

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

XVI ANO — N.º 716
20 de Maio de 1965

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

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

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

ANALGÉSICO POTENTE PARA USAR APENAS
POR PRESCRIÇÃO E SOB ORIENTAÇÃO MÉDICA

numorphan

Lic. ENDO CORP.

1-14-hidroxi-dihidromorfinona

UM DOS MAIORES PROGRESSOS NO DOMÍNIO DOS ANAL-
GÉSICOS DEPOIS DO ISOLAMENTO DA MORFINA, EM 1805



APRESENTAÇÃO

Comprimidos:

— Tubos de 10, doseados a 10 mg.

Injectável:

— Caixas de 6 e de 12 ampolas, de
1 cm³, doseadas a 1,5 mg.

— Caixas de 6 e de 12 ampolas, de
2 cm³, doseadas a 2 mg. (Forte).

Rectal:

— Caixas de 6 supositórios de 2 mg.

— Caixas de 6 supositórios de 5 mg.
(Forte).



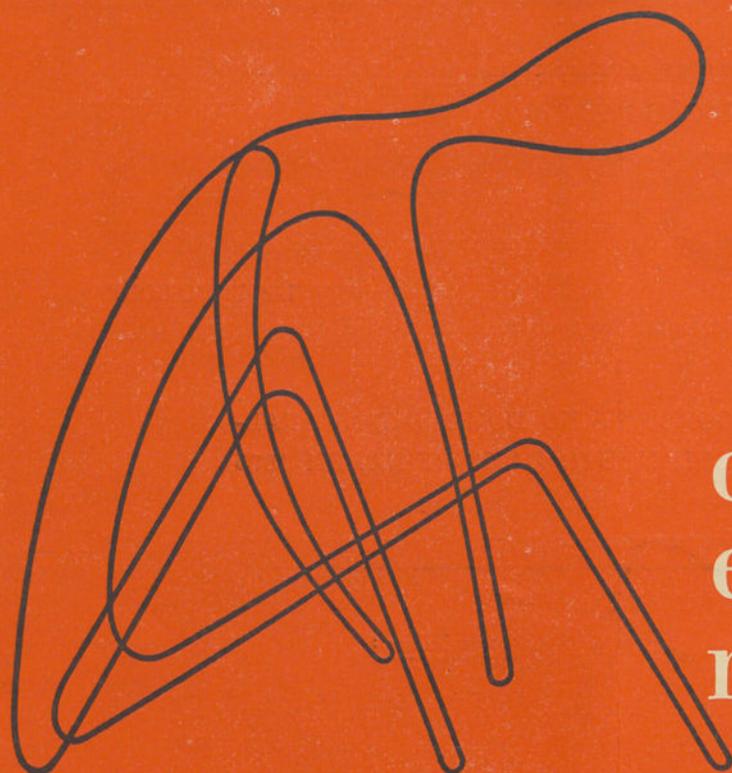
LABORATÓRIOS AZEVEDOS
Medicamentos desde 1775
LISBOA — PORTUGAL

DOENÇAS VENÉREAS

POLÍTICA DE SAÚDE — MENDONÇA E MOURA	533
SEMANA A SEMANA	534
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
JUVENAL ESTEVES — Orientação geral e métodos na formação dos estudantes de Medicina e dos médicos em venereologia ...	535
AURELIANO DA FONSECA — As doenças venéreas tendem a aumentar	537
F. NORTON BRANDÃO e A. NAVAS DA FONSECA — Inquérito acerca das doenças venéreas em diversos grupos de habitantes da cidade de Lisboa (14-35 anos)	538
FRANCISCO BRAGA DA CRUZ e CARLOS DA SILVA TORRES — A sexualidade, as doenças venéreas e o médico	541
AURELIANO DA FONSECA, FRANCISCO NORTON BRANDÃO e FRANCISCO DA CRUZ SOBRAL — Alguns aspectos sociais e económicos da prostituição em Portugal	542
A. SALAZAR LEITE, F. DA CRUZ SOBRAL e MANUEL T. V. MEIRA — Venereologia em Cabo Verde	546
AURELIANO DA FONSECA e ALMEIDA MOTA — Algumas medidas a considerar na luta antivenérea	550
F. DA CRUZ SOBRAL, J. MACIEL CHAVES, JOSÉ RODA	

SUMÁRIO

e O. MENÉRES SAMPAIO — Venereologia em prostitutas internadas no Hospital do Desterro, em Lisboa	550
AURELIANO DA FONSECA, MÁRIO BASTO, MARIA AMÉLIA COUCEIRO e CÉLIA VEIGA — Educação dos doentes na profilaxia antivenérea	554
AURELIANO DA FONSECA, WILHELM OSSWALD, MARIA AMÉLIA COUCEIRO e CÉLIA VEIGA — Inquéritos epidemiológicos na luta antivenérea	557
ECOS DO PASSADO — A origem da sífilis	559
MOVIMENTO MÉDICO	563
LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES — Bibliografia	570
SCIENTIFIC AMERICAN	578
ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
XXIV Assembleia Geral da União Internacional contra o perigo venéreo e as treponematoses — Alocução pelo Dr. Neto de Carvalho, Ministro da Saúde e Assistência	581
ECOS E COMENTÁRIOS — J. ANDRESEN LEITÃO	582
NOTICIÁRIO NACIONAL	594
FORA DA MEDICINA — Livros — GONÇALVES FERREIRA e GUEDES GUIMARÃES	608



o organismo
esgotado
necessita de

Primobolan

favorece o anabolismo proteico

Primobolan-Depot 100 mg. 1 amp.	Esc. 64\$00
Primobolan-Depot 20 mg. 1 amp (infantil)	Esc. 28\$00
Primobolan Compr. 5 mg./20 compr.	Esc. 51\$00
Primobolan Compr. 1 mg./30 compr. (infantil)	Esc. 25\$50

SCHERING A. G. BERLIM - ALEMANHA

Representante comercial: QUIMIFAR, LDA.
Av. da República, 2, 1.º
Lisboa - 1

Delegação científica:
Av. da República, 2, 3.º
Lisboa - 1

Semanário de assuntos médicos
e paramédicos

XVI ANO — N.º 716
Vol. XXXV (Nova série)
20 de Maio de 1965

DIRECTOR e EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

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

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

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(Pagamento adiantado):

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

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

Portugal Continental e Insular — 270\$00; Ultramar — 340\$00.

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

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

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

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

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

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

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

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

Composição e impressão:

TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.D.

R. José Falcão, 122 — PORTO
Telefone 24664

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

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

ESTE SEMANÁRIO
É TRANSPORTADO
PARA TODO O PAÍS
NOS COMBOIOS DA



Poucas vezes um tão importante conjunto de diplomas legais respeitantes a problemas de assistência terá sido entre nós publicado simultaneamente, como aquele que se comporta no «Diário do Governo» de 27 de Abril último.

Visando uma gama de assuntos tão vasta que vai do regime financeiro dos estabelecimentos hospitalares à criação de um Centro de Saúde Mental Infantil e se estende desde a reorganização da Direcção-Geral dos Hospitais ao regime de movimentação de fundos destinados à renovação do Instituto Superior de Higiene, sem esquecer o tema candente da aposentação de determinadas categorias de servidores, este complexo legislativo a que ficam vinculados diversos Ministérios sob a orientação programática do Ministério da Saúde, constitui paradigma de resolução seriada dos múltiplos problemas que neste campo aguardam a sua hora.

Sem poder neste momento dedicar a cada um deles a atenção que merecem, circunscrevamos esta breve nota aos aspectos gerais que concedem a este núcleo de diplomas a posição impar que tem de ser-lhes reconhecida.

Se alguns pontos que neles são focados, pela sua índole de técnica administrativa ou financeira, escapam ao interesse da maioria, não pode negar-se a atenção que devem suscitar, entre os responsáveis pela boa administração da saúde das populações, entre aqueles a quem caiba a defesa dos legítimos interesses dos médicos como no seio dos autênticos representantes dos organismos particulares de assistência, muitas das normas que ali são fixadas; e não menos ainda a sua repercussão no que toca a princípios, a postulados, a bases que constituem o cerne do nosso viver e da nossa civilização.

Tem de reconhecer-se o sentido superior com que os assuntos foram encarados, a avaliação ponderada da situação existente, a visão perspectiva do desenvolvimento futuro, a preocupação evidente de trazer solução a posições que não poderiam manter-se, de dar arrumação a normas até aqui desconexas, de actualizar orgânicas, de definir estruturas, de fundamentar soluções, de hierarquizar interesses, de codificar direitos, de subordinar actividades, de institucionalizar iniciativas.

Como não pode negar-se o sentido humano com que foram vistas situações de clamorosa injustiça, como a da aposentação de determinadas categorias de funcionários, agora equacionada em termos dignos do melhor louvor, ou aquelas que respeitam aos princípios juri-

dicos da definição de responsabilidade pelos actos de carácter assistencial.

Mas o que, como médicos, mais nos deve tocar, é o que se prende as virtualidades abertas ao Instituto Superior de Higiene, em futuro próximo dotado das potencialidades instrumentais indispensáveis à investigação e à fundamentação científica de uma autêntica programação de Saúde Pública, é ainda o que se refere ao regime de construção e remodelação de hospitais e à revisão dos seus quadros, em função de interesses e indicadores de ordem primordialmente médica, é o que define a nova estrutura da Direcção-Geral dos Hospitais, tão alargada em seu âmbito e tão desdobrada em seus múltiplos sectores que bem se dirá capacitada para as altas funções que lhe são cometidas.

★

Fruto do labor ponderado do Ministério da Saúde, de uma visão definida de problemas fundamentais deste campo, a reforma que estes nove diplomas postulam será agora pedra de toque que consente aguardar, sem precipitação, aquela lei orgânica do Ministério que o Estatuto da Saúde implica e a que um período de experiência e rodagem das medidas agora definidas em alguns dos mais marcantes sectores da sua actividade, há-de consentir trazer achegas de não dispendendo valor.

Não faltando no Ministério da Saúde as qualidades e as competências, o saber e a devoção ao bem comum que em tão grande medida lhe cumpre realizar, assim coincidem em tantos outros sectores que lhe devem cooperação estreita — departamentos governamentais, Ordem dos Médicos, instituições particulares de assistência em especial — aquelas qualidades de raciocinada compreensão, aquele carácter de vigilante independência, aquele sentido de leal colaboração numa interdependência de autonomias que são testemunho de maioridade intelectual, fundamento de progresso e garantia de respeito pelos valores mais altos da Pessoa.

No fundo, e como sempre, para além das reformas, das estruturas e das instituições, estão os homens; os homens que as visionaram, os homens que elas servem, os homens que as executam. Confiemos; assim em todos os níveis e em todos os sectores se encontrem, como na supervisão do Ministério existe, aquele sentido cristão de fazer o que se deve e estar no que se faz.

Mendonça e Moura

DOENÇAS VENÉREAS

Este número de «O Médico» é em grande parte dedicado às doenças venéreas, publicando-se, na primeira parte, as comunicações portuguesas que foram apresentadas na Assembleia, reunida recentemente em Lisboa, da União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses. Também publicamos resumos de alguns trabalhos estrangeiros e um relato das sessões e de outras manifestações relativas àquela reunião. Dando aos assuntos tratados o devido relevo, «O Médico», neste número, que é um dos mais importantes do ano corrente, apresenta assim uma actualização sobre problemas que voltam a despertar interesse especial no campo da Saúde Pública.

DR. NETO DE CARVALHO

Este número de «O Médico» representa, de certo modo, uma homenagem ao Dr. Neto de Carvalho, ilustre ministro da Saúde e Assistência. Dando especial realce à Assembleia da União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses—que em Abril último se realizou em Lisboa—publicam-se, como atrás se disse, os textos integrais de todas as comunicações portuguesas então apresentadas e outra colaboração referente ao Congresso, cujo êxito se deve em grande parte ao interesse que dedicou àquela importante reunião o Dr. Neto de Carvalho, a cujo discurso, na sessão de encerramento, damos o devido relevo. Também neste número se publicam alguns dos textos dos vários decretos recentemente aparecidos no «Diário do Governo» sobre valiosas providências no campo da Saúde Pública, fazendo-se o primeiro comentário, também com o devido realce, sobre o que representa essa legislação, que muito honra o nosso ministro da Saúde e Assistência, que, certamente, em breve fará seguir de novas providências ou de necessárias declarações sobre política presente e futura respeitante ao seu Ministério. Atentamente, vamos seguindo esta nova fase da actuação ministerial em matéria tão importante, prestando homenagem ao Dr. Neto de Carvalho e fazendo votos por que, em futuro próximo, consiga desvanecer os receios da classe médica, mostrando que os problemas relacionados com

a saúde do povo português e os anseios da medicina nacional não tinham sido votados ao desprezo. Para que se realizem as indispensáveis reformas e progressos, num enquadramento de planificação nacional da Saúde Pública, que se impõe, é necessário, sem dúvida, dispor de verbas crescentes nos orçamentos dos serviços, mas também de seriedade, inteligência, aprumo, prudência, espírito de justiça e boa-vontade; e esses são os predicados que nos tem revelado a personalidade do Dr. Neto de Carvalho.

UNIÃO INTERNACIONAL DA IMPRENSA MÉDICA

A União Internacional da Imprensa Médica, cuja sede é em Paris, vai celebrar mais um dos seus congressos, nos dias 27 a 29 do corrente, em Viena. Nessa reunião tomará parte o nosso director, que sairá de Portugal no dia 23 do corrente, para assistir, antes, em Paris, ao Congresso da União Profissional Internacional de Ginecologistas e Obstetristas (U.P.I.G.O.), no qual é um dos relatores oficiais. No Congresso de Viena, serão tratados assuntos de grande interesse, como: «Responsabilidade do redactor-chefe no exame e aceitação de artigos e de publicidade sobre um produto novo», «Papel internacional da imprensa médica», «Troca de informações entre escolas da Medicina», «Possibilidade de troca de informações profissionais e médico-sociais no quadro da imprensa médica», «Relações pessoais entre médicos», «Responsabilidade dos redactores-chefes no que respeita à correcção literária», «Que espera o médico policlínico da imprensa médica?».

HIPNOTISMO E SUGESTÃO

foi o tema dum congresso internacional que se realizou, nos últimos dias de Abril último, em Paris, sob a presidência de Pierre Pichot, com a presença de numerosos delegados americanos, soviéticos, britânicos, canadianos, japoneses, etc. Trata-se duma reunião—cuja sessão inaugural foi presidida pelo ministro da Saúde e da População, da França—que, para lembrar outras semelhantes, temos de recuar aos tempos de Charcot, Freud, Babinski e Déjerine. Desde há muitas dezenas de anos que esse fenómeno—psicológico para uns, neurofisiológico para outros—o hipnotismo, não é tratado como tema científico na maior parte dos países. Agora, nesse «Congresso Internacional de Hipnose e de Medicina Psico-somática», com a participação de muitos médicos de prestígio científico e outros cientistas, discutiram-se vários problemas que fazem reviver a sombra de Mesmer e do seu magnetismo animal condenados no fim do século XVIII por várias academias científicas.

AGENDA

PORTO

Hoje, 20, às 21,30 horas a Comissão Central da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia promove uma sessão científica, na *Delegação da Ordem dos Médicos do Porto*, com a seguinte ordem do dia: Aderências espontâneas do útero—Prof. Dr. Silva Carvalho; Novas Técnicas em antigos problemas obstétricos—Dr. Félix Machado; A propósito duma metroplastia de Strassmann. Considerações gerais e reflexões taccotécnicas (Apresentação dum filme); Síndrome de Mags—Dr. Aurélio Ferreira; Sobre um caso raro de rotura do útero—Dr. Eduardo Albuquerque; Estudo da reacção de arias Stella nos casos de gravidez extra uterina—Dr.ª Maria da Luz Roriz.

**DOCTOR
JOÃO**

por

JACK TIPPIT



Clorotifina

(Cloranfenicol)

CÁPSULAS

Clorotifina

(Cloranfenicol)

SUPOSITÓRIOS

Clorotifina

(Palmitato de cloranfenicol)

SUSPENSÃO ORAL

Clorotifina

(Cloranfenicol succinato de sódio)

INJECTÁVEL

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO — LISBOA



DOENÇAS VENÉREAS

Nos dias 26 a 29 de Abril último, realizou-se em Lisboa, com grande êxito, a XXVI Assembleia Geral da União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses, a que este número de «O Médico» é dedicado em grande parte. Publicamos a seguir, na íntegra, os textos das comunicações apresentadas pelos portugueses e, noutras secções, resumos de trabalhos estrangeiros e completo noticiário sobre a referida reunião

ORIENTAÇÃO GERAL E MÉTODOS NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA E DOS MÉDICOS EM VENEREOLOGIA

JUVENAL ESTEVES

A colaboração activa dos médicos práticos constitui um dos elementos básicos da luta antivenérea. Por este motivo, adquire particular interesse, no momento, analisar a perspectiva da sua actual preparação venereológica e as possibilidades de melhor formação na matéria.

Nas últimas duas décadas, o ensino da venereologia foi abandonado ou atenuado em alguns programas. Grande número de médicos e de estudantes não recebeu instrução suficiente neste domínio. Igualmente, por falta de experiência clínica, a atenção de muitos médicos não teve oportunidade de ser polarizada no assunto. As consequências de tal situação são conhecidas. Com frequência se verificam atitudes não adequadas, nos aspectos individual e colectivo, em presença dos factos clínicos e sanitários resultantes do surto actual da endemia venérea.

Julga-se por isso conveniente debater os aspectos educativos em venereologia, no que diz respeito à preparação dos estudantes de Medicina e dos médicos quanto à orientação e aos métodos.

Admite-se, como princípio, que interessa em primeiro lugar chamar a atenção para a importância potencial e actual do perigo venéreo nos aspectos epidemiológicos e sociais, focando o papel que os médicos representam na respectiva luta. Em segundo lugar, convirá fornecer instrução apropriada para que possam actuar de forma útil e eficaz no caso individual e colaborar sanitariamente com as organizações específicas locais.

O método pedagógico será necessariamente diferente para os estudantes e para os médicos.

Em relação aos estudantes e tendo em vista o carácter formativo dos cursos elementares da Medicina, convirá que a matéria venereológica não seja apresentada isoladamente, mas de preferência repartida ao longo do curso e através das cadeiras com que possa apresentar implicações directas (microbiologia, dermatologia, higiene, medicina social). Procurar-se-á assim a integração do conhecimento venereológico desde as ciências básicas até às de aplicação individual e colectiva, bem como a preparação para cursos especiais de venereologia, os quais devem situar-se no ensino pós-graduado. O programa geral necessita ser cuidadosamente planeado e sucessivamente actualizado. As intervenções didácticas devem ser sucintas e objectivas, acentuando principalmente os factos relativos à sífilis e à blenorragia. Será conveniente que os estudantes possam ter oportunidade de frequentar ou de realizar visitas aos dispensários e consultas onde se observam doentes venéreos, aos laboratórios e aos departamentos destinados à aplicação de métodos sanitários, incluindo os que se ocupam da pesquisa de contactantes. É igualmente desejável que eles próprios recebam

educação sanitária em grau suficiente, a fim de que possam colaborar nas campanhas gerais de educação pública.

A utilização dos estudantes como colaboradores em trabalhos de investigação epidemiológica ou na actuação sanitária tem importante valor formativo. Este facto deve ser considerado com atenção em relação ao ensino médico geral e não exclusivamente venereológico. Os exercícios por eles realizados neste domínio, quando devidamente planeados e rigorosamente executados, possuem valor pedagógico equivalente ao da aplicação do método experimental clássico nos laboratórios. O trabalho dos estudantes nos dispensários, junto dos doentes e dos contactantes, os inquéritos, os actos de pesquisa, mesmo limitados, permitem-lhes penetrar de forma directa no importante sector da medicina profiláctica.

A nossa experiência neste capítulo do ensino durante os últimos quatro anos, embora limitada a número reduzido de alunos, revelou-se satisfatória. Verificámos que os estudantes assimilam facilmente o espírito, os princípios e os métodos deste tipo de trabalho médico. A sua atitude foi compreensiva, a execução das tarefas desenrolou-se com atenção e interesse permanentes e os resultados obtidos foram em grande parte utilizáveis. Convém, nestes exercícios, circunscrever os assuntos, limitá-los no tempo e conservar nos alunos a expectativa optimista.

Na elaboração de programas para o ensino venereológico aos estudantes, é indispensável considerar que a respectiva inserção no «currículo» depara actualmente com dificuldades que derivam da exigência presente da sua revisão global. É útil recordar a tendência para o curso geral de Medicina se tornar mais curto, o ensino mais activo, directo e intenso, com acentuação das disciplinas básicas formativas e redução considerável ou eliminação de matéria especial. Este facto, no seu significado global e nas realidades que determina, justifica a necessidade de utilizar, para o ensino da venereologia aos estudantes, método pedagógico essencialmente integrativo.

Na formação dos médicos, a preparação dos venereologistas propriamente ditos, ou técnicos específicos, deve separar-se da dos médicos práticos.

A preparação dos venereologistas tem de se apoiar principalmente: a) na formação geral em Saúde Pública desde os aspectos técnicos aos administrativos; b) em cursos específicos cujo programa, desenvolvido, inclua todos os aspectos desta disciplina médica; c) em treino suficientemente prolongado nas instituições adequadas.

Pelo que se refere aos médicos práticos, a sua atenção deverá ser alertada de forma permanente e periódica acerca dos múltiplos aspectos da venereologia. Este princípio pressupõe organização própria e estudo

de métodos pedagógicos adaptados a cada meio em função do tipo de endemia e do grau de educação sanitária local. Deve considerar-se neste importante capítulo educativo, a tendência acentuada dos médicos práticos para limitarem a sua actuação venereológica no plano imediatamente individual. Este facto deve ser avaliado na sua importância efectiva pela dificuldade de modificação de atitude dos médicos condicionada pelo carácter privado do acto clínico. Assim, a educação dos práticos exige a utilização de métodos diversos e convergentes que permitam estabelecer verdadeiro interesse pelo assunto. No planeamento desta acção pedagógica tem-se de levar em linha de conta que a aquisição pelo médico de métodos correctos de diagnóstico e de terapêutica é muito mais fácil do que a que se refere aos que possuem implicações com consequências sanitárias e epidemiológicas. O espírito destes últimos é, em muitos meios, dificilmente transmissível aos médicos práticos. A orientação geral do ensino deve considerar estas realidades, procurando que o desenvolvimento dos programas se dirija assim, de modo bem definido e com insistência, dos aspectos colectivos para os individuais.

Como meios imediatos, preconizam-se: a) a realização de cursos regulares e repetidos, curtos e intensivos nos hospitais que tenham corpo médico volumoso, e transitório, nas instituições que se ocupam da assistência aos doentes e nas destinadas à cultura médica. O programa respectivo necessita ter carácter de aplicação: sanitária, patológica e terapêutica; b) a informação repetida através da imprensa médica geral e especial dos factos objectivos em venereologia; c) a divulgação directa dos mesmos factos, a todos os médicos, através de literatura própria seleccionada pelos organismos coordenadores deste sector sanitário. Programas especiais devem ser estudados em relação a certas especialidades tais como obstetrícia, ginecologia, pediatria e otorrinolaringologia.

A realização de programa educativo exige, portanto, organismo próprio, investigação de métodos pedagógicos, planificação e coordenação dos órgãos executivos (departamentos de saúde, de educação e sociedades médicas).

O plano de educação dos médicos convém ser sincronizado e coordenado com as campanhas de educação do público.

AS DOENÇAS VENÉREAS TENDEM A AUMENTAR

AURELIANO DA FONSECA

É uma realidade actual o incremento das doenças venéreas, que, todavia, não tem despertado a devida preocupação. Uns, porque desconhecem a gravidade do problema, não o valorizam; outros, por conveniência, desprezam a sua importância. De qualquer modo, o facto existe e com o tempo há-de impor-se, a despeito de o encarmos apenas com interesse académico.

São muitas as causas determinantes desse agravamento, mas as fundamentais são em pequeno número, sendo a sua escala de valores variável de região para região e de país para país. Qualquer ordenação, portanto, só poderia adaptar-se a um ou outro lugar isolado.

Vamos referir aqueles factores que consideramos essenciais e justificá-los.

a) *Melhoria social das populações*

É no «bas-fond» da sociedade que as doenças venéreas encontram as mais favoráveis condições para se manterem. Ora, a melhoria económica e social dessa população, nem sempre acompanhada de melhoria de higiene (corporal e moral), conduz ao alastramento das doenças venéreas, por penetração desse grupo social nas outras camadas populacionais.

b) *Aumento da mobilidade humana*

Em consequência da facilidade de transportes, este factor tem fundamental expressão no turismo. No entanto, o aparecimento súbito de novos e numerosos centros de trabalho e a procura de vida mais fácil e mais remunerada, por atrair e deslocar grandes grupos humanos, talvez tenha ainda mais responsabilidade. De igual modo, deve ser considerada a intensa movimentação de tropas.

Tais circunstâncias determinam promiscuidade e nela as venereopatias encontram ambiente apropriado à sua disseminação.

c) *Novos interesses médico-sanitários*

O cancro, as doenças cardiovasculares, as doenças mentais, o reumatismo, as doenças do trabalho, constituem problemas, entre outros, que apaixonam na actua-

lidade grande massa de médicos, a população em geral e, conseqüentemente, também os responsáveis pela administração.

Tais doenças evidenciam-se de modo espectacular e, portanto, impressionam; as enfermidades venéreas, pelo contrário, dada a sua origem, exigem recato, na clínica e na acção profiláctica. Assim se justificará o lugar secundário que estas doenças tomaram, o afrouxamento da luta antivenérea que em algumas regiões estava em franca evolução e o abandono dos projectos que em outros lugares se planeavam.

d) *Carência ou insuficiência de conhecimentos venereológicos por parte dos médicos*

A diminuição das venereopatias após o advento da penicilina criou a ideia, precipitadamente, de que estas doenças já não tinham ou criavam problemas.

Os seus sinais clínicos começaram a rarear e, como resultado, os médicos foram esquecendo o que sabiam; e os novos médicos não chegaram a conhecê-los por falta da respectiva patologia. Em consequência disso, o ensino da venereologia foi-se limitando cada vez mais.

e) *Confiança exagerada nos medicamentos*

A divulgação da penicilina e a facilidade da sua utilização deram ao doente possibilidade de auto-medicar-se e, por auto-critério, reduzir a acção medicamentosa apenas à fase mais sintomática e incomodativa da enfermidade.

Assim camuflada, a doença ficou abandonada à progressão no individuo e à disseminação na sociedade.

Por outro lado, os novos antibióticos utilizáveis por via oral, sendo por isso mais cómodos, vieram reduzir o uso da penicilina, a qual é, ainda, para a sífilis, o medicamento de eleição.

f) *Aumento da liberdade sexual*

Esta liberdade é, a nosso ver, a razão primordial do incremento das venereopatias; e sendo um facto que

tende a acentuar-se e a divulgar-se por toda a parte, com ele as doenças venéreas terão maior expansão.

Com efeito, embora a mulher tenha tendência monógama, é fácil tropeçar na libertinagem, se não tiver forte formação moral; e o medo à gravidez terá sido, talvez, o maior obstáculo ou freio à sua devassidão, pelo menos em certas sociedades. Esta barreira tem sido, no entanto, contornada pelo uso do preservativo, o qual tinha, inicialmente, função profiláctica das enfermidades venéreas.

Tal função, com o aparecimento dos antibióticos, foi um pouco reduzida, divulgada a impressão de que as veneeropatias são facilmente curáveis. Por isso, o preservativo passou a utilizar-se, sobretudo, como agente anticoncepcional e, portanto, exigido quase somente pelas mulheres.

Agora, com o aparecimento dos produtos inibidores da ovulação, o uso do preservativo vai com certeza diminuir progressivamente, à medida que estes produtos se divulguem e seja possível comprovar a sua inocuidade. Assim, podendo a mulher subordinar a gravidez à sua vontade e conveniência, e não tendo a referida

força moral, nada terá a impedir a sua total liberdade sexual. Deste modo, relativamente às doenças venéreas, nenhum obstáculo existirá à sua disseminação.

Sem esquecer os factores primeiramente citados, esta nova realidade da liberdade sexual, favorecida pelos inibidores da ovulação, deve ser sujeita a cuidada e activa meditação quanto às consequências que terá na epidemiologia venereológica.

RÉSUMÉ

On mentionne les différentes causes de l'existence des maladies vénériennes et de leur accroissement.

On remarque, surtout, l'élargissement de la liberté sexuelle qui tend à augmenter avec la divulgation de produits inhibiteurs de l'ovulation.

SUMMARY

There are pointed out the different causes that explain the existence of the venereal diseases and their increase; in this matter, the increase of sexual liberty is particularly important which becomes greater with the outspreading of the inhibitors of ovulation.

INQUÉRITO ACERCA DAS DOENÇAS VENÉREAS EM DIVERSOS GRUPOS DE HABITANTES DA CIDADE DE LISBOA (14-35 ANOS)

F. NORTON BRANDÃO
e
A. NAVAS DA FONSECA

A educação sexual da juventude é considerada uma das armas importantes na luta contra as doenças venéreas (D. V.). Os métodos dessa educação, bem como a idade em que ela deve ser administrada, variam consoante o país e dependem, entre outros factores, dos conhecimentos que a população possui acerca das D. V.

Com este último objectivo, interrogámos 589 indivíduos do sexo masculino entre os 14 e os 35 anos de idade, pertencendo a grupos profissionais de características sociais, educacionais e económicas diferentes.

Profissão, estado civil e idade dos 589 indivíduos

A)	
1) Operários fabris	121 indivíduos
2) Profissões diversas com cultura até à instrução primária	115 »
3) Marinheiros	100 »
4) Soldados e Polícias de Segurança Pública	158 »
5) Estudantes do ensino secundário, ensino superior e profissões de cultura equivalente	95 »
B)	
Solteiros	383 »
Casados	206 »
C)	
14-18 anos	26 »
19-25 anos	269 »
26-35 anos	294 »

Utilizámos o questionário seguinte:

QUESTIONÁRIO

- 1 — Em que idade teve as primeiras relações sexuais?
- 2 — Já sofreu de D. V.? Quais?
- 3 — Uma vez infectado procurou localizar, afim de ser tratada, a pessoa contagiante?

- 4 — Quem o tratou (médico geral, dermatovenereologista, enfermeiro ou outros)?
- 5 — Utiliza habitualmente medidas profilácticas? Quais?
- 6 — Quais os seus conhecimentos sobre D. V.? Desde quando?
- 7 — Que sabe sobre a contagiosidade das D. V.? E dos seus sintomas?
- 8 — Sabe distinguir a blenorragia da sífilis?

RESULTADOS:

- 1 — Idade das primeiras relações sexuais em 574 indivíduos

Anos de idade	n.º de indivíduos
10-14	72
15-18	399
19-25	101
depois dos 26	2

15 dos 589 indivíduos interrogados não tinham tido relações sexuais (2,6 %).

- 2 — Doenças venéreas em 589 indivíduos

Blenorragia	170
Sífilis	25
Úlcera mole	18 (213)

- 3 — Pesquisa de contactantes nos 213 doentes

Sim	34
Não	179

- 4 — Qualificação profissional das pessoas que trataram os 213 doentes

Médicos gerais	100
Dermatovenereologistas ..	57
Enfermeiros	42
Outros	14



CALMA COM VIVACIDADE...

Sereno, acima das pequenas irritações da vida, mas bem orientado, mantendo a vivacidade e o completo domínio das suas faculdades — precisamente como o doente que tomou

LIBRIUM

Trade Mark

ROCHE

7-cloro-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepina-4-óxido.
Apresentado em grajeias doseadas a 5, 10 e 25 mg e em ampolas doseadas a 100 mg de substância seca sob a forma de cloridrato.

F. Hoffmann-La Roche & Cie, S. A., Basileia, Suíça
Representante comercial: Henri Reynaud Lda.,
Secção científica Roche, Rua do Loreto 10, Lisboa, Tel. 30177

Quando se pretende uma acção reguladora da circulação e não a simples supressão dum sintoma, convém administrar **Effortil**[®] o tónico cardiocirculatório de acção prolongada e efeito equilibrado.

Gotas a 0,75% / Frasco com 15 g
Comprimidos a 0,005 g / Tubo com 20
Ampolas a 0,01 g / Caixa com 6

Embalagens hospitalares



C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN · ALEMANHA

Delegação científica: C. H. BOEHRINGER SOHN, LDA. · LISBOA · Av. António A. de Aguiar, 104-12 · PORTO · Rua João das Regras, 120



5 — Utilização de medidas profilácticas em 574 indivíduos

Sim	256
Não	318

6 — Conhecimento da existência das D. V. na ocasião das primeiras relações sexuais em 574 indivíduos

Sim	546
Não	28

7 — Conhecimento sobre a contagiosidade das D. V. em 589 indivíduos

Exacto	83
Aproximado	225
Errado	102
Nulo	179

7a — Conhecimento sobre os sintomas da blenorragia e da sífilis em 589 indivíduos

	Sífilis	Blenorragia
Exacto	59	200
Aproximado	114	172
Nulo	416	217

8 — Capacidade de separar a blenorragia da sífilis em 589 indivíduos

Sim	181
Não	408

COMENTÁRIO

O inquérito revelou que na população estudada, a idade mais frequente da iniciação sexual foi entre os 14 e os 18 anos e que número apreciável (213 em 574) havia sofrido de D. V. particularmente de blenorragia. O grupo das profissões diversas (grupo 2) e o dos estudantes (grupo 5), foram aqueles em que as D. V. existiram com mais frequência (respectivamente 56 em 115 e 45 em 95).

Na população estudada, o médico geral tratou a maioria dos doentes, enquanto o dermatovenerologista tratou o mesmo número que o enfermeiro e outros.

O inquérito epidemiológico só foi realizado em número reduzido de casos (34 em 213).

As medidas profilácticas utilizadas por 256 indi-

víduos consistiram no uso de preservativos (principalmente no grupo 5), lavagens com água e sabão (principalmente nos grupos 1 e 2), e aplicações de antisépticos mercuriais (principalmente nos grupos 3 e 4).

Quase todos os indivíduos interrogados conheciam a existência das D. V. quando das primeiras relações sexuais, mas a maioria tinha noções confusas no que respeita à sua contagiosidade e sintomatologia. Os que tinham conhecimentos exactos sobre as D. V. obtiveram-nos durante o serviço militar ou por iniciativa pessoal.

O inquérito permite as sugestões seguintes:

- 1 — A educação sexual da juventude deve começar antes dos 14 anos.
- 2 — Necessidade de instruir os médicos práticos sobre os sintomas e o tratamento das D. V.
- 3 — Intensificação das medidas de inquérito epidemiológico.
- 4 — Propaganda no sentido de informar o público sobre o perigo que constituem as D. V. e acerca das respectivas medidas profilácticas.

RÉSUMÉ

Se basant sur l'étude de 600 habitants de la ville de Lisbonne entre 14 et 35 ans au sujet de leurs comportement et connaissances des maladies vénériennes les auteurs tirent les conclusions suivantes:

— La plupart des jeunes ont les premiers rapports sexuels entre les 14 et 18 ans.

— Les maladies vénériennes ont été le plus souvent soignées par des praticiens et moins souvent par des vénérologistes, infirmiers et curieux.

— Les premières informations sur les dangers des maladies vénériennes ont été acquises pendant le service militaire.

— Les connaissances sur la syphilis et la blenorragie sont presque toujours peu exactes ou même nulles.

— La plupart n'utilise pas de mesures prophylactiques.

SUMMARY

Taking as a basis a study of 600 inhabitants between the 14 and 35 years of age in the city of Lisbon in reference to the behaviour and knowledge relative venereal diseases, the authors come to the following conclusions:

— The majority of the young people have their first sexual intercourse between 14 and 18;

— The venereal diseases were treated mostly by physicians and in a lesser degree by venereologists, nurses and amateurs;

— The first informations on the dangers of venereal diseases were acquired during the military service;

— Knowledge on syphilis and blenorragy are nearly always unexact or nonexistent;

— The majority does not utilize prophylactic measures

A SEXUALIDADE, AS DOENÇAS VENÉREAS E O MÉDICO

FRANCISCO BRAGA DA CRUZ

e
CARLOS DA SILVA TORRES

Quem, como nós, considera o problema venereológico na sua compreensão mais ampla, causa e consequência de um complexo que envolve o indivíduo no seu mundo psico-orgânico e no mundo das suas relações sociais, não pode deixar de encontrar motivos aliciantes nos debates que esta reunião internacional se propôs. O que dizemos fundamenta-se, sobretudo, no facto de os responsáveis por esta assembleia dedicarem particular cuidado aos aspectos educacional e social do problema, e sua valorização no sentido de apreciar várias equações que lhe estão inerentes.

Antes de mais, queremos acentuar que, do modo como vemos esta questão, não podemos considerar as doenças venéreas isoladas do indivíduo ou da sociedade e olhadas, apenas, sob os pontos de vista patológico e epidemiológico; antes as pretendemos incluir dentro da sexopatologia — ciência que estuda as manifestações

mórbidas ligadas ao sexo — constituindo um capítulo, entre outros, com os quais se articula intimamente. Também queremos acentuar que a sexopatologia deve considerar-se incluída na vasta e complicada ciência que é a sexologia.

Será dentro desta maneira de pensar que tentaremos expor o nosso ponto de vista esquematicamente e de modo sucinto.

É noção basilar que, qualquer problema que se nos põe e seja qual for a maneira como se apresente deve ser minuciosamente analisado, numa tentativa de encontrar a causa, ou as causas responsáveis, por ser do conhecimento destas que dependerá a resolução daquele.

Em Medicina a perspectiva é essa. O médico, frente ao doente, deve tentar compreender o conjunto doença-indivíduo antes de actuar e não, por princípio, dirigir

exclusivamente o seu cuidado para este ou aquele sintoma, como se isso fosse sempre suficiente para a cura do doente. Nos casos em que tenha que intervir unicamente nesse sentido, o conceito de base sobre doença e doente não é invalidado e tal facto só servirá para denunciar as lacunas da Medicina ou do médico.

Na sexologia a doença venérea será apenas um dos seus aspectos e, portanto, não podemos aceitar que aquela ciência trate apenas destes assuntos. A infecção venérea será uma das manifestações de um processo mórbido mais geral e deverá ser valorizada e hierarquizada no conjunto do quadro.

Consideradas já dentro da sexopatologia, podemos encarar as doenças venéreas sob dois aspectos: por um lado, as genitopatias, aquelas que o doente não mentaliza e dependem apenas do uso dos órgãos genitais, sem outras interferências; por outro, as sexopatias, doenças com expressão mais lata, fazendo parte do composto sexual psico-orgânico e dele dependendo. Neste último caso, compreende-se a dificuldade em limitar e analisar o problema em profundidade, já que, entrando no jogo o componente psíquico, é sempre difícil interpretar completamente e em termos concretos as suas reacções. Ora, dentro daquele esquema, as doenças venéreas são, habitualmente, genitopatias, isto é, resultam de uma atitude sexual praticada somente para satisfação do instinto ou desejo libertino; mas, porque o acto sexual transcende aquele aspecto, deverá ser situado e apreciado dentro da sexualidade, e não sendo a sua manifestação mais importante, embora em dado momento a possa ser, terá que ser valorizado dentro dela.

Por sexualidade queremos entender um imenso complexo psico-orgânico com exteriorizações múltiplas e repercussões intensas que atingem profundamente não só o indivíduo como o ambiente que o integra.

O conhecimento deste facto deve estar presente «in mente» de quantos tenham responsabilidade no estudo e resolução do problema venereológico; a não compreensão e a não divulgação de muitos dos seus aspectos poderão ser responsabilizados pelo volume desmedido que o problema assume.

Assim, uma das consequências da falta da consciencialização deste estado de coisas tem levado o homem a procurar o prazer ou a simples satisfação do instinto sexual de maneira fácil; por isso, com mais ou menos variantes de expressão, verificável ao longo da história, aparece a prostituição, fenómeno social que, embora nos nossos dias se apresente com tendência regressiva, é ainda tolerado pela sociedade. Como resultante, e não com certeza a mais grave, surge a doença venérea, e é aqui que a pretendemos situar.

Um indivíduo que se nos apresenta com doença venérea deve ser considerado portador de um quadro complexo que ultrapassa a infecção; é provável que, além

do processo infeccioso, possua uma preocupação relacionada com aquela e mais, terá quase sempre «doença sexual» implícita do uso da sua capacidade genital não orientada nem mentalizada no sentido do seu real significado.

Este último aspecto, bem como o das repercussões sociais das doenças venéreas e das sexopatias em geral, tem o médico que as conhecer, para intervir com eficiência no problema. Ele não deve limitar-se a ser um técnico, mas sim orientar o seu tecnicismo num sentido mais profundo que envolva o doente no seu todo sócio-psicológico.

É ainda dentro desta ordem de ideias que deve intervir no esclarecimento do problema junto do doente ou na sociedade, pois a ele compete, por mister, o conhecimento aprofundado das questões que vimos a tratar.

É claro que a solução dos problemas inerentes à sexologia, sendo complexa, não depende exclusivamente da intervenção do médico. Como em tudo, impõe-se um esforço comum para resultar; desta maneira, ao considerarmos os problemas das doenças venéreas, damos valor inestimável às autoridades sanitárias e ao serviço social. Mas, quando posta a questão em termos mais latos, devemos exaltar outras intervenções, como a de todos os movimentos educativos visando o estudo e a difusão dos conhecimentos daquela ciência.

Estas reuniões têm valor extraordinário nos fins a que se propõem. A resolução do problema das doenças venéreas não depende exclusivamente da solução dos seus aspectos infeccioso e epidemiológico. A doença existe no indivíduo e, portanto, é a partir dele e para ele que deverá orientar-se a nossa luta. Esta visão pode parecer utópica mas cremos que a mais eficiente profilaxia das doenças venéreas, como das sexopatias, residirá num maior aprofundamento e divulgação de conhecimentos sobre a sexualidade, para que todos se possam aperceber da sua transcendência.

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent le concept vulgaire de la sexualité et quelques unes de ses conséquences — les maladies vénériennes — et, après avoir montré leurs fautes, ils le définissent comme un ensemble de caractéristiques psycho-organiques (anatomophysiologiques) avec leurs réflets individuels et sociaux, moraux organic characteristics (psycho-physiological), with its social and et sanitaires; ils jugent le rôle que le médecin devra jouer pour la diffusion de ce véritable concept et de ses conséquences, par rapport aux maladies vénériennes.

SUMMARY

The Authors analyse the concept of common sexuality and its consequences, — the venereal diseases — and, after pointing out its mistakes, they define it, like a combination of psyco and organic characteristics (psycho-physiological), with its social and personal reflexes, moral and sanitary.

They emphasize the action that the physician may take for the diffusion of this true concept and its consequences, relative to the venereal diseases.

ALGUNS ASPECTOS SOCIAIS E ECONÓMICOS DA PROSTITUIÇÃO EM PORTUGAL

AURELIANO DA FONSECA
FRANCISCO NORTON BRANDÃO
FRANCISCO DA CRUZ SOBRAL

A prostituição em Portugal tem tido significado sobretudo nas cidades de Lisboa e Porto; nas outras terras a sua existência é reduzida e de expressão muito inferior.

Sob os pontos de vista sanitário e jurídico, devemos distinguir 5 datas:

1608 — Esboça-se em Lisboa a vigilância sanitária das prostitutas;

1865 — Estabelece-se a obrigatoriedade da matrícula policial das prostitutas, com inspecção sanitária periódica. Deste modo, inicia-se o período regulamentarista;

1930 — Cria-se a polícia sanitária para inspecção das prostitutas nos prostíbulos ou no domicílio e estabelece-se que as autoridades procurem encaminhar para o trabalho honesto as mulheres que, por ignorância ou

LASIX®

Ácido-4-cloro-N-(2-furilmetil)-5-sulfamoil-antranílico

Lasix garante, graças ao perfil especial da sua acção, períodos de diurese adaptados ao tempo disponível e modo de vida do respectivo doente.

Lasix de óptima tolerância local e geral, tanto pode ser aplicado per os como por via endovenosa.

Lasix é o único salurético que actua mesmo em casos de filtração glomerular reduzida.

Lasix na aplicação endovenosa actua mais forte e rapidamente do que qualquer outro diurético até agora conhecido e em doentes com edemas, tem uma acção vantajosa do quociente Na/K.

Lasix a maior parte das vezes produz o efeito diurético quando outros preparados falham.

Lasix pode ser administrado em diabéticos devido à ausência de efeitos no metabolismo dos hidratos de carbono.



Na quimioterapia intestinal

ENTEROVITE

— Neomicina

— Complexo B

— Ftalilsulfatiazol

— Vitamina K

Pó para suspensão extemporânea

Intensa acção bacteriana sobre os organismos gram-positivos e negativos exercida exclusivamente ao longo do tubo digestivo.

«Combinação ideal na antiseptia intestinal»

Poth, Martin e Col.

Indicações: Diarreias estivais, gastroenterites agudas e crónicas do adulto e da criança. Colites. Preparação para a cirurgia intestinal.

LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS

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

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

causa accidental, se encontrem na prostituição;

1949 — Proíbe-se a matrícula de prostitutas e a abertura de novas casas de prostituição⁽¹⁾. Admitem-se, portanto, as inscrições das já matriculadas e consentem-se abertas apenas as casas até então autorizadas. Com esta disposição entra-se numa fase abolicionista ou, melhor, pré-abolicionista.

A lei estabelece a obrigação de serem tratadas as pessoas afectadas de doença venérea em fase de contágio, e serem observadas aquelas em relação às quais existem presunções graves de estarem infectadas.

Relativamente às prostitutas antes inscritas, mantém-se a obrigatoriedade dos exames sanitários;

1963 — Proíbe-se o exercício da prostituição⁽²⁾, sendo a prostituta equiparada aos vadios, sujeita, portanto, a medidas de segurança, e determina-se o encerramento de todas as casas onde se exerce a prostituição. Com esta disposição legal toma-se atitude proibicionista.

Relativamente ao modo como a prostituição se expressa, distinguimos 3 períodos:

1.º *Prostituição livre* (até 1865) — durante este período, as prostitutas exerceram a prostituição onde quiseram e como quiseram;

2.º *Prostituição vigiada* (até 1963) — as prostitutas obtinham fácil licença para frequentarem os prostíbulos autorizados, sendo reprimida qualquer atitude destas mulheres em público. (É evidente que a maior parte das prostitutas exerciam a prostituição de modo clandestino).

3.º *Prostituição clandestina* — desde 1963 até à actualidade.

As mulheres dispersaram-se e disfarçam a sua actividade do modo mais diverso, tornando-se, portanto, toda a prostituição clandestina. Um grande número destas mulheres exerce a prostituição em complemento económico de uma actividade profissional e, portanto, condicionada às necessidades. Outro número, dedicado apenas à prostituição, procura camuflar-se sob um rótulo profissional, para deste modo se proteger da lei. Estas actividades profissionais são escolhidas entre aquelas que, pela sua natureza, lhes facilita o conhecimento de homens e, portanto, a sua aliciação. Em verdade, raramente fazem algum trabalho, ou apenas o executam na medida em que ele é necessário para atingirem o seu objectivo.

A despeito dos diferentes aspectos da prostituição, as razões fundamentais da sua existência parece identificarem-se. Assim deduzimos pela apreciação de referências isoladas que sempre se têm escrito, porquanto não temos estudos sobre este assunto realizados em profundidade.

Quando se esboçava a lei proibicionista, fizemos um estudo às condições de vida das prostitutas de Lisboa e do Porto, procurando conhecer os factores determinantes da vida da prostituição dessas mulheres e os problemas que as envolviam.

A prostituição dependente de organizações estruturadas não existe praticamente entre nós. Ainda que em certos casos isolados, haja interesses a ela ligados, a prostituição tem, de modo geral, carácter individual.

O nosso estudo consistiu em fazer pormenorizados inquéritos a 697 mulheres, de prostituição pública ou clandestina⁽³⁾, cujos elementos colhidos foram por vezes difíceis de ordenação segundo uma escala de valores.

1) PROVENIÊNCIA DAS MULHERES

A grande maioria veio da província, de famílias rurais de condição modesta, e quase todas vieram procurar vida mais fácil e rendosa.

Este desejo justificou-se por necessidade de libertação familiar, porque o ambiente lhes era desagradável e difícil, citando-se, entre outras razões, as seguintes: morte do pai ou da mãe, seguindo-se a presença de outro homem ou mulher a ocupar o lugar dos pais e que passaram a repudiar os filhos existentes; infância em quase total abandono da família, sem orientação, criando-se e desenvolvendo-se um estado de instabilidade e de preguiça; ausência ou insuficiência de habilitações literárias e profissionais; frequente alcoolismo dos pais; mau ambiente moral, etc.

O emprego que porventura conseguiram, não tendo valorização profissional, não pôde interessar nem despertou interesse e, conseqüentemente, não podia merecer remuneração conveniente.

As mulheres, na sua maioria, ultrapassando 50 p 100, foram acidentalmente criadas; cerca de 15 p 100 foram empregadas fabris e os restantes 45 p 100 exerceram actividades diversas, sempre sem categoria profissional.

2) IDADE, ESTADO CIVIL E FILHOS

Encontrámos prostitutas desde os 15 aos 60 anos; porém, 80 p 100 das mulheres tinham idades compreendidas entre os 20 e 40 anos. 80 p 100 eram solteiras e 15 p 100 foram casadas; as restantes eram viúvas ou divorciadas.

Estas mulheres tiveram 725 gravidezes (sendo 473 antes da vida de prostituição), tendo havido 47 abortos provocados (6,5 p 100), 15 abortos naturais (2,0 p 100), um nado-morto (0,1 p 100), 194 filhos mortos, quase todos na primeira infância (26,9 p 100) e 468 filhos vivos (64,5 p 100).

O número de filhos vivos que nasceram antes da vida de prostituição é de 389.

Cerca de 65 p 100 das mulheres tinham apenas um filho e em 30 p 100 havia dois filhos; nas restantes, o número de filhos chegou a atingir 7.

Este problema dos filhos é, sem dúvida, delicado, sendo em muitos casos a razão mais vezes apresentada para manter a mulher na prostituição.

Quase sempre a criança foi entregue a uma outra pessoa que a vigia e sustenta, cujo preço, a despeito de não ser habitualmente elevado, ultrapassa aquilo que a mulher poderia usufruir em trabalho honesto, de acordo com as suas aptidões.

3) CAUSAS DO INGRESSO NA VIDA DA PROSTITUIÇÃO

Este problema é, naturalmente, difícil de concretizar, porque as causas são em regra múltiplas. Talvez possamos, no entanto, agrupá-las em causas predisponentes e causas determinantes.

Entre as primeiras, encontrámos com relevante valor os factos já mencionados relativamente ao meio familiar, que desenvolveu uma instabilidade psíquica e

(3) A prostituta pública é a mulher que exerce a prostituição como meio de existência, manifestando abertamente a sua intenção; a prostituta clandestina é a mulher que exerce a prostituição como meio de existência ou como complemento das suas exigências, procurando, no entanto, camuflar a sua intenção.

(1) Lei n.º 2036 de Agosto de 1949.

(2) Lei n.º 44579 de Setembro de 1962.

afectiva difícil de se subordinar a uma disciplina moral, social e profissional.

Assim predispostas, sem possibilidade de se adaptarem a qualquer trabalho e sem capacidade de o valorizarem, fácil foi caírem na prostituição quando a oportunidade surgiu.

Em muitos casos esta oportunidade surgiu após uma conversa com uma rapariga já do meio de prostituição, que lhes mostrou o quanto era fácil satisfazer as necessidades económicas sem o sacrifício do trabalho.

Muitas outras razões foram apontadas, que consideramos precipitantes, tais como: maus tratos da família, e do homem (marido ou não), com quem viviam; zangas com o homem com quem viviam (marido ou não), em regra por infidelidade dele; abandono do homem com quem tiveram iniciação sexual e terem considerado impossível ou difícil casarem-se; falecimento do homem ou marido com quem viviam; necessidade de ajudarem a família ou filhos; desejo de luxo, etc..

4) ESFORÇO DE REABILITAÇÃO

A quase totalidade das mulheres declarou desejar sair da prostituição. No entanto, só as muito doentes ou já com muitas dificuldades em conseguirem simpatia, vincaram este desejo, embora sem esperança.

Em boa verdade, não tendo estas mulheres adquirido hábitos de trabalho, não são capazes de se fixar numa actividade profissional. E mesmo que o consigam, o que é difícil por não terem referências abonatórias, nunca podem obter os mesmos proventos a que estão habituadas, garantindo-lhes, portanto, as mesmas possibilidades. Tenhamos em vista que algumas, ainda que em número reduzido, conseguem elevadas quantias que ultrapassam de longe a média dos melhores empregos técnicos.

A despeito de tudo isto, prescrutando as mulheres para além das aparências, raras foram aquelas que não revelaram íntima revolta por não terem uma família como qualquer outra mulher.

Algumas referiram a possibilidade de se reabilitarem se mudassem de terra, onde ninguém as conhe-

cesse, porquanto, no lugar onde exercem a prostituição, tudo as alicia ao regresso.

Por estas razões, todas as tentativas de reabilitação têm sido infrutíferas e sem esperança.

DEDUÇÕES

As causas da prostituição, sendo diversas, podem ser escalonadas segundo uma escala de valores, em familiares, educacionais, profissionais e económicas; cada uma delas dependente da falência da anterior. Por conseguinte, a recuperação destas mulheres é muito difícil.

O problema básico, estando na família, será para ela que deveremos dirigir as atenções e exigências, procurando consciencializá-la no seu lugar e função.

Parece podermos afirmar que, de modo geral, a reabilitação só pode ser possível para as raparigas de média condição no meio da prostituição e ainda não integradas. Cada rapariga seria entregue a uma família, possivelmente constituída apenas por senhoras mentalizadas no problema, e vivendo em outra terra o mais distante possível daquela onde a rapariga exerceu a prostituição. Neste novo ambiente, ela receberia aquilo que nunca possuiu, isto é, a família, o carinho, a orientação e uma actividade profissional, fazendo-a esquecer o passado, e levando-a a adquirir amor e interesse pelo trabalho.

RÉSUMÉ

On cite l'évolution sanitaire et juridique de la prostitution au Portugal et on observe certains aspects sociaux et économiques de la prostitution dans les villes de Lisbonne et Porto.

Les éléments ont été recueillis à la fin de 1962 (avant l'entrée en vigueur de la loi prohibitionniste), pour connaître les facteurs conditionnant la vie des prostituées et les problèmes qui les touchent.

SUMMARY

The sanitary and juridical evolution of the prostitution is mentioned and some social and economic aspects of the prostitution in the cities of Lisbon and Oporto.

The facts were obtained at the end of 1962 (before the publication of the law which forbids prostitution), and had as an aim the studying of the causing factors of the life of the prostitutes and their problems.

VENERELOGIA EM CABO VERDE

A. SALAZAR LEITE
F. DA CRUZ SOBRAL
e
MANUEL T. V. MEIRA

Durante muitos anos, Cabo Verde e em especial a ilha de S. Vicente, foram considerados focos mundiais endémicos dos mais importantes em venereologia.

Com efeito, um de nós constatou esse facto quando ali permaneceu em 1942/43 dirigindo um Serviço de Dermatovenereologia em que os casos tratados se dividiam igualmente pela Dermatologia e pela Venereologia.

Eis alguns números referentes a esse período:

DOENÇAS VENÉREAS OBSERVADAS EM 1942/1943 NUM SERVIÇO DA ESPECIALIDADE EM S. VICENTE DE CABO VERDE

	Em 2789 militares		Em 510 civis	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Sífilis { recente	377	11	24	
{ latente (seropositiva)	25	38	79	
Úlcera mole	343	5	17	
D. de Nicolas Favre	266	1	13	
Gonorreia	154	3	6	
Outras doenças	233	5	28	

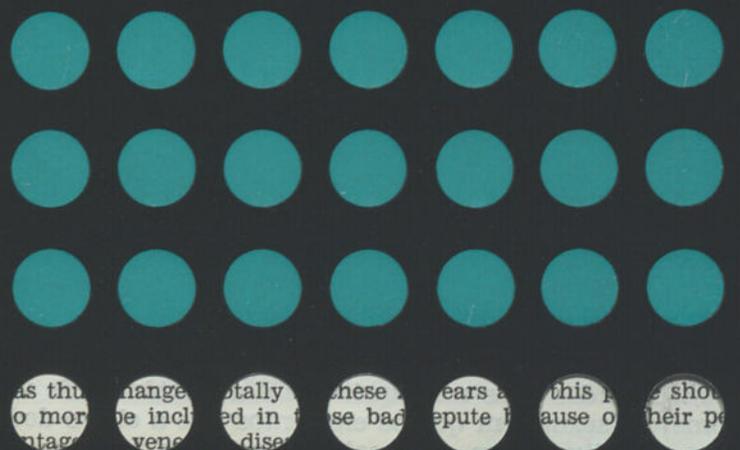
Julgámos ser de destacar a grande frequência de sífilis em actividade nessa altura e o número quase igual de casos de doença de Nicolas Favre.

Com o advento da penicilina e, portanto, com a possibilidade de se efectuar um tratamento intensivo destes doentes, de uma forma que era muito difícil com os métodos anteriores, iniciou-se em 1956, sob a orientação de um de nós, uma campanha anti-sifilítica em massa, acompanhada de inquéritos serológicos periódicos cujos resultados se podem esquematizar da forma seguinte:

PERCENTAGEM DE REACÇÕES SEROLÓGICAS POSITIVAS ENCONTRADAS EM S. VICENTE DE CABO VERDE ENTRE OS ANOS 1942 E 1964

	Anos				
	1942	1956	1957	1959	1964
Exames serológicos	452	1977	971	478	582
Reacções positivas	25,8 %	15,3 %	15,4 %	7,7 %	5,6 %

Anovlar

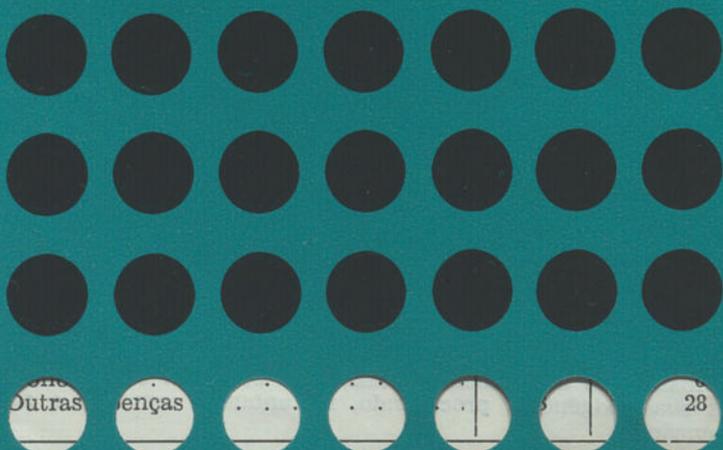


agora **Anovlar**

Regulador
oral do ciclo

mais simples
mais cómodo
mais seguro

com 21 drageas para
21 dias de tratamento



3 semanas de tratamento

1 semana de pausa

Até 1957 (o tratamento penicilínico em massa só fôra iniciado no ano anterior), não se verifica ainda quebra acentuada da sífilis, que é já perfeitamente nítida a partir dos inquéritos de 1959. Contudo, a modificação do panorama venereológico é ainda mais marcado se tivermos sob os olhos os números referentes à venereologia que encontramos em Setembro de 1964, em 582 observações clínicas e serológicas, que apresentamos agrupadas dos 15 aos 30 anos, dos 31 aos 40 anos e depois dos 41 anos.

DOENÇAS VENÉREAS ENCONTRADAS EM 582 OBSERVAÇÕES
EM S. VICENTE, EM 1964

	15/30 anos		31/40 anos		Mais de 41 anos	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Mac.
Sífilis recente . . .	0	0	0	0	0	0
Sífilis latente (sero-positiva) . . .	1	5	2	3	4	6
Úlcera mole	0	0	0	0	0	0
D. de Nicolas Favre . . .	0	1	0	10	0	20
R. de Freij positiva . . .	0	6	1	13	2	22
Gonorreia	0	4	1	3	0	1
Outras doenças	1	3	2	4	0	3

Para o exame particular da sífilis merecem ser destacados os resultados obtidos nos exames serológicos em indivíduos com idade superior ou inferior a 35 anos e que foram os seguintes:

	Idade Inferior a 35 anos		Idade Superior a 35 anos	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Número de exames	83	243	55	201
N. de anál. positivas	1	6	7	19
Percentagem	2,1		10,1	

Estes resultados que devem ser relacionados com o período em que a endemia tinha grande intensidade e com a época em que foi iniciada a campanha de terapêutica em massa com a penicilina, pelo que apenas nos indivíduos mais idosos se encontra maior percentagem de positividade.

Parece-nos, pois, que a comparação dos exames clínicos e serológicos efectuados em 1942 e em 1964 em S. Vicente de Cabo Verde nos mostra que

— a sífilis teve redução notável, o que é revelado não só pela diminuição da percentagem global de análises positivas de 25,8 para 5,6 mas, principalmente, pelo desaparecimento aparente dos casos de sífilis recente e pelo facto da serologia positiva dominar os grupos etários acima dos 35 anos;

— a doença de Nicolas Favre tem igualmente uma modificação espectacular, visto que, sendo em 1942 a sua frequência quase igual à da sífilis

recente, apenas agora encontramos um caso em fase activa. A frequência da positividade da reacção de Frei nos indivíduos com idades próximas ou superiores aos 40 anos mostra que realmente esta doença venérea teve em Cabo Verde um período de marcada incidência;

— a úlcera mole e a gonorreia acompanharam igualmente a diminuição das outras doenças venéreas.

A que podemos atribuir esta evolução favorável da endemia venérea em S. Vicente?

Nós pensamos que se reuniram aqui uma série de factores:

— o benefício de uma terapêutica mais fácil, mais eficaz e que os doentes procuram com mais agrado;

— o benefício de um nível sócio-económico e educacional cada vez mais elevado;

— a redução do movimento marítimo do porto de S. Vicente que limitou a possibilidade de contactos com marinheiros, que constituem um dos elementos mais importantes na disseminação das doenças venéreas.

O que é indiscutível é que o porto de S. Vicente deixou de ser o foco de doenças venéreas que era há vinte anos e que temos fundadas esperanças não volte a ser, pois os métodos de diagnóstico e de tratamento de que actualmente dispomos, bem como as possibilidades que existem de contróle eficaz na sua população, nos permitem supor que os Serviços de Saúde locais estão em condições de não só manter como melhorar a situação actual.

RÉSUMÉ

Les observations cliniques et sérologiques que les auteurs ont effectuées à l'île de S. Vicent du Cap Vert, entre 1942 et 1964, prouvent qu'il y a eu une réduction progressive des maladies vénériennes.

Dans leurs dernières observations, en Septembre 1964, parmi plus de 500 examinés, on a seulement trouvé, comme maladies vénériennes en période récente, quatre gonorrhoea et le pourcentage d'examens sérologiques positifs pour la syphilis n'a pas atteint 6%.

Le panorama vénereologique du Port de S. Vincent a ainsi totalement changé dans ces 22 années et cet endroit ne doit plus être inclu parmi ceux de triste renommée par leur pourcentage de maladies vénériennes.

SUMMARY

Clinical and serological observations made by the authors in the island of S. Vicente of Cabo Verde, between 1942 and 1964, show a progressive reduction of venereal diseases.

In their last observations, in September 1964, on 500 examined persons, there were only found as venereal diseases in recent period, four gonorrhoeae, and the percentage of positive serological examina for syphilis has not reached 6%.

The venereological panorama of the port of S. Vicente has thus changed totally in these 22 years and this place should no more be included in those bad repute because of their percentage of venereal diseases.

ALGUMAS MEDIDAS A CONSIDERAR NA LUTA ANTIVENÉREA

AURELIANO DA FONSECA

e
ALMEIDA MOTA

A prostituição, tendo sido considerada a causa fundamental das doenças venéreas e, portanto, da sua disseminação, justificou que a luta antivenérea fosse orientada, sobretudo, no sentido de vigiar, sob o aspecto sanitário, as mulheres que a praticavam.

Esta atitude, porém, teve limitado êxito, pela deficiência da acção sanitária e, principalmente, porque na clandestinidade existia a maioria das mulheres prostitutas, que por isso escapavam à referida vigilância.

Desenvolvendo-se o conceito abolicionista, ainda que com efectividade diferente de região para região, afirmou-se e tomou realidade, acarretando a inutilidade da referida frágil vigilância sanitária.

Em face disto, a profilaxia antivenérea, em sentido clínico, teve de orientar-se em procurar doentes através de doentes, seguindo os seus sucessivos contactos sexuais.

Este procedimento, porém, só resulta em meios relativamente pequenos e com fraca população fluante. Nestas condições, impõe-se promover ao lado das acções citadas, outros meios, que visem, sobretudo, a consciencialização do problema venereológico e que, portanto, possam ser generalizáveis a todos os sectores populacionais. Tal necessidade, para ter substracto, deve surgir incluída na educação sexológica do individuo e esta deve integrar-se na sua educação geral, com carácter formativo em sentido moral e cívico.

Aos pais compete iniciar esta formação sexológica, depois continuada ou completada pelos professores de higiene, ou outros na falta destes, e sobretudo pelos médicos. Dizemos, sobretudo os médicos, por serem eles que têm as melhores condições para esclarecer e orientar todas as outras pessoas.

Para isso, no entanto, consideramos absolutamente necessário intensificar os conhecimentos venereológicos dos estudantes de Medicina dentro de um clima sexológico.

A formação sexológica será, portanto, a base de uma luta antivenérea racional, que terá por fim levar o individuo a conhecer os perigos da libertinagem sexual, bem como os sinais premonitórios das doenças e o caminho que deve tomar se elas surgirem.

Para fazer recordar estes problemas ou fazer despertar a curiosidade ou interesse por eles, entendemos dever generalizar-se a obrigatoriedade do certificado médico com a indicação de que o individuo foi obser-

vado, sob o ponto de vista geral e ainda em relação à sífilis e doenças congéneres, tendo-se feito as reacções serológicas necessárias.

Este documento seria exigido a todo o individuo concorrente a qualquer lugar oficial ou para-oficial, aos candidatos a provas desportivas (fazendo parte do exame de aptidão física), a todo o emigrante, aos estudantes que se inscrevessem nas escolas técnicas e superiores, inscrição em sindicatos, admissão aos serviços militares, etc.

Como este atestado não deve revelar os resultados, relativamente à sífilis e outras doenças venéreas, por estas razões nunca os seus utentes serão prejudicados. Com efeito, caberá ao médico a responsabilidade de esclarecer o individuo, no caso dele ter doença, e de tomar as medidas necessárias que julgue convenientes para bem do próprio doente.

Deste modo, através do atestado, a população irá tomando conhecimento do problema venereológico e habituar-se-á a considerá-lo.

Entre nós é obrigatório, para muitas situações, a apresentação de uma microrradiografia e atestados de sanidade; a bem dizer, a proposta é apenas um prolongamento daquilo que já se exige.

Os benefícios das atitudes propostas terão, forçosamente, de se evidenciar. Eles são profilácticos no sentido educativo; tudo o mais que se deve fazer é já dirigido ao doente.

RÉSUMÉ

On mentionne, succinctement, les principaux moyens que nous pouvons et devons mettre en marche pour enrayer l'accroissement des affections vénériennes.

A ce sujet, on relève, surtout, le besoin d'intensifier l'enseignement de la Vénérologie et d'obliger tout individu, voulant être admis dans les divers organisations mentionnées, ou désirant certains bénéfices officiels, à présenter un document attestant qu'il a fait des analyses sérologiques pour la syphilis.

SUMMARY

We show shortly, the principal ways and means, we can and must take, in order to make the increase of venereal diseases difficult.

On this, we consider the need of increasing the teaching of Venereology especially important and oblige every one, pretending ingress in described private or public organisations, to present documentation to having made serologic tests for syphilis.

VENERELOGIA EM PROSTITUTAS INTERNADAS NO HOSPITAL DO DESTERRO, EM LISBOA

F. DA CRUZ SOBRAL, J. MACIEL CHAVES,
JOSÉ RODA e O. MENÉRES SAMPAIO

Seja qual for o título que se lhe dê ou a modalidade que revista, o contacto sexual extramatrimonial mantém-se no presente tal como existia no passado, e muito provavelmente persistirá no futuro, em resultado de factores que ultrapassam qualquer legislação, pois fazem parte da própria natureza humana.

Uma das suas consequências é a existência de um comércio sexual em que os elementos que a ele se dedicam constituem um dos mais importantes factores na

disseminação das doenças venéreas, sendo na prostituição que grande número de países deve procurar a origem das afecções desta natureza. Por isso, continua sendo do maior interesse conhecer a incidência das doenças venéreas nas prostitutas (englobando nesta designação a prostituição pública ou clandestina, regular ou accidental), assim como tudo o que pode influir nessa incidência, muito particularmente, no momento presente, a acção que pode ter tido o aban-



A grande experiência Clínica tem demonstrado que o UL-CLADENE favorece electivamente a cicatrização da úlcera gastro-duodenal.

APRESENTAÇÃO:

Caixa de 12 ampolas de 2 ml.

UL-CLADENE

No tratamento do síndrome ulcerozo gastro-duodenal

ALGUMAS MEDIDAS A CONSIDERAR NA LUTA ANTIVENÉREA

AVISSUL[®]

Bial

COMPRIMIDOS SUSPENSÃO

**POTENTE SULFONAMIDA DE ACÇÃO PROLONGADA
PRÁTICAMENTE ISENTA DE EFEITOS LATERAIS**

COMPOSIÇÃO

	COMPRIMIDOS	SUSPENSÃO
2-sulfanilamida-5-metilpirimidina . . .	0,5 g	0,5 g
	Por comprimido	Por colher das de chá (5 ml)

Em relação às outras sulfonamidas:

- 1) Condiciona concentrações tecidulares mais elevadas e mais sustentadas;
- 2) apresenta um menor grau de ligação às proteínas e de acetilação;
- 3) é sensivelmente mais activa nas infecções estafilocócicas, estreptocócicas e colibacilares.

dono da clássica vigilância sanitária em consequência da abolição da regulamentação oficial da prostituição.

Vejam os alguns elementos que a tal respeito se encontram registados no nosso Serviço de Venereologia do Hospital do Desterro, em Lisboa (Director: Dr. José RODA), onde habitualmente são assistidas as prostitutas desta cidade.

Eis alguns números referentes aos três últimos anos e a outros dois anteriores tomados como comparação:

NOSOLOGIA EM VENEREOLOGIA NO HOSPITAL DO DESTERRO, EM LISBOA

	Anos				
	1955	1958	1962	1963	1964
Sífilis recente	13	7	27	32	53
Sífilis latente (seropositiva)	60	34	4	15	11
Vulvovaginites					
por gonococos	82	39	47	40	32
por tricomonas	93	96	73	88	86
por candida	13	40	37	63	43
Úlcera mole	5	1	2	7	4
D. de Nicolas-Durand-Favre	—	—	1	1	—
Outras doenças	28	40	27	34	44

A última rubrica compreende vegetações venéreas, molusco contagioso, metro-anexites, etc..

Se nos restringirmos às duas mais importantes doenças venéreas, a sífilis e a gonococia, os números encontrados no nosso Serviço são os seguintes:

	Anos				
	1955	1958	1962	1963	1964
Total de pacientes internadas	235	179	164	150	200
Casos de sífilis recente	5,5 %	3,9 %	16,4 %	21,3 %	26,5 %
Casos de gonococia	34,9 %	22,3 %	28,6 %	26,7 %	16,0 %

Vejam algumas considerações que estes números sugerem, atendendo a que, a partir de 1963, foi abolida a regulamentação da prostituição em Portugal e, portanto, terminou a vigilância sanitária clássica, apenas sendo obrigatório, de acordo com a legislação portuguesa, o tratamento de indivíduos portadores de doenças infecto-contagiosas, entre as quais se incluem as venéreas.

O total anual de internamentos não sofreu alteração digna de registo, tanto nos anos cujos números transcrevemos, como em outros anteriores, oscilando em geral à volta de 200 casos anuais.

Foi relativamente frequente nas nossas pacientes a coexistência de doenças venéreas como, por exemplo, se pode ver no quadro referente a 1964:

DESCRIMINAÇÃO NOSOLÓGICA EM 1964

3	pacientes com sífilis recente e gonococia
1	» » » » gonococia e tricomoníase
12	» » » » e tricomoníase
5	» » » » e candidíase
1	» » » » candidíase e gonococia
4	» » » » candidíase, gonococia e tricomoníase

e, no que se refere às vulvovaginites:

1	paciente com gonococia e tricomoníase
2	» » » e candidíase
3	» » » candidíase e tricomoníase
15	» » candidíase e tricomoníase

Notemos que é particularmente frequente a infestação mista por *Candida* e *Tricomonas* nas vulvovaginites, como já foi destacado em trabalho publicado recentemente por um de nós (F. da C. S.— Aspectos clínicos e serológicos da Candidíase em venereologia feminina), no qual, em 194 pacientes estudadas de vulvovaginites, cujos agentes foram identificados laboratorialmente, se obtiveram os resultados seguintes:

Identificados só Gonococos	36 casos
» » <i>Candida</i>	30 »
» » <i>Tricomonas</i>	59 »
» <i>Candida</i> + <i>Tricomonas</i>	41 »
» <i>Candida</i> + <i>Gonococos</i>	9 »
» <i>Tricomonas</i> + <i>Gonococos</i>	12 »
» <i>Gonococos</i> + <i>Tricomonas</i> + <i>Candida</i>	7 »

Nas prostitutas assistidas no Hospital do Desterro verificámos, pois, até 1958, uma redução progressiva dos casos de sífilis recente, cujo número mais baixo se situa nesse ano, em que a percentagem, em relação ao total de internamentos, é apenas de 3,9; a partir dessa data, há uma subida persistente e por vezes mesmo intensa dos casos de sífilis recente, que em 1964 subiu para 26,5 %.

Nas vulvovaginites, os agentes mais frequentemente identificados são o *Tricomonas* e a *Candida*, ficando em terceiro lugar o *Gonococos*, cuja percentagem nos internamentos decresce até 1958, mantendo-se desde então em números que não oferecem variação estatística digna de realce, fixando-se à volta de 20 % das doentes internadas.

A nossa observação não nos leva a supor que a abolição da «Regulamentação da prostituição» tenha influído de maneira apreciável na incidência das doenças venéreas nas prostitutas, assim como nas doenças venéreas diagnosticadas em homens que frequentam as nossas consultas do Hospital do Desterro.

Com efeito, não só o número de internamentos de prostitutas se mantém estabilizado há anos, como a frequência total das consultas venereológicas no sexo masculino também não sofreu alteração considerável, podendo apenas admitir-se que a sífilis é mais frequente enquanto estas doenças venéreas mantêm a sua tendência para o desaparecimento.

Há realmente uma subida do número de casos de sífilis recente, mas o seu condicionamento não deve ser o das outras doenças venéreas e paravenéreas (vegetações venéreas, molusco contagioso, balanites e uretrites inespecíficas, etc.), as quais não revelam alterações estatísticas válidas ou estão mesmo mantendo a sua regressão iniciada há cerca de 15/20 anos. Tal é o caso, por exemplo, da úlcera mole com 4 casos registados

em 1964, em prostitutas, e escassos casos no sexo masculino, e da doença de Nicolas Favre que não foi encontrado, no mesmo ano em prostitutas.

Resumindo as nossas observações na Venereologia de prostitutas assistidas no Hospital do Desterro, em Lisboa, julgamos ser de destacar:

- a sífilis recente retomou, a partir de 1958, uma incidência progressivamente ascendente, passando de 3,9 % dos casos tratados naquele ano para 26,5 % no ano transacto de 1964.

A incidência de vulvovaginites gonocócicas não tem sofrido variação estatística significativa, mantendo-se à roda de 20 % dos casos internados:

- as vulvovaginites por *Trichomonas* e *Candida* constituem percentagem elevada nos casos internados — cerca de 40 % e de 20 % respectivamente.
- tanto a úlcera mole como a doença de Nicolas Favre desapareceram praticamente da venereologia assistida no Hospital do Desterro.

RÉSUMÉ

L'analyse des cas de maladies vénériennes chez les prostituées soignées à l'Hôpital do Desterro (à Lisbonne) démontre que:

- Le nombre de cas de syphilis récente a augmenté notamment à partir de 1958;
- Le nombre de cas annuels de vulvovaginites gonococciques est presque le même depuis quelques années;
- La Trichomoniasis et la Candidiase se trouvent, maintenant, très fréquemment;
- La maladie de Nicolas-Favre et la chancroïde sont aujourd'hui exceptionnelles;
- L'abolition de la réglementation de la prostitution ne paraît pas avoir eu d'influence sur l'incidence des maladies vénériennes chez les prostituées soignées à cet Hôpital.

SUMMARY

The study of the venereal diseases cases of the prostitutes treated at the Desterro Hospital (Lisbon) shows that:

- The number of recent syphilis has grown notably since 1958;
- The number of annual cases of gonococcal vulvovaginitis is nearly the same in recent years;
- Trichomoniasis are now found very frequently;
- The Nicolas-Favre and the chancroid are now exceptional;
- The abolition of the regulation of prostitution seems not to have influenced the incidence of venereal diseases on the prostitutes treated in this Hospital.

EDUCAÇÃO DOS DOENTES NA PROFILAXIA ANTIVENÉREA

AURELIANO DA FONSECA
MÁRIO BASTO
MARIA AMÉLIA COUCEIRO
CÉLIA VEIGA

Sendo a profilaxia o «conjunto de meios higiénicos ou terapêuticos destinados a impedir a eclosão das doenças», no âmbito antivenéreo ela realiza-se em duas direcções: para o indivíduo sã, com o fim de evitar que se contagie; para o doente, procurando que obtenha a cura o mais precocemente.

Qualquer destes aspectos afirma-se através de uma acção educativa que consciencialize o indivíduo e o leve a aceitar e a cumprir as normas recomendadas.

Como, porém, o indivíduo sã, a despeito da melhor e mais completa educação, pode adquirir a doença e sendo a partir dos doentes que se geram novos doentes, a educação do doente adquire relevante importância e torna-se habitualmente bem aceite por serem evidentes os benefícios.

Esta educação deve realizar-se, ou pelo menos iniciar-se, quando a doença é diagnosticada, portanto no próprio acto da consulta. Para isto, no entanto, é preciso que o médico disponha de tempo, condição muitas vezes difícil ou mesmo impossível de conseguir, demais que a duração desse tempo é variável de doente para doente e alguns exigem-no exageradamente.

Considerando esta dificuldade, no Dispensário Central de Higiene Social do Porto a acção educativa está sobretudo a cargo do Serviço de Inquérito Epidemiológico.

Com efeito, após a consulta clínica, o doente é conduzido à referida secção, onde recebe os necessários esclarecimentos sobre as consequências que pode sofrer se não se tratar até à cura, devendo esta ser definida, apenas, por médico competente. Posteriormente, encaram-se as dificuldades que porventura ele tenha para

cumprir todas as prescrições terapêuticas e submeter-se ao controle de cura, procurando a necessária solução.

Depois, ele ficará sob vigilância, sendo convocado ou visitado, conforme as circunstâncias, quando tenha suspenso os tratamentos ou deixado de comparecer às consultas ou exames necessários para verificar a evolução da doença.

Assim procedendo, no período de 12 anos (1952-1963), foram atendidos e ilucidados sobre a doença de que sofriam, 17 398 doentes com diversas enfermidades venéreas.

A despeito do esforço despendido, houve 5 637 (32,4 p. 100), que por qualquer razão não cumpriram o tratamento aconselhado ou deixaram de comparecer às provas de controle, muito embora tudo seja gratuito, consultas, análises, medicamentos e tratamentos.

Por este motivo, tendo sido logo convocados ou visitados, aos doentes que reapareceram foram de novo recordadas as consequências que a doença pode ter se não for curada.

Destes doentes, retomaram o tratamento 3 681, ou seja 65,3 p. 100; portanto, o número de pessoas não recuperadas foi de 1956 (33,7 p. 100).

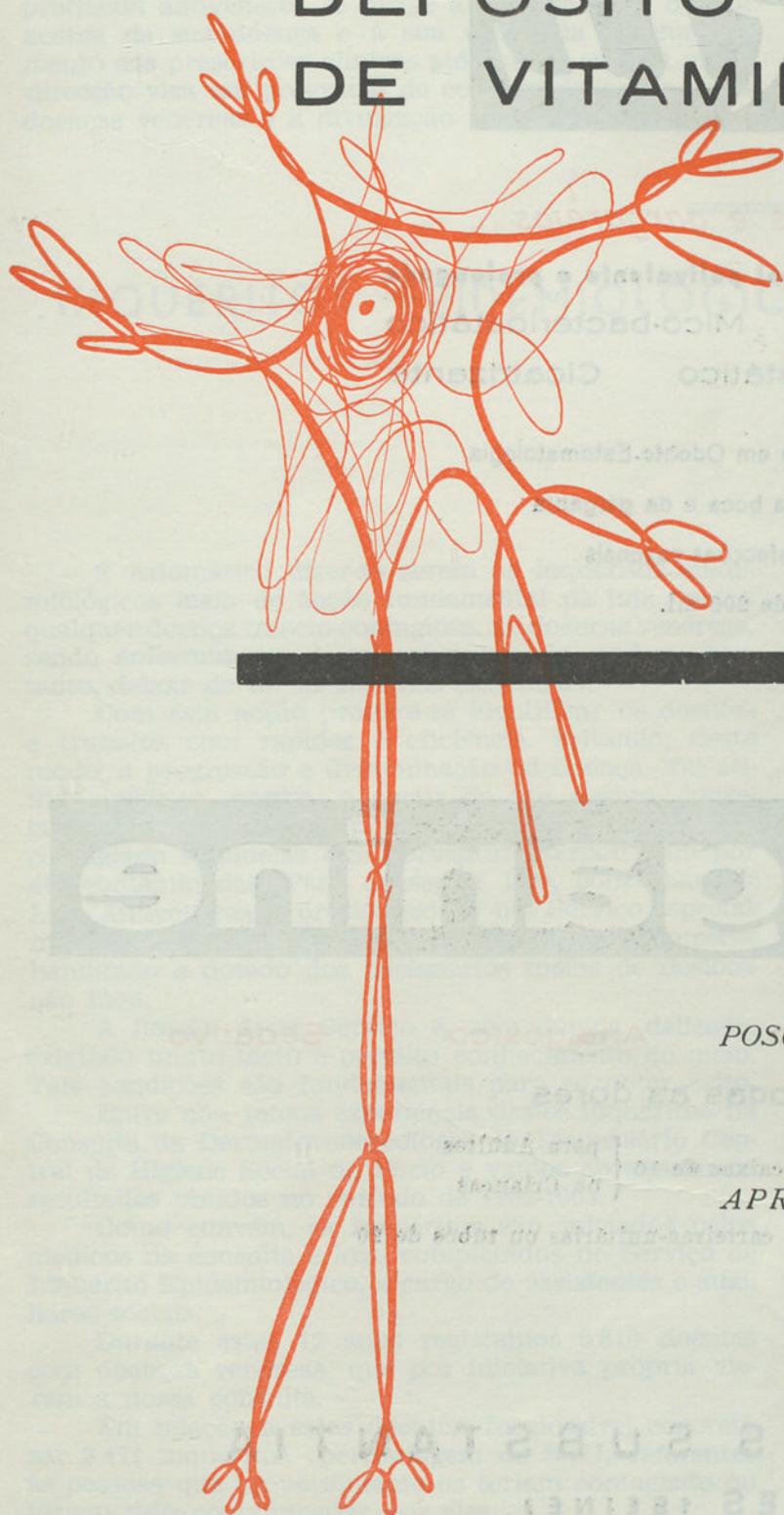
A despeito desta percentagem ser elevada, os resultados obtidos devem ser considerados muito bons, porquanto a quase totalidade dos doentes não recuperados é constituída por indivíduos que se deslocaram para outras terras ou vivem em localidades distantes.

Os doentes que de novo vieram, apresentaram como razões da suspensão dos tratamentos: o desleixo (36 p. 100); o aparecimento de doença intercorrente neles ou em familiares, seguida de desleixo (14 p. 100); medo às injeções de penicilina (11 p. 100); distância da

HIDRO-B₁₂

(HIDROXICOBALAMINA)

“DEPÓSITO FISIOLÓGICO
DE VITAMINA B₁₂”



NÍVEIS TERAPÊUTICOS
MAIS ELEVADOS E MAIS
DURADOIROS

ANTINEVRÁLGICO

ESPECÍFICO NA ANEMIA
PERNICIOSA E SINDROMAS
NEUROANÊMICOS

*POSOLOGIA: UMA INJEÇÃO DE 500 mcg
OU 1.000 mcg, UMA A DUAS
VEZES POR SEMANA.*

*APRESENTAÇÃO: EMBALAGENS COM
3 AMP. DE 500 E 1.000 mcg.*

LABORATÓRIOS



CLINICA GERAL — O.R.L.
ODONTO-ESTOMATOLOGIA

HEXTRIL

Soluto para lavagens bucais e gargarejos

Quimioterapia de acção local polivalente e prolongada

Mico-bactericida Mico-bacterlostático

Anestésico Hemostático Cicatrizante

Indicações: Em O. R. L. e em Odonto-Estomatologia

Todas as afecções da boca e da garganta

Prevenção das infecções sazonais

Frascos de 200 ml.

Véganine

Antiplrético

Analgésico

Sedativo

Indicações: Todas as dores

Supositórios, caixas de 10 { para Adultos
ou Crianças

Comprimidos, carteiras-unitárias ou tubos de 20



LABORATOIRES SUBSTANTIA
SURESNES (SEINE)

residência (9 p. 100); incompatibilidade das horas de trabalho com o horário de consultas ou de tratamentos (8 p. 100); e, finalmente, os restantes 22 p. 100 foi ocupado por diversas outras pequenas razões, entre as quais, por exemplo, se contam impressões de que os tratamentos lhes fizeram mal, apresentando queixas vagas, e ainda o facto das injecções lhes doerem.

Relativamente à acção educativa, é importante salientar que a grande maioria nada sabia de doenças venéreas, e aqueles que alguma coisa conheciam, estavam cheios de ideias erradas e preconceitos.

Aquilo que referimos é suficientemente ilucidativo de que, sem acção educativa e sem vigilância, o número de doentes que abandonam os tratamentos antes de confirmada a cura é muito elevado, podendo acarretar consequências cuja gravidade é impossível de prever em relação a cada individuo.

Considerando, portanto, os factos mencionados, julgamos ficar demonstrado que uma das direcções da profilaxia antivenérea se dirige à ilucidação do doente acerca da sua doença e à sua vigilância no cumprimento das prescrições clínicas até obter a cura. A outra direcção visa um programa de consciencialização sobre doenças venéreas e a divulgação dos sinais de doença,

de modo que o individuo saiba quando deve recorrer ao médico para se tratar nas melhores condições.

Na conjugação destas duas acções, fundamenta-se a profilaxia antivenérea.

RÉSUMÉ

On fait quelques considérations sur la nécessité d'instruire les malades sur les maladies vénériennes et de surveiller l'exécution des prescriptions thérapeutiques.

On mentionne les bénéfices que l'on peut obtenir grâce à des Services chargés de cette fonction et on cite les résultats obtenus au Dispensaire Central d'Hygiène Sociale de Porto.

SUMMARY

Commentaries are presented about the need of teaching the patients with venereal diseases and of surveying them on the execution of the therapeutic prescriptions.

They are pointed out the benefits that we can obtain by means of the services with this task; there are also pointed out the results obtained in reference to this matter at Central Social Hygien Dispensary, Oporto.

INQUÉRITOS EPIDEMIOLÓGICOS NA LUTA ANTIVENÉREA

AURELIANO DA FONSECA
WILHELM OSSWALD
MARIA AMÉLIA COUCEIRO
CÉLIA VEIGA

É axiomático dizer-se serem os inquéritos epidemiológicos meio de acção fundamental na luta contra qualquer doença infecto-contagiosa. As doenças venéreas, sendo enfermidades desta natureza, não podem, portanto, deixar de ter as mesmas exigências.

Com esta acção procura-se identificar os doentes e tratá-los com rapidez e eficiência, evitando, deste modo, a progressão e disseminação da doença. Tal atitude inicia-se, porém, a partir de um doente, conseguindo que ele revele as prováveis pessoas que o teriam contagiado e aquelas que porventura teriam sido por ele contaminadas. Para conseguir isto, com valor de Luta Antivenérea, é preciso existir um Serviço especialmente dedicado a este fim, com pessoal tènicamente habilitado e dotado dos necessários meios de deslocação fácil.

A função deste Serviço é, sem dúvida, delicada, exigindo muito tacto e perfeito conhecimento do meio. Tais condições são fundamentais para se obter êxito.

Entre nós, temos experiência destes inquéritos na Consulta de Dermatovenereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e vamos apresentar os resultados obtidos no periodo de 1952-1963.

Como convém, os inquéritos são iniciados pelos médicos na consulta e logo completados no Serviço de Inquérito Epidemiológico, a cargo de assistentes e auxiliares sociais.

Durante estes 12 anos registámos 5 810 doentes com doenças venéreas, que por iniciativa própria vieram à nossa consulta.

Em relação a estes doentes, foi possível concretizar 3 471 inquéritos (percentagem de 59,7), referentes às pessoas que provavelmente os teriam contagiado ou teriam sido contaminadas por eles.

As pessoas identificadas através destes inquéritos foram 3 090 (89,0 p. 100), tendo a quase totalidade sido observada clinicamente e serologicamente. Desta acção

resultou a descoberta de 2 488 pessoas com enfermidades venéreas (80,5 p. 100).

A maioria destas pessoas não sabia estar doente, por ausência de sintomas clínicos (fase latente das doenças), ou por serem muito discretas as manifestações e não saberem valorizá-las como sinais de doença. Consequentemente, em relação ao total de inquéritos realizados, a percentagem de novos doentes foi de 71,7. (Quadro 1).

QUADRO I

INQUÉRITOS EPIDEMIOLÓGICOS	SEXO		TOTAIS	PERCENTAGENS
	Masculino	Feminino		
1—Doentes com doenças venéreas sujeitos a inquérito	5591	219	5810	59,7
2—Inquéritos realizados em relação ao n.º 1	3290	181	3471	
3—Pessoas do n.º 2 identificadas e observadas	2913	177	3090	89,0
4—Pessoas do n.º 3 que tinham doença venérea	2384	104	2488	
				71,7

No total de 8 298 doentes (5 810 sujeitos a inquérito mais 2 488 encontrados através dos inquéritos), a sífilis foi registada na percentagem de 6,4 (529 individuos). Na quase totalidade dos casos a doença estava

em período recente, predominando, todavia, a fase assintomática.

A blenorragia foi diagnosticada em 6 027 pessoas (72,6 p. 100); a úlcera mole (com ou sem adenopatia), considerada como tal apenas clinicamente, foi registada 1 336 vezes (16,1 p. 100).

Os restantes 4,9 p. 100 (406 doentes), dizem respeito a diversas outras enfermidades venéreas ou para-venéreas (Quadro II).

QUADRO II

DOENÇAS VENÉREAS	SEXO		Total	Percentagens
	Masculino	Feminino		
Sífilis	451	78	529	6,4
Blenorragia	5855	172	6027	72,6
Úlcera mole	1294	42	1336	16,1
Outras doenças	375	31	406	4,9
Total	7975	323	8298	100,0

Os doentes de sexo masculino (em número de 7 975), constituem a grande maioria dos doentes, na percentagem de 96,1. Esta circunstância tem grande importância na epidemiologia venérea.

Com efeito, a acentuada ausência de doentes do sexo feminino é resultante da modesta sintomatologia

que as doenças venéreas têm habitualmente neste sexo, da sua inaparencia por razões anatómicas, e ainda pela circunstância de haver no Dispensário uma consulta de Ginecologia onde naturalmente recorre a maioria das mulheres com estas doenças. A despeito disto, o número de mulheres com venereopatias é consideravelmente inferior ao dos homens. Tal facto coloca a mulher numa posição particularmente delicada, em relação à evolução da doença nela própria e à possibilidade de constituir reservatório destas doenças, originando a sua propagação quando tenha vida sexual livre.

Os resultados mencionados e as sucintas considerações feitas parecem-nos suficientemente expressivas da importância dos inquéritos epidemiológicos na luta antivenérea. Por isso, preconizámos a existência destes Serviços nos grandes centros, colocados à disposição de todos os médicos e de todas as clínicas, particularmente daquelas que se dedicam à venereologia.

RÉSUMÉ

On démontre l'importance des enquêtes contre les maladies vénériennes et on présente les résultats obtenus au Dispensaire Central de Hygiène Sociale de Porto, entre l'année 1952 et l'année 1963.

SUMMARY

The importance of epidemiological inquiries is emphasized in the battle against the venereal diseases and the results obtained are pointed out at the Central Social Hygiene Dispensary, Oporto, in the years 1952 to 1963.

PARENTROVITE

restitue a normalidade

depois da confusão

mental

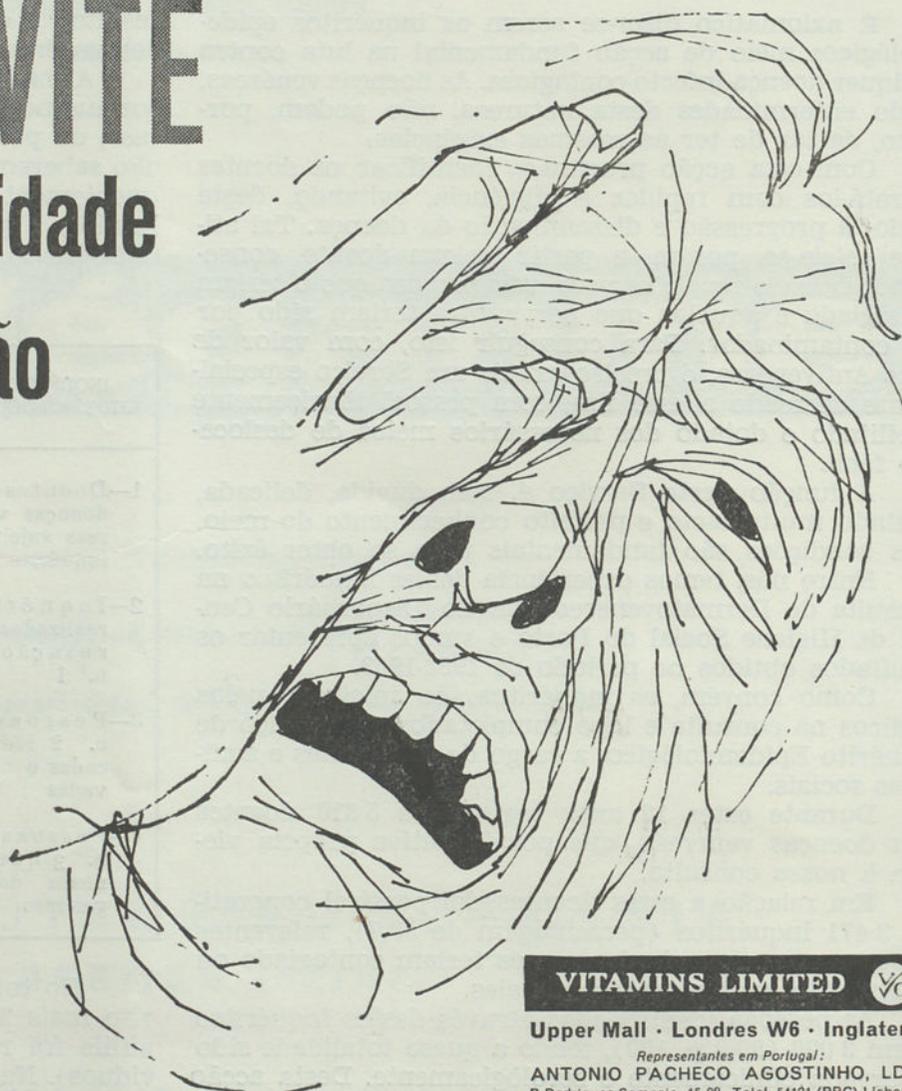
PARENTROVITE—contém uma dose maciça de vitamina B complexo e vitamina C, para restaurar a lucidez e capacidade de raciocínio nos estados de intoxicação devidos ao álcool, estupefacientes e agentes infectantes.

OUTROS PRODUTOS DA VITAMINS LIMITED

BEMAX—Germen de trigo estabilizado—o suplemento mais rico em vitaminas, sais minerais e proteínas naturais.

PREGNAVITE—Um suplemento de vitaminas e sais minerais, para as grávidas e durante o período de lactação.

LIQVITE—Quantidades eficientes das quatro principais vitaminas com glucose, num agradável xarope com sabor a laranja



VITAMINS LIMITED



Upper Mall · Londres W6 · Inglaterra

Representantes em Portugal:
ANTONIO PACHECO AGOSTINHO, LDA.
R. Rodrigues Sampaio, 15-2º. Telef. 54121 (PPC) Lisboa-2

A ORIGEM DA SÍFILIS (1)

MORBU GALLICO.
LUES. SYPHILIS

Prestemos um pouco de atenção à discussão da origem da sífilis.

De acordo com JEANSELME, podemos pôr três hipóteses:

- 1) é de facto doença nova aparecida no fim do séc. xv, por maturação de agente não patogénico;
- 2) a sífilis é antiga, mas impô-se como doença nova pela violência assumida no citado período;
- 3) a sífilis é importada do Novo Mundo pelos companheiros de Colombo.

Seja qual for a origem, é um facto certo que se impôs como doença nova — como uma *peste nova*, segundo SABELLICUS — provocando a estupefacção geral e atingindo a vigésima parte da população. Não admira, portanto, que só um pouco mais tarde se procurasse descobrir a sua origem.

De resto, a mentalidade da época ainda se conformava com as antigas teorias — tão velhas como MOISÉS ou como HOMERO — de que todos os males inexplicáveis eram de origem divina. Ora, na doença venérea o órgão que sofre é o órgão culpado, o que satisfaz plenamente tal mentalidade.

A observação de que os fenómenos naturais não dependem da intervenção divina directa, faz *materializar* um tanto a explicação, e passa-se à astrologia — tão velha como a Babilónia ou a Caldeia.

«Em chegando a hora em que queremos consumir o acto de Vénus e de Marte asseguremo-nos bem da ausência de Saturno», diz F. LOPEZ VILLALOBOS em 1496, num poema de 2 500 versos publicado em Salamanca, em que descreve sagazmente as «malditas bubas».

Já em 1496 GRÜNPECK a atribui à influência dos astros. Médico e astrólogo, a sua opinião é duplamente valiosa.

ALMENAR (1502) atribui a sífilis à entrada de Saturno no signo de Carneiro, com a coincidência de outras disposições celestes. Por isso propõe que se lhe chame «patura» (*Passio Turpis Saturnina*).

JACQUES DE BETTENCOURT (1527), embora criticando as teorias dos astrólogos, ainda admite a influência de Vénus, pela necessidade de interpretar o seu aparecimento em actos inocentes e castos, como o da amamentação... De resto, já admite a existência de um «vírus»; que vai provocar no organismo complicadas perturbações, de que participa a *bilis, atrabilis e pituita*...

São vários os astrólogos a marcarem-lhe o início em 1484, pela conjunção em 25 de Novembro de Saturno

e Júpiter no signo do Escorpião. E são alguns a marcarem-lhe o fim, como PEDRO PINCTOR que, em 1500, pretende que ela acabe nesse ano, e PETRUS MEYNARDUS (1506) que pretende que acabe em 1584. Compreende-se esta tendência para vaticinar o fim a uma doença que, depois de uma tão aguda fase de ataque, começou a diminuir de violência.

Estas ideias aproveitaram imenso, pelo menos aos astrólogos e à astrologia, pois lhes trariam proventos, com que os reis e os papas, os mecenas e os prelados, permitiram a continuação dos seus estudos...

Outras teorias não menos inverosímeis aparecem na mesma altura — inverosímeis mas mais terrenas:

NICCOLÓ LEONICENO atribui o seu aparecimento às inundações do Tibre, e com ele estão NOËEL MONTESAURO e outros. JEAN MÉNARD DE FERRARE e PIERRE MATTIOLE são de opinião que nasceu do comércio carnal com um leproso, com a única diferença de que este localiza o facto na Espanha e aquele na Itália. ANTONIO MUSA BRASSAVOLE refere que o mal começou no exército francês, a partir de uma mulher que tinha «*uma úlcera sordida no orifício da matriz*». ANDRÉ CESALPINI liga-o à ingestão de vinho, infectado propositadamente pelos italianos para ser bebido pelos invasores; GABRIEL FALLOPE DE MODENE liga-o à ingestão de pão envenenado nas mesmas condições. VAN HELMONT liga-o ao comércio carnal com animais, ou ao crime de «*bougrerie*»...

Outra tentativa de explicação procurava integrá-la nos quadros de patologia humoral de GALENO. E MASSA verifica que a incisão de *gomas* mostra bem que são constituídas de pituita, quer isolada quer misturada com sangue, bilis amarela ou bilis negra. Mas mesmo os cultores da teoria humoral lhe *admitem uma qualidade não natural, misteriosa e oculta*. E MATHIOLUS (1536) admite quatro espécies de *morbu gallico* — sanguíneo, bilioso, pituitoso ou melancólico — conforme o humor alterado. Nesta teoria se poderia enquadrar perfeitamente o conceito da transformação da lepra em sífilis. (PETRUS TRAPOLINUS, 1557).

Mas logo FERNEL lembra que os distúrbios humorais não são contagiosos, pelo que introduz a ideia de uma *levedura* ou *fermento* vindo do exterior, pelo que lhe chama *lues* (doença contagiosa) venérea. RHAZÉS compara-a à fermentação do vinho.

No seu poema didático — *Syphilis Sive Morbus Gallicus* — FRACASTOR, em 1530, expõe uma concepção patológica complexa, em que intervêm elementos filosóficos, científicos, médicos, matemáticos e, sobretudo,

(1) Com a devida vénia transcrevemos extractos do capítulo sobre «*Alguns aspectos históricos*» das afecções venéreas da obra do Dr. Alvaro Dias de Sousa Ribeiro: «*Alguns Aspectos Psicológicos e Sociais Observados em Doentes com Doenças Venéreas*» (Porto, 1960).

astrológicos. O poema, dedicado a BEMBO, curiosa figura de humanista — sábio, poeta, historiador, bibliófilo e político — futuro cardeal, secretário de Leão X... e dissoluto, é tal que FRACASTOR é considerado por J. CAESER SCALIGER como o maior poeta do mundo, ARIOSTO o cita no seu *Orlando Furioso* entre os maiores italianos, e SANAZAR acha a obra superior ao seu *De Partu Virginis*, que lhe levou vinte anos a compor... É nele que aparece, pela primeira vez, a palavra *Syphilis*, cuja origem tem sido muito discutida. Se veio do semítico ou do grego, ou se é verdadeira a sua origem na lenda, não me proporei discutir. Apenas direi que só muito mais tarde ela se generalizou, no séc. XIX. Até então, aparece esporadicamente, e de diferentes modos grafada; em 1581 em *Die Syphilis*, de OCZKO WOZEICK; em 1632, no *De Reconditu Abcessum Doctrina*, de MARCO AURÉLIO SEVERINUS; nos séc. XVII e XVIII, nos títulos de algumas teses inaugurais. Com a ortografia exacta aparece no tratado de SWEDIAUR em 1790.

De resto, não admira a raridade da aplicação deste nome, pois, segundo J. BLOCK, no fim do séc. XVI se empregam 153 sinónimos latinos e 122 franceses...

Para além da discussão da origem, desde sempre se verificou a sua transmissão pelo comércio com pessoa afectada. ALEXANDRE BENEDICTUS (Benedette) a quem, juntamente com MARCELLUS CUMANUS (1495), se devem as primeiras descrições a partir de soldados combatentes na batalha de Farnovo, já o suspeitava. Com ele estão, pouco mais tarde, WEIDMAN, TORELLA e muitos outros. É certo que, simultaneamente, se admitiam outros modos de contágio. Vejamos o que diz o nosso DUARTE MADEYRA ARRAEZ, no seu *Método de conhecer e curar o Morbo Gallico*, em 1642:

«Quatro fão os modos de que o contagio fe communica.

O primeyro, & peor hee o que fe contrahe dos principios da geração, a faber, quando algum nace de pays gállicados, o fegundo, o que o menino mama no leyte, quando por defgraça fua teve por ama mulher infecta; o terceyro do contacto immediato que he o mays ordinario; o quarto de contacto mediato como do beber, de comer, da cama, do veftido, do calçado, pofto que efte tera menos eficacia.

Acrefcentão alguns que tambem fe pega por meyo do ar ao diftante, fegundo nota Pareu: porem he coufa que raras vezes fe experimenta & menos fe experimenta pegarfe do comer e beber».

O seu comentador F. F. HENRIQUES acrescenta que «So o contágio gallico fe communicara de distância, ha muito tempo que o mundo todo eftaria gallicado; mas não é como outros contagios, que mediante o ar fe communicação, fe propagação; fenão que precifamente ha de haver contacto de peffoa a peffoa para fe poder communica».

GREGOS E ROMANOS

Qualquer que seja a concepção patológica da sífilis, durante os primeiros anos da sua história ela era unanimemente considerada segundo a primeira hipótese, isto é, como doença nova aparecida nos fins do séc. XV. Só mais tarde se debatem as duas correntes mais fortes,

de americanistas e antiamericanistas, defendendo estes a antiguidade da sífilis.

Quanto à primeira, diz SHNAUS em 1517: «no fim de contas, chegamos a admitir que a teoria da origem americana da sífilis foi criada muito tardiamente para as necessidades da causa pelos partidários do guaiaco». Só a autoridade de ASTRUC (1736), IVAN BLOCK e JEANSELME a fizeram acreditar, segundo DUJARDIN.

Quanto à segunda, não serão totalmente elucidativos os textos referidos pelos seus defensores, suficientemente especificas as lesões dos ossos encontrados, nem certas as idades respectivas.

As *mariscaes* e o *morbu campanus* dos romanos; o *thymus* e o *acrochordon* dos gregos; a *doença de David* e a *praga de Baal Péor*; a *morbo veneris* dos indus (segundo tradução de F. HESSLER); o *pe-tcho*, o *kan-tou* e o *hinc-san-chan-on-pieu-jong* dos livros «HOANG-TY» da China de 2637 A. C., bem como o posterior *tchang-kiai* e o *dja-kiai*, podem muito bem referir-se a doenças venéreas, ou a doenças várias em que estas estejam incluídas.

A primeira voz discordante da teoria da *peste nova* foi a de ANDRÉ ALCAZAR, professor de cirurgia da Universidade de Salamanca, 80 anos depois do descobrimento da América. Pretende encontrar em PLÍNIO, AVICENA e HIPÓCRATES descrições da doença. Eis uma das frases de HIPÓCRATES:

«Fluxões frequentes sobre as partes genitais, ulcerações, tumores para dentro e para fora, tumefacções das virilhas...».

No início do séc. XVII, FABIUS PACCIVS e ANDRÉ CESALPINI encontram descrições em MARCIAL e JUVENAL. Depois vem ZACUTO LUSITANO (*De medicorum Principum Historia*), GALESIUS e GUILATIN.

Mas, se a doença era de facto antiga, como admitir a falta de descrições? Parece-me um pouco ingénua a conclusão dos americanistas, sobretudo a de JEANSELME, quando seguramente concluem pela não existência da sífilis. Se, dentro do seu período histórico, ela tantas vezes foi confundida com a lepra, e com o pian, se só tão tarde foi feita a separação entre doenças tão diferentes como a blenorragia e o cancro sífilítico, para não dizermos a separação mais difícil entre cancro duro e cancro mole, porque razão não podemos admitir que as descrições numerosas encontradas pertencem de facto à sífilis e outras doenças venéreas? Há pelo menos tanta razão para afirmar como para negar, se é que não há mais probabilidades de acertar na afirmativa.

Os cultos de Linghan, de Priapo e de Phalos, de Vénus e de Afrodite e outras divindades geradoras terá sido apenas o culto pelo sexo? Na génese das religiões está sempre presente o factor medo. Medo de quê?

NATALIS CONES conta que as *festas fálicas* da Grécia foram instituídas em honra do Baco, por ter curado os atenienses duma afecção grave das partes genitais. Talvez tenha sido essa relação com os deuses que fez o silêncio dos gregos:

«Les anciens ne voulaient pas faire injure aux hommes le bienfait de l'amour, en accusant ses mêmes dieux d'avoir mêlé un poison éternel à cette éternelle ambrosie; les anciens ne voulaient pas qu'Esculape, l'inventeur et le Dieu de la médecine, entrât en lutte ouverte avec Vénus, en essayant de porter remède aux vengeances et aux châtiments de la déesse». É esta a interpretação de L. JACOB em *Recherches historiques sur les maladies de Vénus*.



**Gastro-Enteropatias
Pancreopatias
Cole-hepatopatias**

Combizym®

Plenamente eficaz, no meio ácido e alcalino do tracto gastro-intestinal
O efeito multivalente de enzimas vegetais e pancreáticos

GARANTE
máxima força da digestão

Embalagens com 30 e 150 grageias

LUITPOLD



LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

Representante

AUGUSTU VEITH, HERDEIROS
LISBOA

*Enzima proteolítico e fibrinolítico
de origem pancreática*

TRIPSINA



PLEURISIAS • HEMOTORAX: injeções intrapleurais
BRONCORREIAS : aerossóis
FERIDAS • FÍSTULAS : irrigações

TRIPSINA LIOFILIZADA

Frasco de 10 cc. = 250.000 u. S. T.
Solvente-tampão: 10 cc.

ESCARAS • ÚLCERAS • QUEIMADURAS

TRIPSINA - PÓ

Frasco pulverizador com 1 g de Tripsina
= 333.000 u. S. T.

LABORATOIRE CHOAY-48, Avenida Théophile-Gautier-PARIS 16

SOC. COM. CARLOS FARINHA, LDA. — Av. da Liberdade, 220-3.º — LISBOA

Publicam-se a seguir resumos de comunicações, de autores estrangeiros, apresentados à XXVI Assembleia Geral da União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses (Lisboa, Abril de 1965)

**DOENÇAS VENÉREAS ADQUIRIDAS
HOMOSSEXUALMENTE**

*F. J. G. JEFFERISS
(Inglaterra)*

Demonstrei num trabalho lido ao M.S.S.V.D. em 1955 que em 1 000 casos consecutivos de sífilis primária ou de gonorreia, admitidos na clínica de doenças venéreas do St. Mary's Hospital de Londres em 1954, 84 (8,4 %) admitiram que tinham sido motivadas por contactos homossexuais.

Um inquérito similar na mesma clínica dez anos mais tarde deu mais ou menos os mesmos resultados.

Há duas razões pelas quais este número de 8,4 % deveria ser muito mais elevado na realidade. A primeira é que muitas vezes os pacientes homossexuais sofrendo de gonorreia uretral não admitem a origem masculina da doença, e a segunda é que os casos de proctites nos quais o gonococo foi realmente encontrado, foram classificados como «gonorreia» enquanto que havia muitos outros com proctites que nós tínhamos toda a razão de suspeitar, baseados em dados históricos ou clínicos, como sendo gonocócicos, mas para os quais nós fomos incapazes de demonstrar a doença bacteriológicamente e não os podíamos incluir nesta classificação.

Em 1961, na mesma clínica, 81 de 113 casos masculinos de infestação primária sífilítica reconheceram ter contactos homossexuais: Mascall, em 1960, dá a cifra de 79 % na sua clínica, Nicol, em 1959, 32 % e King, em 1962, 14 %. Uma vez mais ainda, a percentagem de sífilis adquirida homossexualmente é provavelmente mais alta. Em 1964, vimos no St. Mary's Hospital, 144 casos masculinos de sífilis primária, dos quais 83 admitiram ter tido contactos homossexuais (58 %). Dos 6 500 pacientes masculinos que consultaram a nossa clínica, por todas as razões, 10 % admitiram ter tido contactos homossexuais. O homossexual passivo tem fortes probabilidades de que a sua doença seja mal diagnosticada por um médico não especialista pois que os cancro duros anais podem facilmente ser confundidos com fissuras, e pode-se pensar que as manifestações sífilíticas secundárias tem outras causas.

São estes homens que correm o risco de chegar aos últimos estádios da sífilis, sérios e irreversíveis.

Outros investigadores em vários países, fizeram notar que uma proporção importante dos seus doentes, atingidos de doenças venéreas, eram homossexuais passivos, um dos reservatórios onde a infecção venérea está armazenada.

Nos países onde os actos homossexuais são legalmente puníveis, alguns destes homens evitam tratar-se com medo de serem descobertos, conservando as suas doenças e constituindo um perigo para si próprios e para os outros.

Enquanto as doenças venéreas não possam ser erradicadas pareceria necessário suprimir estas penas legais.

(N. B. — Os números neste resumo são somente aproximativos).

**O COMPORTAMENTO SEXUAL DOS JOVENS
EM ITÁLIA**

*VINCENZO COFFARI
(Itália)*

O autor refere alguns elementos estatísticos, quer nacionais, quer relativos a um inquérito-amostra, que fornece indicações úteis e permite tirar algumas dedu-

ções gerais a respeito do comportamento sexual dos jovens e a respeito da difusão das doenças venéreas, neste grupo da população.

Assinala em particular que a diminuição do número de casos de sífilis recente, registados durante os três últimos anos, não se estendeu aos jovens de 10 a 24 anos e que este grupo representou em 1963 43 % do total de casos.

Sublinha, em seguida, que também em Itália um processo de mudança de costumes e hábitos sexuais está em curso, em particular entre os jovens, e pensa que só uma educação sexual prudente e gradual poderá fazer face aos perigos, de natureza variada, ligados a esta transformação.

**ALGUNS FACTORES IMPORTANTES PARA
A CULTURA DE ESPIROQUETAS**

*Prof. PAUL A. HARDY
(E. U. A.)*

O mais importante obstáculo para a investigação das treponematoses é presentemente a dificuldade em cultivar estes agentes «in vitro». É por este motivo que há o máximo interesse em descobrir as necessidades culturais dos treponemas patogénicos. Com este fim realizaram-se estudos com espiroquetas não patogénicas mas cultiváveis, o que nos pode dar informações muito úteis a respeito das necessidades deste grupo de microrganismos.

Apresentamos agora alguns dos resultados obtidos. O ágar, por exemplo, favorece o desenvolvimento inicial do espiroqueta quando está presente no meio numa proporção considerável; por outro lado, o ágar impede o crescimento deste organismo quando é empregado nas mesmas concentrações que em bacteriologia.

O controle do potencial de óxido-redução do meio, é também muito importante, e há um limite inferior e um limite superior para lá dos quais o crescimento dos espiroquetas anaeróbios não se pode produzir.

Estes microrganismos mostram uma sensibilidade mais acentuada que as bactérias para o seu desenvolvimento. Por exemplo, o potencial O.R. deve manter-se a um nível óptimo e são necessários suplementos metabólicos.

A experiência demonstra que os produtos bacterianos utilizados pelos espiroquetas podem variar com as estirpes empregadas. O ácido isobutírico é um dos produtos mais frequentemente necessários. Por outro lado, há substâncias que não são directamente utilizadas pelo agente mas a sua presença pode influenciar a assimilação de outros metabolitos.

A concentração e o tipo da fonte de nitrogénio presente no meio da cultura, tem também uma grande importância. E, há ainda outros factores que se poderiam enumerar.

Queríamos lembrar-vos que durante os trabalhos que realizámos, procurámos sempre a literatura respeitante às experiências efectuadas por outros investigadores que nestes últimos 60 anos cultivaram treponemas patogénicos.

**ESTUDOS SOBRE A EPIDEMIOLOGIA
DA SÍFILIS**

*WILLIAM J. BROWN
(E.U.A.)*

O objectivo principal do programa de controle das doenças venéreas nos Estados Unidos é a erradicação da sífilis em 1972. Este objectivo não poderá ser atin-

gido senão por uma redução contínua do foco infeccioso, esta possível somente graças a uma despistagem rigorosa e um tratamento precoce.

Segundo as estatísticas a possibilidade de erradicação da sífilis está prevista para o final de 1972; isto acrescentado à exploração completa dos doentes tanto da medicina pública como privada abre o caminho à erradicação e permite esperar uma conclusão optimista.

Uma outra indicação encorajante do sucesso é a recente tentativa de tomada de contacto com os pacientes contaminados, no curso da qual foram valorizadas a procura dos contactos sexuais e a utilização da técnica conhecida sob o nome de «cluster testing», quer dizer o processo pelo qual o doente indica suspeitos adicionais. Estes incluem não-contactos manifestando sintomas de sífilis, amigos íntimos ou parceiros sexuais suspeitos, e suspeitos familiares ou domésticos.

Uma técnica proposta para fazer abortar muitos casos de sífilis em período de incubação é a do tratamento epidemiológico. As estatísticas indicam que 10 % de todos aqueles que tiveram contactos com doentes em fase de contágio desenvolvem esta doença, se não são tratados desta maneira.

Em conclusão pode dizer-se que pela utilização completa das técnicas do «cluster testing» e do tratamento epidemiológico, em conjunto com a cooperação da medicina privada, a sífilis poderá e será julgada em 1972.

VALOR DO T.P.I. PARA DETERMINAR O RITMO DAS INJEÇÕES DE PENICILINA-RETARD NO TRATAMENTO DA SÍFILIS E A EFICÁCIA DO BISMUTO ASSOCIADO AO TRATAMENTO COM PENICILINA

*Prof. GAY PRIETO
(Espanha)*

A anarquia que reina nos tratamentos da sífilis pelas diferentes preparações de penicilina-retard é devida, por um lado, ao frequente emprego de penicilinas que não possuem as qualidades standard definidas pela O.M.S.; por outro lado à fantasia dos clínicos.

As injeções de penicilina-retard têm a propriedade de imobilizar os treponemas no soro, previamente T.P.I. negativos como Durel o demonstrou pela primeira vez e como nós o confirmámos numa maior escala. Basta determinar o número de dias durante os quais uma injeção de penicilina-retard, imobiliza os treponemas, nos soros T.P.I. negativos, para estabelecer o ritmo das injeções.

As injeções bi-semanais de bismuto são absolutamente incapazes de imobilizar os treponemas.

IMUNIDADE CRUZADA NAS TREPONEMATOSES (SÍFILIS, PIAN E PINTA) SOB O PONTO DE VISTA EPIDEMIOLÓGICO E SEROLÓGICO

*Prof. C. M. HASSELMANN
(Alemanha)*

No decurso de campanhas em massa organizadas com o fim de combater o pian, cerca de 350 milhões de pessoas foram examinadas e 43 milhões de pessoas foram tratadas com penicilina nos países tropicais.

O aumento alarmante da sífilis através de todo o mundo, pede de novo uma tomada de posição crítica e imparcial a respeito da imunidade cruzada nas treponematoses que poderá talvez desempenhar um papel importante no que se refere aos fenómenos epidemiológicos e as influências exercidas pela sociologia nos grupos de população afectados.

O facto de saber se a atenuação da imunidade cruzada contra a sífilis que existia pelo menos parcialmente nas regiões com pian endémico e que desaparece gradualmente a seguir aos tratamentos maciços com a penicilina, pode provavelmente reforçar a aparição e a propagação da sífilis.

As relações sociais desenvolvidas com as viagens e as trocas comerciais, etc., com a promiscuidade que se pode seguir e cujo aumento é cada vez maior, engendram ainda mais infecções sífilíticas, sobretudo se se tem em conta o interesse que encontram no mundo os filmes e as revistas ilustradas glorificando os contactos corporais íntimos e o «sexo».

INVESTIGAÇÕES SOBRE A CONCENTRAÇÃO DE PENICILINA NO SORO EM SEGUIDA A DOSES MACIÇAS DE BENZILPENICILINA SÓDICA

*HENNING SCHMIDT e KNUD ROHOLT
(Dinamarca)*

Uma investigação feita tendo em vista o tratamento da gonorreia na Gronelândia.

Sabe-se bem que a gonorreia está muito espalhada na Gronelândia e, uma série de investigações foram empreendidas, em relação com o plano de tratamento de grupos extensos da população deste país, sobre as concentrações no soro que podiam ser atingidas em seguida a 15 milhões de unidades internacionais de benzilpenicilina sódica com ou sem administração prévia de probenecid meia hora antes da injeção.

O probenecid exerceu uma influência profunda sobre a concentração de penicilina no soro, pois que uma concentração de mais uma unidade internacional por ml pode ser verificada mais de oito horas depois da administração.

Esta concentração foi considerada suficiente na situação em questão.

Uma certa diferença no processo de concentração foi observada entre os doentes que podiam deslocar-se e os doentes acamados; as concentrações máximas de penicilina apareciam mais tarde e persistiam mais tempo nestes últimos.

Esta diferença foi mais pronunciada ainda nos doentes que tinham recebido antes probenecid. Assim a absorção desta droga parece depender do facto de o paciente estar activo ou não.

A DESCOBERTA DA SÍFILIS ENTRE AS FUTURAS MÃES, PELOS MÉTODOS SEROLÓGICOS

*JOHN A. BURGEN
(Inglaterra)*

Nos últimos quinze anos, os clínicos do West Riding of Yorkshire Administrative County (população 1,7 milhões) Inglaterra, enviam ao venereologista do

ENTEROCÁLCIO



ABSORVENTE

ANTI-DIARREICO

DESINFECTANTE INTESTINAL

Granulado à base de: Carvão vegetal activado — Carvão animal activado — Carbonato de bismuto — Carbonato de cálcio — Carbonato de magnésio — Ext.º total intestinal — Sacarose aromatisada q. b.

REPRESENTANTE: Botelho & Rodrigues, L.ª

condado, cópias (sem nome e com morada da doente) dos resultados serológicos da sífilis positivos, das futuras mães.

Depois disto, as assistentes sociais do serviço V. D. do condado oferecem os seus serviços para enviar estas doentes aos médicos de clínica geral e ao médico especialista da clínica pré-natal. De 610 doentes pré-natais, 499 (82 %) foram dirigidas à consulta de doenças venéreas e 449 verificou-se sofrerem de sífilis. 517 que tinham estado em contacto com estas doentes pré-natais foram

examinadas. 77 (15 %) destas (com menos de um ano) sofriam de sífilis.

Segundo a opinião do autor as vantagens deste método em descobrir os doentes são:

- 1) A atenção do médico é chamada pelas análises serológicas da sífilis, positivas.
- 2) O atraso em fazer a segunda análise de sangue ou em enviar a doente à clínica é evitado.
- 3) A colaboração entre as diversas secções dos serviços de saúde melhora.

PAPEL DA ESTREPTOMICINA NO ABORTO OU PARTO PREMATURO NOS ANIMAIS DE EXPERIÊNCIA GRÁVIDOS

TURAN GÖNEN e ORHAN ALTINKURT

Os autores experimentaram provocar o aborto em animais grávidos com uma injeção de estreptomicina. Este produz-se três dias após a injeção. Vêm-se no quadro seguinte os resultados:

Não houve abortos nem nascimentos prematuros em 17 cobaias, durante seis dias.

Número de cobaias	Dose	Resultado
6	4-7,5 mg/kg	3 abortos
7	11,5-14 mg/kg	2 abortos e 2 prematuros
5	23-32 mg/kg	1 aborto e 1 prematuro
15	2,8-8,8 mg/kg	6 abortos e 1 prematuro
Total 33	—	12 abortos e 4 prematuros

Número de animais	Dose	Resultado
4 ovelhas 4 cabras	1-3 mg/kg 1-3 mg/kg	não houve abortos não houve abortos (1 aborto após administração de 75 γ de histamina)
4 coelhos 12 coelhos	0,9-2,6 mg/kg 7-27 mg/kg	1 aborto e 2 prematuros 8 abortos e 1 prematuro
Total 16 coelhos	—	9 abortos e 3 prematuros

PARA MAIOR RENDIMENTO DO TRABALHO INTELECTUAL
ESTÍMULO DA MEMÓRIA
E PREVENÇÃO DA FADIGA PSÍQUICA

GLUTIRON

COMPRIMIDOS: — Ácido glutâmico (sal sódico)

Frascos de 100, 500 e de 1.000 comprimidos

PÓ: — Ácido glutâmico (sal sódico) + Vitaminas B₁, B₂, B₆, PP.

Frasco de 100 gramas

FOSFO-GLUTIRON

Ácido glutâmico (sal sódico) + Fósforo orgânico + Complexo Vitamínico B

AMPOLAS

caixa de 24

COMPRIMIDOS

Fr. de 100, 250, 500 e de 1.000

GRANULADO

Frasco de 100

LABORATÓRIO SAÚDE, LDA.

R. S.to António à Estrela, 44 — Lisboa — Telef. 662361



kelfizina

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

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

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

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

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

é apresentado em comprimidos, suspensão e ampolas.

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



LABORATÓRIOS VITÓRIA

VENDA NOVA — AMADORA

Não houve abortos nem nascimentos prematuros em 4 coelhos, durante seis dias.

Este efeito abortivo constatado pelo emprego da estreptomina foi imputado à substância histamínica que eventualmente se encontra contida na estreptomina. Em consequência disto, applicou-se a histamina directamente aos animais grávidos: após a constatação do seu efeito abortivo, a histamina foi utilizada nas seguintes experiências:

1) Injecção de histamina em 4 coelhos, nos quais não tinha surgido o aborto ou parto prematuro, após a administração de estreptomina, durante 10 dias; resultados: partos prematuros em 2 coelhos.

2) Administração simultânea de 3 mg de estreptomina e 100 gramas de neoanergan em 5 coelhos; resultado: não houve abortos ou partos prematuros no espaço de 6 dias. (Por supressão do efeito histamínico).

3) Administração simultânea de 0,1 grama de histamina e 100 gramas de neoanergan em 5 coelhos; resultado: não houve abortos ou partos prematuros durante 6 dias. (Por supressão do efeito histamínico).

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

A HIPERTENSÃO ARTERIAL ESSENCIAL FAMILIAR EXISTE?

PHILIPPE MEYER
GILBERT LAGRUE

As investigações respeitantes à transmissão hereditária da hipertensão arterial chocam-se com duas incógnitas.

- 1 — A definição dos números fisiológicos da pressão arterial.
- 2 — O mecanismo da hipertensão arterial essencial.

A definição da tensão fisiológica é difícil, porque a pressão arterial média de uma população, testemunha aparentemente normal, sobe com a idade. Dever-se-á considerar isso como um sinal banal de envelhecimento arterial ou como expressão tardia de uma entidade mórbida?

Por outro lado, a ignorância do mecanismo da hipertensão arterial conduz talvez a reunir com o mesmo rótulo anomalias metabólicas muito diferentes.

A realidade de uma transmissão hereditária da hipertensão parecia provada por estatísticas clássicas. Wertz (1923), comparando a frequência de acidentes vasculares, cardíacos e cerebrais em antepassados de 82 hipertensos e de 267 normotensos, verificou que era muito maior nos primeiros (76,8 %) que nos segundos (30,3 %). Outros estudos (O'Ware, Ayman) confirmaram os resultados.

Platt, em 1947, limitando-se à hipertensão arterial, (não considerando os outros acidentes que podem surgir sem haver hipertensão), verifica haver maior frequência de hipertensão nos pais de hipertensos (25,5 %).

Do mesmo modo, observações realizadas em gémeos homozigotos mostram haver uma relação linear entre a pressão arterial de cada um dos gémeos.

Estes estudos levaram autores, como Robert, Soby, Platt, a afirmarem que a transmissão hereditária se fazia de modo dominante, autosómico.

Hamilton e Pickering, em 1954, criticam fortemente as conclusões precedentes.

A primeira crítica diz respeito à expressão dos resultados: numa população-testemunha aparentemente normal, de mais de 50 anos, a T.A.M. ultrapassa 150/90

NERSAN

NERVOSISMO
INSÓNIAS

ELIXIR
FRASCO DE 150 C.C.

ANSIEDADE RESTABELECE O EQUILIBRIO NERVOSO

PALPITAÇÕES
FADIGA NERVOSA



Laboratório FIDELIS



mmHg (números escolhidos pelos clínicos como limites normais máximos). É preciso, portanto, corrigir os números constatados em função da idade e do sexo.

Frazer Robert propôs o coeficiente (A.A.S. ou «age adjusted score»): tensão do doente menos tensão arterial média de um indivíduo da população normal-testemunha, do mesmo sexo e idade, multiplicado pela relação \leftrightarrow desvio standard da T.A. da população-testemunha, aos 60 anos/desvio standard da T.A. da população-testemunha do mesmo sexo e idade do doente.

Estudando este coeficiente em testemunhas normais e em pais de hipertensos, Pickering e Hamilton evidenciam a frequência de números tensionais anormalmente elevados nos pais de hipertensos, mas a sua análise mostra que a transmissão é muito mais complexa. Em termos concretos, os resultados parecem indicar que:

— A aparição de uma hipertensão arterial é devida à acção cumulativa de vários genes.

— Não há hiato entre o estado de normotensão e o de hipertensão.

— A determinação genética da pressão arterial é comparável à de outros caracteres biológicos, como a altura: é-se mais ou menos hipertenso como se é mais ou menos alto. Só os extremos são patológicos.

— A transmissão poligénica quantitativa elimina toda a possibilidade de transmissão dominante.

Mas a discussão do problema permanece em aberto, pois Platt, em 1959, põe um certo número de objecções válidas aos trabalhos de Hamilton e Pickering.

O autor do presente trabalho conclui que a transmissão hereditária da hipertensão arterial é segura, mas o seu mecanismo genético é desconhecido. A dificuldade do estudo é consequência de numerosos factores, entre os quais:

— Influência do meio ambiente (clima, modo de vida, alimentação) ainda totalmente indeterminadas.

— Ignorância dos mecanismos da hipertensão dita «essencial».

— Ignorância do papel preciso de uma doença renal na génese da hipertensão.

— Ignorância dos números fisiológicos da pressão arterial

Na prática, parece ao autor:

1.º — Impossível diferenciar uma hipertensão secundária, a partir da ausência ou presença de uma hipertensão familiar.

2.º — Essencial a pesquisa de uma hipertensão nos pais ou colaterais de um hipertenso, porque a evolução da sua doença assemelha-se muitas vezes à dos outros membros da família.

3.º — Necessário considerar, apesar de certas concepções genéticas, que uma tensão superior a 150/90 mmHg é anormal, porque um homem normotenso tem uma maior longevidade que a daquele com números superiores.

(Condensado por B. V. de «La Vie Médical»
— Janeiro de 1965).

TERAPÊUTICAS EM HEPATOLOGIA—1964

J.-C. LODS e R. PUPUY

Poucas terapêuticas novas apareceram em 1964, em Hepatologia.

O tratamento médico das cirroses, foi o objecto de um colóquio da «Société Médicale des Hopitaux de Paris».

Em esquema as conclusões foram as seguintes:

A — Ascites recentes

Quando a ascite é isolada sem sinais de carência nem alterações biológicas importantes, o tratamento consistirá em:

- Supressão do álcool.
- Repouso absoluto no leito.

— Regime sem sódio, absoluto, fornecendo um número de calorías suficiente (ex.: regime de Caroli e Pequignot).

— Compreende 100 g de proteínas, Leite Perinac — Guigoz —, integral em pó \rightarrow 60 gramas.

— 1 ovo completo ou 2 gemas.

— 200 g de carne magra ou de peixe de água doce.

— 300 g de pão sem sal ou 150 g de biscoitos sem sal.

— 75 g de massa alimentar, arroz, sémola, farinha ou

75 g de legumes secos.

— 300 g de batata.

— 300 g de legumes verdes frescos (espinafres, cenouras, nabos).



valores que não mudam

IMUNIZANTE E CICATRIZANTE

APIODERMIN

“BRUSCHETTINI”

(Pomada-Vacina)

Filtrado de Vacina Antipiogénica Polivalente
Sulfoicliolato de amónio e óxido de zinco

LABORATÓRIO DI TERAPIA SPERIMENTALE
DOTT. PROF. A. BRUSCHETTINI-GENOVA-ITALIA

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

Rua da Imprensa Nacional, 86-88
LISBOA-2

L. LEPORI, LDA.

Rua do Bonjardim, 1140
PORTO

69

- 300 g de frutos frescos.
- 50 g de manteiga ou óleo.
- 50 a 75 g de açúcar.

Podem usar-se, como condimento, sais sem sódio. Em geral, com este tratamento, desaparece a ascite em cerca de 3 semanas.

No caso em que há deficiência de ingestão (anoxia), associar anabolizantes como Durabolin ou Deca-Durabolin 50, perfusões de plasma ou mesmo de sangue.

Noutros casos em que há já perturbações hidroeletrolíticas com baixa da natriemia (entre 130 e 140 mEq/l), utilizar os diuréticos, clorotiazida em curas descontínuas. Após 10 dias de tratamento ou a concentração de sódio se eleva e deve-se prosseguir o diurético, ou continua baixa e associa-se a deltacortisona para aumentar a filtração glomerular.

B — Ascites crónicas

Dupuy e colaboradores, consideram como ascites crónicas as que persistem mais de 2 meses, usando o tratamento anterior.

Nesses casos, se a natriemia é superior a 130 mEq/l, utilizam as espirolactonas isoladas, ou associadas à prednisona.

Consideram a associação prednisona + espirolactonas, mais maneável que a associação espirolactonas—clorotiazida.

A associação Triantiren + espirolactona é muito activa em alguns casos, mas necessita de vigilância biológica permanente, dada a possibilidade de acidentes.

Em regra, todas as terapêuticas diuréticas são perigosas se a natriemia está abaixo de 130 mEq, sendo preferível nesse caso a abstenção do diurético.

Na ascite associada a hemorragia digestiva, aquela é muitas vezes um epifenómeno, cujo tratamento pode ser perigoso.

C — Ascites infectadas

A infecção anuncia-se por dores abdominais, diarreia e febre.

A sua gravidade e frequência são tão grandes que Caroli indica o tratamento antibiótico sistemático durante o tratamento.

O tratamento das icterícias das cirroses é difícil. A corticoterapia está contra-indicada nas icterícias colostáticas devidas a esteatose, é inútil nas icterícias das cirroses cancerizadas, perigosa nas icterícias de causa infecciosa, discutível nos raros casos de icterícias por vírus e nos episódios de necrose celular.

As terapêuticas depletivas estão indicadas nas esteatoses icterigêneas.

O interesse da cirurgia da v. porta permanece, e as verificações das estatísticas são satisfatórias. Contudo, perante cada caso em particular, o médico sabe que corre um grande risco, pois alguns casos, dentro de todas as condições operatórias evoluem mal, e outros, sem boas condições, evoluem favoravelmente.

Os critérios de operabilidade não são formais; são considerados como elementos positivos:

- ausência de icterícia, de ascite, de alterações nervosas, de hipoalbuminemia, de alterações electroencefalográficas após morfina.

(Condensado por B. V. de «Gazette Medicale de France» — 25 de Dezembro de 1964).

O QUE É...

O SÍNDROMA DE TAUSSIG-BING-PERNKOFF

DEFINIÇÃO

Transposição completa ou incompleta dos grossos vasos; é uma das mais raras malformações congénitas (em 1 000 casos em Broussais: 2 casos apenas) associando:

- ★ *Aorta anterior e dextroposta nascida do infundibulum pulmonar.*
- ★ *Artéria pulmonar em posição normal nascendo a cavalo numa C.I.V. ampla e situada muito acima.*
- ★ *Hipertrofia ventricular direita muito importante.*

As coronárias nascem quer da aorta, quer da pulmonar.

CLÍNICAMENTE:

- cianose muito marcada desde o nascimento;
- hipocratismo digital;
- poliglobulia;
- dispneia com «squatting» não obrigatório;
- sopro sistólico difuso;
- frémito inconstante;
- batimento seco do segundo som pulmonar inconstante;
- hipoximéa profunda com repercussão estaturponderal.

RADIOLÓGICAMENTE:

- coração volumoso, globoso com saliência à direita;
- pedículo aparentemente normal;
- artéria pulmonar dilatada, dançante e pulsátil.

NO ELECTROCARDIOGRAMA:

- Hipertrofia direita.

A ANGIOGRAFIA MOSTRA:

- a situação ântero-esquerda da pulmonar que está pouco opacificada;
- enquanto que a injeção aórtica é precoce, intensa, com início no V. D.

O CATETERISMO MOSTRA:

uma pressão elevada no ventrículo direito e na pulmonar, uma saturação em O₂ idêntica no V. D. e na periferia, mas extremamente elevada na artéria pulmonar; finalmente a saturação em O₂ mais elevada na artéria pulmonar que na aurícula direita traduz a comunicação interventricular (C. I. V.).

O DIAGNÓSTICO CLÍNICO é muito difícil.

O PROGNÓSTICO muito mau, morte no primeiro ano de vida. A sobrevivência não é possível senão pela existência de «shunts» cruzados através de uma C. I. A., de uma C. I. V., de uma canal arterial.

TRATAMENTO CIRÚRGICO:

- sob hipotermia profunda, com circulação extracorporeal:
- ★ anastomose de Blalock;
- ★ alargamento da C. I. A.;
- ★ transposição dos vasos, da base com encerramento secundário da C. I. V.;
- ★ ausência de sobrevida prolongada no pós-operatório.

(Esta ficha-resumo, que faz parte da secção «Qu'est-ce que...» que aparece em «Le Concours Médical», é aqui reproduzida em língua portuguesa com autorização dessa prestigiosa revista francesa — Copyright).

QUE DESEJA SABER?

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

TRATAMENTO DA OLIGOSPERMIA

P. — Qual o tratamento no caso dum homem que, em dois ou três exames, revelou baixo número de espermatozoides e alta percentagem de formas anormais?

R. — O prognóstico na oligospermia, particularmente quando se nota proporção elevada de espermatozoides anormais e pequena actividade espermática, não é bom. Podemos dizer que, em regra, não há tratamento que resulte.

Contudo, antes de emitirmos opinião que possa ser útil, convém saber-se mais sobre o paciente — história e exame.

No caso, por exemplo, do paciente ter sofrido de trasorelho com orquite, não há tratamento. Um homem que fume muito e abuse de bebidas alcoólicas pode melhorar se abandonar tais hábitos. É prudente aconselhar melhor alimentação quando se suspeite que existem deficiências nutritivas.

Não há tratamento a indicar quando os testículos são pequenos e moles mas sem sinais de eunocoidismo.

O tratamento com gonadotrofinas — e ocasionalmente com testosterona — poderá ter interesse quando haja eunocoidismo. A intervenção cirúrgica no caso de varicocele volumoso é susceptível de beneficiar consideravelmente a qualidade do sêmen.

Quando o escroto for apertado e os testículos ocuparem posição justa-abdominal, banhos com água fria e o repuxamento dos cordões espermáticos, pela manhã e à noite, paralelamente ao uso de cuecas folgadas, são medidas de interesse.

Não há tratamento que resulte quando, como é infelizmente o caso mais comum, não se verificam anomalias óbvias. O melhor conselho provavelmente, será limitar o período das relações sexuais à fase fértil do ciclo menstrual da mulher (isto é, de cerca do 12.º ao 14.º dias nos ciclos de 28 dias).

EDEMA PROVOCADO PELOS ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

P. — Um doente meu, medicado com b) hidroclorato de clordiazepóxido e perfenazina, diariamente, e (b) «durabolín», uma injeção por semana, apareceu com edema generalizado e edema intenso dos membros inferiores. Nada se encontrou do ponto de vista quer cardíaco quer renal. A interrupção dos medicamentos e a prescrição de diuréticos «per os», durante muito pouco tempo, resolveu a situação. Qual o fármaco responsável por aquela reacção?

R. — O edema é um efeito secundário dos esteróides anabolizantes tal como a nandrolona.

Tanto quanto sei, não está referido como efeito secundário de qualquer das outras duas drogas mencionadas na pergunta — a menos que faça parte duma reacção generalizada de hipersensibilização (com urticária, etc.).

LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES

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

BIBLIOGRAFIA

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

BIBLIOGRAFIA

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

BIBLIOGRAPHIE

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

BIBLIOGRAPHY

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

BIBLIOGRAPHIE

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

BIBLIOGRAFIA

E. LEBACQ — *La sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann* — Vol. de 441 págs. — Ed. Arscia, Bruxelles, 1964.

Não bastam honestas intenções nem larga documentação para realizar obra inteiramente válida na sua actualidade.

A contribuição bibliográfica para a difusão dos conhecimentos científicos vai encontrando progressivamente mais dificuldades em obter equilibrado compromisso entre a extensão e a profundidade. Se, por um lado, os trabalhos de síntese se mostram cada dia mais úteis na rápida compilação de elementos dispersos, os vastos e profundos trabalhos realizados em áreas cada vez mais restritas do conhecimento científico fazem perder aos primeiros actualidade ou não lhes deixam mais do que o interesse de simples vulgarização.

Pode parecer estranho que tais considerações venham a propósito da monografia de E. LEBACQ, «La sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann», obra que, em 377 páginas, se excluímos as 64 de referências bibliográficas, se ocupa de assunto tão limitado. No entanto, não é sem certa sensação de tempo perdido que se lêem capítulos já largamente tratados em outras publicações e aqui apressadamente introduzidos apenas com o intuito de realizar obra completa, em manifesto desequilíbrio com a contribuição pessoal do autor que, pela comparação, fica obscurecida. Esta última situa-se no campo da interpretação patogénica, que, sem receber manifesta contribuição original, fica fortalecida pelos argumentos aduzidos a favor da reacção imunitária como suporte essencial das alterações histológicas. A completa separação da sarcoïdose e da tuberculose como entidades distintas é admitida ao apoiar-se a opinião de SCADDING de que, perante um quadro clínico formal com biopsia e baciloscopia positivas, não se deve concluir pela origem tuberculosa da sarcoïdose, mas antes pela existência de duas doenças no mesmo doente, tal como se consideram duas entidades etiológicamente independentes a silicose e a tuberculose.

Ao peso dos argumentos da literatura, quer de ordem clínica e bacteriológica ou epidemiológica, quer de ordem terapêutica, junta o autor os próprios, aliás pouco ou nada diferindo dos primeiros. Impressiona, efectivamente, o comportamento dos doentes em relação aos corticosteróides, apesar de já largamente conhecido.

Merece referência um extenso capítulo, com importante contribuição pessoal, sobre a reacção de Kweim, especialmente pela evidência da obtenção de transferência passiva da reacção com leucócitos de doentes de sarcoïdose em contraste com a impossibilidade de transferência com leucócitos de tuberculosos.

Aceita-se, pois, como hipótese patogénica mais satisfatória, que a sarcoïdose é uma doença imunitária em individuo sensibilizado a um agente bem definido, mas cuja natureza está ainda por determinar.

A obra abrange capítulos de etiopatogenia, anatomia patológica, clínica, exploração biológica e terapêutica. Está, porém, longe de atingir o equilíbrio conseguido por M. BARIÉTY e J. POULET na sua, «La sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann» (Ed. Flammarion, Paris, 1958), que modestamente se condensa em menos do

que um terço do volume apreciado e não logrou ser incluída na extensa bibliografia do autor. A documentação iconográfica não prima pela qualidade.

Nos relatos clínicos figuram alguns casos invulgares (sarcoidose cardíaca com quadro electrocardiográfico de enfarte, sarcoidose gástrica, sarcoidose hipofisária).

Em suma, trata-se de um livro com interesse, mas que parece ficar à quem da ambição do seu autor.

P. G.

JEAN TERRACOL et MAURICE AUBRY — *Les maladies des cavités annexes des fosses nasales* — Vol. de 598 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 130 F.

Praticamente, esta obra constitui o tomo II das «Maladies des fosses nasales», das quais duas edições, devidas ao Prof. Terracol, apareceram na mesma livraria. O plano desta obra é o mesmo, mas a parte clínica predomina.

A anatomia foi limitada a uma descrição geral e a noções de aplicação. O mesmo com respeito à fisiologia, que é inteiramente dominada pelos trabalhos fundamentais de Proetz. A disposição geral é clássica: exploração, método de Proetz, radiologia; seguem os estudos de infecção, dos traumatismos, das neoplasias benignas e malignas e suas complicações órbito-oculares e cérebro-meningeas.

Esta obra é largamente documentada pelos trabalhos que não envelheceram e pelas pesquisas modernas, principalmente a alergia.

HENRI BONNET et ARMAND NÉVOT — *Travaux pratiques de bacteriologie médicale* — 5ème ed. — Vol. de 268 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 38 F.

As qualidades e a apresentação da obra continuaram as mesmas das edições anteriores: o texto é dividido em curtos capítulos que recordam o ensino oral que precede cada sessão de trabalhos práticos. A sua apresentação é o mais didáctica possível, dando não apenas os detalhes técnicos úteis à realização de manipulações mais ou menos complexas segundo o tempo

de ensino disponível, mas fazendo também compreender ao estudante as noções fundamentais respeitantes ao diagnóstico duma doença infecciosa. A obra é muito ilustrada.

Comité mixte F.A.O./O.M.S. de peritos da Brucelose — *Quatrième rapport* — Ed. O.M.S., Genebra, 1965. — P.: 4 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Apesar dos progressos respeitantes ao conhecimento da brucelose e do seu tratamento, esta doença conserva grande importância, tanto pelo mal que inflige directamente aos homens como pelas perdas económicas que causa em animais. Sobre este assunto, o quarto relatório do Comité misto da F.A.O./O.M.S. de peritos das bruceloses é exaustivo e trata de todos os aspectos importantes que tinham sido abordados nos relatórios precedentes.

Radio-isotopos et affections du système nerveux central (diagnostique et bases biologiques). — Vol. de 106 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 36 F.

Esta obra, publicada por Thérèse Planil, reúne as publicações apresentadas em 24 de Setembro de 1964, em Estrasburgo, no quadro das jornadas consagradas à Neuro-Radiologia, sob os auspícios da Fundação Mundial de Neurologia.

São expostas diversas técnicas e os resultados obtidos em clínica: a positro-cefalografia, baseada no emprego dos emissores de positrons, e adaptada por O. Wilcko (Colónia). Este autor estuda as vantagens da combinação do positro-cefalograma e do electroencefalograma para detectar ou excluir a presença dum tumor intracraniano.

Outros colaboradores tratam de assuntos de actualidade, reunindo trabalhos que interessam aos neurologistas, aos neurocirurgiões, isotopistas e ainda aos outros clínicos que têm de conhecer a aplicação dos radioisótopos no diagnóstico.

J. MASSA — *Technique de l'examen radiologique du squelette et des voies digestives avec étude anatomo-pathologique* — Vol. de 406 págs. e 427 figs. — Ed. Maloine, Paris, 1965. — P. cart.: 80 F.

Este livro de técnica radiológica destina-se essencialmente aos radiologistas práticos, porque diz respeito aos exames que

VITAFERROSO



TÔNICO

ANTIANÉMICO
DE
PODEROSA

nas formas hipocrómicas
e hiperocrómicas



CANOBBIO

CÁPSULAS

FACTOR INTRÍNSECO • VITAMINA B₁₂
ÁCIDO FÓLICO • VITAMINA C
SULFATO DE COBALTO • SULFATO DE
MANGANÉSIO • SULFATO DE COBRE
GLUCONATO FERROSO

Frasco de 20 cápsulas

LÍQUIDO

VITAMINA B₁₂ • SULFATO DE COBRE
SULFATO DE MANGANÉSIO • SULFATO DE
COBALTO • VITAMINA C • GLUCONATO
FERROSO • HIDROLISADO DE PROTEÍNAS

Frasco de 200 gramas

LABORATÓRIOS DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 144 - LISBOA

SIGAMICINA*

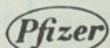
(marca da oleandomicina — tetraciclina)

Combinação antibiótica de espectro largo e profundo

Quando o Médico deseja actuar com rapidez e eficácia desde o começo do tratamento de infecções persistentes, prevenindo o curso prolongado da doença e a resistência bacteriana, a Sigamicina constitui o tratamento lógico. No tratamento da maioria das infecções de qualquer intensidade e natureza, está indicada a acção profunda da Sigamicina.

NOVOS PREÇOS

Cápsulas — frs. de 8 . . . de	115\$00	para	99\$00
Cápsulas — frs. de 16 . . . de	212\$00	para	180\$00
Gotas Infantis de	62\$00	para	51\$00
Xarope de	96\$00	para	78\$00
Intramuscular — 100 mg de	31\$00	para	23\$00
Intravenosa — 250 mg . . de	65\$50	para	52\$00
Intravenosa — 500 mg . . de	118\$00	para	95\$00



Ciência para o bem-estar da Humanidade

* Marca de Fabricante de Chas. Pfizer & Co., Inc.

não obrigam a hospitalização, os do esqueleto e das vias digestivas.

A radiologia dos ossos foi inteiramente refundida. Os aperfeiçoamentos na aparelhagem, a potência aumentada dos geradores e dos tubos, a estabilidade dos selectores, a utilização de filtros em alumínio permitiram melhorar a qualidade das radiografias e transformar as posições chamadas clássicas e facilitar a posição dos doentes.

O plano da obra é o seguinte: Instrumentação; Esqueleto; Vias digestivas (história da anatomia humana, estômago, duodeno, apêndice, etc.).

Standardisation biologique — 17^e rapport du Comité d'experts — Vol. de 88 págs. — Ed. de l'O.M.S., Genève, 1965. — P.: 4 F. s.

Também publicado em inglês e em espanhol, o último relatório dos peritos da standardização biológica autoriza a constituição de oito novas preparações internacionais de referência e de dois novos escalões internacionais. Além disso, para toda uma série de outras preparações, estudos comparativos são encarados. De facto, a lista das preparações internacionais de referência e dos escalões internacionais propostos compreende mais de sessenta substâncias.

Atlas de radiologie clinique de «La Presse Médicale» — 2^eme série (1958-1963) — 75 fasc., 150 págs. 1713 figs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 50 F.

Os leitores de «La Presse Médicale» conhecem e apreciam os folhetos deste «Atlas», que aparecem regularmente na revista, e que agrupam, em determinado assunto, documentos radiológicos e clínicos que constituem uma verdadeira introdução a semiologia radiológica. O conjunto constitui um rico atlas, com cerca de 1 800 figuras (aparelhos circulatório, digestivo e seus anexos, urinário, aparelho genital da mulher e glândula mamária, esqueleto e aparelho osteoarticular, tórax e aparelho respiratório, cabeça e pescoço).

Intégration des campagnes en masse des maladies déterminées dans l'activité des services de santé généraux — Vol. de 28 págs. — Ed. de l'O.M.S., Genève, 1965. — P.: 2 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Trata-se dum relatório técnico da O.M.S., redigido por um grupo de estudos que se reuniu em 1964 para tratar da integração das campanhas em massa contra doenças determinadas na actividade dos serviços de saúde gerais. Como não há solução universalmente aplicável a este problema, o relatório propõe um certo número de métodos, entre os quais convirá escolher o que corresponde melhor às condições locais.

Problèmes actuels relatifs à la nutrition et à la diététique — publiés sous la direction de M. DÉROT, H. BOUR et G. HÉRAUD — 1^{ère} série — Vol. de 278 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 32 F.

Esta obra desenvolve e materializa para o clínico o essencial das conferências feitas no Hôtel-Dieu de Paris no quadro das «Journées annuels de nutrition e de diététique».

Em matéria de dietética, chegou a ocasião de terminar com uma certa forma de empirismo. Ver-se-á, ao ler este livro, o caminho que foi percorrido.

Muitas doenças metabólicas foram identificadas nestes últimos anos, umas ligadas a um défice enzimático congénito, as outras devidas a uma anomalia da assimilação. Deste e de outros problemas trata o presente volume, que tem a colaboração de algumas dezenas de autores, constituindo a primeira série duma obra que interessa aos médicos e a outros estudiosos.

Terminologie du paludisme et de l'eradication du paludisme — Vol. de 176 págs. — Ed. O.M.S., Genève, 1964. — P.: 12 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Trata-se do relatório dum Comité de Terminologia da O.M.S. Em 1963, publicou-se em inglês uma terminologia do paludismo cuja versão francesa apareceu no ano seguinte.

Nesta edição, os autores consideram que esta terminologia eliminará muitas antiguidades e inexactidões que tinham entrado em uso e fixará claramente o sentido de certos termos novos. Tem por fim ajudar todos os que tratam do paludismo, e mais particularmente da erradicação desta doença; mas prestará também serviços a todos aqueles que se interessam pelas doenças tropicais e pela terminologia médica em geral.

JAN SANGMAN — Embryologie Médicale — Développement humain normal et pathologique — Vol. de 224 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 45 F.

Outrora ciência pura, a embriologia interessava principalmente o biologista e as suas aplicações clínicas eram relativamente reduzidas. Actualmente, os progressos desta ciência, a

juntar ao crescente interesse da patologia congénita, deram importância considerável a essa disciplina, cujo conhecimento preciso se tornou necessário ao exercício da Medicina. Esta «Embryologie Médicale» do Prof. Sangman (da Universidade Inglesa de Montreal) — da qual aparece agora a edição francesa — nasceu desse imperativo. Destina-se, em primeiro lugar, aos estudantes que têm de consagrar-se ao estudo da matéria; mas também aos clínicos, no que se refere aos sectores da pediatria, da cirurgia, do obstetricista e ao policlinico.

CLAUDE MACREZ — *Les Consultations Journalières en Cardiologie* — Vol. de 14 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 20 F.

Os progressos actuais da cardiologia moderna são perfeitamente subordinados ao aperfeiçoamento dos métodos de exploração estudados nos centros especializados. Levaram a uma cardiologia de alta escola que aproveita a ciência e a experiência dos técnicos.

Este volume, que pertence à colecção «Les consultations journalières» (publicado sob a direcção de M. Albeaux-Fernet), trata especialmente dos assuntos que dizem respeito à cardiologia ambulatória.

Alguns dos títulos dos capítulos desta obra mostram que se trata de actualizados «mise au point»: a *dépistage* de auscultação; edema agudo do pulmão; infarto do miocárdio; reumatismo cardíaco; estados febris em relação com a cardiologia; os azuis e os negros, etc.

Dotation em personnel des services infirmiers de santé publique et de soins aux malades non hospitalisés — Vol. de 112 págs. — Ed. O.M.S., Genève, 1965. — P.: 4 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Devido à penúria de enfermeiros que se nota em quase todos os países do mundo, é essencial que se planifiquem os serviços de enfermagem, de modo a conseguir-se o melhor partido no que se refere ao pessoal disponível. Ora, para estabelecer planos racionais a este respeito, é preciso atender a muitos fac-

tores de ordem social, económica, educativa e cultural. Neste estudo, da autoria de Davis Roberts, expõem-se esses métodos, examinando-se os princípios a aplicar em função das necessidades da população, dos serviços a assegurar, dos problemas de enquadramento e de vigilância, e de formação profissional e geral necessário ao pessoal.

JEAN-CLAUDE PATEL — *Les disinsertions papillaires au cours des gastroduodenectomies* — Vol. de 110 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 20 F.

É habitual compreender por «desinserção papilar» a secção da parte terminal dos 2 canais biliar e pancreático, quando terminam na parede do duodeno. As desinserções papilares acidentais constituem um acidente raro das gastroduodenectomias, mas de prognóstico extremamente reservado, sobretudo se o diagnóstico não é feito rapidamente. São sobretudo elas que se estudam nesta obra; as desinserções papilares de «partii pris», tendo indicações muito limitadas, são encaradas mais resumidamente.

Finalmente, diremos que os diversos problemas postos pelas reintervenções são examinados, assim como as indicações das técnicas propostas, os resultados obtidos e as complicações pós-operatórias sempre a temer.

GEORGES MARINESCO — *La Lymphocitose Infectieuse Aiguë (une nouvelle lymphoreticulose aiguë bénigne)* — Vol. de 146 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 30 F.

Esta monografia, primeira da literatura mundial, vem apresentar aos investigadores e clínicos, especialmente aos pediatras, aos hematologistas, assim como aos patologistas de doenças virais, um conjunto de dados sobre uma nova entidade mórbida, menos conhecida, do grupo das linfo-reticulites agudas benignas.

O estudo de Georges Marinesco (chefe de serviço no hospital de doenças infecciosas de Bucareste) é uma conscienciosa «mise au point» sobre uma doença que muitas vezes foi confun-

ESTADOS ANÉMICOS • DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA •
CONVALESCENÇA • ANOREXIA • ESGOTAMENTOS • ATRASO
DO DESENVOLVIMENTO • DIÁTESES HEMORRÁGICAS • CERTAS
AFECÇÕES GLANDULARES

HERMOTOSIL

AMPOLAS BEBÍVEIS DE 10 c.c.

Suco embrionário animal
Extracto de fígado concentrado
Soro hematopoiético fresco de cavalo

LÍQUIDO

Extracto de fígado concentrado
Soro hematopoiético fresco de cavalo
Ácido nucleínico. Complexo vitamínico B

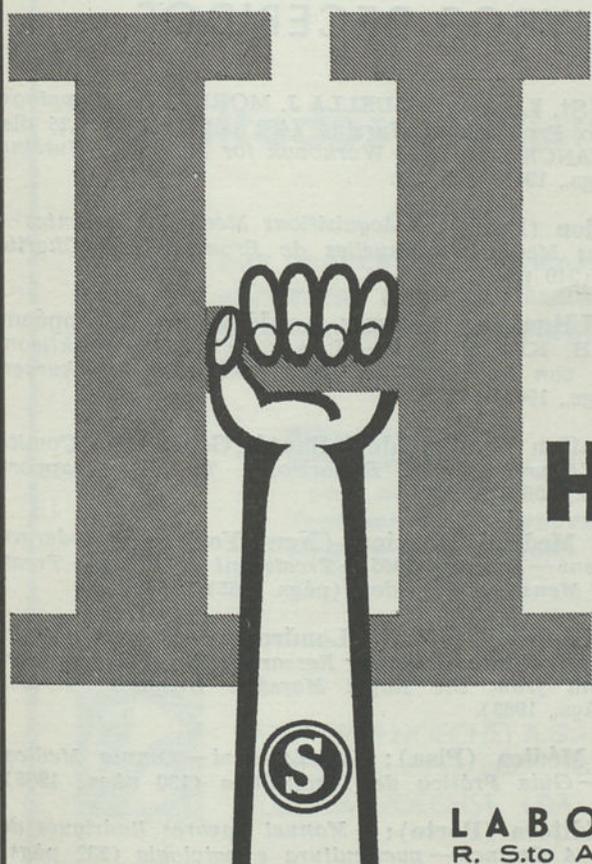
HERMOTOSIL-B

AMPOLAS BEBÍVEIS DE 10 c.c.

Suco embrionário animal
Cianocobalamina (Vitamina B₁₂)
Extracto de fígado concentrado
Soro hematopoiético fresco de cavalo

Ampolas: caixas de 6, 12, 50 e 100
Líquido: frasco de 220 gramas

LABORATÓRIO SAÚDE, LDA.
R. S.to António à Estrela, 44 — Lisboa — Telef. 662361



VLADICORT

fluorprednisolona

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

VLADICORT

fluorprednisolona

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

VLADICORT

fluorprednisolona

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

VLADICORT

fluorprednisolona

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

LABORATÓRIOS VITÓRIA

VENDA NOVA — AMADORA

dida com a mononucleose infecciosa, a leucemia linfóide crónica, a coqueluche e a linfocitose fisiológica das crianças de tenra idade.

L'Urbanisme et l'aménagement urbain dans leurs rapports avec l'hygiène du milieu — Vol. de 71 págs. — Ed. de l'O.M.S., Genève, 1965. — P.: 4 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Neste relatório (que é também publicado em inglês e em espanhol), um grupo de peritos passa em revista as condições às quais deve satisfazer o apetrechamento das cidades e examina as medidas necessárias para assegurar a salubridade do meio urbano. Salienta que o problema deve ser encarado em muito larga perspectiva, para que possa ser realizado o desejável equilíbrio entre as exigências económicas, sociais, físicas e psicológicas.

HENRI PÉQUINOT — *Précis de Pathologie Médicale* — Vol. de 820 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. — P.: 76 F.

Neste tomo V (Coração-Vasos) do novo «Précis de pathologie médicale» os autores não consideraram necessário prender o estudo clínico das doenças por um capítulo introdutivo consagrado aos aspectos anatómicos e fisiológicos; as noções essenciais nesta matéria são apresentadas com detalhe.

Um capítulo sobre semiologia precede a descrição de alguns grandes síndromas.

O conjunto é concebido no espírito novo que os três volumes precedentemente aparecidos fizeram conhecer. Esta obra é útil aos policlínicos e aos especialistas que têm necessidade de confrontar agora o que lhes trazem as revistas.

Hygiène dentaire — *Rapport d'un Comité d'experts de l'O.M.S.* — Vol. de 48 págs. — P.: 3 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Este relatório trata da organização dos serviços de saúde dentária concebidos como fazendo parte integrante dos serviços de Saúde Pública nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Os sistemas de organização variam segundo os países, mas os princípios gerais são os mesmos.

O Comité de peritos examina detalhadamente cada um dos aspectos relacionados com a saúde dentária, assim como as necessidades de formação profissional em matéria de acção e de investigação neste domínio.

Em anexo, são apresentados exemplos da estrutura referente à assistência dentária nalguns países.

LIVROS RECEBIDOS

- Ed. Mosby (St. Louis): — LUELLA J. MORISON — *Steppingtones to Professional Nursing* (462 págs., 1965) 7.25 dls.
 CONSTANCE LERCH — *Workbook for Maternity Nursing* (272 págs., 1965) 4.25 dls.
- Ed. Expansion (Paris): — *Acquisitions Médicales Récentes — Journées Médicales annuelles de Broussais — La Charité* — 1965 (240 págs., 1965).
- Ed. Arscia Uitgaven e Presses Académiques Européennes: — H. KESTELOOT — H. A. SNELLEN — *Functieonderzoek van Rechter Hart door Pols — En Ictuscurven* (204 págs., 1963) 390 F. B.
- Ed. Organisation Mondiale de la Santé (Génève): — *Comité OMS d'Experts de la Bilharziose — Troisième rapport* (60 págs., 1965) 3 F. S.
- Ed. Hoeber Medical Division (New York): — *Modern Treatment — January 1965 — Treatment of Stroke — Treatment of Menstrual Disorders* (págs. 1965) 16.000 dls.
- Ed. Royal Cancer Hospital (Londres): — *Selected Papers from the Institute of Cancer Research: Royal Cancer Hospital and from the Royal Marsden Hospital — 18/1963* (1426 págs., 1963).
- Ed. Omnia Médica (Pisa): — A. Lattanzi — *Omnia Medicamenta — Guia Prático de Terapêutica* (130 págs., 1965).
- Ed. Porto Editora (Porto): — *Manuel Tavares Rodrigues de Sousa — A Criança — puericultura e patologia* (332 págs., 1965).



«A CRIANÇA»

PUERICULTURA E PATOLOGIA

pelo

Dr. Manuel Rodrigues de Sousa

Nós somos ainda do tempo em que, na Faculdade de Medicina, o mestre de Pediatria chamava a atenção dos cursos para o elevado índice de mortalidade infantil desde longas décadas verificado em Portugal. O tempo correu, os mestres são outros, mas nós abrimos ainda hoje qualquer jornal ou revista da especialidade e, com pequeníssimas variantes, o referido índice mantém-se o mesmo, pouco ou nada se alterou em relação ao que era, apesar de tudo. E neste «tudo», mais que uma figura de retórica sugestiva de improficuas realizações ou vagos projectos «em estudo», cabe efectivamente um notório acervo de obras, de maior ou menor vulto, eficazes dentro da órbita que abrangem, porém ainda longe de corresponderem ao necessário, urgente e

útil papel a desempenhar na sociedade. Por paradoxal que pareça, com isto queremos dizer tão só que tais obras se adiantaram aos acontecimentos, ou melhor talvez, a um estado de coisas de mais profundas e longínquas raízes, para já tão firmes e arreigadas, que só uma profunda transformação da mentalidade e do estilo de vida do nosso povo conseguirá que a obra em curso venha, por completo, a removê-las, realizando-se com eficácia em toda a sua extensão.

Multiplicam-se, com efeito, os hospitais de crianças, alargam-se os dispensários e serviços de puericultura, cria-se, aos poucos, o pessoal mais ou menos adestrado — mas tudo isso esbarra contra a ignorância do povo, preso a hábitos e rotinas inconcebíveis, mais atento à opinião leviana e gratuita do leigo, ora desconhecedor dos meios científicos e dos processos técnicos ao dispor dos que os procuram e deles pretendem servir-se, quase sempre refractário também ao conselho experiente do médico e do especialista.

Não falamos já no que por essas províncias fora vai acontecendo nestas e noutras matérias semelhantes. Infelizmente, também as cidades, os grandes centros, servem por vezes de cenário a tantos casos e monstruosas práticas de curandeirismo que já nos habituamos a ver nas consultas hospitalares ou de domicílio, sejam quais forem as



Dr. Rodrigues de Sousa Filho

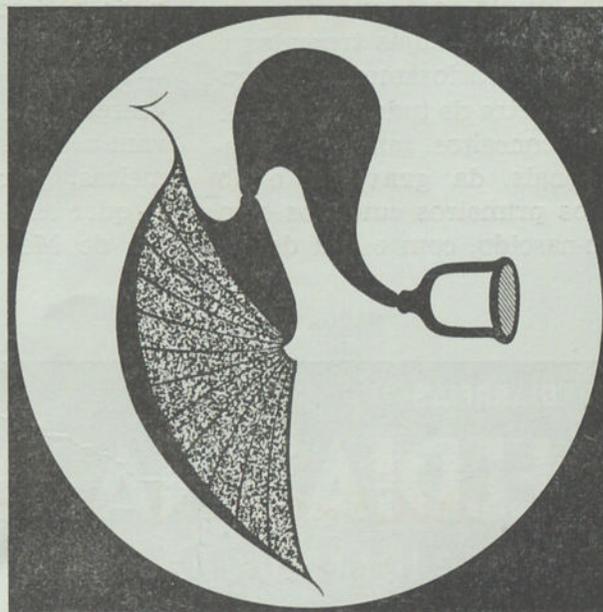
CAMBISON®

Resultados decisivos

GOTAS
ÓTICAS

**NOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS,
ALÉRGICOS E BACTERIANOS
DO CANAL AUDITIVO EXTERNO
E DO OUVIDO MÉDIO.**

**Otite externa
Otite média crónica
com perfuração do tímpano
Tratamento pós-operatório
Catarro das trompas**



FARBWERKE HOECHST A.G.-ALEMANHA
REPRESENTANTE EM PORTUGAL
QUÍMICA HOECHST, LDA. — LISBOA

especialidades médicas consideradas.

Falta, pois, antes e primeiro que tudo, educar, instruir e esclarecer pela propaganda bem orientada, mercê da palestra e do livro, a massa anónima do público cujos parcos ou nulos conhecimentos em matéria de saúde e comportamento sanitário, lhes impedem uma vida sã e um salutar proveito das mais recentes aquisições científicas da medicina e da profilaxia.

É, sobretudo, a divulgação das medidas gerais desta última, o que mais escasseia e se faz sentir.

Ora, vem tudo isto a propósito do recente livro de puericultura e patologia a que o Dr. Tavares Rodrigues de Sousa deu o título, aliás muito significativo, de «A Criança» (ed. da Porto Editora, 1965).

Não será o único talvez que às vicissitudes e cuidados a haver com os lactentes e primeira infância se prendem ou mais directamente dizem respeito. Muitas obras se têm publicado tendo a criança por objectivo. Basta lembrar a de Yeda Roesch da Silva («Como educar os nossos filhos»), «Nós e a criança», da autoria de Ilse Losa, e o que, sob a epígrafe sintética de «A Criança», celebrou mundialmente a condessa de Montessori.

No género, porém, do que motivou esta crónica, parece-nos ser único o do Dr. Rodrigues de Sousa, que à sua carreira de pediatra especializado acrescentou a faceta mais útil e preciosa de divulgador e, digamos, de pedagogo científico em termos da melhor acessibilidade.

Visando a higiene da criança, procura, por meio de regras, preceitos e conselhos, que esta se desenvolva física e mentalmente bem. E nesse intuito, escreveu um extenso volume em cujas trezentas e tal páginas, graciosamente ilustradas, se encontra de tudo um pouco: desde os conceitos sanitários preconceptionais, da gravidez e do parto, aos primeiros cuidados com o recém-nascido, com o seu desen-

volvimento físico e psico-motor; das regras essenciais de alimentação, à higiene geral e escolar da criança, para concluir com alguns quadros sinópticos da patologia infantil, cujo valor está precisamente na criteriosa escolha daquela parte da semiótica que mais importa reter, cuja acessibilidade não embaraça o leigo mas basta para atrair-lhe a atenção no momento preciso em que deve recorrer ao médico.

Não vá depreender-se daqui que nos encontramos perante um tratado, pois que isso transcenderia não só as largas possibilidades de penetração do livro em todas as camadas e estratos sociais, que é a primeira e mais objectiva das suas virtudes, mas está fora também dos hábitos quer dos catedráticos portugueses, quer dos diplomados pelas nossas Universidades mas que exercem as suas profissões em qualquer dos campos das suas actividades. Embora nos não falte quem, pela natureza e amplitude dos conhecimentos adquiridos ao longo dos cursos superiores que frequentaram com proveito, pudesse e soubesse abalançar-se à investigação e ao estudo que estão na base dos tratados ou a estes podiam conduzir, certo é que continuamos a servir-nos dos que no estrangeiro se escrevem e editam.

Simplesmente, no que ao livro do Dr. Tavares Rodrigues de Sousa diz respeito, quer parecer-nos que outro dos seus elementos valorizáveis reside no facto de constituir o que, à falta de melhor, pode designar-se por um «epítome». E daqui, tanto pelo escrúpulo que presidiu à sua elaboração, como à fidelidade, acerto e base científica em que se elabora, desde logo uma conclusão pode retirar-se: a de que servirá quer aos leigos — mães e amas; — quer aos que, pela profissão que exerçam, de longe ou de perto privam e cuidam de crianças — enfermeiras, parteiras, puericultoras; — quer ainda aos próprios estudantes de Medicina que avançam os

primeiros passos na Pediatria, sem que tal impeça, claro está, de recorrerem depois aos tratadistas respectivos ou colherem e alargarem depois, no estudo já da sua lavra, as lições ouvidas aos mestres da respectiva cadeira.

É este, por isso, um livro singular e precioso, tanto pela clareza da exposição como pela ordem, meticulosidade e coordenação esquemática que o concebeu. Explicativo na própria medida das dezenas de gravuras bem legendadas que acompanham o texto; atractivo pela orientação gráfica e colorido múltiplo das imagens que o enriquecem, não se demora em minuciosas e profundas demonstrações que só ao especialista poderiam naturalmente interessar. Vai, pelo contrário, direito ao fim, resume o essencial dos conhecimentos mais utilizáveis e que de pronto se assimilam. É um livro prático, para consulta imediata, com imediatas respostas às interrogações urgentes: normas do parto eutócico, lesões que este eventualmente provoque no recém-nascido, medidas a tomar com o prematuro, condições do regime alimentar (vantagens e inconvenientes do aleitamento natural e do mercenário), regras complementares da alimentação, preceitos de higiene e prevenção (vacinações e profilaxia das doenças típicas da infância), medidas de saúde escolar, etc.

De tudo o que antecede se fará ideia aproximada da utilidade da obra presente, que pode, sem favor, considerar-se, a um tempo, exemplar e significativa, tanto do autor que a realizou como da editora que se não coibiu de lançá-la no mercado pondo nela o cuidado gráfico que merece e pode também servir de aceno ao público desatento, mas a quem, na realidade, faltava uma obra tão documentada e prestável como «A Criança — Puericultura e Patologia», do Dr. Manuel Tavares Rodrigues de Sousa, por tudo isto afinal vem a ser.

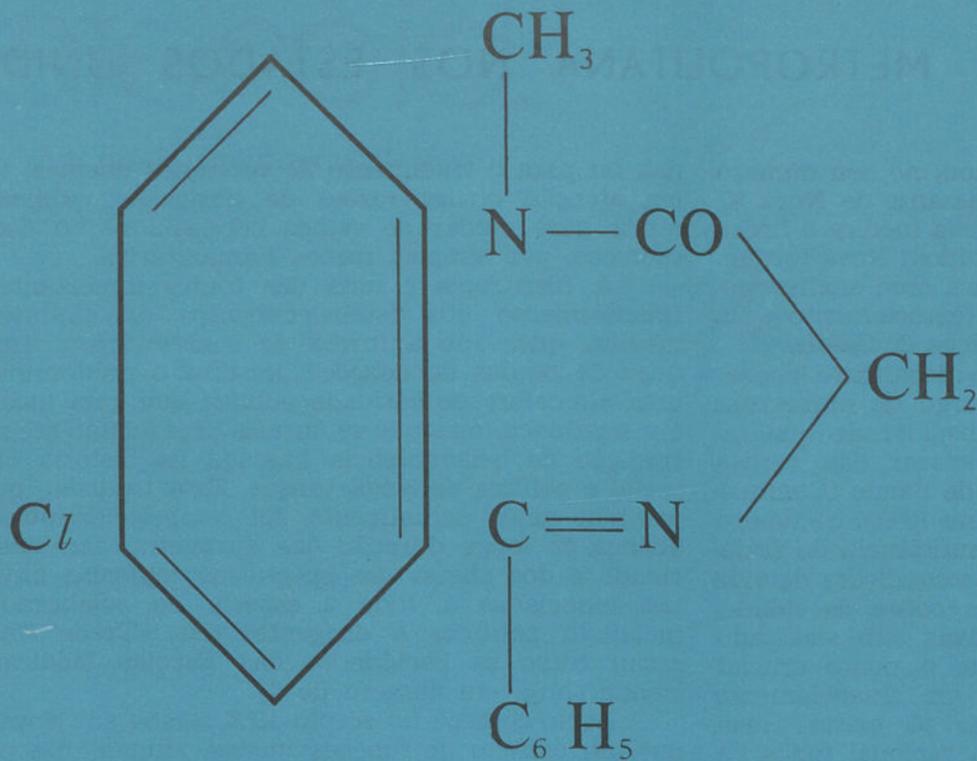
Taborda de Vasconcelos

NAS DIARREIAS

GELDIAZINA e GELDIAZINA-C

EFICÁCIA COMPROVADA — SABOR INCOMPARÁVEL

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO J. J. FERNANDES, L.^{DA} — VENDA NOVA — AMADORA



UNISEDIL[®]

COMPRIMIDOS

7-CLORO-1-METIL-5-FENIL-3H-1,4-BENZODIAZEPIN-2(1H)-ONA

- **DEPRESSÃO • NEUROSE ANSIOSA • FOBIAS • DISMENORREIA UTERINA**
- **AMEAÇA DE ABORTO TARDIO • PARTO PREMATURO**

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



LABORATÓRIOS
LAQUIFA

ECONOMIA MÉDICA METROPOLITANA NOS ESTADOS UNIDOS

O «Scientific American» publicou, no seu número de Janeiro de 1965, um artigo interessante de Nora K. Piore sobre a forma como a assistência médica é financiada na maior cidade dos Estados Unidos: Nova Iorque. Inclui um estudo de economia médica com análise sistemática da origem dos fundos de financiamento e da sua distribuição pelos diversos serviços de Saúde.

Genêricamente evidencia-se uma dispersão e incoordenação dos serviços médicos, a cargo de numerosas instituições, do que resulta uma disparidade qualitativa e um desequilíbrio tal que, apesar das verbas enormes despendidas, o comissário de Saúde (Commissioner of Health) da cidade avaliou em 13 000 o número de mortes por ano atribuíveis a insuficiência de tratamento médico e relacionadas com as condições de vida da fracção (1/5) da população mais pobre da cidade. A ineficácia relativa assim evidenciada tem suscitado numerosas críticas. Não parece que o ponto crucial esteja em reclamar do Governo um financiamento médico substancial, posto que este já existe; mas parece pertinente integrar de forma racional todos os serviços e instituições, quer as financiadas por fundos públicos, quer as particulares, de modo a assegurar uma utilização eficiente dos recursos totais atribuídos à Saúde. Impõe-se a conversão do sistema arcaico actualmente vigente num instrumento social moderno que venha a proporcionar serviços médicos de forma eficiente e socialmente aceitável.

O pagamento das despesas dos serviços médicos incumbe aos mais diversos sectores. É difícil estabelecer uma linha divisória nítida entre o sector público e privado, tantas as vias pelas quais o dinheiro passa de um para o outro e vice-versa. O Governo contribui por intermédio de pelo menos 25 organizações mandatárias independentes: 14 instituições (ou departamentos) da cidade, 5 do Estado e 6 federais, todas desembolsando dinheiro para a assistência médica na cidade de Nova Iorque. Estas várias entidades públicas que proporcionam serviços de assistência médica aos novaiorquinos são regidas por estatutos estabelecidos ao longo dos anos com os mais variados propósitos pelos governos federal, estadual e da cidade. Uma ou outra vez, uma entidade em qualquer desses níveis de governo achou necessário ou desejável despender verbas, por exemplo, para o tratamento de tuberculosos ou eventualmente para a reabilitação de empregados públicos inválidos, ou para serviços de assistência infantil ou mater-

nal, ou para o tratamento de veteranos doentes, tendo em atenção óbvias razões de obrigação pública, ou ainda para cuidar de velhos necessitados ou doentes crónicos, por simples razões humanitárias.

A filantropia é uma das fontes importantes de financiamento dos estabelecimentos de assistência médica, quer sob a forma de contribuições directas, quer de rendas de doações. Resulta o predomínio de uma atmosfera de caridade pública que gera incerteza e insegurança, mas que se enraíza profundamente numa tradição de benemerência baseada na história cívica, social e política de Nova Iorque. Essa tradição, que se mantém ainda actualmente, foi estabelecida por uma aliança de longa duração das «primeiras famílias» da cidade e dos chefes das sucessivas minorias imigrantes, associadas a toda a espécie de colaboradores, incluindo políticos e dirigentes das «Trade Union», assim como as Faculdades das Escolas Médicas da cidade (hoje em número de 6).

Já no começo do século XIX existia em Nova Iorque um edifício de funções mistas, situado nas proximidades do «City Hall», onde se alojavam 102 doentes, 82 alienados, 336 prisioneiros, assim como 842 velhos e aleijados e também veteranos inválidos da revolução americana e da guerra de 1812; e nessa mesma ocasião a cidade despendia também fundos para um hospital privado estabelecido em 1658 pela «Church of New Amsterdam». A insuficiência do velho asilo tornou-se em breve tão clamorosa que os seus internados invadiam constantemente o «City Hall», bombardeando os «City Fathers» com queixas e pedidos, sendo necessário repeli-los, em cargas brutais, pela força. Mas, finalmente, em 1826, foram transferidos para um novo edifício nos arredores da cidade, conhecido por «Belle-Vieu Farm».

Hoje, o conjunto do Hospital de Bellevue («Bellevue Hospital») que se encontra no primitivo local, é um dos 28 hospitais municipais, tem uma capacidade total de 19 000 camas, é dirigido pelo departamento dos hospitais da cidade de Nova Iorque («New York City Department of Hospitals») e a sua despesa calcula-se, para o ano fiscal 1964/65, em 242 milhões de dólares. A identidade do «New Amsterdam Church Hospital» perde-se na História. Mas de acordo com o precedente posto pela sua subvenção pelos fundos da cidade, 75 ou mais hospitais de associações («voluntary hospitals») receberão este ano da cidade 67 milhões de dólares. É de

na terapêutica das diarreias

ZIMAIAGEL

suspensão



ateroid

um novo antiarteriosclerótico
já consagrado

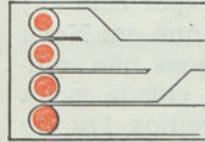
FACTOR

CLARIFICANTE

NATURAL

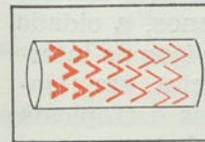
(altamente purificado)
com duplo efeito

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



ANTIARTERIOSCLERÓTICO

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



FLUIDIFICANTE

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

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

LABORATÓRIOS
DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO
sob licença de CRINOS-MILÃO

notar que a cidade no conjunto reservou 443 milhões de dólares, 1 em cada 8 dólares do seu orçamento executivo de 3 400 milhões, que no corrente ano fiscal são destinados à assistência médica. Os governos estadual e federal gastarão outro tanto para pagamento de seguros de Saúde dos seus funcionários da cidade assim como serviços médicos prestados a veteranos, homens da marinha mercante e membros das forças armadas e seus dependentes que vivem na cidade e ainda para o pagamento das despesas dos hospitais psiquiátricos e centros de reabilitação de Nova Iorque.

Com estas verbas poderá ser pago aproximadamente 1/3 da conta total dos serviços médicos prestados às 2 800 000 famílias de Nova Iorque incluindo mais de metade do custo dos tratamentos dos novaiorquinos internados em hospitais.

É de notar que só uma parte das verbas públicas se destina à fracção indigente da população. Quase 80 % dos doentes dos hospitais municipais de Nova Iorque são pessoas que conseguem bastar às suas despesas ordinárias, mas que não têm rendimentos, economias ou seguros de saúde suficientes para pagar ao hospital ou ao médico quando ficam doentes.

Estes números que se referem a 1964/65 encontram-se num relatório da «Urban Medical Economics Research Project».

Apesar do aumento dos seguros voluntários de Saúde, a assistência médica continua a depender fortemente das verbas dos impostos. Herbert E. Klarman avaliou em 717 milhões de dólares as despesas durante o ano de 1962 dos hospitais de Nova Iorque e destas despesas a metade foi paga com verbas de impostos.

No trabalho publicado no «Scientific American»

tentou-se uma análise sistemática dos aspectos sócio-económicos da assistência médica em Nova Iorque, tomando como exemplo o ano de 1961. Verificou-se que o tesouro público contribuiu com 530 milhões de dólares, isto é, aproximadamente, 1/3 da conta total de serviços médicos ou seja 1 770 milhões. Foram determinadas as contribuições respectivas das 25 entidades (ou departamentos) do Governo a que se fez referência atrás. Verificou-se que a cidade de Nova Iorque contribuiu com 133 milhões de dólares, o que eleva para 660 milhões as despesas oficiais com a saúde da cidade. O Governo Federal e o Estado proporcionam serviços a classes especiais de indivíduos. O Estado ocupa-se principalmente dos serviços médicos para alienados, o Governo Federal financia os seus funcionários e veteranos, assim como as respectivas famílias. Todos os outros serviços médicos financiados por dinheiro de impostos são administrados e pagos, em grande parte pela cidade. Para serviços de obstetria, vacinações, tratamentos dentários, tratamento de doenças infecciosas e agudas, serviços de reabilitação, tratamento de velhos e de doentes crónicos, pagou a cidade durante o ano de 1961 302 milhões de dólares de que foi parcialmente reembolsada; 19,5 milhões foram recebidos dos doentes 67 milhões foram recuperados graças a diversos fundos estaduais ou federais. De um modo geral, a cidade, fora as subvenções oficiais para indigentes, só é reembolsada das verbas referentes a tratamentos psiquiátricos, à assistência a tuberculosos e à reabilitação de crianças com malformações.

A cidade subvenciona ainda a fracção de 80 % de doentes que não se incluem no grupo dos indigentes; em cada caso, a contribuição da cidade é determinada

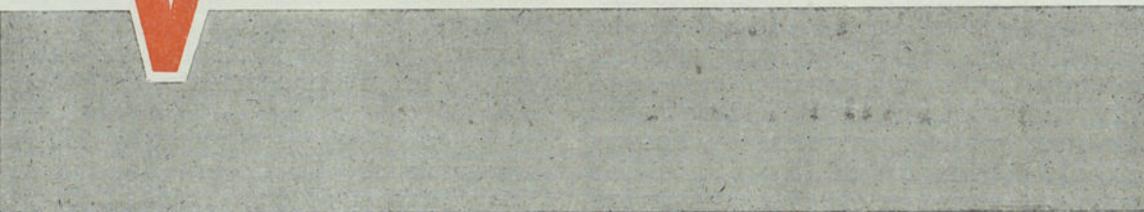
por critérios variáveis, mas que incluem honorários, rendimentos em dinheiro, número de membros da família, fundos comerciais e outros, a duração provável e o custo da doença, assim como a capacidade financeira dos parentes legalmente responsáveis. Com base nas admissões actuais, é evidente que não menos de 1/3 dos novaiorquinos internados em hospitais classifica-se no grupo dos indigentes sob o ponto de vista da assistência médica. A cidade gasta finalmente 227 dólares «per capita» por ano; este valor é muito superior à média dos Estados Unidos que é de 142 dólares «per capita»; a diferença resulta da amplitude especial que em Nova Iorque têm as referidas concessões a pessoas não indigentes mas com baixos rendimentos. A cidade gasta aproximadamente com a assistência a velhos 1/3 do seu orçamento e 1/5 a assistência a lactentes e crianças em geral (de que 1/3 aproximadamente é subsidiada pela cidade). Ela contribui largamente para a assistência a parturientes: 3 em 7 partos são pagos pela cidade. Para os adultos em idade inferior a 65 anos, a cidade proporciona uma grande variedade de serviços de internamento, de consultas externas, de urgências, etc., tratamentos da tuberculose, doenças venéreas e tropicais e ainda assistência psiquiátrica. No conjunto, paga aproximadamente 1/3 do custo da assistência a adultos hospitalizados por curtos prazos. Para se determinar as percentagens das despesas médicas, em geral, tiveram de se avaliar as despesas pessoais dos doentes e os lucros dos seguros de Saúde; essa avaliação foi feita à base de amostragens e aplicação do cálculo das probabilidades e está sujeita evidentemente aos erros inerentes a este tipo de problemas.

De tais estudos ressalta, no entanto, com clareza, por um lado a enormidade das somas despendidas com a assistência médica, o aumento incessante destas (as despesas do Estado têm aumentado desde 1961 anualmente de aproximadamente 10 % do orçamento daquele ano) e ainda a necessidade de uma coordenação dos serviços fragmentários e de desigual qualidade actualmente existentes. Desde 1950 que os três departamentos mais importantes, sob o ponto de vista médico, da cidade (os departamentos da Saúde, dos hospitais e da assistência) vêm fazendo projectos para um sistema que integre os seus serviços e os coordene com os privados e os das associações.

Conclui-se que é preciso evitar que as manifestações de insatisfação popular levem simplesmente o Governo Federal e os dos estados a contribuições mais largas para a assistência médica, o que poderá ajudar a resolver necessidades prementes, mas intensificará a atmosfera de caridade pública, actualmente predominante, e irá agravar a tendência para a dependência social que as reformas deveriam combater. Este estudo de economia médica da cidade de Nova Iorque mostrou que o custo dos cuidados que um doente recebe se distribui actualmente, por diversos mecanismos, por muitas entidades. O reconhecimento destes factos deve levar a procurar maneira para que esta distribuição se efectue de acordo com critérios explícitos de equidade para o doente e com o máximo de eficiência.

(Condensado por J. A. M. — Copyright by «Scientific American» — Autorizada a publicação em «O Médico»).

VITAGLUMIL



UMA LACUNA QUE FALTAVA PREENCHER

- ESGOTAMENTO FÍSICO E INTELLECTUAL
- ANEMIAS
- CONVALESCENÇAS
- DESPORTO
- GLUCOSE
- COMPLEXO B
- VITAMINA C
- EXCIPIENTE FOSFATADO

XXIV ASSEMBLEIA GERAL DA UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O PERIGO VENÉREO E AS TREPONEMATOSES

ALOCUÇÃO PELO DR. NETO DE CARVALHO, MINISTRO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA (*)

É com o maior prazer que recebemos em Lisboa a XXIV Assembleia Geral da União Internacional contra o Perigo Venéreo, da qual seguimos os trabalhos com o máximo interesse, dada a importância que o problema voltou a ter ultimamente.

A Assembleia ocupou-se de assuntos da maior utilidade, do comportamento das doenças e do público perante as doenças venéreas, até à preparação das quadras, à educação sanitária, à investigação, ao tratamento e à profilaxia dessas doenças, tendo sido objecto de particular atenção o aumento que eles acusam nos últimos anos e os meios de fazer face a essa situação.

Depois dum curto período de optimismo, originado pela introdução da penicilina no combate à sífilis com resultados espectaculares, em breve se confirmou a regra segundo a qual não é possível, só com o tratamento, erradicar uma doença. Factores de ordem social, económica, cultural e psicológica estão na origem de problemas de difícil solução, que preocupam os responsáveis pela administração sanitária.

Neste caso bem preciso dos comportamentos sexuais, como em tantos outros, pareceria confirmar-se a existência dessas leis naturais de que falava Carrel, que não podem violar-se impunemente.

Apesar disso, as dificuldades, longe de nos desencorajarem, devem, pelo contrário, impelir-nos para uma luta ainda mais tenaz, situada não somente na investigação e na epidemiologia das doenças venéreas, com o fim de se obterem novas armas e técnicas de combate, como também para a anulação dos obstáculos de ordem social que, até ao presente, impediram a utilização, em escala apropriada, das descobertas científicas.

A investigação, a educação em todos os níveis da população e os serviços de Saúde Pública são os

três pilares fundamentais da luta antivenérea, os quais devem ser desenvolvidos simultaneamente para que possa haver sucesso, ainda que eu ouse considerar sobretudo a educação.

Todos esses aspectos foram abordados durante esta Assembleia de modo notável, o que foi devido à alta categoria dos interventores e estou certo de que os resultados obtidos muito contribuirão para o



Dr. Neto de Carvalho

feliz desenvolvimento dos programas a executar.

Os ensinamentos recebidos serão também muito aproveitáveis.

Em Portugal, excepção referente a Lisboa e Porto, portos marítimos de grande tráfico, e de algumas cidades portuárias das nossas províncias ultramarinas, a incidência das doenças venéreas é bastante baixa, como o demonstram os elementos de informação disponíveis, com as reservas naturais quanto ao seu valor no que respeita aos números absolutos.

É certo que, entre nós, nunca se suprimiram estabelecimentos ou serviços consagrados à luta antivenérea, mesmo na época em que se consideraram dominadas essas

doenças. Os nossos serviços antivenéreos estão, aliás, espalhados nos principais centros de todo o País, e, além da terapêutica profiláctica ministrada com bases laboratoriais, dispõem de pessoal de visitaçao sanitária destinado à realização de inquéritos epidemiológicos para a procura de focos de contágio, sendo inteiramente gratuitos os exames médicos e os tratamentos.

Desde que foi dado alerta internacional com respeito ao incremento da doença, intensificamos também a nossa acção e estamos a organizar, em escala nacional, um vasto programa de educação sanitária, do qual esperamos os melhores resultados.

Depois destes muito breves comentários, quero agradecer à União Internacional contra o Perigo Venéreo, e particularmente aos seus ilustres presidente e secretário-geral, o Dr. King e o Dr. Canaperia, por terem escolhido Lisboa para a celebração desta Assembleia, e espero que a hospitalidade terá correspondido aos seus votos.

A todos os assinantes participantes estrangeiros e pessoas de família que os acompanharam, desejo uma boa viagem de regresso aos seus países, esperando que eles guardem, da sua estadia em Portugal, agradável recordação.

Não quero terminar sem fazer uma referência especial aos membros do Comité de Organização, os Drs. Norton Brandão, Aureliano da Fonseca e Cruz Sobral, pelo seu trabalho e pelas canseiras que dedicaram à organização desta Assembleia; estou certo de que os frutos colhidos os compensarão largamente do esforço que tão generosamente desenvolveram.

(*) Na sessão de encerramento do Congresso (26 a 29 de Abril de 1965) — no Instituto de Medicina Tropical (Lisboa).

A PSICOLOGIA DESPORTIVA

A Medicina Desportiva constitui uma especialidade médica de data relativamente recente, mas com bases fortemente estabelecidas em muitos países, sobretudo na Itália, França e Rússia.

Para o médico português que não tem seguido o seu desenvolvimento com atenção — a nossa Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva conta apenas dois anos e tem umas escassas dezenas de sócios — deve ser surpreendente que no seu seio se criem ramos de verdadeira subespecialização.

É facto que a traumatologia constitua desde o principio um dos ramos da Medicina Desportiva e que, se bem que seja Traumatologia, tem aspectos peculiares no que se refere a lesões típicas de certos desportos e à necessidade de resoluções terapêuticas por vezes urgentes e sempre com aproveitamento integral das qualidades do atleta.

Mais característico como especialização é a fisiologia do esforço, no sentido de um aproveitamento integral da capacidade do atleta, sem ultrapassagem dos limites fisiológicos próprios. Tem sido esta a faceta mais específica da especialização médico-desportiva.

Últimamente surge um ramo novo, que parece conquistar rapidamente numerosos adeptos — a psicologia desportiva.

Há muito que se trabalha no campo da psicologia do desporto e o nosso Instituto de Educação Física tem, como nos cursos similares estrangeiros de nível universitário, uma cadeira de psicologia da Educação Física.

Há um ano, a nossa Sociedade de Medicina Desportiva realizou uma mesa redonda sobre a psicologia do grupo desportivo, que decorreu com o maior dos interesses, tendo novas reuniões do mesmo tipo em perspectiva.

Olsen e Recla apresentaram agora em Roma uma bibliografia de 814 artigos sobre o assunto, extraídos da literatura mundial.

O «team» brasileiro de futebol que ganhou o Campeonato do Mundo fez-se acompanhar do psicólogo Ribeiro da Silva, cuja acção parece ter sido importantíssima para a boa forma da equipa.

No Congresso de Barcelona de 1963 do Agrupamento Latino de Medicina Desportiva, houve uma Secção de Psicologia do Desporto que teve grande interesse, despertado sobretudo pelo relatório do Prof. Ferruccio Antonelli e dos seus colaboradores.

Foi este ilustre professor romano que organizou agora o 1.º Congresso Internacional de Psicologia do Desporto, com a colaboração de Sociedades de Medicina Desportiva de 30 países, entre elas a portuguesa.

O sucesso do Congresso ultrapassa todas as expectativas e apresentaram-se 400 congressistas de 33 países com 240 comunicações de vários tipos.

Na abertura, o presidente Prof. Antonelli declarou que «a psicologia do Desporto não tem história. É um novo assunto no limiar da ciência. Um novo assunto não significa uma nova ciência: a Medicina está actualmente dividida em demasiados ramos. A psicologia do Desporto é apenas o ponto de encontro entre ciências (psicologia, medicina, psiquiatria, sociologia, pedagogia, higiene, etc.) e consequentemente é um sujeito multifacetado aberto a contribuições que provêm das bases do seu conhecimento específico. Eu próprio vim para a Psicologia do Desporto a partir da psiquiatria, do meu trabalho normal de psicoterapia e medicina psico-somática».

Este aspecto da vinda de numerosas personalidades de outros campos para um ramo da medicina desportiva tem vantagens, pois traz novos horizontes a esta disciplina, mas tem também inconvenientes. Com efeito, o assunto torna-se excessivamente teórico: os complexos de niquetofobia, de castração, de Diana e outros relacionados com o atleta são escarpelizados em pormenor, mas nem sempre obedecendo às constatações dos médicos do desporto nos recintos atléticos.

Dizia-me o ilustre Professor de Traumatologia de Barcelona, Dr. Cabot, que «a vaca não dá tanto leite», expressão típica espanhola que define bem a situação.

Com este senão, o resultado dos trabalhos foi muito útil e produtivo, o que foi bem marcado pelo interesse posto por Sua Santidade o Papa Paulo VI, que, ao receber os congressistas, fez uma alocução de grande valor para a nascente especialização, cuja importância enalteceu à luz da doutrina cristã.

Foi finalmente resolvido criar uma Sociedade Internacional de Psicologia do Desporto, o que marca mais um passo na valorização da Medicina Desportiva.

J. A. L.

SILOQUIFA

Registo n.º 922 na Direcção-Geral de Saúde (Dec. 41.448)

- AUXILIAR NO TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA FLATULÊNCIA
- NÃO INTERFERE NA ABSORÇÃO DE GLÚCIDOS, LÍPIDOS E PRÓTIDOS
- METEORISMO
- INTOLERÂNCIAS MEDICAMENTOSAS
- AEROCOLIAS



LABORATÓRIOS LAQUIFA

RUA APRÍGIO MAFRA, 2
LISBOA 5

Delegação no Norte:
RUA GUEDES DE AZEVEDO, 199
PORTO

SOBRE A REGULAÇÃO DA NATALIDADE

CONTINUAM numerosos periódicos de vários países, incluindo católicos, a discutir, às vezes com vivacidade e comentários contraditórios, os problemas relacionados com a regulação da natalidade. As informações que damos hoje são respigadas de publicações católicas.

Em longa emissão recente, Rádio Vaticano salientou que os católicos estão actualmente amadureci-

dos para discutir abertamente a questão do «birth control». «Hoje — disse Rádio Vaticano — os jornais católicos, e mesmo a rádio, discutem o problema com franqueza e a seriedade que o assunto reclama. Até ainda há pouco tempo, tal assunto não era considerado como conveniente em discussões públicas». E Rádio Vaticano aludiu, sem fazer críticas, a dois livros católicos recentes: *Objections to Roman Catholicism* (inglês) e *Contraception and Holiness* (americano), assim como a um artigo do padre Keane publicado pelo *Tablet* de Londres, citando principalmente a passagem onde se diz: «a autoridade da Igreja na esfera da moral e das fontes do seu conhecimento da moral natural estão em causa na questão do birth control (...). Hoje, as ciências empíricas, como a economia, a sociologia e psicologia, lançam mais luz sobre a natureza da sexualidade humana, de tal maneira que a Igreja deve reexaminar os seus métodos de ensino e adoptar este próprio ensino».

Continuou Rádio Vaticano: «A tradição da Igreja não é a dum imobilismo insensível às grandes questões do dia, mas, pelo contrário, uma tradição que procura com-



Paulo VI recebendo a comissão em Abril último

binar o antigo e o novo, para manter as verdades tradicionais, enquanto se elaboram as novas doutrinas. (...). O que os cristãos devem ter presente ao espírito é que a Igreja está seriamente e oficialmente à procura duma solução».

É também de interesse referir que na Alemanha quatrocentos médicos — entre os quais se contam nomes prestigiosos na Ginecologia, como o Dr. Knaus, co-inventor do método conhecido com o nome, também, do japonês Ogino — assinaram recentemente um memorando dirigido ao ministro federal da Saúde Pública no qual exprimem a sua inquietação perante a enorme propaganda que está a desenvolver-

-se a favor da contracepção. Esses médicos referem-se aos males do aborto e da sexualização da vida pública, insistindo sobre o facto de que a sociedade actual não faz os esforços necessários para combater, como deve e pode fazer, os instintos menos elevados do homem. Ao passo que ele se desenvolve tecnicamente, deixa-se vencer moralmente, arriscando-se à própria destruição. As sociedades comunistas da China ou da U.R.S.S. são, a este respeito, muito mais razoáveis — afirmam os signatários do referido memorando, que lançam um grito de alarme no momento em que se pensa, na Alemanha, em levantar a proibição sobre os usos dos anti-

NA TERAPÊUTICA LOCAL
ANTIBIO-CORTICÓIDE
DAS OTITES E RINO-OTITES

OTOFENICOL

GOTAS PARA INSTILAÇÃO

(Cloranfenicol + Benzocafina)

OTOSONA

GOTAS PARA INSTILAÇÃO

(Acet. hidrocortisona + Neomicina + Benzocafina + Fenazona)



LABORATÓRIO SAÚDE, LDA.

R. S.to António à Estrela, 44 - Lisboa - Telef. 662361

ampolas drageias pomada

CÁLCIO-LUVISTINA

ANTIALÉRGICO DE ACÇÃO POTENCIADA PARA TODAS AS FORMAS DE ALERGIA

FERRAZ, LYNCE, LDA. LISBOA



concepcionais. Os jornais que publicaram esse apelo salientam que é a primeira vez que um grupo tão importante de médicos toma, coletivamente, posição sobre essa matéria de interesse público.

Na O.N.U., a Comissão da População adoptou, finalmente, uma proposição permitindo incluir na obra das Nações Unidas um auxílio técnico referente ao birth control aos governos que o solicitem. Entre os representantes que fizeram críticas e reservas a esse projecto contam-se os da Holanda, da Áustria, da U.R.S.S. e da Ucrânia, isto é, cristãos e ateus. Também se opôs o representante da organização católica Pax Romana, que salientou: «os católicos não se opõem sistematicamente aos programas que apresentam elementos que não aprovam, quando esses programas pareçam, de facto, necessários; mas no caso em discussão não se atendeu a outros meios além do birth control artificial (métodos das temperaturas de Ogino, aumento da produção agrícola, etc.).»

Finalmente, dentro do mesmo espírito — o de informar os nossos leitores — transcrevemos o seguinte que veio publicado na revista «Informations Catholiques Internationales»; «Vinte laicos católicos influentes na Grã-Bretanha — homens e mulheres, entre as quais médicos, advogados, homens de negócios, da região de Liverpool, que é um dos principais centros do catolicismo inglês — dirigiram à Comissão pontifical «Família-Natalidade» um relatório no qual se pedia que o uso dos anticoncepcionais seja autorizado quando se trate de pessoas casadas. A imprensa salienta que todos os signatários são personalidades muito conhecidas no plano profissional, entre os quais se conta o Dr. O' Regan, que é membro do «Conselho consultivo católico do casamento».

Foi o grande quotidiano de Manchester, o Guardian, que revelou publicamente o relatório dessas personalidades católicas. Esse mesmo jornal anunciou também que dois eminentes médicos católicos tinham protestado junto da Comissão pontifical porque ela só compreende um membro britânico, que é conhecido, por representar os pontos de vista «tradicionais». Sobre essas e outras preocupações quanto aos trabalhos da Comissão pontifical,

o padre Gregory Baun, assuncionista (perito canadiano no Concílio) disse recentemente, perante 300 estudantes e professores da Faculdade de Teologia da Universidade de Otava: «Como nada se sabe oficialmente da comissão nomeada pelo Papa Paulo VI e como a lista dos membros publicada não oficialmente na imprensa indica que é sobretudo uma só e mesma escola que é representada, muitas pessoas, mostram-se inquietas por que uma questão que é de interesse tão universal esteja nas mãos dum grupo cujo método de trabalho não é conhecido. Tal inquietação não exprime, porém, falta de confiança no Santo Padre. Pelo contrário, se o Papa tivesse tempo para assistir às reuniões do grupo, ninguém se mostraria preocupado; mas como não participa nessas reuniões, muitas pessoas ficariam mais sossegadas se os métodos do trabalho e do estudo fossem conhecidos (...). Os observadores não católicos notaram o contraste entre o modo escondido e isolado em que essa questão é estudada e a doutrina proclamada na Constituição dogmática sobre a Igreja que diz que os bispos participam na organização do ensino universitário e que é preciso estar atento às convicções do povo cristão».

O SANTO OFÍCIO REABILITA PÚBLICAMENTE UMA PSIQUIATRA HOLANDESA

RECENTEMENTE, o Santo Ofício, reconhecendo que se tinha enganado a respeito duma prestigiosa psiquiatra de Nimegge, a Dr.^a Teruwe, reabilitou-a publicamente, o que constitui caso muito raro. O Santo Ofício tinha condenado certas teses atribuídas à Dr.^a Teruwe, que, aliás, ela negava tê-las formulado. Agora, o mesmo organismo exprimiu publicamente o seu desgosto por ter causado alguns prejuízos quanto à reputação da médica holandesa, que foi acusada de professar e aplicar aos seus doentes — sobretudo, seminaristas e padres — certas teorias que estavam em contradição com a moral católica. Já em 1950, a pedido de Roma, a psiquiatra tinha sido interrogada por uma comissão do

episcopado holandês, a propósito da sua tese de doutoramento. Os bispos tinham concluído pela inanidade das acusações e depois, defenderam unânimemente a Dr.^a Teruwe. Contudo, o Santo Ofício, logo a seguir, dirigia ao clero da Holanda uma nota precavendo-o das teses atribuídas à médica, tendo, depois, Roma proibido aos seminaristas, padres e religiosos serem observados e tratados por psiquiatras do sexo feminino. Mas mais: o padre Duynstee, redentorista, professor e teólogo da Universidade de Niemgue (católica), conselheiro da Dr.^a Teruwe, foi demitido da sua cátedra e deslocado para Roma.

Finalmente, a 9 de Abril último, o cardeal Alfrink publicava um comunicado de reabilitação, em que se lia: «As conversas que tiveram lugar entre o Santo Ofício e o cardeal Alfrink a respeito da Dr.^a Teruwe conduziram a uma conclusão. O Santo Ofício verificou que os inquéritos levados a efeito visavam em primeiro lugar concepções e métodos que causavam inquietações ao Santo Ofício e não eram de ordem pessoal. Por isso, o Santo Ofício renunciou interrogar de novo certas pessoas e teve a intenção de evitar que nesta ocorrência fossem pronunciados nomes. Se algum prejuízo foi causado à boa reputação da Dr.^a Teruwe, o Santo Ofício declara lamentá-lo e, convencido da mentalidade católica dessa médica, declara ser sua convicção que publicações, baseadas em princípios sãos e justos, podem ser de grande utilidade para os sacerdotes e para outras pessoas».

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

HIPNOTISMO E SUGESTÃO

A propósito do Congresso Internacional de Hipnose e de Medicina Psico-somática (ver, neste número, secção «Semana a Semana»), escreve em «Le Monde» o habitual colaborador médico Dr. Escoffier-Lambiotte:

«As definições do hipnotismo são tão variáveis e confusas como as explicações dadas quanto ao seu mecanismo e às suas indicações. O próprio termo foi inventado por um inglês, Braid, que, sugerindo a ideia de «sono» queria sobretudo refutar conceitos em virtude dos quais a melhor sociedade europeia se entregava em 1750 às delícias do «magnetismo ani-

mal) e da transmissão dos «fluidos» contidos em vasilhas.

Os manuais de psiquiatria definem-o como um «sono incompleto de tipo especial provocado artificialmente» e Littié como «uma espécie de estado magnético».

Os autores modernos acrescentam a essas noções fluidas uma certa finalidade terapêutica. «Hipnotizar alguém—escreve o Dr. Ey— é exercer sobre ele um poder, um ascendente que o «sugestiona», por meio de técnicas que procuram aumentar seja a sugestão, seja a sugestibilidade». Enfim, trata-se para o Dr. Aciné Albert da utilização científica da «palavra» considerada como medicamento sobre uma pessoa especialmente preparada para a receber por meios adaptados a cada caso individual».

A persuasão, a sugestão, a «fé que cura», sustentados ou não por crenças religiosas, demoníacas ou mágicas, ou pela utilização de certos automatismos (a hipnose, o método de Corie, o parto sem dor, são casos desses) constituem as formas eternas da psicoterapia, fonte das «curas milagrosas» assinaladas ao largo da história, desde os tempos de Esculápio aos conventos de Athos, do cemitério Saint-Médart aos faquires da Índia e aos adeptos da «Christian Science», do «magnetismo animal» aos modernos curandeiros.

As aplicações terapêuticas da hipnose são múltiplas e dizem respeito seja ao próprio estado (acção física do sono,

descanso), seja à influência benéfica que o médico pode ter sobre o doente. O segundo caso é o mais frequente, e a hipnose acelera e intensifica «uma corrente transferencial» que é preciso saber fechar. Por isso, se considera que «ninguém deveria tratar doentes por meio da hipnose com fins terapêuticos, se não tiver competência profissional para tratar esse mesmo género de doentes por técnicas não hipnóticas».

A medicina psico-somática (asma, perturbações digestivas, perturbações de origem psíquica da fecundação genital ou urinária, perturbações cardiovasculares ou dermatológicas, etc.), certas nevroses ou psicoses, as toxicomanias, constituem algumas das suas indicações, a que se deve acrescentar a preparação pré-operatória em anesthesiologia, o factor parto sem dor e mesmo certas «anestésias» completas que permitem intervenções cirúrgicas.

Tudo isto é relativamente pouco praticado em França, onde, pelo contrário, as técnicas denominadas de relaxação são muito apreciadas desde há alguns anos. Para uns (e principalmente Schultz, de Berlim) eles resultam directamente de hipnose ou antes de «auto-hipnose» despojadas do elemento de sugestão. Para outros, e conta-se entre esses a escola do americano Jacobson, trata-se dum fenómeno fisiológico puramente muscular.

Hipnose ou não, os objectivos e os resultados obtidos são estritamente os mesmos nos dois métodos. Assemelham-se muito, por outro lado, a certos exercícios yoga praticados num contexto místico e que não implicam com qual-

quer fenómeno misterioso ou poder particular diversos dos que se obtêm facilmente, agora, com treinos convenientes levados a efeito por milhares de «dirigentes» fatigados.

O quadro imenso das terapêuticas com base na «sugestão» mais ou menos directa encontra-se assim revalorizado, e, com ele, a importância do contexto psicológico que implica o acto médico.

Desmistificação, por um lado, e, por outro revalorização, deve ser o sentido do congresso organizado em Paris pelo Dr. Lassner, e que reviverá, sem dúvida, antigas e sempre vivas discussões».

DEVIDO AO CONSTANTE NASCIMENTO DE CRIANÇAS NOS SEUS «TAXIS» OS MOTORISTAS DA LAPÓNIA SUECA RESOLVERAM TIRAR UM CURSO DE PARTEIROS

Estocolmo, 26 — Os condutores de «táxis» da região de Gaellivare, Lapónia sueca, são tantas vezes obrigados a acorrer em auxílio de mulheres no último grau de gravidez, quando as conduzem para o hospital, que decidiram, em conjunto, tirar um curso sobre partos.

Treze motoristas concluíram já o curso com boas notas.

Entre os que frequentaram o curso nocturno figurou Mattaevainio, que já ajudou a nascer seis bebés, incluindo um par de gémeos. Igualmente tirou o curso o motorista Albert Nilsson que ajudou a nascer três bebés à mesma mãe, no mesmo «táxi» e na mesma estrada a caminho do hospital.

Seis dos motoristas ajudaram entre si a nascer o total de 18 bebés. — REUTER.

RUTIODOL

AMPOLAS — GOTAS — COMPRIMIDOS

RUTINA + METIONINA
IODO ORGÂNICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da Arteriosclerose e Afecções Degenerativas dos Vasos sanguíneos

Fluidificante. Regulador da permeabilidade. Lipotrópico

LABORATÓRIO UNITAS

R. DAS PEDRAS NEGRAS, 3 r/c Dt-LISBOA

ACTIVIDADES DE NATUREZA HOSPITALAR

DECRETO QUE ESTABELECE O SEU REGIME FINANCEIRO

Pelos Ministérios do Interior, das Finanças e da Saúde e Assistência, foi publicado («Diário do Governo» — I série — 27 de Abril de 1965) o seguinte decreto-lei:

DECRETO-LEI N.º 46 301

Usando da faculdade conferida pela 1.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

REGIME FINANCEIRO DOS SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DE NATUREZA HOSPITALAR

CAPÍTULO I

Do regime geral

Artigo 1.º—1. O regime financeiro dos serviços e instituições dependentes do Ministério da Saúde e Assistência que visam actividades de natureza hospitalar, sejam oficiais ou particulares, gerais ou especializados, obedecerá ao disposto na Lei n.º 2 120, de 19 de Julho de 1963, e no presente diploma.

2. São consideradas actividades de natureza hospitalar as que se destinam a prestar, nos hospitais ou em ligação com estes, cuidados de medicina curativa e de recuperação clínica e social e, bem assim, as que se proponham cooperar na prevenção da doença, no ensino, formação de pessoal e investigação científica.

Art. 2.º—1. Os hospitais gerais oficiais gozam de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, nos termos deste diploma e dos respectivos regulamentos.

2. Os hospitais e serviços especializados, oficiais, terão personalidade jurídica e autonomia administrativa, se lhes forem concedidas nos diplomas orgânicos ou, posteriormente, em portaria conjunta dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

Art. 3.º—1. Para execução do disposto no n.º 4 da base XXXVI da Lei n.º 2 120, o Ministério da Saúde e Assistência providenciará no sentido de serem revistas as normas de administração e contabilidade dos serviços e instituições de natureza hospitalar, quer gerais, quer especializados.

2. A revisão constará de decreto a publicar pelos Ministérios das Finanças e da Saúde e Assistência, quanto a serviços oficiais, e de portaria do ministro da Saúde e Assistência, quanto a instituições particulares.

Art. 4.º—1. Na revisão de que trata o artigo anterior, ter-se-á em conta a dimensão dos serviços e instituições e a necessidade de conseguir o maior rendimento social com os meios disponíveis.

2. A contabilidade será organizada por forma a garantir a fiscalização financeira da gestão e o apuramento dos seus resultados económicos.

Art. 5.º A aprovação dos quadros de pessoal e dos orçamentos dos estabelecimentos não oficiais que prossigam actividades de natureza hospitalar compete à Direcção-Geral dos Hospitais.

Art. 6.º—1. Nos serviços e instituições referidos neste diploma, continuam válidos até 30 de Abril de cada ano os orçamentos do ano anterior, se até essa data não tiverem sido aprovados os que não-de reger a gerência em curso.

2. A validade dos orçamentos anteriores é restrita às receitas e despesas

ordinárias, salvo se, em relação às extraordinárias, houver despacho confirmativo do ministro da Saúde e Assistência.

Art. 7.º—1. Atendendo ao condicionamento presente dos hospitais, em casos excepcionais, devidamente comprovados pelas administrações dos serviços ou instituições, com parecer da Direcção-Geral dos Hospitais e autorização dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência, poderão ser processados, liquidados e pagos, em conta das dotações respectivas do orçamento do ano que estiver correndo, encargos contraídos em anos anteriores.

2. Este regime vigorará pelo prazo de três anos, findos os quais será revisto, só podendo ser prorrogado mediante portaria conjunta dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

CAPÍTULO II

DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

Secção I

Da cobertura dos encargos

Art. 8.º—As despesas resultantes da instalação e funcionamento dos serviços e instituições de natureza hospitalar serão cobertas:

a) Pelas receitas provenientes do funcionalismo dos serviços, nelas incluindo os pagamentos do Estado, câmaras municipais, organismos de previdência e outros da mesma natureza;

b) Pelos rendimentos de bens próprios das instituições ou estabelecimentos, receita de quotizações e donativos que lhes sejam feitos e pelo produto de heranças, legados e doações;

c) Pelas dotações anualmente inscritas, para esse efeito, no Orçamento Geral do Estado e por subsídios concedidos pelo Governo ou pelas autarquias locais;

d) Por quaisquer outras receitas legalmente admitidas.

Secção II

Dos assistidos

Art. 9.º—1. As pessoas assistidas serão classificadas numa das seguintes categorias:

a) Pensionistas, se as condições económicas do seu agregado familiar, ou dos seus parentes responsáveis, nos termos do presente diploma, lhes permitirem pagar toda a assistência recebida;

b) Porcionistas, se tais condições apenas lhes permitirem pagar uma parte;

c) Gratuitos, no caso de não poderem ser responsabilizados por quaisquer encargos.

2. Os pensionistas em internamento podem ser assistidos em regime de enfermaria ou de quartos particulares.

3. Quando haja instalações apropriadas, podem os médicos dos hospitais ou a eles estranhos ser autorizados a assistir doentes privados nos quartos particulares, nas consultas externas e nos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, nos termos que forem definidos em

despacho do ministro da Saúde e Assistência.

Art. 10.º—1. A condição económica dos porcionistas e gratuitos, assistidos no concelho do seu domicílio de socorro, será determinada mediante inquérito organizado pelo serviço que prestar a assistência.

2. Esta determinação poderá ficar a cargo das câmaras municipais quando, depois de ouvidas, assim for determinado em despacho conjunto dos ministros do Interior e da Saúde e Assistência.

3. Quando for o serviço hospitalar a determinar a condição económica dos assistidos, comunicá-la-á à câmara municipal, que, nos 30 dias seguintes, a poderá impugnar.

4. Se a impugnação não for atendida, será o caso submetido à comissão arbitral respectiva.

5. Quando competir às câmaras municipais a determinação da condição económica dos assistidos, aplicar-se-á o disposto no artigo seguinte.

Art. 11.º—1. A assistência prestada fora do concelho do domicílio de socorro depende de guia de responsabilidade passada pela respectiva câmara municipal, mediante inquérito em que será averiguada a condição económica dos assistidos.

2. Se a assistência tiver carácter urgente, o serviço que a prestar solicitará a guia no prazo de cinco dias e a câmara enviá-la-á ou impugnará a sua responsabilidade nos 30 dias seguintes.

3. O serviço hospitalar poderá impugnar a classificação dos assistidos, feita pelas câmaras municipais, nos 30 dias seguintes à recepção da guia.

4. Não havendo acordo quanto à matéria da impugnação, pode qualquer das partes submeter o caso à comissão arbitral competente.

Art. 12.º—1. A classificação económica dos assistidos poderá ser revista sempre que ocorram circunstâncias que o justifiquem.

2. A nova classificação será aplicável, com as devidas adaptações, o disposto nos artigos 10.º e 11.º.

Art. 13.º—1. A assistência efectuar-se-á nos serviços ou instituições da sub-região hospitalar correspondente ao domicílio de socorro do assistido. Na falta ou insuficiência daqueles serviços ou instituições, será prestada nos da região respectiva ou ainda nos da zona, se assim for necessário. Exceptua-se a assistência que for prestada em regime de quarto particular.

2. A falta ou insuficiência de meios para assistência local será declarada e justificada pelos serviços ou instituições próprios de cada região ou sub-região hospitalar ou, na sua falta, pelo subdelegado de Saúde.

3. Nas sedes das zonas hospitalares e junto dos hospitais regionais, haverá serviços encarregados de encaminhar os doentes para os estabelecimentos adequados à sua situação clínica e de aí lhes facilitar a admissão.

4. As guias de responsabilidade são válidas em todos os serviços e instituições para os quais sejam encaminhados os doentes, nos termos deste artigo.

5. Os funcionários ou empregados das instituições particulares que promovam a prestação da assistência em contravenção das normas que a regulam, respondem pelos encargos respectivos,

FLUXINAR

TRIANTERENO

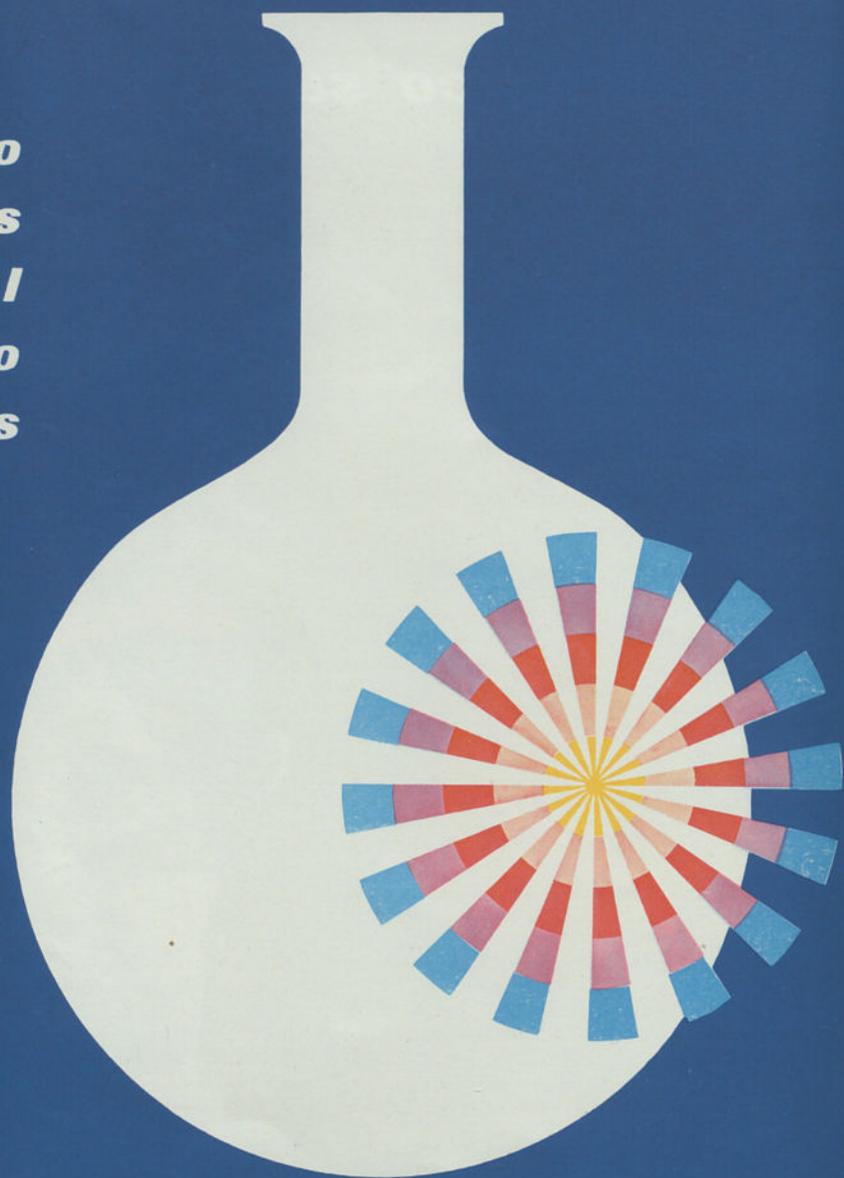
salurético sem exspoliação de potássio



LABORATÓRIOS ANDRADE
(Infar-Indústria Farmacêutica, Lda.)
VENDA NOVA - AMADORA - PORTUGAL

FURIZOL

*Quimioterápico
das infecções
do tracto uro-genital
aparelho digestivo
e canais hepato-biliares*



LABORATÓRIOS ANDRADE
(Infar-Indústria Farmacêutica, Lda.)
VENDA NOVA - AMADORA - PORTUGAL

sem prejuízo do procedimento disciplinar que em cada caso couber.

6. O disposto neste artigo não prejudica as regras que possam vir a ser estabelecidas nos acordos celebrados nos termos do artigo 50.º.

Art. 14.º—1. A pena prevista no artigo 242.º do Código Penal será aplicada sem prejuízo da indemnização civil que em cada caso couber:

a) As falsas declarações prestadas nos serviços e instituições em relação à identidade, residência ou situação económica das pessoas assistidas ou de seus agregados familiares, parentes ou quaisquer outras pessoas a quem caiba, eventualmente, a obrigação do pagamento da assistência;

b) As falsas declarações prestadas na obtenção das guias de responsabilidade;

c) A falsa indicação da qualidade de pensionista;

d) A falsa indicação de quem seja o responsável pelos encargos da assistência solicitada.

2. A falsificação ou viciamento das guias de responsabilidade serão punidos com a pena prevista no artigo 219.º da quele mesmo código.

3. A indemnização civil será calculada com base nas tabelas dos pensionistas e por ela respondem solidariamente todos os responsáveis.

Secção III

Das tabelas

Art. 15.º—As tabelas de diárias e actos de assistência prestada nos serviços ou instituições de natureza hospitalar, tanto oficiais como particulares, serão aprovadas pelo ministro da Saúde e Assistência, sobre informação da Direcção-Geral dos Hospitais.

Art. 16.º—1. As tabelas poderão variar com a situação, categoria e natureza dos estabelecimentos, ou dos diversos serviços dentro de cada estabelecimento.

2. O cálculo dos preçários deverá basear-se nas médias dos custos dos serviços e pode referir-se tanto a actos isolados de assistência como ao conjunto de serviços facultados a cada assistido.

3. Os preçários dos pensionistas de enfermaria constituirão a base do cálculo para as deduções a efectuar a favor dos porcionistas e para as sobretaxas dos pensionistas de quartos particulares e doentes privados.

4. Os quartos particulares poderão ser de uma ou mais classes.

Art. 17.º—1. As tabelas poderão incluir verbas destinadas ao pessoal que intervenha directamente na assistência prestada.

2. Estas verbas serão repartidas segundo a categoria e função do pessoal, de acordo com as regras que forem aprovadas por despacho do ministro da Saúde e Assistência, ouvido o ministro das Finanças.

Art. 18.º—As tabelas de utilização de quartos particulares não incluirão a remuneração dos médicos, a qual será cobrada separadamente, de harmonia com os preçários aprovados pelo ministro da Saúde e Assistência, ouvida a Ordem dos Médicos.

Art. 19.º—Os porcionistas pagarão apenas uma percentagem dos encargos previstos nas tabelas em vigor, nos termos que forem determinados por despacho do ministro da Saúde e Assistência, no qual se terá em conta o grau de insuficiência de rendimento dos assistidos e demais pessoas de família responsáveis pelo pagamento da assistência prestada.

Art. 20.º—Os encargos com a assistência médica a estudantes, na parte que excede a competência dos serviços de saúde escolar, serão objecto de acordo a celebrar entre os Ministérios das Fi-

nanças, da Educação Nacional e da Saúde e Assistência.

Art. 21.º—A cobrança das diárias e serviços prestados em internamento ou por actos médicos avulsos, será sempre efectuada pelos serviços administrativos dos hospitais, sem prejuízo de os médicos poderem fazer, aos honorários devidos pelos pensionistas dos quartos particulares e pelos doentes privados, as deduções que entenderem convenientes, na parte que lhes é atribuída.

Art. 22.º—1. Serão fixadas, ouvida a Ordem dos Médicos, taxas de utilização de instalações e material e as devidas a pessoal a pagar pelos doentes que os médicos dos quadros ou a eles estranhos sejam autorizados a assistir nos hospitais, em consultas privadas ou nos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica.

2. Serão também fixadas taxas de encargos de cobrança dos honorários devidos pelos pensionistas de quartos particulares e doentes privados.

Secção IV

DA RESPONSABILIDADE PELOS ENCARGOS DA ASSISTÊNCIA

Subsecção I

Disposições gerais

Art. 23.º—1. O pagamento dos encargos resultantes da prestação da assistência de natureza hospitalar incumbe:

- a) Aos próprios assistidos;
- b) As suas famílias;
- c) Aos concelhos.

2. Tal pagamento deve ser sempre exigido directamente:

a) As pessoas ou entidades, incluindo o Estado, que sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da prestação da assistência, nomeadamente nos casos de acidente de viação, acidente de trabalho, doenças profissionais ou de ofensas corporais voluntárias ou involuntárias e homicídio voluntário ou involuntário;

b) As empresas seguradoras, quando tenha havido transferência de responsabilidades;

c) As instituições de auxílio mútuo e às de previdência, de acordo com o disposto no artigo 40.º.

Art. 24.º—A responsabilidade a que se refere o artigo anterior é liquidada, tanto quanto possível, com base no custo integral da assistência prestada ao assistido em qualquer modalidade e inclui o transporte dos doentes, sem prejuízo do disposto na alínea c) do artigo anterior.

Art. 25.º—1. As Misericórdias e demais entidades de assistência particular às quais caiba a administração de hospitais ou serviços de natureza hospitalar suportarão, pelos seus bens e rendimentos e dentro das suas possibilidades financeiras, a parte dos encargos que não possa ser solvida por força das receitas previstas nesta secção.

2. O Estado poderá contribuir, a título supletivo, para a manutenção destes serviços e estabelecimentos e tornar dependente essa contribuição da verificação das seguintes condições:

a) Não poderem as instituições, só por si, fazer face a tais encargos;

b) Ter merecido acordo do Ministério da Saúde e Assistência a criação do estabelecimento ou serviço, ou ainda o alargamento da sua actividade;

c) Não comprometerem as instituições as suas receitas em outras formas de assistência sem anuência do mesmo Ministério;

d) Darem as instituições cumprimento às normas estabelecidas para o seu funcionamento e dos serviços e estabelecimentos seus dependentes.

Art. 26.º—Cabe ao Estado prover à manutenção dos serviços e estabelecimentos oficiais de natureza hospitalar, na parte não coberta, directa ou indirectamente, pelas mais receitas previstas neste diploma.

Subsecção II

Da responsabilidade dos assistidos

Art. 27.º—1. Os assistidos são os primeiros responsáveis pelos encargos da assistência, dentro dos limites da sua condição económica.

2. As dívidas resultantes da assistência de que beneficie um dos cônjuges presumem-se contraídas em proveito comum do casal.

Art. 28.º—1. Quando os assistidos não puderem satisfazer, no todo ou em parte, os encargos com o pagamento da assistência que lhes tiver sido prestada, responderão, por ordem sucessiva, os descendentes, ascendentes e cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens, e ainda os irmãos e sobrinhos que com aqueles tenham economia comum.

2. A atribuição sucessiva de responsabilidade prevista neste artigo incluirá apenas os saldos que não tenham sido pagos pelos responsáveis anteriormente chamados.

3. Aos familiares que tiverem satisfeito, no todo ou em parte, os encargos com o pagamento da assistência é assegurado o direito de regresso em relação ao assistido e a cada uma das categorias anteriores de parentes.

4. Cessa a responsabilidade referida neste artigo quando aquele que recebeu a assistência se mostre, pelo seu comportamento moral, indigno de receber aquele benefício. Entre ascendentes e descendentes, a responsabilidade só pode ser afastada nos casos em que é admissível a deserdação.

Art. 29.º—Os estrangeiros receberão assistência em regime de reciprocidade e de harmonia com as facilidades concedidas aos cidadãos portugueses nos respectivos países, ficando, para o efeito, os cidadãos brasileiros equiparados aos nacionais.

Subsecção III

Da responsabilidade dos concelhos

Art. 30.º—1. Constitui despesa obrigatória dos concelhos, a satisfazer pelas suas câmaras municipais, o pagamento da quota-parte que, nos termos deste diploma, lhes for atribuída pelos cuidados de natureza hospitalar prestados aos assistidos gratuitos e porcionistas que neles tenham domicílio de socorro.

2. É também despesa obrigatória dos concelhos a resultante do pagamento dos transportes dos doentes gratuitos e porcionistas, quando hajam de se deslocar para receber a assistência referida neste diploma.

3. Os ministros do Interior e da Saúde e Assistência poderão determinar, em despacho conjunto, que a responsabilidade dos municípios das ilhas adjacentes seja transferida, no todo ou em parte, para as respectivas comissões distritais de assistência.

Art. 31.º—1. Exceptua-se do disposto no artigo anterior:

a) O tratamento da tuberculose e da lepra;

b) A assistência psiquiátrica em regime de internamento aberto ou fechado para além de 180 dias seguidos ou interpolados;

c) A assistência no caso de surtos epidémicos, como tal reconhecidos pelo Ministério da Saúde e Assistência.

2. Findo o prazo a que se refere a alínea b), a responsabilidade dos muni-

cípios só se renovará decorridos dois anos sobre a última alta.

Art. 32.º — 1. Considera-se domicílio de socorro o do último concelho da metrópole onde o assistido haja residido pelo período de um ano, ressalvados os seguintes casos:

a) A mulher tem o domicílio de socorro do marido, quando não esteja separada judicialmente de pessoas e bens;

b) O menor não emancipado tem o domicílio de socorro dos pais, do pai, da mãe ou do tutor a cuja autoridade se achar sujeito ou ainda da pessoa a cargo de quem esteja o seu sustento e educação. Se viver por sua conta há mais de um ano, o domicílio de socorro será determinado segundo a regra geral;

c) Os internados em estabelecimentos de assistência conservam o domicílio de socorro que tinham à data do internamento;

d) Quando não possa determinar-se a sua residência, considera-se domicílio de socorro o concelho ou concelhos em que o indivíduo for tratado ou assistido.

2. O português vindo do ultramar ou do estrangeiro, que nunca haja residido na metrópole por período igual ou superior a um ano, terá domicílio de socorro no concelho onde for assistido.

3. A determinação do domicílio de socorro dos estrangeiros que residam em Portugal obedecerá às regras estabelecidas neste artigo para os nacionais.

Art. 33.º — 1. A participação dos concelhos nos encargos pela assistência prestada a porcionistas e gratuitos será a seguinte:

Estabelecimentos	Porcentagem em relação aos encargos	
	Porcionistas	Gratuitos
Hospitais centrais	16	20
Hospitais regionais	12	15
Hospitais sub-regionais	8	10

2. As percentagens acima indicadas serão calculadas em função das tabelas aprovadas para os hospitais chamados a prestar a assistência.

3. No que respeita aos internamentos, se houver acordos celebrados com a previdência social, estas percentagens recairão sobre as tabelas que forem estabelecidas nesses acordos para efeitos de internamento em clínica médica, mesmo quando se trate de internamentos em cirurgia.

4. As percentagens a que este artigo se refere poderão ser alteradas mediante portaria conjunta dos ministros do Interior, das Finanças e da Saúde e Assistência.

Art. 34.º — 1. Os encargos municipais resultantes da assistência a que se refere este diploma terão contrapartida no produto das derramas que as câmaras serão autorizadas a lançar com o fim exclusivo de ocorrer a necessidades de saúde e assistência.

2. As derramas terão por base as contribuições directas cobradas no concelho. Os pedidos para fixação das respectivas taxas serão instruídos com informação do Ministério da Saúde e Assistência sobre o montante dos encargos que se destinam a cobrir.

3. Quando o produto das derramas se apresentar transitória e insuficiente para pagamento destes encargos, serão eles satisfeitos por outras receitas dos municípios, constituindo despesa obrigatoriamente inscrita no orçamento ordinário da gerência seguinte àquela em que foram apurados. Se essa insuficiência resultar do facto de não ter sido aprovada a taxa proposta, não é aplicável o disposto neste número.

4. Se as câmaras municipais não derem satisfação ao previsto no número anterior, a Direcção-Geral dos Hospitais promoverá, junto da Direcção-Geral da Fazenda Pública, que das receitas das câmaras responsáveis, arrecadadas como adicional e em regime conjunto com as do Estado, seja retirada a importância necessária ao pagamento das quantias em dívida, a qual, escriturada na epígrafe «Operações de tesouraria», será enviada directamente aos estabelecimentos credores.

Art. 35.º — 1. As câmaras municipais serão informadas, trimestralmente, do movimento e posição das suas contas e deverão pagar os saldos em dívida no prazo de 30 dias. Este prazo poderá ser prorrogado por mais 30 dias, mediante pedido fundamentado da câmara municipal, apresentado na Direcção-Geral dos Hospitais.

2. Se as câmaras municipais, podendo fazê-lo, não efectuarem o pagamento no prazo indicado, aplicar-se-á o disposto no n.º 4 do artigo anterior.

Subsecção IV

Da responsabilidade de terceiros

Art. 36.º — Nos casos a que se refere o n.º 2 do artigo 23.º, a assistência será prestada na categoria de pensionista de enfermaria, salvo se o responsável ou o assistido assumirem os encargos resultantes da diferença entre o devido por essa e por outra superior e prestarem a respectiva caução.

Art. 37.º — 1. Quando a responsabilidade tiver sido transferida para entidade seguradora, ser-lhe-á exigida de harmonia com a lei.

2. O pagamento dos encargos da assistência só liberta, em qualquer caso, as entidades seguradoras quando feito directamente ao serviço ou instituição que a prestou.

Art. 38.º — 1. Entende-se que os contratos de seguros de acidentes de trabalho e doenças profissionais e de acidentes de viação abrangem as responsabilidades pela assistência médica, assistência hospitalar, com ou sem internamento, incluindo a reabilitação física dos assistidos, mesmo que nada disponham a esse respeito.

2. Quanto aos contratos de seguro sobre acidentes de viação, essa responsabilidade ficará contida dentro do montante da apólice, enquanto não for alterada a legislação em vigor.

3. São nulas quaisquer cláusulas que estabeleçam em contrário ao preceituado neste artigo.

Art. 39.º — Quando se verifique concorrência de culpas e de responsabilidades a repartição dos encargos poderá ser estabelecida por acordo entre os responsáveis ou definida e declarada em decisão judicial, sem prejuízo, em qualquer caso, da obrigação solidária em que todos ficarão constituídos.

Art. 40.º — 1. O Estado responde especificamente pelos encargos da assistência prestada aos seus servidores, através da Assistência na Doença aos Servidores do Estado e dos seus serviços com autonomia financeira, nos termos dos regulamentos em vigor e dos acordos que celebrar com estabelecimentos ou serviços de saúde.

2. De idêntica forma responderão as instituições de previdência social e quaisquer outras instituições de auxílio mútuo e obras sociais, em relação aos seus associados ou beneficiários.

CAPÍTULO III

DA COBRANÇA DOS DÉBITOS

Art. 41.º — 1. A responsabilidade pelos encargos devidos pela assistência a

que se refere este diploma, se não forem pagos voluntariamente, será declarada pelos tribunais quando lhes cumpra decidir sobre as consequências do facto determinante da assistência e, em todos os demais casos, pelas comissões arbitrais de assistência, salvo se de outra forma se dispuser nos acordos a celebrar nos termos do artigo 50.º.

2. Incumbe ao Ministério Público a representação dos serviços e instituições de assistência hospitalar, salvo nos casos em que o pedido for formulado contra o Estado.

3. A constituição de mandatário judicial faz cessar a representação do Ministério Público, sem prejuízo da sua intervenção como parte acessória.

Art. 42.º — Os administradores dos serviços e estabelecimentos poderão autorizar o pagamento dos débitos em prestações, exigindo, se o julgarem necessário, garantia idónea.

Art. 43.º — 1. Os débitos por assistência prestada vencem juros nos termos seguintes:

a) De 6 por cento, se o devedor for empresa seguradora ou outro responsável pelas consequências do facto que determinou a assistência, com a exclusão do assistido e dos seus descendentes, ascendentes, cônjuge ou parentes obrigados por força do presente diploma;

b) De 3 por cento, nos demais casos.

2. Exceptuam-se os débitos do Estado, das câmaras municipais e das instituições de previdência social.

3. Os juros contam-se a partir do último dia fixado para pagamento da dívida ou de alguma das suas prestações.

4. Nos processos que se encontram pendentes em juízo, os juros liquidar-se-ão somente desde a entrada em vigor deste diploma. Se, quanto a esses processos, o pedido for pago no prazo de 30 dias, a contar da mesma data, ou se, no mesmo prazo, se tiver celebrado acordo susceptível de ser homologado, não haverá, porém, lugar ao pagamento de quaisquer juros.

Art. 44.º — As dívidas pelos encargos referidos neste diploma prescrevem em quinze anos, a contar do fim do último prazo para pagamento, fixado pela entidade credora.

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO DE FINANCIAMENTO HOSPITALAR

Art. 45.º — 1. Junto do ministro da Saúde e Assistência, e por ele presidida, funcionará a Comissão de Financiamento Hospitalar, da qual fazem parte:

a) O director-geral dos Hospitais, que servirá de vice-presidente, e o seu adjunto;

b) Os directores-gerais de Administração Política e Civil do Ministério do Interior, da Contabilidade Pública, do Ensino Superior e das Belas-Artes, dos Edifícios e Monumentos Nacionais, da Previdência e Habitações Económicas, de Saúde e da Assistência;

c) Um dos vogais que, na Comissão de Construções Hospitalares, representam o Ministério das Obras Públicas, a indicar pelo respectivo ministro;

d) Os presidentes das direcções da Federação de Caixas de Previdência e Abono de Família e da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais;

e) Os directores do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, do Instituto Maternal, do Instituto de Saúde Mental, do Instituto de Sangue e do Instituto de Assistência aos Leprosos;

f) O enfermeiro-mor dos Hospitais Cíveis de Lisboa, um representante dos hospitais escolares, um dos hospitais re-

1.º EM PORTUGAL !

reparal®

ANTIESPASMÓDICO DO TRACTO DIGESTIVO E VIAS BILIARES

reparal®

CLORIDRATO DE DIETILAMINOCARBETOXIBICICLOEXIL
(CLORIDRATO DE DICICLOMINA)

reparal®

LABORATÓRIOS LAQUIFA



NA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

FTALIL-TIAZOL

E

FTALIL-KAPADois produtos de comprovada superioridade
e desprovidos de acções secundárias

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

regionais e outro dos hospitais sub-regionais;

g) Um representante dos estabelecimentos e serviços de recuperação médica;

h) Um representante da Ordem dos Médicos;

i) Um representante do Grémio Nacional de Seguradores.

2. Podem tomar parte nas reuniões outros funcionários ou pessoas que, em razão do cargo ou de conhecimentos especializados, haja vantagem em convocar para o estudo de determinadas questões.

3. Os membros da Comissão podem fazer-se substituir pelas pessoas previamente designadas para esse fim.

Art. 14.º — Compete à Comissão de Financiamento Hospitalar, sem prejuízo das atribuições confiadas à Comissão de Construções Hospitalares e à Comissão de Reapetrechamento Hospitalar:

a) Elaborar anualmente o plano de cobertura financeira dos hospitais a executar no ano seguinte;

b) Fazer estudos e inquéritos e dar parecer sobre os problemas de financiamento hospitalar que lhe forem submetidos pelo ministro da Saúde e Assistência.

Art. 47.º — 1. Os planos anuais compreenderão:

1.º — Relatório sobre a actividade exercida no ano transacto e no que estiver em curso;

2.º Indicação das necessidades globais futuras no que se refere a:

a) Manutenção das unidades em funcionamento;

b) Construção e equipamento de novas unidades;

c) Reconstrução e reapetrechamento das existentes;

d) Aperfeiçoamento da rede de transportes de doentes.

3.º Apreciação dos encargos financeiros para o ano seguinte e apuramento das verbas disponíveis para lhes fazer face;

4.º Proposta geral de actuação no ano imediato.

2. Os planos podem abranger também as actividades exercidas pelos serviços ou estabelecimentos oficiais especializados e, bem assim, as realizadas por instituições de assistência particular.

Art. 48.º — 1. O projecto do plano deve estar concluído até 30 de Junho de cada ano.

2. O ministro da Saúde e Assistência apreciará o plano e enviará um exemplar até 15 de Outubro ao presidente do Conselho e ministros das Finanças, das Obras Públicas e das Corporações e Previdência Social.

3. Quando o julgue conveniente, o presidente do Conselho poderá convocar o Conselho Social, previsto na base II da Lei n.º 2 115, de 18 de Junho de 1962, para apreciação do plano ou de alguns dos problemas nele apresentados.

4. Para essas reuniões serão apenas convocados os ministros interessados, podendo também estar presentes os ministros do Interior, das Obras Públicas e da Educação Nacional.

Art. 49.º — A Comissão pode funcionar em plenário ou por comissões e terá um regulamento aprovado por despacho do ministro da Saúde e Assistência. Os seus membros têm direito a senhas de presença pelas reuniões a que assistam e a ajudas de custo e transportes, quando tiverem de se deslocar, de quantitativo a fixar por despacho dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES ESPECIAIS
E TRANSITÓRIAS

Art.º 50.º — 1. Os serviços e instituições de natureza hospitalar podem, autorizados pelo ministro da Saúde e Assistência, acordar com quaisquer entidades sobre condições especiais de prestação de assistência.

2. Quando os acordos devam abranger mais de um serviço ou instituição, pode a Direcção-Geral dos Hospitais outorgar neles, obrigando por essa forma os serviços oficiais e as instituições que beneficiem de financiamentos do Estado.

3. Quando os acordos interessem a serviços ou a estabelecimentos dependentes de institutos coordenadores, serão também assinados pelos respectivos directores.

4. Os acordos só serão válidos para os serviços e instituições de natureza hospitalar depois de homologados pelo ministro da Saúde e Assistência.

Art. 51.º — 1. O espólio dos doentes falecidos nos serviços e instituições de natureza hospitalar e os bens ali deixados após a saída ou alta, que não forem reclamados no prazo de um ano a partir do falecimento, da saída ou da alta, serão vendidos em hasta pública, revertendo o produto para os referidos serviços ou instituições.

2. Para estes revertem igualmente as amostras entregues para instruir concursos de fornecimento, não levantadas três meses após a comunicação da adjudicação.

Art. 52.º — 1. Depende de autorização

do ministro da Saúde e Assistência, mediante parecer da Direcção-Geral dos Hospitais, que ouvirá os institutos de médicos de coordenação e demais serviços interessados, a aceitação, por parte dos serviços e instituições de assistência hospitalar, de qualquer material ou verba destinados à construção ou ampliação de edifícios ou à aquisição de aparelhagem, tendo em vista os novos encargos de manutenção que ocasionem e a possível duplicação de instalações.

2. Quanto aos serviços ou estabelecimentos oficiais, o disposto neste artigo exercer-se-á sem prejuízo da competência estabelecida por lei para a Direcção-Geral da Fazenda Pública.

Art. 53.º — 1. Quando for dada alta a doentes que não possam abandonar desacompanhados os serviços em que estejam a ser assistidos, serão chamados a recebê-los os parentes referidos no artigo 28.º, pela ordem ali fixada.

2. Se nenhum destes parentes vier receber os doentes no prazo marcado, o estabelecimento promoverá o transporte para a residência do primeiro responsável.

3. Havendo recusa da parte deste em receber o assistido, será requisitada a intervenção das autoridades policiais ou administrativas, e a continuação da recusa será, então, para todos os efeitos, considerada como desobediência às autoridades.

4. Os parentes referidos neste artigo são responsáveis pelas despesas feitas com os assistidos, calculadas na base de pensionistas, durante o tempo que exceder o prazo referido no n.º 2. Constituem responsabilidade dos mesmos parentes os encargos do transporte dos assistidos e das pessoas que tenham de os acompanhar.

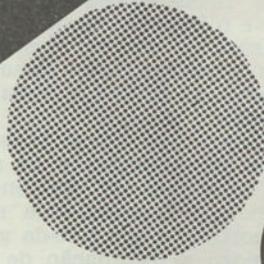
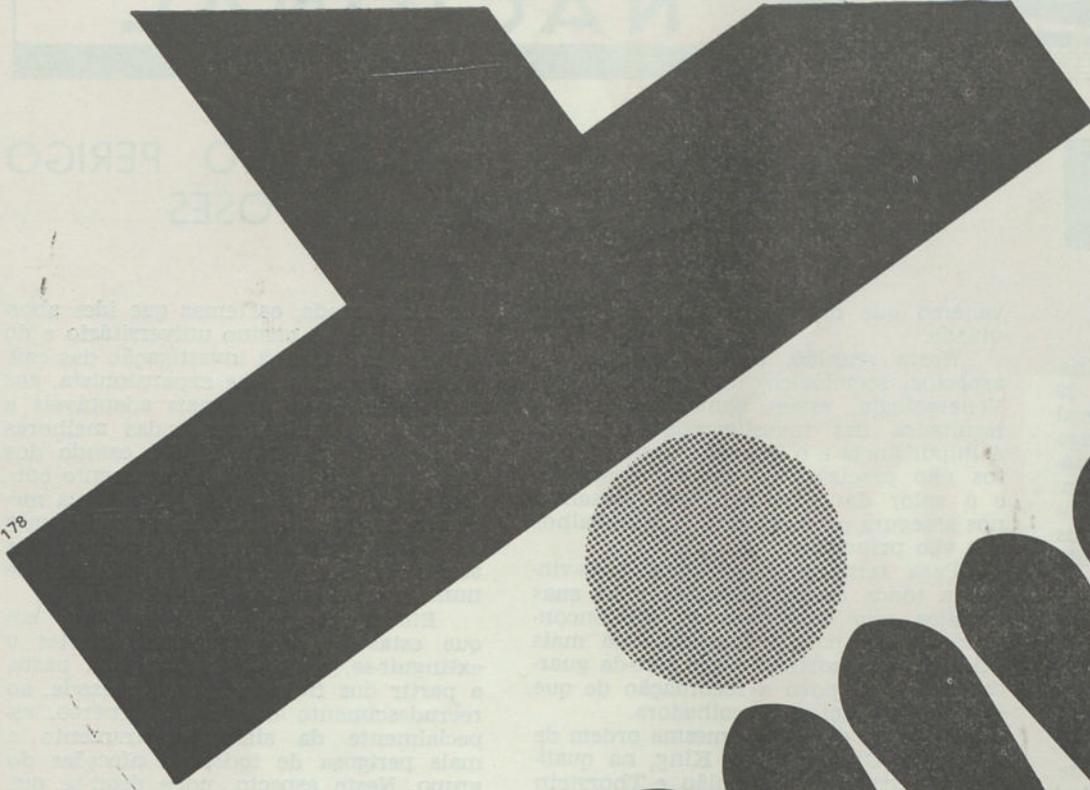
Art. 54.º — Os cursos de preparação e o aperfeiçoamento do pessoal administrativo a que se referem os artigos 17.º a 24.º do Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952, poderão ser também organizados e funcionar junto da Direcção-Geral dos Hospitais, utilizando como campo de prática e demonstração os hospitais, institutos e centros que reúnem as condições necessárias ao ensino.

Art. 55.º — Fica revogado o Decreto-Lei n.º 39 805, de 4 de Setembro de 1954.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

(Continua no próximo número a publicação de outros decretos-leis que apareceram no n.º de 27 de Abril do «Diário do Governo»).

178



Geigy

Novo: Tanderil® supositórios

Anti-inflamatório específico

- Supositórios de 250 mg para adultos
- Supositórios de 100 mg para crianças
- Drageias de 100 mg

J. R. Geigy S. A., Basileia (Suíça)
 Departamento Farmacêutico
 Representante em Portugal:
 Carlos Cardoso - Anilinas e Produtos Químicos S. A. R. L.
 Rua do Bonjardim, 551 - Apartado 42 - Porto

LISBOA

XXIV ASSEMBLEIA GERAL

Esteve reunida em Lisboa, no Instituto de Medicina Tropical, de 26 a 29 de Abril findo, a XXIV Assembleia Geral da União Internacional Contra o Perigo Venéreo e Treponematoses, na qual tomaram parte os mais conceituados especialistas de trinta nações, entre as quais a quase totalidade dos países europeus além das respectivas representações oficiais, e várias organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, a Federação Mundial de Saúde Mental, a Sociedade Internacional de Dermatologia Tropical, o Centro Nacional de Educação Sanitária e Social da França, a Federação Abolicionista Internacional, a Liga Nacional Belga de Prevenção Sanitária e Moral, a Liga Francesa Contra o Perigo Venéreo, o Ministério de Estado do Mónaco, a Obra Nacional Italiana para a Protecção Maternidade e à Infância, e os Ministérios da Saúde do Canadá, dos Estados Unidos da América, da Holanda, do Perú, da República Dominicana, da Polónia, da Tailândia e da Venezuela.

Entre as 50 comunicações que foram discutidas nas sessões científicas, contribuiu a representação portuguesa com cerca de dez trabalhos em que foram expostos os mais importantes aspectos da actualidade dermatovenereológica portuguesa metropolitana e ultramarina.

A SESSÃO INAUGURAL

Os trabalhos da reunião iniciaram-se com uma reunião do Comité Executivo da União, para tratar de assuntos administrativos, à qual se seguiu a sessão inaugural, realizada na Aula Magna do Instituto de Medicina Tropical e a que presidiu o Dr. José Coelho de Almeida Cota, subsecretário de Estado da Administração Ultramarina, ladeado pelo Dr. Ambrose King, presidente da U.I.C.P.V.; pela Dr.^a Maria Luísa Van-Zeller, directora-geral de Saúde; pelos Drs. Medeiros de Gouveia, do Instituto de Alta Cultura; Norton Brandão, presidente da comissão organizadora; Thorstein Guth, representante da O.M.S.; Ferreira da Silva, director-geral de Saúde do Ultramar; Prof. Francisco Cambournac, director do I.M.T.; e Dr. Francisco da Cruz Sobral, secretário-geral da comissão organizadora da reunião.

Aberta a sessão, falou o Dr. Norton Brandão, que disse:

«Os dermatovenereólogos portugueses têm o prazer e o orgulho de receber nesta vetusta cidade de Lisboa venereólogos e epidemiologistas entre os mais afamados do Mundo. As doenças venéreas, que a Medicina considerava em vias de extinção, há uma dezena de anos, preocupam de novo as autoridades sanitárias em todos os países.

A União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses, com a colaboração da O.M.S., desenvolveu grande actividade, a fim de opor uma defesa eficiente à impulsão do flagelo

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O PERIGO VENÉREO E TREPONEMATOSSES

venéreo que de novo ameaça a humanidade.

Nesta reunião, serão discutidos os aspectos sociológicos e educativos em Venereologia, assim como também os resultados das investigações na sífilis. A importância e o interesse destes assuntos não precisam de ser demonstrados e o valor das personalidades presentes nos assegura um bom êxito dos trabalhos que vão principiar.

Para terminar, desejamos boas-vindas a todos os participantes e às suas famílias, com a certeza de que encontrarão neste país a hospitalidade mais sinceramente cordial, e que não-de guardar do nosso povo a recordação de que é um povo amigo e acolhedor».

Falaram, depois, na mesma ordem de ideias, os Drs. Ambrose King, na qualidade de presidente da União, e Thorstein Guth, pela O.M.S..

Por fim, o sr. Subsecretário de Estado da Administração Ultramarina preferiu as seguintes palavras:

«A realização em Lisboa da XXIV Assembleia Geral da União Internacional contra o perigo venéreo e as treponematoses é para nós motivo de grande satisfação por variadíssimas razões.

Em primeiro lugar, oferece-nos a oportunidade de contactarmos com destacadas figuras do meio científico mundial, distintos especialistas de muitos países e qualificados técnicos das Organizações mais representativas no conhecimento das matérias de que a Assembleia Geral vai ocupar-se. A estadia de tão eminentes personalidades em Lisboa é, assim, altamente apreciada e, com certeza, de resultados muito benéficos na orientação da luta a travar contra essas doenças.

Na verdade, os temas que ides abordar, ligados ao ensino universitário e do público em geral, à investigação das causas da sua actual fase expansionista, aos métodos de pesquisa mais adaptáveis a um rápido conhecimento das melhores formas de as combater e o estudo dos seus aspectos humanos, certamente contribuirá para o progresso da ciência médica neste domínio e, por essa via, para uma sensível melhoria das condições sanitárias, sociais, e até económicas de numerosas populações do Globo.

Efectivamente, após um período em que estas doenças pareciam prestes a extinguir-se, assiste-se em toda a parte, a partir dos fins de década passada, ao recrudescimento do flagelo venéreo, especialmente da sífilis, seguramente a mais perigosa de todas as afecções do grupo. Neste aspecto, pode dizer-se que todos os Países sofrem igualmente como está bem demonstrado nos últimos relatórios da O.M.S. e de outros Organismos Sanitários.

Portugal não está isento do agravamento da endemia venérea, tanto mais que espalhado por todos os Continentes, a extensão dos seus territórios, a sua situação geográfica, e outros factores de ordem social, criam condicionalismos favoráveis ao desenvolvimento e à incidência dessa doença.

Por isso, a realização da Assembleia Geral em Lisboa, foi recebida com muito agrado pelo que ela pode representar para o aperfeiçoamento das nossas actividades neste sector e, de uma maneira geral, para o progresso das técnicas de combate e dos métodos de investigação.

Em segundo lugar, o meu País constitucionalmente submetido a princípios superiores da Ética, do Direito e da Moral, rejubila sempre que vê conferir



Um aspecto da mesa da presidência da sessão de encerramento, no momento em que falava o Dr. F. da Cruz Sobral

**ANTI-INFECCIOSO
ANTIPARASITÁRIO**

dibromoxiquinoleína
colipar

**COLITES INFECCIOSAS
OU PARASITÁRIAS
COLITES MUCOMENBRANOSAS
COLITES POS-AMIBIANAS, ETC.**

Representantes: NEO-FARMACÉUTICA, LDA — Av. 3 de Outubro, 21 — LISBOA



JÉAN-MARIE

REGIPAN

Crataegi-Ext. Valerianae-Ext. Passiflorae-Humuli-Coffein-Ol. Melissae

Perturbações cardíacas nervosas da menopausa, da sensibilidade e circulatórias

Frascos de 30 drageias

Representante: ESTABELECIMENTOS BARRAL

aos valores do espírito a posição e o interesse que eles deviam merecer a uma civilização que se criou e engrandeceu à sua sombra magestosa.

Ora o exército constituído pela numerosa falange de batas brancas que diariamente se consome na luta contra a morte, defendendo o corpo humano, âncora do Espírito e sacário da Alma, dá-nos o exemplo vivo e nobre, numa esfera bem próxima daquela em que actuam outras alvinientes vestes — a dos servos de Deus — de como é ainda possível, num Mundo corroído pelo materialismo, poder fazer o bem sem olhar a quem, olhos postos apenas nas dádivas do Céu ou da consciência do dever cumprido para com o seu semelhante. Fazer o bem, numa ressurreição franciscana de amor fraterno, de um estilo de vida saudável e mentalmente equilibrado, de que humildemente julgo a Humanidade mudo mais carecida do que dos implacáveis tecnicismos modernos ou das áridas, secas e quantas vezes mórbidas ou megalómanas especulações de um intelectualismo sem idealismo.

Minhas senhoras e meus senhores: faço votos para que a vossa passagem por Lisboa seja agradável e profícua.

Encerrada a sessão, foi servido a todos os participantes da Reunião um Vinho de Honra.

SESSÕES DE TRABALHOS

No dia 27, realizou-se a primeira sessão científica.

Os trabalhos iniciaram-se às 9 horas, sob a presidência do Dr. Ambrose King (Grã Bretanha) e subordinaram-se ao tema geral «Aspectos Educativos na luta contra as Doenças Venéreas».

Foram apresentados dezasseis trabalhos, sobre os quais incidiu larga discussão, a saber:

«O Ensino da venereologia nas Escolas de Medicina através do Mundo», pelo Dr. Bruce Webster (E.U.A.); «O ensino da venereologia aos estudantes de Medicina», pelo Prof. Juvenal Esteves (Portugal); «Educação médica, universitária e pós-universitária e ensino de venereologia, com predominância sobre as ulcerações genitais e seu diagnóstico diferencial», pelo Dr. C. M. Hasselmann (Alemanha); «A Universidade e o seu papel na luta contra as doenças venéreas», pelo Dr. J. Brenez (Bélgica); «Sistema de formação em venereologia, dos médicos e dos estudantes na Bulgária», pelo Dr. P. Botzov (Bulgária); «Ensino da venereologia na Grã-Bretanha», pelo Dr. C. S. Nicol (Inglaterra); «Conselhos aos doentes e propagação por seu intermédio», pelo Dr. Pierre Durel (França); «Protecção da juventude pela educação sanitária», pelo Dr. John Burton (Suíça — O.M.S.) «A luta contra as doenças venéreas na Bélgica; papel da Liga Belga de Preservação Sanitária e Moral na educação do público», pelo Dr. Robert Delune (Bélgica); «Educação médica contra as doenças venéreas junto dos emigrantes», pelo Dr. G. Galetti (Itália); «Um aspecto educativo na luta contra as doenças venéreas: informação pelo disco», pelo Dr. A. Siboulet (França);

«A educação sanitária na Venezuela, em matéria de doenças venéreas», pelo Dr. Carlos Alarcón (Venezuela); «A educação dos doentes na profilaxia antivenérea», pelo Dr. Mário Basto (Portugal); «Crítica e avaliação do actual sistema de educação sanitária para a prevenção e o controle das doenças venéreas, baseadas nas experiências polacas», pelo Dr. T. Z. Capinski (Polónia); «A educação sanitária na luta antivenérea», pelo Dr. Louis P. Aujoulat (França); e «Demonstração de material educativo», pelo Dr. C. S. Nicol (Inglaterra).

Os trabalhos findaram pouco depois do meio-dia, tendo os participantes da assembleia seguido em passeio turístico ao Estoril e a Sintra, em cuja Câmara Municipal lhe foi oferecida uma recepção pelo respectivo presidente.

Os trabalhos prosseguiram no dia seguinte, tendo-se realizado duas sessões, uma de manhã e outra à tarde. Presidiu à primeira o Prof. José Gay Prieto, secretariado pelos Drs. Hubert Delune, Josef Söltz-Szöts, Carlos Alarcón e Pierre Durel. Dedicada ao estudo do tema geral «Aspectos sociológicos das doenças venéreas; inquéritos venereológicos», nela foram apresentados 15 trabalhos, a saber:

«Investigação sócio-psiquiátrica junto dos jovens atacados de gonorreia, em Copenhague», pelo Dr. Knud Ekstrom (Dinamarca); «Comportamento sexual e trocas sociais», pelo Dr. Manganotti (Itália); «Doenças Venéreas e estudantes», pelo Dr. R. D. Catteral (Inglaterra); «Aspectos médico-sociológicos de dez mil casos de uretrites gonocócicas masculinas», pelo Dr. A. Siboulet (França); «Doenças venéreas adquiridas homossexualmente», pelo Dr. F. J. G. Jefferis (Inglaterra); «Inquérito junto dos doentes venéreos de diversos grupos de habitantes da cidade de Lisboa», pelos Drs. Norton Brandão e Navas da Fonseca (Lisboa); «O comportamento sexual dos jovens em Itália», pelo Dr. Vincenzo Cofari (Itália); «Alguns aspectos sociais e económicos da prostituição em Portugal», pelo Dr. Aureleano da Fonseca (Porto); «Situação das infecções venéreas na Tailândia», pelo Dr. Kalaia Suthisomboon (Tailândia); «O problema da gonorreia na Groenlândia», pelo Dr. Gunnar Lomholt (Dinamarca); «Distribuição dos doentes de gonorreia por sexo, idade e profissão, na Bulgária», pelo Dr. P. Botzov (Bulgária); «Venereologia nas prostitutas tratadas no Hospital do Desterro, de Lisboa», pelo Dr. F. da Cruz Sobral (Lisboa); «A incidência actual (1960-1964) e o quadro clínico da sífilis latente sintomática», pelo Dr. Jozef Towpik (Polónia); «Aspectos sociológicos das doenças venéreas e das treponematoses nos países em desenvolvimento», pelo Dr. Giuseppe Gasparini (Itália); e «Os inquéritos epidemiológicos na luta contra as doenças venéreas», pelo Dr. Wilhelm Osswald (Lisboa).

A sessão da tarde, a que presidiu o Prof. C. Max Haselmann, secretariado pelos Drs. Pezzó, Jean Solamito, Thomas Vogelsang e Malcolm Tottie, teve por tema geral «O contributo da investigação na luta contra as doenças venéreas e as treponematoses endémicas» e no

decorrer dela foram apresentados e largamente discutidos 7 trabalhos subsidiários, a saber:

«O teste FTA-ABS para a sífilis; experiência sobre 1029 doentes», pelo Dr. John Knox (E.U.A.); «Alguns factores importantes para a cultura dos espiroquetas», pelo Dr. Paul H. Hardy (E.U.A.); «Estudos sobre epidemiologia da sífilis», pelo Dr. William J. Brown (E.U.A.); «Contribuições recentes na serologia e imunologia das treponematoses», pelo Dr. D'Alessandro (Itália); «Contribuições recentes na investigação sobre as doenças venéreas e treponematoses», pelo Dr. Thorstein Guthe (Suíça); «Valor do TPI para determinar o ritmo das injecções de penicilina retardada no tratamento da sífilis e a eficácia do bismuto associado ao tratamento pela penicilina», pelo Dr. Gay Prieto (Espanha); e «Anticorpos encontrados pelo teste FTA», pelo Dr. Wilkinson (Inglaterra).

Encerrada a sessão, os participantes da reunião acompanhados das senhoras de suas famílias, dirigiram-se para a Estufa Fria, onde se efectuou uma recepção em sua honra, oferecida pelo presidente do Município. Os visitantes foram recebidos, em nome do sr. general França Borges, pelo vereador sr. Frederico Górgão Henriques, por diversos directores de serviços e por alguns funcionários superiores do município. A recepção decorreu em ambiente de maior cordialidade.

Os trabalhos da Assembleia Geral da U.I.C.P.V. terminaram no dia 29. De manhã, realizou-se a última sessão científica, a que presidiu o Prof. Aureliano da Fonseca, do Porto, ladeado pelos Drs. Peter Botzov, L. Philippe Desrochers, R. Urzúa Ligéron, Prof. Józef Towpik e Dr. Peter Hesse, e que se subordinava ao tema geral de «Investigação, clínica e tratamento em venereologia». Foram apresentados 17 trabalhos, a saber:

«Imunidade cruzada nas treponematoses (sífilis, pian e pinta), do ponto de vista epidemiológico e serológico», pelo Prof. C. M. Hasselmann (Alemanha); «O agente *Tric* e sua determinação por meio de métodos laboratoriais», pelo Dr. Ian A. Harper e col. (Inglaterra); «Agente *Tric* e infecção genital inespecífica», pelo Dr. Eric M. Dunlop e col. (Inglaterra); «Avaliação comparativa do teste VDRL, feita na Tailândia», pelo Dr. Viraj Salitula (Tailândia); «Sensibilidade aos antibióticos de 35 culturas de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas em Lisboa», pelo Dr. F. Norton Brandão (Lisboa); «Métodos para a despistagem das doenças venéreas e dos seus contágios, na Bulgária», pelo Dr. P. Botzov (Bulgária); «Investigações sobre a concentração de penicilina no soro em seguida a doses maciças de benzilpenicilina sódica», pelos Drs. Henning Schmidt e K. Roholt (Dinamarca); «Falsas reacções serológicas devidas à helmintíase», pelos Drs. K. D. Rudat e Mrugowski (Alemanha); «Venereologia em Cabo Verde» pelo Dr. Francisco da Cruz Sobral e col. (Lisboa); «Uma base alérgica para a uretrite inespecífica», pelo Dr. T. E. P. Weston (Inglaterra); «Miosite sífilítica com atrofia

muscular», pelo Dr. Josef Towpik (Polónia); «Medidas fundamentais para impedir o aumento das doenças venéreas», pelo Dr. J. Almeida Mota e col. (Portugal); «As doenças venéreas tendem a aumentar», pelo Prof. Anreliano da Fonseca (Porto); «Despistagem da sífilis entre as futuras mães, pelos métodos serológicos», pelo Dr. John A. Burgess (Inglaterra); «A sexualidade, as doenças venéreas e o médico», pelo Dr. F. Braga da Cruz e col. (Portugal); Prognóstico da sífilis endémica», pelos Drs. A. Basset e H. Boiron (França), e «Efeito de uma injeção de PAM e Spectinomycin utilizadas como terapêutica única no tratamento da gonorreia» pelo Dr. E. M. Beekman (Holanda).

De tarde e antes da sessão de encerramento, realizou-se uma reunião administrativa da União, tendo sido deliberado, entre outros assuntos, designar o Dr. Norton Brandão para fazer parte do futuro Conselho Executivo da União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses.

A SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Sob a presidência do sr. Ministro da Saúde e Assistência, realizou-se, depois, a sessão de encerramento da Reunião. Ladeavam o Dr. Neto de Carvalho os Drs. Ambrose King, Maria Luísa Vanzeller, os Profs. Francisco Cambournac, Giovanni Canaperia, Aureliano da Fonseca, e os Drs. Thorstein Guthe, Malcolm Tottie, Ferreira da Silva, Norton Brandão e F. da Cruz Sobral.

Aberta a sessão, falou o Dr. F. da Cruz Sobral, que disse:

«Senhor Ministro da Saúde, Senhor Presidente da Assembleia, Senhores Directores Gerais, Caros Colegas, Minhas Senhoras e Meus Senhores»:

A 24.ª Assembleia Geral e Conferência Técnica da União Internacional contra o Perigo Venéreo termina hoje os seus trabalhos.

A minha posição de secretário-geral obriga-me a tomar-lhes alguns momentos para, como o uso o determina, fazer o apanhado do que foi esta Reunião, para que mais facilmente se possa, no futuro, apreciar o que ela possa ter tido de útil e analisar os defeitos e as faltas que nela ocorreram — que receamos te-



Sessão de encerramento do Congresso — O sr. ministro da Saúde e Assistência falando

nham sido demasiadas —, para que noutras sessões futuras possam ser corrigidas.

★

Teve esta Reunião, desde o primeiro momento, o patrocínio do Governo Português, através dos Ministérios do Ultramar e da Saúde e Assistência, e sem esse valioso auxílio não nos teria sido possível desempenhar a incumbência, que nos fora atribuída pela União Internacional, de realizar em Lisboa a sua Assembleia. Em nome do Comité de Organização é-me particularmente grato manifestar publicamente o nosso reconhecimento para com todas as entidades que tão generosamente nos auxiliaram no desempenho das nossas funções e, muito especialmente, destacar Sua Excelência o Ministro da Saúde, que, desde o primeiro momento (já há mais de um ano), soube compreender as dificuldades que iríamos enfrentar e, com os seus conselhos e o seu apoio em todos os campos, nos permitiu realizar esta Assembleia. Devemos igualmente particular referência a Sua Excelência o Ministro do Ultramar, que, muito generosamente, nos auxiliou de várias formas, entre elas com a cedência das instalações onde decorreu a Reunião.

Seria difícil pois a lista é longa e

certamente deixaríamos de nela incluir algumas pessoas que bem o mereceriam, mencionar todos aqueles que nos obrigam a uma palavra de gratidão pelo auxílio prestado; mas pensamos serem de destacar os Senhores Directores de Saúde da Metrópole e do Ultramar, que tão de perto acompanharam a preparação desta Reunião e a cujo constante apoio tanto ficamos devendo.

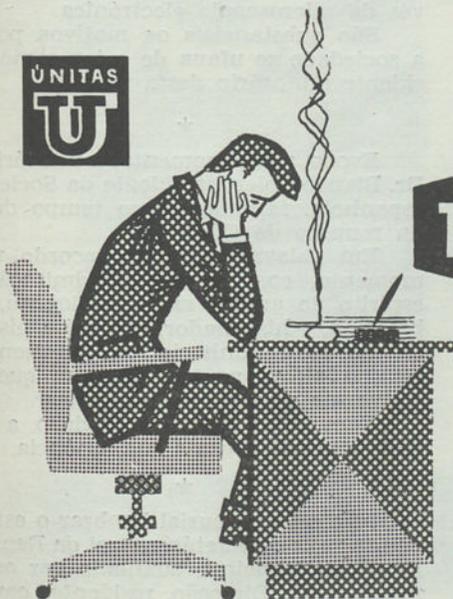
Na Direcção da União Internacional merece-nos igualmente palavras de gratidão o seu secretário-geral — o Professor Canaperia —, que, mantendo entre nós e os restantes membros da Associação uma ligação constante, nos evitou muito trabalho e contribuiu largamente para a organização do programa técnico.

★

Desejamos agora dizer algumas curtas palavras acerca do que foi esta Reunião, no seu duplo aspecto técnico e social.

Para o primeiro bem cedo ficámos tranquilos acerca das possibilidades que ele iria ter de constituir um período de valiosos ensinamentos profissionais. Estávamos recebendo as inscrições das pessoas que, através da Europa e da América, mais trabalham nos problemas que se iriam discutir e os trabalhos que demonstravam este facto iam chegando às

ÚNITAS
U



PELO SINERGISMO DOS SEUS ELEMENTOS

TRIFÓSFORO ÚNITAS

(FOSFATO DE ADENOSINA)
DIMETILAMINO FOSFINATO
DE SÓDIO, ÉSTER FOSFÓRICO
DA ANEURINA, CIANOCOBALAMINA,

constitui a terapêutica de eleição dos

**ESTADOS DE DEPRESSÃO E ESGOTAMENTO
DO SISTEMA NERVOSO**

COMPRIMIDOS
Tubo de 20

AMPOLAS
Caixa de 20
(10 + 10)

GRANULADO
Frasco de 100 g.

LABORATÓRIO ÚNITAS, L.DA
Rua das Pedras Negras, 3 r/c Dt. — LISBOA

Laevotonin

TÓNICO À BASE DE LEVULOSE · LAEVOSAN A. G., ZÜRICH, SUÍÇA

nossas mãos. O número final de inscrites foi de 122, entre os quais se contavam representantes de Ministérios de Saúde estrangeiros, da Organização Mundial de Saúde, das Ligas antivenéreas e de numerosas outras Organizações que, de uma ou de outra forma, colaboram na luta contra as doenças venéreas.

Os 55 trabalhos que foram apresentados nas quatro sessões científicas que a Reunião comportou, trataram essencialmente dos três temas mais importantes para a luta antivenérea: o ensino do pessoal técnico necessário a essa missão, o ensino dos doentes e do público em geral para se conseguir eficiente profilaxia, as possibilidades que nos oferece a investigação científica no campo da venereologia e, finalmente, discutiu-se largamente a situação actual da endemia venérea e os resultados dos métodos terapêuticos de que dispomos.

Competindo a outros mais qualificados do que nós apreciar devidamente o valor desta Reunião, julgamos, contudo, que ela foi extraordinariamente útil, pois permitiu uma melhor apreciação de vários problemas ligados à venereologia actual e mostrou a necessidade de interessar largamente vários sectores, muito principalmente as autoridades sanitárias e o próprio público, nos vários aspectos em que cada um tem o seu papel nesta campanha a bem da saúde do Homem.

★

No que se refere à parte social, a qual tem sempre particular valor em reuniões deste tipo, visto permitir um conhecimento pessoal que tão útil é para o intercâmbio científico e cultural, também muito cedo ficámos tranquilos, pois o principal elemento para lhe assegurar possibilidades de sucesso figurava em grande número de boletins de inscrição: muitas senhoras acompanhavam os Congressistas e, tal como podemos verificar, vinham amenizar com a sua graça e simpatia a monotonia e aridez das nossas discussões técnicas...

Em nome de toda a Comissão, é-me particularmente grato manifestar-lhes o nosso reconhecimento pela sua presença, que constituirá para sempre recordação agradável destes dias decorridos.

E esta é seguramente uma das mais fortes razões para lhes poder dizer as últimas palavras desta modesta apreciação: um Congresso, uma Reunião Internacional, dão sempre trabalho, causam preocupações e colocam muitas vezes os organizadores em situações difíceis; esta Reunião não fugiu à regra e muitos problemas se nos levantaram. Entre eles podemos mencionar, apenas por ele nos obrigar a apresentar-lhes as nossas desculpas, a necessidade que houve de imprimir à última hora o programa e os livros de resumos, que não tiveram por isso a indispensável revisão e contêm, portanto, vários erros.

Mas, se realmente tivemos algumas preocupações e algum trabalho, a vossa presença compensou-nos largamente e podemos afirmar: estamos dispostos a recomençar, se nos quiserem dar o prazer de voltar a Portugal).

Falaram, depois, o Prof. Giovanni Canaperia e o Dr. Malcolm Tottie, que afirmaram a sua muita satisfação por lhes ter sido proporcionado estar alguns dias na encantadora cidade de Lisboa,

ao mesmo tempo que colaboravam no estudo de problemas de tão grande magnitude para a saúde pública. Ambos se referiram elogiosamente à maneira como foram recebidos pelos colegas portugueses.

Por último, falou o sr. ministro da Saúde e Assistência, cujo discurso publicamos noutra parte.

VI REUNIÃO LUSO-ESPAÑHOLA DE ENDOCRINOLOGIA

Realizou-se em Lisboa, nos dias 6, 7 e 8, a VI Reunião Luso-Espanhola de Endocrinologia, que teve a participação de mais de duas centenas de especialistas portugueses e espanhóis.

Presidiu à sessão inaugural, que se efectuou na aula magna da Faculdade de Medicina, pelas 10 horas do dia 6, o Prof. Pinto Serrão, subsecretário de Estado da Juventude e Desportos, que representava o sr. ministro da Educação Nacional, ladeado pelos Profs. Ibañez Martín, embaixador da Espanha; Xavier Morato, presidente de honra da Reunião; Bruno da Costa, presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia; Drs. César Pérez Vitória, delegado espanhol à Reunião; F. Vivanco Berganún, presidente da Sociedade Espanhola de Endocrinologia; Profs. Toscano Rico, director da Faculdade de Medicina; Iriarte Peixoto, vice-presidente da Reunião; e Dr. Nuno Botelho de Medeiros, secretário-geral da Reunião.

Aberta a sessão, falou, em primeiro lugar, o Prof. Bruno da Costa, que disse:

Senhor subsecretário de Estado,
Senhor Embaixador de Espanha,
Senhor Director da Faculdade.

Com regularidade, desde 1952, as reuniões Luso-Espanholas de Endocrinologia se realizaram já nas cidades de Barcelona, Lisboa, Valladolid, Coimbra, Córdova; e, agora, novamente, em Lisboa se inaugura a 6.ª reunião, sob a presidência do Senhor Subsecretário de Estado.

Aceite V. Ex.ª as homenagens que a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia lhe presta neste momento; e os agradecimentos pela honra que nos concede, aceitando a presidência desta sessão.

Assim, a presença de V. Ex.ª comprova que o Ministério da Educação Nacional, cuja obra está produzindo os seus benéficos efeitos nos vários departamentos, está sempre presente e disposto a estimular vontades e animar esforços dos que pretendem trabalhar, em prol da Ciência, e, também, embora modestamente, como no presente caso, a favor do bom nome de Portugal.

★

Temos a felicidade de ter entre nós, na mesa da presidência, o Senhor Embaixador de Espanha, presença que, igualmente nos desvanece, patenteando-se assim que a Espanha intelectual tem elevado apreço por estas reuniões luso-espanholas.

As Sociedades Portuguesa e Espanhola de Endocrinologia muito devem aos diplomatas de Espanha, porquanto, já no Congresso realizado em 1959 em Coimbra, (V. Ex.ª) o Senhor Embaixador de Espanha, apadrinhou o acto solene do

doutoramento do Prof. Maraño, cuja memória evoco, como homenagem ao seu espírito brilhante, delicadamente harmónico, cheio do humanismo mais compreensivo que a alma latina pode possuir.

Através do elevado espírito de V. Ex.ª e nesta breve evocação à memória do grande Maraño, eu saúdo a Espanha.

★

Se não fora o espírito acolhedor, sempre disposto a facilitar as iniciativas e realizações destes labores médicos, do senhor director da Faculdade de Medicina, esta reunião não teria a possibilidade de realizar-se em ambiente tão adequado.

Com o preito de admiração e estima, e em nome da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, que reconhece tamanha gentileza, vão os nossos agradecimentos.

★

Concretizo no Dr. Vivanco, sábio investigador, as efusivas saudações que dirijo a toda a Direcção da Sociedade Espanhola de Endocrinologia, a qual, com a boa-vontade e o espírito compreensivo do seu activo secretário, Dr. Perez Victória, facilitou toda a orgânica da reunião científica a que iremos assistir.

★

Deu-nos a honra de ser presidente honorário o senhor Prof. Xavier Morato, sucessor do Prof. Celestino da Costa, os quais, com Fontes, Athias e Ferreira de Mira, formam o escol de biólogos que iniciaram os estudos endocrinológicos em Portugal.

Xavier Morato, pelos seus trabalhos sobre a irrigação sanguínea hipofisária, nomeadamente o sistema porta da haste pituitária, sobre a estrutura da «pars tuberalis» e a neuricrinia trouxe valioso e necessário contributo para a compreensão do bloco diencéfalo-hipofisário e sua repercussão em algumas glândulas endócrinas.

O Prof. Xavier Morato representa hoje para os endocrinologistas portugueses o sábio histologista que já muito lhes deu, e que muito continuará a dar, através da microscopia electrónica.

São substanciais os motivos porque a sociedade se ufana de o ter como presidente honorário desta reunião.

★

Evoco, neste momento, a memória do Dr. Blanco Soler, presidente da Sociedade espanhola, falecido pouco tempo depois da reunião de Córdova.

Em palavras simples, recordo neste momento, com comovida admiração, o espírito do grande endocrinologista, diabetólogo, e historiador, que até a história de Portugal conhecia em pormenores, sempre afável no trato e com quem o conversar era sempre um prazer.

Com estas palavras traduzo a saudade que nos causa a sua ausência.

★

Não sei se é curial lembrar o esforço enorme que o secretário-geral da Reunião, Dr. Nuno Medeiros, auxiliado por outros membros da Direcção, residentes em Lisboa, e pela comissão local, merecendo menção especial Luís Botelho e Mário Fernandes, despendeu para a realização deste pequeno congresso luso-espanhol.

Asmac

WANDER

PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO,
A LONGO PRAZO, DA ASMA BRÔNQUICA.



O **ASMAC** DESCONGESTIONA A MUCOSA DOS BRÔNQUIOS E EXERCE SOBRE A SUA MUSCULATURA UMA ACÇÃO ESPASMOLÍTICA. FACILITA A EXPECTORAÇÃO E AUXILIA A CIRCULAÇÃO. DIMINUI A TENDÊNCIA PARA AS CRISES, BAIXANDO A EXCITABILIDADE CENTRAL.

Apresentação: Tubos de 20 comprimidos
Embalagens de 100 e de 500 comprimidos

Dr. A. Wander S.A. Berna - Suíça

Por estes motivos, penso que a criação de um Instituto Central de Genética e Endocrinologia humanas será a melhor maneira de organizar, entre nós, o estudo destas ciências.

Poder-se-iam aproveitar todas as boas vontades, o entusiasmo de saber e investigar de muitas dezenas de jovens médicos e médicos em plena maturidade, que têm pela endocrinologia e genética grande paixão, tal o fascínio que estas ciências exercem sobre o seu espírito. E muitos outros viriam mais tarde.

Desse Instituto deveriam sair conhecimentos que seriam base e normas orientadoras para acções do Ministério da Saúde, no sentido de bem dirigir algumas campanhas profiláticas; poderia contribuir para a elevação da cultura médica, e, possivelmente, produziria trabalhos originais, que a notabilizassem, se ele conseguisse ser verdadeiro centro de investigação de endocrinologia e genética humanas, de repercussão internacional.

Entretanto, além deste Instituto com funções de investigação, atendendo à necessidade do médico prático ter conhecimentos de endocrinologia e genética, é de prever também que, mais cedo ou mais tarde, as Faculdades de Medicina criem cursos destas disciplinas.

A Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, respeitosamente e com muito interesse, leva junto do Ministério da Educação Nacional e da Fundação Gulbenkian, entidades que tantos serviços culturais, técnicos e sociais têm prestado à Nação, a presente necessidade de se fomentar e organizar, entre nós, este aspecto da cultura e da investigação médicas, de tão largas aplicações no futuro, que já é presente em alguns países.

Termino, desejando que os endocrinologistas portugueses tenham só razões para esperar a organização dos estudos endocrinológicos e genéticos em Portugal, e nunca razões para desesperar.

Falou, a seguir, o Dr. Vivanco Bergamin, que, na qualidade de presidente da Sociedade Espanhola de Endocrinologia, se referiu às diversas reuniões já efectuadas, tanto em Portugal—Lisboa e Coimbra—como em Espanha—Madrid e Barcelona—, e terminou por fazer votos para que da troca de ideias e experiências algo de útil resulte para esclarecer os problemas da endocrinologia.

Por último, falou o Prof. Xavier Morato, que proferiu as seguintes palavras:

Senhor Subsecretário de Estado da Educação Nacional

Senhor Embaixador de Espanha

Senhor Director da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Senhor Presidente da Sociedade Espanhola de Endocrinologia

Senhor Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

Queridos Colegas

Minhas Senhoras e Meus Senhores:

Há treze anos que, pela vez primeira, as Sociedades espanhola e portuguesa de Endocrinologia realizaram uma reunião conjunta. Foi a reunião de Barcelona. Desde então, ao princípio todos os dois anos, depois, de três em três anos, inflexivelmente, endocrinologistas espanhóis e portugueses reunem-se, numa ânsia permanente de aperfeiçoamento científico e de confraternização afectiva. E quase não sei que mais apreciar se os progressos da ciência, que se traduzem e manifestam nas sessões plenárias e de comunicações, se os laços fraternos que se estabelecem e unem e cingem uns aos outros os endocrinologistas dos dois países da Península Ibérica.

Destes modo, as reuniões luso-espanholas de endocrinologia tornaram-se uma tradição. E é nessa linha histórica

e tradicional que, no dia de hoje e nesta sessão, se inaugura a 6.ª Reunião Luso-Espanhola de Endocrinologia.

Seria profunda injustiça para a memória dos dois grandes obreiros desta confraternização endocrinológica que os seus nomes não fossem evocados nesta sessão. Refiro-me, como todos sabem, a Gregório Maraño e a Celestino da Costa.

Ambos falaram neste anfiteatro, cujas paredes recolheram as vibrações das suas vozes. Foram dois grandes amigos. Pode bem afirmar-se que as nossas reuniões continuam sob a égide espiritual desses dois patronos.

De ambos se pode dizer, em boa verdade, aquilo que em Coimbra, e em 1959, Maraño, essa grande e prodigiosa figura não só da Espanha mas da Europa, disse de Celestino da Costa:

«Aquel inolvidable maestro — maestro de todos, tanto portugueses como españoles — Celestino da Costa — fué uno de los artifices de esta unión; pues dejó impreso, para siempre, no solo su incomparable magisterio, sino también la huella delicada de su trato generoso y ecuánime, que ataba a quantos le conocian en una entrañable amistad.»

«Una vez más, los endocrinólogos españoles — e nós diríamos e portugueses — «queremos recordar al maestro con renovada emoción y añadir a ella, el saludo a todos sus discípulos y a los que, sin serlo directamente, han recibido el aliento de su amor a la Ciencia. Que en nada se reconocen los grandes maestros, como en dejar una semilla mucho más copiosa que la que sembraron y más fecunda, cada día, a medida que el tiempo transcorre.»

Também julgo ser verdade que nada dá melhor medida do valor global e do carácter duma instituição científica do que o apreço que ela dê simultaneamente aos progressos que lhe marcam a sua trajectória para o futuro e a glorificação da memória dos que a serviram, lhe deram brilho, glórias e exemplos.

Circunstâncias de que não sou responsável, cujas causas devem buscar-se em sentimentos afectivos exagerados, em delicadas amabilidades imerecidas, em honrosas distinções que se não conquistaram nem solicitaram, elevaram a minha modesta pessoa à categoria de presidente de honra desta reunião. Devo essa inesquecível e muito honrosa qualidade à generosa amizade dos membros da actual direcção da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia. E, por isso, embora reconhecendo a injustiça de tão grande homenagem, aqui lhes rendo os meus mais sinceros, profundos e afectuosos agradecimentos.

Ao Dr. Francisco Vivanco Bergamin, eminente presidente da Sociedade Espanhola de Endocrinologia, quero também apresentar saudações muito especiais, em que envolvo toda a direcção da Sociedade Espanhola de Endocrinologia. Peço-lhe que as aceite como prova de admiração pessoal e também do meu amor pela Espanha e pelo seu património científico e cultural.

Ao meu querido colega, o professor Bruno da Costa, ilustre presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, ao reiterar-lhe os meus agradecimentos, cumpre-me manifestar-lhe o meu grande apreço, amizade indefectível e profunda admiração, ao que se junta um cordial afecto.

Os progressos técnicos e teóricos realizados no domínio da endocrinologia são verdadeiramente alucinantes. E o caminho percorrido desde que Brown-Séquard, iludido, em 1889, julgou ter descoberto e utilizado em si próprio a secreção interna do testículo, são uma prova do valor do método científico tão lumino-

samente estabelecido por Claude Bernard.

Semelhante trajectória, vitoriosamente seguida pela ciência endocrinológica, em todos os seus ramos, faz-nos prever que sucessivas ondas de novos dados bioquímicos e fisiopatológicos venham inundar o saber dos homens e que esses novos dados contribuam para evitar ou minorar sofrimentos ou prolongar a vida humana.

Se se confirmarem tais vaticínios, os progressos encontrarão uma forte justificação moral.

Certamente, desculpar-me-ão que, sendo eu mais citologista do que endocrinologista, me deixe levar por esse pendão dos meus interesses e antes de terminar chame a atenção dos que me escutam para certos aspectos citológicos da endocrinologia. É que a essência das questões endocrinológicas encontra-se ao nível celular e enquadra-se num problema geral que vem a ser o da síntese e excreção dos produtos elaborados pelas células glandulares, quer exócrinas quer endócrinas.

Muito se sabe já dos mecanismos bioquímicos da síntese das proteínas e dos polipéptidos. Mas, se muitos mistérios ou lacunas perturbam uma compreensão clara de toda a questão da síntese celular das proteínas em particular quanto à sua sede, pode dizer-se que o desconhecimento é total quanto aos mecanismos da excreção, os quais ainda parecem dever ser mais complexos, no caso da excreção para dentro dos capilares sanguíneos.

E se refiro estes extensos campos da nossa ignorância não é para terminar estas palavras com uma nota e uma sensação de desânimo e tristeza. Pelo contrário! É para fundamentar e repetir uma verdade conhecida também de todos os que me escutam.

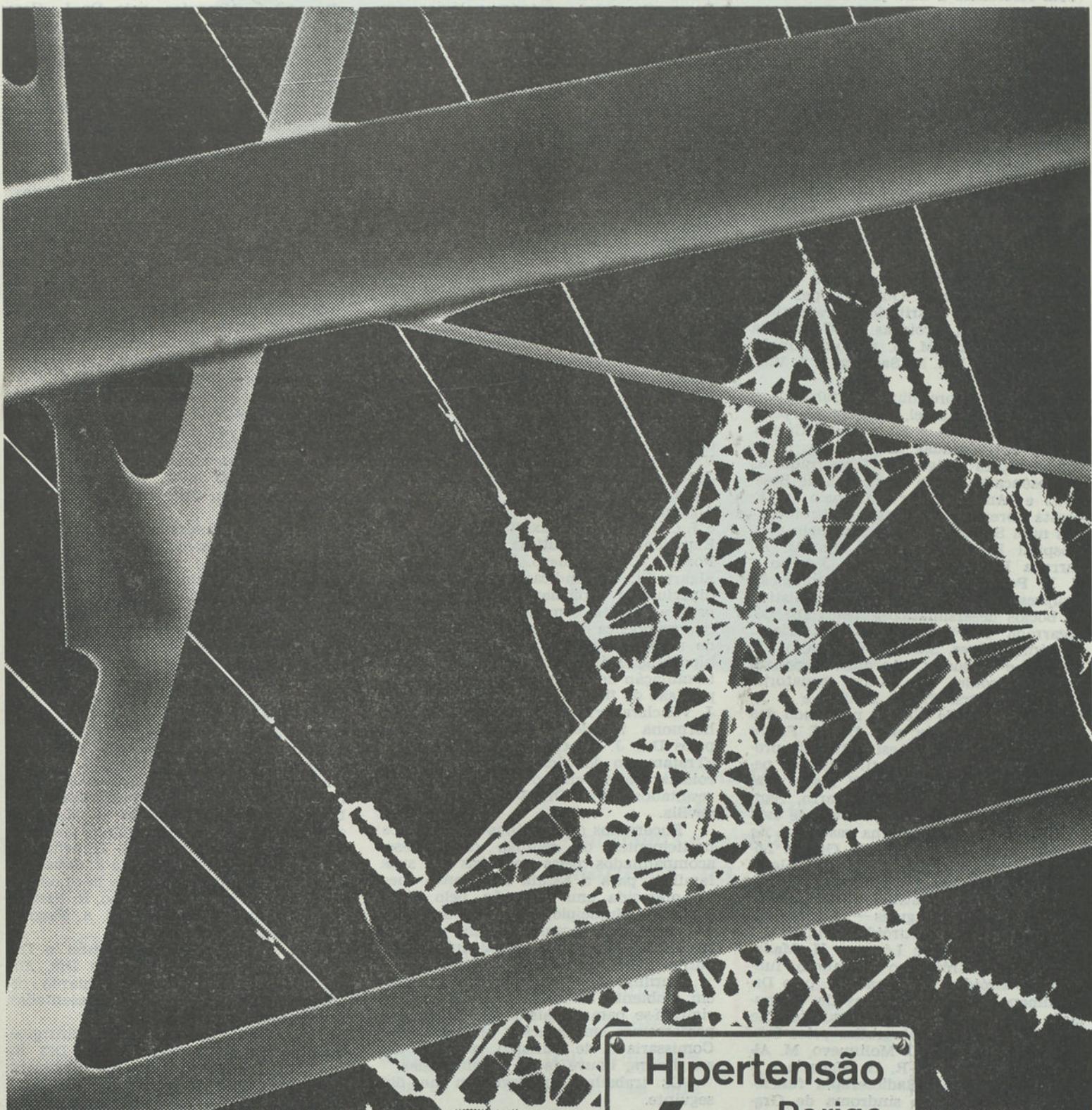
Tem-se trabalhado muito; os homens de ciência têm feito conquistas inestimáveis. Mas sejamos modestos porque a verdade científica nos foge como uma miragem. A nossa caminhada tem de prosseguir.

Encerrada a sessão, foi inaugurada uma exposição de produtos farmacêuticos e, pouco depois, deu-se início à primeira sessão de trabalhos, para leitura do relatório «Avanços nos conhecimentos sobre a regulação da função tiroideia», da autoria dos Drs. F. Escobar del Rey e G. Morreale de Escobar, de Madrid, finda a qual houve discussão, em que intervieram diversos participantes.

A seguir, efectuou-se nova sessão de trabalhos, para a leitura e discussão do relatório sobre «Provas funcionais tiroideias (M.B., P.B.I., colesterol e provas com I-131), do Prof. J. León-Castro (Sevilha). Seguiu-se o almoço e, depois deste, nova sessão, na qual foi lido e discutido o relatório intitulado «Provas de estimulação e supressão. Cromatografia dos compostos tiroideos. Provas de Blindin. Camagrafia», dos Drs. J. A. Sanchez Martin e J. M. Linazarero Madrid). O último relatório do dia, intitulado «Provas imunológicas tiroideias», do Dr. J. M. Alés Reinlein (Madrid), foi lido e discutido numa sessão que se efectuou a seguir.

Por fim, com início às 17 horas, realizaram-se três sessões simultâneas para apresentação das comunicações relacionadas com os temas dos relatórios do dia.

Na sala A. presidiu o Dr. Ignácio Salcedo, secretariado pelos Drs. J. Guijarro Oliveras e A. Lopez Herce, tendo sido apresentadas as seguintes dez comunicações: «Tratamento do adenoma tóxico com I-131», do Dr. Blanco Soler Y Ros; «Diagnóstico do adenoma tóxico com I-131», do mesmo autor da anterior; «Função tiroideia no velho», dos Drs. Blanco Soler y Ros, e Matute; «Provas dinâmicas para o estudo do eixo hipófise tiróide



Hipertensão
Perigo
de morte



C I B A

O tratamento precoce com

Adelfan[®] + Navidrex-K[®]

evita as complicações

(com referência a uma prova de reserva hipofisária), dos Drs. J. Fortunato, A. Campos Costa e I. Amaral; «Valor do estudo simultâneo das fases de captação e secreção da tireóide», dos Drs. J. Fortunato e Pinto Macedo; «Bócio familiar por defeito de desalogenase», e «Aclaramento tireóide e captação absoluta», dos Drs. J. M. Linazaroro e J. A. Sánchez Martín; «Colesterolémia e B. S. G. no curso da hiperfunção tireóideia», dos Drs. J. R. Masoliver e Vilaclara; «Estudo da magnasemia numa série de doentes hipertiroideos», pelos Drs. M. J. Palácios, C. Monsalve, R. Parrilha e V. Pozuelo; «Fundação tiroidea numa série de doentes diminuídos. Nota prévia», pelos Drs. R. L. Parrilla Sánchez, Lozano Giménez, E. Sánchez, J. Gomez Lopez e V. M. A. Pozuelo; «Critérios terapêuticos na hiperfunção tireóideia» e «Crítica da determinação do M. B. na hiperfunção toroideia», dos Drs. M. Santiago e J. Vilaclara.

Na sala B presidiu aos trabalhos o Dr. Fernandez Zumel, secretariado pelos Drs. Emilio Peres e M. Neves e Castro. Foram apresentadas as seguintes treze comunicações: «Alguns factores psíquicos do desencadeamento da doença de Basedow» e «Anorexia nervosa», pelo Dr. E. Acosta Lorenzo; «Casuística de tiroidopatias num Serviço de Endocrinologia num Hospital Provincial», pelos Drs. M. Algarrada Ruiz, C. Lozano, L. Jimeno e V. L. Pozuelo; «Provas de estimulação e supressão: gamagrafia numa casuística de bóciós desferimáticos», pelos Drs. M. Algarrada T. Frutos, R. H. Madariaga, J. Gómez López, Sánchez Cuenca, M. A. Pizarro e Pozuelo; «As provas de supressão tiroidea nos Andes equatorianos», pelos Drs. Fierro Benitez e J. R. Garcéz; «Teste de Werner no estudo das disfunções tireóideas», pelo Dr. M. Freire da Cruz; «Correlação estatística de provas funcionais no hipertiroidismo», pelos Drs. J. Gómez López, R. H. Madariaga, A. G. Mascaraque, M. A. Pizarro, Sánchez Cuenca e S. Soria; «Provas de estimulação e supressão numa casuística de hipotiroideos», pelos Drs. J. Gómez López, C. Lozano, C. Molinuevo, M. Algarrada e V. Pozuelo; «Diagnóstico das tumorações tiroideas através da gamagrafia», e «Tiroides linguais—Exemplo da TSH no diagnóstico tireóide com I-131» pelos Drs. J. Gómez López e H. Madariaga; «Hipertiroidismo e cancro funcionante tireóide metastaziado», pelo Dr. L. Jimeno Rebollo; «Provas de estimulação e supressão numa casuística de hipertiroideos. Cromatografia» pelos Drs. L. Jimeno Rebollo, C. Molinuevo, M. Algarrada, V. Pozuelo, R. H. Madariaga e J. Gómez López; «Radioterapia funcional hipotalâmica no síndrome de Graves-Basedow», pelo Dr. Eurico Pais; «Estudo crítico do TA-teste no diagnóstico imunológico de algumas afecções tireóideas», pelos Drs. Eurico Pais e E. Sá Gonçalves; e «Teste de Werner com iodo radioactivo 132 e 1-tri-iodo-tironina», pelos Drs. Eurico Pais e C. M. Trincão.

Finalmente, na sala C, sob a presidência do Dr. Eduardo Girão do Amaral, secretariado pelos Drs. R. Cubiles e L. Armenta Camacho, foram apresentadas as seguintes trinta comunicações:

«Exoftalmia hipofisária», pelo Dr. L. Armenta Camacho; «Tratamento com iodo radioactivo no hipertiroidismo» e «Tratamento com iodo-131 em cem casos», pelos Drs. R. Cubiles e F. Campoy; «Bócio por defeito de hormogénese», «Índices diagnósticos e terapêuticos do hipertiroidismo», «Reflexo aquileo em patologia tiroidea», pelo Dr. R. Cubiles; «Provas imunológicas tiroideas», pelos Drs. R. Cubiles e Astorga; «Signologia cardiológica nas indocrinopatias» e «Problemas psicológicos de cardiologia endócrina», pelo Dr. J. Hoz Fabra; «Taquicárdias com mixedema», pelos Drs. J.

Hoz Fabra, I. Madrigal e C. Blanco Soler Ros; «O aspecto autoimunológico em doenças de tiroideia», Dr. F. Magalhães Colaço; «Correlações cicobiológicas nas tiroidopatias», Evolução dos transtornos de conduta nos doentes tiroideos no decorrer do tratamento», e «Tiroidopatias e distúrbios temperamentais», pelo Dr. A. G. Mascaraque; «Correlação estatística de provas funcionais no hipertiroidismo», pelos Drs. A. G. Mascaraque, L. Jimeno, S. Soria, J. Sánchez Cuenca, M. A. Pizarro, J. Gómez López e R. H. Madariaga; «Interpretação suprarrenal crónica; problemas que apresenta a evolução» e «Síndromas de insuficiência supra-renal. Problemas actuais», pelo Dr. V. Pozuelo; «Interpretação do predomínio feminino na morbidade baseadowniana», pelos Drs. F. Nubiloa e J. Vilaclara; «Função supra-renal numa série de doentes acondroplásticos», pelos Drs. V. Pozuelo, R. Parrilha, C. Lozano, L. Jimeno e M. Rascón; «Síndrome condrodistrófico das disgenésias gonadais», pelos Drs. V. Pozuelo, J. Caballos, F. Peral Martín e L. Jimeno; «Casuística de hipertiroidismo e tetania», «Nota prévia», pelos Drs. V. Pozuelo, M. J. Palácios, R. Parrilha e J. M. Vega; «Tireotoxicoses ambulatórias», pelos Drs. V. Pozuelo, C. Molinuevo, M. Algarrada, L. Jimeno, R. H. Madariaga; e J. Gómez López; «Exoftalmos malignos. Experiência terapêutica», pelos Drs. V. Pozuelo, C. Molinuevo, R. Parrilha, e M. Algarrada; «As indicações cirúrgicas na hiperfunção tiroideia», «A tireoidectomia praticante total sem mixedema consecutivo na doença de Basedow», «A indicação de repouso na cama no tratamento da hiperfunção tiroideia», e «Ambiguidade da terminação do hipertiroidismo e a maior precisão do fim da hiperfunção», pelo Dr. J. Vilaclara; «Tratamento do bócio com hormona tiroidea. Valor patogénico», pelos Drs. J. Vilaclara e G. Lloveras; e «Tratamento do bócio com hormona toroideia; índices clínicos e valorização dos resultados», pelos Drs. Vilaclara e J. Soldevilla.

Encerrados os trabalhos deste dia, os participantes da reunião dirigiram-se, acompanhados pelas senhoras de suas famílias, para a Estufa Fria, onde lhes foi oferecida uma recepção, pelo presidente do Município, em nome de quem os convidados foram recebidos pelo vereador D. Segismundo de Saldanha e por outros altos funcionários camarários.

Terminada a recepção, que decorreu em ambiente da maior cordialidade, dirigiram-se para o Bairro de Alfama, que percorreram em excursão oferecida pelo Comissariado de Turismo, e onde, em sua honra, houve fados e guitarradas.

Os trabalhos prosseguiram no dia seguinte.

Em cinco sessões plenárias, que se realizaram na Aula Magna foram apresentados e discutidos outros tantos relatórios sobre critérios terapêuticos nas doenças da tiroideia, a saber:

«Hipertiroidismo», do Dr. Ludgero Pinto Basto (Lisboa); «Bóciós por defeito de homogenese», do Dr. F. Magalhães Colaço (Lisboa); «Tumores malignos da tiroideia», do Dr. L. Silveira Botelho (Lisboa); «Tratamento com iodo radioactivo», do Dr. S. Pérez Modrego (Madrid); e «O cirurgião perante as doenças da tiroideia», do Dr. E. Girão Amaral (Lisboa).

As 17 horas iniciaram-se em três salas diferentes outras tantas sessões simultâneas para leitura e discussão de comunicações relacionadas com os temas dos relatórios do dia.

Na sala A presidiu aos trabalhos o Dr. F. Escobar del Rey, secretariado pelos Drs. A. Reis Valle e Eduardo Bruno da Costa. Foram apresentadas doze comunicações, a saber:

«Medicação complementar na hiperfunção tiroidea», pelos Drs. E. F. Bosch

e M. Santaló; «Bócio e Addison» e «Doença de Morquio», pelo Dr. L. Castañon Mora; «A nossa experiência no tratamento dos bóciós hiperfuncionais», pelo Dr. J. Guijarro Oliveras; «A nossa experiência no tratamento médico do hipertiroidismo», pelos Drs. J. León de Castro e R. Cubiles; «Factores condicionantes da regulação tiroideia; tentativa de síntese conceptual» e «Limites da cicoterapia na hiperfunção tiroideia», pelo Dr. G. Lloveras; «Desvalorização da dietética no tratamento da hiperfunção tiroideia», pelos Drs. G. Lloveras e F. Bosch; «Quinze anos de experiência no tratamento do hipertiroidismo com propiltiouracilo», pelo Dr. L. F. Pallardo; «Indicações cirúrgicas no bócio normofuncional» e «Revisão da casuística do tratamento cirúrgico na hiperfunção tiroideia», pelos Drs. J. Soldevilla e J. Vilaclara; e «Indicações e contra-indicações na iodoterapia em patologia tiroideia», pelos Drs. J. Soldevilla, F. Ots e J. Vilaclara.

Na sala B foram apresentadas e discutidas nove comunicações, tendo presidido aos trabalhos o Dr. M. Pinheiro Hargreaves, secretariado pelos Drs. E. Acosta Lorenzo e M. Alagarrada.

Os trabalhos apresentados foram os seguintes:

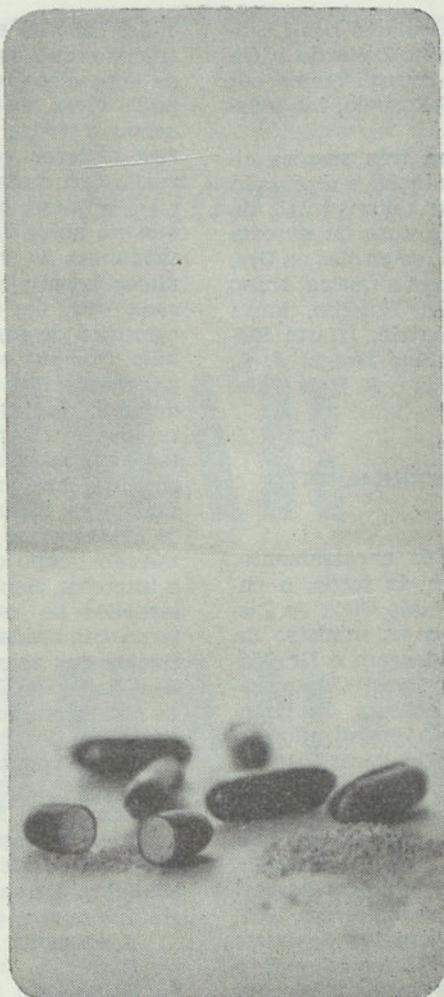
«Aspectos clínicos do síndrome bócio-mastopatia-mioma-metromatia», pelo Dr. M. Alvarez Coca; «Sobre um caso de mixedema pré-tibial», pelos Drs. E. Bruno da Costa e Luís Botelho; «Contribuição para o estudo do bócio em Espanha», pelo Dr. A. López Herce; «Factores nutritivos e biogénicos no bócio endémico», pelos Drs. M. Muñoz Rodriguez, J. J. Viñas Rueda, e F. Ortiz de Landazuri; «Factores genéticos e considerações etiopatogénicas no bócio endémico», pelos Drs. M. Muñoz Rodriguez, F. Ortiz Landazuri, Amo Gili e E. Moncada Moreno; «Ectopia tiroideia associada a defeito enzimático» e «Bóciós hipotiroideos infantis por defeito de peroxidase», pelos Drs. J. A. Sanchez Martin, J. M. Linazaroro e A. Ortega; «Síndromas pós-tireoidectomia», pelos Drs. J. R. Zomeño, M. Rascón, T. Frutos, F. Peral e J. Ceballos; e «Bóciós por deficiência de harmonogénese», pelos Drs. J. R. Zomeño, R. Parrilla, C. Molinuevo, L. Jimeno, M. A. Pizarro e V. Pozuelo.

Na sala C presidiu à sessão o Dr. V. Pozuelo, secretariado pelos Drs. Augusta Pérez Fernandez e Eduardo de Oliveira Machado. Foram apresentadas doze comunicações, a saber:

«Resultados no tratamento cirúrgico da hiperfunção tiroideia», pelos Drs. R. Arandes, C. Pérez Victoria e J. Bruguera Soler; «Critério de apreciação dos estadios clínicos dos tumores da tiroideia», «Tumores de célula de Hurthle», «Tumores da tiroideia em crianças e adolescentes» e «Tumores secundários da tiroideia», pelo Dr. Luís Botelho; «Tratamento das inflamações tiroideas com Oxifenil-butazona», pelo Dr. M. Florido Muñoz; «Carcinomas tiroideos; Casuística», pelos Drs. T. Frutos, J. R. Zomeño, L. Jimeno, R. Parrilla e V. Pozuelo; «Cancro da tiroide» pelo Dr. M. Garcia Portela; «Tratamento cirúrgico dos adenomas toroideos», pelo Dr. D. Agustin Iturbe; «Chemodectomas» e «Cancro da tiroide», pelos Drs. M. Fernandez Zumel e C. Aguirre; e «Casuística de nódulos frios da tiroide», pelos Drs. M. Fernandez Zumel, V. Pozuelo, R. Parrilla, J. Gómez López, R. H. Madariaga e C. Aguirre.

A noite, os participantes da Reunião e as senhoras de sua família reuniram-se num jantar, num restaurante típico, no decorrer do qual se lhes proporcionou um espectáculo de folclore nacional.

No último dia de trabalhos, estes principiaram com uma mesa redonda sobre «Indicações e contra-indicações da terapêutica oral na diabetes». Serviu de



Porque são
cheias a sêco...
as cápsulas do
Prenatal
Suplemento Vitamínico-Mineral Lederle



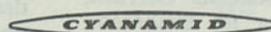
...não causam
ou agravam as
"náuseas e vômitos
matinais da gravidez"

Estas cápsulas, depois de tomadas, não deixam qualquer sabor desagradável a óleo, nem revelam o cheiro das vitaminas. São melhor absorvidas e têm completa aceitação por parte das doentes. Na sua fórmula contém-se importantes nutrientes e factores antianémicos que proporcionam uma protecção nutritiva fundamental tanto à mãe como ao feto. A dosagem é apenas de uma a três cápsulas de «reduzido tamanho» diariamente.

APRESENTAÇÃO — Frascos de 30 cápsulas.



LEDERLE LABORATORIES • CYANAMID INTERNATIONAL



Ad. N.º 1843

Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar

SOCIEDADE FARMACÊUTICA ABECASSIS, S.A.R.L.

Rua do Conde Redondo, 64 — LISBOA

moderador o Dr. J. L. Rodriguez Miñon e foram debatidos os seguintes temas: «Clínica da Carbutamida», pelo Prof. L. E. Pallardo; «Clínica da Tolbutamida», pelo Dr. M. M. Sá Marques; «A Nossa Experiência com a Cloropropamida», pelo Dr. J. M. Calvet; «Clínica da Fenformina», pelo Dr. Pedro Eurico Lisboa; «Clínica da Metahexamida e da Acetohexamida», pelo Dr. N. Castel-Branco; «Os Fracassos Secundários da Terapêutica Oral», pelo Dr. M. Espejo; «Acções Metabólicas Extra-pancreáticas dos Hipoglicemiantes Oraís», pelo Dr. J. Vilaclara; e «Terapêutica Mista com o Uso dos Hipoglicemiantes Oraís», pelo Dr. Ignácio de Salcedo.

Terminada a mesa redonda, deu-se início a três sessões simultâneas nas quais se discutiram temas sobre diabetes.

Na sala A presidiu o Dr. J. G. Muñoz Braga, secretariado pelos Drs. J. Vilaclara e M. Florido Muñoz. Foram apresentados sete trabalhos, a saber: «Pâncreas Aberrante em Jejum com Diabetes Latente e Úlcera Gástrica», pelo Dr. Alvarez Coca; «Morbilidade Diabética na Biscaia. Estudo Sobre Quarenta Mil Pessoas», pelo Dr. Ezcurra Cebreiro; «Osteopatia do Calcâneo num Doente de Diabetes Melitus», pelos Drs. Fernandez Cruz e Calvet; «Alguns Aspectos de Metabolismo Hidrocarbonado nas Nefropatias», pelos Drs. Lavin Cobo e Cabezas Cerrato; «O Chamado Síndrome de Mauriac», pelo Dr. Sá Marques; «Algumas Considerações Sobre o Tratamento da Diabetes Melitus», pelo Dr. Sá Marques; e «Dupa Sobrecarga Mista Oral e Endovenosa — Nota Prévia para o Diagnóstico de Portadores de Pré-Diabetes», pelo Dr. Eurico Pais.

Na sala B os trabalhos foram presididos pelo Dr. C. Conde Gargollo, secretariado pelos Drs. Ponce de Leão e Charneco Costa. Foram apresentados nove temas, a saber: «Aspectos de Mecanismo de Acção dos Antidiabéticos Oraís», pelo Dr. Andreu Kern; «Tolbutamida Intravenosa», pelo Dr. Andreu Kern; «Cuidados Pré e Pós-Operatórios no Doente Diabético», pelo Dr. Luís Botelho; «Sideremia e Diabetes Aloxânica», pelo Dr. Gandarias; «Aplicações Clínicas da Prova da Glucagina», pelos Drs. Hargreaves e Vila Cova; «Resultados do Tratamento com Antidiabéticos Oraís», pelos Drs. León Castro, Andreu Kern e Cubines; «A Coagulação em Diabetes», pelos Drs. León Castro, Cabrera e Gardia Donas; «Estudo da Circulação Periférica nos Diabéticos com Isótopos Radioactivos», pelo Dr. Madrigal de Alba; e «Polipeptídeo Urinário de tipo Anti-Insulínico na Diabetes Lipoatrófica», pelos Drs. M. S. Simões, Hipólito Reis, Ferraz Júnior e Hargreaves.

Na sessão da sala C presidiu aos trabalhos o Dr. J. L. Pallardo, secretariado pelos Drs. Chaves Costa e J. L. Silva. Também nesta sessão foram apresentados e discutidos nove temas, a saber: «Contrôle do Doente Diabético com Clinix-Text e Dextrostix», pelo Dr. Cabezas Cerrato; «Resultados da Terapêutica Peroral Diabetes da Puberdade», pelo Dr. Campos Juncosa; «Comentário Sobre a Diabetes Juvenil Familiar: Apresentação de dois casos», pelos Drs. Fernandes e Fernandez, Luís Botelho, M. L. A. Branco e P. A. Oliveira; «Função dos Assistentes Sociais na Luta Antidiabética no Cuidado a Ter com o Doente Diabético», pelos Drs. Pallardo Gobeiz Leal e Cabezas Cerrato; «Factores Desencadeantes na Diabetes», pelos Drs. Pallardo e Puertas; «Investigações Acerca da Morbilidade Diabética Ignorada em Centros de Trabalho», pelos Drs. Pallardo, Cabezas Cerrato e Muñoz; «Actualização dos Dados de Morbilidade Reconhecida em Diabéticos de Várias Províncias Espanholas», pelos Drs. Pallardo e Matute; «Frequência Relativa das

Complicações Cardiovasculares nos Doentes Diabéticos», pelos Drs. Pallardo e Giner; e «Casuística de Hipoglicemias em Diabéticos», pelos Drs. Pozuelo, Molinuevo, Rascón e Jimeno.

À tarde efectuaram três sessões simultâneas para apresentação e discussão de comunicações livres, num total de trinta e seis, das quais doze da autoria de médicos portugueses, entre eles os Drs. Ignácio de Salcedo, Neves e Castro, Nuno Botelho de Medeiros, Luís Botelho, Sousa Dias, P. A. Oliveira, Rosário, Iriarte Peixoto, Rosário Dias, Muñoz Braga, J. L. Silva, Carrington Iglésias e A. Reis Vale.

A SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Presidiu à sessão de encerramento, que se efectuou ao fim da tarde, o enfermeiro-mor dos Hospitais Civis de Lisboa, que representava o sr. ministro da Saúde e Assistência. Ladeavam o Dr. Mário Carmona, o Dr. Miguel Junquera, adido cultural da Embaixada de Espanha, que representava o embaixador; o Prof. Iriarte Peixoto; o Dr. Pérez Vitória; o Prof. Toscano Rico; e os Drs. Vivanco Bergamin e Nuno Botelho de Medeiros.

Falou, em primeiro lugar o secretário da comissão organizadora, que evocou o longo e frutuoso caminho percorrido desde a primeira reunião, em 1952, em Barcelona, sob o impulso dos dois grandes mestres que foram Gregório Maraion e Celestino da Costa, cujo prestígio científico perdura na obra que nos legaram e nos discípulos que criaram. Referiu que nesta reunião foram lidos e discutidos nove relatórios e 180 comunicações, além de uma mesa redonda sobre diabetes, o que dá bem a ideia do êxito obtido. Fez depois algumas considerações sobre as vantagens destas reu-

niões, não só sob o ponto de vista científico, como também pelo convívio que se estabelece, dado que o médico não pode viver isolado, e terminou agradecendo a todas as entidades a quem se fica a dever o auxílio prestado para a realização deste autêntico congresso.

Seguiu-se o Dr. Vivanco Bergamin, que em nome dos médicos espanhóis participantes da reunião agradeceu a carinhosa hospitalidade que lhes foi dispensada e pôs em evidência o frutuoso labor científico despendido no decorrer da reunião. Por sua vez, o Prof. Toscano Rico, na sua qualidade de director da Faculdade de Medicina, agradeceu a honra que representou para a referida Faculdade o ter sido escolhida para dentro dela se efectuar esta reunião e apresentou as saudações da mesma Faculdade a todos os médicos que ali se tinham reunido, ao mesmo tempo que enalteceu o alto valor e interesse científico dos trabalhos apresentados na reunião, bem como a fraterna camaradagem que sempre caracterizou estas reuniões conjuntas das duas Sociedades de Endocrinologia. Demorou-se depois em considerações sobre o labor científico dos médicos espanhóis e portugueses, apontando alguns exemplos, e terminou fazendo votos para que as duas Sociedades de Endocrinologia continuem no labor intenso e profundo, com pleno êxito como até agora, «para glória da Medicina a que nos dedicamos e prestígio dos nossos dois países».

A encerrar a sessão falou o Dr. Mário Carmona, que em nome do sr. ministro da Saúde e Assistência se congratulou com o bom êxito da reunião e apresentou saudações aos seus participantes. A sessão foi depois encerrada.

À noite, no Hotel Ritz, realizou-se o banquete de encerramento, oferecido pela Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, que decorreu em ambiente da maior cordialidade. Seguiu-se um baile.

PORTO

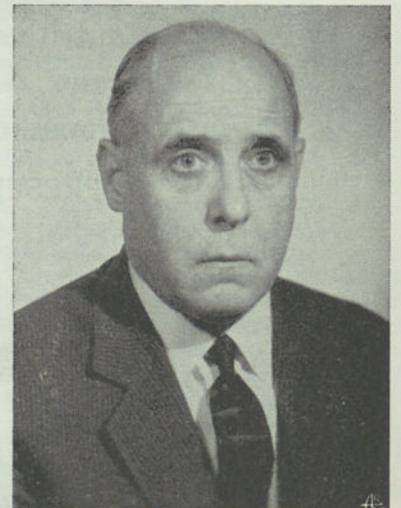
DR. PEREZ-VITÓRIA

No dia 10 do corrente realizou no Hospital de Santo António uma conferência, que despertou grande interesse, o ilustre endocrinologista de Barcelona Dr. Perez-Vitória, redactor-chefe da «Revista Ibérica de Endocrinologia», sucessora da «Acta Endocrinológica Ibérica», que tinha como directores científicos os falecidos professores Gregório Maraion e Augusto Celestino da Costa e como redactor-chefe o Dr. Mário Cardia.

Perante numerosa assistência, o Dr. Perez-Vitória falou sobre «Síndromas dolorosos abdominais de origem endócrina», tendo sido apresentado pelo nosso distinto colaborador Dr. Inácio Salceda, director do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santo António, promotor desta conferência, como de outras importantes iniciativas (palestras, colóquios, etc.) referentes aos problemas da Endocrinologia.

O Dr. Perez-Vitória — cuja conferência vai ser, brevemente, publicada na íntegra em «O Médico» — é uma das mais ilustres figuras da Endocrinologia espanhola, secretário-geral da Sociedade Es-

panhola desta especialidade e chefe do departamento de Endocrinologia da Cátedra de Clínica Médica, do Prof. Pedro-Pons, de Barcelona.



Dr. Perez-Vitória

No tratamento da úlcera péptica

EVIMAR

e

EVIMAR-AL



reunem
as seguintes vantagens:

- Actuam de maneira imediata;
- A eficácia sobre a dor e a imagem radiológica é incontestável;
- Grande simplicidade de tratamento;
- Ausência total de toxicidade e de efeitos secundários, permitindo um tratamento prolongado;
- Amplitude de regime alimentar, evitando simplesmente os excessos mais graves;
- O EVIMAR e o EVIMAR-AL, pela sua acção protectora de revestimento, não necessitam de medicações associadas tais como anti-espasmódicos, sedantes, etc.;
- A adição de hidróxido de alumínio assegura, enfim, ao EVIMAR-AL o poder "tampão" dos constituintes alcalinos da mucina frente a um excesso de acidez gástrica.

Indicações

Doença ulcerosa:

- Úlceras gástricas
- Úlceras duodenais
- Úlceras pépticas post-operatórias

Esofagites por refluxo Piroses

Gastrites:

- Hiperclorídricas
- Medicamentosas

Representado por:



Fórmula por comprimido:

- EVIMAR — Polissacarídeo sulfatado . . . 0,500 grs.
- EVIMAR-AL — Polissacarídeo sulfatado . . . 0,500 grs.
Gel de Hidróxido de alumínio 0,350 grs.

LIVROS

Nesta secção publicam-se resenções de livros de que sejam enviados dois exemplares à redacção

ANTOLOGIA DA LITERATURA PORTUGUESA E BRASILEIRA

(edição da Universidade de Leninegrado)

«O Médico» reproduziu, há algumas semanas, o postal que uma senhora russa dirigiu ao director desta revista no qual lhe anunciava que tinha aparecido em 1964 uma «Antologia da Literatura Portuguesa e Brasileira» (organizada por Olga Vasilieva-Schevede e Anatolia Gach) que inseria extractos das obras do Dr. Fernando Namora. O Dr. Mário Cardia acaba de receber um exemplar desse livro — antologia referente aos séculos XIX e XX — dividido em duas partes: literaturas portuguesa e brasileira — com um total de 290 páginas; o prefácio é em língua russa e os textos em português, respeitando-se a ortografia das edições primitivas; por sinal, a revisão é boa. Para cada autor, há uma pequena introdução bio-bibliográfica, tanto no que se refere aos portugueses como aos brasileiros. Destes últimos, são os seguintes os autores vivos dos quais são reproduzidos trechos de algumas das suas obras: José Lins do Rego, Erico Veríssimo, Vasconcelos Maia, Dias Gomes (reproduzindo trechos da célebre peça «O pagador de promessas»), Guilherme Figueiredo, Fernando Sabino, Marques Rebelo, Vinícius de Moraes, Afonso Schmidt, Aníbal Machado e Jorge Amado (o mais reproduzido depois de José Alencar, de entre todos os escritores brasileiros; aliás, o volume dedica menor número de páginas aos autores portugueses do que aos brasileiros).

Na parte dedicada a Portugal, só há referências a três autores vivos: Fernando Namora, Alves Redol e Ferreira de Castro. Do Dr. Fernando Namora (que é o que ocupa mais páginas de entre todos os escritores portugueses, vivos ou mortos) reproduzem-se trechos das seguintes obras: «Minas de San Francisco», «O trigo e o joio» e «Retalhos da vida de um médico» («O influente», «Apenas uma laranja» e «História de umas mãos pequenas»). A res-

peito de Fernando Namora, vem nesta antologia o seguinte: «Poeta, romancista e contista de renome. Médico, exerceu durante muito tempo essa profissão no interior do país. No seu livro «Contos da vida de um médico», premiado pela revista «Vértice», fala deste período da sua vida. Como a maioria dos escritores portugueses, também iniciou a sua carreira literária pela poesia. Em 1938, edita a antologia de poesias «Os relevos»; em 1940, «O mar de sarsas», que obteve o prémio António Nobre. Dois anos mais tarde, edita a «Terra», um livro de poesias. É também conhecido como romancista. «As sete partidas do mundo», seu primeiro romance, recebeu o prémio Ricardo de Malleiros».

Dos escritores mortos, a «Antologia» insere trechos de trabalhos dos seguintes: Almeida Garrett, Alexandre Herculano, Francisco Gomes de Amorim, João de Deus, Camilo Castelo Branco, Júlio Dinis, Antero de Quental, Eça de Queirós, Ramalho Ortigão, Cesário Verde, António Nobre, Teixeira de Queirós, Trindade Coelho, Raul Brandão, Fernando Pessoa e Aquilino Ribeiro.

★

Para completar esta notícia, transcrevemos a seguir o prefácio da «Antologia da Literatura Portuguesa e Brasileira», cuja tradução do russo devemos ao nosso ilustre colaborador Dr. Araújo Moreira:

«Nos últimos anos em relação com a vaga de movimentos de independência política e económica nos países da América Latina, em relação com as lutas de libertação nacionalista nas colónias de Portugal e também graças à expansão das relações entre os povos, cresceu inusitadamente o interesse pela língua portuguesa e pelas literaturas portuguesa e especialmente a brasileira. O estudo da língua tornou-se indispensável.

Numa série de países democráticos e na U.R.S.S. criaram-se recentemente secções especiais de língua e de literatura portuguesa, ligadas

às cátedras universitárias de filologia românica, como ocorreu, em particular, na Universidade Estatal de Leninegrado.

No entanto, a preparação em filologia portuguesa é dificultada notavelmente pela inexistência quase total de material didáctico, de manuais, e principalmente de livros de leitura.

A «Antologia da Literatura Portuguesa e Brasileira» é concebida como uma reunião de textos para leitura do português, que deve apresentar aos estudantes os mais notáveis escritores de todos os tempos das literaturas portuguesa e brasileira. O livro tem duas partes, uma dedicada às literaturas dos séculos XIII a XVIII e a outra dos séculos XIX e XX.

Neste volume incluem-se as obras mais características dos escritores portugueses e dos escritores brasileiros, desde o segundo quarto do século XIX até ao século XX, incluindo os contemporâneos.

Os fragmentos das obras literárias apresentados na Antologia são acompanhados de informações biográficas muito breves. Extremamente sucinta é a caracterização da obra dos diversos escritores, que é apresentada como uma simples referência e não pretende esclarecer todo o processo de desenvolvimento da literatura portuguesa e muito menos a tão complexa, por tão especificamente nacional, literatura brasileira. O volume do livro não permitiu dar mais amplo esclarecimento sobre cada uma das obras apresentadas na Antologia. Na escolha dos autores e dos textos incluídos na Antologia, tanto quanto possível, tomou-se em conta o valor artístico e informativo, o significado da obra no conjunto dos trabalhos literários do escritor, à medida em que se reflectem neste ou naquele texto as ideias fundamentais da obra, o grau em que esta obra representa o escritor, etc., etc. No entanto, a escolha das obras foi em certa medida limitada pela carência de livros destas literaturas na U.R.S.S. Tendo em consideração a circunstância dos textos da «Antologia», particularmente os da literatura mais antiga, deverem ser

Novo: fenistil®-retard
comprimidos de acção prolongada

no prurido de qualquer etiologia

fenistil®

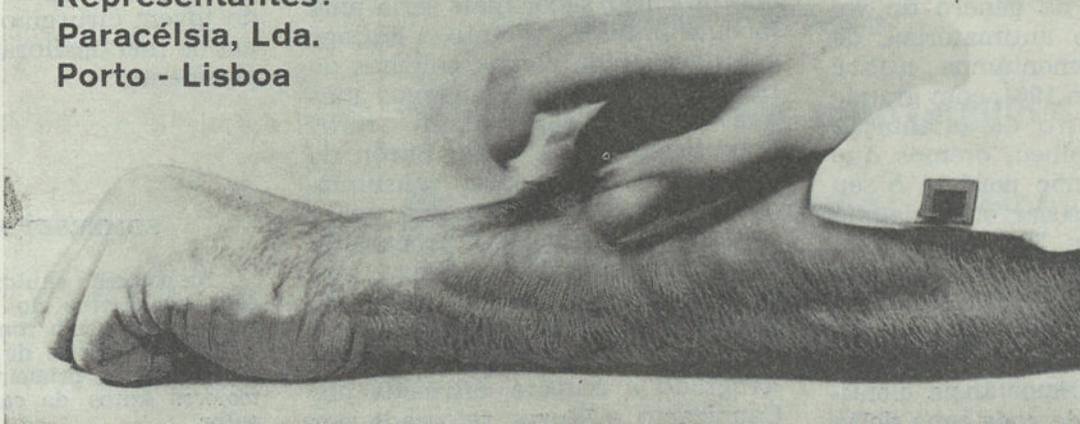
anti-pruriginoso
anti-alérgico

grajeias
gotas para uso pediátrico
comprimidos de acção prolongada (fenistil®-retard)

Zyma SA Nyon/Suíça



Representantes:
Paracélsia, Lda.
Porto - Lisboa



utilizados também para o ensino da História da Língua Portuguesa, os seus autores julgaram apropriado manter a ortografia das edições de onde foram extraídos os textos e não tentar uma unificação que eliminasse as diferenças existentes nas ortografias de Portugal e do Brasil e também aquelas dependentes da época da edição dos livros.

A referência correspondente às edições utilizadas e às fontes bibliográficas apresenta-se no fim do livro. Aí encontram-se também índices alfabéticos das obras e dos autores.

O objectivo deste livro é o de servir para leitura em auditório, nos cursos de língua portuguesa e em certa medida ilustrar os cursos de história da língua portuguesa e da literatura portuguesa e brasileira nas secções especializadas de ensino superior.

O livro pode também ser utilizado para aprendizagem autodidacta da língua e da literatura portuguesa, que despertam um interesse dia a dia crescente da parte de amplos círculos do público soviético».

RENÉ MARCARD — *A Aventura da Química* — Da Pedra Filosofal ao Átomo — Ed. Livros do Brasil, Lisboa — Colecção Vida e Cultura, 360 pág. — Trad. de Ramiro da Fonseca.

Trata-se dum livro de leitura agradável e instrutiva, de que o próprio autor nos adverte não ser obra de historiador, mas de simples «contador de histórias». Escrito em estilo fluente e de sabor literário, referindo inúmeras anedotas e pequenos apontamentos da vida das pessoas ou dos acontecimentos, nem sempre isentos de parcialismo, está longe de se poder considerar uma obra técnica ou didáctica de divulgação científica, no género do volume «Matéria e antimatéria», de Amaldi, que comentámos neste mesmo Jornal, em 1964, com grande elogio, mas, dentro da orientação que o autor escolheu, cremos que o leitor curioso não perderá o seu tempo se se debruçar com alguma atenção sobre as 360 páginas do volume, distribuídas muito desigualmente por quatro partes. Cada uma destas partes corresponde a período histórico próprio e não há qualquer relação entre a importância científica ou histórica de cada uma delas e o número de páginas que o autor lhe destinou.

Ao longo do texto são referidas as aplicações práticas de conhecimentos rudimentares que teriam sido o ponto de partida da química, a alquimia, a criação da ciência química, a química dos plásticos e a química de síntese e, finalmente, a química nuclear.

Na primeira parte, com 248 páginas são referidos: os países de origem, época pré-histórica, as velhas civilizações da China, Índia, Caldeia-Assíria, Hebreus, Fenícios, Egípcios, Gregos e Alexandria; a alquimia e os alquimistas, as ideias, os homens, teorias, a grande obra, misturas alquímicas; alguns «Filhos da Doutrina», Árabes, alquimistas europeus; reformadores e técnicos, reformadores, técnicos, sábios da renascença; alguns alquimistas do século XVI; os precursores da revolução química, século XVII, mestres de demonstradores, o Jardim Real de Paris; alquimistas do século XVII; químicos do século XVIII, a escola sueca; dois grandes químicos; alguns sinais precursores da revolução química, a alquimia no século XVIII; a revolução química, metais e metalóides conhecidos dos antigos, metais e metalóides conhecidos à data da morte de Lavoisier.

Na segunda parte, com cinquenta e três páginas, há uma advertência ao leitor e o capítulo: a sucessão de Lavoisier, «la belle époque», a grande época.

A terceira parte, com dezanove páginas, consta do capítulo: da oficina do ferreiro das Eyzies à era das matérias plásticas.

Na quarta parte, com vinte e seis páginas, é referida a alquimia moderna, da ficção à fissão.

Uma bibliografia sumária da primeira parte, com cerca de cento e quarenta referências, completa o volume.

No fim da terceira parte, a página 326, diz-nos o autor «graças ao progresso incessante da química teórica e da química prática, o mecanismo das reacções já não encerra segredos. Os problemas relativos à composição, à análise, à síntese dos corpos, parecem praticamente resolvidos, embora alguns pensassem que procurar saber mais seria uma loucura inútil. No entanto, a Esfinge guardava ainda alguns enigmas de reserva, mas muito longínquos mas quase inacessíveis. Assim, raros eram os émulos de Roger Bacon, de Arnauld de Villeneuve, consumindo-se com os seus grimórios, agora cobertos de equações, à procura da natureza íntima da matéria. É verdade que fora discutida interminavelmente pelos filósofos gregos, suspeitada por Dalton, prevista por Avogrado e Ampère, afirmada por Cannizzaro e Wurtz, reforçada por inúmeras hipóteses; mas nos tempos modernos não é possível suspender o progresso quando já se encontra em marcha; por isso os nossos contemporâneos andam de estupefacção em estupefacção desde que a era atómica souu, infelizmente com tanto ruído em Hiroxima e depois em Nagasaki».

E continua a páginas 354 «Os es-

pecialistas ainda não foram além dos princípios, mas, dada a espantosa rapidez dos progressos registados desde há uns anos para cá, é permitido pensar que num dia próximo teremos novos milagres particularmente «espectaculares». Criar à vontade corpos que não existem na Terra é realmente um prodígio; mas produzir a energia eléctrica em grandes quantidades, graças à fusão, parece muito mais desejável do que as hecatombes com que sonham os partidários da infernal bomba H. E, é evocando o sonho quimérico que durante longo tempo embalou a miséria dos velhos alquimistas, que eu terminarei esta pequena história da química, quadro infinitamente estreito para uma ciência cujo prodigioso desenvolvimento transformou profundamente a condição humana».

G. F.

ERNEST HEMINGWAY e outros — *Histórias de Paixão* — Colecção Miniatura — 249 págs. — Ed. Livros do Brasil, Ld., Lisboa.

O leitor de antologias só estará perfeitamente feliz quando fizer a «sua». De resto, outro qualquer que ponha sob a mesma capa várias histórias é réu de deixar de fora dois ou três favoritos. Suponho que boa regra é considerar uma antologia «boa» quando mais de sessenta por cento do material for de nosso gosto, sobretudo quando esse mesmo material for relativamente desconhecido.

São vários os tipos de paixão destas *Histórias* — a algumas delas será difícil aplicar o sentimento e até a designação de história (um ou outro texto são exercícios líricos sobre o amor). De alguns contos um discreto perfume de melancolia. O meu preferido do grupo: a vinheta do jovem cirurgião que na noite de lua de mel desflora a noiva... cirurgicamente.

G. G.

SOMERSET MAUGHAM

Na colecção «Autores de Sempre», da editorial «Livros do Brasil», acaba de aparecer mais um romance de Somerset Maugham: «Férias de Natal», que constitui, desde a primeira edição, um dos maiores êxitos da carreira literária do autor.

Romance profundo, palpitante de interesse e dessa humanidade tão característica das obras do grande romancista inglês, conta-nos uma história em que palpitam, por momentos, o amor e o crime, o luxo e a miséria — não em duros contrastes, mas, naturalmente, ao cego embate da onda eterna, na infinita maré da vida.

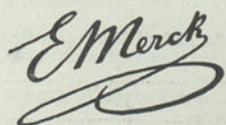
«Férias de Natal» inclui-se entre as obras de maior valor do imortal escritor britânico, que soube encarar a vida com a tranquila bonomia de um céptico e

A chave de um novo e
prometedor princípio
terapêutico

BONIFEN

(PIRITIOXINA)

- Favorece o metabolismo cerebral
- Aumenta o poder de concentração e a capacidade de atenção
- Elimina os estados de fadiga e de falência nervosa
- Regula o ritmo sono-vigília
- Melhora os sintomas involutivos, arterioescleróticos, pós-traumáticos e pós-encefalíticos



DARMSTADT

Representantes:

Merck Portuguesa, Limitada
Rua das Pretas, 26
Lisboa - 2

exprimi-la num estilo fluente e incisivo que escraviza a atenção do leitor e a domina.

A AVENTURA DA QUÍMICA

«A Aventura da Química», de René Marcard, descreve-nos a prodigiosa odisséia de uma ciência intimamente ligada à vida humana e ao seu progresso.

O homem da idade da pedra, a quem um dia acudiu a ideia de tratar as peles retiradas aos animais, com o intuito de evitar que a podridão as estragasse e de as aproveitar a fim de se abrigar do frio, foi indisputavelmente o primeiro químico do Universo. Jamais esse homem poderia prever que a Ciência que acabara de inventar conduziria os seus descendentes ao fabrico da bomba de hidrogénio.

Narrando-nos a aventura da Química, desde a pedra filosofal ao átomo, René Marcard pretendeu traçar a génese de uma ciência cujo desenvolvimento constitui um dos mais importantes factores da civilização em que vivemos. E conseguiu-o em absoluto. «A Aventura da Química» não é tão só uma verdadeira mina de anedotas, de ensinamentos que enriquecerão a pequena história: também clarifica uma das disciplinas básicas do conhecimento e aquela que precisamente mais sofreu, no consenso dos profanos, o contágio da magia.

É inquestionável que vivemos actualmente a idade áurea da Química: a idade das matérias plásticas, sobretudo a idade da energia atómica. A velha esperança da pedra filosofal é agora quase uma realidade, se a referimos às técnicas da Física nuclear. Resta ao homem escolher a maneira por que há-de aproveitar-se desta ciência que tem o seu quê de bruxaria: contra os terríveis males do século XX... ou contra ele próprio.

(«Ed. Livros do Brasil»)

ÉTICA E PSICANALISE

O novo volume da colecção «Ensaio» da Editorial Minotauro é um ensaio de Erich Fromm. Reagindo contra a moderna tendência de dissociar a ética da psicologia, o autor baseia a sua *Ética e Psicanálise* nos grandes pensadores da ética humanista do passado, ao mesmo tempo filósofos e psicólogos. Serve-se igualmente da sua experiência como psi-

canalista profissional e inspira-se na «força daqueles impulsos para a felicidade e saúde mental que fazem parte do equilíbrio natural do homem».

MÁRIO CESARINY DE VASCONCELOS

Na colecção «Teatro», a mesma editora publicou uma peça de Mário Cesariny de Vasconcelos: «Um auto para Jerusalem», inspirada no encontro do menino Jesus com os Doutores. O Cristo ainda jovem visto na sua humanidade, que bem pode responder por toda uma classe, e uns doutores em tudo semelhantes a muitos pseudo-intelectuais de hoje. A explanação irónica, subtil e poética dos problemas da família de Jesus, família humilde, sacrificada como milhões de outras, totalmente absorvida pela injustiça social e apouquetada com os problemas da sobrevivência imediata. E eis que se levanta a voz do menino, que faz tremar os doutores ao reclamar acção urgente e prática contra o poder tirânico de Herodes...

A CIVILIZAÇÃO DA RENASCENÇA ITALIANA

A Editorial Presença abriu a sua nova colecção Biblioteca Histórica com este clássico — Jacob Burkhardt — em tradução de António Borges Coelho. A arte, o pensamento, a política, as guerras, toda a vida da Renascença italiana ressusitam nesta obra extraordinária de um dos maiores historiadores do Renascimento. «A Civilização da Renascença Italiana» é uma obra fundamental da historiografia desta época, indispensável na biblioteca de todos aqueles que se interessam pelo conhecimento dos grandes momentos da história.

SHAKESPEARE

Associando-se às comemorações do nascimento de Shakespeare, e seguindo um plano já concretizado em 1963 com o aparecimento de Hamlet, publica a Editorial Presença, na sua Colecção Clássicos, duas das obras mais célebres da dramaturgia universal: «Macbeth», em tradução do poeta Manuel Bandeira, e «Sonho de uma noite de Verão», em versão de Charles David Ley e J. Gaspar Simões.

A IDEIA DE HISTÓRIA

Atendendo a que a bibliografia sobre a teoria da história é entre nós escassa, a publicação deste livro ganha uma relevância especial, tanto mais que se trata de uma obra assinada por um dos nomes mais eminentes da cultura inglesa deste século, R. G. Collingwood que procede a um estudo rigoroso, principiando pela análise das concepções teocráticas e mitológicas dos alvares da história e terminando na história científica do nosso tempo.

(Ed. Presença)

EÇA, DISCÍPULO DE MACHADO?

Sob este título apresenta a Editorial Presença, na sua Colecção Divulgação e Ensaio, um interessante estudo crítico do Professor Machado da Rosa — catedrático de estudos luso-brasileiros numa universidade norte-americana — sobre um dos maiores vultos da literatura portuguesa, colocando-nos perante o interessantíssimo problema das relações entre Eça de Queirós e Machado de Assis e a influência que tais relações exerceram em certos aspectos da obra do autor de *O Crime do Padre Amaro*.

MÁRIO BRAGA

No desejo de revelar modernas obras do teatro português, publica a Editorial Presença um drama deste escritor neo-realista, Mário Braga, já consagrado por um punhado de obras, e que busca pela primeira vez como meio de expressão o teatro. Esta *Ponte Sobre a Vida* desenvolve-se sobre a dualidade vida-morte, através da qual sobressaem as virtudes que o impuseram como contista.

FORMAÇÃO DE DIRIGENTES DE EMPRESAS

Na sua Colecção Enciclopédia, a Editorial Presença publica esta obra de Paul de Bruyne que trata duma maneira eficiente e clara dos problemas relativos à formação neste domínio de interesse cada vez maior na sociedade em que vivemos.



Anunciam neste número:

Abecassis	605	Carlos Farinha	562	Luso-Fármaco	535
Rua Conde Redondo, 64-1.º		Av. da Liberdade, 220-3.º — Lisboa		Rua do Queilhas, 14-2.º — Lisboa	
— Lisboa		Celsus	592	Medicamenta	551
Andrade	589	Rua dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Apartado 2 676 — Lisboa	
Rua Henrique Paiva Coucelro —		Ciba	603	Neo-Farmacéutica	595
— Venda Nova — Amadora		Avenida 5 de Outubro, 40 4 50		Avenida 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
Asclépius	544	— Lisboa-1		Paracélsia	609
Av Miguel Bombarda, 42-44 — Lisboa		Emerck	611	Rua Cândido Reis, 130-2.º — Porto	
Atral	555	Rua das Pretas, 26 — Lisboa-2		Pfizer	572
Av.ª Gomes Pereira, 74 — Lisboa		Ferraz Lynce	598	R. Rodrigo da Fonseca, 139 — Lisb.-1	
Augusto Veith	561	Rua Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		Quifabel	607
Avenida da Liberdade, 42 — Lisboa-2		Fidelis	566	Rua Visconde Seabra, 22-r/c-Esq.	
Azevedos	1.ª capa	Terras de Santana, 1 — Lisboa		Química Hoechst	543 e 575
Travessa da Espera, 3 — Lisboa		Instituto Pasteur de Lisboa	3.ª capa	Av. Duque d'Avila, 169-1.º — Lisboa	
Azulay	556	2.ª Circular, lote 9, Cabo Ruivo		Quimifar	549 e 2.ª capa
Rua Aurez, 100-2.º — Lisboa		— Lisboa-6		Av. da República, 2-3.º — Lisboa-1	
Barral	598	J. J. Fernandes	576	Saúde	565, 573 e 583
Rua do Ouro, 126 — Lisboa		Venda Nova — Amadora		R. de Santo António & Estrela, 44	
Bial	552 e 4.ª capa	J. Neves	580	— Lisboa	
Rua João Oliveira Ramos — Porto		Rua Coelho da Rocha, 79 — Lisboa		União Fabril Farmacéutica	599
Boehringer	540	L. Lepori	568	Trav. das Pedras Negras, 1 — Lisboa-2	
Av. António Augusto de Aguiar,		Rua da Imprensa Nacional, 86-88		— Lisboa	
104-1.º — Lisboa-1		— Lisboa-2		Unitas	585 e 597
Botelho & Rodrigues	564	La Roche	539	R. das Pedras Negras, 3 r/c — Lisboa	
Calçada Santo André, 16 — Lisboa-2		Rua do Loreto, 10 — Lisboa		Vitória	566 e 574
Canobbio	571	Laquisfa	591	Rua Elias Garcia, 26 — Venda Nova	
R. Damasceno Monteiro, 144 — Lisboa		Rua Apriglio Mafra, 2-2.º — Lisboa		— Amadora	
Carlos Cardoso	593	LPE Morrison L.da	558	Wander	601
Rua do Bonjardim, 551 — Porto		Rua Rodrigues Sampaio, 15-2.º-D.to		Rua Poeta Mistral, 2-2.º — Lisboa	
		— Lisboa		Zimaia	578
				Rua de Andaluz, 23 — Lisboa	



Quando a diarreia
prejudica o convívio . . .

STREPTOMAGMA*

*Frasco de 90 cc. de suspensão oral * Caixa de 12 comprimidos*



Os produtos IPL, Wyeth-Pasteur e Wyeth são produtos nacionais

* Marca registada

DERIVADOS BENZODIAZEPÍNICOS
DE CONSAGRADOS EFEITOS

ANSIOLÍTICOS
MIORRELAXANTES
ANTICONVULSIVOS

DIAZEPAM[®]
Bial

DIAZEPAM[®] 6
Bial

CÁPSULAS

7-CORO-1-METIL-5-FENIL-3H-1,-4
-BENZODIAZEPINA-2 (1H)-ONA

3 e 6 mg por cápsula

PRINCIPAIS INDICAÇÕES

- Ansiedade e tensão psíquica, com ou sem sintomatologia somática.
- Síndromes neuróticas e certos quadros psicóticos.
- Insónias associadas a ansiedade e tensão psíquica.
- Crises de violência dos psicóticos.
- Desequilíbrio emocional das parturientes.
- Dismenorreia uterina.
- Aceleração do parto normal.
- Aceleração do parto demorado por hipertonia uterina.
- Ameaça de aborto tardio.
- Ameaça de parto prematuro.
- Situações ósteo-mio-articulares com hipertonia muscular dolorosa
- Epilepsia e outros estados convulsivos.