

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO—N.º 132  
11 de Março de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL  
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

## OMNACILINA AZEVEDOS

### 3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

*Injectavel*

#### APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina  
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina  
F O R T E — 600.000 U. O. de Penicilina  
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina  
em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

*Rectal*

#### APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 300.000 U. O. de Penicilina  
ADULTOS — 500.000 U. O. de Penicilina



**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**  
MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
L. A. DUARTE-SANTOS — <i>Estados patológicos pulmonares em lesões do sistema nervoso central</i> .....	187	<i>A propósito dum curso de aperfeiçoamento</i> — JORGE DE MELO REGO	159
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS — <i>A acção do cloridrato de L-Hidrazinoftalazina em 60 hipertensos</i> .....	211	<i>Estomatologistas e Protésicos</i> — ANTÓNIO DE OLIVEIRA AMORIM.....	160
		<i>Ecos e Comentários</i> .....	162
		<i>Faculdade de Medicina de Lisboa — 2.º Curso de Cardiologia</i> .....	163
		<i>Novo catedrático da Faculdade de Medicina do Porto</i> .....	164
		<i>O aviso prévio do Prof. Cid dos Santos</i> .....	166
		<i>Noticiário diverso.</i>	

# ESCLARECENDO

## 4 perguntas sem consistência:

### *O que é o 714?*

Uma associação de penicilinato de alumínio com as 3 mais eficazes sulfamidas.

### *Porquê ainda sulfamidas?*

As sulfonas são ainda o medicamento mais activo nas infecções meningocócicas. Associadas à penicilina oferecem um valioso sinergismo contra as bactérias Gram-positivas e constituem um óptimo tratamento para as infecções das vias urinárias.

### *Penicilinato de alumínio?*

O penicilinato de alumínio é um sal anfotérico capaz de, por cada molécula, neutralizar 3 moléculas de HCl, no estômago. A destruição da penicilina é, assim, mínima e a sua absorção no intestino muito boa.

### *3 sulfamidas, porquê?*

A toxicidade e a solubilidade da mistura são proporcionais à quantidade de uma das sulfonas e não à quantidade da mistura.

Mistura quer dizer: toxicidade pequena; cristalúria nula.



LABORATÓRIOS  
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO

(Director: Prof. Doutor Francisco Coimbra)

# Estados patológicos pulmonares em lesões do sistema nervoso central

(Estudo baseado em observações necrópsicas)



L. A. DUARTE-SANTOS

(1.º assistente de Medicina Legal de Coimbra e Equiparado a Bolseiro do I. A. C.)

## I

Estados patológicos pulmonares, tanto de carácter circulatório como infeccioso, podem resultar de lesões diversas do sistema nervoso, nomeadamente de traumatismos crânio-encefálicos e raqui-medulares o que, evidentemente, tem grande interesse médico-legal.

Não resultam, portanto, os estados patológicos pulmonares de natureza traumática só de traumatismos que incidam sobre o tórax, mas podem ser consequência de acções dessa natureza que tenham atingido outros pontos do organismo, isto é, podem ser resultado de traumatismos locais ou a distância.

Especialmente sob o aspecto médico-legal, não se deve esquecer esta possibilidade, para que se não fique ligado só à ideia de que estados pulmonares, a serem levados em conta nos traumatismos, implicam a necessidade de localização torácica destes.

Entre nós, Santana Rodrigues<sup>(126)</sup>, que ao tratar de «Pneumonia traumática» parece valorizar muito a necessidade do traumatismo torácico, não deixa, contudo, na discussão do caso que está na base do artigo publicado, de admitir a possibilidade de pneumonia depois de um trauma não torácico.

Como efeito de acções locais traumatizantes, o pulmão pode apresentar, além de lesões imediatas, de natureza claramente traumática e por mecanismo simples, outras, de aparecimento mais ou menos rápido, que reconhecem a intervenção de mecanismos complexos.

Ao lado da contusão e da laceração, com suas consequências directas como a hemorragia — local, hemoptise, hemotórax — e o pneumotórax, aparece a congestão, o edema, a atelectasia, as pneumopatias — lobares, lobulares, intersticiais —, a gangrena, abscessos, mesmo a própria tuberculose.

Alojados na cavidade torácica, estão os pulmões protegidos por uma armadura óssea que amortece muito as acções traumáticas. Contudo, a elasticidade das costelas, tão grande na criança e que aos vinte e cinco anos de idade ainda tolera o contacto do esterno com a coluna vertebral sem fracturas (Weitterer)<sup>(22)</sup>, e ainda, como muito bem faz notar Lopes Vieira<sup>(148)</sup>, «a mobilidade de que gozam as costelas, graças às cartilagens de ligação com o esterno e à sua própria disposição», permitem profundas lacerações e até esmagamento dos pulmões antes de se fracturarem os arcos costais, que, quando fracturados, se podem tornar agentes vulnerantes por seus topos e esquirolas.

A par deste mecanismo é possível a contusão e a laceração pulmonares resultarem da acção directa do agente traumatizante que chega até ao pulmão.

Ainda há contusões e lacerações filhas de verdadeiro contra-choque (Vibert)<sup>(147)</sup>, de abalo geral do pulmão, comoção do órgão lançado contra as paredes do tórax, o que corresponde às contusões a que Thoinot<sup>(143)</sup> chama indirectas.

Descalzes<sup>(112)</sup> descreveu um caso de pneumonia mortal aparecida quatro dias depois de uma queda sobre a região

sagrada, em que teria havido lesão pulmonar de contra-choque.

Neste tipo de lesões o traumatismo obriga o ar e o sangue, contidos nos pulmões, a deslocarem-se súbitamente de determinadas regiões para outras, lesionando o órgão, aparecendo zonas intensamente hemorrágicas ao lado de outras exangues, lacerações, e na espessura do parênquima cavernas contendo ar, sangue líquido ou coágulos e até fragmentos de pulmão completamente destacados (Bastos)<sup>(7)</sup>. Como Gosselin demonstrou, a glote, a quando do traumatismo, fecha-se e os músculos expiratórios contraem-se, o que facilita a produção de tais lesões, a exemplo do que sucede nas explosões em que o efeito da deslocação de ar se atenua mantendo a boca aberta a evitar que a glote se cerre<sup>(7)</sup>.

Hilário V. de Carvalho<sup>(22)</sup> critica a teoria de Gosselin apontando factos que a invalidam como mecanismo constante e, indicando resultados de experiências pessoais, escreve: «À meu ver, o processo é mais singelo. A própria contextura do órgão — alveolar — e a condução adutora e ao mesmo tempo abductora do ar, ramificada ao extremo, são de molde a dificultar a saída instantânea desta num dado momento, aquele do traumatismo, e daí, as lesões mais ou menos graves decorrentes duma súbita pancada. Ainda é de considerar o que havia sido olvidado, o momento inspiratório ou expiratório em que agiu a acção mecânica: mais ar, maior dificuldade na saída, maior lesão. Assim o pude observar». Acrescenta que «claramente maior será a dificuldade se a glote se fechou».

Romanese<sup>(57)</sup> diz que a equimose do parênquima pulmonar se verifica quando o traumatismo impede a saída do ar contido nos alvéolos, como o demonstrara Carrara, Lattes e Trabucco. Claramente se vê que assim graves lesões pulmonares traumáticas podem existir sem sinais da parede torácica ou havendo-os estarem em desacordo com a intensidade das lesões ou com sua localização<sup>(142)</sup>, que pode ser mesmo contra-lateral, o que alguns como Ciampolini<sup>(28)</sup> não querem admitir sem muitas reservas, mas é geralmente aceite.

Já Hofmann<sup>(68)</sup> cita casos de roturas amplas do pulmão, sem fracturas de costelas, em crianças que sofreram a acção de veículos pesados e, mais recentemente, Smith Sydney<sup>(138)</sup> fala-nos de grande número de observações com laceração considerável dos pulmões especialmente das bases, e sem a menor marca de violência torácica. Há também, entre outros, os casos de Villegas e Angeles<sup>(148)</sup> em crianças, os de Déti, de grande rotura pulmonar sem fractura das costelas<sup>(40)</sup> e de arrancamento do hilo, sem lesões externas graves, num ciclista que embatera com o ombro contra um camião<sup>(41)</sup>, e ainda o de Gauthier<sup>(56)</sup>, de rotura do pulmão por contusão torácica.

As lacerações, originando hemorragias locais, intersticiais e sub-pleurais, determinam também expectoração hemoptoica ou hemoptises francas ou derramamentos para as cavidades pleurais — hemotórax. Por outro lado permitem o aparecimento de enfisema e bolhas de ar sub-pleurais, e até de franco pneumotórax — pneumotórax fechado ou interno — quando a comunicação da cavidade pleural se faz para

brônquio de certo calibre. É possível um mecanismo valvular — pneumotórax sob tensão — e havendo fractura costal penetração notável de ar na parede torácica, em enfisema fechado que se pode estender a todo o corpo, mas mais para a região do pescoço (7).

Mas o traumatismo que origina contusão e laceração é capaz de determinar perturbações circulatórias — congestão e edema — mais ou menos acentuados e até a atelectasia ou colapso pulmonar agudo de um lobo ou do pulmão inteiro.

Também estados pulmonares infecciosos resultam de traumatismos torácicos de que é exemplo frizante a chamada pneumonia traumática.

Já conhecida antes de 1841 e ligada ao nome de Morgagni (22), foi mencionada ou descrita por Portal, Bayer, Lermnier, Andral, Grisolle, Litten (142) e os tratados de Medicina Legal a ela se referem desde os clássicos (143) (68) (4) (146) até os modernos (131) (85), sendo, contudo, de notar a pouca ou nenhuma atenção que merece a alguns bons autores, como Maschka (105), Witthaus (154) e Lacassagne (86) nos antigos, a recente edição de Glaister (60) e Carrara-Romanese (21) nos modernos.

A pneumonia traumática resulta da acção de uma violência externa traumatizante sobre o tórax, em regra acentuada, até com fracturas de costelas, mas pode existir com contusões ligeiras de que ela será o único sinal.

«Les contusions extra-thoraciques ne déterminent pas la pneumonie traumatique», ensina Thoinot (143).

Quere dizer que, com tal critério, pneumonia resultante de traumatismo, mas localizado fora do tórax, já não merecerá a designação de traumática: Cattabeni (25) propõe chamar-se paratraumáticas a estas pneumonias, que correspondem às pneumonias de causa indirectamente traumática de Thoinot (142).

A distinção entre pneumopatia traumática devida a ferimento directo do pulmão e pneumopatia de contusão que, desde Litten (112), os autores alemães conservam, não se justifica, sob o ponto de vista prático. Na primeira forma pode o próprio corpo traumatizante inocular os germes, o que é dispensável dado que eles existem, habitualmente, no aparelho respiratório e assim o traumatismo só os torna patogénicos por quebrar o equilíbrio existente. A acção traumatizante flecte a resistência geral do individuo ou coloca o germe em meio mais propício de desenvolvimento ou de virulência, criando um *locus minor resistencieae*, que já Listen, Weichselbaum, Petit, referiam, como cita Hofmann (68).

O choque traumático, a hemorragia, e até o estado psíquico, que Murri e Stern valorizam (8), abaixam a resistência individual.

A imobilidade, ocasionada directamente, pela gravidade das lesões, ou indirectamente, por necessidades terapêuticas, a menor amplitude de movimentos da parede contundida (Beitzke (22)) e a consequente hipoventilação pulmonar, facilitam a hipostase a favorecer a infecção, contudo as condições anátomo-patológicas especiais do pulmão é que maior responsabilidade têm na génese da pneumopatia traumática. Perturbações circulatórias de tipo congestivo ou edematoso, até pequenos enfartos perifocais ou embólicos do pulmão, alterações neuro-vegetativas, aliás responsáveis pelas perturbações circulatórias, ou mesmo só extravasamentos sanguíneos, criam as boas condições para a doença, a que talvez se junte a presença de produtos autolíticos e diminuição das reacções imunitárias. Prati e Cavazzuti (121), que realizaram experiências em coelhos, com culturas puras atenuadas de pneumococos e iguais culturas associadas a autolizado de pulmão, administradas por via endotraqueal, chamam a atenção para o papel dos produtos autolíticos na patogenia da pneumopatia traumática. Cattabeni (26), em trabalho experimental, pretende contribuir para esclarecer se as reacções imunitárias diminuem nos traumatizados. Para isso estuda no coelho, são e traumatizado, o fenómeno de Schwartzmann (26) parecendo que realmente a capacidade imunitária diminui, aventando o autor a hipótese que o traumatismo influencia a resposta neuro-vegetativa do animal. Démarez (37) analisando as reacções gerais dos tecidos aos traumatismos acaba por as reduzir a duas: a lesão anatómica e a perturbação do simpático.

O valor fisiológico do pulmão está, aliás, a ser cada vez mais valorizado e, já em 1938, Boissezon (16), ao falar do

papel que desempenha na imunização pelo sistema retículo endotelial, cita a importância do órgão na lipodiérese das gorduras (Roger, Binet e Verne), liberação do açúcar proteídico (Bierry e Rathery), modificação da taxa da colesterinemia (Abelous, Soula e Bugnard), função amoniogénica (Binet e Bargeton), fenómenos de eliminação dos pigmentos hemoglobínicos (Granel, Policard e Jousset), poder péxico de certas células pulmonares (Bratiano, Guerriero, Lombart).

A atelectasia, que o traumatismo pode gerar, cria também bom terreno para que surjam perturbações infecciosas do pulmão.

A percentagem de pneumonias traumáticas, contudo, não é elevada. As estatísticas antigas de Stern (22), relativa à guerra de 1870, e de Proust (112) indicam, respectivamente, 1,8 % e 4,5 % dos casos de traumatismo sério do tórax. Observações publicadas posteriormente levam a aceitar a opinião de Urmès (112) de que naquelas estatísticas muitos casos deviam ter escapado e Santana Rodrigues (126) começa, o seu já citado trabalho, dizendo que não é raro ela suceder ao traumatismo.

Para o aparecimento da pneumonia traumática se tem invocado, além do trauma — causa determinante, — causas predisponentes como o alcoolismo crónico ou o estado de embriaguez aguda, o ter existido uma pneumonia anterior (43) ou mesmo bronquites ou tuberculose pulmonar, além de predisposições individuais (entre as quais se deve contar, segundo a estatística de Cattabeni (25), a idade acima dos 50 anos) e familiares (112).

Ao contrário do que alguns autores afirmam, a sintomatologia não chega para a separar da pneumonia não traumática. A equimose torácica, a fractura de costelas, e especialmente a expectoração hemoptoica, ou mesmo verdadeiras hemoptises, são, contudo, elementos de valor para se pensar na natureza traumática da pneumopatia.

Quanto ao prognóstico, Lescudé (111), Litten e Proust (141) dizem-no mais favorável, mas Thoinot, que cita estes dois últimos autores, acrescenta que a benignidade não é tanta como por vezes se crê, abundando assim na opinião de Urmès, que está de acordo com o que era licito julgar-se. Cremos que o motivo perturbador, que levou a admitir a benignidade relativa destas pneumonias, se encontra no facto de nem sempre se tratar de verdadeiras pneumonias lobares francas.

Realmente está longe de ser sempre esse o processo em causa, antes, muitas vezes, se trata de congestão aguda, doença de Woillez, ou de formas atípicas, de que já Stern dava vários esquemas (pneumonia genuína; intensa infiltração pulmonar com ausência de expectoração típica, fenómenos gerais atenuados e de curta duração; focos de hepaticização nitidamente localizados), predominando lesões de infiltração intersticial ou processos lobulares, broncopneumónicos (casos de Magliano (97)). É claro que hoje sendo mais rara a pneumonia franca ainda menos frequentemente aparecerá nos traumatismos.

Quanto à data do aparecimento após o trauma é questão importante sob o ponto de vista médico-legal e que trataremos adiante.

Os caracteres anátomo-patológicos das lesões que nos levam a admitir ter existido uma pneumonia também, por si só, não permitem catalogá-la como traumática.

Ainda o traumatismo pode conduzir à gangrena pulmonar primitiva de que há alguns raros exemplos (Thoinot (143), Ciampolini (28)). A gangrena poderá surgir, é claro, secundariamente a outro estado patológico pulmonar, como à própria pneumonia.

Também dessa maneira se tem descrito alguns abscessos do pulmão.

Quanto à tuberculose muito se tem discutido e, se bem que cada vez se exija maior prova demonstrativa, em trabalhos de conjunto como o de A. Leipod (85), sobre ferimentos por armas de fogo, ou nos Tratados mais recentes de Medicina Legal, o de Simonin (132) e o volume X da *Pratique Médico-Chirurgicale* (86), admite-se que o traumatismo localiza, revela ou agrava uma tuberculose já existente, mas pode também ter responsabilidade directa no aparecimento da tuberculose, mesmo pulmonar, dando Simonin (132) as condições médico-legais indispensáveis para se estabelecer a ligação causa-efeito.

## II

Todos os estados patológicos mencionados como susceptíveis de dependerem de causa traumática incidente sobre o tórax, podem reconhecer uma causa igualmente traumática que actue sobre outro ponto do organismo. A própria laceração pode resultar deste mecanismo, produzindo-se pelo referido contra-choque.

Ocupar-nos-emos dos traumatismos craneanos e raquidianos altos, com lesões do sistema nervoso central e, por se aproximarem destes, nos seus efeitos pulmonares, também de estados patológicos centrais de natureza diversa.

Desde há muito que se reconhece íntima ligação entre as lesões encefálicas e medulares e as perturbações pulmonares, circulatórias e infecciosas que nesses casos surgem, a ponto de, já no século passado, se dizer, correntemente, que o perigo dos traumatizados crânio-encefálicos está nos pulmões. Contudo, escasseiam monografias sobre o assunto e mesmo frequentes ou amplas referências em artigos ou tratados de Clínica ou de Medicina legal. É capítulo que tem sido engeitado, como, até certo ponto, também quando o trauma incide sobre o tórax. Pôde Hilário V. de Carvalho<sup>(22)</sup> escrever ao tratar da pneumonia traumática: «É um trabalho oportuno pois creio virgem, em nosso meio, a senda que trilhei, mas também na literatura estranha se patenteava a oportunidade de estudo crítico, pois há pontos obscuros e doutrinas antagónicas», e outros autores fazem igual anotação, dizendo Herrmann<sup>(66)</sup>, ao tratar de perturbações circulatórias pulmonares agudas nos traumatismos craneanos, que não encontrou trabalhos de conjunto sobre o assunto, mas observações isoladas e mesmo assim mais relativas só ao edema pulmonar.

Também nós desconhecemos tal trabalho de conjunto e muito menos abrangendo ao lado das alterações circulatórias as perturbações infecciosas e por isso nos alargamos um pouco mais em considerações a propósito do estudo que fizemos, com material colhido no Instituto de Medicina Legal do Porto, e que constitue a base deste trabalho.

Lesões do sistema nervoso central, quere consequência de doenças diversas, quere de traumatismos crânio-encefálicos ou raqui-medulares altos, realizam algumas das condições já indicadas, como favorecedoras ou determinantes das perturbações pulmonares em traumatismos torácicos — quebra da resistência individual geral, imobilização e hipoventilação. Contudo outros mecanismos capazes de produzir essas mesmas perturbações podem aqui ser invocados e têm até papel de maior valia do que nos traumatismos directos.

A resistência orgânica geral compromete-se nos estados anormais do sistema nervoso, por vias diversas, a psíquica, a neuro-endócrina, com reflexos metabólicos e até diminuição do poder imunitário (factores neuro-centrais da imunidade — Zironi<sup>(155)</sup>, ao lado do abaixamento das reacções imunitárias de que nos fala Cattabeni e já citado<sup>(26)</sup>), a que se podem juntar perdas mais ou menos importantes de sangue.

A imobilização e a hipoventilação podem aqui ter as origens já indicadas, mas há ainda a admitir perturbações nervosas directas, pela paralisia mais ou menos acentuada de músculos inspiratórios ou dos abdominais, e indirectas, através de perturbações do sistema nervoso vegetativo, acabando por gerar o mesmo efeito.

É curioso notar que o tipo hipostático das perturbações pulmonares é mais frequente nos traumatismos torácicos a mostrar ser pequeno o efeito localizador destes. Cattabeni<sup>(25)</sup> acrescenta que contudo Külbs mostrou, experimentalmente, que esse efeito é real, mas contudo, por vezes, o mecanismo desses estados pulmonares é igual ao dos traumatismos extra-torácicos.

As alterações nervosas podem determinar perturbações da deglutição responsáveis por estados infecciosos pulmonares *ab ingestans*, que se incluem como causa de morte tardia nos traumatizados crânio-encefálicos. O estado comatoso ou semi-comatoso, com abolição ou diminuição dos reflexos, permitindo também a penetração de corpos estranhos nas vias respiratórias, podem igualmente ser causa de pneumopatias *ab ingestans* quando não produzem asfixia mecânica rapidamente mortal. Nós sabemos que este mecanismo é possível

em especiais e determinadas condições, mas também sabemos que ele não explica mais do que um número muito reduzido de estados infecciosos pulmonares por lesão central, como sejam os que surgem mais tardiamente e nos quais se verificou a existência de embotamento dos reflexos laríngeos ou perturbações de deglutição e ainda aqueles em que há rica associação microbiana. A congestão imediata que surge após a lesão central não pode assim ser explicada, nem tão pouco a evolução sem sinais de associação microbiana saprófita, sem tendência para complicações que a penetração na árvore brônquica fariam prever, abscessos, gangrenas, como bem salientam Lattes e Romanese<sup>(81)</sup> apresentando casos de pneumonia bem típicos e com exames bacterioscópicos revelando só pneumococos.

São, realmente, as perturbações neuro-vegetativas, dependentes das lesões centrais, que constituem os factores principais das alterações pulmonares, e as mecânicas, quase sempre, não passam de factores adjuvantes.

De facto, a importância das alterações neuro-vegetativas na gênese de tais estados é por todos reconhecida. Escreveu Stajano<sup>(124)</sup>: «a fisiologia neuro-vegetativa do pulmão é o *primum movens* da sua vida funcional como o é em toda a patologia visceral. A fisiopatologia bronco-pulmonar gira em redor da fisiopatologia da sua inervação vegetativa». As lesões centrais arrastarão, portanto, a perturbações neuro-vegetativas no domínio do terreno pulmonar, tanto mais facilmente quanto os centros e as vias nervosas vegetativas se encontram tão espalhadas pelo encéfalo. A solidariedade cérebro-pulmão é tão grande que Kissel e colaboradores<sup>(74)</sup> nos falam do inverso: no decurso de uma pneumopatia aguda o sistema nervoso vegetativo, irritado a nível do pulmão, provocaria, por via reflexa, perturbações da circulação cerebral.

O papel do pneumogástrico tem sido posto muito em evidência.

As lesões do vago originam vaso-dilatação paralítica capilar a nível do pulmão de que resultam sufusões sobretudo sub-pleurais, e estados de congestão, favoráveis a manifestações de estados infecciosos.

Balthazard<sup>(4)</sup> e Meunier<sup>(66)</sup> citam os casos de Verger, de secção do vago por arma de fogo que logo deu perturbações respiratórias e cardíacas típicas e mais tarde matou por pneumonia do mesmo lado da lesão, e de Riedel, de bronquite supurada unilateral e morte depois de secção cirúrgica do nervo. Grögler<sup>(62)</sup> cita casos idênticos e Delannoy e Muller<sup>(96)</sup> relatam um caso de morte por edema pulmonar bilateral, que atribuem a irritação do vago por hematoma e infiltração da vizinhança, irritação que é de piores consequências do que a secção nítida do nervo.

O vago atingido no pescoço, bolbo ou cérebro pode originar pneumopatias, diz Balthazard<sup>(4)</sup>.

A secção ou excitação vago-simpáticas no coelho dão, nas experiências de Gernez-Rieux e colaboradores<sup>(58)</sup> lesões pulmonares, com fluxo intersticial e atelectasia alveolar. Igualmente experiências de Claude Bernard, P. Bert e Traube demonstram que a secção dos vagos é capaz de originar pneumonias<sup>(15)</sup>.

Danielopolu relata um caso de morte por edema agudo do pulmão a seguir à ressecção do simpático cervical<sup>(43)</sup>. Os trabalhos de Hovelocque e Hamburger<sup>(69)</sup> e de Fontaine<sup>(51)</sup>, entre os de muitos outros autores, valorizam muito o papel do simpático nas perturbações pulmonares.

Experimentalmente a relação cérebro-pulmão tem sido posta em evidência.

Conforme citam diversos autores, picando a superfície dos hemisférios cerebrais Nothnagel obteve hemorragias pulmonares mais ou menos extensas e Piccinino desencadeou pneumonias por lesões dos corpos restiformes<sup>(112)</sup>.

Já Brown-Séquard lesando a base do cérebro, ponte de Varólio, pedúnculos cerebelosos, obtinha pneumopatias, apoplexias e edema pulmonar, ainda mais frequentemente se a lesão era medular e as pneumonias experimentais eram do pulmão do lado oposto ao hemisfério lesionado<sup>(4)</sup>. Outros experimentadores como Schiff e Genzmer, citados por Strassmann<sup>(136)</sup> obtiveram análogos resultados.

Experiências de Clark e colaboradores e de Haertig e Wassermann demonstram a relação entre lesões do hipotálamo e infecções pulmonares pneumocócicas. Estes últimos

destruindo-o em 19 gatos verificaram a morte de 16 deles por bronco-pneumonia bilateral, entre 1 a 8 dias depois.

Tardieu<sup>(139)</sup> recorda os trabalhos de Reilly em que a irritação das formações centrais, pelo cantaridato de potássio, a nível do pedúnculo, determina fenómenos de vaso-dilatação e aumento de permeabilidade com edema pulmonar e infartos, a exemplo do que conseguem Cruhaud e Vermeil<sup>(34)</sup> introduzindo trombina e fibrinogénio na grande cisterna, que conduz a acentuada hipertensão arterial, como se se tivesse injectado adrenalina, e a administração prévia e simpaticolíticos impede a hipertensão e previne o edema.

Manunza oferece-nos uma observação de edema pulmonar com lesões mesencéfalo-bulbares, mas Benasi<sup>(9)</sup>, que o cita, diz que o edema pode existir sem foco cerebral como num dos seus casos.

Mas nem do vago é necessária a existência de lesão directa: a inibição transitória, por simples choque nervoso, basta. É certo que na própria comoção cerebral, sem contusão apreciável a olho nu, parece haver já microlesões com desagregação íntima que se torna evidente quando há laceração: lesões dos vasos e das bainhas peri-vasculares, espasmos e trombozes capilares que conduzem a anoxemia do tecido nervoso, ao mesmo tempo que se estabelece embebição aquosa do tecido nervoso, que parece estar também ligada a variação da acidez do encéfalo lesionado<sup>(7)</sup>.

Patel e Desoille<sup>(116)</sup> valorizam o papel que a hipertensão cerebral, sobretudo ventricular, tem na mortalidade de casos em que as lesões cerebrais não são grandes.

Nas lesões nervosas por traumatismo experimental pode haver brusco abaixamento da tensão arterial, acompanhada de arritmia respiratória.

Quanto ao valor da referência que alguns autores fazem à hipófise, como podendo ter influência no determinismo de perturbações pulmonares, é minorado pela dificuldade de ser tal glândula lesada nos traumatismos. Gross<sup>(58)</sup> escreve que o único traumatismo susceptível de traumatizar directamente a hipófise seria o choque sobre o maxilar.

Cornil, Hamont e Monsinger<sup>(31)</sup> relatam-nos complicações pulmonares das secções fisiológicas da medula e Vincent<sup>(56)</sup> por excitação eléctrica das 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> raízes posteriores dorsais obtêm vaso-dilatação pulmonar hiperaguda e edema.

Este autor e Martel viram iguais perturbações depois da ablação de pequenos tumores da medula cervical ou depois da limpeza cirúrgica de um foco de fractura vertebral interessando as 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> vértebras dorsais, e ainda a seguir à extirpação de pequenas massas tumorais da medula cervical ou dorsal superior<sup>(56)</sup>. Os trabalhos experimentais e clínicos de Lérique e Fontaine<sup>(88 e 89)</sup> contribuem muito para esclarecer estas ligações.

Cornu<sup>(32)</sup>, passando em revista os dados anatómicos e fisiológicos que explicariam as perturbações vaso-motoras pulmonares, conclui dizendo que tais dados são concordantes e que se pode estabelecer a topografia central do simpático pulmonar e fixá-la nos seis ou sete primeiros segmentos dorsais, com um máximo de importância nos três primeiros segmentos.

Herrmann<sup>(65)</sup>, que estuda as vias nervosas e centros vegetativos em causa nas alterações pulmonares de natureza central, conclui que «estando tão espalhadas pelo córtex e formações centrais, tornam muito frequentes estas alterações nos traumas ou doenças centrais».

### III

Lesões do sistema nervoso central podem, portanto, seguramente, determinar perturbações circulatórias e infecciosas pulmonares.

As perturbações circulatórias passam-se sobretudo a nível dos capilares, que se dilatam e modificam a sua permeabilidade ou mesmo se rompem dando pequenas sufusões, a juntar aos estados congestivos e edematosos.

Estes estados congestivos podem não ter tradução clínica apreciável ou, pelo contrário, revestirem aspectos que lembrem estados infecciosos pneumocócicos, como já se disse a propósito dos traumatismos torácicos.

Além da expectoração hemoptóica surgem, por vezes, verdadeiras hemoptises.

Congestão, edema, hemoptise têm aliás, como é sabido, estreito parentesco.

Congestão é uma fase de edema, pelo menos de certos edemas (vaso-dilatação), tanto que Renaut<sup>(2)</sup> chama edema compacto ao pulmão congestionado, esplenizado, e por outro lado, como o mostraram Bezançon e Jacquelin<sup>(14)</sup>, certas hemoptises reconhecem mecanismo ligado à vasodilatação capilar pulmonar intensa, de natureza reflexa, que assim se aproximam muito do edema.

Também este pode ser ligeiro e limitado sem expressão clínica ou, pelo contrário, revestir forma brutal, verdadeira submersão interna, de consequências as mais graves: edema agudo do pulmão.

As concepções patogénicas desta situação têm variado bastante e ainda hoje não alcançaram firmeza que evite degladiarem-se.

Postas de lado as velhas teorias patogénicas, renal tóxica e aórtica reflexa, a teoria eminentemente mecânica de insuficiência ventricular esquerda impoz-se, mas breve perdeu terreno, pelo menos como explicação única e mesmo como condição indispensável para o aparecimento do edema pulmonar agudo, aparecendo cada vez em maior relevo o papel do sistema nervoso, alguns invocando fenómenos tóxicos e querendo muitos aceitar uma parcela de verdade aqui e acolá, numa teoria mista.

Apesar de alguns, como Lenègre e Minkowski<sup>(86)</sup>, numa actualização escrita em 1946, e Paine e colaboradores<sup>(113)</sup> em trabalho a que nos voltaremos a referir, teimaram em afirmar ser sempre necessário o coração estar doente para aparecer o edema agudo, a verdade é que hoje se reconhece que ele é possível sem prévia doença cardíaca.

Muitos autores poderíamos citar, mas basta lembrar o que, recentemente, dois cardiologistas de primeira plana, Lian e J. Porto<sup>(93)</sup>, com toda a sua responsabilidade associada, escreveram e que resume o estado actual da questão: «L'œdème pulmonaire aigu est déclenché par une soudaine perturbation vaso motrice pulmonaire au abdominale (excitation nerveuse centrale, déséquilibre neuro-vegetatif, irritation intracardiaque par un cathéter, etc.) qui entraîne une brusque élévation tensionnelle dans le vaisseaux artériels, capillaires et veineux pulmonaires, avec une grande augmentation du contenu sanguin pulmonaire». Na conclusão acrescentam que ele é possível por «une excitation nerveuse réflexe... malgré l'absence de toute cardiopathie susceptible de diminuer l'aspiration ventriculaire gauche».

Não é, pois, preciso ficarmos agarrados às ideias de Bard<sup>(5)</sup>, tão valorizadoras do sistema nervoso, para se admitir o edema pulmonar agudo em lesões do sistema nervoso central.

Mesmo que se venham a aceitar as doutrinas de Laubry e Tzank<sup>(83)</sup> e Giraud-Costa<sup>(58)</sup>, da mesma maneira se pode atribuir papel decisivo às perturbações centrais que explicariam a vaso-constricção nervosa abdominal que lançaria nos pulmões a quantidade excessiva de sangue, assim expulsa dos seus reservatórios de segurança, em especial do fígado na concepção de Fauvert<sup>(48)</sup>.

Paine e colaboradores<sup>(112)</sup>, em trabalho experimental sobre cães, verificaram que a epinefrina ou a produção, por técnica especial, de embolias miliares cerebrais, raramente conduzem à congestão pulmonar ou ao edema agudo, mas que estes estados aparecem, frequentemente, se o coração dos animais em experiência é previamente lesado de maneira a produzir-lhe insuficiência aórtica experimental.

Esses autores<sup>(113)</sup> concluem pela necessidade do factor cardíaco: o coração aparentemente não foi tocado pela lesão nervosa que o fez claudicar, quer por hipertensão arterial brusca, quer por fenómenos arrítmicos cardíacos ou respiratórios e ainda pela obstrução à boa circulação do ar, pela tosse e reflexos respiratórios, que pode também diminuir a eficiência cardíaca.

Não pode esta maneira de ver destruir as observações de diversos autores que observaram edemas com o coração mais que «aparentemente são», mas nem assim o «*primum movens*» do edema deixará de ser a lesão do sistema nervoso que, para mais como acentua Sarnoff<sup>(129)</sup>, se dá congestão

# P V R

## Imunoterapia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÕES

#### Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	300.000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas . . . . .	5 c. c.

#### Supositórios

##### 1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	300.000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica . . . . .	0,120 >
Gomenol . . . . .	0,001 >
Eucaliptol . . . . .	0,001 >
Cânfora . . . . .	0,001 >
Vitamina A . . . . .	30.000 U.
Vitamina D <sub>2</sub> . . . . .	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p. . . . .	3 grs.

##### 500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

### APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



## LABORATÓRIOS QUÍMICO BIOLÓGICOS

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

# ATOXIMICINA

associação de antibióticos

Sulfato de Dihidroestreptomicina — Sulfato de Estreptomicina  
Procaína - penicilina G — Penicilina G potássica

**SINERGISMO DE ACÇÃO SEM EFEITOS SECUNDÁRIOS**  
**NEUROTOXICIDADE PRÁTICAMENTE NULA**

## ATOXIMICINA

### NORMAL

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,25 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,25 gr.

Procaína - penicilina G 300.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica 100.000 U.

Caixas de 1, 3, 5 e 10 frs.

## ATOXIMICINA

### INFANTIL

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,125 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,125 gr.

Procaína - penicilina G 150.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica

Caixas com 1 e 3 frascos

## ATOXIMICINA

### FORTE

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,5 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,5 gr.

Procaína - penicilina G 300.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica 100.000 U.

Caixa com 1 frasco



**INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA**

e edema pulmonares também altera as funções cárdio-vasculares.

Afinal é explicação análoga à maneira de Moutier<sup>(110)</sup> atribuir o edema a superactividade das cápsulas suprarrenais por acção nervosa central e daí hipertensão, sobretudo da mínima, traduzindo uma vaso-constricção específica, e depois o coração claudicaria.

Na produção tanto do edema pulmonar como, de uma maneira geral, das alterações pulmonares em lesões cerebrais, alguns têm valorizado edema cerebral.

Realmente o edema cerebral, que muitos crêem raro, mas Decker<sup>(85)</sup>, por processo indirecto, consegue pôr em evidência nos traumatismos crânio-encefálicos, ajudaria, é claro, a estabelecer hipertensão craniana aguda, teria, para autores como Lenormont, Weiteimer e Patel<sup>(88)</sup> grande importância.

Entre os mecanismos de defesa contra a hipertensão, que logo se estabeleceu, toma parte o liquor, com maior reabsorção e menor secreção pelos plexos coroides ou mesmo inibição, mas a hipertensão sempre se dá e desempenha um papel na génese dos fenómenos mórbidos pulmonares. As vezes há estase aguda traumática do liquor a agravar essa hipertensão.

O aumento da pressão intracraniana leva à compressão nervosa e aumento da pressão arterial encefálica que serve de estímulo aos centros vegetativos do bolbo, nomeadamente do vago, com lentidão do pulso e respiração.

Manunza<sup>(90)</sup> não consegue obter edema pulmonar agudo por compressão endocraniana experimental. O mesmo sucede a Crema<sup>(84)</sup> e Grasso-Biondi<sup>(61)</sup>, mas este consegue obter congestão, hemorragia e edema, mas só intersticial não com exsudato alveolar e endo-brônquico, fracasso que atribui às diferenças anatómicas e funcionais entre o homem e os animais.

Laubry e Cottet<sup>(83)</sup> escreveram que numerosos factores presidem à produção do edema pulmonar agudo, uns mecânicos, outros tóxicos, outros nervosos, mas que na base de uma crise de edema há sempre um factor predominante que a caracteriza etiologicamente. Parece-nos muito clara esta maneira de pôr a questão: nos edemas de que nos ocupamos esse factor é o nervoso, perturbação do equilíbrio vago-simpático que modifica profundamente as condições de inervação vaso-motora da rede vascular e conduz a dilatação capilar e exsudação edematosa por alteração da permeabilidade do endotélio capilar. A estrutura especial dos capilares, acrescentam Laubry e Tzanck<sup>(84)</sup>, desprovidos de fibras musculares e expostos ao ar livre, facilita a inundação intra-alveolar, a permeabilidade alterada pela acção neuro-vegetativa.

Aliás Laubry<sup>(82)</sup>, com a sua autoridade, foi mais longe e admite que «la pure émotivité, disons la neurotonie» seria capaz de produzir crise de edema agudo, acrescentando que ele e Doumer têm relatado curiosos exemplos.

Gerney e Marchandise<sup>(57)</sup> mencionam os casos de Sanin de Savière, Leopold Lévy, além do de Laubry.

Bezançon e Bernard<sup>(13)</sup> dizem que a emoção pode desencadear ou pelo menos favorecer o edema e citam Papafotu<sup>(115)</sup>.

Farber, citado por Herrmann, dá-nos algumas observações de edema pulmonar neuropático<sup>(47)</sup> e estuda a sua patogenia<sup>(48)</sup>. Doumer refere igualmente o edema «neurotónico» e Laignel-Lavastine<sup>(78)</sup> coloca o edema pulmonar entre as síndromas cujo aparecimento depende de fenómenos de ordem neurotónica.

Aliás, este autor, atribui o edema à excitação das fibras do simpático e assim a injeção de adrenalina o provoca. Doumer<sup>(43)</sup> faz notar que o aumento da tensão arterial com consequente distensão ventricular é que na realidade é responsável por tal edema. O simpático é vaso-constritor dos capilares pulmonares e o vago é que produz a vaso-dilatação favorecedora, aproximando, Doumer, deste edema o da anafilaxia experimental no qual o papel do vago é indiscutível e a excitação do simpático o contraria. A acção terapêutica da atropina no edema experimental do coelho pela adrenalina (Bariety<sup>(6)</sup>) e em diversos casos clínicos, entre os quais parece mais notável o de Doumer por se tratar de várias crises sempre assim dominadas, constituem argumento de valor a favor do papel patogénico do vago. As observações de

Donzelot e Menetrel<sup>(42)</sup> e Gaquièrre e Decressac<sup>(55)</sup> da influência das infiltrações estelares — para Cabanac<sup>(57)</sup> o gânglio estelar seria verdadeiro centro trófico pulmonar — nas crises de edema pulmonar e, especialmente, a de Fontaine e Courtine, por se tratar de um caso de secção medular alta, em que tal infiltração tem notável êxito, são igualmente de salientar na valorização do sistema neuro-vegetativo.

Danielopolu, como já atrás citamos, relata um caso de morte por edema agudo do pulmão a seguir à ressecção do simpático cervical, mas parece-nos que não se pode, neste caso, deixar de pensar na causa cardíaca, uma vez que a operação se fez por angina de peito. Da mesma forma Janesco, Hofer, Thayer relatam casos de intervenção sobre o simpático cervical<sup>(57)</sup>.

Por último referimos a opinião de Ameuille que, ao discutir um caso de Milhit<sup>(107)</sup>, afirma que certos edemas traduzem uma crise de hipersecreção brônquica extremamente abundante e que, é claro, poderia ter mecanismo igualmente neuro-vegetativo e está de acordo com as observações de Strassmann<sup>(137)</sup> de rápida exsudação serosa após o traumatismo e de Moutier<sup>(110)</sup> de que a árvore brônquica dos traumatizados crânio-encefálicos se carrega de secreções com fervores abundantes audíveis das 4.<sup>a</sup> a 6.<sup>a</sup> horas.

Um estado, consecutivo também a traumatismos exercidos fora do tórax, e que merece algumas considerações é a atelectasia pulmonar.

Herzog<sup>(67)</sup>, ao estudar a atelectasia pulmonar pós-operatória e pós-traumática, recorda como, em muitas autópsias, a atelectasia aparece sem obstáculo brônquico justificativo e como a injeção intra-brônquica de lipiodol não gera atelectasia e valoriza mais o colapso alveolar que se estabeleceria sem necessidade de obstrução brônquica: distensão considerável dos capilares e os alvéolos vazios de ar enchem-se de líquido.

Mas o rolho — mucosidades ou coágulo sanguíneo — pode não ser obstáculo mecânico e simplesmente gerar reflexos neuro-vegetativos que levam as alterações circulatórias atelectasiantes.

Sabe-se como este assunto tem sido particularmente estudado por Stajano e Scandroglia e, em 1952, foi discutido em Paris, na Academia de Cirurgia, reconhecendo-se a realidade das atelectasias neurovegetativas, lembrando-se trabalhos anteriores de Reilly e Tardieu<sup>(43)</sup>. Alguns pretendem assimilar estas a enfarto ou apoplexia propriamente dita e mantêm o velho conceito de atelectasia por obstrução brônquica.

Edelmann<sup>(45)</sup>, em estudo recente sobre a atelectasia pós-traumática, reconhece que pode haver atelectasia sem obstrução brônquica e obstrução sem atelectasia. O rolho terá papel, mas não necessita de ser total pois o seu papel é de provocar reflexo capaz de dar as perturbações capilares parênquimatosas, determinantes, em última análise, do processo. A atelectasia é dos estados pulmonares que mais instantaneamente pode surgir como o demonstraram Stajano e Scandroglia<sup>(135)</sup> que propuzeram a designação de fluxo reflexo intersticial, dado o predomínio de vaso-dilatação capilar nos espaços interalveolares, extravasão plasmática e sanguínea capilar, sendo na realidade o processo propriamente de atelectasia secundário, consequência do brutal e rápido espessamento dos septos.

Sufusões, lacerações, congestão, edema, atelectasia, está o terreno preparado para que surjam perturbações infecciosas. Poderemos talvez alargar a todos aqueles estados o conceito de Benasi<sup>(8)</sup> quando diz que o edema é consequência e a pneumopatia complicação.

Por pneumopatia entendemos todo o processo flogístico agudo ou sub-agudo do pulmão, lobar, lobular ou intersticial de etiologia não tuberculosa<sup>(25)</sup>.

A ligação entre o edema e a pneumopatia é tão estreita que a ordem inversa tem, também, sido posta em evidência pelos trabalhos de Caussaude, Milhit, Jong e Tardieu<sup>(23)</sup>.

Cornil, Hamont e Mosinger<sup>(31)</sup> apontam dois mecanismos pelos quais a bronco-pneumonia se enxerta nas perturbações circulatórias: a hipersecreção brônquica e a vaso-dilatação. A hipersecreção é bem evidente nos estados pós-operatórios, com tantas analogias com os pós-traumáticos e nestes tem igualmente sido assinalado, como já deixámos

dito atrás. Da vaso-dilatação nada há a acrescentar ao que se citou.

#### IV

Nos traumatismos crânio-encefálicos e raqui-medulares tem-se observado muitas perturbações circulatórias e estados infecciosos pulmonares, mas nem por isso merecem simples referência em obras recentes de Patologia Cirúrgica como Quervain<sup>(122)</sup>, de Traumatologia como Lusena<sup>(95)</sup> e Bastos<sup>(7)</sup>, ou em revisões de conjunto como a de Sorrel e colaboradores<sup>(133)</sup>.

Já citados tais estados em publicações do século passado, Machefer<sup>(96)</sup> em 1912, conforme a citação de Piga<sup>(120)</sup>, descreve-nos casos de lesões pulmonares consecutivas a traumatismos craneanos e, em 1918, Moutier<sup>(110)</sup> dá-nos um apanhado acerca da morte por edema pulmonar nos traumatismos craneanos, citando 3 casos, com sobrevida de 10 a 24 horas.

Em 1927, Antonini e Biancalani<sup>(2)</sup>, num estudo de conjunto sobre o edema pulmonar nos traumatismos crânio-encefálicos, apresentam-nos, na sua casuística, 41 % de edema num conjunto de 200 necrópsias de indivíduos com lesões nervosas de tipo contusivo ou compressivo.

Os seus casos são mais frequentes em indivíduos entre os 50 e 80 anos.

É de notar que na interpretação patogénica, estes autores, se ligam a uma teoria mista que explica o aparecimento do edema nos traumatismos: causa mecânica, por elevação da pressão arterial (a excitação do cérebro a aumenta — Cushing e Roger), com luta do ventrículo esquerdo contra essa hipertensão arterial — participação cardíaca — factor nervoso, com vaso-dilatação brusca dos vasos pulmonares (possivelmente por acção directa paralítica sobre centros vaso-constritores meso-encefálicos e bulbares, ou por abalo da massa nervosa *in toto*, ou por deslocamento violento do liquor para o bolbo como quer Duret), a que se junta o factor tóxico. Dizem que com o traumatismo se alterarão metabolismos diversos que podem ser responsáveis pelo choque traumático, próximo parente do choque anafiláctico capaz também de dar, como é sabido, edema agudo do pulmão.

Francisco Coimbra<sup>(29)</sup> ao citar uma curiosa observação de edema pulmonar agudo bilateral num caso de laqueação da artéria carótida primitiva esquerda e do nervo vago desse mesmo lado, muito lúcidamente inclina-se para aceitar, além do papel do vago, em acção directa sobre o pulmão e indirecta sobre o coração, o dos efeitos resultantes da circulação cerebral modificada, em consequência da laqueação da carótida, e dessa forma aceita também «uma concorrência de causas» que na realidade se deve verificar na maior parte dos casos.

Laubry e Cottet<sup>(83)</sup>, em 1935, relatam-nos um caso também de edema muito acentuado, num alcoólico, sem antecedentes patológicos e sem alterações cardíacas, vasculares ou renais, a seguir a traumatismo cefálico e escapular. Dois anos depois, Benasi<sup>(9)</sup>, publica um trabalho sobre o edema pulmonar nos traumatismos craneanos, documentado com diversas observações e em que cita as observações de Ucheddu<sup>(145)</sup> e Astuni<sup>(3)</sup> que encontraram, respectivamente, em 560 e 197 autópsias de traumatismos do crânio 32 % e 29 % de edemas pulmonares.

Há ainda, entre outras, as observações de Trillot e Valatx<sup>(144)</sup>, de fractura do crânio, hemorragia extra-dural e morte rápida por edema agudo do pulmão.

Por último, aparece-nos a boa revisão de Herrmann<sup>(66)</sup> sobre perturbações circulatórias nos traumatismos craneanos e na qual se descrevem dez casos de observação pessoal, dos quais dois sofreram também lesão torácica traumática.

Cita um trabalho de Morsier<sup>(109)</sup>, em que há referência a um estudo de Davis sobre o constante aumento de peso das vísceras nos traumatismos cerebrais, e às observações de Askanazy, em que a par de outras lesões há edema pulmonar e de Wank de hemorragias pulmonares.

Nos casos de Askanazy há também pneumonias e bronco-pneumonias que totalizam 46 % de 116 traumatizados crânio-encefálicos.

Larghero e Minata<sup>(80)</sup>, em 105 casos de traumatismos

crânio-encefálicos graves, entre 39 % de mortes encontram 5 % por bronco-pneumonia.

Cattabeni<sup>(25)</sup>, em trabalho de conjunto no qual entra também com os casos por traumatismo torácico, relata 15 de pneumonia, 83 de broncopneumonia, 1 de infiltração hemorrágica (tipo Stern) e 1 piotórax, mas alguns, uma vez que há traumatismo do tórax, é claro, não são de responsabilidade central, pelo menos total.

Quanto aos traumatismos raqui-medulares foi Roussey<sup>(127, 128)</sup> que chamou a atenção para as suas complicações pleuro-pulmonares o que não impediu, escreveu Cornu<sup>(32)</sup> que neurologistas, como Guillain e Barré<sup>(65)</sup>, declarem que tais lesões constituem excepção.

Cornu<sup>(32)</sup> recolhe 28 observações de diversos autores de complicações pulmonares em traumatismos raqui-medulares.

Schlesinger<sup>(130)</sup> relata um caso de edema consecutivo a lesão traumática da medula e Fontaine e Courtine<sup>(52)</sup> descrevem-nos outro caso, a que já nos referimos, de crises de edema pulmonar numa secção dorsal alta (com síndrome de interrupção total em D 3) que logo apresentou congestão pulmonar, iniciando-se as crises de edema ao 10.º dia.

Cornil, Hamont e Mosinger<sup>(81)</sup>, que salientam o valor das relações medula-pulmão, revelam que em grande parte dos casos em que as perturbações vaso-motoras se complicam de fenómenos infecciosos havia anteriormente tara pulmonar, que, assim, actuou como espinha irritativa e desencadenante, no período de disfuncionamento neuro-vegetativo e de reflexos vasculares anormais.

Moradas Ferreira<sup>(50)</sup> ao traçar a sua esplêndida lição sobre traumatismos vértebro-medulares, focando, ainda que em resumo, «os aspectos mais importantes da patologia, diagnóstico e tratamento», não tem uma palavra, como muitos outros autores, para os estados pulmonares ligados a tais traumatismos.

As pneumopatias que surgem em indivíduos que sofreram começo de asfixia (enforcamento, estrangulamento, afogamento, acção de gases irrespiráveis, particularmente, óxido de carbono) resultariam de paralisias do vago, escreve Balthazar<sup>(4)</sup>.

A propósito da morte tardia dos enforcados, de que cita dois casos, Francisco Coimbra<sup>(29)</sup> valoriza o papel do vago, «enfileirando assim ao lado de Haberda, Reiner, Tamasia, Misuraca, Ignatowski e outros» que aceitam a participação deste nervo na morte por enforcamento, mas não esquece o papel que as lesões nervosas de origem circulatória necessariamente desempenham também, inclusivamente no aparecimento de estados infecciosos pulmonares, como a bronco-pneumonia que foi a causa de morte num desses seus casos. Guareschi<sup>(64)</sup>, no seu estudo sobre a morte tardia no enforcamento — morte resultante da persistência dos efeitos não reversíveis dos fenómenos fisiopatológicos e que seriam a única verdadeira morte tardia por enforcamento ou de causa directa na terminologia de Wurfler — recolhe 18 observações em que há um caso de edema pulmonar, outro de bronquite capilar, um de pneumonia e conclui por as atribuir às lesões encefálicas ou até também medulares como no caso de Péron<sup>(119)</sup>.

#### V

Ao lado dos traumatismos que interessem o sistema nervoso central, diversos estados mórbidos desse mesmo sistema ocasionam alterações pulmonares, que têm merecido a atenção de alguns autores.

Na hemorragia cerebral e outros estados encefálicos de origem vascular, como a embolia e a trombose, têm-se descrito perturbações pulmonares circulatórias, atenuadas ou graves, e infecciosas que levam a fazer-se até a sua profilaxia com antibióticos, administrados imediatamente após o estabelecimento do processo.

Gernez e Marchandise<sup>(57)</sup> relatam dois casos de edema pulmonar agudo, um em hemorragia cérebro-meníngea e outro em hemorragia cerebral com inundação ventricular, e citam observações de Lian e Dufour. Na sua opinião os casos devem ser menos raros do que parece. Aliás a hemorragia pode

ser de natureza traumática, o que é raríssimo, como hemorragia propriamente cerebral pois meníngea é frequente<sup>(92)</sup>, mas de que há algumas observações, entre outras as de Parisot e Morin<sup>(116)</sup> e de Dervieux e Piédélièvre<sup>(89)</sup>, que parecem satisfazer às condições estabelecidas, como necessárias para as aceitar como tais, por Martin e Ribierre<sup>(103)</sup> num Congresso de Medicina Legal em 1912. Duthoit<sup>(44)</sup> apresentou um caso de edema agudo no decurso de uma hemiplegia e Weisman<sup>(153)</sup> cita vários casos de edema e congestão pulmonares em hemorragias intracranianas. Boulet e colaboradores<sup>(19)</sup> relatam-nos um caso de afasia motora e edema pulmonar agudo em hemiplégico direito com doença de Hodgson.

Marchandise com Dehorter<sup>(100)</sup> apresentam um caso de edema em amolecimento cerebral por atheroma e obliteração da artéria silviana. Marchand, Sivodon e Bouquerol<sup>(101)</sup> têm uma observação de edema num doente que morreu em coma insulínico e que, à autópsia, mostrava sinais de hemorragia meníngea. Paine e colaboradores<sup>(114)</sup>, em 44 casos de hemorragia e trombose cerebral, referem 24 com pulmões congestionados e edematosos.

Nestes estados vasculares cerebrais, especialmente nas hemorragias, parece que se deve valorizar o papel da compressão endocraniana (Manunza<sup>(98)</sup>), que se conduz a esquizia pode, muitas vezes, originar antes hiperemia, porque a circulação do liquor se atenua, ou suspende mesmo, em consequência da compressão das vias de defluxo condicionadora de estase venosa acentuada.

Nas encefalites registam-se, por igual, perturbações pulmonares.

Pierre Marie, L. Binet e G. Lévy<sup>(102)</sup> tratam a questão, em 1922, na Soc. Med. dos Hospitais de Paris, tendo o último aproveitando as observações para a sua tese<sup>(91)</sup>, enquanto C. Vicent e E. Bernard<sup>(150)</sup> em sessão seguinte, na mesma Sociedade, versam o assunto e publicam um trabalho<sup>(151)</sup>, a que segue outro de E. Bernard<sup>(10)</sup>. Estes autores afirmam que o edema pulmonar agudo encefalítico se desenvolve como o traumático, tendo por mecanismo a vaso-dilatação hiperaguda pulmonar. E. Bernard<sup>(11)</sup> relata, posteriormente, um caso em processo gripal: ter-se-ia associado à infecção local uma acção central por encefalite do vírus da gripe. L. Ramon<sup>(123)</sup> apresenta 3 casos de edema agudo no decurso de gripe, em 2 dos quais é tão nítida a participação do sistema nervoso autónomo, aliás tão electivamente tocado na gripe, que ele invoca este factor nervoso para explicar o edema. Rendu e Huchard, citados por Birger<sup>(15)</sup>, descrevem uma forma de congestão pulmonar gripal evoluindo rapidamente e que atribuem a verdadeira secção dos pneumogástricos pela gripe.

Há ainda a observação de Bezançon, Bernard, Gennes e Delarue<sup>(13)</sup> de uma mulher com parkinsonismo pos-encefalítico que tem várias crises de edema agudo, morrendo em crise e sem perturbações clínicas ou necrópsicas cárdio-vasculo-renais, concluindo, os autores, por afirmar a grande importância das perturbações respiratórias no decurso da encefalite e que o edema era realizado por mecanismo vaso-motor comandado directamente pelos centros nervosos.

J. Chaptal<sup>(27)</sup> dá-nos um estudo sobre o edema pulmonar agudo nas encefalites das crianças. Em tumores cerebrais Gernez e Marchandise<sup>(57)</sup> citam L. Ramond e um caso discutível de Patair e colaboradores<sup>(118)</sup>. Paine e colab.<sup>(114)</sup> em 34 casos referem 13 com congestão e edema pulmonares.

O edema pulmonar agudo tem sido observado na epilepsia, cuja crise, no dizer de Antonini e Biancalani<sup>(2)</sup> se pode comparar a um verdadeiro traumatismo craneano. Langeron<sup>(79)</sup> e mais tarde Ratié<sup>(124)</sup> consideram o edema pulmonar como possível equivalente epiléptico visceral: da esfera motora cortical difundiria-se até aos grupos celulares bolbo-medulares e raízes do simpático vaso-motor.

Langeron refere uma observação pessoal, 11 de Shanahan<sup>(131)</sup> e 5 de Ohlmacher<sup>(111)</sup>.

Numa das observações deste último autor há um hematoma sub-dural o que leva Gernez e Marchandise<sup>(57)</sup> a perguntarem se não seria este, aliás parece que de origem traumática, o responsável pelo aparecimento do edema. Klotz<sup>(75)</sup> refere uma observação de epilepsia com larga participação neuro-vegetativa, complicada de edema pulmonar.

Janson<sup>(72)</sup>, em 774 mortes súbitas em epilépticos recolheu 142 casos com lesões pulmonares, principalmente edema agudo.

Como exemplos de edema pulmonar agudo em que lesões centrais estejam também em causa parece-nos de referir o de Weber e Blum<sup>(152)</sup> em coma hipoglicémico e de Derot e David<sup>(38)</sup> em síndrome hipófiso-tuberiana complexa.

No que diz respeito a estados patológicos medulares Cornil, Hamont e Mosinger<sup>(31)</sup>, dão-nos um interessante estudo e citam a curiosa observação de Fouineau<sup>(53)</sup> de mielite ascendente aguda que se complicou de edema pulmonar hiperagudo no momento em que o processo atingiu os segmentos medulares superiores.

Meunier<sup>(68)</sup> cita as observações de Gull, Benett, Fabre, Vulpian, de perturbações pulmonares no decurso de mielites transversas da medula cervical. H. Gounelle, ao discutir o citado caso de Donzelot<sup>(42)</sup>, refere-se a um caso, por crises, no decurso de uma afecção aguda medular.

Na tabes pode aparecer igualmente o edema pulmonar — Morel e Lavallée<sup>(108)</sup>.

Certos casos de poliomielite são susceptíveis de se acompanharem de perturbações respiratórias com estados pulmonares congestivos e edematosos — Lhermitte e colaboradores<sup>(92)</sup>.

Adelson e Brunn<sup>(1)</sup> descrevem um edema do pulmão durante o tratamento pela prostigmine num caso de esclerose múltipla.

O edema agudo pulmonar como consequência da punção lombar não é aceite por todos. Targowla e Lamarche<sup>(140)</sup> ao passarem em revista, em 1927, os acidentes da punção lombar, não o mencionam. Dois anos mais tarde Euzière, Viallefont e Ratié<sup>(57)</sup> apresentam dois casos, mas, como bem notam autores que os citam, um sofria de encefalite e outro tinha um tumor cerebral. Ratié<sup>(124)</sup> refere que há mais 18 observações de edema pos-punção que se deveria à esquizia consecutiva à raquicentese que arrastaria inibição bulbar com liberação da inervação simpática periférica pulmonar.

Posteriormente, Milhit e colaboradores<sup>(107)</sup> referem um caso seu, curado pela atropina, a demonstrar que o mecanismo de produção seria, como nos traumatismos crânio-encefálicos, sobretudo vagal.

Na discussão deste caso Lenègre aponta uma observação sua de edema em doente que sofria, como o de Milhit, de um processo de radículo-nevrite em que o edema surgiu sem punção lombar.

Nas laminectomias é que parece estarem bem provadas as complicações pulmonares: Marburg e Ranzi<sup>(31)</sup> e Martel e Clovis<sup>(104)</sup> relatam casos demonstrativos.

É chegado o momento de reflectir sobre o trabalho de Paine e colaboradores<sup>(114)</sup>, já citado, em que se relata terem encontrado congestão pulmonar e edema, em 39 de 81 autópsias de doentes que morreram de doença do sistema nervoso central (34 tumores cerebrais, 40 hemorragias, 4 tromboses, 1 com esclerose lateral amiotrófica, 1 de poliomielite anterior e ainda 1 de nevrite periférica (!)). Esses autores chamam a atenção para a frequência de lesões cárdio-vasculares nestes doentes e ainda para o facto de em 57 autópsias de indivíduos que não apresentavam lesões centrais se verificarem 34 casos de congestão e edema pulmonar, muitos sofrendo igualmente do aparelho circulatório.

Assim afirmam: «A comparação dos dois grupos de doentes indica que a incidência de congestão e edema nos pulmões não é tão grande nos que morrem de doença neurológica do que naqueles em que não era evidente a lesão nervosa. A doença cárdio-vascular orgânica estava presente na maioria dos pacientes com edema pulmonar, independentemente da presença de doença nervosa central».

O facto de na maioria dos seus casos haver concomitantemente lesão cardio-vascular não destroi as observações em contrário de diversos autores nem as deles próprios, que sendo minoria contudo existem. Mas mesmo já vimos atrás que isso não impedia de valorizar o factor neurológico na produção dos diversos estados patológicos pulmonares.

Maior reflexão merece a afirmação de que afinal tais estados se encontram mais frequentemente em autópsias de indivíduos sem lesões nervosas: tomada a letra o ensinamento da estatística destes autores deveríamos concluir que afinal

a lesão nervosa impede o aparecimento dos estados pulmonares referidos!

Ora a verdade é que nós não sabemos de que casos se serviram os autores, pois se tivessem utilizado assistióticos encontrariam 100 %, número ainda mais convincente! Seja como for nos 34 casos de congestão e edema pulmonares houve razão patológica a explicá-los, simplesmente ela não seria de ordem nervosa. Terá em muitos casos, mesmo dos com lesões do sistema nervoso, grande importância o estado da circulação e até o período ante-mortem? Certamente, mas não decisivo e único porque há disso observações e a experimentação o demonstra. Cataldi (24), num trabalho experimental sobre a patogenia do edema, já em 1937, podia afirmar ter mostrando que nem sempre o edema agudo resultaria de insuficiência aguda ventricular esquerda, isto além de tudo o que ficou dito ao longo destas notas e do muito que cardiologistas, patologistas e experimentadores tem observado, meditado e escrito, nomeadamente em trabalhos de conjunto o francês Lian (93), o suíço Keser (73) e os alemães Jarisch, Richter e Thoma (70).

Também se deve notar que Paine e colaboradores não entram em conta com os casos de traumatismo crânio-encefálicos ou raqui-medulares e é exactamente nestes que as observações dos estados pulmonares patológicos são mais numerosas e em que é mais fácil encontrar coração, vasos e rins em melhor estado anterior e em que o período pré-mortem pode ser mais reduzido. Também não entram em consideração com os estados infecciosos, facto que merece igualmente ser posto em evidência para colocar no justo plano as afirmações daqueles autores. Constitui, igualmente, argumento que não se pode esquecer as lesões crusadas que diversos autores, entre os quais Birger (15) na sua tese, têm assinalado nas lesões encefálicas localizadas, em foco, nas quais o pulmão do lado oposto é o único a apresentar lesões ou a apresentá-las de forma muito mais intensa.

## VI

Se teoricamente não restam dúvidas de que os traumatismos, e principalmente os torácicos e os crânio-encefálicos e raqui-medulares, geram as perturbações pulmonares mencionadas, se a observação clínica e a experimentação convergem para que essa certeza exista, uma dando exemplos e a outra reproduzindo-os ou explicando-os, a verdade é que médico-legalmente temos que, com o nosso espírito por vezes tão ignorado e por isso mal compreendido, nos firmar muito bem em certos princípios e realidades para estabelecer a ligação causa-efeito e saber encontrar as palavras precisas que mostrem a possibilidade ou impossibilidade de formular um juízo. Como escreveu Sydney (138) é necessário definir-se claramente a relação entre a lesão e a causa da morte, para se estabelecer que esta ocorreu por doença intercorrente sem conexão com a lesão anterior.

«Ainda que não possa negar-se que pneumonias, pleurisas e pericardites se sigam a traumatismos, a grande frequência das afecções pulmonares e a contínua exposição destes individuos a diversas influências morbígenas, tornam, frequentemente, difficilimo assegurar nexos entre a doença e trauma».

Para os médico-legistas, escusavamos de dizer que estas palavras foram tiradas de uma obra de Medicina Legal porque elas têm todo o sabor disso: são do Tratado de Maschka (105).

Elas aliás colocam o problema sobre outro ângulo: não é já a dúvida de se estabelecer o nexos pela relação causa-efeito em si mesmo isto é impossibilidade de ter as provas certas de que tal nexos exista, mas pelo espectro das coincidências, do jogo normal dos diversos factores morbígenos.

É preciso que o médico-legista se sirva dos dados clínicos e anátomo-patológicos, mas sem se deixar prender demasiadamente a estes e muito menos que clínicos e anátomo-patologistas pretendam concluir *médico-legalmente*.

Cattabeni (23) a propósito das pneumopatias devidas a traumatismo, torácico ou extra-torácico, refere-se ao critério quadrúpulo a ter em conta: topográfico, cronológico, de ajustamento qualificativo e quantitativo e da síndrome de ponte.

É afinal o desenvolvimento do duplo critério que Borri (17) indicava para o diagnóstico médico-legal: atender-se ao momento do traumatismo e às suas consequências imediatas e às manifestações e evolução do processo mórbido, sobretudo em relação aos elementos da ordem cronológica e topográfica. Não deixa de haver na apreciação certo empirismo que pode levar a julgar traumático o que não seja, pelo que há que redigir as conclusões com a necessária prudência.

*Aspecto topográfico:* Antes de mais é necessário que, em face do exposto, deixemos de admitir só as alterações produzidas por traumatismo torácico como traumáticas e portanto dever-se-á generalizar a designação. Parece-nos melhor do que separar os casos em traumáticos directos e indirectos, até porque nos directos o mecanismo pode afinal ser indirecto. Menos justificado julgamos ainda a divisão em traumáticos e paratraumáticos, termo que leva facilmente a erro, quem não estiver prevenido. Acidente pulmonar por traumatismo sobre o tórax ou sobre este ou aquele ponto, parece-nos a melhor maneira de nos exprimirmos.

Mas o que escrevemos já mostra como o valor do critério topográfico pode ser pequeno, pois não há estados patológicos pulmonares só em relação directa com o ponto traumatizado, nem tão pouco fica sempre marca de qual o ponto que sofreu a acção.

É claro que se a relação se averigua é dado a valorizar: relação directa, no tórax, ou cruzada se as relações nervosas justificarem esse cruzamento.

*Aspecto cronológico:* Em certas condições pode resolver o problema pela negatividade de uma maneira decisiva. Quase todos os livros de Medicina Legal citam exemplos: é o caso de pneumonia lobar franca em estado de evolução incompatível com o intervalo de tempo entre a acção traumática e a morte a provar-nos que esta já se dera com o processo pneumónico em marcha.

O mesmo já não sucede quando se marca o início do processo muito junto à ocasião do traumatismo ou demasiadamente afastado.

De uma maneira geral admite-se que ele pode aparecer quase imediatamente após o traumatismo, o de natureza circulatória, mas que para o de natureza infecciosa se necessita de umas horas—6 (Grisolle (22)), 12, alguns autores 24 horas—e que a partir do 5.º, 6.º dias começa a perder muito a probabilidade de estar relacionado com o traumatismo, mas com Balthazard (4) devemos recomendar que sobretudo para os casos muito precoces (que como já se disse ele julga estes mais de congestão tipo Woillez) e tardios, se estudem bem as condições de cada um individualmente. Thoinot (142) rejeita como pneumonia traumática a que aparece mais de 8 dias decorridos. Engel, citado por Ciampolini (28), fixa o intervalo entre poucas horas e um máximo de 4 dias.

Ollive e Le Meignen (112) afirmam, categoricamente, que todo o processo que apareça mais de 5 dias após o traumatismo não se deve a este, dizendo ser o que se concluiu depois de longa discussão travada na Sociedade de Medicina Interna de Berlim, em 1907, e cita Urmès, Thoinot, Stern, Litten, Becker, Rafarelle.

Hilário V. de Carvalho (22) diz que decorridos 2 a 3 dias logo se torna difícil a relação.

Cattabeni (25) pronuncia-se dizendo que, mais seguramente, aparece entre algumas horas até às 48 h. e que acima dos 4 a 5 dias se torna difícil, mas não deixa de citar um caso pessoal com 6 meses de intervalo.

Salienta que este alongamento só é possível nas formas a que chama paratraumáticas, pois nas por traumatismo torácico parece-lhe não se dever admitir acima dos 4 a 5 dias. Realmente o mecanismo nervoso justifica melhor o aparecimento mais tardio, mas condições locais especiais podem também justificá-lo. É o caso da observação de Falco (46) em que se mantiveram condições anormais produzidas pelo traumatismo — seis fracturas costais em cinco costelas. Fromm (54) diz que se pode aceitar um período intermediário de semanas ou meses, especialmente se houver fracturas de costelas ou lesões que prejudiquem a capacidade de ventilação pulmonar. Doutrina perigosa, e de más consequências médico-legais onde tudo tem de ser bem positivo, a de valorizar a diminuição da capacidade de resistência do pulmão a longa data e de maneira vaga. Este autor, aliás, exclui os casos de pneumopatias

**Novidade**

**SERPASIL**

PRIMEIRO PRODUTO DE RAUWOLFIA COM SUBSTÂNCIA ACTIVA BEM DEFINIDA  
RESULTADO DE ANTIGAS TRADIÇÕES TERAPÊUTICAS E DA CIÊNCIA MODERNA  
UTILIZÁVEL EM TODAS AS FORMAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Apresentação do Serpasil (Marca registada):

Comprimidos a 0,1 mg e a 0,25 mg de reserpina «Ciba»

**CIBA**

# ASMA

## Aleudrin

(Sulfato de N-isopropil-nor-adrenalina)

Uma abundante literatura mundial prova a grande eficácia do Aleudrin e confirma as suas múltiplas indicações terapêuticas.

Nas crises agudas: Sóluto de Aleudrin a 1%, para pulverização.

Em aerosolterapia: Diluir com 3 a 5 volumes de água.

Para tratamento prolongado e nos acessos benignos: Comprimidos sublinguais a 0,02 g.

**C. H. BOEHRINGER SOHN  
INGELHEIM AM RHEIN**

Representantes para Portugal e Ultramar:  
**J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA.**

Rua Actor Taborda, 13

LISBOA-N.



a partir do 4.º dia a não ser que haja sintomas pulmonares, com tosse, dor, expectoração sanguínea, isto é, uma síndrome intermediária entre o traumatismo e o aparecimento da pneumopatia — o quarto aspecto de Cattabeni.

**Aspecto de ajustamento qualitativo e quantitativo:** É bastante objectivo mas devemos entrar em linha de conta com todos os elementos objectivos pessoais e das circunstâncias do traumatismo para se poder admitir tal ajustamento que, por vezes, pode parecer inexistente e alguns desses elementos quebrar a só aparente desproporção causa-efeito.

**Aspecto dependente da síndrome de ponte:** Se após o traumatismo aparecem sinais de perturbações pulmonares estas podem vir a justificar, como já vimos, o aparecimento mais tardio de quadro circulatório ou infeccioso.

Tudo isto tem igual aplicação a estados mórbitos centrais agudos, como hemorragias cerebrais, com iguais reservas e não esquecendo novos processos sem sintomatologia aparente que podem determinar novas alterações pulmonares, mas o valor médico-legal é aqui, claramente, menor.

Ainda, com interesse médico-legal, há a afirmação de Antonini (2) de que o edema pulmonar franco traumático indica que a morte não foi imediata.

É evidente também que se torna necessário distinguir estados pulmonares hipostáticos ou de tipo francamente terminal.

Na pneumonia traumática por acção torácica, mesmo sem levar longe de mais o aspecto topográfico, é de ter em conta a existência ou não existência de contusão da parede ou mesmo de contusão pulmonar. Stern (112) exige que haja lesão pulmonar de natureza traumática para se afirmar pneumopatia de tal natureza. A simples comoção que crie *locus minor resistentiae* só seria de apreciar quando houvesse lesões pelo menos da parede.

É portanto problema bem delicado e que à medicina do trabalho muito interessa também, como o faz notar Benassi (8).

Deveremos pois concluir com segurança quando essa segurança não vem de simples probabilidade, já não dizemos palpite, e nos restantes casos dizer que os elementos recolhidos são ou não de molde a admitir ou a excluir a possibilidade de relação de causalidade entre o traumatismo e o estado patológico pulmonar.

Estabelecida tal relação surge o problema da valorização a dar-se-lhe em infortunística ou agressologia.

Em infortunística, em que interessa especialmente a face social, a justa protecção do trabalhador, e não há, a não ser em condições muito especiais, aspecto penal a encarar, todas as consequências do desastre são de atender e portanto as pulmonares também, beneficiando assim o indivíduo ou o agregado social a que este pertencia das regalias ou indemnizações previstas nas leis e regulamentos de trabalho.

Em agressologia, há o aspecto civil de reparação, e o aspecto penal. Ora Balthazard (4) escreveu que a pneumonia hipostática que se estabelece é já independente da vontade do agressor e, dessa maneira, entende não ser de levar em conta no aspecto penal, mas somente no civil. O que diz para a pneumonia hipostática se deve considerar extensível, é claro, às restantes pneumopatias e aos diversos estados patológicos pulmonares que surgem por mecanismo dependente de traumatismo infligido pelo agressor à vítima. Aliás, Hilário V. de Carvalho (22) abunda nas mesmas ideias e refere-se, claramente, a diversos estados infecciosos pulmonares de natureza traumática, incluindo as por traumatismo torácico. Pode admitir-se que tais estados apareçam independentemente da vontade do agressor, pelo menos será difícil provar o contrário, mas não podemos esquecer que eles resultaram do traumatismo. Constituem, portanto, uma *concausa* — uma *concausa superviniente*. Mas *concausa* atendível ou não atendível? Sabe-se que as nossas actuais disposições de direito penal não empregam o termo *concausa*, mas como bem salienta Francisco Coimbra (30) «a doutrina que as informa encerra noções, que salvo melhor parecer, se adaptam notavelmente ao conceito que presentemente se forma sobre concorrência causal». E quanto à jurisprudência escreveu Almeida Ribeiro (125) que «juridicamente, em Portugal, se

tem considerado não só as *concausas* preexistentes como ainda as *supervinientes*».

Assim tem todo o interesse prático, além do de doutrinação geral, a resposta àquela pergunta.

Estabelecida a ligação fisisio-patológica que levou o médico-legista a declarar o estado pulmonar dependente do traumatismo — dependência de origem — e sabendo-se que essa ligação com um estado que goza de independência de curso e está longe de constituir *uma anomalia ou mesmo uma excepção*, antes é um *facto natural e provável*, só podemos responder que tal *concausa* não é atendível. Assim, como o agressor que rasga a parede abdominal da vítima até à cavidade peritoneal sem atingir o intestino ou produzir qualquer outro ferimento em si mesmo grave, é responsável pela peritonite que natural e provavelmente se estabelece, da mesma maneira o é quando as lesões torácicas ou crânio-encefálicas que provocou, por si só não eram mortais, mas a morte surgiu de estado patológico pulmonar dependente dessas lesões — responsável penal e civilmente, contrariamente ao que escreveu o eminente médico-legista francês Balthazard e o conceituado cientista brasileiro Hilário de Carvalho que, como já dissemos atrás, claramente classifica de atendível a *concausa* no próprio traumatismo torácico se sem a pneumonia o indivíduo não morreria e a lesão torácica é pequena.

Este autor lembra também que o diagnóstico de uma pneumopatia traumática reforça o diagnóstico de que as lesões traumáticas foram produzidas durante a vida.

O problema de se saber se a pneumopatia já existiria a quando do traumatismo é de fácil resolução para a pneumonia lobar franca dada a marcha da sua evolução mas por vezes pode ser difícil uma certeza, mesmo sem levar em conta o atipismo, cada vez mais acentuado, desta enfermidade.

Apecto de interesse médico-legal ressalta também da afirmação de Benassi (4) de que o edema maciço, com participação da árvore brônquica, depõe a favor de um período razoável da sobrevida, pois imediatamente ao traumatismo não poderia haver mais do que edema parcial e inicial que talvez nesse caso se deva antes atribuir a perturbação orgânica.

## VII

Aproveitando do movimento notável do necrotério do Instituto de Medicina Legal do Porto (cerca de 500 autópsias por ano), das condições de trabalho e da facilidades que nos foram concedidas pelo seu Director, o Prof. Francisco Coimbra, e das boa camaradagem de todos os que trabalham neste Instituto, fomos recolhendo as observações necrópsicas que até nós chegavam durante os meses de Maio a Dezembro de 1953, ligados ao assunto que tratamos.

I — Autópsia n.º 16.249 — ♀ 74 anos, vítima de agressão ou queda:

Tórax: Fractura linear das 5.ª, 6.ª, 7.ª, 8.ª, 9.ª e 10.ª costelas direitas ao nível do arco médio. Fractura linear das 3.ª, 4.ª, 5.ª, 6.ª, 7.ª, 8.ª e 9.ª costelas esquerdas pelo arco posterior. Infiltração sanguínea ao nível dos focos.

Pulmão direito: Várias e numerosas zonas de contusão dispersas pela face externa do pulmão. Zonas de enfisema e de atelectasia. Congestão e edema. Lesões de bronquite purulenta. Nódulos vermelhos de broncopneumonia aguda. Peso: 500 gramas.

Pulmão esquerdo: Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Zonas de enfisema e de atelectasia. Congestão e edema. Lesões de bronquite purulenta. Nódulos vermelhos de broncopneumonia aguda. Peso: 400 gramas.

Análise histológica n.º 1.163: Lesões de broncopneumonia aguda. Morte devida a broncopneumonia, que sobreveio como complicação das lesões traumáticas referidas.

II — Autópsia n.º 16.382 — ♂ 56 anos, queda de comboio:

Tórax: Fractura linear do esterno pelo terço médio. Fractura linear da 4.ª e 5.ª costelas direitas pelo arco anterior. Fractura linear da 6.ª, 7.ª, 8.ª costelas esquerdas pelo arco médio. Infiltração sanguínea ao nível dos focos de fractura.

Pulmão direito: Várias e extensas zonas de contusão dispersas pela face externa. Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Zonas de enfisema e de atelectasia. Congestão e edema. Nódulos vermelhos de broncopneumonia aguda. Peso: 750 gramas.

Pulmão esquerdo: Idem, mas sem zonas de contusão. Peso: 680 gramas.

A morte, que sobreveio quatro dias depois do traumatismo, foi devida a broncopneumonia surgida como complicação das lesões traumáticas descritas.

Estas duas observações documentam a complicação infecciosa pulmonar do traumatismo torácico — a broncopneumonia por traumatismo torácico. A primeira tem mesmo estudo histológico confirmativo.

### III — Autópsia n.º 16.298 — ♂ 2 anos, atropelamento:

Zonas de contusão dispersas pelos lobos frontal e eseno-temporal direitos. Congestão e edema pulmonar. Peso dos pulmões: 90 gramas o direito, 80 gramas o esquerdo. Morte cerca de 24 horas após o acidente.

### IV — Autópsia n.º 16.436 — ♀ 4 anos, atropelamento:

Várias e pequenas zonas de contusão dispersas pelos lobos frontais e parietais. Congestão e edema pulmonares, havendo no esquerdo uma zona de contusão ocupando o vértice e sem sinais de traumatismo torácico. Peso dos pulmões: 130 gramas o direito, 120 gramas o esquerdo. Morreu no mesmo dia do atropelamento.

### V — Autópsia n.º 16.440 — ♂ 25 anos, atropelamento:

Contusão e laceração do lobo frontal direito e contusão nos lobos frontal esquerdo, parietal e eseno-temporal esquerdos. Congestão e edema pulmonares. Peso dos pulmões: 600 e 430 gramas, respectivamente o direito e o esquerdo. Morreu cerca de uma hora após o desastre.

### VI — Autópsia n.º 16.459 — ♂ 45 anos, acidente de trabalho:

Múltiplas e extensas zonas de contusão dispersas pelos lobos frontal e eseno-temporais e formações inter-hemisféricas e cerebelo. Congestão e edema pulmonares muito abundantes. Peso dos pulmões: direito—1.120 gramas, esquerdo—940 gramas. Morte no dia seguinte.

### VII — Autópsia n.º 16.477 — ♂ 18 anos, queda de altura elevada:

Várias e extensas zonas de contusão, algumas com laceração, dispersas pelos lobos frontais, parietal direito, eseno-temporal esquerdo e formações inter-hemisféricas. Fractura da 12.ª vértebra dorsal com contusão e laceração medulares. Congestão e edema pulmonares e várias e pequenas zonas de contusão dispersas pelos pulmões. Peso dos pulmões: 360 gramas o direito, 300 gramas o esquerdo.

### VIII — Autópsia n.º 16.276 — ♀ 42 anos, atropelamento:

Lesões crânio-encefálicas traumáticas e fractura da 6.ª vértebra cervical com extensas zonas de contusão e laceração medulares. Congestão e edema pulmonares. Peso dos pulmões: direito, 650 gramas; esquerdo, 550 gramas. Morte quase imediata.

### IX a XV — Lesões crânio-encefálicas traumáticas. Congestão e edema pulmonares bilaterais:

#### Autópsia n.º 16.311 — ♂ 6 anos, atropelamento:

Peso dos pulmões: 210 gramas o direito, 200 gramas o esquerdo. Morte 3 dias após o acidente.

#### Autópsia n.º 16.329 — ♂ 24 anos, acidente de trabalho:

Peso dos pulmões: 670 gramas o direito, 600 gramas o esquerdo. Morte dois dias depois.

#### Autópsias n.º 16.334 — ♂ 34 anos, queda:

Peso dos pulmões: 540 gramas o direito, 450 gramas o esquerdo. Morte em menos de 24 horas.

#### Autópsia n.º 16.336 — ♂ 10 anos, atropelamento:

Peso dos pulmões: 300 gramas o direito, 320 gramas o esquerdo. Morte quase imediata.

#### Autópsia n.º 16.430 — ♂ 13 anos, atropelamento:

Peso dos pulmões: 310 gramas o direito, 330 gramas o esquerdo.

#### Autópsia n.º 16.449 — ♂ 33 anos, tiro no ouvido direito.

Peso dos pulmões: 460 gramas o direito, 530 gramas o esquerdo.

#### Autópsia n.º 16.514 — ♀ 25 anos, atropelamento:

Peso dos pulmões: 620 gramas o direito, 500 gramas o esquerdo. Morte dois dias depois do acidente.

#### XVI — Autópsia n.º 16.291 — ♂ 6 anos, queda de um muro:

Cabeça: Múltiplas fracturas dos ossos da cabeça e múltiplas e extensas zonas de contusão, algumas com laceração, dispersas pelos lobos frontais, parietais, eseno-temporais e formação inter-hemisféricas. Tórax: Infiltração sanguínea no 5.º espaço intercostal e nada externamente.

Pulmões: Várias e pequenas zonas de contusão dispersas pelos dois pulmões que pesavam 130 gramas cada um.

13 observações (III a XV) a testemunharem perturbações circulatórias (congestão e edema) em traumatismo crânio-encefálico sem lesões torácicas e que vão até conferir aos pulmões o peso de 1.120 e 940 gramas, respectivamente no direito e no esquerdo, no espaço de 24 horas — VI — e que aparecem em casos de morte imediata ou quase imediata — V, VIII, XII.

A observação XVI é de salientar pela existência das zonas de contusão pulmonar nítidas, que pela pobreza de sinais de violência torácica, e pelo facto de se encontrarem espalhadas por toda a superfície pulmonar revelam o mecanismo central de produção, para mais com morte logo a seguir ao desastre.

#### XVII — Autópsia n.º 16.371 — ♂ 40 anos, atropelamento:

Múltiplas zonas de contusão, algumas com laceração, dispersas pelos lobos frontais, parietais e lobos cerebelosos. Focos de hemorragia meníngea.

Pulmões: Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Zonas de enfisema e atelectasia. Congestão e edema. Pequenas zonas de contusão superficiais, dispersas pelos pulmões. Nódulos vermelhos de bronco-pneumonia aguda.

Peso: 750 gramas o direito, 550 gramas o esquerdo. Morte sobrevivendo 36 horas após o desastre.

#### XVIII — Autópsia n.º 16.496 — ♂ 25 anos, atropelamento:

Múltiplas e extensas zonas de contusão, algumas com laceração superficial, dispersas pelos lobos frontais e eseno-temporais e pelo cerebelo. Dilatação do coração.

Pulmões: Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Zonas de enfisema e de atelectasia. Congestão e edema.

Nódulos vermelhos da bronco-pneumonia aguda. Peso: 850 gramas o direito, 750 gramas o esquerdo. Morreu 9 dias depois do acidente.

#### XIX — Autópsia n.º 16.501 — ♂ 72 anos, agressão com picareta:

Zona de contusão com laceração e perda de substância cerebral no lobo parietal esquerdo, correspondendo, em localização, a uma perda de meninge e de osso no parietal esquerdo.

Pulmões: Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Enfisema e atelectasia. Congestão moderada e edema.

Nódulos vermelhos de bronco-pneumonia aguda. Morte sobrevivendo 20 dias após a agressão.

3 observações de traumatismo crânio-encefálico, sem lesões torácicas, em que à congestão e ao edema se juntam a bronco-pneumonia, com morte entre 36 horas e 20 dias.

#### XX — Autópsia n.º 16.256 — ♀ 62 anos, colhida pelo comboio:

Cabeça: Lesões ósseas traumáticas e zonas de contusão com laceração dispersas pelos lobos frontais, parietal e eseno-temporais.

Fractura linear do corpo da 5.ª vértebra cervical e pequena zona da contusão a nível desse foco de fractura.

Tórax: Dupla fractura linear de todas as costelas direitas pelos arcos médio e posterior e da 1.ª costela esquerda pelo arco médio. Infiltração ao nível dos focos de fractura.

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE **Aureomicina** CRISTALINA

**Lederle**



*Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.*

**Lederle** ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**  
 AMERICAN Cyanamid COMPANY  
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



*Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. \* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.*

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**  
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

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

**PROPULMIL**  
Bial

**PROPULMIL INJECTÁVEL**

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

**PROPULMIL SUPOSITÓRIOS**

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

**PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS**

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

**Pulmões:** Várias e pequenas zonas de contusão dispersas pelo pulmão. Zonas de enfisema e de atelectasia. Congestão e edema. Nódulos vermelhos de bronco-pneumonia aguda. Peso: 630 gramas o direito, 750 gramas o esquerdo.

Morte, 9 dias após o desastre, por bronco-pneumonia aguda que sobreveio como complicação das lesões traumáticas.

**XXI — Autópsia n.º 16.442 — ♂ 37 anos, queda de bicicleta:**

**Cabeça:** Lesões ósseas traumáticas, contusão e laceração em vários lobos.

**Tórax:** Fractura linear das 4.ª, 5.ª, 6.ª e 7.ª costelas esquerdas pela parte anterior do arco posterior com infiltração sanguínea ao nível dos focos de fractura. **Pulmões:** Congestão acentuada e edema. Nódulos vermelhos de bronco-pneumonia aguda. Peso: 1.370 gramas o direito, 1.120 gramas o esquerdo. A morte sobreveio 4 dias após a queda.

**XXII — Autópsia n.º 16.350 — ♂ 40 anos, queda:**

Lesões crânio-encefálicas traumáticas e raqui-medulares ao nível da 5.ª vértebra cervical. Fractura do esterno pelo terço superior. **Pulmões:** Congestão e edema. Peso: 600 gramas o direito e 500 gramas o esquerdo. A morte sobreveio 3 dias depois do acidente.

**XXIII — Autópsia n.º 16.503 — ♂ 62 anos, atropelamento:**

**Cabeça:** Lesões ósseas traumáticas, raras e pequenas zonas de contusão dispersas pelos lobos frontais, parietais e eseno-temporais. Sufusões sanguíneas no pavimento do quarto ventrículo.

**Tórax:** Fractura linear das 2.ª, 3.ª, 4.ª, 5.ª, 6.ª e 7.ª costelas direitas pelo arco médio. Fractura linear da 3.ª, 4.ª, 5.ª, 6.ª e 7.ª costelas esquerdas pelo arco posterior. Infiltração sanguínea ao nível dos focos de fractura. Dilatação do coração e placas ateromatosas da aorta e artérias coronárias sem apertos. **Pulmões:** Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Enfisema e atelectasia. Congestão e edema. Lesões de bronquite purulenta. Nódulos vermelhos de bronco-pneumonia aguda. Peso dos pulmões: 850 gramas o direito, 750 gramas o esquerdo. Morreu por bronco-pneumonia, que sobreveio como complicação das lesões traumáticas. Houve 6 dias de sobrevida a partir do acidente.

Quatro observações de traumatismos crânio-encefálicos e torácicos e em duas delas também raqui-medulares. Aqui há pois, além das lesões centrais, razão para pensar em mecanismo traumático torácico directo. As perturbações circulatórias pulmonares juntou-se bronco-pneumonia aguda em três dos casos. Se tal complicação surgiu em consequência das lesões centrais ou torácicas ou de sua associação é coisa que com segurança se não pode destrinçar, mas há que considerar as condições em lesões em cada caso isoladamente.

**XXIV — Autópsia n.º 16.266 — ♀ 63 anos:**

**Cabeça:** Derrame de sangue (com coágulos) ocupando as cavidades ventriculares com larga destruição da parede externa do ventrículo direito. Ateroma das artérias da base.

**Pulmões:** Congestão e edema. Peso: 470 gramas o direito, 400 gramas o esquerdo.

**XXV — Autópsia n.º 16.304 — ♀ 47 anos:**

**Cabeça:** Como na obs. anterior, simplesmente a destruição da parede à esquerda.

**Pulmões:** Congestão e edema abundante. Peso: 600 à direita e 480 à esquerda.

**XXVI — Autópsia n.º 16.397 — ♀ 48 anos:**

**Cabeça:** Derrame de sangue (com coágulos) nas cavidades ven-

triculares com larga destruição da protuberância anular e do pavimento do IV ventrículo. Ateroma das artérias da base.

**Coração:** Atero-esclerose determinando apertos notáveis nalguns pontos das artérias coronárias.

**Pulmões:** Congestão e edema abundantes. Peso 600 gramas o direito, 550 gramas o esquerdo.

**XXVII — Autópsia n.º 16.441 — ♂ 53 anos:**

**Cabeça:** Derrame sanguíneo (com coágulos) inundando o IV ventrículo, com larga destruição da protuberância anular e bolbo. Ateroma das artérias da base.

**Coração:** «Cor bovis» e átero-esclerose das artérias coronárias mas sem apertos.

**Pulmões:** Congestão e edema. Peso: 880 gramas o direito, 730 gramas o esquerdo.

**XXVIII — Autópsia n.º 16.513 — ♂ 61 anos:**

**Cabeça:** Hemorragia sub-dural difusa, com coágulos, mais abundante nas regiões da base e inundaçãõ do IV ventrículo. Ateroma das artérias da base.

**Coração:** Dilatação e átero-esclerose das artérias coronárias, mas sem apertos.

**Pulmões:** Congestão e edema. Peso: 680 gramas o direito, 630 gramas o esquerdo.

4 observações de hemorragia cerebral espontânea e 1 de hemorragia meníngea com inundaçãõ do IV ventrículo, em que há congestão e edema pulmonares, em duas delas até abundantes (XXV e XXVI), chegando o pulmão direito a atingir 880 gramas e o esquerdo 730 (XXVII). Concomitância, em alguns casos, de lesões cárdio-vasculares.

VIII

Estas nossas 28 observações pessoais colhidas durante os 7 últimos meses de 1953, que deixamos resumidas, levaram-nos a procurar nos Arquivos do Instituto de Medicina Legal do Porto os casos de traumatismos crânio-encefálicos e raqui-medulares altos, sem lesões torácicas, externas ou internas, mencionadas nos relatórios das autópsias e ainda os de lesões do sistema nervoso central de natureza não traumática, para anotar o que se verificou na necrópsia em relação aos pulmões.

Nos traumatismos exigimos sempre que houvesse lesão encefálica ou medular macroscópicamente assinalada, desprezando, portanto, os casos de comoção cerebral.

Fizemos a pesquisa em relação a um período de 10 anos — 1943 a 1952 inclusivamente —, o que equivaleu à consulta de 4.521 relatórios de autópsias, e com tal critério apartamos 439, que representam cerca de 10 % do total.

Destes, 334 são de traumatizados e 105 referem-se a lesões de outra natureza.

Dos 334 traumatizados, 315 são crânio-encefálicos, dos quais 18 apresentavam também lesões raqui-medulares igualmente traumáticas, e os restantes 19 são só traumatizados raqui-medulares.

Dos outros 105 casos, 99 são de hemorragia encefálica ou meníngea, 3 de amolecimento cerebral e 3 de tumores do encéfalo.

Pelo estudo do Quadro I observa-se que em todos os 439 casos sempre encontramos, como também nos casos de

QUADRO I

	Congestão	Edema	Cong.+Ed.	Cong.+Ed. abundantes	Total de pert. circulatórias	Bronco-pneu.	Bronco-pneu. c/ análise hist.	Pneumonias	Total de pneumopatias
Traumatismos crânio-encef.	34 (11,40/0)	2 (0,70/0)	186 (62,60/0)	75 (25,80/0)	297 (100 0/0)	51 (10,40/0)	48 (16,20/0)	1 (0,30/0)	80 (26,90/0)
Traumatismos crânio-encef. + raq-med.	2 (11,10/0)	0	12 (66,70/0)	4 (22,20/0)	18 (100 0/0)	2 (11,10/0)	1 (5,60/0)	0	3 (16,70/0)
Traumatismos só raqui-medulares	0	0	13 (68,40/0)	6 (31,60/0)	19 (100 0/0)	5 (26,30/0)	5 (26,30/0)	0	10 (52,60/0)
<b>Total de traumatismos</b>	<b>36 (10,80/0)</b>	<b>2 (0,60/0)</b>	<b>211 (63,10/0)</b>	<b>85 (25,60/0)</b>	<b>334 (100 0/0)</b>	<b>58 (11,10/0)</b>	<b>54 (16,20/0)</b>	<b>1 (0,30/0)</b>	<b>93 (27,80/0)</b>
Hemorragias encefálicas	1 (10/0)	0	54 (54,50/0)	44 (44,40/0)	99 (100 0/0)	6 (6,10/0)	3 (30/0)	0	9 (9,10/0)
Outras lesões encefálicas	0	0	5 (83,30/0)	1 (16,60/0)	6 (100 0/0)	1 (16,60/0)	0	0	1 (16,60/0)
<b>Total de lesões encefálicas não traumáticas</b>	<b>1 (10/0)</b>	<b>0</b>	<b>59 (56,20/0)</b>	<b>45 (42,80/0)</b>	<b>105 (100 0/0)</b>	<b>7 (6,60/0)</b>	<b>3 (2,90/0)</b>	<b>0</b>	<b>10 (9,50/0)</b>
<b>Total de lesões centrais</b>	<b>37 (8,40/0)</b>	<b>2 (0,50/0)</b>	<b>270 (61,50/0)</b>	<b>130 (29,60/0)</b>	<b>439 (100 0/0)</b>	<b>45 (10,80/0)</b>	<b>57 (130/0)</b>	<b>1 (0,20/0)</b>	<b>103 (23,50/0)</b>

observação directa que deixamos atrás mencionados, alterações pulmonares circulatórias (congestão, edema, congestão e edema simultâneos) a que se juntavam, em número elevado, estados infecciosos.

Na grande maioria dos casos há congestão e edema associados (400—91,1 %), que em muitos deles (130—29,6 %) foram classificados de abundantes ou muito abundantes, associando-se pneumopatia (sempre bronco-pneumonia, um só caso de pneumonia labar franca) em quase um quarto dos casos (103 — 23,5 %), raramente só congestão (37 — 8,4 %) e ainda mais raramente só edema (2 — 0,5 %), aliás em casos nos quais houvera grande perda de sangue.

Em traumatismos crânio-encefálicos encontramos uma dezena em que não havia congestão nem edema, mas sim anemia por grande perda sanguínea, mas esses — menos de 3 % — não constam dos 439 recolhidos, nos quais, nestas condições só entram os dois de edema simples referidos.

Note-se que 75 das 102 bronco-pneumonias registadas têm comprovação histológica e que, por sempre, a análise histo-patológica ter corroborado o diagnóstico macroscópico, se devem aceitar os casos sem ela como merecedores de toda a confiança, mas mesmo desprezando-os, o que pelo menos na totalidade não é admissível, ainda ficava uma apreciável percentagem de casos (13 %).

Separando os traumatismos dos restantes casos (ainda Quadro I) verifica-se, quanto a perturbações circulatórias, que as percentagens se aproximam, só sendo de notar a maior frequência de congestão e edema abundantes nos casos de hemorragia cerebral (44,4 % contra 25,6 % nos traumatizados), e quanto a estados infecciosos há, pelo contrário, menor incidência nas hemorragias encefálicas (9,5 % contra 27,8 %).

Nota-se que a percentagem mais elevada de bronco-pneumonia, se revela nos traumatismos exclusivamente raqui-medulares.

Se atendermos a que os casos de hemorragia cerebral que vêm até aos Institutos de Medicina Legal são, em regra, aqueles em que a sobrevida foi suficientemente pequena para não permitir um diagnóstico, em geral fácil, compreende-se que seja esse o mecanismo pelo qual se verificou menos casos de complicações infecciosas pulmonares, que a clínica neurológica mostra serem frequentes e não porque se deixem de dar as perturbações a nível do pulmão, pois é até mais elevada a percentagem de congestões e edema abundantes verificadas necropsicamente nestes estados.

A maior frequência de bronco-pneumonias nos traumatizados só raqui-medulares, sem comparticipação encefálica, explica-se também pela sobrevida, que naqueles é de admitir que seja mais longa.

No quadro II estuda-se a distribuição das perturbações circulatórias mais acentuadas (congestão e edema abundantes ou muito abundantes) em relação aos dois sexos, aos semestres de inverno (Novembro a Abril) e verão (Maio a Outubro) e às idades (3 grupos: I até aos 20 anos, II dos 21 aos 50, III acima dos 50 anos).

Verifica-se que quanto aos sexos não há diferenças significativas, parecendo haver maior tendência para esses estados, nas hemorragias cerebrais, no sexo masculino (50 % contra 35,9 % no feminino).

Em relação ao inverno e verão há maior percentagem no primeiro (35,4 % contra 24,1 %) especialmente nos casos de lesão central espontânea (51,7 % contra 31,9 %), pois nos traumatismos a diferença é menos acentuada (29,4 % contra 22 %). Poderá evocar-se uma acção favorecedora, dada a vaso-dilatação central pelo frio?

Na que respeita às idades, só no grupo I a percentagem é bastante diferente (8,8 %), para depois se tornar quase uniforme (24,3 % grupo II, 36,2 % grupo III), mas, nas lesões não traumáticas, no grupo II atinge um valor muito maior de que no III (64,3 % contra 37,5 %).

No quadro III faz-se a mesma comparação, mas quanto aos estados infecciosos, verificando-se que não há diferenças sexuais nem ligadas ao tempo de inverno ou verão. Quanto às idades a percentagem é menor no grupo I, ainda que menos acentuadamente de que nos estados circulatórios, mas depois é uniforme. Note-se que parece haver excepção no que diz respeito às lesões traumáticas em que a percentagem de bronco-pneumonias no grupo III começa a ser significativa (40,6 % contra 28,7 %).

Se atentarmos a que os casos nas hemorragias cerebrais são em pequeno número para tirar conclusões e que nestes casos, como dissemos, falta simplesmente o tempo para que a complicação infecciosa surja, parece que podemos aceitar a generalização da maior tendência de bronco-pneumonias nas idades superiores aos 50 anos.

No Quadro IV indicam-se, nos casos de congestão e edema abundantes em indivíduos acima dos 20 anos, os pesos dos pulmões, partindo dos pesos médios de Testut<sup>(14)</sup> e João Jacinto de Melo<sup>(106)</sup>, divididos em 3 grupos, com o seguinte critério — grupo I: ♂ — Pulmão direito (PD) = 610 a 750 grs., pulmão esquerdo (PE) = 510 a 650 grs., ♀ — PD = 560 a 700 grs., PE = 460 a 600 grs.; grupo II: ♂ — PD = 760 a 900 grs., PE = 660 a 800 grs., ♀ — PD = 710 a 850 grs., PE = 610 a 750 grs.; grupo III: ♂ — PD = 910 grs. em diante, PE = 810 grs. em diante, ♀ — PD = 860 grs. em diante, PE = 760 grs. em diante.

Também se menciona o grupo de sobrevida, quando ele pode ser estabelecido com segurança.

## QUADRO II

### CONGESTÃO E EDEMA ABUNDANTES OU MUITO ABUNDANTES

	Sexo ♂	Sexo ♀	Semestre de inverno	Semestre de verão	Idade menor que 20 anos	Idade de 21 a 50 anos	Idade acima dos 50 anos	TOTAL
Em traumatismos . . .	69 (25,2 %)	46 (26,6 %)	46 (29,4 %)	39 (22,0 %)	8 (8,8 %)	53 (30,5 %)	24 (34,8 %)	85 (25,6 %)
Em hemorragias e outras lesões encefálicas não traumáticas . . .	26 (50 %)	49 (35,9 %)	30 (51,7 %)	45 (31,9 %)	—	(de 31 a 50 anos) 18 (64,3 %)	27 (37,5 %)	45 (42,8 %)
Total de lesões centrais	95 (29,1 %)	85 (30,9 %)	76 (35,4 %)	54 (24,1 %)	8 (8,8 %)	71 (34,3 %)	51 (36,2 %)	130 (29,6 %)

## QUADRO III

### BRONCO-PNEUMONIAS

	Sexo ♂	Sexo ♀	Semestre de inverno	Semestre de verão	Idade menor que 20 anos	Idade de 21 a 50 anos	Idade acima dos 50 anos	TOTAL
Em traumatismos . . .	74 (27,1 %)	48 (30 %)	44 (28,3 %)	49 (27,7 %)	14 (15,4 %)	50 (28,7 %)	28 (40,6 %)	92 (27,6 %)
Em hemorragias e outras lesões encefálicas não traumáticas . . .	7 (11,5 %)	8 (5,7 %)	7 (12,4 %)	3 (6,4 %)	—	3 (10,7 %)	53 (25,6 %)	10 (9,5 %)
Total de lesões centrais	81 (24,8 %)	21 (23,2 %)	51 (23,9 %)	52 (23,2 %)	14 (15,4 %)	53 (25,6 %)	35 (24,8 %)	102 (23,2 %)

## QUADRO IV

## PESO DOS PULMÕES NOS CASOS DE CONGESTÃO E EDEMA ABUNDANTES NOS TRAUMATISMOS, E TEMPO DE SOBREVIDA DE ALGUNS

	N.º de casos	Mort. imediata	Horas de sobreviv.	Dias de sobrevivida
Grupo I ..	26 (21,30/0)	0	2	2 (1dia) 2 (2d.) 1 (3d.)
Grupo II ..	52 (42,60/0)	4	8	7 (1dia) 3 (2d.) 1 (4d.) 1 (10 d.)
Grupo III ..	44 (36,10/0)	4	8	4 (1dia) 2 (3d.)
Totais ...	122	8	18	23

Verifica-se, pela análise do dito quadro, que nestes casos em que, no protocolo de autópsia, se indicou haver congestão e edema pulmonares abundantes ou muito abundantes, havia sempre aumento de peso dos pulmões e que na grande maioria (78,7 %) ultrapassava 760 e 660 grs. nos homens e 710 e 610 grs. nas mulheres, e muitos (36,1 %) 910 e 810 grs. nos homens e 860 e 760 nas mulheres — o peso confirmava amplamente o diagnóstico feito pelo exame da superfície e corte do órgão. Acrescente-se que nos casos relacionados como o de congestão e edema sem o qualificativo de abundantes o peso dos pulmões alcançava sempre valores altos, mesmo alguns do grupo III.

Os períodos de sobrevivida são de maneira geral curtos, alguns praticamente não existem, por a morte ser imediata e só excepcionalmente ultrapassam os 3 dias. Nalgumas das nossas observações (V, VIII, XII) já se verificara a possibilidade de aparecer congestão e edema pulmonares em casos de morte quase instantânea, de que viemos encontrar outros exemplos bem elucidativos nos quais os pulmões atingiram, respectivamente, o direito e o esquerdo, 820 e 670 gramas, 950 e 850 gramas, 1.050 e 1.150 gramas, 1.000 e 670 gramas, todos do sexo masculino, etc., pois há quatro observações de morte imediata com o peso dos pulmões no grupo II e outros 4 pertencendo ao grupo III.

## QUADRO V

## SOBREVIDA EM ALGUNS CASOS DE BRONCO-PNEUMONIAS

S O B R E V I D A	N.º DE CASOS
Menos de 24 horas.....	2
1 dia .....	7
2 dias .....	4
3 dias .....	5
4 dias .....	6
5 dias .....	3
6 dias .....	1
7 dias .....	3
8 dias .....	1
9 dias .....	1
10 dias .....	2
11 dias .....	1
14 dias .....	2
22 dias .....	1

No quadro V indicam-se os períodos de sobrevivida que se apuraram em casos de bronco-pneumonia e que vão desde algumas horas, — seguramente em dois deles menos de 24 horas —, até 3 semanas, com maior frequência não passam da primeira semana, muitos situando-se, contudo, para além do 3.º dia.

Francisco Coimbra (9) chamara já a atenção para a rapidez com que a bronco-pneumonia pode surgir citando um caso, comprovado histologicamente no qual a morte havia aparecido 12 horas após uma tentativa de enforcamento.

Podemos concluir portanto que nos casos de traumatismos crânio-encefálicos e raqui-medulares altos graves, que por si próprios ou por suas complicações foram mortais e nos quais não houve expoliação notável de sangue e em casos

de lesões do sistema nervoso central não traumáticos, especialmente hemorragias encefálicas, se verificou:

1.º — 100 % de perturbações circulatórias pulmonares (congestão e edema).

2.º — Em cerca de 90 % há associação de congestão e edema pulmonares e em 30 % puderam ser classificados de abundantes ou de muito abundantes.

3.º — Em cerca de uma quarta parte (23,5 %) associaram-se-lhe fenómenos infecciosos (sempre bronco-pneumonia, uma só vez pneumonia lobar franca).

4.º — Separados os casos traumáticos e os não traumáticos verifica-se que nas hemorragias cerebrais é menor a frequência de estados infecciosos o que se deve atribuir à curta sobrevivida, e não a falta de alterações pulmonares reflexas, pois nestes casos é ainda maior a percentagem de congestão e edema pulmonares abundantes.

5.º — Nos traumatismos raqui-medulares sem comparticipação crânio-encefálica é maior a incidência das bronco-pneumonias possivelmente pelo mesmo motivo, isto é, a sobrevivida que aqui é mais longa.

6.º — As perturbações circulatórias e infecciosas não dependem do sexo, se bem que é maior no sexo masculino a percentagem de congestão e edema abundantes nas hemorragias encefálicas.

7.º — Até aos 20 anos de idade são muito mais raras as perturbações pulmonares, especialmente as de natureza circulatória, mas depois uniformiza-se a percentagem; contudo nas hemorragias cerebrais as perturbações circulatórias são mais frequentes entre os 30 e os 50 anos, enquanto que a bronco-pneumonia é mais frequente acima dos 50 anos, pelo menos nos traumatizados.

8.º — A incidência quanto ao tempo de inverno ou verão só parece querer mostrar-se diferente para as congestões e edemas abundantes, maior no inverno o que principalmente se nota nos casos de hemorragia cerebral.

9.º — Parece que o vigor físico (sexo masculino e o pleno estado adulto — idade entre os 30 e 50 anos) e o tempo frio possam conferir certa predisposição para facilitar o aparecimento de estados patológicos pulmonares circulatórios nos casos de hemorragia cerebral.

10.º — A congestão e edema abundantes podem surgir instantaneamente atingindo os pulmões pesos muito elevados mesmo em casos de morte rápida.

11.º — As bronco-pneumonias podem aparecer em menos de 24 horas, mas em regra são de aparecimento mais tardio, e assim quando a sobrevivida é maior mais se torna de temer o aparecimento das complicações infecciosas.

## RESUMO

O A. enumera os estados patológicos pulmonares, circulatórios e infecciosos, que podem resultar de traumatismos torácicos e também crânio-encefálicos e raqui-medulares altos e ainda de doenças, não traumáticas, do sistema nervoso central.

Indica os factos de ordem experimental que permitem estabelecer as relações sistema nervoso-pulmão e passa em revista doutrinas que as justificam e observações clínicas e necrópsicas que as comprovam. Critica um recente trabalho americano (Paine e colaboradores (114)) que pretende diminuir o valor das verificações necrópsicas como prova de que as lesões nervosas são causa de congestão e edema pulmonares.

Estuda o aspecto médico-legal da responsabilidade penal do agressor quanto às complicações pulmonares que resultem das lesões traumáticas por ele provocadas. Pronuncia-se abertamente contra a opinião de Balthazard, Hilário V. de Carvalho e outros que as consideram como concausa atendível. O A., pelo contrário, reputa tais complicações, pela dependência de causa e sua naturalidade e frequência, como concausa não atendível sendo assim o agressor tão responsável por elas como pelas lesões traumáticas directas que produziu.

Documenta o trabalho com 28 observações pessoais e por fim apresenta o estudo das observações necrópsicas do Instituto de Medicina Legal do Porto, dos anos de 1943 a 1952, com lesão do sistema nervoso central (traumatismos

sem perda abundante de sangue e hemorragias encefálicas) num total de 439. Podemos resumir assim as conclusões desse estudo:

1.º — Encontraram-se 100 % de perturbações circulatórias pulmonares (congestão, edema e em 90 % congestão e edema associados).

2.º — Em 30 % dos casos há congestão e edema abundantes ou muito abundantes e em 23,5 % bronco-pneumonia (um só caso de pneumonia lobar franca).

3.º — Nas hemorragias encefálicas é menor a incidência de bronco-pneumonia e máxima nos traumatismos só rachi-medulares, o que se atribui a diferenças de sobrevida.

4.º — Há certa independência quanto ao sexo, tempo de inverno ou verão e nas idades acima dos 20 anos, pois abaixo é menor a frequência de perturbações.

5.º — Parece que o vigor físico (sexo masculino e pleno estado adulto) e o tempo frio conferem predisposição para a congestão e edema abundantes e que a bronco-pneumonia é mais frequente no grupo dos traumatizados acima dos 60 anos de idade.

6.º — A congestão e edema abundantes podem surgir instantaneamente e a bronco-pneumonia em algumas horas.

7.º — É grande o valor clínico e médico-legal dos estados patológicos pulmonares em lesões do sistema nervoso central, não devendo ser esquecido, nem minorizado.

### RÉSUMÉ

L'auteur fait l'énumération des états pathologiques pulmonaires circulatoires et infectieux, qui peuvent être originés par des traumatismes thoraciques crânio-encéphaliques et rachi-médullaires (ségment cervical) et encore par des maladies, non traumatiques, du système nerveux central.

Il indique les faits d'ordre expérimental qui permettent d'établir les relations système nerveux-poumon, et passe en revue des doctrines que les justifient et des observations cliniques et nécropsiques qui les confirment. Il critique un récent travail américain (Paine et ses collaborateurs<sup>(14)</sup>), dans lequel les auteurs affirment que les vérifications nécropsiques ne suffisent pas à démontrer que la congestion et l'œdème pulmonaires sont originés par des lésions nerveuses.

Il étudie l'aspect médico-legal de la responsabilité pénale de l'agresseur à l'égard des complications pulmonaires qui résultent des lésions traumatiques qu'il a occasionnées. L'auteur déclare franchement qu'il n'est pas de l'avis de Balthazard, Hilário V. de Carvalho et d'autres qui ne les considerent pas au point de vue de la responsabilité criminelle, parce qu'elles sont indépendantes de la volonté de l'agresseur. Au contraire, l'auteur considère ces complications là, par la dépendance d'origine, par son caractère de normalité et même de fréquence, comme des conséquences, pour ainsi dire, obligatoires e, de cette façon, l'agresseur en a toute la responsabilité.

Il documente son travail avec 28 observations personnelles et finalement il présente l'étude des observations nécropsiques, de l'Institut de Médecine Légale de Porto, pendant dix années — depuis l'an 1943 jusqu'à l'an 1952 — avec des lésions du système nerveux central (des traumatismes sans abondante perte de sang et des hemorragies encéphaliques) dans la totalité de 439 cas. Nous pouvons résumer de la façon suivante les conclusions de cet étude:

1.º — On a trouvé 100 % de perturbations circulatoires pulmonaires (de la congestion, de l'œdème, et, sur 90 % des cas, de la congestion et de l'œdème associés).

2.º — Sur 30 % des cas il y a de la congestion et de l'œdème abondants ou très abondants, et sur 23,5 % des cas de la broncho-pneumonie (on a trouvé un seul cas de pneumonie fibrineuse lobaire).

3.º — Dans les hémorragies encéphaliques l'incidence de bronco-pneumonie est la plus petite, mais elle est la plus grande dans les traumatismes seulement rachi-médullaires, ce qui est attribué à des différences de temps de survie.

4.º — Il y a de l'indépendance à l'égard du sexe, des saisons et de l'âge supérieure à vingt ans, parce que à une âge inférieure la fréquence des perturbations est plus petite.

5.º — Il semble que la vigueur physique (sexo masculino, plein état adulte) et le temps froid, donnent de la predispo-

sition à la congestion e à l'œdème abondants, et que la broncho-pneumonie est plus fréquente chez les traumatisés agés de plus de 50 ans.

6.º — La congestion et l'œdème pulmonaires abondants peuvent apparaître subitement et la broncho-pneumonie peut apparaître dans quelques heures.

7.º — La connaissance des états pathologiques pulmonaires consécutifs aux lésions du système nerveux central, offre un grand intérêt clinique et médico-legal.

### SUMMARY

The author enumerates the pathologic pulmonary, circulatory and infectious conditions and these conditions can result from thoracic traumatismes as well as from a cranio-encephalic and high rachi-medullary ones and even from non traumatic diseases of the central nervous system and he points out facts of an experimental character which allows one to establish the relations of the nervous system-lung. Besides he reviews the theories which justify them and the clinic and necroscopic observations by which they are demonstrated. He criticizes a recent American work (Paine and his collaborators pag.-104) which strives to minimize the value of the necroscopic observations which tend to prove that the nervous lesions may be the cause of congestion and pulmonar œdema. He studies the medico-legal aspect of the penal responsibility of the aggressor regarding the pulmonar complications following the traumatic lesions caused by him.

He openly refutes the opinion of Balthazard, Hilário V. de Carvalho and others who consider those complications as a joint cause to be taken into consideration. The author on the contrary thinks such complications, by reason of their dependence on the cause and their character and frequency as joint cause, not worthy of notice. The aggressor being under such conditions responsible for those complications as well as for the direct traumatic lesions he caused.

The author supports his work by means of personal observations and, finally, presents a study about the necroscopic observations carried out at the Medico Legal Institute in Porto from 1943-1953 on lesions of the central nervous system; traumatismes without abundant loss of blood and encephalic haemorrhages the total amounting to 439. Hence we may summarize the conclusions of our study in the following way:

1st — Pulmonar circulatory disturbances were found (congestion plus œdema, and in 90 %; congestion and œdema together).

2nd — In 30 % of the cases there are many congestions and œdemas or still more in 23,5 % broncho-pneumonia (one case of well-defined lobar pneumonia).

3rd — In encephalic haemorrhages the incidence of broncho-pneumonia is less and in rachi-medullar traumatismes is maximum which is attributed to a difference in survival.

4th — There is a certain independence as to sex, winter or summer season and in ages above 20 years, as below this limit the frequency of disturbances is less.

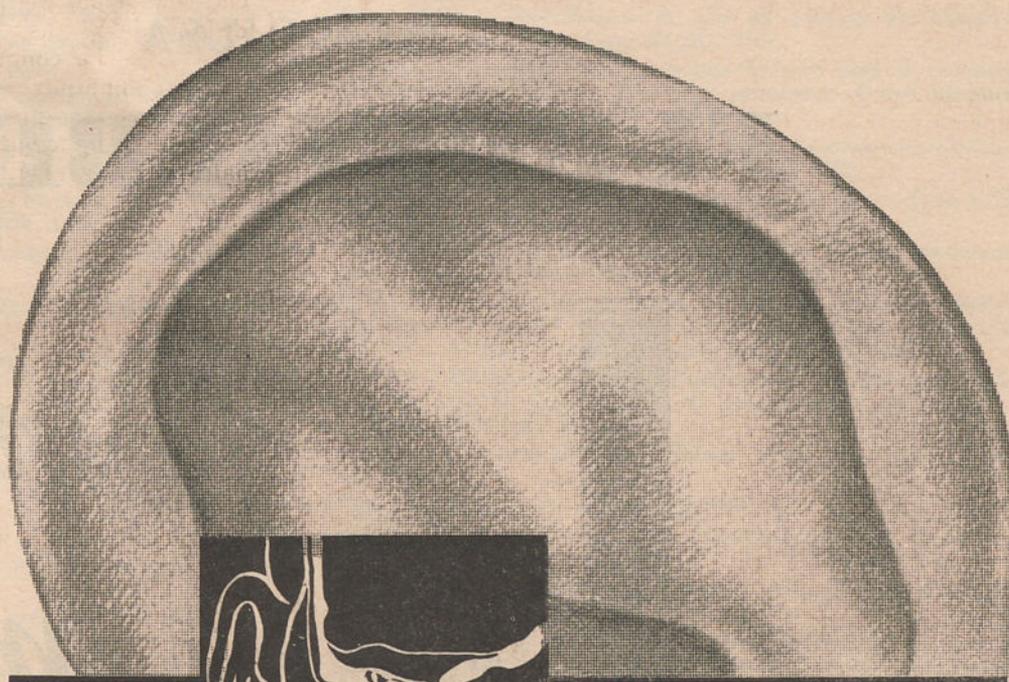
5th — It appears that the physical vigour (male sex and manhood) and cold weather cause a predisposition for abundant congestion and œdema and that pneumonia is more frequent in the group of traumatismes regarding people above 60 years of age.

6th — Numerous congestions and œdemas may appear instantaneously and bronchopneumonia in a few hours.

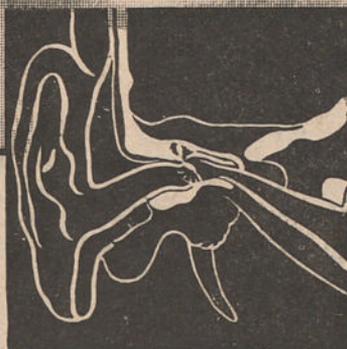
### BIBLIOGRAFIA (1)

- 1 — Adelson (E.) e F. Brunn — Pulmonary Edema in the Course of Treatment of Multiple Sclerosis with Prostigmine. *Ann. Int. Med.*, 30:838, 1949.
- 2 — Antonini (A.) e A. Biancalani — Edema Polmonare nei traumatizzati del cranio. *Arch. Antrop. Crim.*, XLVII:747, 1927.

(1) Só se indicam os trabalhos citados no texto.



Apresentando



A apresentação do Chloromycetin Tópico permite uma utilização mais vasta do conhecido espectro de actividade bacteriana deste anti-biótico. O Chloromycetin Tópico recomenda-se no tratamento da

otorreia crónica, otite média supurativa e infecções de lenestração, assim como nas intervenções operatórias em mastoidites; a lavagem de queimaduras, abscessos e outras feridas infectadas mostrou-se igualmente eficiente.

Obtêm-se ainda resultados satisfatórios nas infecções provenientes de intervenções de cirurgia plástica.

#### REFERÊNCIAS:

Lewis, R. S. & Gray, J. D.

«O Tratamento do otorreia crónica e o Chloromycetin»

Brit. Med. J., 2:939, 1951.

Flint, M. H., Gillies, H. e Reid, D. A. C.

«Aplicação local do Chloromycetin em feridas infectadas»

Lancet,

1:541, 1922.

# CHLOROMYCETIN tópico

um progresso notável  
no tratamento

## INFECCÕES DE FERIDAS E DOS OUIDOS



#### O CHLOROMYCETIN TÓPICO

(cloranfenicol B. P., 10 0/0, em Glicol Propilénico)

é apresentado em frascos de 5 cm<sup>3</sup>

com conta-gotas

**Parke, Davis**

& COMPANY, LIMITED Inc. U.S.A.

HOUNSLOW, próximo de LONDRES



Representada em Portugal pela

**SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA, S. A. R. L.**

LISBOA

## MENOPAUSA

**FUROSTILBENE**

*1 ampola  
por mês*

(Furoato de dietilstilbestrol)

Todas as perturbações tróficas e vasomotoras consecutivas à castração ou à menopausa natural.

Uma só injeção de 10 a 20 mgs. de Furostilbene é suficiente para manter uma actividade estrogénea durante um mês.

**Vantagens do Furostilbene**

- Possibilidade dum controle médico mensal
- Acção constante de 25 a 28 dias correspondendo ao ciclo estral normal
- Excelente tolerância, pois a sua boa absorção permite a utilização dum mínimo hormonal
- Injeção indolor

**Apresentação:** Caixa de 1 ampola de 1 c. c. a 10 mgs.

**Esc. 30\$00**

**Posologia:** O Furostilbene administra-se com o ritmo de 1 injeção por mês (1 ampola de 10 mgs. é suficiente na maioria dos casos)



UNION CHIMIQUE BELGE S. A.  
BELGICA

Representantes :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE  
Rossio, 59 - 2º Esqº - Lisboa - Telef. 26071

- 3 — *Austuni* — Sur la fréquence de l'œdème pulmonaire dans les traumatismes crânio-encéphaliques. *Minerva Médica*, XXV, 1:12, 1934.
- 4 — *Balthazard* — Précis de Médecine Légale. Paris, 1928.
- 5 — *Bard (L.)* — De la Physiologie pathologique générale des Phénomènes de Choc — *Presse Méd.*, 27:417, 1926.
- 6 — *Bariety e Mlle. Kohler* — Action préventive et curative de l'atropine sur l'œdème pulmonaire aigu provoqué chez le lapin par l'injection d'adrénaline. *Presse Méd.*: 795, 1947.
- 7 — *Bastos Ansart (M.)* — *Traumatologia*, Barcelona, 1945.
- 8 — *Benassi (G.)* — Sulle polmonite da traumi. *Rassegna della Previdenza Sociale*, Arch. Antrop. Crim., LV:804, 1935.
- 9 — *Benassi (G.)* — Traumatismes crânio-encéphaliques et œdème pulmonaire. *Paris Méd.*, 103, 24:525, 1937.
- 10 — *Bernard (E.)* — Les troubles respiratoires dans l'encéphalite épidémique. *Gazette des Hôp.*, 1923.
- 11 — *Bernard (E.)* — Cas vraisemblable de grippe suraigue apparaissant et causant la mort pendant le sommeil. *Bull. Soc. Hôp.*, 12:611, 1929.
- 12 — *Bernard (E.)* — Relation entre l'œdème aigu et les maladies du système nerveux. *Semaine Hôp. de Paris*, 9:275, 1933.
- 13 — *Bezançon, E. Bernard, L. de Gennes e Delarue* — Oedème aigu du poulmon au cours d'une encéphalite. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 25:1273, 1932.
- 14 — *Bezançon e Jacquelin* — Hémoptysie et troubles vaso-moteurs. *Presse Méd.*, 45:733, 1929.
- 15 — *Birger (C.)* — Contribution à l'étude des complications pulmonaires chez les traumatisés crâniens. *Estrasburgo*, 1936.
- 16 — *Boissezon (P.)* — Le rôle du poulmon dans l'immunisation. *Biologie Méd.*, XXVIII, 36:31, 1938.
- 17 — *Borri* — Gli infortuni del lavoro sotto il rispetto medico-legal. *Milão*, 1912.
- 18 — *Borri, Cevédalli e Leoncini* — Trattato di medicina legale. *Milão*, 1924.
- 19 — *Boulet (P.), J. Chardonneau, J. Rodier e P. Boyer* — Apparition simultanée d'une aphasie motrice et d'un œdème aigu du poulmon chez une hémiplegique droite atteinte de la maladie de Hogdson. *Presse Méd.* 25:368, 1946.
- 20 — *Boutier e Legre* — Troubles artériels et vaso moteurs des comotions et blessures cérébro-médulaires. *Rev. Neurol.* III:4, 1928.
- 21 — *Carrara (M.), Romanese, Canuto e Tovo* — *Medicina Legale*. Turim, 1938.
- 22 — *Carvalho (H. V.)* — Considerações em torno da pneumonia traumática. *Arch. Soc. Med. Leg. e Crim.*, São Paulo, VI, 1:13, 1935.
- 23 — *Caussade (G.), J. Milhit e S.-I. de Jong* — Oedème aigu du poulmon au cours d'infections pulmonaires. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 6:160, 1926.
- 24 — *Cataldi (G. M.)* — Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'edema acuto del pumone. *Il Policlinico (sec. Méd.)*, XLIV, 3:170, 1937.
- 25 — *Cattabeni (C. M.)* — La polmonite nei traumatizzati. *Arch. Antrop. Crim.*, 59:207, 1939.
- 26 — *Cattabeni (M.)* — L'influenza del trauma sulle reazioni immunitarie. *Allergia e trauma*. *Arch. Antrop. Crim.*, 60:657, 1940.
- 27 — *Chaptal (J.)* — Oedème aigu du poulmon et encéphalites de l'encéphalites de l'enfance. *Comun. à Soc. Méd. et Biol. de Mompilher*, Junho, 1944, an. in *Presse Méd.*, 4:51, 1945.
- 28 — *Ciampolini (A.)* — La traumatologia del lavoro, nei rapporti com la lege. *Roma*, 1926.
- 29 — *Coimbra (Francisco)* — A propósito da morte tardia após tentativa de enforcamento. *Portugal Médico*, XXVIII, 6:229, 1944.
- 30 — *Coimbra (Francisco)* — O conceito de concausa no Direito Penal Português. *Portugal Médico*, XXIX, 5:185, 1945.
- 31 — *Cornil (H.), A. Hamont e M. Mosinger* — Les Syndromes pulmonaires des sections physiologiques de la moelle épinière. *Annales de Méd.*, 28:453, 1930.
- 32 — *Cornu (H. N. V.)* — Les complications pulmonaires précoces des traumatismes de la moelle. *Tese*, Nancy, 1929.
- 33 — *Crema* — Congresso de Medicina Legal, *Milão*, 1935.
- 34 — *Cruchaud (S.) e G. Vermeil* — Étude expérimentale de l'œdème aigu du poulmon provoqué par irritation du système nerveux central. *Médecine et Hygiène*, I, VI, 1950.
- 35 — *Decker (P.)* — Consequencias precoces dos traumatismos crânio-cerebrais. *J. do Médico*, 10, 247:369, 1947.
- 36 — *Delannoy e Muller* — Plaie sèche de la carotide externe par coup de feu. Mort par œdème aigu du poulmon (lésion du pneumogastrique). *Ann. de Med. Legal*, 14:860, 1934.
- 37 — *Démarez (R.)* — Réactions générales des tissus aux traumatismes. *Arch. de l'Institut de Méd. Légale et de Méd. Soc. de Lille*, 1:86, 1938.
- 38 — *Derot (M.) e M. David* — Syndrome hypophyso-tubérien complexe (diabète insipide, œdème aigu du poulmon, syndrome de Cushing, narcolepsie). *Presse Méd.*: 531, 1941.
- 39 — *Dervieux et Piédelièvre* — Un cas d'hémorragie cérébrale traumatique tardie. *Ann. de Méd. Légale*, 5:268, 1922.
- 40 — *Détis* — Éclatement du poulmon sans fracture de côtes. *Ann. de Méd. Légale*, 7, 1:46, 1927.
- 41 — *Détis (M.)* — Arrachement du hile du poulmon par contusion thoracique. *Ann. Méd. Lég.*, XI:542, 1931.
- 42 — *Donzelot e Ménétré* — L'infiltration stellaire dans le traitement des crises récidivantes d'œdème aigu pulmonaire. *Presse Médicale*, 84, 85:867, 1940.
- 43 — *Doumer (E.)* — L'œdème aigu du poulmon de cause neurotonique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, VII, 25:1327, 1930.
- 44 — *Duthoit (M.)* — Oedème pulmonaire aigu au cours d'une hémiplegie. *Presse Méd.*, 89:1662, 1932.
- 45 — *Edelmann (G.)* — L'atélectasie pulmonaire réflexe instantanée post traumatique. *Presse Méd.*, 60, 16:335, 1952.
- 46 — *Falco (G.) e Siracusa* — Sopra un caso di polmonite tardiva, consecutiva a trauma infortunio del lavoro. *Zacchia*, VII:1 1929 (in *Arch. Antrop. Crim. Psych. Med. Leg.*, 66:405, 1937).
- 47 — *Farber* — Pathogénie de l'œdème pulmonaire neuropathique (Relation du contrôle vaso-moteur et des vaisseaux pulmonaires). *J. Exper. Méd.*, 66:405, 1937.
- 48 — *Farber* — Neuropathic edema; further observations. *Arch. Path.* 180, 1940.
- 49 — *Fauvert* — Le foie vasculaire. *Paris*, 1935.
- 50 — *Ferreira (E. M.)* — Traumatismos vértebro-medulares. *O Médico*, 24, 1951.
- 51 — *Fontaine (R.)* — Les résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. *Estrasburgo*, 1925.
- 52 — *Fontaine (R.) e G. Courtine* — Crises d'œdème aigu du poulmon chez un paraplégique par section dorsale haute de la moelle traitées avec succès par des infiltrations stellaires. *Presse Méd.*, 68, 69:711, 1940.
- 53 — *Fouineau* — De l'œdème du poulmon. *Tese*, Paris.
- 54 — *From* — Ueber die traumatische Entstehung von Lungenentzündungen. *Aertztl. Sachverst. z. Bol.*, XXX:170, 1930 (in *Arch. Antrop. Crim. Psych. Med. Leg.*, LI:577, 1931).
- 55 — *Gaquièr e Decressac* — Crises répétées d'œdème aigu pulmonaire. Espacement considérable des accès sur l'influence d'infiltrations stellaires novocainiques. *Presse Méd.*, 31:454, 1943.
- 56 — *Gauthier* — Un cas d'éclatement pulmonaire par contusion thoracique. *Ann. Méd. Légal. Crim. Pol. Scient.*, XI, 8:631, 1931.
- 57 — *Gernez e Marchandise* — Les œdèmes aigus du poulmon d'origine nerveuse. *Gazette des Hôp.*, 106, 26:483, 1933.
- 58 — *Gernez-Rieux, Driessens, Bizard e Breton* — Nouvelles recherches sur les lésions pulmonaires expérimentales secondaires aux sections au excitations vago-sympathiques. *Presse Méd.*, 91:1132, 1941.
- 59 — *Giraud-Costa* — Le rôle de la circulation dans l'œdème aigu du poulmon. *Presse Méd.*, 34:619, 1931.
- 60 — *Glaister (J.)* — *Medical Jurisprudence* — *Edimburgo*, 1925.
- 61 — *Grasso-Biondi* — Congresso de Medicina Legal. *Milão* (in *Benassi*).
- 62 — *Grogler (F.)* — Développement d'œdème et de pneumonie vagale après lésion du pneumogastrique. *Mediz. Klin.*, 31:274, 1935.
- 63 — *Gross (D.)* — Hypophyse un Schädeltrauma. *Arch. für Psych. und Nerven*, III, 4:619, 1940 (in *Rev. Neurologique*, 78, 9-10:536, 1946).
- 64 — *Guareschi (G.)* — Morte tardiva da impiccamento. *Arch. Antrop. Crim. Psych. Med. Leg.*, 63:97, 1943.
- 65 — *Guillain e Barré* — *Presse Méd.*: 499, 1916.
- 66 — *Herrmann (R.)* — Troubles circulatoires pulmonaires aigus par traumatismes crâniens. *Ann. de Méd. Leg.*, XXXI, 10-11-12:411, 1951.
- 67 — *Herzog (H.)* — Le collapsus du poulmon. Contribution à l'étude de l'atélectasie post-opératoire et post-traumatique. *Zentralblatt für Chirurgie*, 76, 1:47, 1951. (in *Presse Méd.*, 59, 76:1601, 1951).
- 68 — *Hoffmann (E.) e A. Kolisko* — Trattato di Med. Légale. Trad. de A. Severi, *Milão*, 1904.
- 69 — *Hovelocque e Hamburger* — Les branches collatérales du sympathique thoracique à distribution vasculaire et viscérale intrathoracique. *Bull. et Min. Soc. Anat.*: 158, 1925.
- 70 — *Jarisch, Richter e Thoma* — Zentrogenes Lungenödem. *Klin. Woch.*, XVIII:1440, 1939.
- 71 — *Janbon (M.), J. Chaptal e A. Biscaye* — Oedème aigu du poulmon au cours d'une polynévrite diphtérique tardive. *Presse Méd.*, 51, 1945.
- 72 — *Janson* — in *Arch. Antrop. Crim.* XLVII:747, 1927.
- 73 — *Keser (V.)* — L'œdème pulmonaire aigu d'origine centrale. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 62:38, 1942.
- 74 — *Kissel (P.), G. Rauber e Demezières* — Les accidents encéphaliques compliquant les pneumopathies aiguës. *Presse Méd.*, 63:764, 1948.
- 75 — *Klotz (P.)* — Epilepsie et système neuro-végétatif. *Bull. Méd. Paris*, 49:1907, 1935.
- 76 — *Lacassagne* — Précis de Médecine Judiciaire. *Paris*, 1878.
- 77 — *Lacassagne e Martin* — Précis de Médecine Légale. *Paris*, 1921.
- 78 — *Laignel-Lavastine* — *Traité de Pathologie du Sympathique*.

- 79 — *Langeron* — De l'œdème aigu du poumon, manifestation viscérale de l'épilepsie. Presse Méd., 65, 1925.
- 80 — *Larghero (P.) e R. Minatta* — Fracturas del craneo. Causas de mortalidad. Boletín de la Sociedad de Cirurgia del Uruguay, XVIII, 5:544, 1947.
- 81 — *Lattes (L.) e R. Romanese* — Pneumonies par traumatismes. Ann. Méd. Légal, II, 5:295, 1922.
- 82 — *Laubry* — Sur les causes et le mécanisme de l'œdème aigu du poumon. Arch. Med. Gén. et Colon. (Marseille), 529, 1932.
- 83 — *Laubry (C.) e J. Cottet* — Oedème aigu du poumon d'origine traumatique. Gaz. du Hôp., 108:1585, 1935.
- 84 — *Laubry e Tzanck* — Circulation de retour; étude physiologique et pathogénique. Presse Méd., 23, V, 1932.
- 85 — *Leipod (Arno)* — Die Prognose der direkten und indirekten Lungenschussverletzungen. Deutsche Zeitsch. für die Ges. Gericht. Medizin, 11:169, 1928.
- 86 — *Lemierre e Plichet* — Pratique Médico-Chirurgicale — Médecine Légale, Sociale. Médecine du Travail, Paris, 1953.
- 87 — *Lenègre e Minkowski* — L'œdème aigu et subaigu du poumon. Ann. Méd., 47, 3:253, 1946.
- 88 — *Lenormont, P. Wertimer e Patel* — Com. ao XLII Congresso francez de Cirurgia. Paris, 1933.
- 89 — *Lériché e Fontaine* — De quelques phénomènes observés après section des derniers rameaux communicants cervicaux et du 1.º dorsal. J. de Chir.: 143, 1923.
- 90 — *Lériché e Fontaine* — Sur l'état de la vasomotricité après section de la moelle. Presse Méd.: 169, 1927.
- 91 — *Lévy (G.)* — Manifestations tardives de l'encéphalite épidémique. Forme respiratoire, etc.. Tese, Paris, 1922.
- 92 — *Lhermitte (J.), Ph. Pagniez, A. Plicet.* — Formes respiratoires au asphyxiques de la maladie de Heine-Medin. Bull. Mem. Soc. Méd. Hôp., 2:76, 1932.
- 93 — *Lian (C.)* — Oedème pulmonaire aigu et système nerveux. Problèmes act. de Path. Méd., Paris, 1932.
- 94 — *Lian (C.) e João Porto* — Remarques sur la Physiopathologie de l'œdème pulmonaire aigu. Presse Méd., 60-65:1377, 1952.
- 95 — *Lusena (G.)* — Tratato de Traumatologia Clinica. Madrid, 1933.
- 96 — *Machefer* — Contribution à l'étude de quelques lésions pulmonaires consécutives à des traumatismes crâniens. Paris, 1912.
- 97 — *Magliano* — Influenza del trauma toracico sull'insorgenza dei processi bronco-pneumonici. La Clinica Med. Ital., n.º 1, 1926 (in Arch. Ant. Crim. Psych. Méd. Leg., XLVII:430, 1927).
- 98 — *Manunza (P.)* — Ricerche sperimentali sull'edema pulmonare acuto da compressione endocraniana. Rass. Clin. Scient. Ist. Bioch., 6:89, 1934 (in Arch. Ant. Crim. Psych. Méd. Hig., LV:947, 1935).
- 99 — *Manunza (P.)* — Tentativi di riproduzione sperimentale dell'edema polmonare acuto mediante compressione endocranica. Arch. Ant. Crim. Psych. Méd. Légale. (Actas do Congresso Med. Legal), 1534, 1933.
- 100 — *Marchandise e Dehorter* — Nouveau cas d'œdème aigu du poumon d'origine cérébrale. Presse Méd., 38:734, 1939.
- 101 — *Marchand, Sivadon, Bouquerel* — Coma secondaire insulínique mortel. Hémorragies diffuses méningo-cérébrales et œdème aigu pulmonaire. Presse Méd., 482, 1947.
- 102 — *Marie (Pierre), L. Binet e G. Lévy* — Les troubles respiratoires de l'encéphalite épidémique. Soc. Méd. Hôp., 7, VII, 1922.
- 103 — *Martin e Ribierre* — Les hemorragies cérébrales traumatiques. Com. ao 2.º Congresso de Med. Legal da Lingua franceza. Compte rendu, Paris, 1912.
- 104 — *Martel e Clovis* — Congresso de Neurologia, 1923 e *Martel* — Rev. de Neur.: 701, 1923.
- 105 — *Maschka (G.)* — Trattato di Medicina Legale. Trad. Ital., Nápoles, 1893.
- 106 — *Melo (João Jacinto)* — Do peso de algumas visceras de portugeses. Coimbra, 1925.
- 107 — *Milhit, Gros, Fouquet, Cornet e Fauvet* — Oedème suraigu du poumon après fonction lombaire guéri par l'atropine. Presse Méd., 27:510, 1939.
- 108 — *Morel-Lavallée* — Troubles vaso-moteurs et œdème aigu du poumon. Journ. des Prat. 14, V, 1897.
- 109 — *Morsier (G.)* — Les lésions pulmonaires et intestinales constatées dans les encéphalopathies traumatiques. Arch. Suisses de Neur. et de Psych., L, 2.
- 110 — *Moutier (F.)* — Hypertension et mort par œdème pulmonaire aigu chez les blessés cranio-encéphaliques. Presse Méd., 26:108, 1918.
- 111 — *Ohlmacher* — Acute pulmonary edema as terminal event in certain forms of epilepsy. The Amer. Journ. of the Med. Scien., 1910.
- 112 — *Ollive (G.) e H. Le Meignen* — Traité médico-légal des accidents du travail. Paris, 1914.
- 113 — *Paine (R.), J. R. Smith, H. R. Butcher e F. A. Howard* — Failure and Pulmonary Edema from Certain Neurological Stimuli. Circulation, to be published. J. Lab. & Clin. Med., 36:288, 1950.
- 114 — *Paine (R.), J. Smith e F. Howard* — Pulmonary edema in patients dying with disease of the central nervous system. Journ. Americ. Med. Assoc., 149, 7:643, 1952.
- 115 — *Papafofu (C.)* — Part jouée dans la pathogénie de l'œdème aigu du poumon par les troubles vago-sympatiques. Tese. Paris, 1930.
- 116 — *Parisot (P.) e E. Morin* — Deux cas d'hémorragie cérébrale traumatique. Ann. Méd. Lég., III, 7:411, 1923.
- 117 — *Patel (J.) e H. Desoille* — La mortalité précoce dans les traumatismes crânio-encéphaliques fermés. Presse Méd., 20:356, 1931.
- 118 — *Patoir (A.), Deburge e Cuvillier* — Com. às Reun. Med.-Chir. du Hôp. de Lille. Presse Med., 49:974, 1932.
- 119 — *Péron* — De quelques troubles nerveux médullaires au cours d'une tentative de pendaison. Am. de Méd. Lég., 3:56, 1923.
- 120 — *Piga (A.)* — Medicina Legal de Urgencia. Madrid, 1928.
- 121 — *Prati e Cavazzuti* — L'influenza dei prodotti autolitici per l'attaccamento del diplococco de Fraenkel nei polmoni. Policlinico. Sec. ção Prática, III, 30:443, 1925.
- 122 — *Quervain (F.)* — Trattato di Diagnóstico Quirurgico. Trad. de I. Bofill. Barcelona, 1939.
- 123 — *Raymond (L.)* — Oedèmes aigus du poumon au cours de la grippe. Presse Méd., 29-30:339, 1940.
- 124 — *Ratié (A.)* — L'œdème aigu du poumon considéré comme équivalent épileptique — Presse Méd., 22:421, 1932.
- 125 — *Ribeiro (F. Almeida)* — Da significação dos termos e das expressões médico-legais. Arch. Med. Legal, I, 1-2:1, 1922.
- 126 — *Rodrigues (Santana)* — Pneumonia e traumatismo. Jornal do Médico, VIII, 180:129, 1946.
- 127 — *Roussy* — Des complications pleuro-pulmonaires comme facteur de gravité chez les blessés du crâne et de la moelle par plaie de guerre. Presse Méd.: 47, 1916 (in Birger).
- 128 — *Roussy* — Sur la fréquence des complications pleuropulmonaires et leur rôle comme facteur de gravité chez les grands blessés nerveux. Presse Méd., 15, VI, 1916 (in Birger).
- 129 — *Sarnoff (S. J.)* — Massive Pulmonary Edema of Central Nervous System Origin. Fed. Proc., 10:118, 1951.
- 130 — *Schlesinger (B.)* — Neurogenic Pulmonary Edema, due to Puncture Wound of the Medulla Oblongata. J. Nerv. & Ment. Dis., 102:247, 1945.
- 131 — *Shanahan* — Acute pulmonary edema as a complication of epileptic seizures. The New-York Med. Journal, 1908.
- 132 — *Simonin (C.)* — Médecine Légale Judiciaire, Paris, 1947.
- 133 — *Sorrel-Dejérine e Gigon* — A propos de 109 cas de fractures du crâne chez les enfants. Presse Méd., 41:761, 1937.
- 134 — *Stajano (C.)* — Las complicaciones pulmonares post-operatorias y pos-traumaticas. La preactelectasia pulmonar. Bol. Soc. Surg. del Uruguay, XXI, 2:186, 1950.
- 135 — *Stajano (C.) e J. Scandroglio* — El pulmon reflejo experimental. Bol. Soc. Cirurg. del Uruguay, 1950.
- 136 — *Strassmann* — Manuale di Med. Leg.—Trad. italiana. Turim, 1901.
- 137 — *Strassmann* — Alterations pulmonaires précoces à la suite de traumatismes non thoraciques. Viertelj. Ger. Med., 1929.
- 138 — *Sydney (S.)* — Medicina Forense. Barcelona, 1927.
- 139 — *Tardieu (M. G.)* — Recherches sur l'emploi de la novocaïne et de la morphine par voie veineuse dans le traitement du collapsus vasculaire et de l'œdème pulmonaire d'origine nerveuse. Revue Neurologique, 75, 1-2:42, 1943.
- 140 — *Targowla e Lamarche* — Les accidents de la Ponction Lombaire. Ann. de Méd., XXII, 3:345, 1927.
- 141 — *Testut (L.) e Latarget* — Traité d'Anatomie Humaine. 8.ª edição, 1930.
- 142 — *Thoinot (L.)* — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. Paris, 1904.
- 143 — *Thoinot (L.)* — Précis de Médecine Légale. Paris, 1913.
- 144 — *Trillot e Valatx* — Fracture du crâne avec hémorragie intradurale: mort rapide par œdème aigu du poumon. Presse Méd., 51, 20:280, 1943.
- 145 — *Uccheddu* — Tese, Cagliari.
- 146 — *Vibert (Ch.)* — Précis de Médecine Légale. Paris, 1900.
- 147 — *Vibert (Ch.)* — Les accidents du travail. Paris, 1906.
- 148 — *Vieira (X. Lopes)* — Medicina Judiciária e Pericial. Jurisprudência Médica, Coimbra, 1908.
- 149 — *Villegas (A.) e S. de los Angeles* — Traumatic rupture of the lungs without external injury; its medico-legal aspect. Journ. of the Philippin Islands med. Assoc., 6, 1:15, 1926 (in Deuts. Zeit. ges. Gericht. Medizin., 11, 1: Ref. 11, 1928).
- 150 — *Vincent (C.) e E. Bernard* — Troubles respiratoires dans l'encéphalite épidémique. Bull. Soc. Méd. Hôp., 46:1181, 1922.
- 151 — *Vincent (C.) e E. Bernard* — Oedème aigu pulmonaire actif dans l'encéphalite. Bull. Soc. Méd. Hôp., 46: 1922.
- 152 — *Weber (F.) e K. Blum* — Acute Pulmonary Oedème with Hypoglycemic Coma. Jour. Neur. & Psych., 5:37, 1942.
- 153 — *Weisman (S.)* — Edema and Congestion of the Lungs from Intracranial Hemorrhage. Journ. Sugery, 6:722, 1939.
- 154 — *Witthous (R. A.) e T. C. Becker* — Medical Jurisprudence Forensic Medicina. Nova Iorque, 1894.
- 155 — *Zironi* — Perturbamenti funzionali primitivo nelle malattie infective. Bull. Instit. Sieroterapico Milanese. Maio, 1937.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### A acção do cloridrato de L-Hidrazinoftalazina em 60 hipertensos

R. HERBEUVAL, G. CUNY, R. GUIDAT e J. PINCK  
(Nancy)

Se certas terapêuticas médicas ou cirúrgicas têm obtido resultados indiscutíveis na cura da hipertensão arterial essencial periférica, até ao momento, o domínio da hipertensão arterial retiniana tem permanecido inviolável.

Verificou-se a acção original duma nova medicação hipotensora, o cloridrato da l-hidrazinoftalazina, descoberta por Druey em 1946, no decurso de investigações sobre o isolamento de novos antipalúdicos de síntese.

Depois de estudada no animal por Gross, Druey, e Meier em 1951, depois em clínica humana por numerosos autores anglo-saxões, averiguou-se que esta substância é dotada de propriedades hipotensoras nítidas, influenciando quer a pressão sistólica quer a distólica periférica. Mas, além disso, temos assinalado todo o interesse desta preparação nas manifestações oculares da hipertensão, averiguando-se que a descida das tensões retinianas é comparável à das tensões periféricas.

Com efeito, desde Novembro de 1952 temos utilizado o cloridrato da l-hidrazinoftalazina num certo número de doentes, apresentando uma hipertensão arterial essencial.

O medicamento toma-se, unicamente, *per os*; pretendemos rever ulteriormente a administração por via parentérica. Até este momento, pudemos fazer 60 observações, num prazo que variou de 10 meses a 25 dias.

Assim eliminamos um certo número de casos cujo tratamento tinha sido de muito curta duração ou seguido de maneira irregular. Deste total, 17 observações diziam respeito a indivíduos do sexo masculino; encontramos um predomínio marcado da doença hipertensora no sexo feminino.

Segundo a idade, os doentes estavam assim repartidos: menos de 40 anos, 1; 40-50 anos, 6; 50-60 anos, 20; 60-70 anos, 28; 70 anos e mais, 5.

Em virtude da importância deste medicamento sobre a tensão arterial retiniana, fomos levados a classificar as nossas observações segundo os estados oculares descritos por Keith e Wagener.

Pusemos de parte os casos em que havia uma afecção renal nítida: perturbação importante da filtração glomerular e tubular, albuminúria, cilindrúria, azotemia.

#### I — HIPERTENSÃO ARTERIAL SEM PARTICIPAÇÃO RENAL VISÍVEL

1.º) *I Fase de Keith e Wagener* — Hipertensão arterial retiniana associada ou não à hipertensão periférica:

- a) *Hipertensão arterial e retiniana isolada: uma observação (T.A.R. antes do tratamento: 120/60; depois do tratamento: 80/20);*

- b) *Hipertensão periférica associada: 6 observações: 5 resultados bons, 1 insucesso.*

2.º) *II Fase de Keith e Wagener* — Esclerose arterial benigna; irregularidade do calibre arterial e sinuosidades; distensão venosa; degenerescência hialina; sinal de Gunn; compressão da veia na profundidade da retina pela artéria que a cruza.

29 observações: 22 resultados bons; 1 resultado parcial sobre a tensão periférica; 4 resultados parciais sobre a tensão retiniana; 2 insucessos.

3.º) *III Fase de Keith e Wagener* — Hemorragias, exsudatos, trombozes. Dividimos as observações deste grupo em duas secções, conforme existissem ou não sinais de trombose venosa ao exame dos F. O.. Com efeito, em caso de trombose associada, os doentes têm recebido, além da hidrazinoftalazina, um tratamento anticoagulante compreendendo a associação heparina- etil-dicumarol ou fenilindana-diona.

- a) *III fase sem trombose: 17 observações: 2 resultados parciais sobre a tensão periférica; 15 resultados bons.*  
b) *III fase com trombose da veia central da retina ou dum dos seus ramos: 4 observações: 3 resultados bons sobre a tensão periférica e retiniana; um resultado parcial sobre a tensão periférica.*

#### II — HIPERTENSÃO COM PARTICIPAÇÃO RENAL VISÍVEL

*Três observações: três insucessos.*

\*

#### RESULTADOS

Feita a apresentação global dos factos, necessitamos agora dum estudo separado dos resultados obtidos sobre as diferentes manifestações objectivas e subjectivas de hipertensão.

1.º *Acção sobre a hipertensão arterial retiniana e o fundo do olho* — Neste particular temos sido vivamente impressionados desde o início desta terapêutica. A baixa da pressão sistólica é importante, variando de 10 a 60 mm. No entanto, muitas vezes, esta melhoria é dificilmente cifrável em valor absoluto, ultrapassando a pressão sistólica 150 mm.; o resultado é então supe-

rior ao indicado pelos algarismos. Todavia, pode-se avaliar a diferença obtida nos casos em que não ultrapassa 150 mm., na vizinhança dos 40 mm. de Hg. A marcha da pressão diastólica é paralela à da sistólica, com excepção dos casos em que existe uma hipertensão sistólica isolada, podendo o desnível atingir 60 a 65 mm. de Hg. Isto encontra-se em todas as fases e até, confirmando os factos experimentais, os resultados obtidos são tanto mais nítidos, quanto mais elevados são os algarismos iniciais.

Além disso, com bastante antecipação, assiste-se a uma regressão nítida das hemorragias e dos exsudatos, quer tenha havido ou não um tratamento associado de heparina; todavia, neste último caso, a evolução regressiva é mais rápida.

2.º *Ação sobre a tensão arterial periférica* — Ela não é menos nítida. Com efeito, a queda da pressão sistólica oscila entre 15 e 30 % do seu valor primitivo e pode atingir 9 mm. de Hg. Em média, situa-se em cerca de 4 mm. de Hg. Em resumo, o efeito parece ser tanto mais marcado quanto mais elevado esteja o ponto de partida. Quanto à pressão diastólica, a sua baixa é variável, mas constante. A maior parte das hipertensões, sendo de predomínio máximo compreende-se que em valor absoluto, este decréscimo seja menos espectacular; todavia, em certas observações, pudemos notar variações da ordem de 5 a 9 cm. de Hg.

Duma maneira geral, atingiram-se resultados terapêuticos num espaço de 15 a 30 dias, efectuando-se a descida por oscilações. Uma vez atingido o limiar tensional, as variações para menos ou para mais não se fazem senão dentro de pequenos limites.

3.º *Ação sobre as perturbações subjectivas* — Em quase todos os nossos doentes desapareceram as cefaleias occipitais, sensações vertiginosas, zumbidos e perturbações visuais ao mesmo tempo que diminuía a sensação arterial retiniana, indicando uma melhoria da circulação cefálica. Contudo, no início do tratamento, verificou-se uma recrudescência momentânea das cefaleias, resultantes de fenómenos de intolerância, de que falaremos.

4.º *Ação sobre o funcionamento renal* — Em 35 doentes, efectuamos, antes e depois do tratamento, a pesquisa do fluxo plasmático renal com a ajuda do ácido para-amino-hipúrico e a avaliação do filtrado glomerular pelo manitol. Os nossos resultados coincidem com os de Reubi, confirmando a acção eutrófica da hidrazinofalazina sobre a circulação renal: retorno a uma taxa vizinha da normal da fracção filtrada, por aumento do fluxo plasmático renal.

5.º *Ação sobre os sinais cardio-vasculares*. Pela acção do medicamento, durante alguns dias, notamos o desaparecimento dum ruído de galope inicial e uma melhoria da dispneia de esforço. Porém, não temos observado modificações apreciáveis sobre os ortodiagramas.

Por tudo isto, verifica-se que a hidrazinofalazina tem-se mostrado duma eficácia indiscutível nas diferentes manifestações, tanto objectivas como subjectivas, da hipertensão arterial essencial.

A sua administração é cómoda visto que é oral. A hidrazinofalazina apresenta-se sob a forma de comprimidos, doseados a 10 mg. e de drágeas a 25 e 50 mg. O tratamento tem sido conduzido da seguinte maneira: 1 comprimido de 25 mgs. no fim da refeição do meio-dia, nos 3 primeiros dias; durante outros 3 dias juntamos, sucessivamente, 1 comprimido de manhã e depois à noite. No fim da primeira semana, a dose diária é, então, de 75 mg. Agora, substituímos as drágeas de 25 mg. pelas de 50 mg. e guiámo-nos pelos valores tensionais para aumentarmos a dose; em geral, as doses mais correntemente utilizadas têm sido as de 150 e 200 mg., repartidas da seguinte maneira: uma drágea no fim das três principais refeições, sendo tomada uma quarta pelas 16 horas ou ao deitar, segundo o gosto do doente, quando a dose atinge 200 mg.

Pode considerar-se atingida a dose eficaz quando, depois do abaixamento da tensão periférica e retiniana, os números obtidos não variam mais, mesmo que se aumente a dose. Veri-

fica-se, então, que esta dose não é uniforme, mas varia com cada doente, segundo a sensibilidade à terapêutica. Todavia, parece existir uma certa relação entre o estado ocular e a dose eficaz, sendo esta, em média, mais importante quando o estado está mais avançado. Raramente temos utilizado uma dose de 300 e mesmo 350 mg. (tendo-se dado um insucesso, neste último caso).

O problema consiste em estabelecer a duração do tratamento e a dose de manutenção. Actualmente, parece não poder-se admitir uma paragem da hidrazinofalazina, sem arriscarmo-nos a uma nova subida tensional; mas o prazo de observação é talvez muito curto para que se possam tirar as convenientes conclusões. Contudo, nunca notamos fenómenos de habituação. Pelo contrário, é possível, em certos casos, reduzir notavelmente a dose.

Já assinalamos a recrudescência momentânea das cefaleias, no início do tratamento, em certos doentes. Estas perturbações estão em relação com uma intolerância medicamentosa, que pode também tomar outras formas: lacrimação, taquicardia, coriza... Elas seriam devidas à destruição, no organismo, duma diamino-oxidase (histaminase). Nunca estes incidentes (excepto em 2 doentes pusilânimes) nos obrigaram a interromper a administração da preparação. Desaparecem, espontaneamente, alguns dias depois.

Schroeder assinala um caso de angor num doente tratado pela hidrazinofalazina. Nós verificamos, num doente que anteriormente apresentava uma acentuada dispneia de esforço e sinais nítidos de sobrecarga ventricular esquerda no E.C.G., crises típicas de angor de esforço, após alguns dias de tratamento. À interrupção da terapêutica seguiu-se o desaparecimento dos fenómenos de angor.

Em desabono deste facto isolado devemos assinalar que, embora outros doentes apresentassem nítidos sinais de fadiga esquerda, tanto objectivos como subjectivos, não apresentaram nenhum incidente.

A sobrevivência de dois doentes de trombose venosa dos membros inferiores, que foram, além disso, atingidos pela trombose da veia central da retina ou dos seus ramos, tem-nos exortado a investigar a acção da hidrazinofalazina sobre a coagulação sanguínea.

Por consequência, temos feito: teste de resistência à heparina e tempo de Quick, sistematicamente, antes e depois do tratamento. Estes exames têm-nos mostrado que os hipertensos, numa grande proporção, tinham, antes de todo o tratamento, uma nítida tendência à hipercoagulabilidade. Não se encontrou em nenhum caso esta tendência acentuada, pelo facto do tratamento, que pôde então ser posto fora de causa no aparecimento dos dois acidentes flebíticos.

Resumindo os resultados obtidos, verificamos que, em 60 doentes, 46 (ou seja 76%) beneficiaram indiscutivelmente do tratamento pela hidrazinofalazina. Esta percentagem passa a 80%, se se excluem do total os doentes que apresentam sinais nítidos de afecção renal. O cloridrato da l-hidrazinofalazina situa-se, então, na primeira fila das medicações hipotensoras; também é o primeiro em que os resultados sobre as manifestações oculares da doença hipertensora são também indiscutíveis. As suas indicações baseiam-se na falta de contra-indicações, pois que não existe, por assim dizer, nenhuma. Com efeito, os insucessos encontrados nas hipertensões com sinais renais não constituem propriamente contra-indicações porque estas formas são, actualmente, rebeldes a toda a terapêutica. Quanto aos fenómenos de angor, não representam mais do que uma contra-indicação parcial: a prudência aconselha a abstenção nos doentes que apresentaram previamente crises típicas de angor de esforço.

O cloridrato de l-hidrazinofalazina deve ser, então, a arma de escolha, que está nas mãos do médico prático e do oftalmologista, contra a hipertensão essencial.

## S U P L E M E N T O

### A PROPÓSITO DUM CURSO DE APERFEIÇOAMENTO

Sob a égide do Ministério de Educação, a Universidade de Buenos Aires, pelo Departamento de Graduados da Faculdade de Ciências Médicas promove anualmente numerosos Cursos de Aperfeiçoamento nos quais médicos recém-formados ganham conhecimentos de grande valia para a vida que agora começam e onde os mais antigos também comparecem, em avultado número; a presença de estes últimos é índice de que a vaidade não deve ser companheira da inquietude espiritual e que estes médicos, alguns dos quais já contam por dezenas os anos de carreira, vão, honestamente, singelamente, escutar a experiência alheia para que a sua própria se possa pulir desbastando arestas sempre existentes (se bem que pouco confessadas...), consolidando conceitos práticos e teóricos, arrazando critérios defeituosos, em resumo, actualizando o concorrente. Com este espírito — infelizmente já não posso contar por unidades os anos de profissão — frequentei recentemente um interessantíssimo Curso de Aperfeiçoamento dirigido pelo Professor Normando Arenas a quem presto a mais sincera e merecida homenagem como excepcional cirurgião, distinto Professor e afectuosíssimo Amigo.

O tema escolhido foi: «Cirurgia ginecológica vaginal (indicações e técnicas)».

Durante duas semanas, muitas horas por dia, o Prof. Arenas e os seus distintos colaboradores, Murray, Salerno, Bettinotti, Bottaro, Pasi, Votta, Coll, Foix, Vieira, bem como os especialmente convidados, Prof. Pablo Borrás, Di Paola, Pineda, Garcia Loza e Jassin, percorreram em toda a extensão e profundidade o assunto escolhido, já pondo em dia as básicas noções teóricas, já deslumbrando-nos com a sua perfeita execução prática da cirurgia pela via vaginal.

Longa seria a enumeração de todas as lições em que se fragmentou o Curso e resultaria fora do espírito de pura conversação escrita que quere ter esta correspondência; em contra-partida algumas evocações e outras tantas considerações nos proporcionou o referido Curso.

Quando olho para trás, para o meu tempo de Faculdade e busco onde existia a Ginecologia, cansam-se os olhos em vã pesquisa, adormece o pensamento em escusada vigília.

Pela simples razão que não existia.

Pobre especialidade, verdadeira «Gata Borralheira» nas mãos da Cirurgia e da Obstetrícia, que bem se podem comparar às «manas ricas» do famoso conto. A nossa inocência de médicos recém-formados ia sofrendo choques dos mais rudes ao constatar a tremenda ignorância frente aos problemas médicos-ginecológi-

cos, talvez os mais frequentes dentre todos os que nos procuravam. E então tinha-se a *auto-aprendizagem*, o vago contróle de alguns colegas mais velhos que já tinham esquecido essas mesmas dificuldades e que, *só por isso, já «sabiam»*; como termo, porto de mais segura salvação, o Cirurgião, que na vastidão dos seus conhecimentos conferia à Ginecologia aquela parte de espírito cirúrgico que lhe era possível. Executava um exame ginecológico e da presença ou ausência duma alteração morfológica — cuja percepção era para nós motivo de o admirarmos e ao mesmo tempo de mais sentirmos a nossa própria insuficiência — desse facto, repito, tirava quase sempre a indicação de uma intervenção a prazo mais ou menos longo segundo indicasse o barómetro analítico.

Operava-se; o Cirurgião, sempre excelente técnico, tinha oportunidade de nos encantar, abrindo um ventre, analisando as mazelas pélvicas e extirpando tudo o que com espírito «Wirchowiano» (como diz Botella Llusia) se considerasse alterado. Aos tantos dias, mais uma doente ia feliz para casa; na estatística hospitalar figurava mais uma «cura» a atestar o acontecimento e o Cirurgião tinha mais um «caso».

Diariamente, muitas vezes se repetia este pequeno-grande episódio e à casuística assim obtida (na sua esmagadora maioria), chamava-se-lhe *Ginecologia*.

Sentia-se que algo não estava bem. No estrangeiro uma corrente poderosíssima, uma avalanche de conhecimentos em permanente mutação, uma modificação total dos critérios morfológicos estáticos para os funcionais, trazendo concepções por vezes antagónicas; uma busca patogénica que no seu próprio percurso a todo o momento encontrava desvios em que se embrenhava; o desvendar de velhos mistérios, alinhando causa e efeito; enfim, uma torrente que para se navegar nela exigia — não falando dos superdotados — a entrega total das capacidades.

As funções ginecológicas cumprem-se no organismo com uma faceta tão particular que bem poderíamos encará-las com «uma vida própria», tão específica que dir-se-ia ser, cada dia, o aparelho genital constituído por órgãos diferentes; cada dia tem a sua fisiologia, a sua patologia e levanta distintos problemas.

A Ginecologia assumia na constelação das especialidades o fulgor que lhe era devido; a «Gata Borralheira» deixara de o ser e brilhava com luz própria, catequizando os seus cultores, absorvendo-os e exigindo-lhes a entrega total, pedindo-lhes que simultaneamente fossem clínicos, especialistas, endocrinólogos, laboratoristas, psicólogos e cirurgiões. Quem

tiver a pretensão de se intitular «Ginecologista» terá de se esforçar para conseguir ser uma harmoniosa síntese das qualidades acima requeridas admitindo-se-lhe como qualidade superlativa a de cirurgião.

Interpretado o actual conceito do Ginecologista se ele quiser proclamar um símbolo da sua especialidade poderá, sem receio, eleger: «*A Via Vaginal*».

Poder-se-ia justificar dizendo que é a via de acesso «natural» ao aparelho que nos ocupa, tal como a fenda palpebral é a via natural em oftalmologia e a boca e ânus em gastro-enterologia, etc. Mas antes é no seu aspecto evolutivo que nós a julgamos digna de ser proclamada como «pregão» de especialidade.

Caminhando desde longínquos tempos a par da fortuna dos espéculos — com as suas auras em Alexandria e Roma e os seus eclipses na Medicina Árabe e na Idade Média — é já perto de nós, nos finais do século XIX, que a Escola de Viena a coloca no Estrado da Fama. A pesada tara de morbi-mortalidade da via abdominal leva os Ginecologistas vieneses à sistematização de técnicas, ao conhecimento da anatomia patológica focada dum diferente ângulo de visão (o que constitui, diga-se de passagem, todo o segredo da via) e a um progressivo aumento das indicações da mesma.

Como os homens eram de excepcional envergadura — Schauta, Wertheim, Halban, etc., — e nessa época sem plasmats, antibióticos, circuitos fechados, conseguiam resultados surpreendentes em breve, uma corrente de cirurgiões de remotos países correu até eles, aprendendo ou aperfeiçoando-se com os acima citados e os seus seguidores, Werner, Weibel, Latzko, Amreich, etc. A Argentina sofreu então uma forte influência dessa Escola nos albos da sua hoje pujante Ginecologia; os nomes de Bengolea, Ahumada, Arenas, etc., merecem citação porque se aí aprenderam, aqui ensinaram.

Entretanto, progressos de toda a ordem iam retirando perigos à via abdominal — que poderíamos dizer «a via do cirurgião geral». A via vaginal guardando desse esforçado impulso algumas indicações precisas, como por exemplo toda a cirurgia reconstrutiva do períneo, readquiria uma obscura posição, sofria um eclipse, pois a via abdominal aproximara-se, paralelizando em escassez de perigos a vaginal.

E é então que, curiosamente, se assiste a uma «terceira situação» (decididamente está na moda a «terceira posição»)... Raras são as revistas da especialidade que actualmente vêm a lume sem que uma grande instituição, por consagrados autores, não refira o seu renovado re-

curso à via vaginal, com indicações tão extensas que apenas se admitem porque o conhecimento actual das lesões pélvicas femininas cresceu em progressão geométrica e pelo facto de se terem criado «Ginecologistas», altamente especializados.

Não é temerário prever nesta época em que o até agora desprezado tecido conjuntivo preocupa todos os trabalhadores da Ciência, que o conjuntivo pélvico — espécie de campo de concentração das doenças ginecológicas — venha a constituir a fonte de muitas explicações do que ainda é nebuloso e quiçá o local de aplicação das respectivas terapêuticas. Se assim for, mais um anel fortalecerá a via vaginal, logicamente a de mais fácil acesso ao solo da pelvis.

Desde que há anos o Prof. Freitas Simões encarregou o Prof. Castro Caldas do Curso de Ginecologia (em que me conferiram a subida honra de modesta colaboração), criou-se a aprendizagem moderna desta especialidade.

Não será demais esperar que as novas instalações da cátedra, na majestosa sede que lhe está destinada, permita o aperfeiçoamento mediante cursos semelhantes desta tão mutável especialidade em que ao dizer Curso de Aperfeiçoamento talvez fosse mais correcto e mais real dizer apenas «Cursos de Actualização».

Buenos Aires, 25 de Janeiro de 1954.

**JORGE DE MELO REGO**

## Prof. Diogo Furtado

Convidado pela Universidade de Genebra, deslocou-se àquela cidade o Prof. Diogo Furtado, director do Serviço de Neurologia dos H. C. L., que realizou naquela Universidade três lições: na Policlínica Universitária (Prof. E. Martin), na Clínica Médica (Prof. Bickel), e na Clínica de Neurologia (Prof. Morsier). O Prof. Diogo Furtado repetiu, na sala de conferências da nova Policlínica Universitária de Genebra, a expresso pedido do seu director, a lição sobre «Mieloses funiculares», feita recentemente num curso, em Coimbra.

## Estomatologistas e protésicos

Recebemos do Dr. António de Oliveira Amorim, de Oliveira de Azeméis, um comunicado, que transcrevemos a seguir, do que tem de essencial:

«E vá, certos clínicos, de defenderem os protésicos que exercem ilegalmente a Medicina, por razões que não atinamos!

Mas há, realmente alguma razão de ordem superior?

De ordem intelectual, não; são, na grande maioria, analfabetos ou semi-analfabetos. (Vid. Estomatologistas, Odontologistas e Protésicos dentários, de José de Paiva Boléo, Lisboa-1953).

Razões humanitárias, também não; o seu pão, como protésicos, está sobejamente assegurado pelos estomatologistas e odontologistas.

De ordem profissional, ignoram os mais elementares rudimentos da Medicina: «não pode a barca de Pedro atracar à Barca de César».

«O que se lê, geralmente, são argumentos não fundamentados, razões inconsistentes, vê-se bem, produzidas pelo desconhecimento da questão ou da irrelevância, mero palavreado.

Mas não há enfermagem dentária, Santo Deus. Nunca houve! Pior, já não há enfermeiros protésicos dentários (Despacho do Sr. Ministro das Corporações de 18 de Outubro de 1952). O que há é protésicos dentários a exercer ilegalmente uma especialidade médica, não possuindo sequer carteira profissional ou organização legal dentro da pseudo-profissão, sem estarem para o efeito sindicalizados e contraindo, *ipso facto*, a própria Organização Corporativa.

Era bom que nos entendêssemos».

**ANTÓNIO DE OLIVEIRA AMORIM**

## Dr. Luís Cayolla da Mota

Partiu para a Alemanha o nosso distinto colaborador Dr. Luís Cayolla da Mota, médico dos Serviços Técnicos de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais da Direcção Geral de Saúde. Foi-lhe atribuída uma bolsa de estudo oferecida pela Organização Mundial da Saúde, que deseja que a nossa Direcção Geral de Saúde se faça representar por um dos seus funcionários na Conferência Internacional sobre Imunizações, que se realizará, de 14 a 21 do corrente, em Francfort-sobre-o-Meno. Esta Conferência efectua-se imediatamente após as comemorações centenárias de dois grandes médicos alemães: Paul Ehrlich e Emil von Behring, que se realizam de 13 a 16 e às quais também vai assistir o Dr. Luís Cayolla da Mota; nestas comemorações está incluída uma visita a Marbourg, a sede da Universidade onde Behring foi professor.

Na Conferência Internacional das Imunizações serão abordados e discutidos, pelas maiores autoridades internacionais do assunto, problemas relacionados com as imunizações (activas e passivas) da varíola, difteria, tosse convulsa, tétano, sarampo, tuberculose, etc.

De passagem por Paris, o nosso ilustre colaborador — que depois publicará em «O Médico» crónicas sobre a sua viagem — visitará o Centro Internacional da Infância e a Secção Epidemiológica da Direcção de Higiene Pública do Ministério da Saúde, onde o Dr. Luís Cayolla da Mota estagiou em 1952, como bolsheiro daquele primeiro Centro.

## Prof. Seligman

A convite do Instituto de Alta Cultura e do Enfermeiro-mor dos H. C. L., realizou no dia 4 de Fevereiro, no salão nobre do hospital de S. José, uma conferência o Prof. Seligman, director da Divisão de Radioisótopos dos Estabelecimentos de Harvell.

O conferencista, que versou o tema «Precauções sanitárias no trabalho com materiais radioactivos — Contaminação radioactiva dos alimentos», começou por se referir à contaminação dos alimentos e da água, nos ataques atómicos, e às precauções a tomar nesses casos. Falou, depois, dos perigos da irradiação na indústria em que se aplica material radioactivo, descrevendo minuciosamente as doses que são permitidas nas actividades dos laboratórios de medicina, na radioquímica, na física nuclear e na indústria. Referiu, por último que há técnicas de aplicação de isótopos em Medicina, em que as radiações são menores do que as que se recebem ao fazer-se uma radiografia de estômago.

O Prof. Seligman, ao terminar, foi muito cumprimentado pelo numeroso auditório, constituído por médicos e entre o qual se notavam o Enfermeiro-mor e o administrador dos H. C. L., respectivamente Drs. Emílio Faro e Rafael Ribeiro.

**MARTINHO & CA. Lda.**

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

RUA DE AVIZ, 13-2º PORTO  
TELEF. P.P.C. 27583 • TELEG. "MARTICA"

# BEDOZE MIL

TRATAMENTO  
DE  
ESCOLHA  
DAS  
AFECÇÕES  
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B<sub>12</sub>

MIL MICROGRAMAS  
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO  
DAS  
NEVRITES DO TRIGÊMIO  
CIÁTICAS  
POLINEVRITES  
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES  
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS  
ÓSTEO-ARTRITES

# BEDOZE GOTAS

FACTOR  
PRINCIPAL  
DO  
DESENVOLVIMENTO  
SOMÁTICO

FACTOR  
LIPOTRÓPICO

## INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).  
Crianças nascidas prematuramente.  
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).  
Nanismo.  
Muitos casos de astenia e anorexia.  
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).  
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.  
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B<sub>12</sub> aumenta a tolerância para o leite completo e duma maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA-GOTAS DE 10 C. C.  
15 MICROGRAMAS POR C. C.

# ECOS E COMENTÁRIOS

## O NOVO HOSPITAL ESCOLAR

«Um país, para ser grande, precisa de ter grandes qualidades e grandes feitos», dizia Almada Negreiros, em uma conferência pronunciada num teatro de Lisboa, no período de «entre duas guerras». O mesmo se pode dizer de um hospital...

Mas Almada Negreiros acrescentava: «coragem, portugueses, só vos faltam as qualidades!»

Exagerava, evidentemente... e nós devemos fugir ao mesmo exagero a propósito do Hospital Escolar de Lisboa inaugurado no ano da graça de 1953.

«Inaugurado» em 1950... é um dos não poucos paradoxos que dizem respeito a essa instituição. Foi inaugurado o «Hospital», pelo Sr. Ministro do Interior, de quem depende o departamento hospitalar, mas começou a funcionar... a «secção escolar», apenas, a Faculdade, que depende do Sr. Ministro da Instrução.

Mas, como iam escrevendo devemos fugir a exageros quando nos referimos ao hospital em questão, quer falemos das suas qualidades, quer dos seus defeitos.

A esse respeito pode servir de modelo o aviso prévio do Prof. Cid dos Santos, que é um estudo sério e calmo dos erros realizados e dos erros «projectados», e que parecem encarados apenas do ponto de vista da sua possível correcção.

Com espírito crítico, mas sem maledicência, como aconselha o autor do aviso, deve escrever-se e falar-se sobre os defeitos que podem ser corrigidos, para que o sejam, e até ao último.

E bom seria que essa discussão à volta do Hospital contribuisse para modificar uma tendência de espírito muito frequente entre nós: a de encarar de preferência o aspecto «anatômico», o aspecto de construção, ao de funcionamento e de organização.

Gastaram-se dezenas de anos a projectar e a construir a mole imensa que é o Hospital-Faculdade e, mesmo assim, a construção saiu com erros. Quantas semanas se consumiram a pensar no seu funcionamento, a preparar o pessoal que o montasse, o dirigisse e o mantivesse em funcionamento?

Contávamos com o nosso frouxo meio hospitalar, vivendo com tantas dificuldades e dentro duma orgânica antiquada, para nele recrutar os elementos necessários para montar e fazer funcionar a nova organização? Como? Se eles não existiam!

Desde o pessoal das cozinhas ao da

direcção, técnica e administrativa, passando pela enfermagem, especializado ou não, onde havia pessoas completamente preparadas para tomarem conta, no momento em que terminaram as «obras» dessas outras «obras» da mesma ou de maior importância, que são a montagem e o funcionamento dos serviços, infinitamente complexas, duma instituição completamente nova entre nós?

Não parece lógico admitir que os nossos hospitais sejam escola suficiente para essa preparação, sobretudo quando as

pessoas são escolhidas no último momento.

O Sr. Dr. Santos Bessa propõe, e bem, para presidir à Comissão que deve instalar e dirigir o novo hospital, um técnico (que deve ser um médico) especializado em organização e administração hospitalar. Deveria ter-se preparado esse técnico com a devida antecedência, para que, num momento destes, com o hospital «inaugurado», não se esteja ainda a discutir se a comissão deve ser presidida por um professor da Faculdade de Medicina ou por um oficial da Administração Militar.

F. R. N.

## CONGRESSO DA IMPRENSA MÉDICA

Na reunião de Bruxelas de 1953 (durante as Jornadas Médicas), à qual já me referi, foram aprovados os Estatutos da União Internacional da Imprensa Médica, com sede em Paris. Representando então várias revistas portuguesas e a Associação Espanhola da Imprensa Médica, tive ocasião de intervir na redacção dos Estatutos, que há pouco foram aprovados pelas autoridades francesas.

O primeiro Congresso da União realiza-se no ano corrente, em Turim, sob a presidência do Professor Oliaro, director do bi-semanário «Minerva Médica» — um dos mais importantes periódicos médicos da Europa. Este Congresso faz parte de diversas manifestações que naquela cidade se efectuarão durante a 2.<sup>a</sup> Reunião Médico-Cirúrgica que vai ser organizada com início no dia 29 de Maio e conclusão em 6 de Junho; à primeira tive a satisfação de assistir, também em Turim, no ano de 1951.

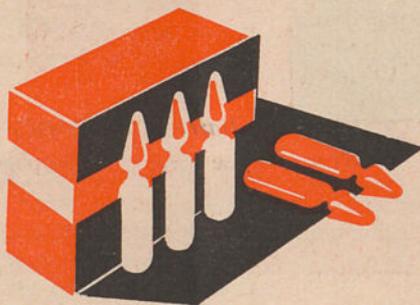
Entre os assuntos já indicados pelo Comité de organização do Congresso de Turim, são de notar os que se relacionam com o problema dos resumos dos artigos científicos, as relações entre a imprensa e a opinião médica, a difusão do pensamento médico pelo filme o micro-filme e a informação médica ao grande público. Trata-se, pois, de assuntos que interessam a todos os médicos.

O Congresso terá ainda a missão de distribuir cinco prémios de 100.000 liras cada um aos melhores trabalhos originais aparecidos nas revistas, que sejam membros da União, durante os anos de 1952 e 1953. Os artigos deverão ser remetidos em duplo exemplar antes de 30 de Março próximo à «Segreteria Generale del Congresso Internazionale della Stampa Médica» — Corso Bramante, 83.

Voltaremos em breve a este assunto.

M. C.

## TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



## SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

# FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

Centro de Estudos de Cardiologia do Instituto de Alta Cultura

(Director: Prof. EDUARDO COELHO)

## 2.º CURSO DE CARDIOLOGIA

Este Curso é realizado no corrente mês de Março pelo Prof. Eduardo Coelho, pelos seus colaboradores Drs. Filipe da Costa, Sousa Borges, Eduardo Paiva, Fernando Barros, Fernando Pádua, Bordalo e Sá, Carlos Silva, Mário Marques e pelo Dr. Torres Pereira, assistente do Instituto Câmara Pestana.

As lições serão proferidas na Sala da Biblioteca do Hospital de Santa Marta, às 22 horas dos dias 15 a 20 de Março.

Das 10 às 12 horas, demonstrações clínicas, angiocardiografia, electrocardio-  
grafia, vecto-cardiografia, fonocardiografia, electrokimografia esplenoportografia, cateterismo intracardiaco, análises dos gazes do sangue e da respiração e outras provas de diagnóstico das doenças cardio-vasculares.

Dia 15 de Março

*Prof. Eduardo Coelho*—às 22 horas—  
A orientação da Cardiologia moderna.

Dia 16 de Março

*Dr. Fernando Pádua*—às 22 horas—  
A vectocardiografia no diagnóstico das cardiopatias adquiridas.  
*Dr. Mário Marques*—às 23 horas—  
Balistocardiografia — fundamentos teóricos e valor actual.

Dia 17 de Março

*Dr. Eduardo de Paiva*—às 22 horas—

A electrokimografia nas cardiopatias adquiridas.

*Dr. Bordalo e Sá*—às 23 horas—  
Estudo electrocardiográfico das hipertrofias auriculares e ventriculares.

Dia 18 de Março

*Dr. Sousa Borges*—às 22 horas—  
Importância dos exames hemodinâmicos nas cardiopatias adquiridas.

*Dr. Carlos Silva*—às 23 horas—  
A esplenoportografia. Possibilidades da sua aplicação ao estudo das cardiopatias.

Dia 19 de Março

*Dr. Fernando Barros*—às 22 horas—  
A electroforese nas cardiopatias adquiridas.

*Dr. Torres Pereira*—às 23 horas—  
Problemas bacteriológicos e terapêuticos nas endocardites sub-agudas.

Dia 20 de Março

*Prof. Eduardo Coelho*—às 22 horas—  
Indicações da comissurotomia no aperto mitral. Resultados dos casos operados do Centro de Estudos de Cardiologia.

*Dr. Filipe da Costa*—às 23 horas—  
Tratamento cirúrgico do aperto mitral.

A inscrição para assistir às demonstrações clínicas, angiocardiografia, electrocardiografia, vectocardiografia, fono-

cardiografia, electrokimografia, esplenoportografia, cateterismo intracardiaco, análises dos gazes do sangue e da respiração e outras provas de diagnóstico das doenças cardio-vasculares faz-se no Serviço da Clínica de Propedêutica Médica — Hospital de Santa Marta — todos os dias das 9 às 13 horas, no gabinete da secretária.

### "O MÉDICO" Em Lisboa

Os serviços administrativos de "O Médico" em Lisboa estão, actualmente, instalados na Rua da Misericórdia, 36-3.º, E. (Telefone n.º 30704), sob a direcção dos Snrs. José de Oliveira Vidal e Luís Rego de Almeida. São, por isso, convidados os nossos amigos a dirigir-se a estes nossos colaboradores, para todos os assuntos relativos à publicidade na capital. Também nos nossos escritórios em Lisboa se recebem novas assinaturas.

O ANTI-ESPASMÓDICO SEM ACÇÕES SECUNDÁRIAS

# B E T I F E N

(Bicloridrato do ester isoamil - N - (β - dietilaminoetil) α - aminofenilacético)

O BETIFEN actua como a ATROPINA e a PAPAVERINA sem ter os INCONVENIENTES DA ATROPINA

AMPOLAS

DRAGEIAS

SUPOSITÓRIOS

LABORATÓRIO FIDELIS

# NA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

## O Prof. Melo Adrião é o novo catedrático de Anatomia Descritiva

Nos passados dias 12 e 13 de Fevereiro o professor extraordinário Dr. Manuel de Melo Adrião prestou provas de concurso para catedrático da Faculdade de Medicina, cadeira de Anatomia Descritiva, cuja regência exercia desde a sua aprovação para professor extraordinário do 1.º grupo.

Regeu também a cadeira de Medicina Operatória e Técnica Cirúrgica.

Sucede ao Prof. Dr. J. A. Pires de Lima, de quem foi discípulo laureado, tendo obtido o seu primeiro prémio na cadeira de que é hoje titular.

Além deste prémio (Barão de Castelo de Paiva), outros colheu no decorrer do seu curso; «Rodrigues Pinto» em Medicina Operatória; Prémio honorífico em Medicina; 1.º Acessit em Cirurgia e em Obstetrícia e Ginecologia; Acessit em Higiene e Medicina Geral. A sua licenciatura concluiu-se em 1930, na Faculdade de Medicina do Porto, que sempre frequentou, tendo obtido a classificação média geral de 17 valores.

Estagiou como assistente voluntário, durante um ano, no Instituto de Anatomia e foi nomeado assistente do 1.º Grupo em Dezembro de 1931.

Em 1938 defendeu tese de doutoramento sobre «Nervos do coração». É uma tese de grande mérito, representando o critério moderno que tem guiado os seus estudos anatómicos, pois sempre incidem as suas observações na experimentação funcional. Esta tese recebeu, entre outros, de Leriche, manifestações de grande apreço.

Sucedem-se depois inúmeras publicações sobre Anatomia e outras ciências médicas, sendo apreciável o número de

valiosos trabalhos de imediato interesse clínico.

Por impossibilidade de os nomear a todos, destacamos alguns que julgamos mais significativos: «Sobre o ramo genal da artéria dentária inferior», dedicado ao saudoso Prof. J. A. Pires de Lima; «Nota sobre o aspecto morfológico e funcio-



PROF. MELO ADRIÃO

nal do músculo grande dentado»; «A influência da enervação simpática na circulação arterial cerebral», de colaboração com o Prof. Sousa Pereira e «Étude phébographique et essais thérapeutiques dans les thromboses du système de la veine porte», em colaboração com os Profs. Azevedo Maia, Sousa Pereira e

Drs. Lino Rodrigues e Aguiar Nogueira, apresentado ao XIV Congresso Internacional de Cirurgia (1951).

Participou em muitas reuniões e congressos científicos, sendo sócio da Sociedade Anatómica Portuguesa, da Sociedade de Antropologia e Etnologia e da Société Anatomique de Paris.

A tese apresentada agora a concurso intitula-se «Aspectos das circulações sanguínea e linfática», que foi apreciada, no segundo dia de provas pelo Prof. Sousa Pereira, do Porto.

Além deste, do júri, presidido pelo reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, faziam parte os Drs. Maximino Correia e Tavares de Sousa, catedráticos de Coimbra; Celestino da Costa e Vítor Fontes, de Lisboa e Hernâni Monteiro, do Porto.

No primeiro dia de provas foram arguentes os Profs. Vítor Fontes e Maximino Correia, que apreciaram o «curriculum vitae».

A tese apreciada no dia 13, como dissemos pelo Prof. Sousa Pereira, é um notável trabalho que honra a escola anatómica do Porto.

«O Médico», ao endereçar ao novo catedrático as suas saudações muito amigas e a expressão da alta estima que lhe dedicam nesta redacção, torna-se intérprete dos louvores que se endereçam à Faculdade de Medicina do Porto por tão feliz acontecimento, pois o Professor Melo Adrião já deu provas de quanto pode o seu espírito de cientista, do que lhe é possível realizar se lhe forem dadas as condições que a investigação exige.

A Faculdade escolheu bem: um homem íntegro, de invulgar formação geral, capaz de preencher as condições óptimas do professorado; resta somente que se não perca a vocação do investigador por carência de meios e, então, a escola anatómica do Porto continuará a receber os justos louros que a actividade dos Profs. Pires de Lima e Hernâni Monteiro lhe conquistaram. A este último endereçamos também as nossas felicitações.

## BROMOCALCIUM BARRAL

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE  
BROMO E DE CÁLCIO  
ISENTA DE FENÓMENOS DE BROMISMO

NEVROSES / PSICOSES COM EXCITAÇÃO  
E INSÓNIA / EPILEPSIA / HIPERTENSÃO /  
ALERGIA E ESTADOS ANAFILÁCTICOS /  
COQUELUCHE, ETC.

GRANULADO — INJECTÁVEL

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.ª

### Aparelhos de raios X para alugar

A Sociedade Portuguesa para a Expansão da Radiologia — SOPER (a que «O Médico» já se tem referido) dispõe actualmente de aparelhos de raios X (para radioscopia), que aluga a médicos. A Sociedade tem a sua sede no Porto (Estrada da Circunvalação, 9165 — ao Ameal) e é tènicamente dirigida pelo Sr. Armando Guimarães, nome bem conhecido dos médicos do Norte.

São muitos os aparelhos de raios X que a SOPER tem presentemente em consultórios médicos de Lisboa, Porto e outras localidades, em regime de aluguer. Este sistema interessa a muitos clínicos, que poderão dirigir-se, solicitando informações, ao Sr. Armando Guimarães, para a sede da SOPER.

# 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.<sup>DA</sup> - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

Extratos do «Diário das Sessões»

(Continuação do número anterior)

## Discurso do Deputado Dr. Moura Relvas

O Sr. Moura Relvas: — Sr. Presidente: ouvi, com a maior atenção, o aviso prévio do Prof. Cid dos Santos, pois a mereciam a competência e renome inegáveis que adquiriu como profissional, confirmados pelas minhas leituras da especialidade que cultivo.

Só poderia estranhar-se que pessoa dotada de tão altos méritos viesse trazer a esta Câmara questões limitadas a um Hospital Escolar. A explicação, todavia, torna-se clara se tivermos em consideração que o Hospital Escolar de que se trata é uma imorredoura demonstração do poder realizador do Estado Novo.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Por isso mesmo, a entrega, pelo Ministério das Obras Públicas ao Ministério do Interior, do grande Hospital Escolar, foi o primeiro acto oficial das comemorações do 27.º aniversário da entrada do Prof. Salazar para o Governo. Foi por equívoco que o Sr. Deputado Cid dos Santos se referiu a uma inauguração que ainda se não fez, tirando dum facto que se não deu corolários que não tinham cabimento.

O nome de Salazar está intimamente ligado a esta obra, pois foi na nota oficiosa de 27 de Julho de 1933 que o Sr. Presidente do Conselho marcou a resolução de promover a construção dos Hospitais Escolares de Lisboa e Porto, preenchendo uma grave lacuna da nossa vida médica.

No acto da entrega o Sr. Ministro das Obras Públicas pôs em destaque, com números e comparações elucidativas, a importância desse grandioso monumento, erguido à defesa da saúde, ao combate à doença, à preparação dos médicos e ao progresso das ciências médicas portuguesas.

Esta expressiva conquista nos domínios da medicina tem um valor e assenta em números fornecidos pelo Sr. Engenheiro Frederico Ulrich que falam com uma eloquência intraduzível por palavras.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Com efeito, o grande Hospital Escolar custou cerca de 400.000 contos — dos quais 330.000 foram gastos na construção e 66.400 na aquisição do equipamento — com nove pisos de superfície total de quase 13 ha e uma frente de 260 m.

O célebre Convento de Mafra, que nos foi legado como apreciada e grandiosa obra pelo Rei Magnânimo, tem uma superfície de 11,5 ha e 222 m. de extensão.

Curioso é notar que a nota oficiosa (1933) apareceu exactamente dois séculos depois da sagração pela Igreja do Convento de Mafra (1733).

Maior, portanto, que o Convento de Mafra, o grande Hospital comporta uma canalização de água de 60 km. e uma rede eléctrica com comprimento de 350 km. ou seja a distância quilométrica de Lisboa ao Porto.

Em suma o grande Hospital é, como disse o Sr. Ministro, o maior e mais complexo edifício até hoje construído em Portugal.

O nome do Prof. Francisco Gentil merece ser aqui lembrado, pois teve a ideia inicial da sua construção, tendo sabido explicar as suas razões com tanta clareza, convicção e oportunidade que o Sr. Presidente do Conselho se propôs levar a cabo um dos nossos mais importantes e úteis conjuntos arquitectónicos. O Prof. Francisco Gentil foi indicado por unanimidade dos seus colegas da Faculdade de Medicina

para presidente da comissão administrativa do grande Hospital Escolar.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Não pode negar-se, como então afirmou o Sr. Ministro do Interior, que este Hospital é mais uma prova da nossa capacidade de realização, aliás sempre definida por planos gerais, e não constitui exemplo fortuito ou mero produto de capricho pessoal.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — O Hospital Escolar foi construído a expensas exclusivas do Estado, o que é bem elucidativo. A própria cidade de Lisboa, o próprio distrito de Lisboa, não contribuíram com qualquer verba para esta realização e, todavia, vai usufruir o comércio de Lisboa com esta obra, além do que foi gasto na construção, a manutenção de mais mil e quinhentos doentes e famílias, pessoal de enfermagem e famílias, criados, etc., além do atractivo do seu prestígio aumentado como grande cidade-centro de esudos.

Comparemos estes factos com o que se deu na Suécia. O Radiumhemmet de Estocolmo, hoje Clínica do Jubileu, é um dos mais notáveis institutos erguidos pelo homem na luta contra o cancro. Nele fazem a sua preparação quase todos os chefes de serviço de radiologia da Suécia e muitos radiologistas estrangeiros.

Custou a soma de 4.505.000 coroas suecas; à sua parte a cidade de Estocolmo contribuiu com 720.000 coroas e a província de Estocolmo com 225.000, mas a contribuição mais importante foi a do próprio rei, Gustavo V, a quem a nação entregou a dádiva de 5.043.007 coroas no dia do seu jubileu, quando fez 70 anos. Com esta dádiva nacional o rei estabeleceu um fundo (o Fundo do Jubileu) para subsidiar a construção e equipamento de clínicas centrais de radioterapia e curiterapia em Estocolmo, Lund e Goteborga.

Sr. Presidente: fala-se em falhas e omissões no grande Hospital Escolar, mas mesmo depois do aviso prévio do Sr. Deputado Cid dos Santos ficámos mais tranquilos, pois naquela passagem à lupa nada ouvimos que afectasse a grandiosidade da obra, a sua utilidade e a sua oportunidade.

Segundo o próprio testemunho insuspeito do Prof. Francisco Gentil, as falhas não podem ser imputadas ao Governo. Escreveu o ilustre professor: «Se eu fosse informador para além das reuniões da comissão, teria demonstrado a verdade e o Governo não seria induzido em falhas que lhe não podem pertencer».

Aprende-se muito pela experiência, sobretudo num país como o nosso, onde não havia escola, desabitado desde há duzentos anos de uma obra com esta grandiosidade e que só tem sabido adaptar, com boa ou má fortuna.

Foi preciso instaurar-se uma nova ordem política para que comessem a aparecer falhas, porque antigamente, por estar tudo falhado, ninguém falava nisso.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Temos de fazer como os Ingleses, encarando com bom humor as nossas deficiências, sem irritações, prontos a estudar a origem dos nossos erros para os podermos corrigir em futuras emergências.

Assim aconteceu com os canos de chumbo para os esgotos, de que nos fala o Sr. Prof. F. Gentil, que originam infiltra-

ções e que todos agora sabemos estarem contra-indicados: «infelizmente este hospital (o Instituto Português de Oncologia) foi a cobaia; o Hospital Escolar de Lisboa já tem alguns erros corrigidos, mas o do Porto é o melhor dos três...».

Que o Governo não pode ser acusado do nosso atraso técnico e tem procurado remediá-lo com solicitude e meios apropriados provam-no o Instituto Superior Técnico e agora o grande Hospital Escolar, onde os nossos técnicos futuros encontrarão, apesar de todas as falhas, meios de preparação inigualáveis, comparativamente com os do passado.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Há também quem critique às avessas, dizendo que o grande Hospital Escolar é produto de megalomania. Isto também podia ser objecto dum aviso prévio, porque o hábito agora consiste em plantar árvores que cresçam depressa, porque poucos se preocupam em deixar aos netos o usufruto do seu labor. Não posso discutir estas atitudes individuais, mas devo lamentar que alguns as queiram transferir para o plano social e económico.

Com o conceito que formo de nação, aplaudo sem reservas o grande Hospital Escolar de Lisboa, com plena consciência de que a sua grandeza dignifica a nossa qualidade de portugueses, justificadamente orgulhosos do nosso presente, com a espiritualidade, poder realizador e tenacidade que nos são sugeridos do alto.

Ao Sr. Ministro das Obras Públicas peço que me permita lhe dê os parabéns pela majestosa obra que os seus subordinados puseram a prumo, com incomparável zelo e perfeita competência.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Depois destes ligeiros apontamentos consagrados à construção do grande Hospital Escolar de Lisboa passarei à análise da sua administração e do seu funcionamento.

Desejando ficar acima de quaisquer paixões e não querendo agrupar-me a qualquer corrente, preciso de declarar peremptoriamente que não me interessam os homens, mas somente os princípios, e que para mim tem mais valor a realidade dos factos que a subtilidade dos raciocínios.

No Diário do Governo de 5 de Setembro de 1952 foi publicado o Decreto n.º 38.895, que define o regime a que fica sujeito o Hospital Escolar de Lisboa, integrado nos Hospitais Centrais, conforme determina a Lei n.º 2.011, nesta Assembleia aprovada depois de largamente discutida.

Visto os hospitais escolares serem, ao mesmo tempo, hospitais centrais, competem-lhes uma dupla função. Por um lado, função pedagógica, visto serem formações sanitárias, adstritas às respectivas Universidades, e por outro lado função de assistência hospitalar da região a que pertencem, recabendo além disso os doentes que os hospitais regionais não possam tratar.

Ficou assim o Hospital Escolar de Lisboa coordenado com a Universidade no que respeita às funções pedagógicas e à investigação científica, portanto, subordinado ao Ministério da Educação Nacional e coordenado com os Hospitais Cívicos de Lisboa na função assistencial; portanto, técnica e administrativamente subordinado ao Ministério do Interior.

Nestas condições, e sempre em cumprimento da Lei n.º 2.011, o Sr. Ministro do Interior nomeou uma comissão instaladora e administrativa, composta de três mem-

Terapêutica omnivalente  
das infecções bacterianas com

O produto  
original!

# OMNADINA-PENICILINA »HOECHST«

Combinação de Penicilina-Procaína reforçada  
e Omnadina\* para suspensão aquosa

- Aumento de fagocitose
- Aumento de poder bactericida do soro
- Aumento da génese dos anti-corpos
- Efeito prolongado da Penicilina-Procaína
- Elevado nível inicial de Penicilina no sangue pela Penicilina G sódica
- Acção bactericida directa

Acção imunobiológica  
e antibiótica

\*Marca registada



Frasco-ampolas com  
200 000 U.I.

Frasco-ampolas com  
400 000 U.I.

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

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

bros, um dos quais designado pelo Sr. Ministro da Educação Nacional.

Esta comissão está, por conseguinte, composta de harmonia com a dupla função — pedagógica e assistencial — do Hospital Escolar.

O ensino nos hospitais suscitou sempre um grande número de questões e todos conhecemos desinteligências entre os professores, creio que por toda a parte, bastando citar Milão, para me afastar de zonas atômicas mais próximas.

Desde que é impossível encontrar uma fórmula unanimemente aceite por todos, temos de obedecer a razões hierarquizadas. O estabelecimento dessa hierarquia, por sua vez, tem de obedecer a determinados princípios. No nosso Estado, e dada a Organização Política e Administrativa da Nação, com os princípios que a informam, esses princípios, bem patentés, têm a Nação por base.

Portanto, os problemas e assuntos tratados pelo Prof. Francisco Gentil nos seus artigos e pelo Prof. Cid dos Santos no seu aviso prévio só podem ser resolvidos especificamente, de uma forma justa e legal, direi mesmo constitucional, se partirmos das possibilidades e necessidades da Nação, e não de exigências particularistas, mesmo vindas dos nossos homens de ciência mais cotados. A assistência aos doentes não pode ter um cunho exclusivamente técnico, porque tem de estar enquadrada num alto objectivo geral de assistência social.

Não me parece, aliás, inconciliável uma atitude assistencial com uma acção pedagógica, desde que a mentalidade de alguns professores, aiás notáveis, se modifique.

A hereditariedade, o meio, os antecedentes pessoais, a ocupação profissional, os hábitos alimentares, a convivência social, a raça, o clima, a anotação dos sintomas, etc., são outros tantos elementos de decisiva importância clínica, que não podem ser colhidos mecânicamente, mas subscritos pela bondade — a primeira das qualidades do médico, porque o doente quer palavras de esperança. Ora a psicologia dos doentes, muito variável, impõe ao médico uma diversidade de atitudes que constitui o diapasão da sua superioridade como clínico.

Estes pontos de vista são europeus, latinos, partilhados entre portugueses pela razão e pelo sentimento, ainda que saibamos que a americanização, no sentido da taylorização médica, tem conduzido a excelentes resultados técnicos, em especial nos Estados Unidos.

Cria-se o encadeamento mecânico da

vida hospitalar, como Ford fez para os automóveis e a cidade de Chicago no seu gigantesco matadouro.

Conta-nos o Dr. Majocchi, professor de Cirurgia da Universidade de Milão, em termos simples, mas expressivos, como se manipulam os bois naquele fenomenal açougue.

Os bois são cortados e confeccionados em série; entram no matadouro por um portelo, atravessando o qual recebem uma pancada na cabeça, dada por um especialista; apenas abatidos, há logo outro especialista que os pendura pelos tendões de Aquiles a uma cadeia giratória e esta cadeia gira em torno de um imenso local de modo a levar sucessivamente os bois diante duma centena de carneiros alinhados ao longo do curso da cadeia de suspensão. Cada um dos especialistas deve executar sobre o boi uma única operação; um, por exemplo, destaca os chifres, outro os cascos, outro as orelhas...

Quando ultrapassa o último carneiro o boi já não existe porque foi demolido peça por peça e cada uma das peças desapareceu num dos diversos alçapões que conduzem aos subterrâneos para sofrer sucessivas operações.

Esta organização, este manuseamento mecânico, estende-se à cirurgia, «com uma divisão de trabalho pré-ordenado absoluta, levada até ao inverosímil», obtendo-se resultados admiráveis, impossíveis de conseguir pelo cirurgião isolado.

Mas o cirurgião Majocchi, com a sua alma de latino e a sua subtilidade de italiano, é contra a minimização da actividade pessoal.

Gli americani e gli americanizzanti troverano che ho torto; ma col mio temperamento d'italiano non so rassegnarmi a pensare che la unilateralità delle funzione sia per sé sola un progresso in confronto con le infinite e fecunde intuizioni in cui può manifestarsi la luminosa genialità delle mente universali.

Sr. Presidente: eu penso que deve haver, ao lado do carinho pessoal do médico junto do doente, um clarão de assistência social, a iluminar a sua actividade profissional.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Estas noções estão já hoje arreigadas nalguns grandes mestres, e en-

tre eles o Prof. F. Gentil, que escreveu assim:

O hospital deve ser o núcleo central de uma obra de assistência social, em volta da qual, e a ela ligados, se organizem hospitais para doentes de menor dinamismo terapêutico, e por isso de mais longa hospitalização, transição entre a clínica de estudo e o asilo-hospital para crónicos e convalescentes... O ideal visado é obter dos médicos um estado de espírito que os leve a fazer medicina preventiva...

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Pensa muito bem o Prof. Gentil quando sustenta estas elevadas ideias sobre assistência social inspirando a medicina, assim como quando afirma que o hospital de ensino deve conseguir dos clínicos que estes, «dentro da sua especialidade, se considerem elos de uma cadeia, elementos de uma obra de conjunto, e não vivam em compartimentos estanques, em consultas e serviços independentes, sem se auxiliarem...».

São ainda do grande obreiro da luta contra o cancro estas palavras:

Não é a formação escolar que dá capacidade administrativa, mas é indispensável conhecer os problemas para saber administrar, e quem não é médico não poderá conhecer a medicina e por isso os médicos são insubstituíveis.

São insubstituíveis, sem dúvida, na sua acção de técnicos e de cientistas, no calor de apostolado que desenvolverem na sua actividade, mas as questões administrativas pertencem aos homens de Estado ou aos que estes têm como executores. Neste plano se afere mesmo o valor da administração dum Estado, duma empresa industrial, duma casa de lavoura, etc.

Nem Salazar nem o Rei Gustavo V praticaram a medicina, mas conheceram perfeitamente, como nenhum médico, as necessidades da saúde pública em geral e da clínica e investigação médicas em especial, pois a eles se devem duas grandes realizações erguidas contra a doença no nosso tempo.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Vou agora fazer algumas considerações sugeridas pelo Prof. Cid dos Santos a propósito duma reforma do ensino médico.

No discurso de abertura do XV Congresso Internacional de Cirurgia, que teve lugar em Lisboa, em 1953, sob a presidência do Prof. Reinaldo dos Santos, este grande clínico e investigador em dois domínios distintos — a Ciência e a Arte — estabelecia a oposição existente entre a Ciência e a Arte na sua génese.

Disse o ilustre cientista:

L'artiste part d'un modèle, nature morte, vision de la nature. L'homme de science part d'un conception subjective — hypothèse de travail — pour arriver à l'objectif. Fait paradoxal que c'est l'artiste qui part de l'objectif et l'homme de science qui part du subjectif.

E continuou numa ordem de ideias tendentes a provar que ao homem de ciência é vedado atingir a verdade definitiva, formular um juízo final, para o que precisa de ser estóico, capaz de caminhar numa senda erigida de conceitos transitórios.

Esse hábito das atitudes estóicas, que caracteriza os grandes sábios, explica o desinteresse de Einstein pela sua roupa pessoal e, num outro plano, como foi possível aos esposos Curie descobrirem o rádio num velho barracão desabrigado, sem higiene.

O estoicismo das grandes figuras da ciência, dos genuínos cultores da investiga-

# Aminacyl

WANDER

«ad infusionem»

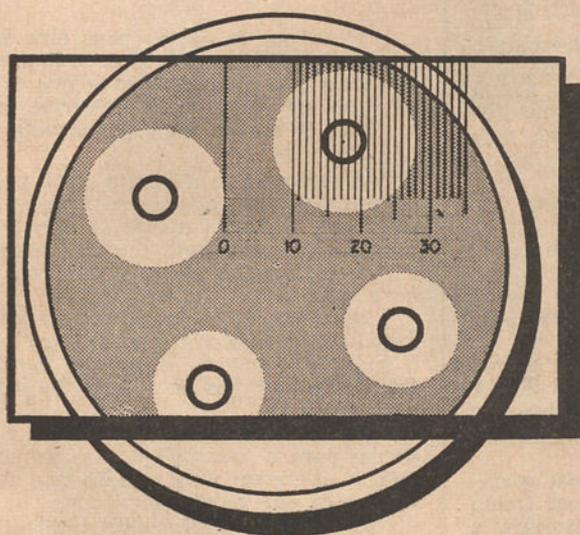
NOVOS FRASCOS AMPOLAS CONTENDO 18,1 G. DE P. A. S. ESTERILIZADO E QUE BASTA VERTER EM 500 C. C. DE ÁGUA APIROGÊNIA PARA IMEDIATAMENTE PROPORCIONAR UMA SOLUÇÃO A 3% PRONTA A INJECTAR.

NOTA: TODAS AS PREPARAÇÕES DE AMINACYL PARA INFUSÕES SÃO DE PREPARAÇÃO EXTEMPORÂNEA, DADO QUE O PRODUTO EM SOLUÇÃO ALTERA-SE DANDO ORIGEM A PRODUTOS DE GRANDE TOXICIDADE.

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.<sup>da</sup>

# PENICILCAÍNA ESTREPTOCAÍNA

**MAIOR VERIFICAÇÃO - MAIOR GARANTIA**



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

PENICILINA G CRISTALIZADA	100.000	200.000	500.000	1.000.000	
PENICILCAÍNA AQUOSA E OLEOSA	100.000	300.000	3.000.000		
PENICILCAÍNA REFORÇADA	150.000 CXS. 1-3 e 5	400.000 CXS. 1-3-5 e 10	500.000	600.000 CXS. 1-3-5 e 10	800.000 CXS. 1 e 10
ESTREPTOCAÍNA	150.000 + 0,250	400.000 + 0,500 CXS. 1-3-5 e 10	800.000 + 1 g.		
NEO- ESTREPTOCAÍNA	150.000 + $\begin{cases} 0,125 \\ 0,125 \end{cases}$	400.000 + $\begin{cases} 0,250 \\ 0,250 \end{cases}$	800.000 + $\begin{cases} 0,500 \\ 0,500 \end{cases}$		

**LABORATÓRIO SANITAS**

ção, permite-nos compreender como é que com fracos meios se podem atingir grandes fins.

Por outro lado, os investigadores de carreira, os encarregados de particulares tarefas na cadeia de determinadas experiências, os cultores de certas especialidades, não praticam muitas vezes esse estoicismo e caem num comportamento de carácter egocêntrico e até egoísta.

Esse facto observa-se nalguns professores universitários e não universitários.

Com efeito, dadas as diferentes potencialidades dos professores, alguns tornam-se tão zelosos que ignoram o valor do ensino dos outros, considerando a sua matéria a mais importante de todas, ou não vendo senão a sua matéria, ou exigindo aos alunos esforços desmesurados ou, no caso dos laboratórios de investigação, exigindo ao Estado verbas que, concedidas, alterariam o justo equilíbrio e a equitativa distribuição das receitas e despesas.

No que diz respeito à medicina o assunto torna-se particularmente complicado, pois aqui a investigação floresce ao lado da prática profissional; por outras palavras: a ciência vive paredes meias com a clínica, que é uma arte ou, mais propriamente, que é em parte científica e em parte empírico-intuitiva.

Torna-se evidente que, se entre a investigação e a prática médicas não pode haver um fosso orgânicamente cavado no plano de estudos e na combinação das matérias dos cursos universitários médicos, deve todavia pôr-se à frente a instantaneidade de revalorização do ensino clínico, ainda que se não perca de vista a importância da investigação, que é feita de «hipóteses de trabalho», fundadas nas dúvidas e incertezas das ciências médicas e iluminadas pela fé em atingir determinados objectivos, na ânsia de encontrar caminhos mais firmes e mais certos ou técnicas mais simples ou mais arrojadas.

Sr. Presidente: aproveito este ensejo para abrir um parêntese, onde vou deixar consignado o meu reparo acerca das instalações de cardiologia no grande Hospital Escolar, a que fez referência o Prof. Cid dos Santos.

O ilustre professor e Deputado falou da cardiologia no grande Hospital Escolar como se fosse coisa nova, ali metida a martelo, contra a vontade da Faculdade e com o Governo enganado.

Não digo bem metida a martelo, porque o Sr. Prof. Cid dos Santos disse que não era o espaço absorvido que o preocupava, mas sim os princípios.

Vou antes atacar o problema pelo lado dos factos. A cardiologia nos hospitais escolares não constitui coisa inédita nem coisa nova.

Não é coisa inédita, porque existe um instituto de cardiologia nos Hospitais da Universidade de Coimbra desde 1941, com o acordo da Faculdade de Coimbra no que diz respeito a alguns organismos com carácter oficial nele instalados (consulta externa de cardiologia e internato hospitalar). Este instituto tem como director o Sr. Prof. João Porto, nosso ilustre colega nesta Casa e director dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Também não é coisa nova, porque desde Janeiro de 1948 funciona uma consulta externa de cardiologia no Hospital Escolar de Santa Marta, fundada e dirigida pelo Prof. Eduardo Coelho, autorizada pelo conselho da Faculdade de Lisboa.

Em 1952 o director da consulta externa de cardiologia do Hospital Escolar de Santa Marta expôs ao conselho da Faculdade de Lisboa a necessidade da criação de um serviço interno de cardiologia, baseado nos trabalhos efectuados através da consulta externa. A discussão foi adiada e a Faculdade nunca chegou a pronunciar-se sobre essa proposta.

Em 1953 o Instituto de Alta Cultura criava o centro de estudos de cardiologia no Hospital Escolar e nomeava seu director o director da consulta externa de cardiologia do mesmo Hospital.

Antes, portanto, da instalação do ser-

viço de cardiologia no grande Hospital Escolar já havia no Hospital Escolar de Santa Marta uma consulta externa de cardiologia, com cinco anos de existência.

Não tinha sentido pedagógico, nem legal, nem profissional, nem prático, que no grande Hospital Escolar não figurasse esta obra, porque era desprezar o que estava feito, era destruir, não construir, e o grande Hospital Escolar obedece a intuítos construtivos de reforçar e ampliar, não de suprimir, tanto mais que não é o espaço absorvido que preocupa o Sr. Prof. Cid dos Santos.

Pode o Sr. Prof. Cid dos Santos informar-me se no grande Hospital Escolar foi suprimida alguma consulta, algum serviço, alguma clínica preexistente no Hospital Escolar de Santa Marta?

Se não houve supressões, então a instalação no grande Hospital Escolar do centro de estudos de cardiologia não é mais do que a ampliação da consulta externa, agora com internato, exactamente como sucede nos muito mais acanhados Hospitais de Coimbra.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — A investigação, dadas as suas características essencialmente subjectivas, torna-se o pão para a boca dos professores que têm a curiosidade intelectual no sangue e merece ser acalentada de uma forma especial através de bolsas de estudo, subsídios e facilidades, cujo número e importância não podem ser de antemão objectivamente calculados.

Mas, ao lado disto, há na investigação laboratorial contemporânea algo de parecido com o que passava na Idade Média com os *clerics*, com os letrados. O laboratório do investigador científico goza hoje do mesmo prestígio intelectual que tinha o gabinete do *clerc* medieval.

Ora esse prestígio do laboratório não pode tornar subsidiário o carácter clínico que deve revestir o ensino nas Faculdades.

Assim, no caso da cardiologia, reúne-se o científico ao prático, porque, sendo director do centro de estudos de cardiologia o professor de Propedêutica Médica, ele pode encontrar ali um vasto campo propedêutico, visto a auscultação cardíaca ser um dos obstáculos mais difíceis de transpor para quem inicia a prática dos estudos clínicos.

Além disso, a familiaridade com aparelhos, gráficos e traçados é um bom treino para o futuro estudante de Patologia e Clínica.

Podem objectar-me que, se hoje o director do centro de estudos de cardiologia é professor de Propedêutica Médica, amanhã pode deixar esta cadeira, e portanto os meus pontos de vista perdem valor. No plano das minhas considerações doutrinárias esta argumentação não colhe, porque importa sempre consignar a energia e o entusiasmo da investigação quando se solidarizam com a clínica. Neste caso particular está dentro da lógica que o professor de Propedêutica Médica estude com mais profundidade um dado capítulo da sua matéria, precisamente o mais árduo para quem começa os estudos clínicos.

O caso das Faculdades de Direito é inteiramente diferente.

É razoável o que se passa na de Coimbra, onde os futuros mestres passam por um verdadeiro «noviciado», trabalhando dez a doze horas por dia, procurando o instituto jurídico, vivendo ali os seus dias, isolados do mundo, como os antigos letrados medievais.

A vida simples de Coimbra, sem grandes empresas, sem grandes bancos, sem grandes companhias, sem solicitações mundanas absorventes, proporciona a estes estudiosos um ambiente mais propício que Lisboa.

Com possibilidades à vista de ganharem três ou quatro vezes mais, preferem o magro vencimento que a Faculdade lhes outorga em troca da honra de os inscrever como candidatos ao magistério superior.

Também a medicina já assim foi, tam-

bém a medicina teve esse espírito letrado numa época em que a cirurgia era considerada uma profissão inferior, porque manual.

Em virtude do impulso dado ao avanço das ciências médicas com a descoberta dos micróbios por Pasteur, começou a restringir-se o carácter clínico do ensino da Medicina.

Ainda que sem competência para abordar a técnica desse ensino, com as características particulares de cada uma das matérias cuja perfeita combinação conduz à boa formação do futuro médico, eu posso e devo, como Deputado e como médico, exprimir opinião sobre as duas tendências gerais desse ensino, tanto mais que é matéria discutida pelos próprios que não são médicos.

Uma dessas tendências é científica e laboratorial, a outra é clínica e prática.

A primeira adquiriu, desde o químico Pasteur, um predomínio crescente, a segunda vê cada vez mais reduzido o seu domínio.

São duas as causas principais dessa evolução, direi melhor, dessa involução.

Em primeiro lugar, por ser mais cómodo enviar o doente de laboratório em laboratório, depois duma observação superficial, do que fazer um estudo psico-somático completo.

Em segundo lugar, por ser mais fácil encontrar quem saiba do que quem compreenda e conclua ante um caso concreto.

Escrevia Huchard, ardente defensor da escola clínica contra a escola sábia:

«Tout le monde peut être savant, c'est-à-dire, savoir. Mais tout le monde n'est pas clinicien, parce que la clinique est l'Art de la Médecine, et que tout le monde n'est pas artiste».

A escola sábia alimenta o seu prestígio no trabalho das *équipes*, escalonadas sucessivamente e postas diante do doente como uma longa caminhada muitas vezes efectuada ao acaso e que o pode levar a um beco sem saída.

Esta atitude de humilhante reverência ante os laboratórios faz perder aos médicos a sua personalidade e torna-os meros instrumentos passivos na arte de diagnosticar e de curar.

Se as Faculdades de Medicina propenderem para a investigação em prejuízo da clínica, cometem uma traição que a sociedade lhes não perdoará.

O conceito da era pasteuriana foi ultrapassado.

Com efeito, pesquisadores e clínicos, homens de ciência e homens práticos, só podem conviver em harmonia se uma ideia, um anseio comum lhes despertar recíproca simpatia. Esse factor comum, em torno do qual se devem reunir fraternalmente cientistas e práticos, é a saúde pública.

Uma das facetas mais interessantes da obra do Prof. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia foi precisamente a de ter dado aos laboratórios uma alma clínica, imergindo-os no ambiente hospitalar, para sentirem e compreenderem o carácter filantrópico da obra e a sua finalidade prática, ao mesmo tempo social, clínica e científica.

Justo é dizer que no aviso prévio do Prof. Cid dos Santos também se nota, ao criticar certas deficiências de instalação num ou noutro sector, o mesmo espírito predominantemente prático.

Há, todavia, na exposição de S. Ex.<sup>a</sup> certas particularidades, como a arrumação de livros e revistas, entre outras, que demonstram uma preocupação demasiado minuciosa que está fora do âmbito dos problemas que podemos aqui discutir, pois são exclusivamente técnicas, muito restritas, e não temos maneira de as esclarecer devidamente, mesmo auxiliados pelos esquemas que gentilmente pôs à nossa disposição.

De resto, o que os povos exigem, porque sabem que podem ser postos ao abrigo de muitas doenças, é que os governantes tomem as medidas profilácticas adequadas, que construam hospitais e adoptem os pro-



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, INFECCÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS**

cessos mais práticos, mais cómodos e mais baratos de evitar e combater as doenças.

O médico, como sábio de gabinete, é uma espécie de *clerc* medieval que, em vez de ler e comentar os autores, analisa e interpreta fenómenos.

Ele pode isolar-se na sua cela (o seu laboratório) indiferente ao rumor do mundo, ainda que deste um dia venha a receber justas homenagens. Se trasladarmos esta atitude hermética do puro investigador para a prática da medicina, temos consequências deploráveis.

O doente, que ordinariamente necessita da compreensão, do carinho e do amparo moral do médico, vai de laboratório em laboratório, recolhendo papéis e, no fim, entregando os resultados ao médico, este apenas tem de resolver um problema de palavras cruzadas. E resolvê-lo-á?

E, sem dúvida, necessário investigar, fazer experiências de gabinete, mas a acção e o ensino das Faculdades têm de dirigir-se principalmente para a saúde pública, trazendo para o tablado da sociedade as medidas gerais e para os casos individuais, através dos seus discípulos, as medidas clínicas adequadas ao aproveitamento de tudo o que possa criar um alto nível de sanidade colectiva e pessoal.

Não podem as Faculdades ficar presas à concepção medieval da medicina, com os seus *clercs* disfarçados em homens de laboratório.

Por mim penso que as Faculdades de Medicina, se vivessem emparedadas, dogmáticamente isoladas intramuros, não realizariam o seu principal papel e faltariam ao imperioso dever moral que as condições da vida moderna impõem.

As Faculdades de Medicina podem e devem colaborar, com o seu prestígio, o seu saber, a sua acrisolada dedicação pela Pátria e o seu profundo respeito pela saúde do homem, nessa obra social, a mais importante de todas do ponto de vista material, que é a saúde pública. Esta merece bem ser servida por todos os médicos, tendo à cabeça as Faculdades de Medicina.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Já disse da minha incompetência para tratar das características técnicas peculiares de cada uma das matérias do ensino médico; por isso apenas analisei as tendências gerais desse ensino.

Ora, assim como ponho as vias de comunicação antes dos laboratórios, porque com aquelas se cria riqueza que permite dotar estes, assim ponho também a medicina clínica à frente da medicina puramente científica, porque a vida contemporânea das sociedades mais evoluídas tornou as medidas profiláticas fulcro da actividade médica.

Mesmo a própria *vis curativa* da medicina e da cirurgia, dado o elevadíssimo número de doentes a atender, não pode ser dominada por exclusivo espírito de investigação, porque, antes de mais — dado o nosso atraso, de que não temos culpa, porque herdámos o zero — os interesses imediatos da Nação exigem o concurso do maior número de homens válidos, portanto a rápida recuperação dos doentes internados para diminuir o custo de internamento e para aumentar a nossa produção.

A nossa saúde pública anda dispersa, incoordenada, em vários Ministérios, mas é da mais elementar justiça destacar a obra levada a efeito pelo ilustre Ministro do Interior.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Apesar do seu dinamismo, há compartimentos que lhe estão fechados.

Penso que um Ministério da Saúde, cuja criação se afigura inevitável, era o único meio de orientar e unificar o que parcial e isoladamente se anda fazendo em múltiplos sectores, tanto na assistência como na previdência. Assim se melhoraria o serviço de saúde pública, assim se poupa-

riam despesas e suprimiriam atritos que infelizmente se têm manifestado.

Sr. Presidente: falou o Prof. Cid dos Santos na enfermagem e eu posso elucidar que uma das preocupações que veio a lume quando da discussão da Lei n.º 2.011 foi a carência do pessoal de enfermagem.

Com efeito, em 1946 havia apenas quatro escolas de enfermagem do nosso País. Nós temos hoje, em lugar de quatro, dezasseis escolas de enfermagem, que passaram 3.536 diplomas no período decorrido entre 1947 e 1953.

Já se avançou muito, mas ainda nos adiantaremos mais.

Pelo relatório do Dr. Emilio Faro, proficiente enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, verifica-se que a percentagem do pessoal de enfermagem em relação à lotação é ainda bastante baixa: 1/6,2.

Onde a percentagem é melhor é no Hospital do Sul, de Estocolmo: 1/1,2 (cada doente tem quase um enfermeiro privativo).

## VITAMINAS



- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MELHOR TOLERÂNCIA

1 cc de soluto 35 gotas = 50.000 U. I. vit. A + 5.000 U. I. vit. D (calciferol)

1 ampola bebível = 400.000 U. I. vit. A + 600.000 U. I. vit. D (calciferol)

Frascos de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

Nos Hospitais Reunidos, de Roma, a percentagem é de 1/5.

No grande Hospital Escolar a percentagem é igual à de Roma, ou seja 1/5 (300 enfermeiros para 1.500 camas).

Tem-se andado para diante e continuamos a marchar.

O Sr. Mário de Figueiredo: — Nesses números que V. Ex.ª está a referir, relativamente ao nosso País e ao estrangeiro, tem-se em consideração a circunstância de o conjunto de enfermeiras ter de ser distribuído em turnos?

O *Orador:* — Eu referi o total de enfermeiras existentes, isto é, um número global: um número de X de enfermeiras para tantas camas.

O Sr. Mário de Figueiredo: — Entendido.

O *Orador:* — Ficamos, portanto, com uma percentagem de 1 para 5. O ideal seria a percentagem do hospital de Estocolmo.

O Sr. Abel de Lacerda: — V. Ex.ª entende então que o pessoal da enfermagem é suficiente para os Hospitais Cívicos?

O *Orador:* — Julgo que com a percentagem de 1 para 5 se pode trabalhar.

O Sr. Abel de Lacerda: — Dê-me V. Ex.ª licença para lhe contar um caso particular.

Em minha casa tivemos um motorista que há dois meses sofreu grave acidente, pelo que teve de ser internado no Hospital dos Capuchos, em Lisboa. E como precisava, visto tratar-se de doença grave, da assistência de enfermagem permanente, e o referido Hospital reconheceu que não lhe poderia prestar, tive de trazer para Lisboa uma enfermeira minha.

O *Orador:* — Tem V. Ex.ª razão. É inegável que a percentagem de enfermeiras nos Hospitais Cívicos é pequena e aquilo que V. Ex.ª acaba de contar é a confirmação desse facto.

O Sr. Abel de Lacerda: — E note V. Ex.ª que, não obstante eu ter mandado vir uma enfermeira nas condições que descrevi, o Hospital exigiu o pagamento da dormida dessa enfermeira, que, segundo parecer clínico, tinha de estar presente.

O *Orador:* — A percentagem é deficiente, mas é evidente que o Governo procura resolver o problema.

Aquilo que acabo de dizer está escrito no relatório do proficiente enfermeiro-mor Emilio Faro, onde se encontra uma nota que diz assim:

Em 1928 tínhamos 6.500 camas nos hospitais gerais; em 1952 esse número elevou-se para 22.000 e o plano prevê 30.026 camas, sem contar as dos hospitais especiais previstos na lei.

(25 Anos de Administração Pública, publicação do Ministério do Interior).

Está, portanto, assegurada a enfermagem do Hospital Escolar numa percentagem em relação ao número de camas, que não nos envergonha, pois é igual à dos hospitais reunidos de Roma.

Desejaria o Sr. Deputado Cid dos Santos um número ainda maior de enfermeiros, isto é, aproximadamente um enfermeiro por cama, como no hospital do sul de Estocolmo? O Sr. Deputado Cid dos Santos fez as contas, no sentido de saber quanto isso custava?

Quanto à qualidade do pessoal de enfermagem que vai trabalhar no Hospital Escolar nada posso esclarecer, antes gostaria de ser esclarecido.

Este problema já foi ventilado na mesma orientação do aviso prévio pelo Sr. Prof. F. Gentil nos seus artigos.

Quando os li, deduzi que há professores das Faculdades que são directores de esco-

las de enfermagem, e eles é que podem dizer alguma coisa sobre a competência dos diplomados que saem das escolas cujo funcionamento está a seu cargo.

Vamos trabalhando, mas há limitações, e nós, que partimos do zero, não podemos de um momento para o outro compararmos com Estocolmo. Não podemos pensar que a voltar duma página fique tudo feito. Dêmos tempo ao tempo.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Quanto aos laboratórios e clínicas, devem articular-se e coordenar-se em sentido prático e financeiramente equilibrado, evitando-se duplicações inúteis.

É preferível, por exemplo, um laboratório central de radiologia, com equipamento completo em todos os domínios, do que instalações privativas múltiplas com aparelhos especializados dispendiosos que só raramente possam ser utilizados.

Dadas as finalidades científica e pedagógica dos hospitais escolares, os laboratórios centrais devem estar muito bem apetrechados, concentrando neles as instalações que, por muito onerosas, seria antieconómico multiplicar nos serviços privativos das clínicas, a não ser em casos especiais.

Numa visita que fiz no Verão passado à Escandinávia não encontrei no célebre Radiumbemmet, de Estocolmo, o grande bloco acelerador de partículas capaz de produzir uma energia cinética de 31 milhões de electrões-vóltios, denominado Be-tratron; vi-o depois funcionar no mais modesto Radium Hospital, de Oslo.

As possibilidades financeiras são, infelizmente, limitadas por toda a parte.

*Vozes:* — Muito bem!

Comprar-se um aparelho muito caro para uma clínica, para servir uma só vez e depois se encher de pó, não está certo.

O *Orador:* — Quanto ao modo de recrutamento do professorado, permito-me discordar do Prof. Cid dos Santos ao estabelecer um regime demasiado apertado, sem elasticidade.

Os factos provam, efectivamente, que ao mesmo tempo que os Hospitais Cívicos vão fazendo escola, preparando médicos e cirurgiões de renome, a Faculdade de Medicina de Lisboa não tem hesitado, quando lhe convém, em recrutar professores onde encontra valores intelectuais, que se revelam e afirmam em conferências, publicações, congressos e investigação, seja nos Hospitais Cívicos, seja na Faculdade. Esse sangue fresco vai avigorar a Faculdade de Lisboa, mantendo-lhe o dinamismo.

Quem se sintia com forças pode trabalhar, investigar, fazer clínica e fazer ciência, na certeza de que, lá no alto, a Faculdade não ignora o seu esforço, o seu trabalho e o seu talento.

Para citar um exemplo, lembrarei o nome do pai do ilustre autor do aviso prévio, o Prof. Reinaldo dos Santos, que esteve muitos anos afastado da Faculdade de Medicina, onde fora primeiro-assistente, tendo adquirido mais tarde justa fama como cirurgião dos Hospitais Cívicos, depois do que ingressou como catedrático na Faculdade de Medicina, onde conquistou renome mundial.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Se compreendi o sentido das palavras do Prof. Cid dos Santos, aplicando a rigor as suas ideias a Faculdade de Medicina de Lisboa talvez não pudesse hoje orgulhar-se de contar Reinaldo dos Santos entre os seus mais notáveis ornamentos, que tanto tem elevado o nome da nossa pátria, bem como o prestígio das ciências médicas portuguesas.

O Sr. Mário de Figueiredo: — Sabe V. Ex.<sup>a</sup> que na Universidade clássica esse

regime só existe para as Faculdades de Medicina. Tem sido insistentemente pedido por elas e precisamente para se conseguir isso que V. Ex.<sup>a</sup> acaba de referir, isto é, que aqueles que se fazem na vida possam sem dificuldades de diplomas — mais diplomas académicos — triunfar na escola.

O *Orador:* — Agradeço muito a explicação de V. Ex.<sup>a</sup>, que é o complemento do que eu tinha dito.

Sr. Presidente: vou terminar as minhas considerações, mas não o quero fazer sem cumprir determinados deveres.

Temos entre nós mestres internacionalmente conhecidos, figuras gradadas da medicina contemporânea.

O seu esforço deve convergir na tendência universal de uma acção polivalente, social, profiláctica, curativa e laboratorial, mas com critério prático dominante.

É isso que pedem os povos e é isto que pedem os alunos.

Aos Srs. Ministros do Interior, das

Obras Públicas e da Educação Nacional exprimo o meu contentamento por vê-los irmanados numa obra de que nós, portugueses, podemos orgulhar-nos.

Ao ilustre Prof. Cid dos Santos quero deixar a certeza de que no âmbito das minhas discordâncias não há a mais pequena parcela de dúvida quanto ao seu valor como homem de ciência e à sua dedicação pelo ensino.

E, por último, deixo aos Srs. Deputados uma informação: visitei hospitais de Londres, Paris, Madrid, Estocolmo, Oslo, Berlim, Genebra, etc., e posso afirmar que, com todas as suas falhas, o grande Hospital Escolar de Lisboa é um dos melhores entre os melhores da Europa.

Disse.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(Continua)

NOVO!



# BUTAZOLIDINA

3,5 - dioxo - 1,2 - difenil - 4 - n - butil - pirazolidina

ANTI-REUMATISMAL  
E  
ANTIFLOGÍSTICO

Tubo de 20 grageias a 0,20 gr.

Caixa de 5 supositórios a 0,25 gr.

Amostras à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

J. R. GEIGY S. A. — BASILEIA (SUÍÇA)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E ULTRAMAR:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

# HOMENAGENS

## À memória do Dr. A. Mac-Bride

Na Câmara Municipal de Évora, realizou no dia 30 de Janeiro uma conferência sob o tema «O Dr. Alberto Mac-Bride e a cidade de Évora», o Dr. António Luís Gomes, director geral da Fazenda Pública. Presidiu à sessão o governador civil, sr. José Félix de Mira, ladeado pelo comandante da IV Região Militar, general Duarte Silva, tendo feito a apresentação do conferencista o Dr. João Luís Vieira da Silva, presidente da Câmara Municipal daquela cidade.

O Dr. António Luís Gomes iniciou a sua palestra por dizer que iria falar do grande cirurgião falecido e das belezas de Évora, a grande cidade alentejana.

Dissertou seguidamente sobre a figura de Mac-Bride, apontando a sua acção em França, durante a Grande Guerra, que foi um exemplo para aqueles que como médicos ali trabalharam. Falou do que o ilustre clínico fez na Liga dos Combatentes e nos Hospitais Civis de Lisboa. Depois disse das grandezas históricas que, através dos séculos, Évora manteve: da sua arquitectura, que tanto encantou Mac-Bride; do povo alentejano, dos seus costumes, do seu amor à terra do seu patriotismo. Apontou os méritos do homenageado, cuja acção bem vincada ficou nos hospitais de Lisboa, de tal forma que serve hoje de exemplo a todos aqueles que nos estabelecimentos similares da província exercem a sua profissão.

O Dr. António Luís Gomes terminou lendo vários trechos elogiosos que Júlio Dantas escreveu sobre Mac-Bride, para afirmar que o que disse sobre o eminente médico, glorioso soldado, estudioso e artista, não foi motivado pela amizade, mas pela verdade que se deve ter quando se fala de Mac-Bride.

O sr. governador civil encerrando a sessão, agradeceu ao conferencista o seu valioso trabalho, terminando por afirmar

que, para se engrandecer o que Évora ficou devendo a Mac-Bride e lembrar a sua memória, só um gesto era necessário, o de beijar comovidamente a mão de sua querida irmã ali presente.

## Ao Dr. Costa Andrade

No dia 24 de Janeiro foi prestada, em Mafra, uma significativa homenagem ao Dr. Artur da Costa Andrade, que, naquela vila, desempenhou durante 25 anos as funções de médico municipal e subdelegado de Saúde daquele concelho.

Na sala das sessões da Câmara viam-se muitas entidades oficiais e civis, assim como delegações dos bombeiros de Mafra, Ericeira e Malveira, e muitos médicos e amigos do homenageado. Além da comissão promotora, constituída pelo presidente da Câmara, srs. capitão João Lopes; Prof. Francisco Rebelo Gonçalves; Dr. Domingos Machado Pereira e Dr. António Bento Franco, estiveram presentes o sr. conselheiro Nunes da Rica, general Pinto Ribeiro, director da Arma de Infantaria; Dr. Norton de Matos, major Carrasco, eng. Emídio Teixeira Pinto, rev. Vicente Duarte, João Jorge da Silva, etc. Falaram os srs. capitão João Lopes em nome do município; Dr. Francisco Rebelo Gonçalves, pela comissão organizadora; Dr. Bento Franco, Prof. Agostinho de Almeida, Guilherme Ferreira Assunção e Dr. Alexandre Galvão, que exaltaram as qualidades de carácter e de saber do homenageado, o qual no final, a todos agradeceu.

## Ao Dr. Lacerda e Sousa

Por iniciativa de um grupo de antigos internados do sanatório de Santa Maria, da Estância Sanatorial do Caramulo, realizou-se, num restaurante da

capital, um almoço de homenagem ao Dr. António Lacerda Pereira e Sousa, durante o qual o homenageado pôde apreciar a amizade que disfrutava entre aqueles que, por virtude da sua competência profissional, têm colhido os benefícios desejados.

## Ao Dr. Azevedo e Castro

Promovida por um grupo de amigos, de que faziam parte os Drs. Fernando Pais de Almeida e Silva, presidente da Câmara Municipal de Caldas da Rainha; Júlio Lopes, presidente da comissão concelhia da U. N.; Leonel de Sotto-Maior, director da Escola Comercial e Industrial; e João Montes, vogal da comissão municipal de Turismo, realizou-se na sala de sessões dos Paços do Concelho daquela cidade uma festa de homenagem ao Dr. Mário de Azevedo e Castro, subdelegado de Saúde do concelho e director do Dispensário de Profilaxia Social, cargos que exerce há 20 anos e em que tem demonstrado o seu alto valor clínico e desvelo pelos pobres, que nele têm um grande amigo. Na sessão, presidida pelo Dr. Fernando Pais de Almeida e Silva, estiveram todas as entidades oficiais, além de muito povo, que quiseram assim patentear o seu agradecimento a quem devotada e desinteressadamente tem trabalhado para o bem comum. Usaram, da palavra, os Drs. Leonel Sotto-Maior, pela comissão organizadora; Gorjão Henriques, delegado de Saúde do distrito; Mário Correia Mendes, como médico mais antigo desta cidade, e o presidente da Câmara, os quais realçaram as qualidades de médico e de cidadão do Dr. Mário de Castro.

Depois das palavras de agradecimento do festejado, o sr. presidente da Câmara entregou-lhe um microscópio, oferecido por subscrição pública, e que vai ser colocado no Dispensário de Profilaxia Social, e uma pasta que contém as listas das pessoas que se subcreveram e que se elevam a alguma centenas.

PARA RESTABELEECER O EQUILÍBRIO DO SISTEMA NERVOSO

# N E R S A N

E L I X I R

O **NERSAN** é o MEDICAMENTO QUE, de há muito, A CLÍNICA IMPÔS como CALMANTE, SEDATIVO e ANTI-ESPASMÓDICO para a TERAPÊUTICA de:

**ANSIEDADE \* INSÓNIAS \* NERVOSISMO**

**LABORATÓRIO FIDELIS**

## Academia das Ciências

Reuniu-se no dia 18 do mês passado, sob a presidência do Prof. Egas Moniz, a classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa. Depois de uma saudação do presidente da classe ao almirante Gago Coutinho, pelo seu 85.º aniversário natalício, o Prof. Almeida Lima apresentou uma comunicação sobre «Hemorragias cerebrais devidas a rotura aneurismática», que fez acompanhar de projecções. O conferencista apresentou dois casos de grandes hemorragias cerebrais, tratados cirurgicamente pelo esvaziamento do hematoma e laqueação da rotura aneurismática, que lhe dera origem. Saliu a necessidade do estudo angiográfico nestes casos, pois é o único meio de instituir a terapêutica correcta, que permite curar este tipo de hemorragia cerebral. Foi num destes casos que, pela primeira vez, na clínica neurológica da Faculdade de Medicina foi usado o novo método da tensão arterial regulado pelas drogas ganglioplégicas. Falaram sobre este trabalho, com vivos elogios, os Profs. Celestino da Costa e Egas Moniz.

### Dr. Horácio Pereira

A seu pedido, foi transferido para o Serviço n.º 1 do Hospital de Arroios, que passa a dirigir, o Dr. Horácio Augusto Cordeiro Pereira, que se encontrava a dirigir o Serviço n.º 1 do Hospital Curry Cabral.

Neste hospital foi-lhe prestada uma homenagem, no dia 29 de Janeiro, a qual, promovida pelo pessoal de enfermagem, teve a colaboração do corpo clínico.

Falou em nome de todos, o Dr. Eugénio Mac Bride, director clínico do hospital, para elogiar o Dr. Horácio Pereira e dizer da mágoa com que todos o viam afastar-se do seu convívio. O homenageado, a quem foram entregues algumas lembranças, agradeceu.

\*

Na mesma data, o Enfermeiro-Mor dos H. C. L., Dr. Emilio Faro, louvou o Dr. Horácio Pereira, pelo seu zelo, competência e espírito de organizador, bem patenteado na direcção do Serviço que acabava de deixar, bem como pelo interesse científico particularmente manifestado por ele e demais médicos do mesmo Serviço, pelos progressos terapêuticos da tuberculose pulmonar.

## Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Reuniu no dia 30 de Janeiro a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, sob a presidência do Prof. J. Moniz de Bettencourt. Depois de terem sido tratados alguns assuntos de ordem interna, entre eles o da representação da Sociedade no próximo Congresso Internacional de Cardiologia, a realizar, em Setembro, em Washington, foram apresentadas as se-

guintes comunicações: «Alterações electrocardiográficas no decurso da brucelose tratada com sulfadiazina e estreptomina», pelo Dr. Antunes de Azevedo, de Coimbra; «Localização especial dos dipolos cardíacos», pelo Dr. Araújo Moreira, de Lisboa; «Estudo das alterações electrocardiográficas em grávidas normais», pelo Dr. Barreto Fragoso, de Lisboa; «O balistocardiograma na grávida normal», pelo Dr. Nogueira da Costa, de Lisboa; «As infiltrações pré-aórticas de novocaína no tratamento do angor-Pectoris», pelo Dr. Prista Monteiro, de Lisboa; e «Sobre vasomotricidade pulmonar», pelo Dr. Robalo Cordeiro, de Coimbra.

Foi, ainda, decidido que a próxima reunião da Sociedade, em Março, se realize no Porto.

## X Congresso da Sociedade Latina de Otorrinolaringologia

Realiza-se em Lisboa e no Estoril, de 5 a 8 de Abril próximo e sob o patrocínio do sr. Presidente da República, o X Congresso da Sociedade Latina de Otorrinolaringologia, para o qual já estão inscritos os maiores nomes da Otorrinolaringologia de todos os países latinos, europeus e da América do Sul. É a primeira vez que se realiza no nosso País, um congresso daquela especialidade, ao qual presidirá o Prof. Carlos Larroude, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL  
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

**I O D O P<sub>2</sub>**  
AMPOLAS-GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO  
COM SOLU P<sub>2</sub>

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES  
HEMORRÁGICOS. MELHOR  
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

# VIDA MÉDICA

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 1 a 6 de Março)

**Dia 1**—De Moncorvo informam que beneméritos locais, Srs. Aníbal Teixeira e esposa, oferecem ao Estado seis mil metros de terreno para a construção do Hospital subregional.

—Chega a Lisboa, acompanhado de sua esposa, o Dr. Guilherme Centeno, que a convite da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, vem realizar conferências e operações cirúrgicas no nosso País.

**2**—Regressa da Suíça, o Prof. Dr. Carlos Salazar de Sousa, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

—Informam de Ponte do Lima que a Direcção Geral de Assistência atribui ao Hospital da Misericórdia desta vila, para o ano corrente, o subsídio de cooperação de 54.000\$00.

Também por despacho Ministerial é concedido a esta prestante instituição de caridade, para ajuda da construção do seu novo Hospital, o subsídio ordinário de 100 contos.

**3**—Pelo Ministro das Obras Públicas são concedidas, entre outras, as seguintes participações, provenientes do «Fundo do Desemprego»:

A Santa Casa da Misericórdia de Anadia, para aquisição de material destinado ao Hospital de Sangalhos, 4.240\$00.

A Santa Casa da Misericórdia de Odemira, para construção, no seu hospital, de um pavilhão destinado a infecto-contagiosos, 151.100\$00.

A Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, para obras de ampliação do pavilhão de cirurgia do seu hospital, 42.000\$00.

—Regressa a Lisboa, o Prof. Diogo Furtado, director do serviço de neurologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, que a convite oficial deu algumas lições na Policlínica Universitária e nas clínicas médica e de neurologia de Genebra.

**4**—O Dr. Munlfordt, do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo, realiza, na Sociedade de Geografia, às 21,30 horas, uma conferência, em língua alemã, subordinada ao tema: «Impressões de viagem a Cabo Verde e Guiné». A conferência é ilustrada com projecções.

—Presidida pelo Prof. Egas Moniz, secretário pelo Prof. Pereira Forjaz, reúne-se a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, à qual assistem muitos aacadémicos.

É concedida a palavra ao Prof. Barbosa Soeiro, que se ocupa da vida do anatómico Alonso Rodriguez de Guevara, com exposição de numerosos elementos históricos, pouco conhecidos e de alto interesse.

O Prof. Maximino Correia felicita vivamente o conferente.

**5**—Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, realiza-se à noite a sétima sessão extraordinária — reunião conjunta com a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, que é presidida pelo Prof. Celestino da Costa que faz a apresentação do orador da noite, Dr. J. Agerholm, professor da Universidade de Oxford que na sua conferência científica médica se ocupa largamente das lesões traumáticas dos nervos periféricos.

—No Porto, às 21 horas e meia, realiza-se, na sede da Liga Universitária Católica, Rua de Cedofeita, 376, a segunda conferência do Círculo de Estudos do Sector dos Médicos.

É conferencista o Dr. Inácio de Salcedo, que desenvolve o tema «Deveres

Médicos Pré-Matrimoniais (Esterilidade—Doenças Contagiosas—Idade—Parentesco).

**6**—Iniciam-se, no Porto, as comemorações do 28.º aniversário da inauguração do dispensário central e da sede da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, que se prolongam nos dias seguintes. Na sessão de homenagem fala, além do seu director Dr. Lopes Rodrigues, o Prof. Almeida Garrett.

—No Porto, na Faculdade de Medicina, apresentam trabalhos nas sessões científicas os Drs. Bragança Tender e Pereira Leite.

### Estrangeiro

Notícias da União Indiana dizem-nos que são necessários mais 145 mil médicos para poder-se executar o plano do Ministério da Saúde. Assim, para obviar aos inconvenientes do atraso que resultariam pela demora da formação de novos médicos, vão ser criados casos de «auxiliares médicos», de duração de dois anos de estudo.

—Em Houston (E. U. A.) reuniu, em Fevereiro, a Academia Americana de Alergia.

—Reuniu, também em Fevereiro, a 5.ª Academia novaiorquina de Ciências, secção de Biologia tendo como tema da conferência a Reserpina e outros alcalóides da Ranwolfia serpentina.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar de médico municipal da 3.ª área, com sede e residência obrigatória na freguesia de Marinhas (Salvaterra de Magos).

—Para provimento do cargo de médico municipal do partido de Pavia (Mora), com sede na vila do mesmo nome.

—Para o provimento do cargo de médico do partido municipal da freguesia de Colos (Odemira).

Vão iniciar-se brevemente as obras de construção do Posto Hospitalar da Vila de Barreiros (Maia), tendo já a Câmara adquirido os respectivos terrenos.

—Em Braga, o Sindicato dos Profissionais de Enfermagem vai comemorar o dia de S. João de Deus.

### Estrangeiro

Em Londres, em 20 de Março, tem a sua reunião anual a Sociedade de Bioquímica.

—Na mesma cidade, a 24 de Março, reúne a secção de Endocrinologia da Real Sociedade de Medicina.

—Em Berne, reúne a 28, a Sociedade Suíça de Oftalmologia.

—Em Buenos Aires, reúne de 20 a 28 de Abril, o XIV Congresso Internacional de Medicina Militar.

—Em S. Paulo, Brasil, reúne o Colégio Internacional de Cirurgiões, de 64 de Abril a 2 de Maio.

—Nas Universidades de Marburgo e Francfort, Alemanha, realizam-se durante o corrente mês comemorações dos centenários do nascimento de Paul Ehrlich e Emil v. Behring.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 25-2-54 a 3-3-54)

27-2

Dr. Carlos Alberto Fernandes da Costa —classificado em mérito relativo no concurso para interno do internato complementar de urologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

1-3

Dr.ª Idília Guedes —classificada em mérito relativo no concurso para interno do internato complementar do serviço de Sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

3-3

Dr. Mário Simões Trincão, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra —reconduzido por mais um biénio no cargo de secretário da mesma Faculdade.

—A Câmara Municipal de Silves declara que para o provimento do lugar de médico municipal do partido com sede e residência obrigatória em Alcantarilha do referdo concelho, foi nomeado o Dr. Joaquim Pereira Neves.

## A Família Médica

### Casamentos

Na igreja de Nossa Senhora de Fátima, celebrou-se no dia 30 de Janeiro o casamento da sr.ª D. Maria Luísa Salazar de Sousa, filha da sr.ª D. Maria del Pilar Salazar de Sousa e do Prof. Carlos Salazar de Sousa, com o eng.º Rodrigo Maria Otero Ferreira de Bivar, filho da sr.ª D. Maria Emília Otero Ferreira de Bivar e do coronel Américo de Bivar, já falecido.

Foram padrinhos, por parte da noiva, seus pais; e, por parte do noivo, sua mãe e seu tio, o comandante Otero Ferreira.

Após a cerimónia, realizou-se um «copo de água» na residência dos pais da noiva, estando presentes numerosas individualidades da maior representação nacional.

## FALECIMENTOS

### Faleceram:

Em Lisboa, o Dr. Tomás de Borba Vieira, de 67 anos, médico na capital, e natural de Ponta Delgada.

—Em Santo Amaro de Oeiras, a sr.ª D. Rosa Paula Borges Leal Sotto Mayor Santiago de Carvalho, mãe do Dr. Rodrigues Santiago, médico na Figueira da Foz.

—Em S. Romão, a sr.ª D. Maria Alfreda de Barros e Cunha Ferreira da Fonseca, mãe do Dr. Hortênsio Ferreira da Fonseca, médico da Armada.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes 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 Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre 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 Moraes, 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 Antitrocomatosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio 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 (Fisiologista 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 Real (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 — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com 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

## INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300 000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

# BISMUCILINA INFANTIL

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

