

# O MÉDICO

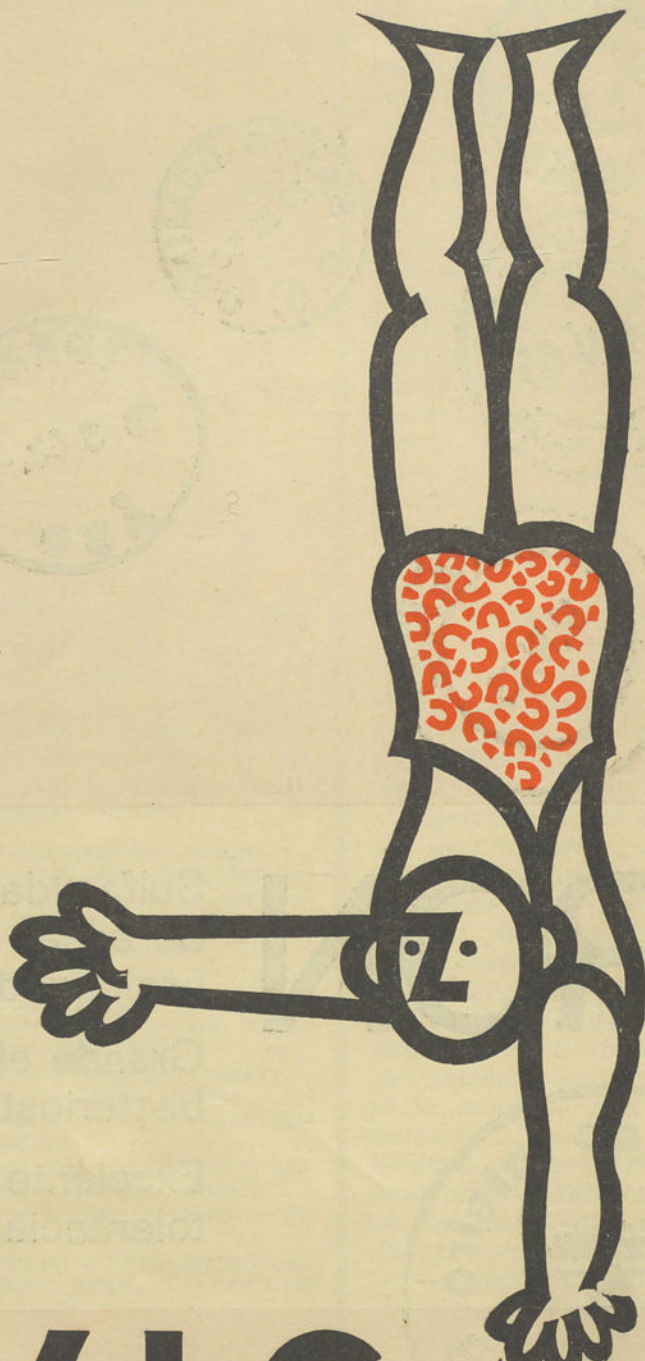
SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

XVI ANO—N.º 707  
18 de Março de 1965

DIRECTOR E EDITOR  
MÁRIO CARDIA

VOL. XXXIV (Nova série)  
Publica-se às Quintas-feiras

Red. Adm. AV. DOS ALIADOS, 41—PORTO—TEL. 24907 / LISBOA: R. Quirino da Fonseca, 2-C-1.º—Tel. 52074 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda  
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 3.ª pág. | PREÇO AVULSO: 6\$00 | Composto e impresso na Tipografia Sequeira, L.da—PORTO—R. José Falcão, 122—Telef. 24664



RECONSTITUINTE GERAL  
DE MÚLTIPLA ACÇÃO TÓNICA  
ANTIANÉMICA

E  
HEPATO-PROTECTORA

COMPLEXO TÓNICO-VITAMÍNICO  
SOB FORMA LÍQUIDA

DE  
PREPARAÇÃO EXTEMPORÂNEA

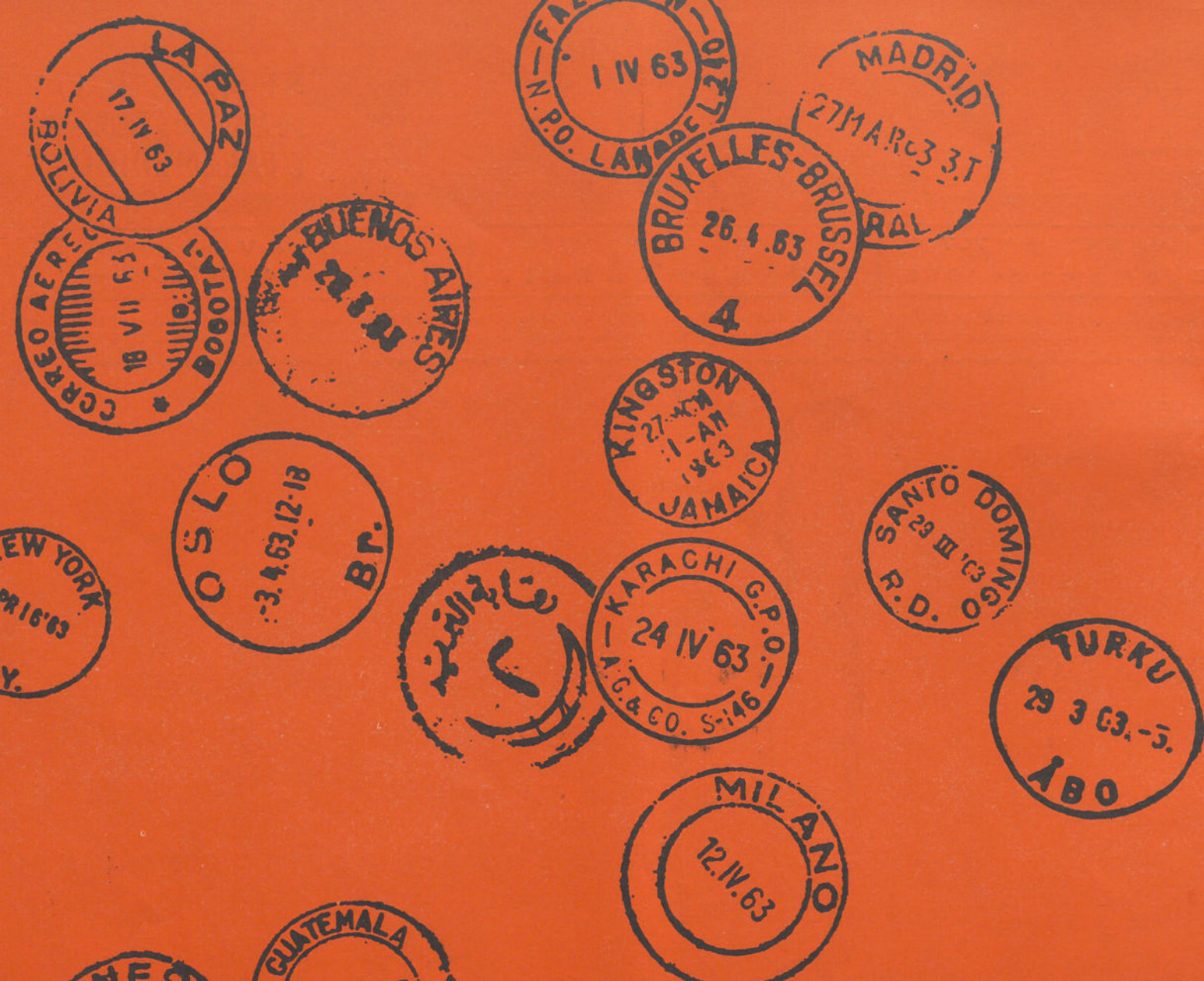
Um produto preparado pelo Instituto Luso-Fármaco

# VIGORVIL

## SUMÁRIO

COMENTÁRIO DA SEMANA .....	845
SEMANA A SEMANA .....	846
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
FERNANDO MEDINA — A psicoterapia de grupo em psicóticos ...	848
H. G. ROBERT e C. BOURY-HEYLER — Tratamento das hemorragias dos fibromas .....	854
PERISCÓPIO	
O enfarte do miocárdio .....	859
MOVIMENTO MÉDICO	
Infiltrados pulmonares crónicos — pág. 860; Dados recentes respeitantes ao emprego de derivados azotados em cardiologia — pág. 860; Estabilização dos sistemas líquidos por substâncias tenso-activas — pág. 863; Gravidez e cancro do colo do útero	

— pág. 864. QUE DESEJA SABER? — Zoster-varicellusos	
— pág. 867. Arterite digital e artrite reumatóide — pág. 868.	
Sumários da Imprensa Médica Nacional .....	868
LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES — Bibliografia — GONÇALVES FERREIRA e ALBANO RAMOS .....	869
ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
A medicina psiquiátrica em face da infância e da adolescência—JOÃO DOS SANTOS MARCELO .....	877
Sociedade Portuguesa de Anatomia Patológica .....	886
ECOS E COMENTÁRIOS — FERNANDO RODRIGUES NOGUEIRA	889
Nota da Ordem dos Médicos sobre os casos fatais de alergia aos antibióticos .....	891
NOTICIÁRIO NACIONAL — Altos cargos do Ministério da Saúde e Assistência — pág. 892; Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia de Coimbra — pág. 894; Comemoração do dia de S. João de Deus — pág. 900. Diversos.	
FORA DA MEDICINA — Livros .....	904



# KIRON

Sulfamida  
de acção  
prolongada  
Grande efeito  
bacteriostático  
Excelente  
tolerância



DIRECTOR e EDITOR:  
MÁRIO CARDIA

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Guedes Guimarães—Médico do Inst. da Ass. Psiquiátrica.

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos—Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Rodrigues Nogueira—Prof. da Fac. de Med. e Chefe de Serviço dos H.C.L. e José Andresen Leitão—1.º Assistente da Fac. de Medicina (Lisboa); Álvaro Mendonça e Moura—Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Joaquim Pinto Machado—1.º Assistente da Fac. de Med. (Porto).

Delegados no Brasil—Hilário Veiga de Carvalho (Prof. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) e Reginaldo Fernandes (Presidente da Assoc. Brasil. da Imp. Médica—Rio de Janeiro).

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos.

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA (Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 230\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 290\$00; Outros países: um ano — 350\$00.

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 270\$00; Ultramar — 390\$00.

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 160\$00, 120\$00 e 80\$00).

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO  
Telefone 24907

LISBOA: Rua Quirino da Fonseca, 2-C-1.º  
Telefone 52074

DEL. EM COIMBRA: Casa do Castelo —  
R. da Sofia, 49 — Telef. 24686.

LUANDA: Lello & C.º — Caixa Postal 1300  
— Telef. 4016/18.

RIO DE JANEIRO: Rua Araújo Porto Alegre, 70, Grupo 210 — Telef. 22-8577.

PARIS: Damour-15, Rue Galvani — Paris 17.º — Telef. GAL 61-00.

LONDRES: International Media Representatives-11, Baker Street, London, W1  
— Telef. HUN 3196.

Composição e impressão:  
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.da  
R. José Falcão, 122 — PORTO  
Telefone 24664

Prop. da SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — LISBOA  
Telefone 327507

ESTE SEMANÁRIO  
É TRANSPORTADO  
PARA TODO O PAÍS  
NOS COMBOIOS DA



Entre as transformações que têm sido assinaladas na União Soviética — respeitantes aos mais variados campos, como a economia, o ensino, o intercâmbio intelectual com diversos países, etc. — uma das mais retumbantes é a que se refere, no sector da biologia, à exautoração pública das teorias (consideradas durante muitos anos como tabú marxista) de Lyssenko, esse sábio fanático, que tem agora 66 anos, e durante 30 reinou como soberano absoluto em doutrinas que os políticos aproveitaram para variadas manobras leninistas-estalinistas e depois leninistas-antiestalinistas... Só admitindo os factos que favoreciam as suas teorias, rejeitando invariavelmente tudo que as contrariavam, Trofime Denissovitch Lyssenko — é assim o seu nome completo — e sempre mostrando um fanatismo irreductível, proclamava que um geneticista traía o marxismo-leninismo se contestava as teses da escola de Mitchourine. Nos tempos de Estaline, alguns sábios morreram apenas porque disseram que o trabalho de investigação era um pouco mais complexo do que aquele que indicava Lyssenko, e que se tornava necessário explorar novas vias.

Lyssenko afirmava que, graças aos seus trabalhos, estava provado que os caracteres adquiridos dum individuo poderiam ser transmitidos, ao passo que os mendelianos consideram que a natureza dos genes é factor decisivo da hereditariedade. As teorias de Lyssenko permitiriam criar o «homem novo» do comunismo e assim perpetuar a espécie, dando-se uma transformação durável da natureza, Lyssenko, defendendo essas teorias, dava assim uma base «científica» às ambições de Estaline. Todos aqueles que tinham coragem de contrariar as teorias de Lyssenko eram irremediavelmente eliminados.

Começou em 1952 a reacção, talvez melhor dizendo, a «insurreição», contra as teorias monopolizadoras de Lyssenko. Kruschchev, possivelmente levado pela sua ânsia «antiestalinista», alinhou com os protestantes, chegando em 1954 a criticar publicamente o sábio, outrora tão poderoso: Lyssenko. Até que, há poucos dias, o órgão quotidiano do partido comunista, o conhecido jornal moscovita «Pravda», reproduzindo parte de um discurso que Keldych fez na Academia das Ciências da capital da Rússia, salientava, ipso facto, as fraquezas de outrora, em especial a biologia soviética. A biologia está atrasada — decla-

rava Keldych, acrescentando: «Em grande parte devido à posição que ocupa um grupo de sábios dirigidos pelo académico Lyssenko que recusavam reconhecer a existência de tendências muito importantes em biologia e impuseram as suas concepções: estas, muitas vezes, não correspondem ao nível da ciência contemporânea». Limitavam o campo da investigação e fizeram suprimir dos programas escolares o estudo das descobertas que não confirmam as suas teorias. «Esta situação — declara Keldych — não deve prolongar-se: é necessário que se permita a liberdade de discussão e de experimentação».

★

É pena que algumas pessoas responsáveis em vários sectores das actividades nacionais — na economia, na política, nos problemas do ensino e da Saúde Pública — não acompanhem os movimentos actuais de transformação que se notam nos vários países, como, por exemplo, nos de regime comunista, e, indicando o polo oposto — digamos — também na vizinha Espanha. Infelizmente, há em Portugal pessoas, que ocupam altos cargos, que fecham os olhos às transformações que se operam no mundo de hoje e persistem num enquistamento que impede que caminhemos na senda de progressos necessários. Essas pessoas embirram com a expressão «ventos da história» — que, de facto, muitas vezes, encobre preocupações de interesses inconfessados por parte de vários países capitalistas ou comunistas, ou então manobras que, a serem coroadas de êxito, levariam os nossos territórios africanos para o caos político e económico. Mas «ventos da história» significa também essas úteis transformações na mentalidade dos povos, essas preocupações de liberdade e de tolerância, como as que se verificam agora na Rússia, a propósito das teorias de Lyssenko; ou, então, essa ânsia de melhorias sociais e de reformas, por exemplo, no ensino e nos sectores da Saúde Pública, como aqueles a que assistimos não só em países de regime comunista como em muitos outros de estrutura capitalista — entre os mais prósperos e os mais progressivos da Europa, na época actual. Que bom seria que essas reformas fossem também imitadas, na medida do possível, em Portugal!

C. D.

## «EUROPA MEDICA»

Dentro de poucos dias, será distribuído o n.º 1 de 1965 da grande revista internacional «Europa Médica» — edição em língua portuguesa para Portugal, devendo sair no mês de Abril próximo outra edição em língua portuguesa destinada ao Brasil; a primeira aparece no quadro do semanário «O Médico» e a segunda é editada pela importante revista brasileira, que se publica no Rio de Janeiro, «Jornal Brasileiro de Medicina». Como temos noticiado, é a mesma a colaboração em todas as edições linguísticas (francesa, alemã, italiana, espanhola e portuguesa); o 1.º número de 1965 é em grande parte dedicado a «Tratamento dos estados de ansiedade», publicando também um extenso relato sobre os assuntos tratados no simpósio organizado pela «Europa Médica» em Milão (Maio de 1964), em que se discutiu o «Tratamento da hipotensão arterial». Esse simpósio, como outros que tem celebrado «Europa Médica» (o último dos quais em Estrasburgo - Outubro de 1964) constituíram acontecimentos notáveis na medicina europeia, muito contribuindo, em colaboração com prestigiosas firmas farmacêuticas, para os progressos da terapêutica; o último, realizado em Estrasburgo, foi subsidiado pelos laboratórios Roche.

## IMPORTANTE CONGRESSO

Incluído nas actividades da «Europa Médica» e da organização anexa — *European Medicum Coilegium* — vai realizar-se em Turim um importante congresso, para o qual chamamos a atenção de todos os médicos portugueses (ver página anunciadora neste número de «O Médico», com referência às excursões que, em relação ao 1.º Congresso da «Europa Médica», organiza a importante agência turística nacional «Europeia»). De facto, esse congresso, que se realiza nos dias 9 a 13 de Junho próximo, interessa a todos os médicos, pois, além dos assuntos de actualidade que se vão discutir e dos vários actos sociais relacionados com o Congresso, este realiza-se no quadro de importantes manifestações (5.ª Feira Internacional de Artes Sanitárias, Festival de Filme Médico-Científico), que vão levar-se a efeito ao mesmo tempo e no mesmo recinto («Torino-Exposizioni»), e quem não quiser tomar parte em todos os actos do congresso da «Europa Médica» poderá também assistir a outros congressos e simpósios que se realizam na mesma ocasião e no mesmo recinto, promovidos pelo grupo jornalístico «Minerva Médica» (no qua-

dro dos quais se publica a edição italiana da «Europa Médica») e pela Associação Médica Italiana.

## ASSUNTOS MUITO IMPORTANTES

e de interesse para todos os médicos vão ser tratados em Turim nos dias 9 a 13 de Junho de 1965, relacionados com as reuniões a que se faz referência nas notas anteriores, e que são, além do Congresso da «Europa Médica», congressos e simpósios relativos às seguintes disciplinas: Ginecologia e Obstetria, Cirurgia Plástica, Psicologia Científica, Odonto-estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial, Aspectos Psico-somáticos das doenças cancerosas, Auto-imunidade, Sexologia, Tratamento dos tumores com quimioterápicos e radioisótopos, Urologia e Cirurgia Cardiovascular. Própriamente no Congresso da «Europa Médica» são três os temas a discutir, perante relatórios apresentados por eminentes figuras da medicina europeia: «Tratamento médico-cirúrgico da litíase biliar», «Insuficiência respiratória crónica» e «Estados de vida aparente (comas ultrapassados)»; sobre este último tema, de cujos relatórios foram encarregados prestigiosos anátomo-patologistas, cardiologistas, anestesistas-reanimadores, teólogos, internistas, cirurgiões e outros especialistas; da parte médico-legal foi encarregado o membro do Conselho de Redacção de «O Médico» e presidente da secção portuguesa da «Europa Médica», Prof. Luís Duarte-Santos, de Coimbra. Os médicos portugueses que se inscreverem em qualquer das modalidades das excursões (a que atrás se faz referências) organizadas pela agência «Europeia», ficam implicitamente com direito a assistirem a todas as reuniões que se realizam em Turim nos dias 9 a 13 de Junho de 1965.

## AGENDA

## LISBOA

Hoje, dia 18, às 22 horas, no Hospital de D. Estefânia, realiza-se mais uma sessão do Curso de Aperfeiçoamento para Internos, dedicada à Pediatria, na qual falam a Dr.ª Alda Pamplona, sobre «Particularidades dos exames de laboratório na Pediatria», e o Dr. Filipe da Cunha, acerca da «Interpretação dos resultados dos exames laboratoriais; Aspectos particulares em Pediatria».

— Amanhã, dia 19, às 21,30 horas, no Anfiteatro «Celestino da Costa», do Instituto de Histologia (Hospital de Santa Maria - Piso 3), realiza-se mais uma sessão do 3.º Ciclo de Conferências daquele Instituto, falando o Dr. M. Teixeira da Silva, sobre «Algumas características das estruturas membranosas de bactérias do género *Bacillus*. (Observações ao microscópio electrónico)», e o Dr. Roberto Salema, acerca da «Génese e alguns aspectos ultrastruturais dos cromoplastos».

— Dia 21 — Promovido pela Juventude Universitária Católica de Medicina — Anfiteatro de Anatomia da Faculdade de Medicina — Colóquio sobre «Regulação da Natalidade e Gestagêneos de Síntese», com o seguinte programa:

— Às 10,30 horas — «Farmacologia dos gestagêneos de síntese», pelo Prof. Lobato Guimarães; às 11,15 — «Gestagêneos de síntese em Obstetria e Ginecologia», pelo Dr. Kirio Gomes; às 12 horas, Missa; às 14,15 — «Gestagêneos de síntese e regulação da natalidade», pelo Dr. Manuel Neves e Castro; às 15 horas — «Problemas morais e sociais da regulação da natalidade», pelo Rev.º Padre José Carlos Silva Sousa; às 16 horas — Debate final.

No dia 22, às 21,30 horas, no Anfiteatro «Celestino da Costa» do Instituto de Histologia, realiza-se a quarta sessão do Ciclo de Conferências promovido por aquele Instituto, falando a Dr.ª Maria Isabel Meireles Pinto, acerca do «Estado actual do problema da melanogénese».

— No dia 22, às 22 horas, no Hospital dos Capuchos, realiza-se outra sessão do mesmo curso de aperfeiçoamento, esta dedicada às doenças infecciosas. Trata-se de uma mesa redonda sobre corticóides, na qual fará de moderador o Prof. Iriarte Peixoto e em que intervêm os Drs. Ferreira de Almeida, Mário Gomes Marques, Luís Monteiro Baptista e Rosário Dias.

## COIMBRA

Dia 20, às 21,30 horas, no salão nobre dos Hospitais da Universidade, efectua-se a primeira sessão da reunião promovida pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com a seguinte ordem de trabalhos:

Prof. Mário Trincão e Renato Trincão — Um caso de aneurisma da crossa da aorta associado a traqueopatia osteoplástica. Prof. Eduardo Esteves Pinto e Drs. Lopes Pimenta e Caldas Guedes — Agenesia da artéria pulmonar. Dr. Mário Cerqueira Gomes — Correspondência hemodinâmica de parâmetros vecto-cardiográficos registados pelo sistema de Frank. Prof. Sousa Pereira e Dr. Jaime Neto — Algumas considerações sobre aritmias diabéticas. Drs. J. Pereira Leite e Pais Clemente — Ocorrência repetida de pericardite, após administração de anti-toxinas. Dr. José Manuel Sousa Pereira — Estudo morfológico e fisiopatológico do gânglio linfático pela linfografia. Prof. Bartolo Pereira e Dr. Luís Providência — Implantação de um pace-maker interno no tratamento do síndrome de Stokes-Adams.

No dia 21, às 10 horas, no mesmo local, efectua-se a segunda sessão desta reunião, com a seguinte ordem de trabalhos:

Prof. Mário Trincão e Drs. Luciano Reis, António Aguiar e G. Ferrão — A propósito de um caso de atresia da tricúspida e de *situs inversus completus*. Prof. Arsénio Cordeiro e Drs. Fernando Laginha, Humberto Costa e Carlos Ribeiro — Embolia coronária. A propósito de cinco casos. Profs. Antunes de Azevedo e Ramos Lopes — Um caso de cura, pela penicilina, de endocardite estreptocócica em doente hipersensível a este antibiótico. Prof. Arsénio Cordeiro e Drs. Carlos Ribeiro e Soares da Costa — Dois casos de *ostium primum*. Prof. Fernando de Oliveira e Drs. Rodrigues Branco e Norberto Canha — Algumas considerações sobre a reabsorção linfática nos edemas dos membros inferiores. Dr. Carlos Ribeiro — Bloqueios intra-ventriculares bilaterais. Prof. Mário Trincão e Drs. Políbio Serra e Silva e M. Matos Beja — Um caso atípico de aneurisma da aorta.

# Clorotifina

(Cloranfenicol)

CÁPSULAS

# Clorotifina

(Cloranfenicol)

SUPOSITÓRIOS

# Clorotifina

(Palmitato de cloranfenicol)

SUSPENSÃO ORAL

# Clorotifina

(Cloranfenicol succinato de sódio)

INJECTÁVEL

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO — LISBOA



## A PSICOTERAPIA DE GRUPO EM PSICÓTICOS

FERNANDO MEDINA

(1.º Assistente do Hospital Miguel Bombarda)

Ao escolhermos o título desta comunicação (1), estivemos indecisos entre o adoptado e o de «Psicoterapia de grupo institucional», visto que nela nos iremos referir a estabelecimentos psiquiátricos, e neles, nem todos os internados são psicóticos, nem a nossa experiência, aliás diminuta, de psicoterapia de grupo de psicóticos em clínica privada será mencionada aqui.

Evitaremos desde início considerações sobre a patogenia de psicoses. Não postularemos que psicoterapia é o tratamento de perturbações psicogénias, assim como a fármaco-psiquiatria é tratamento de psicoses organogénicas.

Creemos poder ser aceite que nas psicoses ou até em qualquer doença somática há fenómenos regressivos ao nível psicológico e um apoio a este nível poderá ser vantajoso. Mais precisamente, o que tentamos levar a cabo na clínica de mulheres do Hospital de Miguel Bombarda poderia classificar-se de uma clínica psiquiátrica centrada na terapêutica de grupo (group-centred mental hospital, na expressão de Harris). Nos grupos incluímos toda a espécie de diagnósticos, desde neuroses de ansiedade, toxicomanias, demências artério-escleróticas, manias, etc..

Para fazer este trabalho, queremos desde já afirmar que o próprio pessoal se teve de organizar num grupo mais coeso, numa verdadeira equipa. Sem esta compreensão e organização, nada se poderia fazer neste tipo de trabalho.

Agradeço, pois.

No aspecto prático, pela colaboração dos colegas Nuno Ribeiro e Maria João Bual, que assumiram o papel que se poderá chamar de psiquiatras de enfermaria, encarregando-se da colheita de informações e elaboração da história clínica, contacto com as famílias, licenças e altas e farmacoterapia.

Tal como se verá, é fundamental para desligar no tratamento analítico a figura de terapeuta de uma auto-idade que lhe era atribuída pelos membros do grupo, na medida em que estavam numa posição de objectiva dependência em relação a gratificações várias e o colocavam em situação de conflito ou de aparente favoritismo em relação aos membros do grupo. A colaboração com o restante pessoal clínico, médicos e enfermeiras, em reuniões de equipa semanais, para melhoramento da assistência aos doentes, que influi geralmente troca de informações, discussão de orientações em casos particulares de doentes, permitindo a mais profunda compreensão das mesmas. Em especial, agradeço à enfermeira Lourdes Franco, além da elaboração regular dos relatos das sessões, o papel que desempenhou nos grupos que descreverei abaixo.

No plano teórico, agradeço a supervisão regular e esclarecedora de Eduardo Cortesão e Azevedo e Silva e em geral dos participantes no seminário da secção de grupo-análise, este ano dedicado exactamente à psicoterapia de grupo em psicóticos.

Finalmente, expresso o meu agradecimento aos pacientes que, como Maxwell Jones, também expressou, «acima de tudo nós aprendemos o valor do paciente como membro da equipa de tratamento». Creio que eles me têm tratado a mim como eu a eles.

Como se verá, este trabalho deriva mais de uma experiência pessoal de longas horas com pessoas de que uma tentativa de se transplantar para a acção conhecimentos bibliográficos. Neste campo, quero citar apenas

as influências de FOULKS, MAXWELL JONES e BIERER. Vejamos o que se pretendeu modificar. Durante cerca de quinze anos, a pessoa que me aparecia para observar, num hospital psiquiátrico, era atentamente escutada, descrita e classificada segundo a psicopatologia jaspersiana ou outra, para se fazer um diagnóstico. Os sintomas eram criteriosamente procurados, esclarecidos e discutidos com o paciente, para se apurar, por exemplo, se tal era uma ideia delirante ou conflito real, as informações das famílias aceites, creio que sem crítica profunda. Paralelamente ao síndrome, eram ponderados a psicogenia, os factores exógenos, o biotipo, a personalidade, etc., etc., para o estabelecimento de um prognóstico. Entre mim e a pessoa encontrava-se, além da secretária, a sintomatologia. A minha pretensão era destruir a sintomatologia, com ela me preocupava. A pessoa era qualquer coisa que me interessava, mas não o objecto fundamental do que eu considerava a minha actividade psiquiátrica. Nesse sentido, creio que seguia a linha clássica da Medicina quando se propõe remover a doença.

Para isso tinha o arsenal terapêutico, desde as terapêuticas biológicas aos psico-fármacos, num contacto regular sempre com os sintomas e uma modificação de dosagem ou de fármacos marcava esse tipo assistencial.

Quando o quadro clínico era removido, era com satisfação que tinha um breve encontro pessoal em forma de despedida, pois considerava a missão cumprida.

Creio hoje que esta atitude é errada e favorece a alienação. Independentemente de se ser psicoterapeuta, ou não, só há vantagem em procurar um contacto pessoal desde início. Tal nos acarreta um acréscimo de angústia, é certo. O classificarmos de ideia delirante um delírio erótico de solteirona ou um delírio persecutório, na medida que já estamos a trabalhar com sinais, de sinais, de emoções profundas, poupamos se acompanharmos a pessoa nessas emoções intensas.

O conceito ideia delirante, para qualificarmos uma história mais ou menos longa referida pela pessoa, atrás de qual estão vivas emoções de angústia, abandono, desespero, é até certo ponto tranquilizante.

Mas lembremos que, como nos sonhos de abismos, estes não existem, está-se apenas a sonhar, numa cama, mas o pavor, sim, é vivido realmente.

Pretendemos agora uma aceitação total do indivíduo e isso implica uma nossa própria aceitação.

Tal não significa uma recusa aos seus sintomas. De facto, escusamos de nos esforçar muito nesse campo. Ele mesma tem, em geral, pressa em nos mostrar e em restringir sobre eles o diálogo.

Muito habitualmente, os sintomas são mecanismos de defesa, mais ou menos eficazes contra a angústia e a aceitação deles pelos outros, incluindo o médico, tranquiliza o doente. Não se poderá comunicar com o doente recusando-nos a aceitar os seus mecanismos de segurança. Porém, em oposição à minha atitude anterior, de entrar em conflito com os sintomas através de terapêuticas, pretendo agora uma verdadeira neutralidade e não envolvimento nesse campo.

Não que antes pretendesse demovê-los argumentando, pois só o fazia de início, para ver se «eram irre-

(1) A Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 25-VI-1964.

movíveis à razão e à experiência», mas pela inquirição sistemática, mudança de terapêuticas, recusa de altas, etc., tornava-se bem explícita a recusa de os aceitar.

E posso já referir que o chamado doente tem geralmente uma compreensão dos processos mais profundos que se passam nos chamados normais, que estes não têm para com ele.

Quando um esquisofrénico, por exemplo, me faz qualquer afirmação sobre mim, eu tendo em principio mais a aceitá-la do que em minha introspecção nesse momento possa ver.

Esta atitude mais permissiva é também ao mesmo tempo mais responsabilizante.

O conflito eu — meio inicial, continuava no conflito eu — médico, representando este o meio social autoritário e frustrante em que, no fundo, juízos éticos subjectivos de psiquiatra serão apresentados numa linguagem de cunho científico. Se o médico recusa essa forma de envolvimento, é também abrangido pela actividade psicótica, mas em posição que permita uma análise muito mais livre dos mecanismos de transferência, projecção ou outros.

O conflito tende a circunscrever-se a um eu — eu, o que permite por vezes formas de compromisso mais gratificantes que a obtida na psicose, e se estas são obtidas a remissão do estado psicótico surge como solução natural.

Podemos postular que um internamento implica um conflito eu-meio real?... creio que sim, pelo menos num sentido nato da palavra conflito. Ou o indivíduo solicita o internamento manifestamente, por não estar bem, ou como deseja, cá fora, ou é internado, por familiares, amigos, etc., que não o podem aceitar tal como ele está.

A minha experiência destes 6 meses mostrou-me que esta segunda hipótese é muitas vezes uma forma inconsciente da primeira, pois a pessoa deseja, de facto, ser internada, por motivos de segurança vários, mas proporciona o serem os outros a fazê-lo, não se comprometendo, pois, na situação e mantendo-se até num protesto.

Se o meio social, com toda a sua estruturação deficitária ou não, é insustentável ao doente, pareceria de primacial atenção o estruturar o hospital numa verdadeira comunidade terapêutica.

De facto, parece-me justo dizer que bastantes psicóticos conseguem curar-se, apesar do hospital psiquiátrico funcionar como funciona. E por paradoxal que pareça queria afirmar que nós médicos, enfermeiros, ergoterapeutas, conseguimos ajudar os doentes, apesar do que aprendemos, mais do que pelo que aprendemos.

Com um meticuloso tecnicismo seria duvidoso que o conseguíssemos fazer.

As características fundamentais do internado, baixa auto-estima e excessiva dependência, só são reforçadas pela promiscuidade em horda e o autoritarismo despótico a que são sujeitos. O termo despótico não envolve juízo valorativo mas crê-se objectivo para descrever uma situação mais ou menos prolongada em que todas as decisões cabem a outros. E, repetimos, os doentes já nada se consideram e solicitam conscientemente ou não uma resolução exterior das suas dificuldades.

Para o psicótico internado, como para a criança, o problema fundamental é o hospitalismo.

Para estabelecermos uma comunidade terapêutica recorreremos naturalmente ao grupo, pois tal era a nossa experiência de há anos em clínica privada com psiconeuroses.

Referimo-nos já ao grupo terapêutico, ou grupo com leader.

A sociedade, e tal implica estrutura de funções, mesmo que seja numa pequena sociedade, é o campo natural do indivíduo de hoje; há milénios que ultrapassámos o estado de horda, e não há também psicopatologia humana que possa ser confinada a um indivíduo

isolado. Toda a psicologia tem de ser encarada como psicologia social. O grupo estruturado é, pois, o campo natural e também terapêutico do homem.

A partir dessas unidades, grupos de que fazem parte membros de pessoal e internados, pretendemos constituir uma comunidade clínica que abranja também, além do conjunto de pessoal e doentes com a sua forma de reunião característica, a reunião comunitária, ex., doentes, os familiares e restantes interessados na sua assistência passada ou futura.

Não esquecemos necessariamente que a comunidade clínica faz parte de comunidade social e é nessa que se pretende integrar, e bem, o indivíduo internado.

Vejam os o processo terapêutico em curso:

O indivíduo é convidado a entrar num grupo pelo psiquiatra assistente, que, como atrás afirmei, o continua a assistir em tudo o que é rotina ser assistido.

Esses grupos compõem-se entre 8 a 12 internados, uma enfermeira regular e um terapeuta. Funcionam cerca de 1 hora  $\frac{1}{4}$  a 1 h.  $\frac{1}{2}$ , 2 vezes por semana.

Do processo de grupo apontarei as modificações que introduzi na técnica grupo-analítica de Foulks, introduzida em Portugal por Eduardo Cortesão. Dispensar-me-ei de descrever esta, por já Silva Santos, Lopes da Silva e também pessoalmente o já termos feito, nesta Sociedade.

As modificações da técnica são principalmente impostas pelo condicionamento hospitalar e por se tratar de psicoses.

Assim, na psicoterapia de neuróticos, desencoraja-se o acting-out, quer sobre a forma de contactos entre membros do grupo, incluindo o terapeuta, fora dele, quer sobre a forma de descargas motoras com ou sem contacto físico entre os membros do grupo.

Na técnica que tenho usado aqui, encoraja-se o convívio dos membros, se possível em conjunto fora das sessões. quer na ergoterapia, quer estando na mesma camarata. Com isto pretende-se:

a) Utilizar as energias libidinosas libertadas no grupo para esforço do gregarismo, combatendo-se o autismo e o abandono:

b) Apressar o processo terapêutico, permitindo uma longa troca de informações entre os seus membros, sendo alternadamente na sessão uns porta-vozes dos outros. Tal tem inconvenientes e vantagens que não aprofundo neste momento.

Quanto ao contacto entre os membros e expressão motora em geral, reconhece-se que um psicótico está em grande parte regressado e a única forma de expressão que tem de certas emoções é pré-verbal, o movimento voltará a ser a forma predominante de exercício de entendimento.

Neste aspecto, parti das exposições da Dr.<sup>a</sup> Rita Mendes Leal, da psicoterapia das crianças. Parece-me a única atitude realista de quem pretende um contacto profundo com psicóticos ou aceitá-los dentro da sua capacidade, na sua agressividade de física ou pulsão libidínica.

Não estou a encorajar uma posição masoquista ou de martírio. Como em todo o contacto humano, há uma troca e, até hoje, também este tipo de contacto me tem sido compensador.

Passa-se aqui a outra modificação da técnica, enquanto nas neuroses se utiliza a interpretação sobre a forma verbal, embora haja importante comunicação não verbal, ou mais exactamente não ligada ao significado das palavras, mas ao seu ritmo, tonalidade como são proferidas, olhar, etc., nas psicoses poderá ser adequada uma mímica mais expressiva, o sentir ou conduzir o paciente, e pôr a mão no ombro, etc.

Além destas modificações formais, parece-me necessário uma profunda modificação da atitude do terapeuta em relação à assumida a neuroses. A contra transferência deve-se manifestar bastante livremente.

A expressão, tom de voz, postura atenta mas neutra de grup-análise típica deverá ser substituída e sê-lo-á pela própria emoção profunda que o psicótico transmite por uma muito mais ampla permissividade do terapeuta para si mesmo. Admito o conceito de Rosen que a permissividade do terapeuta é tomada como padrão para o psicótico com uma possibilidade de integração da sua personalidade.

A introdução no grupo de uma enfermeira com contacto com os membros, também fora do grupo permite uma activação deste que pode ser útil em muitos casos. O seu papel poderá ser classificado de terapeuta auxiliar... admitindo-se, porém, que certas manifestações de contra transferência sua possam ser interpretadas no grupo.

Definimos princípios gerais; há que precisá-los em relação a grupos concretos.

A integração de uma candidata num determinado grupo tem obedecido aos seguintes factores, por ordem de importância:

- a) Idade.
- b) Diagnóstico.
- c) Nível cultural.

Adaptam-se estes elementos a incompatibilidades que eram anteriores ou surgiram durante o tratamento entre os membros.

Assim, temos em actividade:

1) O grupo designado de hebefrénicas, em que o autismo é o sintoma chave, de mulheres entre os 15 e os 40 anos. O silêncio compacto raramente cortado por risadas, chamadas estereotipadas... mas que são sentidas por mim, como profundamente sarcásticas. A atitude tem sido de poucas interpretações do significado do silêncio, o que me parece o adequado para permitir o seu desabrochar. Ocasionalmente, um membro entra em agitação mobilizando o grupo, que responde com negativismo ou ecolália, etc.

2) Grupo de psicoses reactivas. Designação genérica que abrange casos em que os elementos reactivos são mais aparentes. A idade varia entre os 17 e 32 anos. Os diagnósticos desde esquisofrenias paranóicas, anorexias mentais, toxicomanias, baforadas delirantes, neuroses de ansiedade, etc. O nível cultural varia entre o analfabetismo e uma licenciatura. Lerei abaixo extractos duma sessão deste grupo, que comentarei:

3) Grupo de paranóides. A actividade delirante é o sintoma mais significativo. As idades variam entre os 35 e 50 anos. Os níveis culturais variam entre o analfabetismo e o curso liceal e de conservatório. Os diagnósticos entre reacções paranóicas, parafrenias e esquisofrenias paranóides, havendo também manias e melancolias, em fase psicótica ou no chamado intervalo entre os acessos:

4) Grupo de senis. Acima de 50 anos, com demências arterioscleróticas, toxicomanias, velhos esquisofrénicos, neuroses de carácter ou outros. Aqui, a problemática é principalmente abandono ou desajustamento dos familiares. A análise das situações tende a cingir-se ao plano racional e realístico perante as dificuldades, reforço dos mecanismos de defesa do eu e o apoio em crenças e convicções.

Procura-se, porém, encorajar a tolerância, a atenuação das tendências paranóicas. A psicoterapia é o suporte ou reparadora, procurando-se valorizar os aspectos positivos dum passado.

É-nos impossível aqui comentar a evolução de um grupo, OR por ex., com o seu começo caótico, com rica participação emocional, com manifestações a todos os níveis mais notoriamente de sadismo oral. A sua organização em subgrupos até por vezes se atingir um equilíbrio em que o grupo como que adquire uma «personalidade» em que as várias tendências positivas e negativas dos vários níveis fossem expressas pelos vários membros. Os ramos da ambivalência de cada um são

expressos por dois, mas cada vez mais conscientes do que se passa. O estabelecimento e desenvolvimento de multitransferências.

Impossível nos é também ler, mesmo numa sessão inteira em que um tema é levantado e glosado por associações em cadeia, de vários membros, mesmo os silenciosos e até os ausentes.

Atrás do conteúdo manifesto sexual, quase obsessivo, surgem fantasias devoradoras em relação ao terapeuta, como figura materna, de morte dos outros membros.

Limitar-me-ei a escolher alguns fragmentos de relatos de grupo demonstrativos ao longo de 3 meses sempre referentes à mesma pessoa com diagnóstico de esquisofrenia paranóide com 10 anos de evolução.

5.<sup>a</sup> sessão, 22 de Janeiro: «o médico refere-se ao facto de Linda se ter zangado (dois dias antes agredira a enfermeira). Linda diz que a enfermeira L. (que assiste regularmente aos grupos) lhe deu um chá para se tornar «amiga» do médico.

Seguem-se várias sessões em que Linda participa silenciosa mas atenta.

10.<sup>a</sup> sessão, 15 de Fevereiro:

Linda: As enfermeiras são todas umas p... precisavam de morrer todas.

Linda: As freiras dormem com os padres.

Rosa: Acho que elas não dormem com nenhum. E tu com quem querias dormir?

Linda: Com o Dr.

Há referência num plano superficial à hostilidade para a figura materna do complexo de Edipo. Enfermeiras e freiras são figuras maternas e padres ou médicos podem ser figuras paternas. Num plano mais fundo, poderia pensar-se que o dormir com o médico seria para comer algo de bom do médico.

Em várias sessões, Linda começa por fazer insistentes pedidos para o médico lhe trazer bolos para comer; coisas boas.

15.<sup>a</sup> sessão, 29 de Março:

Linda: Os bolos comprados lá fora não satisfazem o desejo, e ora como o sr. Dr. anda em pastelarias finas, talvez me soubessem bem, porque ando de desejos. Estou grávida.

Rosa: Ai, credo. Esta mania de eu não engordar nunca mais me passa.

Esta gravidez, delirante, representa uma fantasia de engravidar pela audição, «emprenhar pelos ouvidos», em gíria popular. Corresponde a uma satisfação pelo que se ouve nas sessões. Rosa associa o comer ao engravidar, sofre de anorexia mental e vê o médico como desejado e perigoso.

19.<sup>a</sup> sessão, 5 de Março:

Linda: O sr. Dr. não me trouxe bolos, porque eu tenho uma coisa no coração e eu podia morrer e depois diziam que o sr. Dr. me tinha matado. Rosa: Ai que grande desejo que eu tive... mas se o dissesse, diziam que eu era «maluca».

Médico: É relacionado com o pai?

Rosa: É sim, desejei que ele morresse.

Continua o desejo e receio de ingerir coisas, vivido através do incesto paterno. Linda afirma que morria, Rosa prefere a morte do pai. Finalmente, um exemplo de interpretação de conduta.

28.<sup>a</sup> sessão, 2 de Abril:

Linda: Dirige-se ao vaso com flores, tira-as e parte-as todas.

Médico: O que a Linda faz às flores queria fazer às pessoas aqui presentes.

Linda senta-se tranquila.

Pretendemos apenas demonstrar a possibilidade de se compreender o doente, apesar do seu diagnóstico.

Durante este período, faz doses progressivamente decrescentes de Librium até suspender. O seu comportamento era na enfermaria, autista, com raptus agressivos, com desleixo da higiene e sem ocupação. Ao fim deste tempo, podemos descrevê-la como pessoa um



# Valium ROCHE

Trade Mark

Novo derivado da benzodiazepina

Uma nova via  
para se obter  
o relaxe  
psicossomático  
e a calma

O «Valium» Roche reduz dum modo selectivo a irritabilidade das estruturas subcorticais que regem as emoções e as funções neurovegetativas que lhes estão estreitamente ligadas.

Indicações: Perturbações psicorreacionais e psicossomáticas acompanhadas de tensão, excitação, agitação, ansiedade, insónias, irritabilidade, agressividade, reacções hipocondríacas e perturbações funcionais neurovegetativas.

Espasmos musculares de origem central e periférica. Aceleração do parto.

F. Hoffmann-La Roche & Cie., S.A., Basileia, Suíça

Representante comercial: Henri Reynaud Lda.,

Secção científica Roche, Rua do Loreto, 10, Lisboa, Tel. 30177

64179

# Valium ROCHE



## CITOSTÁTICOS «ASTA»

**Para a  
quimioterapia  
do cancro**

# ENDOXAN

- **acentuado efeito anticancerígeno**
- **grande margem terapêutica**
- **pequena acção leucotóxica**
- **boa tolerância local e geral**

**Profilaxia das recidivas pós-operatórias em  
carcinomas e sarcomas (terapêutica de protecção)  
tumores com desenvolvimento disseminado**

**Leucémias crónicas, linfossarcoma  
Linfogranulomatose, reticuloses**

10 frascos - ampolas de 100 e 200 mg

50 drageias de 50 mg

E. H. de 50 frascos - ampolas de 100 e 200 mg

# HONVAN

- **citostático específico do  
carcinoma da próstata e suas metástases**
- **grande margem terapêutica**
- **pequena acção leucotóxica**
- **boa tolerância local e geral**

**Carcinoma da próstata (formas inoperáveis ou disseminadas)  
profilaxia de recidivas ou metástases pós-operatórias)**

10 ampolas de 250 mg

20 comprimidos de 100 mg

50 comprimidos de 100 mg

E. H. de 50 ampolas de 250 mg



ASTA - WERKE A. G.  
Chemische Fabrik • Brackwede • Alemanha

bocado desinibida, mas aprumada e cooperadora, tendo ligações positivas fortes com outras internadas ou membros da equipa hospitalar e tendo corrigido o delírio com a enfermeira com que se manifestou de início.

De facto, penso que em todo o hospital sempre se fez psicoterapia de grupo, mas esta era executada pelo enfermeiro ou enfermeira-chefe aos doentes e pessoal subalterno, como observou MAXWELL JONES.

O médico tratava os chefes ouvindo-os e medicando ou transferindo, dando altas, em especial, os internados davam ansiedade ao chefe de enfermaria.

Estamos agora em plena crise que abala um hábito hierárquico sólidamente enraizado. Assim como o tratamento analítico implica o estabelecimento de uma «neurose de transferência», esta mudança de rumo implica uma «neurose de organização».

O estabelecimento das reuniões de equipa semanais em que também tudo pode ser dito, sem temor notório de sanções disciplinares, permite ir desfazendo mitos terroríficos que eu próprio médico ignorava totalmente, do pessoal de enfermagem em relação à classe médica e vice-versa e ir criando uma nova mentalidade. As barreiras doente-enfermeira, doente-médico, enfermeira-médico atenuam-se. A colaboração entre médicos tratando por formas diferentes o mesmo doente, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ergoterapeutas, assistentes sociais, vai-se construindo.

É nossa orientação nada impôr coersivamente ao pessoal. Tentamos esclarecer e esperamos que o pessoal execute, quando estiver preparado e seguro que pode e vale a pena executar.

Não acreditamos como benefício qualquer medida pretensamente em benefício dos doentes... mas que cause demasiada ansiedade ao pessoal encarregado de a executar.

Como é previsível nesta como em qualquer outra terapêutica, também aparecem limitações e insucessos.

Um aparecem-nos directamente ligadas à técnica de que dispomos, outras derivadas de insuficiências como ela é aplicada.

Deixando de lado as próprias limitações técnicas do autor, penso que as técnicas de grupo são inoperantes:

- a) em casos em que a situação de partilha do terapeuta é insuportável ao doente.
- b) em casos em que o terapeuta é encarado com demasiado terror, mesmo em grupo.

Em ambos, só uma relação individual anterior analítica longa permitiria a resolução e uma futura integração em grupo.

Quanto às insuficiências com que os princípios são aplicados, resultam para já:

- a) não haver possibilidades da psicoterapia de grupo se manter, desde que o doente tenha alta ou até licença.
- b) não haver possibilidade de instituir grupos com os familiares mais significativos e os doentes (Family Therapy).
- c) não haver complementarmente uma socioterapia com respectivo clube de doentes, ex-doentes e familiares.

Qualquer destas limitações resulta da falta de pessoal clínico, monitores, enfermeiros e assistentes sociais preparados e em número suficiente. Da mesma maneira que da distribuição geográfica do estabelecimento psiquiátrico em relação aos doentes que assiste.

Uma pequena percentagem dos doentes é de Lisboa. Em resumo da falta duma psiquiatria de sector. E não me refiro, é claro, àquela organização psiquiátrica que legalmente está já instituída, pois essa de psiquiatria de sector tem apenas o nome.

d) Finalmente, não se atingiu ainda, mas há possibilidade de atingir com os meios actuais, as reuniões comunitárias, como as descreve MAXWELL JONES, pessoal

e doentes na totalidade. Tal requiere já uma segurança da equipa e doentes que não está actualmente atingida, mas que o pode vir a ser a prazo mais ou menos breve. O estabelecimento de um novo tipo de tradição cultural será importante para tal.

## ESTATÍSTICA

O Professor BARAHONA referiu há anos nesta sociedade, e com razão, que diminuía o valor da experiência psicoterapêutica a falta de resultados mensuráveis. Vamos ao que nos for possível abordar esse capítulo.

QUADRO I

### ALTAS DE FEVEREIRO A MAIO

	Números absolutos			Percentagem	
	1964	1963	Média 1960/63	1963/64	63/60/64
Mulheres	77	35	44	220 %	170 %
Homens	84	59	60	140 %	140 %

Os períodos de Fevereiro a Maio correspondem aos termos de comparação com os meses em que a psicoterapia de grupo foi exercida a partir de 1964. Outro elemento de comparação é dado pela clínica de homens.

Esta foi a maneira pessoal mais simplista de abordar o problema para saber se valeria a pena continuar.

Por conselho do Dr. PEDRO LOFF, perito de estatística do Hospital de Miguel Bombarda, adaptou-se um segundo critério expresso no quadro II.

QUADRO II

População existente			ALTAS					
			Números absolutos			Percentagens em relação à população		
			total	curtos	longos	total	curtos	longos
1964	Mulheres	194	77	28	49	39 %	14 %	25 %
	Homens	241	84	38	46	34 %	16 %	18 %
1963	Mulheres	182	35	15	20	19 %	8 %	11 %
	Homens	214	61	39	22	28 %	18 %	10 %
Média 1961-1963	Mulheres	177	50	22	28	28 %	12 %	16 %
	Homens	224	63			30 %		

Neste quadro, a referência aos anos continua a abranger os meses de Fevereiro a Maio, como no anterior.

A designação de «curtos» e «longos» refere-se ao prognóstico espontâneo da duração de internamento.

Assim consideramos, segundo a classificação internacional, o I, II, III, V, VII e VIII de curta permanência. Os oligofrénicos internados são-nos geralmente por acidentes agudos, psicoses atípicas, distímias e não por a oligofrenia simples, tendo geralmente curtos internamentos na clínica. Na classificação III, psicoses ditas periódicas, aparecem também quadros crónicos, depressões de longa evolução, mania crónica, ciclotomias sem-intervalo entre acessos e por isso nos longos internamentos incluímos também III, além do IV e VI. Nota-se

que separámos o grupo III em dois subgrupos, conforme eram acessos típicos ou de longa evolução. Esta separação pode parecer arbitraria, mas pareceu-nos indispensável para uma comparação entre os diversos anos.

- a) Nota-se um movimento ascendente acentuado das altas nas clínicas de 63 para 64. Em mulheres de (19 % para 39 %) em homens de (28 % para 34 %). Nota-se que em homens, embora em escala menor, também se introduziu a psicoterapia de grupo.
- b) Em parte, tal diferença explica-se pela falta de medicações registadas em 1963, por não fornecerem medicamentos, o que teve repercussões de carácter farmacológico, mas também de carácter psicológico, visto que os médicos privados do seu «instrumento de trabalho» os fármacos diminuíram certamente o contacto. A média do triénio 60/63 para 1963 desceu de 28 % para 19 % em mulheres e de 30 % para 28 % em homens.
- c) Estes resultados são tanto mais a valorizar quanto é certo que a amostragem foi mais «difícil» em 1964 quanto ao prognóstico. As curtas durações pouco se alteraram, 12 % para 14 %, e as longas mais significativamente de 16 % para 25 %.

Segundo a opinião do Dr. PEDRO LOFF, sobre estes números é de que o tempo e o quantitativo é pequeno para uma significância estatística destas percentagens. No entanto, parece notória uma tendência. Essa tendência é algum elemento novo em jogo no movimento de altas.

Só mais tarde poderemos voltar a este assunto, para uma análise mais profunda em quantitativo e discriminação factorial.

Assim, falta-nos analisar a qualidade das altas, que certamente seria favorável para este ano (relação entre remissões e melhorias ou mesmo estado).

A medicação diminuiu notavelmente em relação aos anos anteriores. Não andaremos longe, se dissermos que diminuiu para metade. A farmacoterapia «pesada» Magetil, nozinam em altas doses, tende a ser trocada pelo librium... ou... valium.

A insulinoterapia acabou nos doentes por nós assistidos.

Não se fizeram electro-choques nesses meses na clínica de mulheres.

Se estas estatísticas se confirmarem, poder-se-á concluir que a psicoterapia de grupo é especialmente efectiva nos casos de mau prognóstico quanto a tempo de internamento.

Mas, mesmo nos doentes que não frequentam os grupos, a alteração da atmosfera da clínica os poderá beneficiar salutarmente.

Termino, realçando que a psicoterapia tem que ser intensiva.

Que deve ser global ao pessoal clínico hospitalar. Que a nossa preparação de sociopsiquiatria é praticamente nula e sem ela o que se pode fazer é sempre muito pouco.

Não creio ser demasiado pessimista em pensar que os resultados da psicoterapia em psicóticos que obtive não são curas mas remissões e que em grande número vão recair a prazo mais ou menos breve e reconhecer que o mesmo se obtém com a fármaco-psiquiatria e é a esta que se deve a melhoria recente da situação hospitalar.

Que deveríamos dar aos doentes o que eles precisam e não o que temos facilidade em dar.

Todos os dias deveremos pensar o que vamos fazer e não rejeitarmos por humilhante que muito pouco sabemos.

## TRATAMENTO DAS HEMORRAGIAS DOS FIBROMAS

H. G. ROBERT  
C. BOURY-HEYLER

Na prática, temos de considerar o tratamento das hemorragias dos fibromas em duas rubricas diferentes:

1) Tratamento chamado médico dos úteros fibromatosos e hemorrágicos.

2) Tratamento com fim hemostático duma hemorragia inesperada e por vezes abundante e que é preciso relacionar com a causa.

### OS FIBROMAS HEMORRÁGICOS

A hemorragia é um sintoma, pode tornar-se uma complicação pela repetição mais do que pela abundância. Típicamente é uma menorragia. Qualquer outro tipo de hemorragia sem ligação com as regras, deve «à priori» ser considerado como suspeito e dependente de outra causa. No entanto, como veremos, certos pólipos fibrosos podem sangrar durante o ciclo.

Estas menorragias podem manter-se discretas. Outras vezes são aborrecidas pela sua abundância, verdadeira hipermenorreia, ou pela associação a um ciclo curto, tornando a vida impossível às mulheres, não lhes deixando mais do que uma semana de descanso.

Quais são os fibromas que sangram? É um problema mal posto porque é a cavidade uterina e não o fibroma que sangra.

Por isso as hemorragias não estão relacionadas com o volume do fibroma, mas sim com a sua situação em relação à cavidade:

- mioma submucoso;
- pólipo fibroso.

Parece haver 3 mecanismos que explicam a hemorragia:

1) A hiperlasia:

— existe frequentemente,

— pode coincidir com o terreno fibromatoso, mulher obesa, hipertensa. Prova-se a hiperestrogenia com esfregaços vaginais e a biopsia do endométrio. Clinicamente existe por vezes um síndrome pré-menstrual típico,

— não é constante.

2) A atrofia mucosa alternando por vezes com zonas de hiperplasia.

3) A ulceração mecânica na base dum pólipo fibroso.

Quais são os exames indispensáveis antes de tomar uma decisão terapêutica?

— É preciso fazer sempre os esfregaços de rastreio (vaginal, cervical, endocervical), sabendo que podem descobrir uma lesão invisível macroscopicamente.

— A histerografia objectiva a cavidade uterina:

— as deformações,

— o aspecto mais ou menos hiperplásico da mucosa,

— eventuais anomalias tubares,

— a existência dum pólipo fibroso intracavitário que só pode ser tratado cirurgicamente.

— A biopsia do endométrio: confirma as anomalias hormonais:

— hiperfolliculinia ou défice progesterativo da pré-menopausa (aspecto de proliferação mas sem carácter

FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTI-  
 ASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSI-  
 TÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO  
 • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTIASMÁTICO • FLUI-  
 DIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSITÓRIOS • FLUIDIN  
 NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL •  
 FLUIDIN ANTIASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUI-  
 DIN SUPOSITÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO •  
 FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTI-  
 ASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSI-  
 TÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO

# FLUIDIN

FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTIASMÁTICO • FLUI-  
 DIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSITÓRIOS • FLUIDIN  
 NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL •  
 FLUIDIN ANTIASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUI-  
 DIN SUPOSITÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO •  
 FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTI-  
 ASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSI-  
 TÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO  
 • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTIASMÁTICO • FLUI-  
 DIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSITÓRIOS • FLUIDIN  
 NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL •  
 FLUIDIN ANTIASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUI-  
 DIN SUPOSITÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO •  
 FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTI-  
 ASMÁTICO • FLUIDIN GRAGEIAS • FLUIDIN SUPOSI-  
 TÓRIOS • FLUIDIN NOCTURNO • FLUIDIN ADULTO

• FLUIDIN INI  
 DIN GRAGEI  
 NOCTURNO  
 FLUIDIN ANTI  
 DIN SUPOS  
 FLUIDIN ADULTO • FLUIDIN INFANTIL • FLUIDIN ANTI-



**LABORATÓRIOS LAQUIFA**

LISBOA - Rua Aprígio Mafra, 2 - Tel. 712153 - 712505

PORTO - Rua Guedes Azevedo, 199 • Tel. 33569

ICO • FLUI-  
 S • FLUIDIN  
 N INFANTIL •  
 EIAS • FLUI-  
 CTURNO •  
 FLUIDIN ANTI-

## AOS MÉDICOS PORTUGUESES

### *interessa*

aproveitem a excelente oportunidade de visitarem a Itália por ocasião do Congresso da «EUROPA MEDICA» (revista que se publica em cinco idiomas; a edição em língua portuguesa aparece no quadro do semanário «O MÉDICO»).



No Congresso da «EUROPA MEDICA», que se realiza em Turim nos dias 9 a 13 de Junho de 1965, serão tratados assuntos de grande interesse. Os participantes, não querendo, porém, tomar parte em todas as manifestações que lhes oferece o Congresso da «EUROPA MEDICA», têm oportunidade de aproveitar outros congressos e simpósios sobre assuntos relacionados com várias especialidades, que se realizam ao mesmo tempo, organizados pelo grupo jornalístico «Minerva Médica» e pela Associação Médica Italiana, que se celebram no grande recinto da

### **TORINO - EXPOSIZIONI** (com uma área de 25.000 m<sup>2</sup>)

e no qual se realizam também: 5.<sup>a</sup> FEIRA INTERNACIONAL DE ARTES SANITÁRIAS, 5.<sup>o</sup> FESTIVAL DO FILME MÉDICO-CIENTÍFICO e EXPOSIÇÕES ARTÍSTICAS.

Congressos e Simpósios que se realizam entre 9 e 13 de Junho de 1965, além do Congresso da «EUROPA MEDICA», e às sessões e outras manifestações das quais podem assistir os inscritos no referido Congresso: sobre Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Psicologia Científica, Odontostomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial, Aspectos psicossomáticos das doenças cancerosas, Auto-imunidade, Sexologia, Tratamento dos tumores com quimioterápicos e radioisótopos, Urologia e Cirurgia Cardiovascular.



Em relação com o Congresso da «EUROPA MEDICA» e as outras reuniões que se realizam em Turim, a considerada agência turística

## **«EUROPEIA»**

organiza excursões, com várias modalidades (por terra, ar e mar), incluindo visitas a outras cidades italianas além de Turim: Nápoles, Roma, Veneza, Florença e Milão.

### **EXCELENTE OPORTUNIDADE PARA UMA VISITA À ITÁLIA**

e para os médicos portugueses se porem em contacto com alguns dos mais importantes progressos na medicina.

Entre as várias modalidades de excursões que apresenta a «EUROPEIA», é de salientar o que se refere às famílias dos médicos.

Pedir informações e inscrições à:

### **«EUROPEIA»**

AVENIDA DA LIBERDADE, 231 — LISBOA-2 (Telef. 736121)

NO PORTO:

SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da

AVENIDA DOS ALIADOS, 41-4.<sup>o</sup> — (Telef. 24907).

secretório), justificando a associação dum tratamento substitutivo. É, portanto, útil, sobretudo na fase pré-menopáusia.

É, com efeito, neste período que os fibromas hemorrágicos de tamanho moderado fazem preferir por vezes a abstenção operatória, esperando, a coberto de vigilância e com tratamento, a menopausa.

## I — TRATAMENTO MÉDICO

O tratamento chamado médico comporta vários elementos. É preciso começar sempre por empregar pequenos meios, isto é, medicações anodinas, por vezes úteis e eficazes e sempre bem suportadas. Citamos entre elas, como tratamento de fundo:

- extracto ou tintura de hamamelis;
- extracto de castanha da Índia, 100 gotas por dia, em curas de 10 dias;
- hidratis canadensis, produtos mais ou menos associados em numerosas especialidades;
- útero-tônicos por via oral: ergotina, 10 a 30 gotas em 24 horas; metil ergo basina, 2 vezes 15 gotas por dia; tartarato de ergotamina, 30 gotas a partir do 6.º dia das regras.

Têm um efeito hemostático indiscutível, mas ao preço de algumas contracções uterinas por vezes dolorosamente sentidas.

### A) HORMONOTERAPIA

Citamos:

- os extractos mamários ou extractos preparados a partir do colostro são anodinos e pouco eficazes;
- O ACTH e cortisona protegem experimentalmente o animal dos efeitos fibrosos dos estrogénios. Não têm lugar na terapêutica do fibroma;
- os androgénios, preconizados em 1937 por Turpault, Desmarets e Moricard.

1) O seu emprego repousa em concepções variáveis:

- Papel antagonista da foliculina.
- Papel de freio ao nível da ante-hipófise que, por intermédio das gonadotrofinas, frena o próprio ovário.
- Sobretudo papel anticongestivo indiscutível independente do papel hormonal ligado a uma acção vasomotora por via simpática (Palmer).

2) Em que casos e como os empregar:

- Em caso de hiperestrogenia verificada por biopsia do endométrio;
- Em caso de síndrome pré-menstrual clínico nítido;
- Devem-se abandonar nas mulheres com hipertricose e acne evidente ou simplesmente naquelas em que se pode temer uma receptividade anormal pilosebácea à hormona masculina (surto de acne pré-menstrual).

3) As preparações são numerosas:

- Deve-se preferir a testosterona, acetato ou propionato, seja sob a forma de injeção única de 50 mg no 15.º dia do ciclo ou, o que nós preferimos, uma pequena dose de 10 a 40 mg por semana. Incontestavelmente virilizantes, são mais eficazes e melhor tolerados do que as preparações «retard».

— Os androgénios activos por via oral, metiltestosterona.

- Os androgénios não virilizantes, dipropionato de androstenediol, 50 mg por semana, 3 semanas por mês (via parentérica); dipropionato de metil androstediol, 25 a 30 mg de dois em dois dias na 2.ª metade do ciclo (via oral).

### B) PROGESTATIVOS

1) A progesterona e os progestativos de síntese justificam-se em caso de défice luteínico que se encontra com frequência na fase pré-menopáusia após verificação por biopsia do endométrio. A progesterona natu-

ral é repartida na 2.ª metade do ciclo sob a forma de injeções de 25 mg, de 2 em 2 dias, 3 vezes a seguir. A sua associação à testosterona dá bons resultados.

Há especialidades que associam a progesterona à testosterona, quer sob a forma parentérica quer em supositórios, permitindo remediar o défice progestativo e limitar as hemorragias. São de emprego fácil, distribuindo-se na 2.ª metade do ciclo.

2) Entre os progestativos de síntese, o uso da associação de noretinodrel e estrogénio (enidrel), não é desejável.

Estes produtos provocam, com uma frequência nítida, aliás sublinhada pelos americanos, fenómenos edematosos e dolorosos em miomas perfeitamente tolerados, obrigando a intervir de urgência.

Por consequência, pensamos que a existência de um mioma, mesmo de pequeno tamanho, mesmo latente, é uma contra-indicação para o uso desta espécie de medicação.

3) Os outros progestativos de síntese derivados da Nortestosterona, podem ser empregados em caso de hemorragias funcionais verificadas por biopsia do endométrio, mas são tratamentos difíceis de manejar porque:

- suspendem a menstruação em alguns casos e levantam o problema de se parar o tratamento;
- porque as hemorragias continuam e se é levado a aumentar a dose em proporções não razoáveis.

Os resultados deste tratamento são bem conhecidos nas mulheres na quarentena, próximas da menopausa.

- Não fazem desaparecer o fibroma,
- actuam nos fenómenos congestivos e no síndrome pré-menstrual,

— podem limitar a importância das menorragias na medida em que estão ligadas à hiperestrogenia.

Na ausência de resultado provante ao fim de 3 meses, deve-se considerar um fracasso. A persistência das hemorragias mais do que a abundância, obrigarão a decidir por uma intervenção que se tinha tentado protelar. Não se deve esperar o quadro da fibromatosa, pálida, anémica, subfebril, em que o risco tromboembólico se tornou importante como testemunha a frequência com que se encontram trombozes nos vasos do miométrio (Bret), aliás geradoras, por si só, de certas hemorragias uterinas. Os inconvenientes são reais. Se se usam de forma prolongada, aparecem sinais de virilização, mesmo com os produtos não virilizantes (em particular pilosidade, acne) e torna-se rapidamente insuportável o seu uso nas doentes já cansadas pela infecção hebdomadária. Por isso, somos obrigados, por vezes, a interromper o tratamento. O seu uso é praticamente interdito nas mulheres jovens submetidas a um tratamento de vários anos e em que se deve preferir a intervenção curadora e conservadora. Nestas mulheres discutir-se-á, pelo contrário, a oportunidade dum tratamento após miomectomia. Pode parecer boa regra para alguns (H. G. Robert), fazer seguir a intervenção durante 6 meses por um tratamento hormonal.

A persistência das hemorragias, a despeito dum tratamento hormonal (em regra androgenoterapia de duração variável), levou à indicação operatória 250 vezes em 570 fibromas estudados em Foch, ou seja 44 % (Tese de Paris C. Boury-Htyler, 1960).

## II — TRATAMENTO HEMOSTÁTICO DUMA HEMORRAGIA UTERINA

É um tratamento que visa a parar a hemorragia com um duplo fim:

— por causa da sua própria abundância que pode ser ameaçadora,

— por causa de permitir a histerografia que mostra imagens cujo valor só não é indiscutível se há coágulos intracavitários,

— a hemorragia pode ser inquietante obrigando a histerectomia para hemostase. É raro, mas acontece: nos pólipos fibrosos que sangram, por vezes de forma

intensa e que são muito volumosos, inacessíveis por via baixa; quando de retenção placentar, nos úteros fibromatosos, curetados ou não,

— mais vezes a abundância é nítida, necessitando de transfusões compensadoras sem provocar um quadro dramático.

Como parar esta hemorragia?

— o repouso na cama é indispensável e por vezes mesmo suficiente,

— as medicações vasoconstritoras muitas vezes empregadas, são pouco úteis. Citamos:

— Cloreto de cálcio,

— Vitamina K,

— Semicarbazona (Adrenoxyl).

As medicações vasoconstritoras e tónicas são muito úteis e por vezes até suficientes:

— Ergotamina injectável,

— Metil ergobasina, de acção mais rápida por via parentérica do que por via bucal,

— Post-hipófise natural ou de síntese na dose de 2 a 5 unidades, intramuscular.

A associação a um tratamento hormonal torna-os preciosos.

Este tratamento é constituído pelos *estrogénios*:

— Em dose forte fazem repousar a mucosa,

— param a sangria, mas há uma hemorragia por privação quando se suspendem.



Em conclusão, deve-se aproveitar a suspensão da hemorragia para fazer a histerografia e prosseguir a estrogoterapia por injeção de progesterona para rea-

lizar um ciclo acelerado. Produz-se uma descamação da mucosa, verdadeira curetagem médica em que insistiu Bry.

Na prática, obtem-se a paragem da hemorragia associando conforme métodos variáveis:

— Benzoato de estradiol a 5 mg,

— Pós hipófise ou sintocinon 2 unidades na mesma seringa, uma ampola de cada, 3 dias a seguir em injeções intramusculares.

Ao fim de 5 dias a hemorragia cessa e pratica-se a histerografia; nos 4.º, 6.º e 8.º dias faz-se a injeção de 25 mg; de progesterona; no 10.º dia surge a menstruação.

Pode-se preferir a via bucal, mais lenta em actuar: etinil estradiol 500 mg associado à metilergobasina durante 5 dias.

Um progestativo de síntese sucede-lhe, realizando o ciclo artificial.

Nestas condições, o tratamento não está em contradição com o que sabemos do fibroma. Não se trata de fazer um tratamento de fundo. Com efeito a histerografia nestes casos objectiva a maior parte das vezes lesões, obrigando a intervir para evitar recidivas e só a estrogoterapia, repetimos, permitiu obter uma paragem rápida da hemorragia.

### EM CONCLUSÃO

As hemorragias dos fibromas representam uma grande complicação que conduz muitas vezes à decisão cirúrgica. É preciso conhecer os limites dum tratamento médico que continua a ser, sobretudo, um meio de esperar, nas mulheres bastante próximas da menopausa.

(Dos «Entretiens de Bichat»)

# BÊVITEX

INJECTÁVEL

CÁPSULAS

Complexo B (simples e forte)

Complexo B + Vitamina C

Doses eficientes. Estabilidade perfeitamente assegurada.



# RINO-SEPTINA LÍQUIDA

Neomicina, p-aminometilbenzeno-sulfonamida, nafazolina e difenidramina

Descongestionante, anti-séptico, anti-histamínico

(em nebulizador de plástico)



LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO



# O ENFARTE DO MIOCÁRDIO

Foi efectuado recentemente um inquérito por uma médica suíça, Dr.<sup>a</sup> Germano, de Liestal, para tentar determinar a opinião actual dos cardiologistas e internistas sobre o tratamento do enfarte do miocárdio.

«Com este fim, diz ela, enviámos a 427 chefes de clínica e cardiologistas da Europa (Suíça, Alemanha, Áustria, França, Bélgica, Holanda, Itália, Inglaterra, Islândia, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, U.R.S.S., Polónia, Checoslováquia, Hungria), dos Estados Unidos e do Japão, um conjunto de perguntas que simplificámos ao máximo de forma a poderem ser respondidas tanto quanto possível por sim ou não e que deveriam dar uma visão geral do problema. O quadro seguinte resume os resultados desta investigação:

- Número total de formulários enviados — 427.
- Ficaram sem resposta — 166 = 38 %.
- Entre eles:
  - Erradamente enviados a internistas que se não ocupam de cardiologia ou reformados — 8.
  - Enviados para a U.R.S.S. — 9.
  - Enviado a um clínico hostil por princípio a tais investigações — 1.
  - Enviado a um internista que estava comprometido num estudo sobre o mesmo assunto — 1.
  - Enviados a clínicos cujos médicos têm opiniões divergentes que não permitiam responder — 2.
  - Respostas obtidas — 266 = 62 %.
  - Representando — 38 052 camas.
  - Entre os 266 que responderam:
    - Têm um método de tratamento bem definido: 215 = 81 %.
    - Empregam regularmente anticoagulantes = 237 = 90 %.
    - Sòmente em casos seleccionados — 14 = 5 %.
    - Com limite de idade — 149 = 56 %.
    - Experimentam a fibrinolise — 40 = 15 %.
    - Têm uma terapêutica pessoal — 24 = 9 %.
    - Estão persuadidos do efeito do seu método de tratamento — 138 = 52 %.
    - Desejam uma melhoria rápida das possibilidades de tratamento — 129 = 49 %.
    - Desejam uma taxa de protrombina baixa em caso de ataque pessoal pela doença — 175 = 66 %.
    - Resposta do Ministério da Saúde da U.R.S.S.: No que respeita ao tratamento do enfarte do miocárdio, os doentes recebem durante os dois primeiros dias preparações fibrinolíticas juntamente com heparina. A administração de heparina prossegue-se durante quatro a seis dias e é depois substituída pela de anticoagulantes de efeitos indirectos.

★

SUCCESSO DOS «CÃES DE GUARDA» ELECTRÓNICOS NOS ENFARTES. O registo contínuo do E.E.G. nos doentes que apresentaram recentemente um enfarte do miocárdio e o desencadeamento dum sinal quando surge uma anomalia na actividade cardíaca é agora possível e efectuado em vários países, entre eles a França. Nos Estados Unidos uma análise dos resultados preliminares obtidos

em dois serviços de cardiologia foi apresentada numa reunião da associação americana de cardiologia, pelo Dr. C.A. Imbodeu.

291 doentes com enfarte do miocárdio foram vigiados «electrónicamente» nos dois serviços. 28 destes doentes tiveram uma ou várias vezes paragem cardíaca. Houve 17 casos de fibrilação ventricular e 14 paragens ventriculares. Em 23 destes 31 acidentes pôde-se efectuar com sucesso uma ressuscitação pelo menos temporária e 15 doentes deixaram o hospital de boa saúde.

33 outros doentes apresentaram uma taquicardia ventricular, todos foram tratados com sucesso, não houve nenhum caso fatal.

EQUIPAMENTO: a maior parte dos serviços de registo contínuo funcionam actualmente sòmente em dois quartos de doentes mas uma estação de registo podia servir 6 camas ao mesmo tempo.

O sistema comporta um electrocardiografo situado na cama do doente e cabos que transmitem o registo à estação de vigilância: aí, o traçado E.C.G. aparece num osciloscópio, depois passa numa fita registadora que é apagada, se está tudo normal, de 20 em 20 segundos.

Mas em caso de anomalias, um sistema de alarme é desencadeado se surge paragem ventricular, extrasístoles ou taquicardia ventricular: é um médico que regula o aparelho e decide a partir de que aceleração do ritmo cardíaco será dado o alarme.

Este sistema de alarme desencadeia vários fenómenos: uma campainha alerta a enfermeira, conserva-se o registo que continua a ser tomado automaticamente. Assim, o médico, quando chega, sabe que anomalia se produziu e que sinais eléctricos se lhe seguiram.

A equipe está prevista de tal forma que o doente pode tossir e virar-se na cama sem desencadear o sinal. Habitualmente só se regista o E.C.G., mas também se pode vigiar o pulso, o ritmo respiratório e o débito sanguíneo.

Naturalmente, mesmo com o melhor dos equipamentos, o homem continua importante: a enfermeira deve estar treinada em fazer rapidamente não só as chamadas telefónicas para prevenir o médico, mas também em interpretar o E.C.G., em fazer a desfibrilação quando é necessário: o prazo de eficácia é, como se sabe, de 2 minutos.

Segundo os 22 doentes vigiados assim no Presbyterian Hospital de Filadélfia e comparados a 200 outros doentes que também tinham um enfarte do miocárdio e não eram vigiados electrónicamente, a mortalidade teria sido reduzida de 30 % no primeiro grupo.

É sobretudo durante as 72 primeiras horas que se seguem à constituição do enfarte que a vigilância contínua é útil (60 % das mortes dão-se nos 3 primeiros dias). Por outro lado, o Doutor Imbodeu pensa que 50 % dos doentes com enfarte apresentam arritmias graves e que as paragens cardíacas e as arritmias potencialmente fatais sobrevêm pelo menos tanto no chamado enfarte moderado como no grave. Ora, nestes casos «moderados» em que o miocárdio não está muito lesado, pode-se impedir a morte se se corrige rapidamente a arritmia.

O preço de tal vigilância contínua, pelo menos a aparelhagem completa, é de cerca de 3.500 dólares para 2 camas. A vigilância por dia fica em 5 dólares no primeiro ano de funcionamento, o que não é caro.

## INFILTRADOS PULMONARES CRÓNICOS

S. MOESCHLIN

S. Moeschlin apresentou, na reunião de 1964 dos especialistas de doenças pulmonares suíços, 5 casos de infiltrados pulmonares crónicos cujo diagnóstico diferencial foi difícil.

O primeiro doente apresentara, com 59 anos (em 1943), extensos focos pulmonares bilaterais, diagnosticados de carcinoma, com fundamento numa punção do pulmão. Porém, um especialista suspeitou nessa ocasião tratar-se de uma doença de Boeck, diagnóstico que voltou a ser considerado 14 anos mais tarde, em face do reduzido aumento dos focos pulmonares; no entanto, desenvolvera-se uma poliartrite crónica e, em relação com a perturbação da função pulmonar, as unhas tinham tomado o aspecto característico de vidros de relógio. Uma anamnese cuidadosa permitiu então averiguar que o doente tinha trabalhado, em novo, como mineiro durante 5 anos. A autópsia confirmou finalmente o diagnóstico de antracosilicose no estágio III, sem tuberculose, com poliartrite crónica primária.

A frequência da poliartrite crónica têm-na feito notar vários autores. Embora falte a demonstração de uma correlação causal, é provável que as características reactivas peculiares do poliartrítico crónico possam imprimir aos nódulos silicóticos, características evolutivas especiais, que justificam o uso, para esta combinação, duma designação própria: síndrome de Caplan.

O segundo doente sofre há 3 anos de tosse irritativa. Sombras arredondadas observadas no campo inferior esquerdo, numa radiografia pulmonar, levaram a um tratamento tuberculostático, embora a baciloscopia fosse negativa. Em face do insucesso terapêutico, foi realizada uma lobectomia, de que resultou o diagnóstico de adenomatose pulmonar. Depois de meio ano, durante o qual o doente esteve livre de queixas, voltou a sofrer, agora com uma expectoração mucosa (de 300 cc diários); desta vez a adenomatose era no lobo inferior direito.

Este tipo de tumor é raro (1% de todos os tumores pulmonares). É característica a tosse rebelde com expectoração mucosa e o estado geral mantém-se bom

durante muito tempo. O doente morre, em insuficiência respiratória ou por pneumonia. Além do enérgico combate às infecções pulmonares, aconselha-se como terapêutica a lobectomia precoce e um tratamento citostático.

Num terceiro caso (uma senhora de 24 anos) os focos pulmonares eram metástases de um córioepitelioma que quase desapareceram com o tratamento citostático; no entanto, a suspensão do tratamento, na ocasião de uma intervenção por metástase retroperitoneal, provocou reaparecimento das metástases pulmonares.

Uma doente de 67 anos, em muito mau estado geral, apresentava gânglios múltiplos do tamanho de feijões e uma sementeira pulmonar de focos miliares. Na medula óssea estavam aumentadas as células reticulares plasmocitárias e linfóides assim como os mastócitos. A ultracentrifugação, a electroforese do soro asseguraram o diagnóstico da doença de Waldenström. Uma biopsia pulmonar demonstrou que os focos do pulmão eram também condicionados por aquela doença.

O tratamento com Leukeran melhorou o estado geral da doente e abaixou a concentração da macroglobulina no soro, mas não alterou nem os infiltrados pulmonares nem o quadro da medula óssea.

Num último caso, um alcoólico, depois de uma festa, apresentava uma bronquite purulenta, a que se seguiram queixas polinevriticas e poliartríticas. A velocidade de sedimentação estava extremamente elevada, os testes de reumatismo eram negativos. Além de uma cirrose hepática inequívoca, demonstrou-se uma pneumonia, no segmento posterobasal direito com participação hilar. A terapêutica antibiótica não melhorou o doente, o que não parecia extraordinário num cirrótico; no entanto, foi feita uma broncoscopia e, com grande surpresa, encontrou-se no brônquio segmentar um osso de galinha.

(Condensado por J. A. M. de «Ärztliche Praxis», XVI/44, 1859, 1964).

## DADOS RECENTES RESPEITANDO O EMPREGO DE DERIVADOS AZOTADOS EM CARDIOLOGIA

P. PUECH

### PROPRIEDADE DOS DERIVADOS AZOTADOS

#### ESTUDO GERAL

##### A. EFEITOS VASCULARES

##### 1.º — Circulação arterial periférica

A *vasodilatação* é o efeito comum a todos os derivados azotados. Dela resulta uma diminuição das *resistências arteriais periféricas* com a consequente *diminuição do trabalho cardíaco*. Por vezes, esta vasodilatação conduz a uma *hipotensão arterial* que, por vezes excessiva, está na base de alguns colapsos que se verificam durante o tratamento com derivados azotados de acção rápida.

A hipotensão arterial desencadeia uma *taquicardia*

*reflexa*, em regra moderada, cujo efeito na manutenção do débito cardíaco será encarado noutra lugar. A diminuição da resistência periférica explica o aumento da velocidade circulatória.

##### 2.º — Circulação coronária

A angiografia coronária, em especial com a ajuda do radiocinema, prova que as coronárias não escapam ao efeito vasodilatador dos derivados azotados. Esta acção exerce-se, bem entendido, apenas no caso de vasos susceptíveis de relaxamento, isto é, *artérias não esclerosadas*, e se existe, ainda, uma reserva vascular não solicitada já, pela hipoxia miocárdica.

O efeito vasodilatador não é espasmolítico, consistindo na melhoria da circulação nas zonas fronteiriças

21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21  
21 21 21 21 21 21 21 21 21 21 21

# Anovlar



o primeiro regulador do ciclo  
com **21** drageas

uma terapêutica

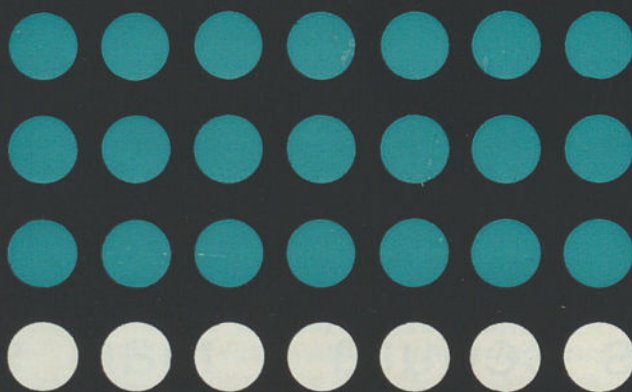
mais segura • mais simples • mais cómoda

# Anovlar



3 semanas de tratamiento

1 semana de pausa



do território isquemiado; a abertura das colaterais sãs permite a perfusão retrógrada dos vasos ateroscleróticos.

Nos casos em que a reserva coronária está diminuída consideravelmente os derivados azotados fracassam.

### 3.º — Circulação encefálica

A vasodilatação brusca, verificada, repercute-se nos vasos intracranianos com cefaleias pulsáteis.

### 4.º — Modo de acção sobre o relaxamento vascular

A contracção da parede vascular parece dever-se, segundo recentes estudos, à decomposição do ATP por um enzima, a ATPase. Os derivados azotados inibiriam este enzima.

## B. EFEITOS SOBRE OS DÉBITOS

### 1.º — Cardíaco

Ligeira elevação do débito cardíaco/minuto, imputável à taquicardia. De facto, o débito sistólico fica normal. Não parece tratar-se, por outro lado, dum aumento do retorno venoso, este é normal ou mesmo diminuído, segundo experiências feitas com nitroglicerina e dinitrato de isosorbide (Coodin; Dresdale e col.).

### 2.º — Coronário e consumo de oxigénio pelo miocárdio

Estes dois parâmetros parecem correr a par. Há uma auto-regulação coronária que adapta a hemodinâmica (fluxo coronário) ao metabolismo (consumo de oxigénio do miocárdio). O aporte sanguíneo, fraco em repouso, é acompanhado por um metabolismo oxidativo com uma extracção máxima do oxigénio fornecido às células do miocárdio. As consequências são da dessaturação do sangue venoso coronário e a diferença arteriovenosa coronária elevada.

Uma substância que eleva o débito sem modificar ou baixando o consumo de O<sub>2</sub> do miocárdio é um vasodilatador primário. As que aumentam quer o débito quer o consumo de O<sub>2</sub> são vasodilatadores secundários.

*Experimentalmente*, os derivados azotados são vasodilatadores primários.

Nos indivíduos sem afecção coronária comportam-se como dilatadores secundários.

Nos ateroscleróticos em repouso, há baixa do débito e do consumo de O<sub>2</sub>.

*Durante o esforço*, estes doentes têm aumento do fluxo mas, também, da diferença arteriovenosa em O<sub>2</sub>.

## C. EFEITOS MIOCÁRDICOS

### 1.º — Trabalho ventricular

O trabalho ventricular esquerdo é diminuído pelos nitritos e nitratos. Embora a quantidade de sangue expelido na sístole ventricular seja normal, a pressão aórtica está baixa.

A eficiência miocárdica, expressa na relação: trabalho ventricular/oxigénio consumido, está reduzida em indivíduos normais ou doentes coronários, durante a acção dos derivados azotados. Não há, contudo, o risco de insuficiência ventricular esquerda.

### 2.º — Sístole mecânica ventricular esquerda

A contracção isométrica mantém-se intacta. A fase de ejeção reduz-se. O débito sistólico é, então, assegurado por uma aceleração da velocidade de ejeção do sangue através do orifício aórtico.

### 3.º — Metabolismo intermediário do miocárdio

A intervenção directa dos azotados sobre as trocas metabólicas ao nível celular faz-se provavelmente na fase de *fosforilação oxidativa*. A acção anti-ATPase já referida deve jogar aqui um certo papel.

## D. OUTROS FACTORES

Existirá uma acção antiadrenérgica?

Reab desenvolveu a tese da importância da secreção de nor-adrenalina na eclosão duma crise de angor. No entanto, a hipótese do antagonismo entre as catecolaminas e os nitratos não obteve confirmação experimental.

Os derivados azotados não possuem nenhuma acção antálgica directa e não intervêm na inibição das monoaminoxidases.

(Condensado por Abílio T. Mendes de «Montpellier Médical», 107.º Ano, 3.ª Série de 1964, T. LXV, N.º 5).

# ESTABILIZAÇÃO DOS SISTEMAS LÍQUIDOS POR SUBSTÂNCIAS TENSIO-ACTIVAS

## SISTEMA TEOBROMINA-ÁGUA

T. TRANDAFILOV  
D. MIHAILOVA  
E. MINCOV

A teobromina coloca-se no grupo das substâncias medicamentosas muito pouco solúveis, propriedade que limita a sua utilização em terapêutica sob a forma líquida.

Últimamente, as substâncias tensio-activas (STA) têm uma aplicação cada vez maior na prática farmacêutica, tanto como solventes das substâncias medicamentosas pouco solúveis ou praticamente insolúveis, ou como estabilizadores de sistemas heterogêneos líquido-líquido e sólido-sólido.

### I — MÉTODO EMPREGADO PARA SOLUBILIZAR A TEOBROMINA

Procurando tornar a teobromina solúvel na água, utilizaram os autores os Tweens 20, 40, 60 e 80. Sabe-se

que, quando a substância activa está solubilizada num líquido, as suas moléculas são absorvidas à superfície dos componentes. Em concentrações fortes, a quantidade excedente de STA fica no interior do líquido, formando micélios (agregados moleculares). Segundo a teoria de Reich, estes micélios não iónicos poderiam ser comparados a pequenas gotas oleosas devidas à parte não polar da molécula, comportando-se como tentáculos de polioxietileno em movimento, que ultrapassam a superfície da gota.

Preparando a teobromina no sistema água-STA, as suas moléculas cobrem-se duma camada formada pela parte não polar dos micélios de STA. É este o mecanismo do aumento da solubilidade da teobromina em presença da STA.

Os resultados obtidos reflectem a dependência

entre a teobromina (solubilizada e total) e a quantidade de Tween utilizado. Esta interpretação concorda com a teoria de Reich. Em concentrações mais fortes de STA, os micélios que se encontram no interior do líquido envolvem as partículas de teobromina. Estes micélios orientam-se com os seus grupos polares em direcção ao líquido e, tendo a mesma carga eléctrica, nele repousam. Os micélios têm carga eléctrica negativa.

Em concentrações ainda mais fortes da STA aparecem acções de interdependência nas superfícies hidrófobas dos micélios, que conduzem à aglomeração das partículas aumentando a sua agregação.

Por outro lado, em presença de grandes concentrações da STA aparecem acções de interdependência entre as películas formadas pela absorção pluriestratificada de STA e as partículas de teobromina, o que aumenta igualmente a sua agregação. O aumento da estabilidade do sistema pode, também, ser explicado pelo aumento da viscosidade. As concentrações críticas de micélios foram determinadas medindo a tensão superficial; os resultados mostram a interdependência entre a quantidade de Tween e as diferentes espécies deste, e a sua tensão superficial.

## II — DISPERSÃO DA TEOBROMINA

Se bem que a STA torne a teobromina mais solúvel, a concentração obtida é insuficiente para obter o efeito terapêutico. Por isso associou-se a este sistema a mucilagem de tragacanta a 1 %.

As suspensões, sendo sistemas dispersos heterogêneos, são caracterizadas pela sua instabilidade termodinâmica, graças à enorme quantidade de energia superficial livre. Esta instabilidade é medida pela velocidade de sedimentação. Neste sentido utilizou-se o método de Figurovski.

Os resultados mostram que quantidades de Tween até 2 % não provocam um aumento significativo da estabilidade. Provou-se igualmente que as diferentes espécies de Tween, bem como a variação da sua concentração, modificam de maneira diferente a estabilidade do sistema. Isto é característico sobretudo para o Tween 60 e 80. O uso do Tween ao mesmo tempo da mucilagem de tragacanta a 1 % aumenta a estabilidade do sistema, que é maior que a obtida por cada um des-

tes elementos isoladamente. O máximo de estabilidade obtém-se com os seguintes modelos tecnológicos:

1. Teobromina . . . . .	2,4
Tween 80 . . . . .	2,4
Mucilagem de tragacanta a 1 %	120,0
Água destilada q. b. p. . . . .	300

Durante os 60 minutos de sedimentação, o desvio da balança de Figurovski marcou 10.

2. Teobromina . . . . .	2,4
Tween 40 . . . . .	2,4
Mucilagem de tragacanta a 1 %	180,0
Água destilada q. b. p. . . . .	300

Nas mesmas condições de trabalho o desvio foi de 7,5.

3. Teobromina . . . . .	4,5
Tween 60 . . . . .	4,8
Mucilagem de tragacanta a 1 %	120,0
Água destilada q. b. p. . . . .	300

Nas mesmas condições de trabalho o desvio foi de 4.

4. Teobromina . . . . .	4,5
Tween 80 . . . . .	4,5
Mucilagem de tragacanta a 1 %	180,0
Água destilada q. b. p. . . . .	300

O desvio foi de 4.

Para estes quatro modelos determinaram-se os seguintes índices: a quantidade de teobromina solubilizada e dispersa no respectivo sistema; a viscosidade; a tensão superficial.

É, portanto, possível estabilizar o sistema teobromina-água pelas STA, sem dissociação dos iões, por intermédio das quais se resolvem as dificuldades de técnica encontradas na preparação de medicamentos à base de teobromina.

(Condensado por José Boaventura dos «Archives de L'Union Médicale Balkanique» de Janeiro-Fevereiro de 1964).

# GRAVIDEZ E CANCRO DO COLO DO ÚTERO

CONRADO ZUCKERMANN

Trata-se duma situação simultaneamente fisiológica e patológica, surgindo no mesmo ser dois processos antagónicos, um construtivo, prolongador da vida, e outro destrutivo, aniquilador da existência.

A presença desta dualidade requer uma conduta prudente, quase sempre imediata.

## CANCRO «IN SITU» E GRAVIDEZ

O cancro «in situ» é, em regra, uma alteração sem manifestações clínicas, isto é, assintomático, e é detectado pela colpocitologia, tanto na mulher grávida como na não grávida. Carece de penetração no tecido conjuntivo-vascular circundante e é considerado como uma alteração premonitória do verdadeiro carcinoma. Noutras ocasiões é de uma relativa estabilidade e pode regredir.

A exploração ao tacto com espéculo permite conhecer modificações da consistência, do tamanho, disposição, cor, etc., do colo uterino, mas é o exame colpocitológico que vai identificar as modificações celulares que fazem pensar na existência do processo canceroso do colo, confirmadas, posteriormente, pela biopsia.

A colposcopia deve ser feita nas melhores condições, e não está contra-indicada na gravidez. Antes, pelo contrário, está indicada a limpeza do colo uterino com soluto acético, a impregnação com lugol e outros métodos que servem para determinar, através da colposcopia simples ou da colposcopia com aumento, o local adequado para efectuar a biopsia.

Quando está confirmada a existência de cancro «in situ», alguns autores preconizam a cervicotomia, apesar de haver gravidez; este método pode provocar o aborto, pelo que é de contra-indicar.

Outro facto que está em discussão é o que se relaciona com a diferenciação entre o verdadeiro carcinoma «in situ» e os estados de hiperplasia-hipertrofia, de ectropion, de metaplasia, que podem observar-se especialmente na época gravídica.

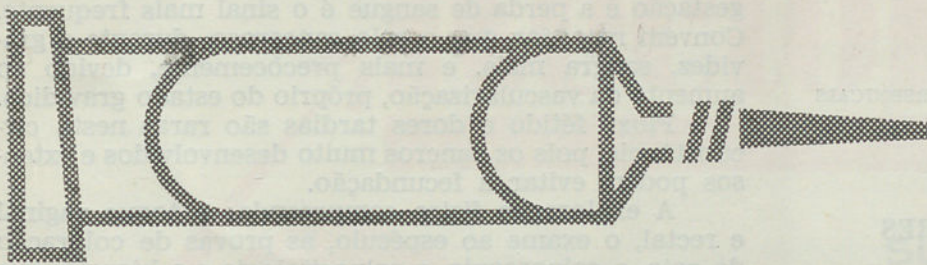
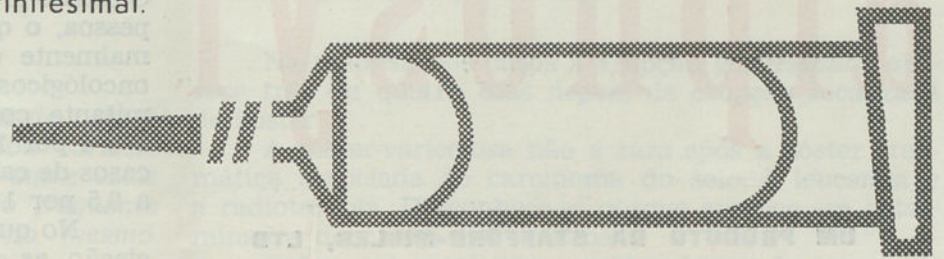
Também existe a possibilidade de confundir o cancro «in situ» com o invasor, tanto durante a gravidez como fora dela, talvez mais na primeira, ao observar-se a hiperplasia crescente, dirigida ao tecido conjuntivo-vascular, e a penetração do epitélio pavimentoso alterado na zona cilíndrico-glandular endocervical ou vice-



# SYNALAR

(Acetonido de Fluocinolona Syntex) Pomada

Dermosteroide activo em concentração  
tópica infinitesimal.



# SYNALAR-N

(Acetonido de Fluocinolona Syntex + Neomicina) Pomada

Nas dermatoses infectadas

FABRICADO E DISTRIBUIDO EM PORTUGAL PELA MEDICAMENTA, S. A. R. L. - LISBOA



A

psoríase

cede ao

alphosyl

UM PRODUTO DA STAFFORD-MILLER, LTD

Este novo medicamento associa pela primeira vez dois agentes activos: a alantoina e um extracto de coaltar especialmente refinado.

Os efeitos sinérgicos desta combinação resultam num rápido aclaramento das lesões e numa positiva estimulação do processo de cura.

ISENTO DOS INCONVENIENTES DOS COMPOSTOS ARSENICAIS  
MERCURIAIS E CORTICOSTERÓIDES

DE RESULTADOS ESPECTACULARES  
COM 75 a 100% DE ÊXITOS

o **alphosyl** é apresentado em frascos de 236 cm<sup>3</sup> de emulsão numa base de creme penetrante, não volátil, não gorduroso e que não mancha.

REPRESENTANTES:

ESTABELECEMENTOS  
BARRAL

Praça José Fontana, 4 — LISBOA

-versa. Mais grave será confundir um cancro já invasor com um «in situ».

Uma vez descoberta a alteração do epitélio denominada cancro «in situ», os exames clínicos, citológicos e, sobretudo, histológicos, do colo, devem realizar-se periodicamente, pois, a todo o momento, pode surgir a invasão.

Do mesmo modo, uma vez passado o período do parto ou do aborto, dever-se-ão efectuar novos estudos para corroborar a existência do processo epitelial «in situ», e sua possível desapareição ou evolução para um cancro invasor.

A influência da gravidez no cancro «in situ» é muito discutível, provavelmente nula, não se podendo demonstrar que a gravidez contribua para dar um carácter invasor ao processo epitelial.

#### FREQUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO GRAVIDEZ-CANCRO INVASOR DO COLO UTERINO

A frequência da gravidez em cancerosas é maior do que a de cancro do colo em mulheres grávidas. O estado gravídico pode repetir-se várias vezes na mesma pessoa, o que já não acontece com o cancro, que normalmente é uma manifestação única. Nos institutos oncológicos a frequência de casos de gravidez concomitante com cancro do colo uterino é variável entre 1 a 4 por 1 000. Nos serviços obstétricos o número de casos de cancro do colo em mulheres grávidas, é de 0,2 a 0,5 por 1 000.

No que respeita à idade em que aparece esta associação, as estatísticas indicam como valor médio os 35 anos, enquanto que nas não grávidas o carcinoma surge pelos 15 anos, o que está de acordo com a idade fértil da mulher.

Esta associação observa-se, sobretudo, nas múltiplas, o que é natural, pois o carcinoma do colo do útero, em geral, é próprio da múltipla.

#### DIAGNÓSTICO

Tanto durante a gravidez como fora dela, o importante é apreciar a existência do cancro do colo uterino antes que o processo saia da zona cervical.

A sintomatologia é igual à do carcinoma fora da gestação e a perda de sangue é o sinal mais frequente. Convém recordar que o colo canceroso, durante a gravidez, sangra mais, e mais precocemente, devido ao aumento da vascularização, próprio do estado gravídico.

Fluxo fétido e dores tardias são raras nesta circunstância, pois os cancros muito desenvolvidos e extensos podem evitar a fecundação.

A exploração física compreende: o toque vaginal e rectal, o exame ao espéculo, as provas de coloração do colo, a colposcopia, a colpocitologia e a biopsia, que é decisiva.

O medo de provocar hemorragia não deve impedir a realização da biopsia na mulher grávida com suspeita de cancro e, neste caso, utilizam-se os métodos de hemostase com excepção do tamponamento forçado.

A exploração cuidadosa e pormenorizada, na concomitância de gravidez e cancro cervical pode determinar a etapa evolutiva do processo, se bem que, nalguns casos, o edema e a congestão parametrial possam dificultar a apreciação da invasão lateral do cancro e levar a menosprezar a afecção.

Quanto ao carcinoma do colo do útero que surge após o parto ou do aborto, admite-se que haja concomitância quando a neoplasia é descoberta dentro dos três meses seguintes ao aborto ou nos seis meses após o parto.

O parto por via natural, devido ao traumatismo cervical, e o puerpério, pelas alterações endócrinas, podem acelerar a evolução tumoral.

No que se refere à influência do cancro na gravidez, sabe-se que pode determinar o aborto ou o parto prematuro (o que aconteceria, de acordo com algumas



estatísticas, em 40 % dos casos); isto sem falar nas interferências em relação com a acção terapêutica necessária para o tratamento do cancro.

#### ETAPAS DO CANCRO E ÉPOCAS GRAVÍDICAS

Do ponto de vista prático, tende a dividir-se o carcinoma do colo em dois grandes grupos: os cancros do colo ainda operáveis, e os inoperáveis.

A apreciação da fase evolutiva, através da exploração, é quase sempre possível, e as dificuldades apontadas por alguns autores referem-se, particularmente, ao conhecimento da existência ou não da invasão parametrial.

No que diz respeito à gravidez, é geralmente aceite a conhecida divisão em três trimestres; contudo, na prática, consideram-se apenas dois períodos: um com o produto não viável. Os dois primeiros trimestres correspondem ao primeiro grupo; o último trimestre é a fase da gravidez em que o feto já é viável.

Pela apreciação da fase evolutiva da gravidez e da fase evolutiva do cancro chega-se a um diagnóstico preciso dos diversos grupos clínicos desta associação e a partir deles orienta-se a indicação terapêutica.

(Condensado por José Boaventura da «Revista Mexicana de Cirurgia, Ginecologia y Câncer», de Junho de 1964).

## QUE DESEJA SABER?

Publicamos a seguir traduções de algumas das «perguntas e respostas» sobre problemas da prática médica que, semanalmente, aparecem sob a rubrica «Any Questions?» no periódico «British Medical Journal»; são aqui reproduzidas com autorização do Editor daquela prestigiosa revista.

#### ZOSTER-VARICELLOSUS

P. — Poucos dias após uma erupção intensa de herpes zoster, um homem já idoso apresentou varicela generalizada. Conheço bem a relação entre estas duas afecções, mas é muito ou pouco frequente a ocorrência simultânea de ambas no mesmo paciente?

R. — Situações destas não são raras — designam-se habitualmente pelo nome de *zoster-varicellosus*.

Na maioria dos casos a erupção generalizada aparece três ou quatro dias depois da erupção localizada de zoster.

A zoster-varicelosa não é rara após a zoster traumática associada ao carcinoma do seio, à leucemia e a radioterapia. Desconhece-se porque aparece em determinados doentes e não noutros.

Crê-se, em geral, que a zoster é uma forma recorrente da varicela, na qual a multiplicação dos vírus é «localizado» em virtude duma reacção imunológica. Se, por qualquer razão, a multiplicação dos vírus for

# Rectofenicol

ADULTOS SUPOSITÓRIOS INFANTIL

NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS  
COMPLICAÇÕES DOS ESTADOS GRIPAIS

Associação de cloranfenicol com acção antibacteriana polivalente, sulfadiazina e canfocarbonato de bismuto.

LABORATÓRIO ÚNITAS, L.D.A  
C. Correio Velho, 8 = LISBOA

# Peptopancrasi

Serono

extracto glicérico total de pâncreas e de mucosa gástrica

reduca prontamente o quimismo digestivo;  
estimula a função pancreática

uma colher às refeições

ISTITUTO FARMACOLOGICO SERONO — ROMA

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L. LEPORI, LDA.

Rua Imprensa Nacional, 86-88  
LISBOA-2

Rua do Bonjardim 1140  
PORTO

Peptopancrasi  
Serono

53

excessiva, os mecanismos imunológicos podem ser incapazes de conter o processo — o vírus dissemina-se e aparece erupção generalizada.

#### ARTERITE DIGITAL E ARTRITE REUMATÓIDE

P. — *Um doente, com artrite reumatóide aguda, tomou 1,6 gramas de fenilbutazona em três dias, tendo apresentado então fenómeno de Raynaud nos dedos de ambas as mãos. Parece não poder evitar-se a perda de vários dedos. Qual a responsabilidade da fenilbutazona neste caso?*

R. — Nestes últimos anos têm sido publicados vários casos de doentes com artrite reumatóide que desenvolvem arterite aguda dos dedos com o aparecimento súbito de fenómeno de Reynaud (às vezes com gangrena das extremidades digitais).

Esses doentes têm em regra artrite reumatóide francamente activa com título sérico elevado de factor

reumatóide. Alguns apresentam neurite periférica e pode haver sinais de arterite noutras zonas do corpo — por exemplo, em certos casos notam-se sinais de trombose mesentérica.

Conhece-se a associação entre este síndrome e o tratamento da artrite reumatóide com corticosteróides da suprarrenal, mas tanto quanto sei nunca foi sugerido que o tratamento com a fenilbutazona possa constituir factor precipitante.

Mas o facto é que estão referidos casos de arterite digital em doentes que não tomaram cortisona ou similares.

É por consequência provável que o caso referido na pergunta seja apenas um exemplo deste síndrome de arterite num doente com artrite reumatóide. A menos que o paciente tenha exibido outras manifestações de intolerância à fenilbutazona, sou de opinião que o fármaco não constituiu factor causal.

(COLIGIDAS POR G. G.)

## SUMÁRIOS DA IMPRENSA MÉDICA NACIONAL

(ARTIGOS ORIGINAIS)

Dos periódicos ultimamente aparecidos:

#### «JORNAL DO MÉDICO»

(6-3-1965): *Contribuição para o estudo da terapêutica geral e local da tuberculose pulmonar e pleural com a Rifamicina SV (Rifocina)* (M. GERALDES BARBA).

#### «SEMANA MÉDICA»

(7-3-1965): *Espectrofotometria de reacções intermacromoleculares*

(DOMINGOS FILIPE, BARRADAS DA SILVA, MARIA DE FÁTIMA N. FERREIRA e MARIA HELENA S. FERREIRA).

#### «ACTA GYNÆCOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA»

(N.º 6 — Vol. XIII): *Alguns aspectos do diagnóstico da tuberculose genital na mulher* (SILVA CARVALHO); *Cobre y ceruloplasmina en el ciclo menstrual* (A. JUANES GONZÁLEZ e I. PERAL); *Etiopatogenia del aborto* (ANGEL GARCIA HERNANDEZ); *Progestagénios de síntese* (R. SOUSA SANTOS).

# LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES

Nesta secção registamos os títulos, autores e editores dos livros que nos são enviados, pouco depois de os recebermos; mais tarde, publicamos críticas bibliográficas. Também nesta secção se indicam referências bibliográficas que os nossos assinantes nos solicitarem sobre qualquer assunto médico (no caso dessas referências terem interesse restrito, as respostas serão dadas, também sem encargos para os consultantes, directamente, pelo correio).

## BIBLIOGRAFIA

Anunciamos em «O MÉDICO» (semanário de assuntos médicos e paramédicos) o aparecimento de todos os livros e outras publicações que sejam enviadas para este jornal ou para a «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (revista bimestral) (Secção bibliográfica — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). A seguir, se nos forem enviados 2 exemplares ou se a obra tiver valor especial, publica-se uma resenha bibliográfica: quando se tratar de assuntos de ginecologia ou obstetrícia, na «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» e, com referência a outros assuntos em «O MÉDICO».

## BIBLIOGRAFIA

Haremos referencia en «O MEDICO» (semanário de asuntos generales) a la aparición de cuantos libros y otras publicaciones nos fueren enviadas para este periódico o para la «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (revista bimestral) (Sección bibliográfica — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Oporto — Portugal). Además, cuando nos sean enviados 2 ejemplares, o si la obra tuviere especial valor, publicaremos una reseña bibliográfica; cuando se trate de asuntos de ginecologia o de obstetrícia en el «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» y sobre otros asuntos en «O MEDICO».

## BIBLIOGRAPHIE

Nous annonçons dans «O MEDICO» revue (hebdomadaire générale) à leur parution, tous les livres et autres publications qui soient envoyés à ce journal ou à «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (revue bimensuelle) (Section bibliographique — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Ensuite, si nous avons reçu deux exemplaires, ou si l'oeuvre a une valeur spéciale, il en sera publié un compte-rendu bibliographique: lorsqu'il s'agit de sujets de gynécologie ou d'obstétrique, dans les «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA»; dans «O MEDICO» quand il est question d'autres sujets.

## BIBLIOGRAPHY

We announce in «O MEDICO» (weekly journal of general matters) the publication of all books and other publications which are sent to this journal or to «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (bi-monthly journal) (Bibliographic Department — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Later if two copies are sent us or if the work is of special value, a bibliographical summary will be published in the «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» when the subject matter treats of gynaecology and obstetrics; while those works referring to any other subject will be referred to in «O MEDICO».

## BIBLIOGRAPHIE

Wir annuncieren in «O MEDICO» (allgemeine wochentliche Zeitschrift) das Erscheinen aller Bücher und anderer Veröffentlichungen, die an diese Zeitung eingeschickt werden oder an die Zeitschrift «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-

-LUSITANA» (Zeitschrift die von zwei blonath in zwei blonath erscheint) (Abteilung Bücherwesen, Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Wenn uns ausserdem 2 Exemplare eingeschickt werden, oder wenn das Werk besonderen Wert hat, veröffentlichen wir einen eingehenden Bericht, und zwar, wenn, es sich um Fälle handelt, die etreffen der Gynäkologie oder Obstetricie, in der «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA», irgendwelche andere Fälle, im «O MEDICO».

## BIBLIOGRAFIA

H. S. GLASSSCHEIB — «Os grandes segredos da Medicina» — Ed. Livros do Brasil, Lisboa — Coleção Vida e Cultura, 395 págs. — Trad. de José Ervedosa.

Com o subtítulo «A luta contra a dor e a morte», este livro volumoso de perto de 400 páginas é um conjunto de ensaios e crónicas, de índole e extensão diversas, que se lêem com grande interesse e muito proveito. Não se poderá dizer que o título e o subtítulo sejam muito apropriados nem estejam de acordo com o conteúdo, uma vez que a Medicina não tem segredos, mas conhecimento ou falta de conhecimento, e os «Grandes segredos da Medicina» só podem existir como imagem literária, e a série de capítulos que constituem o volume esteja longe de nos dar uma ideia verdadeira, concreta e coerente do papel e êxitos da Medicina na luta contra a dor e a morte, à medida que os seus conhecimentos e meios de actuação aumentam com o progresso da ciência e da técnica.

Os quatro capítulos da primeira parte, que aparece sob a designação de «Os cavaleiros de Apocalipse», tratam das grandes epidemias de peste (A morte negra), a começar com a de 1347, que é descrita literariamente de forma admirável, aparecimento da sífilis (A morte lugubre e lenta) na Europa, no fim do século XV, a tuberculose (A morte branca), outras epidemias (A boceta de Pandora), com referência à variola, lepra, disenteria, tifo.

A segunda parte, com o título de «A luta contra o sofrimento e a morte», compreende três capítulos: As dores do parto — Assistência aos partos; Da câmara de tortura à sala de operações; A narcose pelo éter. Estes capítulos são verdadeiramente instrutivos dos novos caminhos e possibilidades que foram abertos a sectores importantes da humanidade na luta contra o sofrimento, aproveitando o progresso do conhecimento e da experiência que permite realizar pouco a pouco

SINTONIZAÇÃO COM O AMBIENTE • EQUILÍBRIO VEGETATIVO

# RESIBAMATO

RESERPINA 0,1 mg. + MEPROMABATO 400 mgs.



IBERFAR



TRANQUILIZANTE ORIGINAL

CIÁTICA • HERPES ZOSTER • NEVRITES • MIALGIAS

# BÊCINATRA

(Vitamina B<sub>12</sub> + Vitamina B<sub>1</sub> + Iodeto de sódio)

ANTI-NEVRÍTICO • ANTI-REUMÁTICO • ANTI-ÁLGICO

CAIXA DE 3 x 5 C. C. + 3 x 1 C. C. • CAIXA DE 6 x 5 C. C. + 6 x 1 C. C.

**Laboratório FIDELIS**

os sonhos e aspirações de épocas passadas. Como diz o autor, «o progresso é a realização das utopias».

A terceira parte, «Caminhos errados e extravios», é constituída por nove capítulos que pouco têm que ver com a Medicina: Os quatro humores; O fluido magnético; A Homeopatia; A feira da Medicina; O triunfo e a queda do Dr. Brinkley; O charlatão de Gallsbach; A quiroprática e G. B. Shaw; A cura pela Fé; A tentativa da «longevidade».

É, no entanto, extremamente agradável e recreativo ler uma história como a do «O triunfo e a queda do Dr. Brinkley», por exemplo, embora tenha que se concluir, com desagrado, que a audácia e o interesse pelo dinheiro podem e sabem aproveitar-se sem escrúpulos dos mais diversos meios de actividade, incluindo a prática médica, e que populações sem cultura, de mentalidade primitivista, embora tènicamente desenvolvidas, são capazes nos nossos dias de lhes proporcionar audiência tão vasta. A história passa-se nos E. U. da América, nas décadas de 20 e 30 deste século.

Na quarta parte, «A Medicina penetra nas profundidades», o autor procura dar-nos em 5 capítulos: Theatrum Anatomicum; Bater ao de leve e escutar; Os raios X do Professor Röntgen; A descoberta do rádio; A psicanálise do Professor Freud; uma descrição dos factores e descobertas que à custa de sacrificios tremendos e de dificuldades hoje quase incompreensíveis permitiram à Medicina penetrar pouco a pouco no campo do diagnóstico da doença e do sofrimento e começar a esclarecê-los. Estas descobertas e utilizações técnicas foram na verdade decisivas para o progresso da Medicina, mas não há dúvida que outras descobertas e realizações práticas, do domínio da química e sobretudo da bioquímica, fisiologia, farmacologia e da administração sanitária, revolucionaram completamente nos anos recentes a possibilidade de luta contra a dor e a morte. O autor não as considera, mas é delas, sobretudo, que está a depender a possibilidade da Medicina, como ciência e técnica, se elevar cada vez mais acima das vicissitudes da natureza e aliviar os sofrimentos físicos e a miséria do homem, permitindo-lhe a vida com saúde.

A edição é excelente e a tradução pareceu-nos muito cuidada.

G. F.

ERICH FROMM — «Ética e Psicanálise» — Editorial Minotauro, L.da — Colecção «Ensaio» — 339 págs. — Trad. de João José Esteves da Silva.

A ética e a psicanálise é um livro de leitura difícil, definido pelo autor como «um ensaio teórico destinado a esclarecer os problemas da ética e da psicologia: o seu

propósito não é pacificar o leitor, mas estimulá-lo a interrogar-se». E como «a Psicologia não pode divorciar-se da Filosofia e da Ética, nem da Economia e da Sociologia» o leitor atento tem muito com que se interrogar nas quase três centenas e meia de páginas do livro e chega ao fim, naturalmente, concluindo que os problemas da ética e da psicologia ainda não ficaram esclarecidos.

O assunto é exposto num prólogo e quatro capítulos: O problema; Ética humanista; Ciência aplicada da arte de viver; A natureza humana e o carácter; Problemas da ética humanista; O problema moral contemporâneo; e apesar de todas as incertezas a que a exposição um pouco fragmentária e sem sombra de dúvida bastante instrutiva conduz o leitor, descobre-se um fundo de optimismo salutar que as palavras finais do autor põem em evidência: «Se repetir a questão posta no início deste livro, a de saber se há razão para que nos orgulhemos e para que tenhamos esperança, a resposta será, mais uma vez, afirmativa, embora com a reserva que resulta de todas as considerações que fizemos durante a marcha; nem o bem nem o mal são automáticos ou pré-estabelecidos. A decisão depende do homem e da sua capacidade de tomar sobre os ombros a responsabilidade de si mesmo, da sua vida e da sua felicidade; da sua determinação de enfrentar o seu problema moral e o problema moral da sociedade; da coragem de ser ele mesmo e para si mesmo».

A edição e a tradução são excelentes.

G. F.

«Protection contre les radiations ionizantes (Aperçu de la législation actuelle)» — 1 vol. de 176 págs. — Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 1964.

Trata-se de um volume de 176 páginas em que aparece compilada a legislação de 26 países, incluindo Portugal, legislação relativa ao assunto da protecção contra radiações ionizantes.

A obra, que constitui separata editada pela Organização Mundial de Saúde, pertence à Colecção Internacional de Legislação Sanitária, que leva já publicados 20 volumes, dedicados a outros tantos assuntos, de entre os quais se pode recordar a luta contra a tuberculose, a poluição do ar, o tratamento das toxicomanias, a declaração das doenças transmissíveis, etc., etc.

O volume compreende uma introdução, um resumo geral de regulamentação e a legislação de diversos países — 26, como dissemos — para terminar por mais de uma dúzia de páginas de referências bibliográficas.

Não se pretende dar um resumo que esteja absolutamente em dia, como se informa na abertura do

volume, pois o trabalho refere-se aos elementos que existiam na sede da O.M.S. no fim de Maio de 1964, e todos sabem que, em matéria de radioprotecção, é norma a rapidez de evolução e daí as modificações da legislação.

O objectivo essencial é o de coligir elementos que permitam definir as tendências gerais da legislação e esse é amplamente conseguido pela reunião de dados respeitantes à África do Sul, à República Federal da Alemanha, Austrália, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Islândia, Itália, Luxemburgo, Noruega, Nova Zelândia, Holanda, Filipinas, Polónia, Portugal, Reino Unido, Suécia, Suíça, Checoslováquia e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

O volume é de grande utilidade para todos quantos se interessam pelo problema da protecção contra radiações ionizantes, visto representar a melhor compilação da legislação referente a este assunto até hoje conseguida, ao mesmo tempo que, nos dois capítulos iniciais, sumaria as tendências que o mundo leva nesta matéria.

A. R.

J. BANCAUD et col. — *La stéréo-électroencéphalographie dans l'épilepsia* — Vol. de 322 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 80 F.

Trata-se de informações neurofisiológicas relacionadas com a investigação funcional arterotóxica (relatório apresentado à Sociedade de Electroencefalografia de Língua Francesa) — trabalho do Serviço de Neurocirurgia Funcional do Hospital *Sainte-Anne*. São as seguintes as grandes divisões que esta obra com-

preende: «Princípio — Método — Técnicas de investigação S.E.E.G.», «As epilepsias corticais focais», «As epilepsias psicomotrices» e «As epilepsias centroencefálicas».

GEORGE PATURET — *Traité d'Anatomie Humaine — Tome IV — Système Nerveux* — Vol. de 1184 págs, 563 figs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 270 F.

A exposição da anatomia do sistema nervoso constitui uma das dificuldades maiores que encontra o autor dum trabalho de anatomia. O Prof. G. Paturet e o Prof. Bellocq (que fez a revisão) conseguiram vencer as dificuldades no 4.º tomo deste Tratado de Anatomia Humana, que apresenta, aliás, as qualidades dos 3 volumes que o precederam: descrição precisa, concisa e clara; exposição muito pormenorizada das relações topográficas; ilustração com numerosos desenhos e esquemas de excelente qualidade.

Os neurologistas considerar-se-ão felizes em achar reunidos num só volume a anatomia do sistema nervoso central e a anatomia dos nervos periféricos e dos cranianos. A obra é uma referência muito útil para o ensino da semiologia das doenças do sistema nervoso.

Um lugar muito importante é reservado à anatomia das meninges e dos vasos do sistema nervoso e à descrição das relações ósseas das estruturas nervosas. Estes conhecimentos são essenciais em neurocirurgia; têm também interesse considerável no que toca às dimensões fisiopatológicas em neurologia. Também é de notar as referências, indispensáveis num tratado de anatomia, à fisiologia.

*La Radiographie des formations intrarachidiennes (moelle, racines, ligaments, enveloppes)* — Vol. de 222 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 49 F.

Trata-se das Jornadas de 27 de Setembro de 1963, em Estrasburgo, que se realizaram sob os auspícios da Federação Mundial de Neurologia, reunindo este volume os trabalhos ali



**IMUNADOL**

ANTI-INFECCIOSO

ACTIVADOR DAS DEFESAS ORGÂNICAS

LISADO BACTÉRICO

OBTIDO A PARTIR DE ESTIRPES LISAS SELECIONADAS DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

COM ACÇÃO IMUNIZANTE

COMPROVADOS EFEITOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS ESTADOS GRIPAIS

CAIXAS DE 1, 3, 6 E 12 AMPOLAS DE 2 C.C.

LABORATÓRIO SAUDE, LDA.  
R. de S.to António à Estrela, 44 — LISBOA

VERIFICADO OFICIALMENTE NO  
INSTITUTO CÂMARA PESTANA

# VLADICORT

**fluorprednisolona**

é um novo esteróide de síntese análogo à prednisolona, da qual se distingue pela introdução de um átomo de flúor na posição 6-alfa.

# VLADICORT

**fluorprednisolona**

tem uma acção anti-inflamatória, anti-reumática e anti-alérgica duas a três vezes mais intensa do que a prednisolona.

# VLADICORT

**fluorprednisolona**

tem menores efeitos secundários do que os habituais corticosteróides e é apresentado em frascos de 10 e 20 comprimidos a 2 mg.

# VLADICORT

**fluorprednisolona**

pela mais elevada actividade e melhor tolerância, pode ser administrado em dosagens inferiores às utilizadas com a prednisona e a prednisolona.



**LABORATÓRIOS VITÓRIA**

VENDA NOVA — AMADORA

apresentados. Nesta obra, refere-se a contribuição de vários especialistas em radiologia da medula espinal, dando-se larga audiência à nova geração; as técnicas, que pareciam estabilizadas, são discutidas.

Ricamente ilustrada, a obra interessa aos neurologistas e aos reumatologistas; ao neurocirurgião, chamado eventualmente a intervir; enfim, ao radiologista, que aprenderá cada vez mais a explorar as formações intermedulares escondidas pelas estruturas ósseas, não somente a medula, mas também os ligamentos intra-raquidianos e as raízes.

JEAN DELAY et PIERRE PICHOT — *Abrégé de Psychologie (à l'usage de l'étudiant)* — Vol. de 490 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 42 F.

É esta a 2.ª edição desta obra, original pela sua orientação, cujos autores procuraram apresentar somente os factos bem estabelecidos, expondo as teorias actuais com objectividade e sem exclusivismos, evocando as aplicações particulares no domínio médico e fornecendo assim ao estudante e ao médico elementos de referência e fontes de reflexão. Para esta segunda edição, de uma obra que teve grande sucesso, os autores reviram e corrigiram o texto.

*Affections du foie, des voies biliaires de la rate e du pancreas. — Tome IV du Traité de Thérapeutique Chirurgicale, por M. MERCADIER — Vol. de 754 págs., 73 figs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 156 F.*

Este tomo IV do prestigioso Tratado de Terapêutica Cirúrgica, como todos os outros desta obra, não se parece com os restantes livros publicados de patologia, nem com os tratados da técnica operatória. Escritos por especialistas, destinam-se a todos aqueles que têm de pôr indicações terapêuticas em presença duma determinada afeção e àqueles que as devam aplicar.

No que se refere a este volume da colecção, trata-se de obra dum só, mas com forte unidade de tom. Com excelente apresentação, este livro será lido, meditado e consultado com grande proveito por todos aqueles que se interessam por este difícil assunto.

*Traité de Thérapeutique Chirurgicale — Tome I: Chirurgie orthopédique et traumatologique des membres, raquis et bassin — Vol. de 734 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 156 F.*

Esta obra, da autoria dos Drs. Robert e Jean Judet, de Paris, expressa a experiência e a escola daqueles ortopedistas (o primeiro é professor de Clínica Traumatológica e Ortopédica na Faculdade de Medicina de Paris). A fórmula do «Traité de thérapéutique chirurgicale» permitiu encarar cada assunto com um memorial clínico justificando a indicação cirúrgica em cada caso. Os membros, o ráquis e a bacia são estudados encarando as afeções traumatológicas, infecciosas específicas ou não, tumorais, neurológicas, congénitas, que podem atingi-las.

Num capítulo de generalidades são particularmente estudadas as vias de acesso às quais os autores dão a sua preferência. Nos capítulos topográficos, deve salientar-se: para o ráquis, o interesse das luxações-fracturas, ao nível do ráquis cervical, das ciáticas de origem discal e do mal de Pott; para a bacia, o capítulo das fracturas da coteto; em relação com os membros inferiores, é fundamental o capítulo referente à anca.

*Diagnostic et traitement des radiolésions aigües — Vol. de 435 págs. — Ed. de l'O.M.S. (Genève), 1964. — P.: 24 F. Dep. em Portugal: Liv. Rodrigues.*

Trata-se do relatório referente a uma reunião, que se realizou em Outubro de 1960 em Genebra, promovida pela O.M.S. e pela Agência Internacional de Energia Atómica. Os participantes tinham sido escolhidos em três categorias de especialistas dos trabalhos sobre as radiações: os que possuíam uma certa experiência do tratamento das pessoas acidentalmente expostas a fortes doses de radiação ionizante; os que praticavam com fins terapêuticos a irradiação total em fortes doses; enfim, os que estudavam problemas conexos sobre animais de experiência. A publicação do relatório dessa reunião facilitará a difusão das informações expostas nos vinte e um documentos de trabalho ou apresentados durante as discussões.

LUCIEN LEGER et col. — *Sémiologie Chirurgicale* — Vol. de 420 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 50 F.

Concebido segundo as «bandes filmées», este livro procura, na medida do possível, concretizar e objectivar no papel os gestos elementares que o Prof. Lucien Leger (professor de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina de Paris) descreve no

seu curso. A iconografia ultrapassa muitas vezes o texto; a riqueza da ilustração parece constituir o fim essencial.

Os autores não quiseram tratar todos os capítulos da patologia, mas antes, a propósito de exemplos bem escolhidos e largamente ilustrados, mostrar ao estudante os caminhos racionais e também provocar um certo número de associações de ideias susceptíveis de ajudar a estabelecer um diagnóstico corrente.

Em apêndice, os autores consagraram um curto capítulo ao estudo do vocabulário médico e da sua formação a partir das raízes gregas e latinas.

BERND DIETERICH et J. HENDERSON — *L'approvisionnement des villes en eau: situation et besoin dans soixante-quinze pays en voie de développement* — Vol. de 92 págs. — Ed. l'O.M.S. (Genève), 1965. — P.: 3 F. s. Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

O presente estudo sobre o fornecimento em água das cidades de 75 países da África, da América latina e da Ásia, foi preparado no quadro do programa de abastecimento público em água da O.M.S. É a primeira vez que se fazem esforços no sentido de se conhecerem os problemas relativos ao fornecimento de água nos países em vias de desenvolvimento. O período a estudar refere-se a 15 anos (1962 a 1977), durante os quais se prevê que a população urbana dos países interessados aumentará de mais de 60%, passando de 320 milhões de almas para cerca de 527.

HENRI PÉQUINOT et col. — *Précis de Pathologie Médicale en 8 vol.* — Ed. Masson, Paris, 1964.

Este novo «Précis» de patologia médica foi redigido por seis autores que não se contentaram em distribuir as matérias,

mas, por um trabalho em comum, procuraram dar ao conjunto uma verdadeira unidade.

A obra passa em revista *toda a patologia*, tal como o médico a vê, sem esquecer, quando é necessário, colocar no seu devido lugar os sectores em geral abandonados a especialistas definidos, por exemplo, partes de Patologia Cirúrgica e de Dermatologia. Refere-se mesmo, em princípio, a *todas as idades da vida*, do recém-nascido ao velho, e tenta integrar a unidade psico-somática do organismo. Sem pretender substituir os manuais especializados das várias disciplinas, fornece aos seus leitores bases de referências no sector mais vasto possível.

Conforme com a tradição francesa do ensino da patologia, a semiologia e a evolução das doenças não enquadradas pela etiologia, a exposição das lesões anatómicas e dos dados fisiopatológicos, e completados pelo tratamento.

Este conjunto, que tem o seu lugar nas bibliotecas dos clínicos gerais e dos especialistas que desejam confrontar o que as revistas lhes fornecem como fundo moderno da patologia, compreende 8 volumes, 3 dos quais já apareceram, e são os seguintes: 2.º — Sangue-Pele (476 págs., P.: 50 F.); 3.º — Esófago-Estômago-Intestino-Pâncreas-Vias biliares-Fígado (764 págs., P.: 76 F.); 4.º — Glândulas endócrinas-Ossos-Articulações (444 págs., P.: 50 F.).

A. BONNETON — *Médecine Psychosomatique (Regards sur les énigmes de la médecine)* — Vol. de 382 págs. — Ed. Maloine, Paris, 1965 — P.: 28 F.

Nesta obra de excepcional envergadura, o Dr. André Bonneton abraça o conjunto da Medicina, num estudo que é ao mesmo tempo prático e viril. Numa época difícil, o autor dá conta do caminho que tem seguido esta disciplina, em vista de um novo humanismo em que o doente, deixando de ser *um número*, torna-se uma entidade sagrada, uma individualidade privilegiada que nada poderá isolar.

Este tratado da Medicina Psicossomática destina-se tanto ao estudante de Medicina como ao professor. O seu autor salienta

# ateroid

um novo antiarteriosclerótico  
já consagrado

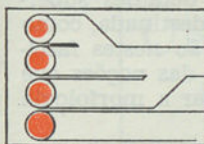
FACTOR

CLARIFICANTE

NATURAL

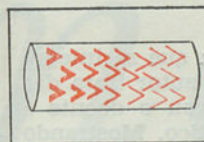
(altamente purificado)  
com duplo efeito

a terapia oral  
de melhor praticabilidade  
e de acção constante  
nas 24 horas



## ANTIARTERIOSCLERÓTICO

- previne - detém e faz retroceder a placa ateromatosa
- restabelecendo a permeabilidade vascular



## FLUIDIFICANTE

- reduz a viscosidade hemática
- por isso aumenta a velocidade do fluxo periférico
- e melhora a circulação colateral
- resolve a isquémia tissular
- isento de efeito anticoagulante

frasco com 40 drageias,  
doseadas a 10 mg de substância activa.

LABORATÓRIOS  
DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO  
sob licença de CRINOS MILÃO

que o objectivo da Psicossomática ultrapassa o da Psiquiatria e o da Medicina geral contemporânea. Conhecimentos polivalentes alimentam esse objectivo: psicologia, biotipologia, psicomorfologia, neurologia, dermatologia, reumatologia, sociologia, etc.

PIERRE LÉPINE et col. — *Techniques de laboratoire en virologie humaine* — Vol. de 840 págs. — Ed. Masson, Paris, 1964. — P.: 120 F.

Os notáveis progressos que se verificaram no decurso dos últimos anos no que respeita às técnicas virológicas do laboratório revolucionaram os métodos de trabalho das doenças de vírus e tornaram ultrapassadas as obras clássicas neste domínio. Para apresentar convenientemente as técnicas oferecidas aos laboratórios, tanto no domínio da investigação como no da biologia clínica, não basta uma simples revisão. Impõe-se um inventário completo, apresentando a todos os trabalhadores os métodos mais modernos em relação com o isolamento e a identificação dos vírus. Só uma equipa poderia realizar essa tarefa. O Prof. Lépine, que preside a um grupo numeroso de especialistas no Serviço de Vírus do Instituto Pasteur de Paris, estava especialmente indicado para se encarregar da elaboração, com os seus colaboradores, desta obra, que, numa primeira parte, trata de «Métodos e técnicas» e na segunda de «Viroses e Rickettsioses humanas», incluindo todas as afecções de etiologia virósica.

PIERRE LÉPINE, J. CADILLON et L. CHAUMONT — *Manuel des inoculations et prélèvements chez les animaux de laboratoire*. — Vol. de 120 págs. — Ed. Masson, Paris, 1964. — P.: 29 F.

Esta obra, que resume a longa experiência prática dos autores, constitui ao mesmo tempo um guia de iniciação nas manipulações em animais e um «aide-mémoire» destinado a estar nas mesas dos laboratórios para ser consultado com frequência. Permite a qualquer operador, mesmo improvisado, operar com facilidade e ter êxitos nas intervenções delicadas.

Cada técnica operatória é claramente descrita e as ilustrações ocupam mais espaço do que o texto: foram executadas sob forma de desenhos em presença de fotografias, o que lhes permitiu apresentarem-se ao mesmo tempo com a clareza e a precisão indispensáveis na matéria.

J. BRICOUT — *Anatomie descriptive du système nerveux central* — 3 fasc. formant 360 págs. — Ed. Maloine, Paris, 1965. — P.: 20 F. cada fasc.

Neste manual, destinado aos estudantes e aos cancerosos (com prefácio do Dr. Mazan, neuro-cirurgião dos Hospitais de Paris), o autor apresenta em cortes orientados uma anatomia nervosa topográfica, com um texto que exclui detalhes supérfluos, mas visando o máximo da precisão. Obra destinada, como se diz atrás, a estudantes, os leitores encontrarão nestes fascículos, que apresentam 120 esquemas, o essencial das noções que devem conhecer, ajudando os iniciados a precisar a morfologia e as relações de certas estruturas profundas.

ETIENNE LORTAT-JACOB — *Les consultations journalières en Dermatologie* — Vol. de 152 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 22 F.

Dentro do espírito prático da colecção em que se integra este livro — «Les consultations journalières» — o autor trata das dermatoses partindo do sintoma clínico que levou o doente a consultar, para, finalmente, chegar ao diagnóstico. Mostrando a importância desta disciplina para todo o internista, desenvolve os vários capítulos de forma clara e precisa, dando lugar a que o leitor faça um diagnóstico concreto e possa aplicar a terapêutica apropriada. Trata-se, pois, de uma orientação diversa daquela que em geral se tem seguido em livros de Dermatologia: partir da lesão elementar é o plano clássico.

*Les modifications du milieu et leurs effets sur la santé (rapport d'un comité d'experts de l'O.M.S.)* — Vol. de 25 págs. — Ed. Organ, Mondial de la Santé, Genève, 1965. — P.: 2 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Neste relatório, os peritos examinam os problemas da saúde relativos às radiações ionizantes, à poluição do ar, à higiene alimentar e a outros factores de modificação do meio próprios à vida das sociedades modernas, chamando a atenção para o

aumento das fontes de radioactividade e a poluição do ar. Se não se encontrarem soluções satisfatórias a todos estes problemas, a saúde das populações será gravemente ameaçada.

J. TERRASSE, S. MOINADE et J. C. MARCHEIX — *Les consultations journalières en pathologie infectieuse* — Vol. de 260 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 34 F.

Trata-se de mais um volume da excelente colecção «Les Consultations Journalières», publicada pelo Dr. M. Albeaux-Fernet.

Num primeiro capítulo, os autores classificam os diversos estados infecciosos, dando um lugar especial aos estados febris prolongados — problema difícil de patologia. Encaram em seguida o estudo dos estados septicémicos e depois as várias localizações mórbidas que podem acompanhar um estado infeccioso.

Os autores não procuraram escrever um tratado completo das doenças infecciosas. Quiseram sobretudo ser os auxiliares do médico prático, facilitando-lhe um memorial sobre os diagnósticos possíveis, os exames de laboratório e as regras elementares duma terapêutica corrente.

## LIVROS RECEBIDOS

Ed. Masson (Paris): — H. BONNET A. & P. NÉVOT — *Travaux Pratiques de Bacteriologie Médicale* (268 págs., 1964). 38 Fr.

J. TERRACOL, M. AUBRY — *Les Maladies des Cavités Annexes des Fosses Nasales* (598 págs., 1964). 130 Fr.

GEORGES RIEUNAU — *Manuel de Traumatologie — Membres-Rachis-Ceintures* (246 págs., 1964). 50 Fr.

H. GASTAUT, J. ROGER, R. SOULAYROL, N. PINSARD — *L'encéphalopathie Myoclonique Infantile avec Hypsarytmie* (226 págs., 1964). 70 Fr.

P. HUGUENARD et col. — *Exposés d'Anesthésiologie à l'usage des Praticiens et des Étudiants* (276 págs., 1964). 28 Fr.

*L'Ostéoporose Symposium* publié par D. J. HIOCO (262 págs., 1964). 55 Fr.

M. ALBEAUX-FERNET — *Les Consultations Journalières*; F. DARNIS, J. DUBRISAY — *En Pathologie Hépato-biliaire* (244 págs., 1964). 30 Fr.

M. ALBEAUX-FERNET — *Les Consultations Journalières*; J. TERRASSE, S. MOINADE et J. C. MARCHEIX — *En Pathologie Infectieuse* (260 págs., 1964). 34 Fr.

M. ALBEAUX-FERNET — *Les Consultations Journalières*; CLAUD MACREZ — *En Cardiologie* (143 págs., 1965). 20 Fr.

*Problèmes Actuels Relatives à la Nutrition et à la Diététique* (278 págs., 1964). 32 Fr.

J. LANGMAN — *Embryologie Médicale* (344 págs., 1965). 45 Fr.

Ed. L'Expansion (Paris): — *L'Actualité Rhumatologique — 1964-1965 — Présentée au Praticien par les Médecins du Centre Viggo-Petersen* (424 págs.).

Ed. Arscia & Maloine (Paris): — CHR. DECKERS — *Structure Antigénique de Tumeurs Expérimentales* (180 págs., 1964). 320 Fr. B.

P. J. KESTENS — *La Perfusion du Foie Isolé — Son application à l'étude de quelques problèmes de Biologie* (248 págs., 1964). 430 Fr. B.

Ed. Maloine (Paris): — J. BRICOUT — *Anatomie Descriptive du Système Nerveux Central* — Fasc. 1, 2 e 3.

ANDRÉ BONNETON — *Médecine Psychosomatique — Regards sur les Enigmes de la Médecine* (382 págs., 1964). 28 Fr.

J. CHEVALLIER — *Cando Médical — Classification Alpha Numérique de la Documentation Médicale* (1965). 70 Fr. *Planning Familial* (172 págs., 1963). 20 Fr.

Ed. Instituto da Anatomia Patológica (Coimbra): — *Arquivos de Patologia Geral e Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra* — Vol. VI (436 págs., 1964).

Ed. Omnia Médica (Pisa): — MARCELLO NEGRI — *La determinazione quantitativa degli ormoni proteici con metodi immunologici* (90 págs., 1964).

*Atti del 2.º Congresso della Società Italiana di Citologia Clinica e Sociale* (Ferrara 26-27 Ottobre 1963) 474 págs.



um novo corticosteróide

# Delmeson<sup>®</sup>

21-desoxi-6-metil-9-fluoro-prednisolona

**4**

formas de apresentação

para cada tipo de pele  
para cada estado mórbido  
para cada localização

**Delmeson pomada**  
(gordurosa)  
bisnagas de 5 gr.  
bisnagas de 20 gr.

**Delmeson creme**  
(isento de gordura)  
bisnagas de 5 gr.  
bisnagas de 20 gr.

**Delmeson espuma**  
(isenta de gordura)  
frascos c/válvula, de 20 gr.

**Delmeson-Tumenol pomada**  
bisnagas de 5 gr.  
bisnagas de 20 gr.

Um século de  
Química



# Dermo- Especifico

## A MEDICINA PSIQUIÁTRICA EM FACE DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

(ASPECTOS MÉDICOS, PEDAGÓGICOS E SOCIAIS)

JOÃO DOS SANTOS MARCELO

(Primeiro-assistente do Dispensário de  
Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa)

### PALAVRAS PREAMBULARES

A II Conferência Internacional da União Mundial dos Organismos para a Salvaguarda da Infância e da Adolescência (U.M.O.S.E.A.), com a participação dos organismos públicos e privados na prevenção e cura das perturbações da adolescência provocadas pela vida moderna, realizou-se em Bruxelas, durante o período de 20 a 25 de Maio de 1963.

Os países que nela participam foram 30: Argélia, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Colômbia, Congo, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Inglaterra, Grécia, Irão, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Luxemburgo, Martinica, Países Baixos, Portugal, República Federal Alemã, Roménia, Suécia, Suíça, Turquia, Venezuela e Jugoslávia, estando ali representado o nosso país pelo autor do presente relatório.

A luzida representação da Espanha, com 11 delegados, entre os quais o professor Ramon Sarro, da Universidade de Barcelona, dá boa ideia do interesse que aquele país vem dedicando aos complexos problemas que são os da prevenção e cura das perturbações da adolescência, provocadas pela vida moderna. Pomos em relevo a Espanha, porque só dois países tiveram maior representação no Congresso: a Bélgica com 91 delegados e a França com 109.

Dar conta de todos os trabalhos, de visitas a estabelecimentos assistenciais, centros pedagógicos, clubes e actividades da juventude, centros de saúde, de psicoterapia, casas de semiliberdade e de estudantes sem família ou em perigo moral, centros de observação e tratamento para débeis mentais, etc., seria um interessante trabalho de equipa, que limitado esforço individual não pôde comportar.

Neste capítulo, apenas nos foi possível, por nos parecer o mais importante e proveitoso, visitar «Le Centre de Santé» da comuna de Anderlecht, de que adiante nos ocuparemos com o desenvolvimento que julgamos necessário.

Quanto ao mais, o presente trabalho terá de limitar-se a dar uma ideia, um tanto resumida, das quatro principais conferências efectuadas nas sessões plenárias; até porque, versando elas os temas principais que se estudaram e discutiram no Congresso, constituem uma notável síntese de todas as actividades, quer pela amplitude da matéria abrangida, quer pela forma como os assuntos foram apresentados por figuras de tão elevada categoria científica.

A magnitude dos problemas focados, a importância das iniciativas apresentadas e das soluções sugeridas, não encontram certamente aqui, em expressão portuguesa, um eco bem acentuado, uma vibração tão impressionante, como a que receberam os nossos sentidos e faculdades, das vozes calorosas e entusiásticas dos oradores que ouvimos, dos factos e providências de que nos apercebemos. Porém, sendo o único médico português que ali se encontrava, não deveríamos deixar perder, para o estudo, porventura, de maiores pro-

gressos da assistência psiquiátrica do nosso país, o ensejo e os elementos que se nos deparavam, apesar das precárias circunstâncias materiais em que ali fomos — talvez excepcionais em relação a outros congressistas do estrangeiro.

Das quatro conferências fundamentais, a que fizemos referência, foram autores: o professor LAFON, da Faculdade de Medicina de Montpellier, que se ocupou de «Vie moderne e adolescence»; monsieur GILLES GENDREAU, director da Instituição Boscoville — Montreal, Prov. de Quebec (Canadá), que desenvolveu o tema: «Propagande et action educative pour la prevention-esprit et moyens»; o professor PASQUASY, do Instituto de Pedagogia da Universidade de Liège, que dissertou sobre o tema: «La mise au travail des jeunes et leur engagement dans la vie»; e, finalmente, a quarta conferência, de que tratamos, foi subordinada ao tema geral: «L'équipement pour la cure de troubles de l'adolescence (l'esprit qui anime cet equipement — la legislation qui le regit — Etat actuel de l'équipement: ce qui est fait)», pelo Dr. NIGER WALKER, mestre de conferências no Colégio Neufield, da Universidade de Oxford, e respeitava à Bélgica, Grã-Bretanha, França e Suíça.

### I — A VIDA MODERNA E A ADOLESCÊNCIA

Diz-nos o Prof. LAFON (presidente da U.M.O.S.E.A.), que o tema da conferência é da maior amplitude e gravidade, porque respeita à profilaxia psico-social dos indivíduos, das famílias e dos estados; e faz notar que, tal como as noções de adolescência e de adaptação podem variar de país para país, também a noção de *vida moderna* pode comportar grandes diferenças, quer se trate de um país desenvolvido, ou em via de desenvolvimento, quer de um país de estrutura familiar instável, ou ainda de um país de forma tribal. Todavia — acrescenta — não se trata de copiar a melhor fórmula, o que seria um erro psico-social. Trata-se, antes, de uma necessidade imperiosa, a partir da experiência dos países ocidentais e da evolução económico-social dos países em expansão; de procurar os mecanismos profundos, que em pouco tempo transformaram os primeiros, ou irão transformar intensamente os segundos, em nome do progresso e da civilização; de esforços para evitar os erros de uns e as crises de outros, para prevenir e, talvez, mesmo para frenar uma evolução fantástica e vertiginosa, porque o homem tem necessidades, sem dúvida, de um certo número de transformações, antes de chegar ao que ele crê ser a sua maturidade.

Segundo o Prof. LAFON, a aceleração do progresso técnico, consequência do surto científico moderno, por um lado, e a ascensão rápida dos países subdesenvolvidos, por outro, modificaram os ritmos históricos, fazendo-nos passar da idade das estruturas fixas para a idade das estruturas em movimento.

Em matéria de educação como de prevenção, é muito menor a retrospectiva que a prospectiva, quer

# GERILÍQUIDO

GLICINA E NIACINA

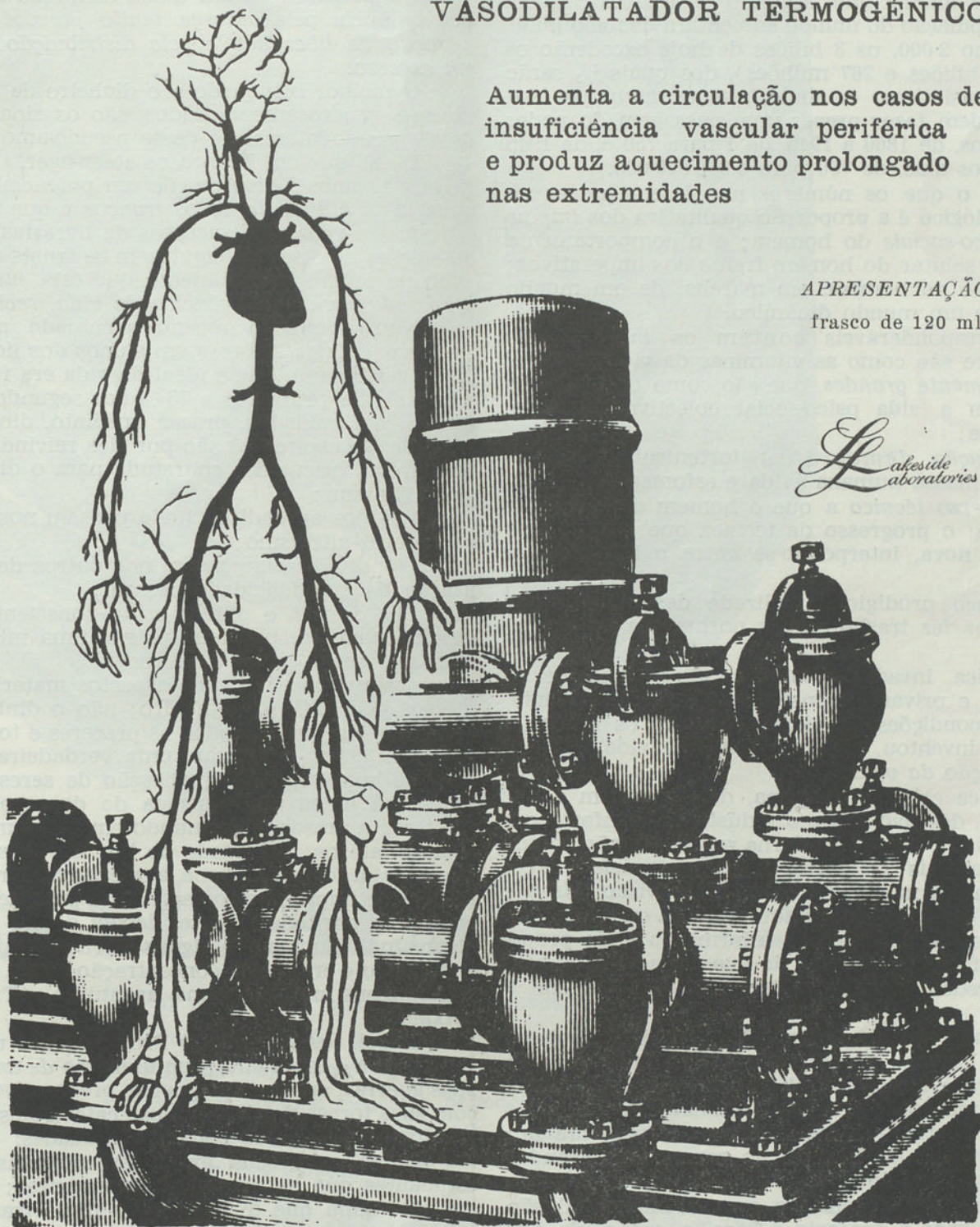
VASODILATADOR TERMOGÉNICO

Aumenta a circulação nos casos de  
insuficiência vascular periférica  
e produz aquecimento prolongado  
nas extremidades

APRESENTAÇÃO

frasco de 120 ml

*L*akeside  
laboratories



REPRESENTANTE

**UNIFA**

LISBOA — Trav. das Pedras Negras, 1 (Apartado 2065)  
PORTO — Rua do Bolhão, 129-2.º (Apartado 268)

dizer que é a previsão e a planificação do futuro que nos deve inspirar.

Até estes últimos anos, podia pensar-se que a evolução da sociedade nos seus valores e no seu «Sur-Moi» se fazia a um ritmo lento e regular, e que era relativamente fácil preparar o adolescente, adaptando-o, apesar das crises, ao mundo conhecido, dada a sua relativa evolução. Hoje, já assim não sucede: a sociedade evoluiu mais rapidamente que o indivíduo ou que o grupo familiar. O adolescente de hoje pouco difere do de ontem, na sua afirmação pela vida; o que é diferente, porém, é o mundo em que vai viver: não o mundo de 2 000, mas mesmo o de 1980 e até o mais próximo de 1970.

O autor afirma que, segundo as estatísticas, em 10 anos a população do mundo aumentará de meio bilião e que, no ano 2 000, os 3 biliões de hoje excederão os 6 biliões (6 biliões e 267 milhões), dos quais  $\frac{2}{3}$  serão chineses ou asiáticos; e, ainda, que os números também nos podem fazer prever uma passagem do poder dos explosivos, de 1860 a 1945, de 1 para 750 e, de 1945 até aos nossos dias, de 750 para 4.800 000 000.

Porém, o que os números nos fazem prever no campo psicológico é a proporção qualitativa dos *imponderáveis psico-sociais* do homem; é o comportamento necessário e salutar do homem frente aos imperativos; é a adaptação do homem, em marcha, de um mundo estático para um mundo dinâmico.

Estes imponderáveis contêm os *infinitamente pequenos*, que são como as vitaminas da vida afectiva, e os *infinitamente grandes*, que são como os monstros que devoram a vida psico-social colectiva moderna. E têm nomes:

— *Evolução demográfica* fortemente positiva: aumento da massa humana ávida e esfomeada.

— *Universo técnico* a que o homem deve alinhar e modelar-se: o progresso da técnica que surge como uma ordem nova, interpondo-se entre o homem e a natureza.

O avanço prodigioso realizado desde 1945 pela «tecnicização» fez trasbordar as normas da civilização tradicional.

A técnica, invadindo todos os departamentos da vida pública e privada, transformou o meio ambiente, facilitou as condições de vida, modificou os ritmos e as relações, inventou um novo estilo de vida, criou a *standardização da vida*.

A técnica criou a máquina, dando origem a um mundo novo, desenvolvendo a indústria, o conforto e a uniformização. A técnica moderna reflecte-se não só nos meios tradicionais de difusão (livros, música, etc.), como nos meios modernos (cinema, televisão, disco e radiodifusão). A lentidão da aquisição da cultura, sucedeu a rapidez da difusão, da informação e da propaganda; ao esforço e à escolha do que era adquirido pelo homem, sucedeu a uniformidade do que ora lhe é imposto.

Mas mais ainda a própria máquina tende a substituir o homem incessantemente, na amplitude de suas sucessivas e múltiplas aplicações; o que, se, por um lado, parece mostrar um aspecto dramático da evolução humana, por outro — inegavelmente — representa um prodigioso avanço do homem no campo das grandes conquistas do bem-estar e do progresso da humanidade.

A técnica criou o conforto, ou pelo menos a ilusão do conforto; mas o conforto é caro, e, então, ela deu também o dia da compra a crédito. O pé-de-meia tradicional (aqui LAFON refere-se essencialmente ao seu país), que dava certa segurança, desfez-se, em presença da série de letras que se vencem em cada mês, circunstância que cria estados de angústia, à base de uma insegurança económica que tende a perpetuar-se. Assim, essa necessidade de compra do conforto tem levado a mulher a trabalhar cada vez mais para perfazer o orçamento desequilibrado, ou ainda para esperar, graças a *novas gravidezes*, os subsídios que completarão o défice

financeiro do passado, e que de nenhum modo poderão ajudar a educação dos filhos.

Eis, pois, que graças a uma hipoteca do futuro (e até mesmo graças aos filhos que hão-de vir), tem-se o conforto antes de o ter merecido. Este não mais corresponde a uma promoção ou a um esforço: é uma coisa devida; é como que um chegar antes de partir.

E, para cúmulo, os pais criaram o reino de ouro da criança-rei, hiperprotegida, rodeada de conforto, com os seus jogos e vestidos, e enfim todos os sinais exteriores do amor, mas demasiadamente privada de autoridade, de disciplina, de imagem paternal, de identificação, de verdadeiro calor do lar, de ajuda e de direcção pedagógica.

Os pais compensam a sua demissão e a sua falta de vigilância pela *outorga muito precoce e sem preparação de liberdade e pela distribuição de dinheiro em excesso*.

O melhor brinquedo e o dinheiro de algibeira em excesso, generosamente dados, são os sinais exteriores desse pseudo-interesse e desse pseudo-amor.

Diz-se que em França os «teen-agers» (jovens dos 13 aos 19 anos), dispõem de um potencial de compra anual de *5 biliões de novos francos* e que assim fazem e desfazem vedetas e sucessos de livrarias, de cinema, ou edições de discos, e conduzem os trusts que os financiam na procura do alimento que esta *juventude, mal preparada para as exigências da vida, reclama*.

Num inquérito recente efectuado por GEORGES TEINDRAS e YANN THIREAU em alunos dos liceus e aprendizes, verificaram que o ideal da vida era representado, em 63 % dos primeiros e 75 % dos segundos, por: vida fácil e sem cuidados, prazer imediato, dinheiro e passividade. As aspirações são por eles reivindicadas como um direito, orientadas sobretudo para o divertimento e gozo. E assim:

1 % dos aprendizes ainda pensam nos outros com verdadeiro altruísmo;

9 % dos liceais pensam nos outros depois da realização da sua felicidade pessoal;

1 % de uns e outros estão conscientes de vir a desempenhar um papel na pátria, uma missão a cumprir, interesses gerais a defender.

Assim o ideal assume aspectos materialistas, submersos pela ideia do dinheiro; não o dinheiro que se ganha, mas o que dá todos os prazeres e todas as liberdades. E assim se produz uma verdadeira «massificação» de homens, uma igualização de seres.

Uma outra consequência do desenvolvimento da técnica é a presença do mundo em cada um e em toda a parte, até na intimidade do lar. Até mesmo nos países onde há fome, o cinema, a televisão e a radiodifusão, invadem e impregnam o espirito. A presença do mundo está, pois, em toda a parte; deixou de ser privilégio de alguns indivíduos ou de alguns territórios; invadiu todo o Universo e criou esta concentração, «esta participação dos homens numa mesma aventura». (THEILLARD DE CHARDIN).

Daqui resulta — diz o Prof. LAFON — um universo de angústia e maravilha: *um universo de angústias* com suas guerras, ameaças de guerra, preparativos de guerra, com suas forças de choque, suas catástrofes, revoluções, revoltas, assassinatos e monstruosidades; *um feixe de maravilhas* com seus êxitos excepcionais: modestas estudantes que se tornaram imperatrizes; desconhecidas da vigília que o disco ou o filme transforma em estrelas; jovens atletas que sobem ao pedestal dos heróis do estádio; êxitos maravilhosos que conduzem ao culto da vedeta, à sua identificação, à criação da mitologia dos tempos modernos, à idolatria; já não se diz «é a minha vedeta», diz-se «é o meu ídolo».

Os canais desta presença do mundo em cada um de nós — continua o Prof. LAFON — são a radiotelevisão, o cinema, as revistas e os jornais, que focam essencialmente *temas emocionais, quase mesmo intuitivos*. Por exemplo, a erotização da estrela no filme pelo cinema, tal como na vida privada pela imprensa, fala mais à



NAVICALM

# NAVICALM

Antinauseoso eficaz  
de acção prolongada  
atóxico

«É de lamentar que, sem haver provas, tenham sido emitidos avisos contra alguns antieméticos eficazes. É legítimo admitir que, para um grande número de grávidas, os antieméticos como a meclizina permitam uma nutrição óptima e que por consequência constituam uma terapêutica profiláctica das malformações».

H. NOACK; Bull. Soc. Royale Belge Gin. et Obst., 1963, T. 33, Num. Sp., 107-110.

Apresentação:

Carteira de 6 comprimidos  
e caixa de 18 comprimidos,  
divisíveis, doseados a 25 mg



DIVISÃO FARMACÉUTICA  
BRUXELAS BÉLGICA

Representantes:

NEO-FARMACÉUTICA, LDA.  
Avenida 5 de Outubro, 21 — LISBOA - 1  
Rua Sá da Bandeira, 605, 2.º — PORTO

**Anti-reumáticos  
Geigy**  
no fulcro  
da terapêutica  
anti-reumática

**Irgapyrine  
Geigy**  
nos casos agudos  
e dolorosos

**Butazolidina  
Geigy**  
nas afecções  
crônicas



participação visceral e instintual que à ressonância cerebral e cultural. A dança da moda incita mais ao ritmo que à estética. Esses estímulos solicitam mais as *funções subcorticais vegetativas que as corticais e psicológicas* mais humanas.

O mal da juventude deve-se em grande parte ao facto de ter descoberto o trágico da condição humana (JEAN CHAZAL).

A segunda metade do século XX marca a entrada da humanidade numa civilização pós-criptural; não há problema científico, económico, social, situação psicológica, conflito humano ou caso de consciência, que não atinja os nossos olhos e ouvidos (JEAN CHAZAL).

A imagem conduz-nos a um modo de conhecimento arcaico, intuitivo, imediato, misturado de reacções emocionais. A imagem impregna e invade; e pelo seu valor emocional chega a criar verdadeira «stress» (reacção vegetativa que predispõe ou cria paroxismos de tensão nervosa).

A imagem criou o «voyeurismo» do adolescente, o «montrismo» exibicionista da intimidade pelo cinema (COHEN-SEHAT). Pela imagem o mundo é trazido ao domicílio num «fauteuil»; e assim se acentua o amolecimento que se censura aos novos.

Outrossim, esta presença do mundo em cada um de nós oferece-nos a granel: cultura e maravilhas, mas também angústia; impõe-nos pensamentos feitos, julgamentos pré-fabricados, novelas escolhidas, imagens sensoriais; ela conduz-nos, como já se aludiu, a um mundo de conhecimento arcaico, imediato, intuitivo, misturado de reacções emocionais e estímulos condicionados, que fazem do ser humano não um ser de pensamento e de liberdade, mas um ser de percepção e de impregnação.

Um outro imponderável que marca a vida psicológica social moderna — diz o citado autor — é a procura do ambiente, espécie de «Sur-Moi» colectivo, conjunto de elementos não identificados, mas poderosos, que envolvem o individuo de uma maneira subtil, que corresponde à descoberta intuitiva e emocional de novos factores que têm transformado a qualidade do ambiente humano.

O ambiente promete prazer e luxo, e mais que nunca a evasão no irreal, tornando-se assim para os frustrados ou para os que sofrem de alguma falta o anestésico e a droga social que dentro em pouco se tornará e criará mesmo um estado de necessidade, necessidade que pode parecer justificada, em presença do incessante aumento de pressão e tensão humanas.

Outro mecanismo a sublinhar — acrescenta — é o prolongamento da adolescência numa juventude que recua e contra a qual se atrasa cada vez mais a *data da tomada da responsabilidade na vida e na independência*. Diz-se que as *sociedades industrializadas e urbanizadas* prolongam a duração da adolescência e retardam a idade da *maturidade*, que realmente não é adquirida senão pela *autonomia pessoal, a integração da função sexual e aquisição da capacidade profissional e a integração da opção religiosa ou metafísica* (LANDIS).

A escolaridade prolonga-se cada vez mais, sobretudo nos quadros superiores, e os jovens são assim levados a fundar um lar, mesmo antes de poderem ocorrer às necessidades desse lar, ficando desta maneira na dependência dos pais; e até, na hipótese de um pré-salário, esses jovens permanecerão na *dependência dessa imagem paternal* que constituirá o *Estado pagador*.

Na criação de uma etapa intermediária entre a adolescência e a maturidade, a juventude corre o risco de prolongar essa imaturidade e de incitar os jovens à reivindicação e à hostilidade contra as gerações precedentes, se não forem integrados na responsabilidade e na cooperação dos bens comuns e investimentos de que amanhã serão os principais responsáveis em presença da futura juventude.

Assim, ao mesmo tempo que o número dos jovens aumenta, aumenta a concentração e a agitação dos

homens, o seu poder de acção e as suas relações com os outros, e a pressão humana não deixa de aumentar. «Quer queiramos, quer não, estamos cada vez mais uns com os outros, e a pressão humana aumenta incessantemente (THEILLARD DE CHARDIN)».

Ao peso da massa que esmaga e arrasta, corresponde outro fenómeno psico-social — o *isolamento na massa*, a impotência do eco na massa, «o *vazio social*»; desesperado de certos conjuntos, a falta de alma, o «tédio com», como meio de compensação, a constituição de grupos de subcultura, ou de bandos entre os jovens (JEAN CHAZAL).

O Prof. LAFON, depois de nos dar um quadro pessimista da vida moderna, descreve-nos outro mais animador e mais optimista. E assim prossegue: «O mundo de amanhã será um mundo de miragem e de coragem; de miragem com todas as suas ilusões sedutoras; de coragem com a aceitação de uma vida plenamente humana, pela libertação do homem».

Ao condicionamento despersonalizante da má utilização da técnica, deve opor-se o descondicionamento personalizante da boa utilização da técnica, inspirada na ciência humana e na cultura.

«Não temos o direito nem razão de ser pessimistas e demissionários; e é na compreensão dos jovens, na cooperação com os novos, nos investimentos dos valores materiais e morais presentes, na humanização da técnica futura, que devemos encontrar e pôr toda a esperança».

Este optimismo, necessário para lutar contra o malthusianismo dos que crêm exclusivamente no passado, encontra-se nas obras de homens cuja experiência e saber são unânimemente reconhecidas, em «La montée des jeunes», d'Alfred Sauvy, em «Plaidoyer pour l'avenir», de LOUIS ARMAND, ou ainda em «Le grand espoir du XX siècle» de JEAN FOURASTIÉ.

«A ideia do passado não faz sentido e não tem valor, senão para o homem que encontra em si mesmo a paixão pelo futuro». Recorda-nos ALFRED SAUVY, para o qual o tríptico da nossa acção deve ser: *educar, investir e morrer*, e para o qual ainda o acolhimento na sociedade para os jovens compreende três pontos essenciais: *ensino, emprego e alojamento*.

Ainda o problema da juventude não tem sentido senão em função do que se quer que seja o homem de amanhã.

«É necessário imaginar as receitas da vida do mundo de amanhã (LUCIEN PAYE)».

«O segredo do êxito residirá, muito mais ainda que outrora, não no diploma obtido após um ensino pré-fabricado de qualquer modo, mas na maneira como o homem no trabalho realizará a sua tarefa, a qual exigirá incessantemente mais inteligência, habilidade, saber e compreensão (LOUIS ARMAND)».

«O ensino de uma técnica ou de uma ciência actual deverá ser obrigatoriamente completada por uma formação geral que ensinará a aprender, a compreender e a escolher» — acrescenta, então, LAFON.

Numa conferência recente, JEAN FOURASTIÉ disse: «Não conhecemos os métodos que serão empregados em 1970. A Educação Nacional não pode precisar o que deverão saber os jovens. É preciso formá-los mais com «souplesse» intelectual que com conhecimento técnico».

Se se quer que o homem de amanhã não seja um simples autómato, reposto provisoriamente no conforto, mas também rapidamente ultrapassado, como o modelo de automóvel, é necessário que ele seja ao mesmo tempo função e pessoa.

LAFON faz ainda uma última citação de FOURASTIÉ: «Libertando a humanidade dos trabalhos que as matérias inanimadas podem executar por ela, a máquina deve deixar para o homem as tarefas que só ele pode realizar entre os seres criados — a da cultura intelectual e do aperfeiçoamento moral»: as dos seres bem formados; dos homens integralmente equilibrados; dos homens optimistas; dos homens generosos; e, enfim, dos homens cultos.

Isso implica amar a juventude, tratá-la como tal, confiar nela e propor-lhe um «projecto» do mundo futuro, que sem dúvida ela modificará e lhe dará o gosto de nele viver.

Ao lado da dimensão técnica, coloquemos a dimensão humana. Devemos dar aos jovens a ideia de que esta se pode acrescentar não só pelo domínio da matéria, como por uma participação mais larga e mais precisa da vida colectiva.

No espírito da prospectiva, proponha-se uma ideia nova da responsabilidade humana, transformada pelo acesso a um outro nível de conhecimentos e a um outro nível de organização social. E em seguida dê-se-lhe uma prova de confiança.

As primeiras coisas a oferecer aos jovens são talvez a *segurança* e a *confiança*.

Muitas vezes os adultos fixados no seu conformismo, nas suas atitudes estereotipadas, suas honras e suas atitudes ao sabor de oportunismos e suas imprevisões, são a imagem da fraqueza e da impotência e criam assim a insegurança e a separação dos jovens que vão para os bandos ou para a demissão.

A vida moderna, com a técnica, o progresso e o conforto, dando-nos mais tempo e meios, ócio e cultura, permite um desenvolvimento maior do homem e uma ascensão incessante da civilização.

O autor tem em vista a defesa do adolescente contra uma sociedade moderna e perigosa; é a defesa do «humano contra os homens» (JEAN ROSTAND).

A terminar: «Ajude as crianças a descobrir os verdadeiros valores humanos, que têm as suas raízes na evolução histórica do HOMEM e de suas esperanças no futuro, porque o homem é dinamismo contínuo e constantemente renovado».

## II — PROPAGANDA E ACÇÃO EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO; ESPÍRITO E MEIOS

Nesta conferência, GILLES GENDREAU começa por definir os termos de *prevenção* e *inadaptação*.

Como se diz no relatório francês, prevenir, no sentido etimológico, é «vir antes», isto é, antecipar. A prevenção é pois o que vem antes; e num sentido mais lato pode compreender tudo o que corresponda às necessidades fundamentais do ser humano. Nesse sentido, trabalhar para que cada criança tenha alimentação em quantidade e qualidade suficientes é na verdade fazer prevenção. De igual modo, se pomos em prática atitudes educativas e técnicas psicopedagógicas que favoreçam uma tomada de consciência do mundo exterior, é prevenir a *inadaptação*. Por consequência, prevenir é agir para impedir a *inadaptação*. Pode ainda entender-se por prevenção a protecção que se oferece à criança, ou ao adolescente, que vivam em condições de ocasionar um desvio da sua personalidade.

Afirma o conferente que o Prof. FRANÇOIS CLOUTIER, director da Federação Mundial para a Saúde Mental, distingue três tipos de prevenção:

a) *Prevenção primária*, ou seja toda a aplicação de medidas capazes de favorecer a eclosão de personalidades normais. (Assim, favorecer a eclosão de relações humanas entre os homens, é, num sentido lato, trabalhar para a prevenção).

b) A *prevenção secundária* compreende o conjunto de medidas com vista a diagnosticar e tratar precocemente uma reacção psiquiátrica. Esta definição pode tornar-se extensiva ao diagnóstico e tratamento rápidos de todos os problemas de *inadaptação* psíquicos, sociais e pedagógicos. É este o papel que, em certa medida, desempenha o Serviço de Orientação Escolar e Profissional da Bélgica, examinando as crianças com atraso mental de um a dois anos, empenhando-se depois aquele serviço no sentido de encontrar soluções adequadas e ajudando os indivíduos a adoptar as medidas

mais convenientes. Sob este aspecto, é essencial, acima de tudo, descobrir e tratar, desde a escola primária, as perturbações do comportamento que as crianças manifestam, as quais não só impedem o aproveitamento escolar, como ainda criam novas dificuldades.

c) *Prevenção terciária* — Neste tipo de prevenção já estamos em presença de uma *inadaptação*; e em presença de uma personalidade *inadaptada*, o que há a fazer é envidar todos os esforços para a modificar, ajudando-a e orientando-a a readquirir o seu equilíbrio. E de que maneira? Minimizando as consequências da doença e lançando mão de todos os meios que permitam ao indivíduo voltar a encontrar a capacidade de ser feliz, desempenhando o seu papel na sociedade.

Com vista a uma planificação da prevenção, deve entender-se por *inadaptação* uma ausência de adaptação. É adaptado o indivíduo que se transforma em função do meio. Esta variação tem por efeito um acréscimo de trocas favoráveis à sua conservação, ou seja, entre o meio e o indivíduo.

Na adaptação, há, pois, a considerar: um modo de assimilação (o indivíduo organiza-se); e um modo de acomodação (em que o indivíduo se transforma).

Se a adaptação é primeiramente função de um indivíduo activo que se organiza, não pode ser sinónimo de uniformidade; quer dizer, ser adoptado não é ser igual a uma série de seres. Cada indivíduo é um ser original, embora sob o aspecto funcional seja igual aos outros.

Cada criança ou cada adolescente revela características muito particulares que são os factores que orientam o modo de assimilação peculiar do indivíduo. A essência da adaptação consiste em conseguir actualizar num dado meio esse modo individual. Este resultado pode encontrar obstáculos que têm as suas raízes na própria coordenação das suas particularidades, dos seus esquemas e dos seus instrumentos. Outros indivíduos teriam no meio os obstáculos à sua adaptação, à actualização do seu potencial.

Poderíamos chamar à primeira categoria de jovens os jovens *excepcionais*. São excepcionais todos os jovens que, devido a factores de ordem estrutural, não conseguem atingir o seu máximo de rendimento, «a não ser que beneficiem de um regime pedagógico especial ou de outros serviços conexos». Assim, poderíamos dizer que nem todas as crianças excepcionais são necessariamente *inadaptadas*; sê-lo-iam, sim, se não beneficiassem de medidas de que têm necessidade.

Outros indivíduos para atingirem o seu máximo de rendimento não teriam necessidade de beneficiar do regime pedagógico especial; todavia, o meio normal de que teriam tido necessidade seria deficiente: são os mal adaptados *própriamente* ditos. Todos os mal adaptados são necessariamente *inadaptados*.

Há diferentes categorias de *inadaptação*. A primeira compreende os *inadaptados* psíquicos, isto é, os jovens ou os adolescentes que se podem classificar entre os nevróticos ou os psicóticos. Pode dizer-se desses jovens que, de um modo geral, o seu contacto com a realidade é muito fraco. Uma outra categoria de *inadaptados*, compreenderia os *inadaptados* psíquicos com tendências delinquentes, associas ou anti-sociais. Esses jovens, em geral, não perderam, de todo, o contacto com a realidade; eles reagem ao seu conflito adoptando atitudes que os tornam difíceis à sociedade. De um modo geral, pode dizer-se que esses jovens tendem a aliviar a sua tensão interior, por actos anti-sociais, ou passam à acção segundo os seus desejos de momento, devido a carência afectiva, o que dá lugar a reacções bastante violentas por parte dos grupos sociais.

Finalmente, há uma outra categoria de jovens *inadaptados* — os escolares. Nestes, a *inadaptação* é devida a perturbações emotivas, ocultas; mas, essas perturbações manifestam-se pelo rendimento escolar: são jovens que muitas vezes se classificam de preguiçosos, distraídos, e que na verdade oferecem características muito



TERAPÊUTICA TÓPICA

- ANTI inflamatória
- ANTI pruriginosa
- ANTI infecciosa
- ANTI alérgica

# PREDNIDERMA

POMADA

## PREDNISONOLONA

PARA AS DOENÇAS DA

# DERME

**composição**

Prednisolona . . . . .	50 mg
Neomicina . . . . .	50 mg
Nipagin . . . . .	2 mg
P. hidroxibenzoato de butil . . . . .	18 mg
Vaselina q. b. p. . . . .	10 mg

BISNAGA DE 10 GRAMAS — 40\$00

**LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS**

Avenida Miguel Bombarda, 42-44 — Tel. 777135 — LISBOA

Delegação de Propaganda no Norte — Praça do Município, 287-6.º — Telef. 31264 — PORTO

especiais, que podemos diagnosticar mais facilmente e tratar cada vez melhor.

O autor continua o seu tema em capítulos de alto interesse científico, dos quais vamos expor o que consideramos necessário, começando por:

#### FACTORES PSICO-SOCIAIS DE INADAPTAÇÃO E DE MÁ ADAPTAÇÃO: PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS.

GENDREAU afirma convictamente que o ser humano é um todo indissociável, ao mesmo tempo biofisiológico, afectivo, intelectual e social. Cada falta duradoura de resposta adequada a um ou a outro desses aspectos da unidade humana é susceptível de arrastar a uma inadaptação, mais ou menos grave, na criança ou no adolescente.

Se estamos em presença de um jovem desadaptado, em que se torna necessário impedir a inadaptação, diremos antecipadamente que é um jovem. Para o ajudar é necessário considerá-lo no seu todo. Todo o programa de prevenção, toda a estrutura a equacionar, devem ser concebidas com vista a servir as pessoas, e em primeiro lugar os jovens e não parte desses seres humanos.

Se afirmamos a unidade da pessoa humana, é evidente que cada indivíduo é, também, um todo no tempo. As ciências do homem têm demonstrado largamente que o indivíduo se desenvolve integrando sucessivamente as suas riquezas e misérias adquiridas em cada nível da sua evolução. De etapas em etapas, a psicogénese da infância mostra, através da complexidade das funções e factores, da diversidade e da oposição das crises que expressam, uma espécie de unidade solidária, no interior de cada um e em todos eles. É contra-natura tratar a criança fragmentariamente. Em cada idade ela constitui um conjunto indissociável e original. Na sucessão das suas idades ela constitui um único e mesmo ser.

Esta a razão fundamental por que devemos encerrar a prevenção segundo o desenvolvimento genético da criança e do adolescente: a isso nos obriga a interacção dos primeiros níveis sobre os segundos.

Em cada nível do desenvolvimento genético da criança, ou do adolescente, se podem encontrar factores de inadaptação. As ciências do homem mostram-nos que o ser humano é um organismo em que a maturação se faz por fases, que ininterruptamente se enlaçam umas nas outras. Assim, as medidas de prevenção são função desses factores. Citemos um exemplo: a fome insatisfeita de uma criança pode ser factor de inadaptação. Enquanto houver no mundo recém-nascidos que venham a ter fome (satisfação ao mesmo tempo orgânica e afectiva) e que não obtenham resposta a esta necessidade fundamental, haverá, precisamente a esse nível, factor de inadaptação.

No plano prático, enquanto os organismos não encontrarem meios que permitam lutar contra a fome no mundo, não conseguirão atingir o início de um espírito universal de prevenção.

De igual modo, é factor de inadaptação a subestimação da presença da mãe junto da criança durante o primeiro ano de vida. Enquanto as mães não se capacitarem do que há de fundamental no estabelecimento da relação mãe-filho, haverá germes de inadaptação que se enraizarão em todo o começo da vida do homem. São ainda muito numerosas as creches e estabelecimentos de assistência pública, etc., que deverão rever a sua organização, a fim de permitir aos recém-nascidos fazer esta primeira relação tão essencial para a continuação do seu desenvolvimento. Isto seria fazer obra de prevenção. Nesta mesma ordem de ideias, fala-se muito actualmente na emancipação da mulher. Nesse sentido, cabe-nos informar a opinião pública de que essa evolução não é sinónimo de desinteresse em relação ao papel específico da mãe.

Uma segunda série de medidas preventivas res- peita à competência dos especialistas que têm de des-

pinstar o mais rapidamente possível os défices da criança (sensoriais, intelectuais, etc.), antes de atingir a idade escolar.

Quanto mais rapidamente os pais conhecerem as dificuldades particulares da criança, mais depressa poderão rever as medidas educativas, nefastas, sob a direcção de educadores competentes ou outros especialistas. Esses centros de despistagem deveriam ser multiplicados e melhor conhecidos dos pais.

É, também, factor de inadaptação a transição muitas vezes mal preparada entre a família e a escola, no momento em que a criança atinge a idade escolar. A abertura de classes maternas, onde a palavra maternal não for uma palavra vã, mas sim uma realidade, constitui ainda uma medida preventiva pouco divulgada.

Até mesmo o meio escolar pode ser factor de inadaptação, se se perder na massa anónima a criança que tem necessidade de se integrar numa sociedade que deveria considerá-la como coisa diferente de um número a ensinar.

É ainda factor de inadaptação para o adolescente essa ausência de encorajamento a experimentar um papel colectivo de cooperação, essa ausência de contacto com chefes considerados, não como autoridades, não como prolongamento de relações pais-filhos, mas como irmãos mais velhos, tipos camaradas-modelos a que devem ligar-se. Se a sociedade não fornecer esses modelos aos adolescentes, conduzi-los-á a momentos penosos de desintegração. Além disso, haverá grave perigo de desadaptação para o adolescente, quando este descobre que o adulto diz coisas que não faz, que diz verdades que não vive, que fala de valores que não integra, nem procura integrar. Daqui resultam para o adolescente escolhos temíveis: o adolescente não se presta a ouvir discursos; precisa de exemplos vivos e aplicações vivas desses valores.

No plano de medidas práticas, nunca será de mais insistir num contexto de prevenção, falando da necessidade da formação de professores-educadores. Se é necessário que o jovem tenha contactos com homens de valor, é também necessário que esses homens tenham uma formação para além da de simples professores, uma formação apta a despertá-los nas suas atitudes mais íntimas. Se há um período na vida em que o jovem tem necessidade de poder contar com adultos idóneos, é a idade da adolescência. Essa maturidade permitirá ao professor-educador ser um verdadeiro colaborador do adolescente e permitir-lhe poder organizar o meio de vida pedagógico deste, como um meio aberto à tomada da responsabilidade, à discussão, ao intercâmbio e à cooperação. Os adolescentes que não aprendem a cooperar correm o risco de cair numa inadaptação social, que não somente os tornará menos úteis à sociedade como menos conscientes de si mesmos.

A cooperação social é não só um factor de integração na vida da sociedade, como um factor de multiplicação operatória do pensamento do adolescente. O professor-educador que favorece a eclosão da cooperação favorece não só a formação de cidadãos com atitudes sociais, como, sobretudo e ao mesmo tempo, a eclosão de pensamentos pessoais, que são muito mais ricos e muito mais penetrantes.

A escola para adolescentes tem de formar os seus jovens com um civismo responsável. O jornalista canadiano, M. Claude Ryan — citado por GENDREAU — falando das deficiências das suas escolas públicas, denuncia o que designa por «le bourrage de crâne» e afirma que a finalidade média dessas escolas «é um tipo que, por detrás da sua aparente segurança e de um certo verniz, não foi habituado ou ensinado a interrogar-se sobre o porquê das coisas. Quando o adolescente não se interroga sobre o porquê das coisas, corre grande risco de a sua inadaptação surgir a longo prazo». A preocupação dominante de certos educadores — continua aquele jornalista — é preparar demasiadamente homens que façam sucesso na sua vida, tanto sob o aspecto humano como

religioso. Isso começa com o sistema de pontos, que se baseia inteiramente na exaltação do sucesso individual, continuando-se na vida com a excessiva consideração do rendimento individual, com os títulos de cursos e todas as espécies de culto do padrão de vida material. Não se trata de educação verdadeira, e, portanto, de prevenção, se não se fornecer aos adolescentes de hoje uma dinâmica de comunidade, um objectivo, um ideal que lhes permita tentar realizar-se num clima de cooperação. Essa famosa concepção ocidental do «*struggle for life*» é um factor de inadaptação profundo, porque tal concepção *desagrega o homem do homem*.

A educação não consiste em fazer descobrir aos adolescentes que o seu único fim é conseguir um «lugar ao sol». Eles são chamados a participar na *edificação do homem*. Portanto, fornecer um quadro do desenvolvimento social e individual, tanto do pensamento como da cooperação do adolescente, é prevenir a inadaptação, no sentido mais lato.

Esta tendência a organizar uma prevenção de longo alcance, favorecendo a eclosão de relações humanas de qualidade, entre os homens, e trabalhando para o desenvolvimento da juventude, não eliminará, certamente, e apesar de tudo, todas as outras causas de inadaptação.

No capítulo «*factores de inadaptação devidos à estrutura familiar*», GENDREAU começa por considerar medidas preventivas todas as que tendam a melhorar as relações entre pais e filhos. Quando se fala de prevenção de inadaptação, é importante salientar o papel dos organismos ou serviços que têm por função melhorar e intensificar as relações entre os pais, e mesmo antes entre os noivos.

Em muitos países, como o Canadá, existem serviços de preparação para o casamento, onde se intensificam as relações humanas. Esta preparação para o casamento compreenderá uma educação na intimidade sexual

dos futuros esposos, de modo a que eles descubram a grande alegria de amar. Ajudar-se-ão a eliminar as grandes causas da frigidez feminina — temor da gravidez e ausência de contróle da parte do marido — ainda auxiliar no sentido de que alguns filhos não constituam surpresas desagradáveis e sejam muitas vezes repudiados, intensificando o estudo de métodos naturais, como o chamado método «*sympto-térmico*», por exemplo. Permitindo espaçar razoavelmente os nascimentos, esses métodos, libertando a esposa da angústia mensal da gravidez não desejada, favorecem assim a afeição amorosa.

Além desses «cursos de preparação do casamento», GENDREAU preconiza a criação de «serviços de orientação matrimoniais», para jovens que se encontram a braços com dificuldades particulares, sob a orientação de psicólogos e trabalhadores sociais.

Como impedir a deterioração de relações familiares? Há um certo número de lares que, apesar de todos os serviços, serão incapazes de fazer face às dificuldades da vida comum nesse caso haverá perigo que de uma ou outra maneira, as relações familiares se deteriorem: neste campo a primeira acção importante é difundir a concepção de que as relações íntimas do lar são relações que se constroem. Não é desonra procurar-se um melhor entendimento, como não é vergonha suportar dificuldades para melhor compreender os seus filhos. A primeira coisa a fazer é encorajar os pais a pedir ajuda, por exemplo, nas consultas de «Higiene Mental», ou «Serviços de Ajuda aos Pais» (existentes nalguns países).

(Relatório da II Conferência Internacional da União Mundial dos Organismos para a Salvaguarda da Infância e da Adolescência).

(Continua no próximo número)



CATARROS RESPIRATÓRIOS — BRONQUITES  
TOSSES REBELDES

XAROPE • COMPRIMIDOS • SOLUTO (ISENTO DE AÇÚCAR)

# SUCRODIL

Lev. de cálcio. Aminofórmio. Benz. de sódio.  
Cl. de codetilina. Sulfog. de potássio.  
Acónito, beladona, drosera, ipeca e senega.  
Fracos de 200 gramas — Tubos de 20 comprimidos

# TRANSGRIPINA

— VITAMINADA —

AMPOLAS SUPOSITÓRIOS  
BALSÂMICO • ANTIPIRÉTICO • EPITÉLIOPROTECTOR

VITAMINA A • QUININA • CÂNFORA • ESSÊNCIA  
DE LIMÃO • TERPINOL • EUCALIPTOL

Caixas de 6 e 12 ampolas de 1 ou 2 c.c.  
Caixas de 2 e 6 supositórios, adultos e crianças

LABORATÓRIO  
UNITAS, LDA.  
C. CORREIO VELHO, 8  
LISBOA



(Conclusão do número anterior)

No dia seguinte, sob a presidência do Prof. Jorge da Silva Horta, apresentaram-se os seguintes trabalhos:

J. DA SILVA HORTA, MARIA EUGÉNIA HORTA e GALVÃO LOURENÇO — Sarcomas sinoviais.

Apresentam-se seis casos de sarcomas sinoviais. São tumores raros e o seu interesse é grande, tanto do ponto de vista da histogénese como do ponto de vista prático, porquanto, em cada caso concreto, se não pensarmos na sua existência, estes tumores podem ser tomados como sarcomas das partes moles ou dos ossos.

Quando falamos de sinovial, englobamos não só a sinovial articular, mas também a das bainhas tendinosas e das bolsas. Assim, estes sarcomas podem apresentar três localizações correspondentemente a estas três estruturas.

Se há o perigo de não se reconhecer estas neoplasias quando se está em presença delas, há outro ainda mais grave que consiste em tomar um processo inflamatório duma sinovial, como, por exemplo, nalgumas circunstâncias, a sinovite vilonodular, por um sarcoma.

Um sarcoma sinovial é constituído por elementos que reproduzem as células sinoviais e, por vezes, até a arquitectura da própria sinovial. São, portanto, tumores com características próprias, específicas. Os elementos celulares são de dois tipos: células claras, que se reúnem em estruturas organóides e por vezes até glanduliformes, e células de «tipo histiocitário». Entre estes dois tipos pode haver todas as transições e até aparecerem elementos muito diferenciados com o tipo dos fibrócitos.

Como se referiu atrás, há estruturas particulares que lembram as da própria sinovial, em especial o aspecto viloso. O tumor, principalmente quando localizado nas bainhas tendinosas ou nas bolsas, pode crescer para o interior da cavidade e mostrar uma estrutura papilar que lembra a das vilosidades sinoviais.

A histogénese destas neoplasias tem sido muito discutida, mas hoje estão todos de acordo que partem de células indiferenciadas, as quais podem originar os dois tipos extremos atrás referidos. Para alguns trata-se de um tumor do sistema reticulo-endotelial, para outros de um tumor específico dos elementos mesoblásticos da sinovial com capacidade de originar as células que normalmente compõem esta última. Esta opinião é de todas a mais seguida.

(Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa)

J. CORTEZ PIMENTEL — Pneumonia crónica tumoriforme e carcinoma brônquico.

A etiopatogenia das pneumonias crónicas pseudotumorais constitui um capítulo da patologia pulmonar complexo e ainda muito discutido. Pensa-se, no entanto, que a lesão responsável pelo seu aparecimento — a pneumonia lipídica endógena — tem por causa uma hipoxia local. Esta hipótese patogénica conta a seu favor com a observação muito frequente de pneumonias crónicas tumoriformes, habitualmente designadas «secundárias», nos territórios de bronquiectasias e nas regiões tributárias de brônquios segmentares estenosados (carcinoma, tuberculose, etc.). Quando não existem lesões brônquicas (pneumonias crónicas tumoriformes primárias) admite-se que o obstáculo está localizado em múltiplos brônquios dum determinado território e que o seu efeito é idêntico ao da estenose dum brônquio segmentar.

São apresentados 2 casos de «pneumouia crónica tumoriforme primária», cujo estudo histológico dos respectivos brônquios segmentares, macroscopicamente sem alterações, feito através de cortes seriados, mostrou a presença de pequenos carcinomas microscópicos cujo crescimento se fez sem qualquer deformação apreciável do lume. É apresentada uma reconstrução tridimensional dum destes casos.

Estes achados parecem mostrar que a infiltração da parede brônquica e a consecutiva perturbação da sua dinâmica são suficientes para que se estabeleça uma hipoxia no segmento pulmonar correspondente e, portanto, se possa constituir na pneumonia tumoriforme. Por outro lado, o conhecimento destes quadros motivados pela presença de carcinomas microscópicos constitui mais uma forte razão para que se recorra imediatamente à cirurgia em todas as situações pulmonares de etiologia não definida e de aspecto tumoral. Refere-se, ainda, que num dos casos relatados o doente tinha menos de 40 anos e que a imagem tumoriforme apresentou uma apreciável redução das suas dimensões sob a acção da quimioterapia antituberculosa.

I.A.N.T. (Serviço de Anatomia Patológica do Sanatório D. Carlos I) e Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

ALMEIDA RICARDO — Um caso de cilindroma brônquico de aspecto não habitual.

Após uma sucinta revisão dos aspectos habituais dos adenomas brônquicos, fazendo sempre a distinção entre as características da variedade «carcinóide» e as da variedade «cilindroma», é apresentado um caso em que, feito o diagnóstico clínico e intra-operatório de carcinoma brônquico, se veio a revelar a existência de um cilindroma. Este tinha as seguintes particularidades: não se conseguiu encontrar macroscopicamente uma relação nítida de contiguidade entre tumor e brônquio, ainda que aquele tivesse uma posição justa-hilar; havia numerosos nódulos que originaram a dúvida se estaríamos em presença de uma forma multicêntrica, ou em presença de metástases, ainda que nos numerosos cortes examinados não se tivesse conseguido individualizar permeação linfática. Posteriormente, em face da informação dada pelo cirurgião de que existiam nódulos semelhantes na pleura parietal, considerámo-los como metástases; estes nódulos tinham uma localização periférica, alguns mesmo subpleurais, contrariamente ao que é habitual; além de imagens histológicas de cilindroma típico, o tumor tinha também imagens da variedade muco-epidermóide; não se encontraram caracteres citológicos de malignidade.

O carácter raro é dado a este tumor não só por ser da variedade muco-epidermóide como também, contrariamente ao que está descrito — invasão hilar por contiguidade e metástases ganglionares hilares regionais — ter dado metástases de localização periférica, nunca se tendo conseguido encontrar uma relação macroscópica nítida com os brônquios.

(Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa)

MARIA DA LUZ RORIZ — Estudo da evolução clínica de casos com fibromiomas do útero em transformação maligna.

Fizemos a revisão de 39 casos com fibromiomas do útero que apresentavam imagens histológicas suspeitas de transformação maligna, a fim de avaliarmos qual a evolução clínica destes casos. Estudámos o quadro clínico pré-operatório, o tipo de intervenção cirúrgica efectuada, o quadro histológico observado e a evolução clínica pós-operatória.

Agrupámos os 39 casos em 3 grupos diferentes, consoante o grau de malignidade histológica. No primeiro grupo, em que a estrutura do fibromioma estava conservada e apenas num foco observámos atipias celulares suspeitas de malignidade, incluímos 20 casos, dos quais 16 tinham sido sujeitos a histerectomias subtotais e 4 a miomectomias. Tiveram todos boa evolução, sendo o caso mais antigo de 20 anos. No segundo grupo, em que havia múltiplos focos com imagens histológicas suspeitas de transformação maligna, embora a estrutura do fibromioma estivesse em parte conservada, incluímos 12 casos que sofreram ou histerectomias subtotais ou histerectomias totais. Todos estão bem num tempo máximo de 11 anos, à excepção de 2 que têm suspeita de recidiva, não diagnosticada histologicamente. Finalmente, no terceiro grupo, em que a estrutura do fibromioma está substituída por focos múltiplos em que há imagens histológicas de neoplasia maligna, incluímos 7 casos que foram sujeitos ou a histerectomias subtotais ou a histerectomias totais. Destes, 2 faleceram poucos meses após a intervenção cirúrgica.

Concluimos, portanto, que no primeiro grupo o prognóstico foi muito bom; no segundo grupo o prognóstico foi ainda bom, mas há 2 casos de suspeita de recidiva e, finalmente, no terceiro grupo o prognóstico já foi pior, porquanto duas mulheres faleceram poucos meses após a intervenção cirúrgica.

(Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa)

J. VAZ SALEIRO — Limio-sarcoma «in situ».

A propósito de um caso que sugeria o estágio de liomiosarcoma *in situ*, como tinha sido admitido por PRZYBORA, reviram-se os liomios uterinos arquivados no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto.

Num total de 3 228 miomas, 23 apresentavam indícios, mais ou menos evidentes, de metamorfose maligna. Discute-se o valor atribuído aos vários sinais encontrados, nomeadamente a frequência de mitoses, invasão vascular, variações quantitativas do tecido intersticial, arquitectura do retículo argirófilo, arranjo e morfologia celulares. Estes últimos mereceram atenção especial, por constituírem a alteração sempre visível nas primeiras fases; células volumosas, em cujo citoplasma se vêem um ou mais núcleos, também de exageradas dimensões. A coloração pelo m. de FEULGEN, mais intensa nestes que nos elementos miomatosos normais, parece indicar maior quantidade de ácido desoxirribonucleico nuclear (ADN), o que na realidade se verifica, como se

pôde comprovar pelas leituras com o microdensímetro integrado de DEELEY (Prof. A. S. TAVARES).

Conclui-se admitindo, com PRZYBORA, um estágio *in situ* na metamorfose maligna dos liomomas caracterizado por: existência de células volumosas com heterogeneidade de formas núcleo-citoplasmáticas e teor mais elevado de ADN nuclear; existência de mitoses típicas e atípicas, embora não muito abundantes; conservação da arquitectura do retículo argirófilo; localização das alterações em pequena área do mioma, sem invasão capsular e ausência de metástases.

J. VAZ SALEIRO — Broncopneumonia aspergilar.

Apresenta-se mais um caso de broncopneumonia aspergilar, forma rara de manifestação patogénica deste fungo, o que eleva para quatro o número dos descritos entre nós (CORTEZ PIMENTEL e colaboradores — 1 caso, AMÉLIA SOARES BAPTISTA — 2 casos).

Trata-se de um achado necrótico em doente afectado de leucose linfoblástica e sujeito a tratamento corticoide e anti-biótico.

Distribuindo-se por ambos os pulmões, a proliferação micelar faz-se em focos, do centro dos quais irradiam hifas septadas, sinuosas e ramificadas. O crescimento é precedido de condensação alveolar adjacente, o que parece indicar a libertação duma toxina de acção necrosante. A parede vascular, quando atingida pelo desenvolvimento fúngico sofre também modificações estruturais que se acompanham de trombose. Associa-se, deste modo, mais um factor, embora secundário, para a produção da necrose.

(Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto — CENTRO DE ESTUDOS DO INSTITUTO DE ALTA CULTURA).

AMÂNDIO TAVARES e DANIEL SERRÃO — Sobre a disseminação metastática dum carcinoma do pâncreas.

Apresentação de um caso de carcinoma do corpo do pâncreas num homem de 24 anos, o qual se particularizava por profusa colonização a distância, a contrastar com a escassa propagação loco-regional: em toda a cavidade abdominal, só um dos gânglios mesentéricos examinados mostrava incipiente invasão do seio marginal, ao passo que no pulmão e pleura esquerdos o desenvolvimento tumoral era maciço e extraordinária a invasão linfática; encontraram focos nos dois hemisférios cerebrais e no cerebelo, no miocárdio e em vários grupos musculares esqueléticos, sendo estas últimas metástases as primeiras e, durante algum tempo, as únicas manifestações clínicas da neoplasia, cuja localização primitiva só o exame necrópsico permitiu esclarecer devidamente: carcinoma dos pequenos ductos, de discreta actividade mucípara, e estroma fibroso muito abundante, por vezes em franca evolução fibro-esclerosa.

O relevo e antecipação das metástases pulmonares, assim como a positividade duma biopsia broncoscópica chegaram a fazer pensar num carcinoma broncogénico primitivo, não obstante as características estruturais por esta oferecidas.

Para a singular e muito rara difusão nos músculos estriados — pouco atreitos ao desenvolvimento neoplásico, primitivo ou secundário — não pode excluir-se a via nervosa, dada a circunstância de todos os músculos afectados receberem a sua inervação da medula dorsal e de a neurofilia do tumor ser atestada por frequentes imagens de invasão de troncos nervosos.

(Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto — CENTRO DE ESTUDOS DO INSTITUTO DE ALTA CULTURA).

JOÃO NEVES DA SILVA — Paragangliomas do corpo carotídeo. A nossa experiência.

VAMONA SINARI e ARMANDO VIEGAS MENDONÇA — Granulomas parasitários simulando clinicamente tumores.

Os autores apresentam 3 casos de granulomas, sendo 2 seguramente originados por ovos de *Schistosoma*, localizados no recto (*Sch. haematobium*) e no epíplon e gânglios mesentéricos (*Sch. mansoni*). Quanto ao 3.º caso, apesar de se tratar de um granuloma parasitário com localização no ovário e na trompa, a sua etiologia bilharziásica é posta em dúvida, aguardando-se dados clínicos mais pormenorizados para se estabelecer a sua etiopatogenia.

Em todos estes casos, clinicamente diagnosticados como tumores, só o exame anátomo-patológico das peças operatórias revelou tratar-se de granulomas de natureza helmíntica.

Em seguida, analisam o ciclo evolutivo e o *habitat* dos *Schistosoma haematobium* e *Mansoni* e filiam os seus casos nas localizações tóxicas acidentais ou acessórias, segundo a classificação de FAUST e PRADO VALADARES.

Fazem, depois, algumas considerações sobre a génese das lesões originadas pelos ovos de *Schistosoma*, afirmando que o quadro morfológico comum destas lesões é o dum granuloma tuberculóide. Este não é de algum modo uma resposta tecidular a um corpo estranho inerte, mas resulta duma série de reacções complexas provocadas pela secreção lítica elaborada pelo embrião sobre os tecidos parasitados.

Finalmente, os autores afirmam que, se não tivermos presente esta helmintíase, o que só é possível nos meios endémicos, os diversos quadros da schistosomíase só serão diagnosticados pelo estudo histopatológico das peças operatórias e acrescentam que este conhecimento adquire agora um interesse primordial,

## O OBRON FORNECE AMBOS



# OBRON\*

PREPARAÇÃO VITAMÍNICO-MINERAL

Para satisfazer as necessidades extra da gravidez e da lactação, prescreva 1 a 3 cápsulas diárias.

Frasco de 30

Pfizer

\* Marca de fabricante da Chas. Pfizer & Co., Inc.



# kelfizina

é um novo composto sulfamídico de baixa dose e de acção prolongada;

é dotado de notável acção inibidora sobre grande número de germes gram-positivos e gram-negativos, em particular pneumococos, estafilococos, estreptococos, shigella e salmonella.

em administração oral única, atinge rapidamente no sangue níveis terapêuticos eficientes, que se mantêm durante 48-72 horas após a administração;

mesmo após administração de altas doses, experimentalmente nunca se verificou a existência de cristalúria nem de lesões renais, dada a boa solubilidade do produto nos líquidos biológicos e à grande morosidade dos processos de acetilação;

como posologia, bastam 0,80 a 1 g em dose única no primeiro dia, seguindo-se a dose diária de 0,20 a 0,50 g;

é apresentado em comprimidos, suspensão e ampolas.

Kelfizina é, por conseguinte, um passo em frente na terapêutica pelas sulfas de acção prolongada.



**LABORATÓRIOS VITÓRIA**

VENDA NOVA — AMADORA

dado o intenso intercâmbio que se verifica entre os portugueses da Metrópole e do Ultramar.

*(Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa)*

RENATO TRINCÃO e MÁRIO TRINCÃO — Um caso de traqueopatia osteoplástica.

Os A.A. apresentam em resumo a história clínica: trata-se de um homem de 36 anos, com sinais de dispneia intensa e acessos de tosse de longa duração, que apresentava a traqueia comprimida e desviada para a direita por uma massa traduzida, radiologicamente, por uma sombra anormal do mediastino ântero-superior de contornos bem delimitados e o tamanho aproximado duma tangerina. Pensara-se em tumor do mediastino ou aneurisma da aorta; os exames laboratoriais foram negativos para a sífilis e a biopsia de Daniels não revelou alterações dignas de registo; o exame da expectoração não revelou células neoplásicas nem bacilos de Koch. A dispneia agravou-se e o doente faleceu, com um quadro asfíxico, em Janeiro de 1964.

O exame necróscico revelou, como dados mais importantes, fenómenos de aortite do tipo sífilítico, confirmados histologicamente, um orifício de traqueotomia logo abaixo da cartilagem cricóide e uma importante compressão da face anterior da traqueia por um aneurisma sacciforme, do tamanho duma laranja, implantado na crossa da aorta, emergindo entre a origem do tronco arterial bráqueo-cefálico e a carótida primitiva esquerda, caminhando para trás e encostando-se, intimamente, à face anterior da traqueia. Esta, devido aos importantes fenómenos de traqueomalacia que apresentava, estava encostada à face posterior. O aneurisma encontrava-se cheio de coágulos organizados e na zona em contacto com a face anterior da traqueia já não tinha parede. Esta era formada apenas por coágulos organizados e tecido fibroso, em continuidade directa com o tecido conjuntivo da face anterior da traqueia.

A morte tinha, de facto, sido produzida por asfixia, devida ao colapso da traqueia pela compressão do aneurisma, não resolvendo a traqueotomia a situação, dado o facto do seu orifício estar demasida alto. Entretanto verificou-se, na mucosa da face anterior da traqueia, precisamente nas zonas de maior compressão e quase na linha média, a presença de duas pequenas ulcerações da mucosa, pouco profundas, com as dimensões aproximadas de sementes de laranja. O aneurisma encontrava-se, pois, em vias de se romper para a cavidade traqueal.

O estudo histológico da face anterior da traqueia revelou lesões típicas de traqueopatia osteoplástica, nas zonas em contacto mais íntimo com o aneurisma, observando-se então um anel de tecido ósseo, extrínseco à cartilagem, mas em continuidade com ela na sua maior extensão e por vezes implantado nela por trabéculas ósseas, separadas da cartilagem por linhas nítidas. Tratava-se dum anel de tecido ósseo formado por trabéculas com sistemas de Havers e delimitando espaços preenchidos por medula adiposa. Não encontramos anel ósseo para dentro do anel cartilágneo. Entretanto, nalguns pontos de contacto do aneurisma com a face anterior da traqueia não observamos anel ósseo.

Os A.A. discutem, por fim, o conceito de traqueopatia osteoplástica, salientando que os anéis ósseos encontrados são extrínsecos ao anel cartilágneo — tal como sucedia nos casos de HORTA e de SOUSA PEDRO — e que a irritação mecânica prolongada, devida ao aneurisma, deve ter sido, nesta observação, o factor etiológico mais importante. Trata-se do 3.º caso estudado em Portugal.

*(Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra)*

FERNANDO OLIVEIRA TORRES — Lesões hepáticas nos Africanos de Moçambique. Estudo histológico de mil fígados de autópsia.

MARIA JOSÉ MASCARENHAS — Estudo dos ácidos nucleicos do endométrio no microscópio de fluorescência.

Fez-se o estudo dos ácidos nucleicos do endométrio tanto normal como patológico. O estudo dos ácidos DNA e RNA foi feito no endométrio normal em vários dias do ciclo e em casos de hiperplasia e adenocarcinoma. Empregou-se para isso o corante «acridine-orange», usando como tampão o citrato-fosfato a pH 3,8 e examinando depois os resultados no microscópio de fluorescência. Observámos que durante toda a fase proliferativa o núcleo das células do epitélio glandular é rico em DNA, o que se traduz por uma intensa fluorescência verde. O citoplasma também é rico em RNA, aparecendo com uma fluorescência vermelho-alaranjada tanto no polo basal como apical das células. Durante a fase secretora observa-se uma diminuição de fluorescência ao nível do núcleo tanto das células do epitélio glandular como das células do estroma. Este aspecto acentua-se à medida que a fase de secreção avança, sendo praticamente nula no endométrio pré-menstrual a fluorescência verde nuclear. Em relação ao RNA citoplasmático não foi observada uma diminuição apreciável em relação à fase proliferativa. Nos casos de adenocarcinoma e nos de hiperplasia os aspectos observados são idênticos: observámos em ambas as situações uma elevada concentração de DNA nuclear nas células do epitélio glandular, traduzida por uma intensa fluorescência verde, mais acentuada nos casos de adenocarcinoma. Nas células do estroma não observámos aumento de DNA nem de RNA.

*(Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa)*

O HOMEM PAGA TRIBUTO  
A CIVILIZAÇÃO

(OS INCONVENIENTES, MÉDICOS  
E SOCIAIS, DO PROGRESSO)

II

O «síndrome da mulher do reformado» deve ser considerado apenas como um aspecto, um aspecto médico, do «problema dos ócios». Este é dos mais importantes da nossa civilização, nas sociedades que ultrapassaram a fase de «em via de desenvolvimento», que é aquela em que se encontra o nosso país.

É bem sabido que na «era do maquinismo», iniciada há cerca de dois séculos, e especialmente nos últimos cinquenta anos, a transformação social ligada ao progresso técnico apresenta como uma das suas características a redução cada vez maior das horas de trabalho, com aumento consequente da duração dos períodos de repouso, das horas de ócio.

O contínuo desvio da população laboriosa das actividades primárias para as secundárias e terciárias, com redução progressiva da percentagem dos que trabalham na agricultura e aumento crescente do sector dos que prestam «serviços», é uma deslocação das actividades de maior «dia de trabalho» para as de maior «dia de ócio».

Em quase todas as profissões se encurtou espectacularmente o tempo necessário para fabricar a mesma quantidade de produto, ou para realizar a mesma tarefa. De 1913 para a data presente, reduziu-se de 90 % o número de horas de trabalho agrícola necessárias para produzir o mesmo volume de trigo; e no sector secundário, da indústria, as reduções são ainda maiores, graças a um progresso técnico e a uma racionalização do trabalho levados ainda mais longe do que nas actividades agrícolas.

Nos últimos anos, entrou-se mesmo numa nova era industrial, com o automatismo e a cibernética, com a associação de máquinas executando automaticamente as suas tarefas, e de cérebros electrónicos capazes de dar ordens e tomar decisões; nova era que permite a «libertação» de mais mão de obra e a criação de novos ócios.

É de conhecimento comum que estes progressos técnicos, e consequente «libertação» de mão de obra, origina muitas vezes «ócios forçados» sob a forma de desemprego. Este desemprego tecnológico tem sido um dos maiores males da civilização maquinista, industrial, em que vivemos há duzentos anos.

Muitas vezes esse desemprego evita-se porque o progresso técnico cria novas tarefas, novas actividades industriais, ou porque aumentam as necessidades no sector terciário, são precisos mais serviços. Mas esta deslocação de trabalhadores de uns empregos para outros é um outro problema, e um grave problema, porque impõe uma nova aprendizagem, obriga ao adestramento do pessoal deslocado em actividades diferentes das anteriormente exercidas.

Esta reconversão da mão de obra arrasta após si uma remodelação das formas tradicionais do ensino e impõe a organização de cursos de promoção dos trabalhadores. Com

Com o advento do automatismo e consequente redução maciça do número dos que se empregavam nas actividades automatizadas (no Ministério dos Antigos Combatentes dos E.U.A., as máquinas electrónicas permitiram reduzir o pessoal de 17 000 funcionários para 3 000), essa reconversão dos trabalhadores atinge proporções ainda maiores e a necessária reforma do ensino, pela sua amplitude e rapidez, toma aí proporções de uma verdadeira revolução.

Mas a consequência mais benéfica do progresso tecnológico imposta, aliás, como o último remédio para o desemprego tecnológico..., foi a redução da semana de trabalho. Certas organizações profissionais de operários americanos (justamente dos mais atingidos pelo desenvolvimento do automatismo), obtiveram já para os seus filiados semanas de 25 horas de trabalho.

Esse acréscimo das horas livres de trabalho levanta outros problemas ainda, e não é isento de inconvenientes.

Como preencher esses ócios? De que maneira gastar o tempo livre da actividade profissional, as horas durante as quais não se exercem tarefas obrigatórias?

As respostas a esta questão, nem sempre são saudáveis do ponto de vista social e do ponto de vista pessoal.

A leitura, o desporto, as viagens, o campismo, a prática ou a contemplação das artes, o desenvolvimento das relações familiares e sociais, etc.. São soluções felizes, benéficas, louváveis, de ambos aqueles pontos de vista. Mas o jogo, o alcoolismo e outras toxicomanias mais graves ainda, o «hipersexualismo», e outras «ociosas» ocupações das horas de ócio, em crescente desenvolvimento nos países chamados «de alto nível de civilização», são ocupações condenáveis das horas livres, e por vezes consequências malélicas da redução cada vez maior do dia, da semana e do ano de trabalho.

A elevada delinquência infantil, o aumento do vandalismo e do «gangsterismo» dos jovens, nos países de maior avanço tecnológico (E.U.A. à cabeça, e a distância; Inglaterra, Suécia, Alemanha, Rússia, etc.) são devidos não só à falência da autoridade paterna, mau ambiente familiar e maior densidade urbana, como também, e em grande parte, à «desocupação», à frequência e grande duração dos ócios, não

**UNISEDIL**<sup>®</sup>

Registo n.º 1041 na Direcção-Geral de Saúde (Dec. 41 448)

- TRANQUILIZANTE E ANSIOLÍTICO
- DEPRESSÃO
- NEUROSE ANSIOSA
- FOBIAS
- ESTADOS ESQUIZOFRÉNICOS MARGINAIS
- PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS REFRACTÁRIAS



**LABORATÓRIOS LAQUIFA**

RUA APRÍGIO MAFRA, 2  
LISBOA 5

Delegação no Norte  
RUA GUEDES DE AZEVEDO, 199  
PORTO



AMATUS LUSITANUS

RUA DA MISERICORDIA 36-3.º ESQ. - LISBOA 1

*Simples  
e  
Tetra*

SUPOSITÓRIOS

# RECTÓFEBRYL

ANTIGRIPAL POLIVALENTE

Amigdalites, Bronquites, Faringites, Estados febris, etc.

aproveitados na prática do sport ou em outras actividades saudáveis. Baseados nos seus inquéritos, os sociólogos afirmam que a desocupação e o aborrecimento (tanta vez causado pelo ócio) constituem um factor importante de delinquência.

A própria distribuição dos ócios é, em certo grau, uma fonte de mal-estar social e um factor adjuvante de certas doenças: traumatismos, neuroses, etc.. O fim da tarde, o fim da semana, os meses de Verão, alturas em que simultaneamente descansam todos ou quase todos os trabalhadores, são as datas críticas dos engarrafamentos de circulação e da superlotação dos hotéis, bares e restaurantes — com os consequentes traumatismos emocionais, causa de neuroses, e traumatismos físicos, causa de fracturas, contusões, feridas, e de tanta morte por desastres de viação!

Por outro lado, o aumento dos períodos de «descanso», de par com o aumento dos salários e ordenados, que o progresso condicionou, têm ainda uma outra consequência, económico-social, que não é inteiramente de louvar...

Como muito bem diz Jacques Henry (Sc. Av.-J. 1964), o tempo que o homem não gasta a produzir ocupa-o necessariamente a consumir, quer sejam livros, programas de televisão, amendoins, objectos domésticos de utilidade duvidosa, ou quilómetros de estrada. Devido aqueles dois factores (mais ócios e mais dinheiro) o trabalhador moderno é um grande consumidor — ele compra, ele gasta para ocupar o seu tempo livre, para «se entreter».

Ao encontro desta «necessidade», vem a «necessidade» de produzir das organizações industriais, e a «necessidade» de vender das empresas comerciais. Umas e outras, pondo ao seu serviço uma poderosíssima máquina de propaganda, levam o «consumidor» a comprar, não só o que realmente precisa, como aquilo de que verdadeiramente não tem necessidade — e esta forma de desperdício económico tem, à la longue, consequências sociais, e representa, afinal, uma perda de tempo, de energias e de bens, que podiam ser melhor aplicados.

Este esbanjamento de riquezas, num delírio de despesas sumptuárias, explica-se, se nos lembrarmos que nos E.U.A. se gastam 1 800 escudos por pessoa e por ano em publicidade (12,5 biliões de dólares!) e na Inglaterra 720, também com o mesmo fim.

O desemprego tecnológico, como a própria evolução técnica muito rápida, e a consequente reconversão dos trabalhadores, impõem a remodelação do ensino, com instrução básica mais geral, menos especializada, e organização de cursos de promoção ou de conversão dos que trabalham, para especialização em novos ramos ou novos tipos de actividade.

O desenvolvimento crescente do tempo de folga parece que impõe ainda uma outra forma de educação: a preparação para os ócios.

Há que ensinar o homem a distrair-se sem se prejudicar e a «não fazer nada» sem esbanjar...

Se aceitarmos a tese de Portmann (Debate sobre a arte moderna — Genebra, 1948), o homem ocidental da cidade moderna pôs termo ao equilíbrio entre a vida activa e a vida contemplativa, que se tinha tentado nas épocas anteriores, em favor da vida activa. Daqui resultou, sem dúvida, o grande progresso tecnológico do Ocidente na época moderna e contemporânea, com consequente domínio do Mundo por esse homem ocidental; mas resultou, também, um certo desprezo da vida estética e mística, com atrofia das funções que lhe são inerentes.

Podemos então pensar que o prejuízo da vida contemplativa, sobretudo nas suas modalidades estética e mística, que aquela opção implicou, compromete agora as possibilidades de aproveitamento dos ócios de que dispõem os homens do Ocidente, graças aos progressos da tecnologia por estes criada.

Eles optaram pela acção, adestraram-se nela, e por isso também gastam os seus ócios a praticá-la. Acção inútil em regra, quase nunca criadora — mas acção.

O remédio para este mal da nossa época será, então, readquirir, pelo desenvolvimento da vida contemplativa, o equilíbrio entre acção e con-

templação, para o qual tenderam a Idade Média e as épocas anteriores.

Mas a opção a favor da vida activa (e da Ciência, sua mais alta expressão) não foi um acontecimento universal, pois que o Oriente, médio e extremo, não optou como nós, os Ocidentais. Será então possível que o mundo europeu possa resolver o problema dos seus ócios pondo-se na escola dos Ocidentais, e reaprendendo com eles os segredos da vida contemplativa?

Seria caso para dizer, mais uma vez: *ex oriente lux.*

F. R. N.

## ECOS DA IMPRENSA LEIGA

### ATENÇÃO À MEDICINA E AOS MÉDICOS!

Com o título acima, de «O Debate»:

Outra vez se agita na Inglaterra a questão dos Serviços Nacionalizados de Saúde. Desta feita o caso é mais sério: 23 mil médicos — que representam 40% do número total dos médicos na Grã-Bretanha —, apoiados pela sua Associação, ameaçam demitir-se desses Serviços. Entre as reclamações que por tal apresentam conta-se a do aumento de remunerações (aqui já não se trata de honorários, uma vez que fizeram os médicos funcionários públicos). E o interessante de notar é que cada médico inglês recebe do Governo uma importância que varia entre 80 a 130 escudos anuais por cada assistido da sua circunscrição. Mas quem um acréscimo de 23%.

Agora confrontem-se estas avenças com as dos nossos Serviços Médico-Sociais (Federação das Caixas de Previdência). Sabe o leitor quanto ganha um médico português por cada beneficiário a seu cargo? Pois fique sabendo: ganha, por ano, 22 escudos e oitenta centavos!

O simples confronto dispensa quaisquer comentários.

Agora um outro aspecto a ponderar. Em Inglaterra queixam-se que se nota uma falta crescente de médicos, porque estão emigrando em grande quantidade para países que lhes oferecem melhores condições. No nosso país a emigração que se está a fazer em grande escala afecta, por enquanto, as classes operárias e rurais. Mas já se pensou no que será amanhã quando também os nossos médicos se lançarem, com redobradas razões dos seus colegas ingleses, na emigração? E que se faz em contrário para lhes oferecer aqui condições de vida razoáveis?

Alguém pensa nisso? Ou está-se à espera do caso consumado para depois carpir lamentos inúteis?



# UMA NOTA DA ORDEM DOS MÉDICOS SOBRE OS CASOS FATAIS DE ALERGIA AOS ANTIBIÓTICOS

A imprensa diária (6-III-65) publicou a seguinte nota, assinada pelo presidente do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos:

«Têm aparecido ultimamente nos jornais notícias dando conta de acidentes fatais imediatos após injeções de antibióticos, sobretudo de produtos penicilínicos. Um dos últimos casos criou justificado clima emocional, talvez por se tratar de uma criança, que, naturalmente consubstanciava em si todo o afecto, toda a ternura e toda a esperança dos pais, a cuja vida os filhos dão, tantas vezes, razão e significado.

Sucedeu, porém, que as notícias fornecidas à imprensa, por não virem acompanhadas, sem prejuízo do inquérito ordenado, das necessárias explicações, aumentaram, em nossa opinião, o alarme público quando, suspendendo das suas funções e anunciando aos quatro ventos os nomes da médica que prescrevera a droga e do enfermeiro que a aplicara, permitiram concluir que havia certamente responsabilidade criminal na matéria. Desta forma, o mal-estar subiu de ponto e onde devia haver respeito e recolhimento passou a haver barulho e confusão, de tal modo que as insolências e a indisciplina ocorridas no dia seguinte, no posto clínico em causa, obrigaram à requisição da Polícia.

Ora, para os versados nestes assuntos (e eles não faltam nos Serviços Médico-Sociais) o acidente surgira, seguramente, por choque anafilático devido à sensibilização à penicilina, ou, com menos probabilidades, por embolia. Lemos agora nos jornais que o inquérito realizado demonstrou tratar-se, de facto, da primeira hipótese.

Não está nos nossos hábitos vir a público tratar destas questões.

Mas, dada a forma como as coisas se processaram e os prejuízos de ordem moral e profissional, que já nada consegue reparar, causados a um membro desta Ordem, resolvemos prestar alguns esclarecimentos, com o único objectivo de prevenir futuramente sucessos idênticos aos agora verificados.

As reacções tóxico-alérgicas aos medicamentos, sobretudo à penicilina, estão descritas em todo o Mundo e têm sido estudadas intensamente em muitos centros de investigação. Se algumas dessas reacções são tardias, outras são súbitas e imediatas, podendo levar ao chamado choque anafilático. Aparecem em indivíduos que já tiveram contactos com o medicamento em causa — após curto ou longo espaço de tempo, após a 1.ª, (1.ª só aparentemente), 2.ª ou só após múltiplas aplicações. São reacções imprevisíveis, e por vezes tão graves que provocam a morte em alguns minutos.

Ignoram-se as razões por que um indivíduo se sensibiliza a certas substâncias medicamentosas, e desconhece-se, igualmente, quanto tempo se pode tolerar o mesmo medicamento, sem que sobrevenha qualquer sensibilização. Os testes cutâneos a que poderá recorrer-se, numa tentativa para averiguar do estado de sensibilização, são de resultados inseguros e consideram-se perigosos, motivo por que, mesmo em clínicas de grande prestígio internacional, não são aconselhados. A simples picada através da pele de uma gota da solução de um medicamento a que se é sensível pode desencadear a morte em indivíduo altamente sensibilizado. Ao fim e ao cabo, embora em plano diferente, é como o problema das mortes súbitas. Naquelas, sabe-se que é por choque anafilático, mas noutras nem isso. É o caso do espectador que, não apresentando anteriormente sinais ou sintomas de doença, morre súbitamente diante do aparelho de televisão que transmitia um jogo de bola, enquanto milhões de outros, que assistiam nas mesmas condições ao mesmo espectáculo, não sofreram qualquer incómodo. É ainda o caso de

indivíduo que, sem queixas anteriores, morre de repente sentado a uma mesa a ler um jornal, como há pouco aconteceu com um distinto médico de Lisboa. E, muitas vezes, nem a autópsia nos consegue esclarecer completamente. É que os fenómenos biológicos que presidem à vida são demasiadamente complexos para que possam determinar-se em termos matemáticos ou para que se submetam a regulamentos administrativos.

Essas as razões por que a Ordem dos Médicos não compreende nem aceita a suspensão de um dos seus membros pelos motivos invocados, sendo o público levado a falsos juízos, que só danos a todos acarretam, por falta, supomos, de dados complementares. Não nos parece que, levantando ruído, se possa diminuir de um milímetro sequer a dor pungente dos pais, perante cujo sofrimento nos curvamos sentidamente.

As graves reacções alérgicas estão a verificar-se, infelizmente, com desusada frequência. Tão importante é o assunto

e tal actualidade reveste, que a lição inaugural do Curso de Aperfeiçoamento para Internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa, que está a decorrer, foi precisamente dedicada ao estudo das «Reacções Adversas aos Antibióticos».

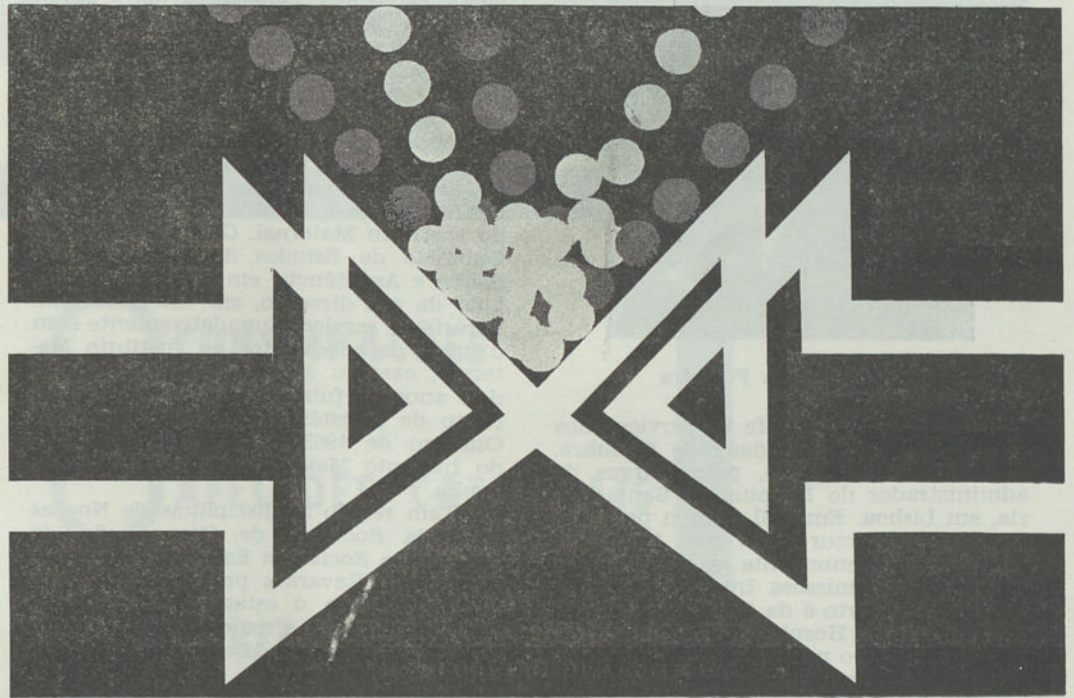
Sendo assim, poderia dizer-se que melhor seria proibir tais drogas. A verdade, porém, é que qualquer medicamento, desde um simples comprimido para tirar dores de dentes até às famosas vitaminas, pode ocasionar fenómenos desta natureza. Impossível voltar à era pré-antibiótica, pois a esses valiosos medicamentos deve a Humanidade alguns dos mais espectaculares êxitos contra a doença; a cura das meningites, da febre tifóide, das pneumonias, da tuberculose, da sífilis, do reumatismo, das septicemias, etc. Que há, então, a fazer? Prosseguir no estudo destes misteriosos processos de sensibilização alérgica, como, aliás, se faz nos laboratórios que ao assunto se dedicam, até que se encontrem os meios de os dominar, o que, acreditamos, não tardará.

alergia / prurido / enxaqueca

COMPRIMIDOS E XAROPE MARCA REG.

**PERIACTIN** 

(CLORIDRATO DE CIPROHEPTADINE MSD)



## BLOQUEIO DUALÍSTICO

### Estratégia Superior

O PERIACTIN bloqueia tanto a histamina como a serotonina e assim a resposta tecidual e vascular a numerosos alérgenos. Tem um efeito sedativo suave, mas não é uma fenotiazina.

Esta actividade dualística do PERIACTIN aumenta a sua amplitude terapêutica no controlo eficaz de:

- ★ Alergias devidas a muitas causas.
- ★ Pruridos de etiologia e gravidade diversas.

★ Cefaleias vasculares, e.g. enxaqueca e cefaleias tensionais.

★ Asma brônquica, por vezes quando refractária à terapêutica convencional.

**Apresentação:** Comprimidos (cada com 4 mg de cloridrato de ciproheptadina, em frascos de 20).

Xarope (doseado a 2 mg de cloridrato de ciproheptadina por 5 c.c.). Frascos de 114 c.c.).

**Nota:** A pedido dos médicos fornecemos informações detalhadas sobre o produto.



**MERCK SHARP & DOHME**  
INTERNATIONAL

Division of Merck & Co., Inc. Rahway, N. J. E. U. A.

Repr. e Dist. em Portugal: SOC. COM. CROCKER, DELAFORCE & C.ª / Rua D. João V, 2-2.ª - Lisboa

## LISBOA

### ALTOS CARGOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Foram nomeados para exercer os cargos de secretário-geral do Ministério da Saúde e Assistência e de director-geral da Assistência, deixados vagos pela recente saída do Dr. Agostinho Pires, respectivamente, os Drs. Coriolano Ferreira e Armando Carvalho da Fonseca.

#### DADOS BIOGRÁFICOS

O Dr. Coriolano Ferreira, que tem 48 anos, licenciou-se pela Faculdade de Direito de Coimbra em Ciências Jurídicas e Ciências Político-Económicas. Em



Dr. Coriolano Ferreira

1944, foi nomeado chefe de serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra, tendo passado, depois, pelos cargos de administrador do Hospital de Santa Maria, em Lisboa. Em 1961, tomou posse do lugar de director-geral dos Hospitais, cargo que presentemente exerce. Foi presidente das Comissões Inter Hospitalares de Lisboa e Porto e da Comissão de Normalização dos Hospitais. Em 1960 organizou e dirigiu o primeiro curso de actualização técnica destinado ao pessoal administrativo dos nossos hospitais regionais. Designado, em 1954, para membro da Comissão Instaladora Administrativa do Hospital de S. João, do Porto, desempenhou esse cargo até 1960, data em que foi encarregado de administrar esse estabelecimento, em acumulação com o seu cargo de administrador do Hospital de Santa Maria. Fez parte das comissões que prepararam o Estatuto da Saúde e Assistência, o projecto de lei de criação da Escola Nacional de Saúde Pública e o regulamento dos hospitais regionais.

Professor do curso de medicina sanitária do Instituto Superior de Higiene, regeu igualmente disciplinas na Escola Normal Social, de Coimbra, e nas Escolas de Enfermagem dos Hospitais da Universidade e do Hospital de Santa Maria. É perito da Organização Mundial de Saúde e nessa qualidade fez parte do grupo de técnicos encarregados de preparar o I Curso Europeu de Administradores Hospitalares. Membro da Federação Internacional dos Hospitais, desem-

penhou em congressos internacionais desta Federação, as funções de presidente, secretário-geral e redactor-geral.

Fundou, em 1943, a revista «Hospitais Portugueses», de que desde então é director. Tem publicado numerosos trabalhos sobre assuntos hospitalares. Fez viagens de estudo aos hospitais de vários países. Representou Portugal em diversos congressos e conferências internacionais sobre problemas hospitalares.

★

O Dr. Armando Carvalho da Fonseca tem 47 anos de idade e é licenciado em Ciências Económicas e Financeiras.

Desempenhou as funções de subinspector dos organismos corporativos, para que foi nomeado em 1943, mediante concurso de provas públicas, e deste cargo transitou para a Inspeção de Previdência Social. Em 1946 abandonou o então Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social, para exercer sucessivamente, no Subsecretariado da Assistência Social, as funções de chefe de secção da Direcção-Geral da Assistência, de adjunto do director do Instituto de Assistência à Família e de subdirector do Instituto Maternal. Com a criação do Gabinete de Estudos do Ministério da Saúde e Assistência, em 1959, foi incumbido da sua direcção, em comissão temporária de serviço. Cumulativamente com o lugar de subdirector do Instituto Maternal, exerceu ainda, durante cerca de dois anos, as funções de director do Instituto de Assistência aos Inválidos. Em Outubro de 1963 foi nomeado director do Instituto Maternal, cargo que desempenha.

Tem regido as disciplinas de Noções de Vida Social e de Organização da Assistência Social na Escola de Enfermagem Artur Ravara e presidiu a diversas comissões para o estudo de problemas relacionados com a remodelação da organica de serviços do Ministério da Saúde e Assistência.

Representou Portugal em congressos,



Dr. Carvalho da Fonseca

seminários e conferências internacionais e estudou em vários países assuntos relacionados com os cargos que exerceu.

#### A POSSE

No dia 11 do corrente, no Salão Nobre dos Ministérios do Interior e da Saúde e Assistência, tomaram posse, perante numerosa assistência, dos cargos atrás referidos, os Drs. Coriolano Ferreira e Carvalho da Fonseca, que proferiram discursos cujos textos completos publicaremos no próximo número, assim como o que também proferiu o ministro Dr. Neto de Carvalho.

#### CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA INTERNOS

Realizou-se no passado dia 4, no Hospital de D. Estefânia, mais uma sessão do Curso de Aperfeiçoamento para Internos, que tem vindo a decorrer nos Hospitais Cívicos de Lisboa.

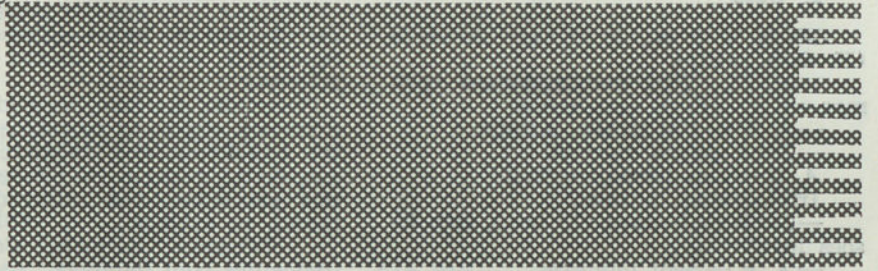
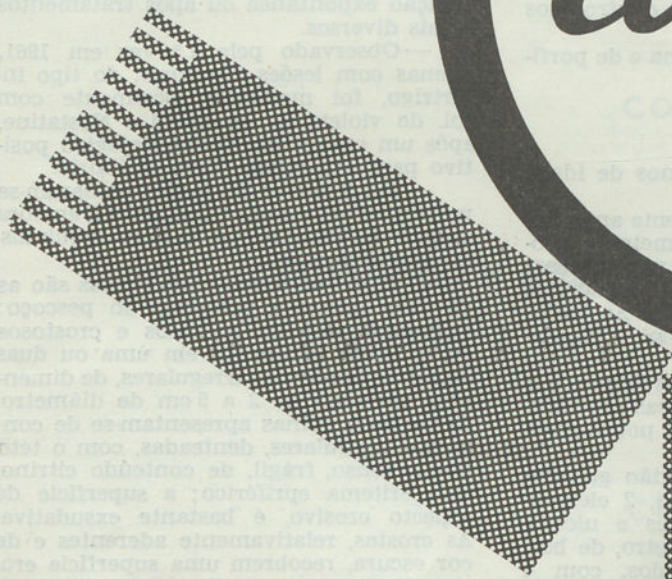
Falou o Dr. Luciano de Carvalho, acerca da «Obstrução do trato alimentar no recém-nascido».

O A. começou por fazer algumas considerações de ordem geral sobre o problema, pondo em evidência a necessidade de elucidar melhor os clínicos gerais, os pediatras e os obstetras, bem como as parteiras e enfermeiras puericultoras, acerca daqueles assuntos, já hoje possíveis de cura operatória, cujos resultados são tanto melhores quanto mais precocemente os doentes sejam enviados ao cirurgião pediatra. Passou depois revista à sintomatologia clínica e radiológica, mostrando que o diagnóstico é, em geral, fácil, bastando, a maior parte das vezes, pensar na afeção.

Prosseguindo, disse que, quanto à terapêutica, ela varia de caso para caso, mas deve ser feita em centros especializados, pois requer cuidados especiais que a maior parte das vezes dependem só de um serviço de enfermagem devidamente instruído. Passou, depois, a analisar, pormenorizadamente, os vários quadros clínicos, desde a atresia do esófago, estenose hipertrófica do piloro, atresias e estenoses intestinais, pâncreas anular, malrotações intestinais, duplicação do tubo digestivo, malformações ano-rectais e hérnias diafragmáticas congénitas, etc.

O Dr. Luciano de Carvalho documentou a sua lição com muitos «slides» e a passagem de dois filmes de operações efectuadas por si no seu serviço, uma de atresia do esófago, e outra de uma hérnia diafragmática congénita.

Devido ao adiantado da hora, não foi possível ao Dr. António Gentil Martins proferir a sua anunciada lição sobre «Alguns problemas urológicos na Pediatria», que ficou, por isso, adiada para o dia 1 de Abril, às 22 horas, no mesmo hospital.



**CONSTIPAÇÕES**



**AFECCÕES CATARRAIS**



**CORIZA**

Para eliminar rapidamente  
as constipações e seus sintomas



FARBWERKE HOECHST AG. - ALEMANHA

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL

QUÍMICA HOECHST, LDA. - LISBOA

## SOCIEDADE PORTUGUESA DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

Reuniu no dia 21 de Fevereiro, no Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. Esta foi a segunda reunião da Sociedade no presente ano lectivo e foi presidida pelo Prof. Juvenal Esteves.

Além dos numerosos casos apresentados foram discutidas questões de ordem administrativa e foi elaborado um projecto de programa para cursos da especialidade o qual vai ser objecto de estudo.

Publicamos a seguir resumos das comunicações:

### XERODERMA PIGMENTOSO

(2 casos)

A. POIARES BAPTISTA

#### 1.º Caso

Maria L. S. N., de 19 anos de idade (H. Clin. 23 611).

— A. H. — Pais consanguíneos (primos em 1.º grau), sem lesões.

— A. C. — Um irmão, normal.

— Irmã gémea, normal.

A. C. — Um irmão, normal.

Irmã gémea, normal.

— Irmã mais nova (2.ª obs.), com lesões idênticas.

— A. P. — Sem interesse.

— H. P. — As primeiras lesões surgiram na 3.ª semana de idade, por uma extrema fotosensibilidade, que provocavam queimaduras mais ou menos extensas. A pigmentação e as lesões do tipo efélide acentuaram-se progressivamente, sempre acompanhadas de fotosensibilidade.

— E. A. — Lesões típicas de Xeroderma pigmentoso, do tipo efélides e lentigo, localizadas apenas na face e pescoço. Raros elementos telangiectásicos e de atrofia. Ausência de elementos queratósicos. No dorso das mãos alguns elementos pigmentados, do tipo efélides.

— Mucosas normais.

— Frequentes fenómenos de conjuntivite e acentuada fotofobia.

*Exame geral*—Ligeira oligofrenia.

— Pequena estatura.

— Bom estado geral; fígado e baço impalpáveis. Menarca aos 12 anos; regras normais.

— Análises: F.H.L., sumária da urina, glicemia, provas hepáticas (R. de MacLagan, Takata-Ara, Hanger): dentro dos limites normais.

— Pesquisa de uroporfirina e de porfirinobilogénio — negativa.

#### 2.º Caso

Maria N. S. N., de 15 anos de idade (Hist. Clin. 23 612).

— Irmã mais nova da doente anterior.

— H. P. — Início dos primeiros sintomas na idade dos 2 anos, por fotosensibilidade acentuada com verdadeiras queimaduras do 1.º e 2.º grau. As lesões pigmentadas surgiram gradual e rapidamente.

— E. A. — O aspecto morfológico e a distribuição das lesões cutâneas são idênticas ao da irmã, embora um pouco mais intensas.

Existem, contudo, na região geniana e na asa do nariz esquerdas, 2 elementos epiteliomatosos nodulares e ulcerosos, de 0,2 e 0,5 cm. de diâmetro, de bordos perolados, não infiltrados, com 4 meses de evolução.

— Mucosas normais. Conjuntivites frequentes com fotofobia.

— *Exame geral*: Oligofrenia; desenvolvimento estatural infantil; fígado e baço impalpáveis; exame cardiovascular normal.

— Análises — F.H.L., sumária da urina, glicemia, provas hepáticas — dentro dos valores normais.

— Pesquisa de uroporfirinas e de porfirinobilogénio — negativa.

— Exame histopatológico das lesões epiteliomatosas (n.º 754) — Epitelioma basocelular.

— Tratamento: As duas doentes têm sido medicadas com Metionina (1 g/dia) e «Nivaquina» (200 mg/dia) por períodos de 3 semanas. Houve nítida melhoria dos fenómenos de fotosensibilização.

— As lesões tumorais da 2.ª doente foram electrocoaguladas, tendo havido uma boa cicatrização.

### PÊNFIGO CRÓNICO BENIGNO

(Doença de Hailey-Hailey)

A. POIARES BAPTISTA

Manuel L. B., de 34 anos, sacerdote (H. Clin. 20 668).

— A.H. e A.C. — Não refere haver casos semelhantes nos antecedentes; pais não consanguíneos; 2 irmãos normais.

— A. P. — Sem interesse clínico.

— H. P. — As primeiras manifestações situam-se possivelmente na idade dos 17-18 anos, com lesões no pescoço e nas pregas inguinais, pouco intensas e de resolução espontânea ou após tratamentos locais diversos.

— Observado pela 1.ª vez em 1961, apenas com lesões inguinais, do tipo intertrigo, foi medicado localmente com sol. de violeta de genciana e Nystatine, após um exame microbiológico positivo para ascandida. Teve melhoria.

— Há 3 meses as lesões tornaram-se mais intensas e mais persistentes, embora sempre localizadas nas regiões inguinais, escroto e pescoço.

— E. A. — As lesões mais típicas são as da face lateral e posterior do pescoço: elementos vesículo bolhosos e crostosos ou erosivos agrupados em uma ou duas placas de contornos irregulares, de dimensões variáveis de 2 a 5 cm de diâmetro. As vesículo bolhas apresentam-se de contornos irregulares, denteadas, com o teto pouco tenso, frágil, de conteúdo citrino, sem eritema epriférico; a superfície de aspecto erosivo, é bastante exsudativa. As crostas, relativamente aderentes e de cor escura, recobrem uma superfície erosiva, ligeiramente papilomatosa. As zonas cicatrizadas, com uma pigmentação acastanhada apresentam igualmente uma superfície irregular mais ou menos papilomatosa.

— Nas pregas inguinais as lesões são do tipo intertrigo exsudativo e macedado.

— Na face interna do terço superior das coxas o aspecto assemelha-se ao do pescoço, principalmente na periferia onde existem lesões vesículo bolhosas típicas. Nesta região assim como no escroto, são numerosas pequenas fissuras superficiais, exsudativas.

— Ausência de sinal de Nikolsky.

— As lesões são um pouco dolorosas, com sensação de ardor, por vezes acompanhadas de prurido esporádico mais ou menos intenso.

— Mucosas normais.

— Ausência de outras lesões cutâneas, à excepção de ligeira dermite seborreica da face e do couro cabeludo.

— Bom estado geral.

— Análises: F.H.L. dentro dos valores normais.

— Sumária de urina: normal.

— Glicemia: 82,5 mg %; Uremia — 37 mg %; colesterolemia — 180 mg %; R. de Hanger — negativa; R. de MacLagan — 1,25 U.

— Vitamina A e a carotenos (soro) — 170 UI %.

— Citodiagnóstico das lesões inguinais e cervicais: numerosas células acantofíticas perfeitamente típicas, isoladas ou aglomeradas, com a conservação da morfologia normal dos núcleos.

— Exame histopatológico (lesão vesículo bolhosas e crostosas do pescoço (n.º 707): «As alterações observadas são constituídas principalmente por uma dissociação celular da quase totalidade da espessura da camada de malpighiana por fenómenos de acantolise e de disqueratose, com a formação de fendas e de descolamentos intra-epidérmicos. A epiderme, bastante espessa nas zonas mais atingidas, está recoberta por uma camada córnea paraqueratósica com nume-



A sessão, na Faculdade de Medicina de Coimbra, da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, teve a presidência o Prof. Vaz Serra, director da Faculdade

# DELVEX®

Bial

COMPRIMIDOS

**PODEROSO E INÓCUO ANALGÉSICO NÃO NARCÓTICO**

## COMPOSIÇÃO

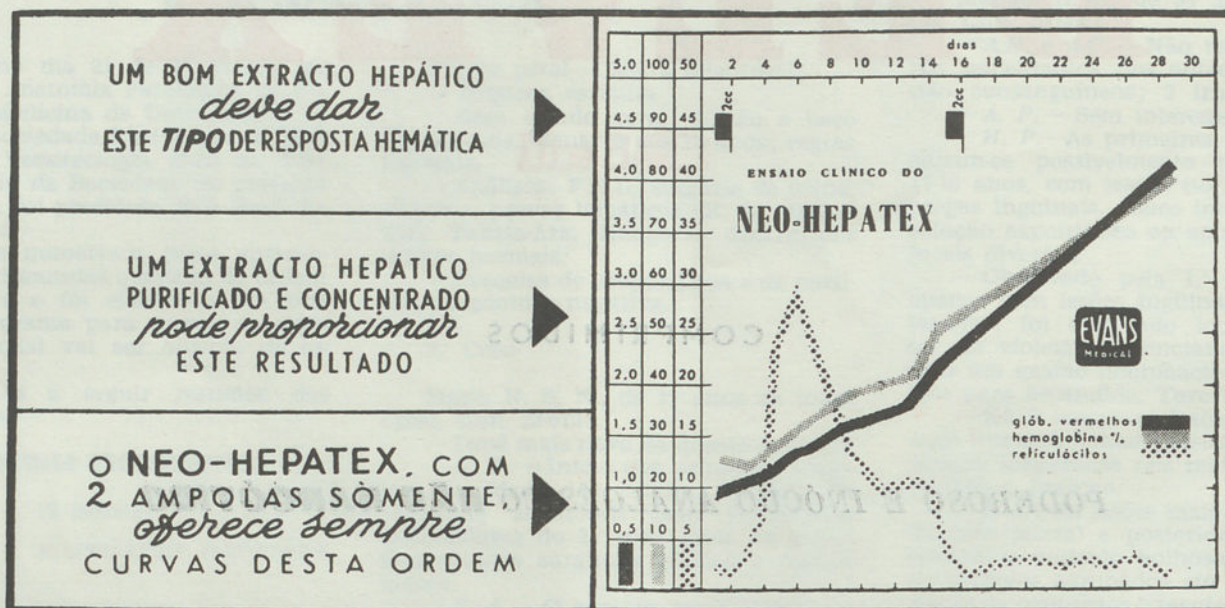
Citrato de Etoeptazina . . . . .	75 mg
Ácido acetilossalicílico . . . . .	325 mg
Por comprimido	

A potência do DELVEX, no ponto de vista analgésico, é igual à da associação do Ácido acetilossalicílico com um narcótico (codeína).

## INDICAÇÕES

**DORES NAS AFECÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS**  
(reumatismos, artrites, miosites, fibrosites, etc.)  
**CEFALALGIAS. ODONTALGIAS. DISMENORREIA.**  
**NEURALGIAS. NEVRITES. DORES PÓS-OPERATÓRIAS**  
**E PÓS-PARTO**

# NEO-HEPATEX



**NEO-HEPATEX: EXTRACTO HEPÁTICO ALTAMENTE PURIFICADO E CONCENTRADO OBTIDO POR PROTEÓLISE ENZIMÁTICA. CONSERVA INTACTAS TODAS AS PROPRIEDADES IDEAIS DA TERAPÉUTICA HEPÁTICA.**

rosos corpos redondos característicos. As colorações Mac Manus e Mallory evidenciam nitidamente as alterações celulares malpighianas.

—A derme infrajacente apresenta uma pequena infiltração de células linfocitárias e um edema.

—As alterações são pois típicas da Doença de Hailey-Hailey. (A.P.B.).

—Tratamento e evolução: As diversas terapêuticas locais (Nystatine, corticóides, antibióticos, solutos corantes, pasta de Lassar) e gerais (corticóides, tetraciclina, vit. A) não tem tido uma ação bem definida. O agravamento ou a melhoria das lesões tem-se sucedido, com intensidades variáveis, mesmo durante qualquer destas terapêuticas.

—O estado geral mantém-se bom.

## ESPOROTRICOSE

J. CORTESÃO

A. POIARES BAPTISTA

Maria A. S. S., de 30 anos de idade, residente em Santana-Ferreira (Figueira da Foz), trabalhadora rural (H. Clin. 23 749).

—A.H., A.C. e A.P.—sem interesse clínico.

—H.P.—Em Novembro de 1964, surgiu uma «pequena bolha» a nível do antebraço direito (1/3 médio do bordo cubital) que foi aumentando de dimensões acabando por se ulcerar. Não refere ter tido anteriormente qualquer traumatismo nesta região.

—Três semanas depois surgiram as lesões nodulares intradérmicas, do tipo gomoso, ao longo do bordo interno do membro superior, inicialmente do tamanho dum grão de milho que rapidamente aumentaram de volume. Ausência de temperatura febril.

—Foi medicada com «Madribon» (0,5 gr/dia — 10 dias) sem melhoria.

—E. A.—A nível do terço médio do bordo cubital do antebraço direito observa-se uma ulceração ovalar, de 2×4 cm., de bordos irregulares e descolados, de coloração violácea, moles. O fundo da ulceração tem um aspecto granuloso, recoberto por um exsudato purulento; a expressão evidencia numerosos pontos purulentos mais profundos quer do fundo quer sob o bordo da lesão. Infiltração superficial. À periferia há um eritema violáceo, difuso.

—Seguindo um trajecto linear, existem, no bordo interno do antebraço e braço, 3 elementos do tipo gomoso, em diferentes estados evolutivos, não ulcerados, embora algumas delas com nítida flutuação central. São pouco dolorosas à palpação e recobertas por uma pele violácea ou amarelada. Ausência de adenopatias axilares ou epitrocleanas.

—Exame geral—doente apirética, com bom estado geral.

—Análises: V. S.—8—1.ª H.; 15—2.ª H.; I. Katz—7,75—Intradermo-reacção à tuberculina a 1/1000—negativa (48 h.).

—Pesquisa de fungos — «As culturas do pús da lesão ulcerada e não ulcerada revelaram uma estirpe de Sporotrichum Schenckii» (Prof. H. de Oliveira).

—Exame histopatológico (bordo do elemento ulcerado)—(A. H. n.º 772)—«Em toda a derme do fragmento existe um infiltrado inflamatório um pouco polimorfo, constituído, na sua parte central, por uma zona em vias de supuração, rodeada por uma reacção granulomatosa e gigantocelular. Ao mesmo tempo existem um espessamento e necrose da parede de alguns vasos arteriulares. O Hotchkiss-Mac Manus mostra muito raras pequenas formações PAS positivas, um pouco refringentes, arredondadas, no seio do infiltrado (esporos?).

O aspecto polimorfo das lesões é

assim característico da Esporotricose» (A.P.B.).

Tratamento e evolução—medicada com o iodeto de potássio (de início 2 g/dia, depois 6 g/dia, per os), verificou-se 10 dias depois uma nítida melhoria de todas as lesões, melhoria esta que se tem acentuado.

## HISTIOCITOMA

A. LEITÃO

A. POIARES BAPTISTA

A. dos S. Mendes de 5 meses de idade, natural de Coimbra (Hist. Clin. n.º 20 675) e residente em Friumes, Penacova.

—A. H. colaterais ou pessoais—sem interesse clínico.

—Início há 4 meses, isto é, quando tinha 1 mês de idade, a mãe notou o aparecimento de um nódulo saliente na pele, localizado na face anterior do torax, nas proximidades do ombro direito.

A princípio de reduzidas dimensões, aumentou de volume depois, observando-se actualmente com o tamanho de um grande grão de ervilha de cor levemente pigmentada fazendo saliência na pele. Pela palpação nota-se que tem consistência fibrosa, que se continua para os planos mais profundos, sem qualquer aderência e com maiores dimensões.

—RW e Kahn, no sangue da mãe—negativas.

—Análise histopatológica (n.º 773)—As alterações encontradas são constituídas unicamente por um infiltrado maciço de toda a derme existente no fragmento biopsiado. As células que constituem este infiltrado apresentam todas um aspecto monomorfo: núcleo volumoso arredondado com uma rede de cromatina pouco nítida e com citoplasma acidófilo e mal delimitado. Nos limites com epiderme existe em alguns pontos uma ligeira dissociação da camada de Malpighi

que se encontra um pouco estreitada. Neste infiltrado as células apresentam por vezes um aspecto ligeiramente espumoso. A coloração pelo azul de toluidina não revela a existência de células mastocitárias e de substância metacromática. Com a coloração de Mac Manus verifica-se que algumas das células histiocitárias têm um citoplasma ligeiramente PAS positivo. A coloração da epiderme é normal. O Van Gieson não mostra alterações. A reticulina evidencia uma rica rede fibrilar ao nível de todo o infiltrado disposto numa maneira difusa. A coloração da orceína mostra apenas algumas fibras elásticas. A coloração do pigmento melânico (Fontana) é negativa com excepção do pigmento da camada basal da epiderme de aspecto normal. A coloração do Turnbull é igualmente negativa. A pesquisa de gorduras deu resultado negativo. Nestes cortes de congelação evidenciam-se na parte mais profunda alguns neovasos.

Dadas as características celulares e tintoriais o diagnóstico histológico é o de «Histiocitoma». (A.P.B.).

#### TUBERCULIDES PÁPULO-NODULARES

##### A. LEITÃO

M. S. da Fonseca, de 52 anos, casado, limador, natural de Lavatodos e residente em Chelo — Penacova.

— Início em Agosto de 1964 por lesões pápulo-pustulares disseminadas a toda a face.

— Sem qualquer benefício das aplicações de Ademida que lhe aconselharam, aparece-nos à consulta com uma erupção caracterizada por pápulas salientes, que no início se apresentam como nódulos duros e indolores, para depois amolecerem e supurarem recobrando em seguida de crostas.

— Pela vitro-pressão surge-nos um infiltrado amarelado lupóide.

— Cuti à tuberculina negativa (a 1/1000).

— RW. e Kahn negativas.

— Pesquisa de micobactéria no muco nasal — negativa.

— Velocidade de sedimentação: 1.<sup>a</sup> hora — 10; 2.<sup>a</sup> hora — 22; I. Katz — 10,5.

— Hemograma — 10 000 leucócitos; linfócitos 40%, sendo os outros valores normais.

— Radiografia do tórax — normal.

— Biopsia: Análise histopatológica n.º 770:

1.º Fragmento (lesão nodular profunda da face lateral do pescoço) — Verifica-se a existência de um infiltrado de tipo tuberculóide, relativamente bem limitado, formando um pequeno nódulo situado na derme profunda. É de notar a existência de numerosos polinucleares, alguns em picnose e ao mesmo tempo numerosas

células com o citoplasma areolar de tipo espumoso. Um pequeno grupo de glândulas sudoríparas está envolvido pelo infiltrado. Em alguns cortes verifica-se um início de necrose na parte superior do infiltrado. A coloração pelo Ziehl não revela a existência de bacilos ácido-resistentes. A reticulina encontra-se bastante alterada e destruída a nível do infiltrado.

2.º Fragmento (lesão nodular superficial da região frontal) — Neste 2.º fragmento as alterações são do mesmo tipo embora com uma intensidade bastante maior e situadas na derme papilar superficial abrangendo indistintamente os folículos pilosos e os espaços interfoliculares. Os fenómenos de necrose são mais adiantados e as células gigantes são pouco numerosas. A coloração pelo Ziehl também não revela bacilos ácido-resistentes. A reticulina apresenta um aspecto ligeiramente destruído apenas nas zonas do infiltrado. O conjunto destas alterações com a estrutura tuberculóide e necrose são sugestivas do diagnóstico de tuberculides pápulo-nodulares. (A.P.B.).

— Tratamento: hidrasida + estreptomomicina.

#### OROQUERATOSE DE MIBELLI

##### A. LEITÃO, A. POIARES BAPTISTA e J. CORTESÃO

A. G. P., de 33 anos, sexo feminino, casada, doméstica (Hist. Clín. 23 392).

— Início há cerca de 1 ano pelo aparecimento de uma pequena pápula eritematodescamativa.

— Lesão saliente queratósica, circular com 1 cm de diâmetro, de bordo mais elevado e de centro deprimido com desenvolvimento muito lento.

— Exame geral negativo, não havendo antecedentes hereditários ou pessoais dignos de registo.

— RW. e Kahn — negativos.

— Exame histológico — «As alterações encontradas no fragmento excisado mostram um aspecto perfeitamente típico da Oroqueratose de Mibelli. Com efeito verifica-se no mesmo corte os limites laterais da lesão formados por uma depressão em funil da epiderme que se encontra neste ponto atrofiada e recoberta por uma coluna de células córneas parakeratósicas. A epiderme dum e doutro lado desta depressão, encontra-se ligeiramente acantósica e papilomatosa recoberta também por uma hiperqueratose ortoqueratósica. A superfície epidérmica que se situa entre os limites da lesão encontra-se também, ligeiramente espessada em todas as suas camadas. Na derme observa-se apenas um pequeno infiltrado linfocitário na zona subjacente aos limites laterais da lesão acompanhada de uma ligeira vasodilatação. Há a notar a grande abundância de glândulas sudoríparas que apresentam,

contudo, uma estrutura normal, não parecendo estar relacionadas com a Oroqueratose. O tecido colagénio não apresenta também alterações à excepção duma zona mais profunda lateral com aspecto fibroso que muito provavelmente é resultado da cicatriz das biópsias anteriores». (A.P.B.).

— Tratamento — Extirpação cirúrgica.

#### ESPOROTRICOSE

##### A. LEITÃO

Elvira, M. B., 15 anos de idade, solteira, criada, natural de Caxaria-Caniço e residente na Marinha das Ondas. (H. clín. 23 776).

— Pai falecido e a mãe é viva e saudável.

— Uma irmã mais velha foi tratada no Verão, de erupção nodular das pernas de natureza alérgica medicamentosa (sulfamidas).

— Em fins de Novembro, iniciou-se a sua afecção por um «furúnculo» localizado na parte superior do Joelho esquerdo. Ao princípio não deu grande importância, mas, mais tarde, em virtude de maiores proporções resolveu consultar um médico que acabou por lhe fazer uma incisão, tendo anteriormente administrado antibióticos. Nessa altura já a lesão inicial se encontrava complicada de lesões nodulares do tipo gomoso que se estendiam em rosário ao longo da face anterior da coxa esquerda até ao meio da virilha.

— E. A. Doente com bom estado geral, sem febre. Ao nível do Joelho esquerdo observa-se um ulceração vegetante que recobre a quase totalidade do Joelho esquerdo, com vários focos de supuração. Numa linha que se dirige do Joelho à parte média da virilha do mesmo lado, como que sobreponível à do trajecto seguindo pelo rolo vasculonervoso, observam-se elementos gomosos em diferentes fases de evolução e com distribuição em rosário, sendo numerosos os seus elementos.

— V. S. = 10-28.

— Intradermoreacção à tuberculina a 1/100.

— Pesquisa de fungos — Sporotrichum Schenckii (Prof. H. de Oliveira).

— Exame histopatológico (n.º 780): «Granuloma típico de Esporotricose em início de supuração» (A.P.B.).

— Tratamento: IK (2 g/dia) e «Ralent» (0,5 g/dia); pensos locais com soluto iodado e pomada de aureomicina.

#### MICOSE FUNGÓIDE

##### A. LEITÃO

Lucinda de J. A., 50 anos, casada, doméstica, natural e residente em Góis. (H. C. n.º 23 073).

# OSMODEX-zimaia

## dextrano

— A. H. colaterais ou pessoais sem interesse clínico.

— Em Agosto de 1963 apareceram-lhe, na quase totalidade da superfície cutânea, lesões máculopapulosas eritematosas com descamação. Tendo-lhe sido feito o diagnóstico de psoríase, como tal foi tratada sem qualquer proveito.

Em princípios de Maio de 1964, observámos pela primeira vez a doente com bom estado geral, queixando-se actualmente de prurido muito ligeiro. Em grande parte da superfície cutânea, observam-se placas eritematosas de aspecto urticariano, com ou sem infiltração, recobertas de finas escamas, lembrando a *parapsoríase* em placas.

Não se palpam gânglios axilares ou das virilhas. As placas isoladas ou confluentes tomam aspecto figurado, com bordos serpiginosos mais salientes e lesões descamativas. É neste estado que entra para a enfermaria, em 8 de Maio de 1964.

— Análises — Hemograma dentro de valores normais.

— RW e Kahn — negativas.

— Sumária de urinas — normal.

Análise histopatológica n.º 674 (25 de Maio de 1964): As alterações encontradas são constituídas essencialmente por um infiltrado de células mononucleadas relativamente acentuado de localização pericapilar na derme superficial. Em numerosos pontos estes infiltrados invade a epiderme suprajacente, formando por vezes um esboço de pequenas locas com dissociação das células malpighianas. Noutros, a esta exocitose junta-se uma exoserose com formação de pequenas zonas paraqueratóticas. A própria epiderme apresenta uma espessura normal alternada com zonas ligeiramente atroficas. No seu conjunto estas imagens invocam bastante as das Parapsoríases em placas, sem no entanto haver suspeita de transformação em Micoses Fungóides, dada a pouca intensidade do infiltrado e a sua própria constituição. (A. Poiares Baptista).

— 2.ª análise histopatológica (n.º 679) (1 de Junho de 1964) — Em comparação com a biopsia anterior as alterações são aqui um pouco mais nítidas. Com efeito existe um infiltrado pouco intenso na derme papilar formado de células mononucleadas algumas delas de núcleo um pouco volumoso e claro, acompanhado de formação de numerosas tecas pouco individualizadas. Na derme restante não existe praticamente qualquer infiltrado. A superfície epidérmica está recoberta por uma camada córnea pouco espessa com pequenos focos de paraqueratose, correspondendo em regra a zonas de exocitose. As alterações neste fragmento são, pois, perfeitamente características de eritema pré-micótico que estava apenas esboçado nos cortes anteriores. (A.P.B.).

— Em 9 de Junho de 1964 iniciou-se o tratamento com 50 miligramas de Endoxan, passando depois para 100 miligramas, para em 25 do mesmo mês, se aumentar para 150 mg. Hemogramas repetidos não contra-indicavam a sua administração e por outro lado as lesões tornavam-se menos infiltradas e mais pigmentadas. Porém, em 30 de Junho de 1964, já com a suspensão do endoxan, o hemograma revelava-nos 4 300 gl. brancos e 3 635 000 gl. vermelhos, pelo que passámos a administrar o hepavital B<sub>12</sub>.

— Em 14 de Janeiro de 1965 — Surge na região do tórax imediatamente por debaixo do seio esquerdo, uma erupção nodular sobre fundo eritematoso.

— 3.ª análise histopatológica (n.º 768) (21 de Janeiro de 1965). 1.º fragmento A — Lesão tumoral — As alterações encontradas neste fragmento apresentam as características típicas da micoses fungóide. Com efeito existe um abundante infiltrado na derme papilar e média, constituído por células retículo-histiocitárias volumosas de núcleo irregular, células linfocitárias e raros polinucleares eosinófilos. Em

superfície invade a epiderme formando em pelo menos dois pontos uma nítida teca de Darier. Em profundidade prolonga-se ao longo dos vasos até à junção dermo-hipodérmica.

2.º fragmento (bordo da lesão em placa) — Este 2.º fragmento apresenta um infiltrado muito menos acentuado, embora tenha uma constituição idêntica ao fragmento anterior. Observam-se do mesmo modo algumas tecas de Darier bem desenhadas. A infiltração profunda é quase que inexistente.

A comparação destes dois fragmentos mostra duma maneira bem evidente a transformação do eritema pré-micótico em Micoses Fungóide. (A.P.B.).

## ECZEMATIDES FOLICULARES

### A. LEITÃO

Maria T. P., 19 anos de idade, solteira, criada, natural de Nelas e residente na Pocariça. (H. Clín. n.º 23 737).

— Antecedentes hereditários — Sem interesse clínico.

— Refere no passado a coqueluche e «fraqueza pulmonar».

— Início da afecção cutânea há 2 anos por lesões em pequenas placas, levemente salientes em pontes e que se acompanham de prurido.

— Doente com bom estado geral, é observada pela primeira vez em 7 de Outubro de 1964.

As lesões cutâneas disseminadas por quase todas as regiões do tegumento cutâneo são caracterizadas por placas de tamanhos variáveis, constituídas por elementos do tamanho de cabeça de alfinetes, de cor eritematosa e com queratose folicular. A doente queixa-se de prurido e o resto do exame geral é negativo.

— Exames complementares:

Hanger + — —; Takata Ara + — —; Mac. Lagan 2,25.

— RW e Kahn — negativas.

— Velocidade de sedimentação — I Katz = 3.

— Hemograma — 5 200; Gl. br. neut. em bastão 3; segmentados 67; Linf. 30; Eritrócitos 3 470 000; Hemog. 89,4.

— Proteínograma — Baixa de albumina — 43,2%; Aumento da globulina B.

— 1.ª sumária de urinas 0,60 de albumina.

— 2.ª sumária de urinas — normal.

— Nesta data iniciámos o tratamento com a vitamina A (100 000 U. I. «per os») e localmente vaselina salicilada e sol. de eosina.

— Análise histopatológica n.º 6 053 — O exame dos cortes seriados revela alterações unicamente localizadas nos folículos pilosos, embora sejam discretas. Além da hiperqueratose formando rolho córneo já assinalado no exame anterior, verifica-se neste segundo exame que a bainha folicular externa de alguns pêlos se encontra ligeiramente dissociada por fenómenos de exocitose de células linfocitárias e envolvido por um pequeno infiltrado linfo-histiocitário. A estas zonas corresponde uma pequena paraqueratose de rolho córneo. É de notar que estas alterações se encontram limitadas na parte superior do folículo. A epiderme adjacente e a distância não apresenta alterações. Deste modo, dada a existência dos pequenos focos de paraqueratose e de exocitose, o diagnóstico de Eczematides foliculares deve ser igualmente sugerido.

## ICONOGRAFIA

### 1.º — MELANOMA JUVENIL

#### J. CORTESÃO

#### e A. POIARES BAPTISTA

Luís M. M. F., 5 anos (H. Clín. 20 158)

— Face anterior (1/3 superior) da perna esquerda.

— Lesão nodular, hemisférica, de 0,8 cm de diâmetro, de superfície lisa, de co-

loração castanha rósea, de consistência dura elástica, indolor, aderente à epiderme.

— Início na idade dos 2 anos.

— Ablação em bloco ao bisturi simples.

— Exame histopatológico (n.º 666)

— Melanoma juvenil típico.

### 2.º — POROMA ÉCRINO

#### A. POIARES BAPTISTA

Gilberto F. M. A., de 38 anos, empregado de escritório (H. Clín. 20 150).

— Face anterior do joelho esquerdo.

— Lesão tumoral, saliente, ligeiramente pediculada, arredondada, de 1 cm de diâmetro, de superfície verrugosa, de coloração acastanhada, consistência dura, indolor.

— Início espontâneo há cerca de 4 anos.

— Exérese pela electrocoagulação.

— Exame histopatológico (n.º 667)

— Poroma écrino.

### 3.º — DISTROFIA UNGUEAL CANALIFORME MEDIANA

#### A. POIARES BAPTISTA

Vitor D., de 38 anos, cantoneiro (H. Clín. 20 008).

— Lesões típicas de distrofia mediana canaliforme, com descolamento e fendilhação longitudinal dos 2/3 anteriores, das unhas dos 1.º, 2.º, 3.º e 4.º dedos, bilaterais e simétricas. Ausência de sintomas subjectivos.

— Início há cerca de 7 anos, pelos polegares.

— Ausência de outros sintomas. Faneiros normais.

— Ausência de casos familiares.

### 4.º — ÚLCERA FULGURANTE DO PÉ-NIS (Fournier)

#### A. POIARES BAPTISTA,

#### J. CORTESÃO

#### e A. LEITÃO

José F. P., de 46 anos, serrador (H. Clín. 20 378).

— Ulceração fagedénica da metade superior do prepúcio, com fundo granuloso, ligeiramente hemorrágico, com infiltração edematosa, dolorosa à palpação.

— Ausência de adenopatias satélites.

— Ausência de sintomas gerais.

— Início há 5 semanas, por um ligeiro prurido; 8 dias depois súbito edema e eritema, com fissuras no sulco balanoprepucial; ao mesmo tempo febre alta com arrepios de frio. Ao 15.º dia surgiu a ulceração rapidamente extensiva.

— Ausência de relações sexuais suspeitas.

— BW, Kh e VDRL = negativas; Exame geral normal.

— Exame histopatológico (n.º 716)

— infiltração inflamatória, rica em plasmócitos e em células gigantes do tipo corpo estranho.

— Tratamento: pensos locais (permanganato de potássio e pomada de antibióticos) + penicilina pura. (16 M. de U. = total); rápida cicatrização; circuncisão.

### 5.º — QUERATOMA MALIGNO DIFUSO CONGÉNITO

#### A. POIARES BAPTISTA

N. M. B., sexo masculino, 5 dias (H. Clín. 20 230).

— Afecção congénita. De início com edema dos pés e mãos. Agravamento nos 2 dias seguintes, com descamação lamelar acentuada. Aspecto característico do «Queratoma maligno», com retracção dos orifícios naturais.

— Gestação normal; parto prematuro (8 meses).



— Antecedentes familiares: pais não consanguíneos.

- Ausência de casos semelhantes?
- Falecimento no 10.º dia.

6.º — QUERATOMA MALIGNO DIFUSO CONGÉNITO

A. POIARES BAPTISTA e J. CORTESÃO

António M. S. M., de 2 meses (H. Clín. 20 276).

- Afecção congénita; aspecto típico de Queratoma maligno. Faneros normais.
- Gestação normal. Parto normal.
- Antecedentes familiares: pais consanguíneos (primos em 1.º grau).
- Irmã sem lesões.
- Ausência de casos familiares.
- F.H.L. de valores normais.
- Vit. A (soro) = 100 U. I.
- Atrepsia ligeira.
- Tratamento geral: dieta conveniente + Vit. A (50 000 U./dia); local: banhos alcalinos e pasta de magnésio.
- Falecimento no 3.º mês de idade (lesões pulmonares?).

7.º — HIPODERMITE NODULAR SUBAGUDA MIGRANTE (Vilanova e Piñol)

A. POIARES BAPTISTA e J. CORTESÃO

Maria A. F., de 25 anos de idade, criada (H. Clín. 23 548).

— Início das lesões há 5 meses, cerca de 2 meses depois de um traumatismo acidental, sem ferimento, na periferia da região lesada actualmente.

A primeira manifestação era constituída por um nódulo profundo, eritematoso e doloroso, que gradualmente aumentou de diâmetro; teve uma evolução centrífuga, deslocando-se para a face anterior do terço superior da perna.

— Fez tratamento com sulfamidas «per os», sem resultado.

— Observada no 4.º mês de evolução, apresenta uma lesão de dermo-hipodermite eritematosa de contornos circinados, abrangendo o terço superior da face antero-externa da perna esquerda, com cerca de 10 a 15 cm de diâmetro; os limites, relativamente nítidos, são formados por um bordo mais saliente e eritematoso, infiltrado, de superfície lisa ou ligeiramente escamosa (tipo «colerette» epidérmica); a parte central, em ligeira depressão, apresenta uma coloração normal ou ligeiramente equimótica, uma superfície lisa, sem empastamento.

— A palpação de toda a lesão é dolorosa, e revela uma infiltração localizada apenas à sua área.

— Ausência de outras lesões cutâneas Ausência de edema.

— Exame geral: sem alterações; dentes normais.

— Nos antecedentes pessoais há a assinalar a amigdalectomia há 6 anos e apendicectomia há 3.

— Análises: V. S. 10-24; Cuti-reacção à tuberculina —+; Proteína C-reactiva —negativa; Título antiestreptolisina 0 —166 U. Todd; Radiografia do joelho esquerdo — sem alterações.

— Tratamento e evolução: dadas as características clínicas e evolutivas típicas da «Hipodermite subaguda migrante», descrita por Vilanova e Piñol, foi instituída a terapêutica iodada (IK—3 g/dia, «per os»). Um mês depois obteve-se a cura clínica, com normalização da vel. sedimentação globular.

8.º — PITIRÍASE RUBRA PILAR

A. LEITÃO

Maria D. F., de 12 anos, natural e residente em Regateiros (H. Clín. n.º 23 561).

— Início da afecção aos 6 anos de idade, por lesões queratóticas e eritematosas, nos antebraços, mãos, pés e pernas.

— Actualmente as lesões são muito extensas, apresentando-se na face com o aspecto de toalhas escamosas, lembrando a descamação ictiosiforme. No couro cabeludo, existe uma pitiríase difusa; ao nível dos cotovelos e joelhos, as placas assemelham-se às da psoríase. Nas restantes regiões, principalmente no dorso dos dedos, as lesões queratóticas foliculares são típicas.

— Exame histopatológico: «Os fragmentos estudados são retalhos cutâneos com acantose irregular, com pequenos focos de paraqueratose e com hiperqueratose folicular. Observa-se uma discreta infiltração inflamatória do córion superficial» (Prof. R. Trincão).

9.º — NECROBIOSE LIPÓIDICA

A. POIARES BAPTISTA

Iva M. D. G., de 42 anos de idade, doméstica.

— Início há 6 meses, com três elementos nodulares no dorso do pé direito, sem sintomas subjectivos. Desenvolvimento gradual dos restantes.

— No dorso do pé direito, parte anterior, 7 elementos nodulares, salientes, circulares, de 1 a 1,5 cm de diâmetro, bem limitados, de superfície eritematosa ou acastanhada, de consistência elástica, dolorosos à pressão. Alguns elementos ligeiramente queratóticos e com raras e pequenas telangiectasias. À vitopressão são ligeiramente amarelados.

— No dorso do pé esquerdo há apenas um elemento.

— Exame geral normal. Desconhecia a existência da diabetes.

— Análises: glicemia — 2,45 g%; Uremia — 0,30 g%; R. de Hanger: ++; R. de



**FARBASA**  
 ANTI-ANÉMICO PODEROSO

# DOZEBION

## EMPOLAS

Normal	Forte
<i>Empola rosada:</i>	
Vitamina B <sub>12</sub> . . . 20 mcg.	Vitamina B <sub>12</sub> . . . 100 mcg.
<i>Empola escura:</i>	
Vitamina B <sub>1</sub> . . . 50 mg.	Vitamina B <sub>1</sub> . . . 50 mg.
» B <sub>2</sub> . . . 5 mg.	» B <sub>2</sub> . . . 5 mg.
» B <sub>6</sub> . . . 10 mg.	» B <sub>6</sub> . . . 10 mg.

## DRAGEIAS

Vitamina B<sub>12</sub> 0,000005 gr., Vitamina B<sub>1</sub> 0,005 gr., Vitamina B<sub>2</sub> 0,001 gr., Vitamina B<sub>6</sub> 0,001 gr., Nicotinamida 0,020 gr., Ácido-fólico 0,001 gr., Pantotenato de cálcio 0,025 gr., Ext. de fígado 1:100-0,100 gr., Cl de cobalto, 0,002 gr. Cl. de cobre 0,001 gr., Complexo Fe-molíb dico 00575 gr.

MacLagan — +; R. de Wunderly — +; Sumária da urina: glicose: 35,5 g %, vestígios de acetona.

— Exame histopatológico (n.º 676) — as alterações são típicas da necrobiose lipídica, com acentuada positividade ao Sudão.

COILONIQUIA

A. POIARES BAPTISTA

Maria Rosa T. R., 34 anos, trabalhadora rural (Hist. Clín. 23 042).

— Início das lesões ungueais há cerca de 7 anos, nos polegares. Gradual e rapidamente as restantes unhas das mãos foram atingidas.

— Apresenta lesões típicas de coiloníquia, de unhas em colher, de todas as unhas das mãos, bilaterais e perfeitamente simétricas. As mais intensamente alteradas são as dos polegares, indicadores e médios. As restantes unhas são achatadas, planas e um pouco descoladas nos bordos laterais.

— Todas as unhas são frágeis e de superfície lisa, pouco espessas, com uma coloração amarelada.

— Ausência de sintomas subjectivos, excepto ligeira dor à pressão.

— Ausência de outros sintomas locais.

— Ausência de perturbações circulatórias das extremidades.

— Unhas dos pés normais. Mucosas normais.

— Exame geral normal. Refere ter tido uma pleurisia (?) à direita, há cerca de 9 anos, curada.

— Análises: F.H.L. — G.V. 4 100 000; Hemogl. — 79,8 %; leucócitos — 9 400; Polin. neut. 81 %, Linf. 14 %; Mon. 4 %; Eosin. 1 %.

— Sumária de urina: normal.

— RW, Kahn, VDRL — negativas.

— Met. Basal — + 29 %.

— Provas hepáticas — normais.

— Dosagem das vitaminas (urina) —

Vit. B<sub>1</sub> — 60 y %<sub>0</sub>; Vit. B<sub>2</sub> — 55 y %<sub>0</sub>; Vit. C — vestígios; Vit. PP — 2 mg %<sub>0</sub>; ác. pirúvico — 440 mg %<sub>0</sub>.

— Dosagem da vitamina C (sangue) — 7 mg %<sub>0</sub> (normal > 10).

— Tratamento e evolução — Medicada com complexo vitamínico e particularmente com Vit. C (1 g/dia, «per os») e Gelatina (7,5 g/dia, «per os»), durante um período de 8 semanas verificou-se uma melhoria nítida, melhoria esta que se tem acentuado com a continuação periódica do tratamento.

Ao mesmo tempo, a doente deixou de manipular adubos, detergentes, e abandonou o trabalho da plantação do arroz.

ORDEM DOS MÉDICOS

Efectuou-se no pretérito dia 25 a assembleia geral do Conselho Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos, a que presidiu o Prof. Antunes de Azevedo, para a eleição dos corpos gerentes, a qual teve o seguinte resultado: presidente da assembleia geral: Prof. Joaquim Antunes de Azevedo; vice-presidente, Dr. Trajano Pinheiro; secretários, Drs. Francisco Mendes Pimentel e Jorge Biscaia; delegados à assembleia geral, Drs. Abílio Bastos, Adérito Mendes, Afonso Neves Paiva, Alberto Pinheiro, Carlos Laranjeira, António Lobo Vaz Pato, Carlos Coelho, Carlos Melo, Filipe Requicha, João Alarcão e Silva, Joaquim Gama Vieira, Luís Pereira Bandeira, Manuel Esteves Brinca, Mateus de Araújo e Vasco Campos; vogais ao Conselho Geral, Prof. Albertino Barros e Drs. Mário Mendes, Manuel Rego, Abílio Henriques, António Cerveira, Carlos da Conceição Costa, Francisco Cortês, João Moura Marques, José dos Santos Bessa e Paulo Moura Relvas.

Por proposta do Prof. Antunes de Azevedo, foi aprovado um voto de louvor ao Conselho Regional e ao seu presidente pelo brilho das comemorações do 25.º aniversário da Ordem dos Médicos. O Dr. Mário Mendes apresentou uma moção no sentido da Ordem dos Médicos envidar todos os esforços para a rápida publicação do relatório sobre a reorganização hospitalar, elaborada pela comissão nomeada pelo sr. ministro da Saúde.

HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

SEMANA DE ACTUALIZAÇÕES CIRÚRGICAS

Organizada pelo Serviço de Cirurgia n.º 4, cujo director é o Dr. Gil da Costa, realiza-se durante o mês corrente a «Semana de Actualizações Cirúrgicas», com o seguinte programa:

Dia 22: às 11 horas — Inauguração pelo Dr. Gil da Costa (Director de Serviço de Cirurgia do Hospital Geral de Santo António) e lição pelo Prof. da Faculdade de Medicina do Porto, Dr. Sousa Pereira: *Interpretação neurovisceral da cirurgia da úlcera duodenal*; dia 23: às 10 horas — Dr. Nuno Berrance (Cirurgião do Sanatório D. Manuel II e do Hospital de Santo António): *Traumatisms torácicos*; às 11 horas — Lição pelo Prof. da Faculdade de Medicina do Porto Dr. Joaquim Bastos: *Varizes esofágicas*; dia 24: às 10 horas — Dr. Oliveira Santos (Cirurgião do Hospital Geral de Santo António e do Hospital Militar): *Fistulas biliodigestivas espontâneas*; às 11 horas — Dr. Rocha e Melo, Neurocirurgião do Hospital Geral de Santo António; *Traumatisms crâneo-encefálicos*; dia 25: às 10 horas — Dr. Gil da Costa, filho (Cirurgião do Hospital Geral de Santo António): *Oclusões intestinais*; às 11 horas — lição pelo Prof. da Faculdade de Medicina de Coimbra, Dr. Bártolo do Vale Pereira: *Cancros do esófago*; dia 26: às 10 horas — lição pelo Prof. da Faculdade de Medicina do Porto, Dr. Giesteira de Almeida: *Aspectos clínicos das pancreatites crónicas*.

Os organizadores convidam a assistir todos os médicos e estudantes de medicina.

DIVERSAS

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA

Números provisórios de casos e óbitos de algumas doenças de notificação obrigatória declaradas em Portugal metropolitano (continente e ilhas adjacentes) e respeitantes ao mês de Novembro de 1964:

	CASOS	ÓBITOS
Difteria .....	303	12
Encefalite infecciosa aguda .....	4	2
Escarlatina .....	125	1
Febre tifóide .....	144	4
Outras salmoneloses .....	6	1
Hepatite epidémica .....	45	3
Meningite cerebrospinal ...	37	3
Poliomielite aguda .....	51	3
Tosse convulsa .....	56	3

Período de 21 a 27 de Fevereiro de 1965:

	CASOS	ÓBITOS
Difteria .....	28	0
Encefalite infecciosa aguda .....	1	0
Escarlatina .....	11	0
Febre tifóide .....	12	0
Outras salmoneloses .....	1	0
Hepatite epidémica .....	7	0
Meningite cerebrospinal ...	18	0
Poliomielite aguda .....	0	0
Tosse convulsa .....	9	0

PORTO

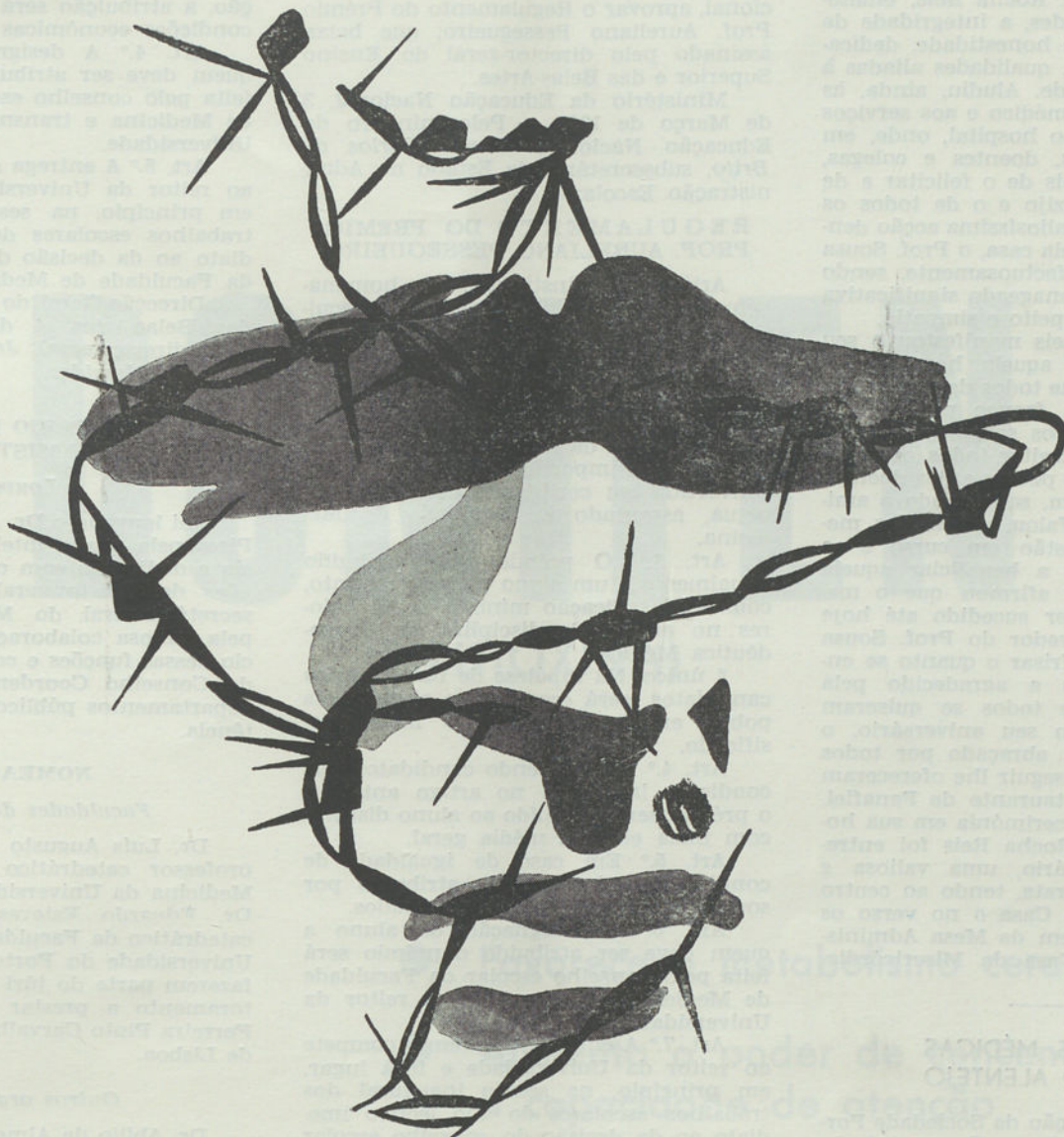
COMEMORAÇÃO DO DIA DE S. JOÃO DE DEUS

O Centro de Enfermagem Permanente comemorou o «Dia de S. João de Deus» — 13 do corrente — mandando celebrar uma Missa na capela do Hospital de Santo António e convidando para um jantar, que se realizou no Hotel Império, vários colegas e amigos do sr. José Calheiros, que foi durante alguns anos muito dedicado presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Porto e é o director do Centro de Enfermagem Permanente; outras pessoas foram também convidadas, sobretudo médicos e representantes da imprensa e de organismos de Assistência e de Saúde Pública, entre os quais o director de «O Médico», Dr. Mário Cardia. Enaltecedor os serviços que à cidade do Porto e arredores tem prestado o Centro de Enfermagem Permanente e salientando as qualidades do sr. José Calheiros e a sua extraordinária actividade, falaram o Dr. António Emílio de Magalhães (director da Liga Portuguesa de Profilaxia Social), Dr. Sobral Torres (administrador da Maternidade Júlio Dinis), Dr. Francisco de Almeida, jornalista Daniel Felgueiras e o Rev.º Padre Vieira Mendes (capelão do Hospital de Santo António) que,

depois de exaltar a figura de S. João de Deus, fez elogiosas referências ao enfermeiro José Calheiros, afirmando que ele tem conseguido imprimir à acção do Centro de Enfermagem Permanente, com dinâmica e relevante actividade, seriedade, apuro moral e profissional e sinceridade. Antes de falar o sr. José Calheiros para agradecer as palavras elogiosas que lhe dedicaram e a acedência de numerosas individualidades para assistirem àquela festa, tomou ainda a palavra o sr. Daniel Pinto, que foi em Lisboa o fundador do primeiro Centro de Enfermagem Permanente no nosso país, fazendo largas referências à utilidade dessas organizações e à acção que, juntamente com o sr. José Calheiros, também como presidente desse Sindicato de Enfermeiros, o de Lisboa, desenvolveu em beneficio do prestígio profissional da enfermagem.

Por não terem podido comparecer, enviaram telegramas algumas individualidades também convidadas: o Prof. Álvaro Rodrigues e os Dr.ºs Braga da Cruz e João Rodrigues, respeitosamente, Director Clínico do Hospital de S. João, Delegado de Saúde do Porto e Provedor daquele Hospital.

Símbolo de alta qualidade



**Bacitracina + Neomicina**

NEBISEP POMADA DÉRMICA

NEBISEP POMADA OFTÁLMICA

NEBISEP PÓ PARA CIRURGIA

NEBISEP PARA INSTILAÇÃO

**NEBISEP**

Representantes

**UNIFA**

LISBOA — Trav. das Pedras Negras, 1 (Apartado 2065)

PORTO — Rua do Bolhão, 192-6.º (Apartado 268)

## HOMENAGENS

### AO DIRECTOR-CLÍNICO DO HOSPITAL DE PENAFIEL

No Hospital da Misericórdia de Penafiel foi homenageado o director-clínico, Dr. Joaquim da Rocha Reis, pela mesa administrativa, cujo provedor, o Prof. Sousa Pereira, numa cerimónia realizada há poucos dias, disse do muito apreço em que tinha o Dr. Rocha Reis, enaltecendo as suas virtudes, a integridade de carácter, rectidão e honestidade, dedicado até à abnegação, qualidades aliadas à sua extrema bondade. Aludiu, ainda, às suas qualidades de médico e aos serviços que tem prestado ao hospital, onde, em todos os servidores, doentes e colegas, conta amigos. Depois de o felicitar e de mostrar o seu regozijo e de todos os presentes pela sua valiosíssima acção dentro das portas daquela casa, o Prof. Sousa Pereira abraçou-o afectuosamente, sendo então feita ao homenageado significativa manifestação de respeito e simpatia.

O Dr. Rocha Reis manifestou o seu agradecimento por aquela homenagem, dizendo do muito que todos devem àquela obra hospitalar em franco progresso e onde todos os clínicos sabem compreender o seu dever e aceitar todos os sacrifícios para bem dos pobres e dos doentes que ali se encontram, salientando a amizade que os une. Falou, ainda, dos melhoramentos que estão em curso e se esperam, de forma a beneficiar aquela obra assistencial, e afirmou que o melhor que poderia ter sucedido até hoje foi a ida para provedor do Prof. Sousa Pereira. Depois de frisar o quanto se encontrava comovido e agradecido pela homenagem, a que todos se quiseram associar no dia do seu aniversário, o Dr. Rocha Reis foi abraçado por todos os presentes, que a seguir lhe ofereceram um jantar num restaurante de Penafiel.

Por ocasião da cerimónia em sua homenagem, ao Dr. Rocha Reis foi entregue, por um mesário, uma valiosa e artística salva de prata, tendo ao centro as armas da Santa Casa e no verso os dizeres: «Homenagem da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia, 4-3-965».

### REUNIÕES MÉDICAS DO ALTO ALENTEJO

Com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia realizou-se na Escola de Enfermagem de Évora, no dia 13 do corrente mês, mais uma Reunião Médica do Alto Alentejo, sendo tratados os seguintes assuntos: «Fracturas do colo do fémur, nas crianças e da coluna vertebral», respectivamente pelos Drs. José Borja Araújo, Artur Manuel Lino Ferreira e Azevedo Rua.

## DIÁRIO DO GOVERNO

(De 5 a 11-III-1965)

### CONCURSOS

*Estão abertos concursos:*

Para o provimento do lugar de médico municipal do 3.º partido, com centro e residência obrigatória do respectivo titular na sede da freguesia de Cogula (Trancoso).

5-III-65

Para provimento do lugar de médico municipal do 1.º partido, com centro e residência obrigatória e permanente na vila de Nisa, abrangendo as áreas das freguesias do Espírito Santo e de Nossa Senhora da Graça, todas do respectivo concelho.

6-III-65

Para habilitação ao provimento dos lugares de segundo-assistente de tuberculose ósteoarticular do Instituto de Assistente Nacional aos Tuberculosos.

6-III-65

### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NACIONAL

Portaria n.º 21 138

Manda o Governo da República Portuguesa, pelo ministro da Educação Nacional, aprovar o Regulamento do Prémio Prof. Aureliano Pessegueiro, que baixa assinado pelo director-geral do Ensino Superior e das Belas-Artes.

Ministério da Educação Nacional, 3 de Março de 1965. — Pelo ministro da Educação Nacional, *Alberto Carlos de Brito*, subsecretário de Estado da Administração Escolar.

### REGULAMENTO DO PRÉMIO PROF. AURELIANO PESSEGUIRO

Artigo 1.º É instituído, em homenagem à memória do professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Doutor Aureliano Nazaré dos Santos Pessegueiro, um prémio com a designação de «Prémio Prof. Aureliano Pessegueiro», o qual será constituído pelo rendimento anual da importância de 20 000\$.

Art. 2.º A importância do prémio será convertida em certificado de renda perpétua, assentado à Faculdade de Medicina.

Art. 3.º O prémio será atribuído anualmente a um aluno pobre e distinto, com a classificação mínima de 17 valores no exame da disciplina de Propeútica Médica.

§ único. Na hipótese de haver vários candidatos, será escolhido o aluno mais pobre, embora não seja o mais classificado.

Art. 4.º Não havendo candidatos nas condições indicadas no artigo anterior, o prémio será atribuído ao aluno distinto com mais elevada média geral.

Art. 5.º Em caso de igualdade de condições, será o prémio atribuído por sorteio entre os alunos qualificados.

Art. 6.º A designação do aluno a quem deve ser atribuído o prémio será feita pelo conselho escolar da Faculdade de Medicina e transmitida ao reitor da Universidade.

Art. 7.º A entrega do prémio compete ao reitor da Universidade e terá lugar, em princípio, na sessão inaugural dos trabalhos escolares do ano lectivo imediato ao da decisão do conselho escolar da Faculdade de Medicina.

Direcção-Geral do Ensino Superior e das Belas-Artes, 3 de Março de 1965. — O director-geral, *João Alexandre Ferreira de Almeida*.

3-III-65

Portaria n.º 21 142

Manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministro da Educação Nacional, aprovar o Regulamento do Prémio de Anatomia Patológica, instituído na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que baixa assinado pelo director-geral do Ensino Superior e das Belas-Artes.

Ministério da Educação Nacional, 4 de Março de 1965. — Pelo ministro da Educação Nacional, *Alberto Carlos de Brito*, subsecretário de Estado da Administração Escolar.

### REGULAMENTO DO PRÉMIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, INSTI- TUÍDO NA FACULDADE DE MEDI- CINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Artigo 1.º É instituído, em homenagem à memória dos antigos professores que regeram no Porto a cadeira de Anatomia Patológica durante os primeiros 65 anos da sua existência, um prémio com a designação de «Prémio de Anatomia Patológica», o qual será constituído

pelo rendimento anual da importância de 25 000\$.

Art. 2.º A importância do prémio será convertida em certificado de renda perpétua, assentado à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Art. 3.º O prémio será atribuído, anualmente, ao aluno da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto que obtiver mais elevada classificação na cadeira de Anatomia Patológica.

§ único. Em igualdade de classificação, a atribuição será feita ao aluno em condições económicas menos favoráveis.

Art. 4.º A designação do aluno a quem deve ser atribuído o prémio será feita pelo conselho escolar da Faculdade de Medicina e transmitida ao reitor da Universidade.

Art. 5.º A entrega do prémio compete ao reitor da Universidade e terá lugar, em princípio, na sessão inaugural dos trabalhos escolares do ano lectivo imediato ao da decisão do conselho escolar da Faculdade de Medicina.

Direcção-Geral do Ensino Superior e das Belas-Artes, 4 de Março de 1965. — O director-geral, *João Alexandre Ferreira de Almeida*.

4-III-65

### MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Louvor

Foi louvado o Dr. Agostinho Joaquim Pires pela muita inteligência, competência e dedicação com que exerceu as funções de director-geral da Assistência e secretário-geral do Ministério e ainda pela valiosa colaboração que, no exercício dessas funções e como vice-presidente do Conselho Coordenador, prestou aos departamentos públicos de saúde e assistência.

10-III-65

### NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. Luís Augusto de Moraes Zamith, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e Dr. Eduardo Esteves Pinto, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — nomeados para fazerem parte do júri das provas de doutoramento a prestar pelo Dr. Arménio Ferreira Pinto Carvalho, na Universidade de Lisboa.

5-III-65

Outros organismos

Dr. Abílio de Almeida Henriques, médico das brigadas móveis do quadro do Centro de Diagnóstico e Profilaxia da Zona Centro — contratado como primeiro-assistente de vacinação e radiorastreio das brigadas móveis do quadro do Centro de Diagnóstico e Profilaxia da Zona Centro.

5-III-65

Dr. Custódio Antero Pereira Camacho, licenciado em Medicina e Cirurgia — admitido para a prestação de serviço como médico obstetra-ginecologista do quadro complementar de cirurgiões, especialistas e internistas da Província de Angola.

9-III-65

Dr. Mário Duarte Costa da Silveira, médico municipal — nomeado para substituir o subdelegado de Saúde do concelho de Mafra.

9-III-65

Dr. Armando Jorge Santos Carvalho da Fonseca, subdirector do Instituto Maternal — nomeado, em comissão de serviço, para o cargo de director-geral da Assistência.

10-III-65

Dr. Coriolano Albino Ferreira, director-geral dos Hospitais — nomeado para o cargo de secretário-geral do Ministério da Saúde e Assistência.

10-III-65

A chave de um novo e  
prometedor princípio  
terapêutico

# BONIFEN

(PIRITIOXINA)

- Favorece o metabolismo cerebral
- Aumenta o poder de concentração e a capacidade de atenção
- Elimina os estados de fadiga e de falência nervosa
- Regula o ritmo sono-vigília
- Melhora os sintomas involutivos, arterioescleróticos, pós-traumáticos e pós-encefalíticos

  
DARMSTADT

Representantes:  
Merck Portuguesa, Limitada  
Rua das Pretas, 26  
Lisboa - 2

## LIVROS

Nesta secção publicam-se resenhas de livros de que sejam enviados dois exemplares à redacção

HERVÉ BAZIN

Publicações Europa-América prossegue a apresentação ao público português da «série dos Rezeau», de Hervé Bazin. Depois, de em *De Vibora na mão*, a violência e a hipocrisia de uma determinada moral, Bazin afirma no segundo volume da série, agora publicada — *A morte do cavalinho* — uma nova forma, solidária e apaixonada, de convívio familiar e social. Esta obra impõe-se pela nitidez da análise crítica, pela concisão das palavras e pelo ritmo da prosa.

TENNESSEE WILLIAMS

A mesma editora acaba de lançar *A morte da Iguana*. Peça humaníssima — também adaptada ao cinema como a maior parte da obra de Tennessee Williams —, que é ao mesmo tempo uma experiência dramática de invulgar altura, o universo do autor ganha uma nova dimensão, mais clara e positiva. Tomando como símbolo a iguana presa por uma corda para ser engordada e depois comida, o dramaturgo agita o problema de todos os répteis humanos, de todos os que rastejam no espaço confinado pelo tamanho de uma corda invisível, mas nem por isso menos forte, lutando teimosamente por uma libertação tantas vezes inviável. Retrato de uma sociedade em desintegração, o teatro deste escritor americano evoca uma atmosfera que existe e se transforma pela destruição de si mesma.

JORGE LUÍS BORGES

Prémio internacional dos Editores em 1960, traduzido em todos os países cultos, frequentemente comentado e discutido em todas as revistas e jornais literários da Europa, Jorge Luís Borges, o autor de *História Universal da Infância*, é considerado hoje um dos maiores escritores do nosso tempo.

Jorge Luís Borges é um escritor

difficil. As suas obras exigem uma leitura atenta se quisermos participar na sua fantástica e maravilhosa aventura. Borges não é um escritor para o grande público; tendo em conta este facto, temos de compreender que publicá-lo seja um problema para qualquer editor.

A *História Universal da Infância* vem preencher a grave lacuna que o desconhecimento de Jorge Luís Borges pela quase totalidade dos leitores portugueses constituía.

*História Universal da Infância*, n.º 76 da Coleção «Os Livros das Três Abelhas» de Publicações Europa-América é porventura o livro que melhor documenta a admirável riqueza inventiva do seu autor e a sua subtil e admirável ironia.

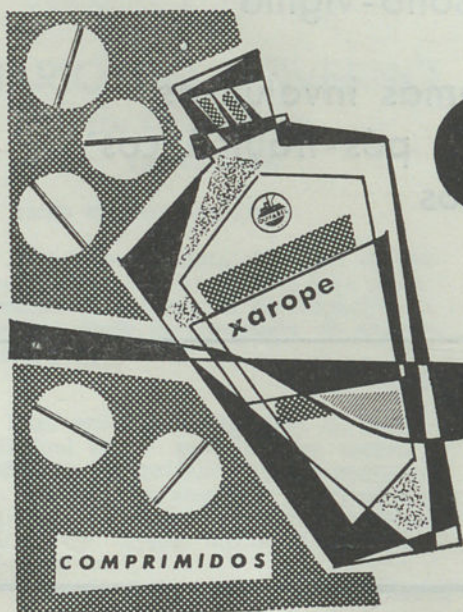
UM MÊS NA U.R.S.S.

O grande romancista italiano Alberto Moravia dá-nos, no volume recentemente editado por «Livros do Brasil», um livro em que não entra a ficção: «Um mês na U.R.S.S.». Obra interessante, a mais de um título, ela exprime, essencialmente, as reflexões de um dos mais reputados autores italianos do nosso tempo, perante a psicologia do povo russo, sua maneira de viver e seu regime social. Observador arguto, cuja sensibilidade e inteligência se formaram na Itália contemporânea, Moravia diz-nos sinceramente as suas impressões de viagem. Essa sinceridade completa o espírito de objectividade com que empreendeu, durante trinta dias, um inquérito apaixonado a um país que, para quase todos os europeus, é um enigma inquietante. «Um mês na U.R.S.S.» abre com um capítulo sobre «Marx e Dostoiewski». É esse um pretexto para que Moravia dê largas à subtileza do seu espírito e da sua fantasia criadora. Levamos, depois, a ver o Museu de Lenine e o mosteiro de Troiski. Outros pontos turísticos lhe merecem especial atenção, tais como Tiflis, Erivan, Tachkent, a quase lendária Samarcanda. Não se julgue, porém, que Moravia se compraz aqui em

debuxar «bilhetes postais de jeito convencional. A originalidade é a qualidade fundamental das suas observações, e a realidade, para Moravia, é menos um objecto de descrição do que estímulo às suas meditações de viajante culto. Numerosas ilustrações em extra-texto valorizam a edição.

O BATALHÃO SECRETO

Historiador e jornalista britânico, Michael J. Bird visitou a Alta Sabóia e entrevistou os sobreviventes dessa epopeia empolgante que foi a Resistência do povo francês nessas montanhas aspérrimas, em que a liberdade foi conquistada à custa de sangue. Um punhado heróico de franceses soube fazer frente, de armas na mão, aos soldados da Alemanha, mais numerosos e melhor armados. Mas o povo francês soube vencê-los numa luta sem tréguas. Michael J. Bird descreve em pormenor como foi organizado o movimento da Resistência na Alta Sabóia, um «maquis» que escreveu algumas das páginas mais belas da História da França. Descreve os principais aspectos desse combate, ao qual não faltaram lances épicos; evoca os vultos de muitos que caíram, varados pelas balas do ocupante ou nas mãos da Gestapo, e também os perfis daqueles que puderam sobreviver a esses tempos de heroísmo patriótico. «O Batalhão Secreto», de Michael J. Bird contém páginas de verdadeiro *suspense*, entre as quais se destacam as da retirada dos Alemães pelas abas do Planalto. E páginas, dramáticas, pungentes, patéticas, em que vibra e palpita a atmosfera humana dessa aventura de heroísmo patriótico, que foi a Resistência. «O Batalhão Secreto» assume, assim, o carácter de uma como «reportagem directa» que Michael J. Bird escreveu com pleno conhecimento do assunto, quer através da pesquisa documental, quer através dos testemunhos dos heróis de Glières. Em suma, trata-se de uma obra emocionante, capaz de empolgar o leitor desejoso de



# CODEISAN

Associação expectorante  
espasmolítica e antiséptica.

Comprimidos de 3 cgs. de fosfato de codeína

Tosse com irritação, processos dolorosos,  
dores periódicas da mulher.



# Na Menopausa



## MELLERIL 10

Tranquilidade para o doente  
Tranquilidade para o médico

conhecer os tempos heróicos da Resistência francesa, indiscutivelmente um fenómeno histórico de imprevisíveis repercussões. «O Batalhão Secreto» é o n.º 8 da colecção «Vida e Aventura» da editorial «Livros do Brasil».

#### OS GRANDES PROGRESSOS DA HISTÓRIA

A editora «Livros do Brasil» acaba de empreender mais uma interessante iniciativa, colocando ao alcance do leitor português o primeiro tomo da obra de Henri Robert, intitulada «Os Grandes Processos da História» e que será constituída por 10 volumes, aos quais serão acrescidos dois volumes suplementares, relativos aos processos Dreyfus e Laval.

Henri Robert, antigo presidente da Ordem dos Advogados, brilhante escritor e académico francês, consagrou, com pleno êxito, o melhor dos seus esforços, à reconstituição dos mais célebres processos da História Universal, examinando-os à luz de novas revelações.

O volume agora publicado, numa edição profusamente ilustrada com extratextos, abre com o processo de Maria Stuart, a graciosa, inteligente e apaixonada rainha da Escócia e da França, vítima da crueldade de Isabel. A sua história é a história dos reinos da Escócia, França e Inglaterra, na época da Renascença, ao tempo das dissensões religiosas entre protestantes e católicos. Segue-se o caso do poderoso e belo Cinq-Mars, que pagou com a cabeça a audácia de haver conspirado contra os seus protectores, o rei Luís XIII e o cardeal Richelieu. Surge, depois, o processo de Nicolas Fouquet, o «proveitador» do Grande Século, que, na qualidade de ministro de Luís XIV enriqueceu graças à malversação dos dinheiros públicos. Aparece, então, o caso apaixonante do infeliz Calas, vítima de uma das mais absurdas injustiças da História, que teve em Voltaire um dos maiores defensores. O volume encerra-se com o processo de Camille Desmoulins, o corajoso e eloquente pregador das liberdades na França, vítima da anarquia que ele próprio ajudou a desencadear.

Obra apaixonante, em que o leitor encontra simultaneamente o perfil de grandes personagens e o panorama de grandes épocas, o 1.º volume de «Os Grandes Processos da História», de Henri Robert vai por certo obter merecido êxito junto do público leitor português.

#### COLOMBA

Comete-se habitualmente para com Prosper Mérimée a injustiça de apenas o apontar como autor da «Carmen» esquecendo essa outra obra-prima que se intitula «Colomba». E, todavia, não é este romance em nada inferior ao pri-

meiro; antes o excede, sob certos aspectos, em vigor, opulência de colorido e fina caracterização psicológica. «Colomba» é a história de uma mulher em cuja alma se irmanavam, numa ligação íntima, o sentimento do amor e o do ódio. Colomba é a encarnação da alma da Córsega, ferosa e violenta, sempre disposta a apagar com sangue todas as injúrias do amor próprio e da soberba. De forma que este romance de Mérimée excede largamente o enquadramento de uma figura. transbordando para o plano social. Colomba não é apenas um ser humano, com toda a complexidade sinuosa de que é capaz a sua alma. E, também, a própria Córsega, tal qual no-la revela o curso da sua história e das suas tradições. Foi essa obra-prima de Prosper Mérimée que a editora «Livros do Brasil» ofereceu ao público português.

#### LEÓNIDAS SOLOVIOV

«Nassreddine, O Vagabundo é uma data na história internacional do romance picaresco». Com estas expressivas palavras saudava um eminente crítico francês o aparecimento, no seu país, da obra de que hoje falamos e que é, sem dúvida, uma das mais estranhas e apaixonantes da literatura russa contemporânea. Na verdade não sabemos que mais admirar neste livro: se a poderosa imaginação ou a ironia subtil, se a descrição viva dos ambientes exóticos ou o halo de encantamento que dele se desprende e nos domina. Quem é Nassreddine, o vagabundo, que ora se reclina nos coxins do harém dum grande senhor, ora adormece, à luz das estrelas, ao lado dos dromedários duma caravana de mercadores? Quem é este homem que a tudo prefere a liberdade e ora caminha pelas estradas poeirentas do Oriente, ora penetra nas cidades rumorosas de Bagdade ou de Bukara?

Eis o que Leónidas Soloviov, com um talento raro e um extraordinário poder evocador, nos conta neste livro que é, ao mesmo tempo, «um conto maravilhoso, uma epopeia, um romance realista e um romance de amor».

(Estúdios Cor)

#### GUILHERME, O EXPLORADOR

Entre os heróis dos livros para crianças, Guilherme, sem sombra de dúvida, é um dos mais festejados. A sua exuberante vitalidade, o seu optimismo constante, a sua habilidade em sair das mais intrincadas aventuras, a par da sua irresistível tendência para se meter nelas, fazem dos livros de Richmal Crompton, criador feliz desta figura, uma fonte de alegria para as crianças. Neste volume, Guilherme «descobre» o abominável homem das neves, colhe ervas para o herbário e colhe complicações, impõe uma

carreira ao seu cão «Trapalhão» e, por fim, mete-se na pele de D. Quixote... Acaba-se o livro com pena de o acabar. Mas as aventuras de Guilherme são inesgotáveis.

(Estúdios Cor)

#### PANORAMA DA ARTE MUSICAL CONTEMPORÂNEA

Com regularidade, tem vindo a Editorial Estúdios Cor a publicar esta obra, terceiro volume da colecção «Panoramas Contemporâneos». É seu autor o musicólogo francês Claude Samuel, e a versão portuguesa está a cargo do Dr. João de Freitas Branco.

Dos fascículos n.º 5 e 6, oportunamente distribuídos, constam capítulos tão interessantes como «A Jeune France», «Os Compositores Independentes», «A Escola de Paris», «A Nova Música». Inicia-se o estudo das escolas nacionais, sendo o primeiro capítulo desta parte dedicado à música na Alemanha e na Áustria. Característica importante desta série, que nestes fascículos também se evidencia, é a profusa documentação e minuciosa cronologia que a valoriza.

Em extratextos, são apresentados retratos de Igor Strawinsky, Anton Weber, Olivier Messiaen, Karlheinz Stockhausen, Pierre Boulez e Luigi Nono.

#### A ELECTRÓNICA

Embora a electrónica seja entre todas as ciências aplicadas uma das mais novas, juntamente com a ciência nuclear, as suas aplicações já não têm conta, a tal ponto que é caso para perguntarmos como foi possível viver sem ela. Quase se pode dizer que não se passa um dia sem aparecer um aparelho cujo funcionamento assenta na electrónica. A falta de textos em português sobre esta ciência, terá talvez criado no público uma atitude de surpresa renovada, como se estivesse diante de uma «arte mágica», de que se aproveitam os benefícios, mas de que se ignoram os fundamentos e as noções mais elementares. A electrónica é, assim, considerada uma espécie de chave milagrosa que abre todas as portas. Abre-as, sem dúvida, mas importa saber *como* e *porquê*.

Este pequeno livro, integrado na «Enciclopédia Diagramas» de Estúdios Cor dá as respostas necessárias. O leitor interessado aprenderá ou aperfeiçoará os conhecimentos que porventura já tenha, graças a uma exposição acessível, mas não menos rigorosa por isso, dos capítulos em que a obra se divide: «O electrão», «Os tubos de vácuo», «Os tubos de gás», «A fotoelectricidade», «Os semicondutores», «As hiperfrequências», «A televisão», «A electrónica industrial» e «A electrónica espacial».



### Anunciam neste número:

<i>Amatus Lusitanus</i> ..... 890	<i>Fidelis</i> ..... 870	<i>Quijabel</i> ..... 896 e 904
Rua da Misericórdia, 36-3.º-Esq.º — Lisboa	Terras de Santana, 1 — Lisboa	Rua Visconde Seabra, 22r/c-Esq.º — Lisboa-5
<i>Asclépius</i> ..... 883	<i>Instituto Pasteur de Lisboa</i> ..... 3.ª capa	<i>Química Hoechst</i> ..... 875 e 893
Av. Miguel Bombarda, 42-44—Lisboa	2.ª Circular, lote 9, Cabo Ruivo — Lisboa-6	Av. Duque d'Avila, 169-1.º — Lisboa
Praca José Fontana, 4-6.º — Lisboa-1	<i>L. Lepori</i> ..... 869	<i>Quimifar</i> ..... 861 e 2.ª capa
<i>Barral</i> ..... 866	Rua da Imprensa Nacional, 86-88 — Lisboa-2	Av. da República, 2-3.º — Lisboa-1
Rua do Ouro, 126 — Lisboa	<i>La Roche</i> ..... 851	<i>Sandoz</i> ..... 905
<i>B'at</i> ..... 895 e 4.ª capa	Rua do Loreto, 10 — Lisboa	Rua de S. Caetano (à Lapa) 4 — Lisboa-3
Rua João Oliveira Ramos — Porto	<i>Laqifa</i> ..... 855 e 889	<i>Saúde</i> ..... 871
<i>Canobbio</i> ..... 873	Rua Aprigio Mafra, 2-2.º — Lisboa	R. de Santo António à Estrela, 44 — Lisboa
R. Damasceno Monteiro, 144—Lisboa	<i>Luso-Fármaco</i> ..... 847 e 1.ª capa	<i>União Fabril Farmacéutica</i> ..... 877 e 901
<i>Carlos Cardoso</i> ..... 879	Rua do Queilhas, 14-2.º — Lisboa	Trav. das Pedras Negras, 1—Lisboa-2
Rua do Bonjardim, 551 — Porto	<i>Medicamenta</i> ..... 865	<i>Ómitas</i> ..... 867 e 885
<i>Crocker Delaforce</i> ..... 891	Apartado 2 576 — Lisboa	C do Correio Velho, 8 — Lisboa
Rua D. João V, 2-2.º — Lisboa-2	<i>Merck Portuguesa</i> ..... 903	<i>Vitória</i> ..... 872 e 888
<i>Estácio</i> ..... 858	Rua das Pretas, 26 — Lisboa-2	Rua Elias Garcia, 26 — Venda Nova
Rua Sá da Bandeira, 118 — Porto	<i>Neo-Farmacéutica</i> ..... 879	<i>Zimaia</i> ..... 897
<i>Farmacéutica Baldacci</i> ..... 899	Avenida 5 de Outubro, 21 — Lisboa	Rua de Andaluz, 38 — Lisboa
Rua Duarte Galvão, 44 — Lisboa	<i>Pfizer</i> ..... 887	
<i>Ferraz Lynce</i> ..... 869	R. Rodrigo da Fonseca, 139—Lisb.-1	
Rua Rosa Araújo, 27-1.º—Lisboa		



- \* Sem corantes, solução límpida
- \* Gosto discreto, agradável
- \* Dissolve-se mesmo em pouca água



*Wyeth-Pasteur*

Tradição e Progresso Técnico

\*

\* Marca registrada

# DIAZEPAM<sup>®</sup>

Bial

DERIVADOS BENZODIAZEPÍNICOS DE CONSAGRADOS EFEITOS

## ANSIOLÍTICOS MIORRELAXANTES ANTICONVULSIVOS



### CÁPSULAS

7-cloro-1-metil-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepina-2(1H)-ona . . . . 3 mg e 6 mg

Por cápsula

### PRINCIPAIS INDICAÇÕES

- Ansiedade e tensão psíquica, com ou sem sintomatologia somática.
- Síndromes neuróticas e certos quadros psicóticos.
- Insónias associadas a ansiedade e tensão psíquica.
- Crises de violência dos psicóticos.
- Desequilíbrio emocional das parturientes.
- Dismenorreia uterina.
- Aceleração do parto normal.
- Aceleração do parto demorado por hipertonia uterina.
- Ameaça de aborto tardio.
- Ameaça de parto prematuro.
- Situações ósteo-mio-articulares com hipertonia muscular dolorosa.
- Epilepsia e outros estados convulsivos.

# DIAZEPAM<sup>®</sup> 6

Bial