

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 84
9 de Abril de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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



3 ACÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775



E

SUMÁRIO

	Pág.
BARAHONA FERNANDES — <i>Da necessidade da psicologia nos estudos médicos</i>	315
FONSECA, AURELIANO DA — <i>Legislação e organização da luta antivenérea em França</i>	316
CAYOLLA DA MOTTA, LUÍS — <i>Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica</i>	323

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Ecos dum Congresso de Medicina</i> — António Meliço Silvestre	283
<i>A propósito da burocratização</i> — Joaquim Pacheco Neves	287
<i>Ecos e Comentários</i>	288
<i>Crónica de Goa</i> — Ventura Pereira	290
<i>A Medicina do Ultramar</i> — Alexandre Sarmento	296
<i>O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes</i>	297



VITAMINA

F

Conjunto de ácidos gordos superiores não saturados
(ácidos linoleico, linolénico e araquidónico)

Estados eczematosos

Certos acnes

Estados de rugosidade e descamação da pele

Estados de carência de lípidos

Bisnaga de 30 g. 15\$00

Frasco de 30 c. c. 68\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

NO SIGNO DE HIPÓCRATES

LIII

Da necessidade da psicologia nos estudos médicos

pele Prof. BARAHONA FERNANDES

É bem certo que o progresso espiritual é muito mais lento e difícil que o progresso material. Não há porém que discorrer aqui sobre tema tão delicado. Apenas notar a disparidade, no campo do ensino médico, entre o relevo dado ao estudo das doenças corporais e dos padecimentos mentais, que afligem o Homem.

Salvo seja! mas quase parece que a Medicina se não distingue da Veterinária... Sem desprimor para ninguém, a verdade manda que se diga — um estudante de Medicina chega ao último ano do seu longo e penoso curso, sem que lhe tenham sido ministrados os mais rudimentares ensinamentos de psicologia. Que o Homem é um ser com *funções anímicas*, de não menos interesse que as *biológicas*, vive num *ambiente social e cultural*, que se exprime na textura da sua *Personalidade* e se repercute no conjunto do seu *organismo vivo*, tanto na saúde como na doença.

Sem Psicologia, o estudo das doenças esquece a *Pessoa* que sofre, o «caso» clínico perde todo o carácter *humano*. Ou serão os enfermos, que tratamos, apenas «seres» de laboratório, impessoais e despersonalizados?

Tudo isto e muito mais se tem dito e repetido nos últimos anos. Entre nós, desde 1937 — antes da era da «psico-somática» anglo-saxónica — que chamámos a atenção para a necessidade da introdução do ensino basilar da psicologia médica. Até à data apenas se tem ensinado a Psiquiatria num escasso semestre, como «especialidade», no mesmo ano que a Clínica Médica, a Cirurgia, a Pediatria e outras cadeiras, que absorvem, quase por completo, a atenção e os esforços dos alunos.

O próprio ensino oficial da Psiquiatria, solicitado desde o último quartel do século XIX, por homens como António Maria de Sena, Bettencourt Rodrigues, Miguel Bombarda e Júlio de Matos, só foi iniciado no nosso país com a reforma universitária de 1911. A Medicina Mental tem porém evoluído consideravelmente e sofrido radical transformação. De disciplina restrita, apenas familiar aos iniciados e acantonada no ambiente inacessível e esotérico dos velhos «Asilos» de alienados, a moderna medicina psicológica aproximou-se da clínica. Após longa ruminação expectante, tornou-se extremamente *activa* na *terapêutica* e na *acção social*.

Além do psicótico, passou a tratar também do neurótico, das reacções e atitudes psicopáticas e do simples desajustado social. Intervem na médico-pedagogia, na recuperação dos deficientes psíquicos e físicos. Põe grandes esperanças na *profilaxia psicológica* da criança, lança-se arduamente na campanha da *Higiene Mental*.

Na formação dos estudantes de Medicina, com vista à sua acção na clínica geral, importa menos o estudo especial das psicoses graves, que compete ao especialista, do que o diagnóstico das formas de começo das doenças mentais e a compreensão e diagnóstico das neuroses e das múltiplas e variadas perturbações somáticas funcionais, que pejam as consultas de clínica, médica, cardiologia, gastro-enterologia, ginecologia, dermatologia, etc. E também a *compreensão do sofrimento, da personalidade de todo o doente*, tenha ou não lesões orgânicas objectiváveis.

Esta lacuna do ensino era compensada pela intuição natural do jovem médico, inspirado nos exemplos dos seus Mestres e maiores — no estilo do «clínico» tradicional, o «médico de família», que sempre soube observar e tratar o *Homem doente* e não apenas a doença dos seus órgãos — ou do modelo, mais

actualizado e «científico», em que a «psicologia, corre o risco de se afogar sob o peso da «técnica». Em qualquer dos casos, um problema de tamanha importância apenas entregue ao arbítrio e à iniciativa de cada um. Tem-se contado com a transmissão da experiência no estágio hospitalar e na Clínica e com o tradicional escrúpulo, bom senso e humanidade dos médicos — a dádiva da sua personalidade, caldeada no convívio com o sofrimento e com as necessidades. As condições actuais de exercício de Medicina não se compadecem, contudo, com tal improvisação espontânea. Torna-se mister orientar o problema em mais sólidas bases.

A grande difusão e vulgarização da Medicina obriga-nos a preparar os futuros clínicos de uma forma mais sistemática, a combater os pontos de vista restrictos e pessoais. O excessivo particularismo dos estudos fragmenta e anula a visão do conjunto somato-psíquico do indivíduo. Assim atomizada e amputada da faceta psicológica, a *compreensão clínica do doente*, torna-se insuficiente e facilita os erros de diagnóstico. — A falha das técnicas perante as necessidades vitais e sociais do homem. A impossibilidade das radiografias e das análises apreenderem os imponderáveis psicológicos, da física e da química explicaram as reacções da Personalidade do doente!

Ao mesmo tempo, as modernas normas de vida exigem um maior rendimento e competição dos indivíduos, afastando-os das condições naturais. Acumulam-se os esforços, os conflitos, a repressão. As emoções exprimem-se em desvios funcionais dos órgãos, aumentando as neuroses e as doenças hoje chamadas «psico-somáticas» (úlceras gástricas, asma, etc.). Se o médico e a organização médica se não preparam para enfrentar estes novos problemas, aumentarão os insucessos dos remédios, dos agentes físicos, da cirurgia. Os doentes sentem-se tratados como autómatos, erram de clínica para clínica, de médico para médico. Desprestigia-se a Medicina...

Os psiquiatras, há muito sensíveis a esta situação, não se têm recusado a colaborar em prol da necessária campanha. Colaboração — repetimos — pois o problema transcende de muito as suas possibilidades, carece da intervenção coordenada de todos os médicos.

Por hoje queremos pôr apenas em relevo a *necessidade do ensino regular e oficial da Psicologia nas Faculdades de Medicina*, de modo a preparar os clínicos para esta tarefa.

A Clínica Psiquiátrica do Novo Hospital Escolar destina metade da sua lotação e grande parte das suas Consultas Externas para doentes não mentais — para neuróticos e perturbações somáticas com componentes funcionais, que interessa estudar e tratar do ponto de vista neuro-biológico e psicológico, quer dizer, sob o ângulo da sua totalidade psíquica e somática, com especial consideração dos factores emocionais e neuro-vegetativos.

A preparação para este estudo deve ser feita nos primeiros anos do curso, ao mesmo tempo que se professam as disciplinas fundamentais. Por esta razão o Conselho da Faculdade de Medicina de Lisboa, sob nossa proposta, repetidamente feita desde 1948, foi de parecer unânime que se incluísse um *curso de Psicologia* no 3.º ano dos estudos médicos, a par da Fisiologia e da Bioquímica e depois da Anatomia e da Histologia. É claro que não fazia sentido que a *patologia mental*, a *psico-patologia*, não fosse precedida do estudo de psicologia *normal*, da mesma

forma que o estudo da patologia somática pressupõe o conhecimento do organismo são.

O ensino da *Psicologia Médica* deve ser essencialmente concreto, visando a compreensão dos fenómenos anímicos, em especial no indivíduo em dificuldades, mal adaptado, que sofre e procura auxílio. Nada de academismos psicológicos, nem de psicologia teórica. Apenas os fundamentos gerais da Psicologia e as suas relações psico-fisiológicas e psico-sociais e a apreensão dos métodos mais importantes de observação. De contrário, perder-se-ia o nexo com o Homem vivo e actuante na comunidade, sem proveito para a Medicina prática.

A experiência dirá se não será mais vantajosa ainda a iniciação psicológica do estudante na altura das Semeologias, quando toma o primeiro contacto com as queixas e os problemas pessoais, que a doença envolve. Desejável seria, sem dúvida, escalonar o ensino em três graus, a distribuir em anos sucessivos:

1) *iniciação psicológica*, a par da fisiologia; 2) *Semiologia psicológica* e introdução aos desvios psico-patológicos ligados à clínica geral, acompanhando as outras semeologias; 3) *clínica psiquiátrica*, compreendendo elementos de psico-patologia, psiquiatria infantil, psicoterapia e higiene mental. No programa de algumas escolas americanas começa-se com a psicologia (aliás com uma nota psicanalítica excessiva) logo no 1.º ano, continuando-se o estudo escalonado durante 4 anos, num total entre 152 a 375 horas de aulas e colóquios práticos com doentes, em especial das consultas externas.

De forma alguma se pretende hipertrofiar o ensino especializado da matéria. Apenas ir pondo em relevo, a pouco e pouco, o colorido psicológico de todas as doenças, ao longo de todo o curso.

A importância da Psicologia nos estudos médicos tem sido, nos últimos anos, muitas vezes posta em relevo, tanto na Europa como nas Américas (Külpe na Alemanha, J. Delay e Ajuria-guerra em França, Sargent em Inglaterra, Leme Lopes e M. de Medeiros no Brasil, Lopez Ibor em Espanha, etc.).

No relatório da *Associação Médica Britânica* acerca do *currículum* médico no «treino» em medicina considera-se o ensino de psicologia como necessariamente ligado ao período

«pré-clínico», em relação com a anatomia e a fisiologia do sistema nervoso. Deve mostrar ao estudante o lugar essencial dos fenómenos mentais no estudo da estrutura e das funções normais do homem; deve-lhe dar padrões de referência para que possa apreciar os desvios do normal na sua prática e nos estudos clínicos; deve-lhe dar uma base lógica para a apreciação das relações entre o médico e o doente. As conexões sociais serão postas em relevo, assim como a integração da vida psíquica e biológica no todo da personalidade. O Comité britânico é de opinião que este ensino deve ser feito, de preferência, por um médico com experiência clínica psicológica.

A experiência pessoal do nosso meio mostrou que foram os próprios médicos a sentir a necessidade de mais firme orientação neste campo. Em 1948 solicitaram-nos um Curso Livre de Psicologia Médica, que desde então realizamos com os nossos colaboradores, em quatro séries de conferências sobre Psicossomática, Neuroses e Personalidade.

Dada a impreparação do comum dos médicos, torna-se contudo necessário um curso regular e sistemático, partindo dos fundamentos basilares, as funções psíquicas normais, a adaptação humana, a evolução da personalidade desde a criança, as atitudes, condutas e reacções sociais, etc., até ao estudo das perturbações neuróticas e psico-somáticas.

Não cabe neste lugar a discussão da orientação a seguir. Diremos apenas que para o Médico, o estudo de Psicologia se não deve dissociar da biologia, insistindo muito particularmente nas *correlações fisio-psicológicas e bio-sociais*, sem perder de vista a unidade organizada de todo o homem.

NOTA — Acaba de publicar-se o volume «Psychiatry and Medical Education» editado pela Associação psiquiátrica Americana com o Relatório da Conferência havida na Cornell University, Ithaca, N. Y. sobre a «educação psiquiátrica». O problema é visto do ângulo das necessidades de ensino nos U. S. A. Das 49 escolas de Medicina, 47 têm secções especializadas. Em 2 o ensino é feito com a Medicina interna. Em 36 escolas o ensino é feito, em todos os 4 anos do curso. Nos outros casos é feito noutras clínicas, com a psico-somática. A Psicologia é dada quase sempre sob o nome de «Psiquiatria», em contacto prático com o doente, nas consultas, enfermarias, discussões clínicas, etc.

Legislação e organização da luta antivenérea em França

AURELIANO DA FONSECA

(Chefe do Serviço de Dermatovenereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto)

(Conclusão do n.º 82)

A *educação do doente* é a primeira actividade da assistência social; começa a seguir à consulta médica. No gabinete do serviço social, o doente é esclarecido sobre a sua doença, das consequências que lhe podem resultar se deixar de se tratar, do grande mal que pode atingir os seus familiares. Por outro lado, o doente será informado das disposições legais do tratamento obrigatório, assim como da sua responsabilidade quanto ao contágio de terceiros.

A vigilância da continuidade e regularidade dos tratamentos é um dos papéis importantes do serviço social, dado que, infelizmente, um grande número de doentes tem natural tendência a desleixar-se no seu tratamento, passados os sintomas que os incomodaram e que os obrigaram a procurar um serviço médico, esquecendo as instruções que lhes foram dadas. Muitas vezes, este descuido resulta de complexos motivos que lhes perturbaram a vida e que involuntariamente os levaram a pôr de lado o tratamento da sua doença.

Para conseguir chamar o doente aos tratamentos, a assistente social terá que desenvolver todas as possíveis diligências, com o maior tacto, auxiliando, se necessário for, a remover os obstáculos que porventura tiverem sido a causa do doente suspender ou abandonar os tratamentos.

A *investigação de contactantes*, isto é, de pessoas que possivelmente tenham contagiado o doente, assim como aquelas

que talvez já tiverem sido contagiadas por ele, é, sem dúvida, o trabalho mais interessante sob o aspecto de serviço social, como também o mais delicado e importante.

É preciso conseguir a confiança do doente para que este revele as pessoas consideradas suspeitas e, ainda mais, conseguir que o doente colabore na condução dessas pessoas a uma consulta de dispensário, ou a uma consulta particular nas condições definidas por lei.

Não é fácil descrever em poucas palavras as dificuldades que surgem no desempenho desta função, assim como os meios a que é necessário recorrer para conseguir êxito sem criar atritos ou situações delicadas psico-sociais.

Finalmente, o *auxílio social* traduzir-se-á no estudo das circunstâncias sociais que determinam a disseminação da doença e na tentativa, pelo esclarecimento ou outros recursos ao seu alcance, em modificar as condições materiais ou morais que foram responsáveis. Um dos aspectos importantes do auxílio social será o da reabilitação das prostitutas.

Quando tão elevado objectivo se apresentar difícil, não deixará a assistente social, todavia, de dispensar auxílio moral... procurando despertar a necessária confiança que permita ter a mulher em vigilância directa, sobretudo no aspecto particular da sua inspecção sanitária.

Trata-se de um trabalho árduo que exige uma contínua

acção de presença. Para este serviço de prostituição, o departamento de Paris tem nada menos que 12 assistentes sociais, número aparentemente elevado, mas na verdade muito inferior às necessidades actuais e, sobretudo para o muito que neste aspecto há a fazer.

XI — A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PROSTITUIÇÃO

A primeira disposição oficial publicada relativa à organização sanitária da prostituição, data de 1884. É um regulamento essencialmente policial, segundo o qual toda a mulher considerada pela polícia como se dedicando à prostituição é inscrita e submetida a uma vigilância sanitária.

Esta determinação, porém, apenas foi executada nalgumas localidades e com resultados muito pouco satisfatórios, que foram bem expressos numa circular da Direcção de Assistência com a data de 1 de Junho de 1919:

Sobre a influência da indiferença e da rotina, a finalidade desta vigilância foi, em grande número de serviços, perdida de vista; é mesmo exercida o mais geralmente em condições tão mediocres que, longe de permitir a realização do objecto desejado, ela lhe fez obstáculo pela sua pouca utilidade e o descrédito que lançou sobre os organismos administrativos relativos à prostituição.

Apesar desta advertência, e das medidas que concomitantemente foram estabelecidas, as coisas continuaram praticamente no mesmo estado, o que justificou uma nova circular em 13 de Julho de 1929, em que se concretizou a melhor maneira de realizar a vigilância sanitária criando novas disposições para a tornar mais eficiente.

Segundo essa circular, os serviços de inspecção sanitária da prostituição devem ser organizados em todas as localidades dotadas de polícia do estado ou municipal, para a manutenção dos quais, a administração de higiene dará uma subvenção, se disso houver necessidade. Estabelece, seguidamente, as normas gerais de funcionamento dos respectivos serviços, cujos aspectos principais são os seguintes:

- 1) os médicos encarregados deste serviço sanitário, embora nomeados pela administração departamental com a aprovação do Ministro da Higiene, devem ser escolhidos entre os mais competentes em dermatosifigrafia e, se possível, entre os médicos já encarregados dos dispensários antivenéreos;
- 2) os locais de consulta devem ser escolhidos numa rua pouco frequentada e, tanto quanto possível, perto do bairro onde existe maior número de prostitutas, não esquecendo que as instalações devem ser convenientemente adaptadas ao seu fim;
- 3) admite-se a visita sanitária nas casas de tolerância, desde que as condições materiais sejam suficientes, devendo o médico ser acompanhado obrigatoriamente por uma mulher que o auxilie, qualificada e remunerada pela municipalidade;
- 4) as mulheres que possuam doença em período de contagiosidade devem ser hospitalizadas até ao desaparecimento das lesões contagiosas;
- 5) determina que as consultas médicas, se façam duas vezes por semana, pelo menos, com exame clínico e bacteriológico;
- 6) as visitas sanitárias às casas de tolerância devem também ser feitas duas vezes por semana;
- 7) as reacções serológicas devem ser frequentes e realizadas nos laboratórios centrais ou nos laboratórios privativos a organizar nos serviços sanitários da prostituição de maior importância, com a condição de lhe oferecerem todas as garantias;
- 8) os medicamentos necessários para os tratamentos são fornecidos gratuitamente nas condições que para os demais dispensários.

Estas disposições, criteriosamente estabelecidas, não tiveram, todavia, a geral compreensão e, por conseguinte, não tiveram o êxito que tinha sido previsto.

Para se avaliar o estado a que chegou basta referir que, em certas localidades, as mulheres com doença contagiosa, em vez de serem hospitalizadas e tratadas, eram, pelo contrário, muito simplesmente expulsas dessa terra, como o refere uma

circular de 20 de Dezembro de 1938 do Ministério da Saúde Pública.

Constatada, conseqüentemente, a falência dos métodos seguidos na luta antivenérea, quer no aspecto particular da prostituição, quer na acção desenvolvida pelos diferentes serviços dos dispensários, impunha-se a necessidade de uma revisão cuidada dos conceitos em vigor e o estabelecimento de uma nova legislação que pudesse garantir melhores resultados. Esta esperada legislação foi estabelecida pela lei de 31 de Dezembro de 1942 relativa à profilaxia e à luta contra as doenças venéreas (já referida atrás) e completada pela lei de 13 de Abril de 1946 que:

- a) interdita todas as casas de tolerância;
- b) suprime a inscrição policial das mulheres que se dedicam à prostituição;
- c) reforça as medidas contra a aliciação e proxenetismo;
- d) prevê a organização de um ficheiro de prostituição, exclusivamente sanitário e social, a substituir a vigilância sanitária anterior.

A organização deste ficheiro sanitário foi estabelecida pela lei publicada em 24 de Abril do mesmo ano (1946) e pelo decreto de 5 de Novembro de 1947, cujos textos são os seguintes: Lei de 24 de Abril de 1946:

Artigo 1.º — No Ministério da Saúde Pública em Paris é instituído, para todo o território metropolitano, um ficheiro central sanitário e social da prostituição.

O ficheiro sanitário da prostituição tem um carácter exclusivamente médico-social.

Este ficheiro fica sob a direcção do médico encarregado da profilaxia antivenérea do ministério, auxiliado por uma assistente social competente, e em relações com os serviços médico-sociais locais de vigilância sanitária da prostituição.

Artigo 2.º — O ficheiro sanitário social da prostituição tem por objecto:

- a) despistar as prostitutas com doença venérea que procuram fugir ao tratamento da sua doença;
- b) permitir a regularidade e a conclusão dos tratamentos prescritos pelos médicos encarregados da vigilância sanitária da prostituição;
- c) facilitar a reconstituição rápida da ficha sanitária de uma prostituta que tenha perdido aquela que possuía;
- d) juntar informações completas e precisas que possuam um interesse estatístico epidemiológico e sociológico indiscutível.

Artigo 3.º — O ficheiro sanitário e social da prostituição é constituído por meio de fichas cujo modelo é estabelecido pelo Ministro da Saúde Pública e que são fornecidas, por este último, ao ficheiro central, e a todos os serviços locais da inspecção sanitária da prostituição. Para cada prostituta, os médicos encarregados da vigilância sanitária da prostituição devem estabelecer, ou fazer estabelecer, pela sua assistente em dois exemplares as fichas seguintes:

- 1.ª — *Ficha pessoal*, com a fotografia da interessada, o nome, pronome, sobrenome, sinais e indicações do estado civil e o domicílio;
- 2.ª — *Ficha sanitária*, na qual serão referidos especialmente: os dados do primeiro exame, os resultados das análises serológicas periódicas, as hospitalizações por gonococia e os tratamentos anti-sifilíticos;
- 3.ª — *Ficha social*, contendo indicações sobre a situação familiar da interessada, idade em que se prostituiu, a profissão e a origem da prostituição.

O processo sanitário e social da prostituta é estritamente confidencial e não deve, sob nenhum pretexto, ser comunicado a um terceiro.

Artigo 4.º — O ficheiro sanitário e social da prostituição funciona nas seguintes condições: um exemplar do processo assim constituído será imediatamente transmitido a Paris, ao serviço central do ficheiro sanitário e social da prostituição; o outro exemplar, que será o processo móvel, seguirá a prostituta nos seus deslocamentos sucessivos.

Com este fim, quando uma prostituta abandona a cidade onde estava submetida à vigilância sanitária, o processo móvel será retirado do ficheiro local, para ser transmitido ao serviço central em Paris pelo médico encarregado da vigilância sanitária, ou a sua assistente social ou enfermeira.

Quando uma prostituta chega a uma cidade, o processo móvel será reclamado ao ficheiro central pelo médico, ou pela assistente do serviço de inspecção sanitária da prostituição nessa cidade.

Artigo 5.º — Todo o pessoal empregado no ficheiro central da prostituição, compreendendo o pessoal administrativo, é preso ao segredo profissional, sob penas previstas pelo código penal.

Decreto de 5 de Novembro de 1947:

Artigo 1.º — No ficheiro central da prostituição instituído para todo o território metropolitano pelo artigo 1.º da lei de 24 de Abril de 1946, deve figurar toda a prostituta, isto é, toda a mulher

que consente habitualmente em relações sexuais com um número indeterminado de indivíduos mediante remuneração.

Este ficheiro, que apresenta um carácter exclusivamente sanitário e social, é colocado sob a autoridade do Ministro dos trabalhos sociais e dos antigos combatentes, e sob a direcção do médico encarregado da profilaxia antivenérea, e auxiliado por uma assistente social. As indicações que aí figurem são confidenciais e não podem ser comunicadas senão aos serviços encarregados da profilaxia e da luta antivenérea.

Artigo 2.º — São inscritas no ficheiro todas as mulheres figurando já ou não sob os registos da política, ao encontro das quais existem presunções graves, precisas e concordantes, que permitam concluir que elas se dedicam à prostituição.

Deve figurar obrigatoriamente no ficheiro toda a mulher que tiver sofrido, seja uma condenação por delito de aliciação e quando ela tiver sido reconhecida portadora de doença venérea, seja uma condenação em recidiva pelo mesmo delito — ou que terá sido objecto de um julgamento ou de uma prisão por condenação de cujos motivos resultaram expressamente que ela se dedica à prostituição.

Artigo 3.º — A inscrição de uma mulher no ficheiro sanitário e social da prostituição é precedida da decisão de uma comissão chamada «Comissão departamental do ficheiro» presidida pelo director departamental da população, do médico encarregado do dispensário antivenéreo principal, de um representante da Ordem dos Médicos e de uma assistente social do serviço antivenéreo designada pelo governador e que desempenha a função de relatora.

Artigo 4.º — Oito dias antes da reunião da Comissão supra-indicada, o director departamental da saúde, convoca, por intermédio de uma assistente social, a pessoa interessada, dando-lhe conhecimento da sua intenção de provocar a sua inscrição no ficheiro sanitário e social da prostituição e convidando-a a comparecer perante a Comissão departamental.

A assistente social encarregada desta notificação fica habilitada a recolher e consignar as observações da interessada se esta renunciar expressamente a ser ouvida em pessoa pela Comissão departamental.

Quando a interessada não tiver recebido a notificação feita nas condições indicadas, o director departamental da saúde enviar-lhe-á uma carta registada, sem indicações do serviço de origem, com um novo aviso para se apresentar dentro de 15 dias a uma nova reunião da Comissão, cuja falta poderá ser seguida da sua inscrição compulsiva no ficheiro. Se se trata de uma menor considerada prostituta, o aviso supra-indicado é dirigido à pessoa que a possui legalmente à sua guarda.

Artigo 5.º — A decisão de inscrição por falta, tomada pela Comissão departamental do ficheiro, de acordo com a última parte do artigo anterior, deve ser notificada à interessada no prazo de 8 dias, em carta lacrada, registada, sem indicação do serviço de origem.

Artigo 6.º — Toda a pessoa cuja inscrição no ficheiro fora determinada por decisão da Comissão departamental, poderá, nos três dias seguintes à decisão, ou em caso de não comparência pessoal, nos oito dias da notificação prevista no artigo precedente, recorrer desta decisão a uma Comissão central do ficheiro, presidida pelo Ministro dos trabalhos sociais e dos antigos combatentes ou pelo seu representante.

A dita Comissão é composta pelo director geral de saúde, director geral da população, pelo médico encarregado da profilaxia antivenérea no Ministério, de um representante do conselho nacional da Ordem dos Médicos e de uma assistente social de um serviço antivenéreo designada pelo Ministro que funciona de relator.

A pessoa interessada poderá pedir para ser ouvida pela dita Comissão. A decisão será notificada à interessada nos prazos e formas indicadas no artigo 5.º acima indicado.

Artigo 7.º — O ficheiro sanitário social da prostituição constituido como é previsto no artigo 3.º da lei de 24 de Abril de 1947, funciona nas condições seguintes:

Um exemplar do duplo processo, organizado pelos médicos encarregados da vigilância sanitária, é transmitido a Paris ao serviço central do ficheiro sanitário e social da prostituição.

Um outro exemplar, chamado processo «móvel», segue a prostituta nos seus deslocamentos sucessivos.

Com este fim, quando uma prostituta abandona a cidade onde estava submetida à inspecção sanitária, depois de haver satisfeito as formalidades previstas na alínea do artigo 9.º, adiante exposto, o processo «móvel» é retirado do ficheiro local para ser transmitido aos serviços do ficheiro central em Paris, por intermédio do médico encarregado da inspecção sanitária, ou da assistente social ou enfermeira.

Quando uma prostituta chega a uma cidade, o processo «móvel» é reclamado ao ficheiro central pelo médico ou assistente do serviço de inspecção sanitária da prostituição nessa cidade.

Artigo 8.º — Toda a mulher inscrita no ficheiro sanitário e social da prostituição é obrigada a submeter-se a um exame médico bi-semanário, praticado seja por um médico venereologista agregado nas condições fixadas pelo decreto de 20 de Julho de 1943, seja num dispensário ou serviço antivenéreo agregado conforme as disposições do decreto de 31 de Dezembro e referido numa lista preparada pelo prefeito do departamento.

A primeira visita, depois da inscrição, comporta obrigatoriamente um exame clínico, serológico e bacteriológico (dos exsudados genitais).

Se a visita se fez num dispensário, ela será submetida, sempre que isso seja possível, a um exame radioscópico e psicopatológico.

Os exames ulteriores serão exames clínicos, aos quais se acrescentam um exame bacteriológico semanal a um exame serológico mensal. Os exames de laboratório devem ser praticados

nos laboratórios agregados pelo Ministro dos trabalhos sociais e dos antigos combatentes.

Artigo 9.º — Depois da sua inscrição no ficheiro, a interessada indicará ao director departamental da saúde, o dispensário, ou serviço agregado, ou o médico agregado que ela terá escolhido para fazer as visitas periódicas, sendo obrigada a participar toda a alteração que possa suceder nesta escolha.

Quando a pessoa inscrita no ficheiro mude a sua residência para outro departamento, deverá avisar imediatamente o director departamental da saúde do novo departamento onde vai residir.

Quaisquer que sejam os seus deslocamentos, toda a pessoa inscrita no ficheiro deverá poder provar na direcção departamental de saúde, segundo as modalidades que serão fixadas por disposição do governador, que ela não teve descontinuidade nas visitas periódicas previstas no artigo 8.º.

Artigo 10.º — Em cada departamento, uma disposição do governador, feita sobre preposição do director departamental da saúde, fixará as modalidades da aplicação dos artigos 8.º e 9.º mencionados e indicará, em particular, a lista dos médicos agregados e a lista dos dispensários antivenéreos nos quais as prostitutas poderão fazer a sua visita, com indicação dos dias e horas de consulta. Um exemplar desta disposição será remetido ou enviado às interessadas quando da notificação da sua inscrição no ficheiro sanitário e social da prostituição.

Artigo 11.º — Toda a mulher inscrita no ficheiro que renuncie à prostituição será irradiada a seu pedido. Ela enviará, para este efeito, uma petição ao director departamental da saúde, acompanhada de todas as justificações de modo bem fundamentadas. Essa petição será objecto de um inquérito feito por uma assistente social, a fim de verificar a veracidade das informações.

A irradiação só se torna definitiva passado um período de 3 meses, sendo então destruídas as fichas do seu processo.

A irradiação que é assim executada sem outra formalidade, não poderá dispensar a antiga prostituta atingida de uma doença venérea de observar as disposições da lei de 31 de Dezembro de 1942.

Em face da criação do ficheiro sanitário e social da prostituição, os partidários do abolicionismo interpretaram estas disposições como uma babil camuflagem da regulamentação. Ora a verdade é que estas medidas de vigilância sanitária das prostitutas resultaram da aplicação dum conceito profilático geral, de vigiar todas as pessoas que em virtude do seu género de vida são presumíveis contaminadores.

O problema da luta antivenérea é um problema epidemiológico, e como tal, devem ser-lhe aplicadas, na generalidade, todas as medidas habituais aplicáveis aos portadores de germens, aos quais a sociedade deve exigir que se ditem.

Foram estas deduções que justificaram a publicação duma circular ministerial em 20 de Maio de 1948 que esclarece:

«Estas novas disposições visam evitar a propagação das doenças venéreas, submetendo a uma vigilância sanitária regular as pessoas que, pelo seu género de vida, se tornam particularmente susceptíveis de contrair e de transmitir estas doenças. A prostituta não é, em face das pessoas encarregadas da vigilância sanitária senão uma mulher doente ou capaz de o ser, e que é necessário vigiar ou tratar, para evitar que transmita doenças de que ela própria pode ser afectada».

Como vemos, o combate à prostituição em França limitou-se até agora, nas disposições oficiais, unicamente a determinar o encerramento das casas de tolerância e a proibir a aliciação pública e o proxenetismo.

São modestos estes meios, bem longe de poderem dar resultados apreciáveis. Assim o compreendemos, de acordo com as deduções do Dr. Cavaillon no cinquentenário da fundação da Sociedade Francesa de Profilaxia e Moral, realizado em 29 de Maio de 1951:

«A lei de 1946 proíbe a aliciação e o proxenetismo; todavia, a aliciação e o proxenetismo florescem. As casas de tolerância estão fechadas; todavia muitos partidários das casas de tolerância dirão que, depois do encerramento destas, apareceram muitas casas clandestinas. Ora é preciso ser sincero: as casas clandestinas floresciam já anteriormente».

No entanto, também é necessário ser sincero noutra sentido: as casas clandestinas não têm certamente diminuído desde que as concorrentes foram fechadas, e nestas condições as casas interditas legalmente, funcionam abertamente, de modo clandestino, com o conhecimento daqueles que foram encarregados de aplicar a lei e que não a fazem cumprir».

É certo que o combate à prostituição é um problema bastante difícil, principalmente porque o grande contingente das mulheres que se dedicam à prostituição o fazem de modo clandestino, camuflado sob os mais subtis aspectos.

Compreender-se-á a delicadeza do problema, apreciando

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

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

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

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

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

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

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

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

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

Para tonificar a circulação e aumentar
a capacidade funcional do coração

Sympatol

INDICAÇÕES:

Hipotonia constitucional.
Hipotonia nas doenças infecciosas, depois de intervenções cirúrgicas e na convalescença.

Perturbações do ritmo cardíaco.

Debilidade secundária do coração (difteria).

APRESENTAÇÃO:

Sympatol liquidum 10 %
Frascos de 10, 25 e 100 g

Sympatol ampolas a 0,06 g
Caixas de 6, 30 e 100



C. H. BOEHRINGER SOHN, INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA.

Rua Actor Taborda, 13 — LISBOA-N.

algumas palavras que o Dr. Rabut escreve no seu relatório apresentado à Comissão das doenças venéreas em Junho de 1952:

«No relaxamento dos costumes que se agrava dia a dia, a prostituição profissional é progressivamente substituída por uma gama de mulheres que se entregam à prostituição acidentalmente. Muito próximo das primeiras, estão aquelas que possuem vários companheiros e recebem remunerações, mas para as quais o tráfico corporal não é o exclusivo meio de existência.

Depois é a mulher que trabalha regularmente e que aceita um encontro sexual remunerado para aumentar os seus recursos normais. Seguidamente, as raparigas de todos os meios que trocam a sua complacência por um jantar, uma sessão de cinema, um maço de cigarros, a satisfação de um desejo de coquetterie, etc.

A prostituição deixou de ser apanágio de uma pequena categoria de profissionais, invadiu toda a sociedade, através de uma remuneração ignóbil e inaparente e que está a levar à libertinagem um número cada vez maior de raparigas da melhor burguesia».

Na verdade, este estado de coisas piora dia a dia. A aliciação faz-se de uma maneira cada vez mais intensiva em todas as cidades francesas, mas principalmente em Paris, mesmo nas ruas mais elegantes, sob o olhar tolerante da polícia.

É impressionante verificar-se que tudo isto faz parte de um plano cuidadosamente estabelecido pelo sindicato «L'Amicale des Maitres d'Hotels meublés de France et des Colonies» que elaborou o seguinte documento:

«É recomendado aos homens e às mulheres de procurarem provocar escândalos desde o encerramento das casas de tolerância. Os homens deverão mostrar-se sádicos e as mulheres deverão desenvolver uma aliciação intensa, provocando os protestos das pessoas sérias, de modo a que sejam estas a reclamar a reabertura rápida e definitiva das casas de tolerância. Os corretores dos clubes e das agências de viagem devem provocar as reclamações dos estrangeiros — que já não se podem divertir.

As portas de certas casas, é preciso criar engarrafamentos para que os vizinhos protestem. Deverá evitar-se a regeneração das mulheres e castigar aquelas que o tentem fazer.

Para este efeito será conveniente manter o ficheiro das direcções das mulheres à disposição da «Amicale».

Com as mulheres que abandonem a profissão é necessário provocar incidentes com a ajuda dos nossos amigos da polícia. Numa palavra, criar uma era de escândalo e de agitação».

Este documento é bem esclarecedor das dificuldades que capciosamente se organizam em torno da solução do problema da prostituição.

Vamos agora apreciar os resultados que, apesar de tudo, se tem obtido dentro do aspecto sanitário da prostituição que podem ser considerados satisfatórios.

A organização do ficheiro sanitário e social da prostituição ainda não tem 4 anos e poderemos avaliar o que tenha sido o trabalho realizado, considerando que neste período, de 1949 a 1 de Novembro de 1952, foram elaborados 10.221 processos de inquérito médico-social, correspondentes a igual número de prostitutas inscritas, das quais 722 foram irradiadas a seu pedido.

A finalidade deste ficheiro tem sido de um modo geral bem compreendida e este facto é bem demonstrado pelos números que vamos indicar. Vamos apenas fazer referência ao departamento do Sena, dado que é a região mais importante neste problema da prostituição e também a mais difícil de trabalhar no aspecto social.

O número de prostitutas inscrito no ficheiro sanitário deste departamento era, até o fim de 1951, de 3.514; deste número, 2.272 mulheres são antigas prostitutas, que transitaram dos ficheiros da polícia, 79 foram obrigatoriamente inscritas, 308 aceitaram voluntariamente a sua inscrição proposta pelo serviço social e 855 foram espontaneamente pedir a sua inscrição.

O número total de mulheres inscritas é, sem dúvida, baixo e diz apenas respeito às mulheres que se dedicam à prostituição como profissão e que, portanto, são facilmente identificáveis pelos actos de aliciação pública.

Esta identificação poderia ser mais extensa se as autoridades policiais quisessem melhor colaborar com as entidades sanitárias e quisessem fazer cumprir o que está legislado. E não cumprem porque lhes não convém, porquanto, tem-se verificado que a própria polícia tem grande responsabilidade na manutenção e até no desenvolvimento deste flagelo social.

Isto foi o que se verificou em França, facto que não é inédito, que tem sido comum em todos os países. A este respeito é deveras interessante o que o Professor Paul Gemachling,

da Faculdade de Direito de Paris, disse no Congresso Abolicionista de Bonn de 1950:

«A polícia de direito comum, encarregada de reprimir qualquer acto que altere a ordem pública, deverá também ser a única autoridade a reconhecer os actos de aliciação pública.

Consequentemente, uma polícia de excepção como a polícia de costumes à qual estava tradicionalmente reservada até aqui a intervenção nestes assuntos, deve ser radicalmente suprimida.

Esta polícia, actuando clandestinamente e sem uniforme, tinha-se arrogado o direito de organizar para a sua conveniência a aliciação na rua.

Pelo seu contacto permanente com as prostitutas e os seus protectores, tinha chegado à conclusão que lhe era mais vantajoso tolerar um mal que combatê-lo e assim instituiu um regime misto de medidas arbitrárias e complacentes das quais tirava as mais escandalosas vantagens. Este inadmissível entendimento entre a polícia e o «meio» pode ser resumido na seguinte fórmula: *a política dos olhos fechados e de mão estendida*.

Esta polícia clandestina e corrompida deve desaparecer definitivamente. Foi esta polícia o principal obstáculo que até agora se tem oposto, nos países onde existe a regulamentação da prostituição, ao saneamento da rua e à adopção de qualquer medida eficaz contra a aliciação pública, assim como qualquer esforço que tenda à regeneração das mulheres.

A abolição desta polícia é condição fundamental para qualquer acção construtiva».

Evidentemente, que não se pode reconhecer na polícia de direito comum um valor moral incorruptível que a coloque numa situação de manifesta superioridade em relação à chamada polícia de costumes.

Por razões óbvias de ordem psicológica, aqui ou além, hoje ou amanhã, este ou aquele agente, mostrar-se-á complacente e, ao cabo, ficará directa ou indirectamente dependente da delinquente.

Ora, para atenuar isto, propõe-se inteligentemente a organização de uma polícia feminina com estatuto bem definido que lhe permita uma certa autonomia, dependente apenas da direcção superior.

Esta polícia deverá constituir uma elite; os seus elementos serão assistentes sociais com uma preparação especial, seleccionadas rigorosamente, tanto nas qualidades morais como de competência profissional.

A função destas agentes sociais é múltipla e complexa: principia por obter a confiança da mulher e estudá-la psicologicamente e socialmente, de modo a conseguir a sua regeneração.

No caso da mulher ter de ser enviada ao tribunal, a agente social terá que elaborar um relatório em que deverá propor as medidas de reeducação mais favoráveis com o fim de reintegrar essa mulher na sociedade.

Finalmente, a agente social terá que assegurar o cumprimento das medidas de regeneração preconizadas.

No caso, porém, da mulher declarar, ou se verificar, que se dedica à prostituição, de acordo com o que está legislado, a mulher será voluntariamente ou coercivamente inscrita no ficheiro sanitário e social da prostituição.

Certamente que, neste problema da prostituição, como aliás em todo o desenvolvimento da luta antivenérea, não se pode prescindir da colaboração da polícia (limitada claro está, às suas funções exclusivamente policiais), como vigilante do cumprimento das leis, no aspecto especial da aliciação pública, e informadora das autoridades sanitárias respectivas das pessoas consideradas suspeitas de se dedicarem à prostituição.

Por outro lado compete à polícia a aplicação de sanções aos indivíduos, indicados pelas respectivas entidades da luta antivenérea, que oferecendo perigo de contagiosidade se recusam a ser observados e tratados. Estão neste caso, obviamente, as mulheres que se dedicam à prostituição.

Naquelas cidades onde existe leal colaboração das autoridades policiais com as autoridades sanitárias da luta antivenérea, os resultados obtidos podem ser considerados muito satisfatórios.

A cidade de Marseille pode ser apontada como exemplo na organização da luta antivenérea, em especial no aspecto particular da vigilância sanitária das mulheres que se dedicam à prostituição, facto que merece ser tanto mais acentuado quanto é certo que se trata de uma cidade com uma fisionomia especial, atendendo a que é um porto de mar de importância extraordinária, com uma grande população flutuante e heterogénea e, consequentemente, possuindo um grande número de prostitutas

em trânsito, quer para o resto da metrópole quer para o norte da África.

A prefeitura da polícia desta cidade, a fim de melhor poder desempenhar a colaboração com as entidades sanitárias, criou um organismo especial e secreto, que recolhe e arquiva todas as informações que os diversos serviços policiais obtêm sobre a actividade de mulheres sobre as quais recaem suspeitas de se dedicarem à prostituição.

Estas informações são colocadas à disposição dos serviços antivenéreos, através das assistentes sociais do ficheiro departamental sanitário e social da prostituição, quer como ponto de partida para a organização de inquéritos, quer como fonte esclarecedora e complementar dos inquéritos ou processos que o Serviço social terá que organizar; em relação a cada presumível prostituta.

Claro está que, aqui como em toda a França, a elaboração dos processos destinados à possível inscrição de mulheres no ficheiro sanitário, assim como a vigilância e verificação do cumprimento dos seus exames clínicos e laboratoriais periódicos, é função e competência exclusiva do serviço social, em harmoniosa colaboração com os serviços sociais dos diferentes dispensários.

Por outro lado, como aliás não podia deixar de ser, todos os dados ou informações que o serviço social obtém e arquiva, são absolutamente confidenciais. e em nenhuma circunstância podem ou devem ser divulgados aos serviços policiais, nem mesmo a aqueles que colaboram na luta antivenérea.

O valor do ficheiro sanitário pode avaliar-se pelo facto importante seguinte: anteriormente, quando as inspecções sanitárias estavam entregues à polícia, o número de prostitutas que se apresentavam às inspecções não ultrapassava senão raramente os 20 %; enquanto que hoje, a percentagem de raparigas que regularmente e voluntariamente se apresentam às inspecções, varia entre 70 a 80 %, e nalgumas regiões como a de Toulon e de Marseille, este número é ultrapassado.

CENTROS DE REEDUCAÇÃO E DE REABILITAÇÃO

Um aspecto sem dúvida importante da luta contra a prostituição, diz respeito aos Centros de reeducação de raparigas que se dedicaram à prostituição.

Estas instituições, que são todas particulares, recebem, todavia, subsídios do Estado porquanto, são reconhecidas de fundamental necessidade e utilidade e, ainda, porque recebem a quase totalidade de raparigas menores que aí são enviadas pelas autoridades judiciais.

Vale a pena uma referência, ainda que de uma maneira muito superficial, aos dois seguintes centros: o Mosteiro de S. Michel em Chevilly-Larue (nos arredores de Paris) e o Abrigo Languedociano, em Montpellier.

O primeiro é um Centro de recolhimento, observação e reeducação, cujas instalações e orientação técnicas podem ser consideradas modelares.

Toda a rapariga aí recolhida é cuidadosa e cientificamente observada e analisada dentro de um ambiente de aparente liberdade, de modo a permitir a mais fácil apreciação das reacções da rapariga, observação que é feita no decorrer de diferentes actividades diárias, quer em actividades exclusivamente domésticas, quer durante as horas de descanso. Ao mesmo tempo, as raparigas são observadas por vários médicos de várias especialidades, por psicólogos, pedagogos, etc.

No fim de elaborado o processo, serão tiradas as necessárias conclusões em reunião de todas as pessoas que procederam aos estudos das aptidões da rapariga, com o parecer da conduta que mais se julgar aconselhável para a sua reeducação e, conseqüentemente, a sua reintegração no meio social.

Finalmente, o processo será enviado ao tribunal para decisão.

Depois, conforme os casos, a rapariga será entregue à família, ou enviada para qualquer centro de reeducação especial, ou permanecerá no Centro onde foi observada, para a sua subsequente reeducação.

É interessante referir que neste Mosteiro as duas secções de observação e de reeducação estão completamente separadas, de modo que as respectivas residentes nunca se encontrem, medida sem dúvida importante por razões óbvias.

O Abrigo Languedociano é uma organização bem dife-

rente da anterior, apenas dedicada a recolhimento e reeducação de prostitutas, seja qual for a idade.

Trata-se de uma modesta residência, situada num grande jardim, onde as raparigas vivem em regimen de absoluta liberdade (os portões estão abertos) e em ambiente familiar, a fim de permitir uma mais íntima convivência e, por conseguinte, melhor se poder acompanhar as reeducandas; o número de residentes é naturalmente limitado e são elas próprias que participam na conservação e na vida da própria casa.

São já muitas as casas deste género dispersas pelo país, mas, como é natural conceber-se, muitas mais são necessárias.

Os resultados obtidos, infelizmente, não atingem uma percentagem que possa impressionar, por várias razões.

Como se sabe, a quase totalidade das prostitutas principiou a sua vida ainda na puberdade, o que vale a dizer que é neste período da vida que se situam a grande maioria dos problemas que despertam ou favorecem a prostituição. Ora, segundo certas opiniões francesas, 50 a 75 % das menores prostitutas acusam debilidade mental com um nível de inteligência inferior à idade dos 12 anos, que é a idade mental considerada como limite necessário para que o indivíduo tenha a possibilidade de discernir o seu comportamento.

Por outro lado, encontram-se em grande percentagem anomalias de carácter mais ou menos acentuado que se traduzem por impulsivismo, instabilidade excessiva, sugestibilidade e fragilidade de senso moral.

O orgulho e a indocilidade algumas vezes apontadas como caracteres nas prostitutas, devem ser antes interpretados como uma reacção natural da mulher em face da sua própria situação.

A comprovar este facto, está a manifesta diferença no comportamento da mesma mulher quando é interrogada por um agente da autoridade policial que a trata com ignominioso desprezo e a assistente social que a trata com dignidade.

A restante percentagem de menores arrastadas à prostituição, 25 a 50 %, parece índemne de toda a anomalia mental, sendo a sua conduta influenciada quase exclusivamente por razões sociais.

Encarado assim muito superficialmente este problema, antevê-se as razões que justificam a dificuldade de reabilitar um grande número de raparigas prostitutas, reabilitação que todavia será tanto mais fácil quanto mais precocemente tiver sido a rapariga afastada do seu meio.

Mas, depois de reeducada a rapariga, possuidora de uma aptidão profissional, surge um outro problema não menos delicado, que é o da respectiva colocação.

Sem dúvida que estas raparigas necessitam de serem colocadas num ambiente de idoneidade moral, durante um tempo que deverá ser o mais longo possível; a maior parte daquelas pessoas que estão nestas condições, têm naturalmente certos escrúpulos em aceitar raparigas com antecedentes de prostituição.

CONCLUSÃO

Ponderado tudo quanto dissemos, podemos concluir que as normas legislativas da luta antivenérea em França satisfazem plenamente o fim desejado.

Certamente que a aplicação prática das leis, apresenta, num ou noutro aspecto, deficiências (algumas das quais foram referidas nestes apontamentos), que resultam, não de erros de conceito, mas, sobretudo, de falhas no cumprimento dessas leis e regulamentos estabelecidos.

Estas falhas, porém, nem sempre podem ser atribuídas às entidades responsáveis pela luta antivenérea, pois derivam de outras razões que lhes são estranhas.

A título de ilucidação, citarei alguns exemplos: dificuldades em organizar dispensários em locais onde a sua presença se torna justificada; deficiências e dificuldades no recrutamento de pessoal técnico, médico ou de serviço social, que se verificam em organizar dispensários em certos locais onde a sua presença se torna justificada; deficiências e dificuldades no recrutamento de pessoal técnico, médico ou de serviço social, que se verificam nalgumas regiões; deficiências na coordenação entre alguns serviços interessados na luta antivenérea; obstáculos criados pelas entidades policiais ainda não integradas no espírito social da luta contra a prostituição e o seu aspecto sanitário; dificuldades de organizar centros de recolhimento e de reeducação, etc.

Há, naturalmente, vantagem em desenvolver um maior

espírito compreensivo e de colaboração para uma melhor observância das normas determinadas, actuando de modo bem orientado e persistente, partindo do princípio de que não há dificuldades que não possam ser solucionadas e de que é sempre possível obter uma melhor organização e, conseqüentemente, melhores resultados.

Entre os problemas que exigem resolução, tanto quanto possível, imediata, e que me parecem fundamentais para se conseguir, ainda, uma maior eficiência nos serviços (e à volta dos quais se agrupam muitos outros problemas que logo terão solução natural), podemos destacar os seguintes:

1) melhor distribuição dos dispensários, de modo a facilitar a sua utilização, procurando dotá-los dos mais eficientes meios técnicos, quer em material, quer em pessoal médico, de enfermagem e de serviço social, de forma a garantir eficiência e confiança nos serviços prestados. Se possível for, estes dispensários deveriam ser sempre organizados em serviços hospitalares ou integrados em dispensários polivalentes.

2) dar maior desenvolvimento e amplitude ao serviço social especializado na luta antivenérea, quer na sua acção nos dispensários, quer, especialmente, no aspecto muito particular da vigilância sanitária e social da prostituição.

Neste último caso, a acção social deve apenas exercer-se através do ficheiro sanitário e social; a sua utilidade é primordial, e poderá mesmo tornar-se notável, se não for desvirtuado o seu conceito apenas social e sanitário. Necessita, porém, de ser equipado com um número suficiente de assistentes sociais, dependentes unicamente da autoridade sanitária encarregada da luta antivenérea.

3) procurar convencer as autoridades policiais de que não deverão interferir no problema da prostituição, que actualmente exige métodos especializados que só os técnicos sabem e podem manejar.

A acção da polícia neste aspecto, deverá limitar-se a participar aos serviços sanitários e sociais respectivos os nomes das pessoas suspeitas de se dedicarem à prostituição.

Vejam, agora, o número de doenças venéreas registado no Ministério da Saúde Pública, desde 1945 a 1952 inclusivé:

Ano	Sifilis recente	Blenorragia	Úlcera mole venérea	Doença de Nicolas-Faure	Total
1945	12.094	34.787	1.495	13	48.389
1946	15.454	29.906	1.060	16	46.436
1947	12.255	25.811	421	8	38.495
1948	8.681	24.257	327	11	33.276
1949	4.819	21.324	262	22	26.427
1950	2.773	17.888	178	18	20.857
1951	1.998	14.665	175	12	16.850

A diminuição do número de doenças venéreas deve ser atribuída, quer à elevada actividade terapêutica dos actuais medicamentos, quer à legislação e organização actuais da luta antivenérea.

Os resultados obtidos podem bem ser motivo de orgulho para as entidades sanitárias responsáveis pela luta antivenérea, traduzindo a eficiência duma organização que ainda não tem 10 anos de existência, e que foi posta a funcionar num período difícil para o país, o que torna ainda mais valioso o trabalho realizado.

(Notas coligidas numa viagem a França, como bolsheiro da «Organização Mundial de Saúde», para estudar a organização da Luta antivenérea naquele país).

ERRATA

Na parte publicada deste artigo no n.º 82 (pág. 286, 2.ª coluna), na linha 53.ª, em vez de «105 escolas» deve ler-se «55 escolas».

REVISÃO DE CONJUNTO

Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica

LUIS A. C. R. CAYOLLA DA MOTTA
(Médico da D. G. S., Interno dos H. C. L.)

1.ª Parte: (História, Etiologia, Patogenia, Anatomia Patológica e Epidemiologia)

I — INTRODUÇÃO

A parotidite epidémica é, como se sabe, uma doença infecciosa aguda causada por um vírus e caracterizada pela inflamação de uma ou mais das glândulas salivares (muito especialmente das parótidas) e, ainda, pela frequência com que aquele vírus se pode localizar, lezando, em outras glândulas (especialmente nas gónadas) e no sistema nervoso central. Dado o seu carácter sistémico, hoje bem comprovado, pensamos ser preferível o termo de *infecção parotidiana epidémica* ao de parotidite epidémica.

Por se não tratar de uma doença de notificação obrigatória entre nós, como de resto também o não é em muitos outros países do mundo, não podemos apontar quaisquer números acerca da mobilidade da doença em Portugal. Sabe-se, entretanto, que é uma doença bastante frequente, sobretudo nas escolas e quartéis, como é, de resto, a regra em todo o mundo.

Calcula-se hoje que mais de 75 % dos adultos entre os 20 e os 30 anos sofreram um ataque, típico ou atípico, pelo vírus parotidiano, embora cerca de 1/3 daqueles (33 %) sob forma assintomática.

Nos últimos anos, tem-se conhecido um número cada vez maior de formas atípicas, sem parotidite, e tem-se descoberto, por inquéritos sérológicos específicos, um número ainda mais elevado de casos subclínicos e inaparentes.

A sua principal importância reside na possibilidade que o vírus específico tem de poder lesar, não raramente, quer certas glândulas endócrinas ou outros órgãos de maior ou menor importância funcional, quer ainda o S. N. C.. Não são raros os casos em que a infecção marcou indelévelmente os indivíduos atacados, pela sua acção sobre as gónadas, o pâncreas, a tiroideia, as glândulas mamárias, os rins, etc., assim como também o não são aqueles e que ela foi causa de graves meningites e encefalomalías específicas, mortais umas, ou deixando as habituais consequências post-encefalíticas outras.

Não são raros, ainda, os casos em que a doença se manifesta exclusivamente no S. N. C. ou nas gónadas, etc., sem qualquer compromisso salivar.

Estes factos e os aperfeiçoamentos conseguidos nos últimos anos no campo do diagnóstico biológico desta infecção, levaram-nos a pensar que talvez valesse a pena apontar, brevemente, os processos de um seguro diagnóstico da doença e referir as suas formas neurológicas e outras menos habituais.

Como, entretanto, isso, só, teria um aspecto desconexo, pensamos acrescentar ainda a epidemiologia, a sintomatologia, o diagnóstico diferencial, o prognóstico e a terapêutica da infecção parotidiana, embora se trate de assuntos de conhecimento corrente, que apenas pretendemos reunir, rever, actualizar e resumir.

II — ETIOLOGIA

A doença, nas suas formas típicas, é conhecida desde o tempo de Hipócrates, que apontava já a frequência com que ela se acompanhava de orquite; mas o seu agente etiológico permaneceu desconhecido até há muito poucos anos.

A ideia de que o agente desta afecção devia ser um ultravírus, radicou-se sobretudo depois das experiências de Martha Wolstein (em 1916), que, pela inoculação de filtrados de salivas de doentes de parotidite epidémica, em parótidas de macacos, conseguiu reproduzir, nestas, alterações patológicas idênticas às encontradas nos casos humanos.

Ele só veio, entretanto, a ser isolado pela primeira vez em 1934, por Goodpasture e Johnson, nos U. S. A.. Partindo de filtrados de salivas de doentes, inocularam-nos a macacos rhesus (por injeção artavés dos ductos salivares) e, destes, conseguiram transmitir a doença a outros macacos e a voluntários humanos.

Ulteriormente, conseguiu-se a cultura do vírus em ovos embrionados de galinha, o que muito facilitou o progresso do estudo desta infecção.

Habel conseguiu cultivá-lo, primeiramente, no saco da gema e no saco amniótico. Mais tarde, Henle e Levens conseguiram adaptá-lo à corion-alantoideia de ovos de galinha, tendo provado, ao mesmo tempo, que as suas suspensões aglutinam facilmente eritrócitos humanos e de galináceos, exactamente como as do vírus da gripe.

Trata-se de um vírus cujo diâmetro médio oscila, segundo os diversos investigadores, entre 90 e 135^{nm}, podendo considerar-se, pois, um vírus de dimensões médias.

Estas descobertas e as reacções de fixação de complemento, criadas por Enders e colaboradores, tornaram possíveis estudos serológicos e epidemiológicos mais extensos e mais perfeitos, sobre esta doença. Provou-se, desta maneira, a existência de numerosos casos discretos, subclínicos e atípicos e, bem assim, a possibilidade da infecção evoluir muitas vezes sem qualquer envolvimento prévio das glândulas salivares, o que já era, de resto, suspeitado, de há um certo tempo, por alguns clínicos e, sobretudo, por muitos epidemiologistas (Enders, Maris, Henle, Wesselhoeft, Eberlein, Bang, etc.).

III — PATOGENIA

Parece hoje suficientemente demonstrado que a doença se inicia por uma infecção geral do organismo afectado, embora tal se não tenha ainda podido comprovar em todos os casos (Henle, Wesselhoeft, Meiklejohn, Sohler, etc.). Após esta breve generalização, o vírus fixa-se em certos órgãos glandulares, quase sempre nas glândulas salivares, através das quais se elimina.

Na grande maioria dos casos clinicamente evidentes, são as parótidas as glândulas mais frequentemente atacadas. Só em cerca de 70 % destes casos típicos, é o ataque parotidiano bilateral (Wesselhoeft).

Verifica-se o ataque clinicamente reconhecível das glândulas submaxilares em cerca de 10 % dos casos totais e o das sublinguais em cerca de 1 %, segundo o autor citado.

Ainda segundo este mesmo investigador, os testículos costumam ser atacados em cerca de 18 % dos casos, embora outros autores apontem percentagens mais elevadas, de 25 % até (E. Coutinho).

Em cerca de 8 % a 30 % dos casos, verifica-se uma meningite ou meningo-encefalite específica que, na maioria dos casos, costuma ser benigna. Mais raramente, pode dar-se uma encefalomielite, regra geral grave.

Isto mostra-nos bem o marcado neurotropismo deste vírus, o que, juntamente com outras características (como a eliminação pela saliva, as imagens citológicas da saliva dos doentes, etc.) lhe confere certas semelhanças com o vírus rábico. (Sohier).

Outros órgãos podem ainda ser atacados pelo vírus, quer secundariamente à sialoadenite, como é mais frequente, quer mesmo primariamente e sem qualquer sinal subsequente das glândulas salivares. Já foi, por exemplo, possível demonstrar a infecção dos seguintes órgãos: ouvidos médio e interno, algumas estruturas dos globos oculares, glândulas lacrimais, alguns nervos (óptico, acústico, facial, trigémio, etc.), tiroideias, timo, pâncreas, ovários, glândulas mamárias, epidídimo e, mais raramente, fígado, baço, articulações, vias aéreas superiores, rins,

supra-renais, apêndice ileo-secal, miocárdio e endocárdio. (Wesselhoeft, Meiklejohn, Enders, Henle, Greene, Heeren, Maison-dieu, Rosenberg, von Rooyen, Gordon, Dingles, Sciaux, Feiling, Lesné, etc., etc.).

Julgamos que todos estes factos contribuem para a crença da existência de uma infecção geral prévia do organismo humano pelo vírus parotidiano, o qual mostra possuir um tropismo especial para os parenquimas glandulares e para o S. N. C..

IV — ANATOMIA PATOLÓGICA

As imagens anatomopatológicas, encontradas nos órgãos atacados pelo vírus, parecem não ter nada de muito específico que as caracterize. Estes exames anatomopatológicos têm sido, entretanto, muito raros, por se tratar de doença de baixa mortalidade.

Nas glândulas salivares atacadas, que têm sido os órgãos melhor estudados nesta infecção (sobretudo depois dos trabalhos de Goodpasture e Johnson, em macacos inoculados experimentalmente), verificam-se marcadas alterações das células dos ácinos glandulares, alterações estas que podem levar à desintegração, mais ou menos completa, destes últimos, embora nunca de todos. Ao lado destas imagens, verificam-se alterações intersticiais, com exudado sero-fibrinoso e infiltrações, de células linfocitárias, perivasculares e peritubulares. No lume dos ductos salivares, vêem-se células necrosadas, restos celulares e numerosos polimorfonucleares. Na cápsula das glândulas atacadas, constata-se congestão vascular e pequenos focos hemorrágicos.

O edema inflamatório intersticial estende-se aos tecidos vizinhos, podendo, quando intenso, invadir o nervo facial, o ouvido interno, o nervo acústico, a faringe e até a laringe, com evidente prejuízo funcional daqueles órgãos.

A recuperação dá-se, entretanto, com habitual *restitutio ad integrum* das glândulas salivares atacadas e das suas estruturas vizinhas.

Já o mesmo nem sempre sucede na orquite parotidiana, em que podem surgir sequelas funcionais derivadas de lesões irreparáveis. As biópcias, efectuadas nestes casos, têm revelado marcadas e extensas zonas de degenerescência e de necrose do epitélio germinal, com conglomerados de fibrina, restos celulares e leucocitos polimorfonucleares no lume dos tubos seminíferos; ao lado destas lesões, verifica-se marcada congestão vascular, edema intersticial inflamatório com exudado serofibrinoso e infiltrações linfocitárias perivasculares e, ainda, alguns focos hemorrágicos. As lesões necrosantes, que excepcionalmente se podem estender até ao epidídimo, são habitualmente focais, permanecendo, quase sempre, alguns tubos seminíferos íntegros.

No pâncreas, atacado pelo vírus, as imagens encontradas são muito semelhantes às descritas no testículo.

As imagens inflamatórias de outros órgãos, embora insuficientemente estudadas visto se tratar de uma doença de fraca letalidade, não parecem revelar, igualmente, senão sinais de uma inflamação serofibrinosa e de infiltrações linfocitárias perivasculares, acompanhadas de congestão vascular.

Têm sido melhor estudadas as imagens citológicas da saliva dos doentes, o que se tem utilizado, com certo êxito, como meio auxiliar de diagnóstico desta afecção. Esses estudos, aperfeiçoados nos últimos anos, devem-se, sobretudo, à equipa de investigadores da escola de Lyon (R. Sohler).

Tivemos, recentemente, ocasião de trabalhar com R. Sohler em Paris (*) e de estudar este método, que nos parece simples e prático como diagnóstico de presunção, sobretudo nos casos em que não há hipertrofia glandular comprovada.

As imagens referidas como típicas, ao exame citológico da saliva dos doentes, são, em resumo: imagens celulares, sobretudo de polimorfonucleares mas também de células epiteliais pavimentosas e de macrófagos, muitíssimo alteradas, não sendo raro verem-se núcleos nus, sem citoplasma, o que se não encontra na saliva de um indivíduo normal. O estudo histológico dos cortes de inclusão, em parafina, do coágulo de centrifugação da saliva dos doentes, quando ela é colhida directamente do canal de Stenon, costuma revelar corpúsculos hialinos de inclusão,

(*) «Curso sobre o diagnóstico biológico das doenças transmissíveis da infância» — Centre International de l'Enfance, Paris, Out.-Nov., 1952.

ANTIBIÓTICOS FIDELIS**FIDELCILINA**

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

FIDELMICINA

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

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

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

APRESENTAÇÃO**FIDELCILINA**

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

FIDELMICINA

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



LABORATÓRIO FIDELIS
Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

ERITRAN

COM GLUCONATO FERROSO

QUADRO — RESUMO DA EXPERIÊNCIA DE DAVID HALER

(BRIT.-MED. JOURN. 1952, 2 pág. 1241, 6/12/1952)

AUMENTO MÉDIO DIÁRIO DE HEMOGLOBINA em percentagem		AUMENTO MÉDIO DE HEMOGLOBINA em gramas %		DOSE TOTAL MÉDIA DE FERRO UTILIZADA VEL MINISTRADA em miligramas		COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DO FERRO		PERÍODO MÉDIO DE TRATAMENTO em dias	
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B
1,02 %	1,49 %	2,9 %	3,4 %	4,900	1,359	18,1	28,3	21,7	17,8

GRUPO A — Doentes tratados com preparados de ferro inorgânico.
GRUPO B — Doentes tratados com preparados de ferro orgânico (gluconato ferroso)

- MAIS ACENTUADO AUMENTO DE HEMOGLOBINA
- MENOR PERÍODO DE TRATAMENTO
- MENOR DOSE TOTAL DE FERRO MINISTRADA
- COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DE FERRO EXTRAORDINARIAMENTE MAIS ALTO
- MELHOR TOLERÂNCIA. AUSÊNCIA DE FENÔMENOS SECUNDÁRIOS

ASSOCIADO A TODAS AS VITAMINAS QUE INFLUEM NA HEMOPOIESE, O GLUCONATO FERROSO, QUE É DOS SAIS DE FERRO O MAIS EFICIENTE E MELHOR TOLERADO, FAZ DO **ERITRAN** O COMPOSTO HEMATÍNICO DE ESCOLHA.

COMPOSIÇÃO	DRAGEIAS	ELIXIR
Gluconato ferroso . . .	325 mgrs.	4,070 grs.
Vitamina B 12 . . .	0,001 "	0,0125 mgrs.
" B 1 . . .	3 "	38 "
" B 2 . . .	2 "	25 "
" B 6 . . .	2 "	25 "
" P P . . .	15 "	200 "
" C . . .	25 "	320 "
Excipiente q. b. p. . .	Uma drageia	100 grs.
APRESENTAÇÃO	25 drageias	200 grs.
POSOLOGIA	3 a 6 drageias	3 a 6 c. de chá



nas células menos danificadas, sobretudo em macrófagos. Julga-se que estas imagens correspondem a aglomerados intracelulares do vírus.

Estas «imagens salivares» da parotidite epidémica são bastante semelhantes às encontradas, por vezes, na saliva dos homens e animais sofrendo de infecção rábica (Sohier).

V — EPIDEMIOLOGIA

A) — Transmissão

A transmissão desta infecção faz-se, de homem para homem, por contacto directo, parecendo ser as gotículas de saliva o único vector do vírus.

Este parece poder penetrar no organismo humano por via oral ou inalatória e, após prévia disseminação hemática, fixa-se nos tecidos glandulares, especialmente nas glândulas salivares, através das quais se pode eliminar, completando assim o seu ciclo vital, pela possibilidade de transmissão a outros indivíduos susceptíveis.

Está averiguada a importância que têm, na transmissão da doença, os casos subclínicos e latentes e, até, formas exclusivamente neurológicas e outras formas atípicas, também e sempre através da saliva, ainda mesmo quando não há qualquer envolvimento aparente das glândulas salivares. São também conhecidos, nesta como em tantas outras infectopatias, portadores-disseminadores são, cuja importância epidemiológica é óbvia (Meiklejohn, Wesselhoeft, Henle, Enders, Maris e tantos outros).

Embora a transmissão por contacto indirecto pareça também poder ocorrer, deve ser raríssima, visto o vírus específico ser muito frágil e succumbir rapidamente no meio exterior (Ender, E. Coutinho).

Apesar destas limitações, a transmissão desta infecção está muito espalhada, sobretudo nos meios urbanos, onde está averiguado que mais de 3/4 dos adultos sofreram, no decurso da sua vida, um ou mais ataques pelo vírus específico, embora naturalmente 1/3 ou mais daqueles tenham sofrido apenas formas subclínicas ou inaparentes (Afzelius, Maris, Enders, Henle, Dingles e outros).

Maris, efectuando inquéritos serológicos específicos entre 592 indivíduos de todos os grupos de idade, encontrou 64 % positivos. Destes, só 75 % referiam história de parotidite epidémica.

Este mesmo autor, verificou ainda que, entre os contactos dos casos de parotidite epidémica típica (conviventes), se encontram até 65 % de casos revelando sinais serológicos inequívocos da infecção, embora nenhum deles manifestasse quaisquer queixas clínicas.

Dingles e colaboradores, em 97 adultos, encontraram 84 % serologicamente positivos, com títulos significativos. Destes, apenas cerca de 60 % tinham um passado conhecido de parotidite epidémica, o que nos mostra poder subir a 40 % a percentagem de casos subclínicos ou latentes. Entre os conviventes dos doentes, a percentagem de indivíduos serologicamente positivos mas sem doença, encontrada por Dingles, oscila entre 40 % e 65 %.

Gordon, Greene e Heeren afirmam mesmo que cerca de 90 % dos indivíduos com mais de 15 anos e vivendo em meio urbano, já sofreram, pelo menos, um ataque, aparente ou inaparente, desta infecção.

Estes resultados e outros semelhantes, de diversos investigadores americanos e ingleses, provam amplamente as nossas anteriores afirmações, de que a infecção parotidiana se encontra extensamente espalhada e que a sua transmissão se faz muito mais largamente do que anteriormente se pensava, assim como ainda nos revelam que, naquela transmissão, os casos atípicos e, sobretudo, os casos latentes e subclínicos desempenham um papel fundamental.

B) — Morbilidade e Distribuição Geográfica

Conhece-se a existência da doença nos cinco continentes, sendo sobretudo frequente nos meios urbanos, militares e industrializados.

Não é possível citarem-se, entretanto, quaisquer números,

nem sequer aproximados, sobre a sua morbilidade nem sobre a sua mortalidade. Isto, porque só em alguns países ela é de notificação obrigatória e, ainda, porque, sendo bastante baixa a sua letalidade, não é habitualmente especificada nos mapas estatísticos de mortalidade.

Na Europa, por exemplo, a notificação dos seus casos só é obrigatória em 12 países — Bélgica, Bulgária, Espanha, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Itália, Noruega, Polónia, Suécia e Suíça — e, mesmo nestes, as estatísticas que se lhe referem são incompletas e irregulares.

Conseguimos compilar alguns números referentes às suas morbilidade e mortalidade, em alguns países do mundo, mas referentes apenas a um curto período de 8 anos (1939-1946). Meramente a título de curiosidade e ainda porque, da sua consulta, se podem tirar algumas conclusões de interesse epidemiológico, citamos aqueles números (*Quadro I*).

Pelo exame daquele quadro, que, de resto, não abrange sequer todos os países em que a doença é de declaração oficial, facilmente se constata que existem, por vezes, enormes diferenças entre as morbilidades de alguns anos consecutivos. Estas grandes variações epidémicas que, às vezes, se verificam, de ano para ano, nos mesmos locais geográficos e que não parecem seguir nenhum ritmo regular, são típicas desta infecção (Wesselhoeft, Meiklejohn, Maris, etc.).

Constata-se ainda que o maior número de casos se parece verificar nos países das zonas temperadas e, particularmente, nos países setentrionais.

Verifica-se ainda, facilmente, que as suas morbilidade e letalidade são bastante baixas. A sua letalidade é, entretanto, um pouco mais elevada nos países de mais baixo nível sanitário geral, como se pode verificar pela consulta ao quadro referido.

Atribuimos este facto a um maior número de infecções e outras afecções intercorrentes ocorridas nos casos de parotidite epidémica, naqueles países, e que são a principal causa da mortalidade nesta doença, sobretudo entre as crianças com menos de 5 anos de idade.

Pelo que atrás se disse, é evidente que os números indicados pelo nosso quadro são muito inferiores aos números totais de infecções parotidianas que realmente ocorrem naqueles países.

C) — Incidências Epidemiológicas Principais

Embora os casos de parotidite epidémica possam surgir, isoladamente, durante todo o ano, eles ocorrem, sobretudo, sob a forma de epidemias.

Estas, são mais frequentes em uma ou outra estação do ano, conforme a localização geográfica dos países em que surgem. Assim, por ex., nos U. S. A. o maior número de casos e as principais epidemias verificaram-se, regra geral, no inverno, enquanto que na Inglaterra se verificam antes na primavera; entre nós, como no resto da Europa, o maior número de casos surge do outono à primavera.

Note-se que podem surgir epidemias em qualquer altura do ano, até mesmo durante o verão, sobretudo nos meios rurais.

Outras vezes, não se verificam, mesmo durante alguns anos seguidos, epidemias propriamente ditas, sucedendo-se os casos, de uma maneira aparentemente dispersa, ao longo de todo o ano, embora quase sempre em maior número nas estações mais frias. Isto é naturalmente devido à maior promiscuidade e à quebra de resistências gerais verificadas naquelas estações.

A doença é muitíssimo mais frequente em meios urbanos do que em meios rurais, apenas porque naqueles se verificam muito mais oportunidades para o contágio directo.

São estes factos que explicam, também, a grande incidência da infecção em todos os meios colectivos, especialmente quando formados por populações habitualmente ídemnes: quarteis, fábricas em meio rural, tripulações de navios, liceus, escolas, etc.

Trata-se de uma infecção da infância, sendo particularmente frequente entre os 5 e os 15 anos, embora estejam descritos casos típicos desde 1 dia de vida até 99 anos de idade (Wesselhoeft, Meiklejohn).

Entretanto, é rara nos primeiros seis meses de vida e mesmo até ao ano de idade, parece que por imunidade passiva

QUADRO I

PAROTIDITE EPIDÉMICA

Número de casos e mortes oficialmente notificados de 1939 a 1946, em alguns países

PAÍSES	1939		1940		1941		1942		1943		1944		1945		1946	
	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M
ÁFRICA																
Angola	377	—	167	—	142	—	298	—	225	—	137	—	294	—	679	—
Egipto	1.962	28	1.704	27	1.755	19	1.453	30	1.449	31	1.063	30	1.743	27	1.290	13
Rodésia do Sul	386	—	228	—	211	—	164	—	669	—	563	—	566	—	128	—
AMÉRICA																
Alaska	12	—	4	—	340	1	1.102	—	529	1	88	—	53	—	143	—
Canadá	5.844	—	13.498	—	22.936	19	52.344	46	48.304	35	19.819	5	20.400	28	26.056	10
Chile	796	2	409	4	3.000	21	2.379	4	1.950	9	904	2	444	8	1.021	5
Estados Unidos	131.826	118	118.374	118	199.609	111	287.150	168	203.046	99	177.526	60	198.206	54	161.735	52
Guatemala	180	1	177	—	90	—	201	—	406	6	897	6	1.514	12	510	8
México	—	—	—	6	3.065	6	5.017	14	4.711	23	3.276	13	2.476	4	2.685	4
Uruguai	685	—	268	—	73	—	193	—	187	—	764	—	837	—	2.105	—
ÁSIA																
Irak	2.233	—	2.804	—	3.514	—	3.736	—	4.256	—	5.686	—	4.692	—	4.442	—
Palestina	—	—	431	—	402	—	377	—	110	—	140	—	152	—	325	—
EUROPA																
Bulgária	2.539	2	1.729	3	1.112	0	2.005	9	4.867	8	2.746	2	5.096	1	3.859	0
Dinamarca (sem as ilhas Féroé).	2.097	0	1.670	2	22.573	2	61.571	23	3.732	2	1.310	3	1.292	0	13.733	1
Finlândia	—	5	—	6	—	9	—	5	3.093	6	4.349	2	5.235	4	10.607	1
Grécia	1.209	0	916	2	37	1	50	0	539	2	139	0	1.322	6	6.733	0
Islândia	0	0	1	0	197	0	5.034	1	601	0	13	0	0	0	4	0
Itália	10.279	12	18.190	5	22.295	8	26.882	10	15.740	—	2.132	—	1.544	—	11.054	—
Noruega	4.805	3	6.822	3	7.977	9	14.734	3	13.959	3	3.175	0	1.260	2	2.292	1
Suécia	3.576	0	3.574	0	5.063	1	10.623	1	11.108	7	4.261	2	3.558	1	—	0
Suíça	1.222	2	807	0	973	1	1.764	2	1.897	3	1.551	0	2.799	0	4.749	1
Turquia	41	—	69	—	15	—	33	—	18	—	2	—	47	—	0	—
OCEÂNIA																
Hawai	1.701	—	259	—	182	—	522	—	3.150	—	2.902	—	500	—	255	—

C — Número de casos registados oficialmente.
M — Número de mortes registadas oficialmente.

«Statistiques Epidémiologiques et Démographiques Annuelles de l' O. M. S. ».—1939/1946—II parte, pág. 283; Geneve, 1952.

transmitida pelas mães. Acima dos 20 anos é também rara — como atrás se disse, após esta idade cerca de 3/4 dos indivíduos estão já imunizados por infecção natural, aparente ou inaparente —, especialmente nos meios urbanos. Acima dos 30 anos é excepcional.

A predominante incidência infantil é muito mais marcada nos meios urbanos do que nos rurais, onde não é rara a doença nos adultos, sobretudo quando estes entram em contacto com qualquer colectividade importante. É este facto que nos explica a frequência desta afeição entre os mancebos de meios rurais quando chamados à vida militar.

Segundo Gordon e colaboradores, enquanto que em meio urbano, cerca de 90 % dos indivíduos com mais de 15 anos já sofreram a infecção — *sensum latum* —, em meio rural essa percentagem é só de 10 %.

Os centros urbanos constituem, assim, os reservatórios de vírus, naturalmente através dos portadores-disseminadores sãos e dos casos subclínicos.

Os casos esporádicos, verificados ao longo de todo o ano, devem dizer respeito às infecções mais intensas ou virulentas, ou às que ocorrem em indivíduos sem qualquer imunidade parcial, por contactos prévios.

As epidemias urbanas, devem-se a quebras gerais de resistência das populações urbanas, que sempre se verificam nas estações mais frias e húmidas do ano, bem como a quaisquer factores que permitam um melhor contacto directo entre indi-

víduos susceptíveis (como, por ex., períodos escolares, etc.) e, naturalmente, ainda a outros factores desconhecidos, dizendo, por um lado, respeito às características do vírus e, por outro, à resistência e à imunidade daquelas populações.

Não se referem quaisquer diferenças de distribuição dos casos segundo o sexo, a raça, ou a condição social.

Pelas razões atrás apontadas, compreende-se que a doença seja particularmente frequente nos meios escolares e militares, sendo mais importante nestes últimos, por poderem ter mais graves consequências os casos que ocorrem acima da puberdade.

A título de curiosidade, referimos que, durante a I Grande Guerra, esta infecção, foi a terceira causa de baixas entre o exército dos U. S. A., onde causou uma perda de cerca de 4.000.000 de dias de trabalho (Wesselhoeft e Walcott), o que nos mostra bem a sua importância nos meios militares.

D) — Imunidade

Esta doença deixa, habitualmente, imunidade por toda a vida, mesmo quando se trata de uma forma de ataque unilateral e aparentemente ligeira.

Estão, entretanto, descritos alguns casos de ataques subsequentes (Macleod, Greene, Heeren, Leger e Wesselhoeft), que parece terem-se verificado naqueles indivíduos que não têm capacidade para adquirir uma imunidade específica. Parece ter sido esse, por ex., o caso de uma professora primária que teve paro-

Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Os Laboratórios Atral informam que, de acordo com os últimos dados fornecidos pela Investigação Científica Americana, segundo os quais se reduzem consideravelmente os efeitos neurotóxicos da Estreptomicina, usando, em lugar de um único sal deste antibiótico, **misturas de partes iguais de sulfato de ESTREPTOMICINA e de sulfato de DIÍDROESTREPTOMICINA**, introduziram uma modificação na fórmula das suas especialidades que incluam o componente Estreptomicina.

Assim, a nossa **ATRALMICINA** (até aqui designada por Estreptocil-P) passa a ter as seguintes composições:

ATRALMICINA NORMAL

*0,25 g de sulfato de Diidroestreptomicina
0,25 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina*

ATRALMICINA FORTE

*0,50 de sulfato de Diidroestreptomicina
0,50 de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina*

ATRALMICINA FORTÍSSIMA

*0,50 de sulfato de Diidroestreptomicina
0,50 de sulfato de Estreptomicina
800.000 U. de Penicilina*

ATRALMICINA INFANTIL

*0,125 de sulfato de Diidroestreptomicina
0,125 de sulfato de Estreptomicina
150.000 U. de Penicilina*

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

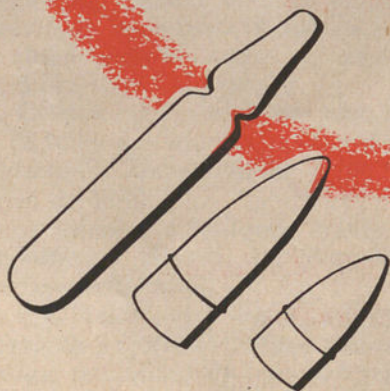
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



tidite por 4 vezes, sempre que se verificou uma epidemia na sua escola (Wesselhoeft) e, bem assim, o caso de um soldado que sofreu 6 ataques, coincidentes com 6 epidemias verificadas no seu quartel, no decurso de 3 anos (Leger).

É já possível demonstrar-se hoje, nos indivíduos que tiveram a doença, a presença de dois anticorpos específicos, anti-V e anti-S, ambos serologicamente distintos e comprováveis por reacções de fixação de complemento, com antigénios específicos (Henle e colaboradores).

O anti-S surgiria mais precocemente, pelo 5.º dia da infecção, atingiria o seu acme pela 2.ª semana, mas desapareceria mais rapidamente. O anti-V, que, segundo Henle, é o verdadeiramente anti-vírus específico, costuma surgir mais tarde, só pelo 10.º dia, mas persistiria por muito mais tempo. Embora em diminuta quantidade, este anticorpo anti-V seria, segundo Henle, o responsável pela manutenção da imunidade permanente, e todos aqueles que o não conseguissem formar, ou que o perdessem, seriam passivos de um novo ataque.

Estão já provados e são do conhecimento corrente numerosos casos que adquiriram completa imunidade — anti-V — apenas através de uma ou mais infecções inaparentes, sofridas naturalmente (Henle, Maris, Meiklejohn, Afzelius, etc.). Estão, por ex., nestes casos, 1/3 ou mais de todos os indivíduos serologicamente positivos descobertos por inquéritos serológicos específicos e, ainda, 40% a 60% dos contactos dos doentes (Maris e colaboradores, Dingles e colaboradores).

E) — Período de Incubação

O período de incubação, das formas típicas da doença, oscila, habitualmente, entre 2 a 3 semanas.

Foram encontrados períodos de incubação variando entre 18 e 33 dias, após a inoculação, a voluntários, na sua mucosa bucal de vírus de saliva de doentes, mas tratar-se-ia de infecções ligeiras, por vírus atenuados por diversas passagens (Johnson e Goodpasture). Experiências semelhantes, com vírus cultivados em córion-alentoideias de ovos de galinha, deram uma média de 17 dias de incubação, com os números extremos de 14 e 20 dias (Henle).

Meiklejohn cita, como números extremos, 8 e 35 dias e, como números médios, 2,5 a 3 semanas de incubação.

Orr e Wesselhoeft, em estudos epidemiológicos feitos no Exército Canadano, chegaram à conclusão de que o período médio de incubação é de 18 dias, em média, para os casos parotidianos típicos.

Conhece-se muito pouco acerca dos períodos de incubação das formas não primariamente parotidianas da doença, para que se possam indicar quaisquer números, a propósito, com maior aproximação do que entre 10 a 40 dias.

As formas atenuadas têm, habitualmente, um período de incubação mais longo.

F) — Período de Infeciosidade e Transmissibilidade

Não queremos terminar estas breves considerações, acerca da epidemiologia da parotidite epidémica, sem termos, primeiramente, abordado o problema da infeciosidade dos doentes, pela sua importância epidemiológica óbvia.

Sabe-se hoje que, não só os indivíduos doentes com a forma parotidiana típica, como também aqueles que sofrem de outras formas (como, por ex., de uma coriomeningite parotidiana) sem qualquer alteração aparente — macro ou microscópica — das glândulas salivares e, ainda, muitos outros indivíduos aparentemente sãos, podem ser disseminadores activos do vírus através da saliva. (Enders, Henle, Wesselhoeft, Maris, Philibert, etc.).

Segundo Philibert, esta seria ainda mais uma outra das características do vírus parotidiano que o aproximaria, também, do vírus rábico: poder eliminar-se — aquele primeiro vírus — pelas glândulas salivares sem que, aparentemente, essa eliminação desse, por vezes, origem a quaisquer lesões constatáveis.

Nos casos típicos, o vírus tem sido, habitualmente, isolado da saliva entre 2 a 6 dias antes do início da inflamação glandular, persistindo a sua eliminação, regra geral, por uns 3 a 6

(no máximo por 8) dias, o que equivale, aproximadamente, ao período de estado de inflamação da ou das glândulas salivares.

Estes períodos, que foram bem estabelecidos pelos trabalhos de Henle e colaboradores e de Leymaster e Ward (1946 a 1948), mostram-nos que o período de infeciosidade dos casos típicos é, habitualmente, de cerca de uma semana, ou um pouco mais, período esse que começa, geralmente, 1 a 2 (no máximo 6), dias antes do início da inflamação parotidiana. É, por este motivo, que a maior parte dos modernos epidemiologistas recomendam, para estes doentes, um período de isolamento: ou de 1 semana, após o início da doença, ou até ao total desaparecimento dos sinais inflamatórios da ou das parótidas, se estes sinais excederem 1 semana (Wesselhoeft).

Naturalmente, já uns dias antes do início clínico da infecção o doente pode ser infectante, como atrás se disse, mas claro que, não sendo possível prever a eclosão da doença, o isolamento só pode ser recomendado após o seu início aparente. E, então, esse isolamento não se justifica por mais de 1 semana, pelos motivos indicados.

Entretanto, o problema da epidemiologia e subsequente profilaxia da parotidite epidémica é complicado pela existência dos portadores-sãos transitórios, indivíduos que, sem revelarem quaisquer sinais clínicos da doença, ou sofrendo de formas muito atenuadas e habitualmente não diagnosticadas (pelo menos como tal), eliminam o vírus pela saliva e são, assim, contagiantes. Ora, estes portadores-disseminadores de vírus, parecem eliminá-los durante um período de tempo consideravelmente mais longo do que o dos doentes típicos, segundo foi revelado pelos trabalhos de Henle (pelo menos 1 a 9 dias mais de eliminação do vírus do que nos casos clinicamente aparentes e típicos). Conhecem-se mesmo casos em que aquela eliminação se manteve, por 24 dias, pelo menos (Henle).

Como facilmente se compreende, estes factos explicam-nos os frequentes casos dispersos da doença e, bem assim, o motivo por que o isolamento dos doentes não tem sido nem poderá nunca ser suficiente para evitar a disseminação daquela infecção.

Na realidade, os futuros doentes, durante os últimos dias do seu período de incubação, e, sobretudo, os portadores-transmissores aparentemente sãos, constituem o principal reservatório e, ao mesmo tempo, o principal vector-disseminador do vírus.

De resto, já de há muito se conhecia a inutilidade dos isolamentos dos doentes (medidas quarentenárias) após o início da fase clínica, com o fim de se poder impedir a propagação de uma epidemia de parotidite, quer nas escolas, quer nos quartéis.

Hoje, aquelas medidas estão completamente postas de parte pelos Serviços de Saúde de numerosos países, nomeadamente na Inglaterra, U. S. A. e países Escandinavicos.

Há mesmo quem preconize o largo contacto, de crianças que não tenham ainda ultrapassado a puberdade, com os doentes, logo após o início de afecção clínica e, pois, quando eles ainda eliminam o vírus. Isto, com o fim de procurar que aqueles se imunizem rapidamente, embora com grandes possibilidades de o conseguir só através de uma doença típica, porque está provado que a parotidite epidémica é bastante mais benigna abaixo de puberdade e, sobretudo, porque nos rapazes a percentagem de orquidites específicas é muito elevada após aquela idade.

É ainda discutível a possibilidade de eliminação de vírus infectante pela saliva de doentes sofrendo de complicações específicas (com por ex. a orquite), quer durante ou após o desaparecimento de todos os fenómenos salivares, quer nas formas primariamente não salivares (ex. meningite parotidiana primária isolada). Embora pareça possível, deve ser, entretanto, bastante rara, como o parecem mostrar os estudos de Enders, e, na realidade, só os portadores-sãos devem desempenhar um papel importante na disseminação da infecção (Maris e colaboradores, Dingles e colaboradores, Gordon, etc.).

(a continuar) (*)

(*) N. B.— A 2.ª Parte (Formas Clínicas, Sintomatologia, Evolução, Complicações e Prognóstico) e a 3.ª Parte (Diagnóstico Diferencial, Diagnóstico Biológico, Terapêutica e Profilaxia) serão publicados nos dois números seguintes de «O Médico»

BAlXA DE PREÇOS

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

DELTACILINA em DOSES,

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

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

SUPLEMENTO

ECOS DUM CONGRESSO DE MEDICINA

Na primeira quinzena de Dezembro p. p. teve lugar em Nancy (França), promovida pela O. M. S., um Congresso de Medicina em que compareceram, como delegados de dezanove Estados Europeus, professores de Faculdades de Medicina com responsabilidades no ensino da *Higiene, Medicina Preventiva e Medicina Social*.

Este Congresso, a que a O. M. S. deu a designação de Conferência fóra, expressamente, convocado para:

- «1.º) apresentação, discussão e troca de impressões sobre as matérias sobre que deveria versar aquele ensino, à luz dos princípios que devem nortear a preparação do médico do nosso tempo;
- 2.º) assentar na orientação pedagógica que convirá imprimir a esse ensino e na maneira de efectivar essa orientação, dentro dos programas e planos de estudo das Faculdades de Medicina».

As transformações sociais profundas que nas últimas décadas se têm operado em todos os povos levaram ao reconhecimento do direito à saúde a todo o ser humano, quaisquer que sejam as suas condições económicas e a camada social a que pertença. Sendo o objectivo supremo da Medicina a prevenção da doença e a conservação da saúde, a Conferência entende que ele não pode vir a ser atingido, enquanto a formação profissional do médico continuar a ser feita dentro dos estritos moldes da medicina curativa, que apenas se preocupa com o diagnóstico e tratamento da doença.

Para atingir esse elevado objectivo, a Medicina tem que acompanhar e que se ajustar, o melhor possível, às diferentes etapas da evolução da sociedade. Para o fim em vista não bastam as informações adquiridas acerca do doente, no meio hospitalar ou na Clínica; por mais pormenorizadas que elas nos pareçam, é necessário ir mais longe e, directa ou indirectamente, tomar um conhecimento tão completo quanto seja possível com todos os factores de ordens económica, educativa, psicológica e social que exercem pronunciada influência na evolução da doença e na conservação da saúde, isto é, torna-se necessário e indispensável, ao médico, o conhecimento da Medicina Social.

Foi também reconhecido pela Conferência que os assuntos acima indicados e que, correntemente, são

versados numa só cadeira, eram extremamente vastos e complexos para poderem ser tratados numa só disciplina e por um só professor. E ainda que, num ou noutro caso, isso fosse possível, também se reconheceu que não haveria qualquer vantagem em fazê-lo dessa forma.

Estabelecidas assim estas premissas, entrou-se depois no debate dos problemas que motivaram a Conferência e, após viva discussão, que, pode afirmar-se, decorreu, quase sempre, com elevação e brilho, foram aprovadas por unanimidade as seguintes

CONCLUSÕES

«A Conferência europeia sobre o ensino da Higiene, da Medicina Preventiva e da Medicina Social aos estudantes de Medicina, convocada em Nancy de 8 a 13 de Dezembro de 1952, pela Organização Mundial da Saúde,

tendo discutido os textos apresentados pelos seus relatores, à luz da experiência dos seus membros,

levando em conta o facto da evolução dos problemas da Saúde exigir uma adaptação contínua do ensino médico,

e tendo em vista o papel que o médico é chamado a desempenhar na sociedade moderna, tanto com os indivíduos como com suas famílias e a comunidade em geral, aprovou por unanimidade as seguintes conclusões:

I. Reconhece que a maior parte dos futuros médicos se dedicarão à prática geral da medicina e deseja, por isso, que lhes seja dada uma formação equilibrada. A Conferência exprime a sua convicção de que os estudos médicos devem ser orientados duma maneira mais acentuada e mais precoce para a prevenção e devem equipar os futuros médicos não somente para o diagnóstico e o tratamento dos doentes, mas também para a conservação, a protecção e a promoção da Saúde dos sãos pelos métodos da medicina preventiva, da medicina social e da higiene.

II. Para este efeito, a Conferência chegou a acordo sobre os pontos seguintes, quanto ao ensino da higiene e da medicina preventiva e social:

1) É de desejar um Curso breve de *Introdução à Medicina* durante o primeiro ano de estudos médicos, a fim de orientar os estudantes para o conceito da medicina total — curativa e preventiva — explicar as necessidades da sociedade, despertar o seu interesse no sentido da prevenção, indicando a satisfação moral e também as vantagens materiais dos

seus esforços, tanto nesta orientação, como no domínio da medicina curativa.

2) Certos capítulos do ensino da higiene e da medicina preventiva e social poderiam ser dados, vantajosamente, durante cada um dos outros anos do Curso. Entre eles, um lugar adiantado no período pré-clínico deveria ser dado ao ensino dos métodos estatísticos e da biometria. É além disso desejável que algumas lições com esta orientação sejam dadas no começo dos anos clínicos, a fim de fazer salientar o ponto de vista da medicina preventiva.

3) O conteúdo do Curso de Higiene, de Medicina preventiva e social pode, com vantagem, ser adaptado às condições locais, mas é de desejar que compreenda um mínimo de ensino que permitirá ao futuro médico um conhecimento suficiente dos objectivos e dos métodos essenciais e que lhes dará o ponto de vista preventivo e social. O Curso de Higiene e de medicina preventiva e social deveria encarar os factores físicos (higiene do meio), os factores biológicos e os factores socio-económicos que exercem uma influência sobre a saúde.

4) Os professores de outras disciplinas deveriam ser convidados a colaborar ensinando os aspectos da medicina preventiva e social conexos às suas disciplinas, deixando a responsabilidade da síntese da medicina preventiva e social, no conjunto, assim como da higiene, ao professor do ensino desta disciplina.

Torna-se necessário, muitas vezes, que o ensino da higiene, da medicina preventiva e social seja feito mais por uma equipa do que por um indivíduo.

5) É importante que a Faculdade de Medicina e sobretudo o seu Instituto de Higiene, de Medicina Preventiva e Social, colabore com os serviços sanitários locais, a fim de os utilizar no ensino prático, e por outro lado, para contribuir, a título consultivo, para a organização e funcionamento destes serviços.

6) Haveria vantagem em efectuar o ensino da Higiene, da medicina preventiva e social por diversos métodos, compreendendo os seminários, ou sessões de estudo, as visitas aos estabelecimentos ou instituições sanitárias, os inquéritos e, em particular, os estágios em centros de higiene e serviços sanitários domiciliários.

É importante ligar o ensino às situações actuais e aos casos clínicos

correntes. É importante igualmente que o futuro médico obtenha a ocasião de trabalhar em equipa com enfermeiras visitantes, assistentes sociais e outro pessoal sanitário. O Serviço de Saúde dos Estudantes poderia ser muito útil no ensino da medicina preventiva.

7) Os trabalhos de investigação no domínio da higiene e da medicina preventiva e social são indispensáveis à realização dum ensino activo.

III. A Conferência foi de opinião que um elemento de sucesso no ensino da higiene, da medicina preventiva e social é o exame feito pelas Faculdades, periodicamente, dos programas dos estudos médicos ministrados em cada uma das disciplinas do Curso, para preencher lacunas, evitar repetições, aliviar os programas e preparar os futuros médicos para as tarefas que lhes incumbem numa sociedade em contínua evolução.

IV. A Conferência insiste sobre a importância de continuar e de desenvolver a colaboração internacional, a fim de reforçar a posição dos aspectos preventivos e sociais no conjunto da formação médica. Ela está convencida de que os progressos já realizados na orientação dos estudos médicos para a prevenção serão desenvolvidos e mais largamente aplicados. Novos conceitos e métodos poderiam ser de grande utilidade noutros países depois da adaptação prévia ao plano de ensino que lhes seja próprio. Uma troca de pontos de vista feita no plano internacional não deixará de colocar, à disposição de todos, os progressos realizados em cada país.

A Conferência desejaria ver a reunião dum nova Conferência em data ulterior, em que professores de outras disciplinas pudessem estar representados, a fim de se proceder a uma nova troca de pontos de vista e estudar com mais detalhe a questão dos programas da higiene, da medicina preventiva e social. Seria de desejar que a O. M. S. estudasse a possibilidade de facilitar às Faculdades de Medicina uma documentação relativa a meios visuais de ensino (filmes, etc.) e também que a O. M. S. ponha à disposição das Faculdades de Medicina qualquer outra documentação adequada ao ensino da higiene, da medicina preventiva e social.

É ainda de desejar que a O. M. S. conceda bolsas de estudo ao pessoal docente e realize trocas de pessoal durante períodos suficientemente longos, bem como troca de material de ensino, tal como filmes, consolidando assim o desenvolvimento dum colaboração contínua entre as instituições que têm a seu cargo o ensino destas matérias».

Como se depreende da leitura das Conclusões aprovadas pela Conferência de Nancy foi à Medicina preventiva social que se acordou dar prioridade e maior desenvolvimento, nas Faculdades, aos programas em questão, relegando, em parte, as matérias que dizem respeito ao meio (salubridade, epidemiologia, etc.) que, pelo seu tecnicismo talvez exagerado pouco interesse costumam despertar aos alunos, para ser tratadas com desenvolvimento nos cursos especializados de Medicina Sanitária.

A formação do médico no nosso tempo exige mais do que nunca, desenvolvimento de espírito preventivo e social.

*

Foi-nos particularmente grato verificar que as sugestões por nós apresentadas no relatório que em Novembro tínhamos enviado à O.M.S. vieram a ser perfilhadas, na generalidade, pelos delegados à Conferência. A sugestão da criação dum Centro de Saúde Universitário com o auxílio da Fundação Rockefeller, que nós apresentamos e admitimos como bastante provável no nosso país, foi pelo Prof. Tomsik de Bâle (Suíça) considerada ideal, tanto para o ensino como para a organização dos serviços de saúde locais. Tudo estará em vencer as dificuldades económicas e outras ordens que, porventura, se oponham à sua instalação e funcionamento.

Através da leitura e discussão dos relatórios enviados pelos delegados dos países representados na Conferência, tivemos ocasião de conhecer pormenorizadamente o panorama do ensino médico e em especial a orientação que pela Europa fora, nas diferentes Faculdades de Medicina, vem sendo dada ao ensino da Higiene, Medicina Preventiva e Medicina Social.

Poderemos, em rápida síntese, fi-

xar apenas a nossa atenção em alguns dos países, que, por assim dizer, marcam outras tantas etapas que têm sido seguidas na evolução do ensino dos programas desta cadeira.

Em *Inglaterra* (Londres) não existe em nenhuma das 12 Escolas Médicas aí existentes qualquer serviço especial de medicina social e preventiva como cadeira individualizada. Todavia o ensino da Higiene e da Saúde Pública foi previsto em todas essas escolas, em geral sob a forma de conferências especiais, dadas ao 4.º ou ao 5.º ano médicos por um, ou diversos, funcionários especializados em Saúde Pública. Por outro lado, a política geral viza a integrar os aspectos sociais das doenças no *ensino clínico e patológico* das respectivas especialidades. Entendem assim os ingleses que a Medicina Social não deve ser considerada uma disciplina à parte no elenco das Faculdades, embora utilizem para o seu ensino os serviços médico-sociais de protecção materna e infantil, dispensários, etc., façam visitas de estudo, estágios, etc..

Em França (v. g. em Nancy) a Medicina Social tomou já um desenvolvimento mais importante em virtude da orientação especial que foi possível imprimir a este ensino pelo Prof. Parisot, titular da cadeira de Higiene e Medicina Social.

A tisiologia, a protecção materna e infantil, as doenças infecciosas, a neuro-psiquiatria e a higiene mental, a venereologia e a cancerologia são ensinadas, não somente nas respectivas clínicas do Centro Hospitalar Regional, como também em Organismos de Medicina Preventiva e Social que o Prof. Parisot criou junto dessas mesmas Clínicas e Serviços Hospitalares especializados. Estes Centros médico-sociais correspondem aos serviços clínicos indicados e, embora oficialmente dependam do Office departamental d'Hygiene Social, são postos à inteira disposição da Faculdade para o ensino da Medicina Social, numa coordenação perfeita e eficiente, porque os seus directores técnicos, são, precisamente, os mesmos Professores e Chefes de clínica da Faculdade que dirigem os serviços clínicos do Centro Hospitalar Regional.

É esta a sua grande vantagem e o segredo da sua eficiência no ensino da medicina social. A outra razão ainda se deve o alto nível atingido pelos Serviços, e que é a circunstância valiosa de estar à frente do Office departamental d'Hygiene o Professor titular da cadeira de Higiene e Medicina Social.

Ao chegarem à cadeira de Higiene e Medicina Social os alunos levam já sólidas bases destas matérias e podem, sobre elas, aperfeiçoando e coordenando as noções teóricas e práticas já recebidas, estender o campo das suas informações e atingir assim um nível educativo mais elevado. Na Alemanha as questões de higiene social e de medicina preventiva são, do

10 NOVOS MODELOS

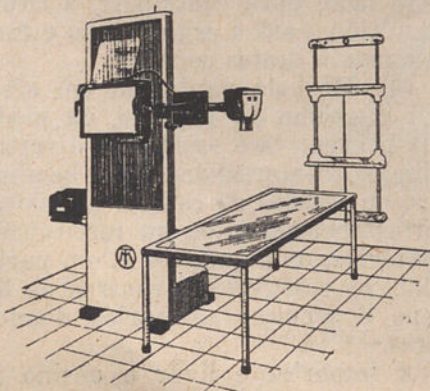
Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º - LISBOA - Tel. 25701 - (Fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. - Em COIMBRA: FARIAS, LDA.



mesmo modo, apresentadas nas clínicas especializadas correspondentes, a propósito de cada doente em estudo. Assim é que a luta contra a mortalidade infantil, a protecção de lactentes e escolares são tratadas na cadeira de *Pediatria*, a luta contra as doenças venéreas em *Dermatologia*, etc. Pròpriamente a medicina social, que nas Universidades alemãs corresponde à medicina de Seguros (doença, velhice e acidentes), é professada uma vez por semana (1 hora) pelos assistentes e encarregados de cursos dos quadros dos institutos de medicina legal e social.

Mas precisamente, onde a nova orientação do ensino médico atinge maior perfeição e eficiência é na Jugoslávia, Finlândia, Suécia e Noruega. Descreveremos apenas a organização deste ensino na Jugoslávia.

Na Jugoslávia (Zabreg) sob a influência do Prof. Stampar que à sua qualidade de professor de Higiene e de Medicina Social alia a de alto funcionário dos Serviços de Saúde Pública, foi posta há pouco em vigor uma Reforma de estudos médicos que organiza o plano de estudos e o ensino da Higiene e da Medicina Social por tal maneira que estas matérias são na realidade ensinadas durante todos os seis anos do Curso, embora com nomes diferentes. Logo no 1.º ano da Faculdade há dois novos Cursos um de *Introdução à Medicina* (1 hora semanal), outro de *Elementos de Ciên-*

cias Sociais e económicas onde os estudantes começam a ser orientados no sentido médico-social.

No 2.º ano, continuando esta excelente orientação, os alunos recebem também um ensino elementar de *Estatística Médica* durante 1 semestre, à razão de 1 hora por semana.

No 3.º ano novo curso frequentam também de 1 hora por semana que lhes fala das relações do médico com o pessoal auxiliar, em *Medicina* e dos cuidados a ter com os doentes.

No 4.º ano é-lhes ensinada a higiene do meio físico e social e das suas relações com a saúde (2 horas de lições e 2 horas de exercícios por semana), curso que continua ainda no 5.º ano.

Ao frequentarem as clínicas, e mesmo em cadeiras pré-clínicas, os alunos recebem também informações de alcance médico-social.

Assim logo nos programas de *Bioquímica* e de *Fisiologia* a propósito da fisiologia da nutrição, da fadiga e do crescimento, lhes são feitas referências aos factores sociais relativos a estes problemas. O ensino da *microbiologia* e da *parasitologia* vem a fornecer aos respectivos professores ensejo para também ministrarem úteis conhecimentos sobre higiene e medicina preventiva, divagando para isso, com este objectivo, sobre as relações daquelas ciências com a *microbiologia veterinária* e *fito-patológica*.

Ao frequentarem a cadeira de

Pediatria, voltam os alunos a receber valiosos ensinamentos que os familiarizam com os aspectos médico-sociais da saúde. A *Psiquiatria* é aproveitada no seu aspecto médico-social por fornecer aos alunos utilíssimos conhecimentos de higiene mental.

A *história da medicina* dando a conhecer aos alunos as grandes epidemias que no passado flagelaram tão duramente os povos e, por outro lado, indicando os meios de fazer eficazmente a sua profilaxia, educa também sanitariamente os alunos.

A *Obstetrícia*, a *Medicina Interna*, a *Dermatologia*, as *Doenças Infecto-contagiosas*, enfim todas cadeiras de Clínica têm o seu aspecto médico-social que a Escola de Zagreb procura dar a conhecer aos seus alunos para valorização da sua formação profissional.

Uma íntima colaboração com os Serviços Sanitários locais, que por felicidade também são dirigidos pelo Prof. Stampar, completa a sua formação médico-social.

Vazada em moldes semelhantes, encontra-se em vigor há pouco mais de um ano, na Noruega e na Finlândia uma Reforma do ensino médico. Na Suécia e Dinamarca o ensino destas matérias está a adquirir também o mesmo grau de perfeição, com curso de *Introdução à Medicina*, *Elementos de Estatística*, *Lições Clínicas* com aspecto médico-social, curso de *Hi-*

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44-LISBOA

giene e Medicina Social com duas visitas, inquéritos, estágios, sessões de estudo em estabelecimentos sanitários locais que interessem a esta formação profissional.

Volvendo agora a nossa atenção para o plano de estudos das Faculdades de Medicina de Universidades Portuguesas, temos que convir que o ensino destas matérias se encontra bem longe das directrizes que acabamos de indicar. Poucos, bem poucos, se têm apercebido do elevado interesse destes assuntos na formação do médico dos nossos dias e, consequentemente, do lugar que devem ocupar no plano de estudos universitários.

Criam-se, é certo, dia a dia, dispensários mono ou polivalentes, instituições e serviços médico-sociais ou mais variados, quer de protecção materna e infantil, quer de medicina escolar e de medicina industrial, etc., mas o médico que se nomeia para qualquer desses serviços continua a ser preparado à moda antiga, dentro dos clássicos e rígidos moldes da medicina curativa e, por conseguinte, sem aquela formação médico-social que naturalmente deveriam possuir para o bom desempenho e um maior rendimento e eficiência desses serviços.

Quantos médicos aí se encontram que supõem que medicando o melhor que sabem e podem os doentes que passam pelos Serviços, têm já cumprido exemplarmente os seus deveres profissionais...

Quanto a Coimbra, devemos con-

fessá-lo com satisfação e até com orgulho, é de justiça recordar e acentuar bem que a nossa Faculdade possui no campo médico-social, honrosas tradições que em meu entender, não deve deixar perder.

Há duas dezenas e meia de anos erguia-se na Faculdade de Medicina de Coimbra uma vigorosa campanha em defesa do novo ideal — a Medicina Social — Professores e Assistentes se agregaram então cheios de entusiasmo e é à nova bandeira que acabava de ser içada e em lições, conferências e artigos na imprensa, se tornaram os arautos esclarecidos desta nova cruzada de bem fazer. Como resultado prático dessa campanha sanitária vieram a aparecer mais tarde no meio coimbrão, diversas instituições e serviços que passaram a constituir outras tantas armas valiosas do arsenal sanitário da nossa região. Os problemas da tuberculose, da protecção materna e infantil, da sífilis, da lepra, da diabetes, da higiene mental... que até então apenas eram encarados sob o ponto de vista clínico, passaram a ser tratados também sob o ponto de vista médico-social.

Alguns anos depois, era este valioso equipamento sanitário enriquecido com novas e importantes peças, como foram o Instituto de Cardiologia e o Serviço Social dos H. U. C. em ligação coordenada e perfeita com o Instituto de protecção à família que também acabava de ser criado.

Tudo obras sanitárias valiosíssimas com que se tem valorizado o pa-

trimónio médico-social do nosso meio coimbrão.

São pois altamente honrosas as tradições da Faculdade de Medicina de Coimbra dentro deste importante sector. E, ao dar balanço às nossas possibilidades actuais, no campo médico-pedagógico, julgamos poder afirmar que a Faculdade de Medicina de Coimbra possui, nos seus quadros, professores competentes e em número bastante para poder realizar o ensino da Medicina Social dentro dos moldes preconizados pela Conferência de Nancy.

Pode e deve a Faculdade de Medicina, em nosso entender, fazer esse ensino, desde que para tanto lhes sejam facultados os necessários meios de acção que, por felicidade, Coimbra possui dentro dos seus muros e da sua área. Pode e deve fazê-lo ainda porque assim o exige o progresso das Ciências Médicas, cujo património lhe compete salvaguardar e engrandecer e o bem da Humanidade que igualmente lhe compete defender.

Grande satisfação seria a nossa, se ao entrarmos no futuro edifício da nossa Faculdade de Medicina, cujos muros dia a dia se vão erguendo aos nossos olhos e nos dão a consoladora esperança de em breve ali se poder realizar o nosso ensino, ele pudesse já ser organizado e orientado segundo as directrizes aprovadas pelo Conferência de Nancy.

Coimbra, 20 de Fevereiro de 1953.

ANTÓNIO MELIÇO SILVESTRE

Antem...

BALSAMO ANALGÉSICO

LABORATÓRIO
DANI
LISBOA

Hoje...

algiDerma

Creme analgésico,
anti-flogístico, e
anti-reumático

Dores reumatismais
artríticas
pleurais
musculares
intercostais

Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia

Na sessão do dia 13 da Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia, o Prof. Diogo Furtado e o Dr. Mendonça e Silva falaram de «Miopia ocular» ocupando-se largamente do problema das oftalmoplegias crónicas progressivas. Referiram casos já anteriormente descritos e apresentaram dois casos clínicos seus, no primeiro dos quais uma oftalmologia progressiva com distrofia muscular generalizada, e no segundo existia apenas oftalmoplegia crónica, e concluíram porque aceitam a possibilidade de que a oftalmoplegia crónica progressiva seja consequência de uma distrofia muscular limitada à musculatura ocular. Em seguida os Drs. Mendonça e Silva e Alvaro Ataíde apresentaram o caso de um aneurisma do tronco basilar, muito volumoso, visualizado pela angiografia percutânea da artéria vertebral. Os autores salientaram a raridade destas malformações, cujo diagnóstico rigoroso só a angiografia permite estabelecer.

A PROPÓSITO DA BUROCRATIZAÇÃO

Um dos pontos mais amplamente debatidos no aviso prévio do Professor Cerqueira Gomes foi o da burocratização da medicina, sobre o qual foram lançados anátemas fulminantes e vitupérios sem conta. Não houve médico no areópago que lhe não atirasse uma pedra ou não dissesse, em seu desabono, uma palavra de excomunhão. E ninguém a defendeu. Nenhuma voz se levantou para lhe fazer um amável panegírico ou rezar uma oração de finados. Aquilo foi pior do que lapidar um cão suspeito de raiva no esconso duma viela, já quando era de todo inútil qualquer esforço para o salvar...

Eu, por justiça e gratidão, não posso enfileirar ao lado daqueles que atiraram pedras à burocratização, à nossa meia burocratização. Recordo-me muito bem das dificuldades que tive de vencer nos primórdios da minha desafortunada vida clínica e da esperança e alegria que senti quando fui contratado para fazer serviço como médico numa entidade fabril. Era pouco o que me iam dar mensalmente e não bastava para suprir, com independência, as minhas necessidades. Era contudo mais do que ganhava na clínica livre, já amuralhada pela cortina dos meus colegas mais velhos que nem gratuitamente me deixavam trabalhar no hospital...

Pois embora o debate sobre a burocratização esteja já encerrado, o assunto para mim não ficou inteiramente esclarecido. Bruxuleiam dúvidas sobre a legitimidade da excomunhão. Tenho mesmo por certo que os anátemas são uma espécie de fogos fátuos de palavras que desaparecem mal se fecham as bocas que os proferiram. Deles nada fica — nem a certeza de se ter sido justo ou pelo menos verdadeiro, nem a convicção de que o repúdio assenta numa sinceridade de princípios que vai conduzir os cominatórios deputados à renúncia dos lugares onde exercem a meia burocratização da sua medicina e firmam os alicerces da sua economia doméstica.

Que o assunto merece algumas reflexões e talvez mesmo uma revisão cuidada não me oferece a mim quaisquer dúvidas. Ainda me não convenci que a prestação de serviços profissionais, sobretudo no que a profissão tem de profundamente humano, se possa modificar com a forma de pagamento, quer ela venha por unidade de serviço, por avença anual, ou ainda por ordenado mensal fixo. Ainda me não convenci, nem me convenço, que o médico, só porque os seus actos clínicos não são liquidados imediatamente, se dispa dos sentimentos inerentes à sua condição de homem e se mostre como um vulgar agiota que em tudo vê uma operação de câmbio. Tomo mesmo como um desvio da verdade e uma ofensa para uma profis-

são que só se realiza quando o médico se dá inteiramente, a afirmação de que a medicina se desumaniza só porque o médico não vê sobre a mesa do doente largas e prometedoras notas de banco. Não aceito a ofensa e repudio-a porque, além do mais, não quero reduzir o acto médico a um acto puramente material, idêntico ao do artesão que põe umas tombas nuns sapatos ou uns fundos nuns calcilhos, sem outro contentamento que não seja o de pensar que vai receber uma importância que lhe cala a fome desse dia. Se não há espiritualidade na missão do médico, se o sofrimento alheio não toca nos seus sentimentos e não desperta uma fracção de simpatia humana, não pode haver uma perfeita identificação entre ele e o doente, e o seu esforço tem de morrer no terreno calcinado da indiferença.

A burocratização, a nossa meia burocratização, embora se tenha afirmado o contrário, não pode desumanizar a medicina nem criar a mentira da assistência. Ela depende do médico e não há médico que renuncie às qualidades essenciais da sua profissão e aos próprios sentimentos da sua alma, só porque os seus serviços são pagos ao fim de cada mês. A dedicação que ele tem pelos doentes, o espírito de sacrifício que mostra, as ansiedades que vive, a caridade que não nega, não se perdem, embora se dêem. Há laços profundamente humanos entre o médico e o doente que se não partem, amizades que se firmam ao calor duma angústia, lágrimas que se choram no desespero dum luto, risos que se abrem no contentamento duma esperança. Tudo é a vida no seu agitar de sentimentos, no movimento constante dos seus aspectos, sem tocar, felizmente, naquilo que no homem é essência que o aproxima de Deus — o amor do próximo.

Pelo que sei e vejo, posso afirmar que a burocratização, a nossa meia burocratização, não pesa nem sobre as obrigações nem sobre os sentimentos de cada médico. O que existe em cada um deles mantém-se com a mesma vibração e o mesmo anseio de cada vez que tem de acudir à humanidade que sofre. Os exemplos que tenho diante de mim não me dão outras certezas. E é olhar dois, entre muitos. Um, perdido nos confins da serra; outro, encravado em plena Lisboa. O primeiro, é uma estância sanatorial, com médicos privativos a vencer mensalmente um ordenado fixo. Não tem outra clínica que não seja a dos doentes sanatorizados. Não tem mesmo possibilidades de a ter, tão limitado é o meio onde trabalham. O segundo, é um instituto, onde a vasta colmeia da humanidade que sofre procura minorar as suas dores. Os médicos que nele trabalham, com ordenados fixos, podem cá fora exer-

cer a profissão, na clínica livre. Muitos o fazem como meio de angariar proventos que enfrentem as dificuldades da vida. Outros limitam-se aos honorários que recebem, por não terem grandes necessidades a suprir. De nenhum, porém, se diz que desumaniza a sua profissão. Pelo contrário, bem se poderia afirmar que dela fazem um sacerdócio, se a palavra, por descreditada, honestamente merecesse a referência. O que se pode dizer, e repito-o, é que não é a burocratização, a nossa meia burocratização, que desumaniza a medicina. Se desumanidade existe, e eu não aceito sem reservas a afirmação, deve-se procurar as causas no excessivo recurso aos meios técnicos para colher elementos de diagnóstico ou na dispersão do doente pela *équipe* que o trata como se fosse um número ou uma ficha com registo, sem se lembrar, pelo menos, que o medo é sofrimento e que têm medo todos os doentes que caminham em ambientes desconhecidos. O doente quer-se sentir amparado e, fora ou dentro da burocratização, o amparo tem que ser dado para mais facilmente a doença ser vencida. Negar esse amparo é que é desumanizar, é fazer viver o acto médico num plano de indiferença, é deixar correr as aflições sem cuidados, é, sobretudo, não saber dar aos sinos aquele som que S. Paulo referiu numa das suas cartas aos Coríntios. A caridade e o amor do próximo tem fundas raízes na alma do médico e não é a burocratização, a nossa meia burocratização, que as destrói.

Vila do Conde, 27-3-53.

JOAQUIM PACHECO NEVES

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

Iniciou-se no dia 16 de Fevereiro o Curso sobre Suprarrenal (2.^a parte) promovido pela Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, tendo a lição inaugural — «Anatomia patológica dos estados de hiper-suprarrenalismo» — sido proferida pelo Dr. Amílcar Gonçalves.

No final deste Curso, que se prolonga até 25 de Maio, cujo programa «O Médico» já anunciou, o nosso jornal dará resumo das lições nele integradas.

PEQUENOS ANÚNCIOS

APARELHO DE RAIOS X PORTÁTIL e mobiliário de consultório —
Vende-se — Rua Santos Pousada,
1043, Porto, Telef. 41185.

ECOS E COMENTARIOS

O «AVISO PRÉVIO»

Para nós, médicos, «aviso prévio» é o que apresentou na Assembleia Nacional o Prof. Manuel Cerqueira Gomes — e que tão grande repercussão teve no País. Por isso, limitamos a este título o «eco» que acompanha alguns «comentários» sobre o notável acontecimento, que tem sido discutido em vários tons, ao sabor dos interesses e das paixões de cada um. Os extractos das sessões em que foi discutido o «aviso prévio», que os jornais diários publicaram, por serem incompletos e por vezes truncados, não davam a ideia exacta do que se passou na Assembleia, nem dos discursos que se proferiram. Publicando na íntegra o que vem no «Diário das Sessões» — o que hoje iniciamos — queremos dar, não só o devido relevo a esse assunto do maior interesse para a classe médica, mas reproduzir fielmente o que se disse, na Assembleia Nacional, a favor e contra a classe médica. E muitas coisas injustas, inexactas e apaixonadas, se disseram, então! Mas tudo será aqui reproduzido, aproveitando-se a ocasião para se fazerem leves comentários, como é de uso nesta secção.

M. C.

PRESIDENTE EM MAUS LENÇÓIS

A respeito do que hoje se publica, transcrito do «Diário das Sessões», sobre o «aviso prévio» do Prof. Cerqueira Gomes, quero salientar aquela parte do seu discurso em que se refere ao Sr. Miguel Soares, presidente do Sindicato dos Operários da Indústria de Cerâmica e Ofícios Correlativos do Distrito de Lisboa, que enviou ao Presidente da Assembleia Nacional, um telegrama de protesto. Já me referi, nesta mesma secção, a este cavalheiro, ao seu protesto, «em nome de 35.000 trabalhadores» e ao final do seu telegrama, em que afirma que a «organização não foi criada para manter os médicos ou outras classes, mas sim para legal previdência de cada classe de contribuintes» (Oh! ilustre Conselheiro Acácio...). O «eco» de «O Médico» terminava afirmando que nós, os médicos, não perderíamos com a demora em dar-lhe uma resposta demorada e explícita...

É o que faz agora o Prof. Cerqueira Gomes, lendo, na Assembleia Nacional, outra carta — também do mesmo Sindicato (e assinada igualmente pelo mesmo Sr. Soares!) a felicitar o nosso Bastonário (dois anos e meio antes) precisamente a respeito do mesmo assunto e das mesmas ideias que agora defende o Dr. Cerqueira Gomes!

Chamamos a atenção dos leitores para essa parte do discurso que hoje publicamos. A carta do Sr. Soares (a de há dois anos e meio) foca um ponto que aqui tenho realçado várias vezes: a necessidade de alargar a

assistência que a «Federação» concede. Dizia o Presidente do Sindicato dos Cerâmicos que resistia à integração do seu organismo corporativo nos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência porque, sem ela, já tinham tudo do que precisavam quando estavam doentes, incluindo internamentos em hospitais e sanatórios, grande cirurgia, todos os medicamentos, etc., etc. — e até óculos, cintas e dentaduras! Acrescentava o Sr. Soares que tudo isto lhes custava menos 300 contos do que a «Federação» pedia para fornecer, aos beneficiários, a raquítica assistência (em comparação com a que tinham

os 35.000 filiados) que agora todos sabemos que dá.

M. C.

MÉDICOS DO REGISTO CIVIL

Os actos de registo civil de importância social e individual de primeira plana prestam-se a muitas e variadas fraudes ou a enganar ou descuidos não dólidos, mas de funestas consequências.

Em todos os países se têm modificado a organização, as normas e códigos do registo civil, e em alguns países se introduziram disposições que só poderiam ter cumprimento com a possível intervenção de peritos médicos e assim se criaram quadros especiais de Médicos de Registo Civil, em França, na Argentina e na Espanha.

Além do cumprimento dessas tarefas específicas, as possibilidades de fraudes (por vezes para encobrirem os maiores crimes, quedaram-se em muito mais modesta posição.

Em Espanha a missão do «Cuerpo Médico del Registro Civil» tomou maior relevo sobretudo pelas disposições de um decreto de 21 de Fevereiro de 1947 que regula, neste país, a inscrição de nascimentos, mas é claro, outros aspectos tem a sua actividade.

Por esse decreto lhe cabe efectuar o reconhecimento de todo o recém-nascido, determinar-lhe o sexo e informar-se de todos os dados que amanhã possam vir a ser de importância para tantos problemas relacionados com a gestação e o nascimento: aborto, viabilidade, infanticídios, simulação de parto, substituição de crianças, etc.

Nos falecimentos terá de confirmar a certidão passada pelo médico assistente e no caso de aquela não ter sido passada a ele compete verificar o óbito e diligenciar na suspeita de crime.

Se houver desacordo entre os médicos assistente e do registo civil, quanto a considerar natural ou não a morte, a informação deste é que impedirá o enterramento sem se efectivarem as necessárias diligências médico-legais que o caso requeira.

Parece-nos que garantindo a intervenção pericial no nascimento e rodeando o falecimento de verificações técnicas mais perfeitas por serem executadas por especializados, os médicos do registo civil se tornam indispensáveis por garantirem maior seriedade nos actos de registo e até por poderem ter uma salutar acção frenadora sobre alguns aspectos da criminalidade.

Em Espanha os lugares são preenchidos por concurso com provas públicas orais e práticas («oposiciones») a que são só admitidos médicos-forenses ou médicos com o equivalente aos nossos cursos superiores de Medicina Legal.

L. A. D.-S.

RESFRIADOS GRIPE
DORES REUMATISMAIS

EUPIRONA

DRAGEIAS

(Maleato de N-p-metoxibenzil-N'-N'-dimetil-N- α -piridileilenadiazina + metil-melubrina + o-Oxibenzoilamida + p-Acetofenetidina + trimetil-xantina 1, 3, 7 + ácido l-ascórbico).

ANTIPIRÉTICO ANALGÉSICO
ANTI-HISTAMINICO

Apresentação:

Carteiras de 4 e 16 drageias

CORISA — SINUSITES E RINITES
INFECCIOSAS OU ALÉRGICAS

TUAZIL

(Sulfato de 2-amino-heptano + gramciclina + clorobutanol, em excipiente aquoso tamponado isotónico).

No TUAZIL reúnem-se as acções:

- I — VASOCONSTRITORA intensa — imediata e prolongada
- II — ANTIBIÓTICA E BACTERICIDA
- III — ANESTÉSICA E ANTI-SÉPTICA
- IV — NÃO IRRITANTE DA MUCOSA NASAL — PH isotónico com a secreção nasal

O Tuazil não altera as funções do epitélio das fossas nasais.

Apresentação: Frasco de 30 c. c.



LABORATÓRIO FIDELIS
Rua D. Dinis, 77 — LISBOA

A GRIPE

O «Diário de Lisboa» publicou um longo artigo sobre a gripe, no qual se refere à «necessidade absoluta de promover estudos sistematizados dos vários tipos de gripe, das condições em que ela aparece, da forma como reagem os indivíduos atacados, nomeadamente, os vacinados e, ainda, que modificações se vão registando na própria estrutura dos vírus que se forem isolando».

Prosegue o artigo:

«Foi um verdadeiro estado de alerta determinado aos serviços sanitários de todo o Mundo, em que, aliás, se empenha, com especial interesse a Organização Mundial de Saúde. Estes esforços intensificaram-se e, a partir de 1947, já com o apoio decidido da O. M. S., procurou-se criar um Centro Mundial de Gripe, ao qual ficassem atribuídas todas as funções de coordenação dos trabalhos de investigação que se estão a desenvolver em vários países. Por acordo de todos os microbiologistas interessados no problema, a direcção do centro foi confiada ao Dr. Andrews, que desempenhou, como dissemos, papel importante nos trabalhos de identificação do vírus da gripe, e que instalou os seus serviços no «National Institute for Medical Research», em Londres.

O novo organismo, assim criado com o apoio da Organização Mundial de Saúde, além da sua função coordenadora, tem a incumbência de dar e receber informações do que se vai passando em relação à gripe; a receber e enviar estirpes e soros para a identificação dos vírus, através do Mundo; e de promover a organização de centros de investigação nos diferentes países que trabalhem nestes estudos».

O CENTRO NACIONAL DA GRIPE

Prosegue o «Diário de Lisboa»:

«Em 1951, a Organização Mundial de Saúde pediu a colaboração do Governo português para esses trabalhos. O dr. Arnaldo Sampaio, chefe do laboratório de Bacteriologia do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, foi então para Londres, estagiar num desses centros de investigação, para se familiarizar com as técnicas mais usadas. Foram-lhe concedidas todas as facilidades para poder levar a bom termo a sua missão de estudo, mas foi-lhe imposta a condição de, uma vez regressado a Portugal, organizar, igualmente, um centro para o estudo da gripe.

E assim foi. Logo que voltou para Portugal, ao cabo de um ano de estadia em Inglaterra, o dr. Arnaldo Sampaio começou a trabalhar no assunto com grande entusiasmo.

Hoje, o Centro Nacional de Gripe é uma realidade, no quadro das actividades do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, que, sob a direcção do Dr. Fernando da Silva Correia, tem desenvolvido considerá-

velmente a sua acção no campo da sanidade nacional. O centro, que funciona sob a chefia do Dr. Arnaldo Sampaio, dispõe de todos os elementos necessários para proceder ao estudo da gripe. Possui soros para a classificação das estirpes. Centraliza todas as informações recebidas, por intermédio das entidades competentes, dos delegados de Saúde de todo o País, acerca da evolução dos casos de gripe e fornece, com regular periodicidade, as informações que interessam ao Centro Mundial, instalado em Londres.

Portugal colabora assim nos trabalhos de investigação sobre a doença, cuja evolução está hoje em condições de acompanhar, de modo a poder recomendar a tempo as providências,

mais ou menos severas, que se tornem aconselháveis, segundo a gravidade das epidemias».

OUTROS ASPECTOS DA COLABORAÇÃO PORTUGUESA

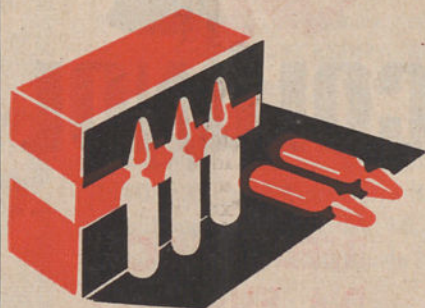
Finalmente, informa o referido jornal:

«Aliás, a posição de Portugal em relação ao problema da gripe é de molde a mostrar bem o interesse dos nossos cientistas pelo estudo da doença, que não se encontram apenas confinados no campo de acção daqueles que desenvolvem a sua actividade no quadro oficial da nossa medicina sanitária. Com efeito, além dos trabalhos levados a cabo, em ligação directa com a Organização Mundial de Saúde, pelos nossos serviços sanitários, prosseguem as valiosas investigações encetadas há anos noutros centros de estudo. No Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, cujo director, o professor Dr. Cândido de Oliveira, já numa brilhante conferência que fez em 1940 revelava a atenção que o tema lhe merecia, através de um labor apaixonado e meticoloso, continuam os trabalhos laboratoriais ligados com o estudo do vírus da gripe, tendo-se chegado, igualmente, a interessantes resultados como foi há pouco referido na Sociedade de Ciências Médicas, pela Dr. D. Maria Cecília Patuleia.

Também são dignos de especial citação os trabalhos que têm decorrido no Centro de Estudos das Doenças Infecciosas, que, por amável deferência do professor Dr. Francisco Gentil funciona no Instituto Português de Oncologia, sob a direcção do professor Dr. Manuel R. Pinto. Naquele centro, onde têm sido igualmente levados a efeito estudos de alto merecimento científico, com a colaboração de altas figuras da nossa Medicina, como o professor Dr. Fernando Fonseca, também se tem, realmente, dedicado atenção ao problema da gripe, que tanto prende hoje o interesse dos bacteriologistas de todo o Mundo e o próprio professor Dr. Manuel R. Pinto, que fez um longo estágio na América do Norte, e que se entrega há anos ao estudo dos vírus, tem conseguido, por seu turno, valiosos resultados nesse campo de investigação científica.

Deste modo, pode bem verificar-se como é ampla e rica a colaboração de Portugal no estudo do problema da gripe e como se traduz valiosamente a sua contribuição para a respectiva solução, quer através dos órgãos da medicina sanitária, que tomaram a seu cargo a representação oficial do organismo internacional que se ocupa do assunto e que instalaram entre nós o primeiro centro oficial da gripe, quer através dos restantes centros de investigação, que fornecem, igualmente, os mais preciosos elementos, para o esclarecimento das condições em que se revela e, em que, porventura, se poderá combater uma doença que tanto se encontra generalizada».

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0.15 g. de Bismuto metálico.

Caixa de 12 ampolas de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CRÓNICA DE GOA

O Diploma Legislativo n.º 1452 e a Portaria n.º 5634, de 23 de Outubro e 6 de Novembro de 1952, respectivamente

VENTURA PEREIRA

(Mapuçá, Bardez, Goa)

Tudo quanto directa ou indirectamente interessa a nós e à nossa Classe Médica de Goa merece que seja registado neste lugar. Assim, desde 24 de Janeiro último entraram a vigorar no Estado da Índia Portuguesa o Diploma Legislativo n.º 1.452 e a Portaria n.º 5.634, de 23 de Outubro e de 6 de Novembro de 1952, respectivamente, leis que nos interessam directa ou indirectamente.

Evidentemente, para nós, médicos, a SALUS POPULI foi, é e será sempre até à morte a SUPREMA LEX. Daí, o empenho justificado de ventilarmos o assunto de tão grande importância e incomparável magnitude nas colunas deste prestigioso semanário.

Não sofre dúvidas que a nossa Mãe-Pátria procura ao presente estudar de perto e solucionar com acerto os problemas referentes às Províncias Ultramarinas. Essa perspectiva é auspiciosa e de real vantagem e imensos benefícios. A recente visita ao Estado da Índia de Sua Ex.^a o Senhor Comandante Sarmiento Rodrigues confirma, sem sofismas de qualquer espécie, a nossa afirmação.

De caso pensado, deixamos para o fim as nossas considerações, de um modesto médico rural, à volta de tão magno problema, de vital interesse para o Estado da Índia.

Já a Imprensa de Goa, em uníssono e em alto e bom som, se pronunciou absolutamente contra o Dip. Leg. n.º 1.452, de 23-10-1952 e a Portaria n.º 5.634, de 6-11-1952. Se a Imprensa representa em toda a parte a Opinião Pública, orienta os Poderes Constituídos e difunde doutrina sã e construtiva, não faz sentido, de modo nenhum, que os referidos Diploma e Portaria subsistam, porquanto, com razão, as suas consequências, como é fácil de se prever — e afiguram-se assim a todo o espírito de bom senso —, serão de molde a criar ruína na economia do País. Como se verá mais adiante, estão em jogo leques e leques de rupias que pertencem a outros e que cumpre a quem de direito protegê-los e salvá-los.

No entanto, uma observação apenas da nossa parte: Tanto no Diploma como na Portaria, na sua parte preambular, se diz que se visa apenas a dignificação da profissão farmacêutica. Em nosso fraco entender, não se alcança o alvo desta maneira, com leis inadapáveis às condições naturais de um País. Para nós, a dignificação de qualquer profissão estaria nos benefícios práticos que essa classe profissional procurasse criar, produzir e investigar. No Estado da Índia temos centenas de médicos e

centenas de farmacêuticos. A manutenção dos serviços médicos e farmacêuticos custam ao Estado os olhos da cara, rios de dinheiro, como se poderá verificar dos Orçamentos anuais. O Laboratório dos Serviços Farmacêuticos no Estado da Índia Portuguesa está, pelo

que parece, provido de tudo. Mas qual a sua utilidade prática e real? O que esse Laboratório cria, produz e investiga? Se até importamos de Portugal e do Estrangeiro, como a Índia vizinha, água bidistilada e soro fisiológico salino normal? De que serve, na verdade, gastar tanto dinheiro com a manutenção desses Serviços que pouco ou nada produzem de positivo? Se até o próprio Hospital Escolar da Escola Médica de Goa compra no mercado água bidistilada e soro salino normal? E os Serviços Farmacêuticos são uma dependência da Direcção da Escola Médica de Goa.

Declara-se no Diploma Legislativo citado, à sua entrada: «A sua publicação tem por fim adaptar a farmácia não só às prementes necessidades actuais da vida mas também às novas directrizes económicas que orientam o País, colocando a Índia Portuguesa a par da Metrópole e de outras Províncias Ultramarinas, no que se refere ao prestígio da classe farmacêutica».

Mas a Metrópole e as outras Províncias Ultramarinas criam, produzem e investigam. E a Índia Portuguesa nada cria, nada produz, nada investiga, pelo menos até ao presente que nós saibamos.

O assunto é interminável e levaria colunas do precioso semanário. Por hoje, vejamos as observações que o jornal diário da capital «HERALDO», que é considerado entre nós jornal sério e orientador da Opinião Pública e dos Poderes Públicos Constituídos, faz a respeito deste momentoso problema pela pena desassomburada do seu redactor e nosso prezadíssimo amigo — o jornalista Álvaro de Santa Rita Vaz, na sua edição de 19 de Novembro de 1952, sob a epígrafe de «SOBRE QUEDA... COICE!»:

«Após a publicação do Regulamento da profissão farmacêutica neste Estado que levantou coro unânime da imprensa e do público, de protestos e comentários, cujos ecos, como raras vezes sucede, chegaram ainda à imprensa metropolitana, há poucos dias foi publicada no Boletim Oficial a Portaria n.º 5.634, de 6 do corrente, cujo objectivo, segundo o preâmbulo é «regulamentar o comércio de medicamentos especializados e introduzir a disciplina de preços nos moldes idênticos aos aprovados na Metrópole, de modo a assegurar uma distribuição equitativa de lucros, consoante os encargos pelas entidades autorizadas a negociar em medicamentos especializados, para que o público consumidor não fique atingido além das



COLONOL

REEDUCADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL

A BASE DE

Ácido cólico, oximetil-antraquinonas, resina de podofilo e extracto de beladona.

Boião 13\$50
Tubo 4\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

UMA GAMA DE
ANTI-ANÉMICOS
PARA A REGENERAÇÃO ERITROCITÁRIA



normal INJECTÁVEL — Em ampolas de 1,1 c. c. de extracto hepático concentrado, isento de proteínas com actividade histamínica, contendo por ampola 10 microgramas de VITAMINA B₁₂ equivalentes a 13 unidades anti-anémicas F. E. U.

forte INJECTÁVEL — Em ampolas de 2,2 c. c. de extracto hepático concentrado, isento de proteínas com actividade histamínica, contendo por ampola 30 microgramas de VITAMINA B₁₂ equivalentes a 40 unidades anti-anémicas F. E. U.

elixir Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida 375 mgrs.; Excipiente q. b.

B₁₂ ELIXIR — Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Vitamina B₁₂, 0,100 mgrs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida, 375 mgrs.; Excipiente q. b.

elixir Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 12:00, 6,25 grs.; Sulfato ferroso, 1,875 grs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida, 375 mgrs.; Excipiente q. b.



Alfredo Cavalleiro Lda.

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

"SCIENTIA"

LABORATÓRIO: RUA DE ENTRE-CAMPOS, 15 — LISBOA
ESCRITÓRIO: AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 164
TELEFONE: P. P. C. (2 LINHAS) 7 3 0 5 7

percentagens fixadas na Portaria n.º 5.041, de 9 de Março de 1950».

Salutar intento, nobre atitude, sem dúvida. Qual, porém, a forma, ou melhor, o *modus faciendi* que a Portaria preceitua?

É o que vamos ver: Porém, antes de entrar no âmago do assunto devemos dizer, alto e bom som, que a promulgação do Regulamento da profissão farmacêutica, uma farmácia ou drogaria já encerrou as suas portas e não são poucas as reclamações e as críticas que temos recebido sobre os seus diversos senões que, por hoje, sobreestamos, primeiramente para não estarmos a receber «intimações» ao abrigo da Lei da Imprensa da Associação dos Farmacêuticos e em segundo lugar prosas de língua e meia dos inspectores... em potência.

Porque, criados estes lugares e instalados neles os que botaram prosa à farta, tudo o mais ficará, como dantes, senão pior!

Após esse parêntese, absolutamente preciso, passemos a analisar a Portaria que vem regulamentar os preços dos medicamentos especializados nos moldes dos da Metrópole.

Não nos temos fartado de salientar que as nossas condições diferem em absoluto seja das da Metrópole como das de Angola ou Moçambique, ou das de Macau ou Timor. Elas são peculiares à terra e à gente. Também a imprensa de Angola e Moçambique não poucas vezes têm rebitado no assunto em tom veemente, por vezes, acrimonioso.

Enchem-nos a boca com o que se faz na Metrópole, quando convém, e não nos aplicam o que na Metrópole está promulgado quando interesse ao público ou quando ele pode auferir reais benefícios...

Pois, se a intenção era introduzir a disciplina nos moldes idênticos aos da Metrópole, qual a razão de não se autorizar idêntica percentagem à que vigora na Metrópole — de 40 % — e outras províncias ultramarinas, como Moçambique e Angola — de 60 %?

A vida igualmente encareceu tanto na Metrópole como em Angola e Moçambique. Dizem-nos ainda os que ganham bem.

Em vez disso a Portaria no parágrafo 1.º do art. 6.º estatui que «as vendas efectuadas pelos fabricantes e importadores aos retalhistas, (que não são outros senão as farmácias), sofrerão o desconto de 50 % nas percentagens fixadas na alínea a), b) e c) do art. 3.º da Portaria n.º 5.041, de 9 de Março de 1950.

A citada Portaria, já de si limitou a base de lucros, e, a presente vem ainda mais coarctar esse limite, para tornar mais atraente a profissão farmacêutica ao farmacêutico, ou, para usar a frase consagrada: dignificar a profissão farmacêutica. À custa de quem?

Do importador que, para prosseguir no seu ramo de negócio, tem de abrir créditos com antecedência de, pelo menos, 6 meses, empatando, deste modo, avultados capitais e a série interminá-

vel de formalidades, que levam dias seguidos e ainda meses com «peregrinações» por diversas Repartições Públicas, para se obterem vistos, autorizações, e, ainda, o ordálio que representa a obtenção de cambiais.

Juntem-se a tudo isto, que não se podem incluir no capítulo de despesas, os juros do capital desde a importação até à venda efectiva das mercadorias.

As fábricas produtoras, hoje em dia, não aceitam os prejuízos causados pela avaria e expiração de prazos de validade dos produtos para a sua revalidação, como se vê das embalagens: «*Not replaceable*». As consequências dos prejuízos têm de carretar o importador.

O parágrafo 2.º do mesmo art. 6.º impõe ainda a concessão dum «bonus» aos retalhistas (não confundam com merceiros, como vulgarmente são conhecidos entre nós, pois ele refere-se às farmácias), de 1 e 2,5 % nas vendas, respectivamente, de uma só vez, os de 150 a 250 unidades mensalmente.

Frisamos que a percentagem fixada na Portaria n.º 5.041, de 9 de Março de 1950, é insuficiente, e desde essa data, os importadores se têm retraido em requisitar especialidades farmacêuticas que, actualmente, em vez de poções, papelinhos, hóstias e pilulas, são unânimemente receitadas pelos clínicos. Muitas dessas especialidades constituem específicos para determinadas enfermidades e, portanto, indispensáveis.

Não páram por aqui as benesses que a Portaria concede aos retalhistas, perdão, às farmácias — que passarão a ser propriedade de farmacêuticos. No parágrafo 3.º dá-se-lhes ainda a faculdade de efectuarem o pagamento de especialidades adquiridas «no prazo de 60 dias a contar do fim do mês a que respeita a venda...».

Nunca em nossa vida tivemos ocasião de uma protecção tão insólita: a de obrigar os importadores a conceder créditos aos retalhistas e, ainda, beneficiá-los com um prazo de 60 dias para solvê-los!

Quem garante esses créditos?

Existirá em qualquer Código disposição que obrigue quem quer a vender a sua mercadoria, mesmo que o comprador seja outro comerciante, a crédito?

Qual o tribunal que, à queixa da falta de pagamento dum vale ou conta-corrente, pode dar valor a esses documentos?

E sabemos como os tribunais estãopletóricos com processos de dívidas e execuções, apesar de terem por base documentos legais, que são as letras, escrituras e hipotecas!!!... E como muitas delas são incobráveis.

Por acaso, o Depósito Geral dos Medicamentos do Estado se prestará a fornecer medicamentos aos retalhistas nessas condições?

Como se vê, esta disposição representa a legalização duma ilegalidade, e, por isso, não pode nem deve subsistir. É a subversão de todos os princípios e normas basilares por que se fazem as transacções. As verbas subordinam-se às seguintes percentagens:

a) De 0,5 % em relação aos pagamentos até 30 dias a contar da mesma data.

b) De 1 % quando o pagamento for efectuado até o dia 10 do mês seguinte àquele a que respeita a venda.

c) De 1,5 % no caso de pagamento de contado.

Benefícios destes, o importador, para ser ressarcido das suas despesas, ele bem os dispensa, se as transacções se fizeram segundo uso corrente.

Antes pelo contrário é benefício às farmácias!

Finalmente, pormenorizando o que acima ficou, vejamos a distribuição dos lucros — que, no preâmbulo se diz deve ser equitativa e justa.

a) Nos produtos onde os lucros são de 30 %:

Ao comprador (farmácias) 15 % + 2 ½ % + 1 ½ % = 19 %.

Ao importador: 11 %.

b) Nos produtos onde se permitem lucros de 25 %:

Ao retalhista 12 ½ % + 2 ½ + 1 ½ = 16 ½ %.

Ao importador 8 ½ %.

c) Nos produtos onde os lucros se limitam a 10 %:

Ao comprador 5 % + 2 ½ % + 1 ½ % = 9 %.

Ao importador... 1 %.

Portanto, no caso da a) vê-se que dos 30 % de lucros, o importador fica com 11 % e o retalhista com 19 %.

b) quando o total de lucros de 25 % fica o importador com 8 ½ % e o retalhista 16,5 %.

c) quando os lucros forem de 10 %, o importador, 1 % e o retalhista 9 %.

Estes são os números e são factos — os algarismos não mentem.

Perguntamos apenas: *É esta distribuição de lucros equitativa e justa?*

Fica o público beneficiado com as disposições desta Portaria? De que forma?

Apesar de todas essas protecções e facilidades as farmácias terão capitais suficientes para estarem munidas de todas as especialidades farmacêuticas exigidas pela moderna terapêutica? — sobretudo os antibióticos e toda a sorte de vitaminas?

Dicant Paduani...

Em resumo: Exige o País, exige o bom senso que, a aplicar-se a legislação da Metrópole se tenham em devida conta as peculiaridades da terra e não se vá bulir com a economia do País.

Atente-se nisso que é muito importante. Leques de rupias estão em jogo no comércio de drogas e medicamentos especializados, e, o prazo concedido para se pôr em vigor o novo Regulamento da profissão farmacêutica é apenas de 90 dias. Como se dentro desse curto período houvesse possibilidades de se dar conta de todos os stocks restantes e outras importações que estão de caminho...

Tanto esta Portaria como o Diploma Legislativo n.º 1.452, de 23 de Outubro último, devem ser enviadas à sanção do Governo Central afim de serem apreciados pelos organismos técnicos, im-

parcialmente, elaborando-se outras que não vão ferir de morte os que hoje se entregam a esse comércio, usando-se, como é óbvio, de todos os meios de segurança, para defender o público de especulação e de preços exorbitantes, pois, como aquilo está, é, sem dúvida,—sobre queda, coice!»

E também vejamos o que disse outro diário, também da capital, «O HERALDO», na sua edição de 6 de Fevereiro último, no seu editorial «O QUE ERA DE PREVER...»:

Decorridos os noventa dias prefixos começou a vigorar — depois de combatido e debatido pela imprensa do país com o que se pode chamar, sem grande receio de erro, unanimidade de vistas, na sua fase do projecto — o Diploma Legislativo n.º 1.452 e, nomeadamente, o seu art. 18.º que preceitua:

«Art. 18.º — A venda ao público de medicamentos, especialidades farmacêuticas e substâncias medicinais, com as excepções constantes deste diploma, compete exclusivamente às farmácias. É absolutamente proibido às drogarias ou quaisquer estabelecimentos o aviamento de receitas, a manipulação de medicamentos e a venda ao público de soros, vacinas, agentes biológicos de diagnóstico ou produtos congêneres, sendo igualmente proibido às farmácias o aviamento das preparações magistrais sem receita médica.

As consequências da execução desta disposição corresponde precisamente à expectativa.

De facto, não é raro verificar-se o desapontamento do público que vá buscar as drogas prescritas. A farmácia não possui a droga ou as drogas que se pretende comprar. Poderá fornecê-las só depois de satisfeita a requisição que faça à firma importadora. Esta, por sua vez, declara-se incapaz de realizar imediatamente o fornecimento requisitado, por lhe ser fisicamente impossível fazê-lo em vista dos pedidos anteriores doutras entidades. Resultado: a receita fica aviada só pela tarde se não acontecer ficar o aviamento adiado para o dia seguinte.

Não se suponha, porém, que casos desses se passam apenas nas farmácias onde haja fraco concurso de gente — nessas nem é bom falar! — mas sim naquelas que são reputadas como as mais movimentadas da cidade. E a razão é simples. É materialmente difícil, se não impossível, a uma farmácia, por mais movimentada que seja, deixar armazenada toda a variedade de drogas importadas no país.

Soma-se a isso a dificuldade em que se acham colocados os droguistas-retalhistas de não poderem satisfazer as requisições que lhes sejam feitas pelas farmácias, porquanto estas exigem, à face da lei, descontos que são superiores aos que a eles próprios foram con-

cedidos, na ocasião da aquisição das drogas, pelos droguistas importadores. Mas com o rodar do tempo, se as coisas continuarem neste pé, esses retalhistas não terão outro remédio senão vender com perda as drogas adquiridas. E Deus sabe os sacrifícios que fizeram, as dificuldades vencidas, os obstáculos enfrentados para começar a sua actividade comercial, para, afinal, ficarem reduzidos a pó e cinza os seus planos e projectos de um futuro melhor, comprometendo assim o sustento dos seus familiares e ainda a possibilidade de iniciarem outro negócio ou nova empresa!

Mas, apesar de tudo isso, estarão de parabéns as farmácias do país?

Parece à primeira vista que sim. Lançando, porém, cuidadosamente as contas, veremos que não.

Estudemos o caso de uma farmácia de aldeia. Calculemos o montante do capital a investir:

Móveis (armários, mesas, cadeiras, bancos ao público, etc....) ...	1100-0-0
Drogas obrigatórias e vasilhame ...	1000-0-0
Utensílios (balanças, almofarizes, canecas, copos, etc.) excluindo o autoclave	700-0-0
Especialidades farmacêuticas, soros, vacinas, etc.	10.000-0-0
Total Rps.	12.800-0-0

NAS AFECÇÕES DO APARELHO RESPIRATÓRIO

1-2 ampolas diárias de

PULMOCELSUS

instilações ou pulverizações nasais de

NAZOFEDRINA

GARANTEM UMA NOTÁVEL ACCÇÃO

CURATIVA OU PREVENTIVA

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

Orcemos agora as despesas anuais:

Vencimentos do director técnico e do ajudante da farmácia	3.300-0-0
Juros do capital investido	768-0-0
Renda de casa (consistindo em sala de espera, laboratório, anexo do laboratório ou depósito, quarto de dormir se o farmacêutico tiver residência em edificio diferente, instalações para lavagens, com lavatórios de água corrente, esgotos e instalações sanitárias para o pessoal)	240-0-0
Diversas despesas	100-0-0
Total Rps.	4.408-0-0

Portanto, para que no fim do ano a empresa não feche as contas com déficit e não marche para a bancarrota é indispensável que a média dos lucros obtidos nesse período de tempo seja pelo menos igual à quantia que representa a soma total das suas despesas, isto é 4.408 rupias, ou para arredondar 4.400 rupias.

Computemos em 3.000 rupias os lucros feitos nos aviamentos de medicamentos manipulados e em 1.400 rupias os resultantes da venda de especialidades farmacêuticas.

Admitindo que a percentagem de lucros nos aviamentos seja de 50 % — uma percentagem de respeito — o valor bruto dessas vendas terá de ser de 9.000 rupias, o que representa uma média mensal de 750 rupias ou seja umas 29 rupias diárias. De modo que será preciso que haja ao menos 38 aviamentos diários com o preço médio de 12 tanças cada! Doutra lado, atribuindo uma percentagem média de 10 % de lucros sobre as patentes vendidas, o valor bruto das respectivas vendas não deverá ser inferior a 15.400 rupias, isto é nada menos do que 42 rupias diárias em média.

Consequentemente, as receitas, assim distribuídas, têm de somar em 65 rupias diárias, importância que, cremos, não se chega a atingir a maioria de farmácias, ao menos, pois sabemos que numa farmácia razoavelmente recorrida tanto para a compra de medicamentos manipulados como para a de patentes, a média diária da receita dificilmente alcança a cifra de 50 rupias.

Não nos esqueçamos de que no cômputo acima feito foram as vendas consideradas a pronto pagamento. De maneira que, na prática, as farmácias

terão de fazer face a um excesso de capital — do *capital circulante* — de montante variável, cujos juros não foram tomados em linha de conta. Acresce ainda que ao capital a investir tem de se somar o custo de um ou dois refrigeradores (sendo um para a substituição do outro, quando avariado) para a conservação de soros e vacinas, etc. pois que é natural e justo que elas acarretem esse encargo uma vez que são detentoras do privilégio de serem as únicas entidades, autorizadas por lei, a efectuar a venda desses medicamentos ao público.

E se é esta a situação económica, a que vão ficar reduzidas as farmácias aldeanas, não será menos embaraçosa a das farmácias das cidades, que têm de acarretar mais encargos e enfrentar as dificuldades consequentes da distribuição dum mesmo número de doentes por um maior número de farmácias, a não ser que se realize o vaticínio feito ao analisar a proposta do Diploma, ora em vigor: encerrarem-se várias das farmácias agora existentes aguentando-se apenas as que pertencem aos importadores das drogas.

Mas isso diminuirá o número de farmacêuticos — directores técnicos — contrariando a finalidade principal do diploma que é a de submeter o exercício de farmácia à nova orientação, não só técnica mas ainda económica, de modo a elevar o nível social da classe farmacêutica. Isso quanto às farmácias das cidades. Como se vai, porém, equilibrar os orçamentos das farmácias das aldeias?

A solução é única: aumentar as percentagens dos lucros ao serem fixados os preços dos medicamentos para a venda ao público o que é o mesmo que tornar mais onerosos os meios para a preservação da saúde pública, isto é, da vida humana — que é, aliás, a única razão de existirem médicos, farmacêuticos, droguistas, toda a complicada orgânica dum Estado moderno e civilizado com os governos que atenta e cautelosamente velam pelo bem-estar dos povos, cientistas que fechados nos seus gabinetes queimam as suas energias, estadistas que sinceramente buscam soluções para os problemas que podem perturbar a paz das nações, tendo sempre em mira tornar a vida mais confortável, mais desafogada, mais visível.

Todavia, é essa, infelizmente, a análise fria e lógica da posição que estamos a ocupar. Pretende-se proteger a classe

farmacêutica mas o plano esboroa-se. Se se insistir nessa protecção da maneira como se acha agora organizada, teremos de pedir duros sacrifícios à população do país.

Recuar e gizar novo plano — é o que se nos afigura necessário para bem servir a causa pública».

E não transcrevemos mais observações e considerações que mais diários e periódicos da Imprensa de Goa, como «A VIDA», o «DIÁRIO DA NOITE» etc., fizeram a esse respeito, da mesma natureza, para não enfastiar o leitor e roubar o precioso espaço ao semanário. É aliás bastante. Verificadas que sejam a inadaptação e a inviabilidade da lei, deve a mesma deixar de vigorar. PARA A PRÓXIMA VEZ.

Parece impossível. É justo e apreciável até que o médico tenha consigo no seu consultório todo o material que nós chamamos de emergência: soro glucosado, coramina, cálcio, desinfectantes e solutos antisépticos para curativos e pensos, comprimidos para uma dor de cabeça, para uma nevralgia, para não ter de bater à porta de uma Farmácia que pode ficar muito distante, em caso de urgência. E, de um modo geral, no Estado da Índia, o doente prefere que o próprio médico lhe administre a sua própria droga, no caso de injeção. E, falando genericamente, o médico em Goa é muito mal remunerado. O doente não lhe paga os honorários devidos. Leva a receita médica às Farmácias e às Drogarias que são as únicas que chegam a ganhar alguma coisa com as receitas do médico. A situação financeira do médico de Goa seria outra se se lhe permitisse ter uma ambulância, como tinha antes e como é permitido presentemente na Índia vizinha.

Em nosso fraco entender e porque estamos em permanente contacto com as Farmácias e Drogarias em resultado da nossa profissão de médico, tanto o Diploma Legislativo n.º 1.452, de 23-10-1952 como a Portaria n.º 5.634, de 6-11-1952, têm de sofrer mudanças radicais, adaptando-se às condições peculiares do Estado da Índia. Uma comissão escolhida de entendidos, com conhecimento absoluto da Terra e da sua Gente deve estudá-los serenamente na Metrópole, longe de qualquer preconceito ou influência local...

Mais acertado, porém, seria não tocar no assunto nos tempos difíceis que correm em que a crise ainda afecta tudo e todos e o geral da população da Índia Portuguesa é pobre. Esperar por tempos melhores para a promulgação de leis deste jaez, talvez fosse mais ajuizado. Porque, de contrário, muita Farmácia ver-se-á obrigada a encerrar-se por não poder satisfazer-se às condições bem duras do Diploma Legislativo e da Portaria, e, em sua consequência, nas cidades e, sobretudo nas aldeias, o prejuízo para o público será imenso e irremediável. Evidentemente. Neste sentido, subiram já reclamações, petições e protestos aos Senhores Ministro do Ultramar e Governador Geral do Estado da Índia.

Na Sarna

Neo-Escabite



Elimina o ácaro com uma só aplicação
em 24 horas


SILVA CARVALHO
124, Rua dos Fanquelros, 126

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE

Aureomicina CRISTALINA

Lederle



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

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

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

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
 AMERICAN Cyanamid COMPANY
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



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

* A introduzir brevemente.

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

A MEDICINA DO ULTRAMAR

O COMBATE À TRIPANOSOMIASE EM MOÇAMBIQUE

Na conferência que proferi há poucos dias no Hospital do Ultramar, tive oportunidade de me referir largamente ao que tem sido, através do tempo, o combate à doença do sono em Angola, onde se tem realizado uma obra digna dos mais altos encómios.

Neste campo, como aliás em muitos outros, a nossa posição é sobremaneira honrosa, tanto em Angola como na Guiné e Moçambique — os nossos três territórios de além-mar onde existe tal doença.

Cabe hoje nesta página uma referência especial à Missão de Combate às Tripanosomiasas na nossa grande Província da África Oriental, cujo trabalho tem sido sem dúvida brilhante e de grande eficiência, prestigiando assim a acção médica portuguesa no Ultramar.

Presentemente prestam serviço na Missão 13 médicos e 7 veterinários, havendo mais 38 europeus ao serviço da mesma Missão.

Pelos dados publicados no último relatório, verifica-se que foram examinados 153.048 indígenas, tendo sido diagnosticados mais 188 casos novos.

Nos hospitais da Missão estiveram internados 162 tripanosomados, tendo falecido 13 % dos hospitalizados.

A parte laboratorial teve bastante movimento, bastando dizer-se que só na área do distrito de Tete foram capturadas cerca de 5 mil glossinas. A secção veterinária observou 14.029 esfregaços de sangue de animais domésticos, tendo verificado que era de 929 o número dos que estavam parasitados por tripanosomas.

De momento, parece ser o distrito de Cabo Delgado a região moçambicana mais gravemente ameaçada pelo terrível flagelo.

Todavia, com os meios de que dispõe a Missão de Combate à Tripanosomiase e com os que certamente o Governo não deixará de aumentar a sua eficiência, estamos plenamente convencidos de que o seu labor será dia a dia mais intenso

e proveitoso, caminhando-se assim para o desejado objectivo da extinção dessa perigosa endemia, que tanto prejudica as populações e a fauna de muitas regiões da nossa Província de Moçambique.

MISSÕES E ASSISTÊNCIA

Por todo o nosso Ultramar as Missões Católicas têm desenvolvido uma meritória acção no campo da assistência, sendo muito grandes os serviços que, nesse aspecto, lhe devem as populações indígenas.

Eu próprio tive ocasião de verificar estes factos muitas vezes, durante os meus longos anos de permanência em terras africanas, e foi-me também possível prestar a minha colaboração como médico às Missões do Espírito Santo, a cuja grande obra civilizadora e cristã me é grato aqui render, mais uma vez, as minhas sinceras homenagens.

Estas breves linhas são motivadas pela leitura que fiz há dias de umas referências à actividade das Irmãs de S. José de Cluny na Missão de Santo António do Zaire.

Durante o ano findo, o Dispensário desta Missão fez 44.741 tratamentos e curativos, incluindo 1.740 injecções. Dias houve em que se atenderam mais de 200 doentes e durante esse ano de 1952 registaram-se na Maternidade 145 nascimentos.

Nunca será demais encarecer o que tudo isto representa no campo da assistência médica ao indígena.

PROTECÇÃO À MÃE E À CRIANÇA

Há em Luanda uma agremiação de carácter particular — a Associação dos Naturais de Angola — que tem desenvolvido uma acção particularmente brilhante e eficiente no sector da assistência materno-infantil.

Dispondo de um Dispensário-Creche (a que foi dado justamente o nome do grande médico angolano Prof. Carlos Tavares), essa Associação presta relevantes serviços mantendo em tal Dis-

pensário consultas médicas, serviço de profilaxia contra várias doenças infecto-contagiosas, distribuição de alimentos, etc.

Em Dezembro do ano findo estavam sob vigilância e protecção dessa Associação 3.991 crianças, das quais 40 eram brancas, 1.085 mestiças e 22.866 pretas. Todas estas crianças tinham menos de 4 anos. Durante o segundo semestre de 1952 o Dispensário fez 2.554 curativos e tratamentos, 1.069 consultas e distribuiu algumas centenas de quilos de leite em pó, de farinha Nestlé, tapioca, etc.

Além das 3.991 crianças de menos de 4 anos, o Dispensário da Associação dos Naturais de Angola prestou também assistência a 2.413 crianças de idade superior àquela, sendo também na sua maioria de raça preta.

Todos estes números mostram-nos bem o que vale e o que tem sido a acção médico-social desenvolvida por aquela agremiação, cujo nome merece bem ser citado com relevo pela grande compreensão que tem mostrado em relação ao importante problema da protecção à Mãe e à Criança.

COMBATE À LEPRA EM MOÇAMBIQUE

O Dr. Rui Morgado, chefe dos serviços de combate à lepra em Moçambique, concedeu recentemente uma entrevista à Imprensa que se reveste de grande interesse pelos dados e factos que nela foram apresentados e que bem revelam o cuidado e carinho que se tem posto na luta contra tal doença em terras moçambicanas.

O grande número de leprosos em Moçambique recruta-se entre a população indígena, pois é insignificante a incidência nos outros elementos étnicos da população.

Segundo o dr. Morgado há na Província cerca de 19 mil leprosos. Destes, apenas 800 estavam sob tratamento em 1949. Dois anos depois — e isso é sinal evidente das medidas eficientes que foram tomadas pelos serviços responsáveis — esse número subiu para 9 mil.

Há gafarias no Alto Molocué, em António Enes, em Montepuez, em Masavelane e na circunscrição de Hamoine.

Está em construção a Gafaria Central da Província, pondo-se assim mais dois preciosos elementos de trabalho nas mãos dos médicos leprólogos.

Recentemente tiveram alta do Alto Molocué 108 doentes que ali estavam internados e que foram dados como curados.

Este facto foi considerado pelo Dr. Morgado como «o primeiro resultado positivo e animador de um trabalho intensivo, acumulado durante alguns anos».

É de esperar que resultados como estes se sucedam agora, para prestígio crescente dos Serviços de Saúde de Moçambique e da nossa obra civilizadora no Ultramar.

ALEXANDRE SARMENTO

MARTINHO & CIA.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Começamos hoje a transcrever o relato que vem no «Diário das Sessões» a respeito da discussão do aviso prévio do Deputado Prof. Manuel Cerqueira Gomes sobre Previdência Social.

O Sr. Manuel Cerqueira Gomes: — Sr. Presidente: não quero começar pela história dos nossos seguros sociais obrigatórios. Seria fértil de ensinamentos, como é sempre para uma ideia a revisão da sua marcha, lembrar, como o ambiente de 1919, a viçosa legislação que despontou na pujança daquela Primavera, o sonho que a embalou, a irrealdade que a comprometeu, o declínio triste e feio em que se submergiu.

Donde me interessa partir é do ano de 1933, em que se promulgou o Estatuto Nacional do Trabalho. Até essa data havia exclusivamente em Portugal a responsabilidade patronal pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais. É o artigo 48.º do Estatuto do Trabalho que afirma a intenção de se criarem, em realização progressiva, «as caixas ou instituições de previdência tendentes a defender o trabalhador na doença, na invalidez e no desemprego involuntário e também a garantir-lhe pensões de reforma», atribuindo aos patrões e aos trabalhadores obrigação de concorrer para a formação dos fundos necessários e deixando a administração das instituições para representantes de ambas as partes contribuintes.

Abriu-se efectivamente aqui o caminho da nossa Previdência Social, ao mesmo tempo que se marcaram as suas características essenciais. Logo um ano e meio depois se publicou a Lei n.º 1.884, em que se classificaram as instituições de previdência e se determinaram os princípios gerais da organização.

Esquemáticamente posso dizer que os princípios eram: obrigatoriedade, generalidade e organização diferente, não unitária, e as instituições reconhecidas — a par duma classe que devia abranger os servidores do Estado, dos corpos administrativos e das associações de socorros mútuos — ficavam limitadas a:

- 1.º Caixas sindicais de previdência (criadas por convenção colectiva de trabalho);
- 2.º Caixas de reforma ou de previdência (agrupando indivíduos que exerçam determinada profissão, serviço especializado ou actividade diferenciada, ou ao pessoal duma só empresa);
- 3.º Caixas de previdência de Casas do Povo;
- 4.º Casas dos Pescadores.

Sorte diversa correram estes quatro grupos de instituições. O mais feliz foi o das Casas dos Pescadores. Levantaram-se no continente vinte e três destas instituições, que englobam ao redor de 46.000 sócios efectivos e que, por um sistema de «quinhões, partes e percentagens» no produto da pesca, conseguem um volume de receitas suficiente para cobrir as despesas da assistência médica como as da acção cultural.

O menos venturoso foi o das Casas do Povo. Com a reforma de 1940 passaram as Casas do Povo a ser elas próprias as instituições de previdência, firmou-se a obrigatoriedade da inscrição e ampliou-se a receita, decretando, para além das taxas que já vigoravam quanto ao trigo e ao vinho, a tributação sobre o arroz, o azeite, a cortiça, a resina e a lã. Mas o que chega ao fundo comum da Junta Central das Casas do Povo como contribuição dos organismos corporativos e de coordenação

económica oscila pelos 6.000 contos, o montante das quotizações das Casas do Povo pouco excede os 18.000 contos e um total de receitas que anda pelos 35.000 contos de muito pouco vale para a previdência duma massa superior a 200.000 sócios efectivos, repartida por mais de 450 Casas do Povo.

Não se enxerga com facilidade melhor ventura dentro do dispositivo que nós temos: os salários do campo são muito reduzidos e só garantem pequenas contribuições; o custo da previdência tinha de ficar quase inteiramente do lado dos produtores. E pode bem responder-se que a lavoura não comporta o encargo, sabendo-se que, pelos cálculos feitos, a previdência exigiria uma soma equivalente à actual contribuição agrícola. Havemos de ver se os arranjos que proponho trazem para o problema outra solução.

Entre as duas sortes diferentes — a dos trabalhadores do mar e a dos trabalhadores da terra — coloca-se o resto da Previdência: os trabalhadores do comércio, da indústria, das profissões livres e de outras actividades ou serviços diferenciados. E o mundo das caixas de previdência, que abarca já mais de 1 milhão de pessoas, que se exprime por uma contabilidade superior ao milhão de contos anuais e que traz a força própria duma crescente expansão em todos os números designativos. Teve este mundo um caminhar acidentado: ao princípio, porque os passos eram lentos e curtos, não se deu bem pelo que trazia inerente; mas, quando a marcha se tornou mais veloz e mais ampla, pôde medir-se noutra projecção para onde nos levava em consequências doutrinares e económicas.

Então, já lá vão mais de três anos, foi-lhe imposto um alto. Era prudente reflectir. Era indicado rever a organização. E todos os aspectos se denunciavam merecedores de exame, desde a estrutura administrativa ao campo de aplicação, ao esquema de benefícios, ao regime financeiro e à prestação dos serviços assistenciais. Estava em boa posição quem assim mandava. A revisão, que é sempre uma atitude científica, põe-se para os homens do Governo como um dever de consciência.

Os anos vão passando. E este problema, que é dos mais vultosos da nossa hora, e esta ideia, que é das mais belas do regime, continuam detidos. Temos já elementos para os rever? Podemos obstar a que os erros tanchem raízes mais fundas, as situações se compliquem no seu desarticulado e no seu indefinido? Ganhamos consciência bastante para rectificar doutrináriamente, expurgando os enxertos de teor ou de finalidade contrários aos nossos princípios político-sociais?

Tenho estudado e oferecido a minha colaboração na Previdência Social o melhor que sei e posso. Pela força do cargo, pesado mas honroso, que a corporação dos médicos portugueses me confiou, tenho vivido, talvez mais profundamente do que ninguém, as realizações mais expressivas da nossa Previdência Social.

Na mesma atitude me mantenho hoje ao erguer aqui, até ao Governo, este magno problema, com a serena consciência e também com a perfeita responsabilidade do interesse que ele desperta no País: quero, ainda e simplesmente, ao lado de quantos trabalham para a reorganização da nossa Previdência Social, continuar no estudo e na colaboração. Tudo o que eu possa dizer

tem assim de ficar num plano de crítica séria e objectiva.

Nunca também seria de outro modo, porque o impede a minha formação, para a qual, justo é confessá-lo, muito contribuem estes trinta e quatro anos que já levo de trabalho científico, na disciplina da Medicina, onde os factos se movem no campo mais objectivo, a verdade se busca pela verdade e a revisão dos conceitos se propõe e impõe a toda a hora.

Estou certo que não abandonarão o mesmo terreno alto aqueles que, porventura, participem no debate. Todos conhecem — e melhor do que eu — a função que nos cabe nestes lugares: a de dar ao Governo e ao País a certeza de que estamos atentos...

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — ...de que nos entram na inteligência e no sentimento todos os problemas dos diferentes andares em que se hierarquiza e se entrelaça a vida da Nação, desde os morais aos sociais e desde os espirituais aos económicos.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Só uma coisa peço aos que me escutam: é que se lembrem de que não sou técnico de previdência ou de seguros, nem tenho por mim as repartições especializadas, e me perdoem se, para fora das grandes linhas da construção doutrinária e administrativa, eu cair em erros de pormenor.

Ora o que me oferece o aspecto actual da nossa organização de Previdência Social? Como está edificado até agora? Tem erros de construção? Se os tem, como rectificá-los, e em que perspectivas delinear o remate do edificio?

O que vou dizer não é matéria perfeitamente nova. E apenas o enfaixamento e a culminação de ideias que já apontei na Assembleia Nacional ao discutir a lei de combate à tuberculose, que já referi no parecer n.º 35 da Câmara Corporativa sobre a lei de combate às doenças infecto-contagiosas e que andam espalhados por estudos vindos a lume ou nas revistas médicas ou nos jornais do grande público.

E também certo que algumas das sugestões e das soluções que vou enunciar coincidem com outras que estão gravadas por diferentes lados ou que ouvi de bocas autorizadas; mas a coincidência não significa que eu filtre para aqui posições ou critérios oficiais nem me obriga claramente à reserva das opiniões.

Vou então desenvolver o exame pela ordem que tracei na minha nota:

1) *Estrutura administrativa.* — A primeira protecção obtida para os nossos operários foi a de doença. E começaram a usufruí-la pela acção dos sindicatos. Nos dez anos que a seguiram à promulgação do Estatuto do Trabalho Nacional, ou seja nos primeiros oito de vigência da lei que criou as instituições de previdência e as separou em grupos, foram os sindicatos, e não as caixas, que dominaram na assistência médica então prestada. Ainda em 1944 as caixas sindicais gastaram apenas 673 contos com a assistência médica e os sindicatos despenderam quase três vezes mais com as mesmas despesas.

Por essa altura arrancava já o grande movimento ascensional das caixas, favore-

cido pelo Decreto de 20 de Fevereiro de 1943, que punha no Instituto Nacional do Trabalho e Previdência a iniciativa da constituição de caixas de reforma ou de previdência. Foi rápida a expansão; em 1946 estavam erguidas 72 caixas, com uma população de beneficiários de 300.000.

Pode dizer-se que esta velocidade de progressão não foi regida por boa disciplina. Houve o propósito de estender o seguro obrigatório, e cumpriu-se. Mas faltou uma visão e um plano de conjunto. Se é certo que entre nós se pisava terreno virgem, por isso mesmo os passos deviam ter sido mais cautelosos. Existia, de resto, na Europa, por essa hora, já delineadas e legisladas, organizações de seguros obrigatórios que bem podiam servir-nos para meditar na necessidade de não construir sem uma disciplina em extensão e em profundidade.

Criaram-se rapidamente muitas caixas, sem dúvida. Cada uma delas ficou, no entanto, com um regime, a bem dizer, próprio: organizou como quis os seus quadros administrativos e burocráticos; com mais ou menos folgança remunerou-os a seu talento e instalou-se como melhor lhe apeteceu.

Justamente porque não havia nem risco nem moldes, algumas perderam-se nos caminhos e foi preciso retirar-lhes a espontaneidade de governo e impor comissões administrativas. Ficou tão gritante o desacordo entre elas no que diz respeito a quadros, categorias e remuneração do pessoal que acabou por estudar-se um regulamento, agora mesmo publicado, para, ainda que dentro de tipos, as uniformizar e, como diz o despacho respectivo, as dotar de um mínimo de disciplina indispensável.

A esta disparidade do lado administrativo juntava-se igual desencontro do lado assistencial. Cada caixa tinha o seu esquema de protecção à doença: umas davam muito, outras pouco; aqui, apenas se lo-grava a visita e a consulta; acolá, também as especialidades e os meios laboratoriais de diagnóstico; além, toda a assistência farmacêutica; depois, os internamentos; mais adiante, a cirurgia e, para além ainda, o auxílio à maternidade. E viam-se os mais opostos sistemas: umas caixas tinham postos privativos e médicos avançados, outras deixavam que o beneficiário consultasse o médico da sua escolha e pagavam os preços comuns ou uma tabela combinada. Se em tão larga escala de diferenças interviam, naturalmente, os recursos de cada instituição, também é certo que regiam, em grande parte, o critério e tino administrativos.

Paralelamente às caixas de previdência montaram-se outras caixas para abono de família, depois do Decreto-Lei n.º 33.512, de 13 de Agosto de 1942. De início as duas organizações não se entenderam, embora se erguessem lado a lado, no mesmo departamento da Previdência Social.

Os âmbitos das caixas de previdência e das caixas de abono de família desencontravam-se em algumas profissões, mas cruzavam-se na maior parte, e assim grande número das caixas de abono de família era verdadeira duplicação das caixas de previdência, com o prejuízo inerente à repetição das formalidades e dos gastos administrativos e gerais.

A nossa Previdência começou a notar o erro desta fragmentação. Erro grave, filho da pressa inicial, que não deixou esquematisar uma realização de conjunto. Logo se moderou a criação de novas caixas de previdência; o número não aumentou sensivelmente desde 1946 e passaram a incorporar-se em algumas já existentes grupos profissionais variados.

Por sua vez, o abono de família passou a ficar dependente da organização de previdência e as caixas de abono integraram-se, até onde puderam, nas de previdência; a má concepção inicial do desparalelismo de âmbitos continua a exigir vinte e três caixas de abono de família para os casos com direito a abono e ainda não compreendidos nos outros riscos da previdência.

Era já muito sustar a fragmentação. Mas era ainda preciso descobrir outros

caminhos. Os inconvenientes da dispersão estavam à vista nos resultados a que tinham levado os cuidados médicos entregues à acção isolada das caixas; obrigava a despesas inúteis pela repetição em cada caixa dos mesmos serviços e deixava núcleos de beneficiários bem assistidos ao lado de outros com assistência precária. E no espírito da nossa Previdência evolucionou-se para a concentração. Era, de facto, o remédio lógico, conquanto tivesse de ponderar-se seriamente que o tipo de assistência a modelar para todos devia, por elementar justiça, ser bastante e ser suficiente.

Cometeu-se então na nossa Previdência um outro erro administrativo — o das federações. Porque não se federaram caixas; federaram-se serviços de caixas. As caixas continuaram a existir e delas se extraíram serviços para serem concentrados em novos organismos.

Quatro federações se levantaram: a Federação dos Serviços Médico-Sociais, a Federação das Casas Económicas, a Federação dos Serviços Mecanográficos e a Federação de Divulgação, Informação e Cooperação Internacional. A mais importante foi a dos Serviços Médico-Sociais.

Velozmente se desenvolveu esta Federação, que, de entrada, abrangia apenas a Caixa Sindical dos Profissionais do Comércio e a do Pessoal da Indústria Têxtil; em 1947 contava 75.000 beneficiários e 20 postos; no ano seguinte o número de beneficiários subiu para 240.000 e o de postos para 53, e em 1949 os beneficiários atingiam 330.000 e os postos somavam 66.

Em meados de 1949 esta marcha foi superiormente detida. Em boa verdade, ela pareceu excessiva. O montante das suas construções e instalações privativas ultrapassava as possibilidades orçamentais, que eram alimentadas pelas caixas federadas em adiamentos, à maneira das necessidades.

Mesmo detida a meio do ano, nesse 1949, a sua contabilidade revelou um déficit de 40.000 contos; e como as caixas tinham esgotado a verba da doença, o desnível foi coberto pelo Fundo Nacional do Abono de Família, que nos anos de 1948 e 1949 deu à Federação subsídios de 46.300 contos. Do termo de 1949 para cá vive, pode dizer-se, sem construir mais obras e mais serviços privativos, também sem aumento de população assistencial e com um orçamento equilibrado, na altura dos 83.000 contos.

Porque isto exigiu das caixas adiamentos superiores aos que vinham fazendo e para cima da percentagem atribuída à doença, o artigo 18.º do Decreto n.º 37.763, de 24 de Fevereiro de 1950, mandou englobar na percentagem de doença o que constituía até ali fundo de assistência.

A Federação dos Serviços Médico-Sociais não correspondeu aos fins que determinaram a sua criação: nem trouxe «diminuição de encargos» nem «grau superior de eficiência».

Os segurados ficaram mais caros quando transitaram das caixas para a Federação e, muitas vezes, perderam em amplitude de benefícios. Se é certo que algumas caixas concederam larga protecção à doença e avultados subsídios, hipotecando os próprios fundos de assistência, também é verdade que depois do Decreto n.º 37.763 o facto já não é possível. É mesmo discutida que fosse a origem dos recursos para prestar mais ou menos ampla assistência, o que importa essencialmente é o custo da assistência.

Em 1949 a Federação estudou o encargo de cada beneficiário para o seu esquema assistencial e fixou a capitação de 21.630\$ por mês.

Ora, se a Previdência quiser usar de esclarecimentos próprios, tem na Direcção-Geral um inquérito que no mesmo ano mandou realizar à Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria dos Lanifícios, onde se compararam esquemas e capitações entre a Caixa e a Federação e se chega a estas conclusões: a Caixa de Lanifícios tinha uma capitação ligeiramente superior à da Federação para um esquema de benefícios muito mais largos, e, se a Caixa dos

Lanifícios restringisse o seu esquema ao da Federação, em vez de 24.630\$, exigidos pela Federação, podia baixar a capitação para 8.750\$. Mesmo com todas as ressalvas que o inquiridor anota, não pode deixar de vincar-se a impressionante diferença.

É por isso que as caixas resistem a ser integradas na Federação: gastam menos e dão mais. E algumas, como esta dos Lanifícios, continuam vida independente. Tenho na minha mão um exemplo, que não resisto a invocar pelo que ele tem de saboroso.

Entre os poucos protestos da organização operária que para esta Assembleia foram mandados a propósito do meu aviso prévio — felizmente nem todos os operários deixaram de ver que eu lhes defendo uma melhoria de benefícios —, há um telegrama do Sindicato dos Operários da Indústria de Cerâmica, em que o seu presidente clama contra a minha «tentativa de novo desvio da orientação básica da orgânica corporativa».

Pois há dois anos e meio, quando eu defendi em alguns jornais diários as mesmas ideias que hoje desenvolvo, recebi do mesmo sindicato o ofício n.º 733/49, assinado pelo mesmo presidente que agora assina o telegrama de protesto, a dizer-me:

Venho felicitar V. Ex.ª pelo que diz sobre previdência e informá-lo de que a Caixa de que fazemos parte está a trabalhar nos moldes exactos da sua sugestão.

Temos de facto resistido quanto temos podido à integração na Federação das Caixas de Previdência, porque temos médicos de clínica geral e de todas as especialidades que dão consultas nos postos privativos e nos seus próprios consultórios; temos visitas domiciliárias aos doentes que não podem ir aos consultórios; temos operações de grande e pequena cirurgia; temos internamento em hospitais e Misericórdias e estágios em sanatórios; temos tratamento da tuberculose com fornecimento dos medicamentos necessários; temos aparelhos próprios de radioscopia e agentes físicos; temos assistência a parturientes e à primeira infância; temos fornecimento de toda a medicação necessária e que seja receitada e mais óculos, cintas, dentaduras, etc.

Além disso fazemos uma grande obra de assistência, concedendo auxílios vários, eventuais, aos casos de reconhecida emergência, nas famílias dos nossos associados. Tudo isto nos custa menos cerca de 300 contos do que a Federação nos pedia, para fazer apenas a sua assistência, cheia de restrições.

Se este mesmo presidente, o do ofício de felicitações e o do telegrama de protesto, me afirmava há dois anos e meio: «resolvi escrever-lhe para que se não julgue tudo na orgânica corporativa pela mesma bitola» — a Assembleia Nacional que faça agora o favor de o julgar.

Não se pode dizer que o encarecimento do beneficiário na Federação é devido ao que custam os serviços propriamente médicos. A Federação não paga mais do que as caixas por análises e radiografias e a remuneração fixa de 2.00\$ mensais que dá aos seus médicos de clínica geral, se excede a de algumas caixas, também outras caixas satisfazem as consultas por tabelas mais altas do que fica a média da consulta na Federação.

Podemos fazer de tudo isto uma ideia clara se compararmos nas estatísticas o que se passa entre caixas sindicais e Federação — em 1951 as caixas sindicais prestavam ainda directamente acção médico-social a 167.000 beneficiários e familiares, um quarto dos 630.000 que englobava a Federação; e as caixas sindicais pagaram a médicos um pouco mais do que o quarto que lhes cabia nesta comparação (6.898 contos, contra 20.406); e despenderam com análises e radiografias médias sensivelmente mais altas do que a Federação (para radiografias, as caixas 188\$ e a Federação

PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!

METORMON

(metilandrostenediol)

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

INDICAÇÕES:

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

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

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

DIORMON

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

INDICAÇÕES:

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

NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.

EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

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

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

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

176\$; para as análises, as caixas 42\$ e a Federação 25\$).

As federações foram um desvio doutrinar da nossa previdência. É difícil arrumar com segurança a sua natureza institucional.

Há o ofício n.º 16.239-P do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, que mereceu despacho concordante do Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social de 25 de Maio de 1948, em que se diz taxativamente que as federações não são organismos corporativos.

Assim o penso também. Mas as federações construíram-se como delegações das caixas, para realizarem serviços de caixas e devem claramente subordinar-se às caixas. E estão, realmente, as federações dependentes das caixas que nelas se dizem federadas e das quais recebem as únicas contribuições?

Vejamos o que se passa pela Federação dos Serviços Médico-Sociais: existe de facto um conselho de administração constituído por representantes das caixas federadas; por cima, no fecho da abóboda, há uma direcção, em que três dos seus cinco membros, o presidente e dois vice-presidentes, são de dependência ministerial — pelo Ministro nomeados e demitidos; o comando efectivo da organização sai desta direcção, que trabalha directamente com o Gabinete do Ministro, sem ter de passar pela Direcção-Geral da Previdência, como são obrigadas a fazer as próprias caixas nela representadas.

Quer dizer: a organização assenta em instituições de raiz profissional com administração patronal e operária, mas para cima de certos elos perde esta característica e passa a ser timonada pelo Estado.

As federações foram também um erro administrativo. A nossa Previdência defendeu a doutrina da concentração e caminhou nesse sentido. Através duma das suas federações, escreveu, a propósito das caixas:

O princípio da economia dos gastos gerais, assim como o princípio específico do seguro, isto é, a lei dos grandes números, melhor se compadece com as organizações de tipo mais amplo.

Não está o erro na doutrina. De facto, a concentração tem decididas vantagens. Tomando como exemplo os serviços de assistência médica, a concentração, diminuindo os gastos, permite melhorar a qualidade da assistência.

Sómente — já o disse aqui na Assembleia ao discutir-se a lei de combate à tuberculose e volto firmemente a repeti-lo — a doutrina não se aplicou com acerto; não se chegou à concentração pelo caminho mais simples, mais eficiente e mais económico.

Está verificado que as caixas não correspondiam em trabalho separado, que era preciso associar-lhes os esforços? E o que se fez? Juntaram-se as caixas? Não. As caixas foram sucessivamente despojadas dos serviços, criaram-se para realizar novas organizações, agora de tipo unitário, levantando-se uma atrás de outra quatro federações; mas, embora desfalcadas nas funções, as caixas continuaram a existir, deixaram-se ficar com a mesma instalação e o mesmo esquema administrativo.

As federações impuseram outras administrações, outras burocracias e outras instalações, primeiro na sede central, depois, como no caso dos Serviços Médico-Sociais, em delegações periféricas.

Escreveu um dia a Federação das Caixas de Divulgação, Informação e Corporação Internacional que «este conceito de federação é original da orgânica portuguesa de previdência».

E não há dúvida; temos hoje este singular sistema — único no Mundo —, que mantém ao mesmo tempo e para a mesma função dois alinhamentos de organismos: as caixas e as federações, as segundas erguidas para corrigir as desvantagens das primeiras, ambas caras e de larga montagem.

Se olharmos a estatística da organização corporativa e previdência social de 1951,

publicada pelo Instituto Nacional de Estatística, encontramos que a Federação dos Serviços Médico-Sociais, embora exista para essencialmente prestar serviços médicos, gastou nesse ano 20.406 contos com o pessoal médico e 16.492 com as despesas de administração; e as mesmas fontes dizem que no mesmo ano de 1951 as caixas de previdência despenderam 66.600 contos em gastos administrativos.

É inútil replicar que não há aqui prontamente duplicação de serviços, porque todos vêem a duplicação de instalações, de sedes e de administrações. E pode legitimamente perguntar-se para que havemos de ficar neste dispositivo, para que servem então as caixas, se têm constantemente de corrigir-se com as federações?

Era preciso concentrar a organização? Mas concentrar não é duplicar, e as federações são uma duplicação. Era urgente associar os serviços? Pois devia-se, muito simplesmente, fundir as caixas numa caixa única, onde os serviços, logo de entrada e sem mais, se concentrassem e unificassem.

Já começaram a demolir-se as federações; foi extinta a dos Serviços Mecanográficos; e é de esperar que o erro se apague completamente do novo sistema em que se vai reorganizar a nossa Previdência.

Eu defendo a caixa única. Não um monstro central, com tentáculos periféricos, mas uma organização forte e autónoma na periferia e só articulada centralmente para a unidade geral do plano.

Defendo a caixa única distrital, de administração parietária, com delegados dos organismos corporativos patronais e operários, para onde revertam todas as contribuições da área, encarregada da gestão dos vários seguros, prestando directamente, sem necessidade de organismo intermediário, os benefícios dos ramos segurados, autónoma dentro da jurisdição respectiva e com maleabilidade para se adaptar às características locais, especialmente no que respeita à patologia da região e às doenças profissionais mais em relação com as peculiaridades do trabalho.

As caixas únicas distritais devem ligar-se por representantes à caixa única central, em cujo conselho administrativo participem e no qual também figurem delegados de vários departamentos do Estado, como a saúde, o trabalho e as finanças, presidida por um representante do Ministro da Previdência, e que tenha por função especial assegurar a unidade do plano de previdência e equilibrar financeiramente os diversos ramos do seguro.

Dentro da caixa nacional central alvito que se constituam pequenas delegações permanentes para cada risco ou grupo de riscos segurados e junto da delegação da doença e invalidez advogo a existência de conselhos técnicos, especialmente dum conselho médico, obrigatoriamente ouvido em todos os problemas que respeitem ao exercício da medicina, e composto por médicos escolhidos, uns pela caixa, outros pelo órgão representativo do corpo médico.

Este esquema de caixa única é barato, simples, eficiente e calcado na experiência de outros países. Também não é doutrinarmente reprovável: a administração sai, em todos os andares, dos organismos corporativos e o unitarismo justifica-se pelos próprios fins do seguro, se até não está fundamentado nos mesmos princípios que, em realidade, se impõem por todas as profissões — o campo de aplicação, as contribuições e os benefícios.

Digamos claramente que num regime como o nosso o que importa, pela força da doutrina, é que as instituições de previdência se alicercem ou saiam dos organismos corporativos e deles fiquem dependendo. Mas depois o que passa a impor-se são os fins da previdência, e para a realização dos fins da previdência não é obrigação doutrinar que saiam múltiplas instituições, uma para cada profissão, ou que se forme apenas uma instituição para todos os corpos profissionais; aqui o carácter institucional não vem nem implica a representação orgânica das actividades.

Sem qualquer afronta ideológica, o nosso seguro social pode organizar-se pelo sistema unitário. Nem lhe falta, se assim escolher, fundamento jurídico: o nosso seguro postula para todas as profissões iguais deveres e iguais direitos. Também as federações se construíram com tipo unitário, e não foi por ele que pecaram. A nossa Previdência tinha razão quando escreveu:

A tendência na orgânica do seguro social obrigatório é no sentido da concentração, coincidindo com a evolução do âmbito profissional para o âmbito económico.

II) *Campo de aplicação do seguro social.* — Não é aqui o lugar de fazer o processo dos seguros sociais. Nasceram, pode bem dizer-se, da ânsia geral de um mundo social melhor e foram por todos os lados evoluindo num sentido correlativo às ideologias político-sociais.

Onde havia progressão crescente da intervenção do Estado os seguros sociais estenderam o âmbito, caminham para a generalização, para uma forma colectivista, e passaram a ser mais ou menos dirigidos pelo Estado e por ele financiados no todo ou em parte.

Também dentro dele se foram sucedendo os objectivos, quanto se considerava risco ou necessidade, não já dos grupos mas de toda a população, e se chegou ao conceito e à realização do que hoje se chama a segurança social.

É cedo para avaliar, em boa medida, as consequências dos seguros sociais: quais as vantagens e quais os inconvenientes, e principalmente a repercussão que vai ter sobre a vida económica, sobre o trabalho, sobre a produção, numa palavra, sobre a riqueza de cada país.

Vozes autorizadas erguem-se já por vários quadrantes do Mundo a perguntar se esta segurança social, alargada até ao limite da sociedade humana, não está enfraquecendo o sentimento de trabalho, quebrando as molas da actividade individual, adormecendo o poder de iniciativa e a vontade de melhoria. E alguns questionam até se o indivíduo tem o direito de se proclamar, assim, credor de todos os ricos, mesmo o de tornar-se preguiçoso, mesmo o de se invalidar pelo vício.

Entre nós os seguros sociais têm de confinar-se em termos diferentes de uma generalização colectiva.

A tanto os obriga a nossa doutrina, que não é socialista como não é estatista e «faz profissão de fé na iniciativa individual».

Proteger, organizar um sistema de previdência, uma garantia contra a miséria das circunstâncias não voluntárias; mas proteger os que economicamente precistem e deixar ao encargo particular a defesa dos que podem.

Ou porque não tivessem em bom conceito o sentido da nossa doutrina ou porque fossem levados pelos ventos de outros países, os organizadores da nossa Previdência marcaram o campo de aplicação dos seguros sociais naquelas célebres normas que saíram do afogadilho de 1945-1946:

- 1.º O âmbito de uma caixa é extensivo a todo o pessoal, qualquer que seja a sua profissão, que preste serviço em empresas já contribuintes dessa mesma caixa;
- 2.º Alargar-se o conceito de trabalhador a todo o indivíduo que receba uma remuneração, de forma a abranger os administradores, gerentes e outros em situação paralela ou equivalente.

O que aconteceu? Os sectores de modo especial atingidos pelo seguro social foram o comércio e a indústria; e nestes dois grandes ramos da economia o seguro abrangeu em cada sector todos os andares, englobando indivíduos com índices de vida muito variáveis, desde os mais humildes operários aos técnicos, guarda-livros, che-

fes, engenheiros, administradores e gerentes das empresas mais ricas.

O Sr. Mário de Figueiredo: — V. Ex.^a está a criticar a organização de 1945, mas sabe que hoje já não é assim.

O Orador: — Eu já vou explicar mais adiante, mas só os administradores e gerentes é que foram eliminados.

O Sr. Mário de Figueiredo: — E também os trabalhadores independentes.

O Orador: — Perdão; os trabalhadores independentes não estão excluídos na totalidade.

Como mostrarei mais adiante, o seguro absorve todas as profissões liberais.

E o que foi isto senão uma generalização colectivista do seguro? Estendido horizontalmente aos outros grupos económicos, o nosso seguro social acabaria por fechar em superfície o critério socialista que já adoptara em sentido vertical.

Houve aqui um claro erro de doutrina. Prevenir contra a miséria da doença, da invalidez dos anos, em regime de seguro social, os que precisam de protecção não atinge, não pode referir-se aos postos superiores do comércio e da indústria, aos que no cimo dirigem e administram, a quantos vencem remunerações altas e são capazes para uma economia livre.

Esqueceram os que assim normalizaram que o interesse doutrinário era manter socialmente livres os que são economicamente suficientes; nem repararam quanto se prepara a sujeição colectiva ao apagar o amor da defesa pessoal.

Quem primeiro se opôs à generalização do seguro foi, logo pelo ano de 1947, a Ordem dos Médicos, que pediu a limitação do seguro de doença aos economicamente débeis, definidos por um salário limite.

Não era isolada esta atitude; a World Medical Association, a que pertencem as mais categorizadas associações médicas do Mundo, tinha pouco antes, em magna reunião, aprovado, com votos gerais, a franca cooperação dos médicos no seguro de doença com a obrigação recíproca de o seguro se limitar aos economicamente débeis.

Logo nesse ano de 1947 o então Subsecretário das Corporações e Previdência Social, Sr. Dr. Castro Fernandes, prometeu na Faculdade de Medicina do Porto, ao encerrar o I Curso de Aperfeiçoamento da Ordem dos Médicos, que a assistência na doença pelo seguro se iria restringir aos economicamente débeis.

E depois, em sucessivas entrevistas com o presidente da Ordem, reiterou o mesmo propósito, bem esclarecido como ficava, entre outros exemplos, por aquele esplêndido *Plackard* que levou a um dos postos da Federação, a colher benefícios, no pleno uso dum direito, a esposa do sócio gerente de uma das mais ricas empresas de Lisboa.

Apesar de também superiormente reconhecido que o campo de aplicação do seguro devia limitar-se aos economicamente débeis, definidos por um salário-limite, nunca se conseguiu que a Previdência Social tomasse esta atitude.

Os técnicos oficiais da Previdência opuseram contra o valor doutrinário da tese razões de ordem económica e administrativa.

Conheço-as bem para poder dizer que quase todas representam dificuldades de escrituração e de contabilidade e para não aceitar que a excelência numa ideia tem de renunciar pelas dificuldades da sua execução.

Também em Espanha há limitação das rendas de trabalho para ingresso no seguro social, e nem a administração nem a contabilidade deixaram de se cumprir.

Duas razões quero, no entanto, destacar. A primeira é a injustiça que pode representar a definição de «economicamente débil por um salário-limite». É certo, como disse a Ordem dos Médicos:

...que a fórmula tem defeitos, que o nível económico dum trabalhador não é função exclusiva do salário, va-

ria com o estado civil, com a extensão da família, com a junção de outros bens... Mas nenhuma fórmula quantitativa de limitação é capaz de prever todos os casos, e já é boa quando satisfaz a justiça do maior número.

Assim acontece, por exemplo, no limite de idade para a reforma dos cargos públicos. E, tendo o Estado de fixar as condições económicas que permitam a cada um suportar os riscos com os próprios meios, a limitação não pode deixar de exprimir-se em fórmula quantitativa.

A segunda é que:

...a exclusão dos beneficiários com rendimentos acima de uma certa quantia acarreta prejuízo financeiro, porque, eliminando-se rendimentos mais elevados, baixam as receitas.

E quantos dos actuais inscritos se excluiriam por um salário ou vencimento-limite? Os cálculos estão feitos. Se o máximo de rendimentos de trabalho fosse de 2.000\$ mensais, ou aproximadamente 70\$ diários, ter-se-ia de exceptuar entre 10 a 15 por cento. Se o máximo subisse para 3.000\$ mensais, ou 100\$ diários, o número dos excluídos não passava além de 3 por cento.

Portanto, ou 10 a 15 por cento de redução no montante do espaço entre 2.000\$ a 3.000\$ ou simplesmente 3 por cento no topo segurável de 3.000\$. Num caso ou noutro as percentagens são, como se vê, reduzidas, e, conseqüentemente, o que fica em carência de receitas, deduzida a falta das respectivas despesas, não perturba a vida do sistema.

Foi pena que a doutrina não tivesse há anos força bastante para se impor às considerações administrativas, e, até, se fosse preciso, dominar as situações económicas.

Hoje, a anos de distância, o erro deve pagar-se mais caro, como sempre acontece quando adiamos a cura dos males. O que se vai fazer?

Eliminar do seguro os que estão para cima dum quantitativo de salários ou vencimentos, restituindo-lhes o que corresponde às suas reservas dos seguros a longo prazo? Mas as reservas foram capitalizadas em títulos, em imóveis, em acções de empresas, e, ainda que seja lícito computá-las em algumas dezenas de milhares de contos, a deslocação traz, sem dúvida, difíceis problemas. Ou deixamos ficar todos os actuais recrutados e proporcionamos aos atingidos pelo topo segurável todo o esquema inicial menos o seguro de doença? Talvez esta segunda solução seja a mais conciliatória mas a escolha entre elas ou de outra tem de fazer-se superiormente, num plano de interesse que eu não posso julgar.

O que temos, seguramente, de estabelecer, antes de a Previdência incorporar novos grupos de trabalhadores é a nossa doutrina sobre o campo de aplicação do seguro social.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Espera-se para breve o impresso de toda a construção civil, o que vai aumentar em boas dezenas de milhares a massa populacional dos beneficiários. E deve pedir-se que o seguro abranja em progressão decisiva os demais ramos de trabalhadores por conta de outrem, embora se entenda que, por situações já criadas, alguns — como os ferroviários — não entrem na fórmula geral, tenham regime à parte, e outros, pelas condições especiais da profissão — trabalhadores adventícios, indústrias caseiras, serviços domésticos — ponham problemas de carácter particular.

O mesmo acontece noutros países que têm considerado regimes distintos para este ou aquele sector profissional.

Largo espaço em branco na aplicação do seguro é constituído pela massa dos trabalhadores rurais, que totalizam cerca de 1 milhão. Entristece, realmente, as condições dos nossos trabalhadores da terra, principalmente depois de quanto está feito

para os trabalhadores do comércio, da indústria e do mar. E são inúteis as lamentações perante a verdadeira impossibilidade, já exposta, de financiamento do seguro pela lavoura.

Há outra solução? Eu admito que a caixa única, solidarizando todas as quotizações, seja capaz de dar margem a que se leve, ao menos, uma assistência na doença aos trabalhadores rurais. E não deixo de sugerir a experiência: que se faça trabalhar durante dois ou três anos a caixa única sem integração dos rurais; e ao fim deste tempo, conhecido com segurança o volume de gastos num esquema suficiente, que se avalie se, pedindo à lavoura um esforço aceitável, embora, como já se faz, por contribuições indirectas, ele acrescentaria até ao total requerido para assistir medicamente os trabalhadores da terra.

Outro aspecto que merece estudo dentro do campo de aplicação da previdência é o da obrigatoriedade dos trabalhadores independentes. Nasce aqui circunstâncias muito especiais.

Em primeiro lugar, como não há entidade patronal, os recursos para o financiamento do seguro têm de sair dos próprios trabalhadores ou de alguém que os ajude. Entre nós, por atitude doutrinária, o Estado não contribui, de maneira que a prima é totalmente suportada pelo trabalhador.

E isto, como disse Henri Fuss, presidente do Office National de Sécurité Sociale na Bélgica, faz com que o seguro obrigatório apareça a numerosos trabalhadores autónomos não como uma vantagem, mas como uma carga a que eles preferem escapar.

Em segundo lugar, o recebimento da prima cria, por vezes, sérias dificuldades. Se o trabalhador independente pertence a um ramo qualquer do comércio ou da indústria, e está adstrito à caixa de previdência do mesmo ramo, a quotização ainda consegue ser incluída no globo das outras contribuições e facilmente paga.

Mas se o trabalhador independente é, por exemplo, duma profissão liberal, já não há entidade que fique responsável; na Ordem dos Advogados a cobrança da prima, aliás pequena, porque a Caixa de Previdência recebe aqui participação de certa receita dos tribunais comuns, faz-se em conjunto com a quota da própria Ordem; na Ordem dos Médicos e na dos Engenheiros as respectivas Caixas de Previdência mandam os recibos directamente aos filiados.

A nossa Previdência começou já a desligar da obrigatoriedade do seguro alguns trabalhadores independentes do comércio e da indústria. Louvo a atitude. Sou, de maneira franca, contra a inscrição compulsória dos trabalhadores independentes no seguro social.

O que me parece justo é a inscrição facultativa; os trabalhadores independentes devem ter direito de ser admitidos, se assim o quiserem, no esquema total ou parcial do seguro. Só teria de manter-se o critério geral do economicamente débil, definido aqui noutro nível, por exemplo no das contribuições ao Estado.

De todos os modos o que peço é que acabe o particular, o estranho facto de as Caixas de Previdência dos Médicos e Engenheiros, com base na falta de pagamento de uns meses de quota, possam considerar médicos e engenheiros como não inscritos nas respectivas Ordens, suspendendo-os do exercício profissional, pondo-os sob a alçada da lei, que castiga o exercício ilegal da medicina e da engenharia.

Nunca me entrou na cabeça, embora aceite a existência de outras melhores, que as Caixas de Previdência dos Médicos e Engenheiros tenham o poder de suspender médicos e engenheiros do exercício da sua profissão. Cancelem-lhes os benefícios, como se faz pelas outras caixas, que está certo; e dê-se às dívidas das caixas das profissões liberais outro poder de liquidação, tornando-as, por exemplo, títulos de execução fiscal.

(Continua no próximo número)

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 28 de Março a 7 de Abril)

Dias 28 — Reune no Porto a Comissão organizadora da «Semana da Tuberculose», a que preside o Colegã Braga da Cruz, governador civil do distrito.

— Noticia-se que o Dr. Gregório Maraño já não vem a Braga encerrar o ciclo de conferências culturais, iniciativa do município daquela cidade.

29 — Em Lisboa é prestada homenagem ao Dr. Azevedo Gomes, que abandona a Direcção do Serviço n.º 6, do Hospital dos Capuchos, por

atingir o limite de idade. Na sessão promovida por colaboradores e amigos representa-o o seu assistente Dr. Fortunato Levy. É depois, no seu domicílio, muito cumprimentado.

— Rende cinquenta contos o cortejo de Oferendas que se realiza em Mesão-Frio a favor da sua Misericórdia.

30 — Em Lisboa realiza-se a Assembleia Geral da Ordem dos Médicos. São eleitos para a Mesa da Assembleia, o Prof. Aleu Saldanha, presidente, e os Drs. Galvão Rocha e Fernando Nogueira, secretários.

É eleito bastonário o Prof. Cerqueira Gomes, sendo o novo Conselho Geral constituído pe'os Drs. Augusto Travassos, Aires de Sousa, Mendonça e Moura, Miranda Rodrigues, Pimentel das Neves, Francisco Cortez, Ladislau

Patricio, Cristiano Nina, Moura Relvas e Fração Nazaré.

— Em Lisboa, na Sociedade de Geografia, sob a presidência do Prof. Mendes Correia, falam os Drs. Santos Pereira, sobre «Iodo rádio activo na bioquímica e fisiopatologia da tiroide», e Diogo Furtado sobre «O diagnóstico dos tumores cerebrais pe'os isótopso radioactivos».

31 — Toma posse pelas 11 horas da manhã do lugar de adjunto do Director Clínico do Hospital Geral de Santo António, do Porto, o Dr. Jacinto de Andrade.

1 — Passa em Coimbra, onde visita as obras de assistência da Junta de Província da Beira Litoral, o Prof. Ernesto Sanchez Villares, da Faculdade de Medicina de Salamanca.

Estrangeiro

Anunciou-se, em Moscovo, que o Ministério dos Assuntos Internos tinha posto em liberdade os nove médicos presos no principio deste ano e acusados de terem provocado a morte de vários chefes soviéticos.

O comunicado do Ministério diz que os médicos foram presos pelo antigo Ministério de Segurança de Estado da U. R. S. S., erradamente e sem quaisquer fundamentos legais.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

— Para o provimento do cargo de médico municipal do partido rural da freguesia de Tó, concelho de Freixo de Espada-à-Cinta (Mogadouro).

— A Misericórdia de Espinho vai promover uma homenagem ao Dr. Gomes de Almeida, após o seu regresso dos E.E.U.U. da América.

— Realizar-se-á em Salamanca, na primeira quinzena do mês em curso a reunião conjunta da Sociedade Anatómica Portuguesa, da presidência do Prof. Maximino Correia, e da Sociedade Anatómica Luso-Hispano-Americana, fundada pe'lo Prof. Henrique de Vilhena, de Lisboa e, hoje, presidida pelo Prof. Hernâni Monteiro, do Porto.

— O Dr. Santos Bessa realiza na próxima terça-feira, dia 7, às 18 horas, no Parque Infantil Dr. Oliveira Salazar, em Coimbra, uma conferência sobre o «Dia Mundial de Saúde», a convite do Director Geral de Saúde.

— Em Lisboa, a Sociedade Portuguesa de Radiologia médica tomou a iniciativa da realização, em Lisboa, do I Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia em que tomam parte cerca de 150 médicos de várias especialidades e oito cientistas estrangeiros de grande nomeada.

A sessão inaugural realiza-se no dia 6 do corrente, às 21,30, na Faculdade de Medicina, presidida pelos Dr. Médeiros de Gouveia, do Instituto de Alta Cultura e Prof. Toscano Rico, director daquela faculdade. Os Profs. Coliez e Carlos Santos falarão sobre dois temas apresentados ao Curso.

Os trabalhos prolongar-se-ão até à próxima quinta-feira com conferências sobre radioterapia, no Instituto de Oncologia e outros assuntos na Sociedade Médica dos Hospitais Civis.

— Ainda em Lisboa, a Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa organiza um Curso de Aperfeiçoamento sobre «Doenças Infectocontagiosas», que se efectuará na sua sala de conferencias, no Hospital dos Capuchos, de terça-feira ao dia 16.

No primeiro dia haverá duas lições, com início às 22 horas; a primeira, pelo Prof. Cândido de Oliveira, director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, e que se intitula «As formas L. das Bactérias e a sua importância em patologia», e a segunda, pelo Dr. Cristiano Nina, que dirige o Serviço de Infectocontagiosas do Hospital do Rego, e vai falar de «Tétano».

Na sexta-feira, às 22 horas, o Prof. Costa Freire, catedrático de Pediatria da Faculdades

FOSFOHEMOL

EXCELENTE TÓNICO RECONSTITUINTE
REMINERALIZANTE E DINAMOGÉNICO

INJECTÁVEL — SORO FOSFO-ARSENIO-MAGNESO-CÁLCICO
ESTRICNADO

AMPOLAS DE 3 c. c. / INJECCÕES SUBCUTÂNEAS INDOLORES

GOTAS — FÓSFORO, ARSÉNIO, MAGNÉSIO, EM COMBINAÇÃO
ORGANÔ-METÁLICA ESTRICNADA

EUPÉPTICO / AMARGO — XX A XXX GOTAS ÀS PRINCIPAIS REFEIÇÕES

GRANULADO — FÓSFORO, ARSÉNIO, MAGNÉSIO, EM COM-
BINAÇÃO ORGANO-CÁLCICA

PALADAR AGRADÁVEL / ESPECIALMENTE INDICADO ÀS CRIANÇAS

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITARIA, LDA.

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

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

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

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

FORTE

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

de Medicina, faz uma lição sobre «A criança e as doenças infectocontagiosas», seguindo-se a lição do Prof. Diogo Furtado, director do Serviço de Neurologia do Hospital dos Capuchos, e que se intitula «Paralisias diftericas».

No sábado, às 12 e 30, o Prof. Salazar Leite, do Instituto de Medicina Tropical e o médico-analista dos H. C. L., falará de «Lepra»; e no dia 13, às 22 horas, o Prof. Salazar de Sousa, pediatra do Hospital Escolar, dissertará sobre «Pneumonias atípicas», seguindo-se o Dr. Arnaldo Sampaio, chefe do Laboratório do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, que fará uma lição sobre «Estreptocócos».

No dia 14, às 12 e 30, o Dr. Gomes de O'iveira, médico dos H. C. L., vai falar de «Poliomielite»; e no dia 15 com início às 22 horas, realizar-se-ão duas lições: uma sobre «Salmoneloses (aspectos laboratoriais)», pelo Dr. Mendes Silva, bacteriologista do Instituto Câmara Pestana; e outra do Dr. Cristiano Nina, acerca de «Salmoneloses (aspectos clínicos)».

Por fim, no dia 16, às 22 horas, o Prof. Carlos Ramalhão, da Faculdade de Medicina do Porto, falará de «Meningite associada», seguindo-se a última lição do curso, pelo Dr. Cordeiro Ferreira, director do Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia, a qual terá o tema «Tosse convulsa».

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 26-3 a 31-3-53)

26-3

— Dr. Daniel Gomes de Pinho — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico estagiário da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e de médico da secção de Higiene pré-natal do Centro de Saúde de Lisboa.

27-3

— Dr. João Roberto Vasconcelos Frazão, auxiliar dos médicos anátomo-patologistas, contratado além do quadro dos Hospitais Cívicos de Lisboa — rescindido, a seu pedido o respectivo contrato.

— Dr. Abel Vieira Campos de Carvalho, médico contratado da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de interno do internato complementar dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— A Câmara Municipal da Figueira da Foz declara que para o lugar de médico municipal do partido com sede nesta cidade, foi nomeado o Dr. Júlio Jorge Gouveia.

— A Câmara Municipal de Portalegre declara que para o lugar de médico municipal do partido de Alegrete foi nomeado o único concorrente, Dr. António Gonçalves Canhão.

28-3

— Dr. João Fernandes de Freitas, médico escolar do Liceu Nacional de Guimarães — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de médico do Hospital da misericórdia da mesma cidade.

30-3

— Dr. Humberto Manuel Dechermann da Silva Buceta Martins — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de médico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e de médico escolar, interino, da Direcção-Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar.

— Dr. Carlos Alberto Plácido de Sousa — nomeado assistente de Bacteriologia e Virulogia do Instituto de Medicina Tropical.

31-3

Dr. José Pais Ribeiro — nomeado delegado de Saúde de 2.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelega-

FALECIMENTOS

DR. ADOLFO PINTO LEITE

O ilustre médico que há pouco faleceu era uma figura invulgar, que merece palavras diversas da simples notícia necrológica. Foi um «gentleman», um carácter forte, um grande



DR. ADOLFO PINTO LEITE

clínico, um camarada exemplar na vida profissional, um modelo de virtudes cívicas e familiares e um defensor intransigente e entusiasta dos justos direitos e naturais aspirações da classe médica. Basta recordar o que foi a sua acção na presidência do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos. Os tempos decorriam então agitados no seio da classe médica nortenha. Era preciso um homem que aglutinasse o grande número — em defesa de interesses morais e do prestígio da nossa Ordem.

O Dr. Adolfo Pinto Leite foi o homem providencial, que à frente do Conselho Regional do Porto conseguiu um êxito retumbante; combatendo denodadamente e desprezando influências pessoais, reuniu, à sua

volta, a quase unanimidade da classe médica do Norte (com gregos e troianos, novos e velhos, entusiastas e cépticos), e levou-nos, a todos, a pensar-mos apenas no prestígio da medicina. Pena foi que, ao sair dos corpos gerentes da Ordem o Dr. Adolfo Pinto Leite, se esfrangalhasse, por culpa de alguns, a grande união médica do Norte, que teve o seu apogeu no banquete que foi oferecido ao ilustre médico, que bem merece, nesta hora triste do seu falecimento, que se recordem esses anos de brilhante actuação, que exaltaram ao máximo a sua forte personalidade de cidadão, de homem de bem e de médico. Do Dr. Adolfo Pinto Leite se pode dizer o mesmo que o Prof. Hernâni Monteiro chamou a outro ilustre médico, também do Porto e igualmente modelo de virtudes (o Dr. Ferreira de Castro): o colega há pouco falecido era um desses «médicos perfeitos» de que fala o velho escritor.

MÁRIO CARDIA

O falecimento do Dr. Adolfo Pinto Leite, no passado dia 1 na sua residência, no Porto, à Rua de António Galvão, n.º 40, transformou-se numa grande homenagem ao ilustre morto, à sua Família e a seu filho, nosso Colega e Amigo, Dr. Adolfo Pinto Leite, Filho. A classe médica desta cidade esteve de luto e acorreu, em grande número, ao Templo de N.ª S.ª da Lapa, juntamente com muitos amigos, antigos clientes, etc.

Entre os presentes, a cumprimentar a Família, estavam individualidades de todos os sectores sociais, em tal quantidade que nos torna impossível, pelo pouco espaço, citar sem prejuízo da extensão e qualquer omissão, os seus nomes.

O «Médico» fez-se representar pelo seu Director e por seus colaboradores nas últimas homenagens e endereça à Família, em especial a seu filho, as suas condolências.

ções de Saúde, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Faro.

— Dr. Luís Pereira Dias Malheiro — nomeado médico especialista do quadro do pessoal do Dispensário de Higiene Social de Lisboa.

— Dr. António Gomes de Almeida, tenente-coronel de infantaria a professor do curso geral preparatório da Escola do Exército — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de professor do curso superior de medicina legal e de chefe de serviço do Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

— Dr. Francisco Gonçalves de Oliveira, médico municipal do concelho de Setúbal — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, o cargo de médico do posto rural da subdelegação do Instituto Maternal na mesma cidade.

— Dr. José Maria de Sousa Pereira — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico da Casa dos Pescadores de Vila do Conde e de médico auxiliar do Dispensário Antitu-

berculoso da mesma vila, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos tuberculosos.

— Dr. Mário Ludgero Veiga, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — nomeado médico leprólogo do quadro complementar de cirurgias e especialistas da mesma provincia.

— Dr. José Afonso Dias Guimarães, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Porto — reconduzido, por mais um biénio, no cargo de bibliotecário da mesma Faculdade.

— Dr. Carlos Larroude Gomes, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e director de serviço clínico dos Hospitais Cívicos da mesma cidade — concedida equiparação a bolsheiro fora do País, durante 29 dias.

— Dr. Sérgio Marques de Carvalho, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e médico dos Hospitais Cívicos da mesma cidade — concedida uma bolsa de estudo fora do País durante quatro meses, com início em 1 de Abril próximo.

O MÉDICO SEMANARIO

DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

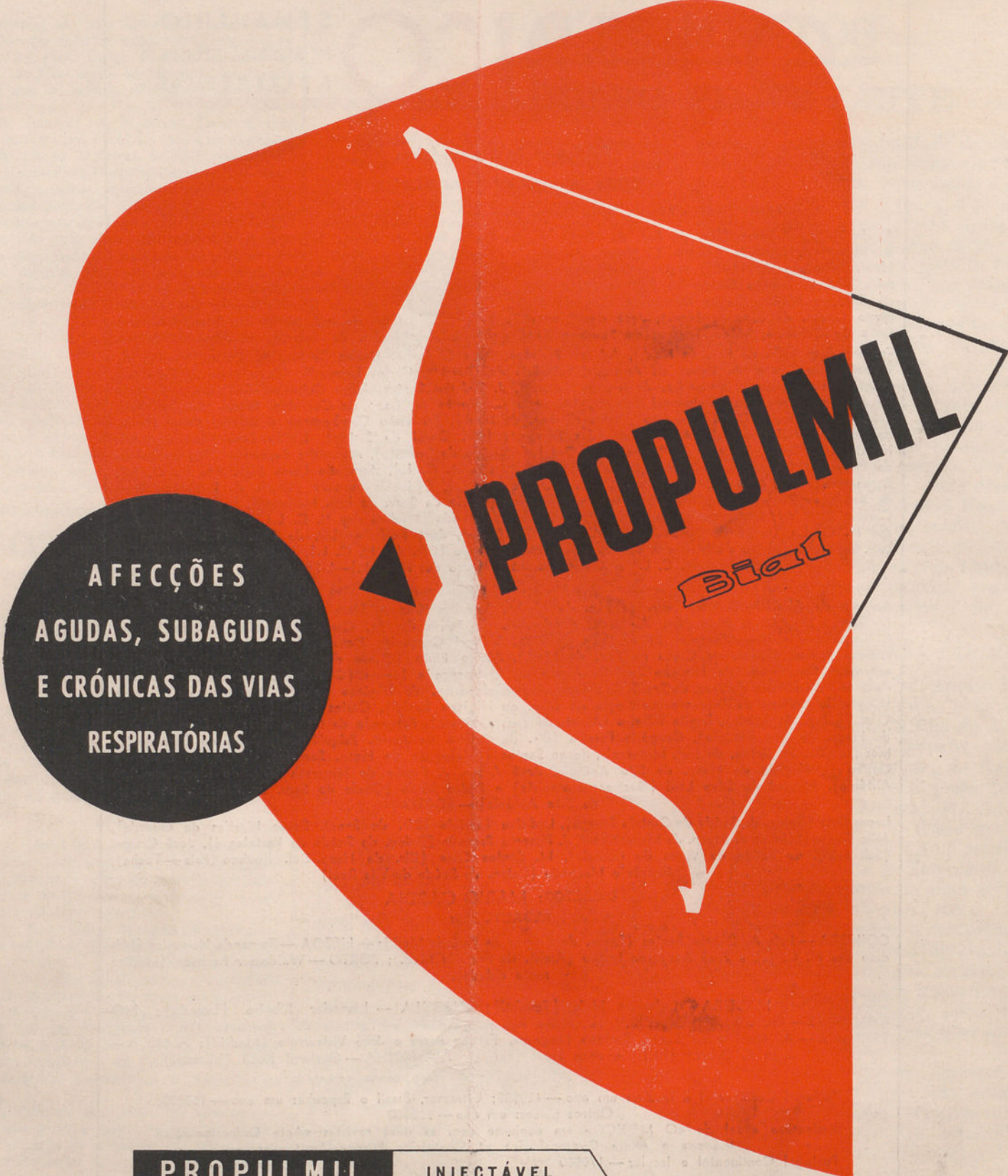
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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



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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL INJECTÁVEL

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

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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