

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

BÉCOMVITE

AZEVEDOS

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

3 FORMAS FARMACÉUTICAS:

INJECTÁVEL

Solução injectável aquosa das Vitaminas B₁, B₂, B₆, PP, Pantenol e Vitamina B₁₂ cristalizada apresentada em ampolas de 1cm³ (FRACA) e 2cm³ (FORTE)

DRAGEIAS

Além das Vitaminas da forma injectável, as drageias contêm como excipiente fígado e levedura de cerveja, com todos os seus factores naturais

XAROPE

Complexo dos factores B, em doses com significação terapêutica, associado aos princípios salino-vitamínicos dum proteolizado de fígado, levedura e caseína (COMPLEXO B + TÓNICO AMINADO)



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
PIMENTEL NEVES, FERNANDO SARMENTO e REGO, ANÍBAL SOTTO-MAYOR — O psico-diagnóstico miocinético de Mira y Lopez em doentes do círculo esquizofrénico	463
BRANCO, FRANCISCO — Tratamento das leucémias	476

SUPLEMENTO

	Pág.
A reunião anual da «American Psychosomatic Society» em Atlantic City — Amílcar Moura	419
Ecos e Comentários	422
Algumas impressões sobre uma estadia na Suíça e na Alemanha — Fernando Leal	423
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes	432
Noticiário diverso	



LONGACILINA

N,N'-Dibenziletilenadamina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

Cada comprimido: 150.000 U.—Actividade: 8-12 horas

Boião de 12 comprimidos

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CENTRO DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DO NORTE

(Director — Dr. H. Gregório Pereira)

O psico-diagnóstico miocinético de Mira y Lopez em doentes do círculo esquizofrénico

FERNANDO SARMENTO PIMENTEL NEVES

médico chefe de Serviço do C. A. P. N.

e

ANIBAL SOTTO-MAYOR REGO

médico do C. A. P. N.

I — INTRODUÇÃO

Desde 1949 que vimos utilizando o Psicodiagnóstico de Mira y Lopez, como valiosa contribuição para o diagnóstico psiquiátrico (1). A experiência obtida até hoje é de molde a permitir-nos a elaboração deste trabalho onde se consignam os resultados colhidos e ao mesmo tempo se formula a opinião que dela obtivemos na sua aplicação a doentes que podemos incluir dentro do círculo esquizofrénico. Inicialmente utilizamos os dados fornecidos por Mira y Lopez no seu livro de psiquiatria onde expõe a técnica do test e os resultados obtidos depois de 7 anos de trabalho em grupos de adultos de elite, grupos de crianças e jovens e adultos mentalmente anormais no momento do exame. As informações colhidas em outras publicações, sobre vários aspectos e particularidades do P. M. K. (psicodiagnóstico miocinético), e finalmente a leitura da obra extensa do Dr. Cesar Coronel, completaram a nossa preparação com vista à valorização dos elementos fornecidos pela execução dos traçados.

Podem reportar-se a 1935 os primeiros ensaios quando o Prof. Mira y Lopez no Instituto Psicotécnico de Barcelona procurou comprovar «se os diferentes tipos de caracteres individuais se revelavam na execução duma série de movimentos realizados nas três direcções fundamentais do espaço». Desde então para cá alguns trabalhos têm surgido de vários autores, sobretudo na América do Sul. Além da aplicação do P. M. K. à clínica psiquiátrica tem ele sido utilizado em muitos outros aspectos, sendo de registar a utilização na análise da personalidade, na determinação da perigosidade e na despistagem das formas de agressividade dos delinquentes homicidas, na apreciação dos sinais de inteligência e dos factores emocionais, no estudo da fadiga, etc.

II — O «TEST»

A ideia inicial de Mira é que a toda a disposição mental corresponde uma atitude muscular que facilita os movimentos pelos quais se realizará esta disposição mental (Ombredane).

Na verdade, como diz Yaspers, do ponto de vista do acto reflexo psíquico todo o processo psíquico exprime-se finalmente em fenómenos motores, com cuja ajuda se manifesta o resultado da elaboração interna dos estímulos.

Evidentemente que se trata dum mecanismo motor extra-consciente, que, subordinado ao acto voluntário, permite-lhe a sua expressão.

Do ponto de vista da personalidade é o movimento a expressão de uma totalidade, de uma elaboração interna cujas alterações exprime e traduz.

Tratando-se de um movimento inicialmente voluntário, modifica-se na sua essência pela interposição de um anteparo que transforma este movimento voluntário num movimento

automático ideo-motor; pressupõe, porém, sempre a percepção da imagem do movimento e a deliberação que o transforma em acto.

A noção complexa da percepção dum movimento compreende para a sua unificação, estrutura e totalização a noção de tempo e espaço — esta última implicada no fenómeno geral da percepção e que no caso presente é fundamental.

Uma análise mais pormenorizada das alterações do movimento expressa no presente caso poderia incidir não só no aspecto da deliberação mas também na própria estrutura da percepção: na noção de espaço e tempo e em todos os outros elementos constitutivos da percepção.

A sua complexidade está porém fora do âmbito deste trabalho que pretende essencialmente apresentar resultados de experiência, e fica postergada para trabalho ulterior.

Os dados fornecidos pelo P. M. K. são considerados em relação ao modelo e são de três ordens: gráficos, verbo-motores (gestos, atitudes e comentários) e cronológicos. Entre os primeiros mencionamos os desvios primários, os desvios secundários, os desvios axiais, a torção axial e o aumento ou redução do tamanho modélico, havendo a acrescentar a produção de alterações nitidamente patológicas de que faremos referência mais adiante quando falarmos dos «sinais esquizofrénicos».

Na execução do test o indivíduo utilizará as duas mãos, pelo que tem acentuada importância o estudo separado dos dados que ambas fornecem, como expressão das diferentes atitudes de reacção. Assim é que o estudo dos movimentos de ambas as mãos pode fornecer-nos diferenças entre o aspecto temperamental e caracterológico do indivíduo. A mão direita é a que mais está submetida às modificações da educação e a que está ligada às «variações diárias do humor» (Ombredane) enquanto que os resultados da mão esquerda serão muito menos sensíveis às variações momentâneas, actuais.

Mira considera a primeira prova (lineograma) aquela que fornece os dados fundamentais e contém o essencial das indicações temperamentais e caracterológicas.

Os movimentos de elevação e descida no plano vertical dão-nos ideia da denominada «escala diatésica». Os desvios que lhe correspondem indicam as variações do tónus vital, psico-motor. Os desvios dos lineogramas no plano horizontal indicam-nos as variações da atenção, enquanto que os desvios no plano sagital indicam o grau de agressividade. A intensidade dos desvios secundários indicam o grau de excitabilidade emocional. O aumento ou diminuição do tamanho linear dá-nos o grau de excitação ou inibição.

Na valorização dos diferentes dados fornecidos pela execução do test há naturalmente que referencarmos-nos a valores considerados como normais, pelo que a seguir mencionaremos alguns dos que até agora foram colhidos.

Assim, para o tamanho linear, Mira y Lopez, em cerca de 600 adolescentes montevidianos encontrou as médias: mulheres — M. E. = 33,05; M. D. = 32,40. Homens — M. E. = 35,40; M. D. = 33,70. Elso Arruda encontrou como médias, em cerca de 136 adultos normais, os valores: M. E. = 39; M. D. = 38.

(1) Desde 1946 que um de nós com o Dr. Azevedo Fernandes vem utilizando o test de forma sistemática.

Em referência aos desvios primários, encontrou Mira, em adolescentes montevidéanos, os seguintes valores:

		M. E.	M. D.
Homens	Horizontal	+ 1,58	— 0,90
	Sagital	+19,5	+22,5
	Vertical	+ 0,13	— 3,
		M. E.	M. D.
Mulheres	Horizontal	+ 4,22	+ 1,58
	Sagital	+18,10	+20,10
	Vertical	— 0,07	— 7,6

Ombredane refere em «Le Diagnostic du Caractère» os seguintes valores em adolescentes para os lineogramas sagitais:

	M. E.	M. D.
Homens	18,6	20,6
Mulheres	13,87	16,1

Elso Arruda apresenta os seguintes valores para adultos normais e referentes a todas as provas:

	Lineogramas			Z.Z. Esc.			Cadeias			US		Paral.	
	H.	S.	V.	S.	V.	S.	V.	S.	V.	S.	V.	S.	V.
M.E.	+2	+12	— 6	—7	—30	—33	+14	+17	+15	+19	—7		
M.D.	+1	+16	+12	—7	—32	—37	+12	—8	—7	—12	—6		

Alfredo Oliveira publicou as seguintes conclusões em indivíduos normais adultos:

M.E.	+13,46	—5,96	+ 4,95	—15,36	+12,04
M.D.	+14,07	—3,04	+10,96	—16,82	+ 5,00

No que respeita aos desvios secundários, Mira y Lopez, em adolescentes montevidéanos, considera como normais os seguintes valores:

	M.E.	M.D.
Homens	9,82	8,89
Mulheres	9,98	9,10

E, Elso Arruda em adultos normais, refere:

	Lineogramas	Círculos	U. Sagital	U. Vertical
M.E.	10	8	17	16
M.D.	10	9	15	16

Alfredo de Oliveira, em adultos normais:

	Lineogramas	Círculos	U. Sagital	U. Vertical
M.E.	9,05	13,30	13,21	11,14
M.D.	9,77	15,64	11,18	9,79

O desvio axial é insignificante nos cinetogramas lineares. Únicamente se observa nos horizontais e sagitais esquerdos entre 7 casos em 150, com uma média de valor angular de 7.º (Mira).

III — BREVE RESUMO DA EXECUÇÃO DO TEST

Apenas forneceremos aqui um resumo abreviado do modo de executar o test. Para melhor conhecimento da sua técnica poder-se-á consultar não só o livro de Psiquiatria do Prof. Mira y Lopez, como o trabalho de Ombredano em «Le Diagnostic du Caractère» e o livro de C. Coronel «El Psicodignóstico Miokinético».

O test miocinético compreende as seguintes provas:

- Lineogramas
- Zig-zagues
- Escadas e Círculos
- Cadeias
- Paralelas e US

Estas provas são executadas sobre folhas —t est, com a ajuda de lápis, no plano vertical e horizontal.

A execução da primeira prova, lineogramas, é feita por movimentos contínuos de vai-vem, sobre 6 linhas rectas de 4 centímetros e dispostas nas 3 direcções fundamentais do espaço:

sagital, horizontal e vertical, 3 referente à mão direita e 3 à mão esquerda. A boa execução da prova está sujeita à viveza das representações cinéticas sem a qual surgem alterações de diverso significado, de interesse fundamental não só para o estudo das diferentes atitudes de reacção como por evidenciarem transtornos nitidamente patológicos.

As seguintes provas são complementares, mas indispensáveis para a valorização dos dados fornecidos nos processos psicóticos.

A prova das linhas em zig-zague é executada com ambas as mãos simultaneamente, o que a diferencia de todas as outras provas, exigindo que além de manter uma direcção (egocífuga ou egocípeta) capte a forma e a conserve durante toda a execução do traçado. É, como o lineograma, de traçado contínuo diferenciando-se dele em que é executado tomando uma direcção que progride no sentido egocífugo ou egocípeta, o qual exige uma maior viveza de representação cinética no espaço e mais ainda se tomarmos em conta que é executado simultaneamente com ambas as mãos. É necessário certificar-se, antes que o indivíduo inicie a prova, que compreendeu bem a forma do traçado, para evitar que por defeito de compreensão dê origem à formação de laços (α) em vez de (\langle) sinal evidentemente patológico como adiante veremos. Esta prova é constituída por dois pares de linhas em zig-zague, um egocífugo (na direcção Eu-mundo), outro egocípeta (na direcção Mundo-Eu), e executada no plano horizontal.

A terceira folha-test contém a prova da escala e do círculo que serão executadas no plano vertical, primeiro com a mão direita e a seguir com a mão esquerda. Na execução da escada é também fundamental a captação da sua forma em relação com a direcção dos dois movimentos, vertical e horizontal, que a formam, e de cuja alteração se extraem conclusões semelhantes às obtidas no zig-zag. O círculo, de traçado contínuo, pela direcção do movimento em que é executado corrobora os dados obtidos nos lineogramas verticais, do mesmo modo que a escada quando é examinada tendo em vista os desvios na direcção vertical do espaço.

A quarta prova, cadeias, é constituída por seis cadeias de três elos e executada nos dois planos horizontal e vertical. Estas cadeias pertencem às figuras de traçado descontínuo executando-se os elos separadamente e entrelaçando-os sucessivamente, primeiro na direcção sagital e a seguir na direcção vertical. As alterações fornecidas pela execução do seu traçado dizem respeito ao grau de encerramento ou abertura dos elos e servem de comprovação das alterações evidenciadas anteriormente no traçado dos lineogramas verticais e sagitais (roturas e aglomerações).

Na quinta e sexta folha-text encontrámo-nos com a execução de traçados horizontais de forma descontínua (paralelas) e traçados de movimento contínuo (US) mas nos quais se combinam lineogramas sagitais ou verticais e transversais, sendo cada mão investigada alternadamente. A valorização das alterações na execução das paralelas e US deve relacionar-se com as alterações fornecidas não só pelos deslocamentos nas direcções fundamentais do espaço como com as alterações obtidas nos diversos lineogramas da primeira prova.

IV — OS SINAIS ESQUIZOFRÉNICOS

Dos diversos dados que nos pode fornecer o P. M. K. apenas descreveremos aqueles que mais interesse possuem para o diagnóstico dos processos esquizofrénicos. Consideraremos sucessivamente a torção axial, as reversões, os cruzamentos e a enfocação paranóide.

A torção axial (fig. 1) é a expressão mais evidenciável dum factor patológico. Nela se dá a oscilação à volta do «Centro imaginário» da linha cuja execução é função da representação especial do movimento.

De momento não temos opinião segura acerca da origem desta alteração cuja explicação se nos oferece como complexa mas não deixa de ser entretanto sedutora àquela que César Coronel nos dá no seu já citado livro. Diz o autor: «Partindo do facto de que a direcção de um movimento se mantém pela sinergia funcional entre músculos agonistas e antagonistas, cremos que o desvio axial dever-se-ia ao predomínio activo de um grupo sobre o outro (neste caso dos flexores ou extensores), quer por acentuação da contractura dos agonistas ou por perturbações do relaxamento dos antagonists. O que mantém a torção

é o predomínio da acção do músculo que se contrai. Portanto alternadamente o predomínio passa dos extensores aos flexores. Poderia dizer-se, para aclarar mais o conceito, que a anormalidade radica numa perturbação do fenómeno geral da contractura que, além de mostrar-se acentuada, quando corresponde à contração, acusa uma sobreextensão, isto é, que não pode relaxar-se a seu devido tempo, persistindo portanto na sua contractura. Este «ficar-se preso, verdadeira «força tensional existente depois

diferentes lineogramas que sofreram torção e que resulta do descontínuo do traçado.

A enfocação paranóide (fig. 5) consiste na confluência dos desvios directos dos lineogramas da mão direita para o centro do papel. Como consequência de tal facto necessário se torna que no momento da execução do miocinético o indivíduo expresse as três componentes que condicionam a sua formação: depressão, introversão e agressividade, anormais.



Fig. 1

Torsão axial

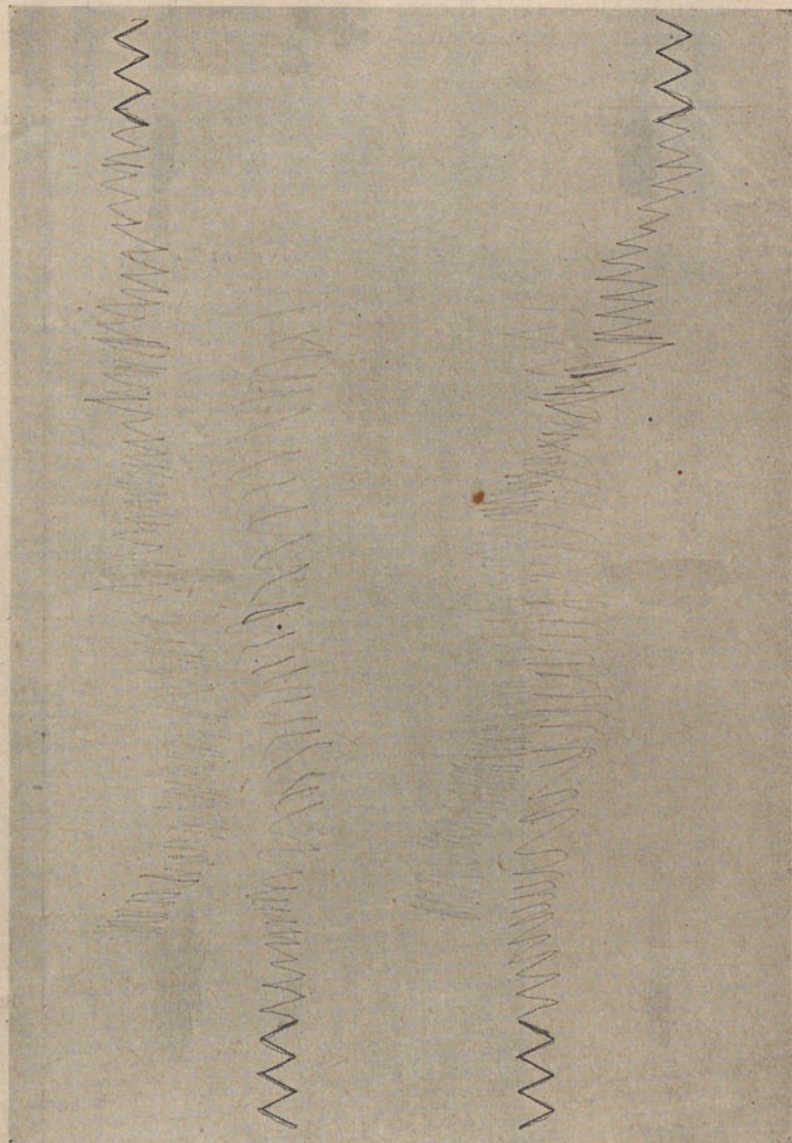


Fig. 2

Reversão práxica

do trabalho» (Hill) constitue o principal do problema visto que explica, não só a dificuldade da boa acção do agonista, quando se trata de iniciar o retorno, mas também que este no seu afan de vencer a força da sobreextensão, acentua a sua contractura».

A torção axial é, a nosso ver, o dado fundamental e é ela que dá origem ao fenómeno da reversão práxica que se encontra no ziguezague (fig. 2) e escada (fig. 3), ambas provas de traçado descontínuo e formadas por rectas entrecortadas umas, as primeiras, por ângulos agudos, as segundas por ângulos rectos. A explicação é-nos fornecida também pelo citado Autor quando diz que o predomínio da acção de um dos grupos musculares sobre o outro (flexores e extensores) pode ser tão marcado que, ao chegar ao termo da linha e a deslocação perder o impulso inicial, o novo movimento, carecendo de impulso extensor ou flexor, segundo o movimento que executa num ou noutro sentido, egocífugo ou egocípeto, se faça sobre o anterior ou, inclusivamente, perca terreno e dê lugar a um laço, fenómeno este designado com o nome de reversão práxica. A explicação serve, quanto a nós, mesmo quando o movimento se executa no plano vertical como é o caso da escada.

O cruzamento das paralelas (fig. 4) é consequência do mesmo tipo de alteração básica, a torção axial, que incide sobre os diferentes traços que o indivíduo deve executar a igual distância uns dos outros. É, em resumo, um entrecruzamento de

V — EXPERIÊNCIA EM 85 DOENTES MENTAIS

O grupo de doentes escolhidos como material deste trabalho obedeceu sobretudo ao problema criado, para todos aqueles que trabalham em serviços hospitalares psiquiátricos, com o diagnóstico de esquizofrenia.

Não há que encarecer a questão: é um diagnóstico de todos os dias que arrasta pela sua frequência e aspecto fenomenológico mesmo o psiquiatra experimentado que, em condições precárias de observação como aquelas que se verificam num Dispensário é coagido, digamos assim, a rotular um doente para justificar a medida assistencial de internamento.

Não há intenção de crítica ou censura nestas palavras, pois nós, tendo já trabalhado em serviços de Dispensário, sabemos bem que o diagnóstico de esquizofrenia só pode ser posto em rigor quando se acompanha a evolução dum caso, quando através duma análise profunda e sistemática se chega a individualizar em toda a plenitude a sintomatologia apresentada. Ora isto só é possível nas condições fornecidas pela hospitalização.

O grupo de doentes escolhido corresponde pois a 85 doentes em cujo boletim de internamento constava como diagnóstico de entrada a esquizofrenia. Do vasto material dos Serviços que possuímos, separamos estes casos sem qualquer seriação específica.

Esquizofrenia

Quando se procura definir nosològicamente um grupo de doentes surgem sempre os problemas complexos derivados dos pontos de vista pessoais que tornam a linguagem hermética, unilateral e sem aquelas características de universalidade que são indispensáveis na investigação.

É especialmente grave a questão quando se trata da esquizofrenia.

A classificação nas três formas clássicas: hebefrenia, catatonia e paranoide, mostra-se difícil, por incompleta e pouco

que possui o sintoma para definir o quadro clínico, o que no presente caso nos interessa predominantemente.

No grupo de 60 doentes esquizofrénicos encontramos em todos eles alguns dos sintomas considerados por K. Schneider de 1.^a categoria, ou sejam: percepções delirantes, sonorização do pensamento, audição de vozes, acompanhando com observação os próprios actos, vivências de influências corporais, roubo e influenciamento do pensamento assim como tudo que indique influência e fabricação por outrém, quer na esfera da vontade, sentimentos e impulsos.



Fig. 3

Reversão praxica (escada)

manejável dentro da profundidade actual da fenomenologia. Os quadros sintomáticos observados adaptam-se por vezes mal a essa classificação.

Várias tentativas têm sido feitas no sentido duma classificação nosográfica diferente e é facto que se adaptam melhor às realidades clínicas, pondo de parte os pontos de vista doutrinários que elas encerram. Assim, por exemplo, as classificações de Carl Schneider e Kleist-Leonhard, cuja pormenorização psicopatológica é muito útil no estudo dos casos permitindo uma mais fácil manejabilidade dentro dos quadros de sintomas.

Utilizamos a classificação de C. Schneider não por filiação doutrinária mas porque pela longa prática que dela temos entrou na rotina do serviço e por isso mais acessível se torna. A classificação de Kleist aliás muito interessante, e que ensaiamos já, não tem para nós a mesma familiaridade.

Pareceu-nos útil para melhor caracterizar as formas com que vamos lidar, utilizar também os pontos de vista de K. Schneider quanto à distinção de sintomas primários e secundários na esquizofrenia. Adoptamos o critério de K. Schneider por quanto ele estabeleceu tal distinção baseando-se exclusivamente no valor

Dentro da classificação clássica encontramos:

37	esquizof. paranoides	(35♂; 2♀)
18	» hebef.	(15♂; 3♀)
5	» cat.	(3♂; 2♀)

A classificação em grupos de sintomas de C. S. apresenta o seu perigo quando se quer estabelecer como no nosso caso o paralelo entre esta e a classificação clássica nos três síndromas paranoide, hebefrénico e catatónico: é não só a pequena frequência dos casos puros, mas também a dificuldade de inclusão dos síndromas citados.

O paralelo entre as duas classificações ainda que discutível e um tanto arbitrário permite uma maior amplitude na apreciação dos resultados.

Assim encontrámos nos 37 casos de esquizofrenias paranoides 5 casos puros do grupo I (roubo do pensamento) e 3 do grupo III (pensamento desconexo). O grupo I predomina em 16 casos, enquanto o grupo III predomina em 12 casos; em 3 casos, o grupo I e III tem idêntica importância. O grupo II em

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO—H

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

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

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

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

O primeiro



dos preparados iodo-arsenicais

M. RODRIGUES LOUREIRO
 — RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA. —

caso nenhum se apresenta dominante no quadro de sintomas e a sua valência é mínima em relação aos outros grupos.

Nas esquizofrenias catatônicas há como que um equilíbrio entre os grupos II e III sendo o grupo I quase inexistente.

Já nas esquizofrenias hebefrênicas a predominância cabe ao grupo II, aparecendo 2 casos puros deste grupo. Além disso nas esquizofrenias hebefrênicas os sintomas distribuem-se uni-

alterações dominantes em cada uma das 6 provas em ambas as mãos, antes e depois da terapêutica, assim discriminados:

Lineogramas (L) — torção axial (T.A.); enfocação paranoide (E. P.)
 Zig-Zag (Z.Z.) reversões (R.); perda de forma (P. F.)
 » — » (R.); » » » (P. F.)

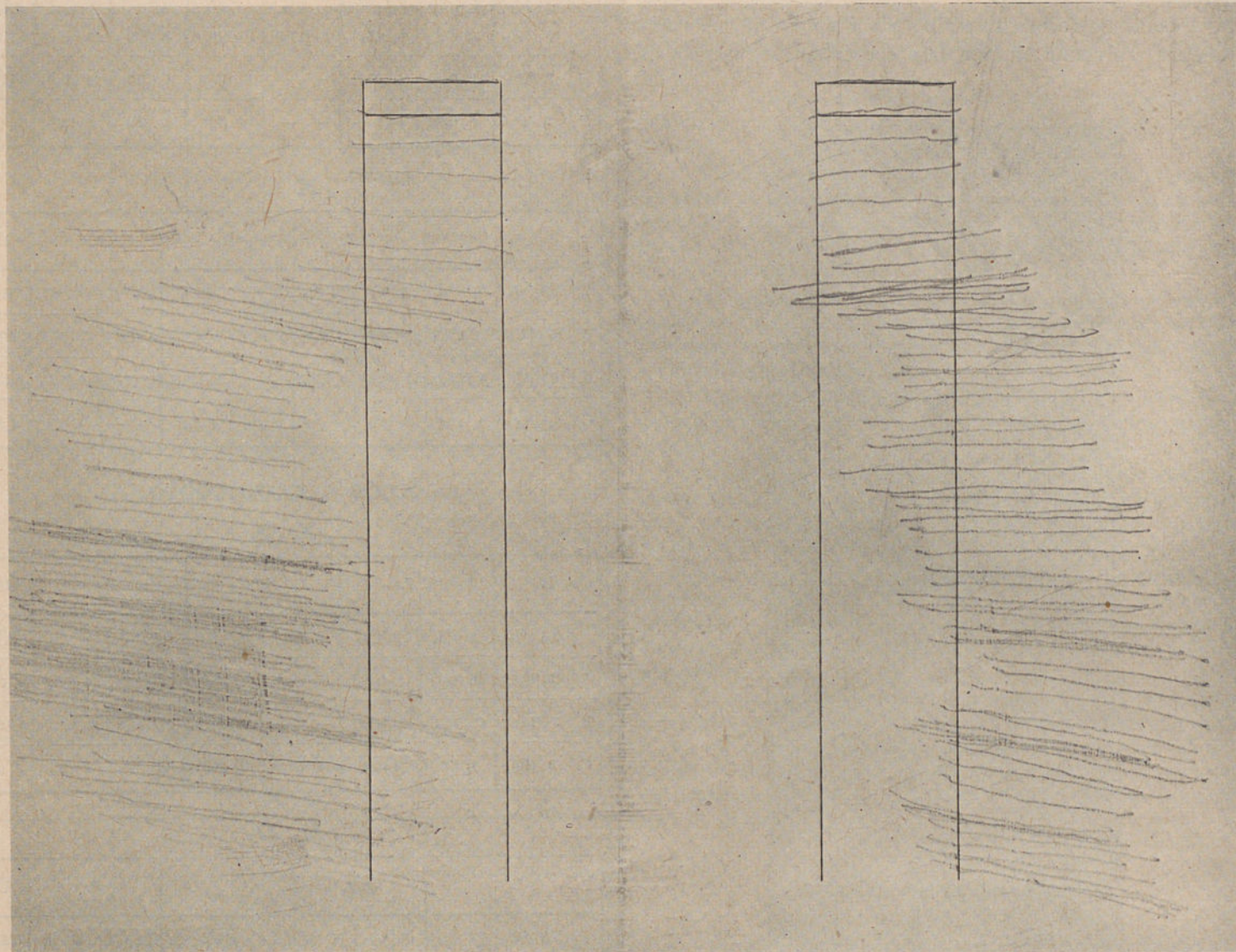


Fig. 4

Cruzamento das paralelas

formemente pelos grupos I e II sem predomínio marcado de um ou de outro.

Esquizofrenias enxertadas

Os 10 casos considerados foram submetidos a tests de inteligência que confirmaram a impressão clínica de oligofrenia.

Psicoses atípicas

Seguindo a classificação de Kleist conseguimos individualizar as seguintes formas:

- Formas incoerentes agitadas — 8 (7 ♂ + 1 ♀)
- Forma expansiva aguda de inspiração — 1
- Alucinoze persecutória aguda — 1
- Confabulose expansiva aguda — 1

Parafrenias

No grupo das parafrenias encontramos:

- Parafrenia sintomática — 1
- » expansiva — 2
- » fantástica — 1

Procuramos que os doentes executassem o test sem qualquer terapêutica, por consequência no início do internamento e pelo menos antes de terem alta para podermos avaliar as modificações sofridas na execução do test após a terapêutica estabelecida. Grande parte dos doentes executaram nos intervalos várias vezes o test mas não de forma sistemática.

Na apreciação dos resultados procuramos caracterizar as

Paralelas (P) — torção axial (T.A.); cruzamentos (C)
 US (US) — torção axial (T.A.)

Esquizofrenia

Nos 60 casos considerados verificamos as alterações indicadas que se podem resumir no seguinte quadro:

Antes do tratamento		Após o tratamento	
M.E.	%	M.E.	%
L — T.A. — 25	(41,6)	21	(35)
ZZ — R. — 30	(50)	24	(40)
P.F. — 10	(16,6)	8	(13,3)
E — R. — 7	(11,6)	7	(11,6)
P.F. — 20	(33,3)	14	(23,3)
P — T.A. — 8	(13,3)	10	(16,6)
C. — 26	(43,3)	23	(38,3)
US — T.A. — 13	(21,6)	12	(20)
M.D.		M.D.	
L — T.A. — 28	(46,6)	19	(31,6)
E.P. — 16	(26,6)	11	(18,3)
ZZ — R. — 28	(46,6)	25	(41,6)
P.F. — 7	(11,6)	6	(10)
E. — R. — 8	(13,3)	7	(11,6)
P.F. — 21	(35)	13	(21,6)
P — T.A. — 7	(11,6)	8	(13,3)
C. — 24	(40)	15	(25)
U — T.A. — 16	(26,6)	10	(16,6)

Da análise do quadro apresentado e considerando apenas o 1.º test, vemos que as percentagens máximas das alterações na M. E. são respectivamente as reversões nos ZZ, os cruzamentos das paralelas, as torsões axiais dos lineogramas e a perda da forma da Escada, enquanto na M. D. as percentagens máximas aparecem da mesma forma nos mesmos elementos, havendo a acrescentar a enf. paranóide.

A perda da forma da escada não é porém de considerar porque ela representa ou uma fase preliminar de reversão ou,



Fig. 5

Enfocação paranóide

quando é de maior grau, atingindo uma total desorganização prática um elemento que está para além da reversão.

As torsões axiais dos lineogramas esquerdos não podem ser valorizados para o diagnóstico da esquizofrenia pois que, a experiência confirma-o, aparecem em indivíduos não psicóticos, em personalidades psicopáticas e por consequência temos de as pôr à margem.

Vemos pois que as reversões dos Zig-Zag e cruzamentos das paralelas da M. E. e as torsões axiais dos lineogramas, reversões nos Zig-Zagues, cruzamentos das paralelas e enfocação paranóide da M. D. aparecem em percentagem dominante nos 60 casos de esquizofrenia observados. Raras vezes aparecem isoladamente predominando as conjugações que não merecem especial referência por serem do teor mais variado.

Consideremos agora os mesmos elementos citados nos síndromas paranóide, hebefrénico e catatónico que constam do quadro seguinte:

Antes do tratamento

M. E.

L.	Z. Z.		E.		P.		US	
	TA %	R %	PF %	R %	PF %	TA %		C %
P	16 (43,2)	18 (50)	6 (16,2)	7 (19,4)	9 (25)	3 (8,3)	15 (41,6)	6 (16,2)
H	7 (38,4)	11 (61,1)	4 (22,2)	—	10 (55,5)	4 (22,3)	10 (55,5)	5 (27,7)
C	2 (40)	1 (20)	—	—	1 (20)	1 (20)	1 (20)	2 (40)

M. D.

L.	Z. Z.		E.		P.		US		
	TA %	EP %	R %	PF %	R %	PF %		TA %	C %
P	16 (43,2)	11 (30,5)	15 (40,5)	3 (8,1)	6 (16,2)	8 (21,6)	4 (10,8)	13 (36,1)	9 (25)
H	9 (50)	4 (22,2)	11 (61,1)	4 (22,2)	—	10 (55,5)	3 (17)	10 (55,5)	4 (22,2)
C	3 (20)	1 (20)	2 (40)	—	2 (40)	3 (60)	—	1 (20)	3 (60)

Após o tratamento

M. E.

L.	Z. Z.		E.		P.		US	
	TA %	R %	PF %	R %	PF %	TA %		C %
P	15 (40,5)	16 (43,2)	4 (11,1)	6 (16,2)	7 (19,4)	7 (19,4)	14 (38,8)	5 (13,5)
H	3 (16,6)	7 (38,4)	2 (11,1)	—	5 (27,7)	3 (16,6)	6 (33,3)	5 (27,7)
C	3 (60)	1 (20)	2 (40)	1 (20)	2 (40)	—	3 (60)	2 (40)

M. D.

L.	Z. Z.		E.		P.		US		
	TA %	EP %	R %	PF %	R %	PF %		TA %	C %
P	9 (25)	6 (16,2)	17 (47,2)	4 (10,8)	6 (16,2)	8 (21,6)	6 (16,2)	11 (30,5)	4 (10,8)
H	7 (38,4)	4 (22,2)	8 (44,4)	2 (11,1)	—	4 (22,2)	2 (11,1)	3 (16,6)	4 (22,2)
C	3 (60)	1 (20)	—	—	1 (20)	1 (20)	—	1 (20)	2 (40)

A dominância encontrada no início do tratamento a favor da E. hebefrénica, passa após a terapêutica para a E. paranóide.

A percentagem de alterações dos traçados domina nas esquizofrenias hebefrénicas, seguindo-se as paranóides e finalmente as catatónicas, mantendo a mesma precedência.

A enfocação paranóide faz, porém, excepção, pois predomina nas esquizofrenias paranóides.

Verifica-se que, além de esta dominância citada, não há qualquer alteração característica que permita individualizar uma das formas sindrômicas.

Procurando esclarecer melhor este aspecto do problema classificamos como dissemos os 60 casos observados segundo os grupo de sintomas de C. Schneider adoptando como esquema a dominância de um grupo e estabelecendo a sua correlação com a classificação sindrômica clássica.

Assim verificamos:

	Esquizof. P.	Esq. H.	Esq. C.
Grupo I	19	4	—
» II	—	13	3
» III	17	2	2

Antes do tratamento

M. E.

L	Z. Z.			Escada		Paralelas		US
	TA %	R %	PF %	PF %	R %	C %	TA %	TA %
IP	5 (26,3)	11 (57,8)	3 (15,7)	4 (21)	4 (21)	7 (36,8)	2 (10,5)	1 (5,2)
I H	— —	2 (50)	— —	1 (25)	— —	1 (25)	1 (25)	1 (25)
II H	5 (38,4)	8 (61,5)	4 (30,7)	9 (69,2)	— —	8 (61,5)	3 (23)	3 (23)
II C	1 (33,3)	1 (33,3)	— —	— —	— —	1 (33,3)	— —	2 (66,6)
III P	11 (64,7)	7 (41,1)	3 (17,6)	6 (35,2)	3 (17,6)	8 (47)	1 (5,8)	5 (29,4)
III H	2 (100)	1 (50)	— —	— —	— —	1 (50)	— —	1 (50)
III C	1 (50)	— —	— —	— —	— —	— —	1 (50)	— —

M. D.

L	Z. Z.		Escada		Paralelas		US		
	TA %	EP %	R %	PF %	PF %	R %	C %	TA %	TA %
IP	10 (52,6)	8 (42)	10 (52,6)	2 (10,5)	4 (21)	4 (21)	7 (36,8)	2 (10,5)	1 (5,2)
I H	1 (25)	1 (25)	2 (50)	— —	1 (25)	— —	1 (25)	1 (25)	1 (25)
II H	8 (61,5)	3 (23)	8 (61,5)	4 (30,7)	9 (69,2)	— —	7 (53,8)	3 (23)	3 (23)
II C	2 (66,6)	— —	1 (33,3)	— —	1 (33,3)	— —	1 (33,3)	— —	2 (66,6)
III P	6 (35,2)	3 (17,6)	5 (29,4)	1 (5,8)	4 (23,5)	2 (11,7)	7 (41,2)	1 (5,8)	5 (29,4)
III H	— —	— —	1 (50)	— —	— —	— —	1 (50)	— —	1 (50)
III C	1 (50)	1 (50)	1 (50)	— —	2 (100)	2 (100)	— —	— —	— —

Após o tratamento

M. E.

L	Z. Z.			Escada		Paralelas		US
	TA %	R %	PF %	PF %	R %	C %	TA %	TA %
IP	9 (47,1)	9 (47,1)	2 (10,5)	3 (15,7)	2 (10,5)	6 (31,4)	6 (31,4)	3 (15,7)
I H	— —	1 (25)	— —	— —	— —	1 (25)	— —	— —
II H	4 (30,7)	6 (46,1)	2 (15,3)	4 (30,7)	— —	5 (38,4)	2 (15,3)	4 (30,7)
II C	1 (33,3)	— —	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	— —	1 (33,3)
III P	6 (35,2)	7 (41,1)	3 (17,6)	5 (29,4)	4 (23,5)	8 (46,7)	2 (11,7)	3 (17,6)
III H	1 (50)	1 (50)	— —	1 (50)	— —	1 (50)	— —	1 (50)
III C	— —	— —	— —	— —	— —	1 (50)	— —	— —

M. D.

L	Z. Z.		Escada		Paralelas		US		
	TA %	EP %	R %	PF %	PF %	R %	C %	TA %	TA %
IP	6 (31,4)	3 (15,7)	10 (52,6)	2 (10,5)	4 (21)	3 (15,7)	4 (21)	2 (10,5)	3 (15,7)
I H	1 (25)	— —	1 (25)	— —	— —	— —	— —	— —	— —
II H	4 (30,7)	3 (23)	6 (46,1)	2 (15,3)	3 (23)	— —	2 (15,2)	2 (15,3)	2 (15,3)
II C	2 (66,6)	— —	— —	— —	1 (33,3)	1 (33,3)	— —	— —	2 (66,6)
III P	4 (23,5)	3 (17,6)	7 (41,1)	2 (11,7)	4 (23,5)	3 (17,6)	7 (41,1)	4 (23,5)	2 (11,7)
III H	2 (100)	1 (50)	1 (50)	— —	1 (50)	— —	1 (50)	— —	1 (50)
III C	— —	1 (50)	— —	— —	— —	— —	1 (50)	— —	— —

Da análise do quadro discriminativo, verifica-se que os traçados, tanto da M.E. como da M.D., apresentam-se alterados com a mesma dominância das reversões dos Zig-Zag e cruzamentos das paralelas, T. axial dos lineogramas direitos e enfocação paranóide, o que vem apenas confirmar aquilo que já constatávamos nos outros quadros.

As alterações dos traçados dominam nos doentes que apresentam dominância do grupo II e nestes nos hebefrénicos. Seguem-se aqueles que apresentam dominância do grupo I (paranóides), vindo depois os que apresentam dominância do grupo III (paranóides).

Não fazemos especial referência aos outros grupos, porquanto o seu número demasiado reduzido não tem valor estatístico.

Nos tests relativos aos doentes que apresentam dominância do grupo II (hebefrénicos), verifica-se não só a maior percentagem das alterações dos traçados característicos, mas de forma geral e num cômputo global das alterações dos traçados, maior evidência destas alterações.

Há apenas que referir a maior percentagem da enfocação paranóide no grupo I (paranóides) aliás já verificada no quadro referente às alterações do test dos doentes agrupados segundo a classificação clássica.

Aqui também não é possível através das alterações dos traçados, estabelecer caracteres distintivos dos vários grupos de doentes.

Apenas as alterações características predominam no grupo II (hebefrénicos) que apresentam maior percentagem em todos os traçados excepto na enfocação paranóide que domina no grupo I (paranóides).

Se compararmos os resultados obtidos no primeiro test (sem terapêutica) com os do segundo test (após a terapêutica) verificamos uma menor percentagem nas alterações dos traçados característicos, e uma inversão da dominância a favor das formas paranóides.

O desaparecimento total das alterações dos traçados após a terapêutica, que oscilou entre 40 a 60 comas insulínicos com E. C. ou cardiazol somados, constata-se apenas em 25 % dos casos, em ambas as mãos. Em 6,6 % dos casos havia persistência das alterações da mão direita com desaparecimento das mesmas na mão esquerda.

Esquizofrenias enxertadas

Dos 85 doentes submetidos ao test isolamos 10 que classificamos como esquizofrenias enxertadas e cuja oligofrenia foi diagnosticada após determinação da idade mental.

Além das alterações características que observamos nos traçados dos doentes do grupo da esquizofrenia e que aqui aparecem em todos os casos, nota-se como carácter absolutamente dominante atingindo a totalidade dos casos a pobreza de reprodução de formas complexas, a perda da configuração práxica, uma imprecisão e irregularidade nos traçados, que se nos afigura como uma impossibilidade de adaptação aos moldes cinéticos propostos.

Uma alteração característica deste grupo e que traduz a a pobreza da reprodução de formas complexas é a escada em castelo aliás aparecendo em todos os nossos casos.

Após a terapêutica há redução ou desaparecimento das alterações dos traçados característicos da esquizofrenia; mantém-se porém a perda da configuração práxica, a pobreza de reprodução das formas complexas.

Psicoses atípicas

Nos 85 doentes considerados, isolamos 11 psicoses atípicas assim distribuídas:

- forma incoerente agitada 8
- psicose paranóide expansiva aguda de inspiração 1
- alucinação persecutória aguda 1
- confabulose expansiva aguda 1

cujas alterações dos traçados podemos resumir no quadro presente:

Antes do tratamento			Após tratamento		
	M. E. %	M. D. %	M. E. %	M. D. %	
L	TA	6 (54,5)	6 (54,5)	2 (18,1)	2 (18,1)
	EP	— —	2 (18,1)	— —	1 (9)
ZZ	R	2 (18,1)	5 (45,4)	1 (9)	2 (18,1)
	PF	6 (54,5)	2 (18,1)	2 (18,1)	1 (9)
E	R	— —	— —	1 (9)	1 (9)
	PF	6 (54,5)	5 (45,4)	— —	— —
P	C	2 (18,1)	2 (18,1)	— —	1 (9)
	TA	1 (9)	— —	2 (18,1)	1 (9)
US	TA	— —	1 (9)	2 (18,1)	2 (18,1)

Verifica-se que nos 11 casos apresentados, 3 deles não apresentavam alterações dos traçados quando do internamento, aparecendo porém após a terapêutica em 2 deles alterações discretas e características da esquizofrenia.

Nos restantes casos e conforme mostra o quadro junto, aparecem as alterações dos traçados característicos do grupo esquizofrénico em percentagem dominante. É de notar porém que percentagens elevadas verificam-se noutros elementos que não nos habituais e característicos da esquizofrenia como a perda da forma da escada e Zig-Zag e torsão axial do lineograma à esquerda.

Vemos pois que além das alterações características do grupo esquizofrénico aparecerem em menor grau, verifica-se a existência de outros sinais que acima indicamos.

Os traçados após a terapêutica (insulina ou E. C.) mostram uma redução apreciável nas percentagens das alterações, de resto de acordo com o facto de encontrarmos 7 traçados sem alterações nos 11 casos, após a terapêutica.

Parafrenias

Dos 4 casos observados, 3 deles apresentam alterações muito acentuadas da configuração práxica, semelhantes às que Mira encontra nas psicoses orgânicas com aumento muito marcado do tamanho linear, perda total da forma do Zig-Zag e escada, traçados disrítmicos, irregularidade da formação dos elementos que compõem cada traçado, grande aumento dos desvios secundários, cadeias retorcidas e deslocadas.

O outro caso apresenta melhor configuração dos traçados, observando-se entretanto grande aumento dos desvios secundários, discronologia no Zig-Zag e torsão axial das cadeias egocípetas.

Em todos os casos encontramos elementos da série esquizofrénica como torsões axiais dos lineogramas direitos, reversões e cruzamentos.

A terapêutica instituída (43-70 cômias insulínicas com convulsoterapia adicionada) não modificou sensivelmente o aspecto do traçado, mantendo portanto as características que apresentaram à entrada.

VI — APRECIACÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: VALOR DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DO TEST

Acabamos de expor, de forma esquemática e resumida quanto possível, a nossa experiência em 85 doentes cujo diagnós-

tico de entrada era o de esquizofrenia, submetidos ao teste miocinético.

Vemos que através da análise fenomenológica chegamos à conclusão de que 74 doentes pertenciam ao círculo esquizofrénico (60 processos esquizofrénicos, 10 esquizofrenias enxertadas, 4 parafrenias), enquanto 11 doentes foram incluídos no grupo das psicoses atípicas.

Nos 74 doentes citados verificamos que apareceram no teste alterações dos traçados que procuramos individualizar determinando as respectivas percentagens por forma a permitir uma apreciação global dos resultados.

Assim notamos que nos 74 casos considerados e clinicamente pertencendo ao grupo da esquizofrenia aparecem os seguintes sinais cuja percentagem dominante nos leva a considerá-los como característicos: reversões dos Zig-Zag e cruzamento das paralelas em ambas as mãos; torsão axial dos lineogramas na mão direita e enf. paranóide.

Estas alterações raro aparecem isoladamente, agrupando-se das mais variadas formas.

No grupo dos processos esquizofrénicos não é possível caracterizar por intermédio do teste as várias formas sindromáticas, quer consideradas na sua classificação clássica, quer seguindo a classificação C. Schneider. Verifica-se, é certo, maior percentagem das alterações características nos síndromas hebefrénicos, pertencentes ao grupo II de Schneider e numa forma geral maiores alterações dos vários elementos do traçado.

Parece haver uma deterioração mais profunda nestes casos.

A enfocação paranóide, se domina nas formas paranóides, não pode ser considerada, em desacordo com Mira y Lopez, como patognomónica destes síndromas, pela percentagem relativamente baixa que apresenta.

Neste grupo verificamos também que as alterações aparecem em maior grau na M. E. do que na M. D.; está isto de acordo com a experiência clínica, se admitirmos que a M. E. exprime o genotipo, enquanto a D. exprime o fenotipo, pois trata-se na realidade de processos esquizofrénicos com franca dominância disposicional.

No grupo das esquizofrenias enxertadas além das alterações que podemos designar por caracteristicamente esquizofrénicas e que acima referimos, aparecem alterações de outro teor como a pobreza da reprodução das formas complexas, a perda da configuração práxica muito evidentes na chamada escada em castelo. Estas alterações que se somam às alterações características da esquizofrenia, são como é óbvio produto do défice psíquico existente conforme não só a nossa experiência mas o facto de persistirem após a terapêutica.

No grupo das parafrenias, verificamos não só uma alteração mais profunda dos traçados, que aparecem muito modificados, como a persistência tenaz dos sinais após a terapêutica.

No grupo de 11 doentes classificados com psicoses atípicas aparecem também em percentagem dominante as alterações típicas da série esquizofrénica, às quais há a acrescentar a perda da forma da escada e Zig-Zag e torsão axial do lineograma esquerdo.

Verifica-se que, globalmente considerados, os traçados estão muito menos alterados do que nos grupos anteriores e dentro das alterações típicas as percentagens são menores, sempre dominando na M. D.

É de notar que mesmo nas psicoses atípicas ciclóides aparecem alterações da série esquizofrénica o que não está de acordo com as hipóteses postas da correlação com o círculo maniaco-depressivo.

É iniludível pois o interesse que o psicodiagnóstico miocinético de Mira y Lopez tem para o diagnóstico da esquizofrenia pelo aparecimento de alterações típicas dos traçados que nos per-

UMA NOVA PENICILINA

OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL

LENTOCILIN

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

14 DIAS de níveis terapêuticos eficazes

16 VEZES menos de reacções alérgicas

Bastante mais estável

INJECTÁVEL:

LENTOCILIN - 600

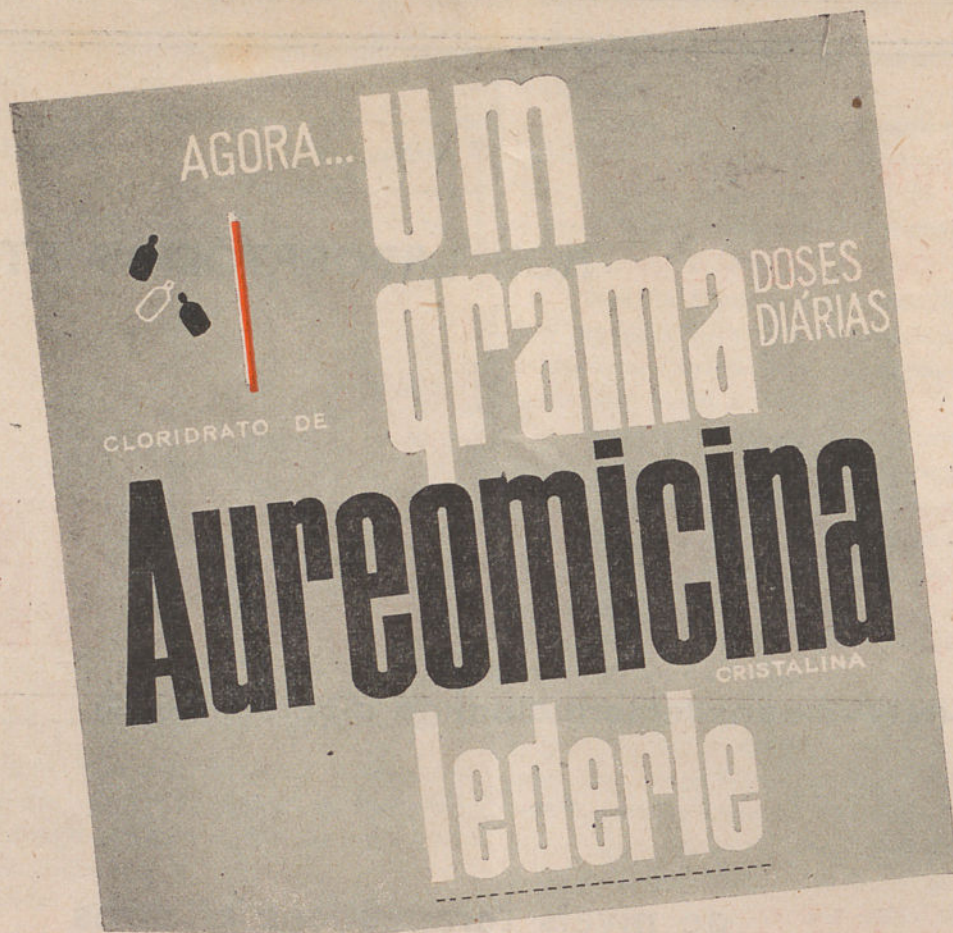
LENTOCILIN - 900

ORAL:

LENTOCILIN - SUSPENSÃO

LENTOCILIN - CÁPSULAS

LABORATÓRIOS ATRAL



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

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

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



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

* A introduzir brevemente.

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

mitem individualizar as formas pertencentes ao círculo esquizofrénico. Não nos parece possível, através do test, chegar a conclusões mais pormenorizadas quanto ao diagnóstico sindromático, pois as alterações encontradas não são de forma alguma tipicamente dominantes, de forma a permitir incluí-las dentro do quadro sindromático.

O facto de nos 60 casos de esquizofrenia aparecerem com carácter dominante as alterações da M. E., permite-nos avaliar o interesse prognóstico do test. Assim é que esses doentes foram diagnosticados como processos esquizofrénicos; por consequência com forte incidência disposicional coincidindo uma dominância das alterações da M. E. Também após a terapêutica verifica-se o desaparecimento das alterações dos traçados apenas em 25 % dos casos apesar de clinicamente existir uma percentagem de curas de 80 %.

Evidentemente trata-se apenas de um elemento de presunção indicativo de que o processo estabilizou e mais do que isso regrediu na sua sintomatologia clínica, mantendo-se temporariamente inactivo se bem que capaz de novamente ser posto em marcha e dizemos apenas elemento de presunção pois o número de reingressos não está de acordo com o prognóstico reservado posto através do miocinético — apesar de vários casos terem já mais de 2 anos de evolução após a alta.

Porém, nos traçados obtidos nas psicoses atípicas, apesar da correlação existente entre estas e o círculo esquizofrénico, verificamos que as alterações da M. D. são mais evidentes do que na M. E., de resto de acordo com a experiência clínica quanto ao prognóstico.

Assim podemos concluir que o psicodiagnóstico miocinético fornece elementos de presunção quanto ao prognóstico conforme a incidência das alterações se verifica na M. E. ou na M. D.

Através do test podemos tirar também conclusões terapêuticas. Assim verifica-se a evolução dos casos através de tests seriados e seria de boa norma prolongar a terapêutica até se obter a normalização dos traçados. Evidentemente que, apesar de prolongarmos a terapêutica atingindo por vezes 70 comas, não verificamos que o test acompanhou sempre a evolução clínica pois como relatamos apenas em 25 % dos casos houve desaparecimento total das alterações dos traçados apesar da remissão clínica se verificar em 80 % dos casos, e, prolongar mais a terapêutica seria transpor os limites do razoável e daquilo que os tratadistas (Müller, Kalinowsky, P. Polónio) indicam como termo médio.

É curioso verificar aquilo que se passa nas psicoses atípicas. A sua benignidade é traduzida no test pelo desaparecimento das alterações dos traçados, após a terapêutica, em 70 % dos casos. Utilizamos apenas o E. C. quando os doentes não apresentavam alterações do traçado do tipo esquizofrénico, submetendo-os à insulino-terapia se as alterações persistiam após o tratamento convulsivante Parece-nos muito útil esta indicação do test, pelo seu carácter prático.

RESUMO

Os autores ensaiaram, num grupo de 85 doentes do círculo esquizofrénico, o psicodiagnóstico miocinético de Mira y Lopez, obtendo os traçados do test antes e depois da terapêutica estabelecida.

Verificam o aparecimento de determinadas alterações dos traçados que, pela sua dominância, podem considerar-se típicas da esquizofrenia, tais como: cruzamentos das paralelas e reversões dos Zig-Zag em ambas as mãos, torsão axial dos lineogramas na mão direita e enfocação paranóide.

Essas alterações não permitem porém individualizar de forma absoluta as formas sindromáticas da esquizofrenia, quer na sua classificação clássica quer na classificação de C. Schneider.

Nos 85 doentes considerados isolam, além dos processos esquizofrénicos, grupos de psicoses atípicas, esquizofrenias exertadas e parafrenias, indicando as características das alterações dos traçados.

Concluem que o test tem largo alcance como contributo para o diagnóstico da esquizofrenia, dando além disso elementos de valor para o prognóstico e terapêutica.

ZUSAMMENFASSUNG

Man hat der «Myokinetische Psychodiagnose von Mira y Lopez im 85 Patienten des schizophrene Kreises versucht.

Die Vorzeichnungen wurden vor und nach Behandlung gemacht und die typische Veränderungen bestätigt.

Diese Veränderungen sind: Kreuzung der Parallellinien, Ruckfällen der Zickzacke beider Hände, Achsendrehen der Parallellinien am rechte Hand und paranoische Mittelpunktschreiten (enfocação paranóide).

Diese Veränderungen sprechen aber nicht für eine Verteilung der Schizophrenie im klassische oder syndromatische Sinn wie C. Schneider gewünscht hat.

Dieser 85 Patienten wurden, neben rein prozesshafte Schizophrenien, Degenerationspsychosen, Pfropfschizophrenien Paraphrenien mit typische Veränderungen isoliert.

Zuletzt erlauben Sie uns dieses «Test» sehr nützlich für das Diagnose der Schizophrenie und auch mit vielle Interesse am Prognose und an die Therapie dieser Krankheit erkennen zu können.

BIBLIOGRAFIA

- Amaral, Almeida* — Applications des Méthodes de Test mentaux à la Psychiatrie Clinique. Anais Portugueses de Psiquiatria. Vol. III, Maio 1951, n.º 3.
- Arruda, E.* — O psicodiagnóstico miocinético — Arquivos do Serviço Nacional de Doentes Mentais — Ed. do Ministério de Educação e Saúde. Rio de Janeiro 1945.
- Arruda, E. e Oliveira Pereira, A.* — Le psychodiagnostic miokinétique chez les psychopathes délinquants (Recherches de l'état dangereux) — Contes rendus — Premier Congrès Mondial de Psychiatrie — Hermann et C.º, Ed. 1952 — Vol. II.
- Barahona Fernandes* — Análise clínica dos síndromas hiperkinéticos — Lisboa 1938.
- Bustamante, J. A.* — Miokenetical psychodiagnosis as a test for aggressiveness — Contes Rendus — 1er Congrès Mondial de Psychiatrie — Hermann et C.º, Ed. Paris 1952 — Vol. II.
- Coronel, C.* — Le Psychodiagnostic miokinétique du Prof. Mira. Considérations sur le résultat obtenu dans 5000 cas. Contes rendus — 1er Congrès Mondial de Psychiatrie Hermann et C.º, Ed. Paris 1952 — Vol. II.
- Coronel, C.* — El psicodiagnóstico miocinético — El Ateneo, Buenos Aires, 1950.
- Fernandes, M. Azevedo* — Gimnasia y Psicomotricidad. Folia Clinica Internacional, T. II, n.º 3, III — 1952.
- Fröbes, J.* — Tratado de psicología empírica y experimental. Ed. Razon y Fé S. A. Madrid 1944.
- Jaspers, K.* — Psicopatología general — Ed. Bini y C.º — Buenos Aires — 1950.
- Kretschmer, E.* — Psicología Médica — Ed. Lergenda, S. A. — México 1945.
- Kleist, K.* — Progressos da psiquiatria. Actas Luso-Espanolas de Neurologia y Psiquiatria, Vol. VII, n.º 1 II de 1948 e vol. X, Abril 1951, n.º 2.
- Lopez, Ibor* — Los problemas de las enfermedades mentales. Ed. Labor 1949.
- Mendes, Fragoso* — Le Test myocinetique chez les malades leucotomisés. Anais Portugueses de Psiquiatria, Vol. III, n.º 3.
- Mira y Lopez* — Psiquiatria — Ed. El Ateneo, Buenos Aires 1946.
- Mira y Lopez* — Manual de psicología jurídica — Ed. El Ateneo, Buenos Aires 1950.
- Ombredane, A. e outros* — Le Test Miokinétique du Dr. Mira y Lopez, em Le diagnostic du caractère. Presses Universitaires de France — 1949.
- Pichot, P.* — Les test mentaux en psychiatrie. Presses Universitaires de France 1949.
- Schneider, C.* — Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten Berlin 1939.
- Schneider, K.* — Problemas de Patopsicología y de Psiquiatria Clínica. Ed. Morata — Madrid 1947.

REVISÃO DE CONJUNTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

Director: Prof. F. Gentil

Tratamento das leucémias

(Situação actual do problema)

(Conclusão do número anterior)

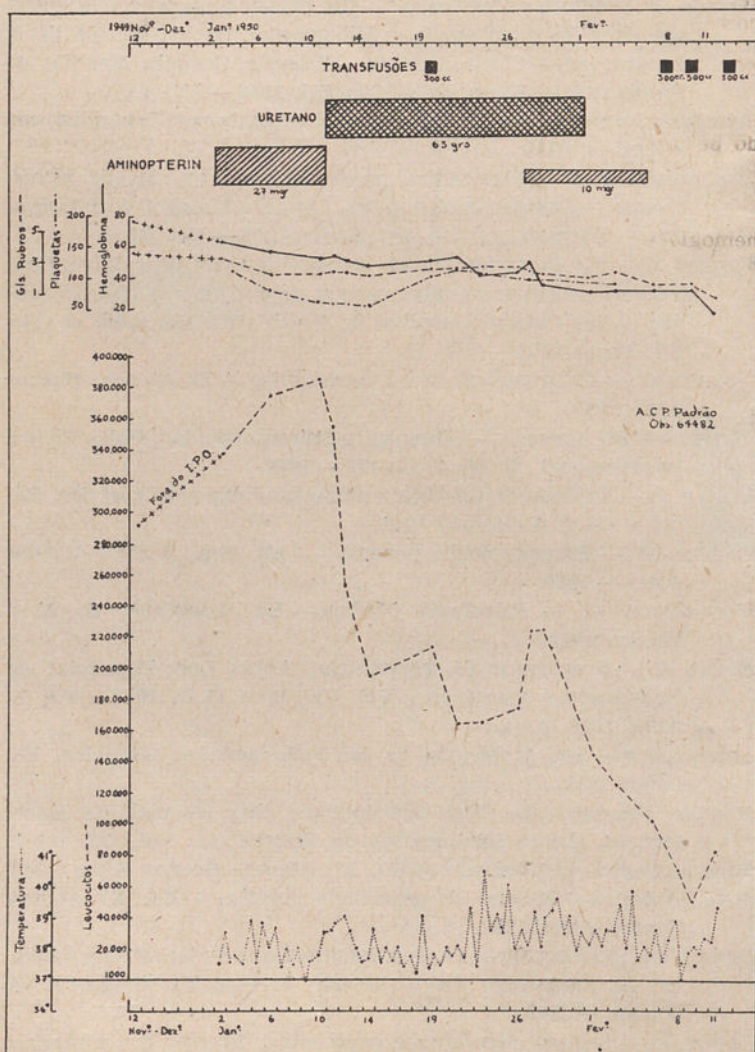
FRANCISCO BRANCO

Em 7-1-50, mantém-se moderada epistáxis e observam-se novas úlceras na face vestibular do lábio inferior com a área de grãos de milho. Moderada redução no volume dos gânglios, mais marcada no baço, que desce agora 2-3 dedos abaixo do bordo costal. Quatro a cinco dejeções diarreicas. Temperatura oscilando entre 38-39°. Recebe transfusão de 300 cc. de sangue.

Em 9-2-50, alargamento da ulceração dos lábios. Extremamente pálido, angustiado. Pulso a 135/m., fino, com 42 respirações rítmicas. A quelite impede o movimento dos lábios e impede a fala. Recebe transfusão de 300 cc. de sangue. Pára o estrogénio com a dose total de 22 injecções — 22 miligramas.

Em 10-2-50, passou a noite muito agitado com incoordenação mental por vezes. Pulso a 140/m., língua seca, lábios cobertos por crosta sangrenta. Coágulo sobre a amígdala esquerda. Baço sem alteração.

Em 12-2-50 com: glóbulos rubros — 860.000, hemoglobina — 18 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 83.400, leucoblastos — 93 %, promielócitos neutrófilos — 2 %, mielócitos neutrófilos — 5 %, plaquetas — 80.000, recebe 300 cc. de sangue, em gota-a-gota. Passou a noite muito agitado, sem conhecimento, falecendo pela madrugada.



Comentário:

Doença com 5 meses de evolução, pelo menos, toma aspecto alarmante há 3 meses. É submetido à acção da aminopterin, isola-

damente; depois aminopterin e uretano simultaneamente. É suspensa a terapêutica ao surgirem fenómenos de intoxicação pela aminopterin, sem que se observem melhoras clínicas ou hemáticas.

Durante a permanência no serviço, recebeu 4 transfusões de sangue num total de 1.200 cc., 37 miligramas de aminopterin, 63 gramas de uretano.

Commentary:

Disease with a five months duration at least, which shows alarming aspect since three months ago. Aminopterin is first administered alone and later simultaneously with uretane. This therapeutic was stopped on account of toxic symptoms produced by aminopterin, however no beneficial results — clinical or haematics — were observed.

While hee was at the hospital, he received 4 blood transfusions, making a total of 1.200 cc.; 37 mg. Aminopterin; 63 gr. Uretane.

M. E. D. C. S. — idade: 4 anos

Obs. — 70.796

Doença actual: (Referida pela Mãe)

Doente desde há 2 meses e meio com temperaturas, que atingiam, frequentemente, 39° à tarde, não precedidas por arripio. Temperaturas irregulares, passando 2-3 dias sem febre, de pé, para, de novo voltarem, mantendo-se uns dois ou três dias. Progressiva perda da cor, referindo, por vezes, dores lombares e axilares.

Permaneceu assim cerca de um mês, observando-se, no fim deste prazo, uma tumefacção no terço superior, bordo anterior, da tibia esquerda, dolorosa, com o volume de uma amêndoa pequena.

Radiografada, é em seguida submetida a tratamento com penicilina, piramido — 1 grama diário, fazendo, embora sob a acção deste fármaco, 37°,5-38°, à tarde. Há 15 dias, observou-se tumefacção moderada da região supra-clavicular do mesmo lado, tumefacções que regressaram totalmente 5 dias mais tarde, tal como as lesões da tibia esquerda.

Há 4 dias, voltou a observar nova tumefacção da hemiface direita, que desapareceu 2 dias depois.

Antecedentes pessoais:

Sofre de obstipação desde os 7 meses. Aos 6 meses, teve enterite aguda com febre, múltiplas dejeções com muco e sangue. A partir de então, fica a sofrer dos intestinos com predomínio de obstipação, que se interrompe, por vezes, com crises de diarreia. Durante estas crises, faz uso de sulfaguaniquina com êxito. Há 4 meses, teve uma amigdalite, que curou em 5 dias.

Observação:

Em decúbito indiferente, idade aparente 3-4 anos. Pele e mucosas extremamente pálidas. Tons cardíacos sem alteração taqui-cárdia. Pulso rítmico a 120/minuto. Ponta de baço perceptível. Muito pequenos gânglios na região cervical, como ervilhas, e com idêntico volume na axila esquerda e pregas das virilhas. Rumpel-leed — negativo.

Internada em 2-8-50 com 45 % de hemoglobina, 2.100.000 glóbulos rubros, 7.100 glóbulos brancos, valor globular — 1, leucoblastos — 73 %, polinucleares neutrófilos — 27 %, iniciou tratamento com penicilina, recebendo, neste dia, uma transfusão de 150 cc. de sangue.

Inicia, em 5-8-50, tratamento com aminopterin — 1 miligrama — dose que sobe para 2 miligramas no dia seguinte.

Em 7-8-50, recebe nova transfusão de 150 cc. de sangue, alimentando-se bem, sendo negativa a exploração percútica do esqueleto.

Em 8-8-50, sobe a dose de aminopterin para 3 miligramas diários, 1 de 8 em 8 horas. Pulso a 115/minuto, raros suores nocturnos. Bom apetite. Observa-se, em 12-8-50, exantema na base do pescoço, cabeça e dorso com prurido. Discreta inflamação das comissuras labiais. Baixa a dose de aminopterin para 2 miligramas diários, 1 miligrama de 12 em 12 horas. Observa-se, no dia seguinte, progressão do exantema, atingindo, agora, quase todo o corpo. Prurido que impede o sono. Refere moderada odinofagia, observando-se enantema da orofaringe com um laivo sanguinolento sobre a amígdala esquerda. Mantém-se a inflamação das comissuras labiais. Rumpel-Leed — Negativo.

Pára, em 14-8-50, a aminopterin com a dose total de 23 miligramas, revelando o exame de sangue: glóbulos rubros — 3.680.000, hemoglobina — 75 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 1.600, leucoblastos — 76 %, polinucleares neutrófilos — 24 %, plaquetas — 140.000. Observa-se, 4 dias mais tarde, quase total desaparecimento do exantema, estando muito melhorada da garganta. Recebe transfusão de 150 cc. de sangue.

Em 17-8-50, o exame de sangue revelou: glóbulos rubros — 2.700.000, hemoglobina — 55 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 1.400, alguns polinucleares neutrófilos e leucoblastos. Recebe transfusão.

Em 20-8-50, está obstipada desde há 3 dias. Exantema quase totalmente extinto. Pequenos gânglios na nuca e regiões cervicais. Ponta de baço perceptível. Engole bem. Recebe nova transfusão de 150 cc. de sangue.

Em 29-8-50, vem-se observando, desde há alguns dias, abundante queda de cabelo. Come bem, engole bem. Suspende a penicilina que tem feito desde a admissão, ficando a fazer terramicina, 250 miligramas de 5 em 5 horas. Inicia tratamento com cortisone, na dose de 50 miligramas diários. Retoma a aminopterin na dose de 1 miligrama diário.

Em 4-9-50, mantém-se a abundante queda de cabelo, apresentando-se, o pouco que tem, ralo e quebradiço.

Observa-se tumefacção da articulação esterno-clavicular esquerda, dolorosa à palpação. Modifica o tratamento com aminopterin para 1 miligrama em dias alternados.

Em 18-9-50, mantém tratamento com cortisone — 50 miligramas diários. Pára a aminopterin e terramicina. Come com excelente apetite. Baço descendo, na inspiração, 1 dedo abaixo do bordo costal. Total de aminopterin nesta 2.ª série — 13 miligramas.

O exame de sangue revelava: glóbulos rubros — 3.780.000, hemoglobina — 70 %, valor globular — 0,92, glóbulos brancos — 7.100, leucoblastos — 88 %, plinucleares neutrófilos — 12 %.

Em 10-10-50, suspende a cortisone com a dose total de 2.150 miligramas. Tem engordado muito. Não se palpam gânglios. Baço descendo 1 dedo abaixo do bordo costal. Pesa 19 quilos.

Em 26-10-50, come muito bem. Baço razando o bordo costal. Exame radioscópico do tórax — negativo. Não se palpam gânglios.

O último exame de sangue revelou: (20-10-50) glóbulos rubros — 4.160.000, hemoglobina — 85 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 6.200, leucoblastos — 59 %, polinucleares neutrófilos — 40 %, polinucleares eosinófilos — 1, plaquetas — 240.000.

Em 28-10-50, retoma a aminopterin na dose de 1/4 de miligrama diário. Bordo de baço palpável. Não se observa queda de cabelo, não tem qualquer lesão nos lábios ou na boca. Excelente apetite sem suores nocturnos. Termina esta série de aminopterin com a dose total de 2 miligramas. Em 4-11-50, excelente condição, brincando pelo quarto, com bom apetite, sem suores e com o seguinte exame de sangue: glóbulos rubros — 3.620.000, hemoglobina — 75 %, polinucleares neutrófilos — 28 %, polinucleares eosinófilos — 2 %, plaquetas — 240.000. Alta, a pedido.

Em casa, passou bem durante os primeiros 15 dias, registando-se, a partir desta altura e frequentemente, temperaturas à volta de 37,8. Em 1-12-50, com febre diária pela tarde, retoma a cortisone na dose de 50 miligramas diários, revelando o exame de sangue por esta data: glóbulos rubros — 3.620.000, hemoglobina — 75 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 28.400, leucoblastos — 59 %, metamielócitos neutrófilos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 3 %, polinucleares eosinófilos — 19 %, linfócitos — 8 %. Retoma a aminopterin na dose de 1/2 miligrama diário, em 22-12-50. Teve, por duas vezes, violentas dores abdominais e nos ossos da face. De 24 a 30-12-50, sobe a dose de aminopterin para 1 miligrama diário, terapêutica que suspende nesta data, mantendo-se a cortisone na dose de 50 miligramas diários. Tem, frequentemente dores nos ossos das pernas.

É readmitida em 9-1-51 com: glóbulos rubros — 3.660.000, hemoglobina — 72 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 18.300, leucoblastos — 97 %, polinucleares neutrófilos — 3 %. Retoma a aminopterin — 1 miligrama diário — descendo a cortisone para 25 miligramas diários. Está pálida, com ponta de baço palpável. Amígdalas e pilares livres, abundantes suores nocturnos. Entre 11 e 18 de Janeiro, toma diariamente, 1,5 miligramas de aminopterin. A partir desta data, de novo em casa, recebeu até 3 de Fevereiro, 3 transfusões, num total de 550 cc. de sangue e 10,5 miligramas de aminopterin, fazendo, sempre diariamente, 25 miligramas de cortisone. A partir desta altura, fica a fazer até 23-2-51, penicilina, 1.000.000 de U. diárias, cortisone — 25 miligramas diários, aminopterin — 0,5 miligramas diários, fazendo, neste intervalo, em 14-2-50, uma transfusão de 200 c.c. de sangue. Tem, frequentemente, prurido nasal, dores nos braços e pernas e primeiras vértebras dorsais; polaquiritia e disúria. Baço, mantendo-se palpável, oscilando a temperatura da tarde entre 38,2 e 40°. Exame de sangue revelou: glóbulos rubros — 2.980.000, hemoglobina — 65 %, valor globular — 1, glóbulos bran-

cos — 5.100, leucoblastos — 56 %, metamielócitos neutrófilos — 3 %, polinucleares neutrófilos — 38 %, linfócitos — 3 %.

Em 23-2-51, com dores no terço superior do humero direito, que impedem os movimentos, dores na articulação tíbio-társica direita com rubor e edema local, vomitando frequentemente, baço 2 dedos abaixo do bordo costal, sobe a dose de cortisone para 50 miligramas de 12 em 12 horas. Pára a aminopterin com a dose de 21 miligramas, nesta série. Não se palpam gânglios. Rumpel-Leed — positivo. Tem frequentes vômitos alimentares. Observam-se nesta data uma série de elementos máculo-papulosos, na parede do ventre e tronco, possivelmente infiltrações leucémicas. Em 6-3-51, suspende toda a medicação, salvo a cortisone, que faz na dose de 50 miligramas diários, de 12 em 12 horas. O exame de sangue revelou: glóbulos rubros — 3.360.000, hemoglobina — 70 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 2.400, predomínio de leucoblastos, alguns neutrófilos, alguns linfócitos.

Em 10-3-51, sem suores e sem vômitos. Bom aspecto, ponta de baço palpável; fígado, 2 dedos abaixo do bordo costal.

Pára a cortisone com: glóbulos rubros — 3.120.000, hemoglobina — 65 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 3.500, leucoblastos — 90 %, metamielócitos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, linfócitos típicos — 7 %.

Em 22-3-51, ventre distendido com provável derrame. Pequeno gânglio doloroso, na prega da virilha esquerda. Baço e fígado sem alteração. Entre esta data e 27-2-51, faz uma série de aureomicina, 250 miligramas de 4 em 4 horas. Come com excelente apetite. Não tem vômitos. Moderada epistaxis. A perna direita está flectida sobre a coxa, por dor ao nível do joelho. Baço, 2 dedos abaixo do bordo costal, tal como o fígado.

Retoma a aminopterin na dose de 1 miligrama diário, com o seguinte exame de sangue: glóbulos rubros — 2.920.000, hemoglobina — 60 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 37.400, leucoblastos — 87 %, polinucleares neutrófilos — 3 %, polinucleares eosinófilos — 1 %, linfócitos — 9 %; normoblastos acid. — 2, plaquetas — 120.000.

Em 7-4-51, pára a aminopterin. Violentas dores nos pés, ombros e joelhos, palpando-se o baço 3 dedos abaixo do bordo costal. Faz uso de aspirina, frequentemente, e tem, a partir desta data, quase continua, embora moderada, epistaxis. Observam-se alguns elementos de púrpura nas pernas e ventre. A análise de sangue revela: glóbulos rubros — 2.460.000, hemoglobina — 50 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 55.400, leucoblastos — 94 %, polinucleares neutrófilos — 3 %, linfócitos — 3 %, plaquetas — 160.000.

Em 10-4-51, pálida, abatida, muito agitada e com hálito fétido. Amígdalas e pilares livres. Baço — 3 dedos abaixo do bordo costal; fígado, 2 dedos abaixo. Violentas dores, por crises, nos pés e nas pernas. Pequenos gânglios, como ervilhas, indolores, na nuca. Pulso a 130/minuto.

Em 18-4-51, extremamente pálida, epistaxis moderada e permanente. Sufusão sanguínea em ambas as regiões gúteas, no dorso do pé direito e dorso do pé esquerdo; múltiplos elementos de púrpura no tronco, ventre e região dorsal. Taquicardia-embriocárdia. Baço, 3 dedos abaixo do bordo costal. Vomita frequentemente.

O estudo do sangue mostrou: glóbulos rubros — 1.320.000; hemoglobina — 25 %, valor globular — 0,94, glóbulos brancos — 6.100, leucoblastos — 94 %, linfócitos — 6 %, plaquetas — 100.000.

Faleceu 3 dias mais tarde, já em casa.

Total de cortisone — 7,225 gramas.

Total de aminopterin — 82,5 miligramas.

Comentário:

Doença com pelo menos 2 meses de evolução, é seguida por nós durante um período relativamente longo — 8 meses e meio. Aos 45 dias de tratamento — cortisone, aminopterin, penicilina, terramicina — faz notável melhoria clínica, a que não corresponde melhoria hematológica — 88 % de leucoblastos.

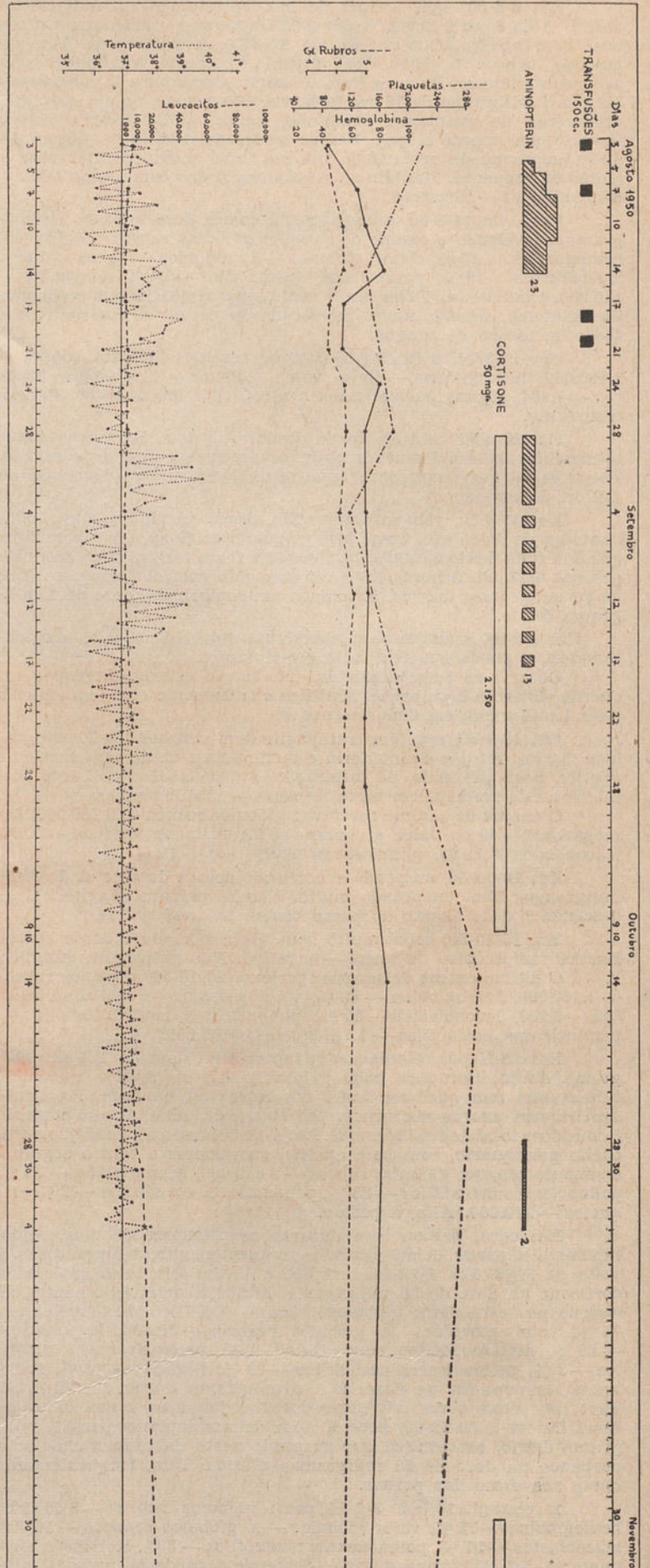
Esta melhoria prolonga-se com altos e baixos durante cerca de 55 dias, chegando a ter 46 % de neutrófilos.

Piorada de novo, o tratamento pela cortisone e aminopterin não voltam a modificar o quadro clínico nem hemático.

Commentary:

Disease with an evolution of 2 months at least; we followed this case during a period of eight months and a half. After 45 days of therapy — cortisone, aminopterin, penicilin, terramicine, the patient has physical improvement but the haematologic status does not correspond — 88 % leukoblasts. The physical improvement lasts for 55 days whit fluctuations and even the neutrophiles orse to 46 %.

Worse again, Aminopterin and Cortisone therapy is reinstated but her physical and haematologic status remained howevert substantially unchanged.

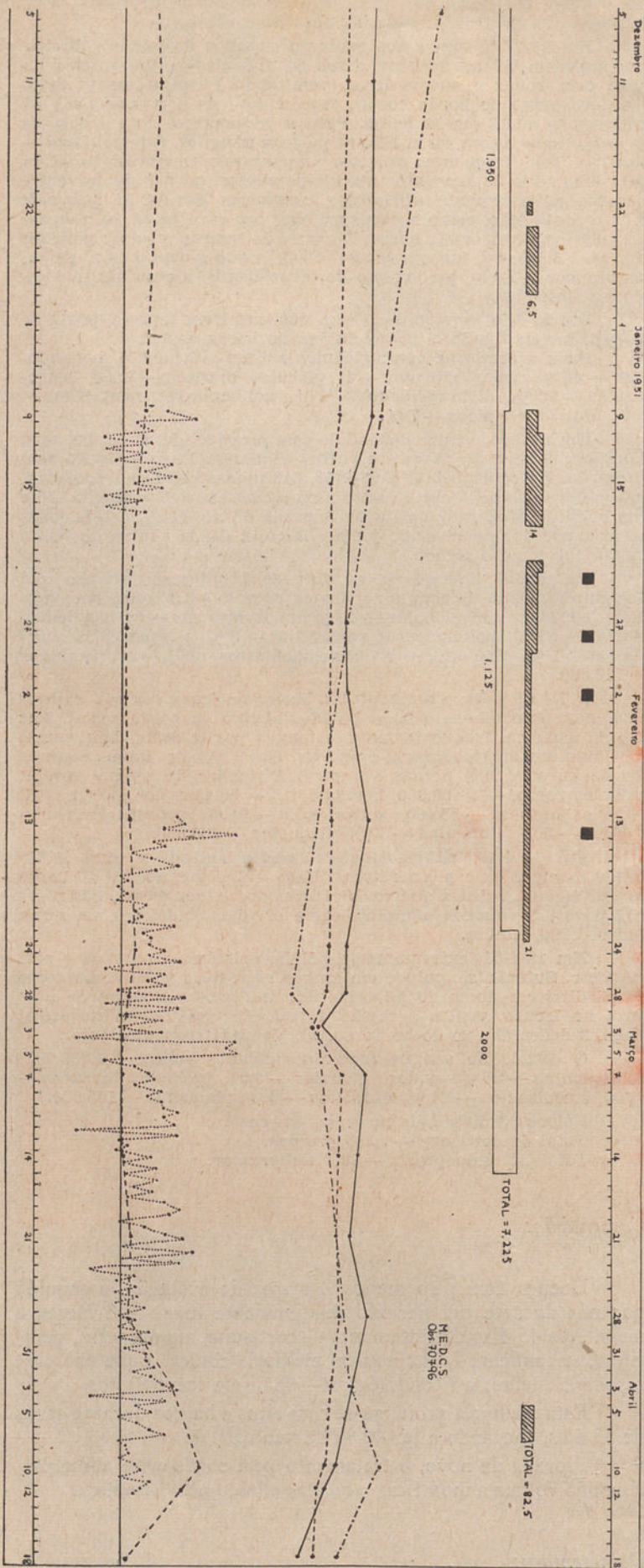


passageiramente, tem tido dores nos joelhos e pés. Desde há 4 dias, tem expectoração com discretos laivos sanguinolentos, suando moderadamente durante durante a noite. Insônia. Evacua diariamente fezes moldadas desde o início da doença.

Observação:

Obesa, idade aparente 67 anos, pele e mucosas bem coradas. Língua levemente saburrosa e seca. Leve enantema das amígdalas e pilares. Alguns sinais bilaterais de bronquite. Tons cardíacos sem atração, pulso a 104/minuto. Mx. 150. Mn. 70.

A exploração do ventre e sistema linfático é difícil pela obesidade da doente. Não se palpam gânglios nem baço. A percussão



E. A. F. M. — Idade: 65 anos

Obs. — 74.095

Doença actual:

Adoeceu há 6 semanas com catarro nasal e agravamento da bronquite de que sofre há anos. Acamou sem febre, fazendo tratamentos vários: xaropes, transpulmina, com o que melhorou. Duas semanas depois e ainda na cama, começou com dores na região lombar, temperaturas que atingiam à tarde, 38°, sem calafrios, mal-estar geral indefinido e angústia. Uma semana depois, teve dores nos ombros com moderada dificuldade na movimentação das articulações, fazendo diariamente, à tarde, 38°. Ultimamente, súbita e

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina
 Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

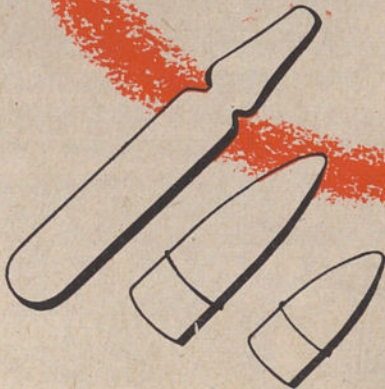
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



do esterno é muito dolorosa num ponto bem delimitado do corpo. Rumpel-leed — Negativo. O estudo do sangue revelou: glóbulos rubros — 2.860.000, hemoglobina — 60 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 85.000, leucoblastos — 95 %, polinucleares neutrófilos — 5 %, plaquetas — 100.000. Inicia tratamento com cortisone, recebendo 100 miligramas de 8 em 8 horas no primeiro dia; no 2.º dia, recebe cortisone — 100 miligramas 2 vezes, de 12 em 12 horas, ficando a fazer, a partir do 3.º dia, 100 miligramas diários. Está medicada com penicilina, na dose de 500.000 U. de 8 em 8 horas.

Em 28-12-50, extrema anorexia, grande sensação de fadiga. Enantema das amígdalas e pilares. Moderadas dores nos músculos das pernas e braços. Suores nocturnos. Continua a não se palpar baço nem gânglios; obstipada. Pulso a 104/minuto. Rumpel-leed — Negativo. O exame de sangue mostrou: glóbulos rubros — 2.900.000, hemoglobina, 60 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 85.000, leucoblastos — 97 %, polinucleares neutrófilos — 3 %, plaquetas — 100.000.

Em 5-1-51, continua sem gânglios palpáveis nem baço. Anorexia, suores nocturnos. Enantema das amígdalas e pilares, sem disfagia. Recebeu, até hoje, a dose total de 2 gramas de cortisone. O exame de sangue revela, nesta data: glóbulos rubros — 1.900.000, hemoglobina — 40 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 83.200, leucoblastos — 95 %, polinucleares neutrófilos — 5 %, plaquetas — 100.000.

Em 7-1-51, inicia tratamento com aminopterin, na dose de 1 miligrama de 12 em 12 horas.

Em 12-1-51, recebe transfusão de 300 cc. de sangue. Quelite úlcero-hemorrágica do lábio inferior, úlceras pequenas sangrando. Expectorção hemoptóica discreta. Pulso a 125/minuto. Amígdalas e pilares livres. Rumpel-leed — Negativo.

Em 13-1-51, passou a noite muito agitada, inconsciente, falecendo na manhã deste dia, revelando o exame de sangue, feito na véspera, aspecto idêntico ao anteriormente descrito.

Total de aminopterin — 12 miligramas em 6 dias.

Total de cortisone — 2 gramas.

Commentary:

A 65 years old patient with acute leukemia. He received cortisone therapy up to 2 grs. and then 12 mgrs. aminopterin without any result. No lymph nodes or palpable spleen were found during the evolution of the disease, having only as single characteristic expression of the disease, the typical leukemic blood alterations.

F. S. T. de 42 anos de idade

Obs. — 72.726

Doença actual:

Doente há 3 meses, começando a doença por dores de garganta, algumas vezes vômitos, cefaleia, mal-estar. Desde o início tem temperaturas que, frequentemente, excedem 39°. Sob indicação médica, fez testes para febre tifóide, com resultado negativo, ficando a ser medicado com cloromicetina, num total de 30 gramas (120 cápsulas), sem resultado. No decurso desta evolução e em consequência de se encontrar muito anemiado, recebeu uma transfusão de 300 cc. de sangue. No último mês, recebeu 9 transfusões de sangue recente, num total de cerca de 3 litros, vitamina B6, ácidos nucleóticos, etc. Tem-se mantido febril. Desde há 8 dias, tem fortes dores de garganta e frequentes perdas de sangue pelo nariz.

Observação:

Extremamente pálido, idade aparente 40 anos. Mucosas muito descoradas, língua seca, anormalmente branca, limpa e pulida. Amígdalas pequenas sem lesões, tal como os pilares. Aparelhos respiratório e circulatório sem sinais. Mx. 90. Mn. 45. Pulso rítmico a 122/m.

O ventre apresenta-se distendido, meteorizado, não sendo possível palpar ou delimitar baço nem fígado. A exploração do sistema linfático revela múltiplos e pequenos gânglios como ervilhas, indolores e móveis nos triângulos de Scarpa. Rumpel-Leed — negativo. A percurssão do esqueleto revela uma vivíssima dor no terço médio do esterno, em ponto bem limitado. O exame de sangue mostrou: hemoglobina — 40 %, glóbulos rubros — 1.900.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 1.400, quase exclusivamente leucoblastos, observando-se um ou outro neutrófilo. A punção externa confirma o diagnóstico de leucemia aguda.

Internado em 28-10-50, recebe, neste dia, uma transfusão de 300 cc. de sangue, iniciando tratamento com aminopterin na dose de 0,5 miligrama diário. Faz 1.000.000 U. de penicilina com 1 gr. de estreptomina.

Em 30-10-50, refere dores nas articulações dos ombros, articulações sacro-iliacas, observando-se, simultaneamente, uma série de pequenos gânglios na nuca, indolores e móveis, como ervilhas. Extrema anorexia, vomitando algumas vezes.

Em 2-11-50, inicia tratamento com cortisone, na dose de 100 miligramas diários. Tem, nesta data: hemoglobina — 35 %, glóbulos rubros — 1.630.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 8.300, dos quais 94 % são leucoblastos e 6 % são polinucleares neutrófilos. Plaquetas — 60.000/mm³.

Tem discreto edema do paladar mole e úvula. Gânglio como azeitona, sub-maxilar, à direita, pulso a 112/m., moderados suores nocturnos e diurnos. Continua a não ser possível identificar o baço, por distensão do ventre, que não melhora com a sonda de gases e outras terapêuticas.

Em 3-11-50, mantendo idênticos aspectos nos esfregaços do sangue, baixa a cortisone para 50 miligramas diários, tendo tido, 2 dias depois — 5-11 — violenta lombalgia, que só cede sob a acção da morfina. O exame de urina revelou 1 grama de albumina e glóbulos rubros no sedimento.

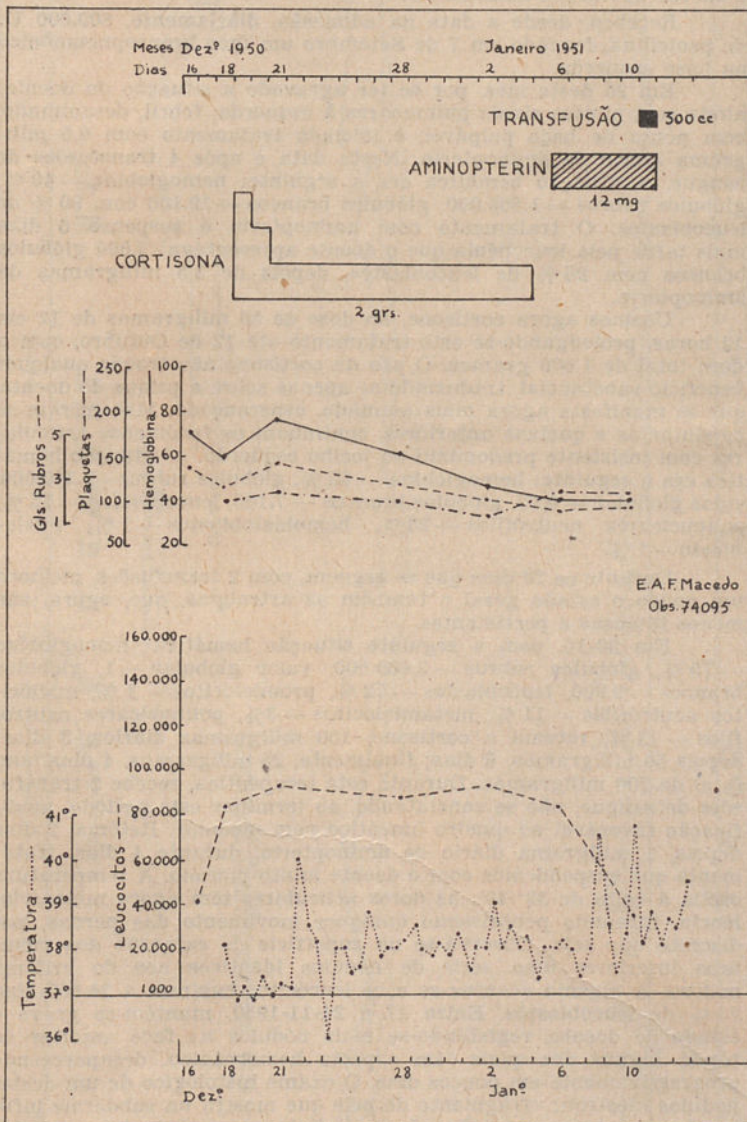
Em 6-11-50, aparece com extenso rash, que integra o pescoço, o tronco e a região dorso-lombar. Observam-se igualmente alguns elementos de púrpura nos membros inferiores, na abóbada palatina e amígdala direita. Rumpel-leed — positivo. Suores abundantes, profundo mal-estar e invencível repugnância pelos alimentos. Recebe transfusão de 300 cc. de sangue e mantém a terapêutica pela aminopterin.

Em 8-11-50, rash quase totalmente apagado, tal como os elementos purpúricos. Ponta de baço palpável. Baixa a cortisone para 25 miligramas.

Em 9-11-50 tem o seguinte exame de sangue: hemoglobina — 40 %, glóbulos rubros — 1.840.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 23.900 com 90 % de leucoblastos, 9 % de polinucleares neutrófilos e 1 % de bastonetes, sobe a dose de aminopterin para 2 miligramas diários. Refere apenas mal-estar e prostração.

Em 11-11-50, mantém o mesmo aspecto nos esfregaços de sangue. Pára a aminopterin e recebe uma transfusão de 300 cc. de sangue. Mx. 80. Mn. 40.

Em 12-11-50, profundamente prostrado, pálido, referé violentas dores na garganta, tem um aspecto ansioso e exprime-se mais por pesados e difíceis gestos do que por palavras. A pele da face, como que envernizada, está coberta de suor viscoso. Observam-se elementos de púrpura no ventre e membros inferiores e alguns elementos infiltrantes, róseos, como pequenos bagos de arroz, no ventre e tronco. São indolores e não desaparecem pela pressão — infiltrações leucémicas. Rumpel-leed — positivo. Na manhã do dia seguinte, o doente tem súbita e violentíssima dor em todo o braço direito, com grande hiperestesia cutânea, que impede o simples toque. Esta situação dolorosa mantém-se 3 horas, observando-se, no fim deste prazo,



E. A. F. Macedo
Obs. 74095

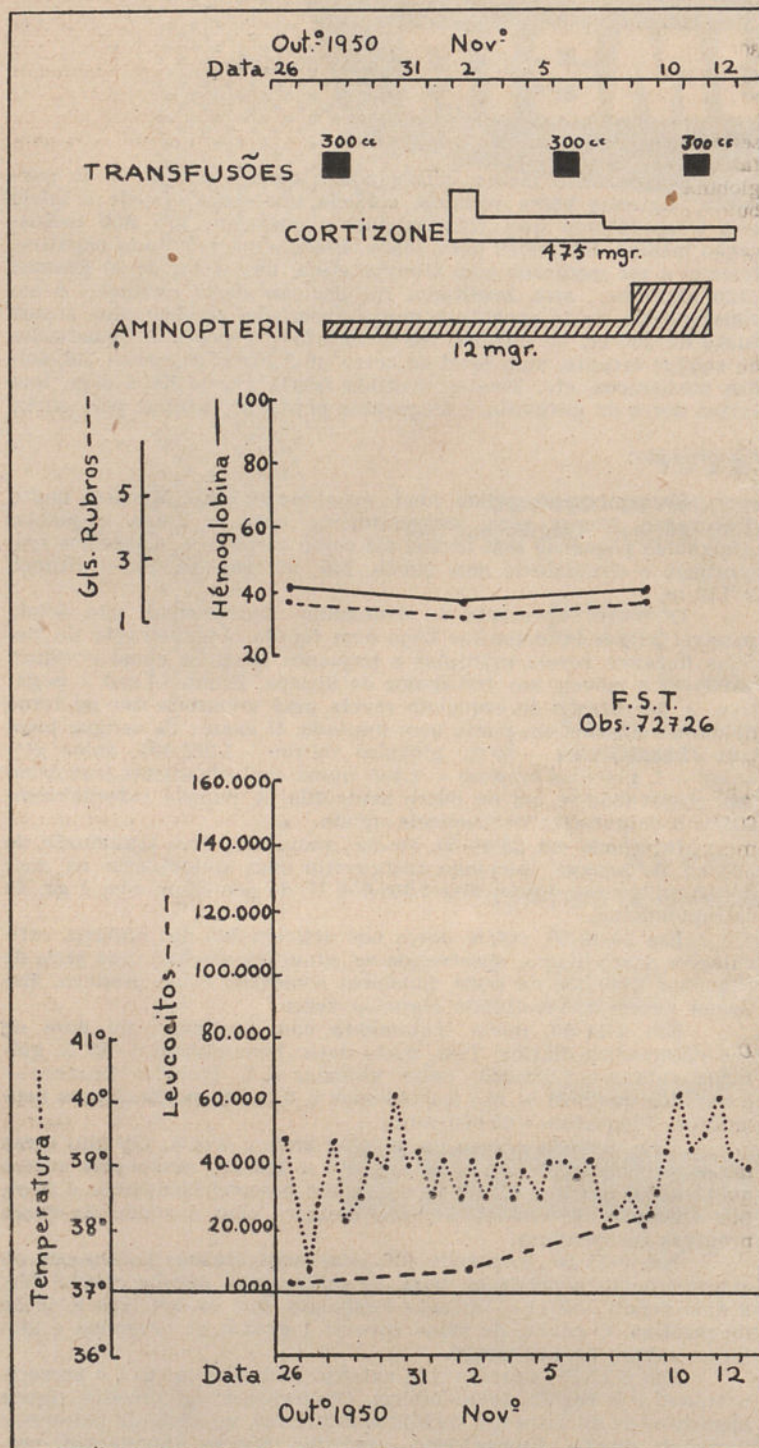
Comentário:

Leucemia aguda em doente com 65 anos. Faz tratamento com cortisone, até 2 gramas, logo seguido de aminopterin — 12 miligramas, sem êxito. A doença evolue sem gânglios nem baço palpáveis, tendo como única expressão característica a alteração tipicamente leucémica do sangue.

que há paralisia total do braço e perna do lado direito e desvio da comissura labial para a esquerda. Pulso mole, rítmico, a 125/m., com 28 respirações regulares. Fígado marcado 3 dedos abaixo do bordo costal, palpando-se ponta de baço. Está apático. Faleceu, em coma, na tarde deste dia.

Total de aminopterín — 12 miligramas.

Total de cortisone — 475 miligramas.



Comentário:

Doença com 3 meses de evolução, logo de início com temperaturas que excedem os 39°. Confundida com febre tifóide — com Widal e Kaiser negativos — é submetido a tratamento com 3 gramas de cloromicetina, sem êxito. Posto o diagnóstico de leucemia aguda, é submetido a tratamento com aminopterina, a que juntamos, logo a seguir, cortisone, sem êxito. Aos 17 dias de tratamento, faz hemorragia cerebral, falecendo em coma.

Commentary:

Disease with an evolution of three months with high temperatures over 39° c since the onset.

Sometime before the admission to the Hospital, a wrong diagnosis of typhoid fever was made with negative Widal and Kaiser reactions; the patient received 30 frs. of Chloromicetine without benefit. Later the diagnosis of acut leukemia as done, receiving aminopterín therapy, to which was added,

immediately afterwards, cortisone. No improvement was registered.

Seventeen days after the onset of treatment, cerebral hemorrhagy occurred, the patient dying in coma.

J. L. P. de 32 anos de idade

Obs. — 70.774

Doença actual:

A doença iniciou-se há cerca de 4 meses, em Maio de 1950, com sensação de fadiga progressiva e rapidamente crescente. Um mês mais tarde, sentia-se profundamente doente com dores articulares, calafrios e temperaturas à volta de 38°-39°. É medicado com terapêutica anti-reumática, sem êxito, sendo-lhe feito, ao verificar-se a inoperância do tratamento, um exame de sangue, que revelou: hemoglobina — 65 %, glóbulos rubros — 3.150.000, leucócitos — 20.200, com 90 % de leucoblastos, o que levou a diagnóstico de leucemia aguda. Um mês depois, é admitido no serviço, onde o vamos encontrar de pé, na enfermaria, podendo aparentemente fazer vida normal. Pele e mucosas levemente descoradas, revelando a exploração, ponta de baço palpável, quando inspira profundamente. Rumpel-Leed — positivo. A percussão do esqueleto revela moderada sensibilidade dolorosa no dorso do pé esquerdo, em área bem circunscrita. Tem pulso a 97/m. com tensões normais. A análise de sangue é típica de leucemia aguda, revelando: hemoglobina — 70 %, glóbulos rubros — 3.180.000, leucócitos — 22.200 com 95 % de leucoblastos. O exame da medula revela extremo predomínio de leucoblastos — 88 %.

Em 15-8-50, inicia tratamento com R-48 (naftil-di-2-cloroetilamina) na dose de 150 mil diários. Este tratamento é suspenso em 5-9 por não se observar qualquer vantagem no seu emprego.

O doente continua a manter bom estado geral, refere dores moderadas nas articulações, que não apresentam sinais, tem febre e suores nocturnos abundantes.

Recebeu, desde a data da admissão, diariamente, 800.000 U. de penicilina, fazendo em 7 de Setembro um foco broncopneumónico na base esquerda.

Em 20 deste mês, por se ter agravado a situação do doente, ainda com muitos sinais pulmonares à esquerda, febril, desanimado, com ponta de baço palpável, é iniciado tratamento com 0,5 miligrama diário de aminopterín. Nesta data e após 4 transfusões de sangue, a situação hemática era a seguinte: hemoglobina — 40 %, glóbulos rubros — 1.860.000, glóbulos brancos — 19.100 com 99 % de leucoblastos. O tratamento com aminopterín é suspenso 6 dias mais tarde pela leucopénia que o doente apresentava: 3.000 glóbulos brancos com 96 % de leucoblastos, depois de 3,5 miligramas de aminopterín.

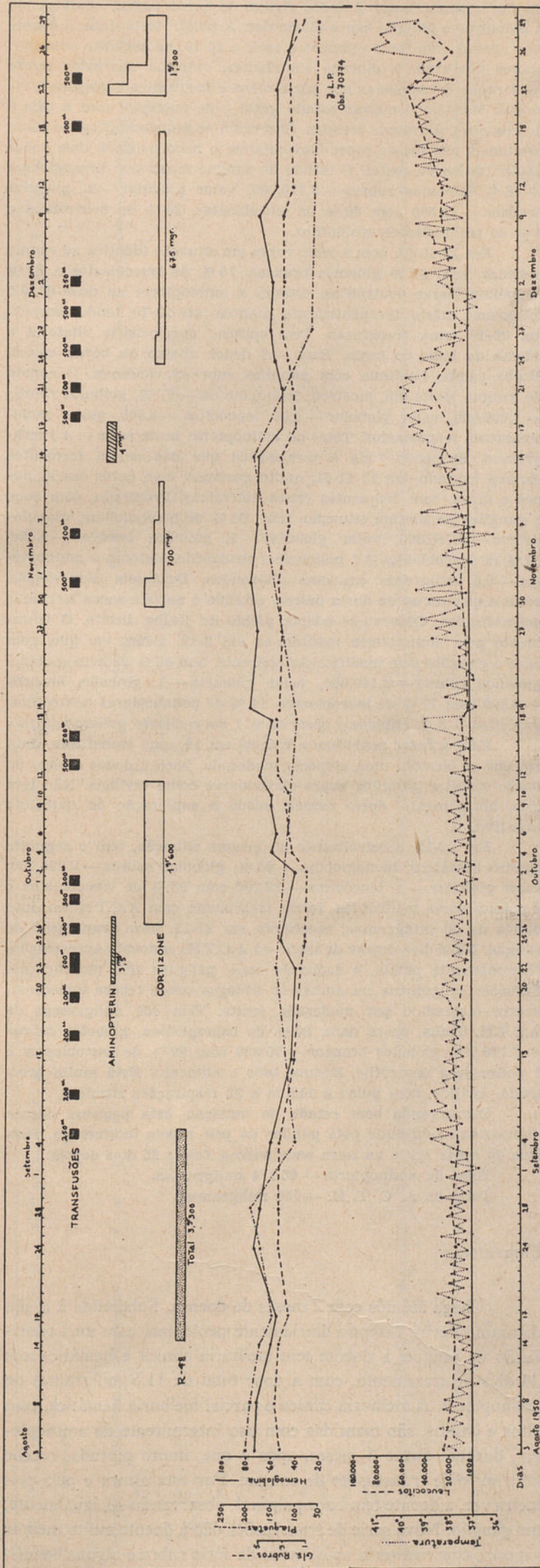
Usamos agora cortisone, na dose de 50 miligramas de 12 em 12 horas, prolongando-se este tratamento até 12 de Outubro, com a dose total de 1.600 gramas. O uso da cortisone não trouxe qualquer benefício substancial, traduzindo-se apenas sobre a psique do doente, que se manifesta agora mais animado, esperançado. Manteram-se os sintomas e queixas anteriores, continuam os fenómenos articulares com insistente predomínio no joelho esquerdo. A situação hemática era a seguinte: hemoglobina — 65 %, glóbulos rubros — 3.340.000, valor globular — 0,97, glóbulos brancos — 7.100, leucoblastos — 75 %, polinucleares neutrófilos — 23 %, hemohistoblastos — 1 %, mieloblasto — 1 %.

Durante os 20 dias que se seguem, com 2 transfusões, melhora um pouco o estado geral e também as artralguas, que, agora, são menos intensas e persistentes.

Em 30-10, com a seguinte situação hemática: hemoglobina — 75 %, glóbulos rubros — 3.600.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 9.900, leucoblastos — 72 %, promielócitos — 1 %, mielócitos neutrófilos — 11 %, metamielócitos — 3 %, polinucleares neutrófilos — 13 %, retoma a cortisone, 100 miligramas diários, 3 dias; depois 50 miligramas, 6 dias; finalmente, 25 miligramas, 4 dias num total de 700 miligramas. Durante esta terapêutica, recebe 2 transfusões de sangue, não se constatando, ao terminar este período, modificação favorável no quadro hmeático nem medular. Retoma, 2 dias depois, 1 miligrama diário de aminopterín, durante 4 dias, tratamento que suspendemos com o doente muito piorado. A temperatura oscila à volta de 39°-40°, as dores articulares têm agora maior violência, tornando penosíssimo qualquer movimento das pernas, por discreto que seja. Observa-se na superfície de extensão dos membros inferiores uma série de nódulos idênticos aos do eritema nodoso. A anemia acentua-se e os leucócitos subiram a 24.600 com 87 % de leucoblastos. Entre 17 e 24-11-1950, mantém-se grave o estado do doente, registando-se mais nódulos na face anterior do tórax, alguns dos quais têm aspecto hemorrágico, desaparecendo progressivamente em poucos dias. O exame histológico de um destes nódulos mostrou: «fragmento de pele que mostra na subderme infiltração por numerosos polinucleares, células da medula óssea, pontos de necrose. O infiltrado encontra-se especialmente em volta dos vasos. Infiltrado leucémico». a) Gander.

Em 24-11-50, de novo iniciamos tratamento com cortisone na seguinte situação hemática: hemoglobina — 60 %, glóbulos rubros — 2.900.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 19.900, leucoblastos — 86 %, hemohistoblastos — 1 %, promielócitos neutrófilos — 1 %, mielócitos neutrófilos — 7 %, metamielócitos — 3 %, polinucleares neutrófilos — 2 %.

Melhorado no decurso deste tratamento, com valores mais baixos de temperatura, volta a ter algum apetite. Persistem, embora, as células leucémicas. Mantemos este tratamento, mais transfusões de



sangue inter-correntes, até 18-12, altura em que suspendemos, com 675 miligramas da hormona, na seguinte condição hemática: hemoglobina— 55 %, glóbulos rubros — 2.520.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 21.000 com 93 % de leucoblastos e 7 % de mielócitos neutrófilos.

Em 22-12-50, piora, mais dores articulares, furúnculos nas nádegas, queda do estado geral. Exame de sangue: Hemoglobina — 58 %, glóbulos rubros — 2.720.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 50.600, leucoblastos — 94 %, mielócitos neutrófilos — 4 %, metamielócitos neutrófilos — 2 %.

Retoma pela 4.ª vez tratamento pela cortisone, na dose de 300 miligramas no 1.º dia, 200 miligramas no 2.º e 3.º dias e 100 miligramas nos seguintes 6 dias, sem êxito. Mantêm-se os fenómenos articulares, os nódulos hemorrágicos cutâneos, esplenomegália de 3 dedos e hepatomegália de 2 dedos abaixo do bordo costal. A doença segue inexorável caminho, progredindo agora rapidamente. O doente faleceu em 29-12-50, mostrando o último exame de sangue: Hemoglobina — 42 %, glóbulos rubros — 1.930.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 46.000, leucoblastos — 93 %, mielócitos neutrófilos — 3 %, metamielócitos — 4 %. Observa-se 1 normoblasto crctocromático.

Total de aminopterin — 7,5 miligramas.
Total de cortisone — 4,275 gramas.

Comentário:

Chega até nós com 4 meses de doença, em que as queixas articulares atingem tal relevo que levam o médico assistente a pensar em febre reumática. Inicia tratamento com aminopterin, logo a seguir cortisone, que dá ao doente melhoras subjectivas. Tratamentos alternados com cortisone e aminopterin não trazem alívio clínico nem melhoria hemática, falecendo o doente depois de 4 meses e meio de observação.

Commentary:

This patient came to us, four months after the onset of disease, complaining of accute articular pains, which were so accute thap lead his assistent doctor to think on rheumatic fever. The administration of aminopterin begun, and a few days after, cortisone therapy was instituted. There is subjective improvement. Alternate treatment with cortisone and aminopterin was given, but there was no further physical or haematologic regression. Death occurs after four months of treatment.

L. G. P. de 4 anos de idade

Obs. — 74.243

Doença actual:

Doente desde há cerca de dois meses, tendo a doença tido início por progressiva perda de cor e vômitos frequentes. Vômitos alimentares tardios, reconhecendo a mãe, algumas vezes, alimentos ingeridos muitas horas antes. Suores nocturnos abundantes e frequentes desde o início da doença, não sabendo a mãe, se nesta fase inicial, a doente teria temperaturas. Marcada anorexia com progressiva perda de peso.

Há 2-3 semanas, teve inflamação na garganta, engolindo com dificuldade. A partir desta data, tem estado febril, registando, frequentemente, pela tarde, temperaturas até 39,5. Nestes últimos dias, tem tido diarreia — 2 a 3 dejeções.

Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.

Observação:

Bom estado geral e de nutrição. Idade aparente 3-4 anos. Pele e mucosas regularmente coradas. Língua levemente saburrosa, húmida. Amígdalas hipertróficas sem sinais inflamatórios.

Aparelho respiratório sem sinais clínicos nem radioscópicos. Tons cardíacos sem alteração, pulso rítmico a 110/m. A exploração do abdómen e sistema linfático, tal como a percussão do esqueleto, são negativas. O exame de sangue revelou: hemoglobina — 60 %, glóbulos rubros — 2.940.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 1.200 com 15 % de polinucleares neutrófilos, linfócitos típicos — 2 %, bastonetes neutrófilos — 1 %, metamielócitos neutrófilos — 8 % e leucoblastos — 74 %.

É internada no serviço em 26-12-50, com o seguinte mielograma: eritroblastos basófilos — 1,6 %, eritroblastos policromatófilos — 5,4 %, eritroblastos ortocromatófilos — 2,4 %, mielócitos neutrófilos — 2 %, metamielócitos neutrófilos — 2,2 %, polinucleares neutrófilos — 1,2 %, polinucleares eosinófilos — 0,4 %, linfócitos — 0,6 %, leucoblastos — 84,2 %.

Inicia tratamento com 1.500.000 U diárias de penicilina, recebendo 0,5 miligrama diário de aminopterin.

Em 5-1-51. — Tem mantido tratamento com penicilina e aminopterin nas doses indicadas. Tem vomitado algumas vezes, comendo com pouco apetite. Não se palpa, baço nem gânglios. O exame de sangue revela: hemoglobina — 65 %, glóbulos rubros — 3.600.000, valor globular — 0,90, glóbulos brancos — 4.000, leucoblastos — 60 %,

polinucleares neutrófilos — 35 %, polinucleares eosinófilos — 1 %, mielócitos — 4 %, plaquetas — 180.000. Recebe transfusão de 200 cc. de sangue.

Em 19-1-51, com 2.700 glóbulos brancos, leucoblastos — 50 %, 48 % de neutrófilos e 2 % de eosinófilos, suspende a aminopterina, com a dose total de 11 miligramas, sem baço, sem gânglios, comendo com razoável apetite. Tem alta, a pedido, passando a ser seguida em regime externo.

Em 4-3-51, mantém um bom estado geral. Tem vomitado algumas vezes neste intervalo; continua a não se palpar baço nem gânglios. Tomou, durante este período, como indica o gráfico, 12 miligramas de aminopterina. Nesta data, o estudo do sangue revelava considerável melhoria: hemoglobina — 80 %, glóbulos rubros — 3.980.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 6.500, leucoblastos — 46 %, mielócitos neutrófilos — 4 %, bastonetes — 1 %, neutrófilos — 33 %, linfócitos — 12 %, eosinófilos — 4 %.

Em 4-4-51. — Tem passado bem. Continua a não se palpar baço nem gânglios. Toma durante 3 dias 0,5 miligrama de aminopterina, estando em 17 deste mês na seguinte situação hemática: hemoglobina — 80 %, glóbulos rubros — 4.320.000, valor globular — 0,92, glóbulos brancos — 8.800, leucoblastos — 44 %, mielócitos neutrófilos — 4 %, metamielócitos neutrófilos — 4 %, bastonetes neutrófilos — 9 %, polinucleares neutrófilos — 22 %, linfócitos — 14 %, eosinófilos — 1 %, basófilos — 1 %, monócitos — 1 %. Faz mais uma série de 1 miligrama diário de aminopterina, que termina em 20 deste mês com a dose total de 10 miligramas e com a seguinte situação hemática: hemoglobina — 65 %, glóbulos rubros — 3.380.000, valor globular — 0,96, glóbulos brancos — 3.100, leucoblastos — 86 %, bastonetes neutrófilos — 2 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, plaquetas — 220.000.

Em 11-5-51, continua sem baço nem gânglios. Tem 65 % de hemoglobina, glóbulos rubros — 3.600.000, valor globular — 0,90, glóbulos brancos — 4.700, leucoblastos — 32 %, mielócitos neutrófilos — 2 %, metamielócitos neutrófilos — 3 %, bastonetes neutrófilos — 4 %, polinucleares neutrófilos — 57 % e 2 % de eosinófilos. Fica a fazer em dias alternados 1/4 de miligrama de aminopterina, dose que passa a fazer diariamente entre 26-5 e 5-6-51, data em que o estudo do sangue mostrava: hemoglobina — 78 %, glóbulos rubros — 4.040.000, valor globular — 0,96, glóbulos brancos — 5.300, leucoblastos — 51 %, mielócitos neutrófilos — 3 %, metamielócitos neutrófilos — 9 %, bastonetes neutrófilos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 34 %, polinucleares eosinófilos — 2 %. Durante 4 dias recebe diariamente aminopterina — 1/2 miligrama e depois 1/4 de miligrama, em dias alternados, até 30-6, altura em que recebe 0,5 miligrama de aminopterina diário durante 7 dias. Esta longa série de aminopterina, ora diária, ora intermitente, é suspensa em 6-7-51, com a dose total de 12 miligramas, na seguinte situação: febril, atingindo 39°-40°, sem baço nem gânglios palpáveis; uma vez ou outra, diarreia. Conserva bom estado geral e de nutrição, mostrando o estudo do sangue: hemoglobina — 62 %, glóbulos rubros — 3.720.000, valor globular — 0,83, glóbulos brancos — 2.100, tendo, em 50 células contadas: polinucleares neutrófilos — 28 %, metamielócitos neutrófilos — 4 %, bastonetes neutrófilos — 5 %, leucoblastos — 13 %, plaquetas — 100.000.

A partir de 7-7-51, até 10-8-51, recebe 6 transfusões de sangue num total de 1.200 cc. tendo feito, ao finalizar esta terapêutica: 3 miligramas de aminopterina. Continua a fazer elevadas temperaturas e, quase continuamente, recebe penicilina. Muitos suores nocturnos, palpando-se agora ponta de baço. Vomita frequentemente; tem alguns elementos de púrpura nos braços e pernas. Rumpel-Leed — negativo. Tem a seguinte situação hemática: hemoglobina — 45 %, glóbulos rubros — 2.100.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 5.700, leucoblastos — 97 %, polinucleares neutrófilos — 3 %, plaquetas — 60.000. Recebe exclusivamente a penicilina, estando, em 25-8, extremamente pálida, com mucosas igualmente muito descoradas. A língua, levemente saburrosa, está pálida e húmida. Observa-se agora um pequeno gânglio supra-clavicular esquerdo, como uma cereja, indolor e móvel. Ponta de baço palpável. O quadro hemático é o seguinte: hemoglobina — 40 %, glóbulos rubros — 1.980.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 700, com alguns polinucleares neutrófilos, sendo a quase totalidade leucoblastos. Toda a terapêutica está suspensa, salvo a penicilina. Em 6-9-51, tem o seguinte exame de sangue: hemoglobina — 40 %, glóbulos rubros — 2.020.000, valor globular — 0,99, glóbulos brancos — 900, exclusivamente leucoblastos; inicia, 4 dias depois, uma série de 5 transfusões, num total de 1.000 cc. que terminou em 27-9, estando a doente, em 1-10, na seguinte situação hemática: hemoglobina — 80 %, glóbulos rubros — 3.980.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 3.600 com 51 % de leucoblastos e 49 % de polinucleares neutrófilos. Está com muito

melhor aspecto. Baço, 2 dedos abaixo do bordo costal, continuando a palpar-se o gânglio supra-clavicular. A partir desta data, a doente fica apenas com ferro reduzido e está, a 10-10, na seguinte situação: suores nocturnos e diurnos abundantes, extrema anorexia; refere moderadas dores ósseas nos pés e mãos e frequentes dejectões diarreicas. Mantém o mesmo estado geral e de nutrição, com a pele e mucosas regularmente coradas. Observam-se pequenos gânglios como azeitonas, nas fossas supra-claviculares; o baço palpa-se dois dedos abaixo do bordo costal. O estudo do sangue mostrava: hemoglobina — 76 %, glóbulos rubros — 3.670.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 11.500 com 66 % de leucoblastos, 30 % de neutrófilos e 4 % de polinucleares eosinófilos.

Em 15-10-51, com a série rubra em situação idêntica ao exame anterior, com 9.700 glóbulos brancos, 78 % de leucoblastos e 22 % de polinucleares neutrófilos, retoma a aminopterina na dose de 0,5 miligrama diário, terapêutica que mantém até 23-10, tendo recebido em 20-10, uma transfusão. Tem epifora, dacriocistite bilateral e edema da base do nariz. Baço — 3 dedos abaixo do bordo costal. Muito pálida, continua com gânglios supra-claviculares. O estudo do sangue, deste dia, mostrou: hemoglobina — 67 %, glóbulos rubros — 3.400.000, valor globular — 0,96, leucócitos — 3.900, quase exclusivamente leucoblastos. Total de aminopterina neste série — 4,5 miligramas. Suspende toda a terapêutica que não sejam fermentos lácteos, estando, em 13-11-51, muito queixosa, com dores ósseas nos pés e mãos, com frequentes crises diarreicas. Prostrada, com baço e gânglios na mesma situação, tem: 60 % de hemoglobina, glóbulos rubros — 2.780.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 5.500, 99 % de leucoblastos e 1 polinuclear neutrófilo. Retoma a aminopterina — 0,5 miligrama em dias alternados. Dezasseis dias depois, volta a queixar-se de dores ósseas, estando o nariz e sacos lacrimais normalizados. Observa-se edema pálido do joelho direito. O tratamento pela aminopterina mantém-se até 3-12, altura em que, com baço e gânglios sem modificação aparente, tem 45 % de hemoglobina, glóbulos rubros — 2.140.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 2.800 com 77 % de leucoblastos, 14 % de polinucleares neutrófilos, linfócitos — 9 % (típicos); observa-se 1 *normoblasto policromatófilo*.

Está a fazer penicilina e recebe, em 19, uma transfusão, data em que se observa uma alopecia moderada, baço 3 dedos abaixo do bordo costal e gânglios supra-claviculares como ervilhas. Não tem tido, ultimamente, dores ósseas, sendo a exploração do esqueleto negativa.

Em 22-12, sensivelmente na mesma situação, tem o seguinte quadro hemático: hemoglobina — 45 %, glóbulos rubros — 2.220.000, valor globular — 1, leucócitos — 22.200 com 98 % de leucoblastos e 2 polinucleares neutrófilos. Inicia tratamento com A.C.T.H. na dose diária de 50 miligramas, recebendo em 27-12, nova transfusão de sangue. Nove dias depois do início do A.C.T.H., a doente apresenta-se extremamente pálida, 4 dedos de baço, gânglios sem modificação. Sufusões sanguíneas em ambas as nádegas (onde recebe injecções), ventre distendido por moderada ascite. Tem 450 miligramas de A.C.T.H. Tinha, nesta data, 50 % de hemoglobina, glóbulos rubros — 2.760.000, glóbulos brancos — 70.000 com 99 % de leucoblastos e 1 polinuclear neutrófilo. Recusa todo o alimento. Está muito prostrada, apática, com pulso a 140/m e 32 respirações rítmicas.

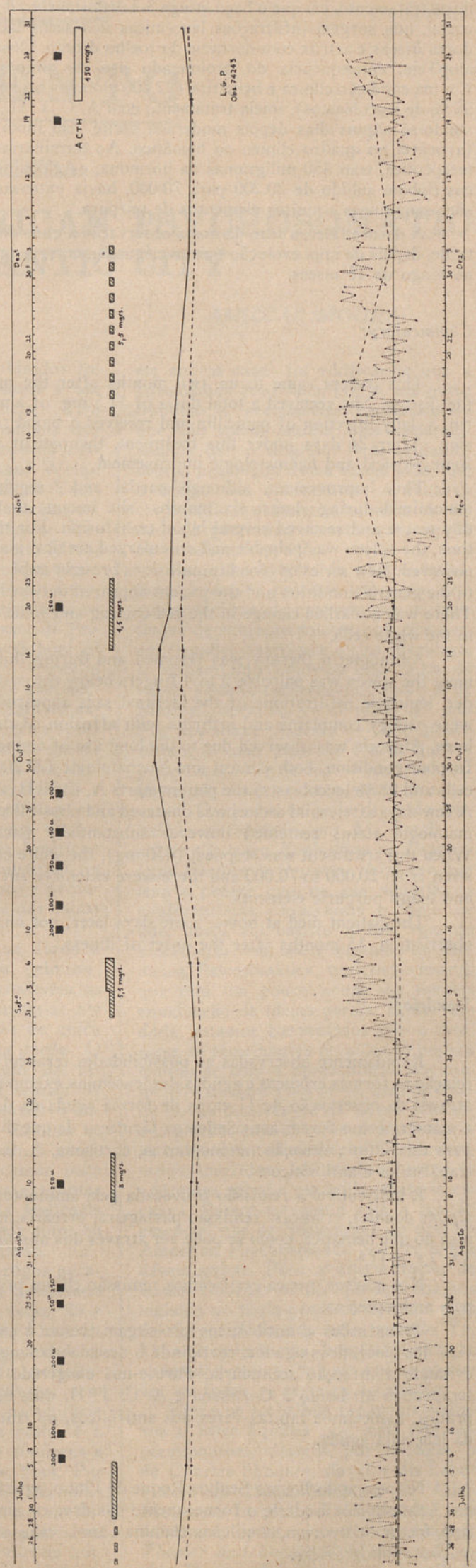
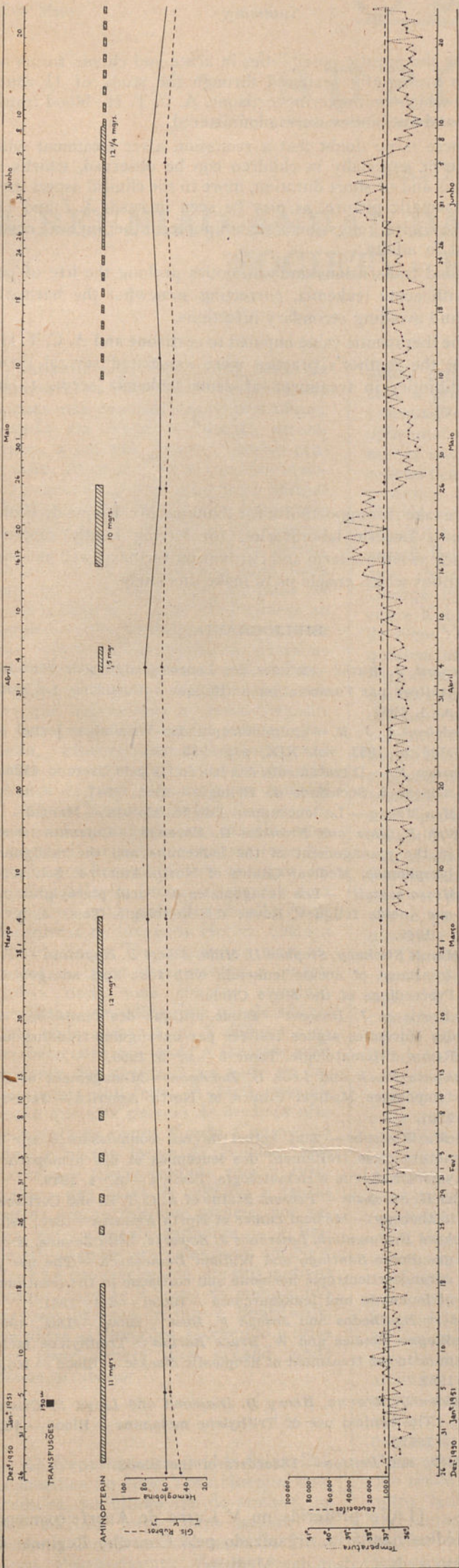
Conservando bom estado de nutrição, esta pequena doente impressiona sobretudo pela palidez da pele e pela indiferença. Perdida da nossa vista, na terra onde nasceu, falece 25 dias depois.

Total de aminopterina — 65,1/4 miligramas.

Total de A. C. T. H. — 450 miligramas.

Comentário:

Chega até nós com 2 meses de doença. Submetida à acção da aminopterina, fazendo diariamente penicilina, com uma transfusão de sangue, a doente tem melhoria clínica e hemática aos 24 dias de tratamento, com a dose total de 11,5 miligramas de aminopterina. A melhoria clínica e parcial melhoria hemática, com altos e baixos, são mantidas com uso intermitente de aminopterina, durante quase 6 meses, após o que, muito piorada, recebe uma série de transfusões de sangue. Por esta altura e pela primeira vez, a doente tem baço palpável, observando-se, igualmente, um gânglio. Nova série de transfusões dão à doente muito melhor aspecto, com melhoria substancial da série rubra e alguns benefícios na série branca. Volta a tomar aminopterina e é no decurso



Lic. P. Obi. 74243

deste tratamento, em que o baço atinge 3-4 dedos abaixo do bordo costal, que surgem infiltrações leucémicas nos sacos lacrimais, dores ósseas e artrite com derrame do joelho direito. Observa-se alopecia, consequência do prolongado uso da aminopterina. Em má condição clínica e hemática (22.200 glóbulos brancos com 98 % de leucoblastos), inicia tratamento com A. C. T. H., observando-se alguns dias depois moderada ascite sem modificação favorável no quadro clínico ou hemático. Ao terminarmos esta terapêutica, com 450 miligramas da hormona, os glóbulos brancos tinham subido de 20.200 para 70.000, havia extensas suffusões sanguíneas e muitos elementos de púrpura.

A doente faleceu fora da nossa observação alguns dias mais tarde, depois de uma evolução que, averiguadamente, se prolonga ao longo de 15 mses.

Commentary:

This patient came to us, two months after the onset of the disease. She received a total dosis of 11,5 mg. of aminopterin, a daily injection of penicillin and received a blood transfusion. After 24 days under this treatment, the patient showed some physical and haematologic improvement.

This improvement, although partial and irregular was maintained during almost six months; she became then steadily worse and received several blood transfusion. For the first time, the spleen was palpable and an enlarged cervical gland was observed. New series of blood transfusions brought improvement to the general condition and the patient appeared outwardly well. There was a marked change in the red countig and some benefit in the white cells.

Aminopterin therapy was resumed and during this treatment the spleen was palpable 3 to 4 fingers below the costal border, leukemic infiltrations of the lacrimal sacs appeared, there were ostealgic complains and arthritis with effusion, of the right knee. Alopecia was observed due to the long use of aminopterin. In poor condition, both clinical and haematologic (22.200 white cells and 98 % leucoblasts) the patient starts A. C. T. H. therapy. A few days after, mild ascites was observed and physical and haematologic status remained however substantially unchanged. When this treatment was stopped, (450 mg), the white cells had risen from 20.000 to 70.000 and there were extensive suffusions and many purpuric elements.

The patient died at home, some days later, not under our observation, 15 months after the onset of illness.

Sumário:

Rapidamente observadas as possibilidades terapêuticas em relação às formas crônicas e agudas das leucémias, exemplificadas através da observação de 11 casos de forma aguda da doença e a maneira como foram articulados os fármacos de que dispomos para esta última situação: aminopterina, cortisona, A. C. T. H., transfusões e antibióticos.

É indiscutível a remissão provocada pela aminopterina em alguns doentes, crianças: remissão passageira, precária, mais clínica do que hemática, como se pode ver através dos nossos casos: 3.º, 7.º e 11.º.

Nos adultos, nunca verificámos remissão clínica provocada pela aminopterina.

Transfusões e antibióticos prolongam, como é sabido, a vida dos leucémicos agudos, corrigindo o descalabro sanguíneo e evitando a infecção secundária. Parece-nos exagerado o valor terapêutico atribuído à Cortisona e A. C. T. H. que, na nossa prática, associámos muitas vezes aos antifólicos, no tratamento da leucémia aguda.

Na pessoa do Ex.mo Senhor Roque de Pinho, agradecemos aos Laboratórios Lederle o fornecimento das drogas: aminopterina, factor citrovorum, trietilenamelamina e ainda valiosas informações bibliográficas.

Summary:

The therapeutic possibilities in acute and chronic forms of leukemia are briefly reviewed through the study of 11 acute cases, in which aminopterin, cortisone, A. C. T. H., blood transfusions and antibiotics were administered.

There is no doubt that a remission after treatment with aminopterin, especially in children can be observed, which is precarious and of short duration, more in the clinical aspect than in the haematic picture, as may be seen in cases 3, 7 and 11.

The clinical remission after aminopterin therapy was never observed in adults.

Blood transfusions and antibiotics prolong the life of patients with acute leukemia, correcting somewhat the haematic picture and avoiding secondary infections.

The therapeutic value imputed to cortisone and A. C. T. H., which in the Author's practice were associated several times with antibiotics in treatment of acute leukemia seems to be exaggerated.

Note:

We take this opportunity for thanking Mr. Roque de Pinho representing Lederle laboratories, for having kindly supplied drugs such as aminopterin and citrovorum factor as well as some informations which enable us to make this study.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bernard, J. Mathé — Etudes des Leucoses aigües de l'enfance traitées par l'association antifolique — Cortisone. Le Sang. n.º 1, 1952.
- 2) Cordeiro, A. J. R. — Quimioterapia das leucémias. Jornal do Médico. 1952, vol. XIX, pág. 985.
- 3) Fonseca, F. — O tratamento das leucémias pelo Uretano. Comunicação à Sociedade de Biologia — Dez., 1947.
- 4) F. Mas Magro — La leucemia — Edições Morata — Madrid.
- 5) Joseph F. Ross and Franklin G. Ebrangh — Currents trends in the management of the leukemias and the malignant lymphomas. Medical Clinics of North America. Set. 1951.
- 6) J. Messerschmitt — Les antagonistes de l'acid pteroylglutamique (acide folique). Revue d'Hematologie, Tome 4, n.º 2 — 1949.
- 7) J. Minott Stickney, Stephen D. Mills, Albert B. Hagedorn — The treatment of acute leukemia with folic acid antagonists. Proceedings of the Mayo Clinic.
- 8) M. Bessis et J. Dausset — Etude critique des remissions au des leucémies aigües traitées par exsanguino-transfusions. Revue d'Hematologie. Tome 5 — n.º 2, 1950.
- 9) Mathews Block and Leon O. Jacobson — Management of the lymphomas Medical Clinics of North America — Janeiro, 1951.
- 10) M. M. Wintröbe — Etat actuel de nos connaissances sur la nature et le traitement des leucémies et des hemopathies voisines. Revue d'Hematologie. Tome 4 — n.º 4, 1949.
- 11) Peter H. Forsham — Present Status of A. C. T. H. and Cortisone in therapy — Medical clinics of North America — Set., 1951.
- 12) Richard H. Saunders, Lawrence J. Schwartz, Leda Zannos, Enrique Perez Santiago and William Damesheck — The use of adrenocorticotrophic hormone and cortisone in the treatment of leukemia and leukosarcoma — Blood — Set., 1951.
- 13) Robert B. Chodos and Joseph F. Ross — Blood — Dez., 1951.
- 14) R. Wayne Rindles and W. Bruce Barton — Triethylene melamine in the treatment of neoplastic disease — Blood — Maio, 1952.
- 15) Sheldon C. Kravitz, Henry D. Diamond and Lloyd F. Craver — The clinical use of Triethylene melamine — Blood — July — 1952.
- 16) Whitby and Britton — Disorders of the Blood.

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

S U P L E M E N T O

CARTAS DA AMÉRICA

A REUNIÃO ANUAL DA «AMERICAN PSYCHOSOMATIC SOCIETY» EM ATLANTIC CITY

AMILCAR MOURA

Atlantic City fica a três horas de automóvel de New York. Em 1854, era apenas uma pequena vila de pescadores, situada em Absecon Island; actualmente, a um ano do seu primeiro centenário, Atlantic City é uma das maiores praias do mundo e o centro obrigatório para todas as reuniões, congressos e «meetings» — desde os de carácter científico, até aos concursos de beleza, de onde, todos os anos, uma Miss América sai, triunfante, em demanda de fama e fortuna... A cidade estira-se ao longo da costa do Atlântico e a maioria das suas avenidas, perpendiculares ao mar, vem desembocar no extenso Boardwalk que é, talvez, das primeiras coisas que impressiona o recém-chegado. É uma comprida avenida, toda em madeira, especialmente destinada aos peões e que corre, na imediata vizinhança da praia e da areia por mais de 6 milhas. Não há trânsito de automóveis ou de quaisquer outro veículos, mas é possível ver pequenos carros puxados à mão por homens de côr que, por um ou dois dólares, fazem o percurso dum extremo a outro pelo Boardwalk. Aí se encontram os luxuosos Hotéis, como o Claridge ou o Trayamore; os mais famosos e caros restaurantes e «night-clubs» onde uma simples «western omellète», precedida dum par de «Martini» pode custar 4 ou 5 dólares e os estabelecimentos—onde a fantasia mais exigente dos compradores pode ser inteiramente satisfeita. A fácil comunicação que este passeio de madeira oferece para os vários Hotéis, Convention Hall e outros locais de reunião, sem haver que tomar cuidado com o «vermelho» das luzes de trânsito e tantas outras precauções (que tornam, por vezes, extremamente fatigante — e irritante! — «passar» pelas ruas, em New York) é provavelmente, um dos motivos porque, logo às 9 horas da manhã, numerosas pessoas cruzam o Boardwalk, em todas as direcções, recebendo a brisa um tanto áspera dum oceano ainda pouco acolhedor...

O Departamento de Medicina Psicosomática do New York Hospital deslocou-se, no último fim-de-semana, na sua máxima força, para assistir em Atlantic City, à reunião anual da American Psychosomatic Society que se realizou no Hotel Haddon. Durante a

minha estadia nos Estados Unidos foi esta a primeira vez que assisti a um «meeting» desta importância. Tive oportunidade de encontrar alguns dos nomes mais famosos da Medicina Psicosomática americana: Edward Weiss, professor de Clínica Médica na Temple University School of Medicine, em Filadélfia; Kerr Wite, Hosmer Research Fellow in Psychosomatic Medicine, McGill University, Montreal; George Engel; Robert Patton; Lawrence Kubie, do Instituto Psicoanalítico de New York, N. Y e professor de Psiquiatria na Yale University School of Medicine, New Haven, etc. Ouvir a opinião dos mestres, daqueles que, nestas matérias, tem uma considerável experiência e, ao mesmo tempo, ter a oportunidade de a comparar com as nossas próprias ideias e conhecimento foi, certamente, a parte mais interessante e mais proveitosa das conferências em Atlantic City. Realmente, em muitos outros aspectos, a reunião da American Psychosomatic Society, constituiu, a meu ver, pura perda de tempo; e perder tempo, presentemente, é uma das coisas que mais me desagrada.

Durante os dois dias que durou a reunião, foram apresentados, pelo menos, 14 trabalhos. As conferências começavam às 9 e prolongavam-se até às 17, com uma interrupção de cerca de duas horas ao meio da tarde. O «meeting» estava organizado da seguinte maneira: depois da leitura de cada trabalho, feito pelo respectivo autor, um outro investigador discutia as matérias expostas. Por último, o presidente da mesa abria a discussão para o auditório. As respostas às perguntas ou dúvidas formuladas pela audiência eram, depois, esclarecidas pelo autor ou autores do trabalho apresentado.

Duma forma geral, os artigos pecavam, em primeiro lugar, por demasiado longos, demorando, muitas vezes, 25 e 30 minutos a ser lidos. Tenho a impressão de que, na sua maioria, todos os assuntos poderiam ter sido perfeitamente expostos em 10 minutos, sem qualquer perda de interesse ou acurácia nas matérias referidas. De resto, é o tempo usual em «meetings» similares a que tenho assistido em New York. Por outro lado, a discussão do trabalho apresentado, raramente era uma «discussão» em que as ideias do autor fossem contestadas ou esclarecidas ou confirmadas. Na realidade o que aconteceu

em muitos casos foi verificar-se que a «discussão» constituía, por si, um outro trabalho — *préviamente preparado* — que não trazia muitos mais esclarecimentos que o original. Isto, evidentemente, prolongou duma forma indevida, o tempo das conferências e causava certo tédio na assistência, pelo menos naquela parte não directamente ligada ao estudo em questão.

Na apresentação de outros trabalhos, perdeu-se precioso tempo em descrever técnicas de experiências ou «settings» de actuação psicoterapêutica que, em reuniões anteriores ou na literatura, já tinham sido expostos uma dúzia de vezes. Outras conferências, como a de Mellita Sperling — «*Psychosis and Psychosomatic Illness*» — são pouco mais que uma palestra clínica que se pode fazer — e se faz — em qualquer Hospital, duas ou três vezes por semana. O mesmo se pode dizer do trabalho apresentado por M. Small — «*A Preliminary Evaluation of Psychologic Factors in Regional Ileitis*», o que leva a pensar que, na sua maioria, os conferencistas esqueceram o facto de que, quem vai assistir a este tipo de «meetings» tem, sobre assuntos de Medicina Psicosomática, um conhecimento que está um pouco acima da simples enunciação de ideias gerais. E, na verdade, estamos convencidos que o interesse de semelhantes reuniões só poderá manter-se com a apresentação sucinta, incisiva de *dados novos* — quer se trate de novas técnicas ou de novos resultados obtidos com as *mesmas* técnicas, — os quais eventualmente, serão aproveitados, inseridos, nos conhecimentos já existentes sobre a particular matéria em causa. Parece-me que é esta a função essencial que as Sociedades do tipo da American Psychosomatic Society tem a desempenhar. Para a apresentação de «casos clínicos» ou do tipo de trabalhos incluído no título genérico de «Um caso de doença X tratada pelo remédio Y», há as conferências hospitalares e as chamadas «notas clínicas» que se podem ver em todas as revistas do mundo.

Entre os trabalhos realmente valiosos e entre aqueles que mais nos impressionaram, citemos, por exemplo, o de Charles Shagass, director do Laboratório de Electrofisiologia da Allan Memorial Institute of Psychiatry, em Montreal, sobre — «*Psychodynamic Themes and Localised Muscular Tension During Psychoterapie*». Num tra-

balho experimental, extremamente bem organizado e conexo, o autor estuda as relações existentes entre certos conteúdos psicodinâmicos e a tensão muscular desenvolvida na perna direita e esquerda e antebraço direito. Embora as conclusões sejam ainda discutíveis (por exemplo, a pretendida especificadamente entre «temas» sexuais e tensão muscular da perna direita), o trabalho é uma peça experimental una, bem documentada graficamente e representa, sem dúvida, uma honesta tentativa de abordagem de certas correlações psicossomáticas. Citemos, ainda, o estudo de Gottschalk, onde o autor investiga os efeitos duma psicoterapia intensiva nas manifestações clínicas de três crianças

(4, 7 e 10 anos) com epilepsia idiópática.

Pode afirmar-se, sem grande exagero, que a orientação geral do «meeting» foi, predominantemente, psicanalítica. Para certos investigadores não há, segundo parece, outro caminho que a interminável manipulação consciente do inconsciente. Alguns, perdidos nos 5, 7 e 10 anos de análise dos seus doentes singulares, lembravam-se, de repente, das correlações psicossomáticas para afirmar, apenas, que... existem. Outros, parece que ignoram totalmente tudo quanto se tem feito e faz — fora da técnica psicanalítica estrita — no vasto campo experimental que oferece a Medicina Psicossomática. Presumo que tal

ignorância é não intensional; um erro mas penso que a persistência nesse erro — no que se refere ao futuro da investigação psicossomática — poderá, muito bem, conduzir a uma estéril. «dead road»...

Atlantic City, Abril, 1953.

(Research Fellow in Medicine - Cornell University Medical College and The New York Hospital, New York).

Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

Na Sociedade das Ciências Médicas realizou-se no dia 11 de Março, promovida pela Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, uma sessão de homenagem à memória do Dr. Armando Narciso. A mesa de honra era constituída pelo Dr. José Cid de Oliveira, que presidia, ladoado pelos Profs. Teles Palhinhas, Adalberto Padesca e Xavier Morato e Dr. Marques da Mata.

Falou em primeiro lugar o Dr. Cid de Oliveira que, na qualidade de vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Hidrologia, justificou a homenagem a quem, como o Dr. Armando Narciso, «foi o maior hidrologista português de todos os tempos». Na sua oração, o Dr. Cid de Oliveira disse que o homenageado foi personalidade complexa de múltiplas aptidões e grande poder realizador que, com raras qualidades de trabalho, conquistou situação de relevo no meio médico da capital e de extraordinária projecção na Hidrologia Médica Portuguesa. Analizou, depois, a figura de Armando Narciso como médico, professor e funcionário, em tudo exemplar, e disse que ele, pela propaganda da nossa riqueza termal, prestou relevantes serviços ao turismo nacional.

O Dr. António Emílio de Magalhães, director da Liga de Profilaxia Social, falou como condiscípulo do homenageado, de quem traçou o retrato como hidrologista, climatologista, sanitarista e director do Instituto de Hidrologia, referindo-se, por último, à sua produção literária, que atingiu duas centenas e meia de trabalhos.

Por fim, o Dr. Varejão Castelo Branco, guarda-mór de saúde, leu um discurso, ao qual deu o título «Armando Narciso, nosso mestre». O orador evocou o homenageado, referindo o seu primeiro contacto com ele, na consulta de medicina de Santa Marta, e relatou como se tornara hidrologista, na intimidade com Armando Narciso. O orador terminou por pedir que se criem, em homenagem a Armando Narciso, o ensino da Hidrologia na Faculdade de Medicina, bem como hospitais termais, a incluir na rede hospitalar nacional.

Encerrada a sessão, inaugurou-se, numa das salas anexas, uma exposição de todos os trabalhos do Dr. Armando Narciso, através da qual se pode aferir da extraordinária actividade científica do ilustre falecido. No acto da inauguração falou o Dr. Amaro de Almeida, que, em curtas palavras, disse da razão da exposição e mostrou aos assistentes cada uma das obras expostas.



COMPOSIÇÃO

Hexanitrató de manitol	0,0075 gr.
Complexo B	0,030 >
Fenobarbital	0,025 >
Rutina	0,020 >
Cloridrato de papaverina	0,030 >

FRASCO COM 20 COMPRIMIDOS

Laboratório  Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Com partes iguais de sulfato de Estreptomicina e de sulfato de Dihidroestreptomicina (em lugar de um só destes sais)

— NEUROTOXICIDADE

CONSIDERÁVELMENTE REDUZIDA

— EFICIENCIA HABITUAL

ATRALMICINA

NORMAL:

0,25 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,25 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTE:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTÍSSIMA:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
800.000 U. de Penicilina

INFANTIL:

0,125 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,125 g de sulfato de Estreptomicina
150.000 U. de Penicilina

LABORATORIOS ATRAL

ECOS E COMENTÁRIOS

AINDA SOBRE MÉDICOS PRIVATIVOS

Publicamos no último número um «eco» que se referia ao parecer duma comissão de peritos da Organização Mundial de Saúde (O. M. S.), que foi transcrita na exposição do Dr. Sá e Oliveira (presidente da Federação) lida na Assembleia Nacional a propósito do aviso prévio do Prof. Cerqueira Gomes. Depois de ter escrito esse «eco», li, na «Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé», uma referência à «Convenção sobre as normas mínimas da segurança social», que, durante dois anos, vinha sendo objecto de estudos profundos e foi adoptada pela 35.^a sessão, realizada em Junho de 1952, da Conferência Internacional do Trabalho. A parte do «parecer» que transcreveu o Dr. Sá e Oliveira pertencia a essas «normas mínimas de segurança social»?

Informa aquele número da «Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé» que, a pedido da Organização Internacional do Trabalho, a O. M. S. colaborou na elaboração desta parte da convenção, nomeando uma comissão que devia examinar as disposições da Convenção — então no estado de projecto — relativas às prestações médicas. Essa comissão era constituída sobretudo por peritos em medicina preventiva.

Suponho que era a essa comissão que se referia o parecer do Dr. Sá e Oliveira. Se assim foi, é pena que o Presidente da Federação — a quem quero prestar aqui homenagem pelos desejos que tem manifestado em sanear financeiramente a Federação — pena foi, digo, que não se referisse a dois pontos fundamentais.

Em primeiro lugar, era justo que informasse que o referido parecer dos peritos da O. M. S. foi criticado pela Associação Médica Mundial (A. M. M.) — o organismo internacional mais qualificado para falar em nome dos médicos. A crítica visava, principalmente, a parte do parecer que se refere às remunerações do corpo médico no quadro do sistema de segurança social e censurava a O. M. S. por não ter incluído na referida comissão um representante dos clínicos.

O outro ponto a que me quero referir, e que o Dr. Sá e Oliveira omitiu, era o que aludia aos serviços médicos em caso de doença. Na «Convenção sobre as normas mínimas de segurança social», que a 35.^a Conferência Internacional do Trabalho adoptou, ficou bem patente que, como mínimo, os serviços médicos em caso de doença devem compreender os clínicos de medicina geral, as especialidades, os produtos farmacêuticos essenciais, a hospitalização, os cuidados pré e pós-natais e o parto. Já vê o Dr. Sá e Oli-

veira que a Federação está muito à quem do esquema considerado mínimo pelos peritos da O. M. S. e da Conferência Internacional do Trabalho.

Em conclusão: a opinião daqueles peritos da O. M. S., que o presidente da Federação apresenta como argumento a favor do que se passa actualmente quanto ao pagamento dos seus médicos, é apenas reflexo do que pensam os seus autores e não representa posição da O. M. S. no assunto, como salienta o seu órgão da imprensa.

M. C.

NAS


INFECÇÕES INTESTINAIS

Um produto

DE GRANDE PODER ADSORVENTE
E ANTI-SÉPTICO

SEPTICARBONE

CARVÃO, OXIQUINOLEÍNATO DE
BISMUTO, ÓXIDO DE MAGNÉSIO,
ETC.



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

PROBLEMAS ESPECIAIS DE ORGANIZAÇÃO

Outros aspectos que a comissão de peritos da O. M. S. estudou merecem referência especial.

Como dissemos, a comissão discutiu as vantagens e os inconvenientes de cada um dos três sistemas mais correntemente empregados para a remuneração dos médicos: retribuição por cada serviço prestado, retribuição segundo os clientes inscritos e vencimento fixo. Quere dizer: o último é o processo mais usado pelos Serviços Médico - Sociais — Federação de Caixas de Previdência; o segundo, utilizado em Espanha; e o primeiro é o processo corrente que se emprega em quase todos os países da Europa para cá da «cortina de ferro» e que a Federação também usa para os serviços de radiologia e de análises clínicas, e que são precisamente, salvo raras excepções, os que disfrutaram de maior prestígio entre nós.

Sobre este assunto — remuneração dos médicos — é necessário acrescentar que a comissão dos peritos da O. M. S. declarou que, qualquer que seja o sistema adoptado, é indispensável que o médico seja convenientemente remunerado e que mantenha relações satisfatórias com os seus doentes e lhes preste atenção contínua.

A comissão prestou também especial atenção ao seguinte:

Deve haver colaboração íntima entre os clínicos de medicina geral e os especialistas dos seguros sociais e os hospitais, os laboratórios e outras instituições, declarando que o sistema dos dispensários e a organização dos hospitais num quadro regional facilita esta colaboração.

M. C.

Dr. Amílcar Moura

O nosso presado amigo e distinto colaborador, Dr. Amílcar Moura, que se encontra nos Estados Unidos, a especializar-se em Medicina Psicosomática, foi distinguido com uma homenagem, raras vezes concedida a estrangeiros. A Son-tier University Medical College, um dos mais famosos estabelecimentos de ensino americanos, concedeu-lhe o título de «Research Fellow in Medicine», cuja confirmação oficial recebeu recentemente, e foi conferido pelo presidente do «Board of Trustees daquela Universidade».

O nosso compatriota, que presentemente frequenta o Neurologic Institute e o Allan Memorial Hospital, em Montreal (Canadá), vai regressar a Nova Iorque, onde continuará os seus trabalhos e investigações no Departamento de Medicina Psicosomática, dirigido pelo Prof. Harold G. Wolf.

A redacção de «O Médico» e os seus leitores amigos daqui lhe enviam as mais cordeais felicitações por tão justa distinção.

ALGUMAS IMPRESSÕES SOBRE UMA ESTADIA NA SUÍÇA E NA ALEMANHA

(1953)

Penetrar na intimidade intelectual doutros paízes, frequentando alguns dos seus centros científicos, continua a ser a maneira corrente de compreendermos os nossos erros a par das nossas virtudes.

Mas não é visitando apressadamente os mesmos que a surpreendemos. Não basta, idênticamente, demorarmo-nos para nos fazermos íntimos.

Ficam, assim, no nosso espírito, e mesmo na segunda hipótese, alguns pormenores incompreendidos, determinados aspectos parcialmente interpretados, ou erradamente definidos.

E por aqui começamos, confessando-o, honestamente, este relato médico duma estadia de estudo.

Tendo frequentado, em 1949, um sanatório Suíço, aí voltei em 1953, para depois, e na Alemanha, me deter noutra instituição similar.

Quer dizer, as minhas impressões incidem apenas sobre a tuberculose pulmonar e alguns dos problemas com ela relacionados.

O sanatório é, como se sabe, o nervo-eixo da luta contra esta afecção. Conheçê-lo, é tomar o pulso do complexo organismo, com sua fisiologia «sui-générís», que

é a organização das forças congregadas contra aquele morbo.

Dois cantões Suíços, os de Thurgau e Schaffhausen, possuem em Davos-Platz, a 1.280 metros de altitude, um sanatório privado.

Este sanatório, que se denominava antigamente «Queen Alexandra Sanatorium» e era de propriedade inglesa, passou, em 1922, para a posse dos referidos cantões.

Inicialmente comportava apenas 75 camas.

Com o aumento para o dobro da lotação, e com as obras de beneficiação que foram necessárias, devido aos vários anos em que esteve encerrado, gastaram-se então 190.000 francos suíços.

A justificação desta enorme despesa é feita pelo director do sanatório, e num relatório publicado cinco anos depois da sua reabertura.

Assim dizia, em 1927, o Dr. H. Stöcklin: «Pensar que teria sido melhor não sobrecarregar tão rápida e pesadamente o nosso orçamento, seria cometer um erro. Na verdade, a experiência mostrou-nos sobrejamente que os numerosos doentes dos nossos dois cantões precisam dum sanatório com uma lotação ainda maior. A sua população actual é de 200.000 habitantes,

com dois a três mil tuberculosos. Destes, o sanatório apenas interna anualmente 15%. Ou seja, mesmo com 170 camas faltar-nos-ia espaço. Os doentes têm de recorrer, assim, a internamento noutros locais».

Isto era em 1927.

Para se avaliar do progresso alcançado, diremos que em 1950 a população dos dois cantões subira para cerca de 400.000 habitantes (ou seja o dobro) e o número de tuberculosos descera para 975 (ou seja menos de um terço) dos quais apenas 141 eram bacilíferos, mas estando todos aqueles internados em sanatórios, hospitais ou casas de convalescença.

Como se conseguiram estes resultados?

A análise de todos os factores vitalmente importantes para o sucesso duma luta anti-tuberculosa bem planeada, diz-nos que eles continuam a ser os mesmos desde sempre.

Eles foram modelarmente enunciados pelo Dr. H. Stöcklin quando da reinauguração do sanatório, e devidamente valorizados pelas entidades cantonais, na sua acção de conjunto dentro da Federação Suíça.

Para começar, vejamos, pois, como se repartiram e actuam presentemente os ór-

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE. L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO A ESTRÉLA, 44-LISBOA

BAlXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

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

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

gãos administrativos que, em princípio, permitiram um triunfo tão significativo.

A Sociedade de Utilidade Pública de Thurgau (Thurgauische Gemeinnützige Gesellschaft) comprou o sanatório, conferindo a responsabilidade do mesmo a uma Comissão de Administração, eleita por 3 anos, e composta de 15 membros, na qual os cantões de Thurgau e Schaffhausen estão representados na proporção de 2:1. Os delegados de Schaffhausen são eleitos pelo Conselho de Regência do seu cantão. Os delegados do cantão de Thurgau pelo director da Sociedade da Utilidade Pública, e pelo Conselho de Regência, conforme convenção previamente estabelecida.

A Comissão de Administração tem por fim estabelecer os regulamentos do sanatório, e eleger uma Comissão de Contabilidade e outra de Inspeção; admitir e dispensar o director, e restante pessoal médico; decidir das inovações e dos melhoramentos e de acordo com a Comissão de Fomento.

À Comissão de Fomento compete fazer sugestões ao Administrador do sanatório, quanto à melhor maneira de orientar as despesas; decidir dos melhoramentos, reparações, etc., até um montante de 5.000 francos; estabelecer com a Comissão de Administração as despesas com a alimentação; organizar o Orçamento de Fomento, e escolher o pessoal médico, auxiliar, conforme proposta do director.

Este é escolhido pelas Comissões de Fomento e de Administração, e depois da mesma ser sancionada pelos Conselhos de Regência dos dois cantões, assim como pelo director da Sociedade de Utilidade Pública de Thurgau. Ele dirige de acordo com os órgãos administrativos, tendo lugar, e voz activa, nas Comissões de Administração e de Fomento.

As enfermeiras são admitidas por uma enfermeira-chefe em número necessário, e, quando possível, instruídas pela mesma escola. As Comissões de Fomento e de Administração estabelecem com esta as bases de recrutamento das enfermeiras, que ficam sob a dependência do director.

São estes, em síntese, os órgãos administrativos, que dão a vida ao sanatório.

É preciso viver, pelo menos, um ano dentro dele, sentirmos que todo ele vibra em unísono, para não nos assustarmos com esta complicada maquinaria administrativa que, no fim de contas, acaba admiravelmente, por ser movimentada pela mesma alma.

Na admissão de doentes intervêm, idênticamente, várias entidades. Qualquer pessoa que adoça nestes dois cantões tem o direito ao internamento imediato, e independentemente da sua situação económica.

É a direcção do Sanatório que regula, em princípio, a despesa individual por doente. Cabe ao dispensário (Fürsorgestellen) o inquérito necessário para que esta despesa seja repartida pelo Fundo de Sanatorização (Freibettenfonds) ou pelo Cantão.

Este reserva, anualmente, no seu orçamento uma quantia suficiente que é entregue directamente no sanatório, o que simplifica o pagamento dos encargos criados com os doentes necessitados.

Quando se esgotam os dois principais fundos (o da Subvenção Cantonal e o

Fundo de Sanatorização) as despesas são então divididas pela Liga de Schaffhausen, Assistência Pública e Direcção Geral do Cantão de Schaffhausen.

Assim se consegue rapidamente o dinheiro necessário para o custeamento dos casos de evolução mais longa.

Como dissemos o sanatório é apenas a espinhal-medula da organização anti-tuberculosa.

Considerá-lo isoladamente, seria, por este facto supor um organismo desvertebrado, sujeito a um esforço inglório.

Há 30 anos, dizia, a este respeito, o Dr. H. Stöcklin:

«Deve-se afirmar, repetidamente, que a luta anti-tuberculosa é um problema muito complicado e amplo, e que tem de ser sempre encarado sob vários aspectos.

NOVO ESPASMOLÍTICO DE SÍNTESE DE DUPLA ACÇÃO

BETIFEN

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

O **BETIFEN** é um antiespasmódico potente, de grande espectro terapêutico e que apresenta as seguintes características:

- I — Acção musculotrópica tão intensa como a da papaverina.
- II — Acção anticolinérgica semelhante à da atropina, mas *sem os seus efeitos secundários*.
- III — Não dá habituação.
- IV — É inócuo.
- V — O organismo não lhe adquire tolerância.
- VI — É destituído de efeitos secundários nas doses terapêuticas.
- VII — Os efeitos secundários que aparecem depois da administração de doses superiores às terapêuticas são fugazes, desaparecem ao fim de 10 a 20 minutos, e *nunca se sobrepõem à acção medicamentosa*.
- VIII — *Substitui* os opiáceos em certos casos com vantagem, *sem ter os seus inconvenientes*.

APRESENTAÇÃO:

Frasco de 25 drageias
Caixa de 6 \times 1 c. c.
Caixa de 6 supositórios



LABORATÓRIO FIDELIS
Rua D. Dinis, 77 — LISBOA

Só podemos esperar resultados satisfatórios, quando apreciamos essa luta em bases largas e não acanhadas.

Elas, abrangem, essencialmente:

- A) Combate à tuberculose, duma maneira geral.
- B) Criação de instituições denominadas anti-tuberculosas.

Sob a primeira designação entendemos a melhoria das condições sociais da população (económicas, higiénicas, luta contra o alcoolismo, tabaco, etc.).

Sob a segunda, os seguintes cinco pontos essenciais:

- 1) Divulgar como se realiza, e evoluciona, a infecção tuberculosa;
- 2) Limitar o tratamento da tuberculose aos médicos;
- 3) Aumentar o número de sanatórios, facilitando assim o internamento precoce;
- 4) Isolamento dos doentes graves, inclusive dos que têm uma capacidade limitada de trabalho;
- 5) Vigilância dos saudáveis, particularmente dos que correm risco de contágio.

No que se refere a esta última, e tão importante clausula, e particularmente no que diz respeito às visitadoras e enfermeiras domiciliárias, consideramos fundamental o seguinte:

- a) Criação de novos dispensários, de maneira a ampliar a Instituição, em todos os lugares cantonais, formando-se uma Organização de Dispensários;
- b) Centralização cantonal dos Serviços pela criação duma Comissão composta de médicos e de leigos, para a resolução dos problemas internos, e externos, com os outros cantões;
- c) Conveniente auxílio financeiro dos departamentos sanitário e cantonal;
- d) Fazer do dispensário o centro da profilaxia.

Esta consistirá no isolamento dos doentes graves, com observações periódicas das pessoas saudáveis, especialmente das crianças.»

Como acabamos de ver, este esquema de luta anti-tuberculosa, na qual o sanatório funciona como eixo, é de todos nós suficientemente conhecido para não termos necessidade de fazer o seu elogio ou crítica.

A maneira como a Associação Suíça contra a Tuberculose, a executou, é documentada pelos números referentes a cinquenta anos de actividade. Vejamos os publicados em 1952.

Os dispensários tiveram então a seu cargo 105.535 pessoas. Internaram-se 17.783 doentes, ou seja 16,9 %, dos quais 62,4 % em sanatórios, 15,8 % em hospitais e 21,8 % em casas de repouso e de convalescença.

A notar que o número de doentes internados nos sanatórios aumentou em relação ao ano de 1951, apenas com 60 %.

A mortalidade limitou-se a 1.174 doentes, ou seja 3,6 %. Destes, 70,9 % foram controlados pelos dispensários.

A morbidade por tuberculose diminuiu, ligeiramente, em relação ao ano de 1951, com 18.084 doentes, tendo em 1952 havido apenas 17.783.

No entanto só houve necessidade de internar 1/6 dos doentes contagiados.

Para a grande maioria procedeu-se apenas a um tratamento preventivo, ou post-sanatorial.

Nos dispensários dirigidos por enfermeiras fizeram-se 60.268 consultas, com 144.741 visitas domiciliárias.

O que prova, manifestamente, da actividade dos mesmos.

Naqueles que são dirigidos por um médico fizeram-se 108.618 consultas, com 6,3 % de radiografias e 90 % de radiocópias.

Entre os 43.410 doentes observados nestes dispensários 2/5, ou seja 40.011, correspondiam a uma tuberculose intra-torácica, e os restantes, ou sejam 3.399, a uma tuberculose extra-torácica.

Dos primeiros 30,3 % eram activos, e 67,7 % inactivos.

Em 1952, e em relação a 1951, observaram-se mais tuberculoses activas que inactivas.

Entre as lesões inactivas contam-se, principalmente, as primo-infeccões, tuberculoses secundárias com sequelas de pleurísias, e, por último, as tuberculoses terciárias.

Das tuberculoses activas, 2.660 casos (28,7 %) eram bacilíferos. O número de bacilíferos foi em 1951 de 27,7 %.

Ou seja, aparentemente, aumentaram o número das pessoas com tuberculose aberta observadas nos dispensários.

Quer dizer, apesar da mortalidade relativa ao número de doentes ser mínima, e se notar uma tendência para o decrés-

cimo da morbilidade, em 1952, todavia, houve necessidade de se internar mais doentes que em 1951.

Coube ao dispensário a pesada responsabilidade, e ao mesmo tempo grande parte dos louros, nesta vitória apreciável.

Realmente, e ao contrário da antiquada opinião, como dizia o Dr. H. Stöcklin, a tuberculose não surge apenas em pessoas com condições de vida precária. Precisamente muitos doentes graves acabam por ser recrutados entre pessoas activas e cultas, que devido às preocupações da profissão, ou da família, acabam, tardiamente, por ligar importância à doença, que já os consome há muito. Como factores desencadeantes da mesma aparecem, então, e por vezes, as dificuldades económicas.

O dispensário representa desta maneira, o prolongamento indispensável do sanatório. Compete-lhe descortinar, a tempo, os casos incipientes, os que em suma se curam, duma maneira económica e breve.

A evolução da Thurg. Schaffhausen Heilstätte, em 26 anos da sua existência, ou seja de 1924 a 1950, é, por seu lado, igualmente sugestiva.

E uma vez mais, nos servimos da linguagem monocórdica, mas precisa, dos números, para relatarmos qual foi essa evolução.

Assim, o número de camas, passou de 140, em 1924, para 180, em 1950. Em 1 de Janeiro dos dois referidos anos, estavam internados, respectivamente, 128 e 180 doentes.

O tempo médio de internamento no primeiro ano foi de 175 dias e no segundo de 293 dias.

Naquele havia um empregado por 2,7 doentes; neste 1 por 0,4 doentes.

Tanto no ano de 1924 como no de 1950 predominavam os doentes com formas bilaterais não escavadas e apiréticas.

As razões que levam a escolher o sanatório, e particularmente o de altitude, como centro de eleição para o tratamento da tuberculose, são do conhecimento geral, se bem que ultimamente algumas dessas razões andem, injustamente, esquecidas e desvirtuadas.

A localização da T. S. H. é das mais privilegiadas, tendo a sua construção obedecido a tal critério e cuidado, que os seus planos acabaram por servir de modelo à edificação de outras.

Com uma máxima exposição solar, está particularmente abrigada dos ventos frios, pelo que a temperatura local é sempre superior à da do vale de Davos.

Se encararmos, agora o sanatório, não como um dos elos duma extensa cadeia administrativa passada à volta duma das doenças de maior repercussão social, e apenas como um centro terapêutico médico-cirúrgico, ele aparecer-nos-á, como qual quer outro serviço médico, em função da personalidade clínica do director que o dirige.

É da experiência deste, do seu senso, dos meios de que dispõe, que se é mais ou menos intervencionista, se prefere este ou aquele tipo de colapso, que se avalia desta, ou daquela maneira, o prognóstico de cada doente.

Duma maneira breve vamos tentar descrever a personalidade clínica do Dr. H. Stöcklin.



SYNOPENE

Cloridrato de N - dimetil - amino - etil - N -
- p - clorobenzil - α - aminopiridina

ANTI-ALÉRGICO

Acção segura com pequenas doses

Praticamente isento de efeitos secundários

APRESENTAÇÃO:

Tubo de 20 grageias a 0,025 gr.

Caixa de 5 empolas de 5 c. c. (solução a 1 0/0)

J. R. GEIGY S. A. - BASILEIA - (SUÍÇA)

Representante para Portugal e Ultramar:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 - PORTO

Corantes «GEIGY» para microscopia e investigação clínica

Lista à disposição dos Ex.^{mos} Médicos que a solicitem

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletilenadiazina dipenicilina G
A penicilina de longa duração

COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

INJECTÁVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante

CATORZE DIAS

**A PENICILINA DE MENORES
REACÇÕES ALÉRGICAS**

3 por mil em contraste com 5 por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA
INJEÇÃO
DESTE COMPOSTO
DE PENICILINA
ENCONTRAM-SE
CONCENTRAÇÕES
EFICAZES
NO SANGUE
DURANTE

14
Dias



E para isso, servimo-nos de algumas das suas palavras que, melhor do que qualquer outras, nos dizem qual era o seu pensamento sobre a terapêutica da tuberculose.

«É absolutamente necessário», escrevia ele em 1924, «que se faça uma escolha prévia dos doentes, antes da admissão no sanatório. O reenvio de doentes para os hospitais motivado pela acção prejudicial da altitude, além de acarretar uma perda de tempo, origina um choque moral desnecessário para o doente que vê, desta maneira, fugir-lhe a última esperança de cura.»

Datam também de há 29 anos estas outras palavras:

«O pneumotorax terapêutico é, além dos factores climáticos e dietéticos, a nossa melhor arma terapêutica actual. Ele obriga-nos, no entanto, ao maior cuidado. O longo tratamento torna frequentemente necessário o reinternamento, em especial nos meses de inverno, e dá uma afluência de doentes.»

A sua importância é indiscutível, particularmente nas formas cavitárias unilaterais. As complicações tardias (perfurações cavitárias e empiemas) são evitadas quando não se alargam as suas indicações aos casos infaustos, ou se pretende por qualquer preço, e à custa de insuflações forçadas, atingir um pretendo efeito terapêutico. É então melhor abandoná-lo, substituindo-o por uma frenicectomia, ou uma toracoplastia.»

Nesse mesmo ano escrevia ainda:

«Em 40 doentes tentamos a tuberculoterapia, e para lesões mínimas, estacionárias. A par dos bons resultados, nos casos rigorosamente escolhidos, temos, no entanto de acrescentar os de evolução desastrosa. Em boa verdade os doentes internados no sanatório apresentam formas recentes, iniciais ou reactivadas, pelo que semelhante terapêutica só raramente está indicada.»

Como conclusão geral, acrescentava:

«O doente não deve permanecer um tempo excessivo no sanatório. Os centros de convalescença, e a ergoterapia, os primeiros por razões de adaptação, e a segunda por razões morais, têm como finalidade encurtar racionalmente, tal período.»

Na avaliação dos nossos resultados terapêuticos temos omitido sistematicamente a expressão «cura». Preferimos, com efeito, a designação «melhorado», já que, honestamente, só se pode falar de cura ao fim de vários anos de observação.

O mesmo fazemos com a capacidade de trabalho, quando da alta do paciente. Valorizamos-la sempre em função do mínimo, e não do máximo. Assim doentes que foram classificados por nós com 75 a 50% de capacidade de trabalho encontram-se em plena actividade profissional desde há vários anos.»

E do relatório de 1950 tiramos as passagens mais instrutivas:

«O advento da quimioterapia (P. A. S., TBI e Estreptomina) provocou, em princípio, muitos entusiasmos exagerados. É evidente que a quimioterapia veio enriquecer substancialmente o nosso arsenal terapêutico, mas é também evidente que ela não substituiu a sanatorização, nem os métodos colapsoterápicos de eficácia mais que comprovada.

Admitimos, actualmente, que as cavidades podem ser tratadas mais rapidamente que outrora, ou seja sem as prolongadas curas conservadoras, que antigamente eram necessárias para melhorar o estado geral do doente, e permitir a reabsorção das disseminações.

No entanto, e ao contrário, de certa opinião, o tratamento «específico» não encurtou o tempo médio de sanatorização, mas, pelo contrário, alongou-o, já que ele permite-nos intervir em casos que antigamente eram de evolução fatal. E são estes doentes graves, agora recuperáveis, que aumentaram o referido período.

Por outro lado, não devemos pensar que a quimioterapia veio diminuir o rigor da luta anti-tuberculosa.

É um facto que a mortalidade por

tuberculose diminuiu consideravelmente na Suíça. Mas não devemos esquecer que anualmente ainda sobram a esta afecção 2.500 doentes, particularmente jovens.

Nos cantões de Thurgau e Schaffhausen falecem, anualmente, 100 doentes.

E todos eles têm no fim de contas, a sua vida entre as nossas mãos. Para os salvar há ainda que aumentar o número de camas em determinados distritos.»

Em 1952 faleceu o Dr. H. Stöcklin.

Deste infatigável médico que foi um dos impulsionadores duma obra de que tanto se orgulha a nação Helvética, não podemos citar uma vasta literatura.

Mas o seu pensamento, clínico, a sua arte inconfundível de tratar os doentes, transmutou-se, e perdura vigorosamente no espírito dos discípulos.

À escola de Stöcklin, pertencem F. Sutter, O. Düggeli, I. Steiger e E. Tanner, todos eles directores de sanatórios. Mas a sua «geistiges Erbe», é mais vasta. Do sanatório saíram um número apreciável de trabalhos, frutos do seu estímulo, e da sua experiência. Neles se espraia duma maneira fecunda, todos os ensinamentos da sua longa actividade de fisiologista, sobre a qual muito se teria a dizer.

O actual director da Thurg. Schaff. Heilstätte é o Dr. F. Sutter.

Cirurgião, feito sob a chefia do Prof. Brunner alia, desta maneira, aos sólidos conhecimentos médicos, uma técnica cirúrgica perfeita.

O pneumotorax intrapleural, o pneumotorax extra-pleural, a toracoplastia parcial, usa-as com o mesmo critério de electividade, com que usa as ressecções. Mas nesse critério há parcimonia, há sempre uma linha de conduta, um plano terapêutico, que se segue, sem se pretender grandes especulações.

Assim em 35 casos de ressecções pulmonares, 23 correspondiam a más indicações, e apenas 12 a boas indicações. A ideia dominante é salvar o doente sem atender aos resultados estatísticos. E estes são, no entanto, excepcionais. Em 8 pneumonectomias, 17 lobectomias e 10 ressecções segmentares, apenas 3 casos maus (fístula bronquica, disseminação e reactivação) com 32 bons, sendo a mortalidade nula.

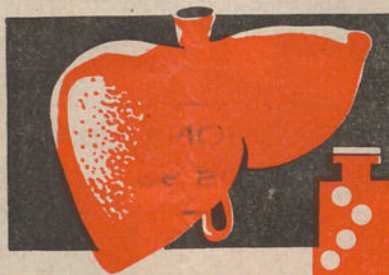
Apresentadas, assim, se bem que duma maneira forçadamente rápida, algumas das minhas impressões sobre a luta anti-tuberculosa na Suíça, e a importância que o sanatório desempenha na mesma, vejamos, e ainda duma maneira mais breve, as que tive a oportunidade de colher ao trabalhar num sanatório alemão.

É sabido que a mortalidade e a morbidade tuberculosas aumentaram ultimamente na Alemanha. Todos os factores de desagregação social que a guerra acarreta, estão na base deste desaire, num país que, durante muito tempo, se manteve na vanguarda dessa luta.

O sanatório de St. Blazien, da direcção actual do Prof. Otto Wiese, e que foi antigamente como que um lugar de peregrinação quando o dirigia o Prof. Bachmeister, ressentido-se, evidentemente, deste estado de coisas. O seu movimento cirúrgico é praticamente nulo. A colapsoterapia médica, assim como a quimioterapia, são, por este facto, excessivamente valorizadas.

No anatório de Wehrawald, com o

DOENÇAS DO FÍGADO E DAS VIAS BILIARES



COLEREPA

COLARÉTICO
E
COLAGOGO

A BASE DE

Ácido deidrocolico e hexametileno-tetramina

Boião 33\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!

METORMON

(metilandrostenediol)

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

INDICAÇÕES:

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

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

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

DIORMON

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

INDICAÇÕES:

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.

NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.

EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

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

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

LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

Dr. H. Good como director, pelo contrario, foi-me dado observar um centro de cirurgia torácica verdadeiramente modelar.

O Dr. H. Good que esteve na América durante o ano de 1949, trabalhando com R. H. Overholt, tem montado um serviço com todos os elementos indispensáveis para as modernas intervenções torácicas.

Duma maneira particularmente brilhante, e eficiente, fazem-se aqui as provas funcionais pulmonares. Da sua importância podemos facilmente ajuizar se dissermos que não existe mortalidade em 60 ressecções pulmonares, e depois que este estudo se generalizou à prática corrente.

A determinação da capacidade e saturação do oxigénio, feitas no aparelho de

Haldane-Barkcroft, o teor de CO_2 determinado pelo aparelho de Van Slyke, a determinação do pH, e da tensão do CO_2 , a par dos valores espirométricos, e colhidos por broncoespirometria (absorção do oxigénio, e volume minuto respiratório) permitem fazer uma ideia rigorosa das disponibilidades pulmonares funcionais, e estudar determinados fenómenos paradoxais, que estão na origem de certas mortes operatórias.

Por exemplo, o Dr. J. Maurath, que é o chefe desta secção, e que possui já uma notável experiência de tais exames, teve a oportunidade de constatar que, por vezes, lhe aparecem casos em situação de hipoxemia crónica, e portanto com uma baixa saturação do oxigénio arterial, nos quais

os valores do teor de CO_2 , do pH e da tensão do CO_2 , reagem paradoxalmente, quando os doentes inalam oxigénio. Assim, e de acordo com idênticas constatações feitas por outros autores, se dermos a inalar 50 a 100 % de oxigénio a doentes hipoxémicos, alguns apresentam determinadas alterações cerebrais, que podem chegar ao próprio coma. Da mesma maneira um enfisematoso pode cair em coma profundo depois de ter inalado, durante alguns minutos, 90 a 97 % de oxigénio.

Em tais casos, e depois da inalação, a saturação arterial do oxigénio volta a valores normais; o pH, desce, no entanto regularmente, assim como o volume-minuto respiratório, enquanto a tensão do anidrido carbónico aumenta, consideravelmente, acima de 100 %.

Ou seja, a administração do oxigénio em determinadas situações crónicas, ou agudas, de hipoxémia, é a maneira fácil (e infelizmente corrente) de encurtar a existência ao doente!

Meus senhores:

Estas impressões que aqui vos deixo têm, na verdade, apenas o modesto desejo de vos mostrar, se bem que num esboço imperfeito, que a tuberculose pulmonar, como doença, e a luta anti-tuberculosa, como problema social, continuam a preocupar, e a merecer a atenção de dois países de comprovada reputação médica.

Os meios de que ambos dispõem são, realmente, consideráveis.

Mas mais que esses meios materiais, impressionou-me, e cativou-me profundamente, a admirável regularidade de trabalho, decidida e imutável, dos homens, que corajosamente buscam os males na sua raiz, e mais corajosamente se decidem, com paciência, a resolvê-los honestamente.

FERNANDO LEAL

(Conferência lida no Serviço de Fisiologia, do Hospital Curry Cabral (director: Dr. H. Pereira) em Abril de 1953)

Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Efectuou-se no dia 30 de Abril uma sessão da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Pediatria, tendo os Drs. Miller Guerra e Lobo Antunes apresentado um «Estudo anátomo-clínico de um caso de atrofia olivo-ponto-cerebelosa». Tratava-se de um caso aparecido numa doente de 45 anos, e que condiz com a afecção degenerativa, descrito em 1900 por Dejerine e André Thomas. Os autores acentuaram a raridade dos casos desta natureza, referiram algumas particularidades para as quais não se tem chamado a atenção dos neurologistas e terminaram por apresentar uma interpretação pessoal do caso.

Seguiu-se o Dr. Pereira da Silva, que apresentou um caso de «Teratoma frontal simulando um meningo-encefalocelo», que operou com absoluto êxito, mostrando a doente, uma petiza de seis anos, completamente curada.

**NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.**

I O D O P₂

AMPOLAS — GOTAS

**ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂**

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO**

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

HEPAMECOL

HIGIENE

XAROPE

LIPOTRÓPICO DE ALTA CONCENTRAÇÃO

CLORETO DE COLINA 13 %

ACETILMETI ONINA 13 %

EXTRACTO DE LEVEDURA 10 %



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Exposição do Presidente dos Serviços Médico-Sociais—Fed. de Caixas de Prev.

(Continuação do número anterior)

Da referida alínea e) os aspectos mais interessantes, e que merecem relevo, são os que dizem respeito aos seguintes problemas:

1. Forma de recrutamento e de remuneração do médico;
2. Crise da classe médica motivada ou agravada pela Previdência;
3. Livre escolha do médico;
4. Quebra de individualidade dos actos médicos, desumanização da medicina e massificação do seu exercício.

Tudo isto são malefícios da Previdência, agravados pela Federação.

Diz-se no requerimento que a Federação «tem um quadro de médicos contratados com vencimento fixo, para ver os doentes em horas certas, nos postos que ela construiu, ou para visitar em casa, durante o dia, os doentes que não podem vir aos postos».

A verdade é que nem todos os médicos são contratados, nem todos têm vencimento fixo, nem todos vêem os doentes a horas certas, nem todos os doentes são observados em postos por ela construídos, nem todas as visitas domiciliárias são feitas de dia.

Imprecisão de linguagem ou propósito de, *marcadamente, especialmente*, se criticar a Federação?

Só os médicos dos postos são contratados e recebem vencimento fixo por duas horas de trabalho diário. Isto é, trabalham em regime de ocupação incompleta e, portanto, melhor seria chamar ao vencimento *gratificação*. São admitidos por concurso documental, a que todos os médicos podem habilitar-se.

Quanto ao contrato, informam-nos de que o autor do aviso prévio teve, na sua elaboração e exigência, acção preponderante.

Mas já não são contratados, nem recebem vencimento fixo, os médicos das delegações clínicas. O trabalho é remunerado por acto médico, de acordo com uma tabela de preços estabelecida entre um limite inferior que não minimiza o trabalho e um *plafond* que evita os abusos.

Os radiologistas, os analistas, os fisioterapeutas e os radioterapeutas são remunerados por serviço prestado.

Os médicos das delegações clínicas e

os das especialidades atendem os doentes, em geral, nos seus consultórios.

Adopta, portanto, esta Federação dois dos três processos conhecidos de remuneração dos médicos: a gratificação fixa e o pagamento por acto médico. Já tentou experimentar o pagamento por capitação e se ainda não o adoptou em larga escala foi por verificar que, se o sistema de remuneração *per capita* é fácil de estabelecer para os médicos de clínica médica, já assim não acontece para os das especialidades.

Na verdade, os dados constantes do relatório da comissão para o estudo dos quadros, vencimento e categorias dos médicos da Federação de Caixas de Previdência, de 1950, mostram-nos que, de acordo com a frequência das consultas, a cada 1.000 inscrições em clínica médica correspondem:

Ginecologia e obstetria ...	4.768
Pediatria	1.390
Cirurgia	9.880
Dermatovenereologia	17.120
Neuropsiquiatria	45.903
Oftalmologia	18.244
Otorrinolaringologia	9.272
Urologia	14.984

Estes números representam, pois, as inscrições a que corresponde, em cada especialidade, a mesma remuneração que há-de caber em clínica médica por 1.000 pessoas e fazem prever as dificuldades de remuneração por capitação nas especialidades.

Sobre o assunto transcrevemos a parte dos peritos da Organização Mundial de Saúde sobre a «Norme Minimum de la Sécurité Sociale», apresentada na 35.ª Sessão da Conférence Internationale du Travail, realizada em 1952, e referente ao processo de remuneração dos médicos:

«Le mode de rémunération des médecins et autres membres du personnel médical joue un grand rôle dans l'efficacité d'un programme de soins médicaux. Trois systèmes sont couramment pratiqués: la rétribution d'après les services rendus, la rétribution d'après le nombre de malades soignés et le traitement fixe (emploi à plein temps ou à temps partiel). Le groupe d'experts-conseils désire attirer l'attention sur les avantages et les inconvénients de chacun de ces systèmes.

Le système de la rétribution d'après les services rendus est probablement le plus répandu et celui qui est le plus en faveur auprès des médecins privés. Il incite le médecin à ne pas ménager ses soins, mais, par contre, une grande partie des services fournis peuvent être inutiles. Il expose d'autre part le médecin à la tentation de soigner un malade qui devrait plutôt être adressé à un spécialiste ou être placé dans un établissement. Il encourage même à prolonger la durée de la maladie. Ce système laisse au corps médical une très grande liberté, mais il entraîne, d'autre part, de nombreuses et souvent irritantes formalités administratives et il risque, en définitive, d'être plus onéreux pour le pays.

Le système de la rétribution d'après le nombre de malades soignés n'est facilement applicable qu'aux praticiens de médecine générale et convient mal lorsqu'il s'agit de spécialistes. Ce système maintient la relation entre le médecin et la famille et laisse une certaine latitude au corps médical. Il présente l'inconvénient de ne pas favoriser la qualité des soins, étant donné que la rémunération du médecin n'est pas une fonction de l'étendue des soins qu'il dispense. Par contre, et pour les mêmes raisons, le système est favorable à l'action préventive, car le médecin peut, sans crainte de subir de perte financière, envoyer promptement les malades chez un spécialiste ou à l'hôpital s'il y a lieu.

Le système du traitement fixe se heurte à l'opposition d'un grand nombre de médecins, car il tend à s'accompagner d'un contrôle de leur activité sous une forme administrative quelconque. Pour cette dernière raison, cependant, il permet de maintenir la qualité des soins et de soumettre les praticiens à la surveillance de chefs qualifiés, qu'il s'agisse d'un service gouvernemental ou d'un service bénévole. Avec ce système, il est possible de tenir compte de la formation professionnelle, de l'expérience et de la compétence des médecins pour fixer leur traitement et l'on peut leur offrir des avantages spéciaux pour les attirer dans des zones rurales et dans d'autres secteurs où leur nombre est particulièrement insuffisant. Ce système facilite la carrière des jeunes praticiens et permet de tirer le meilleur parti du personnel disponible. Il est propice à l'organisation méthodique de services préventifs et laisse au médecin la possibilité de poursuivre les études et de se perfectionner. Les formalités administratives sont réduites au minimum et d'une manière générale le système est très économique. En outre, il évite la création d'un service distinct de «médecins-contrôleurs» pour l'attestation des incapacités de travail.

Supomos a informação suficientemente elucidativa. Outros elementos poderíamos apresentar para nos fixarmos na forma mais conveniente de remunerar o acto médico nos regimes da Previdência, o que faremos noutra oportunidade.

As visitas domiciliárias nem sempre são feitas de dia. A chamada do médico tem de ser feita pelo beneficiário até à hora do encerramento do posto, isto é, até às 21 horas, e nada impede o médico de fazer a visita depois dessa hora e pela noite adiante.

O que não há, mas vai haver próximamente, são chamadas nocturnas desde o encerramento do posto até à sua abertura no dia seguinte.

Seria interessante que o autor do aviso prévio, ilustre médico, pudesse fazer um estudo crítico comparativo destes aspectos

MARTINHO & CA.

Tudo que interessa à medicina e cirurgia

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

UMA FELIZ ASSOCIAÇÃO

NEOESTREPTOMICINA

SANITAS

É UMA ASSOCIAÇÃO DE
ESTREPTOMICINA

E

DIHIDROESTREPTOMICINA

NESTA FÓRMULA CONJUGAMOS OS 2 SAIS COM AS SEGUINTE VANTAGENS

- **REDUÇÃO DA TOXIDADE**
MISTURA PRÁTICAMENTE ATOXICA
- **REFORÇO DA ACÇÃO TERAPÊUTICA**
- **AUMENTO DA TOLERÂNCIA LOCAL**

ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA EM PARTES IGUAIS — 1 GRAMA
SOB A FORMA DE SULFATO NUM FRASCO

SOLVENTE APROPRIADO . . . 5 C. C. NUMA EMPOLA

INDICAÇÕES: AS DA ESTREPTOMICINA

À VENDA NAS FARMÁCIAS



LABORATÓRIO SANITAS

do seu aviso na Federação e nas restantes caixas de previdência não federadas, nas caixas de empresa, como a da Companhia União Fabril, nos CTT, na C. P. e até nos organismos de assistência, como os Hospitais Cívicos e as Misericórdias, etc. As conclusões teriam grande interesse, ao menos para esclarecer certos boatos a que a Federação é absolutamente estranha.

«A crise da classe médica, além do que tem de geral na hora presente, é particularmente agravada pelo sistema da nossa Previdência», lê-se no aviso prévio.

Há mais de trinta anos que ouvimos falar na crise da classe médica, muito antes de existir em Portugal a Previdência Social. Dizia-se então que havia médicos a mais e doentes a menos.

Mas haverá hoje médicos a mais para as necessidades da população?

Poderão responder a esta pergunta a Ordem dos Médicos e as Faculdades de Medicina.

Ou estarão os médicos mal distribuídos, concentrados em certos meios, em prejuízo de outros, privados dos seus cuidados?

Diz-se que dois terços do número dos médicos portugueses exercem, ou pretendem exercer, a sua actividade nos grandes meios, especialmente em Lisboa, Porto e Coimbra. Ao passo que há regiões extensas e populosas que não têm médico.

Se chegássemos à conclusão de que o número de médicos é superior às necessidades, então só haveria que preconizar o encerramento, pelo menos temporário, de uma ou duas Faculdades de Medicina ou a adopção do critério do *numerus clausus* para ingresso nessas Faculdades, por forma a evitar que o número elevado de diplomados anualmente venha agravar cada vez mais a crise da classe médica.

Mas só a classe médica está em crise, agora agravada pelos serviços da Previdência?

E a dos engenheiros, dos arquitectos, dos agrónomos, dos veterinários, dos licenciados nas várias Faculdades universitárias, etc., estas não estão em crise?

Está provado que o nosso meio, pequeno como é, com algumas actividades fracamente desenvolvidas, não absorve a multidão de diplomados que anualmente saem das escolas superiores.

É corrente encontrarem-se estes diplomados, deslocados do campo de trabalho para o qual fizeram a sua preparação, empregados nos mais variados misteres, alguns muito inferiores às suas habilitações, para ganharem a vida.

É o facto característico dos tempos que correm, aqui como em toda a parte.

E, por ser um facto corrente e conhecido, até parece que a crise da classe médica só foi invocada no aviso prévio para dela culpar a Previdência.

É que, na verdade e em nossa modesta opinião, a Previdência não agravou a crise ao entregar aos médicos milhares e milhares de doentes que, ou não tinham assistência médica, ou recorriam às consultas externas dos hospitais como indigentes, para serem tratados gratuitamente. Um ou outro recorria a médico conhecido, que nada recebia e, quantas vezes, ainda tinha de lhe dar os medicamentos.

O vencimento ou salário mensal de 83 por cento dos beneficiários das caixas de previdência não atinge 1.000\$. O vencimento ou salário médio anda à volta de 667\$.

Como era possível, com tais salários, suportar as despesas de assistência médica e dos medicamentos sem o recurso ao seguro?

Antes da Previdência muitos dos actuais beneficiários só recorriam ao médico *in articulo mortis*, como ainda hoje acontece com as nossas populações rurais.

Agora vão ao médico ao mínimo achaque, abusam até da facilidade de consulta médica e chegam ao ponto de suggestionar a terapêutica, e às vezes conseguem - no, porque pagam e têm direito a ser bem tratados.

Este recurso aos cuidados médicos traduz-se, na Previdência, por uma despesa

anual, em acção médico-social, superior a 150.000 contos.

Isto é, a organização da Previdência veio lançar anualmente na classe médica e actividades afins a bonita soma de 150.000 contos, que seriam, sem essa organização, desviados na sua maior percentagem para satisfação de outras exigências, menos proveitosas, mas mais do agrado do contribuinte, por natureza imprevidente.

Há um facto sintomático que demonstra até que ponto é inexacta a afirmação: *A Previdência agravou a crise da classe médica.*

Mais de metade dos serviços de raios X instalados em Lisboa nasceram com os serviços médicos da Previdência e a contar com os doentes que estes lhes entregavam.

Há na provincia muitos serviços de raios X, análises clínicas, de fisioterapia, etc., que se devem à organização da Previdência, por se terem montado a contar com os doentes que esta lhes enviaria e que por outra forma não teriam. E ao fim e ao cabo o agravamento traduz-se na entrega anual de 150.000 contos, que seriam perdidos, numa grande percentagem, se não fóssem os serviços médicos da Previdência.

A livre escolha do médico é um dos pontos mais debatidos no intuito de demonstrar a imperfeição do sistema.

O beneficiário deveria poder escolher livremente o seu médico. Ora tal liberdade sem condições trazia consigo a obrigatoriedade de todos os médicos prestarem serviços à Previdência.

Mas, como não estamos num país socialista e não servimos uma doutrina essencialmente comunizante, não é esta certamente a liberdade a que o autor do aviso prévio quis referir-se.

Os médicos não podem ser obrigados a prestar serviço. Só o prestarão aqueles que assim o quiserem. E o beneficiário só poderá escolher livremente de entre aqueles médicos que estiverem dispostos a prestá-lo.

Isto é, liberdade absoluta para o médico, liberdade condicionada para o beneficiário. E cá vamos a resvalar para o quadro *privativo*, constituído por um número limitado de médicos: aqueles que aceitam prestar serviço à Previdência.

Mas aceitemos este critério de liberdade absoluta para uma das partes e de liberdade condicionada para a outra, com todos os condicionalismo impostos pela primeira.

E qual o critério do beneficiário para exercer essa liberdade de escolha condicionada?

É a competência profissional que o decide na escolha?

Ou serão outros elementos, que nada têm com o acto médico em si, a simpatia, as relações pessoais, o convívio, a propaganda, a recomendação ou até a imposição de terceiros, que o levam a decidir-se?

A medicina foi outrora uma arte: a arte de curar. Hoje, apesar de todos os esforços dos seus cientistas, ainda é uma ciência que tem de utilizar os processos psicológicos como adjuvantes da sua acção científica.

Há doentes, não há doenças, afirmava-se e continua a afirmar-se.

E, se assim é, ideal seria que o doente escolhesse o médico que, psicologicamente, lhe merecesse confiança, ou, melhor, que mais confiança lhe merecesse de o livrar dos seus achaques. É fácil adivinhar, porém, onde o sistema podia levar.

A liberdade de escolha do médico é uma espécie de liberdade com L grande, privilégio só dos que têm dinheiro para pagar a medicina sem limitações.

Que liberdade tem o doente de escolher o médico, se pode recorrer só a um, como acontece na grande maioria das nossas povoações rurais?

Que liberdade tem o doente internado num hospital de escolher o médico que o há-de tratar?

Se a medicina é hoje quase inacessível a quem não for milionário ou beneficiário da Previdência, só estes têm realmente a liberdade de escolher: os primeiros, liber-

Or + bismuth
= Au-Bi-Ol, „TOSSE“

pour l'injection intraglutéale
 aux maladies rhumatismales, érythémalodes, l'angine non-spécifique, la syphilis séro-résistante,
 présente un enrichissement des possibilités thérapeutiques.

E. TOSSE & CO, HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART
 Rua de Santo António, 203 - PORTO

SUB-AGENTE: A. G. ALVAN
 Rua da Madalena, 66.2.º - LISBOA

dade absoluta; os segundos, liberdade condicionada, por concessão da Previdência.

Afirma mais o autor do aviso prévio: «O seguro, entre nós, quebra a individualidade dos actos médicos, como em nenhuma parte, desumaniza a medicina, massifica o seu exercício como se fôssemos uma doutrina essencialmente comunizante».

Não sabemos como possa deduzir-se contra o seguro tal acusação, sem partir da ideia simplista de que a medicina é ainda hoje a arte de curar, e o médico o «João Semana, da burra branca, do guarda-pó e chapeu de sol», cura de mazelas físicas, amigo e conselheiro das mazelas morais e familiares, dos saudosos tempos.

Mas o autor do aviso prévio não pode ter partido de tal ideia, sendo, como é, professor de Medicina e, como tal, ilustre cultor da ciência médica, no conhecimento da sua evolução e tendência.

É certo que a medicina curativa perdeu aquele carácter de «colóquio singular», sacrificado em holocausto da ciência e da especialização, que era tão do agrado do doente.

É certo, ainda, que a medicina se desumanizou; o doente, como pessoa humana, foi sacrificado ao caso clínico, exigência também da ciência. Mas difícil é dizer se o seu exercício se massificou ou não: dificuldades de interpretação do neologismo. Mas qualquer que seja o significado que lhe atribuamos, podemos sem receio responder que sim.

Mas é o seguro o culpado de tamanhos delitos?

A actividade médica evoluiu nestes últimos anos no sentido da medicina de *équipe*. A complexidade das técnicas, o custo do equipamento e a especialização cada vez mais pronunciada, deram à medicina tal impulso e orientação que já hoje entre nós é difícil a actividade médica isolada. Já não têm significado, ou, pelo menos, estão a perdê-lo velozmente, as velhas designações do médico da família, de clínico geral, e não há-de demorar muito que o médico de clínica médica, o internista, fique reduzido à função de mero orientador do doente.

O trabalho médico — a cirurgia sempre requereu instalações e apetrechamento especial — faz-se já hoje, nos países mais adiantados, em policlinicas e hospitais.

E a tendência no nosso país é nitidamente para este caminho. Veja-se a facilidade com que os nossos clínicos propõem hoje ao doente o recurso ao internamento em casa de saúde ou em hospital, para tratamento da doença. E o doente que recorre à consulta sabe bem que terá de passar por especialistas, radiologistas, analistas, etc., para chegar a saber o que tem. Isto é, o doente era antigamente entregue somente ao seu médico: hoje é examinado por vários.

Resultados da especialização e das novas técnicas de diagnóstico e tratamento da doença. Está bem? Está mal? Não discutimos o problema. Verificamos o facto.

Para bem ou para mal, a evolução da medicina nos últimos anos deve-se aos médicos, ou, melhor, aos cientistas da medicina. O doente não deu a sua opinião, por só lhe interessar a cura ou, ao menos, o alívio da sua doença.

E como é possível manter a individualidade do acto médico em tal sistema, em que o doente contacta com vários médicos?

Então, é o seguro que quebra a individualidade do acto médico ou são as novas formas da clínica que lhe fizeram perder o sentido tradicional?

O internista, ao enviar o doente ao fisiologista, ao cardiologista, ao radiologista, ao electrocardiologista, ao analista, etc., para, depois das opiniões de tantos colegas e de tantos relatórios auxiliares, estabelecer o diagnóstico, faz perder ao acto médico toda a individualidade.

Mas o mais grave é que a evolução da medicina a tornou excessivamente cara, tão cara que constitui uma das grandes aflições para quem a ela, por desgraça, se vê obrigado a recorrer.

Aqueles que não têm o risco doença coberto pelo seguro sabem-no muito bem, e

cada um terá o seu caso para contar, alguns do nosso conhecimento, bem curiosos e elucidativos.

Não se veja, neste comentário, o intuito de misturar o trigo com o joio. Seria injusto fazê-lo. A classe médica merece toda a nossa consideração e respeito e só lastimamos que, de vez em quando, por intermédio do organismo coordenador e orientador da sua actividade, não se expurgue dos que tão mal a colocam na opinião pública.

Mas o seguro não é só responsável, no entender do aviso prévio, pela quebra de individualidade do acto médico; tem também o malefício de desumanizar a medicina, isto é, de transformar a pessoa humana em mero caso clínico.

Não é a própria medicina que se desumanizou, se é exacta a afirmação do autor do aviso prévio, isto é, se na realidade se desumanizou. O responsável da desumanização é o seguro.

Mas o seguro só tem a função de garantir ao segurado a prestação de cuidados

médicos, com as limitações impostas pelo maior ou menor valor da contribuição.

Não tem a menor intervenção no acto médico em si, e fora dele não aprendemos como o pode humanizar ou desumanizar.

É que a «desumanização» vem da própria evolução da medicina e, diga-se em abono da verdade, em muitos casos, em benefício do próprio doente. E não é ao seguro, réu de muitos delitos, que se deve imputar mais este.

Quanto à expressão «massifica o seu exercício», lamentamos ter de dizer que nos não parece claramente inteligível.

Massificar é um neologismo de que passa a ficar enriquecida a nossa língua, mas de que teria sido útil saber-se, pela autoridade do próprio inventor, o significado autêntico.

Literalmente parece equivalente a «converter em massa». Que entenderá, porém, o autor do aviso prévio por... «converter em massa o exercício da medicina»?

Depois de reflectir, arriscamos a hipótese de que terá pretendido dizer que, por virtude da instituição do seguro, acorrem às consultas médicas doentes em massa, multidões de doentes. É a verdade: o seguro teve, pelo menos, a virtude de permitir o recurso aos cuidados médicos na doença a muitos daqueles que, antes da sua instituição, se viam obrigados a estender a mão à caridade pública.

Aqui terminamos. Lastimamos não poder dizer a V. Ex.^a que no aviso prévio se contém um sistema perfeito nem em que é que tal sistema deve consistir. Infelizmente não temos as certezas em que o aviso prévio se alicerça. A nossa e alheia experiência ainda nos não dão bases bastantes para romper a indecisão actual e, de momento, construir o novo sistema.

A bem da Nação.

O Presidente da Direcção. — *Alberto Sá de Oliveira*.

O Sr. Presidente: — Já disse à Câmara que as explicações do Sr. Ministro das Corporações vão ser publicadas integralmente no *Diário das Sessões*.

Vou encerrar a sessão.

O Sr. Manuel Lourinho: — Requeiro a generalização do debate.

O Sr. Presidente: — Declaro generalizado o debate, que continuará na sessão de amanhã, de manhã às 10 horas e 30 minutos, e constituirá a sua ordem do dia.

Está encerrada a sessão.

Eram 20 horas.

(Continua no próximo número)



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
X a r o p e —	Frasco de 170 cc.	27\$00

NOVA APRESENTAÇÃO:

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



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

No Hospital de Santa Marta

Uma conferência do Dr. François Joly

O Dr. François Joly, cardiologista francês, colaborador do Prof. Soulié, de Paris, fez no dia 12 de Abril, no Hospital de Santa Marta, perante numeroso auditório, uma conferência sobre «Critério actual das indicações operatórias do aperto mitral». O conferencista baseou a sua exposição no estudo dos elementos semiológicos capazes de dar indicações sobre a operabilidade e resultados técnicos possíveis naquela intervenção cirúrgica e insistiu particularmente no uso de novos métodos de investigação clínica (cateterismos, medição de pressões intracavitárias), tendentes a determinar, com a segurança possível, os valores da área do aperto e da resistência arteriolar pulmonar.

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 17 a 23 de Maio)

Dia 17 — No Marco de Canaveses é inaugurada, na sua Misericórdia, uma instalação de R. X. para diagnóstico. Na sessão falam vários oradores e entre eles os colegas Drs. Arlindo Gonçalves Soares e Melo e Castro.

— No Porto, realiza-se a primeira sessão cultural promovida pela Comissão para a Recuperação dos Cegos e integrada na I Exposição Tifológica Internacional, patente no Coliseu do Porto.

— Em Coimbra, no Centro de Profilaxia e Diagnóstico da Zona de Coimbra, começa, a funcionar, sob a orientação do respectivo director, Dr. José dos Santos Bessa, o V Curso de Aperfeiçoamento Médico, para o qual foram convocados os directores dos dispensários da Zona Centro.

18 — Inicia-se no Porto a «Semana da Tuberculose». O Dr. José Manuel Rodrigues Pereira pronuncia no Clube Fenianos uma conferência sobre «Luta anti-tuberculosa — B. C. G. — Rádiorastreio torácico». É no final muito aplaudido.

— O Dr. Paiva Correia, administrador hospitalar, parte de Lisboa para Londres, em missão oficial, a fim de participar no 8.º Congresso Internacional dos Hospitais.

19 — Na Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal realiza-se um acto religioso destinado à entronização de uma imagem de N.ª S.ª de Fátima.

— Em Lisboa, na Junta de Província da Extremadura, o Dr. Fernando Lacerda realiza uma conferência sobre a «Reabilitação dos estrábicos».

— Ainda em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa realiza-se, à noite, mais uma sessão científica que é pre-

sidida pelo Prof. Dr. Xavier Mourato que estava ladeado pelos Drs. Joaquim Martins e Ravara Alves.

O Dr. Silva Horta apresenta um trabalho da sua autoria e dos seus colegas Drs. Tomé Vilar e Gualter Gomes intitulada «Um caso de histoplasmose diagnosticado pelo exame histológico duma biópsia de lesão traqueal».

A seguir, o Dr. Fontoura Madureira refere-se a um trabalho clínico sobre «Doença quística das pirâmides renais (rim em esponja)».

20 — O comandante João de Figueiredo, antigo governador de Cabo Verde e vogal do Conselho do Ultramar, efectua, no Instituto de Medicina Tropical, em Lisboa, uma conferência intitulada «Ideias gerais sobre organização e administração, sua ampliação ao Ultramar».

21 — Em Lisboa, sob a presidência do Prof. Egas Moniz, reúne a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa.

Na ordem do dia está inscrito o Prof. Fernando Freitas Simões, que apresenta uma comunicação intitulada «O problema da angústia pélvica em clínica obstétrica».

— Em Coimbra, nos Hospitais da Universidade, realiza-se a reunião quinzenal da Faculdade de Medicina, com a apresentação dos seguintes trabalhos:

«Tumor do pulmão com paquiperitose», pelo Dr. Antunes de Azevedo, e «Alguns casos dignos de registo», pelo Dr. Albertino de Barros.

— No Porto, às 16 horas, o corpo docente da Faculdade de Medicina do Porto presta homenagem à memória do Prof. Dr. Alberto de Aguiar, «O Médico» dará notícia circunstanciada do acontecimento.

22 — Partem para os Estados Unidos os Drs. Fernando de Almeida e Pedro Monjardino, respectivamente, chefes dos serviços do Instituto Maternal e de Ginecologia do Hospital do Ultramar, que em missão oficial vão participar no I Congresso Inter-

nacional de Esterilidade, que se realiza em Nova Iorque.

— Realiza-se, pelas 21,30 horas, na Ordem dos Médicos, a 4.ª sessão no Porto, da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Pronunciam comunicações os Drs. Américo Rola, sobre «Linfogranulomatose abdominal maligna»; dr. Crucho Dias, sobre «Tumor da protuberância»; e dr. Sobrinho Barata da Rocha, sobre «Paraplegia por cifro-escolioses» e «A propósito de mais um caso de osteocondrodistrofia».

23 — No Instituto Português de Oncologia, no seu anfiteatro, os representantes da Câmara Municipal e forças vivas de Alcácer do Sal entregam ao Prof. Dr. Francisco Gentil, em nome do povo daquela vila, de que o ilustre homem de Ciência é natural, uma mensagem de felicitações pela homenagem que lhe foi prestada pelo Governo, quando da recente inauguração do Hospital Escolar: a grão cruz da Ordem de Santiago.

Estrangeiro

Nos Estados Unidos, o Dr. Amílcar Moura, recebe o título de «Research Fellow in Medicine», distinção raras vezes concedida a estrangeiros.

AGENDA

Portugal

A comissão executiva da Cruz Vermelha Portuguesa tomou a iniciativa de oferecer, no dia 13 de Junho próximo, um almoço de homenagem aos Drs. José Teodoro Formosinho Sanches e Vítor Mancel Fuschini, prestantes oficiais das suas formações santárias, que completam 40 anos de dedicado serviço a esta instituição.

— Em Coimbra, no dia 25 do corrente, reúne-se, em festa de confraternização, o curso médico de 1924, do qual fazem parte, entre outros, os Profs Drs. Manuel Bruno da Costa, João de Alarcão e Silva e Manuel de Matos Beja.

Estrangeiro

— Reúne em Roma a secção italiana do Colégio Internacional de Cirurgiões, de 5 a 7 de Junho.

— Em Paris o LXVI Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia, de 21 a 25 de Junho.

— Em Paris a Liga contra o tracoma, a 22 de Junho.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 14-5 a 20-5-953)

Dr. Sebastião Custódio de Brito e Abreu, médico de posto de 1.ª classe do Instituto Maternal — promovido no cargo de director do Dispensário Central Rainha D. Amélia, vago pela aposentação do Dr. Fernando de Lencastre.

15-5

Dr. António Augusto Vilas Boas Carneiro de Moura, cirurgião contratado, dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se para França (via Genebra), durante 5 dias em comissão gratuita de serviço, para tomar parte no Congresso da Sociedade de Urologia do Mediterrâneo Latino, que se realiza em Evian nos dias 13, 14 e 15 de Junho próximo futuro.

— Dr. Manuel José Lemos — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a

NOVO E ORIGINAL

No

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

algiDerma

CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

BIAVI
LISBOA

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

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

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

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

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

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

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

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

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

acumular os cargos de segundo assistente, contratado, além, do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto e director, interino, dos serviços de oftalmologia do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

— Dr. Carlos Gabriel Fânzeres de Castro Fernandes, segundo assistente, contratado, além do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de segundo assistente, do Laboratório de Análises do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

— Dr. Carlos Augusto Rodrigues Borges, segundo assistente, contratado, além do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto — autorizado a acumular o cargo de director interino dos serviços de urologia do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

— Dr. Manuel João da Silveira Ribeiro — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Cabo Verde, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Henrique Lubrano de Santa Rita Vieira.

— Dr. José Augusto Lourenço Caseiro — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Cabo Verde, na vaga resultante da transferência concedida ao Dr. Joaquim Ferreira Guedes para Moçambique.

— Dr. António da Silva Ramos de Magalhães, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. José de Carvalho Campos, médico internista do quadro complementar de cirurgias e especialistas da província de Moçambique — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Angelo Flecha Ançã — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe

do quadro médico comum do ultramar português e colocado na Guiné, na vaga resultante da exoneração concedida ao Dr. Hernâni Alberto da Guerra Júdice, por motivo da sua nomeação para o quadro complementar de cirurgias e especialistas de Angola.

— Dr. Mário Edgardo Soares da Veiga, médico radiologista do quadro complementar de cirurgias e especialistas de Angola — reconduzido pelo período de três anos naquele lugar.

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

— Dr. Humberto Manuel Achemann da Silva Buceta Martins — nomeado para exercer interinamente, as funções de médico escolar do distrito de Lisboa.

16-5

Dr. Luís Queriol Macieira, otorrinolaringologista dos H. C. L. — concedida medalha de prata de bons serviços.

— Prof. Dr. Francisco Gentil — exonerado, a seu pedido do cargo de presidente da comissão técnica dos Hospitais Escolares de Lisboa e Porto, que vinha exercendo e no qual deu provas de mais alta competência.

— Dr. José Pais Ribeiro, chefe de serviço do Laboratório de Higiene e Medicina Sanitária da Faculdade de Medicina de Coimbra — exonerado, a seu pedido, do respectivo cargo, a partir de 29 de Abril findo.

18-5

Dr. Joaquim José de Paiva Correia, adjunto do Hospital Júlio de Matos — autorizado a tomar parte, como representante da Direcção-Geral de Assistência, no Congresso da Federação Internacional dos Hospitais, que se realizará em Londres de 25 a 30 do mês corrente.

— Dr. António Vieira de Lemos Pacheco Viana, segundo assistente, além do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato, por ter sido nomeado para o lugar de segundo assistente do quadro da mesma Faculdade.

— Dr. João Martins da Fonseca, segundo assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato.

— Dr. António Lourenço de Oliveira — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo assistente da Faculdade de Medicina do Porto.

— Dr. Amândio Gomes Sampaio Tavares — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo assistente da Faculdade de Medicina do Porto.

— Dr. Mário Nunes da Costa — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo assistente da Faculdade de Medicina do Porto.

20-5

Dr. José Maria Borges Guedes — nomeado para o lugar de director clínico da estância termal das Caldas de Canavezes.

DR. MÁRIO CARDIA

O nosso director, Dr. Mário Cardia, partiu no dia 24 do corrente para Bordeus, onde foi tomar parte no Congresso Francês de Ginecologia. A seguir, assistirá ao Congresso da Sociedade de Ginecologia da União Médica Mediterrânica, em Valencia, às Jornadas Médicas de Bruxelas e ao Congresso Internacional da Imprensa Médica, regressando a Portugal no dia 13 de Junho.

Nas perturbações circulatórias de origem orgânica e nervosa

Novidade

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

LACARNOL »forte«

Lacarnol - soluto de açúcar invertido

Para injeção endovenosa
5 ampolas de 10 cm³

Para o tratamento constante do coração idoso

LACARNOL gotas

frascos de 20 cm³



Ph 2441 - Po.

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

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

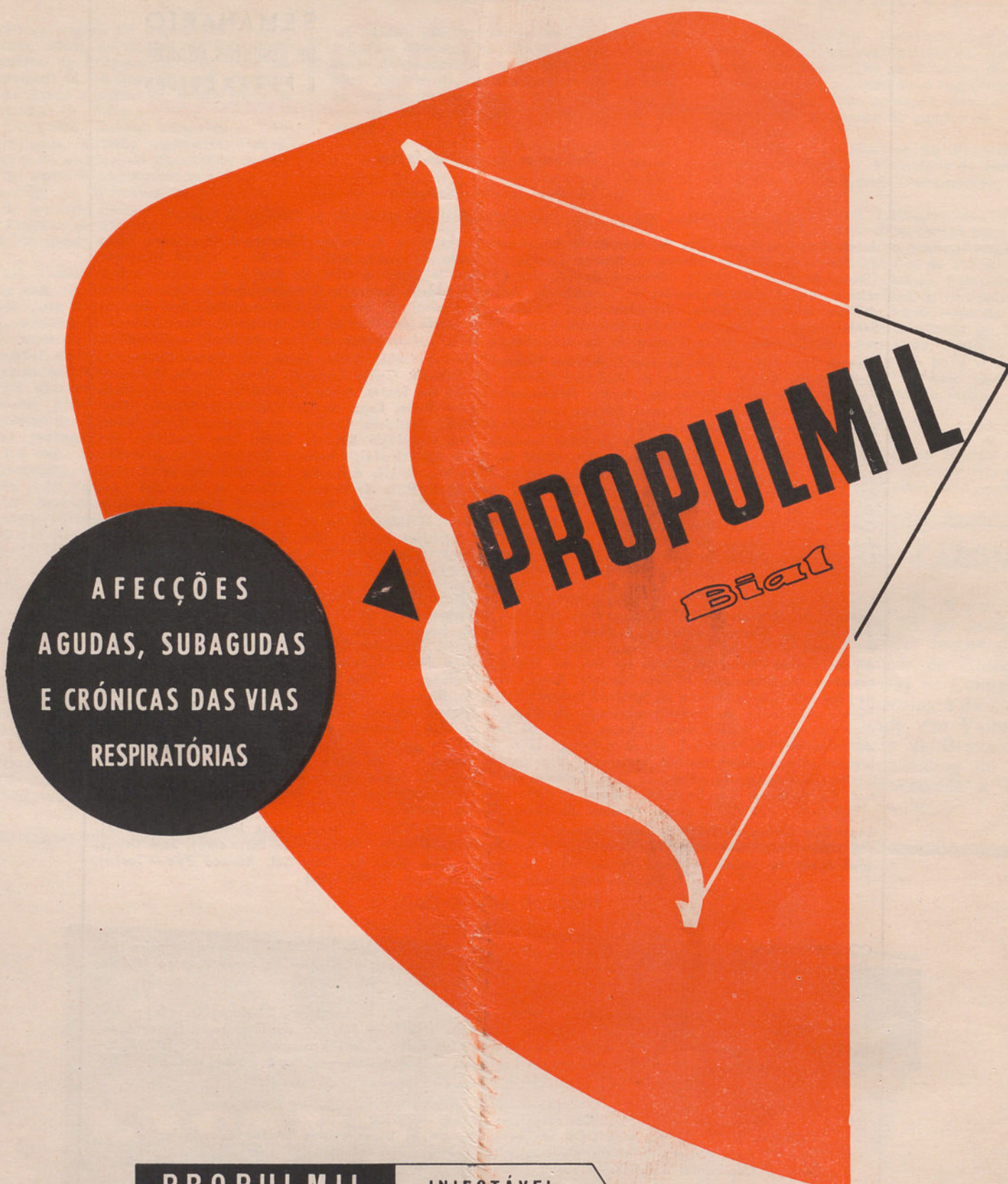
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynaecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

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



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

PROPULMIL

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.