

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO—N.º 87
30 de Abril de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afectões

**UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA**

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

«... Combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença, modificando o terreno e prevenindo as recaídas...»

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775



E

SUMÁRIO

	Pág.
OLIVEIRA MACHADO, JOÃO DE — Breves comentários a «O ensino na cadeira de clínica médica»	375
ABRANTES AMARAL, ANTÓNIO HENRIQUES — A camoquina no paludismo agudo	376
GAMA, M. MARQUES DA — Leucémia aguda	378
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Conceitos actuais sobre o tratamento da enxaqueca	394

SUPLEMENTO

	Pág.
Ainda a burocratização — Joaquim Pacheco Neves	339
Ecos e Comentários	341
Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra	342
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes	344
Noticiário diverso	

ENERGÉTICO

ZIMAIA

COMPRIMIDOS CONFEITADOS



EM UM COMPRIMIDO :

Fitato de cálcio e magnésio	0,15	grs.
Destrosato de cálcio	0,25	»
Timo (extracto de)	0,001	»
Vitamina C	0,05	»
Vitamina D	0,00005	»
D-Oxidrena	0,002	»

EMBALAGENS

Frasco com 20 comp.
> > 50 >

LABORATÓRIO ZIMAIA — RUA DE ANDALUZ, 38 — TELEFS. 5 2226 — 5 3670

ESCRITÓRIOS E PROPAGANDA : Rua Martens Ferrão, 10 — Lisboa (Norte) — Portugal

Breves comentários a “O ensino na cadeira de clínica médica”

JOÃO DE OLIVEIRA MACHADO

(Prof. agr. da Fac. de Med. de Lisboa e Méd. dos Hosp. Civís)

«To study the phenomenon of disease without books is to sail an unchartered sea, while to study books without patients is not to go to sea at all».

Osler

O artigo «O ensino na cadeira de clínica médica (Lição de abertura no ano lectivo de 1952-53)» do Prof. Mário Moreira, aparecido em «O Médico» — N. 85, Vol. I de 16 do corrente, impõe, na minha opinião, um comentário escrito.

Se não erro, aqueles, que com mais autoridade e saber melhor o poderiam fazer, hão-de limitar-se à certeza, não contestada por mim, que o julgamento das afirmações contidas no artigo está ao alcance de todos que o lerem, sem necessidade de refutação formal que talvez não mereça.

É necessário certa força de ânimo para nos impormos a obrigação de não nos prendermos com certos preconceitos e abstrair das pessoas ao apreciar os actos de quem está incumbido de certas funções.

A circunstância de ter acompanhado assiduamente o ensino de clínica médica da Faculdade de Medicina de Lisboa durante 19 anos e participado nele activamente durante 12, autoriza-me a dar o meu parecer sobre certos problemas focados pelo Prof. Mário Moreira.

Resumidamente, este catedrático informa o leitor do artigo:

1.º — As enfermarias do serviço de clínica médica da Faculdade não são frequentadas pelos alunos;

2.º — Para ficarem aprovados no exame, sem grandes trabalhos, os alunos do curso que se iniciou com aquela lição devem passar a frequentá-las com maior assiduidade.

Entre a afirmação inicial e o convite final medeia a acusação da impreparação dos alunos, que chegam ao último ano do curso, insuficientemente habilitados nas cadeiras de propedêutica e patologia médicas.

O problema da má preparação dos alunos chegados à cadeira de Clínica médica não é de hoje. Durante os 12 anos — 1935-47 — que desempenhei funções de assistente de clínica tive ocasião de apreciar a ignorância quase total de semiologia dos alunos a quem o Prof. Mário Moreira a ensinara.

«Pode dizer-se que pretendemos, nas escassas horas que programas e alunos nos concedem cada ano, fazer a miraculosa transformação de espíritos virgens de toda a cultura médica, em clínicos».

«Esta forçada insistência, no limiar da licenciatura, é uma sorte de correcção natural à má preparação anterior...».

Estas frases escritas pelo Prof. de clínica médica encerrariam, a serem totalmente verdadeiras, uma acusação gravíssima à totalidade dos Professores encarregados das regências das cadeiras dos quatro primeiros anos do curso, já que não é admissível que não podessem rectificar-se, por um ensino capaz, as possíveis deficiências contidas num mau programa de estudos.

A comparação com a actividade escolar dos médicos de há 30 anos é infeliz.

Não há confronto possível entre o que era necessário saber há 25-30 anos para se adquirir a licenciatura e as exi-

gências actuais. Ao aluno sobejava tempo, então, para frequentar com maior assiduidade as enfermarias, pois não tinha que perder tantas horas em leituras — indispensáveis hoje — para que possa compreender e executar a clínica de modo aceitável.

Este mesmo Prof. fez o discurso inaugural da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna no ano corrente e extasiou-se na descrição resumida de alguns dos progressos da medicina interna no último quarto de século. Parece esquecer que aquilo que nós — os da sua e da minha gerações — levamos a aprender 25 anos, tem que ser estudado pelos rapazes em muito menor espaço de tempo.

O confronto entre os estudiosos de hoje e de então é certamente favorável aos primeiros. Vai pelo Mundo ânsia cada vez maior de saber, pelo saber em si e pela necessidade de não ficar para trás, agora, que a luta pelas posições outrora facilmente conquistáveis se tornou muito mais árdua. Os conhecimentos que se exigem ao recém-formado para as colocações mais modestas obrigam-no a um trabalho que excede de muito o que tínhamos que cumprir há 20 ou 30 anos.

Com isto não afirmo que o programa de estudos médicos seja perfeito. Pretendo apenas justificar que os alunos fujam de algumas enfermarias. Ocorre porém perguntar: Será assim em todas? Não o creio.

Fraca memória terá quem se não recordar da afluência extraordinária, verdadeira avalanche de alunos que frequentavam as enfermarias dos Profs. Pulido Valente e Fernando Fonseca. No Serviço daquele iniciei muitas dezenas de alunos durante o tempo que aí trabalhei e só terminou há 6 anos. Será problema novo surgido desde então? Não frequento desde 1947 as Clínicas da Faculdade mas estou certo de que o mal não atinge todas.

É indispensável que o aluno encontre utilidade em se demorar na enfermaria, convicto de que as horas que aí passa são mais úteis do que as que gaste a ler os livros.

Creia o catedrático: no dia em que os seus alunos se persuadirem de que aprendem mais, frequentando as enfermarias do seu serviço, que em igual tempo de leitura, darão certamente preferência às visitas clínicas e encontrarão outras horas para os trabalhos de gabinete de que S. Ex^a. não gosta. Não é com exortações e ameaças que se convencem os rapazes. É com a demonstração indiscutível do proveito em frequentar o Hospital. E abordo aqui um ponto delicado:

A primeira obrigação dum Professor é fazer discípulos, e por mais completo que um Mestre se cuide é muito de desconfiar se no fim de dezenas de anos de ensino não criou discípulos. Alguma faceta — e fundamental — lhe falta. Faça o Snr. Prof. Mário Moreira um exame de consciência e dê-se conta que, dos seus 4 ou 5 assistentes, 3 são discípulos do Prof. Pulido Valente, por acaso, os únicos dos que possui habilitados com o título de Prof. Agregado ou doutorados e, por sinal, um iniciado pelo Prof. Cascão de Anciães e os outros dois por mim (se é que se chama iniciação o encaminhar do estudante ou recém-formado durante 8 ou 10 anos). As teses de doutoramento de todos eles, foram sugeridas e superiormente orientadas pelo Prof. Pulido Valente. Em mais de 30 anos, S. Ex^a. não teve tempo ainda para criar um sucessor. Não aconteceu outro tanto aos que o antecederam, nem aos seus pares actuais da Faculdade.

E, por hoje, basta do muito que há para dizer da substância (!) e forma desta «soi-disant» Lição inaugural.

A camoquina no paludismo agudo

ANTÓNIO HENRIQUES ABRANTES AMARAL

(Médico-cirurgião do quadro de Saúde de Angola)

e

ELVIRA DE P. F. CORREIA TELES

(Médica de 2.ª classe do quadro de Saúde de Angola)

Este ensaio incidiu sobre 24 casos de paludismo agudo, todos eles diagnosticados e controlados laboratorialmente.

CASO N.º 1 — Temperatura 39,6, 1.280.000 glóbulos rubros, 3.000 glóbulos brancos, 66 linfócitos, 4 monócitos, 1 basófilo, 2 cosinófilos e 27 neutrófilos, anisocitose poiquilocitose e policromatofilia acentuadas; muitos glóbulos rubros parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Foi-lhe administrado embora só tivesse dois anos de idade, 1 comprimido de camoquina em virtude de se encontrar muito parasitado. No dia seguinte está apirético e com óptimo estado geral. 48 horas depois a pesquisa de hematozoários foi negativa e 15 dias depois embora não houvesse recidiva, foi-lhe dado um novo comprimido, encontrando-se o doente bem e assintomático.

CASO N.º 2 — Idade 39 anos; temperatura 39,5. Neste doente somente se fez pesquisa de hematozoários que mostrou alguns glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Foram-lhe dados 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte de manhã está completamente apirético e assintomático. Nova pesquisa de hematozoários é ainda positiva 24 horas depois para se tornar negativa 48 horas após o acesso.

CASO N.º 3 — Temperatura 39°. Sangue parasitado por esquizontes de *plasmodium Vivax*. Foram-lhe dados 3 comprimidos de camoquina. 24 horas depois está apirético sendo negativa a pesquisa de hematozoários.

CASO N.º 4 — Idade 30 anos. Temperatura 39°. 3.320.000 glóbulos rubros, 4.500 glóbulos brancos, 1,2 de valor globular, 9 linfócitos, 3 monócitos 88 neutrófilos. Muitos glóbulos rubros parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina estando apirético e assintomático no dia seguinte, sendo a pesquisa de hematozoários negativa 24 horas depois.

CASO N.º 5 — 37 anos de idade. Temperatura 39°,2, 4.340.000 glóbulos rubros, 2.700 glóbulos brancos, 0,89 de valor globular, 52 linfócitos, 8 monócitos, 2 basófilos, 3 eosinófilos e 35 neutrófilos %; anisocitose, poiquilocitose e policromatofilia; alguns glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. Está apirético e assintomático 24 horas depois sendo a pesquisa de hematozoários negativa.

CASO N.º 6 — Temperatura 39°. Alguns glóbulos rubros parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético e assintomático, sendo a pesquisa de hematozoários negativa 48 horas depois.

CASO N.º 7 — Idade 54 anos. Temperatura 39°. Glóbulos rubros 4.200.000 glóbulos brancos, 2.800, valor globular 1, linfócitos 31, monócitos 4, eosinófilos 1, neutrófilos 64 %. Bastantes glóbulos rubros parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. No dia se-

guinte está apirético e assintomático, mostrando a análise de sangue alguns glóbulos parasitados 24 horas depois, para se tornar completamente negativa 48 horas pós o acesso.

CASO N.º 8 — Idade 18 anos. Temperatura 39; glóbulos rubros 5.060.000 glóbulos brancos 3.000, linfócitos 38, monócitos 38, neutrófilos 60 %. Alguns glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético e assintomático, sendo a pesquisa de hematozoários negativa.

CASO N.º 9 — Temperatura 39°. Coma acentuado não podendo por este motivo ingerir. 3.700.000 glóbulos rubros, 10.000 glóbulos brancos, valor globular 0,9, linfócitos 39, monócitos 4, neutrófilos 57 %. Observam-se muitíssimos glóbulos rubros parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*, havendo por assim dizer quase que uma infestação maciça (acesso pernicioso). Como o doente não podia ingerir, fez-se uma intubação gástrica para administrar 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético tendo recuperado por completo a consciência. No entanto a análise de sangue ainda mostra muitíssimos glóbulos rubros parasitados, para se tornarem raros 24 horas depois desaparecendo totalmente passadas 24 horas.

CASO N.º 10 — Temperatura 39°. Sangue parasitado por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético e assintomático, apresentando o sangue ainda alguns glóbulos parasitados, para desaparecerem no dia seguinte.

CASO N.º 11 — Temperatura 37,8. Sangue parasitado por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. 24 horas depois está apirético e assintomático, encontrando-se ainda alguns glóbulos parasitados para desaparecerem 48 horas depois.

CASO N.º 12 — Temperatura 38°,2. Sangue parasitado por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. 24 horas depois está apirético e assintomático sendo a análise de sangue negativa.

CASO N.º 13 — Temperatura 37°,8. Sangue parasitado por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. 24 horas depois está apirético e assintomático sendo a análise de sangue negativa.

CASO N.º 14 — Temperatura 39°. Sangue parasitado por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. 24 horas depois está apirético e assintomático sendo a análise de sangue negativa.

CASO N.º 15 — Temperatura 39°. Glóbulos rubros 4.600.000, glóbulos brancos 3.500, linfócitos 31, monócitos 2, basófilos 1, eosinófilos 3, neutrófilos 63 %; sangue parasitado por raríssimos esquizontes de *plasmodium falciparum*. Como

tinha 8 anos tomou 2 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético e a pesquisa de hematozoários é negativa.

CASO N.º 16 — Temperatura 39,5; pulso muito frequente; glóbulos vermelhos 3.780.000, glóbulos brancos 2.200, linfócitos 31, monócitos 4, neutrófilos 65 %. Sangue parasitado por raríssimos esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético sendo a análise de sangue já negativa.

CASO N.º 17 — Temperatura 39,5; glóbulos rubros 4.180.000, glóbulos brancos 5.000, linfócitos 20, monócitos 3, basófilos 1, eosinófilos 1, neutrófilos 65 %. Sangue parasitado por raríssimos esquizontes de *plasmodium falciparum*. Tomou 2 comprimidos de camoquina de acordo com a sua idade, e no dia seguinte está apirético sendo negativa a pesquisa de hematozoários.

CASO N.º 18 — Temperatura 40°. A pesquisa de hematozoários mostrou alguns glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. De acordo com a sua idade tomou meio comprimido de camoquina. 24 horas depois está apirético e assintomático, sendo no entanto a análise de sangue ainda positiva para se tornar negativa 48 horas depois.

CASO N.º 19 — Vem tendo febres desde há cerca de um mês tendo tomado vários anti-palustres. No dia da observação tem 37,5 e a análise de sangue mostra 3.600.000 glóbulos vermelhos, 6.200 glóbulos brancos, 61 linfócitos, 2 monócitos e 37 % de neutrófilos, glóbulos vermelhos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*, havendo também alguns gamontes do mesmo parasita. Tomou 3 comprimidos de camoquina e a análise feita 3 dias depois, mostra ainda, embora menos alguns esquizontes de *plasmodium falciparum* e os gamontes do mesmo parasita, encontrando-se no entanto o doente apirético e assintomático. A análise de sangue feita uma semana após a primeira observação, mostra que os esquizontes desapareceram, mas se mantêm inalteráveis os gamontes pelo que resolvemos administrar plasmocina.

CASO N.º 20 — Temperatura 39°. Glóbulos rubros 3.448.000, glóbulos brancos 7.200, neutrófilos 67,5 %, eosinófilos 0,5 %, monócitos 7,5 %, linfócitos 27 %; numerosos glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. Foram-lhe dados 3 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético e assintomático e 48 horas depois a pesquisa de hematozoários é negativa. Este caso havia já sido medicado com paludrina sem resultado mas em dose insuficiente.

CASO N.º 21 — Temperatura 38,5. Glóbulos rubros 5.420.000, glóbulos brancos 15.200, linfócitos 48 %, monócitos 1 %, neutrófilos 51 %. Alguns glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. De acordo com a sua idade tomou 2 comprimidos de camoquina. No dia seguinte está apirético e assintomático embora o sangue tenha ainda raríssimos esquizontes. 48 horas depois já não se observam plasmodiuns.

CASO N.º 22 — Temperatura 39,5. Glóbulos rubros 4.560.000, glóbulos brancos 7.300, valor globular 0,8, linfócitos 33 %, monócitos 1 %, neutrófilos 66 %. Sangue parasitado por raríssimos esquizontes de *plasmodium falciparum*. De acordo com a sua idade tomou meio comprimido de camoquina. No dia seguinte está apirético, sendo a análise de sangue negativa.

CASO N.º 23 — Temperatura 39,5. Glóbulos brancos 3.300, linfócitos 30 %, monócitos 4 %, eosinófilos 3 %, neu-

trófilos 63 %. Observam-se alguns glóbulos parasitados por esquizontes (formas amiboides) do *plasmodium vivax*. Tomou 3 comprimidos de camoquina. Nessa noite a doente em questão vomitou muito atribuindo ela os vômitos à intolerância para a camoquina. O que é natural é que esses vômitos sejam relacionados não com a intolerância para o camoquin, mas sim com o próprio paludismo. No dia seguinte de manhã está sem febre mas para a tarde faz novo acesso palustre. Apesar disso não lhe foi administrado qualquer outro anti-plustre. Na manhã do segundo dia está apirética mostrando no entanto a análise de sangue ainda alguns glóbulos parasitados, embora menos que a análise de início, por esquizontes de *plasmodium vivax*. Sem tomar qualquer outro anti-palustre, embora se tenha notado alguma resistência, o caso curou, sendo a pesquisa de hematozoários negativa 8 dias depois.

CASO N.º 24 — Temperatura 38,5. Glóbulos vermelhos 2.620.000, glóbulos brancos 12.800, valor globular 1,3, linfócitos 38 %, monócitos 2 %, eosinófilos 1 %, neutrófilos 58 %. Raros glóbulos parasitados por esquizontes de *plasmodium falciparum*. De acordo com a sua idade tomou 1 comprimido de camoquina. 24 horas depois está apirética sendo a análise de sangue negativa.

CONCLUSÕES

Pela análise desta série de casos tratados pela camoquina, verifica-se que é uma droga extremamente eficaz nas formas agudas do paludismo devidas quer ao *plasmodium falciparum* quer ao *plasmodium vivax*. Não conseguimos encontrar nenhum caso devido ao *plasmodium malariae* mas é de prever que a sua acção sobre este parasita seja igual à dos anteriores. De uma maneira sistemática, os doentes ficam assintomáticos dentro de 24 horas, embora os esquizontes só venham a desaparecer algumas vezes 48 horas depois ou mais. No entanto a sua acção tóxica parece ser prontamente neutralizada pela acção da camoquina. Somente num caso devido ao *plasmodium vivax* (caso n.º 23) se notou uma certa resistência. Como se viu, os doentes, embora ainda apresentem glóbulos parasitados sentem-se bem, não têm febre, e isto é estão clinicamente curados. Só num caso verificamos uma recidiva 15 dias depois que foi prontamente dominada por nova dose. Parece não ter acção sobre as formas sexuadas conforme se verificou no caso n.º 19 em que a análise mostrou a presença de gamontes, oito dias depois, embora o doente se sentisse bem. Por estas observações, pode-se afirmar de que se trata de uma droga poderosamente activa no paludismo agudo mesmo nas formas mais graves como sejam os acessos perniciosos, pois temos o exemplo do caso n.º 9, que rotulamos de extremamente grave e que foi prontamente delgado pela administração da camoquina por meio de entubação gástrica. O inconveniente do método de administração nos casos de os doentes não poderem ingerir como este, seria resolvido pela administração da droga por via paraentérica quando o produto for apresentado sob forma injectável. Como vimos a droga parece não ter acção sobre as formas sexuadas sendo portanto de aconselhar que as curas sejam seguidas por curas com plasmocina. Não se observaram fenómenos de intolerância. As doses seguidas de uma maneira geral foram as seguintes:

Adultos	— 3 comprimidos
Crianças até 2 anos	— meio comprimido
Dos 3 aos 5	— 1 comprimido
Dos 6 aos 16	— 2 comprimidos

REVISÃO DE CONJUNTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA
CENTRO PARA O ESTUDO DAS DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Leucémia aguda

M. MARQUES DA GAMA

(Bolsêiro do I. A. C.)

I — História e Introdução.

- Conceito de leucémia aguda.
- 1875 — *Friedreich publica o 1.º caso.*
- 1889 — *Ebstein apresenta uma descrição clínica apoiado em 16 casos.*
- *Ehrlich e o início do estudo morfológico da leucemia aguda.*
- *Fraenkel e o conceito de leucemia aguda de natureza linfática.*
- *Naegeli, a descoberta do mieloblasto e o conceito de leucemia mieloblástica.*
- *Ferrata e a leucemia hemocitoblástica.*
- *Doutrina trialista de Schilling e leucemia monocítica.*
- *A orientação de Ferrata no sentido, não de subdividir mas de unificar o quadro de leucemia aguda, como expressão de uma hemohistioblastose leucémica, com diferenciação mais ou menos atípica.*
- *Paramieloblastos de Naegeli e tentativa da sua classificação por Moeschlin e Rohr.*
- *As células leucémicas com os caracteres morfológicos da malignidade, como leucoblastos.*

II — Frequência.

Aumento considerável. Estatística de v. Limbeck, de 1896: por cada 10.000 doentes, apenas 4 casos de leucemia. Estatística actual (Heilmeyer: por cada 10.000 doentes ingressam nas clínicas alemãs entre 50 a 200 casos.
Sexo, idade (preferência pelos mais jovens). Época do ano.

III — Quadro clínico e hematológico.

- 1) Início brusco, mal-estar, odinofagia e febre com evolução rápida, angina necrótica, diátese hemorrágica e anemia.
- 2) Início agudo, episódio febril com remissão incompleta e, a seguir, abatimento progressivo, anemia e descoberta do síndrome leucémico.
- 3) Início brusco, com diátese hemorrágica grave.
- 4) Início arrastado, mal estar vago, anemia que evolue progressivamente ou bruscamente para a fase aguda e terminando bruscamente.

Exemplos de histórias clínicas.

IV — Análises dos sintomas.

- 1) Palidez; 2) Diátese hemorrágica; 3) Manifestações granulocitopênicas; 4) Febre; 5) Estado geral e sensorio; 6) Órgãos dos sentidos; 7) Sistema nervoso; 8) Tubo digestivo; 9) Aparelho respiratório; 10) Pele; 11) Lesões ósseas; 12) Sistema linfático; 13) Baço e fígado.

V — Quadro hemático e medular.

Apresentação de fotografias de medulas e esfregaços de sangue dos nossos casos e descrição dos elementos celulares observados.

VI — Diagnóstico.

Outros síndromas a) mielose aplástica; b) Doença de Werlhoff; c) Sepsis d) Kala-azar; e) Mononucleose infecciosa.

VII — Evolução e tratamento.

Arsênio, aminopterina, factor citrovorum, A. C. T. H. e Cortisona, antibióticos, transfusões.

LEUCÉMIA AGUDA

I — HISTÓRIA E INTRODUÇÃO

O assunto que hoje vamos recapitular convosco, Caros Colegas, foi-nos indicado pelo Prof. Fonseca, que o considerou de interesse para estas sessões de estudo, dedicadas aos clínicos que, por dever do cargo, vivem afastados dos grandes centros clínicos.

Entre as múltiplas hemopatias agudas, a leucémia é uma das mais frequentes e tem uma feição clínica especial, embora bas-

tante afim à que encontramos em todas as mieloses agudas, quer do tipo hiperplástico, quer do tipo aplástico. O conceito clínico de hemopatia aguda baseia-se no sintomatologia clínica, que depende da variação numérica e insuficiência funcional dos vários elementos do sangue, isto é, da anemia, granulocitopénia e trombopénia, faltando, muitas vezes, dados semiológicos referentes a simples órgãos e aparelhos, que podem não mostrar alterações físicas de valor.

O primeiro caso apontado na literatura é de Friedreich em 1857 e uma descrição clínica da doença, bastante completa, é-nos dada por Ebstein em 1889, apoiado em 16 casos. Com a descoberta da técnica das colorações por Ehrlich, que separa os leucócitos em dois grupos, os leucócitos granulosos e os elementos não granulosos, dá-se início ao estudo morfológico da leucémia aguda. Em 1895, Fraenkel defende, no Congresso de Berlim, a hipótese de que as leucémias agudas seriam leucémias linfáticas, porque os elementos que apareciam no sangue eram células com carácter linfoide, privadas de granulações. A descoberta posterior de Naegeli da existência de elementos não granulosos na medula normal a que apelidou mieloblastos, deu origem ao conceito de leucémia mieloblástica e, muitos negaram a existência de leucémia linfática aguda.

A Escola Italiana, baseada nas primeiras definições da célula indiferenciada (Pappenheim, Ferrata), admitiu ainda uma terceira variedade de leucémia aguda, que não seria mielóide nem linfática, e, se exprimia pela hiperplasia de elementos indiferenciados, os hemocitoblastos. Teríamos, assim, a leucémia hemocitoblástica como entidade autónoma, mas a esta definição opuseram-se os partidários da doutrina dualista, que admitiam uma separação nítida entre células mieloblásticas e linfoblásticas, ao contrário dos unicistas, para quem o hemocitoblasto seria uma célula indiferenciada pluripotente com capacidade de originar indiferentemente células linfáticas e mielóides. Sob o ponto de vista puramente morfológico e segundo Ferrata e Fieschi, «la leucemia emocitoblastica è una entità reale, rappresenta anzi la forma più frequente nel campo delle leucemia acute, e non presenta indizi di maturazione in uno nè nell'altro senso».

Com o advento da doutrina trialista de Schilling, surgiu o problema da leucémia monocítica, outro tipo histogenético, correspondente a uma leucémia de células mesenquimatosas, tipo ainda mais imaturo de leucémia ou histioleucémia. Naegeli, afirmando a gênese do monócito a partir do mieloblasto, negou a existência da leucémia monocítica, e este conceito imposto pela sua autoridade, deu azo a discussões vivas e apaixonadas. Para Naegeli são leucémias mielóides agudas (mieloblásticas), não apenas aquelas em que se verifica a presença de células granulosas, mas também as hemocitoblásticas, isto é, a leucémia de células completamente indiferenciadas.

A Escola Italiana, por sua vez, admitiu classicamente três tipos de leucémia aguda: a leucémia aguda de células indiferenciadas ou leucémia hemocitoblástica; a leucémia aguda com sinais de evolução granuloblástica ou leucémia mielóide aguda; a leucémia com sinais de evolução linfática ou leucémia linfática aguda. A leucémia hemocitoblástica seria a forma mais imatura e as outras duas, representarim uma tentativa de maturação no sentido mielóide ou linfático.

e as outras duas, representarim uma tentativa de maturação no sentido não de subdividir, mas de unificar o quadro da leucémia aguda, como expressão de uma hemohistioblastose leucémica, com diferenciação mais ou menos atípica.

Vemos que o problema da classificação das leucémias agudas é difícil, porquanto o dado hemático mais característico que encontramos, quer pelo exame de sangue periférico, quer pela biópsia da medula óssea por punção, é a presença de células

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

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

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

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

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

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

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

O primeiro...



dos preparados iodo-arsenicais

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

leucémicas muito atípicas, isto é, patologicamente alteradas e cuja inclusão no sistema dos leucócitos normais e seus antecessores fisiológicos, nos oferece quase sempre a maior das dificuldades. Os elementos celulares caracterizam-se pela sua imaturidade, pelas atípicas e poliformismo, desarmonia da relação núcleo-citoplasma, com predomínio quase sempre do núcleo, presença de um ou vários nucléolos, vacuolização do núcleo presença de mitoses atípicas, vacuolização e granulações atípicas no citoplasma. Compreendemos que Naegeli, seguindo a sua doutrina mieloblástica das leucémias, considerasse estas células como mieloblastos patológicos e as denominasse para-mieloblastos e, Heilmeyer, dentro da mesma génese mieloblástica, acrescenta que grande parte dão positiva a reacção das oxidases e muitas vezes se verifica a existência de estados de transição patológica para os promielócitos. Moeschlin e Rohr, discípulos de Naegeli, tentaram classificar as células mieloides características que aparecem nas leucémias agudas e distinguem os 4 grupos seguintes: a) paramieloblastos microcelulares (micro-mieloblastos); b) paramieloblastos promielocitoides; c) paramieloblastos monocitoides; d) paramieloblastos muito polimorfos sem predomínio de nenhum tipo celular determinado.

Astaldi, vivo investigador e hematologista experimentado, que muito nos auxiliou durante a nossa estadia na Universidade de Pavia, refere-se à identificação destes elementos celulares patológicos na leucémia, nos seguintes termos. «L'inquadramento delle varietà di leucemia è stato fatto tenendo conto degli aspetti morfologici dell' elemento cellulare predominante, che con denominazione generica abbiamo preferito chiamare «cellula leucemica» e non monoblasto, emocioblasto, mieloblasto, infoblasto, perchè secondo i concetti correnti, soprattutto della scuola hematologica di Ferrata, questi aspetti non sono che tentativi di parziale e atípica differenziazione di un unico elemento genético leucemico emocioblastico».

Pulido Valente manifesta-se decididamente contra a classificação das leucémias, com base na morfologia celular e diz-nos: «O nosso ponto de vista é, de há muito, que o problema da diagnose diferencial entre as três formas da leucémia aguda é insolúvel, não pelas dificuldades de diagnóstico, mas porque o seu enunciado não tem sentido, implica uma contradição. Os conceitos mielóide, linfóide, monocitóide, são esquemas de normalidade. Não podem ser usados para classificar situações cuja característica comum é justamente terem revogado todo o plano da diferenciação normal».

Na descrição dos nossos casos, denominados «leucoblastos» as células com os caracteres morfológicos típicos da malignidade, muito próximas da verdadeira célula primitiva ou elemento mesenquimatoso, de que constituem elementos desdiferenciados.

A evolução actual da doutrina da hematopoiese, no sentido de considerar a verdadeira célula primitiva o elemento mesenquimatoso e os resultados das investigações experimentais, fazendo ganhar terreno à teoria neoplásica para explicar a etiopatogenia da leucémia com prejuízo da hipótese de afecção sistémica hiperplástica, levam-nos, como clínico, a julgar oportuno uma certa unidade na descrição da leucémia aguda.

Frequência

As doenças leucémicas têm aumentado consideravelmente de frequência nos últimos anos. É um fenómeno geral de que Heilmeyer nos dá uma ideia nítida, fazendo a comparação entre a estatística de von Limbeck, de 1896, em que, por cada 10.000 doentes, apenas entravam nas clínicas Universitárias alemãs, 4 com leucémias e, o que se passa actualmente, em que, por cada 10.000 doentes, ingressam entre 50 a 200 casos de leucémia.

Entre nós não possuímos, que eu saiba, dados estatísticos sobre o problema, mas pela experiência própria e, pelo conhecimento do movimento actual nos outros serviços, julgamos poder concluir, por um aumento evidente.

Com efeito, durante cerca de 10 anos, em que a nossa actividade decorreu no Serviço de Doenças Infecto-contagiosas do Prof. Fonseca, no Hospital do Rego, só raramente ali foram observados casos de leucémia aguda, apesar do número elevadíssimo de doentes entrados diariamente, o que contrasta nitidamente com o número apreciável de casos que temos seguido de 1945 para cá.

Uma revisão da nossa literatura, elucida-nos um pouco a este respeito: Em 1921, o Dr. Décio Ferreira, comunica ao

Congresso científico Luso-Espanhol realizado no Porto, a sua experiência com o Rádio no tratamento de 1 caso de leucémia mielóide crónica e diz-nos: «Esta doença é rara, mas na minha clínica de Radium, já apareceram 5 casos, sendo 2 de mielóide-leucémia e 3 de linfocitémia».

Em 1934, Cassiano Neves e P. Roberto Chaves apresentam um caso que classificam de «leucémia aguda de células monocitoides» e iniciam assim o seu trabalho. «Como a leucémia aguda não é muito vulgar, ainda que não seja uma raridade, parece-nos interessante arquivar neste jornal, um caso que observámos, dado o seu polimorfismo clínico e hematológico».

Em 1935, Silva Nunes e Pereira Leite descrevem a evolução da doença numa criança de 3 anos; em 1948, J. Gouveia Monteiro, a propósito de um caso de leucose aguda, faz uma revisão geral da leucémia e, em 1950, Almerindo Lessa, dá-nos uma revisão da terapêutica das leucémias agudas, como comentário a propósito de três casos tratados por exsanguino-transfusão.

As considerações apontadas e extraídas das publicações dos autores portugueses, confirmam o nosso ponto de vista, sobre a frequência da leucémia, isto é, a doença vem aumentando progressivamente desde 1945.

Em 1949, F. Fonseca, J. Fraga de Azevedo e M. Marques da Gama publicam os resultados da sua experiência com o uretano no tratamento da leucémia, num total de 13 casos, alguns dos quais de leucémia aguda. Mas já anteriormente, em 1947, F. Fonseca expusera numa das reuniões do Instituto Português de Oncologia os primeiros resultados da uretanoterapia.

As nossas considerações actuais referem-se a um total de cerca de 30 casos de leucémia aguda e no quadro I, encontra-se discriminada a sua frequência por idades e sexo.

QUADRO I

LEUCÉMIAS AGUDAS (1949-52)

N.º	Nome	Sexo	Idade
1	V. M. F.	M	3 anos
2	C. M. C.	F	3 »
3	M. J. A. F.	F	4 »
4	M. E. S.	F	4 »
5	L. E. G.	F	4 »
6	J. A. S. M.	M	4 »
7	F. J. B. A.	M	5 »
8	E. A. S.	F	10 »
9	C. M. S.	M	14 »
10	A. M. C. A.	M	14 »
11	M. M.	M	15 »
12	A. C. P. P.	M	16 »
13	L. J. S.	F	17 »
14	J. B. P.	M	18 »
15	T. C. P.	M	19 »
16	A. M.	M	24 »
17	L. S.	M	28 »
18	J. L. P.	M	32 »
19	F. F.	F	38 »
20	C. P.	F	38 »
21	F. S. T.	M	42 »
22	M. L. B.	F	42 »
23	A. C. N.	M	45 »
24	M. C. T.	F	56 »
25	L. S.	M	59 »
26	E. A. T. M.	F	65 »
27	P. T.	M	66 »

A leucémia aguda é uma doença que atinge indiferentemente os dois sexos, com maior incidência no masculino e com predilecção pelos mais jovens. A maior percentagem observa-se no primeiro lustro, desce depois para subir novamente à roda dos 20 anos, mantendo-se elevada, embora decrescente nos anos

que se seguem, torna-se rara depois dos 45 anos e, quase excepcional na velhice.

Em relação à época do ano em que aparece, a estatística de Lambi e Gerard, dá-nos uma maior frequência no semestre de inverno (Outubro e Março). Os nossos casos apareceram em todos os meses do ano, com uma ligeira predominância no 2.º trimestre do ano.

Quadro clínico e hemático

Os doentes não acusam, em geral, sinais anteriores dignos de menção, embora tenhamos observado, por vezes, um passado de doença infecciosa, especialmente nas crianças. No entanto, merece referência especial o caso M. L. A., que adiante se descreve, por existir na história pregressa o facto do pai sofrer de bócio e ter morrido mais tarde com um tumor mediastínico e a própria doente, a quem um ano antes de adoecer de leucémia aguda, lhe foi feita uma biópsia de um gânglio e cujo exame histológico revelou, segundo o Prof. Gander: «Gânglio que mostra uma formação quística irregular, rodeada por tecido esbranquiçado.

No exame histológico vêm-se formações adenomatosas e papilares, revestidas por epitélio cilíndrico. Em vários pontos observam-se visículas com conteúdo colóide, espesso ou fluído, acidófilo. Estas são revestidas por epitélio cúbico. O tumor invade o tecido linfóide, que só está conservado nas partes periféricas. Aqui, vêm-se ao lado de folículos regulares cordões epiteliais e formações glandulares em esboço. As células das papilas das glândulas mostram algumas mitoses. Não se observa cápsula; só nalguns pontos se vêm trabéculas fibrosas espessas em volta dos vasos. O tumor tem aspecto de um papiloma maligno da tiroideia como lhe chama Langans, ou melhor, um adeno-papiloma maligno.

Diagnóstico anátomo-patológico — Metástase ganglionar de um adeno-papiloma maligno da tiroideia.

Este caso sugere-nos a existência de uma tara neoplásica hereditária e constitucional.

A doença é, muitas vezes, descoberta casualmente e os estomatologistas e oto-rino-laringologistas devem estar de sobre-aviso, porque são com frequência procurados por alterações mórbidas, relacionadas com a doença. Com efeito, a leucémia aguda pode anunciar-se por uma hemorragia prolongada, após uma amigdalectomia ou uma extracção dentária, o que acontece em 30 a 40 % dos casos, segundo a estatística de Warren.

A doença estabelece-se quase sempre de modo brusco e a designação de leucémia aguda está relacionada com o decurso tumultuoso, a agressividade do processo em que domina sobretudo a anemia, as manifestações sépticas e a rápida evolução. A esta situação clínica corresponde a presença no sangue e na medula de elementos celulares muito imaturos, patológicos e atípicos, em grande número, observando-se nos esfregaços medulares, que o parênquima normal foi total ou quase totalmente substituído por um tecido leucémico, que lhe confere um aspecto monótono, quase uniforme.

Mas nem sempre a doença se evidencia de modo alarmante e esse facto já reconhecido de longa data, tornou-se mais frequente depois do advento dos antibióticos, que combatem e curam muitas das primeiras manifestações infecciosas da doença. E assim, pode verificar-se numa primeira fase, uma desarmonia entre o quadro clínico e o exame hematológico, achado quase sempre ocasionalmente. Recordo-me, por exemplo, de um caso que me foi dado observar durante a minha permanência na Clínica Universitária de Pavia. Tratava-se de um jovem engenheiro que adoeceu com uma angina pseudo-membranosa, febril e que cedeu prontamente à penicilina. O Prof. E. Storti mostrou-me o esfregaço de sangue colhido durante a evolução da angina com percentagem elevada de células leucémicas, no dia em que ambos vimos o aparente «ex-doente» conduzindo o seu automóvel. Haviam decorridos já alguns dias sobre a angina, o caso impressionou-me bastante e cheguei a duvidar do diagnóstico, mas, mais tarde, o Prof. Storti informou-me que, passado algum tempo, a doença teve a sua evolução característica e rápida para a morte.

Este caso, mostra-nos que nem sempre existe uma concordância entre os sintomas clínicos e a invasão anatómica dos órgãos e leva alguns autores, que têm observado fortuitamente casos semelhantes, com graves alterações hemato-medulares e

ausência de sintomas importantes, a falar de um «estado pré-leucémico».

Reverendo as nossas histórias e de acordo com Ferrata e Fieschi, vemos que o início clínico pode reduzir-se esquematicamente a três ou quatro possibilidades:

1) Início brusco, com profundo mal-estar, odinofagia e febre elevada com rápida evolução para um quadro de angina necrótica, com diátese hemorrágica e anemia.

2) Início agudo com episódio febril relacionado com afecção banal infecciosa (especialmente anginosa), com remissão incompleta e, mais tarde, abatimento progressivo e anemia, que leva à descoberta do síndrome leucémico.

3) Início brusco com hemorragias graves, por vezes mortais (hemorragias endocrinianas, outras vezes para o exterior), profusas e difíceis de estancar e a que se segue o quadro clínico mais ou menos completo.

4) Início arrastado, com mal-estar vago, anemia que evolue progressivamente ou bruscamente para a fase aguda.

Damos a seguir alguns exemplos de histórias clínicas de doentes observados por nós com início dentro dos tipos atrás descritos.

*

I — M. R. F. de 59 anos, doméstica.

Adoeca com angina pseudo-membranosa, febre, estado séptico e exantema máculo-papuloso generalizado e múltiplos e pequenos gânglios no pescoço, regiões supra-claviculares e axila. Não se palpa baço. A análise de sangue revelou anemia grave com 55 % de hemoglobina 3.260.000 glóbulos rubros por mm.³ e 30.900 leucócitos por mm.³ com mais de 90 % de leucoblastos. Piorou progressiva e rapidamente, notando-se agravamento da angina, febre, diátese hemorrágica e subida dos leucócitos, que atingiram 215.000 por mm.³ antes da morte. Apesar de tratada com aminopterina, transfusões e antibióticos, viveu apenas 11 dias. A medula óssea (fig. 1) mostra aspecto monomorfo, com uma percentagem de cerca de 90 % de leucoblastos; são células volumosas, do tamanho de monócitos, com citoplasma levemente basófilo, abundante, muitas vezes com estrutura espumosa, com granulações azurófilas e com núcleo grande de rede cromatina fina e com dois ou três nucléolos.

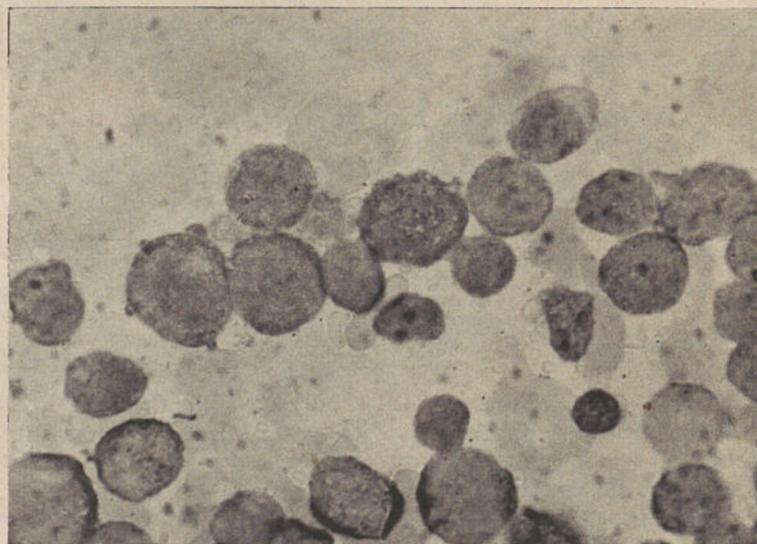


Fig. 1

M. R. F. — Medula — 854 X

II — A. C. N. de 45 anos, industrial.

A doença inicia-se com episódio agudo febril, uma estomatite relacionada com infecção dentária e que cedeu à penicilinoterapia. Durante três meses esteve bem, exercendo a sua actividade, voltando, entretanto, a adoecer com angina, que foi classificada pelo clínico assistente de angina de Vincent, e, que cedeu ao tratamento. Um mês depois adoecer novamente com «gripe» arrastada, pelo que lhe foi feito um exame de

sangue e, posteriormente, um mielograma pelo Prof. Salazar Leite e que deram o seguinte resultado:

Hemograma — 12-1-49: Hg. — 84 %, rubros — 4.120.000/mm.³, leucócitos — 8.900/mm.³.

Fórmula leucocitária: linfócitos — 4,5 %, monócitos e células monocitoides — 10,5 %, neutrófilos — 2 %, eosinófilos — 0 %, basófilos — 1 %, paramieloblastos — 74,5 %.

Mielograma: hemocitoblastos — (Ferrata) ou mieloblastos (Naegeli) — 62,5 %, aa) Salazar Leite.

A evolução deste caso é bastante curiosa. Observado por nós nesta altura, isto é, quatro meses depois da primeira manifestação da doença, não mostra ao exame objectivo sinais físicos dignos de nota, excepto três gânglios do tamanho de azeitonas na axila esquerda. O doente exerce a sua actividade com certa moderação até oito dias antes da morte, que só se verifica quinze meses depois do início da doença e sem ter feito qualquer terapêutica anti-leucémica. O doente faleceu em consequência de um processo bronco-pneumónico grave, a seguir a um resfriado, a que não ligou a devida importância. Os primeiros sinais físicos da doença: esplenomegália, hepatomegália e púrpura, só aparecem onze meses depois do início da doença e oito meses depois de se ter constatado a presença de células leucémicas no sangue e na medula óssea. Este caso seria difícil incluir na leucémia aguda, se não considerássemos como de principal valor para o seu diagnóstico as alterações hemáticas qualitativas, isto é, as variações e anomalias de estrutura morfológica dos leucócitos. (vidé quadro II, os vários hemogramas).

QUADRO II—A. C. N.

Data	Hemoglobina	Gls. rubros	Gls. brancos	Leucoblastos	Plaquetas
12-1-49	84 %	4.120.000	8.900	74,0 %	
10-1-49	74 %	4.190.000	9.000	85,0 %	
20-1-49	89 %	4.300.000	6.800	75,0 %	
3-11-49	82 %	3.760.000	8.800	88,0 %	
9-IV-46	64 %	3.500.000	10.200	89,0 %	
11-VII-49	71 %	4.160.000	18.100		
11-X-49	69 %	2.950.000	21.600		
28-X-49	70 %	3.420.000	29.300	86,0 %	37.620/mm ³
22-XI-49	60 %	2.910.000	22.300		
7-XII-49	60 %	3.390.000	24.400	96,0 %	50.850/mm ³
27-1-50	60 %	2.840.000	24.300		

III — J. R., 20 anos, empregado comercial.

Doente do Dr. Bernardino Esteves Roque, grande clínico na zona do Beato. Início súbito, quadro séptico, febre elevada, ausência de sintomatologia objectiva, particularmente não se observam lesões da boca, oro-faringe, gânglios hipertrofiados, nem se palpa baço. Durante quatro dias, febre séptica, sem modificação apesar da intensa penicilino-terapia; faz-se análise de sangue que mostra leucopenia de 1.000 mm.³ glóbulos brancos e ligeiríssima anemia e, súbitamente, instala-se um quadro de diátese hemorrágica com gengivorragias, epistaxis, equimoses e sufusões sanguíneas sub-cutâneas, volumosas, nas extremidades inferiores, formando grandes vesículas hemáticas. O esfregaço de sangue mostra predominio de micro-mieloblastos e a punção esternal, feita por nós, mostrou medula tipicamente leucémica. Este doente foi observado em conferência pelo Prof. Fonseca.

IV — M. L. A. de 42 anos, doméstica.

O pai sofreu de bócio e morreu alguns anos depois com um tumor do mediastino. Em meados de 1951, a doente consultou o Prof. Fonseca e apresentava um pequeno nódulo no pescoço a que se fez uma biópsia e que levou ao diagnóstico de adeno-papiloma maligno (vidé atrás resultado biópsia, Prof. Gander).

Fez roentgenterapia e melhorou, não voltando a referir quaisquer sintomas, até que, em Abril de 1952, se acentuou o cansaço, que já vinha sentindo e que atribuía aos cuidados permanentes dedicados a um avô doente. Perdeu o apetite, os familiares notaram-lhe certa palidez e emagrecimento. Em princípios de Julho, passava grande parte dos dias deitada por falta de forças, mas só em meados de Julho consultou o Prof. Fonseca, que mandou fazer uma análise de sangue, que deu o seguinte resultado: Hemoglobina — 40 %, eritrócitos — 2.160.000/mm.³, leucócitos — 4.300/mm.³ com 82 % de leucoblastos. Fizemos uma punção externa e a medula é típica de leucémia aguda (fig. 2).

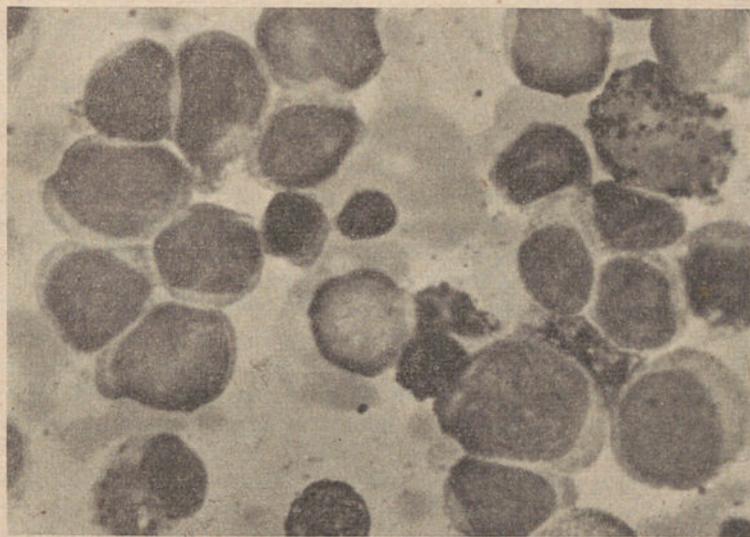


Fig. 2

M. L. A. — Medula — 1150 X

O exame objectivo, além da palidez e ligeira taquicardia, não mostrava qualquer outro sintoma. A doença decorreu sem outros sintomas clínicos, com excepção de febrícula de quando em vez, e apenas os exames de sangue nos mostram sempre, a presença de células leucémicas em número elevado, até princípio de Outubro. Fez tratamento com Aminopterina, cortisona, transfusões e penicilina. Apesar do tratamento, os leucócitos sobem, e em 18-10-52, atingem 75.000/mm.³. O baço aumentou e palpava-se dois dedos abaixo do bordo costal e apareceram-lhe pequenos gânglios, na região lateral esquerda do pescoço. Administrei-lhe T. E. M. (Trietilenamelamina), na dose total de 10 mgr. em dois dias e observámos uma baixa súbita dos leucócitos e 1.700/mm.³, no próprio dia em que tomou o 1.º comprimido e a 900/mm.³ no dia seguinte. Ao mesmo tempo deixamos de palpar os gânglios e o baço. As raras células, que víamos no sangue periférico eram leucoblastos. Continua o tratamento só com transfusões e antibióticos (aureomicina e cloromicetina), tendo feito desde 20-10-52 até 12-11-52, treze transfusões de 250 c.c. cada uma, o que faz subir a série rubra que atingiu em 27-10-52: eritrócitos — 4.300.000/mm.³, leucócitos — 8.600/mm.³. O processo leucémico continua a sua evolução, volta a acentuar-se a anemia, aumentam os leucócitos, que atingem em 8-11-52 a cifra de 89.600/mm.³, aumenta o baço que se palpa até quatro dedos abaixo do bordo costal, aparecem gânglios cervicais e axilares, sintomas de diátese hemorrágica e ao mesmo tempo mal-estar geral, dores articulares, polipneia. Em 8-11-52, faz um provável enfarto do baço com dor violenta e subida da frequência do pulso a 150/m., a que se segue uma evolução rápida e progressiva com broncopneumonia extensa bilateral e morte em 13-11-52.

*

Análise dos sintomas.

Os sintomas que observámos na leucémia aguda, são aqueles comuns a todas as mieloses agudas, porém constata-se algumas modificações objectivas, que são suficientes para distinguir estas, das formas aplásticas. A palidez é um sintoma constante para o qual contribue, segundo Naegeli, um certo an-

gõespasmos e talvez por isso, estes doentes são, por vezes, menos anémicos, do que nos mostra a cor da pele. O sintoma mais frequente e importante é a diátese hemorrágica, cutânea, mucosa, parenquimatosa e cavitária. A causa da tendência hemorrágica dos leucémicos depende, em parte, da trombopénia, que, quase sempre, existe simultaneamente, em consequência da invasão leucémica do aparelho megacariocitário e em parte também, de factores vasculares.

Temos depois as *manifestações granulocitopénicas* (angina e outras lesões úlcero-necróticas). Os vários sintomas da triada anemia-granulocitopénia-diátese hemorrágica podem combinar-se de modo diverso, dando origem a uma quantidade de variedades clínicas, que tornam o diagnóstico difícil.

A febre acompanha quase sempre a evolução da doença e distinguem-se dois tipos extremos: um decurso febril progressivo, que se torna hiperpirético apenas nas últimas fases e um decurso febril elevadíssimo logo de início, nas formas gravíssimas, hiperagudas. Além destes tipos a febre apresenta muitas vezes um decurso irregular com remissões grandes, principalmente depois da época da antibioticoterapia.

O *estado geral* é, por via de regra, afectado precocemente, acusando os doentes má disposição, dores ósseas, musculares ou articulares; por vezes, há relativa euforia. O *sensório* mantém-se em geral íntegro e só raramente é precocemente obnubilado. Os *órgãos dos sentidos* podem apresentar alterações frequentes em consequência de fenómenos hemorrágicos; assim, temos observado perturbações da visão e raramente auditivas. Do lado do *sistema nervoso*, raramente se observam paralisias periféricas; mais frequente é o quadro da hemorragia meníngea ou cerebral, que pode mesmo ser o início dramático da doença.

A observação, além da palidez, podem notar-se lesões ulceroas cobertas de crostas hemorrágicas nos lábios e no nariz. Na *boca*, observa-se gengivite hemorrágica; as gengivas incham, cianosam-se e apresentam hemorragias pequenas ou difusas; petéquias e sufusões sanguíneas podem observar-se também na língua e face interna das bochechas.

Embora Ferrata e Fieschi chamem a atenção para o aspecto característico das gengivas: «esse si gonfiano fino a formare dei veri cuscineti edematosi che ricoprono quasi interamente il dente, cosi dal lato palatino come da quello labiale della gengiva», nós apenas observámos esta alteração num caso internado no Hospital do Rego, Director-Dr. Mac Bride, serviço do Dr. Oliveira Machado e cuja história nos foi amavelmente cedida pelo Dr. António Alvelos (*).

G. C. de 38 anos, doméstica.

Entra no Hospital do Rego em 29-4-48, e refere que a doença se iniciou insidiosamente um mês antes com astenia, dores pelo corpo, cefaleias e tonturas, zumbidos e surdez e, posteriormente, diarreia e febre irregular, com temperaturas elevadas e remissões. Esteve internada no Hospital de Vila Franca de Xira, durante 8 dias, onde notou o aparecimento de uma formação tipo tumoral, indolor, na asa esquerda do nariz hipertrofia das gengivas, que sangravam ligeiramente, aparecendo a seguir alguns nódulos indolores, sem sinais inflamatórios, na face e no pescoço. Além da hipertrofia das gengivas (fig. 3) apresenta nódulos cutâneos de tamanho e forma variados, indolores, móveis sobre os planos profundos sem alteração da pele que os reveste nos seguintes pontos: na região supraciliar direita, um nódulo, do tamanho e forma de uma ervilha, duro (fig. 4); na região retro-mandibular direita, um nódulo do tamanho de um grão de trigo, na fossa supra-clavicular direita, no seu lado interno, um nódulo ovalado de 2 cm. de comprimento e 1 cm. de largura. Anemia da pele e mucosas. Sopro anémico audível em todos os focos cardíacos. Baço palpável apenas a ponta, nas inspirações profundas. O sistema ganglionar mostra-nos gânglios das cadeias jugulares do tamanho de avelãs, occipitais, tamanho de grãos de milho, axilares do tamanho de avelãs e inguinais, alguns atingindo o volume de ovos de galinha. A análise de sangue deu o seguinte resultado (Dr. Luís Ré): eritrócitos — 870.000/mm.³, leucócitos — 19.700/mm.³. *Fórmula leucocitária*: linfócitos — 7%, monócitos — 5%, neutrófilos — 46%, eosinófilos — 2%, basófilos — 0%, mieloblastos — 25%, mielócitos neutrófilos — 5%,

mielócitos eosinófilos — 4%, metamielócitos neut. — 3%, metamielócitos eosinófilos — 3%. Fizemos uma punção esternal e que nos mostrou uma medula de leucémia aguda (fig. 5) com percentagem elevadíssima de leucoblastos. A doente faleceu em 13-5-48.



Fig. 3
G. C.



Fig. 4
G. C.

*

Os dentes muitas vezes caem espontaneamente, a gengivorragia é quase constante e incontrollável. Podem observar-se ulcerações nas gengivas, língua, mucosa das bochechas, mas a sede de predilecção é a amígdala. A uma angina banal, em que as amígdalas têm um aspecto túmido, edematoso e que se revestem quase sempre de placas de exsudado acizentado, pultáceo, segue-se por fim, ulceração e necrose, que chega a destruir inteiramente as amígdalas, podendo atingir, por vezes, os pilares e o paladar mole. Da boca, emana habitualmente um intenso feto, que se sente já a distância.

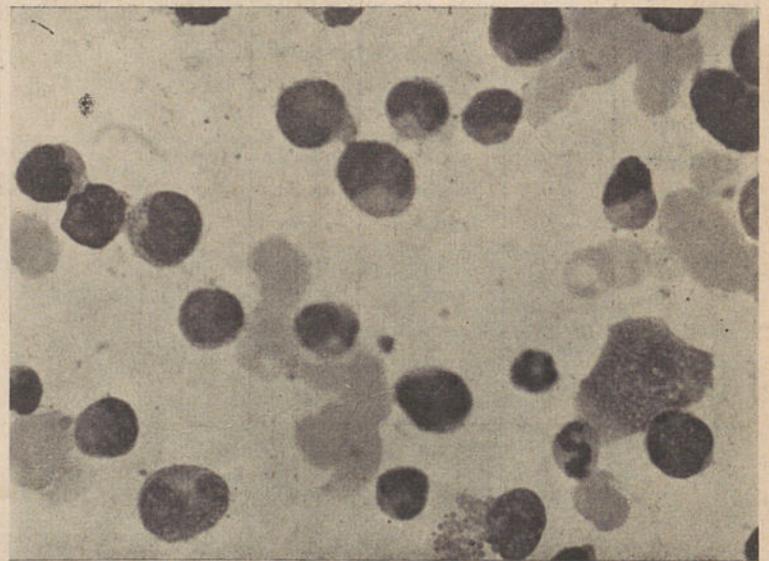


Fig. 5

G. C. — Medula — 883 X

Nos restantes segmentos do tubo digestivo, as alterações têm, em geral, carácter banal, embora se observe por vezes esofagite, por localização ulcerosa necrótica no esófago com disfagia intensa. Outras vezes, os sintomas são principalmente do estômago, embora estas lesões possam evoluir sem provocar dores. Do lado intestinal, temos, algumas vezes, diarreia e hemorragias e podemos observar localizações úlcero-necróticas na região anal e recto.

Em 1951, seguimos um caso, em que as perturbações gástricas, tomaram um certo vulto de entrada e em que um exame radiográfico mostrou a existência de uma úlcera recente da pequena curvatura do estômago, tendo sido feito o diagnóstico de leucémia, apenas seis meses depois do início da doença.

M. C. T. de 56 anos, doméstica, residente em Setúbal.

Adoce em Setembro de 1950, queixando-se de mal-estar gástrico e moinha ao nível do hipocôndrio direito, pelo que o

(*) Já depois de proferida esta lição, tivemos oportunidade de observar mais três casos com hipertrofia e edema das gengivas.

ANTIBIÓTICOS FIDELIS**FIDELCILINA**

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica microcristalinas,
na proporção de 1 para 3)

FIDELMICINA

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica na proporção de
1 para 3 + sulfato de dihidroestreptomicina, microcristalinas)

Além da verificação oficial a que estão sujeitas, a FIDELCILINA e a FIDELMICINA são aferidas no nosso Laboratório QUÍMICA e BIOLÓGICAMENTE, satisfazendo a todos os ensaios analíticos estabelecidos pela «FOOD AND DRUG ADMINISTRATION».

A FIDELCILINA e a FIDELMICINA dão SUSPENSÕES HOMOGÉNEAS e podem ser injectadas com AGULHAS INTRAMUSCULARES VULGARES.

A P R E S E N T A Ç Ã O**FIDELCILINA**

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O.
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 600.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 1.000.000 U. O.

FIDELMICINA

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O. + 0,25 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 1,00 g



LABORATÓRIO FIDELIS
Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

BAIXA DE PREÇOS

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

DELTACILINA em DOSES,

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

Deltacilina	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	10\$00
		3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.		Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	40\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	17\$00
		3 Doses	Esc.	49\$00
		5 Doses	Esc.	77\$50
		10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	20\$00
		3 Doses	Esc.	58\$00
		5 Doses	Esc.	92\$50
		10 Doses	Esc.	180\$00



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

clínico assistente lhe prescreveu dieta e anti espasmódicos. Em Novembro de 1950, sofre de doença aguda, febril, rotulada da gripe e quase simultaneamente um antraz nas costas, tendo melhorado com penicilino-terapia. Em Dezembro, como persistissem as queixas gástricas, acompanhadas de grande astenia, fez um estudo radiográfico gastro-intestinal, que revelou a existência de uma úlcera recente da pequena curvatura gástrica e uma análise de sangue que deu o seguinte resultado: hg — 40 %, eritrócitos — 2.490.000/mm.³, leucócitos — 29.300/mm.³. O analista não viu elementos anormais da série branca e o clínico iniciou tratamento com Vit. K, B₁₂, folvite, iberol e zimema K. Em Janeiro de 1951, uma nova análise de sangue mostra agravamento da anemia, que obrigou a transfusão de sangue. Em Março de 1951, manifesta-se angina grave, úlcero-necrótica e estomatite. A conselho do Prof. Fonseca, vem de Setúbal para o Hospital da C. U. F., onde a observámos e fizemos uma punção da medula óssea. Além da angina grave, do enfartamento dos gânglios sub-maxilares e estado séptico, o exame não revelava outros sinais físicos dignos de menção. Ausência de hepatoesplenomegália. A medula (fig. 6) é típica de leucémia aguda, com mais de 90 % de leucoblastos. Sobrevive apenas 20 dias, insensível à terapêutica (aminopterina, transfusões e penicilina). A angina agrava-se sempre com edema da oro-faringe, véu do paladar e lábios e no fim úlceras necróticas nestas regiões e na face interna das bochechas.

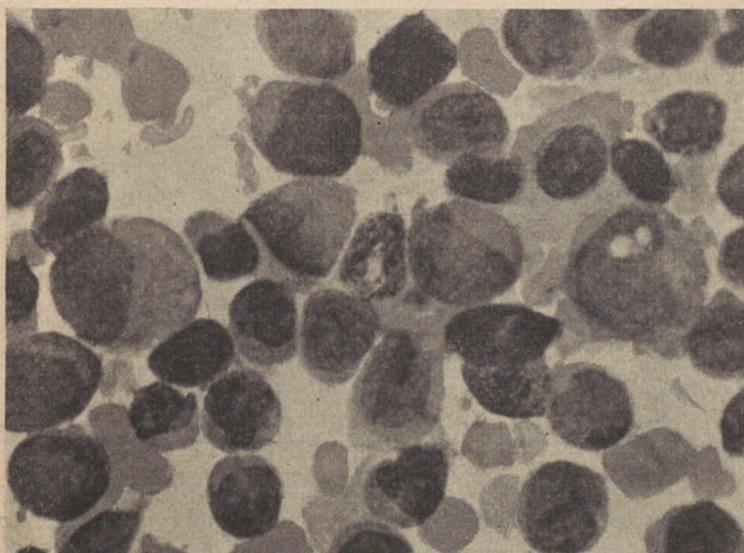


Fig. 6

M. C. T. — Medula — 854 X

*

O aparelho respiratório pode ser sede de manifestações não específicas, sendo, sobretudo frequente, a broncopneumonia terminal, como tivemos ocasião de constatar em vários dos nossos casos.

Podemos observar derrames pleurais, que têm geralmente aspecto inflamatório e hemorrágico e que no sedimento demonstram a presença de elementos leucémicos. Mais raramente, podemos observar sintomas de compressão por massas adenopáticas leucémicas mediastínicas. Em 1950, tivemos ocasião de observar no Porto, um doente do Prof. Carlos Ramalhão, um jovem estudante de medicina, que tinha sintomas de compressão das jugulares com edema da face, pescoço e regiões supra-claviculares, cianose e dispnéia intensa. No tórax macisez absoluta à percussão, em parte por derrame, mas sobretudo como demonstrava a radiografia, pela existência de uma sombra de condensação gigante paramediastínica, assente pela base sobre o coração e estendida para ambos os campos pulmonares. O quadro hemático no início da doença não mostrou alterações notáveis, além de uma ligeira anemia e leucocitose discreta com predomínio de linfócitos. Só mais tarde, se verificou subida maciça dos leucócitos com predomínio absoluto de linfoblastos (fig. 7). (Esfregaço de sangue amavelmente cedido pela Dr.^a D. Adelaide Estrada).

Do lado *cardiocirculatório* é frequente a taquicárdia com hipotensão e a presença de sopros anémicos.

A *pele* revela-nos muitas vezes sintomas de importância diagnóstica. Geralmente estes casos acompanham-se de hemor-

ragias, petéquias, equimoses, sufusões e, mais raramente, vesículas hemáticas volumosas, como no caso J. R., já descrito. O mínimo traumatismo ou a estase provocada originam hemorragias fáceis. Com uma certa frequência, notam-se também

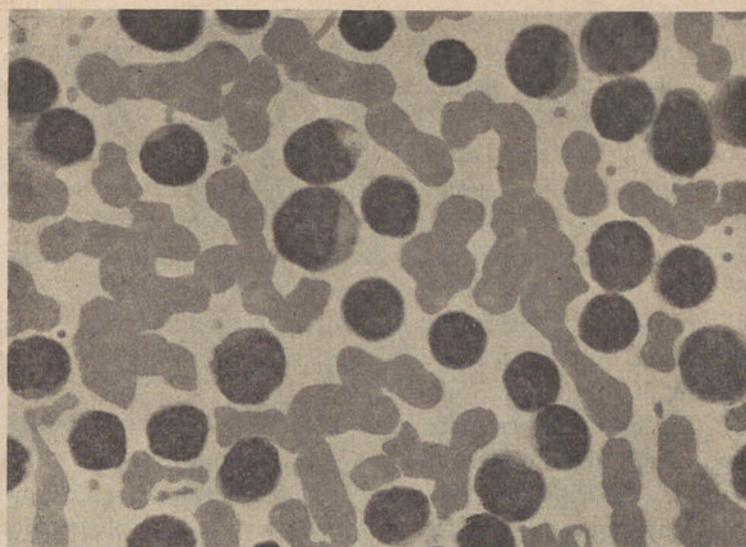


Fig. 7

J. M. C. — Sangue periférico — 854 X

localizações leucémicas: temos observado pequenas flictenas hemorrágicas, exantemas máculo-papuloso como no caso M. R. L. e nódulos de pequenas dimensões como os do caso descrito G. C. e só raramente volumosos, semelhante de início os do eritema nodoso, como no caso seguinte:

J. L. P. de 32 anos.

A doença iniciou-se em Maio de 1950, com sensação de astenia e, em Junho refere doença aguda, com dores nas articulações, arrepios de frio, febre e suores, que levou o clínico assistente ao diagnóstico de reumatismo. A doença não cedeu à terapêutica anti-reumática, pelo que foi feito um exame de sangue que deu o seguinte resultado: Hg. — 65 %, eritrócitos — 3.150.000/mm.³, leucócitos — 20.200/mm.³ com 90 % de leucoblastos e que conduziu ao diagnóstico de leucémia aguda. O doente foi internado nos Hospitais Cívicos de Lisboa e em 3-8-50 é observado por nós pela primeira vez no Instituto Português de Oncologia para onde veio transferido. O doente está de pé na enfermaria e pode, aparentemente, fazer a sua vida normal. A pele e mucosas são levemente descoradas. Não se palpam gânglios. Palpa-se a ponta de baço nas inspirações profundas. A análise de sangue (hg — 70 %, eritrócitos — 3.180.000/mm.³, leucócitos — 22.200/mm.³ com 95 % de leucoblastos) e o exame da medula (fig. 8) são típicos de leucémia aguda.

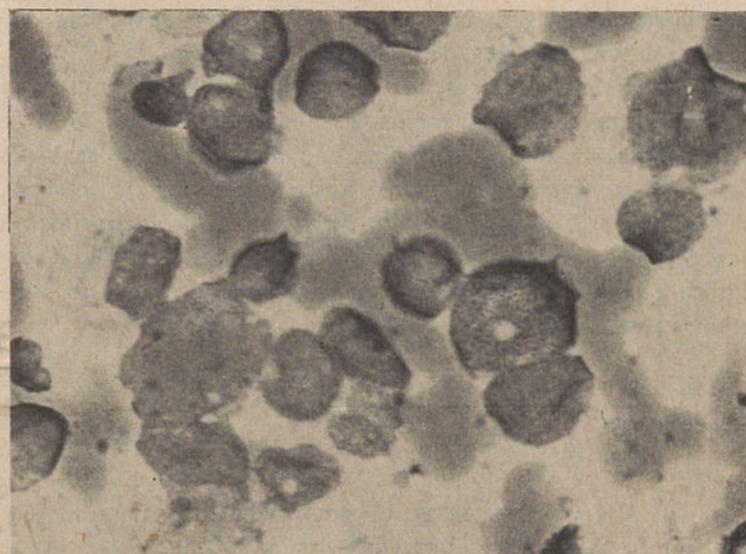


Fig. 8

J. L. P. — Medula — 854 X

Em 15 de Agosto de 1950, inicia tratamento com R-48 (B-naftil-di-2-cloroetilamina) na dose de 150 miligramas por dia; o tratamento foi suspenso em 5-9-50, não se tendo verificado qualquer influência na evolução da doença, mantendo-se o doente com o estado geral razoável, mas com dores articulares, suores e febre. Desde 23-8-50, que iniciou tratamento com penicilina por ter surgido uma angina e em 7-9-50 fez um foco broncopneumónico na base esquerda, apesar de ter sido mantida a penicilina. Desde esta data até 20-9-50, passa mal, desanimado, com suores e febre e, apesar das repetidas transfusões, a análise de sangue mostrou nítido agravamento da doença: Hg — 40 % eritrócitos — 1.860.000/mm.³, leucócitos — 19.100/mm.³ com 99 % de leucoblastos. Inicia tratamento com aminopterina, 0,5 miligrama diário, que suspendemos em 26-9-50, em virtude da leucopénia. Iniciou, nesta data, tratamento com cortisona, na dose de 100 miligramas diários.

Durante este primeiro período de tratamento pela cortisona, que termina em 11-10-50, não verificámos quaisquer melhoras e a influência da droga apenas se fez sentir sobre a psique do doente, que se manifestou mais animado e esperançado. Mantiveram-se os sintomas anteriores, suores, febre, e apareceu uma artrite do joelho esquerdo.

De 11-10-50 a 30-10-50, verificámos melhoria do estado geral do doente, desaparece a artrite do joelho esquerdo e, apesar de não ter deixado de fazer penicilina e transfusões, faz um antrás na região do triângulo de Scarpa esquerdo. De 30-10-50 até 11-11-50, faz segundo período de tratamento com cortisona, além das transfusões e penicilina, mantendo estado geral razoável e não se constatando modificação no quadro hemático. Em 12-10-50, aparece com uma angina e também uma hemorroida externa ulcerada. Em 14-10-50 repetimos o tratamento com aminopterina, que suspendemos três dias depois por considerável agravamento da doença com subida de temperatura a 39°, dores articulares e *aparecimento na superfície de extensão das pernas, de nódulos semelhantes aos do eritema nodoso*. A anemia acentuou-se e os leucócitos subiram.

De 17-11 a 24-11-50, mantém-se grave o estado do doente, com hiperpirexia e aparecimento de mais nódulos na face anterior do tórax, de início idênticos aos dos membros inferiores, mas evoluindo todos da mesma maneira, com componente hemorrágico e, ao fim de alguns dias apagamento progressivo e desaparecimento. Em 25-11-50, inicia novo tratamento com cortisona, que termina em 8-12-50, tendo melhorado muito, baixou a temperatura, voltou o apetite e uma certa euforia, não se palpam gânglios, nem fígado, nem baço.

Como em todos os casos, observamos frequentemente o sangue periférico e constatamos a persistência de células leucémicas em número elevado. (Quadro III). Em 22-12-50, piora, tem mais dores articulares, furúnculos nas nádegas, hemorroida ulcerada e necrosada, anemia mais acentuada. Iniciou o 4.º e último tratamento com cortisona e a doença seguiu evolução fatal, que se verificou em 4-1-51. Neste último período notamos, além da febre, artrite do joelho direito, nódulos hemorrágicos nas pernas, esplenomegália e hepatomegália. Além das transfusões e penicilina, fez 3.600 miligramas de cortisona, 6 miligramas de aminopterina e 3.150 miligramas de R-48.

*

As lesões ósseas existem com bastante frequência, mas não são características da leucémia aguda, podendo encontrar-se lesões de carácter osteoporótico e lesões destrutivas, estas com maior frequência no cloroma, que se desenvolve em geral no periósseo, sobretudo do crâneo.

Encontra-se com muita frequência na leucémia aguda a dor à pressão dos ossos, especialmente do esterno, mas pode encontrar-se também nas mieloses aplásticas. Por vezes, é uma dor muito circunscrita, junto ao manúbrio.

QUADRO III — J. L. P.

Data	Hemoglob.	Gl. rubros	Gl. brancos	Leucoblastos	Plaquetas
3-VIII-950	70 %	3.180.000	22.200	95,0 %	200.000/mm ³
8-VIII-950	70 %	3.800.000	16.800		
14-VIII-950	60 %	3.440.000	16.400	95,0 %	160.000/mm ³
17-VIII-950	58 %	2.720.000	19.900	94,0 %	140.000/mm ³
24-VIII-950	70 %	3.260.000	15.800	97,0 %	160.000/mm ³
28-VIII-950	65 %	3.080.000	17.600	93,0 %	180.000/mm ³
4-IX-950	60 %	3.580.000	13.000	84,0 %	100.000/mm ³
13-IX-950	42 %	2.120.000	19.100	99,0 %	
22-IX-950	40 %	1.860.000	7.200	57,0 %	140.000/mm ³
25-IX-950	50 %	2.600.000	3.300	96,00 %	
2-X-950	45 %	2.180.000	3.000	91,0 %	
4-X-950	60 %	3.260.000	2.000		
6-X-950	55 %	2.620.000	1.800	32,0 %	
9-X-950	60 %	2.780.000	2.400	43,0 %	
12-X-950	65 %	3.340.000	7.100	75,0 %	
18-X-950	60 %	3.710.000	9.300	58,0 %	100.000/mm ³
19-X-950	75 %	3.420.000	2.700	55,0 %	
27-X-950	68 %	3.320.000	4.000	58,0 %	
1-XI-950	75 %	3.600.000	9.900	60,0 %	
7-XI-950	65 %	2.960.000	6.100	82,0 %	
14-XI-950	70 %	3.200.000	24.600	87,0 %	180.000/mm ³
17-XI-950	50 %	2.420.000	16.200	87,0 %	
21-XI-950	50 %	2.500.000	30.200	91,0 %	
24-XI-950	60 %	2.900.000	19.900	86,0 %	
27-XI-950	65 %	3.380.000	10.800	78,0 %	70.000/mm ³
2-XII-950	60 %	3.100.000	13.400	88,0 %	
9-XII-950	70 %	3.450.000	24.000		
12-XII-950	55 %	2.520.000	21.000	93,0 %	
22-XII-950	58 %	2.720.000	50.600	94,0 %	
26-XII-950	47 %	2.820.000	12.500	91,0 %	

O sistema linfático superficial, nem sempre participa macroscopicamente no processo mórbido; é vulgar o enfartamento dos gânglios sub-maxilares e dos laterais do pescoço; estes gânglios são pouco dolorosos, apesar da infecção da orofaringe. Muito frequente é a micropoliadenia difusa, que não se distingue das formas vulgares, senão pelo facto do seu aparecimento coincidir com o início da doença. Nos nossos casos, não temos encontrado adenopatias profundas mediastínicas (com excepção do caso já referido) ou abdominais e também só no caso seguinte, observámos uma volumosa adenopatia regional do pescoço.

A. M. C. A. de 15 anos, estudante.

Entra no Instituto Português de Oncologia, em 26-7-52, referindo 2 meses de doença em que dominava a anemia. A análise de sangue (Dr.^a Madalena de Matos Braz) mostrava: Hg — 42 %, eritrócitos — 2.450.000/mm.³ leucócitos — 120.000/mm.³ com 97,5 % de hemocitoblastos. O exame objectivo mostrou-nos, além da anemia, algumas petéquias, taquicárdia, hepatoesplenomegália e enfartamento dos gânglios cervicais do tamanho de amêndoas, supra-claviculares, como nozes e, outros mais pequenos nas axilas e virilhas.

O doente inicia tratamento com cortisona — 50 miligramas diários — e aminopterina — 2 miligramas diários — em 26-7-52 e a análise de sangue, em 7-8-52, deu o seguinte resultado: Hg — 40 %, eritrócitos — 1.840.000/mm.³, leucócitos — 1.700/mm.³. Suspendemos a aminopterina em 9-8-52. Fez transfusões e penicilina. Continuou com cortisona e transfusões, melhorando a anemia, mas subindo os leucócitos. Em 2-9-52, a análise de sangue deu o seguinte resultado: Hg — 65 %, eritrócitos — 3.160.000/mm.³, leucócitos — 32.700/mm.³, com 88 %

UMA NOVA PENICILINA

OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL

LENTOCILIN

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

14 DIAS de níveis terapêuticos eficazes

16 VEZES menos de reacções alérgicas

Bastante mais estável

INJECTÁVEL:

LENTOCILIN - 600

LENTOCILIN - 900

ORAL:

LENTOCILIN - SUSPENSÃO

LENTOCILIN - CÁPSULAS

LABORATÓRIOS ATRAL

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

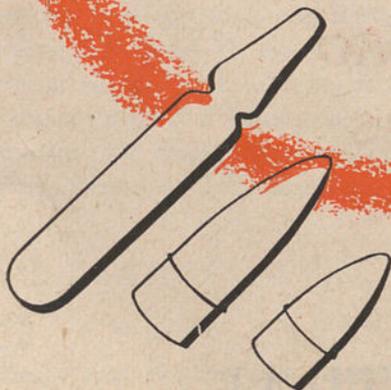
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



de leucoblastos. Plaquetas — 140.000/mm.³. Os gânglios cervicais e supra-claviculares aumentam ligeiramente de volume e o baço palpa-se três dedos abaixo do rebordo costal. Em 15-9-52, mantendo a cortisona, recomeçou a aminopterina — 1 miligrama diário — e, apesar disso, o processo leucémico evolue, aumentando os leucócitos para 78.400/mm.³, em 19-11-52, com 99 % de leucoblastos. Os gânglios sub-maxilares e cervicais aumentam consideravelmente de volume, deformando a face e o pescoço, o baço palpa-se quatro dedos e fígado três dedos abaixo do rebordo costal. Além disso aparecem epistaxis e exantema petequial generalizado. Suspendemos a cortisona, tendo feito um total de 1.400 miligramas. Desde esta data, até 27-9-52, o estado geral é gravíssimo, anemia intensa, púrpura, continuam a aumentar as massas ganglionares cervicais e axilares, atingindo ambas o volume de tangerinas. Faz um adenofleimão da axila direita, post-infecção de uma picada do dedo para análise de sangue, que não chega a evolucionar para a supuração, cedendo à aplicação de terramicina e penicilina em doses elevadas por via endovenosa. Fez T. E. M. — 10 miligramas em três dias, com o que verificámos diminuição do volume dos gânglios e queda dos leucócitos a 12.000/mm.³, nos dois dias a seguir à administração.

Em 2-10-52, encontro o doente de pé na enfermaria, mas o seu estado agrava-se novamente, a anemia acentua-se e uma análise de sangue em 6-10-52, dá-nos o seguinte resultado: Hg—45 %, eritrócitos—2.220.000/mm.³, leucócitos—400/mm.³. Apesar das transfusões, da penicilina em doses elevadas, o seu estado agrava-se sempre, em 8-10-52, apresenta edema dos lábios, do véu do paladar e úvula e amigdalite pultácea e um processo broncopneumónico extenso que o conduziu à morte em 9-10-52.

*

Nos órgãos abdominais interessa fundamentalmente o comportamento do baço e do fígado. Geralmente é a esplenomegália que predomina, mas quase sempre moderada, sendo frequente não se palpar o baço ou aflorar apenas nas inspirações profundas. O mesmo se pode dizer para o fígado, que aumenta em geral, proporcionalmente ao aumento do baço. Em geral, as formas de evolução mais rápidas, são aquelas que não dão lugar a grandes tumefacções ganglionares, nem a apreciável hepato-esplenomegália. Nas formas de evolução demorada, observámos por vezes esplenomegalias volumosas, especialmente nas crianças.

Quadro hemato-medular:

As variações quantitativas e qualitativas, que observámos nos nossos casos, em parte dependem do estado evolutivo, em parte da terapêutica e de outras razões desconhecidas, sobretudo no que se refere ao número dos leucócitos. A série vermelha é afectada precocemente e a anemia é um sintoma dominante e que se torna progressivamente grave; em geral, encontramos valores abaixo de 3.000.000/mm.³, quando o processo leucémico é já evidente, com queda rápida a valores próximos de 1.000.000/mm.³. O valor globular não se afasta geralmente muito da unidade, podendo haver no entanto casos com ligeira hiper-cromia e outros de decurso sub-agudo com hipocromia moderada.

Os leucócitos comportam-se de maneira variável e inconstante. Nos nossos casos, encontramos leucocitoses moderadas (20.000 a 40.000/mm.³) muitos com leucopénia, com cifras de 3.000-4.000/mm.³ e um caso com 1.000 leucócitos/mm.³. Observámos, algumas vezes, leucocitoses de 200.000/mm.³ e 300.000/mm.³. Não é raro, além disso que, durante a doença, se verifiquem fases de leucocitose e fases de leucopénia. As plaquetas encontram-se quase sempre diminuídas, embora em muitos dos

nossos casos se encontrassem valores normais nas fases iniciais da doença. Na fase final a trombopénia é regra.

Para bem avaliarmos dos efeitos dos vários tratamentos nos nossos doentes, observámos quase diariamente o sangue periférico e fizemos a quase todos a punção esternal.

As medulas são em todos os casos típicas de leucémia aguda com uma percentagem de mais de 90 % de leucoblastos. Nas crianças predominaram as medulas tipo hemocitoblástico em que as células são hemocitoblastos atípicos com núcleo de cromatina fina, quase constantemente nucleolado (1 a 3 nucleolos bem evidentes) e o citoplasma é ligeiramente basófilo e privado da granulações. As dimensões celulares variam de caso para caso, oscilando entre as de um pequeno linfócito — leucémia microhemocitoblástica — e as de um monócito normal, mas observamos também variações volumétricas entre os elementos de um mesmo caso. O citoplasma destes elementos nem sempre é compacto e bem conservado, às vezes tem estrutura laxa, outras vezes, apresenta vacuolos. O núcleo, nem sempre uniforme, umas vezes é arredondado, outras vezes tem pequenas incisões, outras vezes tem aspecto reniforme, ou, mais raramente, é lobado e semelhante o das células de Rieder.

Nos adultos, encontramos, sobretudo, o tipo mieloblástico, com profunda alteração da estrutura celular da medula, os elementos celulares têm maiores dimensões do que os hemocitoblastos, com citoplasma abundante, algumas vezes irregular nos seus contornos, debilmente basófilo por vezes, outras vezes com basofilia acentuada e muitas vezes granuloso (granulações azurófilas); o núcleo com certo poliformismo, na maioria com retículo de cromatina fino e compacto, outras vezes a cromatina é mais laxa, com aspecto de rede de malha larga, na maioria com nucléolos bem evidentes. Alguns núcleos são redondos, outras reniformes, outros lobados.

Nos nossos casos, não possuímos nenhuma medula que possa ser incluída no tipo das leucémias linfáticas agudas, mas possuímos o sangue periférico (fig. 7) do doente atrás citado (caso de estudante de medicina do Porto), um caso de linfocitosarcomatose. Vemos elementos de tipo imaturo, nucleolados, mas com evidente orientação linfática, de forma redonda e, por vezes, ovalar. O núcleo é, em geral, redondo, e envolvido de um halo citoplasmático reduzido e na maior parte dos elementos apresenta um retículo cromatínico muito subtil, nucleolado. O citoplasma é escasso, levemente basófilo, de estrutura homogénea e privado de vacuolos e grânulos.

Pelos exames frequentes dos sangues periféricos, podemos constatar de uma maneira geral, concordância dos elementos celulares do sangue e dos encontrados no exame das medulas. Pode haver, excepcionalmente, no entanto, uma contradição, mais aparente do que real, porque na medula os elementos celulares, têm no conjunto um aspecto mais uniforme e monótono. Encontramos no sangue, casos em que as células são mais do tipo micromieloblástico (fig. 9), outras do tipo mieloblástico e

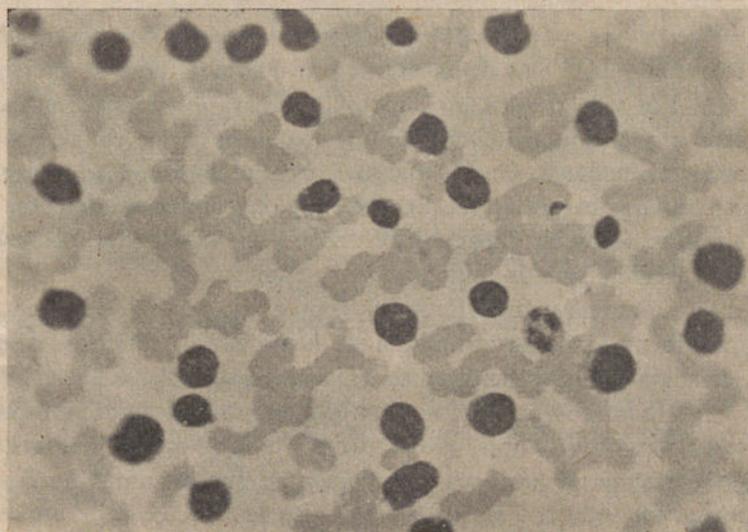


Fig. 9

muitas do tipo paramieloblástico (fig. 10) com todos os sub-tipos de Moeschlin e Rohr. Embora cada caso tenha o seu próprio tipo de células, muitas vezes durante a evolução e, às vezes, até no mesmo esfregaço, varia extraordinariamente o aspecto das células, pelo que se refere ao volume, à relação núcleo-protoplasma, à forma do núcleo, redonda, ovalar, com chanfraduras, outras vezes, parecendo dobrado sobre si mesmo, como entre nós foi descrito por Pulido Valente, por vezes lobado ou semelhante o núcleo da célula de Rieder. O núcleo contém muitas vezes nucléolos, um ou mais, quase sempre volumosos. A estrutura do núcleo é a das células imaturas, por vezes com carácter histioide. O citoplasma é, por vezes, quase inexistente como nos microhemocitoblastos, outras vezes, mais ou menos abundante (paramieloblastos), basófilo, variando a intensidade da basofilia, espumoso, por vezes com vacuolos, outras vezes sem eles, algumas vezes com bastonetes de Auer..

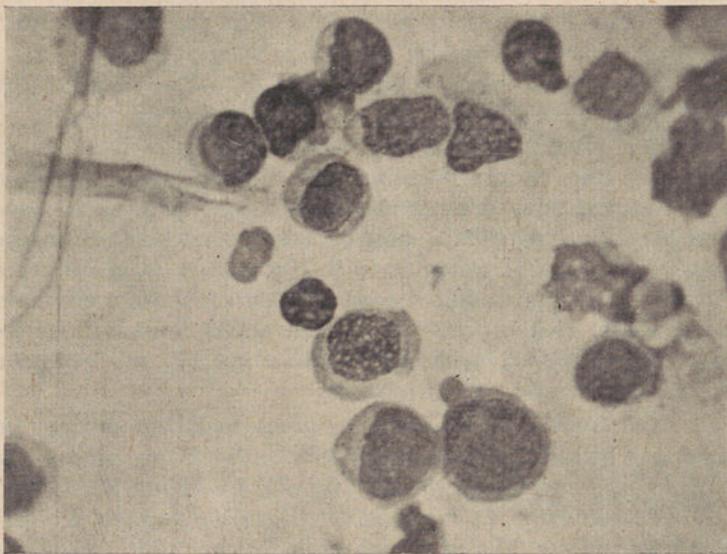


Fig. 10

M. L. A. — 854 X

Em resumo: o que observávamos na maioria dos nossos casos, foram elementos celulares atípicos, muito dissemelhantes, nas dimensões, na forma, no núcleo e no citoplasma, etc., etc., mas é este conjunto de dissemelhanças, que caracteriza o quadro hemático da leucémia aguda.

Diagnóstico.

O diagnóstico da leucémia aguda não é difícil, desde que o clínico pense nele, mesmo nas situações em que a sintomatologia é pouco evidente e, recorra ao exame de sangue, e, sobretudo, não deixe de examinar a medula nos casos de dúvida.

Em todo o caso, o clínico não deixará de pensar sempre, conforme a sintomatologia dominante, umas vezes em mielose aplásica, tentando imediatamente excluir pela anamnese as causas patogénicas mais frequentes (intoxicações, medicamentos) e outras vezes na doença de Werlhoff aguda e grave, sempre que predominem os sintomas hemorrágicos.

O diagnóstico diferencial com a sépsis, principalmente quando os casos se complicam de hemorragias cutâneas, deve ser, algumas vezes, encarado.

No nosso país, devemos também ter em consideração, especialmente nas crianças, o Kala-azar. Recordo-me de um caso, do Cartaxo, enviado ao Prof. Fonseca e que seguimos no Instituto, em Setembro de 1950. Tratava-se de M. J. C. de 14 meses, com uma anemia de 1.220.000/mm.³ rubros, Hg — 15 % e 9.600/mm.³ leucócitos e com hepato-esplenomegália, enviada com o diagnóstico provável de leucémia aguda. O exame da

medula afastou-nos imediatamente esta hipótese e uma pesquisa cuidadosa revelou-nos a presença da «leishmania donovani» (fig. 11); foi tratada com transfusões e glucantine, tendo saído com alta, curada.

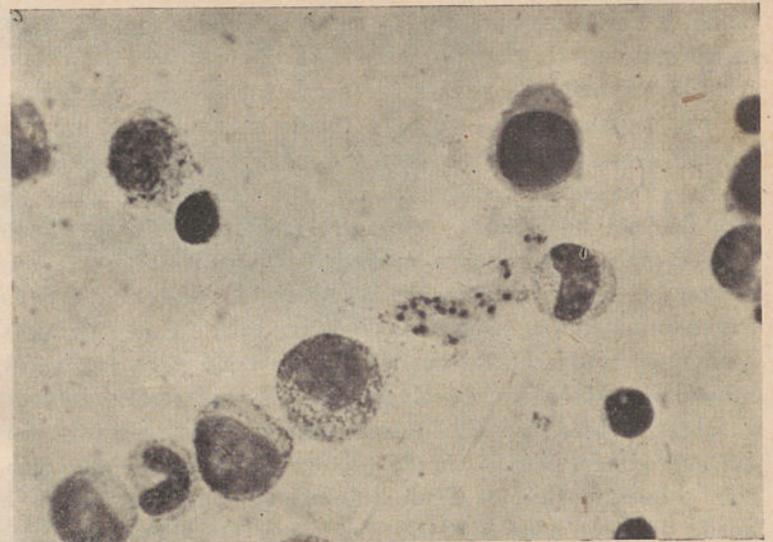


Fig. 11

M. J. C. — Medula — 854 X

Muito mais importante e delicado é o diagnóstico diferencial com a mononucleose infecciosa, que exige uma prática grande da análise citológica do sangue. O quadro clínico, apesar de tudo, permite-nos, quase sempre, uma orientação diagnóstica e o exame da medula é absolutamente elucidativo e esclarecedor.

Evolução e tratamento.

A leucémia aguda evoluciona para a morte, e apesar dos notáveis progressos na terapêutica, continuamos sem qualquer arma eficaz para o tratamento desta doença.

Já Sydenham dizia: «I have thought if I knew every detail of the intim story of every disease, I would never be embarrassed to find the way how to cure them».

Estamos ainda longe de conhecer, em pormenor, o problema biológico das neoplasias, mas nos últimos anos têm aparecido novas e importantes contribuições, no campo experimental, para o esclarecimento da etiopatogenia da leucémia e, entre os mais notáveis, são os resultados obtidos com a quimioterapia no cancro.

O emprego de substâncias químicas no tratamento do cancro é tão velho, seguramente, como a própria doença e das drogas experimentadas em várias épocas, beladona, mercúrio, antimónio, arsénio, etc., apenas o arsénio conseguiu chegar aos nossos dias e ainda não ter sido abandonado, porque, embora a sua acção seja inespecífica, o terreno canceroso não lhe é completamente indiferente. Avicenne utilizou-o no tratamento do cancro e as citações abundam na literatura desde a antiguidade à renascença, em Celso, Teodorico, Fallopio, etc. O interesse pelos efeitos terapêuticos do arsénio aumentam muito em 1865, quando Lissauer descreve melhoras sintomáticas evidentes na leucémia a seguir à administração de arsenito de potássio (Licor de Fowler). Mas o avanço na quimioterapia, só foi conseguido quando as investigações foram conduzidas no sentido de valorizar comparativamente as necessidades específicas necessárias ao crescimento das células normais e das malignas.

E, muito embora continue verdadeira a afirmação de Claude Bernard, «Tous les médicaments sont, en définitive, des poisons» e, portanto seja sempre lícito duvidar se um agente terapêutico pode impedir o crescimento e proliferação das células malignas, sem prejudicar em igual medida os elementos nor-

mais e, especialmente aqueles que se encontram em fase de divisão activa, por exemplo na mucosa intestinal, na medula óssea e nos órgãos sexuais. Contudo, não restam dúvidas que possuímos actualmente drogas suficientes, capazes de impedir a divisão celular nos tumores (directa ou indirectamente), sem danificar excessivamente os tecidos normais e, portanto com possibilidade de exercer efeitos terapêuticos úteis. Constitui, com efeito, um progresso, o tratamento do cancro da próstata com os estrogéneos, a acção da cloroetilamina (mustarda azotada) e da trietilenamelamina na doença de Hodgkin e em outros linfomas e, enfim, o efeito do uretano e dos anti fólicos sobre as células imaturas da leucémia.

Entre nós, F. Fonseca e colaboradores mostraram já que o uretano não tinha valor terapêutico na leucémia aguda. Os raios X e o rádio são inúteis e, quase sempre prejudiciais.

A única arma que possuímos actualmente contra a leucémia aguda é a aminopterina e muito embora o resultado final seja o mesmo, compete-nos a nós, médicos, fazermos todas as tentativas para prolongar a vida dos doentes, por três razões: em primeiro lugar, porque assim nos ensina a nossa ética; em segundo lugar, porque o doente nos manifesta a sua esperança, e a família, mesmo quando informada do prognóstico fatal, exige-nos o máximo dos esforços; em terceiro lugar, porque, de um momento para o outro, pode surgir outra droga mais eficaz.

O tratamento actual da leucémia aguda compreende, além das transfusões de sangue fresco, dos antibióticos e de outras medidas incluídas nos cuidados gerais, o uso dos anti-fólicos, cuja acção pode ser potencializada pelo A. C. T. H. e pela Cortisona. Dos seus resultados, cito-vos as considerações de Sydney Farber nos *Proceedings of the second conference on Folic Acid Antagonists in the treatment of Leukemia*, com uma experiência de quatro anos, desde Janeiro de 1947 e referentes a 260 casos, principalmente crianças: «We must ascribe a great many of the splendid results in a long-term survival to the total care, in addition to the chemotherapy. But, as I have said, the remission rate has remained the same».

Os nossos resultados com o uso da aminopterina, estão de acordo com o de todos os autores, observando remissões clínicas e hematológicas nas crianças e nenhuma influência na evolução da doença no adulto, com excepção de um caso.

O Dr. F. Branco dir-vos-á como foram tratados os nossos doentes e, numa visão mais ampla, o estado actual do tratamento das leucémias. E, assim, veremos que apenas foi possível prolongar o tempo de vida dos doentes pelo uso liberal de antibióticos e de transfusões de sangue total de que resultou uma acção inibidora sobre a infecção e a anemia, tendo a leucémia tido mais tempo para completar a sua evolução biológica, como são exemplos, algumas das nossas histórias clínicas.

Virchow, que, como sabemos, descreveu, pela primeira vez, com precisão, a anomalia leucémica no seu segundo trabalho publicado nas revistas médicas do ano de 1846, transmite-nos a sua esperança na cura desta afecção, quando se refere às leucémias no capítulo «Hematopoiese e linfa», publicado a pgs. 196, do seu livro «La pathologie cellulaire», publicado em 1847, em Paris, tradução da 3.^a edição alemã.

«Jusqu'à présent, il n'existe dans la littérature que quelques cas bien observés, où le malade, après un traitement médicale, put quitter l'Hôpital, avec un mieux sensible. Dans toutes les autres observations, la maladie se termina par la mort. Je ne veux pas en enduire que cette maladie est absolument incurable; j'espère, au contraire, que l'on finira par lui opposer un remède efficace».

Decorridos quase cem anos, continuamos a alimentar esperança semelhante à de Virchow.

*

Antes de terminar, quero deixar o meu agradecimento ao Prof. Francisco Gentil, sem cujo auxílio não seria possível a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO:

O autor analisa o conceito de leucémia aguda, as tentativas de classificação baseadas no tipo celular predominante e descreve a sintomatologia da doença, apresentando casos da sua casuística. Estuda a evolução hematológica através dos exames do sangue periférico e da medula óssea, descreve leucémias, pondo em evidência os diferentes tipos morfológicos encontrados nos seus casos e as dificuldades de classificação destes elementos celulares patológicos, que incluem na designação de leucoblastos. Faz breves considerações sobre o estado actual da terapêutica e sobre os resultados obtidos nos seus doentes, que concordam com os referidos na literatura médica.

BIBLIOGRAFIA

- Astaldi, G. e Ravetta, M. — Studio anatomico-funzionale del midollo osseo nella leucemia acuta, *Hematologica*, vol. XXIV, 1942.
- De Asna, F. J. — El factor citrovorum y su importancia para el tratamiento de las leucemias agudas con antagonistas del ácido fólico — *Revista de la Soc. Argentina de Hematología e hemoterapia*, vol. 3, n.º 1, 1951.
- Bernard, J. e Mathé J. — Études de leucoses aiguës de l'enfance traitées par l'association antifolique — cortisone, *Le sang*, n.º 1, 1952.
- Cordeiro, A. — Quimioterapia das leucémias «*Jornal do Médico*», 1952, vol. XIX, pgs. 985.
- Damskek, W. — Antagonistas do ácido fólico no tratamento da leucémia aguda e sub-aguda. *Blood*, vol. V, n.º 10, Out. 1950.
- Ferrata, A. — *Le emopatie*, 1933.
- Ferrata, A. e Fieschi, A. — *Emopatie acuta*, 1940.
- Ferreira, Décio — *A leucémia*, 1921.
- Fieschi, A. e Astaldi, G. — Osservazioni generali sul problema delle leucemie in base alle ricerche culturali — *Haematologica*, vol. VIII, 1946.
- Farber, S. — *Proceedings of the second conference on Folic Acid Antagonists in the treatment of leukemia*, *Blood*, vol. VII, Janeiro, 1952.
- Ferrata, A. e Storti, E. — *Le Malattie del Sangue*, 1946.
- Fonseca, F., Azevedo, J. F. e Gama, M. Marques da — *Tratamento das leucémias pelo uretano*, *Clínica contemporânea*, n.º 21, Jan., 1949.
- Fonseca, F. — *O tratamento das leucémias pelo Uretano — Comunicação à sociedade de biologia*, Dez., 1947.
- Haddow e col. — *Cancerogénese por compostos químicos*, *Brit. Medical Bulletin*, vol. 4, 1947.
- Heilmeyer, L. — *Enfermedades, de la sangre*, 1946.
- Horta, J. da Silva — *Tumores múltiplos do tecido linfático gastro-intestinal. Sua importância na discussão do problema da natureza das leucémias* — *Gaz. Méd. Portug.* — 1948, pg. 49-70, vol. I, n.º 1.
- Kracke — *Doenças do sangue*, 1943.
- Leitner — *Bone Marron Biopsy*, 1949.
- Lessa, A. — *Terapêutica das leucémias agudas*, *Portugal Médico*, 1950, vol. 34, pg. 220.
- Levin, L. — *On the possible relationship between adreno-cortical junction and the leukemic state*, *Cancer*, vol. n.º 3, Set. 1948.
- Monteiro, J. Gouveia — *Leucose aguda*, *Coimbra Médica*, 1948, vol. XV, pg. 167.
- Neves, Cassiano e Chaves, P. Roberto — *Leucémia aguda de células monocitoides*, *Lisboa Médica*, n.º 1, Ano XI, 1934.
- Naegeli, O. — *Tratado de Hematologia Clínica*, 1934.
- Peixoto, R. Iriarte — *Sobre um caso atípico de leucose* — *Amatus Lusitanus*, 1942, vol. I, pg. 403.
- Pearson, H. O. e Eliel, L. — *A. C. T. H. e Cortisona nos linfomas e leucémias* — *J. A. M. A.*, vol. 144, n.º 16, Dez. 16, 1950.
- Silva Nunes e Pereira Leite — *Leucémia linfática aguda nas crianças*: *Imprensa Médica*, Ano I, n.º 2, 1935.
- Storti, E. — *Diagnóstico differenziale delle Emopatie*, 1939.
- Spitz, S. — *Efeitos histológicos da smustardas azotadas nos tumores humanos e tecidos*, *Cancer*, vol. I, n.º 3, 1948.
- Valente, Pulido — *Sobre leucémias* — *Anantes Lusitanus*, vol. II, pg. 747, 1943.
- Varela, M. E. — *Fundamentos da Hematologia*, 1950.
- Wintrole, M. e Huguley, C. — *Nitrogen Mustard therapy for Hodgkin's Disease, Lymphosarcome, the Leukemias and other disorders* — *Cancer*, Set. 1948, vol. I, n.º 3.
- Wirchow — *La pathologie Cellulaire*, 1874 (Trad. da 3.^a edição alemã).

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Conceitos actuais sobre o tratamento da enxaqueca

«Clínica y Laboratorio» publicou um artigo sobre o tratamento da enxaqueca, da autoria dos Drs. Adolfo F. Dosal e José L. del Piñal (Santander), que a seguir transcrevemos.

É difícil o problema terapêutico da enxaqueca e os resultados pouco satisfatórios que se obtêm na maior parte dos casos, levaram o médico a adoptar uma posição de cepticismo, de verdadeiro desânimo, todas as vezes que tem de tratar um doente com enxaqueca; o cepticismo que sidera uma grande parte da confiança do médico na arte, malogra de antemão o bom resultado do tratamento, por privar o médico da sua arma mais eficaz.

É evidente que quando o médico se consagra ao problema com interesse e estuda o aspecto individual com verdadeira atenção influi um pouco sobre a esfera psíquica do doente, se obtêm resultados francamente animadores.

Se, presentemente, se estão dando a todos os ramos da Medicina orientações diversas daquelas que até há uns anos eram consideradas irrefutáveis; se todos estamos já convencidos de que a anatomia patológica não conduz necessariamente à terapêutica racional, e que nem sempre o conhecimento exacto das lesões conduz mais facilmente à sua cura; se à geração actual cabe a pesada tarefa de adaptar a ciência moderna aos conhecimentos clínicos e dar o devido valor às mais antigas tradições médicas, por um momento injustamente postas de parte, é no tratamento das enxaquecas que mais se evidenciam estas actuais correntes psicossomáticas.

Isto significa que, na maior parte dos casos, a hemicrânea não é vencida apenas por um tratamento medicamentoso, mas é, sim, necessário que este tratamento seja coadjuvado por um elemento de primeira ordem que é a força persuasiva do médico.

Sem atingirmos o exagero dos autores americanos, que afirmam que com uma terapêutica orientada unicamente no sentido psico-analítico conseguem curar cerca de 80 % das enxaquecas e tendo em conta que o nosso meio ambiente é muito mais tranquilo e não tão frequentes como na América as situações de verdadeiro conflito, além do facto de que em Espanha não há muitos psicanalistas, tudo isto ainda operado pelo facto do doente, por uma série de preconceitos da nossa sociedade, por outro lado facilmente explicáveis, resistir tenazmente a visitar um psiquiatra, concluímos optando que é bem mais adequado que uma verdadeira psicoterapia, um tratamento de influência psíquica, de simpatia e comunicação, de persuasão e de interesse. Isto significa uma autêntica psicoterapia menor com a qual, todavia, temos obtido magníficos resultados.

No tratamento das enxaquecas podemos considerar dois momentos distintos: o tratamento abortivo dos acessos de dor e a prevenção dos necessários paroxismos dolorosos.

A primeira coisa a fazer no tratamento das crises dolorosas é deitar o doente. Todavia devia fazê-lo num ambiente tranquilo, ao abrigo da luz e do ruído tanto quanto possível, visto que são estímulos que incomodam muito o doente.

Também, se o doente o consente, deverão suprimir-se as almofadas, com o fim de se obter o máximo relaxamento dos músculos do pescoço, cuja tensão pode determinar um aumento de dor ou, pelo menos, facilitá-la. Devido à especial arquitectura psíquica destes doentes, sobre que já chamamos a atenção num outro trabalho, tem especial tendência a aban-

donar o leito e a retomar novamente todas as suas obrigações logo que a dor desaparece.

O médico deverá opor-se a isto, decididamente, exigindo que o doente permaneça nas mesmas condições de repouso, pelo menos até 3 horas após o desaparecimento da dor, facto este que, contribuindo para diminuir a tensão emocional do doente, ajuda notavelmente, não só a curar momentaneamente o acesso como a prevenir sucessivos acessos. A importância deste repouso é tão grande, que muitos doentes somente com este simples facto melhoram muito dos seus padecimentos, e quando conseguem conciliar o sono despertam com uma grata sensação de euforia e de bem estar, como se na realidade nada lhes tivesse sucedido. A tal ponto que Jiménez Díaz diz que muitos doentes lhe confessaram que merecia a pena, se a dor não fosse tão insuportável, sofrer um ataque de enxaqueca pelo excelente estado subjectivo que sobrevem à dor.

Distinguem-se no acesso da dor três momentos perfeitamente distintos: 1.º uma fase de vasoconstrição dos vasos intracraniais — é a fase prodómica do escotoma cintilante e restantes aures, na sua maioria de origem cortical; 2.º uma fase já marcadamente dolorosa em que é dominável pelos actuais recursos terapêuticos (alcoídeos de espotamina), na qual os necessários vasopressores claudicam e são substituídos por uma marcada vasodilatação; 3.º uma última fase, também dentro desta fase dolorosa, em que se associa à vasodilatação o edema perivascular e que por sua vez ou já não é dominável ou é muito difícil de dominar pelos derivados da espotamina.

Segundo o parecer de numerosos autores, a 1.ª fase vencer-se-ia com um tratamento com oxigénio e anidrido carbónico (90 % de oxigénio e 10 % de anidrido carbónico). Todavia, embora os autores que o têm utilizado refiram muito bons resultados, nada podemos afirmar por carecermos experiência pessoal, embora nos pareça uma terapêutica difícil de realizar, visto que a fase podrómica é de certa duração e decorrida esta e iniciada a dor, esta terapêutica é totalmente ineficaz.

Desde que H. W. Meyer, no primeiro quarto do nosso século, introduziu a espotamina no tratamento da enxaqueca, não parece que nenhum outro medicamento se haja tornado mais eficaz. A injeção intramuscular ou hipodérmica de 0,25 mgrs. a 0,50 mgrs. (meia a uma ampola) de tartarato de espotamina (Gynergene) resolve o quadro numa maneira espectacular na maioria dos casos.

Contudo, em todos os casos, se decorrida meia hora se não verifica melhoria da dor, deverá repetir-se a dose, tendo presente que não se deverá ultrapassar a dose de 2 ampolas em 24 horas (1 miligrama). Também se podem obter bons resultados com a injeção de dihidroerpotamina (D. H. C. 45) na dose de 1 miligrama. Ambos os medicamentos podem provocar, nalgumas ocasiões, náuseas e vômitos que podem atenuar-se bem utilizando o medicamento em comprimido, por via oral, ou então injectando simultaneamente 10 c.c. de soro glicosado ou a mesma quantidade de gluconato de cálcio.

Friedman, director da «Clínica para a dor de cabeça» do Hospital de Montefiores, de Nova Iorque, recomenda insistentemente a administração de tartarato de erpotamina com cafeína (tabletas E. C. 110, conhecidas no mercado com o nome de «Cafergot» das quais um comprimido dos americanos contém um miligrama de gynergene e 100 miligramas de cafeína, enquanto que as europeias possuem um miligrama de gynergene e 50 de cafeína).

Obteve resultados mais brilhantes que com a injeção de gynergene, visto que com esta forma de medicação se evitam os inconvenientes da administração parenteral e, além disto, a cafeína reforça e potencializa notavelmente a acção da erpotamina.

De acordo com as indicações deste autor, aconselhamos ao doente que tome duas tabletas durante a fase prodômica ou, em resumo, durante o início da crise dolorosa, e dada a hipótese de decorrido uma hora não se ter conseguido o desaparecimento completo da dor, repete-se de novo a dose. Esta medicação pode também, desde logo, originar efeitos desagradáveis do tipo das náuseas e vômitos. Todavia, fá-lo em menor escala que a administração parenteral dos alcalóides. As manifestações de ergotismo são extremamente raras.

Em certos casos, a administração aos doentes de fosfato de codeína, só ou melhor, associado à cafeína e ácido acetil-salicílico, numa fórmula como a que se segue, dá resultados bastante satisfatórios.

Ácido acetil-salicílico	30 centigramas
Fosfato de codeína	5 centigramas
Cafeína	15 centigramas

M. s. a. num papel.

O doente poderá tomar 2 a 3, diariamente.

Os resultados obtidos com esta fórmula são francamente inferiores aos que se conseguem com os derivados da cravagem do centeio e, por conseguinte, somente deverá empregar-se nos casos em que estes estejam contraindicados ou por outros motivos quaisquer não seja possível recorrer a eles.

Antes de se iniciar um tratamento com derivados da ergotamina, deverá ter-se presente que é um potente vasoconstritor e que, por conseguinte, estará absolutamente contraindicado nas arteriopatias de qualquer ponto, mas numa forma especial nas coronariopatias e processos de arteriosclerose cerebral, nos quais pode determinar inclusivamente a morte súbita, da mesma forma que em casos de angina de peito, doença hipertensiva essencial ou renal, etc., etc.

Embora o tratamento das crises dolorosas pareça resolvido bastante satisfatoriamente com os alcalóides da cravagem do centeio, infelizmente não acontece o mesmo com o tratamento profilático ou preventivo de sucessivos ataques.

Com efeito, a ergotamina e os seus derivados são medicamentos de acção vasoconstritora, que é precisamente o fenómeno vascular que domina durante o intervalo dos acessos dolorosos, facto que explica perfeitamente a sua ineficácia.

Nestes últimos tempos, Stoll, o famoso investigador dos alcalóides de cravagem e os seus colaboradores, introduziram 3 novos alcalóides conhecidos sob os nomes de: dihidroergocounina, dihidroergocustina e dihidroergokriptina, com os quais se tentou interceptar o acesso da dor. Todavia, mostraram-se ineficazes, facto que era de esperar, visto que carecem de acção vasoconstritora.

Contudo, a combinação em proporções iguais destes 3 alcalóides (hidergin) possui uma acção depressora do tonovascular e uma acção adreno simpático lítica, mostrando-se de grande eficácia no tratamento preventivo das crises dolorosas.

Nós, seguindo o critério de Von Max e S. Stoffenegger, recomendamo-lo em curas de 9 a 11 semanas de duração, e em dois casos que tivemos oportunidade de ensaiá-lo obtivemos muito bons resultados.

Como durante o acesso doloroso e nos momentos que o precedem há uma alteração do equilíbrio hidrosalino, de forma a aumentar a quantidade de sódio plasmático até níveis

bastante elevados, a qual simultaneamente origina uma marcada hidratação do soro e conseqüente grau de edema.

A maioria dos doentes apercebem-se deste facto e informam o médico de que o seu vestuário se lhes torna justo, que as suas pernas incham, que, muitas vezes, não podem tirar ou mover os anéis dos dedos, que, inclusivamente, aumentam de peso.

Campbell e colaboradores pensaram que aliviaria consideravelmente os sintomas o melhorar este edema e, baseados neste critério, administram numa forma contínua duas ou 3 vezes por dia, 7,5 graus de ureia, com o fim de obter diureses abundantes e impedir a hidramina. Os resultados que obtêm são francamente excelentes, pois em 51 de 66 casos, obteve-se uma real e evidente melhoria da sintomatologia subjectiva.

Todavia, muitas vezes, o clínico observará, apesar de pôr em jogo estes recursos terapêuticos, tanto os medicamentosos como os psicoterápicos, a que mais atrás nos referimos — que os resultados esperados, ou são mínimos ou estão totalmente ausentes e, conseqüentemente, perguntar-se-á: «a que são devidos estes completos fracassos?». A nossa opinião é que, na maioria dos casos, se devem a uma das seguintes causas: diagnóstico incorrecto; impróprio ou inadequada administração da medicação; inflexibilidade do regime terapêutico e, finalmente, o papel vital da relação médico-doente. Vejamos:

1.º — Diagnóstico incorrecto — na nossa opinião, é a causa mais frequente, visto que são muitas as afecções que podem originar quadros semelhantes aos da hemicrânia e, em muitos casos, é difícil o diagnóstico diferencial. No esquema final apresentamos as principais.

Basta a visão de tão numerosas e complexas causas para dar ideia da enorme dificuldade que há, muitas vezes, em chegar a um diagnóstico correcto.

2.º — Administração imprópria ou inadequada da medicação, que por si também é responsável por uma boa porção de insucessos terapêuticos. Cerca de 80 % dos casos, cedem favoravelmente aos derivados da ergotamina.

Todavia, há um dado número de doentes que não tole-ram a medicação por terem uma reacção excessiva com náuseas e vômitos, dor periarterial, ou então no caso de não se poder empregar a medicação vasoconstritora por estar contraindicada. Noutros casos, a medicação com derivados da cravagem do centeio faz-se demasiado tarde, quando já se produziu edema perivascular e não dominável por esta medicação. Insistimos de novo, em que deverão ser administrados estes medicamentos durante a fase prodômica, ou quanto seja feita mais tarde que o seja no início da crise dolorosa. Noutros casos, o erro será por se empregar uma dose insuficiente. Em muitas ocasiões a causa de não ser aproveitável a via gástrica será por o doente possuir uma enxaqueca biliosa, com náuseas e vômitos abundantes.

Neste caso deveremos recorrer à administração parenteral ou, melhor ainda, a um supositório que mandamos preparar da seguinte maneira:

Tartarato de ergotamina	2 miligramas
Cafeína	60 miligramas
Manteiga de cacau	Q. b. p. um supositório

3.º — Inflexibilidade do regime terapêutico:

Geralmente, é má técnica submeter os doentes a regimes excessivamente complicados ou severos. Neste caso, muito particularmente, visto que são doentes de si preocupados e com uma enorme tensão ou violência emocional e, além disto, porque está demonstrado e perfeitamente sancionado pela

experiência que as restrições dietéticas tipo Jaureng-Hermandober são de escassíssima utilidade. Somente no caso de o doente estar sensibilizado a um dado medicamento, suprimiremos este da dieta. Tenha-se sempre presente a conhecida frase de La Rocheponcauld: «É uma doença fastidiosa a de tratar de manter a saúde submetendo-se a um regime demasiado severo».

E, por último, assinalamos a enorme importância que desempenha nesta afecção a relação médico-doente. Somente quando o médico consegue chegar ao fundo do espírito do doente, quando consegue conquistar a sua confiança, poderá ter esperança de aliviar o seu padecimento. Aliás, mais que a doença, o que precisa de tratamento é o homem ou a mulher, empregando esta palavra no mais amplo dos seus significados.

Com dupla razão se receia há já muitos anos: «A arte de conquistar a confiança do doente é a chave do êxito do médico no mundo».

Diferentes processos que determinam quadros semelhantes aos da hemicrane:

Tumores	}	Neoplasmas, especialmente do ventrículo lateral
		Aneurismas
		Hematomas

Inflamação	}	Sinusites: frontal, etmoidal ou occipital
		Arterite temporal
Endócrinos	}	Gonadais: mustrual, menopausico
		Hipotiroidismo
Sistemáticos	}	Hipertensão arterial
		Anemias
Específicos	}	Ocular: glaucoma, astigmatismo, defeitos de convergência.
		Cervical: mialgias, arterite discal
		Histamínico: cefaleia histamínica de Harton
Nevralgias	}	Craneanas: occipital, trigineia, temporal
		Faciais, ciliar, esfenopalatina, glossofaringe
		Enxaquecas finais atípicas
Freumas	}	Encefalopatia postraumática
		Cefaleia psicogénica postraumática
Psicogénicos	}	De conversão, no sentido de Freud
		Simbólicos, no sentido de Jouny

Como se inicia a esclerose em placas?

Na Suíça, por cada 10.000 habitantes, existem 4 a 5 doentes portadores de esclerose em placas.

A «triade» clássica de Charcot, actualmente, não possui valor algum no diagnóstico desta afecção. Apenas se observa num diminuto número de casos e num estado já avançado. A doença pode iniciar-se em qualquer nível do nevraxis e, por conseguinte, apresentar os mais diversos sintomas. A esclerose em placas tirou à antiga histeria o privilégio de ser a «grande simuladora».

Na tese de Bloomberg, feita este ano no meu serviço, observa-se que em 123 casos somente 52 foram diagnosticados no início. Em 71 casos não se fez o diagnóstico, tendo-se considerado afecções diversas.

É possível actualmente classificar esta semiologia de início, que tanto interessa conhecer, segundo o nível do nevraxis que primeiro foi lesado. Subindo de baixo para cima, temos:

1) *Medula lombo-sagrada e cone terminal* (8 casos). —

A doença pode iniciar-se por perturbações urinárias. Os doentes consultam, em primeiro lugar, o urologista por incontinência ou por retenção.

Pode simular também a sintomatologia duma ciática.

2) *Medula dorsal* (15 casos). — A pereplagia clássica não é senão a última fase da lesão. No início o doente queixa-se somente de entorpecimentos, de fadiga nas pernas, de formigues, de picadas, de micções mais frequentes.

Existe, igualmente, uma forma visceral com dores no ventre e espasmos intestinais simulando por vezes uma obstrução intestinal, o que pode levar a diversas operações cirúrgicas antes que o diagnóstico se faça. Numa fase mais avançada, a doença pode simular uma compressão medular com perturbação da sensibilidade e síndrome de Brown-Séquerd (1 caso).

3) *Medula cervical* (4 casos). — Esta forma simula uma compressão medular por tumor ou por discopatia cervical. É por vezes muito dolorosa e pode apresentar o sinal da «descarga eléctrica». As atrofia muscular, devidas a estarem atingido os cornos anteriores, tornam ainda mais difícil o diagnóstico.

4) *Bolbo* — Observa-se: disfagia, disfria, distonia, síndromes neuro-vegetativas vestibulares e cerebólosos. Se se desenvolve uma placa grande no ângulo formado pelo bolbo e, a protuberância e o cerebello, atingindo os núcleos do 8.º par, a semiologia simulará a que se observa num tumor do acústico (surdez, zumbidos nos ouvidos, vertigens, sinais cerebólosos do mesmo lado).

5) *Protuberância* (3 casos) — Haverá paralisias faciais periféricas que é necessário distinguir da paralisia facial denominada «a frigore». Quando a calote está atingida haverá um síndrome neurovegetativo vestibular e cerebóloso análogo ao das lesões bulbares.

6) *Mesencéfalo* — Vêm-se aparecer perturbações óculo-motoras e síndromes motores extrapiramidais com trémulos simulando o parkinsonismo. Quando são atingidos os tubérculos quadrigénios há perturbações complexas da fixação do olhar.

7) *Diencefalo* — Chegamos aos centros de integração mais elevados. As lesões inflamatórias desta região traduzem-se por perturbações psíquicas e os numerosos doentes cuja afecção se inicia a este nível foram considerados durante muito tempo como neuropatas, portadores de neuroses, histéricos ou psicopatas. Sofrem com efeito: a) *dum síndrome neurovegetativo*: perturbações do ritmo cardíaco e respiratório, da pressão arterial, da temperatura corporal com arrepios, sudação, salivação, mau estar, náuseas, vômitos, constipação, diarreias, gastralgias, inapetência, etc..., embora o exame das vísceras não revele nada de anormal. Por outro lado, possuem perturbações do sono um emagrecimento, por vezes, considerável.

b) *Síndrome «psicológico»* (24 casos considerados como «depressão nervosa» e 4 casos como «histeria») o carácter está modificado com irritabilidade, hiperemotividade, cóleras, perturbações da afectividade (crises de riso que não se pode sustentar num caso), tendência à depressão, fadigabilidade. A memória de fixação está diminuída.

c) *Síndrome sensorio-motor* — Predominando ordinariamente dum lado e que deve ser cuidadosamente distinguido do síndrome piramidal. É geralmente transitório. Comporta igualmente dois num hemicorpo. Um caso particular diz respeito a uma nevralgia do trigénio que é atribuída actualmente a uma lesão do Talamus (2 casos).

8) *As vias visuais periféricas* fazem parte do diencefalo e são muitas vezes atingidas em primeiro lugar: amaurose súbita dum olho, escotomas centrais, papilte, mais raramente nevrite óptica realizando o quadro da neuro-mielite óptica.

9) *Hemisférios cerebrais* — Encontram-se frequentemente lesões periventriculares que alteram pouco ou nada a inteligência. Todavia, por vezes são sintomas de tumor cerebral (cefaleias, vômitos, hipotensão intracraniana, euforia e mais raramente estase papilar (1 caso). A assistência de crises epileptiformes faz pensar, do mesmo modo, num tumor cerebral. Quando a placa de esclerose ocupa quase um hemisfério completamente, a inteligência é então profundamente atingida e o doente torna-se demente. É a forma designada por esclerose difusa, Schilder-Foix).

Apesar das dificuldades do diagnóstico, é necessário que seja feito precocemente, visto que o tratamento iniciado no começo da afecção determina geralmente uma cura ou uma remissão prolongada.

SUPLEMENTO

AINDA A BUROCRATIZAÇÃO

Um dos argumentos que mais se joga contra a burocratização da medicina e que aparentemente mais colhe é o da mediocridade a que ela pode conduzir os médicos. Tem-se receio que sem um interesse real a movê-los, o desejo de subir a estimulá-los, a emulação a exhibi-los num plano de luta e trabalho, os médicos se afundem num amolecimento desinteressado e o acto médico se mostre com a expressão anódina dum prestar de serviços forçados. Há ainda o receio de que o brio profissional se quebre e a sensibilidade do médico se perca, enquanto a teoria do sofrimento passa diante dos seus olhos distraídos e da sua vontade desinteressada. Tem-se mesmo por certo que para além da mediocridade estaria uma espécie de achatamento universal a rasostrar valores e a decapitá-los, para que a expressão individualista, que apesar de tudo tem de subsistir no acto médico, desapareça. E fala-se no «paraíso dos médiocres», e insiste-se na expressão, como se ela fosse a legenda deprimente ou o ferrete ignominioso que há-de marcar indelévelmente os médicos que trabalham num plano de burocratização.

Da primeira vez que li a referência foi na prosa fluída do Prof. Américo Pires de Lima e depois, como *slogan*, no combativo e intransigente Dr. Silva Leal. E confesso que a não aceitei no seu significado expresso. Paraíso dos médiocres, porquê? Acaso só porque os médicos se integram voluntária ou forçadamente em determinada organização médico-social perdem as qualidades pessoais que os elevaram — o saber, a experiência, a compreensão, a tolerância, a agudeza de espírito, a limpidez de raciocínio, a dedicação e esse sentimento de caridade que é a sua fraqueza e o seu orgulho — e entram no achatamento universal? Nada escapará à tosquia da rasoira? Ou não será a legenda o fruto duma irredutibilidade doutrinária nascida ao calor do exagero e mostrada apenas pela sua beleza formal e não pela sua verdade?

Para que se não vejam referências pessoais no alinhavar deste artigo, que, aliás, desejo o mais objectivo possível, vou tomar para exemplo não a nossa burocratização que ainda gatinha, mas a burocratização inglesa, já em plena vivência. Durante meses, senão anos, não houve médico que a não discutisse, não apontasse os seus malefícios, não clamasse contra o seu rasoimento, não dissesse uma palavra anatematizadora sobre o «paraíso dos médiocres» que se iria criar. Foram possivelmente cinquenta

mil bocas a bradar num coro imenso, a lançar excomunhões ao fleugmático Mr. Bevan, a prever o rotundo fracasso dos novos serviços. Ao fim e ao cabo nem os médicos, nem as organizações científicas, nem as terríveis previsões dos agoureiros conseguiram deter a decisão de Mr. Bevan, nem impedir que os serviços fossem organizados. Os cinquenta mil médicos burocratizaram-se. Alguns pela força das circunstâncias. Mesmo assim, ao porem o pé nos serviços, nenhum de si veio dizer que o seu valor e qualidades pessoais tinham diminuído e se transformado na mediocridade que fora anunciada, nem que o acto médico perdera o seu carácter individualista, como se supunha.

Ora nós, salvo as distâncias dos números, estamos como os médicos ingleses antes da burocratização. O menos que dela se pode dizer é que é o «paraíso dos médiocres». Simplesmente, ao dizê-lo, parece esquecer-se que a força das circunstâncias pode determinar a integração de todos os médicos nos serviços burocratizados — e a proposta já foi feita pela voz autorizada do Prof. Cerqueira Gomes — e que a mediocridade a todos tocará, mesmo àqueles que pelo seu valor pessoal e qualidades se sabe que nunca serão médiocres. De resto, se o nível da medicina baixasse tão lamentavelmente como se pretende, como seria possível ouvir-se da boca de Sir Price Thomas, uma das figuras mais representativas do mundo médico inglês, a afirmação de que, viesse o governo que viesse, os seguros sociais ingleses se manteriam? Que era verdadeira a afirmação feita em plena vigência trabalhista, confirmou-o o futuro, mal os conservadores chegaram ao poder e entraram na safra das desnacionalizações. Entre tantas que fizeram, mal se arriscaram a tocar nos Serviços de Saúde. Deixaram-nos quase como estavam, apesar de terem ouvido os clamores dos cinquenta mil médicos e participado, dentro do Parlamento, nos protestos que então se levantaram contra a burocratização da medicina.

Ao alvitrar a entrada de todos os médicos do País nos Serviços Médico-Sociais da Federação, o Prof. Cerqueira Gomes parece-me ter ficado no meio do problema, sem ter dito a palavra final de solução. À sua natural perspicácia não deve ter escapado o pormenor importante das remunerações. Onde ir buscar dinheiro para satisfazer os vencimentos dos médicos, se o Estado se mantém à margem de quaisquer financiamentos e a Pre-

vidência geme com os encargos que a oneram? Aos vinte mil e tantos contos que ela gasta por ano com o seu pessoal médico, naturalmente sem possibilidades de maior dispêndio? Ter-se-ia porém feito as contas e reparado que a cada um dos seis mil e trezentos médicos do País tocaria a importância de duzentos e cinquenta e cinco escudos mensais?

Sem esforço me parece que só o alargamento da proposta pode encerrar a solução do problema. Quer dizer: se em vez de se limitar os Serviços Médico-Sociais a 7,8 por cento da população, se fizer com que eles abranjam, senão toda a população do País, pelo menos a maior parte dela. Bastaria mesmo que neles se integrassem apenas os economicamente débeis, depois de definidos. O seu número, numa estimativa que talvez peque por carência, deve ser dez vezes superior ao número dos presentemente inscritos. O seu rendimento, a manterem-se as actuais capitações, permitiria dar a cada médico um mínimo de três mil escudos mensais, com possibilidades de aumento. Bastaria, para tanto, que o excesso do rendimento previsto revertesse para uma melhoria dos seus vencimentos, pois que o acréscimo do número de beneficiários não é acompanhado pelo aumento proporcional de pessoal administrativo e, portanto, de despesas que onerem com o peso actual os serviços da Federação. A questão está em romper a indecisão que ainda nos peia e certos princípios que ainda nos tolfhem. Este ponto morto em que nos encontramos é que a poucos satisfaz. Três anos, tantos quantos foram anunciados, são demais para rever posições ou aclarar pontos doutrinários. Fica-se com a impressão dum recuo e o que importa é ir para diante. Há médicos, como se diz no aviso prévio, que viram as suas clientelas absorvidas pela Federação, sem poderem acompanhar os seus doentes, e clamam justiça. Há sobretudo, recém-formados na medicina que querem trabalhar e encontram os horizontes fechados, sem possibilidades dum lugar ao sol. E não é justo. É preciso criar-lhes um ambiente de trabalho antes que a sombra do desalento lhes anoiteça as energias e a amargura da revolta lhes retalhe o coração. Os que podem, num largo gesto de solidariedade, têm de abrir as mãos e estendê-las compreensivamente aos mais necessitados, para que todos juntos possam exaltar uma profissão que, se tem muito de divino, não deixa também de mostrar fraquezas humanas. A questão está em pouco — a alma do

homem se abriga sentimentos de renúncia que a encaminha para a dádiva plena, também contém o fermento do egoísmo que a pode conduzir a um lodaçal de impurezas. Não há escolha quando ela tem de decidir — mas há ambientes que estimulam e necessidades que se impõem. As tentações são muitas e poucos os que as ajudam a vencer. Poderemos nós dar alguma ajuda sacrificando parte dos nossos interesses, e até dos nossos princípios doutrinários, pelo bem de todos? Que responda quem legitimamente o pode fazer.

Vila do Conde, 14-4-953.

JOAQUIM PACHECO NEVES

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Realizou-se no dia 20 de Março a primeira sessão científica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, sob a presidência do Prof. Mário Moreira, tendo sido apresentadas cinco comunicações, a primeira das quais pelo Prof. Barahona Fernandes, sobre «A prova da sensibilidade à isquémia no diagnóstico psico-somático». O conferencista pôs o problema da medicina psicológica em face da clínica, propondo uma prova original, com o fim de objectivar a tendência pessoal para reacções ansiosas, de uma forma prática e simples, provocando reacções isquémicas e hiper-émicas, pela compressão da simples braça-

deira do aparelho de medir a tensão arterial. A terminar, projectou gráficos demonstrativos das reacções anormais e patológicas e analisou a formulação das correlações entre o temperamento e as respostas somáticas.

Seguiu-se o Dr. Alfredo Franco, que apresentou «O tratamento da hipertensão arterial», mostrando vários casos de grave hipertensão arterial tratados por novos medicamentos: o hexametonio e a apresolina. Descreveu os métodos de observação dos doentes, as doses empregadas e os esquemas terapêuticos adoptados, estudou as propriedades anti-hipertensivas daquelas drogas e, com o auxílio de projecções, mostrou os resultados obtidos. O conferencista, depois de apontar as acções secundárias e as precauções a tomar para as evitar, disse que, pelo estudo feito, concluiu que qualquer daquelas substâncias determina queda da tensão, ao mesmo tempo que se verifica melhoria clínica evidente. Terminou considerando a associação do hexametonio com a apresolina como a melhor forma de tratamento da hipertensão arterial de que hoje se dispõe.

Falou depois o Prof. Frederico Madeira, que apresentou um estudo do fundamento fisico-químico da electroforesis em papel, cuja técnica original modificou no sentido de facilitar os resultados conseguidos com o método, no estudo das proteínas do sangue nas doenças hepáticas.

O Dr. Ducla Soares, que se seguiu, comunicou um caso de «Doença de Vaughan», no qual estudou o comportamento dos glóbulos vermelhos durante a vida, usando as modernas técnicas de estudo bioquímico dos glóbulos sanguíneos. Por último, o conferencista discutiu as hipóteses etiopatogénicas mais geralmente consideradas.

Falou, por último, o Dr. Francisco Parreira, que demonstrou, por meio da técnica da cultura «in vitro» de medula óssea, em dois casos de anemia megaloblástica, a acção antiperniciosa da vitamina B12, ácido fólico e uracilo. Estes medicamentos — disse — actuam, normalizando a maturação, excitando a proliferação e, ainda, acelerando a transformação normoblástica dos megablóstos das culturas.

Cursos de Aperfeiçoamento

Perante o Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, tomou posse do cargo de Director dos Cursos de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário para o triénio 1953-1955, o nosso camarada de redacção, Dr. José Andresen Leitão, que assim é reconduzido no cargo que exerce, há alguns anos, com eficiência, isenção e contentamento geral.

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

I O D O P ₂

AMPOLAS — GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

ECOS E COMENTÁRIOS

DR. SOARES DA FONSECA

Publicamos neste número a exposição que o ilustre Ministro das Corporações e Previdência Social enviou ao Sr. Presidente do Conselho a propósito do «aviso prévio» do Prof. Cerqueira Gomes e que foi lida na Assembleia Nacional. Nos próximos números, transcreveremos, também, do «Diário das Sessões», como «Anexo», outra exposição do Dr. Soares da Fonseca, a que deu o título «Apostamentos sobre alguns aspectos fundamentais da Previdência Social». A seguir, transcreveremos, igualmente do «Diário das Sessões», o «Anexo II»: exposição ao Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social intitulada «Breve comentário ao requerimento do aviso prévio sobre a Previdência Social apresentado à Assembleia Nacional pelo Dr. Cerqueira Gomes»; esta última exposição é assinada pelo Sr. Dr. Alberto Sá de Oliveira, presidente da direcção da Federação (Serviços Médico-Sociais). Assim terminou a intervenção do sector governamental da Previdência Social nas memoráveis sessões em que foi debatido o aviso prévio apresentado pelo Prof. Cerqueira Gomes.

É para nós delicado e embaraçante escrevermos algumas palavras sobre a intervenção do Dr. Soares da Fonseca, por quem temos a maior consideração e apreço pelas suas qualidades. O nosso Bastonário entendeu que não devia responder, no final do debate, ao Sr. Ministro. E eu compreendo que assim tivesse procedido, porque tenho assistido, durante estes últimos anos, à acção que o Prof. Cerqueira Gomes tem desenvolvido com a maior preocupação de manter contactos respeitosos e amigáveis com o Dr. Soares da Fonseca, que sempre procurou prestigiar e a quem sempre mostrou a mais alta consideração e estima. A verdade é que o ilustre Ministro das Corporações não correspondeu, na sua mensagem ao Sr. Presidente do Conselho, a essas manifestações de estima e de consideração. Desculpe-me o Sr. Ministro: devo dizer-lhe que a sua exposição desgostou profundamente a maioria da classe médica, pelo tom em que está escrita e até por algumas das suas afirmações. Mas se eu tenho de considerar infeliz e injusta aquela exposição, já o mesmo não posso dizer a respeito do que, em anexo, escreveu sobre Previdência Social. Este anexo, se eu não posso afirmar que estou de acordo com tudo que lá se diz (e discordo em muitas coisas), considero-o, não simples «apostamentos» (como declara o Dr. Soares da Fonseca), mas um valioso estudo (embora apresentado de forma esquemática) sobre vários problemas da Previdência Social que interessam aos médicos e que muito honra o Sr.

Ministro. Tomarei a liberdade, logo que o tempo me chegue, para fazer comentários a algumas passagens desse notável documento.

M. C.

MEDICINA INGLESA

Gosto muito da prosa do distinto colega Dr. Pacheco Neves, que aqui tem publicado alguns artigos, excelentes como forma literária, mas, quanto a mim, muito infelizes como conceitos. Se não conhecesse a integridade de carácter do autor, julgaria mesmo que não havia boa fé no que tem escrito ou diria outras coisas que também não agradariam à sua sen-

sibilidade de homem e de médico. No entanto, embora discorde de quase tudo que tem escrito em «O Médico», é com satisfação que recebo e publico os seus artigos, quanto mais não seja porque entendo—sempre o entendi—que este periódico deve aceitar nas suas colunas todas as opiniões, desde que se apresentem com a correcção que usa o Dr. Pacheco Neves.

Os seus artigos sugerem-me muitos comentários, que não tenho feito, apenas, por falta de tempo e falta de espaço em «O Médico». Como os leitores têm visto, os artigos originais afluem, em número elevado, à nossa redacção.

Hoje, quero apenas referir-me ao que diz o presado colega sobre o Serviço Nacional de Saúde, da Grã-Bretanha, que apresenta como demonstração de que a medicina socializada não é tão má como a pintam; de que a burocratização da profissão médica encontra, no exemplo inglês, a prova de que não inferioriza a medicina...

Acha que podemos imitar a Inglaterra? Entende que podemos instaurar, entre nós, um Serviço Nacional de Medicina, no qual se gastem 6 ou 7 milhões de contos por ano?

M. C.

A LIBERTAÇÃO DOS MÉDICOS RUSSOS

Inesperadamente, para nós que temos dificuldade em compreender os meandros da política russa, foram libertados aqueles médicos acusados de matar, por emprego propositado de medicamentos errados, personalidades eminentes do partido comunista.

São secundárias, sob o nosso ponto de vista, as razões que levaram a fazer justiça aos médicos, tratando-os quase como heróis depois do vexame público a que foram submetidos. Estranharíamos que representasse uma mudança radical de política, em vez do que parece mais provável uma manobra para americano ver, já que hoje em dia perdeu bastante interesse o que o inglês veja. Também não nos espantamos que tenham sido libertados 15 dos 9 médicos presos: na Rússia tudo pode acontecer.

Importa-nos, sim, o facto de que se tenham solenemente condenado os princípios de condenar sem julgamento e de forjar confissões por técnicas policiais. Mais importante ainda é que, depois de tantos julgamentos em que essas técnicas foram evidentemente usadas, sejam os russos que o venham confessar.

É fundamental que ao fim de vinte séculos de era cristã não haja condenações sem serem baseadas em julgamento imparcial.

Que o bom exemplo, dado por tão duvidosos juizes, seja universalmente seguido é uma necessidade para o prestígio da lei e a honra dos povos.

J. A. L.



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc.	27\$00

NOVA APRESENTAÇÃO:

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



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

CENTRO DE CARDIOLOGIA MÉDICO-SOCIAL DE COIMBRA

Está publicado mais um relatório do Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra — referente às actividades de 1952. Transcrevemos a seguir a introdução (com o título: «Medicina e Vida Social — lugar aí reservado aos doentes do coração»), prestando assim homenagem ao ilustre director do Centro, Prof. João Porto, e contribuindo para tornar mais conhecida uma obra que merece, não só toda a simpatia, mas também que seja imitada.

Se relancearmos os boletins de estatística quanto à morbidez e mortalidade em países de elevado progresso económico e sanitário, verificaremos que o estudo, a interpretação e a evolução das curvas podem, sobremaneira, fornecer-nos o *sentido duma orientação* em matéria de profilaxia, e na organização racional de medidas atinentes à redução ou extinção das moléstias.

*

Pondo de lado, por momentos, as afecções de origem tóxica, mecânica e acidental, fruto da civilização movimentada e vertiginosa das grandes capitais, inevitáveis e de número crescente; de lado, ainda, as afecções de natureza anafilática, as de natureza psíquica, e poucas mais, poderemos inscrever as restantes, em cinco grandes grupos, consoante a origem, natureza e marcha progressiva: a) origem infecciosa ou parasitária, b) origem vitamínica e hormonal, c) natureza genética ou manifestamente hereditária, d) natureza neoplásica, e) natureza organo-degenerativa. Sem, de modo algum, repetimos, negar algumas de outra origem ou natureza, estes grupos, todavia, incluem-nas quase todas. Classificação esquemática, como todas as classificações em patologia e clínica, de limites dificilmente estanques, sem dúvida, pois quantas vezes não intervirá o factor tóxico ou infeccioso para dar origem às afecções de natureza carencial e hormonal, até às organo-degenerativas e — quem sabe? — se mesmo as neoplásicas.

Aceitemos, porém, o esquema por comodidade e mesmo facilidade de estudo.

Porque são diferentes as bases sobre que asentam, os *sub-solos* onde mergulham as suas raízes, diferentes serão os meios de terapêutica, as medidas preventivas e profiláticas, como diversos serão os sentidos, segundo os quais, por processos de ordem económica e civilizadora, em cada país e ao longo dos tempos, hão-de oscilar as respectivas curvas mortuárias.

Charles Nicolle escreveu um livro deveras curioso sobre o *Destino das moléstias infecciosas*. Não sei de alguém que até hoje tenha escrito algum livro de título análogo sobre o destino das taras hereditárias, das moléstias de natureza vitamínica e endocriniana, das de natureza neoplásica, ou das de natureza organo-degenerativa. Posso todavia afirmar que diferentes, muito diferentes, seriam pelo fio lógico, pelos

materiais colhidos, seu arranjo e interpretação. Aquele nunca poderia servir de paradigma para estes.

Se as populações são a mais forte expressão da existência das nações,

é necessário que a sua gente seja sábia de corpo e alma. Por isso cada Estado, na medida das suas possibilidades materiais, de harmonia com os costumes do seu povo, consoante o espírito que anime a sua estrutura e organização político-social, etc., distribui, mais ou menos proporcionalmente, os benefícios no sentido de atenuar ou extinguir todas as causas definhadoras da raça. Isso não quer dizer que cada país, em dado momento, não procure pôr em execução as medidas terapêuticas de que mais precise e donde lhe possa advir mais rápido rendimento prático. Assim, a medicina tropical, regional, parasitária e infecciosa, no nosso vasto império colonial, por exemplo, ainda supera a medicina organo-funcional.

Nicolle prognostica a eternidade das doenças infecciosas — desaparecerão algumas para outras surgirem — quaisquer que sejam os estudos bacteriológicos e as técnicas para a sua extinção. Todavia, os êxitos obtidos desde o advento da era microbiana, se são uma esperança, mais do que isso, são formosa e autêntica realidade. E é na medicina parasitária e infecciosa que mais patentes têm sido os resultados, e cada vez mais abonatórios, à medida que melhor se conhece a biologia dos agentes e dos seus vectores.

Se é sempre necessário proceder-se a análise serena e segura das doenças sociais quanto à etiopatogenia, evolução, etc.; se é necessário ainda collocarmo-nos ardentemente perante elas para serem elas próprias a falar-nos e a determinar a natureza, a designação dos órgãos de auxilio especificamente apropriados para quem delas participe, a quem cumpre essa tarefa senão aos médicos? Aos médicos compete esse estudo e a informação, aos Poderes públicos, dos resultados obtidos ou a obter. Só aos médicos compete o estudo quanto à natureza dos órgãos e planos de execução para todas as peças constitutivas do arsenal de luta contra dada doença social.

Para as afecções de natureza carencial quem as descobriu quem ensinou a dar-lhes remédio pela vitaminologia e estudo das rações alimentares? Em períodos de crise e de fome que importância não teriam os estudos alimentares de modo a que às populações fossem proporcionadas ou mesmo ensinadas as rações conformes com as suas necessidades energéticas! É erro supor-se que comer bem é comer muito. Pode-se comer muito e mal, pouco e bem. Questão de racionamento, de peso e medida,

ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA DO CORTEX SUPRARRENAL



CORTIGRADON

Acetato
de desoxicorticosterona

DOENÇA DE ADDISON.
DOENÇAS INFECCIOSAS
GRAVES: FEBRE TIFÓIDE,
DIFTERIA, PNEUMONIA,
GRIPE, ETC. CONVALESCENÇAS,
ASTENIAS, ADINAMIA,
MIASTENIA, ÚLCERA
GASTRODUODENAL,
TOXICOSES GRAVÍDICAS,
INTOXICAÇÕES CRÓNICAS,
ETC.

Caixa de 3 × 1 c. c. a 2 mg.

Caixa de 3 × 1 c. c. a 5 mg.

Caixa de 3 × 1 c. c. a 10 mg.

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

E esses estudos devem-se aos médicos e biólogos.

As afecções de natureza genética, de cunho biologicamente hereditário, é claro que só poderiam diminuir por medidas eugénicas e, para isso, os estudos da genética ocupam lugar de relevo. E se as consequências das leis mendelianas em genética animal e vegetal têm sido prodigiosas em zootecnia e em agricultura, se por intermédio delas se têm podido criar e manter raças de gado e de trigo correspondentes às necessidades das condições locais e das conveniências económicas, porque é que nos há-de repugnar antever perspectivas frutuosas quanto à redução de certos caracteres patológicos, somáticos e psíquicos, que infestam a sociedade de hoje e lhe são nocivos?

Mas a quem caberá informar os Estados sobre os planos de combate às taras e afecções de índole hereditária, senão à medicina e à biologia?

*

Finalmente, consideremos as afecções de natureza organo-degenerativa, as que se ligam à natureza dos tecidos orgânicos, as que surgem e progridem sem causas conhecidas e talvez reconhecíveis, como consequência do seu dispêndio e uso e, por isso, merecedoras propriamente do título de causas naturais de morte. Contra as quais nunca a medicina poderá — para as extinguir — qualquer que seja o período considerado da história da humanidade, a profundidade dos seus estudos e a perfeição das suas técnicas. Não-de mesmo, em frequência, progredir, na medida em que aumente a longevidade média; e a descida da morbidez e mortalidade por doenças infecciosas será índice seguro do crescimento daquelas.

Apontamos para exemplo o que se passa nos E. U. A.:

Enquanto, de 1900 para 1933, a mortalidade por tuberculose em relação a 100.000 habitantes desceu de 195 para 56, isto é, para a quarta parte, para as afecções cardíacas adquiridas, subiu de 137 para 261, quer dizer para o dobro.

Medidas de ordem assistencial e preventiva, medidas de ordem económica e fiscal, medidas de educação e de propaganda, explicam o decréscimo da tuberculose, como acontece também para todas as restantes doenças infecciosas e ainda para as afecções da primeira infância. Nos E. U. A., no decurso daquele período, estas passaram do 1.º para além do 10.º lugar.

Todavia não o fazem para as doenças do coração. Para os quatro pilares fundamentais sobre que estas assentam: a) reumatismo, b) sífilis, c) arterioesclerose, d) hipertensão arterial, ainda que por todas as medidas terapêuticas, higiénicas ou preventivas, as duas primeiras tenham sofrido algum desgaste — por se tratar de causa infecciosa — a frequência da esclerose das artérias — particularmente as artérias coronárias — e da hipertensão, compensam-na e por elas fica explicada a sua ascensão global. Até a maneira porque a fre-

quência da arterioesclerose e da hipertensão desafiam as medidas de política económica e sanitária, nos países mais prósperos, parece querer contrariar a opinião dos que julgam que algum dia virá em que o médico viverá só da saúde. Puro engano. Viverá da saúde, sim, mas sempre da doença, também.

*

Por isso, Centros de Cardiologia não-de ser criados e, uma vez criados, não poderão ser votados ao desaparecimento. Suas funções consistirão em:

1.º — Auxiliar economicamente o cardíaco, para que ele consiga fazer o tratamento devido;

2.º — atender, quando tal convenha, o doente no domicílio, de modo que ele aí possa seguir fielmente a terapêutica prescrita;

3.º — melhorar as condições higiénicas da sua habitação ou as condições materiais do seu trabalho;

4.º — promover a orientação vocacional dos cardíacos jovens, aconselhando-os o tipo de profissão mais compatível com as suas possibilidades físicas;

5.º — reeducar profissionalmente os cardíacos adultos, orientando-os para mester mais suave, por forma a poderem bastar-se a si próprios, sem prejuízo da sua saúde;

6.º — amparar, finalmente, aqueles que tenham atingido os extremos da invalidez.

Como procurou cumprir o de Coimbra no decurso do ano de 1952?

Se de quanto se fez o campo social se incumbe a assistente social de no-lo dizer, sobre o que se fez no campo médico, diremos nós apenas uma palavra, pois no-lo dispensa a eloquência dos números constantes do Quadro do movimento anexo.

Houve, neste ano 408 inscrições, 2.008 consultas, 5.400 tratamentos, 1.454 electrocardiogramas, 374 provas de metabolismo basal, 35 radiografias, 242 análises e, número digno de nota, 1.034 tratamentos feitos no domicílio, etc., etc.

Se atendermos a que todos ou pelo menos a grande maioria dos doentes assistidos residem ou residiam na cidade e esta tem uma população de 50.000 habitantes, fica-se a fazer ideia do elevado número de doentes desta categoria; e, não deve haver grande esforço em se aceitar a justificação da Obra em cidades menos populosas, mesmo. Por isso, o C.C.M.S., o primeiro que se criou em Portugal, pode ser apontado como experiência que provou e, creio, justifica a fundação de outros em todas as capitais de distrito, como já lembrei num programa de Assistência Médico-Social aos Cardíacos do nosso país.

Como a *União faz a força*, quando outros estiverem criados e em pleno rendimento, da acção conjugada e coordenada de todos há-de provir, proporcionalmente, maior soma de benefícios para quantos sofrem do coração.

NOVO E ORIGINAL

No

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

algiDerma

CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

SAMI
LISBOA

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Exposição do Sr. Ministro das Corporações

(Continuação do número anterior)

O Sr. Presidente: — Interrompo a sessão por 5 minutos.

Eram 18 horas e 25 minutos.

O Sr. Presidente: — Está aberta a sessão.

Eram 18 horas e 30 minutos.

O Sr. Presidente: — O Sr. Presidente do Conselho enviou à Assembleia Nacional a resposta ao aviso prévio do Sr. Deputado Cerqueira Gomes, que fica ao dispor dos Srs. Deputados, pelo que será publicada no *Diário das Sessões*, e vai ser lida.

Foi lida. É a seguinte:

«Sr. Presidente do Conselho. — *Excelência*. — 1. Em referência ao aviso prévio sobre a Previdência Social apresentado na Assembleia Nacional pelo Sr. Deputado Manuel Cerqueira Gomes, julgo conveniente fornecer a V. Ex.^a algumas explicações, com vista à elucidação da mesma Assembleia.

Para tanto, embora por ordem diversa da sua enumeração no aviso prévio, percorrerei os quatro pontos em que aquele Sr. Deputado procura desenvolver a tese proposta.

2. O aviso prévio (n.º II) pretende demonstrar que a «expressão máxima da Previdência Social são as caixas — caixas sindicais ou de reforma ou de previdência — e as federações», sendo as «outras expressões da Previdência, como as Casas dos Pescadores e as Casas do Povo (...), de muito menos monta»; e que as primeiras «abrangem desde já uma população» de «1 milhão entre beneficiários e pessoas de família e dão uma receita de contribuições» superior a «1 milhão de contos».

Esta proposição, em rigor, não carece de qualquer demonstração e, portanto, nada há de especial a anotar-lhe, a não ser, talvez, que tanto as Casas dos Pescadores como as do Povo, em matéria de segurança social, são, sobretudo, instituições que, mercê da sua «debilidade económica», precisam de estar... seguras. O aviso prévio limita-se aqui a uma simples verificação de factos, em que se não vislumbra qualquer conteúdo crítico. As chamadas «expressões» da Previdência Social constam da lei e são de todo conhecidas. Os números referidos ou outros aproximados (por exemplo de família e o de 800.000 para contribuições o de 1.200.000 para beneficiários e pessoas da Previdência Social andariam mais próximos da realidade) são elementos estatísticos já várias vezes divulgados.

3. O aviso prévio (n.º I) pretende de-

monstrar também que a Previdência Social «foi detida há mais de três anos», «depois de uma montagem e de uma expansão rápida», «quando começaram a patentear-se os erros doutrinários com que vinha estruturada e quando as realizações ameaçavam atingir volume incomportável de despesas e isolar-se em discordância dos restantes serviços sanitários».

Ignoro se neste passo está contida só uma afirmação: a de que a Previdência Social foi detida há mais de três anos, sendo todo o restante do período gramatical meros complementos circunstanciais de tempo (a juntar ao «há mais de três anos»), ou se os ditos complementos envolvem também verdadeiramente aspectos do problema a demonstrar no desenvolvimento do aviso prévio.

Partindo do pressuposto de que se verifica a segunda hipótese, cumpre-me esclarecer o seguinte:

a) Ao Ministro das Corporações e Previdência Social não cabem responsabilidades na rapidez de montagem e expansão da Previdência Social, que são factos anteriores à criação do Ministério. Mas nem por isso se furtará a dizer que encontra para o caso, considerado genericamente, uma compreensível explicação:

Trata-se, entre nós como lá fora, de um fenómeno natural da nossa época. Por outras palavras, e para citar os dizeres do ilustre autor do aviso prévio, há cerca de quatro anos estamos perante uma ideia que «se decidiu francamente no nosso País em 1933, com o Estatuto Nacional do Trabalho» (ou, mais rigorosamente, Estatuto do Trabalho Nacional) e de um «movimento» que «recrudescer» vigorosamente em todo o Mundo «com a última guerra», dando melhor do que nenhum outro, a «característica social da nossa hora» 1. Nascida num ambiente febril de ansiosas esperanças e por entre juvenis entusiasmos, a Previdência procurou afanosamente «desbravar os seus caminhos» e, abrindo «um mundo de coisas novas para a nossa meditação», ainda segundo expressões do Sr. Deputado Manuel Cerqueira Gomes 2, foi-se desenvolvendo depressa, até vir a sofrer do que já um dia eu próprio chamei «crise de crescimento».

b) Não cuido bem quais possam ser os «erros doutrinários com que vinha estruturada» a Previdência Social.

Se as caixas são a sua «expressão máxima» e, portanto, a sua estrutura fundamental, parece que, no entender do aviso prévio, serão estas o grande vício do sistema. Mas, em tal caso, não se descobre

porquê. Como refiro em trabalho anexo a esta exposição, considero que mais facilmente pode acusar-se de anticorporativo ou socializante o monolitismo de um sistema institucional igual ou idêntico ao preconizado no aviso prévio para substituir as actuais caixas (o sistema de caixa única, fazendo tábua rasa da unidade da «empresa» e da identidade da «profissão»), do que o presente mosaico variegado de múltiplas instituições.

Se é ao regime financeiro da Previdência Social que o aviso prévio pretende referir-se, há-de dizer-se que, sem deixar de se respeitar o seu vivo desamor ao regime de capitalização, era por este, certamente, que uma razoável prudência aconselhava a começar-se, não sendo agora momento oportuno para o alterar ou rever, como o mesmo aviso reconhece. Parece, de resto, que ninguém adquiriu ainda certezas definitivas neste como em outros domínios da previdência social.

Creio também não dever pôr-se a... nódoa negra no esquema de benefícios, que o próprio aviso prévio considera pecar por mingua, antes que por excesso de regalias ou concessões.

Em resumo, para não alongar inutilmente esta análise exegética: o pensamento do aviso prévio terá talvez sido atraído pela infelicidade das palavras. Pretenderia, acaso, referir-se menos a erros doutrinários de estrutura da Previdência Social do que a simples desvios de funcionamento de alguma das suas instituições em momento já passado e ultrapassado. Mas, a ser assim, a questão é de mero carácter histórico e não tem ao presente interesse relevante.

c) Quanto às realizações que «ameaçaram atingir volume incomportável de despesas» e a «isolar-se em discordância dos restantes serviços sanitários», parece que o aviso prévio não deverá ter querido atingir propriamente a Previdência Social, mas apenas uma das suas muitas «expressões» — a Federação dos Serviços Médico-Sociais. Tomando a parte pelo todo, de novo foi atraído pela imprecisão das palavras.

Parece igualmente que se reporta apenas a tempos volvidos, e, portanto, sem conteúdo útil para os fins em vista.

Sem embargo, informar-se-á o seguinte: não se descortina onde haja presentemente qualquer tendência de isolamento «em discordância dos restantes serviços sanitários» e, mais do que isso, pode afirmar-se com inteiro vigor que a Federação tem estado a proceder exactamente ao arripio de tal orientação, como o ilustre autor do aviso prévio muito bem saberá e sem dúvida virá a fazer a justiça de esclarecer na Assembleia Nacional. Quanto ao «volume das despesas», o Sr. Deputado Manuel Cerqueira Gomes decerto não ignora também (até por várias indicações pessoais do Ministro, designadamente a propósito do problema da radiologia) os notórios esforços da Federação para reduzir esse volume a limites comportáveis. Espera-se que S. Ex.^a possa aproveitar a efectivação do aviso prévio para o reconhecer expressamente e que não perca a oportunidade de, ao mesmo tempo, habilitar a Câmara e o Governo a ajuizarem com exactidão da viabilidade financeira do esquema de benefícios preconizado no aviso prévio, de modo a ninguém ter legítimas dúvidas de que não arrastará a Previdência Social para um... permanente «volume incomportável de despesas» e, portanto, para a completa falência financeira do sistema.

d) A afirmação de que a Previdência Social foi «detida há mais de três anos», não tendo em si mesma qualquer interesse

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS
BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!

METORMON

(metilandrostenediol)

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

INDICAÇÕES:

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

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

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

DIORMON

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

INDICAÇÕES:

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

NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.

EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

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

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

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

visível, parece ter sido feita apenas para se reforçar um reparo: o de que, não obstante esse espaço de tempo, a Previdência Social, «que é um dos mais vultosos problemas da nossa hora, continua sem revisão».

O alcance da afirmação deverá, portanto, ser o seguinte: a Previdência Social foi detida pelo Governo há mais de três anos e esta detenção tem de significar o reconhecimento de que era necessário revê-la. Como tal revisão se não fez até agora, o Governo deixou de dar satisfação a uma necessidade que ele próprio reconheceu.

Ao Ministro das Corporações e Previdência Social afigura-se, porém, que esta conclusão é de todo improcedente.

Na verdade:

1.º Se o aviso prévio, falando genericamente em «previdência social», pretende referir-se à... Previdência Social propriamente dita, é errada a premissa de que partiu para a sua aludida conclusão, pois ninguém fez deter a Previdência Social há mais de três anos.

A única directriz marcada a este propósito deu-a o Ministro das Corporações e Previdência Social há... *menos de três anos*, quando aconselhou «pausa» nas... realizações da Previdência, isto é, nas conquistas da sua acção em profundidade e precisamente em ordem a um «exame autocrítico» que tornasse possível eventuais revisões.

Mas não quis deter e não deteve a Previdência Social, de resto já aplicada à generalidade do comércio e da indústria. Tanto ela não foi detida que se alargou em 1952 às indústrias de sapataria e chapelaria. O próprio aviso prévio pôde categoricamente afirmar que «está para breve» (*sic*) a incorporação «de outros grupos de trabalhadores assalariados» — embora o Ministério das Corporações e Previdência Social não disponha de mais notícias a tal respeito do que as ministradas no referido aviso prévio...

2.º Se o aviso prévio, ainda que falando genericamente da Previdência Social, pre-

tende atingir apenas (com nova imprecisão de linguagem) uma das suas várias «expressões», a Federação dos Serviços Médico-Sociais, ou mesmo esta e o esquema de seguro doença por ela praticado, terá talvez razão na premissa, mas continua a não ter na conclusão.

O ilustre autor do aviso prévio estará certamente recordado de que, pouco depois da data que designa por «há mais de três anos», foi reorganizada a Federação (26 de Setembro de 1949) e reformado o esquema do seguro doença (Decreto n.º 37.762, de 24 de Fevereiro de 1950).

Ora, salvo melhor critério, isto chama-se em termo rigorosamente adequado, uma revisão...

4. Pode, todavia, independentemente de todo o exposto, colocar-se a questão de saber se deve ou não pensar-se numa reforma geral da Previdência Social.

O aviso prévio (n.º IV), depois de enunciar-se os problemas que tal reforma deveria comportar, propõe-se fazer a demonstração de que «tanto a nossa como a alheia experiência já nos dão luzes» bastantes para romper a indecisão actual e de momento construir um novo sistema...

Também o Ministro das Corporações e Previdência Social entende que, para além da disciplina de funcionamento que ele tem procurado instaurar ou reforçar na vida das instituições da Previdência Social, são aconselháveis certas reformas de fundo ou de estrutura, até agora impedidas, não pelo que no aviso prévio se quis chamar «indecisão actual», mas por uma efectiva impossibilidade prática, derivada do desconhecimento do regime financeiro que poderia adoptar-se, como se esclarece em documento anexo a esta exposição.

No referido documento se explanam igualmente as razões pelas quais o Ministro das Corporações e Previdência Social tem de lamentar, e sinceramente lamenta, não poder partilhar do optimismo do aviso prévio quanto à insuficiência das «luzes» da nossa e da alheia experiência para a

construção «de um novo sistema». Aquil dir-se-á apenas que todas as aludidas razões se apoiam no facto de ser uma novidade a instituição da Previdência Social, em Portugal como no resto do Mundo.

Esta novidade obriga e haverá ainda de obrigar, por bastante tempo, a uma aprendizagem que nem sempre conforme a segurança dos princípios de onde se partiu e a prudência dos critérios por onde se actuou. Já um dia pôde afirmar que suponho difícil emitir-se, por enquanto, juízo seguro sobre um perfeito sistema de previdência social, porque se não sabe como reagirá a vida, em definitivo, relativamente a qualquer deles. «Neste domínio, entre nós como lá fora (conclua eu então), pisa-se verdadeiramente uma terra de experiências».

Presto ao ilustre autor do aviso prévio a grata homenagem de afirmar que o Ministério das Corporações e Previdência Social enfileira no número das pessoas que mais têm procurado conhecer e examinar as suas ideias sobre previdência social, sempre na preocupação de encontrar a firmeza do pensamento condutor de S. Ex.ª. Mas, infelizmente, ainda não foi possível descortinar, até agora, «luzes bastantes» para nele adquirir certezas capazes de ajudarem a «construir um novo sistema».

Ilustrarei a afirmação com alguns exemplos — que me limito a apontar:

a) Pelo menos até à apresentação do aviso prévio *nunca* discordou de que se tivessem incluído as doenças de curta duração no esquema de benefícios da Previdência Social e, antes, encomiasticamente se referiu a esta inclusão, que dizia estar de harmonia com a Regulamentação Internacional do Trabalho³ e considerava como «os primeiros degraus na protecção dos nossos trabalhadores», assim libertos da dependência «dos favores da caridade ou da filantropia»⁴. Ainda há relativamente poucos meses, em trabalho que se dignou elaborar a meu pedido, mantinha a defesa deste seguro, propondo até, como uma das formas de se «evitar a fraude das baixas», o re-

Nas perturbações circulatórias de origem orgânica e nervosa

Novidade

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

LACARNOL »forte«

Lacarnol - soluto de açúcar invertido

Para injeção endovenosa
5 ampolas de 10 cm³

Para o tratamento constante do coração idoso

LACARNOL gotas

frascos de 20 cm³

Ph 2441 - Po.

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

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



gresso «à carência inicial de três dias», que pelo mesmo motivo fora alterada para seis, em 24 de Fevereiro de 1950 (pelo Decreto n.º 37.762, onde se deu satisfação a várias críticas ao tempo formuladas por S. Ex.ª).

No mesmo trabalho, defendendo, embora, também a inscrição do seguro de longa doença no esquema de benefícios da Previdência Social, admitia, no entanto, que não viesse a estabelecer-se («não se querendo adoptar ou criar a modalidade do risco doença longa», escrevia).

Agora, porém, diz no aviso prévio que «deve inverter-se o período do plano assistencial», em ordem a «não atender as doenças de curto prazo, que pela tentação das baixas são pesadelo das tesourarias».

b) Referindo-se ao modo de prestação dos serviços médicos, não recusou, até há pouco, legitimidade ao princípio da existência de médicos privativos, quer na Federação ou nas caixas, quer nas Casas do Povo ou dos Pescadores, limitando-se a alvitrar formas diversas de selecção e modificações no regime de remuneração.

Reconhecia, é certo, que «a racionalização da medicina ergue ainda entre nós oposições enérgicas», visto preferirem «alguns que se tivesse adoptado o regime da clínica aberta». Mas, para resignação destes inconformados, logo acrescentava, sem anátemas doutrinares, que tem de reconhecer-se a necessidade de «enveredar no nosso país pelo caminho da racionalização» e que, «fechando a exiguidade dos recursos (...) possibilidade de opção» pelos «processos de um ou de outro sistema», «não cabe outra atitude além de aceitar». E, como que a invocar legitimidade, em face dos princípios, para a solução adoptada, reforçava a justificação desta dizendo que «pois continuam as opiniões divididas, mas a força evolutiva dos acontecimentos, com a extensão progressiva dos serviços sanitários pelo regime dos seguros obrigatórios, vai levando a medicina para uma socialização mais ou menos completa»⁶. Já antes, no mesmo

ponder de espírito, ergueu a um hino de louvor ao «domínio social»⁷, afirmando que se fechou «o episódio do individualismo e dos Estados liberais, (...) guardas benévolo das iniciativas privadas!» «Particularmente, accentuava, pode cada um de nós ficar no quadrante que melhor preferir» (saudosos do liberalismo, defensor do estatismo, etc.); mas nas questões da previdência em geral e da saúde em especial, «temos de ser objectivos: a hora é do social». Daí que a medicina, «de livre no seu exercício e de individual na sua prestação de serviços», tenha passado a ser gradualmente «regulamentada em mais ou menos extensão» e a caminhar «em sentido social», «num social que ganha significado diferente do que era tradição».

Louvava, entretanto, que o nosso sistema de previdência social não tivesse passado de «meia socialização» e pedia que se procurasse sempre «funcionalizar o médico» o menos possível, indicando o processo adequado da simbiose, que era este: aos clínicos gerais e especialistas, que só estavam a receber «vencimento fixo» (funcionalização), deveria manter-se este «vencimento básico» e, semelhantemente ao sistema adoptado para os «cirurgiões», ordenar «sobre ele um suplemento em proporção do número de doentes assistidos, desde um mínimo até um máximo a considerar» (desfuncionalização) — donde resultava a defendida «meia socialização».

Agora, no aviso prévio, embora sabendo-se que não aumentaram os recursos financeiros (cuja exiguidade era justificação prática do médico privativo) e que se deve ter mantido a «força evolutiva dos acontecimentos» (dos quais resultara termos de escolher o «quadrante» chamado da «meia socialização»), arvora, como princípio incontroverso, que «a nossa Previdência deve renunciar a funcionalizar os médicos com vencimento fixo» e que «todos os médicos devem ter o direito de prestar serviços no seguro de doença, como todos os segurados

devem ter o direito de escolher o médico da sua confiança».

c) Ainda a propósito da debatida questão entre médicos privativos ou clínica livre, partia da existência daqueles para a legitimidade do princípio dos economicamente débeis, escrevendo: «Se (o seguro doença) limita os médicos, porque não limita, em justo paralelo, os doentes, a exemplo da Espanha, que tem também médicos privativos e restringe o campo de aplicação aos economicamente débeis, definidos por um salário anual que não exceda 18.000 pesetas?» «Lógicamente, entendia também que, mantendo-se a extensão da assistência médico-social para além dos economicamente débeis, isto é, podendo incluir-se nela a generalidade da população, deveria a Previdência Social, como nos países onde esta se mostra mais socializada, admitir «todos os médicos», visto «levar todos os doentes»¹⁰.

Com base neste raciocínio, o Ministro das Corporações e Previdência Social alvitrou um dia que se aceitasse a baliza limitadora dos economicamente débeis e, em princípio (ao menos em princípio), se mantivesse a admissibilidade de médicos privativos, conforme o referido «justo paralelo».

Agora, no aviso prévio, considera incindíveis o critério dos economicamente débeis e o critério da clínica livre.

d) Apontava com frequência o exemplo da previdência social em Espanha¹¹, «onde rege a doutrina de um Estado forte com tendências sociais», mas «não socialistas», e onde, no entanto, o seguro doença «abrange todos os produtores por conta própria ou alheia» (só com a restrição de «rendas de trabalho cujos limites progressivamente se ampliam»), tem médicos privativos, possui postos em que «se concentram os clínicos gerais e os especialistas com o seu instrumental de semiótica» e com os seus «laboratórios de análises e de raios X», ergueu hospitais e sanatórios, etc.

No aviso prévio, todavia, considera que

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44—LISBOA

hã-de ter-se como fenómenos inequívocos de socialização da nossa Previdência Social a inclusão dos trabalhadores de conta própria ou independentes no seguro doença, a existência de médicos privativos e a criação de qualquer serviço próprio, incluindo os «radiológicos e analíticos».

e) Entendia, há quatro anos, que «a concentração dos serviços médico-sociais das caixas» na Federação «marca um aumento real de eficiência» sobre o que «anteriormente se fazia» — embora à Federação se não possam «pedir maravilhas e perfeições», porque a solução que busca é, «como em todos os países», «por caminhos virgens», e porque, também «em todos os países» a «organização do seguro contra a doença levanta desgostos e protestos», acrescentando que «se o Estado, na sua função orientadora, conseguir (...) rectificar-lhe algumas atitudes (...), benditos os esforços, porque teremos uma obra de notável utilidade social»¹².

Apesar de este referido estado de coisas só ter melhorado de então para cá e de terem sido designadamente rectificadas as aludidas atitudes, entende agora, no aviso prévio, que da concentração não resultou nem «superior eficiência» nem embaratecimento do serviço — atribuindo a causa ao suposto facto de as caixas continuarem «com o mesmo sistema de encargos» e de haver, portanto, «sobreposição de dois organismos para o mesmo fim»; mas achando perfeitamente lógico concluir daqui, com menosprezo das alegadas vantagens da concentração, não a necessidade de as caixas abandonarem a duplicação, mas a conveniência de recusarem integrar-se na Federação.

f) Proclamava, há cerca de quatro anos, que «decididamente» ainda se não pode dar «um juízo nem completo nem definitivo sobre os Serviços Médico-Sociais da Previdência Social, não só porque ainda «tacteam», mas também porque «em nenhuma parte se encontrou ainda a fórmula feliz».

No aviso prévio, porém, considera já chegada a hora de, com as «luzes bastantes» da nossa e da alheia experiência, «construir um novo sistema».

Para não alongar demasiado este quadro exemplificativo acrescentarei apenas que no próprio aviso prévio aparecem contradições, a ericar de dificuldades uma visão perfeita do pensamento do seu ilustre autor. Citam-se as seguintes a título demonstrativo:

1.ª Entende que a Previdência Social «não deve atender as doenças de curto prazo».

Mas entende também que as prestações médicas e farmacêuticas «devem completar-se» (as actuais, que respeitam às doenças de curto prazo), garantindo... «assistência nocturna» e... «ampliando os medicamentos», como já tinha entendido, noutra lugar, que deveriam completar-se gastando «dinheiro na medicina preventiva»¹³.

2.ª Entende que «o financiamento do Plano de Fomento supõe para a Previdência, durante seis anos, a manutenção da capitalização actual».

Mas entende também que se deve «capitalizar menos» e construir desde já «um novo sistema» nessa base, com maior distribuição nos riscos imediatos e menores reservas para os seguros a longo prazo.

3.ª Entende que «entre os trabalhadores assalariados deve haver ramos com privilégio», pois «o seguro tem de chegar a todos» (exceptuados certamente os não economicamente débeis).

Mas entende também que, quanto aos trabalhadores rurais (os mais numerosos e mais débeis) a organização deveria... «prestar ao menos o seguro doença».

4.ª Entende que a estrutura administrativa da Previdência Social ficaria melhor determinada com as caixas federadas, logo de entrada, numa «caixa única, que preste directamente os serviços sem necessidade de órgão intermediário».

Mas entende também que esta caixa única seriam «caixas únicas distritais», federadas ou ligadas a uma «caixa nacional

central», que «asseguraria a unidade do plano geral de previdência».

Tudo quanto se deixa exposto nada prova contra o aviso prévio ou contra o seu ilustre autor. Prova simplesmente que estamos em face de problemas delicados pela sua novidade, pela sua complexidade e pelos seus profundos reflexos na vida social. Daí, naturalmente, que tenha de haver, perante eles, muitos espíritos com algumas indecisões e alguns espíritos com muitas confusões.

5. O aviso prévio (n.º III) pretende, finalmente, demonstrar qual o «novo sistema» de previdência social a «construir», e é assim, nesta parte, verdadeiramente programático.

O plano geral da reorganização ou «revisão» proposta foi ou virá a ser encarado sob cinco aspectos — a que muito pouco há a esclarecer, se de esclarecimentos se pode tratar aqui. Em duas reuniões, realizadas

respectivamente em 11 de Outubro de 1951 e 4 de Fevereiro de 1953 (a primeira das quais foi honrada com a presença do ilustre autor do aviso prévio, na sua qualidade de de bastonário da ordem dos Médicos), o Ministro das Corporações e Previdência Social teve oportunidade de fazer algumas considerações, tanto quanto possível desenvolvidas, sobre aqueles referidos aspectos (além de outros a eles ligados). Remetendo a V. Ex.ª, em documento anexo, os apontamentos de que então me socorri ao apresentar essas condições, a Assembleia Nacional poderá tomar conhecimento exacto do pensamento do Ministro a respeito de tais problemas. De outro documento, que também peço licença para junto remeter a V. Ex.ª, constam os esclarecimentos que me forneceu a Federação dos Serviços Médico-Sociais, directamente visada em vários passos desta parte do aviso prévio.

Ao exposto nesses dois mencionados documentos acrescentarei as anotações seguintes:

a) A estrutura administrativa preconizada no aviso prévio, admitindo apenas caixas pluriprofissionais (ditas caixas únicas) distribuídas por distritos ou outras áreas regionais, parece mostrar-se excessivamente geométrica ou rigidamente planificadora — é monolítica. Não tem lugar para caixas de empresa (instituições de previdência que, quando se mostrem viáveis, são «providenciais» à face da nossa ética político-social) e não abre excepção nenhuma para caixas de actividade (justificáveis ou até indispensáveis em casos de características especiais, como, por exemplo, a marinha mercante).

A propósito da actual estrutura administrativa, o aviso prévio critica a existência da Federação — que diz ter encarecido o sistema pela sobreposição de dois organismos para o mesmo fim.

Já me referi a esta crítica nas alíneas e) e f) do anterior parágrafo 4. Ao que nesse lugar ficou dito, com palavras do próprio autor do aviso prévio, acresce que:

1.º Verificando-se o alegado «encarecimento do sistema» e resultando, como pretende o aviso prévio, da invocada «sobreposição de dois organismos para o mesmo fim», o comentário lógico seria, dado o «interesse real em concentrar a organização», discordar-se do facto de as caixas manterem o seu sistema (porque não... «em defesa de sua burocracia?»), em vez de se atacar a Federação.

2.º Na realidade não há «sobreposição de dois organismos para o mesmo fim», visto as caixas terem de continuar a existir para a realização dos vários fins da previdência social e da sua organização, exceptuado o fim específico de acção médico-social — cuja realização foi confiada ao órgão concentrador.

3.º De um modo absoluto não pode afirmar-se o alegado encarecimento. Há caixas não federadas que, por terem esquemas mais ricos, gastam mais por cabeça. Interessa também averiguar, quando se pretendem fazer comparações, se as prestações sanitárias abrangem ou não pessoas de família dos beneficiários. Importa igualmente considerar as «frequências», isto é, o número de tratamentos, de serviços de enfermagem e de uso dos meios auxiliares de diagnóstico. O aviso prévio terá tomado em consideração, por exemplo, o... volume e o peso das análises e das radiografias no custo da acção médico-social da Federação?

b) Sobre o campo de aplicação da Previdência Social parece-me de considerar os apontamentos que faço a seguir:

1.º O aviso prévio defende que se restrinja este campo aos economicamente débeis; mas não esclarece se tal restrição deve abranger todos os ramos do seguro social ou apenas o ramo seguro doença e, sobretudo (porque é o mais difícil), não indica o «salário-limite» que serviria para definição prática do economicamente débil.

Não custa chegar-se a acordo na aceitação do princípio, conhecido da doutrina e da legislação; mas resta apurar critério razoável para a sua aplicação. Nos meus

Tratamento das ENTERITES

COLITES E ENTEROCOLITES

Sem provocar AVITAMINOSES B

LACTANO

(Cloridrato de tiamina + Riboflavina + Vitamina PP + Lactobacillus bulgaricus e acidophilus + Streptococcus lactis)

MODIFICADOR DA FLORA INTESTINAL

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 150 c. c. de caldo

Tubo de 20 comprimidos

Caixa de 3 tubos de 20 comprimidos



LABORATÓRIO FIDELIS

Rua D. Dinis, 77 - LISBOA

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

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

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

1 Dose	Esc.	15\$00
3 Doses.	Esc.	43\$00
5 Doses.	Esc.	70\$00
10 Doses.	Esc.	138\$00

FORTE

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses.	Esc.	44\$50
5 Doses.	Esc.	71\$50
10 Doses.	Esc.	139\$00



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

apontamentos, atrás indicados, está expresso o sentido em que, a este respeito, se orienta o pensamento do Ministro das Corporações e Previdência Social.

2.º O aviso prévio afirma que, por ser demasiado «ampla» a «extensão» do seguro social (chegando a abranger os trabalhadores de conta própria ou independentes, «os administradores e os gerentes»), «deve rectificar-se» este campo de aplicação, «antes de incorporar na Previdência, como está para breve, outros grupos de trabalhadores assalariados».

A parte esta... anunciada incorporação (que se desconhecia no Ministério, como atrás ficou dito) e as possíveis divergências sobre a definição concreta dos economicamente débeis, cumpre-me informar que não tem oportunidade a reclamação feita no aviso prévio. Efectivamente, conforme se refere nos apontamentos juntos em anexo, há quase um ano que os sócios, directores ou administradores e gerentes de empresas, e bem assim os trabalhadores de conta pró-

pria (mesmo... quando economicamente débeis), foram eliminados da Previdência Social — o que tudo consta de despachos publicados no *Diário do Governo*.

3.º O aviso prévio vai demonstrar que, com a sua nova organização das caixas, «seria possível, pela solidariedade de todos os contribuintes, prestar ao menos o seguro de doença aos trabalhadores rurais, que excedem o milhão».

Ignoro se, no pensamento do aviso prévio, o alargamento do «regime de medicina organizada» a mais não sei quantos por cento (muitos, sem dúvida) da população portuguesa não será também mais um alargamento da temida «socialização da medicina»¹⁴. Igualmente ignoro os cálculos financeiros em que o aviso prévio se terá baseado para afirmar que *seria possível* aplicar, não já *um* seguro doença aos trabalhadores rurais, mas *o mesmo* seguro dos trabalhadores do comércio e indústria e praticado até nas mesmas caixas.

Aguardo que o desenvolvimento do aviso

prévio possa esclarecer o Governo a este respeito — oxalá que suficientemente. Nos apontamentos aqui anexos, o Ministro das Corporações e Previdência Social toca este assunto; mas foi menos ambicioso e, ainda assim, muito... hesitante, não se considerando apto, sequer a formular soluções concretas, que deixou, cépticamente, para exame e estudo.

4.º Neste mundo repleto de mil teorias de segurança social (tantas vezes precárias), o aviso prévio entende que «vai crescendo, mesmo em países sem a nossa doutrina, a torrente de tornar facultativo o seguro dos trabalhadores independentes».

Sem aquilatar da força da torrente, parecia que, no próprio aviso prévio, era em nome do princípio dos economicamente débeis que deveriam ou não incluir-se no seguro obrigatório os trabalhadores de conta própria ou independentes — e, ainda assim, reservando-se a exclusão, segundo alguns, somente para o seguro doença. Foi sobretudo por sérias considerações de ordem prática, como largamente se explica nos apontamentos aqui anexos, que se julgou preferível eliminá-los de toda a Previdência Social, mesmo quando economicamente débeis.

Defende o aviso prévio que se dê igual tratamento aos membros das profissões liberais (advogados, engenheiros e médicos).

A Previdência dos advogados não foi organizada com directa intervenção do Ministério das Corporações e Previdência Social.

A Previdência dos engenheiros não passa, ao menos por enquanto, de vacilante tentativa — que nasceu de voto aprovado no II Congresso Nacional de Engenharia.

A Previdência dos médicos, que tem mais antecedentes históricos, iniciou-se sob a forma de mutualidade e, depois de vicissitudes várias, foi organizada nos moldes do seguro social obrigatório (com as características especiais da profissão) pelo Decreto-Lei n.º 33.513, de 27 de Fevereiro de 1946.

Deve permanecer nestes moldes, embora com outra regulamentação? Porque a Ordem dos Médicos sabe não se estar perante uma classe economicamente débil ou por qualquer outra razão atinente, deve preferir-se que a instituição desapareça, sabido que se não manterá como caixa de seguro livre?

É problema que tem dado origem a vários estudos e sugestões, sem que no Ministério haja a antecipada orientação de resolver contra os desejos do aviso prévio.

c) Quanto a prestações da Previdência Social, o aviso prévio entende que os beneficiários «gozam» e devem continuar a gozar de «assistência na doença, pensões de invalidez e de sobrevivência e abono de família». Advoga, ao mesmo tempo, que o «seguro de desemprego» fique em administração comum com os outros «seguros sociais» e que se inverta «o sentimento do plano assistencial», não atendendo «as doenças de curto prazo» e cuidando das «doenças de longo curso» (a tuberculose, todas as outras doenças infecto-contagiosas, o cancro, as doenças mentais). Ora:

1.º É inexacto que as contribuições para desemprego tenham sido calculadas e sejam administradas sob a forma de seguro e que, portanto, possa verdadeiramente falar-se de «seguro de desemprego» como uma modalidade do nosso seguro social.

2.º É do mesmo modo inexacto que o abono de família esteja organizado entre nós também sob a forma de seguro — e não se vê necessidade de mudar de processo.

Nestas condições, diversamente do afirmado no aviso prévio, o abono de família não faz parte do esquema de benefícios da Previdência Social e não pode, portanto, ser chamado a intervir na distribuição da taxa global da mesma Previdência pelos diferentes ramos de seguro — sendo muito de temer as consequências práticas a que podem levar confusões desta natureza.

Ainda diversamente do afirmado no aviso prévio, o Ministro das Corporações e Previdência Social entende que se devem «corrigir os escalões iniciais do abono de família» em ordem a melhores ajustamen-



COMPOSIÇÃO

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

FRASCO COM 20 COMPRIMIDOS

Laboratório  Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL



MIOCILINAS

NOVOS PREÇOS

A	300.000 U.	R	200.000 U. (Infantil)	Cx. 1 — 10\$00
			Cx. 3 — 24\$00	
	500.000 U.		400.000 U.	Cx. 1 — 12\$00
				Cx. 3 — 33\$00
	Cx. 1 — 13\$00		Cx. 5 — 52\$50	
			Cx. 10 — 100\$00	
	1.500.000 U.		600.000 U.	Cx. 1 — 14\$00
				Cx. 3 — 39\$00
	Cx. 1 — 23\$00			Cx. 10 — 120\$00

FRASCOS SILICONADOS

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

tos. É este um domínio a que ele tem procurado dar a maior atenção. Como digo nos apontamentos remetidos em anexo, já se pôde melhorar o abono em alguns casos de mais injusta inferioridade; e uma nova «disciplina administrativa (atenta na fuga da receita, critério apertado nos destinos da despesa e procura persistente de reembolsos devidos) permitiu» iniciar com êxito apreciável a reconstituição do Fundo Nacional — agora já com algum desafogo, mas ainda sem energia para muito mais do que o alívio de anteriores inquietações ou dificuldades.

3.º Por motivos de natureza financeira, a sobrevivência não tem podido inserir-se como prestação normal dos nossos esquemas de benefícios, contra o que se depreende do aviso prévio. O que se pratica como regra é o subsídio por morte. O aviso parece confundir as duas coisas, que, não obstante, são muito diferentes.

4.º Segundo alvitre do aviso prévio, do seguro doença devem eliminar-se as doenças de curta duração.

A afirmação produzida neste sentido é expressa e categórica — embora, a seguir, venha também a afirmação de que devem tornar-se suficientes e completar-se as prestações fornecidas nas doenças... de curta duração.

Suponha-se, porém, que o aviso prévio se não contradiz nesta matéria.

Será defensável não atender mais as doenças de curto prazo?

Os médicos costumam ensinar que convém olhar com atenção para a medicina preventiva, porque também nos domínios da saúde «vale mais prevenir do que remediar». Certamente com base nestes raciocínios, no *Diário das Sessões*, pela pena do ilustre autor do aviso prévio, já um dia se proclamou que «é preciso primeiro lembrar à Previdência a utilidade de gastar dinheiro com a medicina preventiva»¹⁵.

Na lógica desta orientação, também os médicos costumam ensinar que, com medicina preventiva ou sem ela, é erro funesto desprezar as «pequenas doenças» — que tocam a todos e podem levar, e levam quase sempre, quando abandonadas, ao mal maior da doença longa. Como, então, eliminar da Previdência Social as doenças de curto prazo?

Minimiza-se o valor da gripe, das febres tifóide e paratífóides, das pneumonias, dos panarícios e flegmões, das otites e anginas, das fracturas susceptíveis de terapêutica ambulatória, do sarampo, escarlatina, varíola e demais doenças eruptivas, das nefrites, etc. *Dicant paduani!*

É bem verdade que o aviso prévio não invoca, em favor da sua tese, razões sanitárias, mas só razões financeiras (razões financeiras, claro está, da Previdência Social): «pela tentação das baixas», as doenças de curto prazo «são o pesadelo das tesourarias».

Para diminuir as... ocasiões de tentação, o ilustre autor do aviso prévio defendia, em 1949, que o período de carência passasse, como passou, de três para seis dias. Alvi-

trava, em 1952, que se voltasse ao anterior prazo de três dias. Sugere agora que se elimine por completo com a eliminação do próprio direito à assistência sanitária.

Como a «fraude das baixas» só é possível com a aquiescência ou a autorização do médico, vê-se até que ponto o aviso prévio considera a generalidade dos médicos portugueses capazes de cederem... à tentação das fraudes! O Ministro das Corporações e Previdência Social, em nome da justiça e da verdade, recusa-se a pensar assim.

Sem embargo, registro com algum agrado a preocupação do aviso prévio em, por cima do próprio aspecto sanitário da doença, ter a visível preocupação do problema económico ou financeiro que todas as doenças são — mesmo quando os encargos dos tratamentos cabem ao... «terceiro pagante», que é a Previdência Social.

Espera-se que tenha havido igual cuidado na fixação das prestações do seguro de longa doença — espera-se que o tenha havido e que se faça a demonstração de o ter havido. Até lá, mesmo sem estudos minuciosos e sem cálculos exactos, o Ministro das Corporações e Previdência Social crê poder legitimamente pôr em dúvida que seja financeiramente possível (com hospitalizações, cirurgia, tratamento da tuberculose e das demais doenças infecto-contagiosas, do cancro e das doenças mentais — que, em 1952, o ilustre autor do aviso prévio dizia deverem ficar a «carga total do seguro», bem como os «partos, normais ou distócicos») prestar assistência sanitária aos 1.200.000 beneficiários actuais, acrescido do novo milhão e não quantos mil trabalhadores rurais!

d) O aviso prévio parece não ter distinguido nitidamente entre regimes financeiros da Previdência Social e sistemas de distribuição da taxa global arrecadada para os diferentes ramos de seguros cobertos pela mesma Previdência.

Isto explica, talvez, que defenda a manutenção da actual taxa global (fixada em ordem ao regime da capitalização) e alvitre ao mesmo tempo que se capitalize menos, sob a alegação de estarmos «em regime de capitalização excessiva».

Nos apontamentos junto enviados em anexo vão algumas das considerações que este e outros «modos de pensar» me sugerem. Aqui dárei apenas, com a devida vénia:

1.º Não se compreende como poderá o aviso prévio distribuir a taxa global pelos diferentes seguros, de modo a «capitalizar menos» nos ramos de curto prazo, desde que entenda simultaneamente que «o financiamento do Plano de Fomento supõe (...), durante seis anos, a manutenção da capitalização actual».

2.º Se acaso o aviso prévio pretende apenas, por agora, que se vão «arranjar os dispositivos» para a execução, daqui a seis anos, do esquema de benefícios por ele proposto, não se compreende a utilidade de construir desde já, à distância de... tão longo prazo, «um novo sistema».

e) Que dizer do modo de prestação dos serviços médicos?

As informações a este respeito fornecidas pelo presidente da direcção da Federação dos Serviços Médico-Sociais, aqui juntas em anexo, dispensar-me-iam de qualquer outro esclarecimento.

Contra o afirmado no aviso prévio:

1.º Lá está esclarecido que, se há no seguro social quebra de individualidade dos actos médicos ou lamentável desumanização da medicina e massificação do seu exercício, não se trata de feias culpas da Previdência Social, mas de características (louváveis ou censuráveis — não se discute agora) da medicina moderna, mercê da sua forte tendência para a especialização e das novas técnicas do diagnóstico e tratamento da doença.

2.º Lá está esclarecido também como... não é possível dar aos segurados o direito de livremente escolherem o médico da sua confiança — salvo se (socializando terrivelmente a medicina) o Estado obrigar todos os médicos a trabalharem no seguro social e a receberem as remunerações que este puder adoptar, ou se os beneficiários só tiverem confiança... em médicos inscritos na Previdência Social.

3.º Lá está esclarecido ainda que há-de ser tão verdadeiro e tão perigoso funcionar (talvez preferível a «funcionalizar») o médico da Previdência com um «vencimento fixo» (que, segundo creio, o ilustre autor do aviso prévio já reputou baixo e entendeu não dever ser considerado «vencimento» para efeitos de acumulação, de abono de família e de tributo fiscal), como o é no caso de médicos privativos dos hospitais, dos sanatórios, das maternidades, das associações de socorros mútuos e, até, de muitos (que oxalá fossem muitos mais) estabelecimentos fabris.

4.º Lá está esclarecido, do mesmo modo, que nem todos os médicos da Previdência Social são contratados, como nem todos recebem vencimento fixo — havendo-os remunerados por acto médico e por serviço prestado.

5.º Lá está esclarecido igualmente que é talvez mais fácil demonstrar-se a contribuição da Previdência Social para o emprego do que para o desemprego da classe médica.

6.º Lá está esclarecido finalmente quanto é inexacto afirmar-se que a Federação «quer agora impor a criação de serviços de radiologia» e que sobre os analistas pesa a injusta «ameaça» de serviços privativos destas especialidades.

Não obstante todo o exposto, a alusão aos médicos privativos e aos serviços privativos de análises e radiologia e obriga a um apontamento especial do Ministro a estes pontos do aviso prévio.

A Previdência Social, como já ficou salientado, não trabalha apenas com médicos contratados e a remuneração destes nem sempre tem a forma de vencimento fixo e até, fora de Lisboa e Porto, pode dizer-se que a não tem.

Como várias vezes referi ao ilustre autor

PELVITE

LIQUIDO

Ácidos insaturados do óleo de bacalhau, ácido linolénico, salicilanilida, ácido undecilénico, em veículo apropriado.

ANTI-PRURIGINOSO.
TRATAMENTO DE TINHAS
E OUTRAS EPIDERMOMI-
COSES (Pé de atleta, etc.).

OUTRAS AFECÇÕES
CUTANEA S.

Daire

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Viriato, 27-A

Telef. 48966

LISBOA-N.

DAIREFEDRIL

(XAROPE)

CALMANTE - EXPECTORANTE

Efedrina, Codeína, Dionina, Bromofórmio, Acónito,
Beladona, Estramónio, Drosera, Lobélia, Brometo
de cálcio, Benzoato de sódio

PARA AS AFECÇÕES DAS
VIAS RESPIRATÓRIAS

Tosses, Bronquites crónicas, Catarrros,
Asma, Gripe, etc.

do aviso prévio, tenho toda a preferência por soluções em que se alargue, na maior medida possível, a faculdade de os médicos trabalharem para o seguro social. Neste sentido se fizeram estudos e se vêm fazendo experiências.

O problema é difícil. Sofre vivas discussões, mesmo entre médicos. O próprio autor do aviso prévio já escreveu que «universalmente se arriscam passos, tentam soluções e em nenhuma parte se encontrou ainda a fórmula feliz»¹⁶.

Ouçõ citar com frequência o exemplo da França¹⁷ — o da França, neste caso, e não o da Espanha, citada para a conveniência de outras soluções, porque a Espanha tem médicos privativos (desmentindo assim a «verdadeira excepção» que o aviso prévio diz ser a «posição dos médicos portugueses em relação ao seguro social»). Mas o exemplo, que desta vez no aviso prévio não chegou a ser referido expressamente, não convence por si só. Pode até convencer do contrário, desde que se saiba que nem por isso lá deixaram de surgir autênticas ondas de protestos e reclamações dos médicos e também... da Previdência Social, já colocada à beira da ruína financeira, de que o Estado tem de salvar à custa do... erário público, visto o seguro social se ter ali estruturado «mais fortemente no sentido socialista», como diria o aviso prévio.

A nossa experiência há-de fazer-se partindo de dois pressupostos indiscutíveis: o Estado não é contribuinte da Previdência Social, mesmo para sanar *deficits*: a Previdência Social só pode gastar até onde tiver. A luz deste critério havemos de fixar o esquema de benefícios e velar pela sua execução. A luz dele, portanto, havemos de olhar pelas prestações do seguro doença, incluindo as médicas ou... a começar por elas. Na doença, torno a dizê-lo, não são só o problema sanitário, mas também o problema económico, mesmo quando este se transfere para o seguro social.

O Ministério das Corporações e Previdência Social conhece alguma coisa da experiência portuguesa, constituída não só pelos muitos «casos pequenos», que, somados, representam peso considerável, mas também por alguns casos agudos ou de certo vulto (raros, em todo o caso — digo-o gostosamente, em homenagem devida ao mérito profissional do nosso corpo médico e aos seus altos valores morais). Conhece ao mesmo tempo a falta de apoio que tem encontrado na Ordem dos Médicos para que se inicie uma política corporativa de disciplina profissional. (Nem valeria dizer-se que faltam ao organismo corporativo da classe médica instrumentos legais adequados para agir — que, de resto, podiam ter sido estudados. Também os não há para proibir a aceitação de tabelas do seguro social ou para apoiar a aceitação de tabelas do seguro social ou para apoiar resistências a essas tabelas, e, todavia, parece que ambos os factos se têm verificado. Também nos não havia, até há pouco, para disciplinar as especialidades, e, não obstante, vinham sendo... disciplinadas à margem da lei).

Assim, como lançarmo-nos, abruptamente e sem temor, na prática geral da clínica chamada «livre» em medicina social?

O próprio autor do aviso prévio, aceitando publicamente, como já o fez e atrás deixei referido, que da escassez de recursos financeiros resulta plena justificação prática do médico privativo, reconheceu claramente que este tem, sem dúvida, de ser considerado menos caro do que o da «clínica aberta». É um apontamento a registar.

Mesmo no aviso prévio, ao considerar (indubitavelmente com exagero imerecido da generalidade da sua classe) que a «fraude das baixas» é de molde a aconselhar a eliminação da curta doença do nosso esquema de benefícios, não obstante tratar-se de médicos privativos, parece evidente que terá de concluir pela negação do clínico dito livre, se persistirmos em tratar as doenças de curta duração. Na verdade, a que inumeráveis abusos levariam então, dentro da lógica do aviso, a fraqueza ou a «política» de ceder à solicitação das baixas

— das baixas e dos tratamentos e dos remédios:

Não são mais encorajadores os casos dos elementos auxiliares de diagnósticos indicados no aviso prévio. Assim:

1.º O Ministro e a actual direcção da Federação encontraram quase apto a funcionar, em Lisboa, um laboratório privativo de análises clínicas. Em obediência a um princípio orientador, extinguiu-se o laboratório — com sacrifício de capitais investidos e de indemnizações contratuais anteriormente estipuladas. Os médicos analistas de Lisboa, aos quais é entregue todo o trabalho de análises da Federação, não ofereceram dificuldades em aceitar, por sua vez, a tabela de preços que lhes foi proposta — e desta forma se está a proceder. Não tendo havido apelos para a Ordem, esta não interveio na questão e, portanto, não apoiou nem desapoioou o procedimento havido (ainda que se conheçam casos de intervenções suas «espontâneas» — até para protestar contra tabelas já plenamente acordadas com médicos e, às vezes, em comis-

sões de que fazia parte um representante da Ordem dos Médicos).

Pois, não obstante a singela clareza do facto que deixo apontado sobre análises dos beneficiários da Federação, o aviso prévio pôde erguer a acusação de que existe a «ameaça dos serviços privativos (...) analíticos»!

2.º Para a radiologia, o Ministro e a actual direcção da Federação encontraram criado um serviço no Porto, embora ainda sem funcionar — mas tendo já prestes a ser instalado um aparelho e estando à espera da chegada de outro, então recentemente adquirido. Encontraram também entregue aos Hospitais da Universidade de Coimbra e a outros hospitais da província o monopólio dos trabalhos radiológicos da Federação — nem sempre em condições... medicamente aceitáveis.

Extinguiram-se estes monopólios e regressou-se ao regime de procurar a iniciativa privada, distribuindo-se o serviço por todos os radiologistas das aludidas localidades e procurando-se mesmo (como, de

ÁCIDO GLUTÂMICO

+

SAIS MINERAIS

+

VITAMINAS

Eutrófico

(ampolas bebíveis)

TÓNICO VIGOROSO

REGULADOR DO EQUILIBRIO HUMORAL

REMINERALIZANTE

ACTIVADOR DO METABOLISMO GERAL

MEDICAMENTOS MICRA

LISBOA

resto, em Lisboa ou no Porto) fomentar o estabelecimento de novos consultórios particulares de radiologia. Por sua vez o aparelho existente no Porto não chegou a ser desenhado e a compra do outro foi anulada, com o natural prejuízo da indemnização costumada.

Será isto uma «ameaça», como se diz no aviso prévio, de «serviços privativos radiológicos»?

Entretanto, porém, verificou-se que, não obstante todos os esforços empregados para diminuir... o «pesadelo» da tesouraria com exames radiológicos, estes estavam ainda a custar à Federação, só em Lisboa e Porto, cerca de 8.500 contos. Para acudir à gravidade do problema a Federação procurou, dentro da indiscutível seriedade dos seus processos, organizar também aqui uma tabela de preços, que propôs aos radiologistas de todo o País. E em todo o País se está a praticar a tabela, salvo em Lisboa e Porto — onde os radiologistas, unidos por uma espécie de juramento de Hipócrates (um fechado «compromisso de honra»), se re-

cusam, conforme expressão do aviso prévio, a «baratear os (seus) actos médicos».

Procuraram-se todos os meios de evitar esta falta de colaboração da... iniciativa privada. O próprio Ministro fez, talvez dezenas de vezes, de assistente social da Ordem dos Médicos e da sua secção de radiologia. Tudo em vão!

Houve radiologista que chegou a alvitrar, para se vencer o «pesadelo» da tesouraria da Federação, que se deixassem passar dois anos sem tirar radiografias — solução que, do mesmo passo, seria incompreensível para os beneficiários, negaria o próprio valor deste elemento auxiliar do diagnóstico e causaria, talvez, a morte dos radiologistas... economicamente débeis (alguns dos quais se abalancaram à compra de aparelhagem, confiados no serviço da Federação).

Houve consultório que dizia poder provar, com a escrita à vista (confiada a um guarda-livros privativo), os graves prejuízos que sofreria se recebesse um centavo a menos de 800 contos anuais, como estava

a receber pelo mesmo serviço até ali habitualmente executado. Parece, no entanto, que só o exame das contas... na Federação levou a apurar que o guarda-livros (Deus lhe fale na alma!) viciava a escrita.

Houve quem julgasse perfeitamente defensável que estabelecimentos oficiais ou quase oficiais entregassem o seu abundante serviço de radiologia, em regime de monopólio, a um ou dois radiologistas, mas considerasse perigosamente socializante que a Federação procedesse, de idêntico modo (para vencer as dificuldades que lhe estavam a ser criadas), entregando eventualmente o seu serviço de radiologia a três ou quatro radiologistas procurados na província.

Porque instituições particulares, com consultores privativos de radiologia, se mostraram dispostas a trabalhar para a Federação pelos preços da tabela proposta, houve quem actuasse em ordem a tornar impossível seta solução (de resto, naturalmente precária).

Porque, passados longos meses de luta inglória, se fez anunciar que não haveria mais... remédio do que montar serviços próprios ou montar serviços para serem entregues, em regime de amortização, a radiologistas da província dispostos a virem para Lisboa nestas condições e se fizeram publicar anúncios de concurso para a compra de aparelhagem, houve quem se sentisse coagido a concorrer, encobertamente, por... interposta firma.

Não vale a pena carregar mais o quadro, que já tão carregado se mostrava nos esclarecimentos fornecidos pela Federação e aqui juntos em anexo — onde se fala em autênticos «subsídios de greve» aos radiologistas «cuja situação se ia tornando cada vez mais embaraçosa e que, por isso, recalcitravam e com razão».

Acrescentarei apenas que, fatigado da inutilidade das minhas intervenções pessoais, procurei que a direcção da Ordem dos Médicos tratasse do assunto, sem intermediários, com a direcção da Federação. Mas também isto foi impossível de se conseguir. A direcção da Ordem preferiu designar para o efeito a sua comissão de radiologia, e esta, naturalmente, buscou todos os processos dilatatórios para, tal como antes, se não obter uma solução.

Vai passado «mais de ano e meio na roda do mar» encapelado da radiologia, em Lisboa e Porto. Contudo, por amor doutrinário a outras soluções, por deferência pessoal para com o Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos e por teimosamente querer esperar na vinda de melhores dias, a ameaça dos serviços privativos nunca se executou. Não se comprou qualquer aparelho de radiologia e o existente no Porto continua fechado na tranquilidade inútil dos caixotes.

Ao fim e ao cabo o aviso prévio pôde lançar a acusação de que a Federação, que «já intentou erguer hospitais próprios» (qual... Federação?), «quer agora impor a criação de serviços de radiologia», simplesmente «em defesa da sua burocracia».

A direcção da Ordem dos Médicos, apoiando e encorajando, como o tem feito até agora, o movimento colectivo dos radiologistas de Lisboa e Porto contra a Previdência Social, está na linha habitual do seu procedimento. Mas transforma aquele organismo corporativo de «areópago sereno que devia ser» (a cuidar, sobretudo, dos interesses culturais e morais da profissão — das mais altas e mais nobres) em «braço secular» ao serviço de doutrinas prementas do mundo liberal e contra os «progressos da protecção social».

Creio, sinceramente, que o Governo e, com ele, a Previdência Social já têm a este respeito, como diz o final do aviso prévio, «luzes bastantes para vencer a indecisão actual e de momento (relativamente aos serviços radiológicos da Federação, em Lisboa e no Porto) construir um novo sistema».

Apresento a V. Ex.^a, com respeitosos cumprimentos, os protestos da minha alta admiração.

A bem da Nação.

José Soares da Fonseca

(Cont'nua no próximo número)

DAVASAL

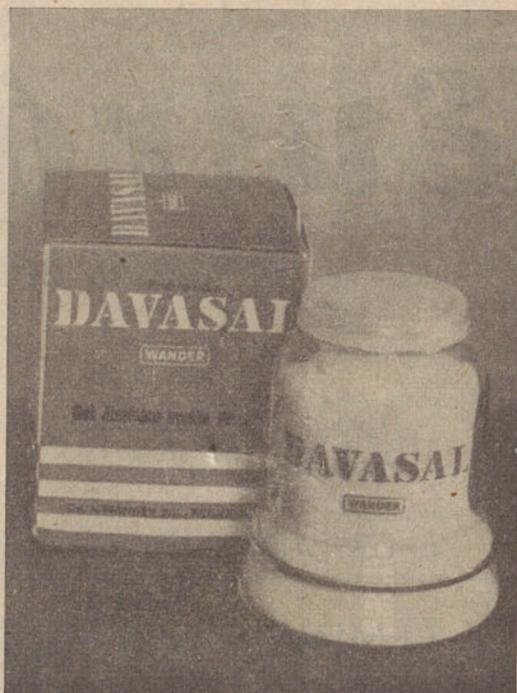
WANDER

O NOVO SAL ISENTO DE SÓDIO

Gosto e aspecto idênticos
ao vulgar sal de cozinha

Solúvel na água

Resiste à cozedura



Apresentado em bonitos saleiros de vidro

DR. A. WANDER S. A. — BERNA — SUIÇA

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, Lda.

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 19 a 26 de Abril de 1953)

Dia 19 — O Ministro das Obras Públicas visita, com alguns convidados, as instalações do Hospital Escolar de Lisboa, a inaugurar no dia 27, pelo Chefe do Estado.

20 — O Prof. Barbosa Soeiro é nomeado médico antropologista do Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

22 — Parte para Paris o Prof. Tubiana, director do Instituto de Isótopos de Paris, que veio a Portugal realizar duas conferências sobre rádio-actividade.

23 — No Porto, na Ordem dos Médicos, o Prof. Francisco Coimbra, director do Instituto de Medicina Legal, profere às 22 horas, uma conferência subordinada ao título «Da utilidade e consequente necessidade da instrução médico-legal dos juristas e dos peritos médicos».

— Integrada na Campanha Nacional para a Recuperação dos Cegos, o comodoro G. B. Dacre, da Real Força Aerea, realiza às 21 horas e meia, na biblioteca da Associação dos Jornalistas e Homens de Letras do Porto, uma conferência sobre «Cuidados com a instrução dos cegos de guerra na Grã-Bretanha».

24 — No Porto, pelas 21 e 30, o salão nobre do Hospital Militar Regional n.º 1, tem lugar uma conferência médica subordinada ao tema «Ulceras e perfurações gastro-duodenais».

O conferente é o Dr. Francisco de Almeida Gomes.

— É nomeada a delegação que representará Portugal na 6.ª Assembleia Mundial de Saúde, a iniciar em Genebra, no próximo dia 5 de Maio, e que é composta pelos seguintes funcionários:

Delegados: Dr. Augusto da Silva Travassos, director geral de Saúde, que será o chefe da delegação; Dr. Francisco José Carasqueiro Cambournac, director do Instituto de Malariologia e professor do Instituto de Medicina Tropical, representante do Ministério do Ultramar; Dr. António Augusto de Carvalho Dias, inspector superior de Saúde e Higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde.

25 — Em Penafiel, toma posse o novo director clínico do Hospital da Misericórdia, Dr. Joaquim da Rocha Reis.

— Em Coimbra, às 21,30, realiza-se a reunião científica da Faculdade de Medicina, com a apresentação do trabalho «Alguns casos anatómo-clínicos de patologia hepática, pelos Profs. Rocha Brito e Michel Mosinger».

— Regressa a Lisboa o Prof. Reinaldo dos Santos.

— O Dr. Salazar, Chefe do Governo visita o Hospital Escolar de Lisboa, na véspera da sua inauguração, que comemorará os 25 anos da sua notável acção governativa.

Estrangeiro

— Reuniram-se em Congresso, em Salamanca, as Sociedades Anatómicas Luso-Hispano-Americana.

Juntaram-se ali investigadores dos três centros universitários do nosso País e de diversas Universidades espanholas; também participaram nos trabalhos os Profs. Fracassi, da Universidade de Córdoba (Argentina), como delegado da Universidade respectiva e da sua Faculdade de Medicina e Jorge Porto, de Buenos-Aires, em representação da respectiva Faculdade de Medicina e da Sociedade de Anatomia Normal e Patológica Argentina. A Sociedade Brasileira de Anatomia e o Colégio Anatómico Brasileiro estavam representados pelo Prof. Hernâni Monteiro.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos :

— Para médico escolar no distrito de Setúbal.

— Para o provimento do lugar de médico municipal da 3.ª área, com sede e residência obrigatória do respectivo serventário na freguesia de Monte Perobolço (Almeida).

— Inaugura-se em Lisboa, no dia 27, comemorando o 25.º aniversário da investidura do Prof. Oliveira Salazar no Governo, o Hospital Escolar e vários melhoramentos no Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas de Belém.

— Reune em Aveira, nos dias 9 e 10 de Maio próximo, o curso médico do Porto, de 1933.

Estrangeiro

— Em Berna, a 8 de Maio, realiza-se a reunião da Sociedade Suíça de Cardiologia.

— Em Palma de Maiorca, o I Congresso de Medicina interna da União Médica do Mediterrâneo.

— De 10 a 17 de Maio, realiza-se em Aix-les-Bains a V Semana de Conferências de reumatologia.

— De 13 a 15 de Maio, em Bruxelas, o XIV Congresso dos pediatras de língua francesa.

— De 15 a 16 de Maio, em Genebra, realiza-se a reunião da Sociedade de Neuro-cirurgia de língua francesa.

— Em 16 de Maio, em Buizinger, Bruxelas, a VIII jornada de Pneumo-Tisiologia Infantil.

— De 20 a 23 de Maio, em Copenhague, realiza-se o II Congresso Europeu de Alergia.

— Em Paris, de 22 a 23 de Maio, a Reunião sindical internacional de ginecologia e obstetria.

— Em Royat, de 23 a 26 de Maio, o Congresso Internacional de Tromboses Arteriais.

— De 28 a 30 de Maio, em Nova-Iorca, a XXXV Reunião Anual da Sociedade de Endocrinologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 16 a 22-4-53)

16-4

— Dr. Carlos Alberto Freire de Oliveira — nomeado para interno do internato complementar do serviço de transfusões de sangue, contratado além do quadro (interno graduado), dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Dr. Sebastião Trindade Pinto, médico da Câmara Municipal de Lagoa — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de chefe de

Or + bismuth
= Au-Bi-Ol, Tosse

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

E. TOSSE & CO, HAMBURGO

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

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

posto do serviço da luta antitracomatosa no Algarve na freguesia de Ferragudo.

— Dr. António Narciso Ferreira Bertrand Neves — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico da Casa dos Pescadores de Matozinhos e de médico auxiliar do Dispensário antituberculoso da mesma localidade, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. José Jacinto de Sousa Gonçalves Simões — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de 2.º assistente, além do quadro, da Faculdade de Medicina de Lisboa e de interno do internato complementar dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Edmundo Lima Basto, assistente do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País de 21 de Março último a 6 do corrente.

— Dr. António Domingos Filipe, 2.º assistente do Faculdade de Medicina de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante quinze dias, a contar de 29 de Março último.

— Dr. Carlos Larroudê Gomes, 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e director de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante vinte e nove dias, a contar de 27 de Março último.

— Dr. António Alexandre Júdice Pargana, capitão médico, director do Hospital Militar de Elvas — louvado pela «isenção, zelo e dedicação com que naquela cidade, há já largos anos, vem prestando assistência clinica aos militares do Guarda Fiscal e suas famílias».

17-4

— Dr. António da Silva Oliveira, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de Dermatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa — exonerado, a seu pedido, a partir de 14 do corrente.

— Dr. José de Azevedo Antunes, médico municipal do concelho de Silves — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular as funções de chefe do posto do serviço da luta anti-tracomatosa no Algarve na freguesia de Armação de Pêra.

— Dr. José da Silva Freire Amaro Pereira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Cabo Verde — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. António Valdemar de Lima Gomes Teixeira, médico anátomo-patologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Hermínio da Purificação Janeiro, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — reconduzido pelo período de três anos naquele lugar.

— Dr. Eduardo Esteves Pinto, professor extraordinário da Faculdade de Medicina do Porto e cirurgião do Sanatório D. Manuel II, da mesma cidade — concedida equiparação a bolseiro fora do País, durante trinta dias, a contar de 1 de Maio próximo.

— Dr. António de Matos Fernandes Coito, 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — prorrogada por mais 60 dias a equiparação a bolseiro fora do País.

18-4

— Dr. Augusto Júlio Sapage — exonerado, a seu pedido, do lugar de subdelegado de Saúde do Conselho de Freixo de Espada à Cinta.

— Dr. Arnaldo Reimão da Fonseca — aprovada a sua exoneração, conforme requereu, do lugar de director clínico da estância termal das Caldas de Canavezes.

— Dr. António Luís de Sousa Sobrinho, médico-chefe do quadro médico comum do ultramar português — desligado do serviço sendo louvado «pelo constante zelo, excepcional dedicação e notável competência sobrejamente demonstradas no desempenho das funções a seu cargo».

20-4

— Dr. Vasco Artur Navarro de Andrade de Sousa Chichorro, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de neurologia, contratado além do quadro, dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a deslocar-se a França e Bélgica durante 45 dias em comissão gratuita de serviço.

— Dr. Eugénio de Miranda Rodrigues, neurologista, contratado, dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a deslocar-se a França e à Bélgica durante 45 dias em comissão gratuita de serviço.

— Dr. Augusto Salazar Leite, médico-analista, chefe dos serviços de análises clínicas dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a ausentar-se do País desde 15 do corrente mês até 31 de Maio próximo, em missão oficial patrocinada pelo Instituto de Alta Cultura.

21-4

— Dr. Américo Humberto Mateus da Silva — nomeado médico do serviço eventual da Junta de Emigração.

— Dr. Armando Bordado de Andrade e Sá Donas Boto — aprovado o termo do contrato, para o desempenho das funções de 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

22-4

— Dr. Alberto Madureira de Carvalho Osório, médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Angola — reconduzido pelo período de três anos, no referido lugar.

— Dr. Tiago Gonçalo Ferreira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — promovido à classe imediata, ficando colocado na mesma província.

— Dr. António Silvestre de Freitas, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — transferido, por conveniência de serviço da província de Angola para a de Moçambique, indo ocupar a vaga resultante da passagem a licença ilimitada do Dr. Alexandre Gomes dos Santos.

— Dr. Raúl Jorge Palma de Figueiredo, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — promovido à classe imediata e colocado em S. Tomé e Príncipe na vaga resultante da transferência para Moçambique do Dr. Guilherme do Amaral Abranches Pinto.

— Dr. Manuel Frederico Alves Dias, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português colocado em Moçambique — promovido à classe imediata e colocado em Timor, na vaga resultante da exoneração concedida ao Dr. Ricardo Simões Nunes.

— Dr. José António Pereira Nunes, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — promovido à classe imediata e colocado em Cabo Verde, na vaga resultante da transferência para o Estado da Índia do Dr. Alvaro Honorato Galdino de Barros Valadares.

— Dr. Francisco Ferreira da Costa, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — promovido à classe imediata, ficando colocado na mesma província, na vaga resultante da transferência para Moçambique do Dr. António Silvestre de Freitas.

— Dr. Florentino, Ramalho da Rocha, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — promovido à classe imediata, ficando colocado na mesma província.

— Dr. José Dias Ferreira Júnior, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — promovido à classe imediata, indo ocupar o cargo de director do Centro de Hemoterapia e Reanimação da cidade da Beira.

— Dr. Acácio Alberto Teixeira Coelho, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — promovido à classe imediata e colocado em Angola, na vaga resultante da reforma concedida ao coronel médico de 1.ª classe Dr. José Maria de Leite Machado.

— Dr. Fernando Alberto da Costa Barbosa, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Timor — transferido, por conveniência de serviço para a província de Angola, indo ocupar a vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Dr. João de Freitas Sampaio e Castro.

— Dr. Edwgaes Sebastião Remédios Rodrigues, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Timor — transferido por conveniência de serviço desta província para a de Moçambique, indo ocupar a vaga resultante da transferência para Angola do Dr. Domingos da Costa Cardoso.

MARTINHO & CIA.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

Instituto Luso-Farmaco

A delegação do Norte do Instituto Luso-Farmaco — prestigiosa organização que tão rapidamente conquistou a confiança e a estima da classe médica — foi transferida para excelentes instalações na Rua Formosa, 251-253 — Porto.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL INJECTÁVEL

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

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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