamente sem que as lesões pulmonares não estejam arrefecidas.

Todas estas directrizes só devem ser aceites a título provisório porque «a verdade científica, é e será sempre a mais efêmera de todas as verdades». Em medicina é raro que os problemas, que nos parecem inteiramente resolvidos hoje, não se ponham de novo amanhã, forçando-nos a rever conceitos que, ainda na véspera eram defendidos com um firme entusiasmo.

## BIBLIOGRAFIA

Fernando de Castro Pires de Lima — «A SE-  
REIA — Na história e na lenda». Prólogo de Gre-  
gório Marañoñ, vol. de 208 págs. Editora Lda.  
Porto. s/data.

Este jornal já publicou num dos seus números parte de um capítulo da obra agora comentada. O A., nosso colaborador, tem uma vasta bibliografia respeitante a assuntos

etnográficos e enriquece-a, agora, com obra que é das mais destacadas de quantas tem publicado.

Em doze capítulos, uma introdução e uma conclusão, um apenso bibliográfico onde se citam mais de uma centena de espécies referentes ao assunto e um prólogo de Marañoñ, espraia-se o volume no estudo da sereia, motivo sugestivo que nos surpreende seja, quase, pela primeira vez abordado como assunto principal em livro de língua portuguesa.

O Autor diz, na introdução, que não tem a pretensão de esgotar o tema, pois que a lenda da existência da sereia é universal. O seu objectivo é mais limitado; pretende focá-la à luz da tradição peninsular e do seu reflexo americano. Mas a maneira como o faz merece-nos elogios e sentimentos, na ignorância que nos toca sobre a matéria, que a obra é bastante extensa sem o ser em demasia. O assunto está devidamente informado e, se não atinge a soma de conhecimentos que o «Dr. Topsisius» proporcionaria à matéria, tem-nos sobranes para a capacidade do leitor contemporâneo e bastante para que o erudito encontre na obra uma fonte indispensável de estudo.

Lê-se num instante, tão atractiva é, e guardam-se na memória com desenfado sorriso as sugestões que a sua leitura nos alimenta. A sereia não é um mito. Se lhe falta ou faltou sempre a realidade física sobrou-lhe a presença na nossa imaginação. Quanta ansia tivemos e quantos ainda a terão de a ver?

A sereia é uma realidade de hoje, na figuração literária, na investigação histórica, etnográfica ou folklórica, na concretização prástica, escultórica, nas manifestações artísticas, na sugestão acústica.

Figurante do sonho adormecido ou acordado, calculamos que o analizador da psique lhe encontra hoje, definida significação — o desejo impossível, o fruto proibido na impossibilidade material, a abdicação relativa de uma concupiscência que se não pode nem vencer nem esmagar. Ou, então, para outros, será a feminilidade sem sexo, o espírito e a graça da mulher separados do pecado, a sublimação de um desejo, o recalçamento de uma libido.

Nos ócios que o médico deve auferir, como justa recompensa da esgotante tarefa a que a vida o obriga, na necessária procura de meios que folguem a corda tensa do arco, da arma profissional, recomendamos a leitura atraente e instrutiva desta obra pelos méritos que lhe encontramos, pela camaradagem da profissão e pela amizade com que o felicitamos.

W. P.

**Marañón, Gregório — La literatura científica en los siglos XVI y XVII. Separata do III vol. da História General de las Literaturas Hispánicas Barcelona 1953.**

Compara o Dr. Marañón «a situação raquítica da ciência espanhola em geral, diante da nossa opulenta literatura» nos séculos XVI e XVII.

Atribue as causas às circunstâncias sociais e políticas e «singularmente à economia modesta e à vida dispersa produzida pela falta de paz». Demais em ciência «não se pode encher de vento retórico para dar-lhe proporções grandiosas.

Detem-se especialmente na literatura médica que, em louvor da verdade, há que proclamar, pela sua grande cultura humanística, como sendo a que mais contribuiu para o progresso da ciência espanhola naqueles séculos, o que prova com copiosa bibliografia.

Analisa as obras da literatura médica humanística que foi muito abundante, já que alguns médicos eram verdadeiros polígrafos. Cita e comenta Andrés Laguna, Luis Lobera de Ávila, Miguel Servet, António Gomes Pereira, D. Oliva de Sabuco de Nantes, Enrique Enriquez, Jerónimo Gomez Huertas e o Dr. Juan Sorapán de Rieros, autor da medicina espanhola enunciada em provérbios populares.

A literatura anatómica é também muito brilhante, pois a anatomia como dizia Montaña de Monserrate é «o alfabeto por onde têm de começar os que queiram ser médicos». Além da obra deste autor cita Rodriguez de Guevara e Juan Valverde de Amsusco (Palencia), cuja obra abateu as fronteiras da Espanha e se projectou por toda a Europa. Contém também gravuras de singular beleza.

Sobre a influência dos estudos anatómicos e antropológicos na literatura e na mística remete-nos à obra de Lain Entralgo.

A epidemiologia tem importante representação com as obras de Villalobos, Francisco Valles, Luis Mercado, Luis de Toro, Tomás Porcel, Antonio Pérez e Cipriano Maroja. Tenha-se em conta que as epidemias eram naquela época a maior preocupação pela sua horrível mortalidade e difusão

pelo trânsito das gentes que iam à guerra e às peregrinações.

A pediatria tem a sua representação em Jerónimo Soriano e a literatura psiquiátrica em Huarte de San Juan e Andrés Velazquez. Em terapêutica destaca o livro «Menor daño da medicina», de Alfonso Chirino e os muitos curiosos de Nicolás de Monardes, Cristobal de Acosta, assim como de muitos religiosos missionários em terras de América.

Em cirurgia são notáveis quantas obras escreve Juan Frago, Daza Chacón e Juan de Vigo. Em urologia, Francisco Diaz. Em oftalmologia, Daza Valdés e de toco-ginecologia, Juan Alonso de los Ruizes: «Dez privilégios para mulheres prenas».

A literatura sobre os pobres encabeça o capítulo que dedica a Cristobal Pérez de Herrera, autor de várias obras que contribuíram para a criação do Hospital Provincial de Madrid.

Se todos os capítulos desta História geral são da qualidade do que esta separata do Dr. Marañón reproduz, pode considerar-se como um sucesso da bibliografia espanhola e até poderíamos dizer hispanica<sup>(1)</sup>, pois o autor constantemente inclui notas sobre autores portugueses e obras de íntima relação médica com Portugal.

## CASTILLO DE LUCAS

**Kirschner, M. — Operaciones en la cavidad abdominal — Tomo VII/I del Tratado de Técnica operatoria general y especial de Kirschner, Guleke y Zenker. Segun de la edicion alemana publicada y ampliada por R. Zenker. Version española de J. M. Plá Janini. Segunda edicion española — 936 páginas com 556 ilustraciones en negro y en color — Editorial Labor S. A., 1954.**

Salientamos com grande satisfação o aparecimento da nova edição deste tomo sobre operações abdominais da monumental obra de Kirschner sobre técnica operatória, revista e continuada por Guleke e Zenker. No quarto de século escasso decorrido desde o aparecimento deste tratado, que marcou um acontecimento na literatura sobre técnica cirúrgica, havia necessidade de renovação em muitos capítulos. Deste trabalho encarregou-se o Prof. Rudolph Zenker, continuando e completando o tratado do eminente professor de Heidelberg, que escreveu este tomo na primeira edição.

Os anos passados desde a primeira edição presenciaram uma completa transformação na cirurgia abdominal, não só pela evolução das técnicas operatórias, mas também pelos numerosos progressos nos cuidados pré e pós-operatórios, pelo aperfeiçoamento das anestésias e, sobretudo, pelo uso dos antibióticos. O resultado foi uma extraordinária generalização das intervenções abdominais e uma imensa diminuição nos riscos das mesmas.

A obra que comentamos é guia indispensável para todo aquele que se dedica às operações abdominais, não só para o cirurgião geral e o gastro-enterologista, mas também para os que praticam outras especialidades e, entre elas, em primeiro lugar os ginecologistas.

Os capítulos sobre cuidados pré e pós-operatórios e sobre a laparotomia em geral com que começa a obra são excelentes. Depois, estudam-se com grande amplitude, verdadeiramente esgotante do tema todas as intervenções no tubo digestivo, no fígado e vias biliares, assim como no pâncreas e no baço. Finalmente, consagra-se um importante capítulo às intervenções para os estados dolorosos da caridade abdominal.

Merece que se saliente a óptima tradução do Dr. Plá Janini, modelo do que devem ser estes trabalhos.

A magnífica edição do livro, da Editorial Labor, faz com que seja um grande prazer o estudo e a consulta desta admirável obra.

## M. USANDIZAGA

(1) O Dr. C. de L. onde está espanhola escreveu hispanica e onde hispanica escrevera ibérica. O tradutor atreveu-se a alterar as palavras porque o sentido, atravessada a fronteira, fica assim melhor respeitado: a Hispânia é mãe de dois povos, a Ibéria uma aspiração recusada...

# S U P L E M E N T O

## MÉDICOS QUE FORAM GRANDES ESCRITORES

### III

### Ricardo Jorge

Outro grande médico que foi um grande letrado. Em Ricardo Jorge, portuense nato definiu-se um singular temperamento crítico, votado por intuição verdadeira, à análise quase científica dos acontecimentos, das ideias e dos homens que mais fortemente impressionaram a sua cultura. Filho de um humilde ferreiro estabelecido no Porto mas oriundo da Beira-Alta, afastado de qualquer influência hereditária ou ambiente que



NO LABORATÓRIO MUNICIPAL

Inácio Oliveira, analista (à esquerda)  
e Prof. Ricardo Jorge (à direita)

Fot. de Aurélio Paz dos Reis

explicasse a tendência do seu espírito para as grandes preocupações que o seduziram, este definiu-se nele um dom nativo e desenvolveu-se por exclusivo esforço próprio. Numa aquisição contínua de conhecimentos especializados e de visões gerais, num lobrigar persistente de horizontes, a sua curiosidade intelectual caminhou de triunfo em triunfo.

A carreira profissional do grande médico, foi assinalada, mesmo, por um ritmo vertiginoso. Aos vinte e quatro anos concluiu o seu curso, com evidente aproveitamento e raro brilho.

Salientou-se logo, pela acertada defesa da tese escolhida, *Um ensaio sobre o nervosismo*. Meses depois, a Escola Médica do Porto, onde se formara, recebeu-o como lente substituto, na secção cirúrgica. Considerada a proficiência singular do seu corpo docente, tal escolha equivalia a uma distinção honrosíssima. A actividade do nóvel Professor tornou-se, então, extraordinária. Não tardou a ascender, por afirmados méritos a secretário da Escola. Em 1882 dirigiu, de colaboração com os Drs. Miguel Artur

da Costa Santos e Cândido de Pinho, seus confrades no magistério médico, a admirável *Revista Científica*, a qual notabilizou toda uma época de jornalismo portuense, apesar da sua curta duração. Com vinte e quatro anos, visitou o estrangeiro, para estudar neurologia. Charcot, em Paris; Goltz e Woldeyer, em Estrasburgo admiraram a solidez da sua polimórfica cultura, o seu poder de expressão verbal, os fulgores da sua privilegiada inteligência. Vistlumbaram mesmo, nele, o grande cientista que veio a ser. Em 1892 Ricardo Jorge foi nomeado médico municipal do Porto, após a publicação do seu útil quanto excelente trabalho sobre o saneamento cidadão. Três invernos depois, propuzeram-no a lente proprietário e transferiram-no para a secção clínica da Escola. A sua faina científica aumentou de tomo. Como certo personagem ibseniano, pareceu dedicar, então, a sua existência, por forma integral, ao apostolado da higiene pública.

Na biografia de Ricardo Jorge — tão rica de efeitos surpreendentes! — um facto importa recordar especialmente: a sua acção a quando da peste bubónica desenvolvida neste nobre burgo da Virgem, em 1899. Motivo sobejo de tristeza e vergonha para a cidade — esse! Não soube ela compreender os justos receios e as precauções inteligentes do seu médico municipal. Foi, para Ricardo Jorge, duma injustiça flagrante. Desgostoso com a ingratidão dos seus conterrâneos, o ilustre clínico abandonou o Porto, para sempre. Instalou-se em Lisboa. A capital intelectualmente mais requintada, depressa compreendeu o superior espírito que a procurou. Do coração magoado do médico, jamais se diluiu, porém (honra lhe seja!), a querida imagem da terra natal. Evocou-a, a miúdo, a propósito de tudo, de quase nada, cativadamente. No exílio voluntário da estranha (aonde foi repetidas vezes, em funções profissionais ou em vilegiaturas turísticas), preso da insatisfeita ânsia de visões e emoções novas, tal sentimento bairrista mostrou-se presente, com verdadeira constância.

A chegada de Maio moço, o mês mais amoroso e criador de todo o ano, afastado de rosas e olorante de lilazes, recordou-lhe em certa cidade francesa, estranha à sua alma e às suas pupilas, o uso tradicional dos *maias*, castiçamente norteño, de que Rocha Peixoto esquissou, algures, o pitoresco simbolismo. Em fins de Junho evocou, em solo alheio, os festejos portuenses ao Santo predilecto dos

naturais do burgo da Virgem, o S. João liberal, da Lapa; o S. João miguelista, de Cedofeita; o S. João republicano, do Bonfim. As *grisettes* parisienses, essas, lembraram-lhe as chalrantes costureirinhas do seu Porto bem amado. Os frios crisântemos da capital gaulesa, avivaram-lhe a saudade daquelas lindas camélias que outrora policromizaram os jardins portuenses, com o veludo macio das suas pétalas garridas, coquetemente femini-



Prof. RICARDO JORGE

Na sua transferência para Lisboa a assumir a Direcção Geral de Saúde, no Ministério do Reino:

Desenho por Manuel Monterroso, in «A Paródia», Ano I — Lisboa, 1900, acompanhado por quadras originaes de Abílio [de Campos Monteiro], ambos, então, cursando a Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

nas. Uma estadia em Lausana, méca dos dispépticos, recordou-lhe com saudade a medicina portuense e o saber profundo do velho clínico Dr. Andrade Gramaxo.

Grande escritor, Ricardo Jorge conseguiu (como muito bem anotou o notável polígrafo Júlio Brandão) *vitalizar primorosamente arcaísmos, dar ao neologismo um sabor de delicioso contraste, em termos que do próprio léxico tão magistralmente combinado resultou um sortilégio incomparável, tonalidades novas, um sainete entre picante e amorável que o tornou um prosador inconfundível.*

Como cientista, o grande médico portuense jamais traiu o amor das belas letras. Buriçou com igual cuidado, as expressivas laudas dos seus livros magistraes e os seus diagnósticos clínicos. O sentimento dominante da estesia, fundamental à sua natureza, desdobrou-se em panoramas diversos. Sem preocupações

de assunto, expandiu a compostura e dignidades literárias, aos mais áridos temas da especulação científica. Jamais abdicou dessa exigência, tão ressaltante no esquisso duma personalidade intelectual, como no da complexa biografia dos nevromas. Sob esse aspecto, é justo considerar Ricardo Jorge um inovador corajoso. À deselegância gramatical que moldava as obras didáticas, opôs ele, ousadamente, o brilho e a correcção da forma. O recorte filigranado da frase, a música embalante das palavras, o seu aroma ou o seu voo, afiguraram-se-lhe compatíveis com a seriedade das exposições científicas. Demonstrou-o, de resto, praticamente, imprimindo excepcional interesse ao frio debate de problemas fundamentalmente monótonos e complexos. Tornou-os dignos da admiração veemente dos estetas.

No duplo domínio da Ciência e das Letras, que tanto dignificou, uma idêntica inclinação orientou o espírito de Ricardo Jorge. Entregue ao estudo da sanidade física e mental do homem, o autor do *Passadas de Erradio* trouxe à literatura lusitana uma metodologia nova, hábitos quase terapêuticos de compostura e de asseio. Libertou-a, em grande parte, da promiscuidade vocabular em que vivia. Impôs-lhe regras de higiene e de saúde, semelhantes às que preservam o corpo humano das erósteses malignas e dos contágios endêmicos. Tonificou as energias, analgesiadas e decadentes, para uma nova primavera orgânica, desabrochada em exuberantes frutos de pensamento e de expressão. Entre os serviços que devemos ao seu talento, esse é de certo, o que mais decisivamente o distingue e enobrece. Grande utilidade podem extrair dele quantos buscam escrever, com propriedade e com beleza, a língua própria. Na luminosa actividade da sua inteligência, plena de facetas destacantes, o insigne Professor honrou, duplamente, como literato e como cientista o nome pátrio.

Por isso, a sua figura ficou para a posteridade como padrão expressivo da inteligência e da cultura dum Povo. Sem deixar de ser vascularmente tripeiro, (assim o definiu por forma magistral o vigoroso escritor Dr. João de Araújo Correia, clínico também) *Ricardo Jorge foi como o vinho fino: cidadão do mundo, sem deixar de ser do Porto.*

**CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA  
GUIMARÃES**

## CONGRESSO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E DE OBSTETRÍCIA

(Genebra, 26 a 31 de Julho de 1954)

### Terceiro comunicado à Imprensa

O tema geral do Congresso — «A profilaxia em ginecologia e em obstetrícia» — será desenvolvido por 170 relatores designados no mundo inteiro entre os membros mais eminentes das sociedades nacionais de ginecologia e de obstetrícia. Estes oradores tratarão principalmente de confrontar os métodos mais modernos utilizados para o diagnóstico e o tratamento do cancro genital da mulher; discutir-se-ão os meios para assegurar a protecção da criança durante a gravidez, assim como as técnicas de parto que assegurem, no máximo, os interesses do filho e da mãe.

Acaba de ser publicado o programa preliminar, no qual se encontram classificados, por capítulos, os títulos das informações, os das 7 conferências magistrais que realizarão personalidades de grande relevo científico (não ginecologistas), assim como 135 comunicações livres.

Dado o grande número de conferencistas, haverá até 6 sessões simultâneas, de manhã e de tarde. O programa contém a lista de 47 filmes científicos e de 90 participantes na exposição científica.

A Organização Mundial da Saúde terá uma sessão especial para os congressistas no Palácio das Nações e a Sociedade Suíça de Endocrinologia realizará uma sessão extraordinária durante o Congresso.

A Exposição técnica, que ocupará uma sala do Palácio das Exposições, inclui as grandes fábricas suíças de produtos farmacêuticos, numerosas firmas estrangeiras, fabricantes de instrumentos e aparelhos médicos, etc.

Para a distração dos congressistas organizaram-se: um concerto oferecido pela Orquestra da Suíça Romande dirigida pelo maestro Ansormet, um passeio no lago de Leman, um *garden-party* oferecido pelas autoridades de Genebra e várias recepções. O programa para as senhoras compreende numerosas visitas e convites.

Durante o Congresso, Genebra assistirá à criação da Federação Internacional de Ginecologia; até agora, 35 países

aceitaram participar, a maior parte com delegações oficiais que incluem os ginecologistas mais categorizados nos seus respectivos países.

Ficaram resolvidas todas as dificuldades de alojamento dos Congressistas em Genebra e em Lausana.

\*

A delegação oficial portuguesa ao Congresso de Genebra é constituída pelos Profs. Freitas Simões e Pedro da Cunha e Dr. Mário Cardia, que representarão a Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia na sessão inaugural da Federação Internacional de Produtos e Especialidades.

## Sociedade Portuguesa de Esterilidade

Reuniu no dia 12 do mês findo, a Sociedade Portuguesa de Esterilidade, para escutar uma comunicação do Prof. Freitas Simões, intitulada «A esterilidade feminina no princípio do século XVII», a qual se baseava num trabalho do Dr. Luís de Serres, agregado da Faculdade de Medicina de Lião, publicado em Janeiro de 1625. O conferencista descreveu o que, nesse princípio do século XVII se entendia por esterilidade, para não confundir esta, própria da mulher, com a infertilidade, que é masculina, discorrendo sobre a frequência respectiva de cada uma delas. Ocupou-se, depois, de quatro modalidades do mal: 1.<sup>a</sup>, *natural*, idiopática e incurável; 2.<sup>a</sup>, *doentia*, derivada de qualquer outra doença anterior; 3.<sup>a</sup>, *simpática* ou *respectiva*; e 4.<sup>a</sup>, *temporária* ou *secundária*, referindo as diferentes causas capazes de determinar esterilidade, como a influência do meio, das condições meteorológicas, do comer e do beber, do vestuário, das doenças, etc. Por último apontou o que era aconselhável como regime dietético para uso das mulheres estéreis e os melhores tratamentos medicamentosos para o mesmo efeito.

## IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO  
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

**ESTABELECEMENTOS CANOBBIO**

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

# ECOS E COMENTÁRIOS

## IMPRESA MÉDICA

Reuniu recentemente mais um Congresso da imprensa médica, em Turim — a cidade onde se publica, sob a direcção do Dr. Oliaro, um dos mais importantes periódicos médicos da Europa: o bi-semanário «Minerva Médica». Pelo relato que em breve publicaremos, verão os leitores que ali se abordam importantes problemas relacionados, não só com a actividade dos médicos na sua imprensa profissional, mas também na publicidade de assuntos médicos na outra imprensa, destinada ao grande público.

A imprensa médica assume cada vez maior importância na vida médica contemporânea. Os nossos jornais são os naturais veículos da informação médica, apresentando as últimas novidades, tratando, em primeiro lugar, dos problemas novos e das primeiras investigações científicas que os seus autores querem trazer a público.

São duas as principais razões do prestígio de que goza a imprensa médica em todo o Mundo. Em primeiro lugar, o apuro profissional e científico que, em geral — e são raras as excepções a esta regra — caracteriza a redacção das revistas médicas. Os charlatanismos, as insinuações, a falta de probidade profissional, que, infelizmente, são vulgares em certa imprensa de alguns países, vêem-se raras vezes e em pouquíssimos periódicos médicos. Por outro lado, o prestígio das revistas médicas deve-se também à categoria de quem as dirige e as redige. Com raras excepções, vêem-se sempre à frente dos periódicos médicos — em Portugal como noutros países — colegas de categoria na classe, ocupando lugares de destaque em organismos médicos oficiais, como nas Faculdades de medicina, serviços de saúde pública, Hospitais, etc. Entre nós têm estado na direcção das revistas, sustentando-as às vezes com pesados sacrifícios, figuras de prestígio, como — para falar só de alguns vivos — Egas Moniz, Reinaldo dos Santos, Costa Sacadura, Fernando Fonseca, Almeida Garrett, João Porto, Francisco Gentil, Vaz Serra, Toscano Rico, etc., etc. O mesmo sucede nos outros países, onde a direcção dos periódicos está entregue a personalidades de relevo, encanecidos nas lides científicas e profissionais da medicina.

M. C.

## «O MÉDICO»

A «O Médico» deram sempre, também, o seu entusiástico apoio as figuras mais prestigiosas da medicina portuguesa, cujos nomes figuram no elenco dos nossos colaboradores efectivos. A confiança que deram há quatro anos a este periódico médico que então aparecia enfileirando ao lado de outros que há muito se publicavam correspondeu um êxito sem precedentes na imprensa médica. Rápidamente passando de quinzenário a tri-mensal, «O Médico» é semanário desde Janeiro de 1953 e, logo no segundo ano da sua curta vida, excedeu em tiragem e em expansão qualquer ou-

tra revista médica portuguesa de entre todas as que se têm publicado em Portugal. Em 1953 foi, de longe, o periódico médico que publicou maior número de artigos originais e inéditos. O interesse que logo despertou «O Médico» vem-se acentuando cada vez mais e, a este propósito, devemos salientar, com a maior satisfação, que o nosso semanário, como aliás também a «Acta Gynecologica et Obstétrica Hispano-Lusitana», têm enorme expansão no nosso Ultramar — como nunca, de longe, conseguiu qualquer outra revista portuguesa — o que mostra o elevado nível científico e profissional dos nossos prezados colegas que exercem as

suas actividades na África, na Ásia e na Oceania.

Este êxito deve-se a várias circunstâncias. Mas seja-nos permitido destacar uma delas. É que aqueles que dirigem e têm a responsabilidade de «O Médico» não são jornalistas médicos por interesse material. Todos eles têm na medicina posições que lhes absorveriam todo o tempo de cada dia se não quisessem também dispensar algum às actividades que lhes dão satisfação porque prestigiam a medicina e visam a defender os seus interesses morais e profissionais. Assim, não admira que a manutenção de «O Médico» exija um esforço extraordinário da parte de alguns «carolas», que, seguramente, melhor empregariam o seu tempo — se o objectivo fosse apenas «ganhar a vida» — noutras actividades mais lucrativas. À parte os empregados, os tipógrafos, etc., evidentemente, todos que aqui trabalham vivem de actividades profissionais estranhas ao jornalismo e a imprensa médica é para eles — roubando o que podem ao descanso e às distrações — devoção, cumprimento do dever, satisfação intelectual. De resto, ao contrário do que muitos supõem, o mesmo sucede fora de Portugal, mesmo nos grandes países onde se publicam revistas prósperas e de excelente apresentação; em toda a parte os jornalistas médicos de maior prestígio são figuras de destaque na clínica, no professorado, nos serviços públicos e é daí que auferem os necessários recursos materiais. Muitos dos leitores das revistas médicas não se afiguram do que representa de sacrifício, de boa vontade, de prejuízos materiais — manter um periódico, como, por exemplo, «O Médico», que sai com rigorosa pontualidade todas as semanas, apresentando colaboração variada que corresponde a muitas centenas de linguados ou folhas de papel dactilografado e, ao mesmo, envolvendo a sua direcção e redacção numerosos e complexos problemas materiais, morais, científicos, profissionais e técnicos!

Mas, graças a Deus, vamos vivendo; e a simpatia e o interesse de milhares de leitores espalhados por todas as regiões de Portugal — e também de vários países estrangeiros — acompanham-nos, encorajam-nos e... fazem-nos esquecer as contrariedades, os despeitos e as manobras traiçoeiras que se nos deparam a cada passo!

M. C.



## COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Boião de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170cc.	27\$00
Reforçado —	Boião de 20 cápsulas	35\$00



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

## DR. MÁRIO CARDIA

Com sua esposa e filho, partiu para o estrangeiro o nosso director, Dr. Mário Cardia, que vai tomar parte nos seguintes Congressos: Francês de Ginecologia que se realiza em Paris, das Tromboses e Embolias em Basileia e Internacional de Ginecologia e Obstetrícia que na última semana do corrente mês se realiza em Genebra; a seguir, o Dr. Mário Cardia visitará vários centros de ginecologia na Austria, Alemanha e Itália.

# HOSPITAL JÚLIO DE MATOS

*Recebemos o 8.º Relatório da Administração do Hospital Júlio de Matos — o modelar estabelecimento cujo nível científico e projecção no estrangeiro muito honram a medicina portuguesa. Excelentemente organizado, como os anteriores, pelo Dr. Joaquim José de Paiva Correia, adjunto da direcção do prestigioso Hospital e cuja competência e dedicação pelos assuntos de assistência social são geralmente conhecidos, este volume merece ser lido por todos aqueles que se interessam pela administração hospitalar. Transcrevemos a seguir a «Introdução», que está subdividida nas seguintes partes: Panorama em 1953; As receitas, as despesas e o património; Custo de um doente; Rendimento económico de alguns serviços.*

1 — O ano de 1953 foi o segundo em que o Hospital funcionou em pleno, ou seja, com a sua lotação completamente preenchida, o que equivale à existência de uma população de 1.200 doentes e de 350 serventúrios.

O funcionamento regular e contínuo de todas as instalações e serviços denuncia naturalmente as deficiências que resultam do integral aproveitamento de todas as possibilidades técnicas e funcionais.

Com efeito, ao progresso constante dos meios de trabalho deve corresponder a normal utilização que deles se faz, pois que, de contrário, atingido o limite máximo de capacidade daqueles, é impraticável exigir-se-lhes produção excedente. Tendo em vista esta situação, temos procurado desde sempre equipar os serviços por forma a poderem corresponder às crescentes necessidades. Pode, assim, dizer-se que, obtido o expoente máximo da exploração, não se verificam quebras de rendimento nem irregularidades de produção que poderiam levar a concluir, se existissem, ter havido falta de previsão.

Entretanto, uma coisa é a correspondência entre o equipamento necessário à satisfação das necessidades e as exigências do funcionamento e outra é o desgaste provocado pelo trabalho, que determina, de sua vez, uma renovação «a tempo» de tudo quanto é susceptível de deterioração. Este aspecto da questão é incontavelmente importante, e, por isso, não poderia deixar de merecer particular atenção. Se tivermos em conta que algumas instalações industriais, cujas origens datam da época da construção dos edifícios, muito tardiamente vieram a ser utilizadas, só então vindo a verificar-se as precárias condições da sua estrutura, podemos aperceber-nos das salientes dificuldades encontradas.

Exemplificaremos com o caso da rede de canalizações destinadas ao fornecimento de vapor, cujo estado é manifestamente alvo de particulares preocupações. Encontramo-nos em presença de um problema agudo e a verdade é que não está nas possibilidades materiais do orçamento hospitalar satisfazer a necessidade imperiosa da grande reconstrução que se exige. Esta instalação não foi feita nas condições técnicas aconselháveis,

e, por essa razão, são constantes as roturas que ocasionam irregularidades no funcionamento normal dos ser-

viços e implicam sucessivas e custosas reparações. Esta situação não pode nem deve manter-se, e, por isso, já solicitámos às entidades competentes o exame de tão delicado problema.

Independentemente do sistema funcional, outra faceta suscita apontamento: a da conservação exterior de todos os edifícios. Como é conhecido, compete ao Ministério das Obras Públicas essa tarefa e a ele temos recorrido em não poucos casos. Este departamento sempre tem correspondido adentro do condicionalismo das suas verbas e estamos-lhe, por isso, muito reconhecidos. Sucede que, na verdade, alguns dos edifícios estão reclamando beneficiações gerais de pintura exterior, mas não foi ainda possível obter que as disponibilidades daquele Ministério se alarguem, de molde a permitirem a execução conveniente.

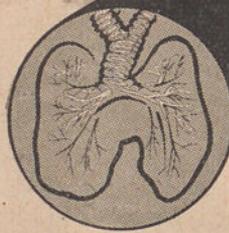
É certo que, no ano agora findo, foram executadas algumas obras importantes de pintura de janelas e gelsias; todavia, não se conseguiu ainda chegar a todos os edifícios.

Não deixa de ser muito importante a conservação exterior de todos os blocos, pois que o aspecto de alguns deles pode criar a falsa impressão de desleixo e até, mesmo, fazer supor que idêntico estado lhes corresponde no interior. Temos esperança de que o Ministério das Obras Públicas, que agora terminou trabalhos desta natureza, os há-de continuar no próximo ano e que, simultaneamente, possa então encarar a questão da pintura total exterior de todos os edifícios, os quais dela carecem em absoluto e com urgência.

Não obstante a exiguidade das verbas de que dispomos, pode dizer-se que conseguimos realizar algumas reparações importantes da natureza daquelas a que acima se alude e que eram da competência do Ministério das Obras Públicas. É que não podiam protelar-se, mais, sem quebra do decoro dos serviços. Assim se levaram a cabo várias tarefas de caixilharia e de gelsias e ainda outras de pintura de paredes, onde se dispenderam mais de cem mil escudos. É evidente que este esforço se não comporta nas nossas possibilidades financeiras, pelo que somos forçados, em razão desta circunstância, não só a uma apertada política administra-

PELA PRIMEIRA VEZ PREPARADO EM PORTUGAL,  
A PARTIR DA PENICILINA, POR PROCESSO  
ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS LABORATÓRIOS

**PULMAXIL N**



Iodidrato do éster  $\beta$ -dietilamino-etílico  
de benzilpenicilina

PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no  
tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.

(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

tiva, que nos exige redobrados cuidados, como também a cercear o progresso nalguns sectores da vida hospitalar de relevante interesse.

Efectivamente, o que em boa lógica nos cumpre assegurar com eficiência é o funcionamento regular dos serviços, e, para isso, é no quadro do equipamento que se implantam as necessidades a satisfazer. Se tudo temos feito, não só para o manter em rendimento útil, mas também para o renovar, o certo é que, designadamente no plano da utensilagem, não temos caminhado na medida dos nossos desejos.

Em todo o caso, colocada num primeiro grau da valoração da assistência directa aos doentes, não se encontra aqui qualquer falta que impeça o seu perfeito desenvolvimento; mas, para se conseguir tal objectivo, não se têm criado iguais situações de trabalho aos serviços produtores e de imputação indirecta à assistência. Esta situação tem determinado os mais louváveis esforços de todos aqueles a quem compete a manutenção desses serviços, os quais mantêm a esperança de que chegará o momento em que as suas necessidades serão igualmente satisfeitas.

Neste sentido temos de caminhar, e, para tanto, torna-se imperiosa a colaboração do Ministério das Obras Públicas, o qual, realizando os trabalhos da sua competência, nos permitirá não desviar para tal fim as verbas de que dispomos e que devem antes utilizar-se na aquisição do que é necessário ao funcionamento dos serviços.

No ano de 1953 entregou-se ao Hospital algum novo apetrechamento para os serviços clínicos e cirúrgicos e laboratoriais, satisfazendo-se inteiramente tudo quanto foi solicitado. Só lamentamos que, em razão das considerações atrás feitas, não tivesse sido possível conseguir o mesmo em relação aos serviços industriais.

Entre o equipamento mais importante que foi adquirido pode citar-se uma balança de precisão, um fotoclorímetro, grelhas para radiografias, uma máquina de somar, carros, um esmerilador eléctrico, bombas de pressão, etc.

2 — A posição financeira e patrimonial do Estabelecimento infere-se da execução orçamental. Tratando-se de serviços que vivem em regime de comparticipação, bem se vê quão delicada se oferece a administração. Com efeito, se o orçamento das despesas está condicionado ao das receitas, este é tão flexível que todos os cuidados são de menos para se evitar desagradáveis surpresas. A certeza na avaliação das receitas não pode verificar-se, dadas as fontes de onde provêm, o que naturalmente cria um estado de insegurança que impõe a auscultação permanente do seu comportamento.

É saliente, por exemplo, o aspecto particular da responsabilidade das Câmaras Municipais pelos seus doentes, a qual se efectiva, geralmente, através de muitas dificuldades, traduzindo-se sempre, no plano da arrecadação das receitas, em medida muito afastada das obrigações assumidas.

Esta asserção prova-se abundantemente, se olharmos a expressão dos débitos registados nos últimos nove anos:

#### Débitos das autarquias locais

1945 .....	365.701\$73
1946 .....	598.567\$08
1947 .....	1.178.378\$83

1948 .....	1.670.285\$98
1949 .....	2.650.624\$41
1950 .....	3.877.504\$61
1951 .....	4.432.551\$16
1952 .....	5.456.175\$96
1953 .....	6.388.656\$43

Este problema carece de solução não só já no quadro da execução orçamental, mas também porque a movimentação de laboriosas contas correntes exige utilização de trabalho e de tempo que muito dificulta a eficiência dos serviços.

O apontamento aqui deixado tem em vista registar a ideia das dificuldades que se oferecem à administração de um estabelecimento caracteristicamente vivo em presença do



## GELDIAZINA

NO TRATAMENTO  
DAS DIARREIAS  
DE ORIGEM  
INFECCIOSA

### GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE  
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA  
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

Sulfadiazina 5 grs. — Pectina — Vitaminas  
do Complexo B — Pantotenato de cálcio —  
Extracto de banana — Excipiente açucarado  
não fermentescível — q. b. para 100 grs.

Uma colher das de chá raze equivale a 0,20 grs. de Sulfadiazina

Laboratório  Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

seu orçamento de previsão, por via de regra difícil e cuja execução se reveste de incertezas.

As despesas a que tais receitas devem fazer face são, porém, na sua maior parte, certas, regulares e constantes, e, por isso, se justificam as nossas preocupações.

Tendo em consideração os grandes grupos em que essas despesas se dividem, há todo o interesse em dar do conjunto uma visão panorâmica nos últimos oito anos, fazendo ressaltar ao mesmo tempo, a população hospitalar internada, para mais fácil confronto e apreciação.

Consideraremos também a espécie de assistência prestada, ou seja, a que respeita a doentes de enfermaria, e, aquela que se refere a sectores diferenciados, com seja a de pensionistas e a de cirurgia (Ver quadros 1 e 2).

presentado no activo, aumentando assim o património. Nestes termos, há interesse em conhecer qual o montante dos dispêndios gerais que investiu ou integrou em património, ao mesmo tempo que se deve cotejar o seu comportamento. Quer dizer, se de um lado se acresceu o activo, deve saber-se também a medida da sua diminuição, particularmente, num Hospital de doentes mentais, onde a inutilização prematura dos bens é deveras elevada.

Na ordem patrimonial, o que interessa, no caso presente, é estabelecer a comparação entre o que se adquiriu e o que se incapacitou, porque da análise deste quadro pode ajuizar-se não só do caminho da administração, mas também das suas possibilidades.

Os dois termos da relação são suficientemente elucidativos. Verifica-se, de um lado, que o enriquecimento excede o empobrecimento; de outro, nota-se que este tem vindo a agravar-se progressivamente. O facto deve-se não só ao aumento da população hospitalar, mas também ao envelhecimento de alguma utensilagem. A progressão dos últimos três anos oferece-se menos intensa e é por ela que devemos orientar as ideias, por isso que durante o mesmo período de tempo se estabilizou a lotação dos doentes.

3 — Como unidade assistencial de particulares características, é de facto importante, no cômputo geral das despesas com a sustentação dos doentes, aquilo que eles «consomem» na inutilização. Tal elemento é, sem

#### QUADROS 1 e 2

### DESPESAS GLOBAIS DE 1946 a 1953

1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
6.731.116\$62	8.174.837\$93	9.359.662\$34	10.496.573\$51	11.133.894\$24	11.547.257\$64	12.019.557\$80	12.452.668\$00

Número médio de doentes internados

#### Assistência geral Assistência a pensionistas Assistência cirúrgica

495	571,5	751,33	939,584	1.094,5	1.117,17	1.158,8	1.190,16
—	7,5	23,17	18	20,5	19,82	27,51	30,51
—	6,25	15	15,666	16,9	20,41	23,84	24,41

Anotados os tópicos mais salientes do movimento financeiro, resta invocar o comportamento patrimonial que constitui importante achega para uma análise, mesmo sumária, de resultados. Com efeito, de entre as diferentes rúbricas em que a sistemática das contas divide o numerário dispendido, situa-se aquela em que se inscreve tudo quanto se adquire, de natureza inventariável. Os bens são assim investimento no sentido amplo do termo, pois que, não constituindo rigorosamente despesa o dinheiro que neles se aplica, o seu valor fica re-

Eis, em resumo, a posição registada desde 1946 até ao presente (Ver quadro 3):

#### QUADRO 3

#### Flutuação do património

Anos	Dispêndio total	Integração no património	Diminuição patrimonial
1946	6.731.116\$02	481.418\$82	167.444\$25
1947	7.796.150\$43	970.275\$76	220.114\$27
1948	9.104.134\$94	1.173.958\$18	317.356\$89
1949	10.496.573\$51	984.697\$27	318.945\$68
1950	11.009.225\$14	708.910\$13	437.746\$31
1951	11.422.983\$14	960.489\$37	535.929\$24
1952	12.901.022\$55	922.863\$41	510.422\$38
1953	13.564.975\$15	788.551\$05	688.839\$65

dúvida, relevante no somatório de tudo quanto se integra no custo da manutenção.

Outros encargos a crescer constituem, distribuídos pelas rúbricas que traduzem serviços diferenciados, o que se designa pelo «custo do doente». É este o aspecto que vamos agora focar.

Para não tornar fastidiosa a leitura de quadros muito extensos, como seria aquele que exhibisse aqui, em pormenor, a sua composição, diremos apenas o essencial para conveniente apreciação.

# DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES  
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

Nas insuficiências  
de secreção digestiva, dispepsias,  
meteorismo, e no complexo de síndromas  
gastro-cardíacos

## FESTAL

preparado enzimático padronizado e estável, contendo lipase,  
amilase, protease, hemicelulase e componentes biliares.

Nas colangites, colecistites, colelitiasas e hepatopatias

## CHOLEFLAVINA

Desinfecção das vias biliares • Aumento da colerese  
Normalização do funcionamento intestinal

### EMBALAGENS

FESTAL Frasco com 20 drágeas  
CHOLEFLAVINA Frasco com 60 pérolas

Ph. 2591 - Po



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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: **MECIUS LDA.** RUA DO TELHAL, 8-1.º LISBOA

Primeiramente, notaremos que o custo do doente se determina pela imputação directa das despesas que realiza, incluindo o valor das inutilizações, para depois ser aumentado, por via indirecta, do montante das despesas gerais de administração.

Se agora voltarmos a nossa atenção exclusivamente para os doentes de enfermaria, agrupados sob o título de assistência geral, pode colher-se uma ideia geral dos valores obtidos nos últimos oito anos (Ver quadro 4).

gram no custo do doente. Se, por outro lado, atendermos agora apenas ao encargo suportado pelo Estado na sua comparticipação, que se traduz no subsídio anual concedido, é curioso mostrar a evolução do custo do doente.

Para este efeito, seguidamente se expõem, por forma resumida, o valor dos subsídios concedidos de 1944 a 1953, o número de doentes internados, e, bem assim, a capitação

4 — Entre os elementos do preço de custo integram-se alguns que merecem referência especial. Com efeito, a disciplina nos serviços industrializados, como também o racional e económico equipamento destes, podem determinar maior eficiência e rendimento com menor consumo de matérias primas ou combustíveis e de unidades de trabalho. Aqui se situa, por exemplo, o aquecimento central e o fornecimento de vapor, que de sua vez se reflectem, por modo in-

QUADRO 4

## Custo de um doente

## Assistência Geral

(Incluindo inutilizações)

Manutenção do doente	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Encargo . . . . .	5.408.897\$30	5.046.677\$76	6.070.506\$38	7.386.604\$98	8.280.362\$08	8.984.368\$98	8.956.740\$48	9.357.047\$70
Número médio de doentes internados	493	571,5	751,33	939,58	1.094,5	1.117,17	1.158,8	1.190,16
Preço de custo das diárias . . . . .	30\$09	29\$96	24\$84	22\$05	21\$08	24\$11	21\$17	21\$53

Se considerarmos que o preço unitário aqui registado inclui a assistência prestada a doentes agudos, convém fazer a destrinça pelas diferentes secções.

Assim, temos (Ver quadro 5):

anual. Registe-se que os números apresentados não sofreram qualquer correcção, tendo em conta as alterações do valor da moeda, nem sequer a que resultaria se fizéssemos a consignação devida na parte respeitante

tenso, na produção obtida nos serviços de alimentação e nos de lavagem de roupa.

A política adoptada tem sido, realmente, apetrechar essas instalações com maquinaria moderna, constantemente vigiada, o que tem permitido conseguir resultados muito bons.

Exemplificando, olhemos o que se passa com o consumo de combustível, factor de relevante importância no grupo de serviços industriais. Assim, de 1946 a 1953, o encargo foi o seguinte (Ver quadro 7):

Deve dizer-se que o número de serviços em funcionamento com aquecimento central é, desde 1948, muito superior aos existentes anteriormente, pelo que a diminuição dos encargos só pode explicar-se pelo máximo aproveitamento da maquinaria e pela utilização de técnicas modernas.

QUADRO 5

## Diárias de Internamento

Secções	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Clínica . . . . .	34\$68	32\$61	30\$30	27\$22	22\$37	30\$03	27\$68	27\$28
Asilar . . . . .	25\$80	22\$74	18\$06	18\$04	20\$16	19\$33	18\$70	19\$32
Infantil . . . . .	29\$80	32\$53	26\$17	20\$90	20\$71	22\$94	23\$77	25\$35

Os preços constantes deste quadro obtêm-se como último resultado do somatório de todas as despesas que directa ou indirectamente se inte-

ao acréscimo das despesas determinadas pela actualização dos vencimentos do pessoal, acréscimo esse verificado desde 1946 (Ver quadro 6).

QUADRO 6

## Evolução do preço de custo de um doente ao Estado nos anos de 1944 a 1953

Descrição	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Subsídio do Tesouro* Doentes internados	5.069.757\$81	5.028.927\$35	5.162.526\$00	5.369.312\$50	5.464.672\$60	6.960.000\$00	7.219.489\$30	7.09.729\$50	7.525.449\$00	7.929.924\$10
Capitação anual	332	461	519	725	829	1.096	1.137	1.165	1.237	1.265
	15.270\$25	10.908\$87	9.947\$06	7.405\$94	6.591\$88	6.350\$56	6.849\$59	6.214\$45	6.083\$63	6.268\$71

(\*) — Deduz-se a importância concedida para actividades não hospitalares — obras novas e publicações científicas.

A imediata consequência do abai-  
xamento de custo da produção do  
vapor reflecte-se logo nas despesas  
com a confecção da alimentação e

que naturalmente veio onerar o preço  
(Ver quadro 8).

A segunda questão relacionada  
com o fornecimento de vapor é, como

QUADRO 7

### Aquecimento central e de águas e fornecimento de vapor

1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
553.587\$79	651.037\$28	417.450\$90	351.348\$31	388.095\$19	322.807\$17	330.931\$27	340.077\$19

com a laboração da lavandaria. Se é  
certo que, nestes casos, outros facto-  
res devem ter-se em conta para ex-  
plicar a evolução dos preços, pode  
dizer-se que o mais importante é na  
verdade o fornecimento de vapor.

dissemos, a que respeita à produção  
da lavandaria.

Igualmente pode avaliar-se dos re-  
sultados no registo do preço médio de  
custo por peça de roupa lavada (Ver  
quadro 9).

QUADRO 8

### Preço médio das diárias da alimentação de 1946 a 1953

Espécie de alimentação	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Alimenta- ção n.º 1 (Doentes).	7\$53	7\$29	6\$25	6\$40	5\$84	6\$84	6\$03	6\$53
Alimenta- ção n.º 2 (Pessoal).	10\$90	9\$99	9\$10	6\$80	8\$32	8\$75	9\$19	9\$68
Alimenta- ção n.º 3 (Pensio- nistas) . .	— \$ —	23\$90	21\$60	20\$52	19\$07	18\$69	21\$79	23\$59
Dietas . .	8\$90	10\$82	7\$35	6\$74	6\$03	5\$73	6\$93	6\$46
Reforços . .	10\$59	9\$81	6\$80	7\$53	6\$81	5\$88	6\$24	6\$07
Velas . .	9\$19	9\$12	8\$36	8\$88	8\$04	7\$48	7\$78	7\$47
Número de diárias ma- nipuladas	256.956,6	297.439,9	385.202,9	455.386,9	471.711,2	539.217,8	518.934,7	542.102,6

Consideradas as diferentes espé-  
cies de alimentação fornecidas no  
Hospital, expõe-se no quadro seguinte  
o preço médio das diárias desde 1946  
até 1953. Anota-se que o ligeiro au-

O método usado na normalização  
de serviços de natureza industrial é  
o mesmo que enformou a construção  
de toda a política administrativa. Índi-  
ce seguro desta afirmação pode co-

QUADRO 9

### Preço médio de custo por peça de roupa lavada

1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
\$68,9	\$60,57	\$38,08	\$31,91	\$32,99	\$29,2	\$27,6	\$24,8

mento verificado a partir de 1952 se  
explica pela circunstância de, nesse  
ano, se ter iniciado o fornecimento  
aos serviços de pão enriquecido, o

lher-se, se pusermos em confronto o  
aumento dos serviços verificados, su-  
cessivamente, a partir de 1944, o nú-  
mero de doentes internados e as quan-

QUADRO 10

### Movimento de pessoal de 1944 a 1953

Descrição	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Doentes internados . .	332	467	579	725	829	1096	1137	1165	1237	1265
Pessoal existente:										
Serviços de assistência	80	147	164	191	203	220	229	245	255	255
Serviços administrati- vos e industriais . .	180	121	114	111	104	102	99	99	99	99

tidades de unidades de trabalho na  
assistência ao doente pròpriamente  
dita e nos serviços administrativos e  
industriais. O reflexo desse método  
no apuramento final do custo do  
doente é naturalmente importante, já  
que para o mesmo apuramento con-  
correram as despesas gerais de admi-  
nistração. A exposição do que aqui  
fica dito, expressa em números, ofe-  
rece o seguinte aspecto:  
rece o seguinte aspecto (Ver qua-  
dro 10):

## Instituto Português de Oncologia

Na reunião do corpo clínico do Ins-  
tituto Português de Oncologia, efectuada  
no dia 6 do passado mês, fez uma con-  
ferência o Dr. Tito de Noronha, que rela-  
tou «Um caso autóctone do Botão do  
Oriente», referente a uma doente do sul  
do País.

O caso foi documentado com nume-  
rosas fotografias da doente e microfotografias da lesão, cuja história clínica foi feita pelo orador. Seguidamente, o Dr. Tito de Noronha apresentou o terceiro caso diagnosticado há poucos dias no Instituto de Oncologia, do qual relatou todas as provas laboratoriais que se fizeram no sentido da completa identificação do parasita. O conferencista, na segunda parte do seu trabalho, apresentou ainda alguns casos de melanossarcoma com generalização cutânea linfática e visceral.

## O mecanismo da visão das cores

Subordinada ao tema em epígrafe, realizou no dia 22 do mês passado, no Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto, uma conferência o Prof. Luigi Maggiore, catedrático da Universidade de Génova e presidente da Sociedade Italiana de Oftalmologia. Presidiu à sessão o Prof. José Gabriel Pinto Coelho, ladeado pelo Dr. José Gomes Branco, em representação do I. A. C., e o Dr. Fernando Capecchi, do Instituto de Cultura Italiana, tendo o conferencista sido apresentado pelo Prof. Lopes de Andrade.

O Prof. Maggiore, depois de acen-  
tuar que o problema da visão das cores  
assume grande importância, pois, através  
do estudo da função cromática, se pode  
chegar ao conhecimento de doenças mui-  
to importantes, referiu a valiosa contri-  
buição clínica e da anatomia patológica  
para o conhecimento da fisiologia do  
senso cromático, e, por fim, pôs em evi-  
dência o facto de todos os tratados clá-  
sicos considerarem o mecanismo da visão  
cromática apenas pela fase sensorial ou  
retiniana, sem se importarem com a com-  
plexidade dos restantes fenómenos que  
participam no mecanismo da visão das  
cores. A conferência foi largamente do-  
cumentada com a projecção de numerosos  
diapositivos.

# HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA

## Concurso para neurocirurgia

Terminaram no dia 29 as provas do concurso para Neurocirurgia dos Hospitais Civis de Lisboa, lugar criado pela recente reforma hospitalar, cujo único candidato, o Dr. António de Vasconcelos Marques, foi aprovado por unanimidade, pelo júri constituído por dois neurologistas — o Prof. Diogo Furtado e o Dr. Miranda Rodrigues —, um médico — o Dr. Iriarte Peixoto — e dois cirurgiões — os Drs. Bello Pereira e Neto Rebelo —, presidindo o primeiro.

Foi a primeira vez que, em Portugal, se realizou um concurso para neurocirurgia. Além de documental, o concurso constou de três provas escritas: uma sobre assunto de patologia cirúrgica geral, outra de patologia da especialidade e a terceira de terapêutica, também da especialidade, cada uma delas com dez pontos à sorte e com a elaboração, durante três horas, de um relatório, lido e defendido, no dia seguinte, perante o júri; uma prova de medicina operatória, que não podia exceder uma hora, constituída pela execução de duas operações, de entre vinte repartidas em dez pontos afixados, sendo uma da especialidade e outra de cirurgia geral; e ainda de uma prova clínica, observação de dois doentes da especialidade, tirados à sorte, com elaboração de relatório também lido e defendido perante o júri.

### O novo neurocirurgião

O Dr. António de Vasconcelos Marques tem 46 anos, completados no



DR. ANTÓNIO DE VASCONCELOS MARQUES

dia em que terminou as suas provas. Formado em Medicina pela Faculdade de Lisboa, frequentou os serviços hospitalares de S. José, em especial o

Banco, desde os tempos de estudante, e fez todo o internato dos H. C. L. Muito estudioso, frequentou, como bolsheiro do Instituto de Alta Cultura, em 1943, o Serviço de Neurocirurgia do John Hopkins Hospital Baltimore, e visitou, depois, os principais centros neurocirúrgicos dos Estados Unidos. É sócio de numerosas sociedades científicas, tanto nacionais como estrangeiras, sendo actualmente o presidente da Sociedade Luso-Espanhola de Neurocirurgia. A sua actividade científica está documentada pela parte activa que tomou em numerosos congressos internacionais e como autor e co-autor de vinte e cinco trabalhos publicados sobre assuntos da especialidade.

Desde 1951, que o Dr. Vasconcelos Marques exercia as funções de neurocirurgião dos H. C. L., além do quadro.

### Novos internos

Nos concursos para internos graduados e do Internato Complementar, recentemente realizados, ficaram aprovados, pela ordem indicada, os seguintes clínicos:

### Internos graduados

#### Análises Clínicas

Dr. Egídio Rodrigues Rocha de



## Receita para rápido restauo

Quando o depauperamento físico ou doença grave produziram sintomas de lassidão, perda de apetite, esgotamento nervoso e deficiência geral de forças, **Vi-nuphos** dá o necessário estímulo a um restabelecimento rápido.

Os doentes apreciam o seu agradável sabor — importante factor para conseguir a sua colaboração, sempre que esteja indicada medicação «tónica».

# Vi-nuphos

TRADE MARK

Em frascos de 113 gramas

Rx

Vitamina B<sub>1</sub>  
Ácido Nucleínico  
Cafeína  
Glicerofosfato de Cálcio  
Glicerofosfato de Potássio  
Glicerofosfato de Sódio  
Glicerofosfato de Manganésio  
Glicerofosfato de Estricnina



Impressos aos €x.mos Clínicos

Representantes: Coll Taylor, L.da — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depósito no Norte: Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 36 — Porto

# A VIDA MÉDICA

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 4 a 11 de Julho)

*Dia 4*—Inaugura-se no Bairro residencial de Caselas um posto clínico destinado a servir os moradores. Preside ao acto o Comandante Henrique Tenreiro e, entre outros, usa da palavra o Dr. Carlos Barros, presidente da comissão de melhoramentos.

5—Em Lisboa, no Tribunal da Boa Hora começa o julgamento de um médico natural de Goa por atentados contra a soberania portuguesa. Não apresenta testemunhas de defesa, pois prescinde das que em tempos mencionara como tais.

—Em Lisboa, prossegue na Socie-

Gouveia; Dr. José Maria dos Santos; Dr. Joaquim Jacinto Ferreira.

#### *Serviço de Sangue*

Dr.<sup>a</sup> Natércia Judite Gomes da Silva Ryder da Costa.

#### *Obstetricia e ginecologia*

Dr.<sup>a</sup> Maria da Palma Carlos.

#### *Oftalmologia*

Dr. João Eurico Correia Lisboa.

#### *Ortopedia e fracturas*

Dr. Luís Carneiro Lopes Alpoim; Dr. Artur Manuel Lino Ferreira; Dr. João Gerardo Vieira Lisboa.

#### *Clínica médica*

Dr. Luís Manuel Pena Monteiro Baptista; Dr. João Francisco Nogueira da Costa; Dr. Jorge Manuel Ferreira Pinto Basto Correia da Silva.

#### *Clínica cirúrgica*

Dr. Francisco Maria de Melo Aires de Abreu; Dr. António Pinto Teixeira.

#### *Internos do Internato Complementar*

##### *Obstetricia e Ginecologia*

Dr. Rui Pompêu Henriques Pinheiro; Dr.<sup>a</sup> Odete Petrony Rodrigues.

##### *Fisioterapia*

Dr. Álvaro José Leote de Atayde.

Foi, ainda, contratado como interno do Internato Complementar, ao abrigo do artigo 9.º do decreto-lei n.º 24.555, para Dermatologia, o Dr. Artur da Costa Neves Novais.

dade de Ciências Médicas, o curso livre de psicologia geral e aplicada, com uma lição do Dr. Fernando Ilharco, sobre o tema «Adolescência e seus problemas psicológicos».

Faz alusão às doutrinas que tem pretendido explicar a evolução da psicologia dos adolescentes, referindo o papel que foi atribuído à endocrinologia, para se demorar um pouco mais nas modernas teorias sobre a formação da personalidade em geral, começada logo após o nascimento, mercê de acção dos factores ambiências sobre o «cérebro interno», através de adequadas reacções neurovegetativas.

O orador aborda, depois, o estudo dos mais importantes problemas psicológicos da adolescência, fazendo referência à vida em família, à missão de estudar, à escolha da profissão, à sexualidade e ao amor, aos divertimentos, à cultura estética, moral e religiosa a propósito de cada um dos quais borda adequados comentários, dirigidos uns ao comportamento da gente moça, endossados outros à acção que os pais e educadores devem exercer, no sentido de ser possível garantir a defesa da saúde mental da adolescência—saúde que não consiste na falta de problemas e conflitos, mas sim na possibilidade de os resolver e assimilar.

—Em Coimbra, na Sala dos Capelos realiza-se hoje a última prova do Dr. Luís Duarte Santos, para professor extraordinário da Faculdade de Medicina.

Preside o Reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia, sendo arguente o Prof. Almeida Ribeiro e o candidato faz a defesa do seu trabalho prático sobre «Revelação de uma impressão digital e indicação dos elementos a aproveitar para a sua identificação».

Terminada a prova, que é presenciada por muitos professores universitários e estudantes, o juri delibera aprovar o Dr. Duarte Santos.

O novo professor é vivamente felicitado pelos professores e pelos seus amigos.

No final das provas, o reitor da Universidade, oferece, num restaurante desta cidade, um almoço aos professores que fizeram parte do Júri.

—Em Lisboa, na sede do Instituto de Orientação Profissional prossegue o Curso básico de psico-diagnóstico de Borschac, com uma lição do Dr. Almada Araújo, director daquela instituição.

6—Realiza-se mais uma sessão do Curso de férias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

De manhã, fazem lições os Drs. Fernando de Oliveira, que fala sobre «Entorses ao joelho» e Luís Raposo que faz a «Apresentação de casos clínicos». À tarde, os Drs. Augusto Delgadinho, disserta sobre «Toxicose» e Henrique de Oliveira que apresenta «Do valor do teste de sensibilidade dos antibióticos».

No salão nobre dos Hospitais da Universidade, o Dr. Francisco Santos Pereira, realiza uma conferência subordinada ao título «Perspectivas do todo radioactivo nos problemas da tiroideia».

—Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa profere uma conferência intitulada «Evolução da Psicologia» o Prof. Matos Romão.

7—Vindo de Paris e em trânsito para S Paulo, Brasil, passa no Porto o Prof. Sousa Pereira, que vai assistir a congressos médicos naquela cidade.

8—De Lisboa, parte para Luanda o Dr. Salazar Leite, professor do Instituto de Medicina Tropical, que, em missão do Ministério do Ultramar, vai proceder a estudos no Sudeste da província de Angola e na Baía do Cuanza.

—Pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros é publicado um decreto-lei que aprova, para ratificação, o regulamento n.º 1 da Organização Mundial de Saúde, adoptado pela 1.ª Assembleia Mundial de Saúde e assinado em Genebra em 24 de Julho de 1948.

—Em Lisboa, no Tribunal Plenário Criminal da Boa Hora é condenado o médico que atentara contra a soberania nacional, em prisão correccional, depois de se terem provado todos os quesitos da incriminação.

9—Ainda em Lisboa, o Dr. António Vasconcelos Marques, toma posse do cargo de neuro-cirurgião dos Hospitais Cívis, lugar recentemente criado pela reforma dos serviços hospitalares. O enfermeiro-mor, Dr. Emlio Faro, dirige palavras de saudação ao empossado, que agradece.

São também empossados os novos internos graduados Drs. Correia da Silva, Fernandes da Cruz, Jacinto Ferreira, Pinto Teixeira e Dr.<sup>a</sup> D. Maria do Pilar Ferreira Gomes.

—No Porto, no Preventório Infantil da A.T.N.P., é prestada homenagem ao benemérito daquela instituição de luta anti-tuberculosa, brigadeiro Nunes da Ponte. O Prof. Lopes Rodrigues, director da Assistência aos Tuberculosos do N. de P. profere um discurso onde analisa os problemas nacionais ligados à tuberculose. Atentamente escutado pela numerosa e selecta assistência revela:

—Todos compreendemos o valor das camas para a sanatorização dos doentes, para que se isole o doente contagioso, para que se estabeleçam as condições próprias para a sua cura. Reportando-nos a 1950, pois que, daí por diante, com as novas medicações, o problema está cheio de paradoxos e necessita de ser calculado por outra forma, calculando-se, para uma mortalidade no País (continente), 11.506 tuberculosos e 115.960 doentes e, na cidade e distrito do Porto, para uma mortalidade, respectivamente, de 1.178 e 2.888 a de 11.780 e 28.880 doentes. Calculando-se como programa mínimo—insuficiente, todos o sabem—tantas camas quantos mortos em cada ano, necessitaríamos de cerca de 11600 camas para todo o País; de 1.200, para a cidade do Porto, e de 3.000, para o distrito do Porto.

Prossequindo, faz um estudo consciencioso e objectivo sobre o número de leitos existentes nos sanatórios do I.A.N.T., afir-

## IBÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

mando que existiam, em 1952, em todo o País, 7.522 camas, das quais 4.015 pertencentes à iniciativa particular, acrescentando:

— Mas, infelizmente, muitas, talvez a maior parte, estão encerradas, quer nos estabelecimentos do I.A.N.T., quer nos sanatórios e empresas particulares. Não há doentes ricos para ocupar as camas e, por isso, se encerram os sanatórios! Conheçamos, apenas, pelos dados oficiais, a actividade dos estabelecimentos sanatoriais do I.A.N.T. Em 1952, o número de doentes tratados foi de 4.922 e o número de doentes em tratamento, no fim do ano, foi de 2.326. Havia, portanto, 1.223 camas não ocupadas. Quanto ao Porto, sabemos que nos limitamos a umas escassas 250 camas.

E esclarece que na Holanda, por exemplo, todos os doentes que necessitam sempre têm uma cama para se tratar.

Depois usam da palavra diversos oradores.

11 — O Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros e o Subsecretário da Assistência inauguram em Vila do Bispo, distrito do Algarve, um posto hospitalar. Neste descreve-se um retrato do Dr. Jaime Fogaça, subdelegado de saúde concelhio, que foi um dos obreiros incansáveis que tornaram possível a inauguração do posto hospitalar. Assistem ao acto as autoridades civis e religiosas locais e muito povo, estando presentes o Bispo-coadjutor, o Governador Civil e Director Geral da Assistência, Dr. Agostinho Pires. Este, juntamente com o Subsecretário de Estado para a Assistência, estivera antes em Montijo, na inauguração do Hospital Sub-Regional daquela vila, onde o Subsecretário discursou.

## Estrangeiro

Reuniu, em Paris, o Congresso Internacional de Gastroenterologia, que juntou os maiores especialistas da Europa e da América.

Portugal esteve representado pelos professores Jaime Celestino da Costa e Carlos Santos, da Faculdade de Medicina de Lisboa e Sousa Pereira, da Universidade do Porto.

Os congressistas portugueses apresentaram trabalhos que foram discutidos com muito interesse.

— Teria causado várias mortes em França um medicamento contra a furunculose, chamado «Stalimon», segundo referem as agências noticiosas. Foi determinada a sua apreensão.

— Notícias de Inglaterra informam que diminuiu o número de óbitos em 1953, nas rubricas principais seguintes: tuberculose, meningite, difteria, úlceras do estômago, duodeno e apendicite. Deram-se mais seis óbitos na rubrica poliomielite aguda.

— Em correspondência de Roma, o «New-York Times» diz: «O restabelecimento do Papa tem sido notável e excedeu de longe as esperanças mais optimistas dos seus médios». Acrescenta que agora era «quase certo» ter o Papa estado doente com gastrite hemorrágica.

# AGENDA

## Estrangeiro

Em Oxford realiza-se de 13 a 17 de Julho o I Simposium Internacional de Química do Sistema Nervoso.

— Em S. Paulo, de 15 a 21 de Julho realiza-se o Congresso Panamericano de Gastroenterologia.

— Em Londres e Oxford realiza-se o III Congresso Internacional de Gerontologia, dias 19 a 23 de Julho.

— Na Basileia, realizam-se os Dias Internacionais sobre Trombose e Embolias, dias 20 a 24 de Julho.

— Em Zurique, dias 21 a 24 de Julho, realiza-se o Congresso Internacional de Psicoterapia; de 26 a 29 de Julho, na mesma cidade, o Congresso Internacional de Psicologia individual.

— Em Genebra, reúne de 26 a 31 de Julho, o Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

— Em Toronto, 12 a 14 de Agosto, reúne o Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo, juntamente com o Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil.

# NOTICIARIO OFICIAL

## Diário do Governo

(De 1/VII a 6/VII/1954)

1/VII

Dr. Manuel Nazaré Cordeiro Ferreira, director de serviço da especialidade de pediatria médica dos H. C. L. — autorizado a aceitar a equiparação a bolseiro fora do País, concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

2/VII

Foi aprovado por unanimidade o único concorrente ao concurso para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Faro, Dr. Arnaldo Cardoso de Vilhena.

3/VII

Foi nomeado médico do partido municipal da freguesia de Colos (Odemira), o candidato classificado no 2.º Grupo, Dr. Almor Gentil Ribeiro da Silva Graça.

6/VII

Foram nomeados os seguintes médicos dos Hospitais Cívicos de Lisboa:  
Dr.ª Idília Guedes, interno do internato

complementar do serviço de sangue; Dr.ª Maria do Pilar Nobre Coutinho Ferreira Gomes, interno do internato complementar da especialidade de análises clínicas; Dr. Sérgio Fernando Sabido Ferreira, interno graduado de clínica cirúrgica; Dr. António Pinto Teixeira, interno graduado de clínica cirúrgica; Dr. Eugénio Costa Fernandes da Cruz, interno graduado da especialidade de radiologia; Dr. Joaquim Jacinto Ferreira, interno graduado de análises clínicas; Dr. Jorge Manuel Ferreira Pinto Basto Correia da Silva, interno graduado de clínica médica e Dr. António Jacinto Nunes de Vasconcelos Marques, assistente da especialidade de neurologia.

— Dr. Elias Damião Pires — nomeado para desempenhar as funções no serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva do Hospital Militar Principal.

## Hospital do Ultramar

### Simpósio sobre o fígado

Com a reunião do corpo clínico do Hospital do Ultramar, efectuada no dia 19, encerrou-se o primeiro ciclo de trabalhos do Simpósio sobre o fígado, que se vinha a realizar naquele Hospital. Nesta sessão, a que presidiu o director daquele estabelecimento de assistência, Dr. João Pedro de Faria, falaram os Drs. Domingos Filipe, Lopes Soares e Mortó Dessai, o primeiro dos quais apresentou uma comunicação intitulada «Os isótopos radioactivos no estudo metabólico do fígado». O autor disse que a descoberta e a divulgação dos isótopos radioactivos permitiram estabelecer técnicas que, embora em fase experimental, muito contribuíram já para o esclarecimento de algumas das complexas reacções do metabolismo do fígado. Seguiu-se o Dr. Lopes Soares, que falou de «As acções dos agentes anestésicos sobre funções hepáticas».

Por último, o Dr. Mortó Dessai versou o tema «O fígado e o síndrome hemorrágico». Fez breve exposição sobre as concepções actuais da hemostase e analisou cada um dos factores com ela relacionados.

\*

Na reunião do dia 26, a que presidiu o Dr. Henrique de Seixas, o Dr. Fernando de Almeida apresentou uma comunicação intitulada «Notas clínicas de obstetrícia e ginecologia». Depois de se referir à histerosalpingografia no diagnóstico da gravidez tubária e à infiltração do plexo pelviperineal nos estados espásticos do colo, disse confirmar, passados dez anos sobre as suas primeiras publicações a eficiência dos métodos, esclarecendo, de novo, as técnicas usadas, as suas indicações e contra indicações. A conferência foi documentada com a projecção de radiografias e esquemas.



E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

# VALODIGAN

“TOSSE”

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossego simultâneo do doente.

Eficácia óptima e de compatibilidade excelente.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

# 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, Elisic 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 (chefe 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 Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, 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 Sarmento (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), Eurico Paes (Endocrinologista), 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 Antitrombotomática do Dispen. de Higiene Social), 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), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to 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.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo 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 (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), 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 — Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde) e Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestine 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 a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$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.

# BISMUCILINA

Bial

## BISMUCILINA

### 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 g  
Por ampola de 3 c. c.

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

## BISMUCILINA

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EQUIVALENTE A

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

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 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS