

380

BOLETIM



DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(Publicado de harmonia com o art. 73.º do decreto n.º 5:736)

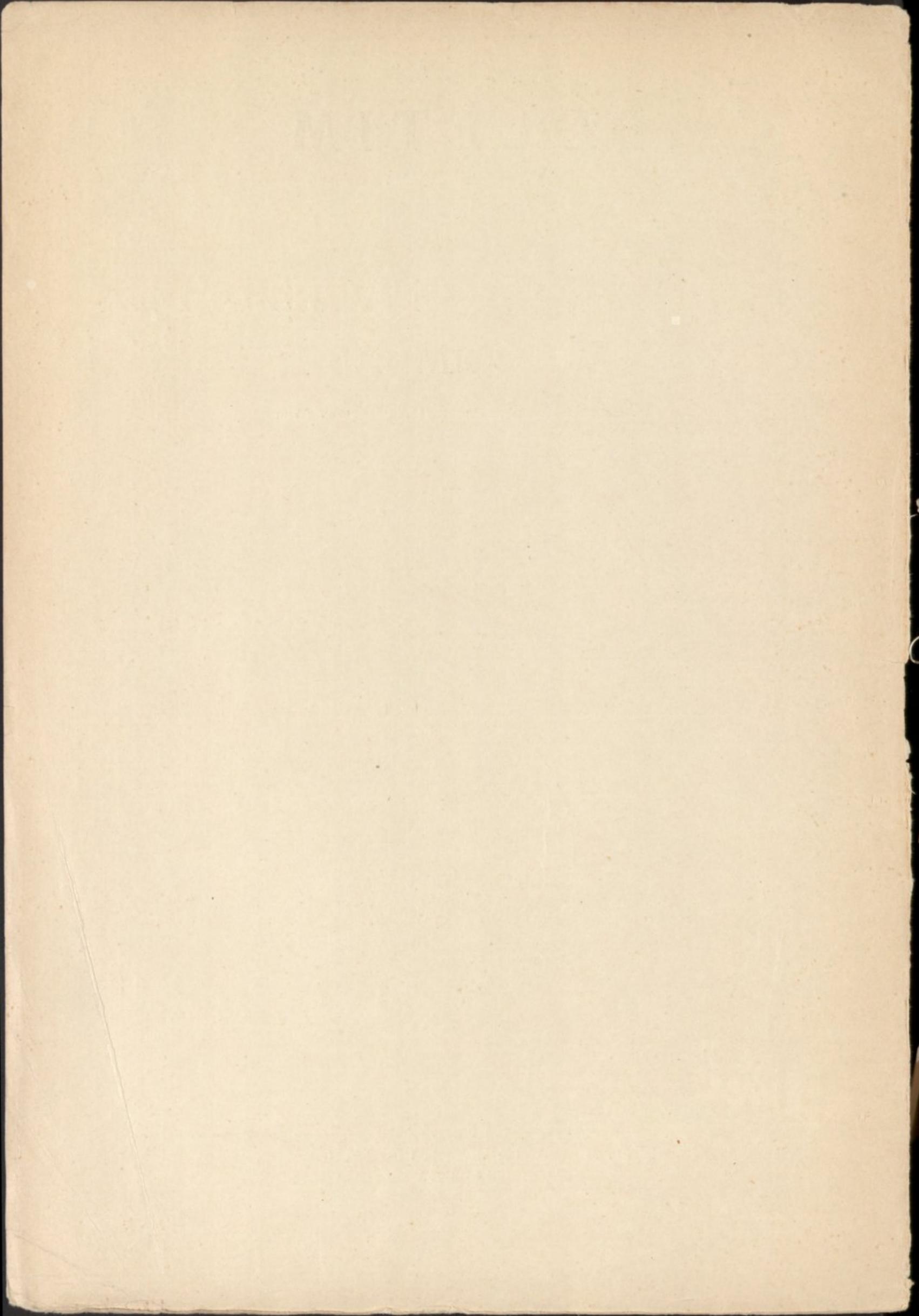
VOLUME IX



10
1
24
31

1941

TIP. DA COIMBRA EDITORA, L.ª DA
COIMBRA



BOLETIM

DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE
DE COIMBRA

(Publicado de harmonia com o art. 72.º do decreto n.º 4736)

10

1

24

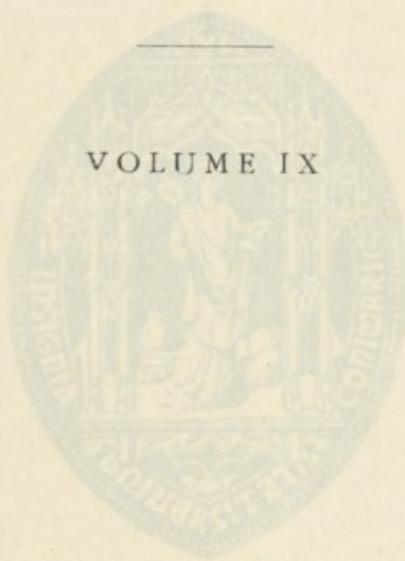
31

BOLETIM

VOLUME IX

DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE
DE COIMBRA



VOLUME IX

1940

TIP. DA COIMBRA EDITORA, L.P.A.
Composto e impresso nas Oficinas de COIMBRA EDITORA, L.P.A.

BOLETIM

202

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE
DE COIMBRA

VOLUME IX

BOLETIM

DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(Publicado de harmonia com o art. 73.º do decreto n.º 5:736)

VOLUME IX

Orçamento ordinário da receita e des-
pensa para o ano económico de 1940



1940

TIP. DA COIMBRA EDITORA, L.^{DA}

COIMBRA

BOLETIM

DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(Publicado de harmonia com o art. 13.º do decreto n.º 2336)

VOLUME IX



1940
TIP. DA COIMBRA EDITORA, L.ª
COIMBRA

Designação da receita.		Importâncias	
		Parcial	Total
RECEITA ORDINÁRIA			
Artigo 1.º	Juros de obrigações, de 6 ^o / _o , do Banco Nacional Ultramarino	54\$00	
	Juros de obrigações, de 5 ^o / _o , da Companhia Geral de Crédito Predial Português	22\$50	
	Rendimento anual proveniente do «Título de Renda Perpétua n.º 164» . .	8:706\$00	8:782\$50
Artigo 2.º	Prestação anual da Misericórdia de Coimbra	600\$00	
	Rendimento do Balneário	13:497\$26	
	Tratamento de doentes civis a pagar, companhia a doentes e piso da sala de operações.	799:236\$33	
	Tratamento de vítimas de acidente no trabalho e piso da sala de operações	24:366\$33	
	Tratamento de doentes pobres a cargo das misericórdias e câmaras muni- cipais	316:703\$68	
	Tratamentos no Banco a vítimas de acidente no trabalho	3:122\$33	
	Produto da venda de medicamentos	130:922\$20	
	Produto do cêrcio de S. Jerónimo, objectos inúteis, espólio de doentes falecidos nos Hospitais, etc.	41:928\$66	1.330:376\$70
Artigo 3.º	Comedorias aos empregados	2:251\$00	
	Rendimento das visitas aos doentes	56:107\$83	
	Produto da venda de resíduos das cozinhas	5:283\$33	
	Consultas externas de cirurgia e medicina.	4:135\$66	
	Radiografias	19:562\$50	87:340\$32
TABELA ORÇAMENTAL DO MINISTÉRIO DO INTERIOR (Cap. 6.º — Art. 196.º — N.º 1 — Alinea d)			
<i>Subsídio do Estado:</i>			
Artigo 4.º	Para auxiliar as receitas e ocorrer ao excesso de despesas, incluindo pessoal	4.556:278\$00	
	Para aquisição de caldeiras geradoras de vapor de alta pressão, respec- tivos acessórios e montagem.	1.193:722\$00	5.750:000\$00
			7.176:499\$61

Artigos	N.º	Alíneas	Quantidade	Designação da despesa
DESPESAS COM O PESSOAL				
Remunerações certas ao pessoal em exercício				
PESSOAL DOS QUADROS APROVADOS POR LEI				
Direcção, serviços de expediente e serviços administrativos				
			1	Direcção
			1	Chefe dos serviços de expediente
			1	Chefe dos serviços administrativos
			2	Secundários oficiais
			1	Tercelários oficiais
			2	Assistentes
			2	Facilitadores de 2.ª classe
			1	Tecnário
Aprovação ministerial				
			2	Secundários
E				
VISTO DO SUB-SECRETARIADO DE ESTADO DAS FINANÇAS				
Clínicas, inspecção sanitária e escolas de enfermagem				
			11	Direcção de clinica (a)
			1	Inspector sanitário
			4	Professores de escolas de enfermagem
			2	Internos
Aprovado por despacho de S. Ex.ª o Sr. Ministro em 20 de Março findo e visado por S. Ex.ª o Sr. Sub-Secretário de Estado das Finanças, em 2 do corrente mês.				
Direcção Geral de Assistência, 11 de Abril de 1940.				
Pelo Chefe da Repartição, (a) <i>António Pereira Simões</i> .				
(Lugar do selo branco, com os seguintes dizeres: MINISTÉRIO DO INTERIOR — Direcção Geral de Assistência).				
Farmácia				
			1	Chefe dos serviços farmacêuticos
			1	Primeiro assistente de farmácia
			1	Segundo assistente de farmácia
			2	Primeiros ajudantes de farmácia
			2	Segundos ajudantes de farmácia
			2	Praticantes de farmácia
Atendimento pessoal de limpeza e cozinhas				
			1	Fei
			2	Auxiliares de fei
			40	Auxiliares de limpeza
			10	Serventes criadas
			1	Cozinheira chefe
			2	Cozinheiras
Pessoal médico				
			1	Medicinas-chefe
			1	Exercitantes-médicos

Artigos	N.ºs	Alíneas	Designação da despesa			
1.º	1)	a)	DESPESAS COM O PESSOAL			
			Remunerações certas ao pessoal em exercício			
			PESSOAL DOS QUADROS APROVADOS POR LEI			
			Direcção, serviços de expediente e serviços administrativos			
			1	Director		
			1	Chefe dos serviços de expediente		
			1	Chefe dos serviços administrativos.		
			2	Segundos oficiais		
			4	Terceiros oficiais		
			5	Aspirantes		
			5	Escriturários de 2.ª classe		
			1	Tesoureiro		
						<i>Compensação de vencimentos (Dec. n. 26:115 e despacho ministerial de 16 de Julho de 1936):</i>
			2	Segundos oficiais		
			1	Terceiro oficial		
			b)	Clínicas, inspecção sanitária e escola de enfermagem		
				11	Directores de clínica (a).	
				1	Inspector sanitário.	
				4	Professores da escola de enfermagem	
				9	Internos	
				c)	Polícia hospitalar, enfermarias e telefones	
					1	Fiscal
					6	Porteiros.
					15	Enfermeiros-chefes.
15	Enfermeiros sub-chefes					
18	Enfermeiros de 1.ª classe					
50	Enfermeiros de 2.ª classe					
25	Praticantes de enfermagem					
2	Auxiliares de telefonista.					
d)	Farmácia					
	1	Chefe dos serviços farmacêuticos				
	1	Primeiro assistente de farmácia				
	1	Segundo assistente de farmácia				
	2	Primeiros ajudantes de farmácia				
	2	Segundos ajudantes de farmácia.				
	2	Praticantes de farmácia				
	e)	Armazém, pessoal de limpeza e cozinhas				
		1			Fiel	
		2			Auxiliares de fiel	
		40	Auxiliares de limpeza.			
		70	Serventes-criadas.			
		1	Cozinheiro-chefe.			
		5	Cozinheiros			
		f)	Pessoal operário			
			1	Maquinista-chefe		
			1	Serralheiro-mecânico.		
						<i>A transportar</i>

Vencimentos individuais			Total por secções de serviço	Importâncias		
Vencimento	Gratificação	Total por classes		Par números	Par artigos	Total
	4:800\$00	4:800\$00				
19:200\$00		19:200\$00				
19:200\$00		19:200\$00				
14:400\$00		28:800\$00				
10:800\$00		43:200\$00				
8:400\$00		42:000\$00				
7:200\$00		36:000\$00				
10:800\$00		10:800\$00				
822\$00		1:644\$00				
1:175\$83		1:175\$83	206:819\$83			
	2:400\$00	26:400\$00				
	2:400\$00	2:400\$00				
	2:400\$00	9:600\$00				
	4:200\$00	37:800\$00	76:200\$00			
12:000\$00		12:000\$00				
6:600\$00		39:600\$00				
9:600\$00		144:000\$00				
8:400\$00		126:000\$00				
7:200\$00		129:600\$00				
6:600\$00		330:000\$00				
4:800\$00		120:000\$00				
3:600\$00		7:200\$00	908:400\$00			
15:600\$00		15:600\$00				
13:200\$00		13:200\$00				
10:800\$00		10:800\$00				
9:600\$00		19:200\$00				
8:400\$00		16:800\$00				
6:000\$00		12:000\$00	87:600\$00			
8:400\$00		8:400\$00				
6:000\$00		12:000\$00				
4:200\$00		168:000\$00				
2:400\$00		168:000\$00				
6:000\$00		6:000\$00				
4:800\$00		24:000\$00	386:400\$00			
7:800\$00		7:800\$00				
7:200\$00		7:200\$00				
		15.000\$00	1.665:419\$83	-#-	-#-	-#-

Artigos	N.ºs	Alineas	Designação da despesa
1.º	1)	f)	<p align="center">DESPEAS COM O PESSOAL</p> <p align="right"><i>Transporte</i></p> <p>1 Caldeireiro</p> <p>4 Fogueiros</p> <p>1 Aprendiz de serralheiro</p> <p>1 Electricista-chefe</p> <p>1 Ajudante de electricista</p> <p>1 Aprendiz de electricista</p> <p>1 Chefe de obras e oficinas</p> <p>6 Pedreiros</p> <p>2 Trabalhadores</p> <p>1 Jardineiro</p> <p>1 Carpinteiro-mestre</p> <p>1 Marceneiro</p> <p>2 Carpinteiros</p> <p>2 Aprendizes de carpinteiro</p> <p>1 Brochante</p> <p>1 Aprendiz de brochante</p> <p>1 Costureira-chefe</p> <p>12 Costureiras</p> <p>1 Alfaiate</p> <p>1 Colchoeiro</p> <p>1 Lavandeira-chefe</p> <p>10 Serventes-lavadeiras</p> <p>2 Barreiros</p> <p>2 Condutores de viaturas</p> <p align="center"><i>Compensação de vencimentos: (Dec. n.º 26:115 e despacho ministerial de 16 de Julho de 1936):</i></p> <p>1 Maquinista-chefe</p> <p>1 Electricista-chefe</p> <p>1 Costureira-chefe</p>
2.º	2)		<p align="center">PESSOAL ASSALARIADO</p> <p>Diverso pessoal que fôr necessário admitir para desempenhar funções que não podem ser executadas pelo pessoal do quadro</p> <p align="center">OUTRAS DESPESAS COM O PESSOAL</p> <p><i>Abonos para falhas:</i></p> <p>Tesoureiro (Decreto-lei n.º 28:926)</p> <p><i>Alimentação:</i></p> <p>Para alimentação de serventes-criadas, tirocinantes a prestar serviço gratuito e dos médicos internos</p> <p>Fardamentos, resguardo e calçado</p> <p align="center"><i>Serviços Administrativos</i></p>
3.º	1)		<p align="center">DESPEAS COM O MATERIAL</p> <p align="center">AQUISIÇÕES DE UTILIZAÇÃO PERMANENTE</p> <p align="center">Semoventes</p> <p>Viaturas com motor:</p> <p>Uma caminheta para transporte de mercadorias</p> <p align="right"><i>A Transportar</i></p>

Vencimentos Individuais			Total por secções de serviço	Importâncias		
Vencimento	Gratificação	Total por classes		Por números	Por artigos	Total
		15:000\$00	1.665:419\$83			
6:000\$00		6:000\$00				
4:800\$00		19:200\$00				
1:800\$00		1:800\$00				
7:800\$00		7:800\$00				
4:800\$00		4:800\$00				
1:800\$00		1:800\$00				
12:318\$00		12:318\$00				
4:200\$00		25:200\$00				
3:000\$00		6:000\$00				
4:800\$00		4:800\$00				
6:000\$00		6:000\$00				
4:800\$00		4:800\$00				
4:200\$00		8:400\$00				
1:800\$00		3:600\$00				
6:000\$00		6:000\$00				
1:800\$00		1:800\$00				
5:400\$00		5:400\$00				
4:320\$00		51:840\$00				
4:800\$00		4:800\$00				
4:800\$00		4:800\$00				
5:400\$00		5:400\$00				
4:320\$00		43:200\$00				
4:800\$00		9:600\$00				
7:200\$00		14:400\$00				
4:518\$00		4:518\$00				
4:518\$00		4:518\$00				
810\$00		810\$00	284:604\$00	1.950:023\$83		
			73:423\$28	73:423\$28	2.023:447\$11	
			1:200\$00	1:200\$00		
			152:000\$00	152:000\$00		
			50:000\$00	50:000\$00	203:200\$00	2.226:647\$11
			35:000\$00	35:000\$00		
				35:000\$00		2.226:647\$11

Artigos	N.ºs	Alíneas	Designação da despesa
			<i>Transporte . . .</i>
	2)		Móveis
		a)	Máquinas, aparelhos, instrumentos e utensílios, tais como: Aparelhos e instrumentos para a continuação da instalação do Instituto de Cardiologia e outros para a do Laboratório de Medicina e Cirurgia Experimental. Aparelho «Scialyscope BBT», destinado ao ensino de cirurgia. Diversos maquinismos, aparelhos, instrumentos e utensílios destinados aos diversos laboratórios, salas de operações, Banco e consultas externas e bem assim a outros serviços clínicos, cirúrgicos e industriais. Diversas ferramentas, livros, publicações, revistas e respectivas encadernações e outros não mencionados . . .
		b)	Caldeiras geradoras de vapor de alta pressão, respectivos acessórios e sua montagem
		c)	Mobiliário de tipo hospitalar e outros
4.º			DESPESAS DE CONSERVAÇÃO E APROVEITAMENTO DE MATERIAL
	1)		De imóveis
		a)	Prédios urbanos: Materiais de construção civil e outros para a conservação e manutenção dos diversos edifícios, esgotos, cerca e jardins, incluindo as instalações de água, electricidade, sanitárias, aquecimento central, campainhas e diversas despesas com a beneficiação e reparação das instalações já existentes, incluindo pessoal eventual para as reparações urgentes
		b)	Materiais para a continuação da instalação da rede de aquecimento, que abrangerá os edifícios do Colégio das Artes e S. Jerónimo, incluindo a do edificio denominado Casa da Administração. Beneficiação dos serviços de cozinhas e de esterilização, etc., e bem assim a respectiva montagem
	2)		De semoventes
			Veículos com motor: Manutenção e reparação das caminhetas e auto-macas, incluindo gasolina, óleos e aluguer de taras
	3)		De móveis
		a)	Sobresalentes e outras peças e materiais destinados à conservação, beneficiação e funcionamento dos móveis (máquinas, aparelhos, instrumentos e utensílios).
		b)	Conservação e reparação do mobiliário de tipo hospitalar e outros . . .
5.º			MATERIAL DE CONSUMO CORRENTE
	1)		Impressos para os diversos serviços hospitalares
	2)	a)	Artigos de expediente e diverso material não especificado: Artigos para as diversas secções e enfermarias, serviços de secretaria e outros, tais, como, livros de escrita, papel timbrado, assinatura do <i>Diário do Governo</i> , encadernações de documentos para o arquivo e outras pequenas reparações e artigos não especialmente descritos . .
		b)	Artigos para as secções das clínicas médicas e cirúrgicas: Catguts e sêdas, agrafes, agulhas, seringas, artigos de borracha e goma para as salas de operações e clínicas médicas, cirúrgicas, urológicas, etc.
		c)	Material de laboratório e consumo nas enfermarias: Fracos, vidros, provetas, tubos, cápsulas e artigos de alumínio e ferro esmaltado destinados aos laboratórios e enfermarias
			<i>A Transportar . . .</i>

Vencimentos individuais			Total por secções de serviço	Importâncias		
Vencimento	Gratificação	Total por classes		Por números	Por artigos	Total
			35:000\$00			2.226:647\$11
			320:000\$00			
			1.193:722\$00			
			50:000\$00	1.563:722\$00	1.598:722\$00	
			157:665\$07			
			150:000\$00	307:665\$07		
			25:000\$00	25:000\$00		
			50:000\$00			
			15:000\$00	65:000\$00	397:665\$07	
			20:092\$46	20:092\$46		
			37:003\$15			
			140:000\$00			
			51:600\$00			
			228:603\$15	20:092\$46	1.996:387\$07	2.226:647\$11

Artigos	N.ºs	Alíneas	Designação da despesa
			<i>Transporte</i>
		d)	Películas fotográficas e outros artigos correlativos aos serviços de Roent-genterapia e aos do laboratório de filmagem e fotografia da secção cirúrgica
		e)	Roupas de camas e colchoaria e outros artigos inerentes à sua confecção .
		f)	Drogas, medicamentos, ligaduras para pensos, celulose, algodão e gaze hidrófilos
		g)	Combustíveis: Carvão e lenha para a central geradora de vapor, que abastece os serviços das cozinhas e Lavandaria, Banco e Consultas Externas, Laboratórios, Balneário, Enfermarias, Gabinetes de Consultas e tratamentos e outras dependências hospitalares, incluindo petróleo para esterilizações
			PAGAMENTO DE SERVIÇOS E DIVERSOS ENCARGOS
6.º			DESPESAS DE HIGIENE, SAÚDE E CONFORTO
	1)		Luz, aquecimento, água, lavagem e limpeza: Energia eléctrica, petróleo, água, sabão, potassa e cloreto para lavagem de casas e roupas, e outras matérias primas para limpeza e desinfecção, incluindo pessoal eventual para ocorrências urgentes
7.º			DESPESAS DE COMUNICAÇÕES
	1)		Correios e telégrafos
	2)		Telefones (internos e externos, incluindo reparações)
	3)		Transportes.
8.º			ENCARGOS DAS INSTALAÇÕES
	1)		Seguros das propriedades
9.º			ENCARGOS ADMINISTRATIVOS
	1)		Alimentação, vestuário e calçado (destinados aos doentes)
	2)		Publicidade e propaganda: Anúncios no <i>Diário do Governo</i> e noutros jornais (exceptuando os que respeitarem a fornecimentos e concursos), boletins dos Hospitais e da Assistência Pública, etc.
	3)		Pagamento de serviços e encargos não especificados: Prémios de transferência de vales do correio e cheques
10.º			OUTROS ENCARGOS
	1)		Fôrça motriz
	2)		Legado às recolhidas do Paço do Conde.
			De anos económicos findos: <i>Despacho de S. Ex.ª o Ministro do Interior, de 30 de Setembro de 1939:</i>
11.º		1)	Auxiliar de limpeza (Manuel Guilherme, período compreendido entre a suspensão e a sua reintegração, de 17/9/1937 até 5/3/1939, inclusivé)
			<i>Total</i>

(a) Além do número de 10 directores de clínica, fixado no quadro do decreto-lei n.º 28:926, de 17 de Agosto de 1938, inscreve-se mais 1 director de clínica, por virtude do despacho de S. Ex.ª o Ministro do Interior, de 2 de Fevereiro p. p., devidamente visado pelo Tribunal de Contas, em 7 do mesmo mês, (*Diário do Governo* n.º 34, II série, de 12 de Fevereiro de 1940).

Vencimentos individuais			Total por secções de serviço	Importâncias		
Vencimento	Gratificação	Total por classes		Por números	Por artigos	Total
			228:603\$15	20:092\$46	1.996:387\$07	2.226:647\$11
			130:000\$00			
			130:000\$00			
			800:000\$00			
			161:766\$47	1.450:369\$62	1.470:462\$08	3.466:849\$15
			150:000\$00	150:000\$00	150:000\$00	
			4:000\$00	4:000\$00		
			3:500\$00	3:500\$00		
			5:000\$00	5:000\$00	12:500\$00	
			5:000\$00	5:000\$00	5:000\$00	
			1.220:598\$35	1.220:598\$35		
			9:500\$00	9:500\$00		
			100\$00	100\$00	1.230:198\$35	
			80:000\$00	80:000\$00		
			15\$00	15\$00	80:015\$00	1.477:713\$35
			5:290\$00	5:290\$00	5:290\$00	5:290\$00
						7.176:499\$61

Direcção dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 12 de Março de 1940.

O DIRECTOR,

a) *Angelo Rodrigues da Fonseca.*

Tribunal de Contas

Acórdão de quitação das contas de 1938

Serviço da República

TRIBUNAL DE CONTAS

N.º 3689

Em 10 de Maio de 1940

Conta n.º 978
Ano de 1938
2.ª Repartição
2.ª Secção

Roga-se que na resposta se indiquem os números supra e a data deste documento.

ANEXO

Uma guia em triplicado.

Ao Ex.º Sr. Presidente do Conselho Administrativo dos Hospitais da Universidade de

COIMBRA

Da Direcção Geral do Tribunal de Contas.

Em harmonia com o disposto no § 2.º do art. 19.º do decreto n.º 26:341, de 7 de Fevereiro de 1936, tenho a honra de comunicar a V. Ex.ª que no Tribunal de Contas foi, em 30 de Abril de 1940, proferido acórdão de quitação aos responsáveis pela gerência desse organismo durante o período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 1938.

O mesmo acórdão fixa o débito da respectiva conta em 7.426:849\$61

o crédito em...	7.204:040\$57	
com o saldo de.	<u>222:809\$04</u>	7.426:849\$61

Emolumentos... 16:707\$00

Aproveito a oportunidade de chamar a atenção de V. Ex.ª para o disposto no art. 8.º do decreto-lei n.º 29:174, de 24/11/1938, informando que o referido acórdão considera-se como transitado em julgado decorridos 60 dias a contar da recepção do presente ofício, a qual se dignará acusar.

A Bem da Nação

O Director Geral,

(a) ERNESTO M. DA GAMA.

Conferido:

Tribunal de Contas

Acórdão de quitação das contas de 1938

Serviço da República

Em 10 de Maio de 1940

Ao Ex.^o Sr. Presidente do Conselho Administrativo dos Hospitais da Universidade de

COIMBRA

Da Direcção Geral do Tribunal de Contas

Em harmonia com o disposto no § 2.^o do art. 19.^o do decreto n.º 28.841 de 7 de Fevereiro de 1938, tendo a honra de comunicar a V. Ex.^o que no Tribunal de Contas foi em 30 de Abril de 1940, proferido acórdão de quitação das respectivas contas gerenciais desse organismo durante o período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 1938.

O mesmo acórdão fixa o débito da respectiva conta em 7.428:849\$61

o crédito em... V. 204:040\$7
com o saldo de... V. 428:849\$61

Emolumentos... 15:707\$00

Adoptado a oportunidade de chamar a atenção de V. Ex.^o para o disposto no art. 8.^o do decreto-lei n.º 29.174 de 24/11/1938, informando que o referido acórdão considera-se como transitado em julgado aos 60 dias a contar da recepção do presente ofício, a qual se dignaria renovar.

A Bem da Nação

O Director Geral

(s) ERNESTO M. DA GAMA

TRIBUNAL DE CONTAS
 N.º 1000
 Conta n.º 078
 Ano de 1938
 2.º Departamento
 2.º Secção
 Nota-se que as res-
 postas se referem
 apenas sobre a
 data desta documenta-
 ção
 ARQUIVO
 Das 12h em 17-
 Maio de 1940

Artigos	N.ºs	Alíneas	Designação da receita
5.º			<p align="center">SUBSÍDIO EXTRAORDINÁRIO</p> <p align="center">Decreto n.º 30.493, de 7 de Junho de 1940, publicado no «Diário do Governo» n.º 131 da 1.ª série</p> <p align="center"><i>Orçamento do Ministério do Interior, alínea d) do n.º 1)</i> <i>do artigo 196.º, capítulo 6.º</i></p> <p>Para satisfazer encargos resultantes da execução de contratos celebrados no ano económico findo, cujas obrigações só se tornam efectivas no actual ano . Para reforçar dotações do orçamento privativo destes Hospitais que se mostram insuficientes</p>
			<p align="center">Designação da despesa</p>
3.º	2)	a)	<p align="center">DESPESAS COM O MATERIAL</p> <p align="center"><i>Aquisições de utilização permanente</i></p> <p align="center">Móveis</p> <p>Máquinas, aparelhos, instrumentos e utensílios:</p> <p>Dois autoclaves «Schaerer» 83.800\$00</p> <p>Um aparelho «Stratix» para radioscopia, radiografia, etc. 64.500\$00</p>
5.º	2)	g)	<p align="center">Material de consumo corrente</p> <p>Combustíveis:</p> <p>Carvão e lenha para a central geradora de vapor que abastece os serviços das cozinhas, Lavandaria, Banco e Consultas Externas, laboratórios, Balneário, enfermarias, Gabinetes de Consulta e Tratamentos e outras dependências hospitalares, incluindo petróleo para esterilizações</p>

Verbas do orçamento ordinário	Verbas a rectificar		Verbas rectificadas	Observações
	Para mais	Para menos		
	148.300\$00		148.300\$00	<p>Aprovado por despacho ministerial de 29 de Junho e visado em 13 de Julho por S. Ex.^a o Sub-Secretário de Estado das Finanças.</p> <p>Direcção Geral de Assistência, 1 de Agosto de 1940.</p> <p>Pelo Chefe da Repartição, (a) <i>António Pereira Simões</i>. (Lugar do selo branco da Direcção Geral de Assistência — MINISTÉRIO DO INTERIOR).</p>
	70.817\$92		70.817\$92	
	219.117\$92		219.117\$92	
320.000\$00	148.300\$00		468.300\$00	<p>Concursos públicos e contratos escritos aprovados por S. Ex.^a o Ministro do Interior em 31/8/1939 e 28/10/1939 e Vistos do Tribunal de Contas em 2/9/1939 e 3/11/1939 — n.^{os} de registos 12.290 e 14.839.</p>
161.766\$47	70.817\$92		232.584\$39	
481.766\$47	219.117\$92		700.884\$39	
219.117\$92	—\$—	219.117\$92	—\$—	
700.884\$39	219.117\$92	219.117\$92	700.884\$39	

Direcção dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 20 de Junho de 1940.

O DIRECTOR,

(a) *Angelo Rodrigues da Fonseca.*

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

Cadeira de Clínica Cirúrgica

Professor Doutor Angelo da Fonseca

I

Plano de ensino

Os ensinios da Clínica Cirúrgica, são feitos:

- a) *Em lições magistraes;*
- b) *Em demonstrações clínicas;*
- c) *Em sessões operatórias;*
- d) *Na observação de doentes e discussão das histórias clínicas nas enfermarias.*

Este plano de ensino assenta num conjunto de elementos de ordem prática, de harmonia com o vasto material de doentes de que dispomos nos nossos Serviços.

São, com efeito, de vários milhares, (cêrca de 36.000 no último ano), os exemplares clínicos que passam em cada ano pelas enfermarias e Consultas externas de Cirurgia, e constituem a base essencial do ensino desta cadeira.

Todos os doentes são aproveitados para a aprendizagem dos alunos, sendo, para êsse efeito, os doentes internados distribuídos regularmente, à medida da sua entrada nas enfermarias. Os doentes internados estão diariamente ao dispor dos alunos, que, para êsse efeito, têm entrada franca nos Hospitais a qualquer hora, sendo-lhes facultados todos os meios de observação e investigação que se tornem necessários em qualquer doente.

Os alunos são obrigados a elaborar a história clínica dos doentes que lhe são distribuídos, registando nela todas as ocorrências clínicas durante o período da hospitalização, sendo cada história apreciada e discutida no sentido de orientar os alunos àcêrca dos conceitos e deduções de ordem clínica em cada doente.

As salas de operações, servidas por um vasto Arsenal Cirúrgico para tôdas as operações de pequena e alta cirurgia, e onde em cada ano se realisam cêrca de 2.000 intervenções cirúrgicas da mais variada natureza, constituem para os alunos da Cadeira um dos elementos importantes de aprendizagem.

O Professor, à medida que executa cada intervenção, vai explicando aos alunos os pontos essenciais da técnica, e faz habitualmente considerações de ordem científica sôbre as indicações dos métodos ou processos operatórios, bem como sôbre os demais problemas clínicos que se relacionam com cada caso.

Antes de ser realizada qualquer intervenção, é apresentada perante os alunos a história clínica detalhada de cada doente, focando em especial as razões da indicação operatória e a natureza da intervenção. E tôdas as operações mencionadas neste programa têm sido realizadas nos nossos Serviços, pois que os nossos ensinamentos recaem sempre sôbre exemplares clínicos.

A Consulta externa de Cirurgia, por onde passam e são tratados em cada ano mais de 35.000 doentes, constitui também um dos elementos importantes de aprendizagem prática dos alunos de Clínica Cirúrgica. Nesta Consulta podem os alunos fazer as suas observações e tratamentos, com a colaboração e coadjuvação do assistente encarregado da Consulta. Para êsse efeito, são os alunos obrigatoriamente escalados, devendo não só assistir à Consulta, mas ainda executar diversas operações de pequena cirurgia e colaborar noutras.

Assim, têm ensejo de se habituar ao manejo do bisturi e aprendem a resolver prontamente os diversos problemas da cirurgia corrente. Os alunos são ainda escalados diàriamente para assistir e colaborar nos serviços de pensos e tratamento dos doentes que depois da primeira consulta ficam em tratamento ambulatório no Banco, observando, assim, a marcha da doença, o tratamento realizado em cada caso e o resultado obtido no fim do tratamento.

Desta forma, os alunos que freqüentam com regularidade êste serviço, podem em cada ano observar muitos milhares de doentes, tendo também ensejo de tratar grande número dêles.

Além de todo êste conjunto de elementos de aprendizagem prática, os alunos têm ainda o Serviço de Socorros Urgentes, no Banco, onde a qualquer hora e fóra das horas regulamentares das aulas, têm oportunidade de observar muitos casos de cirurgia de urgência, podendo também assistir e por vezes colaborar em intervenções urgentes da mais variada natureza. Por êste Serviço passam em cada ano mais de 6.000 doentes que aí são observados, socorridos e muitos operados, podendo os alunos que freqüentarem com assiduidade êste Serviço fazer uma excelente educação neste ramo da Clínica.

Neste Serviço têm oportunidade freqüente de se habituar não só a resolver os delicados e imperiosos problemas do diagnóstico e das indicações operatórias nos casos de urgência, mas ainda de observar a resolução dos diversos problemas de técnica operatória, tão variados e por vezes imprevistos neste ramo da cirurgia. E, assim, têm ensejo de ver executar com freqüência intervenções sôbre o crânio, sôbre o torax, abdomen e outros departamentos orgânicos, pois que são freqüentes neste serviço os casos de fractura de crânio, feridas e perfurações viscerais, e as lesões traumáticas da mais variada natureza.

Como elementos de grande utilidade a apoiar materialmente todo êste vasto conjunto de assistência e ensino, dispõe ainda a cadeira de Clínica Cirúrgica dum moderno e bem apetrechado Laboratório de Raios X. e dum Laboratório de Análises Clínicas, privativos dos Serviços de Cirurgia.

O Laboratório de Raios X., com serviço permanente para os casos urgentes, executa em cada ano mais de 7.000 radiografias. Neste Laboratório está instalada uma moderna Sala de Operações, com mesa radiológica apropriada, para intervenções sob o «contrôle» dos Raios X.

O Laboratório de Clínica Cirúrgica, onde em cada ano se executam mais de 7.000 análises clínicas e de Investigação Científica, faz parte também dos elementos importantes de que dispomos, para poder ministrar um ensino assente em bases científicas e modernas.

II

Programa

I

Afecções cirúrgicas da cabeça

a) — Lesões traumáticas:

1) — Contusões e feridas contusas do coiro cabeludo e da face;
descolamento do coiro cabeludo, scalp;
complicações das feridas da cabeça;
hemorragia e infecção;
tratamento das feridas da cabeça.

2) — Fractura dos ossos da face, sua gravidade e tratamento.

3) — Traumatismos crânio-encefálicos sem fractura;
comoção cerebral, contusão encefálica difusa, hemorragia intra-
-craniana localizada e difusa;
sintomas e diagnóstico diferencial com as fracturas do crânio;
tratamento dos traumatismos do crânio sem fractura — casos em
que está indicado o tratamento cirúrgico;
complicações secundárias, imediatas e tardias dos tramatismos crânio-
-encefálicos sem fractura;
coma traumático, suas causas e diagnóstico diferencial.

4) — Fracturas do crânio;
sintomas e diagnóstico diferencial; o valor da radiografia no dia-
gnóstico das fracturas do crânio;
a punção lombar como elemento do diagnóstico nas fracturas do
crânio;
fracturas da abóbada, fracturas da base e fracturas irradiadas da
abóbada para a base;
fracturas fechadas e fracturas expostas do crânio;
fissuras, amolgamentos, fracturas esquirolosas e fracturas acompa-
nhadas de laceração meningo-encefálica;
os grandes síndromas clínicos nas fracturas do crânio;
a comoção, a contusão e a compressão cerebrais;
sua patogenia, sintomas e diagnóstico diferencial;
os síndromas relacionados com as perturbações da fisio-dinâmica
do líquido céfalo-raquídeo;
hipertensão e hipotensão cranianas, sua patogenia e diagnóstico
diferencial;
a hipertensão bloqueada do L. C. R., suas causas, suas variedades,
e diagnóstico;

o valor da punção lombar associada à prova de Queckenstedt-Stookey no diagnóstico da hipertensão bloqueada;
relações entre a hipertensão craniana bloqueada e a tensão arterial (Albert, Lenormant, Wertheimer e Patel);
apoplexia traumática tardia de Bollinger, suas causas e diagnóstico;
outras complicações secundárias das fracturas do crânio;
meningite traumática e abscesso intra-craniano;
hérnia cerebral traumática, pré e post-operatória, suas causas e gravidade;
a mortalidade nas fracturas do crânio;
complicações tardias das fracturas do crânio;
conduta terapêutica nas fracturas do crânio;
vantagens da trepanação sistemática;
métodos de trepanação craniana nas fracturas da base; indicações e técnica da trepanação de Cushing e da trepanação de Ody;
vantagens e indicações da associação das punções lombares evacuadoras à trepanação craniana;
valor dos métodos terapêuticos de ordem médica para combater os estados de hipertensão e de hipotensão cranianas;
a ineficácia da medicação hipotensiva e hipertensiva pelas injeções endovenosas de soluções hipertónicas;
os processos de hemostase nas hemorragias dos seios da dura-mater;
vantagens e técnica da hemostase pelos retalhos músculo-aponevróticos; hemostase pelo método de Cushing e suas indicações;
a anestesia nas fracturas do crânio;
vantagens do emprêgo da anestesia local; complicações post-operatórias nas fracturas do crânio;
a hemorragia, a infecção e os desequilíbrios da tensão do L. C. R.; cuidados a prestar aos doentes operados de fractura do crânio;
conseqüências tardias das fracturas do crânio; a epilepsia traumática, sua patogenia e tratamento.

b) — Lesões inflamatórias:

- 1) — Abscessos, furúnculos, flegmões, erisipela do coiro cabeludo e da face;
complicações das lesões inflamatórias da cabeça, em particular os furúnculos do lábio superior e do nariz;
tratamento médico-cirúrgico das lesões inflamatórias da cabeça;
a eficácia da vacinação geral e local;
a röntgenterapia nas lesões inflamatórias agudas;
lesões inflamatórias da bôca e das glândulas salivares:
glossite flegmonosa e abscesso da língua; abscessos dentários, amigdalinos e da faringe;
parotidites cirúrgicas; litíase, fistulas, abscessos e quistos das glândulas salivares;
flegmões do pavimento da bôca; angina de Ludwig, seu diagnóstico precoce, gravidade e tratamento; lesões inflamatórias específicas;

tuberculose, sífilis e actinomicose; leucoplasias bucais e faríngeas de origem inflamatória; seu diagnóstico diferencial.

2) — Osteomielite dos ossos do crânio e da face;
complicações e tratamento;
as osteites específicas, seu diagnóstico diferencial e indicações do tratamento cirúrgico; artrite temporo-maxilar, suas causas e tratamento;

c) — Neoplasmas:

1) — tumores benignos: lipoma, fibroma, angioma, linfangioma, condromas, e osteocondromas;
tumores dos maxilares e quistos paradentários; quistos sebáceos, mucóides e dermóides;
diagnóstico diferencial com os tumores malignos;
a cura cirúrgica dos tumores benignos e sua técnica;
indicações e resultados da electro-coagulação nos tumores angiomatosos;
as injeções esclerogêneas e a Röntgenterapia nos tumores vasculares; suas complicações e resultados.

2) — Tumores malignos — sarcoma dos tecidos moles e dos ossos do crânio e da face;
epiteliomas cutâneos e das mucosas da boca e do nariz;
cancro do lábio inferior, sua frequência e suas causas;
diagnóstico e tratamento cirúrgico precoce;
modos de reparação das perdas de substância por cancro do lábio inferior;
os processos de queiloplastia;
indicação e resultados da triangulação da face de Doyen; casos da nossa clínica;
tumores mistos da glândula parótida;
cancro da língua, seu diagnóstico precoce, indicações, limites e resultados do tratamento cirúrgico;
indicações e resultados da radioterapia e da roentgenterapia nos tumores malignos do crânio e da face, em particular nos epiteliomas cutâneos e no cancro da língua e da faringe;
necessidade e vantagens em certos casos de associação da radioterapia ao tratamento cirúrgico, pré e post-operatório.

d) — Estados congênitos do crânio e da face:

meningo-encefalocelos;
tumores branquiais;
lábio leporino simples e complicado;
processos cirúrgicos para o tratamento do lábio leporino nas suas diversas variedades;
processos de Mirault, de Malgaigne e processos usados nas nossas Clínicas;

físio-patologia do lábio leporino e sua importância na escolha dos processos cirúrgicos a usar;
a urano-estafilorrafia, suas técnicas e resultados; os processos de V. Veau, sua realização prática e resultados segundo os casos operados nas nossas clínicas.

II

Afecções cirúrgicas do pescoço

a) — Lesões inflamatórias:

Abcessos, flegmões e antraz;
flegmões superficiais e profundos;
flegmões de Reclus e de Chassaignac;
celulite cervical; adenoflegmões;
adenites cervicais específicas e não específicas;
linfoma tuberculoso — seu diagnóstico diferencial;
tratamento das lesões inflamatórias;
a vacinação e o tratamento cirúrgico pela incisão e drenagem;
perigos que podem resultar da incisão no pescoço e maneiras de os evitar; orientação e lugar de eleição para as incisões;
complicações que podem surgir nas lesões inflamatórias do pescoço e tendência para a sua propagação para o torax;
flegmões peri-faríngeos e esofágicos;
tiroidite supurada, seu diagnóstico diferencial e tratamento;
lesões inflamatórias específicas do pescoço, seu diagnóstico e tratamento cirúrgico; tuberculose ganglionar.

b) — Lesões traumáticas:

contusões, feridas contusas e incisivas;
gravidade das feridas do pescoço, em especial pelo que respeita à hemorragia;
as feridas das artérias e das veias do pescoço;
facilidade das embolias nas feridas das veias;
diagnóstico dos vasos lesados e processos de praticar a hemostase;
a urgência no tratamento das feridas vasculares do pescoço;
as feridas dos nervos do pescoço, sua importância e diagnóstico;
as feridas do esófago, da traqueia e da laringe, seu diagnóstico e tratamento cirúrgico;
fracturas do osso hioide, sua sintomatologia e gravidade.

c) — Neoplasmas benignos:

quistos e tumores branquiais;
quistos mucóides e quistos dermóides;
quistos tiróideos e adenomas da tiróide;
doença de Basedow;
quistos do tractus tiro-glosso;

fistulas branquiais e quistos fistulizados;
lipomas, adenolipomas, fibro-lipomas, condromas e outros tumores benignos do pescoço;
diagnóstico das diversas variedades dos tumores benignos do pescoço;
diagnóstico diferencial com as adenites e diferentes variedades de adenopatias cervicais;
linfa-adenomas, angiomas e linfangiomas do pescoço;
aneurismas cervicais, seu diagnóstico diferencial, sintomatologia e tratamento cirúrgico;
tratamento cirúrgico dos tumores benignos do pescoço;
adenomas das paratiroides e sua importância no metabolismo cálcico do organismo; suas relações com certas distrofias ósseas e em particular com a doença de Recklinghausen;
cuidados a observar no tratamento cirúrgico das lesões da tiróide e das paratiróides; a insuficiência tiróidea e paratiróidea agudas; profilaxia e tratamento da tetania post-operatória.

d) — Neoplasmas malignos:

Sarcoma, epitelioma, tumores mistos, linfo-sarcoma e outros tumores malignos do pescoço; seu diagnóstico diferencial e tratamento cirúrgico; a radioterapia nos tumores cervicais;
indicações do tratamento cirúrgico e limites de operabilidade nos tumores malignos do pescoço;
cancro do corpo tiróide e adenomas degenerados;
seu diagnóstico e tratamento.

III

Afecções cirúrgicas do torax

a) — Lesões traumáticas:

Contusões da parede torácica;
hematomas e equimoses superficiais;
contusão torácica com lesões profundas;
fractura das costelas, sua sintomatologia e complicações que podem originar;
enfisema torácico superficial e do mediastino;
pneumotorax traumático e hemotorax;
feridas da parede torácica e cuidados que se devem ter na sua exploração;
feridas penetrantes do torax, sua gravidade e complicações;
feridas penetrantes da cavidade pleural, com ou sem lesão do pulmão;
sintomas diferenciais das feridas penetrantes do torax com lesões dos órgãos intra-torácicos;
feridas do coração, sua gravidade e tratamento urgente;
feridas penetrantes com lesões vasculares do torax;
as lesões traumáticas do pulmão, sua sintomatologia e complicações;

tratamento do hemotorax e do pneumotorax traumático;
evolução espontânea do sangue derramado na cavidade pleural;
perigos da infecção e transformação do hemotorax em pyotorax;
cuidados terapêuticos tendentes a evitar a infecção do hemotorax;
o pneumotorax valvular sufocante e seu tratamento médico e cirúrgico;
as fístulas pleuro-brônquicas, sua sintomatologia e tratamento;
indicações da toracoplastia nas lesões pleuro-pulmonares traumáticas;
tratamento do enfizema traumático pelo método de Brauer;
os graves traumatismos do torax, suas repercussões sobre os órgãos intra-torácicos e a fisio-dinâmica cárdio-respiratória;
tratamento geral dos traumatizados do torax;
necessidade de combater a dispneia e suas relações com a dôr torácica;
o enfaixamento do torax, sua técnica e indicações;
a medicação sedativa e excitante do centro respiratório.

b) — Lesões inflamatórias:

Abcessos, flegmões e outras lesões inflamatórias superficiais agudas da parede torácica; abcessos frios da parede torácica, seu diagnóstico e tratamento;
osteomielite e osteíte específica das costelas e do esterno;
abcessos e flegmões retro-esternais, seu diagnóstico; facilidade de propagação ao mediastino;
mediastinite supurada, suas causas, gravidade, diagnóstico e tratamento; pericardite supurada;
pleurisias purulentas, suas causas, diagnóstico clínico e radiológico; importância da determinação dos germens nas pleurisias supuradas;
pleurisias pneumocócicas, estafilocócicas, estreptocócicas, de germens associados e pleurisias pútridas; sua diferenciação sob o ponto de vista da gravidade e do tratamento;
a ineficácia das toracenteses nas pleurisias purulentas e a indicação do tratamento cirúrgico;
a pleurotomia, seus cuidados e técnica e as diferentes modalidades de drenagem pleural;
abcesso pulmonar, seu diagnóstico diferencial, tratamento médico e cirúrgico; a pneumotomia, a punção-drenagem, a toracoplastia, a frenicectomia; suas indicações e resultados no tratamento dos abcessos pulmonares;
as pleurisias tuberculosas purulentas; abcesso frio pleural, pleurisias tuberculosas infectadas e super-infectadas;
indicações e resultados das lavagens pleurais nas pleurisias tuberculosas purulentas;
indicações do tratamento cirúrgico;
a pleurotomia com drenagem em torax fechado e a toracoplastia;
suas indicações e resultados;

as pleurisias fistulizadas não específicas e seu tratamento cirúrgico;
as ressecções costais, a toracoplastia, operação de Estlander, de
Delorme e de Scheed, suas indicações, técnica e resultados.

c) — Neoplasmas:

Quistos serosos e quistos dermóides;
quisto hidático da parede torácica e do pulmão;
diagnóstico e tratamento do quisto hidático do pulmão;
a possibilidade da cura espontânea por vômito;
as complicações no quisto hidático do pulmão;
o tratamento cirúrgico e suas modalidades;
a pneumotomia, a marsupialização, e a extirpação do quisto;
resultados do tratamento cirúrgico.

IV

Afecções cirúrgicas do seio

- a) — Anomalias da glândula mamária: polimastia, ginecomastia, hipertrofia congênita da mama;
- b) — Lesões traumáticas: contusões, feridas e escoriações do seio;
hematomas difusos e enquistados;
- c) — Lesões inflamatórias: furúnculos, abscessos e flegmões da região mamária;
mastites e para-mastites agudas;
mastites crônicas não específicas;
galactocelo e engorgitamento do seio.
Tuberculose do seio, sífilis e actinomicose;
sintomas e diagnóstico diferencial das diversas doenças inflamatórias do seio;
tratamento médico e cirúrgico das doenças inflamatórias do seio;
- d) — Tumores benignos e afecções quísticas da mama; doença quística de Reclus e mastite nodosa de Tillaux;
patogenia, sintomas e caracteres diferenciais;
diagnóstico diferencial com as afecções crônicas do seio;
tratamento médico e cirúrgico;
quistos solitários da glândula mamária;
fibromas, adenomas e adenofibromas do seio;
quistos dermóides, angiomas, linfangiomas e outros tumores benignos do seio;
diagnóstico diferencial e tratamento dos tumores benignos do seio;
- e) — Tumores malignos: sarcoma, adeno-sarcoma e epitelomas do seio;
concepção clínica do cancro do seio e sintomas que permitem fazer o diagnóstico precoce;
tumores mistos do seio;
cancro em couraça de Velpeau;
doença de Paget e mastite cancerosa de Volkman;
diagnóstico clínico diferencial dos tumores do seio;
importância da biopsia no diagnóstico dos tumores do seio;

tratamento do cancro do seio;
tratamento cirúrgico e radioterapia;
limites de operabilidade no cancro do seio;
técnica da operação no cancro do seio;
importância das adenopatias regionais na conduta operatória do cancro do seio;
a amputação larga da mama com ablação dos músculos peitorais e dos gânglios regionais;
a operação de Halsted, e suas indicações nos tumores do seio;
técnica de Gosset, seguida na maioria dos nossos operados;
condições de curabilidade no cancro do seio e causas das recidivas post-operatórias.

V

Afecções cirúrgicas do abdómen

I — Cirurgia abdominal de urgência:

Hemoperitoneu expontâneo: casos que podem conduzir ao hemoperitoneu expontâneo:

- a) Afecções do baço (baço palustre, leucémico, tumor do baço etc.);
- b) Aneurismas das artérias abdominais (aorta, esplénica, etc.);
- c) Afecções do fígado (aneurisma intra-hépático, tumor do fígado, etc.);
- d) Gravidez ectópica;
- e) Infartos viscerais.

Sintomas e diagnóstico do hemoperitoneu expontâneo; diagnóstico diferencial com os síndromas agudos abdominais.

Diagnóstico etiológico e tratamento do hemoperitoneu expontâneo.

A laparotomia; as manobras de exploração abdominal; a aspiração do sangue derramado e os meios de fazer a hemostase.

Cuidados pré e post-operatórios para com os doentes em anemia aguda por hemorragia; meios de apreciação da intensidade duma hemorragia interna abdominal.

As indicações e a prática da transfusão de sangue; escolha dos dadores de sangue e métodos de transfusão; a transfusão com sangue puro e com sangue conservado; a auto-transfusão, suas indicações e sua técnica.

II — Feridas penetrantes e contusões do abdómen: as feridas por armas de fogo e por instrumentos corto-perfurantes; diagnóstico das feridas penetrantes.

Cuidados a observar com a exploração das feridas do abdómen; diagnóstico das lesões viscerais nas feridas penetrantes do abdómen.

As hérnias traumáticas, as lesões de hemorragia e as perfurações viscerais.

Sintomas e diagnóstico da inundação peritoneal por hemorragia e pelo conteúdo séptico das vísceras abdominais. O síndrome clínico da hemorragia intra-abdominal.

Diagnóstico diferencial entre a hemorragia interna e choque traumático.

Os sinais particulares das perfurações viscerais.

As perfurações do estômago, do intestino, da vesícula biliar, do fígado, etc.;

Sinais precoces da infecção peritoneal.

Diagnóstico das lesões viscerais nas contusões do abdómen. A possibilidade de coexistência da integridade das paredes do abdómen com lesões viscerais graves.

As contusões do abdómen, com lesões do intestino, do fígado e de outras vísceras abdominais;

Tratamento das feridas penetrantes e contusões do abdómen. A laparotomia nas feridas penetrantes do abdómen. A exploração cirúrgica das feridas abdominais. Manobras e método de exploração das vísceras abdominais; diagnóstico operatório das lesões existentes. Conduta do cirurgião em face das lesões observadas. Vantagens da aspiração do conteúdo peritoneal e sua técnica.

Meios de praticar a hemostase em casos de rotura de vasos abdominais.

O tratamento das lesões viscerais: os processos de reparar as roturas do fígado, do estômago, do intestino, do baço, etc.

As indicações da esplenectomia e da nefrectomia por lesões traumáticas.

O tratamento das lesões traumáticas abdominais, em particular do epíplon e do intestino. Indicações da laparotomia nas contusões do abdómen; os sinais que nos devem levar a praticar uma intervenção de urgência.

Cuidados pré e post-operatórios nas lesões traumáticas do abdómen. A anestesia mais conveniente nas laparotomias de urgência.

Indicações da drenagem após a laparotomia por traumatismos de ventre; os diferentes processos e técnica da drenagem.

As vantagens do uso da vacinação local após a laparotomia por traumatismos abdominais; resultados observados na nossa clínica.

II — Síndromas agudos abdominais:

a) — Apendicite aguda.

Definição e história.

Anatomia patológica: apendicite simples ou parietal; apendicite supurada; apendicite gangrenosa. As lesões péri-apendiculares.

A participação do sistema linfático nas apendicites agudas. As complicações linfo-ganglionares das apendicites agudas: 1.º) — reacção ganglionar exagerada; 2.º) — reacção ganglionar anormal; 3.º) — reacção ganglionar post-apendicectomia; 4.º) — Tiflíte.

O mecanismo da propagação da inflamação do apêndice ao cecum: teorias arteriais, teorias venosas e teoria linfática.

a) — *Teoria da trombose arterial extensiva.*

Factores que contribuíram para a difusão desta teoria. Valor dos resultados obtidos com as injeções repletivas da artéria ileo-cólica para a sua invalidação. Os trabalhos de Hovelacque e os trabalhos da nossa clínica.

b) — *Teoria da embolia arterial.*

Factores que determinam a sua invalidação.

c) — *Teoria da trombo-flebite extensiva.*

Valor dos resultados obtidos com as injeções repletivas da veia ileo-célica para a sua invalidação. Os trabalhos de Lucia e os trabalhos da nossa clínica.

d) — *Teoria da embolia retrógrada.*

Factores que determinaram a sua invalidação.

e) — *Teoria linfática.*

A anatomia do sistema linfático do apêndice ileo-cecal. A questão das relações linfáticas directas entre o apêndice e o cecum.

O síndrome de Fiolle: forma abortiva e forma gangrenosa. A sua interpretação patogénica.

O síndrome de Pribram: formas agudas (difusas e localizadas) e formas crónicas. A concepção patogénica d'este síndrome.

A etio-patogénia da apendicite: Papel primacial desempenhado pelo *coli-bacilo* na etiologia da apendicite. As associações microbianas na bacteriologia da apendicite. As causas predisponentes da afecção.

Os sintomas da apendicite aguda. Os sintomas locais. A triade sintomática de Dieulafoy. O papel predominante da dor na sintomatologia da apendicite aguda. Dos diferentes graus da defesa da parede abdominal. Os sintomas gerais. Das diferentes formas de reacção febril na apendicite aguda.

Da maior ou menor intensidade do síndrome de oclusão intestinal nas apendicites agudas.

A tradução clínica do abcesso peri-apendicular. Da escassez das suas manifestações locais e dos seus sintomas gerais. O sinal de Sonnenburg: seu valor real. A importância da fórmula leucocitaria no diagnóstico dos abcessos peri-apendiculares. Necessidade do toque retal em todos os casos de apendicite aguda.

A toxemia apendicular; a sua interpretação patogénica. Os sintomas da toxemia apendicular; sua gravidade.

A perfuração do apêndice em peritoneu livre. A questão das peritonites a dois e a três tempos. A dor, sinal de alarme. O choque mais ou menos intenso de que estes estados se acompanham.

O prognóstico da apendicite aguda. Da ausência de concordância entre os sintomas clínicos e as lesões anatomo-patológicas.

O tratamento da apendicite aguda. A intervenção precoce e as suas vantagens. A técnica operatória. A anestesia. Da escolha da incisão. A delimitação da zona séptica no campo operatório. A melhor forma de aspiração do puz. As diferentes modalidades de drenagem. Valor da vacinação local. Os cuidados post-operatórios. Necessidade de uma imunização passiva intensa e de uma hidratação rápida.

Os resultados obtidos na nossa clínica com a prática sistemática da intervenção na apendicite aguda.

b) — *Peritonites por perfuração.*

Os sinais de alarme: dor e contratura da parede. Da impossibilidade de aguardar o aparecimento do síndrome de oclusão intestinal para o diagnóstico destas peritonites. Necessidade de diagnóstico do órgão perfurado.

1.º — *As peritonites por perfuração de uma úlcera gástrica ou duodenal.*

Aquilo que se chama a perfuração em peritoneu livre. Da importância da averiguação dos antecedentes gástricos nestes doentes. A intensidade da dor e a sua localização. A contratura da parede abdominal. A ausência de modificação do pulso e da temperatura. Do valor do desaparecimento da massicês pré-hepática.

Necessidade da intervenção imediata nestes casos. A preparação do doente para a operação: sôro e toni-cardíacos. As diversas soluções cirúrgicas do caso. A sutura simples da úlcera perfurada. Suas indicações; a sua técnica; seus resultados. A sutura das úlceras calosas perfuradas. A sutura da úlcera seguida de gastro-enterostomia; as suas raras indicações; seus inconvenientes. A gastrectomia; suas vantagens incontestáveis; a técnica de Finsterer, melhor método operatório.

A questão da drenagem. Necessidade da drenagem do Douglas. Valor da vacinação local. O tratamento post-operatório.

Os resultados obtidos na nossa clínica nos casos de perfuração de úlcera gástrica em peritoneu livre.

2.º — *As peritonites biliares.*

Definição. As afecções da vesícula biliar que predisõem à perfuração. Papel quasi exclusivo da colecistite calculosa aguda. Os sintomas da perfuração biliar. Importância da localização e irradiação da dor para o diagnóstico de perfuração biliar. A contratura da parede abdominal. A precocidade do aparecimento da peritonite.

As peritonites biliares sem perfuração. Sua interpretação patogénica. Necessidade da intervenção urgente nestes casos. A preparação para a operação. A anestesia. A escolha da incisão. A necessidade da colecistectomia seguida da exploração da via biliar principal. Casos em que tem de se fazer a drenagem do canal colédoco. Necessidade da drenagem abdominal. Valor da vacinação local. Os cuidados post-operatórios.

3.º — *Peritonites por perfuração do divertículo de Meckel.*

Necessidade de indagar a existência de sintomas de diverticulite. Importância das crises dolorosas e das melenas repetidas. Os sintomas do acidente. A intensidade da dor e a precocidade dos sintomas peritoneais.

A peritonite em dois e em três tempos. Necessidade da intervenção imediata. A possível confusão com a apendicite aguda. A preparação do doente para a operação. A questão da escolha da incisão. A pesquisa do divertículo de Meckel. A ressecção do divertículo de Meckel; *enfouissement* do seu côto; suas indicações. A ressecção de toda a base do órgão; suas indicações. A drenagem abdominal. O tratamento post-operatório.

4.º — *Perfurações tíficas.*

Como se apresentam na prática as perfurações tíficas. Casos em que nada se sabe do estado anterior do doente. Casos em que o estado tífico é

conhecido. Os sintomas das perfurações tíficas. Importância da dor e valor da sua localização e intensidade. As variações bruscas da temperatura. Importância da aceleração do pulso. A contractura da parede abdominal. Necessidade da laparotomia de urgência. A escolha da anestesia. A escolha da incisão. Conduta do cirurgião em face das múltiplas hipóteses que se podem apresentar. Casos em que se torna necessário fazer a sutura. Casos em que se torna indispensável fazer a enterostomia. A drenagem. O tratamento post-operatório. Resultados.

5.º — *Perfurações de origem genital, na mulher.*

As roturas dos pio-salpinges, dos quistos do ovário supurados e dos abscessos do ovário. Sintomatologia de todos estes acidentes. A confusão possível com a apendicite aguda. Maneira de a evitar. Valor da anamnese para o diagnóstico exacto. A importância do toque vaginal.

Conduta do cirurgião em tais casos. Necessidade de uma intervenção imediata. A escolha da incisão. Da técnica operatória. Casos em que há necessidade de praticar a histerectomia total. O tratamento post-operatório. Resultados.

c) — *Peritonites a pneumococcus.*

Freqüência. A forma difusa e a forma enquistada. A necessidade imperiosa de um diagnóstico exacto.

Principais sintomas. A temperatura elevada. A difusão da dor. Localização da dor. A ausência da contractura abdominal. Importância da diarreia. Valor da fórmula leucocitária e da hemocultura para o diagnóstico das peritonites a pneumococcus. A questão de se poder ou não fazer a punção abdominal, nas peritonites a pneumococcus. Diagnóstico diferencial. A confusão possível com a apendicite aguda.

Da necessidade imperiosa da intervenção nas formas difusas. A contemporização nas formas enquistadas. A escolha da anestesia. A escolha da incisão. A drenagem. Importância da imunoterapia no tratamento post-operatório. Resultados obtidos na nossa clínica.

d) — *Pancreatites agudas.*

As formas hemorrágicas. Sintomatologia. O «drama pancreático» de Dieulafoy. Valor da contractura abdominal. As formas enganadoras. Formas exclusivas das pancreatites hemorrágicas. Valor do sinal de Mayo-Rolson. Freqüência e significado das manchas cianóticas da parede abdominal. As pancreatites hemorrágicas fulminantes. Necessidade de uma intervenção imediata. A escolha da anestesia. As lesões encontradas no epiplon e no mesentério. Significado da esteatonecrose. Prognóstico. Resultados.

O edema agudo do pâncreas. Semelhança clínica com as pancreatites agudas hemorrágicas. As lesões anatómicas no edema agudo do pâncreas. A ausência de hemorragias. Conduta de tratamento no edema agudo do pâncreas.

As pancreatites supuradas e gangrenosas. Formas clínicas. Principais sintomas das pancreatites supuradas e gangrenosas. As formas de evolução lenta. O diagnóstico das pancreatites agudas. Valor dos exames de laboratório para o diagnóstico das pancreatites agudas. Significado e valor da hiperglicémia.

Algumas noções sôbre a *cirurgia do pâncreas*. A escolha da incisão. As vias d'acesso para o pâncreas. Crítica de cada uma delas. Tratamento das lesões pancreáticas. A drenagem e o tamponamento. O tratamento post-operatório. Resultados.

e) — Infartus do intestino.

Definição. Patogenia. Apreciação e crítica das várias teorias patogênicas do infartus intestinal. Sintomatologia. Intensidade e localização da dor no infartus do intestino. A diarreia sanguinolenta e a sua importância para o diagnóstico do infartus do intestino. O estado de colapso profundo de que o infartus do intestino se acompanha. Necessidade da intervenção imediata. A escolha da incisão. Valor da enterectomia. Sua técnica. Casos em que há necessidade de fazer a exteriorização da ansa doente. O tratamento post-operatório. Algumas considerações àcerca dos «infartus curáveis».

f) — Oclusão intestinal.

Definição. As diferentes variedades de oclusão intestinal.

A *occlusão paralítica*. Principais causas da oclusão paralítica. Os principais sintomas da oclusão paralítica. O estado geral do doente nesta forma de oclusão. O tratamento médico da oclusão paralítica. Valor da terapêutica cloretada. O emprêgo do cloreto de sódio nesta forma de oclusão; via endo-venosa; via rectal. Doses. Cuidados e precauções a ter com a terapêutica cloretada. Resultados. O tratamento cirúrgico da oclusão paralítica. Suas indicações e resultados.

A *occlusão espasmódica*. Principais causas da oclusão espasmódica. Os sintomas desta forma de oclusão. O estado geral do doente na oclusão espasmódica. O tratamento médico desta forma de oclusão. Emprêgo dos medicamentos anti-espasmódicos. Suas doses. Os resultados obtidos com uma terapêutica bem conduzida.

A *occlusão mecânica*. Causas que a originam. Estudo anatómico destas causas. O estrangulamento interno; sua sede e disposição; freqüência. O vôlvo intestinal. Patogenia desta forma de oclusão. Localização mais freqüente do vôlvo. O vôlvo do intestino delgado. O vôlvo do colon sigmóide. A invaginação intestinal. A patogenia da invaginação intestinal. Crítica das diversas teorias explicativas desta variedade de oclusão mecânica; sua sede. Freqüência da invaginação intestinal.

O *diagnóstico nas oclusões mecânicas*.

O diagnóstico positivo. O síndrome de oclusão intestinal. Intensidade e localização da dor nas oclusões mecânicas. As diferentes variedades de vômitos observados nas oclusões mecânicas. O estado geral destes doentes. A discordância entre o pulso e a temperatura. Importância do «facies» para o diagnóstico da oclusão mecânica. O diagnóstico diferencial entre a oclusão mecânica e a peritonite. Causas de êrro. Maneira de as evitar.

O diagnóstico etiológico. Valor do sinal de Kiwul para o diagnóstico dos vôlvos intestinais. Valor do sinal de Von Wahl para o diagnóstico do estrangulamento interno.

O diagnóstico topográfico. Suas dificuldades. Valor dos sinais de Laugier e de Bouveret para o diagnóstico topográfico das oclusões mecânicas. Da inconstância e da falência dos sinais propostos para êste diagnóstico topográfico.

Valor do exame radiológico sem prévia preparação para o esclarecimento d'êste diagnóstico.

O tratamento das oclusões mecânicas.

Da necessidade de uma intervenção imediata. A escolha da anestesia. A preparação do doente. Indicações da enterostomia simples; sua técnica. Indicações da laparotomia. Conduta do cirurgião em face às lesões encontradas. A questão da drenagem. O tratamento post-operatório. Resultados obtidos na nossa clínica.

VI

Cirurgia gástrica

Princípios que regem a cirurgia gástrica. Da preparação do doente para as intervenções sobre o estômago. Vantagens da vacinação geral e da seroterapia. Dos inconvenientes da lavagem gástrica pré-operatória.

A escolha da anestesia. Vantagens e inconvenientes da anestesia local. Vantagens e inconvenientes da anestesia geral. Qual o melhor anestésico.

A raqui-anestesia em cirurgia gástrica.

Da raridade das complicações pulmonares em cirurgia gástrica desde o emprego da vacina e seroterapia.

O tratamento post-operatório. Necessidade de uma hidratação massiça dos doentes. A vigilância do coração.

1) — Cirurgia da úlcera gastro-duodenal.

Princípios que regem a cirurgia da úlcera gastro-duodenal. A influência das modernas concepções etio-patogénicas da úlcera gastro-duodenal sobre a cirurgia gástrica.

Das indicações que a evolução clínica da úlcera fornece ao cirurgião. O que há a esperar do tratamento médico da úlcera gastro-duodenal.

Valor das estatísticas em matéria de resultados do tratamento médico da úlcera gastro-duodenal.

A hora cirúrgica da úlcera gastro-duodenal. As indicações cirúrgicas *absolutas* e as indicações cirúrgicas *relativas*.

1) — Métodos cirúrgicos indirectos

a) A gastro-enterostomia.

Definição. A gastro-enterostomia anterior ou pré-cólica; suas desvantagens. A gastro-enterostomia posterior ou rétro-cólica. Das múltiplas vantagens dos processos de ansa curta na gastro-enterostomia. Os processos de anastomose horisontal (Von Haecker-Petersen). Os processos de suspensão e anastomose vertical da ansa (Ricard-Moynham). Os processos de dupla anastomose.

A fisiologia da gastro-enterostomia.

O volume do estômago; as vias de evacuação do estômago após a gastro-enterostomia. O funcionamento da boca anastomótica. A secreção gástrica após a gastro-enterostomia. A secreção intestinal depois da gastro-enterostomia.

As complicações da gastro-enterostomia.

As complicações imediatas. Origem das hemorragias post-operatórias. Seu tratamento. A desunião das suturas. Os vômitos. O ciclo vicioso: forma

precoce e tardia. As modernas concepções sôbre o ciclo vicioso tardio. A diarreia post-operatória.

As complicações secundárias. A estenose secundária da boca anastomótica.

A oclusão intestinal. A invaginação retrógrada do intestino. A perfuração da úlcera. A gastrite flegmonosa.

As complicações tardias. A mesocolite retractil. A úlcera péptica post-operatória. Etiologia da úlcera péptica post-operatória. As modernas concepções patogénicas sôbre a úlcera péptica post-operatória. A anatomia patológica desta complicação. A sintomatologia da úlcera péptica post-operatória. Necessidade do tratamento cirúrgico da úlcera péptica post-operatória. A gastrectomia larga no tratamento das úlceras pépticas post-operatórias. Seus resultados. A cancelação da boca anastomótica.

As indicações e os resultados da gastro-enterostomia na úlcera gastro-duodenal. Estatísticas. Resultados obtidos na nossa clínica.

b) *Gastro-duodenostomia*. Definição. Interêsse histórico dêste método.

c) *Exclusão do piloro*. Definição. Diferentes métodos de exclusão do piloro. Processos com abertura da cavidade gástrica. Processos sem abertura da cavidade gástrica. Resultados. Inconvenientes e perigos dêste processo de tratamento da úlcera gastro-duodenal.

2) — Métodos cirúrgicos directos

a) *A gastrectomia*.

Definição. Influência que as modernas concepções patogénicas da úlcera gastro-duodenal tiveram na generalisação dêste método. O processo de anastomose termino-terminal. (Goepel, Schoemaker, Von Haberer, etc.); seus inconvenientes; vantagens fisiológicas dêste método. A implantação duodeno-gástrica (Kocker); seus inconvenientes; o perigo das estenoses secundárias. A anastomose látero-lateral (Billroth II); vantagens e inconvenientes dêste método. A anastomose látero-lateral, método de excepção.

A implantação gastro-jejunal. Valor e vantagens dêste método. Os diferentes processos operatórios que utilizam a implantação gastro-jejunal. O antigo processo de Krönlein-Mikulicz. Os modernos processos de Finsterer e de Reichel-Polya. Vantagens sôbre o ponto de vista fisiológico do processo de Finsterer sôbre o de Reichel-Polya.

Os processos de ressecção gástrica para as úlceras altas do estômago: os processos de Luquet e de Pauchet. O processo de Finsterer. A operação de Connell. A cardiectomia.

A ressecção da pequena curvatura. Seus processos operatórios: O processo de Wengenaber; o processo de Kaiser; o processo de Hartmann; o processo de Schmieden; o processo de d'Ostermeyer; o processo de Strauss.

As complicações da gastrectomia. As complicações imediatas: a hemorragia, suas causas e seu tratamento; a peritonite, as suas causas. As complicações secundárias: o estrangulamento da ansa; a perigastrite, suas causas e seu tratamento; a fístula duodenal, suas causas. As complicações tardias: a diarreia e a colite. A úlcera péptica post-operatória. Freqüência da úlcera péptica post-gastrectomia. Suas causas; seus principais sintomas e seu tratamento.

A anemia post-gastrectomia; sua raridade, suas causas.

A fisiologia da gastrectomia.

As funções digestivas depois da gastrectomia; a secreção. O funcionamento da bôca anastomótica. O volume do estômago depois das ressecções.

Princípios gerais de técnica. A liberação do estômago. As pinças de coprostase e os esmagadores. O aspirador. As suturas: vantagem da sutura de Cushing; a sutura de Schmieden; o ponto de Connel.

A invaginação do côto duodenal: método de Leriche; processo de Cuneo-Hartmann; método de Jacobovici; método de Martel; método de Gosset.

A drenagem.

A técnica operatória usada na nossa clínica.

Os resultados das gastrectomias. Estatísticas. Estatística da nossa clínica.

Considerações finais sôbre o presente e o futuro da cirurgia da úlcera gastro-duodenal.

b) — *Cirurgia do cancro do estômago.*

Formas latentes e formas não dolorosas do cancro gástrico;

Formas dolorosas — cancro ulceriforme — úlcera gástrica degenerada.

Toxemia cancerosa.

As fases iniciais do cancro gástrico (trabalhos de Gutmann e seus colaboradores).

Da inutilidade das intervenções cirúrgicas quando realizadas tardiamente.

Diagnóstico precoce: — do escasso valor dos sinais clínicos para o fazer com segurança.

Importância máxima do exame radiológico para êste diagnóstico precoce.

Importância da *gastroscopia* no diagnóstico do cancro gástrico. Princípios gerais do método. As diferentes variedades de gastroscópios: o gastroscópio rígido e o gastroscópio flexível. Interpretação das imagens gastroscópicas. Acidentes da gastroscopia.

Do valor do estudo do quimismo gástrico para o diagnóstico precoce do cancro do estômago. O método de Ewald-Boas e os métodos fraccionados. Vantagens e inconvenientes dêstes últimos.

Crítica das diferentes provas laboratoriais propostas para o diagnóstico geral do cancro, e suas aplicações ao cancro gástrico.

Considerações anátomo-patológicas sôbre o cancro gástrico: as diversas fases da sua evolução. A microscopia das diferentes formas anátomo-patológicas do cancro do estômago.

As indicações da gastro-enterostomia no cancro gástrico. O cancro com estenose pilórica; suas características clínicas; valor da gastro-enterostomia nestes casos.

As indicações da gastrectomia no cancro gástrico. Necessidade imperiosa do diagnóstico precoce. Inutilidade da operação nos casos avançados. Mortalidade geral da gastrectomia por cancro. Resultados obtidos na nossa clínica.

Considerações finais sôbre o problema patogénico do cancro.

VII

Cirurgia do cólon e do recto

Os processos de exploração do cólon e do recto. A radiografia. A recoscopia; sua técnica e indicações; seus resultados. Do valor do exame coprológico na cirurgia do cólon.

a) — O cancro do cólon direito.

Anatomia patológica do cancro do cólon direito: o aspecto exterior do intestino; o aspecto interior do intestino; microscopia do cancro do cólon direito. A questão dos cancros colóides do cólon.

Os sintomas do cancro do cólon direito. A diarreia; as enterorragias; as dores e a dispepsia. Os sintomas gerais e os sintomas físicos.

As complicações do cancro do cólon: as complicações infecciosas e as complicações óclusivas; diagnóstico destas complicações.

Cancro do ceco.

Diagnóstico diferencial do cancro do cólon direito: com a forma pseudo-neoplásica da tuberculose intestinal; com a forma pseudo-neoplásica da apendicite.

Cirurgia do cancro do cólon direito. — Os cuidados pré-operatórios: a preparação anti-infecciosa; a vacinação anti-peritoneal; o regimen pré-operatório. A anestesia na cirurgia do cólon.

As operações paliativas. — A ileo-transversostomia simples; sua técnica; seus resultados. A ileo-transversostomia com exclusão unilateral; sua técnica; seus resultados. A ileo-sigmoidostomia com exclusão.

A técnica das anastomoses intestinais; estudo crítico sobre o valor dos diferentes processos das anastomoses. Os chamados métodos «asepticos».

A hemicolectomia direita. — O primeiro tempo: a ileo-transversostomia termino-lateral com exclusão. A incisão; a exploração; a anastomose com botões de Murphy e a anastomose com sutura. O processo de Gregoire.

Os cuidados post-operatórios.

O segundo tempo: a hemicolectomia direita. A incisão; a exploração; a mobilização do colon direito; a secção do mesocolon e a hemostase; a peritonização e a drenagem; a secção e sutura do transverso. Cuidados post-operatórios.

A radioterapia dos cancros do cólon direito.

Os resultados obtidos na nossa clínica com as hemicolectomias direitas.

b) — O cancro do cólon esquerdo.

A anatomia patológica e a clínica do cancro do cólon esquerdo. A frequência das hemorragias. O diagnóstico diferencial.

A cirurgia do cancro do cólon esquerdo. — Operações paliativas: o anus contra-natura; suas indicações: sua técnica.

A hemicolectomia esquerda. — Os processos de colectomia sem derivação.

Os processos de colectomia com derivação externa: a operação de Reclus; a operação de Bloch; a operação de Mickulicz; a operação de Hartmann; a operação de Paul; a operação de Bouilly-Volkman; a operação de Quénu.

As operações atípicas.

Resultados das colectomias; os resultados obtidos na nossa clínica.

c) — O cancro do recto.

Anatomia patológica do cancro do recto: a infiltração ganglionar nos casos de cancro do recto; a microscopia do cancro do recto.

Os sintomas do cancro do recto: as dores; as hemorragias; as perturbações da defecação. O estado geral nos casos de cancro do recto. O diagnóstico

do cancro do recto; a radiografia e a rectoscopia no cancro do recto. O diagnóstico diferencial com as *hemorroidas*; os principais sintomas das hemorroidas; as crises hemorroidárias e as suas complicações. O tratamento cirúrgico das hemorroidas.

A cirurgia do cancro do recto.—A preparação do doente para a operação. A anestesia. Crítica dos diversos processos de anestesia.

Operações paliativas: o ânus contra-natura; suas indicações; sua técnica.

Intervenções radicais: a amputação do recto. A via perineal; sua técnica; suas vantagens e seus inconvenientes; a mortalidade dos casos operados por esta via. A via sagrada: sua técnica e seus inconvenientes. A via abdomino-perineal; sua técnica; suas vantagens e seus inconvenientes. A amputação abdomino-perineal, na mulher, com histerectomia total. Resultados obtidos com as intervenções radicais. Os resultados obtidos na nossa clínica.

O tratamento radioterápico do cancro do recto.

Considerações finais sobre o futuro da cirurgia do cancro, e do cancro do recto em particular.

d) — Estase intestinal crónica.

Suas causas e evolução.

Aderências, pregas, «coudures», ptoses, etc.

Megacolon, dolico-colon.

Tratamento médico e tratamento operatório.

Em que momento devemos renunciar ao tratamento médico e intervir cirurgicamente?

Lysis, corte de bridas, pexias, rafias; fistulizações intestinais.

Exclusão do segmento intestinal doente. Colectomias segmentares.

Casos operados nas nossas clínicas.

A colectomia total na doença de Lane.

e) — Fístulas estercorais.

Suas causas; indicações operatórias; técnica que empregamos.

Fístulas consecutivas a apendicites operadas a quente.

Fístulas antigas, recidivantes — forma de as operar.

A nossa técnica e as nossas estatísticas.

f) — Ânus artificial.

Temporário, definitivo; indicações; maneira de o fazer e maneira de o fechar.

A técnica que empregamos nas diferentes hipóteses.

VIII

Cirurgia do fígado

1) — Lesões traumáticas do fígado.

Contusões e roturas do fígado; seu mecanismo e sua gravidade. Os principais sintomas das contusões hepáticas. As feridas do fígado: as feridas produzidas por arma de fogo e as feridas produzidas por instrumentos corto-perfurantes.

O tratamento das roturas e feridas do fígado. Necessidade de intervenção imediata. Casos em que se pode fazer a hepatorrafia e casos em que é preciso fazer o tamponamento. Os resultados obtidos na nossa clínica com um e outro destes dois processos operatórios.

II) — Os abscessos do fígado.

Definição.

Etiologia.

A anatomia patológica do abscesso do fígado; séde e número.

Os *sintomas* do abscesso do fígado. Os diversos tipos clínicos do abscesso do fígado; os seus modos de início e de terminação. As formas agudas, sub-agudas e crónicas ou latentes. As formas de sintomatologia torácica. As formas de sintomatologia peritoneal. As formas de tipo septicémico.

O *diagnóstico diferencial* do abscesso do fígado: com o cancro; com as cirroses; com os quistos; com os abscessos sub-frénicos; com as colécistites.

A punção do fígado como elemento de diagnóstico do abscesso hepático. Os acidentes da punção do fígado: os acidentes hemorrágicos; os acidentes infecciosos; a penetração de ar no parenquima hepático; os acidentes locais mecânicos.

O *diagnóstico radiológico* dos abscessos do fígado. A radio-cirurgia dos abscessos do fígado.

Tratamento cirúrgico dos abscessos do fígado. Da escolha da anestesia; vantagens e inconvenientes da anestesia geral; vantagens e inconvenientes da anestesia local. As vias de acesso para o fígado: vias de acesso anterior; as vias de acesso laterais; as vias de acesso posteriores. A protecção do campo operatório; a evacuação do abscesso. O tratamento da cavidade do abscesso. O tratamento das complicações operatórias. Resultados obtidos na nossa clínica.

III) — Os abscessos sub-frénicos.

Definição. Breves noções anatómicas acerca da disposição do peritoneu sub-frénico e dos seus mésenteros. A topografia dos abscessos sub-frénicos. Os abscessos das locas inter-hepato-diafragmáticas. Os abscessos da loca fréno-gastro-esplénica. Os abscessos retro-gástricos e retro-peritoneais.

A etiologia dos abscessos sub-frénicos.

O conteúdo dos abscessos sub-frénicos; os abscessos pio-gasosos. A origem destes gases. Frequência da intervenção dos germens anaeróbios na produção dos abscessos sub-frénicos.

Os *sintomas* dos abscessos sub-frénicos. As formas de desenvolvimento rápido e as formas insidiosas. Os abscessos de evolução superior ou torácica; sua sintomatologia; o seu diagnóstico diferencial com as pleurisas diafragmáticas.

Necessidade do exame radiológico para o esclarecimento da questão. Valor dos sinais de Scheuerlein, de Furbringer e de Pfühl. Os casos de abscesso sub-frénico complicado de pleurisia.

Os abscessos de evolução antero-inferior ou abdominal; sua sintomatologia. Diagnóstico diferencial. Os abscessos retro-peritoneais; sua sintomatologia. Diagnóstico diferencial com as colecções supuradas peri renais.

O *tratamento* dos abscessos sub-frénicos. A escolha da anestesia. Necessidade de abordar as colecções altas por via transpleural. A técnica de Lejars.

A protecção da pleura. A drenagem. Resultados. Os resultados conseguidos na nossa clínica.

IV) — Quistos hidáticos do fígado.

Definição. A patogenia do quisto hidático do fígado. A anatomia patológica do quisto hidático; sua importância para a cirurgia da afecção.

Sintomas dos quistos hidáticos do fígado.

Os quistos de evolução superior ou torácica; sua sintomatologia. Confusão com os derrames pleurais. Os quistos de evolução antero-inferior.

Valor das diferentes reacções propostas para o *diagnóstico laboratorial* do quisto hidático. A reacção de Weinberg; a reacção de Casoni; a reacção de Fleig e Lisbonne; a reacção de Ascoli e Isar. Valor da eosinofilia sanguínea.

As *complicações* do quisto hidático do fígado. A supuração do quisto; seus sintomas; valor da fórmula leucocitária para o diagnóstico desta complicação.

A rotura do quisto: para o peritoneu, para o tubo digestivo e para as vias biliares. A rotura para a pleura e para os brônquios.

O *tratamento* dos quistos hidáticos do fígado. A preparação do doente para a operação. A escolha da anestesia.

A exérese do quisto seguida de «capitonnage» de Delbet. A operação de Posadas. A operação de Quénu e as modificações de Varsi.

Os resultados obtidos na nossa clínica com estes diferentes processos.

A marsupialização do quisto; suas indicações; suas vantagens e seus inconvenientes. Os resultados obtidos na nossa clínica com a técnica da marsupialização.

As seqüências post-operatórias.

IX

Cirurgia da vesícula biliar

Considerações primeiras sobre o estado actual da cirurgia da vesícula biliar.

A exploração funcional da vesícula biliar e sua contribuição para a cirurgia do órgão. Os trabalhos importantes de Bérard sobre o assunto. Os processos de exploração funcional da vesícula biliar.

a) *A colecistografia*. História do método. Os meios de contraste radiológico da vesícula biliar. Os diferentes processos de administração da tetra-iodo-fenoltaleína. A via endovenosa; seus inconvenientes. A via oral; suas vantagens. O método de Sandström ou das doses fraccionadas; suas vantagens e inconvenientes. O processo de Antonucci; vantagens e inconvenientes. A interpretação dos resultados da colecistografia. As provas francamente positivas; seu significado. As provas francamente negativas; seu valor semeiológico. Causas da não impregnação do colecisto. O erro de considerar a vesícula excluída como sinónimo de vesícula cirúrgica. Os trabalhos realizados na nossa clínica sobre este assunto.

b) *A prova de Meltzer-Lyon*. Princípios e técnica da prova de Meltzer-Lyon.

O problema da *bilis B*:

Argumentos invocados a favor da teoria da inércia vesicular. Argumento experimental deduzido do emprêgo de corantes. A teoria da evacuação vesicular

provocada pelos movimentos respiratórios. A teoria da distensão e elasticidade do colecisto.

Argumentos invocados a favor da contractilidade vesicular. Estudo da tubagem depois da colecistostomia. Exploração ao lipiodol das vias biliares dos colecistostomizados. A tubagem duodenal no decurso das intervenções cirúrgicas. A tubagem duodenal depois da colecistectomia.

A semiologia da prova de Meltzer-Lyon. As provas francamente negativas; suas causas de êrro; maneira de as evitar. Causas da negatividade da prova de Meltzer-Lyon. O êrro de considerar a prova negativa como traduzindo exclusão anatómica do colecisto. Os trabalhos realizados na nossa clínica sôbre êste assunto. As provas quási negativas; seu significado. As provas positivas normais. As provas positivas anormais. A *bilis negra*. Seu significado. Discussão do assunto.

A *semiologia laboratorial* da bilis B. Necessidade do exame histo-químico da bilis B. O valor da presença de albumina na bilis B. O valor da existência de leucócitos. Valor da colesterinocolia. A dosagem da mucina na bilis B.

O valor relativo da colecistografia e da prova de Meltzer-Lyon. O problema das dissociações bio-radiológicas; suas interpretações. Os trabalhos realizados na nossa clínica sôbre êste assunto.

As *indicações operatórias nas colecistites calculosas*.

As formas anátomo-clínicas de colecistites calculosas. A forma latente. A forma dispéptica. A forma hidrópica. A forma esclero-atrófica. A forma supurada crónica.

A evolução geral da litíase vesicular.

Breves considerações acêrca da patogenia da litíase biliar. A patogenia da cólica hepática.

Indicações operatórias absolutas: a litíase do colédoco; sua tradução clínica. Os casos com alteração progressiva do estado geral. As colecistites esclero-atróficas de sintomatologia alarmante. Os casos com cólicas hepáticas freqüentes.

Indicações relativas: as «vesículas irritáveis» de Gutmann; seu significado. As formas que exigem um tratamento médico intenso e continuado.

A *colecistostomia*. Princípios gerais da sua técnica. A preparação do doente para a operação. A escolha da anestesia. A escolha da incisão operatória. Vantagens das incisões laterais sôbre a mediana; indicações de uma e outras. O tratamento post-operatório. Valor da vacina e seroterapia em cirurgia vesicular.

As seqüelas da colecistostomia. As fistulas biliares permanentes.

A *colecistectomia*.

Preparação do doente para a operação. Escolha da anestesia. Escolha da incisão operatória. Casos em que há necessidade de fazer a punção e evacuação prévia da vesícula biliar. A colecistectomia retrógrada. A drenagem nas colecistectomias; suas indicações.

A fisio-patologia da colecistectomia. O problema das relações funcionais existentes entre a vesícula biliar e o esfíncter de Oddi.

As *seqüelas* da colecistectomia. As seqüelas graves: as fistulas biliares post-operatórias; suas causas e seu tratamento. As peri-viscerites estenosantes; suas causas e seu tratamento. As recidivas das cólicas hepáticas e da icterícia. As seqüelas ligeiras: o síndrome de hipertensão biliar. As perturbações dispépticas. As dores. As perturbações intestinais.

Indicações da colecistostomia e da colecistectomia nas colecistites calculosas. Do valor da exploração radiológica operatória da via biliar principal

para o estabelecimento destas indicações. Resultados da cirurgia da litíase biliar. Os resultados obtidos na nossa clínica.

As indicações operatórias nas colecistites não calculosas.

As formas clínicas das colecistites crónicas não calculosas. Os resultados do tratamento médico destas colecistites; o valor curativo da tubagem duodenal; valor do tratamento hidro-mineral. As indicações operatórias nas colecistites crónicas não calculosas. O cuidado necessário no estabelecimento destas indicações. A escolha da operação. Cuidados especiais na preparação do doente. Os resultados obtidos na nossa clínica.

As anastomoses bilio-digestivas.

Suas indicações gerais. Vantagens e inconvenientes das anastomoses bilio-digestivas. As diferentes formas de anastomose bilio-digestiva. A técnica operatória das colecisto-anastomoses. As colecisto-anastomoses simples e as colecisto-anastomoses completas. O que há a esperar das anastomoses bilio-digestivas. Estado actual da questão.

X

Cirurgia do baço

A exploração funcional do baço em cirurgia.

A radiografia do baço; a técnica simples e a técnica com *Thorostrat*. A exploração da função reservatório do baço pela prova da espleno-contracção adrenalínica. A exploração da função hematopoiética do baço pela prova de Frey. A exploração das funções reticulo-endoteliais do baço.

A splenectomia — suas indicações:

Nos traumatismos do baço:

As indicações da splenectomia nas *ectopias do baço*, nos *traumatismos* e nas *roturas do baço*. Os principais sintomas dos traumatismos e roturas do baço. Conduta a seguir para com os doentes que sofreram traumatismos do hipocondrio esquerdo. Os sinais de alarme. Da insuficiência das intervenções conservadoras nas roturas do baço. A questão das chamadas «roturas espontâneas» do baço.

Nas esplenomegalias puras:

Os *quistos não parasitários do baço*; os seus principais sintomas; a etiopatogenia; as suas principais complicações.

Os *quistos hidáticos do baço*; os quistos primitivos e os quistos secundários; as relações do quisto hidático com o baço e com os órgãos da lóca esplénica; as complicações locais do quisto hidático do baço. A sintomatologia dos quistos hidáticos do baço; os quistos abdominais, os quistos torácicos e os quistos toraco-abdominais. As formas clínicas dos quistos hidáticos do baço: os quistos múltiplos, os quistos gasosos e os quistos calcificados.

As complicações dos quistos hidáticos do baço: a rotura para a cavidade abdominal; a abertura para a cavidade torácica. A infecção do quisto. O dia-

gnóstico dos quistos hidáticos do baço. Valor dos exames biológicos para o diagnóstico do quisto hidático; o exame radiológico.

As intervenções conservadoras no quisto hidático do baço: a *excérese* do quisto; suas indicações e sua técnica. A *marsupialização* do quisto; suas indicações e sua técnica. A *esplenectomia* nos quistos hidáticos do baço; suas indicações.

Nos tumores malignos do baço.

O sarcoma do baço. As modernas concepções patogénicas sobre a doença de Gaucher. A *esplenectomia* nos tumores do baço. Seus resultados.

Na tuberculose do baço.

Casos em que se deve praticar a *esplenectomia*. Seus resultados. Dificuldade no diagnóstico da tuberculose do baço.

Nas anemias esplénicas pròpriamente ditas.

A *doença de Banti*. Definição. Sua etio-patogenia; a anatomia patológica da doença de Banti. Os seus principais sintomas; os perigos da sua evolução. Necessidade de estudar o valor funcional do fígado para o estabelecimento das indicações da *esplenectomia* nesta afecção. Os resultados da *esplenectomia* na doença de Banti. Os resultados obtidos na nossa clínica.

Na ictericia hemolítica.

O diagnóstico das ictericias hemolíticas; as formas congénitas e as formas adquiridas. Razões do escasso valor da *esplenectomia* nas formas congénitas e em muitas adquiridas. Resultados da *esplenectomia*. Casos da nossa clínica.

Nas doenças infecciosas.

O *Paludismo*. Indicações restritas da *esplenectomia* em certos casos de paludismo crónico. Seus resultados.

Nas purpuras e em certas doenças de sangue.

Gravidade da *esplenectomia* nas púrpuras. Factores desta gravidade. Resultados da intervenção nestes casos.

As tentativas de *esplenectomia* na doença de Biermer e em certas leucemias hemorrágicas, e nas leucemias agudas.

Fisiologia da esplenectomia.

As célebres experiências da *parabiose* de Sauerbruck. As modificações dos glóbulos vermelhos e dos glóbulos brancos depois da operação. As modificações das plaquetas. As modificações da crase sanguínea. As modificações da urina.

As contra-indicações da esplenectomia.

Contra-indicações tiradas do estado do sangue. Contra-indicações tiradas do estado do fígado.

Da técnica operatória

A escolha da anestesia.

As incisões na *esplenectomia abdominal*: a incisão de Bévan; a incisão de Koerte; a incisão de Spraengel; a incisão de Lècene; a incisão de Rio-Branco; a incisão oblíqua sub-condral; a incisão de Hartmann; a incisão de Constantini; a incisão intra-rectal longitudinal.

A exploração da lóca esplénica; a exteriorização do baço. A secção e laqueação do pedículo esplénico; a laqueação dêste pedículo nos casos de baço aderente.

Casos em que há necessidade de fazer a reseção temporária condro-costal; sua técnica. A revisão da lóca esplénica.

A terminação da operação.

A esplenectomia toraco-abdominal.

A técnica de Merola e a técnica de Constantini.

Cuidados pré e post-operatórios.

A questão das transfusões de sangue antes e depois da esplenectomia
Discussão e crítica. Resultados obtidos na nossa clínica.

XI

Hérnias

Variiedades de hérnia: hérnia inguinal, crural, umbilical, da linha branca, hérnia lombar, esquiática, obturadora, hérnia perineal.

Hérnias traumáticas, eventrações, hérnias diafragmáticas.

Hérnias congénitas e hérnias adquiridas. Diferenças anatómicas entre a hérnia congénita e adquirida; a importância da predisposição anatómica na constituição da hérnia adquirida.

A função do esforço no aparecimento das hérnias. A importância da hérnia como acidente de trabalho.

Sintomatologia das hérnias nas suas diferentes variedades. O diagnóstico diferencial nas hérnias.

O conteúdo das hérnias e sua importância sob o ponto de vista cirúrgico.

A hérnia considerada como doença e como enfermidade.

Gravidade das hérnias.

As complicações das hérnias. O estrangulamento herniário, a irreductibilidade, o engorgitamento e a incoercibilidade.

O tratamento das hérnias. Condições necessárias para o tratamento cirúrgico.

A operabilidade das hérnias nas crianças e nos velhos. Contra-indicações do tratamento operatório.

A cura radical das hérnias. Métodos e processos operatórios.

Diferenças de técnica nos processos de Lucas-Chanpionière, de Bassini-Barker, de Berger, de Mugnai, de Martel, de Pauchet etc.; técnica do processo habitualmente praticado na nossa Clínica e suas vantagens.

- A recidiva nas hérnias e suas causas. Causas inerentes ao doente e a êrros de técnica.
- A anestesia na cura radical da hérnia. Indicações da anestesia geral, regional e local.
- Complicações post-operatórias que podem seguir a cura radical das hérnias. Complicações locais, e a distância do foco operatório.
- O tratamento das hérnias estranguladas. Cuidados a observar com as manobras de taxis e perigos que daí podem resultar.
- A Kelotomia e sua técnica. O tratamento do conteúdo herniário após a Kelotomia. Maneiras de avaliar as condições de vitalidade dos órgãos contidos no saco duma hérnia estrangulada.
- Indicações da Kelotomia simples, da Kelotomia seguida de redução e de cura radical.
- A enterostomia e suas indicações na hérnia estrangulada.
- Indicações da ressecção seguida de cura radical.
- A mortalidade na hérnia estrangulada e suas causas. Causas de ordem geral e local; a patogenia dos acidentes de ordem geral na hérnia estrangulada e terapêutica correspondente.

XII

Cirurgia dos órgãos genitais do homem

- a) — Flegmões e gangrenas do escroto — Suas causas e maneira de tratar.
O esfacelo, como seqüência dos processos inflamatórios do escroto. Relações entre estes estados mórbidos e certas afecções do aparelho urinário inferior.
- b) — Vaginalites serosas ou hidrocelo; vaginalites plásticas; pachivaginalites ou hematocelo.
Diagnóstico e terapêutica destas afecções.
- c) — Elefantiasis do escroto.
Casos operados na nossa clínica.
- d) — Afecções do testículo e epididimo.
Emigração incompleta do órgão.
Ectopia: variedades complicações a que dá origem.
Tratamento: oaquidopexia unilateral, bilateral.
Técnica usada na nossa clínica. Resultados.
- e) — Nas anomalias por início de desenvolvimento — casos de anorquidia e synorquidia. Falência de opoterapia.
- f) — A orco-epididimite tuberculosa — diagnóstico diferencial.
Tratamento — a elioterapia — terapêutica de eleição; a fisioterapia; as vacinas.
Terapêutica cirúrgica — Epididimectomia. Castração. Deferentectomia alta — Indicações destas operações.
Vesicolite tuberculosa — Espermatocystectomia por via perineal.
Relação entre a epididimite tuberculosa e a tuberculose renal.
Casos da nossa clínica.

g) — Neoplasmas do testículo — benignos, são raros — fibromas, miomas, etc.

Malignos, mais freqüentes e muito graves — carcinomas, sarcomas, tumores mixtos.

Doença quística sua raridade e virulência.

Operações — devem ser precoces; freqüência das recidivas.

Casos da nossa clínica.

O quisto do cordão e a hérnia congênita.

Operações: Técnica adoptada na nossa clínica.

h) — Cancro do pénis.

Intervenção cirúrgica. Amputação com esvaziamento ganglionar da virilha na mesma sessão, ou sem esvaziamento mas com roentgentherapia consecutiva.

i) — Fimosis e parefimosis.

Anomalias do penis. Traumatismos. Operações plêuticas.

XIII

Tuberculose osteo-articular

Artrites tuberculosas, sua sintomatologia e diagnóstico diferencial com as artrites não específicas.

Caracteres anátomo-patológicos e evolutivos das artrites tuberculosas.

Coxalgia, tumor branco do joelho e outras artrites tuberculosas mais freqüentes.

Sinovites tuberculosas articulares, sua sintomatologia e diagnóstico.

Osteites tuberculosas, sua sintomatologia e caracteres anátomo-patológicos; diagnóstico diferencial com a osteomielite.

Abcessos frios e ossifluentes, sua patogenia e localização mais freqüente.

Mal de Pott, sua sintomatologia clínica e radiológica; caracteres anátomo-patológicos do Mal de Pott. As paraplegias potticas, sua patogenia e gravidade; a gibosidade e os abcessos ossifluentes no Mal de Pott.

Métodos de tratamento nas diversas formas de tuberculose cirúrgica.

Métodos biológicos, químicos, fisioterápicos e cirúrgicos.

Métodos biológicos: Tuberculinas (Koch, Johnne, Hirschfelder, Landmann, Spengler, etc.); extratos bacilares (Jousset, Bouquet e Négre).

Vacinas (Friedman, Vaudremer, etc.).

Quimoterapia: Finikoff, auroterapia, Synthol, etc.

Fisioterapia: R. U. Violetas, Helioterapia.

Métodos cirúrgicos: injeções modificadoras (Calot, Lannelongue, etc.).

Ressecções, artrodeses, enxertos (Albee, Hibbs, Scherb, Robertson-Lavalle).

Indicações do método de Albee no Mal de Pott; resultados obtidos com este método na nossa clínica.

Osteomielite

Definição de osteomielite e nomenclatura (Pasteur, Ollier, Chassaignac, Boeckel, Gosselin, Lannelongue):

frequência da osteomielite e suas relações com a idade;
distinção entre osteomielite e osteites específicas;
caracteres clínicos, anatómicos e bacteriológicos diferenciais;
etiologia da osteomielite;
concepções patogénicas na osteomielite (Poncet, Lannelongue, Jaboulay).

A osteomielite como localização secundária de estados septicémicos e osteomielites primitivas;

sintomatologia clínica da osteomielite; sintomas gerais e locais;
diagnóstico precoce da osteomielite;
diagnóstico diferencial;
o exame radiológico como elemento de diagnóstico na osteomielite;
formas clínicas da osteomielite;
formas septicémicas de início e osteomielites complicadas de septicémia;
osteomielite pura e osteomielite complicada;
forma tífica da osteomielite e osteomielite tífica;
a osteomielite aguda e sub-aguda;
osteomielites frustes e osteoperiostites de Brodie;
a febre do crescimento e as suas relações com a osteomielite (Poncet);
a osteomielite crónica de início;
características evolutivas da osteomielite sob o ponto de vista clínico e anátomo-patológico;
a evolução expontânea da osteomielite para a necrose e a sua tendência para a cronicidade;
caracteres clínicos, anátomo-patológicos e radiológicos da osteomielite crónica;
diagnóstico diferencial na osteomielite crónica;
diagnóstico retrospectivo sob o ponto de vista etiológico;
a gravidade da osteomielite pelo que respeita à vida do doente e à sua capacidade funcional tardia;
complicações da osteomielite;
artrites supuradas e outras manifestações supurativas diversas;
septicémia e septicopyoemia de origem osteomielítica;
a mortalidade na osteomielite.

O tratamento da osteomielite aguda: métodos terapêuticos clássicos, seu valor e resultados com êles obtidos;

a trepanação de Lannelongue, o método de Holmes, o método de Star e Robertson e o esvaziamento-ressecção de Leriche; crítica dos métodos clássicos de tratamento da osteomielite aguda, baseada nos resultados imediatos e tardios; inconvenientes da trepanação urgente como tratamento de rotina na osteomielite aguda; complicações e resultados a que trepanação pode conduzir:

a ressecção primitiva como tratamento curativo da osteomielite;

- concepção teórica dêste método e resultados práticos obtidos;
- razões que nos devem levar a praticar a ressecção primitiva só em raros e determinados casos;
- a mortalidade espontânea e a mortalidade operatória na osteomielite aguda;
- concepção terapêutica moderna na osteomielite aguda; a abstenção cirúrgica, razões dêste método e resultados obtidos na nossa Clínica;
- o tratamento conservador e a imobilização na osteomielite aguda (Leveuf);
- concepção fisiopatológica dêste método, resultados obtidos sob o ponto de vista imediato;
- o tratamento adjuvante pela vacinação (Grégoire) e outros agentes terapêuticos de ordem médica;
- os meios terapêuticos de ordem biológica (vacinas, sôro específico e sôros convalescentes, anatoxina, bacteriófago, etc.);
- a quimioterapia anti-infecciosa;
- a roentgenerapia na osteomielite aguda;
- conduta terapêutica actualmente seguida na nossa Clínica;
- a abstenção cirúrgica e a terapêutica pelas injeções arteriais de substâncias anti-microbianas; a acção das sulfamidas por via arterial no tratamento da osteomielite aguda; resultados obtidos na Clínica;
- condições de aplicação e de eficácia das injeções arteriais na osteomielite aguda;
- vantagens da arterioterapia precoce;
- tratamento da osteomielite crónica: a fisioterapia e o tratamento cirúrgico;
- a sequestrectomia, a ressecção total, sub-total e parcial;
- a insuficiência da sequestrectomia como método sistemático no tratamento da osteomielite crónica;
- resultados obtidos com a sequestrectomia e raridade da cura definitiva com êste método;
- razões porque a sequestrectomia conduz a maior parte das vezes à recidiva e a reintervenções sucessivas;
- raros casos em que devemos praticar a sequestrectomia;
- a ressecção total ou parcial como método de tratamento da osteomielite-crónica;
- superioridade da ressecção sôbre a sequestrectomia, como tratamento curativo da osteomielite;
- razões de ordem fisiopatológica em que assenta a superioridade da ressecção;
- os insucessos a que a ressecção pode conduzir e os meios de os evitar e remediar;
- a ausência de regeneração óssea e as regenerações incompletas, os encurtamentos post-ressecção, as deformações e as recidivas;
- as bases em que deve assentar hoje a prática do método resseccionista na osteomielite crónica;
- a oportunidade da ressecção;
- vantagens da ressecção secundária precoce sôbre a ressecção secundária tardia;
- razões de ordem anatomofisiológica que nos devem levar a praticar a ressecção secundária precoce (Leveuf, Barret, Howard, Caubet);

a imobilização rigorosa com talas e aparelho gessado após a ressecção (Orr);

a vantagem da raridade do penso e os inconvenientes do uso de anti-sépticos após a ressecção;

os cuidados que devemos ter com o periosteo e com a cartilagem útil de crescimento;

fisiopatologia da regeneração óssea e acção do periosteo na regeneração do osso (Nathan, Leriche e Policard);

os resultados obtidos na nossa clínica pela prática da ressecção seguida de imobilização e a superioridade destes resultados em relação aos obtidos com a sequestrectomia; a transplantação óssea nos casos de regeneração insuficiente; resultados obtidos na nossa clínica.

XV

Doenças das artérias

Aneurismas: variedades, causas e complicações.

O tratamento médico e o tratamento cirúrgico.

Métodos de Anel, Hunter, Brasdor e Wardrop.

Método de Purrman suas vantagens e indicações.

Métodos de aneurismorrafia conservadora de Rodolph Matas.

Arterites: Etiologia e patogenia das arterites;

arterites de evolução aguda e de evolução crónica;

importância das arterites sob o ponto de vista clínico;

a tendência evolutiva das arterites para a trombose e obliteração arterial;

o diagnóstico diferencial nas arterites;

o valor da prova de Moschkoviez no diagnóstico das arterites dos membros;

a oscilometria e a arteriografia; indicações fornecidas por estes métodos;

técnica da arteriografia e substâncias de contraste a usar;

complicações que podem surgir na prática da arteriografia nas arterites condições a que devem obedecer as substâncias a usar na prática da

arteriografia;

formas clínicas de arterites e sua sintomatologia;

a arterite senil e a trombo-angeite obliterante juvenil de Buerger;

as arterites como complicação das doenças infecciosas agudas;

a gangrena como consequência natural e espontânea das arterites;

a gangrena das extremidades, sua sintomatologia e formas clínicas;

a fase de pré-gangrena nas arterites dos membros e seu diagnóstico;

mecanismo da deficiência circulatória nos tecidos em consequência da arterite;

a função do espasmo arterial e sua importância no mecanismo patogénico da gangrena de origem arterial;

a dôr e a claudicação intermitente nos casos de arterite e seu mecanismo patogénico;

as perturbações da circulação venosa em consequência das deficiências da circulação arterial;

tratamento da gangrena por arterite;

o tratamento médico pelos vaso-dilatadores e anti-espasmódicos;

a acecolina administrada por via arterial para combater os espasmos das arterites; resultados obtidos na nossa clínica;

o tratamento cirúrgico da gangrena por arterite dos membros;

o tratamento mutilante e o tratamento conservador;

indicações do tratamento mutilante e elementos em que devemos basear-nos para estabelecer os limites da amputação;

meios de apreciar o nível da obliteração arterial e da circulação colateral;

a prova de Moschkovicz, a oscilometria e a arteriografia;

erros a que pode conduzir cada uma destas provas na apreciação da circulação activa dos membros;

o tratamento cirúrgico conservador nas arterites dos membros; a gangliectomia, ramissecção e a supra-renalectomia, de Adson, Royle Jabulay e Von-Opel;

o conceito fisiológico em que assentam os diversos métodos de tratamento cirúrgico conservador;

a arteriectomia, sua técnica e indicações;

a simpatectomia peri-arterial de Leriche, sua técnica e indicações;

os resultados que se podem obter com estes métodos segundo os casos operados na nossa Clínica;

a associação da simpatectomia peri-arterial e do tratamento mutilante; económico nos casos de gangrena das extremidades por arterite suas vantagens e resultados observados na nossa Clínica;

Arterioterapia

Fisio-patologia das injeções arteriais; acidentes e incidentes que podem surgir com as injeções nas artérias;

substâncias próprias para injeção arterial; modos de reacção das artérias perante as injeções intra-arteriais;

condições a que devem obedecer as soluções a injectar por via arterial; experiências de Huet e Bargeton e sua importância sob o ponto de vista arterioterápico;

técnica das injeções arteriais nos membros, na aorta e nas artérias carotídeas; material necessário para as injeções arteriais;

os sinais de que devemos servir-nos para verificar o rigor de uma injeção arterial; as indicações da terapêutica por via arterial;

as injeções arteriais nas infecções dos membros (flegmão, osteomielite, fracturas infectadas, erisípela, etc.).

os resultados obtidos com as injeções arteriais de substâncias anti-microbianas, (mercuro-cromo, sulfamidas, flavinas, etc.) segundo os casos tratados na nossa Clínica;

a terapêutica pelas injeções carotídeas nas infecções agudas da cabeça; resultados observados na nossa Clínica.

Alguns problemas clínicos de Cirurgia de urgência

a) — Choque traumático — Sintomatologia e diagnóstico diferencial do choque traumático; tratamento do estado de choque traumático; tratamento preventivo e curativo; indicações e vantagens da transfusão nos casos de choque traumático;

A toxemia traumática, sua função no determinismo do choque traumático e maneiras de a evitar e combater;

as indicações operatórias nos doentes em estado de choque traumático;

casos em que está indicada a operação imediata e os casos em que devemos retardar a intervenção;

vantagens e inconvenientes da intervenção imediata e da intervenção retardada nos casos de choque traumático.

b) — Hemorragia traumática e anemia aguda por hemorragia:

Conduta do cirurgião em face dos diferentes casos de hemorragia traumática;

processos rápidos de realizar a hemostase provisória e definitiva maneiras de avaliar a quantidade de sangue perdido por hemorragia; diagnóstico diferencial do quadro de anemia aguda com o do choque traumático;

tratamento dos doentes em estado de anemia aguda por hemorragia; casos que podem ser tratados pelas injeções maciças de soro e os casos em que está indicada a transfusão de sangue;

indicações fornecidas pela tensão arterial neste sentido (Jeanneney) os resultados que podemos obter com a administração dos soros isotônicos e hipertônicos e com o soro de Normet;

os diversos problemas fisio-patológicos da transfusão de sangue e processos de praticar a transfusão;

a transfusão e a perfusão sangüíneas;

a transfusão com sangue puro e com sangue incoagulável — suas vantagens e inconvenientes (Jubé, Bécard, Tzank, Jeanneney, Jouvelet, etc.);

o problema da transfusão com sangue conservado (Bagdassar, J. Viero, etc.) e resultados obtidos na nossa Clínica.

c) — Côma traumático: lesões que podem conduzir ao côma traumático sintomatologia e diagnóstico diferencial dos diversos casos; de côma traumático;

diagnóstico diferencial com os estados de côma de natureza médica; o côma traumático de origem encefálica e suas diversas modalidades;

diagnóstico diferencial do côma traumático de origem encefálica; com os estados de choque traumático e de anemia aguda;

indicações fornecidas pela medida da tensão arterial e pelas perturbações funcionais existentes;

tratamento dos estados de cõma traumático nas suas diversas modalidades;

a indicação operatória nos estados de cõma traumático e a modalidade de intervenção a realizar.

d) — Amputações de urgência — casos em que está indicada uma amputação de urgência; os grandes traumatismos dos membros e suas complicações imediatas que condicionam uma amputação de urgência; a gangrena como complicação dos traumatismos dos membros e os sinais que nos devem levar a praticar uma amputação de urgência;

a amputação de urgência nas fracturas sangrentas e esmagamentos dos membros;

indicações e momento oportuno da intervenção mutilante;

casos em que está indicado uma amputação de urgência imediata, secundária ou tardia;

como resolver o problema das amputações urgentes nos indivíduos em estado de choque traumático;

a preparação dos doentes para uma amputação de urgência;

regras gerais a que deve obedecer uma amputação de urgência pelo que diz respeito ao nível da amputação;

devemos ser económicos nas amputações de urgência e limitar ao máximo as indicações da terapêutica mutilante em benefício da terapêutica conservadora.

XVII

Ortopedia

Para o ensino da ortopedia dispomos de um serviço especial, com um magnífico laboratório e onde funciona uma consulta externa, destinada a socorrer os doentes de fõro traumatológico e ortopédico.

Por esta consulta onde se fazem para cima de 1.200 tratamentos por mês teem passado cêrca de 10.000 doentes.

Para os doentes que carecem hospitalização, existem enfermarias próprias, com pessoal adextrado, de forma a satisfazer as necessidades da assistência e do ensino.

Os doentes dêstes serviços são distribuídos pelos alunos e discutidos nas enfermarias. Nas casas de operações são feitas demonstrações e realizadas tôdas as intervenções cirúrgicas indicadas.

Aparelhos gessados

Maneira de os aplicar, material a empregar, vantagens e inconvenientes da sua aplicação e indicações quanto aos casos em que se devem empregar e ao tempo que devem ser conservados pelo doente.

Empregam-se os aparelhos gessados nas:

a) — Fracturas dos membros, fracturas da coluna vertebral (Bohler).

- b) — Osteoartrites tuberculosas, mal de Pott, coxalgia, sacrocoxalgia, ósteo-artrite do cotovelo, do joelho, tíbio-társica, escápulo-humeral, etc.
- c) — Malformações congénitas ou adquiridas; pés botos, genu-valgum genu-varum, cúbitus valgus ou varus, torticollis, luxação congénita da articulação coxo-femural e outras.
- d) — Osteocondrite da articulação escápulo-humeral e coxo-femural, epifisite vertebral.
- e) — Outras doenças do fôro ortopédico como osteomielites, ósteo-artrites infecciosas, etc.

Fracturas

I — *Fracturas diafisárias.*

- a) — Fracturas fechadas; sintomatologia, diagnóstico, evolução, complicações precoces e tardias.
Métodos de redução, métodos de contenção: Coutheaud, Destot, Leveuf, Ombrédanne.
Aparelhos de imobilização: Pouliquen, Patel, Van de Velde, Bohler Rouvillois, Braun, Masmonteil, Thomas, Tillaux, Kirschner.
Métodos sangrentos, indicações e contra-indicações da osteosíntese, cuidados no seu emprego — não intervir num foco infectado; excisão do tecido da cicatriz, protecção dos troncos nervosos e observação das extremidades ósseas — material a empregar conforme o caso clínico: fio metálico, placa da Sherman, Lambotte Lane, Dupuy de Frenelle, agraças Dujarrier, ligaduras Putti-Parham, Angelo da Fonseca, parafusos; sínteses temporárias Lambotte, Ombredanne.
Tratamento das complicações imediatas vasculares e nervosas que aparecem secundariamente: paralisia do radial, do cubital do ciático poplíteico externo, etc.
Tratamento de deformações resultantes de algumas fracturas: cubitus valgus ou varus, genu valgum ou varum.
- b) — Fracturas abertas ou expostas; tratamento geral e local. Quando se pode transformar uma fractura exposta em fractura fechada.
- c) — Fracturas consolidadas viciosamente: etiologia, anatomia patológica e sintomatologia. Os diferentes métodos de tratamento: a osteoclasia nas fracturas recentes, a osteotomia, ao nível do calo ósseo ou fora, conforme o caso clínico; a osteosíntese perante a idade do doente, a sua profissão e o seu estado de saúde.
- d) — Calos defeituosos, disformes, dolorosos. Qual o tratamento.
- e) — Doenças do calo ósseo.
- f) — Amolecimento do calo ósseo e sua causa.
- g) — Tumores do calo ósseo.
- h) — Fracturas icterativas: por fracturas precoces, por calos distróficos,

II — Tratamento ortopédico das fracturas.

- a) — Fracturas da clavícula. Nalguns casos emprega-se o aparelho Bohler; com mais freqüência, por maior facilidade na aplicação, o aparelho Masmonteil e o método de Destot.
- b) — Fracturas do húmero. Tratamento feito com talas de Kramer com ou sem aparelho gessado, aparelhos de Patel, Pouliquen, Bohler, combinados com a extensão contínua sempre que é necessária.
- c) — Fracturas do cotovelo. Depois de feita a redução usa-se com freqüência a contenção em goteira gessada, evitando-se por êste meio a compressão nervosa e vascular na flexura. Em casos em que não há desvios o aparelho de Van de Velde, a goteira metálica.
- d) — Fracturas do antebraço. Depois da redução são freqüentemente immobilizadas em aparelhos gessados ou com os aparelhos de Van de Velde.
- e) — Fracturas da mão. Imobilização com talas de arame em atitude de flexão para evitar a rigidez articular que é freqüente dar-se quando empregam a imobilização em extensão na célebre manápula de madeira.

Estes são os tratamentos seguidos na consulta externa para as fracturas do membro superior, em número de cem por mês aproximadamente. Algumas fracturas dos membros inferiores são também immobilizadas nesta consulta, mas geralmente os doentes portadores dessas fracturas são internados e o seu tratamento é feito por extensão contínua — Tillaux, Kirschner, Bohler — em suspensão nas talas de Thomas, em aparelhos de Braun, Rouvillois, Bohler. Seguindo-se estes processos muitas vezes se evitam as osteosínteses.

III — A osteosíntese.

Indicações e contra-indicações, quantos dias após a fractura se pode operar, cuidados na preparação do doente, técnica a seguir, cuidados de asepsia, material para a síntese óssea conforme o tipo de fractura, hemostase perfeita, drenagem, imobilização uma vez feita a osteosíntese, início da mobilização.

- a) — Nas fracturas da clavícula faz-se a osteosíntese empregando a ligadura metálica Angelo da Fonseca, óptima para quasi tôdas as fracturas dêste osso. A sua vantagem nas fracturas transversais, não sendo preciso recorrer à placa parafusada, torna mais simples a técnica e poupa a vitalidade do osso.
- b) — Nas fracturas do húmero faz-se a osteosíntese com placa, ligadura ou fio metálico, quando o desvio ósseo não tenha sido corrigido, por não se ter obtido a consolidação e por lesão dos troncos nervosos, principalmente do radial.

Temos operado vários casos de paralisia do radial com bons resultados, libertando-o do tecido cicatricial que o estrangulava.

- c) — Nas fracturas do olecrâneo que quasi sempre têm que ser operadas, usamos o parafuso metálico, fazendo a hemicerclage nos casos em que o fragmento é pequeno ou naqueles em que a fractura é cominutiva e portanto sem apoio para o parafuso. Noutras fracturas do cotovelo é por vezes necessário empregar a placa de Shermam tipo X segundo a técnica de Alglave.
- d) — Nas fracturas dos ossos do antebraço emprega-se com frequência a ligadura Angelo da Fonseca, pelas mesmas vantagens que lhe notamos para as fracturas da clavícula.
- e) — Fracturas do fémur. É nestas fracturas que mais fazemos a osteosíntese, por causa do desvio em dois sentidos que nelas geralmente se dá. O emprêgo de placas de Shermam com 6 ou 8 parafusos, de fios metálicos apertados com o esticador de Lambotte, garantem-nos a contenção da fractura reduzida. As placas em X e os parafusos são usados nas fracturas da epífise inferior do fémur.
- f) — Como as fracturas do oleocrâneo, também as da rótula tem que ser operadas na maioria dos casos, segundo a técnica de Fredet, sutura vertical com fio de crina ou por cerclage nas fracturas com vários fragmentos.
- g) — Nas fracturas dos ossos da perna empregam-se placas e fios; parafusos nas fracturas máleolares.
- h) — Faz-se a osteosíntese nalgumas fracturas do astragalo e do calcâneo.

Por ano fazemos algumas dezenas de osteosínteses principalmente do fémur, da tibia, do humero e da clavícula.

IV — Pseudartroses

- a) — Etiologia. Perda de substância óssea, redução defeituosa da fractura, interposição muscular, nervosa ou de esquirolas, imobilização insufficiente, infecção local ou geral, perturbações das glândulas de secreção interna.
- b) — Estudo clínico.
- c) — O atrazo na consolidação das fracturas e a pseudartrose. Maneira de fazer o diagnóstico diferencial, pela dôr, mobilidade, evolução e aspecto radiográfico dos topos ósseos.
- d) — Tratamento do atrazo na consolidação das fracturas. Indicações do cálcio com a actinoterapia, injeções locais de auto-sangue, opoterapia, imobilização rigorosa, o método de Lucas Champónière, a simpatectomia periarterial e perfuração de Beck.
- e) — Tratamento cirúrgico das pseudartroses. Cuidados a ter com as infecções locais, as cicatrizes, o estado de vitalidade das extremidades dos topos ósseos e com os troncos nervosos. Técnica a seguir, simples avivamento ósseo e ajustamento, osteosíntese e enxertos ósseos.

Todos os anos se operam vários casos de pseudartrose do humero do fémur, da tibia, da clavícula e outros.

Luxações

Em que casos se pode dar a luxação patológica e como tratá-la?

Diagnóstico, formas clínicas e complicações nas luxações traumáticas.

Devemos sempre que seja possível fazer a redução ortopédica.

Processo de Kocher, Mothe, Dollinger.

Nas formas em que a redução ortopédica não seja possível, devemos recorrer à redução sangrenta, Bazi, Dollinger, etc.

O método de Leriche, Fergue, Sterling Bûmel, Oudard, em certas luxações incoercíveis (esterno-clavicular, acromioclavicular).

Luxação congénita da cabeça do rádio.

Malformações congenitas.

Sinostose congénita rádio-cubital.

Mão bota congénita.

Sindactilia e Polidactilia.

Luxação congénita da articulação coxo-femural.

Coxa-Vara, Coxa-Valga.

Luxação congénita da rótula.

Genu-Valgum, Genu-varum.

Pseudartrose congénita da perna.

Pé boto congénito.

Anquiloses

Diagnóstico e tratamento nalgumas anquiloses: cotovelo, coxo-femural e joelho.

Quando devemos respeitar a anquilose, ou quando devemos corrigir a sua posição desfavorável?

Quando devemos fazer a artroplastia? Putti, Murphy.

Paralisia infantil

O seu tratamento: Médico, Ortopédico, Fisioterápico, Reeducativo.

Tratamento cirúrgico: Tenoplastias, Tenodeses, Mioplastias, Tenotomias.

Osteotomias: Linear, Cuneiforme, Arciforme.

Artrorises, Artrodeses.

Enxertos ósseos

Uma das partes mais interessantes da ortopedia é a que diz respeito a enxertos ósseos por meio dos quais se procura tratar certas afecções, que anteriormente, por falta de tratamento adequado, reduziam muitos doentes ao uso de aparelhos ortopédicos durante tóda a vida.

Indicações

a) — Mal de Pott (operação d'Albee) sacrocoxalgie e coxalgie (operações d'Albee, Sorrel e Mathieu) osteoartrite tuberculosa do cotovelo (operação de Witteck) osteoartrite tuberculosa escapulo-humeral (operação de Barou) e outras osteoartrites

tuberculosas. A artrodese nalguns casos de paralisia (operação de Witteck, na articulação escápulo-humeral. Luxação congénita da rótula (operação de Albee). Artrorizes na paralisia do pé (Ombrédanne, Putti, Michel). Atrazos na consolidação das fracturas. Pseudartroses.

Em tôdas estas indicações temos tido ocasião de ensaiar a enxertia óssea.

Técnica

- a) — Enxertos ósseos auto-plásticos pediculados temporários; enxertos auto-plásticos pediculados permanentes (Operação de Hahn Huntington na perna, operação de Cuneo na coxa). Enxertos ósseos livres de Albee — os que se empregam mais frequentemente. Enxertos osteoperiosticos de Delagenière, nas fracturas dos ossos do antebraço e noutros casos.
- b) — Cuidados a ter para a libertação do enxerto e precauções a tomar enquanto este não é colocado no seu novo leito. Local donde devemos extrai-lo. Cuidados a dispensar ao doente após a operação. Os nossos casos e a nossa técnica.
- c) — Como actua o enxerto ósseo?
- d) — Fractura do enxerto e pseudartroses numa ou nas duas extremidades.

Assistência médico-social aos cardíacos em Portugal

(LINHAS GERAIS DE UM PROGRAMA)

Assim como não é possível rematar uma construção sem previamente se abrirem os caboucos e se levantarem os muros, também não é possível bem esclarecer, na sua organização, natureza e objectivos, uma obra de Assistência médico-social aos cardíacos, no nosso país, sem tentarmos, primeiro: pôr em relêvo a importância social das doenças do coração; depois: proceder, ainda que isso fique em esboço, à análise dos órgãos e medidas médico-sociais adequadas e pelo mundo adoptadas.

Dividiremos, por isso, o presente trabalho em três capítulos: a) Afecções do coração e medicina social; b) Órgãos e medidas de um programa de assistência aos cardíacos, em tese geral; c) Como organizar, particularmente no nosso país, a assistência médico-social aos cardíacos.

I

Afecções do coração e medicina social

1) Considerações gerais

Muito se tem escrito e alguma coisa se tem feito entre nós, sobre assistência médico-social em vários sectores da medicina, como tuberculose, sífilis e doenças venéreas, afecções da primeira infância, diabetes, sezonismo, etc., mas que saibamos, nada se tem escrito ou feito em matéria de assistência social aos cardíacos.

Todavia, no obituário, as afecções cárdio-circulatórias ocupam o primeiro lugar, nos países de maior civilização económica e sanitária, afirmação que poderá, para muitos, parecer errónea por hiperbólica, mas se fundamenta na leitura das estatísticas, fonte de informação que, se se não liberta de críticas é, contudo, a única de valor objectivo que possuímos para se fazer juízo.

Quási todos os indivíduos mortos por afecções cárdio-vasculares contavam, em qualquer estatística, idade superior a 50 anos; e, como a cardiopatia, uma vez criada tem, em regra, evolução progressiva, isso não vai sem que pelo caminho se não observem longos intervalos de repouso forçado, e, por isso, de trabalho nulo. Por esta e outras razões as cardiopatias figuram no quadro das afecções de ordem social.

Entre nós, ainda se não ultrapassou a tradição da terapêutica cárdica domiciliar ou hospitalar, necessária sim, mas manifestamente insuficiente, e ainda se não teceu a primeira malha na vasta rêde a levantar de obras de restauração, de reeducação, de aprendizagem pré-comercial e pré-industrial, de utilização dos cardíacos diminuídos na sua capacidade funcional, embora compensados. Prejudica-se o doente e onera-se a sociedade.

Se o homem, emquanto sadio produz e presta serviços à sociedade,—porque não é célula isolada e independente de outra célula — na invalidez, por elementar dever de humanidade, a sociedade tem de ocupar-se dêle. Elemento da socie-

dade, a sua doença, a sua inacção, o seu repouso obrigado podem ter repercussões graves, por vezes dramáticas sôbre as células d'êles dependentes. Porém, que a sociedade descesse a aceitar apenas o sentido utilitarista da vida humana e ainda aqui, as medidas de assistência, aparentemente onerosas, exprimiriam apenas o empréstimo de capital a longo prazo, mas com juros certos.

O doente abastado trata-se em casa e, seguido por médicos especializados, tem facilidade de cumprir as prescrições. Fácil lhe é encontrar, tantas vezes, o alívio para as suas crises, algumas vezes lhe serão cercadas ou evitadas e a vida poderá ser longa. Para o doente pobre, porém, que ganha a vida em trabalho manual e rude, a humanidade parece não ter encontrado, mesmo em outros países, até há pouco, outra fórmula que não seja fazê-lo cliente habitual dos hospitais. Uma vez restituído ao domicílio, aí encontra as mesmas condições pelas quais a doença se agravava.

Numa organização de assistência social perfeita aos cardíacos, estes são procurados e diagnosticados, quando os sintomas ainda não atingiram a acuidade que os obrigasse a repouso forçado. Tal como actualmente a assistência figura entre nós, porém, é o doente que deliberadamente procura o hospital ou o clínico, porque já não tem fôrças para esperar mais. Foi até às últimas e rendeu-se pelo esgotamento. Uma vez aí, no entanto, pode o médico aconselhar repouso e readaptação, a seguir; contudo os conselhos não serão, em regra, aceitos, já porque perde o salário que lhe falta para sustentação sua e dos seus, já pelas despesas que a hospitalização acarreta, já por dificuldades doutra ordem.

Ora, quando pela fôrça das circunstâncias o doente é constrangido ao repouso, êste tem já de ser mais longo; conseqüentemente maior já a perda de salário; mais difícil, também, a readaptação progressiva. Desde que se sinta melhor, para compensar essa perda, vota-se de novo ao trabalho e despreza a readaptação conveniente; sem esta e sem a tentativa de reeducação profissional em breve nova crise se instala. E os sofrimentos, a ruína física e as torturas morais — porque o corpo doente está substancialmente unido a uma alma que sofre também pela doença do corpo — seguem em ritmo acelerado pelo círculo inexoravelmente vicioso que se estabelece entre o trabalho e a doença, enquanto a morte não põe têrmo a êste calvário.

2) Medicina social e factores de ordem educativa, científica, social e económica

É preciso levar junto de todos os seres humanos, na idade em que a razão atingiu o fastígio, os ensinamentos elementares da medicina preventiva e da higiene individual, pois que só se aceita o que se compreende e só se põe em prática o que se aceita. E então melhor se vislumbra a dificuldade.

Como é possível ao médico explicar junto de cada qual os preceitos fundamentais da medicina? O veículo mais fecundo na difusão dêstes conhecimentos seriam o folheto ou o jornal, mas para isso faz-se mister, primeiro, combater a vaga de analfabetismo que segundo o Censo de 1930 atingia mais de 50% da população, excluídos, é óbvio, os indivíduos de idade inferior a 7 anos, e era, por isso nódoa que ainda nos envergonhava; depois, criar no espírito de quem aprende o gosto pela leitura e a intimidade com as coisas simples e sãs. Pressuposto o cadastro de todos os cardiopatas existentes, feito o seu diagnóstico precoce, em circunstâncias de o doente lograr as vantagens de duradoira compensação, teríamos maneira de conseguir que a investigação do cardíaco não tivesse apenas o valor especulativo de um diagnóstico? Ora, ao fundar-se uma obra, alguém dirá

que não vale a pena procurar quem dela precise antes de a provermos de tudo em que ela preste utilidade. Julgamos ser isso um êrro. Entre nós, pelo menos, não se pode proceder assim e há que enfrentar o problema na simultaneidade dos seus dois aspectos: Estes articulam-se intimamente e cada qual se desenvolve, na medida em que o outro se julgue necessitado.

A pesquisa dos cardíacos tornar-se-á mais fácil e fecunda à medida que a Obra progredir na sua organização material; esta, por sua vez progredirá na medida em que fôr aumentando o número dos que no campo da patologia cárdio-circulatória reclamarem o auxílio social. E é assim que o entendemos.

Em todos os países se procura reduzir a morbidez e o obituário. Há factores que exercem grande influência na saúde dos indivíduos, que diferem de países para países mas, dentro de cada doente, permanecem constantes no tempo, considerados em épocas do ano equivalentes: são os que constituem o clima. Outros factores há que variam de país para país, mesmo dentro de cada país e no decurso dos tempos, tais como: os progressos da medicina e dos meios profiláticos, da higiene individual e geral; ainda as condições da vida política económica e social e, de maneira geral, as medidas de previdência e de assistência social.

Dentro de cada nação, comparando a morbidez e o obituário em duas épocas suficientemente afastadas, nota-se diferença profunda, quer quanto a valores absolutos, quer quanto às mudanças que as várias causas letais, umas em relação a outras, sofreram, considerado o seu índice em relação a determinada fracção populacional. As medidas que em todos os países entram em acção para solução dos problemas a que respeitam tôdas as doenças do fôro social, dispõem-se a constituir uma equação, um de cujos membros—se nos fôr permitida a imagem—é formado por todos os progressos e descobertas da anatomia, da fisiologia, da psicologia, da patologia, da bacteriologia, da parasitologia, da epidemiologia, da terapêutica, da higiene, e de tantas outras ciências que à medicina prestam colaboração: bioquímica, física e química, genética, etc.; o outro, por elementos que são de cunho mais vincadamente social: condições de vida política e social das nações, sua prosperidade económica; engenharia sanitária: canalização de água, de esgotos, etc.; construção de escolas, de balneários; luta contra falsificações alimentares; legislação do trabalho; política da habitação e do urbanismo; o ensino popular e a luta contra o analfabetismo; a cultura física, as medidas de protecção maternal, infantil, do adolescente e do adulto, em suma, por tôdas as medidas de previdência e de assistência social.

Sobre tratar a *doença* que em si pouco mais é que uma abstracção, há cada vez maior tendência em tratar o *homem doente*, sob o aspecto orgânico, psicológico, profissional, familiar e social. Se todos os elementos no seu conjunto, formam a *medicina social*, esta pode ser considerada lágo de confluência de cursos muito diversos no caudal, na composição do fluído e na origem. Diversos são os processos em cada país quanto ao número e qualidade dos utilizados, à prioridade na escolha e ao valor que se lhes atribui. Todavia, as medidas promulgadas para jugular uma, têm benéfica repercussão, em regra, sobre tôdas as restantes. Como não é, indistintamente para tôdas as causas letais, a mesma, a eficácia dos meios atinentes a extingui-las ou a atenuá-las; como, por outro lado, nem tôdas cedem com igual poder de transigência, mercê de circunstâncias que mais se prendem à natureza e etiopatogenia das afecções do que aos processos por que se procura dar-lhes

combate, daí vem o mostrarem-se diversos os quadros de estatística quanto às cifras que aí figuram, para as causas de morte, nos seus valores absolutos e relativos.

3) Doenças do coração e sua progressão em países de elevada civilização sanitária

Lembre-mos, para exemplo, do que se vem passando nos Estados Unidos da América, conforme o que consta do Relatório elaborado pelos médicos higienistas que, de 4 de Novembro até 7 de Dezembro de 1935, tomaram parte na viagem de estudos preparada sob os auspícios da Organização de Higiene da Sociedade das Nações e do Serviço Federal de Higiene Pública dos Estados Unidos:

As modificações que tocam as 10 principais causas da morte, taxa calculada por 100.000 habitantes são, de 1900 para 1933, as seguintes: (1)

1900	
Tuberculose	195
Pneumonia	176
Diarreia e enterite	140
Afecções cardíacas	137
Nefrite	89
Malformações congénitas e moléstias da primeira idade	88
Hemorragia cerebral	77
Sarampo, Coqueluche, Escarlatina, Difteria	76
Acidentes	72
Cancro	64
1933	
Afecções cardíacas	261
Cancro	126
Nefrite	86
Hemorragia cerebral	80
Pneumonia	77
Acidentes	71
Tuberculose	56
Malformações congénitas e moléstias da primeira idade	49
Diabetes assucarada	28
Suicídios	18

Para comodidade de descrição dividamos, como René Sand, as causas de morte em três categorias: (2)

- 1) — *Causas externas*: (homicídios, suicídios, acidentes e intoxicações).
- 2) — *Causas infecciosas ou parasitárias*: peste, cólera, febre amarela, tifo exantemático, varíola, lepra, raiva, febre tifoide, disenteria, impaludismo, coqueluche, sarampo, escarlatina, gripe, poliomyelite, encefalite epidémica, meningite, melitococcia, tuberculose, síflis, etc.

(1) *Hygiène publique et Problèmes sociaux aux Etats-Unis d'Amérique*—Bull. Trimestrel de l'Organisation d'Hygiène. Vol. v, n.º 4, Dez. 1935 pag. 838.

(2) René Sand — *L'économie humaine et la médecine sociale*, 1934, pag. 63. (1)

3) — *Causas orgánicas e degenerativas*: mortalidade materna, mortalidade infantil, (antes do nascer e ao nascer), dos lactentes por gastro-enterite, bronco-pneumonia), pneumonia, broncopneumonia dos adultos, alcoolismo, doenças de nutrição (escorbuto, pelagra, raquitismo, osteomalácia), cancro e outros neoplasmas, doenças crónicas do coração, vasos e rins).

As causas do primeiro grupo e sobre que a medicina menos interfere, se é que interfere, ocupam o mais reduzido lugar.

Consideremos ainda o seguinte quadro respeitante a Inglaterra e Nova Zelandia, para se julgar da diminuição das defunções por causas diversas, em relação a cada fracção de mil habitantes.

Mortalidade por 1.000 habitantes	Londres 1771-1780	Inglaterra 1929	Nova Zelandia 1929
Causas externas	0,5	0,5	0,7
Causas infecciosas	23	2,0	0,8
(Tuberculose).	11	0,8	0,4
Causas orgánicas	26,5	9,2	7,0
(Cancro)		1,3	1,0
Moléstias de uso ou dispêndio		3,9	3,1
Outras moléstias		4,0	2,9
Tôdas as causas	50,0	11,7	8,5

Tanto os números por causas infecciosas como os por orgánicas baixaram muito; porém, enquanto além, para 12 vezes menos, aqui só para a $\frac{1}{3}$ parte. O número das primeiras é 4 vezes superior ao do das segundas. Se a propaganda das noções de higiene, de conforto, de bem-estar; o diagnóstico mais rápido e preciso; novas terapêuticas; o moderno serviço de enfermagem; o apetrechamento e higiene hospitalar, se tudo, somado, contribui para baixar a mortalidade geral, fá-lo sobretudo por interferência mais favorável nas doenças de carácter infeccioso e epidemiológico, as quais podem ser comparadas a acidentes evitáveis. Para cada defunção que hoje ocorre na Inglaterra, por tuberculose, havia 14 em Londres aí por fins do século XVIII; para uma defunção por doença infecciosa de hoje, havia 11 naquele tempo (1).

Para uma de causa orgánica havia 3 então. O ganho aqui, pois, não foi tão grande.

Entre as causas orgánicas de morte a baixa é mais pronunciada onde intervém o factor infeccioso ou toxi-infeccioso: (bronquite, pneumonia, gastro-enterite, etc.).

Outras: (diabétes, cancro, afecções cardio-vasculares), podem ser consideradas causas naturais de morte e estão em relação com o nível de civilização e os progressos da longevidade média. Se o declínio das moléstias infecciosas — e, com estas, a tuberculose e afecções venéreas, — está em relação directa com os progressos da higiene e a elevação do nível de vida das nações, as afecções de natureza orgánica e degenerativa tomam, por isso, outro relêvo nas estatísticas e fazem que alguém apode a civilização actual, de civilização de *recuo*. Na verdade, suprimidas da rubrica: *Causas orgánicas*, as entidades clínicas cuja origem seja

(1) René Sand. *Loc. cit.* pg. 63.

infecciosa, (afecções viscerais por sífilis, endocardites, nefropatias etc.) ainda fica grande preponderância, e sempre crescente, nas doenças de natureza degenerativa.

Nas estatísticas americanas, a tuberculose passou, no decurso de 1900-1933, do primeiro para o sexto lugar; pneumonia, diarreia e enterites, moléstias infecciosas, foram projectadas para além do número 10 da escala e deram lugar a outras entidades que agora são relativamente mais freqüentes. Veja-se o que se passa quanto a afecções do coração, cancro, nefrite, hemorragia cerebral que transitam dos 4.º, 10.º, 5.º e 7.º para os 1.º, 2.º, 3.º e 4.º lugares, respectivamente. Nota impressionante consiste em as afecções cardíacas como factor letal — e o mesmo acontece a respeito do cancro — dobrarem de freqüência, comparados os números de 1933 com os de 1900, ao mesmo tempo que a tuberculose se reduz para a quarta parte. Esta rubrica sofreu oscilações de sentido oposto.

Baixa para um têtço a taxa absoluta das causas orgânicas de morte; todavia, já o mesmo não acontece para aquelas onde o factor infeccioso não interveio, pois mesmo em valor absoluto, as cifras cresceram; af. cardíacas passam de 137 para 261; cancro, de 64 para 126; hemorragia cerebral, de 77 para 80.

Causas naturais de morte mais se puseram a descoberto com o aumento da longevidade média e ainda com os progressos da técnica e novos elementos de diagnóstico. E deveria ser assim. O aumento de freqüência do cancro nota-se apenas para os de localização visceral, interna; a freqüência da hemorragia cerebral pouco se modificou, sendo, como é, a sua origem, de natureza circulatória e o seu diagnóstico sempre fácil, em tôdas as épocas e a despeito de tôdas as técnicas.

Se a nefrite decresceu ligeiramente de 89 para 86 é porque há aqui a considerar a importância do factor infeccioso. Quási tôda a glomerulo-nefrite crónica começou por ser aguda, é óbvio, e sabe-se que, quási sempre, por detrás desta, para causa, se oculta um processo inflamatório agudo de localização primitivamente extra-renal: (amigdalite, apendicite, colecistite, gengivite, etc.).

A *velocidade* com que desce a curva de mortalidade geral, e até por causas meramente orgânicas, é inferior à *velocidade* com que sobe a curva da mortalidade por afecções cardio-circulatórias. Tal facto, explica-se, como fica dito, pelo aperfeiçoamento crescente dos métodos de investigação médica, pela pesquisa mais precoce, irreversibilidade das lesões, sua marcha progressiva, outra estrutura das populações; mais ainda: como pretende Groedel nos «*Mitteilungen*» do Comité científico criado em 1931 em Bad-Nauheim, para o estudo das doenças da circulação e seu auxílio social, os indivíduos mediocrementemente constituídos e considerados sempre inválidos do coração, resistiriam agora a doenças outrora muito graves e assim atingiriam idade avançada (1).

4) Sua freqüência e importância como factor obituário no nosso país

¿Que se passa entre nós? Se o estado sanitário dum povo se aprecia pela taxa da mortalidade geral e ainda pela da longevidade média, com amargura temos de confessar que caminhamos ainda muito na rectaguarda. Os índices são muito diversos e dependentes, como é natural, do grau diverso de civilização económica dos países. Assim, quando a mortalidade geral e média, por fracção de

(1) Cit. por Daniel, *Arts et Techniques de la Santé*, Paris, 1937, pág. 181.

1.000 habitantes era, em 1931, de 8,3 para a Nova Zelândia; de 11,1 para os Estados Unidos; de 11,4 para a Dinamarca; de 12,3 para a Inglaterra; de 16,3 para a França, era de 16,9 para Portugal.

Se a longevidade média era de 64 anos para os zelandeses, de 61 para os australianos, de 60 para os americanos dos Estados Unidos, de 59 para os ingleses, na mesma data era para os portugueses de 45. Hoje deve ter-se elevado para 50. Possível é também, aliás, que nos últimos 9 anos proporcionalmente tenham beneficiado aqueles países. Há-os em piores condições, é certo; exemplo: o Egipto, onde a taxa obituária é de 20,9 e a duração média da vida é de 25 anos. Mas os males dos outros não nos consolam.

Um índice de atraso em civilização sanitária patenteia-se pelas cifras obituárias referentes à tuberculose e outras moléstias infecciosas. Que a varíola, a-pesar da obrigatoriedade da vacinação, ainda há poucos anos vitimasse para cima de meio milhar de vidas, só servirá para demonstrar o atraso das nossas gentes rurais e a escassez da sua educação em matéria de higiene individual e social. A mortalidade por tuberculose pulmonar tem mesmo crescido; e, no quinquénio 1931-1935, era ainda de 140,6 para 100.000 habitantes ⁽¹⁾.

Compare-se esta cifra com a que lhe corresponde na estatística americana, de 1933, onde é de 56. A situação sanitária de Portugal pouco difere da da América de 1900. Aí, então, as moléstias que ocupavam as 4 primeiras casas e se dispunham por ordem de freqüência, na escala mortuária, eram: a 1.^a) — tuberculose, a 2.^a) — pneumonia, a 3.^a) — diarreia e enterite, a 4.^a) — moléstias cardíacas.

«Diarreia e enterite» constituem a mais vergonhosa chaga da nossa sanidade geral. Êste grupo ocupa ainda entre nós, entre todos, o primeiro lugar. As moléstias cardíacas caminham, em freqüência, à ilharga da tuberculose, facto bem deprimente; mais deprimente atestado da nossa incúria sanitária, porém, é ainda o não se observar sensível benefício, comparadas as estatísticas colhidas em intervalos de tempo curtos.

As percentagens comparadas sôbre a totalidade dos falecimentos e de causa conhecida, médias de 1913 a 1930, com as do triénio 1931-1934, para quatro das principais, em todo o país e para tôdas as idades, exprimem-se assim ⁽²⁾:

Diarreia e enterite	13,7-13,6
Tuberculose (tôdas as formas)	8,3-10,1
Moléstias cardíacas	7,1- 9,7
Congestão e hemorragia cerebrais	5,7- 7,7

Segundo o *Anuário Estatístico* da mortalidade portuguesa e relativo a 1938, o último publicado até agora, vê-se que não houve mudança de logares para estas causas letais pois «Diarreia e enterite» figura aí com a cifra global, no Continente e Ilhas, de 12.136 defunções; tuberculose, tôdas as formas, com 11.467 e doenças do coração com 11.164. Doenças do coração ocupam ainda o 3.^o lugar em relação a tuberculose de tôdas as formas, embora ocupem o segundo, em relação à tuberculose do aparelho respiratório, que causou ainda no mesmo ano, 9.560 óbitos. Não significa isso dizer que não tivesse crescido o número global e relativo de óbitos por doenças de coração — como que a traduzir entre nós, certo aumento de longevidade média — mas porque a tuberculose de tôdas as localizações paralelamente cresceu também, triste depoimento da nossa vida económica, da educação das nossas gentes e das nossas condições sanitárias.

(1) Prof. José Firmino Sant'Ana, *Portugal Médico*, Outubro, 1940, pág. 360.
(2) *Loc. cit.*, pág. 350.