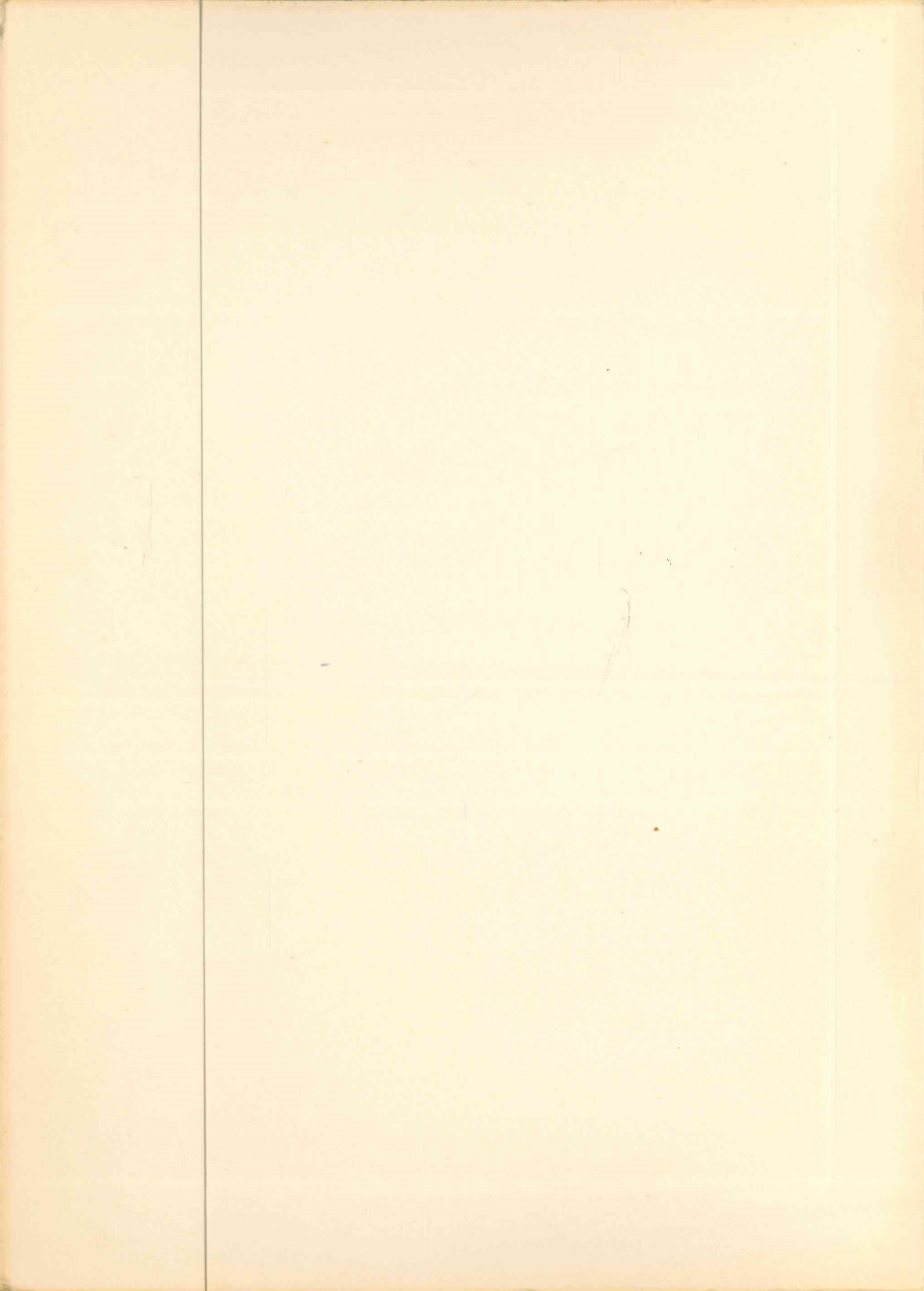


MANUEL MIRANDA RAMOS LOPES

CURRICULUM VITÆ

COIMBRA — 1969





A Biblioteca Municipal de
Barcelona
oferta a Autor

Maig, 28

M. Riquelme

MANUEL MIRANDA RAMOS LOPES

CURRICULUM VITÆ



Perm. Borcelione

COIMBRA — 1969

Para

Manuel Jorge

Ana Maria

Laura Maria

Francisco José

CONCURSO PARA PROFESSOR CATEDRÁTICO
DE MEDICINA INTERNA DA FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CARREIRA ACADÉMICA

Manuel Miranda Ramos Lopes, filho de António Ramos Lopes e de Miquelina Gomes Pereira de Araújo Miranda, nasceu na freguesia de Airó, concelho de Barcelos, distrito de Braga, em 3 de Agosto de 1920.

Como ao tempo não houvesse, na sua aldeia natal, escola de instrução primária, viu-se obrigado a frequentá-la em Barcelos, onde em 1932 concluiu com distinção o exame de Instrução Primária.

Nesta mesma cidade recebeu, em regime de leccionação particular, a instrução referente ao 1.º e 2.º ano do ensino secundário, tendo feito, em Julho de 1934, o seu exame do 1.º ciclo no Liceu Sá de Miranda, em Braga.

Matriculou-se depois no Liceu de José Falcão, em Coimbra, que frequentou até à sua extinção e substituição pelo Liceu Nacional de D. João III, onde em 1938 fez o seu exame do 2.º ciclo (6.º ano) e onde, no ano seguinte, terminou o curso dos liceus após aprovação nas cadeiras do 7.º ano (Letras e Ciências).

Nesse mesmo ano fez exame de aptidão à Faculdade de Medicina, matriculando-se em seguida no Curso de Preparatórios Médicos da Faculdade de Ciências que concluiu em Julho do ano seguinte.

Em 1940 matriculou-se na Faculdade de Medicina, vindo a concluir a sua licenciatura em 20 de Dezembro de 1945.

Nos exames das diferentes cadeiras do seu curso médico, obteve as seguintes classificações:

Histologia e Embriologia	13 valores
Anatomia Descritiva, 1. ^a parte	16 »
Anatomia Descritiva, 2. ^a parte e Anatomia Topográfica	17 »
Patologia Geral	17 »
Fisiologia Geral e Especial e Química Fisiológica	17 »
Propedêutica Cirúrgica	17 »
Bacteriologia e Parasitologia	18 »
Anatomia Patológica Geral e Especial	18 »
Farmacologia e Terapêutica Geral	18 »

Propedêutica Médica e Semiótica Laboratorial	18 valores
Medicina Operatória e Técnica Cirúrgica	18 »
Patologia Médica	18 »
Patologia Cirúrgica	18 »
Higiene e Epidemiologia	18 »
Semiótica Radiológica	18 »
Oftalmologia	17 »
Dermatologia e Sifilografia	18 »
Toxicologia Forense	18 »
Clínica Médica e Pediatria	18 »
Clínica Cirúrgica	18 »
Clínica de Moléstias Infecciosas e Terapêutica Médica Clínica...	18 »
Obstetrícia e Ginecologia	18 »
História da Medicina	18 »
Neurologia	18 »
Medicina Legal	19 »
Deontologia Profissional	19 »
Psiquiatria	19 »
Psiquiatria forense	19 »

Durante o seu curso foi distinguido com as honras de Accessit nas cadeiras de

Bacteriologia e Parasitologia,
 Farmacologia e Terapêutica Geral,
 Anatomia Patológica Geral e Especial (Accessit sem graduação),
 Medicina Operatória e Técnica Cirúrgica,
 Higiene e Epidemiologia,
 Dermatologia e Sifilografia,
 Patologia Médica,
 Patologia Cirúrgica,
 Semiótica Radiológica,
 Clínica Médica e Pediatria (Accessit sem graduação),
 História da Medicina,
 Neurologia,
 Obstetrícia (1.º Accessit sem graduação) e
 Medicina Legal (2.º Accessit com honras de prémio).

A informação final do seu curso médico, concluído em 20 de Dezembro de 1945, foi de *Muito Bom* com 18 valores.

Possui ainda os cursos de Tisiologia Social, de Medicina Sanitária e de Climatologia e Hidrologia.

Durante as férias dos dois últimos anos do seu curso médico frequentou o Curso de Oficiais Milicianos que terminou com aproveitamento, prestando de Junho a Novembro de 1946, como aspirante a oficial miliciano médico, seis meses de bom e efectivo serviço no Hospital Militar Regional n.º 2, em Coimbra, após o que foi promovido a Alferes.

Concluída a sua licenciatura, passou a frequentar (Janeiro de 1946) os serviços clínicos de Terapêutica Médica e Cardiologia, da direcção do Prof. João Porto, o qual, pouco depois (Maio de 1946), propôs ao Conselho da Faculdade de Medicina a sua nomeação para o cargo de 2.º assistente.

Todavia, como nessa data não houvesse vaga na cadeira de Terapêutica Médica, o seu contrato veio a fazer-se para a de Clínica Médica, lugar para que saiu nomeado em 6 de Agosto de 1946 (*D. G.* n.º 192 de 19/8/1946) e de que só veio a tomar posse cerca de 4 meses depois (25 de Novembro de 1946) por se encontrar, à data da sua nomeação, impedido em serviço militar no Hospital Militar Regional n.º 2 (Coimbra).

Por amável aquiescência do Prof. Rocha Brito, ao tempo Catedrático de Clínica Médica, exerceu desde o início a sua actividade como 2.º assistente nos serviços de Terapêutica Médica da direcção do Prof. João Porto. Só episòdicamente e por impedimento de qualquer dos assistentes de Clínica Médica se viu na necessidade, aliás muito gostosamente satisfeita, de tomar a seu cargo, uma vez por outra, aulas práticas desta cadeira.

Tendo terminado o seu contrato de 2.º assistente em Novembro de 1952, manteve-se voluntariamente no exercício gratuito destas mesmas funções.

Em 13 e 14 de Junho de 1955, prestou, perante a Faculdade de Medicina, provas de doutoramento académico, apresentando uma dissertação intitulada «INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA: *discussão patogénica, contribuição para o conhecimento do seu desequilíbrio iónico*» e uma lista de 12 teses, duas das quais — «*Prevenir a febre reumática ou evitar as suas sequelas miocárdicas e valvulares é não só tarefa possível como obrigação urgente da medicina dos nossos dias*» e «*No tratamento do hipertireoidismo a cirurgia cede cada vez*

mais o seu lugar a terapêuticas exclusivamente médicas» —, foram objecto de discussão.

Na apreciação e discussão da dissertação intervieram os Ex.^{mos} Senhores Prof. Aureliano Pecegueiro, da Faculdade de Medicina do Porto e Prof. Mário Moreira, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Nas duas proposições argumentaram respectivamente os Ex.^{mos} Senhores Profs. João Porto e Luís Raposo, da Faculdade de Medicina de Coimbra.

No final foi aprovado, por unanimidade, com 18 valores.

Por despacho ministerial de 4 de Julho de 1955, publicado no *D. G.* 2.^a série n.º 161 de 13 do mesmo mês e ano, foi aprovado o termo do seu contrato para desempenhar as funções de primeiro assistente da Faculdade, cargo de que veio a tomar posse no dia seguinte, ou seja em 14 de Julho de 1955.

Em 6 de Novembro de 1956, na Sala dos Actos Grandes da Universidade, recebeu solenemente as insígnias doutorais conjuntamente com os seus Colegas e Amigos Prof. Renato de Azevedo Correia Trincão e Prof. Armando Anthémio Machado Simões de Carvalho. Presidiu à cerimónia o Magnífico Cancelário Reitor Prof. Maximino José de Moraes Correia, tendo a entrega das insígnias doutorais sido feita pelo Director da Faculdade de Medicina, Prof. Doutor Álvaro Fernando de Novais e Sousa. Dignou-se ser seu apresentante o Ex.^{mo} Senhor Prof. Doutor João Maria Porto, tendo os discursos de elogio estado a cargo dos Ex.^{mos} Senhores Profs. Doutor Armando Tavares de Sousa e Doutor João de Oliveira e Silva.

Nos dias 12, 14, 15, 16 e 17 de Dezembro de 1964, realizou provas de concurso para Professor Extraordinário do 6.º Grupo (Medicina Interna) perante um Júri constituído pelos Professores Catedráticos da Faculdade de Medicina de Coimbra, pelos Professores Mário Moreira, Eduardo Coelho e Frederico Madeira, da Faculdade de Medicina de Lisboa e ainda pelos Professores Ferraz Júnior, Pereira Viana e Cerqueira Gomes, da Faculdade de Medicina do Porto.

Na discussão do «Curriculum Vitae» intervieram os Profs. Mário Moreira e Bruno da Costa, tendo a lição sorteada («Fisiopatologia da ascite cirrótica») sido argumentada pelo Prof. Eduardo Coelho.

A apreciação da sua lição sobre «O enfarte miocárdico dos adultos jovens (investigação de bases para uma profilaxia racional)» esteve a cargo

do Professor Antunes de Azevedo, cabendo ao Prof. Mário Trincão discutir a sua prova clínica.

No termo destas provas foi aprovado por unanimidade.

A nomeação oficial para o lugar a que concorrera foi tornada pública a 23 de Janeiro de 1965 (*D. G. II Série n.º 19*), tendo tomado posse dois dias depois, na companhia do seu Colega e Amigo Prof. Robalo Cordeiro que concorrera a uma outra vaga do mesmo grupo.

A posse foi-lhes conferida pelo Magnífico Reitor, Prof. Andrade Gouveia, na presença do Senhor Vice-Reitor, do Director da Faculdade de Medicina e de muitos Professores, dentre os quais recorda o seu mestre, então já jubilado, Prof. João Porto.

No final coube-lhe agradecer em nome dos empossados as palavras que o Magnífico Reitor e o Senhor Director da Faculdade haviam proferido, tendo — ao fazê-lo — recordado o exemplo dos seus mestres e realçado estarem perfeitamente conscientes das responsabilidades assumidas e das qualidades exigidas a um chefe de equipa.

Por portaria de 17 de Maio de 1965, publicada a 25 do mesmo mês (*D. G. II Série n.º 123*), foi nomeado Professor Agregado de Medicina Interna, conforme previamente requirera, e em 13 de Abril de 1968 (*D. G. II Série n.º 89*), foi reconduzido definitivamente no lugar de Professor Extraordinário do 6.º Grupo, vindo a tomar posse em 23 de Abril de 1968.

ACTIVIDADE NA FACULDADE DE MEDICINA

Durante o período que decorreu entre Janeiro de 1946 (imediatamente em seguida à sua licenciatura) e Julho de 1955 (data da sua posse do cargo de 1.º Assistente), trabalhou sempre sob a direcção do Prof. João Porto, nos serviços de Terapêutica Médica Clínica e de Cardiologia: até Novembro de 1946 como simples estagiário, depois como 2.º Assistente e, a partir de Novembro de 1952, como Assistente Voluntário.

A este ilustre Mestre ficou devendo muito da sua formação profissional, nomeadamente o gosto pelos problemas cardiológicos, sendo-lhe extremamente grato recordar aqui o seu constante exemplo de trabalhador infatigável e o seu talento de investigador apaixonado e probo. À memória do seu Mestre e Amigo, aqui se consigna aquela palavra de consideração, respeito e reconhecimento que o discípulo devotadamente entende dever consagrar-lhe.

Durante estes 9 anos teve a seu cargo serviço clínico nas enfermarias e na consulta externa de Cardiologia e, de 1948 a 1955, cumulativamente, a chefia do serviço central de Electrocardiografia e Metabolismo Basal. Isto lhe deu a possibilidade de adquirir um precioso treino nestas matérias.

A partir de 1950 ficou ainda com o encargo de metade das aulas práticas, até aí confiadas ao Prof. Antunes de Azevedo que era, ao tempo, o Primeiro Assistente da Cadeira e com quem teve o privilégio de privar diàriamente durante este longo período de 9 anos. À sua larga experiência, esclarecido saber e raro senso clínico, ficou devendo também importante parte da sua educação clínica e formação de internista.

Além destas actividades clínicas e docentes, teve ainda, durante este lapso de tempo, oportunidade de tomar parte activa em trabalhos de investigação experimental sobre embolia pulmonar e edema agudo do pulmão, realizados em animais de laboratório por uma equipa chefiada pelo Prof. João Porto e constituída pelo Prof. Antunes de Azevedo, Dr. Luís Providência e por si.

Esses trabalhos constituíram objecto de publicações ultteriores, uma das quais adiante se refere e resume.

Foi ainda nestes mesmos serviços de Terapêutica Médica e de Cardiologia que seleccionou a maior parte dos doentes com insuficiência cardíaca congestiva sobre que fez incidir a investigação clínica realizada para a sua dissertação de doutoramento.

Após a sua nomeação como 1.º Assistente, em Julho de 1955, manteve-se nestes serviços até Dezembro deste mesmo ano. Nesta data, com a passagem para a Clínica Médica do Prof. Egídio Aires, transitou para a Cadeira de Propedêutica Médica, permutando assim com o Prof. Gouveia Monteiro, ao tempo 1.º Assistente desta Cadeira, o qual acompanhou o Prof. Egídio Aires na sua passagem da Propedêutica para a Clínica Médica.

Nos serviços de Propedêutica Médica passou a trabalhar com o Prof. Bruno da Costa que nesta Cadeira sucedeu, algum tempo depois, ao Prof. Egídio Aires.

Além do serviço clínico nas enfermarias ficou — durante este primeiro ano, passado na Propedêutica Médica — com o encargo exclusivo das aulas práticas. Era então o único Assistente.

A necessidade de ensinar agora alunos menos avançados nos seus conhecimentos médicos que, pela primeira vez, vinham tomar contacto com os doentes e com as enfermarias e para quem, portanto, diagnóstico e terapêutica eram ainda palavras sem sentido, obrigou-o a um esforço de adaptação que, não obstante, considera ter-lhe sido de inequívoca utilidade pessoal. De resto, o apreço dos alunos pelo ensino prático que conseguiu fazer-lhes nesse primeiro ano, deixou-lhe a convicção de que lograra atingir o seu objectivo e isso constituiu o melhor prémio para o esforço feito. Isto a despeito da existência de turmas com um excessivo número de alunos, o que constitui o maior obstáculo à eficiência do ensino prático, sobretudo da semiologia.

Além desta tarefa das aulas práticas — nos anos seguintes dividida por outro Assistente e pelo próprio Professor — teve ainda a seu cargo, durante todo o tempo em que permaneceu na Propedêutica Médica, parte dos exames práticos da Cadeira, habitualmente divididos por si e pelo Prof. Bruno da Costa, a quem deseja agradecer aqui essa prova de confiança.

Em 1959-60 ausentou-se, durante 6 meses, com uma Bolsa de Estudo para fora do País. Após o seu regresso continuou ligado à Propedêutica mas, em 1961-62, por ausência para o Estrangeiro do Dr. Almeida Ruas, então único Assistente do Prof. Mário Trincão, passou a repartir a sua actividade pelos dois serviços. Em certa altura ficou a trabalhar exclusivamente com o Prof. Mário Trincão, primeiro em Terapêutica Médica e depois em Patologia, tendo a seu cargo serviço clínico nas enfermarias e metade das aulas práticas.

A estes dois ilustres Professores — Prof. Bruno da Costa e Prof. Mário Trincão — em cujo proveitoso convívio sempre encontrou motivos de valorização pessoal, cumpre-lhe agradecer a amizade e a confiança com que sempre o honraram.

Após o seu concurso para Professor Extraordinário, e enquanto não pôde dispôr de serviço próprio, continuou ligado aos serviços de Patologia Médica e Cardiologia, por gentileza e amizade do Prof. Mário Trincão, a quem aqui deseja exprimir o seu desvanecido reconhecimento.

Em sua sessão de 31 de Julho de 1957, o Douto Conselho da Faculdade de Medicina, decidiu confiar-lhe, no ano lectivo seguinte, a regência dos Cursos de Deontologia (Reforma de 1955) e Deontologia Profissional (Reforma de 1948 e regime transitório), tendo-lhe desde então sido sucessivamente renovado tal encargo, durante 12 anos, até Julho de 1969.

O modo como procurou desempenhar-se desta incumbência pode ser apreciado pelo programa do Curso e por algumas lições que se encontram publicadas.

Disciplina essencialmente formativa, a Deontologia é vivida com entusiasmo pelos alunos, sobretudo quando à discussão se destina — como sempre procurou fazer —, parte do tempo de aula.

O que deste modo se pode perder em extensão de matérias, ganha-se em profundidade e solidez de ideias. E, se se fizer uma selecção aceitável de assuntos, obtém-se uma formação (ou pelo menos informação) ética apreciável dos futuros médicos.

Por portaria de 23 de Julho de 1957 (*D. G. n.º 174 de 27/7/57*) foi nomeado membro do júri dos exames de aptidão à Faculdade de Medicina, desempenhando essas funções até Outubro de 1959, data em que foi obrigado a interrompê-las por se ter ausentado para o Estrangeiro com uma Bolsa de Estudo.

Em Outubro de 1963 voltou a ser nomeado para o mesmo júri (Portaria de 7/10/1963; *D. G. n.º 238 de 10/10/1963*), por ausência de quem em 1959 aí lhe sucedera: o Prof. Simões de Carvalho que nesta data se ausentou, em serviço, para a Universidade de Moçambique. Nele permaneceu até Julho de 1966.

A partir de 1957 tem feito parte dos júris de exames de várias Cadeiras. Sem falar, naturalmente, daquelas cuja regência lhe tem pertencido, tem

figurado com regularidade nos júris das várias disciplinas do grupo da Medicina Interna, em especial de Propedêutica, Patologia, Terapêutica e Pneumotisiologia.

Igualmente tem feito parte dos júris de exames de licenciatura, nos quais lhe coube apreciar ou discutir cerca de cento e cinquenta dissertações.

Em 14 de Dezembro de 1967 foi, pelo Conselho da Faculdade de Medicina, encarregado da Regência da Cadeira de Clínica de Doenças Infecciosas, cabendo-lhe, por inerência de função, dirigir o respectivo Serviço Hospitalar.

Assim, por despacho de 23-7-968, do Ministro da Saúde e Assistência, foi nomeado Director de Serviço da Clínica de Doenças Infecciosas, conforme publicação no *Diário do Governo* II Série, n.º 229, de 21/9/1968.

Desde o início das suas funções neste Serviço Clínico — que efectivamente ocorreu a 20 de Dezembro de 1967 —, tem tido uma dupla preocupação: estudar e tratar os doentes o melhor possível, e dentro do menor período de tempo, para assim poder bem servir o Ensino e Assistência. De 1 de Janeiro de 1968 a 20 de Outubro de 1969 passaram pelas enfermarias 915 doentes com várias afecções, de entre as quais assinala, como mais representativas, o sarampo (105), as febres tipo-paratíficas (104), as meningites purulentas (64) e a parotidite epidémica ou suas complicações (43).

O Serviço de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade está instalado num dos Pavilhões outrora erguidos para efeitos de assistência psiquiátrica, num edifício de má construção e concebido com outra finalidade.

Isto explica porque ele está longe de atingir as condições mínimas exigíveis numa construção hospitalar destinada a receber enfermos contagiosos, a qual deverá ser concebida, desde os alicerces, segundo um padrão de arquitectura funcional, improvisável depois da obra feita.

Não admira, por isso, que sejam múltiplas as insuficiências que apresenta, desde a falta de espaço e um isolamento deficiente, até uma higiene de funcionamento interno altamente criticável, sobretudo com a carência de pessoal de enfermagem que entre nós existe.

Apesar disso, tem-se esforçado por atingir o desiderato acima referido: estudar o melhor possível os doentes internados, para os tratar e curar dentro do menor período de tempo.

Para tanto, tem podido contar com a dedicada colaboração de vários Médicos do Serviço — Dr. Abreu Barreto, assistente dos Hospitais, Dr.^a D. Maria Teresa Malaquias Barreto e Dr. António de Sá e Melo, assistentes da Faculdade, Dr. Germano de Oliveira, auxiliar de Clínica, presentemente destacado para o Serviço de Pneumotisiologia —, bem como com o

apoio de alguns estagiários mais interessados e agora o concurso dos Médicos internos, desde que entrou em vigor o novo Estatuto Hospitalar.

A todos se agradece uma acção que tem tornado possível, para além do mais, um serviço de urgência permanente, dia e noite, conforme a índole dos doentes aqui socorridos prementemente exige. Por falta de alojamento capaz, não tem havido possibilidade de que o Médico de Serviço durma no próprio bloco Hospitalar, ficando em regimen de chamada telefónica a partir das 24 horas. Aguarda-se, entretanto, que isso possa vir a ser conseguido.

Os novos doentes que chegam à enfermaria são recebidos pelo Interno do Serviço que os observa e medica em primeira mão, pedindo os exames de urgência julgados necessários e solicitando, em caso de dificuldade, a comparência dum dos assistentes ou do próprio Director.

No dia seguinte, durante a visita, são cuidadosamente examinados os novos casos, os quais ficam pertencendo ao Interno que os observou.

No estudo dos diversos enfermos há que lamentar diversas deficiências laboratoriais que se podem sintetizar assim: demora nos exames de rotina, dificuldades várias nos exames bacteriológicos ou serológicos para além da rotina, impossibilidade no estudo virológico dos doentes.

O Laboratório de Bacteriologia da Faculdade de Medicina poderia ajudar a resolver alguns destes problemas. Todavia, dificuldades burocráticas impedindo o Hospital de pagar estes exames, tem limitado muito o apoio que aquele Laboratório poderia fornecer e que, por motivos económicos, não tem podido proporcionar.

As altas dos doentes estão sujeitas ao contróle dos Assistentes e do Director, dependendo não só do estado clínico do enfermo como do tempo de tratamento, segundo normas internas variáveis com as diversas infecções.

Quando os pacientes apresentam, além da sua doença infecciosa, outra situação mórbida que importe esclarecer, costuma — desde que não haja qualquer problema premente de vagas — promover o estudo integral dos doentes internados no Serviço, logo que o seu estado clínico o permita.

Isto não só para tornar menos monótona a rotina do Serviço, como ainda e sobretudo pelas dificuldades existentes na transferência dos enfermos para outro Serviço de Medicina. Todos os casos difíceis ou curiosos sob qualquer aspecto são discutidos em reunião clínica, antes de arquivar o respectivo processo.

Pelo que respeita ao ensino, tem-se esforçado por que os alunos adquiram os conhecimentos básicos fundamentais para poderem entender qualquer doença infecciosa em geral e cada uma em particular.

Durante o primeiro ano em que regeu esta Cadeira, viu diminuído o tempo de escolaridade por só em meados de Dezembro ter sido encarregado da respectiva regência; no ano seguinte, as greves académicas do terceiro período conduziram a resultado idêntico. Isto explica porque não pôde tratar de algumas matérias de indiscutível utilidade e interesse, e porque o programa não teve maior extensão.

As matérias versadas constam dos sumários reunidos numa publicação a efectuar, adiante referida, e onde, em pormenor, poderá ser apreciada a maneira como tratou os diversos temas. Aqui, dirá sòmente que foram abordados os seguintes assuntos:

- Introdução ao estudo das doenças infecciosas;
- Doenças víricas em geral;
- Sarampo;
- Rubéola;
- Mononucleose infecciosa;
- Varicela e Zona;
- Varíola;
- Gripe;
- Parotidite epidémica;
- Rickettsioses em geral;
- Febre escaro-nodular;
- Febre Q;
- Doenças estreptocócicas e escarlatina;
- Infecção meningócica;
- Meningites;
- Coqueluche;
- Difteria;
- Tétano;
- Febres tifo-paratíficas;
- Brucelose e
- Hepatites víricas.

A lição sobre tétano foi feita pelo Dr. Rui Carrington da Costa que no Centro de Reanimação dos H. U. C. adquiriu valiosa experiência sobre esta matéria e que, por isso, lhe pareceu bem convidar para fazer esta prelecção aos alunos de Infecciosas.

Todas as lições, com excepção das referentes à coqueluche e hepatites víricas, foram — por uma preocupação de ordem fundamentalmente pedagógica —, escritas e fornecidas aos alunos para publicação em folhas dactilografadas.

Além das aulas magistrais, foram ainda passados dois filmes (Amebíase e Schistosomíase), precedidos duma introdução feita pelo Professor. Em complemento das aulas teóricas, têm sido ministradas aulas práticas junto dos enfermos, com observação destes pelos alunos, sob a orientação dos assistentes.

A matéria versada nas aulas teóricas pode assim ser objectivada no contacto com os enfermos e, eventualmente, ampliada.

Desde o início até ao final do ano lectivo, os doentes do Serviço são distribuídos aos alunos para a elaboração de histórias clínicas.

Isto obriga-os a um contacto mais íntimo e prolongado com as enfermarias e dá-lhes a possibilidade de observar exemplares que doutro modo lhes escapariam.

A assiduidade às aulas práticas e o número de histórias clínicas apresentadas são elementos de informação a juntar aos fornecidos pelo exame final.

Este consta da observação dum doente com interrogatório junto do leito, pelo assistente, a que se segue um interrogatório sobre outras matérias, pelo Professor, quando a prova clínica não foi antecedida por uma prova escrita sobre 4 questões relativas a diversos pontos do programa.

Se o aluno é admitido à prova oral, responderá a um novo interrogatório que possibilite um mais perfeito juízo sobre a classificação final a atribuir.

O aproveitamento escolar, deduzido dos resultados finais e do nível de conhecimentos patenteados nos exames, deu-lhe, no fim do primeiro ano, plena satisfação.

À formação profissional dos estagiários e internos têm consagrado a atenção que o problema merece.

Quando assumiu a direcção do Serviço Clínico de Doenças Infecciosas, deu conta de que os estagiários do 6.^o ano não eram distribuídos pelas respectivas enfermarias. Isto constituía uma anomalia grave, pois, por melhor que fosse o estágio dos alunos nos outros Serviços de Medicina interna, ele não lhes permitiria tomar contacto com um conjunto de situações extremamente frequentes na vida clínica — algumas revestindo mesmo carácter de indiscutível urgência —, as quais só no departamento de Infecciosas poderiam ser encontradas.

Diligenciando junto do Ex.^{mo} Director da Faculdade de Medicina no sentido de remediar este estado de coisas, viu o assunto satisfatoriamente solucionado, passando a ter estagiários desde 1 de Outubro até à entrada em vigor do novo Estatuto Hospitalar.

O treino clínico e a formação científica dos estagiários e dos internos tem-lhe merecido o maior interesse, promovendo o primeiro através da responsabilização dos jovens médicos por um certo número de doentes e da obrigação de executar as técnicas médicas de rotina (punções lombares, sondagens gástricas, intradermo-reações, toracenteses, paracenteses, radioscopias, etc.), e estimulando a segunda através da discussão de casos, investigação do material existente nos ficheiros e realização de palestras sobre assuntos de maior importância.

Nas reuniões clínicas do Serviço, além da discussão de casos com especial interesse, foram abordados diversos temas que, com excepção dos dois primeiros, foram sempre expostos pelos estagiários ou internos indicados a seguir ao título:

- Gripe;
- Situações urgentes na Clínica de Doenças Infecciosas;
- O hemograma nas doenças infecciosas;
- Antibióticos-mecanismo de acção, indicações e riscos;
- Meningites bacterianas agudas (Ramiro Sousa Vieira)
- Meningites tuberculosas (Mora Leitão)
- Febre tifóide (Maques Monteiro)
- Schistosomíase (Almeida Pires)
- Espiroquetose íctero-hemorrágica (Limão Vieira)
- Febre escaro-nodular (Leonida Trigo de Miranda)
- Pneumopatias agudas (Ressurreição Azinhais)
- Estreptococcias (Marques Monteiro)
- Hepatites víricas (Ferreira Pinhal)
- Parotidite epidémica (Maria Helena S. Rodrigues)
- Vacinas preventivas (Matos Veríssimo)
- Miocardites e miocardiopatias (E. Richard Maul e Borges Alexandrino)
- Síndrome de mal-absorção (Santos Relvas)
- Intoxicação digitálica (Teixeira Dias)
- Sarampo (Jorge Oliveira)
- Varicela e herpes zoster (Brito e Sousa)
- Problemas terapêuticos da febre tifóide (Carvalho Santos)
- Mononucleose infecciosa (Marques Vilar)
- Casos atípicos de meningite tuberculosa (Pereira da Silva)

O primeiro assunto («Gripe») foi tratado pelo Professor e o segundo pelo Professor («Introdução» e «Meningites agudas») e pelos Assistentes, tendo-se

a Dr.^a Maria Teresa M. Barreto ocupado da «Difteria» e o Dr. Abreu Barreto de «Complicações de febre tifóide».

O terceiro assunto («O Hemograma nas Doenças Infecciosas») incluiu um trabalho de investigação sobre as fichas do arquivo do Serviço relativas a doentes com febre tifóide, brucelose, coqueluche, difteria, parotidite, meningite meningocócica, meningite vírica, sarampo, rubéola, escarlatina e febre escaro-nodular, e ficou a dever-se, como o quarto, à equipa de internos da época, que seguidamente se refere:

Maria da Luz Vaz Pato, Almeida Pires, Guilherme Tralhão, Leandro Ribeiro, A. Sá e Melo, Abreu Ramalho, Fonseca Amaral, Tavares Valério, Antonino Silvestre e Fernandes Antunes.

Num serviço com as deficiências que apontou torna-se extremamente difícil realizar qualquer trabalho de investigação clínica com originalidade e especial interesse.

Todavia para que o tríptico «assistência-ensino-investigação» que lhe parece dever definir o Hospital Universitário se mantivesse, modesto mas equilibrado, tem procurado manter o espírito em certa «tensão de investigação» aplicável à Clínica do dia a dia.

Para além dum trabalho de investigação clínica (fundamentalmente electrocardiográfica) sobre miocardites infecciosas que desde o início de sua presença no Serviço começou a realizar, e sem falar no ensaio terapêutico de alguns novos antibióticos, tem em curso alguns inquéritos clínicos destinados a avaliar o valor relativo de diferentes esquemas terapêuticos, concernentes à mesma afecção.

Além do serviço clínico e docente que acaba de referir, tem dado a sua colaboração a várias iniciativas da Faculdade como as *Quinzenas Médicas Hospitalares*, as *Sessões Clínicas Semanais* que lhe sucederam, os *Cursos de Cardiologia* organizados pelo Prof. João Porto em 1947 e 1948, o *I Colóquio de Hepatologia*, realizado em Março de 1961 pelo Instituto de Anatomia Patológica (Prof. Renato Trincão), o *Curso sobre Patologia da Glândula Tireóide* levado a cabo em Abril de 1966 pelo serviço de Patologia Médica, (Prof. Mário Trincão) e as *Sessões das Quintas-feiras* do Instituto de Anatomia Patológica (Prof. Renato Trincão).

Nas *Quinzenas Médicas* e nas *Sessões Clínicas*, sem falar na sua participação no debate acerca das comunicações aí feitas por outros, apresentou diversos trabalhos, pessoais ou de colaboração, como:

- *Sobre um caso de doença de KUSSMAUL-MEIER* (de col. com os Profs. J. Porto, M. Mosinger, A. Azevedo e Dr. L. Providência).
- *Embolia pulmonar experimental e sua expressão electrocardiográfica* (de col. com os Profs. J. Porto, A. Azevedo e Dr. L. Providência).
- *Mistura de complexos normais e aberrantes num caso de síndrome de W. P. W.* (de col. com o Prof. J. Porto).
- *ÂQRS no diagnóstico topográfico dos Bloqueios de ramo* (de col. com o Prof. J. Porto).
- *Cancro primitivo do fígado de sintomatologia atípica.*
- *Um caso de pericardite de discutível etiologia.*
- *Insuficiência mitral congénita?* (de col. com os Drs. A. Aguiar, A. Furtado e outros).
- *A propósito dum caso de artrite reumatóide* (de col. com F. Marçal Perié).
- *Metaplasia mielóide agnogénica.*
- *Meningites purulentas de repetição* (de col. com o Dr. Germano de Oliveira e outros).
- *Complicações do tratamento anti-coagulante.*

Nos *Cursos de Cardiologia* de 1947 e 1948 e no *I Colóquio de Hepatologia* (1961), proferiu as seguintes lições:

- *Cardiopatias e hipertireoidismo.*
- *Cardite Reumática.*
- *Fígado Cardíaco e seus problemas.*

No *Curso sobre a Patologia da Glândula Tireóide* fez uma lição sobre:

- *Hipotireoidismo do adulto.*

Nas *Sessões das Quintas Feiras* do Instituto de Anatomia Patológica, realizou em 13 de Março de 1968 uma lição sobre:

- *Hipertensão arterial.*

Em Março de 1965, a convite do Professor Mário Trincão e sob a sua presidência, fez ao Curso de Patologia Médica duas lições sobre disproteinémias:

- *Disproteinémias e Gamapatias*;
- *Gamapatias Monoclonais*.

Aos *Cursos de Aperfeiçoamento e Revisão*, promovidos pela Faculdade de Medicina e Ordem dos Médicos, em colaboração com a Direcção Geral de Saúde e os Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência, tem dado o seu concurso com relativa regularidade, a partir de 1951. Além de demonstrações práticas feitas no Serviço Central de Electrocardiografia e Metabolismo Basal sobre indicações e resultados destas técnicas (1951) e da apresentação de casos clínicos durante a visita dos alunos do Curso às enfermarias de Propedêutica Médica (1960) e de Patologia Médica (1962), proferiu ainda nesses Cursos diversas lições, uma delas integrada numa mesa Redonda sobre «Situações Urgentes na Clínica de Doenças Infecciosas», de que foi moderador. Seguem-se os títulos dessas lições:

- *O que o médico prático pode esperar da electrocardiografia* (1952);
- *Bases fisiopatológicas do tratamento da insuficiência cardíaca* (1953);
- *Fisiopatologia e terapêutica dos hipertireoidismos* (1956);
- *O médico de hoje e as exigências morais da sua profissão* (1957);
- *Problemas de diagnóstico em patologia cárdio-vascular* (1958);
- *Tratamento anti-coagulante* (1960);
- *Aneurismas da Aorta* (1961);
- *Aspectos pato-morfológicos da doença coronária* (1963).
- *Fibrilação auricular e seu tratamento*, de col. com o Dr. Luís Providência (1966).
- *Meningites Agudas* (1968)
- *A urgência no tratamento médico da Hipertensão Arterial* (1968).

MISSÕES FORA DO PAÍS

Em Março de 1950, equiparado a bolseiro fora do País pelo período de 15 dias (*D. G.* n.º 200 de 28 de Março de 1950), saíu em viagem de estudo, por Espanha, na companhia dos Professores João Porto e Antunes de Azevedo, visitando Madrid, Barcelona, Bilbao e Santander.

Em Madrid pôde apreciar os serviços hospitalares dos Professores Gregório Marañon e Gimenez Dias e ainda o Instituto de Investigações Médicas. O contacto pessoal com estes dois ilustres Mestres da Medicina Espanhola e o elevado nível desses serviços produziram-lhe então a melhor impressão.

Em Barcelona visitou os serviços do Prof. Pedro Pons e tomou contacto com a excelente escola cardiológica do Prof. Gilbert-Queraltó cuja equipa fazia, nessa época, os primeiros cateterismos do coração esquerdo para colheita de potenciais eléctricos intracavitários.

Em Bilbao visitou a Fundação Viscaya Pró-Cardíacos, cuja acção médico-social a favor dos cardiopatas lhe pareceu modelar.

Em Santander apreciou demoradamente a Casa de Saúde de Valdecilla, onde lhe mereceram especial atenção os serviços de cardiologia do Dr. Lamelas.

Em fins de Setembro de 1959 partiu para Paris com uma Bolsa de Estudos do Governo Francês, sendo devidamente equiparado a Bolseiro fora do País pelo Instituto de Alta Cultura (*D. G.* n.º 228 de 29 de Setembro de 1959).

Durante os seis meses de duração desta Bolsa estagiou nos serviços de Cardiologia do Prof. Jean Lenègre, no Hospital Boucicaut, aproveitando o tempo restante para assistir a sessões clínicas de outros serviços cardiológicos: o de Soulié, ao tempo no Hospital Lariboisière, o de Mouquin, no Hospital Broussais e o de Facqué, no Hospital Tenon.

No Hospital Broussais assistiu ainda a algumas sessões clínicas do carácter mais alargado (Medicina Interna), interessando-se especialmente pelos trabalhos do Prof. Milliez sobre Patologia Renal.

Da sua estadia nos serviços do Prof. Lenègre, conserva a mais grata recordação.

Estes encontram-se instalados no Hospital Boucicaut, ocupando um pavilhão inteiro com rés-do-chão, primeiro andar e um segundo andar de menor comprimento.

No R. C. funcionam a Consulta Externa, os Laboratórios de Radiologia, de Hemodinâmica e Análises Clínicas, encontrando-se também aqui instalados a Secretaria, a Biblioteca e o magnífico Arquivo do serviço.

No 1.º e 2.º piso estão, simetricamente instaladas, as enfermarias de Homens e de Mulheres com capacidade para cerca de 100 doentes.

Num pavilhão à parte encontravam-se ainda importantes peças do serviço: o Laboratório de Análises dirigido pelo Dr. Beaumont e os Laboratórios de Anatomia Patológica e Histopatologia.

A actividade clínica no Hospital começava cerca das 9 horas, prolongando-se os trabalhos da manhã até cerca das 14 ou 15 horas.

Independentemente do serviço clínico e da assistência ou participação nos trabalhos das equipas de hemodinâmica, angiocardiografia e métodos gráficos, os numerosos assistentes estrangeiros podiam tomar parte nas seguintes sessões de trabalhos realizados 3 vezes por semana das 9 às 10 horas: às 2.ªs feiras, Discussão e interpretação de Electrocardiogramas, dirigida pelo Dr. Blondeau; às 5.ªs feiras, Exposições sobre Hemodinâmica, pelo Dr. Scébat; aos Sábados, Apreciação e discussão de Angiocardiografias e Radiografias simples, pelo Dr. Ferrane.

Todas as 4.ªs feiras, pelas 20,45, havia uma reunião plenária, sempre com a presença do Prof. Lenègre, para todo o pessoal do serviço e outros médicos estranhos ao Hospital, preenchida com comunicações ou apresentações de casos clínicos, seguidos de ampla discussão.

Era numeroso o grupo de estrangeiros que, na altura, ali estagiavam: europeus de um e outro lado da «cortina de ferro», asiáticos, africanos dos países árabes e americanos do Canadá e América Latina.

O prestígio científico do Prof. Lenègre, o seu exemplo de trabalho e de dedicação pelo serviço, a acção eficiente duma valiosa equipa de entre a qual é justo destacar Beaumont, Blondeau, Coblenz, Ferrane, Gerbaux, Himbert, Pierre Maurice e Scébat, eram motivo de atracção e de interesse que suficientemente justificavam esta afluência.

O Prof. Lenègre passava no serviço 4 a 5 horas por dia e às vezes mais.

Às 2.ªs e 5.ªs visitava a enfermaria de mulheres e às 3.ªs e sábados a enfermaria de homens.

Na consulta externa passava a manhã de 4.ª e a tarde de 6.ª, reservando a manhã deste dia para contactar com o pessoal dos laboratórios no seu próprio ambiente de trabalho.

A consulta externa funcionava sempre com grande afluência e em moldes plenamente satisfatórios. Realizava-se, todas as manhãs das 10 horas em diante e, de tarde, às 2.^{as}, 3.^{as}, 5.^{as} e 6.^{as}.

Os internos e externos observavam os doentes em primeira mão, colhiam a história clínica e registavam todos os dados da exploração física, promovendo seguidamente a colheita do electrocardiograma. Cada doente era depois introduzido na grande sala de consulta cheia de médicos estrangeiros e de candidatos franceses ao certificado de cardiologia.

O interno ou externo que fizera a história do doente lia-a em voz alta e a pessoa que dirigia a consulta (Prof. Lenègre ou algum dos seus categorizados colaboradores, possuindo cada um os seus dias certos), completava o interrogatório, repetia o essencial da observação clínica, via o electrocardiograma e fazia à vista de todos o exame radioscópico, sempre metucioso e rico de ensinamentos. Por fim, ditava para o gravador a conclusão do caso, isto é, a carta que o enfermo sempre levava para o seu médico assistente e na qual se faziam considerações sobre o diagnóstico e a terapêutica, ou sobre a necessidade de exames complementares.

A visita às enfermarias era passada vagarosamente, com larga discussão dos casos em observação.

Muitos destes doentes eram crianças ou adultos jovens com cardiopatias operáveis ou já convalescendo de uma intervenção sobre o coração, e este contingente de enfermos permitia um treino individual nesta matéria em moldes de quase deleitoso passatempo. Na verdade, chegar junto dum desses enfermos, interrogá-lo, observá-lo clinicamente, apreciar o electrocardiograma e o resultado dos exames radiológicos para formular uma ou várias hipóteses diagnósticas; aguardar ou apreciar, acto contínuo, o magnífico estudo fisiológico que a equipe de hemo-dinâmica, chefiada por Scébat, nos fornecia para — com mais este elemento e a angiocardiografia, quando indicada —, corroborar ou corrigir o nosso primitivo ponto de vista; aguardar, finalmente, dentro de breves dias, o veredicto do cirurgião a partir da observação directa das anomalias cardíacas que corrigira... foi tarefa cujo encanto e proveito não poderá esquecer.

Outro volumoso contingente de enfermos, tanto nas enfermarias como na consulta externa, era constituído por indivíduos com cardiopatia coronária e isto lhe permitiu, socorrendo-se ainda do magnífico arquivo do serviço, realizar um trabalho de investigação clínica que serviu de base à sua lição de concurso para Professor Extraordinário.

Quando os doentes faleciam no serviço — e a vida numa grande cidade, como Paris, encontra-se organizada de tal modo que os doentes morrem cada vez mais no Hospital, sem que a família se oponha ao estudo necrópsico —,

a autópsia era feita na secção de Anatomia Patológica, pelo Prof. Lenègre ou, mais raramente, por algum dos seus mais directos colaboradores, com uma proficiência e um à-vontade verdadeiramente notáveis.

O material de necrópsia assim acumulado nestes serviços constitui uma colecção de inestimável valor.

Das manhãs que gastou em qualquer das actividades clínicas acima referidas e das tardes passadas na Biblioteca ou no excelente Arquivo do serviço, conserva a mais grata lembrança, guardando a convicção de que a sua estadia junto do Prof. Lenègre — cujo amigável acolhimento não pode esquecer — lhe trouxe um apreciável proveito em aperfeiçoamento científico pessoal e em sugestões de trabalho e organização, para o futuro.

Aliás, para além deste aspecto de puro aperfeiçoamento técnico ou científico, parece-lhe dever acentuar todo o interesse que para si teve o contacto estreito com colegas de outras raças e nacionalidades, às vezes de tão diferente mentalidade, mas cultivando todos o mesmo ramo do conhecimento. Tal contacto, quando interessado, atento e deliberadamente especulativo, fornece como que uma dimensão nova ao conjunto de problemas médico-sociais e humanos que o trabalhador intelectual de hoje, sobretudo o universitário, não poderá subestimar ou esquecer.

Ao abrigo do III Plano de Fomento requereu uma verba, já concedida, para uma missão fora do País que espera ter já realizado no momento de prestação das suas provas, e que consistirá numa visita de estudo a vários serviços hospitalares estrangeiros de Doenças Infecciosas.

Para além dos aspectos de rotina clínica e de investigação científica neste campo, pareceu-lhe de grande utilidade — no momento em que se aproxima a construção do novo hospital universitário —, colher elementos de experiência alheia que possam ser devidamente aproveitados entre nós, no duplo aspecto da concepção estrutural e do funcionamento dos Serviços.

OUTRAS ACTIVIDADES

É membro das seguintes Sociedades Médicas:

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa
Sociedade Portuguesa de Cardiologia
Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.
Sociedade Portuguesa de Hematologia
Instituto de Cardiologia Social
Associação dos Médicos Católicos Portugueses.

À Sociedade Portuguesa de Cardiologia apresentou diversas comunicações, como:

- *Um caso de Coarctação Aórtica, tipo adulto.*
- *Um caso de Síndrome de W. P. W. de curiosa patogenia.*
- *Ritmo de seio coronário.*
- *Síndrome de Lutembacher?*
- *Um caso de cura, pela Penicilina, de uma endocardite estreptocócica em doente alérgico a este antibiótico (de colab. com o Prof. Antunes de Azevedo).*
- *Terapêutica heparínica da aterosclerose.*
- *Ileo dos anti-coagulantes.*

Além disso, tem participado assiduamente nas suas actividades, mesmo extraordinárias, como o *Curso de Doenças Córdio-Vasculares* que, sob os auspícios desta Sociedade, o «American College of Cardiology» realizou em Lisboa de 19 a 22 de Novembro de 1962.

A convite do Serviço de Cardiologia do Hospital do Ultramar (Doutor Pedro Madeira Pinto), assistiu ao ciclo de conferências sobre Cirurgia Cár-

dio-Vascular e Transplantações Cardíacas, realizado em Lisboa de 20 a 24 de Maio de 1968 com assinalado êxito e a presença de destacados vultos da medicina e cirurgia de vários países.

Inscreveu-se ou colaborou nos seguintes Congressos:

- *III Congresso Internacional dos Médicos Católicos* (Lisboa, 1947)
- *II Congresso Mundial de Cardiologia* (Paris, 1952).
- *I Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia* (Sevilha 1953), colaborando com o Prof. João Porto e outros na elaboração do relatório sobre *Pulmão Cardíaco*.
- *II Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia* (Lisboa, 1956).
- *I Conferência Mundial Católica de Saúde* (Bruxelas, 1958), tendo apresentado uma comunicação sobre «A colaboração dos responsáveis da Saúde nos Serviços Médico-Sociais».
- *III Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia* (Santander, 1959) colaborando com o Prof. João Porto e outros na elaboração do «Estudo Hemodinâmico da pequena circulação».
- *Jornadas de Biologia Médica* (Paris, 1960).
- *Reunião Conjunta das Sociedades Portuguesa e Espanhola de Gastro-Enterologia* (Madrid, Dezembro de 1962), colaborando com o Prof. Mário Trincão e outros num trabalho ali apresentado sobre o «Proteinograma nas cirroses».
- *IV Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia* (Porto, 1963).
- *V Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia* (Madrid, 1966), tendo presidido a uma das sessões de trabalhos e tendo apresentado uma comunicação sobre o «Enfarte do miocárdio dos adultos jovens».
- *II Congresso Internacional de Moral Médica* (Paris, 1966).
- *Jornadas da Europa Médica* (Lisboa, 1967), onde apresentou uma comunicação sobre «Terapêutica Heparínica da Aterosclerose».
- *VI Congresso Luso Espanhol de Cardiologia* (Lisboa 1969).

Tem colaborado activamente em diversas actividades de extensão universitária, como as que abaixo se referem:

- Num *Curso de Medicina do Trabalho* organizado sob o patrocínio do Ministério das Corporações e Previdência Social

- (Figueira da Foz, Setembro 1964), tomou parte numa mesa redonda sobre *Silicose Pulmonar*.
- Em 17 de Fevereiro de 1968, outra vez na Figueira da Foz, esteve integrado em nova mesa redonda, esta sobre «*Transplantações cardíacas*», cabendo-lhe especialmente tratar dos «*Aspectos Deontológicos*»;
 - Nas *Jornadas Médicas da Previdência* (Curia, Junho de 1968) participou noutra mesa, agora sobre «*Hipertensão Arterial*», e na qual se ocupou do tema, «*Quando e como tratar uma hipertensão*»;
 - Nas *II Jornadas Médicas da Primavera* (Viseu, Maio de 1969) tomou parte noutra mesa redonda, ainda sobre «*Hipertensão arterial*», na qual desenvolveu os aspectos relativos à «*Fisiopatologia e tratamento médico*».
 - Muito recentemente (Setembro de 1969), nas *VII Jornadas Médicas da Figueira da Foz*, participou noutra mesa redonda que tratou de «*Doenças Profissionais no Trabalho Agrícola*», ocupando-se das «*Doenças infecto-contagiosas no trabalho agrícola*».

Foi durante cerca de 10 anos médico do Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra, prestando serviço nas enfermarias e consulta externa.

Durante período idêntico exerceu as funções de médico do pessoal dos Hospitais da Universidade e de membro da Junta Médica Hospitalar.

De 1947 a 1952, foi médico da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, onde também regeu as Cadeiras de Higiene, de Nutrição e Dietética e de Educação Sanitária.

De 1955 a 1958 foi professor da Cadeira de *Medicina Pastoral* no Seminário Maior de Coimbra.

Foi médico de Clínica Médica do Posto n.º 80 da Federação de Caixas de Previdência, tendo exercido as funções de Médico-Chefe desde a data da sua abertura (1 de Agosto de 1950) até 20 de Janeiro de 1952, por modo a merecer da Direcção daquele Organismo um voto de louvor pelos serviços prestados no exercício da referida chefia.

De 1958 a 1961, foi Vice-Presidente da Secção de Coimbra da Associação dos Médicos Católicos Portugueses.

De 1959 e 1962 foi membro de Conselho Disciplinar da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos e desde 1962, é membro do Conselho Superior Disciplinar da mesma Ordem dos Médicos. É membro da Comissão de Deontologia da Secção Regional, há vários anos.

Durante o ano de 1962-63, representou no Senado Universitário, mediante eleição, os assistentes das várias Faculdades.

Faz parte da Comissão Nacional para o Estudo da Toxoplasmose em Portugal.

Enquanto estudante, deixou colaboração no jornal académico *Via Latina* e na revista *Estudos* sobre assuntos de carácter geral. No *Jornal do Médico* publicou um trabalho («Acerca do segredo médico») elaborado durante o seu 5.º ano para a Cadeira de Deontologia Profissional e adiante referido.

Além deste, elaborou durante o seu curso médico vários trabalhos especiais. Um que foi lido nas aulas de Propedêutica Cirúrgica sobre «Semiologia e Patologia do esófago». Outro que constituiu uma aula de que o Prof. Luís Raposo o encarregou e foi feita aos seus condiscípulos do Curso de Patologia Cirúrgica sobre «A dor e o seu tratamento médico».

Elaborou ainda, durante a sua vida académica, trabalhos especiais para as Cadeiras de Dermatologia e Sifilografia («Dermotropismo e neurotropismo sifilíticos»), de Neurologia («Síndromas histéricos»), e de Medicina Legal («Dactiloscopia»).

Na revista *Coimbra Médica*, desde 1946 a fins de 1949, como elemento auxiliar da sua redacção, publicou numerosos resumos, extractos e apreciações críticas de artigos ou obras de Medicina e Cirurgia.

Dirigiu, desde Janeiro de 1951 a Dezembro de 1957, com o Dr. Coriolano Ferreira, a revista de Enfermagem e Técnicas Hospitalares *Hospitais Portugueses*, onde, além de outra colaboração, publicou os seguintes artigos: «A assistência social aos cardíacos em Espanha e Portugal»; «As enfermeiras perante a tuberculose»; «Cuidados post-hospitalares no domicílio: as brigadas de educação sanitária da família». Passou, depois a ocupar nessa revista o cargo de Presidente do Conselho Técnico.

Desde Novembro de 1957 até começos de 1963 foi membro do Conselho Directivo do *Boletim da Ordem dos Médicos*.

Pertence à redacção da *Coimbra Médica*, à da *Acção Médica* e ao grupo de colaboradores de *O Médico*.

Como conferencista, tem dado a sua colaboração a várias iniciativas. Assim:

— Colaborou na 1.^a semana da Tuberculose (Coimbra, 1953) com uma palestra sobre a luta anti-tuberculosa.

— Na abertura do Ano Social da Acção Católica (Coimbra, 1957) (*), na Assembleia Geral da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (Lisboa, 1961), na Secção de Coimbra da mesma Associação (1959 e 1961) e no Centro Académico de Democracia Cristã (Coimbra, 1959 e 1963) proferiu conferências de carácter confessional ou deontológico.

— Num curso promovido pela Secção Pedagógica da Associação Académica, em Abril de 1962, sobre «A Procriação e seus problemas», fez uma lição, adiante referida na lista de trabalhos («Problemas morais relativos à Procriação»).

Numa cerimónia de imposição de insígnias doutorais na Sala dos Capelos da Universidade de Coimbra (Junho de 1966), coube-lhe fazer o discurso de Elogio Académico dos representantes dos novos doutores.

— Num curso promovido pela Direcção do Lactário de Nossa Senhora dos Estudantes de Medicina em 1966, proferiu duas lições seguidas de colóquio sobre «Sexualidade, Amor e Casamento» e «Casamento, Procriação e Anticoncepção».

(*) Esta conferência, embora publicada na revista «Estudos», (DOS LEIGOS E DA SUA MISSÃO NA IGREJA — *Estudos*, vol. 35, fasc. 10, 1957), não vem adiante referida na lista de trabalhos publicados, por não ter qualquer relação com problemas médicos.

— Por iniciativa da Secção Pedagógica da Associação Académica repetiu, no mesmo ano, a primeira daquelas conferências, seguida de amplo e animado debate.

— Numa sessão de homenagem à memória do Prof. João Porto, promovida pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses (1967), falou sobre «João Porto, pioneiro da Cardiologia Social».

TRABALHOS PUBLICADOS

- 1 — ACERCA DO SEGREDO MÉDICO — Trabalho elaborado no 5.º ano médico para a cadeira de Deontologia Profissional e depois publicado no *Jornal do Médico*, 77, 388, 1946.
- 2 — SOBRE UM CASO DE DOENÇA DE KUSSMAUL-MEIER (PERIARTERITE NODOSA) — Em colaboração com os Profs. J. Porto, M. Mosinger, A. Azevedo e Dr. L. Providência. *Coimbra Médica*, Janeiro, 1947.
- 3 — CARDIOPATIAS E HIPERTIREOIDISMO — Conferência pronunciada no I Curso de Cardiologia, promovido pelo Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra, em 1947, depois publicada em *Coimbra Médica*, Março de 1947.
- 4 — EMBOLIA PULMONAR EXPERIMENTAL E SUA EXPRESSÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA — Em colaboração com os Profs. J. Porto, A. Azevedo e Dr. L. Providência. *Coimbra Médica*, Novembro de 1947.
- 5 — DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO DO ENFARTE DO MIOCÁRDIO — De colaboração com o Prof. J. Porto. *Medicina Clínica*, Barcelona, Março, 1948.
- 6 — MISTURA DE COMPLEXOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS NORMAIS E ANORMAIS NUM CASO DE SINDROMA DE W. P. W. — De colaboração com o Prof. J. Porto. *Coimbra Médica*, Abril, 1948.
- 7 — CARDITE REUMÁTICA — Lição proferida no II Curso de Cardiologia promovido pelo Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra, em 1948 e depois publicado em *Aquisições Recentes de Angio-Cardiologia*, Coimbra, 1949.
- 8 — O SINDROMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO DOS HIPOTIREOIDEUS — *Coimbra Médica*, Dezembro de 1948.

- 9 — EIXO MÉDIO MANIFESTO DE QRS (ÂQRS) NO DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO DOS BLOQUEIOS DE RAMO — De colaboração com o Prof. J. Porto. Trabalho apresentado nas Quinzenas Médicas Hospitalares e depois publicado em *Medicina Clínica*, Barcelona, Junho de 1949.
- 10 — PULMÃO CARDÍACO — Relatório apresentado ao IV Congresso Nacional de Cardiologia de Espanha e I Luso-Espanhol, Sevilha, 1953. De colaboração com os Profs. João Porto, Michel Mosinger, Antunes de Azevedo e Drs. Robalo Cordeiro, L. Providência e A. Fonseca. *Actas do Congresso*, Maio de 1953.
- 11 — AS ENFERMEIRAS PERANTE A TUBERCULOSE — Conferência pronunciada na I Semana de Tuberculose (Coimbra, 1953) e publicada em *Hospitais Portugueses*, 6, 19, 1954.
- 12 — RITMO DO SEIO CORONÁRIO — Trabalho apresentado à Sociedade Portuguesa de Cardiologia e depois publicado na *Medicina Contemporânea*, 1954, vol. 22, n.º 7, Julho.
- 13 — INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA — *Discussão patogénica. Contribuição para o conhecimento do seu desequilíbrio iónico*. Dissertação de doutoramento, Coimbra, 1955.
- 14 — NOVAS BASES FISIOPATOLÓGICAS DO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA — Lição proferida no XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina e depois publicada em *Coimbra Médica*, Dezembro de 1955.
- 15 — CONCEITO PATOGENICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA — (Resumo e excertos da sua dissertação de doutoramento). Publicado em *Portugal Médico*, Março, 1956.
- 61 — FISIOPATOLOGIA E TERAPÊUTICA DOS HIPERTIREOIDISMOS — Lição do XIX Curso de Aperfeiçoamento e Revisão da Faculdade de Medicina e depois publicada em *Coimbra Médica*, Março de 1957.
- 17 — O MÉDICO E AS EXIGÊNCIAS MORAIS DA SUA PROFISSÃO — Lição inaugural do Curso de Deontologia Médica. *Coimbra Médica*, Maio de 1958.
- 18 — A COLABORAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS DA SAÚDE NOS SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS — Relatório à I Conferência Internacional Católica de Saúde

- (Bruxelas, 1958) e depois publicada na *Acção Médica*, Julho-Setembro de 1958.
- 19 — UM CASO DE SINDROMA DE WOLF-PARKINSON-WHITE DE CURIOSA PATOGENIA — Apresentado à Sociedade Portuguesa de Cardiologia e depois publicado em *Medicina Contemporânea*, Outubro de 1958.
- 20 — CANCRO PRIMITIVO DO FÍGADO DE SINTOMATOLOGIA ATÍPICA — Apresentado nas Quinzenas Médicas Hospitalares e depois publicado em *Coimbra Médica*, Dezembro de 1958.
- 21 — DA EUTANÁSIA E PROBLEMAS AFINS — *Coimbra Médica*, Abril de 1959.
- 22 — PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO EM PATOLOGIA CÁRDIO-VASCULAR — Lição proferida no XXI Curso de Aperfeiçoamento e depois publicada no *Boletim da Ordem dos Médicos*, Maio de 1959.
- 23 — CONVERSANDO SOBRE DOENÇAS DO CORAÇÃO — Diálogo com o Dr. Eduardo Parreira aos microfones da Emissora Nacional, e publicado em *Correio de Coimbra*, n.º 1877, 1959.
- 24 — PROBLEMAS MÉDICO-MORAIS LIGADOS AO ABORTO — *Semana Médica*, Setembro de 1959.
- 25 — ESTUDO HEMODINÂMICO DA PEQUENA CIRCULAÇÃO — Relatório apresentado ao III Congresso Hispano-Lusitano de Cardiologia, Santander, 1959. De colaboração com os Profs. João Porto, Mário Trincão, B. Pereira, A. de Azevedo, G. Monteiro e Drs. Robalo Cordeiro e A. Aguiar. *Actas do Congresso*, Santander, 1959.
- 26 — OBRIGAÇÕES PROFISSIONAIS DO MÉDICO CATÓLICO — *Acção Médica*, Janeiro-Março de 1960.
- 27 — FÍGADO CARDÍACO E SEUS PROBLEMAS — Trabalho apresentado no I Colóquio de Hepatologia (Coimbra, 1961) e depois publicado em *O Médico*, Setembro de 1961.
- 28 — ANEURISMAS DA AORTA — Lição do Curso de Férias de 1961 e publicado, nesse ano, na *Coimbra Médica*, Agosto de 1961.
- 29 — EXIGÊNCIAS DA FÉ NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO — *Acção Médica*, Janeiro-Março de 1962.

- 30 — PROBLEMAS MORAIS RELATIVOS À PROCRIAÇÃO — Lição para o curso «A Procriação e os seus Problemas», promovido pela Secção Pedagógica da Associação Académica em Abril de 1962 e publicado nesse mesmo ano em *O Médico* (8-11-1962).
- 31 — TRATAMENTO ANTI-COAGULANTE — Lição para um Curso de Aperfeiçoamento e publicada em *Jornal do Médico*, Dezembro de 1962.
- 32 — PROTEINOGRAMA NAS CIRROSES — Em colaboração com o Prof. M. Trincão e Drs. P. Serra e Silva, D. Freitas, V. Trindade e E. Gaspar. Trabalho apresentado na reunião conjunta das Sociedades Portuguesa e Espanhola de Gastroenterologia, Madrid, 1962 e depois publicado em *Coimbra Médica*, Fevereiro de 1963.
- 33 — CURSOS DE DEONTOLOGIA E DEONTOLOGIA PROFISSIONAL 1957-63 — Matérias versadas. Coimbra, 1964.
- 34 — CURRICULUM VITAE — Apresentado no Concurso para Professor Extraordinário. Edição do Autor. Coimbra, 1964.
- 35 — UM CASO DE REUMATISMO ARTICULAR ATÍPICO — De colaboração com Marçal Perié, F. J. *Coimbra Médica*, 11, 963, 1964.
- 36 — O ENFARTE MIOCÁRDICO DOS ADULTOS JOVENS — Texto da sua lição à escolha no Concurso para Professor Extraordinário. *Jornal do Médico*, 59, 445, 1966.
- 37 — II CONGRESSO INTERNACIONAL DE MORAL MÉDICA — Relatório apresentado à Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos. *Boletim da Ordem dos Médicos*, 15, 527, 1966
- 38 — SEGUNDO CONGRESSO INTERNACIONAL DE MORAL MÉDICA. Responsabilidade Médica no Mundo Contemporâneo — *Acção Médica*, 31, 24, 1966
- 39 — O ENFARTE DO MIOCÁRDIO NOS ADULTOS JOVENS — Comunicação ao V Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia, Madrid 1966. *O Médico*, 42, 349, 1967. *Boletim da Soc. Port. de Cardiol.* 5, 49, 1967.
- 40 — TERAPÊUTICA HEPARÍNICA DA ATEROSCLEROSE — Comunicação apresentada nas Jornadas da Europa Médica, em Lisboa, Outubro de 1967. *O Médico*, 44, 297, 1967.

- 41 — DISCURSO DE ELOGIO ACADÉMICO — Na Sala dos Capelos da Universidade de Coimbra, em Junho de 1966. *Acção Médica*, 31, 237, 1967.
- 42 — HIPOTIREOIDISMO DO ADULTO — Lição proferida no Curso sobre Patologia da Glândula Tiróide. Coimbra, Abril, 1966. *Temas de Medicina*, n.ºs 20, 21, 22, Jan.º a Julho de 1967.
- 43 — JOÃO PORTO, PIONEIRO DA CARDIOLOGIA SOCIAL — Palavras proferidas na Sessão de Homenagem à Memória do Prof. João Porto, promovida pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses em Lisboa a 16/12/67. *O Médico*, 45, 835, 1967. *Acção Médica*, 31, 472, 1967.
- 44 — QUANDO E COMO TRATAR UMA HIPERTENSÃO ARTERIAL — Exposição integrada na mesa redonda sobre Hipertensão Arterial, nas Jornadas Médicas da Previdência, Curia, Junho, 1968. *Coimbra Médica*, 15, 821, 1968.
- 45 — UM CASO DE ÍLEO DOS ANTI-COAGULANTES — Comunicação feita à Sociedade Portuguesa de Cardiologia. *O Médico*, 50, 880, 1969. *Boletim da Soc. Port. de Cardiol.*, 6, 383, 1968.
- 46 — GRIPE — Lição feita aos alunos do 6.º Ano Médico em 20/2/1969. *Coimbra Médica*, 16, 423, 1969.
- 47 — SITUAÇÕES URGENTES NA CLÍNICA DE DOENÇAS INFECCIOSAS — Introdução à Mesa Redonda, com o mesmo título, integrada no XXX Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra. *Coimbra Médica*, 16, 679, 1969.
- 48 — MENINGITES BACTERIANAS AGUDAS — Exposição integrada na Mesa Redonda sobre Situações Urgentes na Clínica de Doenças Infecciosas. *Coimbra Médica*, 16, 683, 1969.
- 49 — MENINGITES AGUDAS DE REPETIÇÃO — *Um caso curado cirurgicamente*. De colaboração com Freitas Ribeiro e Vilaça Ramos. *O Médico*, 53, 1969
- 50 — DOENÇAS INFECCIOSAS NO TRABALHO AGRÍCOLA — Exposição integrada na Mesa Redonda sobre Doenças Profissionais no Trabalho Agrícola realizada nas VII Jornadas Médicas da Figueira da Foz. Em publicação em *O Médico*, n.º 957 de 1 de Janeiro de 1970.



TRABALHOS PARA PUBLICAÇÃO

- 1 — SEXUALIDADE, AMOR E CASAMENTO — Trabalho apresentado num Curso promovido pela Direcção do Lactário de Nossa Senhora dos Estudantes de Medicina.
Repetido num Colóquio promovido pela Associação Académica.
- 2 — CASAMENTO, PROcriação E ANTICONCEPÇÃO — Idem.
- 3 — METAPLASIA MIELÓIDE AGNOGÉNICA — Comunicação apresentada numa Sessão Clínica dos H.U.C.
- 4 — A URGÊNCIA NO TRATAMENTO MÉDICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL — Exposição integrada numa Mesa Redonda sobre a Hipertensão, realizada no XXX Curso de Férias da Faculdade de Medicina.
- 5 — INTRODUÇÃO AO ESTUDO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS — Lição feita aos alunos do 6.º ano Médico.
- 6 — FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ESSENCIAL — Exposição integrada numa Mesa Redonda sobre Hipertensão arterial, realizada nas II Jornadas Médicas da Primavera (Viseu, Maio, 1969).

TRABALHOS EM PREPARAÇÃO

- 1 — O INTERESSE DA AMPICILINA NO TRATAMENTO DA FEBRE TIFÓIDE — De colaboração com Abreu Barreto, J.M., Malaquias Barreto, M.T. e Marques Monteiro, A.
- 2 — MENINGITES TUBERCULOSAS DE FEIÇÃO CLÍNICA ATÍPICA — De colaboração com Abreu Barreto, J.M., Malaquias Barreto, M.T., Marques Monteiro, A.A. e Pereira da Silva, J. M. V.
- 3 — MIOCARDITES NAS DOENÇAS INFECCIOSAS.
- 4 — DOIS ANOS NA DIRECÇÃO DA CLÍNICA DE DOENÇAS INFECCIOSAS DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA — Relatório de Actividades.
- 5 — TRES ANOS DE REGÊNCIA DO CURSO DE DOENÇAS INFECCIOSAS (Sumários das lições).

RESUMO DOS TRABALHOS PUBLICADOS

- 1 — **Acerca do segredo médico** — *Jornal do Médico*, 1946, vol. VII, págs. 388 a 391.

Trata-se de um trabalho especial, elaborado durante o 5.º ano médico, para a Cadeira de Deontologia Profissional e depois publicado por iniciativa do Prof. Duarte Santos, ao tempo encarregado da respectiva regência.

Após palavras de introdução em que se procura caracterizar psicologicamente o ser humano, considera-se o segredo profissional como um imperativo de consciência para o homem normal de qualquer raça, latitude ou época. Tal imperativo reforça-se através dos tempos pela tradição, primeiro, pelo juramento hipocrático, depois, de tal modo que o segredo natural se transforma em segredo confiado.

Analisa-se a sua profundidade e extensão, aborda-se o caso particular dos médicos peritos e consideram-se os reflexos dos interesses individuais e colectivos sobre o segredo médico.

Considera-se o caso especial de o médico vinculado ao segredo correr o risco de deixar condenar um inocente e imagina-se a maneira de proceder com honra sem quebra do segredo.

Conclui-se pela necessidade de lutar sempre no sentido de transmitir aos que vierem depois de nós, esta nobre herança do segredo profissional, cada vez mais pura e dignificada.

- 2 — **Sobre um caso de doença de KUSSMAUL-MEIER (periarterite nodosa)**
— De colaboração com os Profs. J. Porto, M. Mosinger, A. Azevedo e Dr. L. Providência. *Coimbra Médica*, 1946, Vol. XIV, n.º 1 — Janeiro, págs. 4 a 37.

Os A.A. descrevem um caso de doença de KUSSMAUL-MEIER que julgam ser o primeiro caso português publicado em que, durante a vida, a hipótese foi posta e confirmada histologicamente.

Dizia respeito a uma doente de 23 anos que, por volta dos 9, teve o primeiro surto de erupções cutâneas, seguido, nos anos subsequentes, de 2 ou 3 episódios semelhantes. Esteve depois bem até cerca dos 16 anos, época em que se iniciou novo ciclo de sofrimento caracterizado por febre alta e prolongada, mialgias, dores articulares, nódulos subcutâneos e edema dos membros inferiores, que se arrastou, alternando com épocas de certa acalmia, até aos 23 anos.

Os diagnósticos feitos ou considerados pelos diversos médicos que a trataram foram os de erisipela, «febre intestinal», paludismo, reumatismo, doença de Jacoud-Osler e finalmente o de periarterite nodosa, posto e confirmado pelos A.A.

A biópsia nodular em que se pensara não chegou a ser feita, porque um episódio de gangrena das últimas falanges de dois dedos da mão direita obrigou a uma amputação que forneceu abundante material de biópsia. Esta revelou lesões de panarterite do tipo periarterite nodosa, lesões de endarterite crónica obliterante e lesões nodulares livres, de células gigantes, além de marcada nevrite.

Os A.A. fazem uma introdução rápida sobre a história e a frequência da afecção, considerando em seguida a Anatomia Patológica Geral e Especial, a Etiologia e a Patologia da doença de KUSSMAUL-MEIER.

No concernente ao mecanismo patogénico recordam as teorias que invocam uma acção directa de agentes infecciosos e tóxicos e as que falam de acção indirecta. Consideram as teorias alérgica e correlativa hormonal, decidindo-se por uma concepção eclética.

3 — **Cardiopatias e hipertireoidismo** — *Coimbra Médica*, 1947, Vol. XIV, n.º 3, Março, págs. 139 a 167.

Conferência pronunciada no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra, promovida pelo Centro de Cardiologia Médico Social de Coimbra.

Encarecendo a importância do hipertireoidismo em patologia cárdio-vascular, examinam-se as diversas manifestações cárdio-circulatórias a que ele pode dar origem.

Taquicardia, hiperquinésia cárdio-vascular, alterações electrocardiográficas, radiológicas e tensionais, modificações da volémia e do volume-minuto são analisadas no duplo aspecto da sua patogenia e das suas consequências.

Pondera-se o problema do diagnóstico e do diagnóstico diferencial, considerando-se sucessivamente a neuro-distonia, o síndrome de esforço, o aperto mitral, a insuficiência aórtica e ainda as associações tireo-tóxicas.

Finalmente aborda-se o problema do tratamento etiológico destas situações, exaltando o valor dos tioderivados da ureia que Astwood introduzira anos antes. O mecanismo de acção destas drogas, a sua absorção, eliminação, efeitos colaterais e resultados são sucessivamente considerados, apresentando-se a terminar um caso de fibrilação auricular tireotóxica (M B = + 104 %), instalada bruscamente havia meses, em seguida a uma emoção forte, numa mulher de 55 anos com pequeno nódulo tireoideu e que se acompanhava de insuficiência cardíaca. Verificava-se iodo-resistência.

Quatro dias depois de receber, diariamente, como terapêutica exclusiva 0,40 grs. de metil-tiouracilo, a fibrilação desapareceu e a frequência cardíaca caiu para 60/min.

Ao 12.^o dia de terapêutica verificou-se que o M. B. descera de + 104 % para + 14 %. Reduzida a dose para metade, a doente continuou a melhorar até que, ao cabo de um mês de terapêutica, foi sujeita a tireoidectomia.

4 — Embolia pulmonar experimental e sua expressão electrocardiográfica

— De colaboração com os Profs. J. Porto, A. Azevedo e Dr. L. Proviência. *Coimbra Médica*, 1947, Vol. XIV, n. 9, págs. 451 a 499.

Relatam-se os resultados das observações colhidas no decorrer de trabalhos sobre a embolia pulmonar experimental com o fim de apreciar, por meio das alterações electrocardiográficas, as repercussões cardíacas desta embolia. Como animal de experiência foi utilizado o coelho não somente porque o electrocardiograma deste animal é muito semelhante ao do homem, mas também porque, em razão da docilidade deste roedor, puderam sempre operar sem anestesia.

Obtido um electrocardiograma prévio, provocaram a embolia injectando iodo-bismutato de quinina, parafina líquida ou uma suspensão de amido em água, na veia marginal da orelha ou numa veia das patas posteriores. Em seguida, registaram o electrocardiograma de modo a surpreender todas as variações deste até à paragem do coração e morte do animal. Todos os coelhos sacrificados foram depois submetidos a um estudo anatomo-patológico minucioso.

Para a mesma dose de substância embolizante por quilo de peso, verificaram que os animais se comportavam de maneira diferente, morrendo uns quase imediatamente, outros resistindo durante mais tempo. Outros

ainda apresentaram perturbações variadas sem morrer e até houve alguns que nada sofreram.

Os mais atingidos apresentaram, imediatamente após a injeção da substância embolizante, agitação e polipneia de duração variável e intensidade crescente, chiando dramaticamente no máximo da crise que culminava por convulsões clónicas, perturbações esfínterianas e síncope respiratória. Após a agonia o coração continuava a bater, registando-se o electrocardiograma até à sua paragem definitiva.

Foi verificado que as alterações electrocardiográficas diferiam nitidamente antes e após a síncope respiratória.

Antes da agonia, notaram simplesmente taquicardia sinusal com uma deformação típica dos complexos caracterizada por desnivelamento inferior do segmento RS-T com T negativo em D1-D2, e desnivelamento superior com T positivo em D3. Além disso, era frequente observarem nesta primeira fase o aparecimento de extra-sístoles e, nalguns casos, complexos W. P. W. de ritmo contínuo ou alternante.

Instalada a apneia, o ritmo cardíaco modificava-se profundamente com a aparição constante de dissociação A-V e, por vezes, flutter ou fibrilação auriculares.

A autópsia mostrou, em todos os animais, distensão do coração direito com congestão visceral e venosa generalizada, vacuidade do coração esquerdo e do sistema arterial, com isquemia correlativa de todos os tecidos orgânicos, e lesões pulmonares constituídas por zonas de enfarte com edema, enfisema ou atelectasia.

Procura-se dilucidar a patogenia das alterações electrocardiográficas observadas, insistindo particularmente na explicação do encurtamento de PR, dos complexos W. P. W. e na significação da dissociação A-V.

Aceita-se que a hipertensão nas cavidades ventriculares direitas, excitando quer as fibras nervosas auriculares e ventriculares em conexão directa com os elementos celulares do sistema excito-condutor, quer os próprios elementos deste sistema, seja a causa do encurtamento de PR nestas condições de experiência, por uma mais rápida e abundante provisão da carga autóctone do nó de TAWARA.

Os caracteres e a patogenia do síndrome de W. P. W. são depois rapidamente considerados.

Quanto à dissociação A-V, os autores interrogam se ela não será uma consequência do que se poderia chamar secção fisiológica da inervação extrínseca do miocárdio.

Sendo dado que a embolia pulmonar determina uma anóxia e uma hiper-capnia de todos os tecidos e sucedendo que o tecido nervoso é o mais sensível,

os sintomas do seu sofrimento aparecem precocemente, caracterizando-se por convulsões seguidas de apneia devida a uma sideração do centro respiratório e de uma dissociação A-V, talvez relacionada com uma paralisia do centro cárdio-motor.

A este respeito são feitas considerações doutrinárias relativas aos mecanismos de ligação aurículo-ventricular e ao papel da inervação extrínseca do miocárdio.

5 — Diagnóstico electrocardiográfico do enfarte do miocárdio (Derivações torácicas e componente anormal do gradiente ventricular) — De colaboração com o Prof. J. Porto. *Medicina Clínica*, 1948, Vol. X, n.º 3, Março, págs. 146 a 150.

É apresentado um caso de enfarte do miocárdio diagnosticado dois dias após a instalação do quadro clínico, num momento em que as derivações clássicas eram ainda muito incaracterísticas. As derivações unipolares pré-cordiais revelaram, porém, uma onda monofásica positiva muito nítida em V2, V3 e V4, permitindo o diagnóstico de enfarte antero-septal.

Novo electrocardiograma colhido 14 dias depois, mostra acentuadas modificações da onda T nas dd. clássicas e revela grande metamorfose na forma dos complexos das dd. pré-cordiais, onde aparece uma onda QS em V2, V3, V4 e V5, com restos de onda monofásica em V2 e V3 e onda T coronária em todas as dd. pré-cordiais, excepto em V1.

A propósito deste caso fazem considerações sobre a patogenia das alterações electrocardiográficas observadas.

De acordo com as ideias de H. Cabrera e D. Sodi calcularam o componente anormal do gradiente ventricular ($\hat{P}G$), cuja orientação concorda com a localização antero-septal estabelecida pelas dd. pré-cordiais.

6 — Mistura de complexos electrocardiográficos normais e anormais num caso de síndrome de W. P. W. — De colaboração com o Prof. J. Porto. *Coimbra Médica*, 1948, Vol. XV, n.º 4, Abril, págs. 213 a 233.

É apresentado um caso de síndrome de W. P. W. em que conseguiram surpreender — em dd. clássicas, monopulares dos membros, monopulares torácicas e esofágicas — complexos de normalização genuína ao lado dos complexos típicos do síndrome. Tratava-se de um doente gástrico jovem, sem sinais de cardiopatia orgânica, que nunca sentira crises de taquicardia

paroxística, e em que o achado do síndrome se fez, por mero acaso, durante o estudo cárdio-vascular pré-operatório.

A análise comparativa dos complexos normais e W. P. W. permite aos seus A.A. considerações doutrinárias acerca da definição e delimitação do síndrome, bem como acerca da sua patogenia.

Caracterizam o complexo padrão W. P. W. e estudam o potencial anómalo gerador de extra-onda que o deforma, determinando o respectivo vector no diagrama de Bayley e discutindo a sua origem auricular ou ventricular.

Recordam alguns dos trabalhos mais importantes para a compreensão do síndrome, referindo-se às elucidativas investigações do Prof. Arsénio Cordeiro e ao então recente e interessante estudo feito em 6 casos de síndrome de W. P. W. no Instituto Nacional de Cardiologia do México, por Soddi e colaboradores, com o auxílio das dd. intra-cavitárias.

Concluem que:

1) — O complexo padrão W. P. W. resulta da deformação do complexo normal por uma nova onda (onda delta), enxertada no espaço PR de modo a alargar QRS e a encurtar PR.

2) — É unívoca a morfogenia desse complexo padrão relativo à forma mutável do síndrome: trata-se de um complexo de fusão, desencadeado por dois estímulos muito próximos, um mais precoce, heterotópico ou heretodrómico, originando a activação de uma pequena zona ventricular — onda delta —, e outro normal, conduzido por via hisiana, de que dependeria o complexo QRS.

3) — As colaterais altas de Winston-Mahaim, as fibras miocárdicas aurículo-ventriculares de Sanabria ou outras fibras acessórias aurículo-ventriculares, a actividade de um centro heterotópico ventricular septal ou para-septal, serão os instrumentos logicamente capazes de promover essa activação ventricular precoce.

4) — Desta diversidade de meios capazes de originar a libertação desse estímulo ventricular anómalo, decorrerá a diversidade de comportamento observada em relação à actividade auricular, de um para outro caso.

7 — Cardite Reumática — «Aquisições recentes de angio-cardiologia». Coimbra, 1949.

Lição proferida no Curso de Cardiologia, promovido em 1948 pelo Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra.

Apontando a relevância da febre reumática como factor causal das cardiopatias orgânicas dos adolescentes e adultos jovens, refere depois o

declínio da sua importância entre os indivíduos de idade madura, em que a aterosclerose toma o seu lugar.

Recorda o seu quadro clínico habitual, insiste no carácter dramático da sua tendência recidivante e, sublinhando a importância das lesões cardíacas que origina, evoca os nomes de PITTCARN e BOUILLAUD como pioneiros desta ideia. Analisa as chamadas leis de BOUILLAUD sobre a localização cardíaca da febre reumática, criticando-as à luz dos conhecimentos actuais e dizendo que o reumatismo articular agudo constitui uma verdadeira pancardite, por lesão mais ou menos severa das três estruturas do coração.

Entrando na Anatomia Patológica, descreve a constituição, topografia e potencialidades evolutivas do nódulo de ASCHOFF, discutindo a importância relativa das lesões miocárdicas e valvulares.

Abordando o problema da etiopatogenia das lesões reumáticas, lembra a velha teoria do vírus reumático e aponta os factos que nos conduzem à teoria estreptocócica, entendida à maneira alérgico-hiperérgica.

Demora-se depois com a análise das originalíssimas ideias de GIBERT-QUERALTÓ, afirmando a unidade etiológica da cardite reumática e da endocardite lenta, tudo dependendo do tono reactivo mesenquimal e do comportamento do estreptococo em face da reacção orgânica: na hiperérgia teríamos o reumatismo articular agudo e na hipoérgia a endocardite maligna lenta, correspondendo a endocardite com hemocultura negativa a um quadro extremo de hipoérgia ou seja à anérgia.

Discute e valoriza seguidamente a profilaxia da febre reumática, apreciando as medidas tendentes a evitar a difusão do estreptococo, as medidas tendentes a proteger o indivíduo contra a infecção estreptocócica (sobretudo a profilaxia sulfamídica e a incipiente profilaxia penicilínica) e, estabelecida a estreptococcia, as medidas tendentes a impedir a eclosão do surto reumático (profilaxia salicilica e imunização vacinal).

A terminar, ocupa-se da terapêutica da febre reumática, com especial relevo para os salicilatos, cujas dose, tempo de administração e efeitos secundários são apreciados, apontando depois os critérios biológicos e clínicos de vigilância e cura do surto reumático.

8 — **O síndrome cárdio-circulatório dos hipotireoideus** — *Coimbra Médica*, 1948. Vol. XV, n.º 10, pág. 585-608.

A propósito de alguns doentes hipotireoideus passados pelos serviços de Terapêutica Médica e Cardiologia, é abordado o problema em epígrafe.

Após uma rápida descrição genérica em que se procura caracterizar o hipotireoideu no tríplice aspecto das suas coordenadas físicas, mentais

e laboratoriais, aborda-se o problema do coração mixedematoso: grande, preguiçoso, hipodinâmico, oferecendo um choque da ponta quase imperceptível, com tons cardíacos apagados, hipotensão arterial, bradicardia e baixa voltagem de todos os acidentes electrocardiográficos. A reversibilidade destas alterações pela opoterápia tireoidea completa o quadro e constitui o seu selo de autenticidade. Alguns casos apresentados ou simplesmente referidos no texto, objectivam bem a descrição feita.

Procurando esclarecer a patogenia destas alterações, aceita-se que o aumento da sombra cardíaca é devido a dilatação hipotónica da fibra miocárdica e, nalguns casos, a derrame pericárdico associado.

A hipotonia miocárdica que é, de resto, uma hipotonia como tantas outras observadas no mixedema (atonia intestinal, megacólon, hipotonia da vesícula biliar, da bexiga, do útero e da própria musculatura estriada), pode entender-se como dependente de alterações que também nos explicam as anomalias electrocardiográficas. Tais seriam:

— A infiltração hidro-mucínica da fibra cardíaca, dos espaços interfibrilares, dos elementos nervosos e das paredes das artérias coronárias;
— As modificações locais do metabolismo muscular e do equilíbrio iónico;
— As modificações do tomo vago-simpático, com diminuição da excitabilidade simpática e exagero da vagal; — A anoxémia, etc.

Do ponto de vista diagnóstico convém etiquetar os casos precocemente e para isso requiere-se atenção e recursos laboratoriais, não esquecendo que casos com taxas de M. B. pouco baixas podem corresponder a um autêntico hipometabolismo.

A insuficiência cardíaca mixedematosa, pouco frequente, encontrar-se-ia sobretudo quando há, associadamente, lesões orgânicas de outra etiologia, ou aterosclerose favorecida pelo mixedema.

As dores pré-cordiais não são frequentes, podendo, se existiam antes, melhorar até quando o mixedema se estabeleceu.

Todavia, na medida em que a aterosclerose pode ser favorecida pelo hipotireoidismo, este pode preparar o terreno para enfartes futuros ou para simples dores anginosas, surgindo quando o trabalho do coração aumenta. Muitas vezes é a própria opoterápia tireoidea, quando feita sem especiais cuidados, que pode desencadear as dores anginosas ou até precipitar o próprio enfarte.

Por isso se recomenda que a quantidade de tireoide seca administrada esteja em concordância com uma norma fundamental: *Obter com a dose mínima o melhor efeito.*

- 9 — **Eixo médio manifesto de QRS (ÂQRS) no diagnóstico electrocardiográfico do bloqueio de ramo** — De colaboração com o Prof. João Porto. *Medicina Clínica*, 1949. Vol. XII, Junho, págs. 391 a 394.

Trata-se de um estudo analítico de 16 casos de bloqueio de ramo do feixe de His, diagnosticados de acordo com os critérios de Wilson por meio das monopulares pré-cordiais. Desses casos, 10 eram de bloqueio direito e 6 de bloqueio esquerdo.

Em todos eles se fez a determinação de $\hat{A}QRS$, de $\hat{A}T$, de $\hat{G}$ e da relação $\frac{\hat{G}}{\hat{A}QAS}$, exprimindo os seus valores em unidades Ashman. Verificaram que:

- 1) — $\hat{A}QRS$, nos bloqueios esquerdos, caía à direita da linha FL do Sistema triaxial de Bayley; nos bloqueios direitos à esquerda de FL.
- 2) — $\hat{A}T$ ocupava uma posição inversa da de $\hat{A}QRS$: à direita de FL nos bloqueios direitos; à esquerda de FL nos bloqueios esquerdos.
- 3) — A relação $\hat{G}/\hat{A}QRS$ era maior que a unidade nos bloqueios direitos, menor que a unidade nos bloqueios esquerdos.

- 10 — **Pulmão cardíaco** — II Relatório, apresentado ao IV Congresso Nacional de Cardiologia e I Reunião Luso-espanhola, Sevilha, 1953. De colaboração com os Profs. João Porto, M. Mosinger, A. Azevedo e Drs. Robalo Cordeiro, L. Providência e A. Fonseca. «Actas do Congresso», Maio de 1953.

Neste relatório que o primeiro dos A.A. apresentou em Sevilha ao IV Congresso Nacional de Cardiologia de Espanha, faz-se um exaustivo estudo do *Pulmão cardíaco*, ao longo de 4 capítulos, repartidos por 158 páginas.

No primeiro capítulo define-se e delimita-se o conceito de pulmão cardíaco.

No segundo, estuda-se a respectiva hemodinâmica, tanto pelo que respeita à sua forma crónica como à sua forma paroxística (E. A. P.) e à embolia ou enfarte pulmonar.

No terceiro capítulo considera-se a bioquímica da insuficiência cardíaca e do pulmão cardíaco, estudando 1.º) — O metabolismo na insuficiência cardíaca e o consumo do oxigénio; 2.º) — A acidose circulatória; 3.º) — O equilíbrio hidro-mineral. Finalmente, no quarto capítulo, «Fisiopatologia e Clínica do Pulmão Cardíaco», abordam-se, sob estes dois ângulos, o estudo da tosse, dispneia, hemoptises, hemossiderose pulmonar, asma cardíaca e edema agudo do pulmão, derrames pleurais, embolia e enfarte pulmonar.

- 11 — **As enfermeiras perante a tuberculose** — *Hospitais Portugueses*, 1954. Vol. VI, n.ºs 27 e 28, págs. 19-27 e 10-15.

Trata-se de uma conferência proferida em Novembro de 1953 na I Semana da Tuberculose e especialmente dedicada a enfermeiras e assistentes sociais.

Definido o plano da exposição a fazer, começa por considerar a tuberculose como doença social. Não pelo interesse que tem para a sociedade em geral, não por se contrair e disseminar mercê das relações sociais entre os indivíduos, mas porque para a sua debelação e combate não bastam medidas estritamente médicas e se tornam necessárias medidas de ordem social.

Para a estruturação das medidas de combate a esta doença, importa ter presentes os conhecimentos nosográficos e epidemiológicos que lhe dizem respeito. Por isso se recordam as coordenadas epidemiológicas desta afecção, se aborda o problema da susceptibilidade individual e se alude, de fugida, às ideias de raros autores que ainda hoje falam de hereditariedade tuberculosa para se concluir que, na prática, tais ideias só tem o mérito da originalidade e devemos continuar a fazer fé nos conceitos correntes sobre esta matéria e nos critérios práticos sobre alergia tuberculínica.

Apresentando seguidamente os dados estatísticos oferecidos pelo Anuário Demográfico de 1930 a 1952, mostra como a mortalidade por tuberculose tem decrescido, embora lentamente, e compara o que se passa com outros países.

Refere-se depois às medidas profiláticas e terapêuticas, de índole não só médica como social, que urge pôr em prática com um de três objectivos:

- 1) — Curar, sempre que possível, e quanto mais depressa melhor, os indivíduos doentes para assim eliminar a fonte de germens;
- 2) — Tornar difícil ou impraticável o contágio, directo ou indirecto;
- 3) — Proteger os indivíduos sãos, imunizando-os e robustecendo-os.

Analizando o papel das enfermeiras e assistentes sociais nesta cruzada, exorta-as a que nas horas de serviço ou fora delas sejam uma peça de valia na luta anti-tuberculosa.

Discutindo depois se o médico, a enfermeira ou a assistente social que na luta anti-tuberculosa se ocupam e nela contraem a doença, devem ou não ser considerados como sinistrados, vítimas de acidente de trabalho ou doença profissional, aponta a falta de uma legislação adequada, entre nós, para protecção destes trabalhadores da saúde.

Afirma-se partidário de tal legislação e de algumas disposições que deveria conter.

Termina recordando Vieira de Campos, Bissaia Barreto, Moraes Sarmiento, Armando Gonçalves e outros homens ilustres da luta anti-tuberculosa em Coimbra, exortando as suas ouvintes a que se impregnem do espírito de cruzada de que eles deram mostras e foram brilhante exemplo.

12 — **Ritmo do seio coronário** — *Medicina Contemporânea*, 1954. Vol. XXII, n.º 7, Julho, págs. 347 a 356.

Comunicação apresentada à Sociedade Portuguesa de Cardiologia e depois publicada na *Medicina Contemporânea*, órgão da Sociedade.

Trata-se de um trabalho de investigação estatística, feito sobre 20.245 electrocardiogramas do Serviço Central de Electrocardiografia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, ao tempo chefiado por si. Transcrevem-se as conclusões:

- 1 — Em 20.245 electrocardiogramas encontramos 13 casos de ritmo do seio coronário, caracterizado por ondas P2 e P3 negativas e PQ normal ou ligeiramente encurtado (0,10 a 0,17 sg.). A frequência cardíaca dos vários casos encontrados variou entre 52 e 200 por minuto.
- 2 — A determinação do eixo médio manifesto de P (ÂP), revelou que este se situa num sector muito restrito, orientado entre -66 e -98 graus, por consequência de acordo com uma activação auricular a partir da área do seio coronário.
- 3 — Discutem-se as bases anatómicas, experimentais e clínicas sobre que assenta a individualidade do R.S.C. e discutem-se igualmente as suas relações com o chamado ritmo nodal coronário (electrocardiograma de PQ curto e QRS normal) e com o ritmo supra-nodal propriamente dito.
- 4 — Conclui-se que o R.S.C. é relativamente raro (igual ou inferior a 1,5‰), muito lábil, e que ele surge habitualmente em corações patológicos, dependendo de alterações inflamatórias, escleróticas ou isquémicas na vizinhança do seio coronário.
- 5 — Formula-se a hipótese de que o ritmo do seio coronário seja o tipo mais frequente do ritmo supra-nodal.

- 13 — **Insuficiência cardíaca congestiva.** *Discussão patogénica. Contribuição para o conhecimento do seu desequilíbrio iónico.* Tese de doutoramento académico. Edição do autor. Coimbra, 1955, 416 páginas.

Sentindo que os cardíacos descompensados das nossas enfermarias hospitalares, mais que um peso morto da nossa orgânica assistencial, personificam uma censura surda e permanente à limitação dos nossos recursos profissionais e um estímulo vivo de interesse por este capítulo da patologia, e conhecendo, por outro lado, a controvérsia estabelecida neste campo acerca das ideias e até dos factos, decidiu — como explica no prefácio — escolher este assunto para dissertação de doutoramento académico. Dela transcreve, para aqui, o Resumo e as Conclusões.

Diz no primeiro:

«Para evitar referências desconexas no decorrer da exposição de outra matéria, entendeu-se conveniente consagrar, na «Introdução», meia dúzia de páginas às técnicas semiológicas que, nos últimos anos, mais têm contribuído para o progresso dos nossos conhecimentos sobre a fisiopatologia da insuficiência cardíaca. O cateterismo do coração e dos grossos vasos, o cálculo do débito cardíaco, a medida e registo das pressões intra-cavitárias, a determinação do tempo circulatório, o cálculo da massa sanguínea, bem como as provas funcionais da insuficiência circulatória, são consideradas nesse I capítulo, restringindo-se embora tal estudo ao fundamental das respectivas técnicas.

No II capítulo, trata-se com relativo desenvolvimento do «Conceito e patogenia da insuficiência do coração», recordando-se o essencial da fisiologia normal cárdio-circulatória, descrevendo-se os mecanismos de compensação e analisando-se a fisiopatologia da insuficiência cardíaca descompensada.

Aí se inquire da existência de um substracto lesional típico da descompensação e se pormenorizam as doutrinas fisiopatológicas da assistolia, cuja análise é seguidamente feita.

Verifica-se que nem a doutrina tradicional da «backward failure» nem a teoria clássica da «forward failure», tal como MACKENZIE a formulou em 1925, satisfazem inteiramente. Mesmo tomadas em conjunto, elas deixam por explicar alguns factos importantes.

Assim, porque se encontra na insuficiência congestiva hipervolémia com hemodiluição? Se os edemas resultassem de uma simples transferência de líquidos do compartimento intravascular para o sector dos líquidos intersticiais — por aumento da pressão hidrostática capilar condicionada pela retro-estase («backward failure»), ou por exagero da permeabilidade capilar deri-

vada da anóxia («forward failure») — deveríamos encontrar, pelo contrário, hipovolémia com hemoconcentração.

Que factor ignorado e importante — tão importante que se demonstra que o coração, mesmo o mais lesado, só é precipitado na assistolia a partir do momento em que o acréscimo de volume do sangue circulante lhe impõe uma sobrecarga incompatível com as suas forças — contrabalança e sobrepuja essa perda de líquidos intravasculares?

Uma sugestiva série de factos levou a aproximar o edema cardíaco do edema renal, aproximação que os clássicos com o seu espírito deformado por ideias feitas, sempre rejeitaram. Foi mérito da doutrina da «forward failure» ter fornecido ao problema um ângulo de visão que permitiu valorizar devidamente o factor renal na patogenia da I.C. Colocando o rim à frente do coração esquerdo e não atrás do coração direito, os partidários desta nova «forward failure» fizeram da disfunção renal não uma das últimas consequências da assistolia, mas sim uma das primeiras causas da descompensação.

A oligúria hidrossalina da I.C. integra-se numa perturbação complexa do metabolismo hidromineral, de que a hipo-excreção pela saliva, suor e fezes, dá perfeito testemunho.

É dentro desta orientação que no capítulo III se estuda a «Fisiopatologia do balanço hidromineral da insuficiência cardíaca congestiva», considerando, em subcapítulos independentes o «Equilíbrio hidromineral normal e sua regulação», e o «Desequilíbrio hidromineral da I.C.C. e sua patogenia».

Analizada a disfunção renal e decomposta em seus elementos integrantes — baixa do fluxo plasmático renal, baixa da taxa de filtração glomerular, aumento da fracção de filtração e exagero da reabsorção tubular —, procura-se esclarecer a sua patogenia e determinar-lhe a causa desencadeadora, por análise crítica do abundante corpo de doutrinas referentes a esta matéria. Aceita-se que o decréscimo da pressão e volume do sangue ou líquido intersticial, em certa região do território da carótida interna, possa constituir o estímulo efectivo para o desencadeamento da disfunção renal e consequente desequilíbrio hidrossalino.

A composição do líquido de edema, em seguida considerada, reflecte com notável fidelidade — excepção feita para as proteínas — a composição do sangue, sendo praticamente indiferente analisar o soro ou os líquidos de edema. Apesar das facilidades analíticas decorrentes desta circunstância, o acordo sobre a composição electrolítica do sangue ou líquidos de edema na I.C. está longe de se encontrar estabelecido, verificando-se as opiniões mais divergentes e contraditórias.

No termo desta análise crítica formulam-se algumas interrogações a que se busca dar satisfação no capítulo IV — «Contribuição pessoal» — pelo

estudo cuidadoso de 40 doentes em grande insuficiência cardíaca e praticamente virgens de terapêutica, correlacionando-se o estado clínico com a tensão venosa, tempo de circulação, hematócrito, níveis plasmáticos do sódio, potássio e cloro e ainda com os valores do cloro globular, cloro total e relação glóbulo-plasmática.

Todos os valores achados foram objecto de cuidadosa análise estatística, estabelecendo-se os valores extremos, a média, o desvio padrão, o coeficiente de variação e o erro «standard», e condensando-se as respectivas cifras em quadros correspondentes a cada série de medidas.

O recurso a métodos gráficos simples, permitiu objectivar com mais clareza, a distribuição dos valores individuais e a grandeza das médias.

Sempre que houve necessidade de comparar as médias dos indivíduos normais com as de cardíacos compensados e descompensados, e estas duas últimas entre si, procurou-se esclarecer — determinando o erro padrão da diferença entre as duas médias — se as diferenças observadas eram estatisticamente significativas ou se deviam a simples capricho do acaso.

Os valores da tensão venosa, tempo de circulação e sódio do soro, determinados nos enfermos assistólicos, foram encontrados significativamente elevados em relação às cifras normais ou aos valores obtidos após a recompensação desses enfermos. Pelo contrário, os valores do índice hematócrito, potássio, cloro globular, cloro plasmático e cloro total, não mostraram, na descompensação, desvios significativos.

Estes resultados são discutidos, depois, em subcapítulo próprio, cotejando-os com os de outros investigadores.

Pelo que respeita à hipernatrémia dos assistólicos, discute-se o seu significado e as suas relações com as transferências hidroiónicas, observadas pelo método dos balanços, entre os compartimentos extracelular e intracelular, ponderando-se se a descompensação poderá originar uma hiperosmolaridade dos solutos intracelulares que estejam na base das transferências iónicas daquele sector para o extracelular e assim explique, de alguma maneira, a hipernatrémia observada e a relativa hipertonia osmótica do líquido deste último sector. No sentido de esclarecer se a hipernatrémia dos assistólicos poderá ser imputada à hiperfunção adrenocortical, é feita, numa pequena série de doentes, a administração de 20 mgs. de DOCA durante 5 dias. As alterações electrolíticas obtidas são sobreponíveis, ponto por ponto, às encontradas nos assistólicos, o que parece constituir depoimento favorável à tese da hiperfunção supra-renal, aliás evidenciada por diversos autores segundo o método da dosagem biológica dos esteróides urinários.

A dosagem química destes esteróides, realizada por nós numa pequena série de cardíacos descompensados, não mostrou, entretanto, sinais dessa

hiperfunção adrenocortical. Este facto não constitui — conforme no texto se pormenoriza — indiscutível impugnação da referida hiperactividade, uma vez que é possível observar hipercorticoidémia sem hipercorticoidúria, visto a eliminação urinária de corticóides ser proporcional à taxa de filtração glomerular, extremamente baixa em alguns cardíacos.

No capítulo V, com base nos factos apurados nos capítulos anteriores, propõe-se uma determinada «Interpretação Patogénica» dos fenómenos hemodinâmicos e metabólicos da I.C.C. e, finalmente, no capítulo VI apresentam-se algumas «Deduções Terapêuticas», de acordo com as ideias anteriormente esplanadas.

À luz das novas ideias patogénicas da insuficiência congestiva interpretam-se os resultados terapêuticos obtidos pelo repouso, a dieta, as resinas trocadoras de iões, a digital, a aminofilina, os diuréticos mercuriais e os inibidores da anidrase carbónica, estabelecendo-se para cada uma destas medidas terapêuticas o mecanismo de acção e ponto de ataque, na correcção dos fenómenos fisiopatológicos da I.C.C.

Sublinha-se, seguidamente, o interesse que há em dosear os electrólitos do soro nos casos de I.C. que se tornaram resistentes à terapêutica, não só porque assim poderemos estabelecer a razão dessa resistência e corrigi-la, fazendo com que os doentes novamente respondam à medicação própria, conforme se exemplifica com elementos de observação pessoal, mas também porque deste modo poderemos diagnosticar, correctamente, perigosos quadros de desequilíbrio electrolítico que no decurso do tratamento podem surgir (síndrome de depleção salina, de alcalose hiperclorémica, de acidose hiponatémica) e que impõem urgente e inadiável correcção.»

Nas conclusões, afirma:

«Do estudo crítico dos trabalhos alheios e das nossas próprias investigações parece-nos lícito extrair algumas conclusões.

- 1.^a — Nem a doutrina tradicional da «backward failure», nem a teoria clássica da «forward failure», tal como MACKENZIE a formulou em 1925, explicam satisfatoriamente os fenómenos fisiopatológicos da I.C.C.
- 2.^a — Uma perturbação complexa do metabolismo hidrossalino, com retenção hidrossódica responsável pela expansão do fluído extracelular, revela-se de importância essencial para a compreensão do complexo sintomatológico da I.C.C.

- 3.^a — Na génese deste perturbado balanço hidroiónico, desempenha primordial papel uma disfunção renal caracterizada por exagero de reabsorção tubular e por alterações hemodinâmicas e funcionais — baixa do fluxo plasmático renal, baixa da taxa de filtração glomerular, aumento da fracção de filtração —, estas fundamentalmente devidas a um espasmo da arteríola eferente do glomérulo.
- 4.^a — A baixa do débito cardíaco, condicionando uma queda na pressão e volume do sangue ou líquido intersticial, nas zonas reflexogénias cárdio-aórticas e sino-carotídeas e num hipotético receptor de volume, situado algures no território da carótida interna, constitui o estímulo efectivo para o estabelecimento da disfunção renal e do desequilíbrio hidrossalino.
- 5.^a — A consequente expansão do fluido extracelular não se faz isotonicamente, mas, conforme se deduz das nossas observações, segundo um padrão fundamentalmente hipernatrémico, normoclorémico e normokaliémico. Com a recompensação ocorrem alterações opostas, que tendem a normalizar o volume e a composição do fluido extracelular.
- 6.^a — Em suas linhas gerais, o padrão electrolítico observado na I.C.C. pôde ser reproduzido pela administração de acetato de desoxicorticosterona (10 mgr. duas vezes por dia, durante 5 dias) a indivíduos normais.
- A hipernatrénia observada nos assistólicos, bem como as transferências de sódio realizadas do meio celular para o extracelular e, dentro destes, dos ossos e fase sólida do tecido conjuntivo para o espaço da inulina, podem, por isso, ser devidos a uma excessão de minerocorticóides, do tipo da DOCA.
- 7.^a — Doseando biològicamente os corticosteróides da urina de cardíacos descompensados, têm alguns autores encontrado eliminação aumentada dos corticóides biològicamente activos, nomeadamente daqueles que possuem capacidade retentora de sódio. A dosagem química dos corticosteróides por nós realizada na urina de alguns cardíacos descompensados, está em desacordo com aqueles resultados que, apesar de tudo, não invalida.

- 8.^a — Considera-se a I.C.C. uma complexa situação clínica, desencadeada por uma baixa absoluta ou relativa do débito cardíaco, em que avultam disfunções endócrinas — como a hiperactividade adrenocortical — responsáveis pelo profundo desequilíbrio hidroiónico observado.
- 9.^a — O êxito terapêutico de medidas dietéticas ou farmacológicas destituídas de acção tonicardíaca mas agindo poderosamente sobre a retenção hidrossódica e sobre a disfunção renal — como a dieta sem sal, as resinas de permutação catiónica, os diuréticos mercuriais e os inibidores da anidrase carbónica —, constitui o melhor testemunho da importância patogénica do referido desequilíbrio.
- 10.^a — As dosagens do sódio, potássio, cloro e CO₂ no soro sanguíneo dos cardíacos descompensados, por nós usadas com propósitos de pura investigação, tornam-se na prática clínica corrente, tanto mais necessárias quanto maior o uso que se fizer das enérgicas medidas terapêuticas tendentes a corrigir a retenção hidrossalina, pois podem surgir perigosos síndromas de desequilíbrio iónico que não só comprometam o êxito das terapêuticas usadas como também ponham em grave risco a vida dos enfermos. E o diagnóstico correcto destas situações só pode fazer-se pela dosagem dos referidos electrólitos.
- 14 — **Novas bases fisiopatológicas do tratamento da insuficiência cardíaca congestiva** — *Coimbra Médica*, 1955, n.º 10, Dezembro, págs. 962 a 983.

Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento de 1953, revista e publicada dois anos depois.

Sobre qualquer capítulo da medicina, afirma, vale a pena formular de tempos a tempos, uma dupla interrogação: O que sabemos de novo a este respeito? O que fazemos, a mais ou a menos, neste capítulo?

É sob este duplo ângulo que trata, perante os médicos do curso, o problema da insuficiência cardíaca. E para provar que vale a pena fazê-lo, impugna a afirmação de muitos clínicos práticos que pensam e dizem não valer a pena estudar em pormenor os cardiopatas descompensados porque, ao fim e ao cabo, tudo se resume a mais digitalina ou menos digitalina.

Recordando a fisiologia do coração normal em repouso e no esforço, lembra depois o que se passa com o coração doente, pormenorizando como as causas mais comuns de cardiopatia o podem levar a uma situação precária em que não satisfaça convenientemente as exigências circulatórias.

Tomando como exemplo a hipertensão arterial, lembra os mecanismos de compensação postos em prática até ao esgotamento da força de reserva cardíaca que é como quem diz ao começo da insuficiência.

Analizando a fisiopatologia da descompensação, discute as teorias da *backward* e *forward failure*, procurando extrair de tal discussão e análise, critérios de ordem prática. Demonstrando que nenhuma destas teorias explica o aumento de líquido extracelular, aponta a disfunção renal dos assintóticos — essencialmente caracterizada por uma redução do fluxo plasmático renal e da taxa de filtração glomerular, com exagero da reabsorção tubular — como o factor responsável pela expansão do sector líquido extracelular.

Entrando depois a responder à segunda pergunta formulada no início, aborda o problema do tratamento, mostrando como as várias medidas terapêuticas actuam sobre os diversos fenómenos fisiopatológicos da descompensação. O repouso, o regime, as resinas de permutação catiónica, os digitálicos, a aminofilina, os diuréticos mercuriais, os inibidores de anidrase carbónica e outras medidas terapêuticas são encaradas, descritas e entendidas a esta luz da fisiopatologia.

Controlar os factores etiológicos, libertar o doente da crise de insuficiência e impedir que venha a cair noutra, tal a tríplice tarefa que o médico deve procurar levar a cabo.

Na verdade, tratar um cardíaco em crise ou um diabético em coma não é só libertá-los do episódio agudo. Um continuará a ser cardíaco, o outro continuará apresentando a sua perturbação metabólica. E de cada nova crise de descompensação o miocárdio sairá mais danificado. Importa, por isso, encontrar para cada doente — quando possível — a quantidade de sal, de esforço e de drogas que lhe permitam manter-se em compensação circulatória.

15 — Conceito patogénico da insuficiência cardíaca congestiva — Portugal Médico, 1956. Vol. XL, n.º 3, Março, págs. 141 a 168.

A pedido do falecido Prof. Almeida Garret, condensou para a revista de que ele foi eminente Director, a sua dissertação de doutoramento, resumindo uns pontos e transcrevendo outros.

Introdução, Doutrinas fisiopatológicas da insuficiência cardíaca, Críticas à teoria da «Backward failure», Críticas à teoria da «Forward failure», Con-

cepções novas, Contribuição pessoal, Interpretação patogénica, Deduções terapêuticas e Conclusões, tais são os capítulos desse artigo a tentar resumir, em 27 páginas de texto, obra de maior tomo.

Se bem que uma tentativa deste género possa resultar desequilibrada e desconexa, parece-lhe — a avaliar pelo testemunho de alguns leitores —, ter conseguido superar essa dificuldade através duma exposição com suficientes motivos de interesse e sem excessivas lacunas.

Afigura-se-lhe que seria da maior vantagem que outros autores de dissertações de doutoramento — aliás bem mais interessantes e valiosas que a sua —, tentassem uma condensação deste género ou doutro porventura mais adequado.

Deste modo os resultados das reflexões críticas ou das investigações científicas desses autores, em vez de jazerm sepultadas em grossos volumes que muitos mal folheam, passariam a ser lidos, meditados e discutidos em ordem a uma autêntica fecundidade intelectual.

16 — **Fisiopatologia e terapêutica dos hipertireoidismos** — *Coimbra Médica*, 1957, n.º 3, Março, págs. 217 a 238.

Lição proferida no XIX Curso de Aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina.

A despeito do fim último da medicina ser a terapêutica ou arte de curar, não basta que o médico, mesmo que seja um clínico prático, se limite a saber quais os medicamentos e respectivas doses a usar nesta ou naquela doença. Por uma questão de dignidade intelectual e, mais do que isso, por necessidade de maior eficiência prática, importa que o médico conheça as circunstâncias de actuação dos diferentes fármacos.

Por isso, ao tratar, perante os médicos do Curso, da terapêutica dos hipertireoidismos, lhe pareceu de especial interesse fazê-lo à luz de um critério fisiopatológico.

Num primeiro capítulo — «Da fisiopatologia da tireoide à fisiopatologia dos hipertireoidismos» — recorda o encadeamento dos fenómenos bioquímicos que levam à formação da hormona tireoidea, lembra os mecanismos neuro-hormonais que presidem à sua regulação e discute a patogenia dos vários tipos de bócio, do hipertireoidismo simples e da doença de Basedow.

No capítulo seguinte — «Critérios de diagnóstico na hipertireose» — valoriza os testes habituais da função tireoidea: determinação do Metabolismo Basal, colesterolémia, iodémia (iodo ligado às proteínas) e prova do I^{131} .

No capítulo III — «Principais medidas terapêuticas no combate ao hipertireoidismo» — estuda a acção dos anti-tireoideus de síntese, do iodo radioactivo e da cirurgia, apreciando-os sobre o tríplice aspecto do seu mecanismo de acção, da selecção de casos e dos seus resultados.

Finalmente, no IV capítulo — «Tratamento médico ou tratamento cirúrgico?» — reconhecendo que qualquer das medidas terapêuticas referidas se limita a actuar a nível da própria glândula, (por inibição funcional passageira no caso dos anti-tireoideus, por inibição definitiva no caso do Iodo radio-activo, ou por exérese do tecido glandular no caso da cirurgia), pondera que isto não basta, uma vez que o estado anatómico e funcional da glândula é mais efeito do que causa do desequilíbrio hormonal observado.

Actuar sobre a glândula é, evidentemente, necessário e útil para romper o círculo vicioso das alterações em curso, mas começar por uma terapêutica radical — cirurgia ou iodo radio-activo — sem tentar um tratamento médico capaz de agir sobre os diferentes escalões reguladores da actividade tireoidea e de corrigir a hipertireose actuando sobre o *primum movens* da disendocrinia, não lhe parece justificável.

Por isso aprecia o efeito de alguns fármacos — calmantes corticais, meprobamato, largactil, hidergine, androgénios, estrogénios, frenantol, isotil, DIBB e o próprio iodo — de acção muito menos espectacular que os anteriormente referidos, mas cuja actuação sobre os escalões superiores da regulação tireoidea se pode revelar de grande utilidade.

A concluir, afirma que, perante um caso suspeito de hipertireoidismo, devemos:

- 1.º — Estar absolutamente certos do diagnóstico, não tomando por hipertireoideus indivíduos ansiosos ou neuro-distónicos.
- 2.º — Selecionar bem os casos susceptíveis de um tratamento médico e aqueles que devem destinar-se a uma terapêutica radical.
- 3.º — Conduzir judiciosamente a terapêutica médica, procurando actuar sobre os diversos escalões reguladores da actividade tireoidea, usando uma terapêutica combinada, em doses suficientes, e por tempo nunca inferior a 6 meses.
- 4.º — Se o caso resiste ou se se trata de uma forma previamente seleccionada para tratamento radical (bócio nodular, Basedow grave, cárdio-tireose, doente em mau estado, doente apressado) con-

fiaremos o nosso enfermo, conforme as circunstâncias, ao cirurgião ou a um centro capaz de bem orientar a terapêutica pelo iodo radioactivo.

17 — **O médico e as exigências morais da sua profissão** — *Coimbra Médica*, 1958. Fascículo 5, Maio, págs. 399-417.

Lição inaugural do Curso de Deontologia Médica.

Apreciando a dignidade particular da profissão médica que se ocupa não das coisas do homem mas do próprio homem, como unidade psico-somática indissolúvel, afirma que o valor moral desta profissão se não restringe, como poderia julgar-se, ao valor ético da saúde, mas atinge e ultrapassa mesmo o da própria vida para se situar no plano dos mais altos valores do espírito com que se define a dignidade da pessoa humana.

Por isso se justifica que nos Cursos de Deontologia se procure criar nos futuros médicos uma verdadeira e sã consciência profissional, fornecendo-lhes uma perspectiva equilibrada e justa dos valores morais, sem a qual correm sério risco de não usar da melhor maneira e no melhor sentido a bagagem científica que à Faculdade de Medicina vieram buscar.

Recordando o velho código de Hamourabi e os excelentes conceitos morais expressos por Hipócrates no seu célebre juramento e noutros escritos que nos legou, desenha depois, em traços largos, a curva evolutiva da medicina através dos tempos para apreciar em que medida e evolução da ciência e da técnica, por um lado, e da Sociedade por outro, afectaram, se afectaram, a posição dos problemas deontológicos.

Aceitando, como dizia alguém, que os progressos técnicos e científicos não modificam nem podem subverter o valor ético da saúde como finalidade da actividade médica, mas sòmente alteram os meios de o alcançar, conclui que os problemas deontológicos postos por Hipócrates de acordo com a moral tradicional e depois aceites, sublinhados e realçados pela moral cristã, se mantêm e permanecem para além das contingências do tempo e da variação das formas de cultura.

Todavia há problemas novos, resultantes da evolução da medicina e da sociedade, que especialmente merecem ser considerados.

Tais são a tendência para uma especialização precoce e estreita, o encarecimento da medicina no duplo aspecto do diagnóstico e da terapêutica e, finalmente, a socialização dos serviços médicos.

Apreciando, em pormenor, tais problemas e suas implicações morais, entra depois na análise da actividade médico-científica dos nossos dias,

inquirindo até que ponto são legítimas as experiências fisiológicas e de semio-
logia ou terapêutica que, a todo o momento e por toda a parte, se realizam
sobre o homem.

Só uma análise cuidadosa, ponderando devidamente o interesse da
ciência, do indivíduo e da sociedade, permitirá tirar conclusões válidas nesta
matéria.

O mérito e valor do conhecimento científico como tal, a fixação dos
justos limites para um conhecimento válido por parte do enfermo, que não
poderá dispor de si a seu talante, a apreciação de princípio da totalidade e
o estudo das relações do indivíduo com o agregado social são aspectos a
considerar perante cada caso particular.

Claro que quando o interesse da ciência, o interesse do indivíduo e o
interesse da sociedade não se opõe mas se conjugam e ainda quando o risco
e o perigo não forem realmente graves nem desproporcionados com o bene-
fício a obter, será legítimo o recurso a tais técnicas. Mas, mesmo assim,
impõe-se que a experimentação animal tenha tornado o método conhecido
e haja provado o seu moderado risco na aplicação ao homem.

18 — A colaboração dos responsáveis da saúde nos serviços médico-sociais —
Acção Médica, 1958. Fasc. de Julho-Setembro.

Comunicação apresentada na I Conferência Mundial Católica da Saúde
(Bruxelas 1958) e depois publicada, em português, na *Acção Médica*.

Iniciando as suas considerações pelo conceito de serviços médico-sociais
em que o centro de interesses se transfere do indivíduo, considerado isolada-
mente, para o agrupamento ou agregado social, qualquer que seja a sua
composição, fala em seguida das suas variedades entre nós, e das razões que
determinaram a sua criação e expansão.

Tomando depois como tipo os serviços médico-sociais da Federação
de Caixas de Previdência, faz considerações sobre os aspectos positivos e
negativos que o tipo de assistência aí prestada comporta.

A actuação do médico é seguidamente analisada, falando-se do papel
que poderá desempenhar junto das direcções administrativas e da acção
que lhe cabe como clínico dos diversos postos ou de serviço de visitas domi-
ciliárias.

Analisa os escolhos e dificuldades com que o médico deparará neste
tipo de assistência e fala do esforço que deve desenvolver para que a terceira
pessoa que nesta medicina colectivizada surge entre ele e o doente, altere o
menos possível o carácter tradicional das relações entre os dois.

O próprio segredo profissional e as boas relações de camaradagem entre os médicos da organização e aqueles que a ela não pertencem, merecem ser especialmente acautelados, conforme aí se refere.

19 — Um caso de síndrome de Wolf-Parkinson-White de curiosa patogenia
— *A Medicina Contemporânea*, 1958, n.º 10, Outubro, págs. 437 a 449.

Comunicação apresentada à Sociedade Portuguesa de Cardiologia e mais tarde publicada no seu órgão oficial.

Depois de breves considerações sobre o diagnóstico, significação e prognóstico do síndrome de W. P. W., em que se aponta a confusão a que este síndrome se tem prestado e se sublinham as dificuldades em que ele pode colocar o cardiologista, mascarando quadros electrocardiográficos de significado lesional, apresenta-se o caso de um homem de 58 anos, com estigmas de sofrimento cárdio-vascular e electrocardiograma típico de W. P. W., que veio a falecer no post-operatório duma gastrectomia.

A autópsia, que não mostrou qualquer feixe acessório aurículo-ventricular, revelou um coração patológico com sinais de pericardite crónica superficial e uma brida inter-pericárdica cujo topo visceral se inseria no sulco inter-ventricular anterior, na união do seu terço superior com o seu terço médio, e cujo topo parietal se continuava com uma larga aderência pleuro-pericárdica.

Admite-se que o abalo pericárdico da contracção auricular originando, por tracção do topo visceral desta aderência, a eclosão de um estímulo ventricular anómalo, constituiria o mecanismo da pré-excitação ventricular responsável pelo síndrome.

20 — Cancro primitivo do fígado de sintomatologia atípica — Coimbra Médica, 1958, Fasc. 10, Dezembro, págs. 1025-1050.

Comunicação feita numa das Quinzenas Médicas Hospitalares e seguidamente preparada para publicação.

Depois de algumas considerações gerais sobre o cancro hepático primitivo, sua frequência, etiopatogenia, produção experimental, aspectos anatómo-patológicos, sintomatologia, diagnóstico, evolução e tentativas terapêuticas, descreve-se o caso de uma mulher de 50 anos que adoeceu com febre, dores poliarticulares, elevada V.S., tudo simulando um simples quadro reumático.

A enferma adoecera dois meses antes e assim se manteve mais um mês, sendo negativa a restante exploração clínica. Chegou a melhorar e a ganhar peso mas, no fim deste período, surge reacção pleural da base direita, ligeira hepatalgia e crescimento do fígado. É diagnosticado cancro hepático primitivo, falecendo a doente 2 meses depois.

A autópsia confirma o diagnóstico clínico, revelando um hepatoma sem cirrose, com invasão do hemi-diafragma direito e pleura do mesmo lado e com múltiplas metástases, entre as quais, metástases da vesícula biliar.

Discute-se a patogenia das dores de tipo reumático com que o quadro se iniciara e cuja frequência, neste e noutros tipos de tumor maligno, justificaria a consideração duma forma reumática ou pseudo-reumática de começo do cancro.

21 — **Da eutanásia e problemas afins** — *Coimbra Médica*, 1959. Fasc. IV, Abril, págs. 333-350.

Lição aos alunos do Curso de Deontologia de 1958.

Após a justificação do tema que considera sempre actual, define eutanásia e faz uma introdução histórica em que recorda as suas variedades — punitiva, económico-social, eugénica e misericordiosa —, referindo os casos mais célebres deste último tipo e a sua repercussão na grande imprensa de todo o mundo, na literatura, no teatro e no cinema.

Recorda-se que entre médicos e juristas surge uma nova problemática de que decorrem várias tentativas de legalização da eutanásia em diversos países da Europa e da América.

Referem-se os sonhados Institutos de Eutanásia a que se ligam os nomes de Binet-Sanglé e de Nobel, e alude-se à mais recente tentativa dos eutanastas quando requereram à ONU a inclusão, entre os direitos fundamentais do Homem, do direito à morte misericordiosa.

Focam-se, na parte seguinte, os argumentos dos eutanastas, analisando os 3 pressupostos justificativos da eutanásia de tipo médico: a incurabilidade, o grande sofrimento e ainda o desejo, por parte do enfermo, de antecipar o momento da morte.

Dessa análise se conclui: 1) Que são falíveis os critérios de incurabilidade; 2) Que o sofrimento pode atenuar-se por adequada sedação antálgica; 3) Que o consentimento do enfermo não é válido, uma vez que ele não pode outorgar mais direitos do que aqueles que possui sobre o seu corpo.

Logo, a eutanásia não é moralmente aceitável em nenhuma circunstância.

Pondera, depois, o que sucederia se ela fosse lícita em alguns casos: as generalizações, os abusos, a perda de estímulo para tentar o impossível seriam consequências fatais a registar em tal hipótese. O médico deixaria de ser o herói da luta contra a morte, desaparecendo os muitos Desgenettes da história da Medicina. Pelo contrário, multiplicar-se-iam os casos como alguns que seguidamente aprecia de médicos implicados em episódios de eutanásia.

As disposições do Código Penal Português e dos Códigos de muitos outros países, relativas à Eutanásia, são seguidamente referidas e comentadas.

Excluída a possibilidade moral e legal da eutanásia, pondera-se então como se há-de proceder perante o caso de um doente que sofra sem esperança e atrozmente, fixando-se as normas de conduta sobre o combate à dor e sobre o prolongamento da vida em casos tidos como desesperados.

Finalmente, sob a forma de 5 conclusões duma declaração da Associação dos Médicos Católicos de Nova York, condensam-se as razões de repúdio da eutanásia, anteriormente desenvolvidas no texto.

22 — Problemas de diagnóstico em patologia cárdio-vascular — *Boletim da Ordem dos Médicos*, 1959, Vol. VIII, Maio, págs. 295-328.

Lição proferida em 15 de Dezembro de 1958, no XII Curso de Aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina e publicada depois no *Boletim da Ordem dos Médicos*.

A despeito de ser possível, em nossos dias, que os clínicos afastados dos grandes centros, mas dispondo de medicamentos de acção poderosa, curem muitas vezes sem saber o quê, vale bem a pena esforçarmo-nos por um bom diagnóstico, pois normalmente só um diagnóstico correcto pode garantir um tratamento racional e eficaz.

E a despeito das críticas feitas outrora ao diagnóstico em Cardiologia (ao fim e ao cabo seria tudo «mais digitalina, menos digitalina»), não há dúvida que este é um dos sectores da patologia em que ele deve ser mais cuidadosamente feito. Precoce, exacto e completo, tal diagnóstico não deve omitir nem os factores etiológicos, tantas vezes controláveis pelos potentes fármacos de que hoje dispomos, nem as particularidades anatómicas e fisiopatológicas indispensáveis a uma avaliação das possibilidades da cirurgia neste campo. A pericardite crónica constrictiva, o aperto mitral, as cardiopatias congénitas operáveis constituem um claro exemplo desta afirmação.

Aborda, depois, três problemas concretos com interesse para o clínico prático: 1) É cardiopata o doente que nos consulta?; 2) O problema da dor pré-cordial; 3) Diagnóstico diferencial das endocardites.

No desenvolvimento do primeiro aspecto aprecia os erros cometidos por exagero, consistindo em tomar por cardiopatas doentes que o não são apesar dos seus edemas, do seu fácil cansaço, da sua dispneia paroxística ou das suas palpitações e arritmias, e aprecia depois os erros cometidos em sentido oposto, mercê dos quais doentes com fígado cardíaco, hemosiderose pulmonar ou enfarte do miocárdio, foram levados à conta de cirróticos, tuberculosos ou colecistopatas.

Estudando, seguidamente, o problema da dor pré-cordial, considera quanto ela preocupa os doentes que com esta queixa procuram o médico e demonstra como pode ser complexa a destrição da sua verdadeira origem, dada a grande variedade de causas possíveis, conforme se pormenoriza em quadro à margem do texto.

A importância de um interrogatório cuidadoso, de certas particularidades semiológicas e do electrocardiograma de esforço é sublinhada e valorizada, apontando-se como na ansiedade, nas lesões endo-miocárdicas, na pericardite, na angina, no síndrome coronário intermediário, no enfarte e na dissecação aórtica as características da dor nos podem guiar.

A magnífica contribuição que o depoimento das transaminases e dehidrogenases nos pode dar para decidir do pleito «necrose ou isquémia simples» é realçada, seguidamente, e ilustrada com casos clínicos.

Entrando, finalmente, no 3.º aspecto — diagnóstico diferencial das endocardites —, apresenta, depois de rápidas considerações genéricas, a história clínica de um doente que meses antes começou a sentir-se cansado, sendo diagnosticada uma insuficiência aórtica descompensada, acompanhada de febre e sem outras manifestações. A sua urina era de elevada densidade, sem elementos anormais nem hemácias e só raros cilindros granulosos no sedimento.

Havia leucocitose com neutrofilia, elevada V.S., azotémia e glicémia normais. W. e K. negativas, hemoculturas negativas, Proteína C reactiva positiva (6 +).

Proteinograma e glucidograma electroforéticos mostrando nítido aumento das fracções globulínicas alfa 1 e alfa 2.

Procurando decidir qual o factor causal (Sífilis? Reumatismo? Endocardite bacteriana?) discute os dados favoráveis a uma e outra hipótese, sublinhando o valor que os exames electroforéticos tiveram para a decisão do diagnóstico em favor da forma abarticular da doença de Bouillaud.

23 — **Conversando sobre doenças do coração** — *Correio de Coimbra*, 1959, n.º 1877.

Trata-se de uma curta e despretenciosa palestra de divulgação, dita sob a forma de diálogo com quem a solicitara, aos microfones da Emissora Nacional. Nela são afluídos alguns problemas susceptíveis de interessar o grande público como o aumento das enfermidades cardiovasculares, o seu mais perfeito diagnóstico em nossos dias, as possibilidades terapêuticas actuais, a possível correcção cirúrgica de algumas dessas doenças, o problema do envelhecimento, da aterosclerose e dos possíveis factores, alimentares ou não, que podem dar-lhe origem.

24 — **Problemas médico-morais ligados ao aborto** — *Semana Médica*, 1959, n.º 22, 27 de Setembro.

Lição feita ao Curso de Deontologia Médica de 1957-58.

Começando por definir abortamento e parto prematuro, afirma não ter, para o caso, qualquer interesse a distinção entre abortamento ovular, embrionário e fetal. Todavia já a distinção entre abortamento espontâneo e provocado e entre abortamento directo e indirecto, tem todo o interesse para a matéria em discussão.

Desfiando as causas de abortamento, pergunta se nalguma hipótese tal prática será lícita. Admitindo que desde o preciso momento da fecundação o novo ser adquire todos os direitos de pessoa humana, o abortamento torna-se um autêntico homicídio.

Posto o problema assim, discute-se se ao homem é lícito, nalguma circunstância, tirar a vida ao seu semelhante e inquire-se se o feto poderá alguma vez vir a ser considerado um agressor de que a mãe possa libertar-se, segundo o princípio de legítima defesa. Orienta-se deste modo a discussão para o abortamento chamado terapêutico, o que pressupõe a condenação de todas as outras causas de abortamento, por motivos mais ou menos fúteis, embora nalguns países se conceda à mulher o direito ao aborto e noutros ele seja admitido sob reservas que no fundo nada dificultam.

Entretanto, os princípios da moral tradicional e da moral cristã, bem como as nossas disposições legais, são categoricamente contra o abortamento qualquer que seja a sua causa determinante: criminoso, eugénico, sentimental ou económico-social.

Discute depois o abortamento chamado terapêutico e o clássico dilema «A mãe ou o filho?» mais sencionalista que real, concluindo que «il n'y a

pas de droit contre le droit» e que, por isso, o médico não terá nunca que optar por um ou por outro, mas sim pelos dois.

Discutindo o assunto já não do ponto de vista moral mas do ponto de vista científico, faz o balanço das nossas possibilidades terapêuticas na tuberculose, cardiopatias, hipertensão arterial, nefropatias e retinopatias, vômitos incoercíveis, etc., concluindo que o abortamento terapêutico não tem hoje razão de ser, pois nada resolve que um contrôlo cuidadoso da grávida não possa igualmente solucionar.

De resto, a mortalidade verificada nas equipas intervencionistas e abstencionistas fornece um argumento suplementar a favor destas últimas.

Outro perigo, extremamente sério, que os intervencionistas confessam existir é o da queda nas generalizações absurdas e ridículas do abortamento «terapêutico» por motivos tão fúteis como por exemplo as varizes dos membros inferiores.

Finalmente discute o problema da gravidez tubar ou do útero canceroso grávido, inquirindo se é lícita a extirpação de qualquer destes órgãos sabendo que isso equivale à perda do feto. É o problema do aborto indirecto. De acordo com o princípio do duplo efeito considera-se tal conduta como inteiramente lícita.

25 — Estudo hemodinâmico da pequena circulação — De colaboração com os Profs. João Porto, Mário Trincão, B. Pereira, A. Azevedo, G. Monteiro e Drs. Robalo Cordeiro e A. Aguiar — Actas do III Congresso Hispano-Lusitano de Cardiologia. Santander, 1959.

Neste relatório, apresentado pelo primeiro dos A.A. ao III Congresso Hispano-Lusitano de Cardiologia, faz-se um estudo hemodinâmico da pequena circulação em várias situações patológicas — cardiopatias congénitas, pericardite constrictiva, tuberculose pulmonar, broncopneumopatias crónicas não tuberculosas, e situações experimentais —, registando as pressões venosas periférica e central, as pressões do V.D., da A.P. e do «capilar» pulmonar (com sonda livre e bloqueada), determinando os valores oximétricos pulmonares e sistémico, e apreciando a ventilação pulmonar nos casos de tuberculose e broncopneumopatias crónicas.

Sublinha-se a importância do achado duma hipertensão pulmonar, demonstrativa de que o enfermo caminha para o «cor pulmonale» ou já atingiu tal estado, e chama-se a atenção para o interesse que tem, em várias situações como a opacidade pulmonar retractil, o estudo da pressão capilar

com sonda livre e bloqueada, por permitir reconhecer a existência de curtos-circuitos anastomóticos broncopulmonares — os quais naquelas situações podem ter relevante papel fisiopatológico.

26 — **Obrigações profissionais do médico católico** — *Acção Médica*, 1960, ano XXIV, n.º 95, págs. 185-201.

Trata-se de considerações lidas numa reunião mensal da Secção de Coimbra da Associação dos Médicos Católicos Portugueses.

Numa primeira parte fazem-se reflexões de carácter deontológico e numa segunda versam-se aspectos, puramente confessionais, relativos ao baptismo de urgência de recém-nascidos a termo, prematuros, fetos não viáveis, monstros, etc.

Nesta primeira parte, mais deontológica, desenvolvem-se ideias genéricas aplicáveis a todas as profissões e consideram-se, seguidamente, as obrigações específicas do médico, católico ou não. A evolução da medicina, como profissão, a sua integração axiológica, as críticas que no passado e no presente lhe têm sido feitas, desde Claude Bernard e Jerónimo de Miranda — de que se recorda o retrato do médico perfeito — até aos nossos dias, são aí muito rapidamente afluídas, para se entrar depois na segunda parte, cujo carácter confessional aqui estaria deslocado e por isso não referiremos.

27 — **Fígado cardíaco e seus problemas** — *O Médico*, 1961, n.º 525.

Trabalho apresentado no I Colóquio de Hepatologia realizado em Coimbra no mês de Março de 1961, sob a égide da Direcção da Faculdade e do Instituto de Anatomia Patológica.

Principiando por estabelecer o conceito e o âmbito da expressão fígado cardíaco — definido como o conjunto de alterações anátomo-clínicas de sede ou origem hepática que acompanham a insuficiência cárdio-circulatória — recorda, em seguida, a propósito da sua anatomia patológica, os aspectos morfológicos e circulatórios indispensáveis à boa compreensão do tipo de lesões observadas e sua patogenia. Estereogramas reproduzindo a estrutura hepática segundo a concepção clássica (cordonal) e laminar de Ellias, bem como imagens permitindo apreciar as relações das trabéculas e lóbulos hepáticos com os vasos, segundo belos desenhos de Netter, são apresentados para melhor compreensão.

A patogenia e evolução das lesões, a sintomatologia clínica e laboratorial, o diagnóstico e o contributo que lhe pode dar a punção-biópsia hepática são considerados nas páginas seguintes, abordando-se a propósito das transaminases a questão das necroses hepáticas agudas centro-lobulares, que acompanham o fígado dos colapsos cardiogénicos.

Finalmente, debate dois problemas de especial interesse, um de ordem histopatogénica, outro de natureza fisiopatológica, a saber: 1) Há uma verdadeira cirrose cardíaca?; 2) Em que grau e de que maneira contribui o fígado cardíaco, se contribui, para agravar o desequilíbrio iónico da assistolia?.

No termo da sua exposição e como resumo do seu pensamento em tal matéria, formula as seguintes conclusões:

- 1.^a — No plano conceitual, não há justificação para se considerar fora do âmbito do fígado cardíaco, o fígado dos colapsos cardiogénicos por enfarte do miocárdio, insuficiência miocárdica aguda ou arritmia de alta frequência em coração doente.
- 2.^a — Do ponto de vista patogénico, o fígado cardíaco é um fígado de estase em que a hipertensão venosa e, sobretudo, a anóxia centro-lobular são responsáveis pelo seu aspecto anátomo-patológico.
- 3.^a — Maior importância que o tipo de lesão cardíaca ou a sua dependência etiológica, têm a severidade das alterações hemodinâmicas, a duração da insuficiência e a ocorrência de vários períodos de descompensação aguda com hipotensão.
- 4.^a — As lesões anátomo-patológicas consistem essencialmente em estase e necrose centro-lobular, num primeiro grau; fibrose centro-lobular ou inter-lobular de predomínio central, num segundo grau; finalmente, nalguns casos, fibrose difusa peri-centro-lobular, com participação dos espaços de Kiernan e nódulos regenerativos que alteram profundamente a estrutura hepática e caracterizam a cirrose cardíaca.
- 5.^a — A clínica e o laboratório mostram que o fígado cardíaco se encontra sempre perturbado nas suas funções, embora em grau variável.
- 6.^a — Não pode estabelecer-se, em todos os casos, uma correlação estreita entre as alterações funcionais do fígado cardíaco verificadas clínica

e laboratorialmente e as alterações anátomo-patológicas encontradas na biópsia.

7.^a — A irregular distribuição das lesões no fígado cardíaco constitui um facto que devemos ter sempre presente ao interpretar os resultados da biópsia hepática.

8.^a — As alterações anátomo-funcionais do fígado cardíaco agravam de modo sensível o perturbado equilíbrio hidro-iónico da assístolia, através da libertação de V.D.M. e da inadequada inactivação das hormonas retentoras de água e sódio.

28 — **Aneurismas da aorta** — *Coimbra Médica*, 1961, Vol. VIII, págs. 883-961.

Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento de 1961, dedicado a problemas de patologia e clínica cárdio-vasculares, no ano da jubilação do Prof. João Porto.

Após palavras de introdução sobre a evolução da Cardiologia durante os 40 anos de actividade docente do Prof. João Porto, a quem a lição é dedicada, afirma que essa mesma evolução é flagrantemente ilustrada pelas modificações na nosografia do aneurisma aórtico, nomeadamente em seus aspectos etiológico, topográfico, anátomo-patológico, diagnóstico e terapêutico.

Na verdade, a sífilis cedeu o seu lugar à aterosclerose e às causas traumáticas; o aneurisma abdominal, outrora raro, tem-se tornado cada vez mais frequente e, por isso, o tipo fusiforme tornou-se preponderante; o diagnóstico é hoje mais precoce e a terapêutica mais eficiente.

Os aspectos etiológicos e anatómicos dos aneurismas são considerados em pormenor, ordenando depois a exposição em 3 capítulos sucessivos, a saber:

Aneurismas da Aorta torácica,
Aneurismas da Aorta Abdominal e
Aneurisma Aórtico dissecante.

No primeiro capítulo, descreve a localização mais frequente dos aneurismas torácicos, a sua sintomatologia clínica e radiológica, o seu diagnóstico etiológico e evolução, ilustrando a exposição com alguns casos pessoais de certa beleza iconográfica.

Passando aos aneurismas da aorta abdominal, assinala a sua localização mais frequente abaixo das artérias renais e, descrevendo depois a sua sintomatologia, diagnóstico e complicações, destaca em especial os sintomas prodró-

micos e indicativos da rotura aneurismal. Dedicar ainda algumas palavras à selecção de casos para cirurgia.

Referindo-se depois ao aneurisma aórtico dissecante, define as suas variedades, condições patológicas favorecedoras, patogenia e quadros clínicos, apresentando, a concluir, um caso pessoal.

Finalmente, faz rápidas considerações sobre o tratamento cirúrgico paliativo («Wrapping», «Wiring» e fenestração) ou radical (excisão do segmento aórtico doente e sua substituição por um homo-enxerto ou hetero-enxerto) cujos resultados se revelam encorajadores, muito especialmente nos aneurismas da aorta abdominal.

29 — Exigências da fé no exercício da profissão — *Acção Médica*, 1962.

Conferência pronunciada na Assembleia Geral da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (Lisboa, 1961) e que aqui se inclui por ser fundamentalmente um trabalho de Deontologia Médica.

Após a apreciação da fé como virtude puramente humana, analisa as causas da angústia vital que tortura hoje muitos indivíduos e sublinha a importância da fé do doente no seu médico e deste na medicina que cultiva.

Definindo depois a fé em sentido teológico, aponta os deveres que ela impõe ao médico católico nas suas relações humanas (verdade, coerência de atitudes, dom de si) e na sua vida profissional. Por isso, considera que têm a maior importância os problemas relacionados com questões médico-morais, os quais poderão ser tratados nos Cursos de Deontologia das Faculdades, uma vez que as soluções da moral tradicional se não afastam sensivelmente das soluções preconizadas pela moral cristã.

Outras questões, todavia, dado o seu carácter confessional, só nas reuniões dos médicos católicos terão cabimento.

De entre as primeiras, considera, em rápida revisão, os problemas do abortamento, da eutanásia, da fetotomia em feto vivo, da experimentação sobre o homem, da eugenia, do exame pré-nupcial, da limitação da natalidade, da esterilização, da inseminação artificial, da narco-análise, psicoterapia e hipnotismo.

Quanto às segundas, dedica algumas palavras à questão do aviso do médico em caso de iminente perigo de morte, ao problema do baptismo de urgência de recém-nascidos em perigo e ainda ao das peritagens médicas em presença de curas consideradas miraculosas.

A concluir, afirma que todo o médico que deseje bem cumprir a sua missão, deve possuir um sentido agudo do humano que lhe per-

mita compreender e sentir os problemas dos doentes como se seus próprios fossem.

E assim poderá realizar a sua missão com autêntico espírito de caridade.

30 — Problemas morais relativos à procriação — *O Médico*, 1962, n.º 584.

Lição integrada no curso «A Procriação e seus problemas», promovido pela secção pedagógica da Associação Académica, em Abril de 1962.

Iniciando a sua lição com considerações sobre Moral e Sexualidade, aponta as dificuldades que o tema comporta e as razões que constituem obstáculo a uma análise fria e desapassionada do problema. Aprecia os prejuízos de mentalidade num e noutro sentido, analisa a evolução sexual da infância à idade adulta e as suas possíveis repercussões psicológicas e psicopatológicas.

A importância da sexualidade humana e o seu sentido teleológico são devidamente ponderados, estabelecendo-se, dentro deste espírito, as coordenadas para uma moral sexual, cujas variações no espaço e no tempo se apontam seguidamente.

A moralidade dos jovens e a questão da sua liberdade sexual, em nossos dias, são depois apreciadas como introdução ao problema contido na pergunta: Amor livre ou casamento monogâmico?

As concepções de Engels e Karl Marx, bem como a evolução do pensamento sobre este assunto nos países socialistas, ou melhor, na U.R.S.S., são depois apreciadas, verificando-se como nestes países, por exigências meramente económicas e sociais, tal pensamento tem vindo a aproximar-se das soluções da moral tradicional: casamento monogâmico e, quando possível, indissolúvel.

Na sequência da sua exposição, encara depois, à luz da moral cristã, os problemas do celibato, do casamento e seus impedimentos, do exame pré-nupcial e dos fins primário e secundário do matrimónio.

Situando-se deste modo em plena sociedade conjugal, e considerada a hipótese do casamento fecundo, aprecia vários aspectos de especial interesse como a eugenia, a limitação da natalidade, o abortamento, a inseminação artificial e o parto sem dor ou sem medo.

Como súmula do seu pensamento ao longo desta exposição, apresenta 10 conclusões finais.

- 31 — **Tratamento anti-coagulante** — *Jornal do Médico*, 1962, Vol. 49, págs. 993-1004.

Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento de 1960 e depois revista e publicada.

Após uma introdução justificativa do interesse e actualidade do tema, ocupa-se dos fundamentos fisiopatológicos do tratamento anti-coagulante, abordando rapidamente o mecanismo da coagulação, a fisiopatologia da trombose e o modo de acção dos dois tipos de anti-coagulantes: a heparina e os anti-vitámicos K, justificando o uso da primeira nos casos urgentes e o dos segundos nos tratamentos de duração prolongada.

Preparados comerciais destas substâncias e seus antídotos, técnica de administração e acidentes, contra-indicações e vigilância, são outros aspectos de que se ocupa seguidamente.

Um estudo clínico e laboratorial cuidadoso deverá estar na base duma sensata selecção de casos, verificando-se que o test de Quick (protrombinémia) é ainda o método mais simples e suficientemente seguro na maioria dos enfermos.

Finalmente, apresenta, em quadros estatísticos de diversos autores, os resultados observados em várias situações clínicas, resultados que considera francamente lisongeiros e muito encorajadores nas coronariopatias com angor, nos enfartes, nas tromboses cerebrais e em todas as modalidades de trombo-embolismo. De resto, quanto mais prolongado for o tratamento anti-coagulante e quanto mais baixa a protrombinémia (considerando 15% o seu limite terapêutico inferior), maior a protecção obtida e melhores os resultados finais.

- 32 — **Proteinograma nas cirroses** — De colaboração com o Prof. Mário Trincão e com os Drs. Políbio Serra e Silva, Diniz de Freitas, Vazão Trindade e Ermelinda Gaspar. — *Coimbra Médica*, 1963, Vol. X, Fevereiro, págs. 79-83.

Trabalho apresentado na reunião conjunta das Sociedades Portuguesa e Espanhola de Gastro-Enterologia (Madrid, Dezembro, 1962).

Na sequência de um trabalho do Prof. Mário Trincão, em 82 hepáticos, sendo cirróticos 50, estudaram-se electroforéticamente mais 55 cirróticos, em vários períodos de evolução da doença.

As conclusões registadas confirmam as anteriormente verificadas, ou seja que:

- 1.º — Os cirróticos descompensados apresentam um proteinograma electroforético em que é flagrante a baixa de albumina e onde a gama-globulina se mostra com um acentuado aumento; no que diz respeito à relação entre as globulinas beta e gama, há uma nítida junção das referidas fracções ou, na ausência de ligação absoluta, nota-se a presença de um *arraste* a que outros autores já fizeram referência.
- 2.º — Duma maneira geral, quando um cirrótico compensa, melhora os seus proteinogramas com subidas, por vezes francas, da albumina, descida da globulina gama e tendência para a separação de beta e gama.

33 — Cursos de Deontologia e Deontologia Profissional (1957-63). Matérias versadas. Coimbra, 1964.

Nesta publicação encontram-se sumariados os diversos temas versados nas aulas de Deontologia (reforma de 1955) e Deontologia Profissional (reforma de 1948 e regime transitório), de cuja regência se encontra incumbido, pelo Douto Conselho da Faculdade de Medicina, desde 1957-58.

Para que a discussão dos temas tratados possa ser mais ordenada, útil e proveitosa tem, sempre que possível, feito publicar, com antecedência de alguns dias, o sumário da lição seguinte.

Esta publicação, fornecida aos alunos, poderá ajudá-los melhor neste propósito de informação prévia das matérias a tratar nas diversas aulas do Curso.

34 — Curriculum Vitae — Edição do Autor. Coimbra 1964, 81 pág.

Apresentado no concurso para Professor Extraordinário. Dividido em 6 capítulos a saber: Carreira Académica, Actividade na Faculdade de Medicina, Missões fora do País, Outras Actividades, Lista dos Trabalhos Publicados e Resumo dos Trabalhos Publicados.

35 — **Um caso de reumatismo articular atípico** — De colaboração com o Dr. Marçal Perié. *Coimbra Médica*, 11, 963, 1964.

A propósito dum caso de reumatismo articular de começo agudo e evolução atípica — surgido num doente de 2 anos que esteve internado nos Serviços de Patologia Médica da Direcção do Prof. Mário Trincão —, os A.A. apresentam uma pormenorizada história clínica de que depois resumem os principais factos relativos aos três internamentos desta criança.

Reumatismo articular agudo, síndrome de WISSLER-FANCONI e artrite reumatóide, foram os sucessivos diagnósticos desta complexa situação clínica.

Discutindo e justificando a evolução do seu pensamento, os A.A. prendem-se seguidamente com o quadro clínico e o significado do síndrome de WISSLER-FANCONI e da artrite reumatóide, de que recordam o perfil clínico, radiológico e laboratorial.

Abordam depois os problemas relativos ao factor reumatóide (F.R.) discutindo a sua constituição, técnicas de evidenciação laboratorial e significado biológico, dizendo, em síntese, que é uma macroglobulina 19S capaz de fixar 6 moléculas de globulinas 7S, sendo esta reacção de fixação evidenciada quer por hemácias de carneiro sensibilizadas (R. de WALLER-ROSE) quer por partículas inertes (latex).

O F.R. não é o responsável pela doença (pois há sãos com F.R. e indivíduos com artrite reumatóide sem aquele factor), mas é o testemunho duma disreacção imunológica, transmitida geneticamente, que embora não sendo factor causal da A.R. pode, quando exagerada, originar precipitações intra-vasculares responsáveis por certas manifestações viscerais.

36 — **O enfarte miocárdico dos adultos jovens** — *Jornal do Médico*, 59, 445, 1966.

Texto base da sua lição à escolha no concurso para Prof. Extraordinário.

Após considerações gerais sobre o enfarte do miocárdio e a histogénese das lesões coronárias, pergunta-se porque há velhos com artérias coronárias praticamente normais e, ao contrário, jovens com estas mesmas artérias profundamente alteradas.

Procura-se responder a esta questão a partir da análise pessoal de 2.160 processos de doentes com enfarte do miocárdio, que foram observados no serviço do Prof. JEAN LENÈGRE no Hospital Boucicaut, em Paris, de 1949 a 1960.

Nesta ordem de ideias, estabelece-se, logo de início, a frequência dos enfartes segundo a idade dos doentes, a incidência estacional, as profissões e os sexos; seguidamente comparam-se as características clínicas e bioquímicas dum grupo de jovens (38 doentes dos 20 aos 35 anos) com as características dum grupo de 111 doentes mais idosos (de 36 a 80 anos) pelo que respeita a vários factores de risco coronário: hereditariedade, colesterolémia, dislipémia, hipertensão arterial, tabaco, diabetes, gota, obesidade e combinação de vários factores de risco. Após esta análise apresentam-se as seguintes conclusões:

1.^o — O enfarte miocárdico nos adultos jovens não é, do ponto de vista etiopatogénico, diferente do enfarte dos adultos velhos, dependendo, na esmagadora maioria dos casos, de lesões aterotrombóticas das coronárias.

2.^a — A alta incidência, entre o grupo jovem, de diversos factores de risco coronário — hereditariedade, hipercolesterolémia e dislipidémia, hipertensão arterial, consumo de cigarros e obesidade — isolados ou conjugados diversamente, explica a precocidade das lesões ateroscleróticas e a ocorrência do enfarte em idades baixas.

3.^o — Não podemos contentar-nos hoje em tratar da melhor maneira os casos de enfarte declarado — diminuindo a sua taxa de mortalidade, conseguindo uma boa recuperação social dos enfermos e retardando a ocorrência de novo enfarte.

Encontradas as bases para uma profilaxia racional, importa que nos empenhemos numa campanha preventiva que nos permita antecipar-nos à ocorrência do enfarte, evitando a progressão das lesões arteriais que o condicionam.

4.^o — A identificação dos indivíduos susceptíveis justifica-se, por isso, na medida em que pode permitir-nos orientá-los de modo a atenuar ou suprimir alguns factores de risco controláveis, sendo aconselhável uma investigação clínica e laboratorial cuidadosa em todos os indivíduos com pesada hereditariedade.

5.^o — Na impossibilidade de cada um «bien choisir ses parents» justifica-se nestes indivíduos susceptíveis:

- a) Suprimir o tabaco ou, pelo menos, substituir os cigarros pelo charuto ou o cachimbo;
- b) Um cuidadoso «controle» do peso para evitar a obesidade; da ingestão lipídica, para evitar ou atenuar a hipercolesterolémia e a hiperlipidémia; da pressão sanguínea, para evitar a hipertensão arterial; da coagulabilidade, para evitar a trombofilia.

- c) A heparina, pelo seu efeito sobre a coagulação e sobre o metabolismo lipídico, é preconizada, em pequenas doses bissemanais, nos pacientes com pesado risco;
- d) O stress psicológico ou ocupacional, bem como o sedentarismo, devem ser contrariados; o primeiro, por auto-relaxação psicogénica ou induzida pelo ambiente; o segundo, por adequado exercício físico. Os centros de recondicionamento neurovegetativo, existentes nalguns países, parecem de valor para estes propósitos.

37 — **II Congresso Internacional de Moral Médica** — *Boletim da Ordem dos Médicos*, 15, 527, 1966.

Tendo assistido, como Delegado do Conselho Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos, ao 2.º Congresso Internacional de Moral Médica realizado em Paris de 24 a 27 de Maio de 1966, impunha-se a apresentação dum Relatório cuja leitura, em sessão pública, foi o pretexto para uma Mesa Redonda sobre os problemas em causa. A presença de numerosos colegas da Secção Regional e bem assim a presença do Bastonário da Ordem, Prof. Lobato de Guimarães e de dois Colegas da Secção Regional de Lisboa, Prof. Miller Guerra e Dr. Sá Marques, valorizaram extraordinariamente esta sessão de trabalho, em que o Relatório do Congresso foi o pano de fundo da discussão aberta. Neste relato fez-se uma rápida referência à maneira como os trabalhos do Congresso haviam decorrido e aos mais importantes trabalhos apresentados, detendo-se o A. na análise dos problemas da responsabilidade civil e penal do médico na sociedade actual.

38 — **Segundo Congresso Internacional de Moral Médica**. Responsabilidade Médica do mundo contemporâneo — *Acção Médica*, 31, 24, 1966.

Amputado de breves palavras iniciais, especificamente destinadas ao ambiente onde foram lidas, este trabalho é, em todo o resto, a reprodução do relatório apresentado na Ordem dos Médicos.

Nas primeiras páginas descreve-se, em síntese rápida, o que foi o Congresso nos seus vários aspectos, entrando-se depois no problema de responsabilidade jurídica dos Médicos na sua actividade profissional, através da análise dos relatórios de TUNC, LEVASSEUR e KORNPROBST, que tratam respectivamente da responsabilidade civil, da responsabilidade penal e da extensão e limites da responsabilidade jurídica do Médico.

O choque entre as ideias dos juristas e a doutrina dos vários Códigos, por um lado, e os pontos de vista dos Médicos, por outro, é referido e ilustrado com casos concretos.

A terminar, sublinha em 8 pontos as ideias expressas nos Relatórios do Congresso, apresentando-as sob a forma de conclusões.

39 — **O enfarte do miocárdio nos adultos jovens.** — *O Médico*, 42, 349, 1967.
Bol. da Soc. Portuguesa de Cardiologia, 5, 49, 1967.

Comunicação apresentada ao V Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia (Madrid, 21 a 26 de Novembro de 1966), constituída por parte da investigação Clínica que serviu de base à sua lição de Concurso.

Para responder à questão de saber se o enfarte dos jovens é diferente do enfarte dos indivíduos velhos ou de meia idade, analisaram-se dois lotes de doentes que passaram pelos Serviços de Cardiologia (Prof. Lenègre), do Hospital Boucicaut, em Paris: um lote de jovens entre os 20 e os 35 anos, outro de indivíduos mais velhos, entre os 36 e os 80 anos.

Estudando estes enfermos pelo que respeita a vários factores de risco coronário (hereditariedade, colesterolémia, dislipémia, hipertensão arterial, tabaco, diabetes, gota, obesidade e combinação de vários factores de risco) e ainda no tocante às características anatomo-patológicas dos enfartes, conclui:

1.º — O enfarte do miocárdio nos adultos jovens não é, do ponto de vista etiopatogénico, diferente do enfarte dos adultos velhos, dependendo, na esmagadora maioria dos casos, de lesões aterotrombóticas das coronárias.

2.º — A alta incidência, entre o grupo jovem, de vários factores de risco coronário — hereditariedade, hipercolesterolémia, e dislipémia, hipertensão arterial, consumo de cigarros e obesidade, isolados ou conjugados diversamente —, explica a precocidade das lesões ateroscleróticas e a ocorrência do enfarte em idades baixas.

3.º — A identificação dos indivíduos susceptíveis justifica-se na medida em que pode permitir-nos orientá-los de modo a atenuar ou suprimir alguns factores de risco controláveis, sendo aconselhável uma investigação clínica e laboratorial cuidadosa em todos os indivíduos com pesada hereditariedade.

40 — **Terapêutica Heparínica da Aterosclerose** — *O Médico*, 44, 297, 1967.

Comunicação apresentada nas Jornadas de Europa Médica em Lisboa, Outubro de 1967.

Considera-se o valor da heparina na terapêutica da aterosclerose.

A heparina não tem somente uma acção anti-coagulante clássica, por efeito anti-trombina, obtido com doses elevadas (300 mgs. por dia); possui também uma acção anti-trombofílica, fazendo a prevenção da hiperviscosidade plaquetar, e exerce ainda um efeito clarificante dos lípidos plasmáticos por activação da lipoproteinolipase. Estas duas últimas acções exercem-se ambas através de pequenas doses bi ou tri-semanais, de 25 a 50 mgs., dadas por via sub-cutânea.

Preconiza-se a heparina, nestas pequenas doses, mesmo nos doentes sujeitos a uma terapêutica anti-coagulante pelos anti-vitámicos K.

A concluir afirma:

«Tratar a aterosclerose não é, infelizmente, curar as lesões arteriais constituídas. É, antes, retardar ou impedir a progressão da doença, em novos surtos ateroscleróticos, prevenindo deste modo os acidentes trombo-embólicos, e as insuficiências circulatórias regionais. As medidas terapêuticas são por isso, de algum modo, medidas profiláticas.

Ora a heparina — corrigindo a trombofilia e melhorando a dislipidemia —, revela-se uma das drogas de maior valor na profilaxia e terapêutica da doença aterosclerótica.»

41 — **Discurso de elogio académico.** — *Acção Médica*, 31, 237, 1967.

Elogio dos Profs. Duarte-Santos, Luís Raposo, Albertino de Barros e A. Vaz Serra, apresentantes dos doutorandos Guilherme Penha, Luís José Raposo, Mário Mendes e Rodrigues Branco na cerimónia de imposição das insígnias doutorais feita a estes últimos na Sala dos Capelos da Universidade de Coimbra, em 19 de Junho de 1966.

Abre com palavras em que se faz a exegese deste cerimonial, prossegue com o elogio académico dos apresentantes dos novos doutores e termina solicitando, para eles, do Magnífico Reitor a concessão da láurea doutoral.

42 — **Hipotireoidismo do adulto** — *Temas de Medicina*, n.ºs 20, 21 e 22. Janeiro a Julho de 1967.

Lição proferida no Curso sobre Patologia da Glândula Tireóide promovido pela Cátedra de Patologia Médica (Prof. Mário Trincão), Coimbra, Abril de 1966.

Após a delimitação do conceito, considera a frequência do hipotireoidismo do adulto e a sua explicação fisiopatológica, descrevendo as características do síndrome de insuficiência metabólica e as diversas causas do hipotireoidismo primário e secundário.

Ao falar dos defeitos enzimáticos congénitos descreve as diversas etapas da hormonogénese tireoideia, lembrando — a propósito da interferência medicamentosa na hormonossíntese — as várias hipóteses do hipotireoidismo iatrogénico, considerado como simples risco ou como autêntica finalidade terapêutica. Depois de referir os diversos sintomas clínicos, radiológicos e laboratoriais do hipotireoidismo do adulto e a sua patogenia, discute o valor de várias provas — metabolismo basal, registo gráfico do reflexo aquiliano, colesterol total, iodémia proteica, teste do I^{131} e provas dinâmicas — para o diagnóstico do hipotireoidismo e sua natureza.

Termina com duas palavras breves sobre a terapêutica, já que esta se encontrava especialmente reservada a outro prelector.

O extracto tireoideu, a tiroxina e a triiodotironina, isoladamente ou em combinação, devem ser usados com cautela, já que a lentidão é aqui a melhor garantia de segurança. Claro que em casos de urgência (coma mixedematoso), as regras são outras.

Os sintomas clínicos e as diversas provas de diagnóstico, já referidas, constituem excelentes meios para controle da terapêutica e precioso indicativo para sabermos até onde devemos ir na correcção do hipotireoidismo.

43 — **João Porto, pioneiro da cardiologia social** — *O Médico*, 45, 835, 1967. *Acção Médica*, 31, 472, 1967.

Palavras proferidas na sessão de homenagem à memória do Prof. João Porto, promovida pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses em Lisboa, a 16 de Dezembro de 1967.

Depois de traçar o perfil intelectual, moral e científico do seu Mestre, o A. refere o que foi a sua actividade no campo da Cardiologia Social, em que se mostrou um autêntico precursor e pioneiro. Precursor, na medida em que lançou uma ideia e idealizou uma estrutura numa época em que,

mesmo no estrangeiro, mal se debatia o problema. Pioneiro, porque, nesses «tempos heróicos», conseguiu desbravar caminhos e vencer obstáculos, pondo a ideia em marcha ao criar em Coimbra o Centro de Cardiologia Médico-Social e ao conseguir, mais tarde, a criação do Instituto Nacional de Cardiologia Social, com sede em Lisboa, e de que foi o primeiro presidente.

44 — **Quando e como tratar uma hipertensão arterial** — *Coimbra Médica*, 15, 821, 1968.

Exposição integrada na Mesa Redonda sobre Hipertensão arterial nas Jornadas Médicas da Curia, Junho de 1968, e em que participaram o Prof. Robalo Cordeiro (Moderador), o Dr. Ubach Ferrão (Etiopatogenia e Clínica), o Doutor Linhares Furtado (Hipertensão Nefrótica) e o Dr. Políbio Serra e Silva (Tipos de Hipertensão menos frequentes). Discutindo as cifras consideradas «normais» por alguns autores, critica esses valores um pouco elevados e considera a T.A. ideal como a tensão mais baixa compatível com um perfeito bem-estar.

Nesta ordem de ideias considera que uma H.T.A. pode ser reduzida para valores estritamente normais, se o estado cárdio-vascular do paciente o consente: mesmo assim lentamente e com a mais cuidadosa atenção às suas reacções subjectivas.

Sendo a hipertensão um factor de risco arterial que provoca alterações proporcionais ao grau e à duração da tensão diastólica, capazes de conduzir a temíveis acidentes cérebro-vasculares, cardíacos e renais, e sabendo-se, por outro lado, que o tratamento hipotensor melhora o prognóstico — prolongando a vida, reduzindo as complicações e detendo ou retardando a evolução das lesões vasculares —, temos de concluir que devemos tratar toda a hipertensão arterial e quanto mais precocemente melhor.

E como? Antes de mais, procurando-lhe a causa por um diagnóstico etiológico cuidadoso que eventualmente nos permita uma terapêutica causal. Depois, recorrendo ao regime, aos salidiuréticos e aos potentes fármacos que hoje possuímos — reserpina, hidralazina, alfametildopa, guanetidina, etc. — e nos permitem, na grande maioria dos casos, reduzir convenientemente os valores da tensão arterial.

Um tratamento de longo curso que mantenha a tensão em níveis normais, associado a medidas dietéticas e farmacológicas de prevenção contra a arteriosclerose, constituem normas desejáveis para uma profilaxia capaz das lesões arteriais.

- 45 — **Um caso de íleo dos anti-coagulantes** — *O Médico*, 50, 880, 1969. *Bol. de Soc. Port. Cardiologia*, 6, 383, 1968.

Comunicação feita à Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Lembrando que a heparina e os anti-vitámínicos K podem produzir complicações de superdosagem e verdadeiras acções secundárias dependentes da composição química da droga usada, apresenta o caso de um doente que no decurso dum tratamento anti-coagulante pelo etilbiscumacetato (Tromexan), associado a heparina, mostrou sintomas de oclusão intestinal que se revelaram dependentes da hipocoagulabilidade induzida e desapareceram pela correcção desta. Revendo rapidamente a literatura sobre a matéria, afirma que o íleo dos anti-coagulantes deve ser suspeitado em todo o doente sob tratamento pelos anti-vitámínicos K que apresente sintomas vagos mas progressivos de oclusão intestinal.

Nalguns casos, no entanto, pode surgir de modo agudo e tem levado a intervenções cirúrgicas, embora, na grande maioria dos enfermos, o recurso a medidas de ordem estritamente médica — descompressão abdominal por sonda naso-gástrica, terapêutica intravenosa, sangue, vitamina K1 —, solucione o problema, como neste caso.

- 46 — **Gripe** — *Coimbra Médica*, 16, 423, 1969.

Lição feita em 20-2-1969 aos Alunos do 6.º Ano Médico.

Após palavras justificativas do interesse do tema, delimita o conceito de gripe e refere a etimologia deste vocábulo e seus sinónimos.

Historiando as grandes epidemias e as principais descobertas neste campo, refere, na sequência da sua exposição, a frequência, epidemiologia e etiologia do morbo.

A morfologia do mixovirus, os fenómenos da hemaglutinação e eluição, o modo de agressão celular do virus, a patogenia e anatomia patológica da doença, são também analisados em pormenor.

Sintomatologia, diagnóstico clínico e laboratorial, evolução e complicações, são aspectos seguidamente considerados.

Finalmente, debate os problemas da profilaxia e da terapêutica.

A propósito da primeira, discute o valor da prevenção vacinal e as dificuldades práticas desta, em face das grandes epidemias por novas estirpes. Relativamente à segunda, pondera o escasso valor das várias medidas terapêuticas propostas contra os virus e discute o problema dos anti-térmicos e antibióticos, cujo uso deve ser limitado, não devendo nunca usar-se por sistema.

47 — **Situações urgentes na clínica das doenças infecciosas** — *Coimbra Médica*, 16, 679, 1969.

Introdução à Mesa Redonda sobre o mesmo tema, realizada no XXX Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra a 19/12/1969, em que foi moderador e na qual foram tratados os seguintes temas: Meningites bacterianas agudas, por si; Difteria, pela Dr.^a Maria Teresa Malaquias Barreto; Complicações mais frequentes da febre tifóide, pelo Dr. Abreu Barreto e Tratamento curativo do tétano, pelo Dr. Carrington da Costa.

48 — **Meningites bacterianas agudas** — *Coimbra Médica*, 16, 683, 1969.

Exposição integrada na Mesa Redonda acima referida.

Após uma distinção inicial entre meningites primárias e secundárias, diz que se ocupará das meningites bacterianas primitivas. Tomando para padrão descritivo a meningite meningocócica, recorda o seu perfil clínico e laboratorial, mas afirma que a sua intenção ao abordar esta matéria não foi tanto reavivar textos clássicos, conhecidos de todos, como sublinhar alguns aspectos de elevado interesse prático.

O primeiro é o carácter abrupto e dramático com que estas meningites podem instalar-se, conduzindo muitas vezes a um coma inicial, como em dois casos que cita.

Os outros aspectos, contra os quais quis prevenir os ouvintes, consistem em dois erros graves:

1.^o — Diagnosticar correctamente uma meningite e tratá-la como se fosse uma infecção banal, com doses inadequadas de antibióticos de espectro reduzido.

2.^o — Perante um quadro febril sem diagnóstico, dar qualquer antibiótico em pequena dose e alterar assim o perfil clínico-laboratorial duma meningite, de modo a dificultar, no futuro, um diagnóstico correcto.

Depois de discutir o contributo do laboratório para o diagnóstico correcto das meningites apresenta os esquemas terapêuticos usados para o tratamento das meningites purulentas agudas mais frequentes — meningocócica, pneumocócica e pfeifferiana —, sublinhando o interesse da ampicilina no caso duma meningite de causas desconhecida, pela sua actividade contra as três estirpes consideradas e ainda contra os gram-negativos e certos tipos de estreptococos.

- 49 — **Meningites purulentas de repetição.** A propósito dum caso corrigido cirurgicamente. De colaboração com o Dr. Freitas Ribeiro e Dr. Vilaça Ramos — *O Médico*, 53, 283, 196.

Os A.A. consideram o problema das meningites purulentas recidivantes lembrando a sua etiologia, germes mais frequentes, sintomas e metodologia de investigação das causas. A gamagrafia isotópica pode ser de grande utilidade em caso de rinorreia cérebro-espinhal e o estudo radiológico mostra-se do maior interesse em todas as circunstâncias.

Relatam seguidamente o caso dum rapaz de 26 anos que sofreu dois episódios de meningite pneumocócica com intervalo de 8 meses. A história revelou que aos 19 anos sofrera um acidente de viação e que cerca de 3 anos depois apresentara rinorreia cérebro-espinhal, durante um ano. Três anos após o desaparecimento da rinorraquia e cerca de sete anos depois do traumatismo, tem o primeiro surto de meningite (pneumocócica) de que curou integralmente. Oito meses depois, novo surto de infecção meníngea.

O estudo radiográfico mostrou uma pequena fenda da lâmina crivosa do etmóide em relação com as células etmóidais direitas.

A intervenção cirúrgica confirmou a topografia da brecha óssea, mostrando uma laceração da dura-mater e uma verdadeira ponta de hérnia do cérebro através da fenda ósteo-meníngea.

A laceração da dura mater foi corrigida por plastia com a aponevrose epicraniana, e a fenda óssea obturada com acrílico, após tamponamento com Oxigel e músculo temporal, reconstituindo-se, assim, a continuidade da tábua interna.

O pós-operatório foi normal e o doente encontrava-se bem cinco meses depois.

- 50 — **Doenças infecciosas no trabalho agrícola.** Em publicação no *Médico* de 1 de Janeiro de 1970.

Exposição integrada na Mesa Redonda sobre «Doenças Profissionais no Trabalho Agrícola» realizada em 11 de Setembro de 1969 nas VII Jornadas Médicas da Figueira da Foz, em que foi moderador o Prof. Mário Trincão. Nela participaram também o Dr. Santos Bessa (Doenças Provocadas por Pesticidas), o Prof. Poiars Baptista (Dermatoses) e o Dr. J. Miguel Goulão (Higiene Geral e Especial).

Para uma correcta avaliação do risco profissional faz, inicialmente, a distinção entre as doenças infecciosas estritamente ligadas ao exercício da

agricultura e aquelas que simplesmente dependem do meio social em que a profissão se desenvolve. O meio rural é, entre nós, conforme demonstra, um meio social cheio de carências e de riscos.

É certo que não havendo em Portugal legislação relativa a doenças profissionais no trabalho agrícola, esta distinção entre risco profissional e risco rural tem um interesse muito relativo.

Todavia, importa debater o problema e ver o que se passa nos países (como a França, por exemplo) em que o risco agrícola é já considerado relativamente ao tétano, à anquilostomíase, à leptospirose, ao carbúnculo, à brucelose, à tularémia e às infecções pelo bacilo tuberculoso de tipo bovino.

Considerando depois cada uma destas doenças, traça-lhes o perfil clínico, refere o seu diagnóstico laboratorial, aponta a sua profilaxia e terapêutica, apresentando ainda os critérios médico-legais da legislação francesa, em que estas doenças são caracterizadas no triplice aspecto da sua sintomatologia clínico-laboratorial, das ocupações susceptíveis de as provocar e do período de responsabilidade patronal, ou seja, o prazo contado entre a data da cessação da exposição ao risco e a data da manifestação da doença.

Termina formulando o voto de que em breve tenhamos, no País, uma legislação reparadora do risco profissional agrícola.

ÍNDICE

	Págs.
<i>Carreira Académica</i>	5
<i>Actividades na Faculdade de Medicina.</i>	11
<i>Missões fora do País</i>	23
<i>Outras actividades.</i>	27
<i>Trabalhos publicados.</i>	33
<i>Trabalhos para publicação</i>	39
<i>Trabalhos em preparação</i>	41
<i>Resumo dos trabalhos publicados</i>	43

*Composto e impresso nas oficinas da
IMPrensa DE COIMBRA, L.da
Largo de S. Salvador, 1-3 — Coimbra*

biblioteca
municipal
barcelon



28922

Curriculum Vitae