

# O MÉDICO

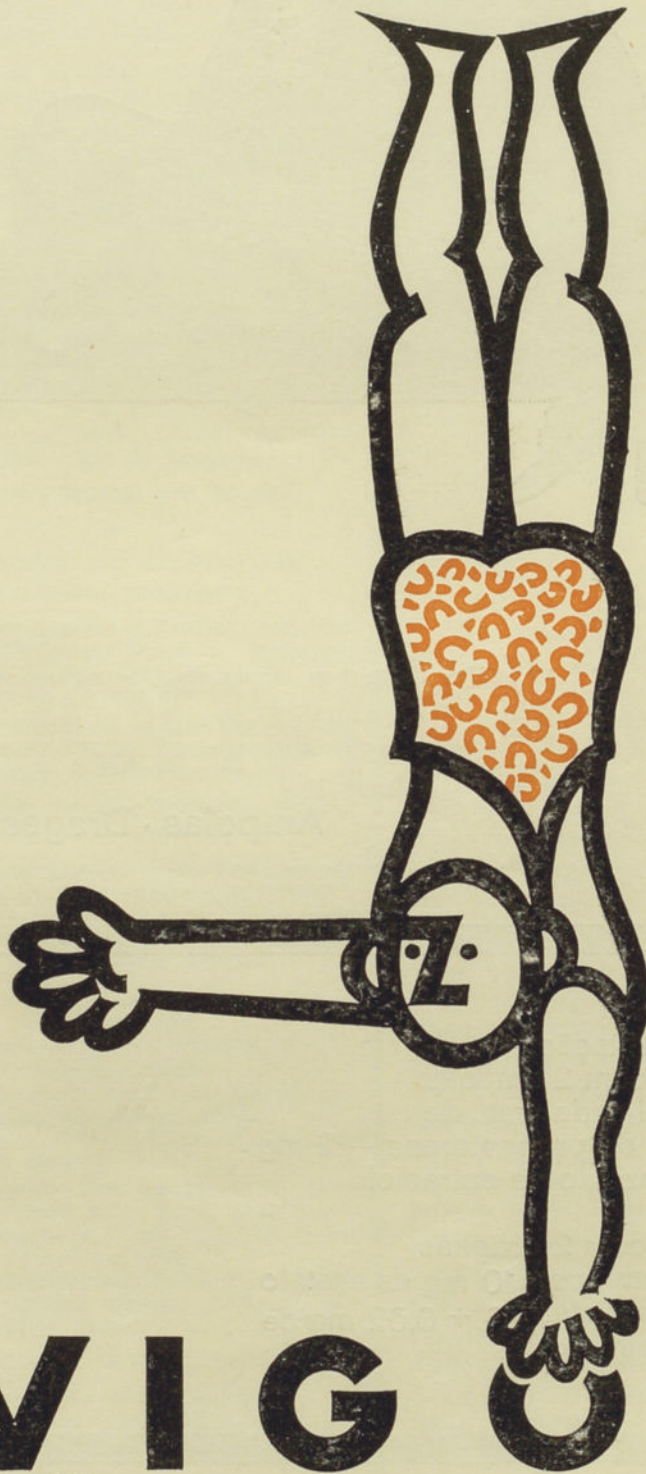
SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

XVI ANO—N.º 711  
15 de Abril de 1965

DIRECTOR E EDITOR  
MÁRIO CARDIA

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

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



RECONSTITUINTE GERAL  
DE MÚLTIPLA ACÇÃO TÓNICA  
ANTIANÉMICA  
E  
HEPATO-PROTECTORA  
•  
COMPLEXO TÓNICO-VITAMÍNICO  
SOB FORMA LÍQUIDA  
DE  
PREPARAÇÃO EXTEMPORÂNEA

Um produto preparado pelo Instituto Luso-Fármaco

# VIGORVIL

## REGULAÇÃO DA NATALIDADE — GESTAGÉNIOS

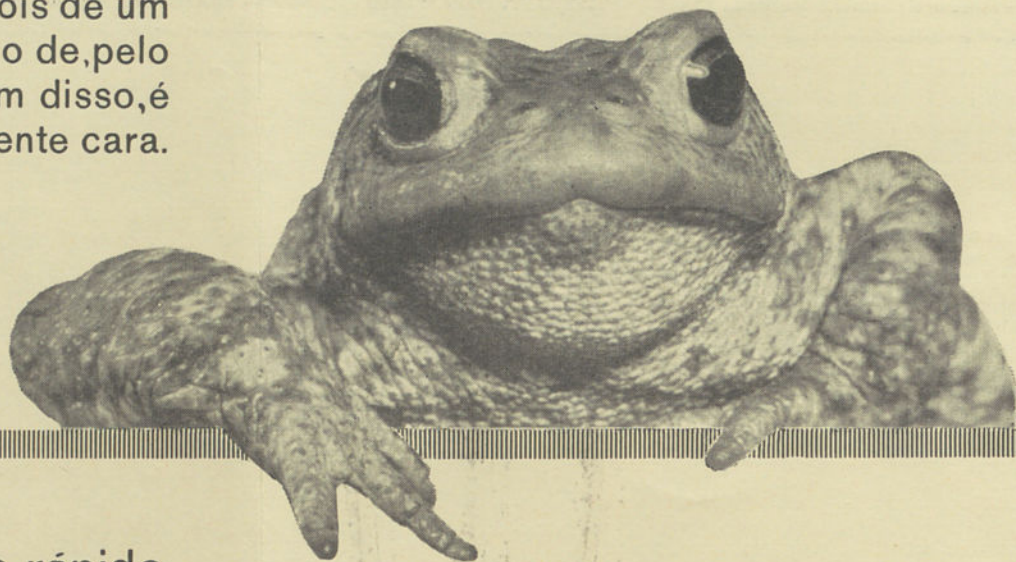
## SUMÁRIO

COMENTARIO DA SEMANA .....	153
SEMANA A SEMANA .....	154
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
J. LOBATO GUIMARÃES — Farmacologia dos gestagénios de síntese	156
KÍRIO GOMES — Os gestagénios em ginecologia e obstetria	161
M. ROBEY e P. SIMON — Um novo progestativo de síntese: O Lynestrenol .....	173
DOCUMENTARIO — Limitação da Natalidade .....	176
MOVIMENTO MÉDICO	
Estudo clínico sobre a furosemide — pág. 178; Formas evolutivas da diabetes do adulto (independentemente das complicações) — pág. 182; Introgenias por aspirina — pág. 183; Importância clínica do estudo do conteúdo em digitalina (Digitoxina) dos digitálicos — pág. 186; Paraplegia e cirrose — pág. 188.	
O QUE É... — A doença de Von Willebrand-Jurgens .....	190

QUE DESEJA SABER? — Resistência à infecção nas crianças — pág. 190; Doença de Porth .....	190
LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES — Bibliografia — HERNANI VASCONCELOS, GONÇALVES FERREIRA e AZEVEDO FERNANDES .....	192
ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
«A varíola»: Alarme permanente — PAULO J. J. VON DE CAL- SEYDE .....	200
Aspectos sociológicos e morais da regulação dos nascimentos—PADRE JOSÉ CARLOS DA SILVA SOUSA .....	201
Regulação da Natalidade — Colóquio .....	204
ECOS E COMENTARIOS — MENDONÇA E MOURA .....	220
A Medicina em S. Bento .....	225
NOTICIÁRIO NACIONAL — Imagem do Mundo e problemas do homem—pág. 228; Homenagem ao Dr. Mário Cardoso—pág. 232. Diversos.	
FORA DA MEDICINA — Livros — GONÇALVES FERREIRA .....	233

# Gravidez?

A prova do sapo não dá uma resposta senão depois de um atraso da menstruação de, pelo menos, 14 dias. Além disso, é relativamente cara.



mais rápido

mais simples

mais económico

máxima certeza

# Duogynon

Ampolas · Drageas

1 ampola intramuscular  
ou 1 dragea diariamente  
durante  
dois dias consecutivos.

Quando não haja gravidez,  
3-6 dias depois,  
às vezes 10 dias,  
aparece a menstruação.

Apresentação:  
Caixa com 2 ampolas  
de 1 ml cada uma, de  
20 mg de progesterona + 2 mg  
de benzoato de estradiol.

Caixa com 2 drageas  
cada uma com 10 mg de acetato  
de nor-etisterona + 0,02 mg de  
etinilestradiol.



Schering A.G. Berlim  
Alemanha

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

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

★

#### CONDIÇÕES DE ASSINATURA (Pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

★

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

★

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

★

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

Segundo informações que recebi, o número de hoje de «O Médico» é em grande parte dedicado à regulação dos nascimentos e aos gestagénios. Como sucede algumas vezes, sou agora chamado a preencher estas duas colunas, não porque possua autoridade especial para tratar dos assuntos, mas, certamente, porque assisti às conferências e ao colóquio que em boa hora promoveu, na Faculdade de Medicina de Lisboa, há poucas semanas, a Juventude Universitária Católica de Medicina. Digo em boa hora, não porque me agradasse inteiramente o que se passou no colóquio, mas porque esse domingo em que numerosas pessoas (predominando médicos, estudantes e religiosos) assistiram às conferências e aos debates (ou, melhor, às perguntas e respostas) foi, sem dúvida, um dia memorável, que representa extraordinário progresso no modo de ser dos católicos portugueses e pela qualidade da assistência, o que não era possível ainda há dois anos...

O aspecto satisfatório desse encontro, que durou mais de seis horas, traduziu-se, por exemplo, ao revelar a muitos dos presentes o grau de conhecimentos de ordem médica de alguns leigos (quer dizer, não médicos), que mostraram, como o rev.º padre Silva e Sousa, estarem devidamente informados sobre os aspectos fisiológicos e clínicos que implicam com a regulação da natalidade e o emprego dos gestagénios. Também é de salientar e aplaudir a franqueza e a isenção que mostraram alguns dos presentes que formularam perguntas, orais ou por escrito, a que, infelizmente, nem sempre foi dada resposta satisfatória e com igual franqueza. Julgamos que o debate, se assim o podemos chamar, deveria ter sido mais amplo, permitindo-se que certos assuntos fossem discutidos com mais sinceridade. As pessoas que estavam ali não tinham responsabilidades especiais, como as que constituem o grupo de estudos que o Papa nomeou e cujos trabalhos ainda não terminaram; poderiam dizer francamente o que pensam. Parece-nos estar nos propósitos dos altos corpos dirigentes da Igreja Católica que assuntos como os que foram apresentados, no decorrer do colóquio promovido pelos estudantes católicos de Lisboa, devem ser, neste momento, debatidos com profundidade, e não se impedir que

sobre eles se evite fornecer sinceros esclarecimentos, à luz, não de conceitos manifestamente ultrapassados ou, pelo menos, que não assentam em dogmas estabelecidos, mas, sim, de acordo com o ambiente reformador que tem marcado o Concílio Ecuménico.

★

Aliás, a evolução no nosso meio no que se refere à regulação da natalidade — problema que apaixona milhões de indivíduos e é, talvez, um dos mais graves que tem enfrentado a Igreja Católica — essa evolução tem sido tão rápida no nosso meio, que basta recordar o que, ainda há pouco mais de um ano, se escrevia em «O Médico» (a 2 de Janeiro de 1964), precedendo o primeiro artigo que apareceu na imprensa portuguesa sobre «Gestagénios e ovulação» (era esse o título do artigo, da autoria dum ginecologista alemão). Como que a desculpar-se de publicar esse artigo (que, possivelmente, poderia escandalizar alguns católicos), a redacção deste semanário justificava-se declarando: «porque se trata de problemas a que nenhum médico pode furtar a sua atenção — independentemente de ideologias e da respectiva prática clínica — publica-se o artigo que se segue e é um relato imparcial do que se passou no 7.º Congresso Internacional sobre Planificação de Nascimentos, que se realizou em Singapura...».

Pois, passados alguns meses, os assuntos de que tratava o ginecologista alemão foram apresentados com muito maior largueza nesse domingo de Março de 1965, perante muitos sacerdotes, freiras e frades! E não foi necessário apresentar, previamente, qualquer justificação.

Entre os assistentes à reunião — com o anfiteatro de Anatomia repleto — havia muitas pessoas que, ao intervirem com perguntas e comentários, mostraram não só bons conhecimentos a respeito dos aspectos médicos e morais, como o objectivo de se esclarecerem, desejando discutir com sinceridade e amplidão. Por outro lado, muitos dos interventores manifestaram as suas dúvidas e criticaram, corajosamente, atitudes e conceitos que representam aspectos indubitavelmente ultrapassados e mostraram escusados receios.

### REGULAÇÃO DA NATALIDADE — GESTAGÊNIOS

Este número de «O Médico» é, em grande parte, dedicado aos problemas, que actualmente estão despertando em todo o mundo extraordinário interesse, relacionados com a regulação dos nascimentos. Publicam-se os textos completos de três conferências proferidas, assim como um relato do simpósio que se seguiu, nas sessões que, no dia 21 de Março último, na Faculdade de Medicina de Lisboa, promoveu a Juventude Universitária Católica de Medicina. Só publicamos hoje as conferências do Prof. Lobato Guimarães, Dr. Kírio Gomes e rev.º padre Silva e Sousa, ficando para um dos próximos números a do Dr. Neves e Castro, por não ter chegado a tempo de vir neste número. Aproveita-se esta oportunidade para se publicar também outra colaboração relacionada com a regulação da natalidade e gestagénios, de acordo com a nossa orientação de procurarmos informar o melhor possível os nossos leitores sobre esses assuntos, com o devido respeito pelas directrizes estabelecidas pela Igreja Católica.

### I.ª ASSEMBLEIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE LÍNGUA PORTUGUESA

No dia 5 do corrente, realizou-se em Lisboa, na sede do Conselho Nacional da Associação Médica de Língua Portuguesa (Centro de Estudos Dr. Egas Moniz) uma reunião, sob a presidência do Prof. Almeida Lima, secretariado pelo Dr. Mário Cardia, tendo assistido a maioria dos componentes do Conselho Nacional. Tratou-se de vários assuntos, entre os quais a instalação das secções a que se referem as «disposições transitórias» (publicadas no número de «O Médico» de 1 do corrente) e a participação portuguesa nas reuniões que vão realizar-se, no quadro das comemorações do centenário da fundação do Rio de Janeiro, por ocasião da inauguração solene da Associação Médica de Língua Portuguesa. Essas celebrações compreenderão reuniões de trabalho e de organização referentes às actividades da nova Associação, diversos actos de interesse para as relações luso-brasileiras e de carácter social, e, no plano científico, vários colóquios, mesas redondas e seminários sobre assuntos relativos a problemas médico-cirúrgicos, constituindo a «1.ª Assembleia da Associação Médica de Lin-

gua Portuguesa», que se realizará no Rio de Janeiro, nos dias 30 de Agosto a 6 de Setembro próximos, com a participação de médicos portugueses, brasileiros e de outras nacionalidades que falem a nossa língua. Espera-se que vão ao Rio de Janeiro, por essa ocasião, muitos médicos portugueses do Continente, das nossas províncias ultramarinas e residentes nos Estados Unidos da América do Norte, Venezuela, Argentina, etc.

### «SÍNDROMA DO ASSASSINATO PRESIDENCIAL»

Psiquiatras norte-americanos examinaram 10 pessoas presas por ameaçarem matar o presidente dos Estados Unidos, comparando-as com os antecedentes de Lee Oswald. Acharam muitas semelhanças entre esses homens pelo que respeita a aspectos psiquiátricos, a tal ponto que «individualizaram» o que chamam «o síndrome do assassinato presidencial». Verificou-se que os 10 prisioneiros apresentavam todos «uma agressividade extrema contra as mulheres» e que nos seus antecedentes havia «privação materna precoce» (sendo «a mãe incapaz de fornecer ao filho o amor necessário à sua saúde mental»). Dois outros traços foram encontrados nos «presidencicidas»: sintomas depressivos com tendência ao suicídio e sinais de esquizofrenia. Os autores do estudo exprimem o desejo de que ele chamará a atenção dos médicos e levará à correcção de factores psicológicos que podem transformar certos indivíduos em assassinos potenciais.

### UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O PERIGO VENÉREO E AS TREPONEMATOSSES

Nos dias 26 a 29 do corrente, realiza-se em Lisboa, com o patrocínio dos Ministérios do Ultramar

e da Saúde e Assistência, a XXIV Assembleia Geral da União Internacional contra o Perigo Venéreo e as Treponematoses. As sessões terão lugar no Instituto de Medicina Tropical, sendo o francês e o inglês as línguas de trabalho, estando assegurada a tradução simultânea. São os seguintes os temas escolhidos: «Aspectos educativos na luta contra as doenças venéreas», «Aspectos sociológicos em Venereologia e Inquéritos Venereológicos», «A Investigação Clínica e Tratamento nas Doenças Venéreas». A sessão de abertura será presidida pelo ministro do Ultramar e a de encerramento pelo ministro da Saúde e Assistência. Para inscrições e outras informações: Avenida da Liberdade, 90-1.ª, Lisboa; secretário-geral: Dr. F. da Cruz Sobral.

### SOBRE REGULAÇÃO DE NATALIDADE

Publicado no «Times», em 17 de Setembro passado: «...Agora que dispomos de meios de «contrôle», não é bastante que reduzamos a questão do «ter ou não ter filhos» a um problema particular entre dois indivíduos. Devemos trabalhar para o desenvolvimento em todos os indivíduos adultos no sentido das responsabilidades para com a sociedade e para com as crianças por nascer. Durante séculos, tem-se aceite que o maior de todos os crimes é provocar a morte a outro ser humano. Talvez que nos anos futuros venha a ser crime de igual gravidade dar origem a um filho sem que se tenha feito todo o possível para que essa criança seja adequadamente acarinhada e cuidada».

As opiniões expostas nos trabalhos publicados neste semanário são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

### DOUTOR JOÃO

por  
JACK TIPPIT





# GINOTESTIS

DEPOSITUM

**INJECTÁVEL**

17-ciclopentilpropionato de estradiol, 2 mg;  
ciclopentilpropionato de testosterona, 50 mg.

**Acção muito prolongada — 3 a 6 semanas**

**SÍNDROME DO CLIMATÉRIO — MENOPAUSA**

**SINTOMAS DE INSUFICIÊNCIA OVÁRICA (AFRONTAMENTOS, INSÓNIA, NERVOSISMO, ETC.)**

**INSTITUTO LUSO-FÁRMACO**

**LISBOA—MILÃO**

## FARMACOLOGIA DOS GESTAGÉNIOS DE SÍNTESE (\*)

J. LOBATO GUIMARÃES

Ao falar sobre a farmacologia dos compostos chamados progestativos ou, se se quiser, gestagénios de síntese (\*\*), activos por via oral, devo dizer que me absterei totalmente de considerar os aspectos morais, religiosos, éticos, demográficos ou sociais que o emprego destes medicamentos como reguladores da natalidade pode suscitar pois isso compete a outros interventores deste colóquio.

Como também julgo que a assistência não é apenas composta de médicos e estudantes de medicina vou tentar falar numa linguagem acessível a pessoas de diversa formação, pedindo pois de antemão desculpa aos cultores da ciência médica de ter de dizer coisas por demasiado sabidas.

Na farmacologia dos gestagénios terei sobretudo em atenção o motivo que aqui nos reúne e que traz esses compostos ao primeiro plano do interesse geral na actualidade — o seu emprego como inibidores da ovulação e portanto como meios de regulação da natalidade.

Começarei por lembrar que o mistério do nascimento do homem começa na ordem biológica pela formação do ovo, resultante da fecundação, por união da célula masculina, o espermatozóide, com a feminina, o óvulo.

Enquanto no homem o órgão sexual primário — o testículo — a partir da puberdade vai dando lugar à maturação das células sexuais continuamente, produzindo espermatozóides que se podem contar por milhões, na mulher, o órgão sexual, o ovário, traz já desde o nascimento todos os óvulos que hão-de chegar à maturação, a qual se vai dar por uma forma cíclica, a partir da puberdade. Na verdade as unidades funcionais do ovário, chamadas folículos, são ao nascer, em número de centenas de milhar, mas só chegam à maturação no período de vida sexual activa da mulher, isto é, entre a puberdade e a menopausa, cerca de 400.

Estas unidades funcionais, chamadas folículos de DE GRAF, contêm cada uma um óvulo rodeado por células, que, ao atingir o folículo a maturação, formam no seu interior uma cavidade cheia de líquido folicular. O óvulo localiza-se então num dos polos do folículo. Este, situado à periferia do ovário, vai romper-se, dando saída ao óvulo e ao líquido folicular que é reabsorvido. O óvulo é encaminhado através da trompa para o útero e, se neste trajecto encontra o espermatozóide, que o fecunda, transforma-se em ovo. O que resta do folículo dá lugar a uma formação chamada corpo amarelo.

Na altura da puberdade verifica-se na mulher uma maior secreção pela hipófise de gonadotrofinas, hormonas encarregadas de estimular o ovário. Há dois tipos destas substâncias: a hormona foliculoestimulante e a hormona luteinizante. É predominante a primeira que estimula a maturação dos folículos. Ora estes constituem glândulas de secreção interna, segregando substâncias, hormonas foliculares — os *estrogénios* — que dominam assim a actividade endócrina do ovário até à rotura do folículo e formação do corpo amarelo. Neste momento termina a fase folicular e começa a fase luteínica porque o corpo amarelo segrega uma outra hormona, a *progesterona* — de que em breve falaremos. O corpo amarelo mantém-se em actividade vários meses se se dá a fecundação, mas degenera passados alguns dias se ela não se deu.

Vejamos agora o que se passa na mucosa uterina durante esta evolução do ovário.

Sob a acção da gonadotrofina hipofisária foliculo-estimulante, os folículos vão intensificando a secreção de hormonas estrogénias. Estes estrogénios determinam no útero uma intensa proliferação da mucosa na sua espessura e vascularização. Essa parte interna do útero, a que se chama endométrio, transforma-se progressivamente, espessa-se e enriquece-se em glândulas. Se a maturação do folículo chega ao final, quando este rebenta a mucosa uterina entra a segregar e os capilares dilatam-se, congestionando-a. Esta nova transformação é uma preparação para a fixação ou nidadação do ovo, que efectivamente aí vai fixar-se e desenvolver-se, se a fecundação do óvulo entretanto teve lugar. É neste caso que o corpo amarelo do folículo, donde o óvulo proveio, persiste durante vários meses da gravidez que então se iniciou. A mucosa uterina vai adaptar-se para a nutrição do novo ser em formação. Se o óvulo não foi porém fecundado o corpo amarelo respectivo entra em regressão. A mucosa uterina sofre também uma involução: a parte superficial dessa mucosa, ou decídua, desprende-se, dando lugar à hemorragia que constitui o fluxo menstrual, até que outro ciclo começa com a evolução para a maturação de novo folículo.

Portanto o ciclo menstrual inclui duas fases: uma fase preovulatória, durante cerca de 14 dias e uma pós-ovulatória de igual duração. O ciclo completo, marcado pelo aparecimento da hemorragia, dura, em geral, 28 dias. A hemorragia ou cataménio é portanto cíclica, resulta da ovulação, formação do corpo amarelo e desenvolvimento do endométrio progestacional.

Vejamos agora quais são as acções das hormonas que comandam esta alternância de fases, que constitui o ciclo menstrual.

Falarei mais rapidamente dos estrogéneos, que são segregados no folículo do ovário, (embora se verifique também a sua formação noutros locais como o cortex supra-renal e a placenta). São esteróides, não saturados, com 18 átomos de carbono, derivados do estratrieno. Destacaremos a *estrona* e o *estradiol*. Além de responsáveis pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais femininos estes estrogénios, como se disse, estimulam a proliferação do endométrio.

A sucessão de fases foliculínica e luteínica no ciclo ovárico, leva a falar em antagonismo das hormonas que as condicionam. Na realidade trata-se de um antagonismo de simultaneidade, mas de um sinergismo «de sucessão», como refere o brasileiro CAMARGO NOGUEIRA (14) pois as hormonas do corpo amarelo exigem para a manifestação dos seus efeitos uma preparação prévia dos órgãos efectores feita pelos estrogénios.

A hormona do corpo amarelo é a progesterona. É quimicamente um esteróide em C 21. É pois um com-

(\*) Exposição feita no Colóquio sobre Problemas de Regulação da Natalidade e Gestagénios de Síntese organizado pela J.U.C. da Faculdade de Medicina de Lisboa em 21 de Março de 1965.

(\*\*) Na realidade esta designação, que não foi por mim escolhida, não me parece feliz pois estes compostos não são gestagénios, nem são de síntese, como se dirá.

posto com 21 átomos de carbono com o núcleo ciclopentanoperhidrofenantreno, que é comum às hormonas estrogénicas e androgénicas e mostra o parentesco químico estreito existente entre essas hormonas.

A progesterona não deve ser a única substância com actividade gestagénica ou progestativa produzida no organismo e há já hoje isolados outros gestagénios naturais, mas é sem dúvida a principal hormona com essas funções.

O seu conhecimento químico completo vem desde 1934, data em que o alemão Butenandt determinou a sua estrutura.

No organismo a síntese faz-se certamente a partir do colesterol, eliminando-se sob a forma de pregnandiol, que após conjugação no fígado aparece na urina como seu principal metabólito na forma de glicorunato de pregnandiol.

As funções da progesterona são:

— Preparação do endométrio para a nidacção e o desenvolvimento do ovo. Após a sensibilização do endométrio pelos estrogénios a progesterona prepara-o para aquelas funções e estimula depois a formação da placenta.

— Durante a gravidez inibe a motilidade uterina.

— Possui uma acção de desenvolvimento da glândula mamária, acção esta sinérgica com os estrogénios.

— Estimula o catabolismo proteico e tem uma acção hipertermizante por estimular a termogénese.

— Inibe a hipófise em algumas das suas funções de estimulação. Talvez seja este o mecanismo de inibição da ovulação durante a gravidez.

A administração de progesterona em altas doses pode dar lugar à masculinização de fetos femininos, o que demonstra nela propriedades androgénicas. A progesterona tende a provocar uma retenção hídrica.

#### Progestativos semi-sintéticos

Em 1954 deu-se um grande passo na terapêutica com a introdução de um novo composto derivado da progesterona. YUNKMAN esterificou na posição 17 a 17-alfa-hidroxi-progesterona, por si inactiva, mas que assim, ligada aos ácidos capróico e acético, produziu ésteres de grande valor terapêutico, sobretudo pelo prolongamento da acção progestagénica.

A progesterona tem efectivamente como medicamento dois grandes inconvenientes: a sua fraca actividade quando administrada por via oral e a curta duração da actividade. Com os novos compostos entrava-se na possibilidade não só de obter um efeito prolongado, mas sobretudo da administração oral, muito mais cómoda.

Na linha dos compostos semi-sintéticos, derivados da progesterona, vários outros têm sido obtidos com actividade progestativa. Assim por ex. a metilação em posição 6 alfa deu a *medroxiprogesteron* muito mais activa que a progesterona. E muitos outros se podem hoje citar (17).

Outra série de derivados com acção gestagénica foram obtidos a partir do núcleo da testosterona por supressão de um radical metílico em C 18 ou C 19. São os derivados noresteróides dos quais citarei: a *metilestrenolona* ou 17-alfa-metil-19-nortestosterona, a *noretindrona*, 17-alfa-etinil-19-nortestosterona e o *noretinodrel*, 17-alfa-etinil-5-10-estrenolona. O seu estudo foi feito com entusiasmo pois estes gestagénios mostravam-se muito activos por via oral e inibidores da ovulação.

Os medicamentos gestagénios ou progestativos imprópriamente ditos de síntese, pois na realidade são semi-sintéticos (14), com a facilidade de administração por via oral generalizaram-se rapidamente em certos países, sobretudo no seu emprego contraceptivo. Num artigo de FERIN sobre estas drogas refere-se que numa

Conferência Internacional realizada em Singapura em 1963 foi calculado em 1 250 000 o número de pessoas que só nos Estados Unidos da América as utilizavam (5).

Vejam as acções destes medicamentos no organismo.

Deve dizer-se desde já que essas acções têm como traço comum a acção progestativa, a qual justifica que se englobem todos neste grupo, acção progestativa que é comum à progesterona, mas que apresenta na realidade algumas diferenças em relação a esta quando a analisamos com mais profundidade. É assim que os gestagénios artificiais têm no organismo um metabolismo diferente da substância fisiológica — a progesterona. Enquanto esta se elimina sob a forma de pregnandiol, como se disse, os progestativos artificiais não são eliminados sob essa forma.

No seu metabolismo estas substâncias, sendo muito menos inactivadas pelo fígado do que a progesterona, têm sobre esta a vantagem de poderem ser administradas pela boca.

As diferenças de acção com a progesterona são quantitativas e qualitativas. Para avaliar a intensidade de acção destes medicamentos há vários testes que verificam a capacidade das drogas ensaiadas em provocar transformações no endométrio de animais previamente preparados, ou na inibição da hemorragia menstrual no animal ou na mulher, a inibição da ovulação, a verificação de certas alterações metabólicas como seja a eliminação do pregnandiol ou o estudo da anidrase carbónica no endométrio de coelhas, etc..

Os autores chamam com razão a atenção para a variedade dos testes e das acções que eles medem, o que pode induzir em erro ao falar-se de acção *tantas* vezes mais intensa que a da progesterona, pois podem medir-se efeitos muito diferentes.

Quanto à qualidade de acção pode dizer-se que, como é natural, os derivados da progesterona têm menos diferenças em relação a esta que os derivados da 19-nortestosterona.

É assim que os primeiros são mais fracos inibidores da ovulação, que na verdade só impedem em altas doses.

Adiante veremos o mecanismo desta acção mas pode desde já dizer-se que parece ser mais por um efeito sobre os ovários do que indirectamente através da hipófise, pois não inibem nesta a produção de gonadotrofinas.

Ao nível do endométrio a transformação que estes compostos determinam é análoga, mas não idêntica, à fisiológica: não há formação decidual verdadeira, havendo apenas transformação secretora (17).

Com os derivados da nortestosterona as acções são em geral bastante intensas, o que lhes confere uma actividade progestativa grande por via oral.

São inibidores da ovulação e produzem em administração prolongada sinais que simulam a gravidez: supressão do fluxo menstrual, tumefacção ou tensão da glândula mamária, náuseas, retenção de água e de sódio, com aumento de peso e a correspondente reacção do endométrio com atrofia glandular. Estes sinais são por vezes bastante incómodos para algumas mulheres. Segundo um autor americano DE COSTA eles levariam cerca de 25 % das mulheres a abandonar o método (3).

Têm porém estes compostos derivados da 19-nortestosterona a possibilidade de apresentarem mais ou menos acentuadas propriedades estrogénicas potencialmente contidas na sua estrutura química.

Adiante veremos, estudando o mecanismo de acção, o que há a dizer sobre acção antigonadotrófica.

Quase todos os progestativos de síntese manifestam acção termogénica, que também, como dissemos, existe na progesterona. Parecem fazer excepção alguns: retroprogesterona, alilestrenol, clormadinoma (8).

Farei aqui uma interrupção para chegar mais rapidamente ao ponto que mais nos interessa: o emprego

dos gestagénios orais como anticoncepcionais. Foi sobretudo após os trabalhos de GREGORY PINCUS e colaboradores, trabalhando no Centro de «Family Planning» de Puerto Rico que o assunto passou ao primeiro plano, de forma a ter-se já escrito que a era da contracepção oral foi iniciada por este investigador em 1956. Pouco depois TYLER e OLSON iniciavam igual estudo sistemático e em massa, em Los Angeles (20, 21).

Foi o estudo cuidado das propriedades antiovitórias desses compostos e o seu emprego continuado que chamou a atenção para o método.

Mas deve referir-se que logo se reconheceu o papel importante que para esse efeito desempenhava a associação de um estrogénio em pequena quantidade, e isso para a obtenção de ciclos regulares. O *Mestranol* foi a substância utilizada.

Este é o método mais utilizado nas associações de medicamentos à venda no comércio (2). Segundo a técnica recomendada associação progestativo+estrogénio é administrada do 5.º ao 24.º ou 25.º dia do ciclo. Após a paragem, passados poucos dias surge a hemorragia menstrual, dita de privação, e a administração é depois retomada ciclicamente.

Pode porém usar-se um método diferente: administrar o gestagénio isolado, de forma contínua, suprimindo completamente as hemorragias menstruais, isto é, originando um estado de amenorreia por insuficiência estrogénica.

A técnica que tem predominado é a primeira que pode de certa forma considerar-se já hoje clássica, pois a experiência conta já com alguns anos e muitos milhares de observações.

Considerarei portanto agora os efeitos dos dois métodos conforme têm sido observados.

A administração do progestativo isolado em administração contínua prolongada leva a uma atrofia do endométrio. Com a associação gestagénio+estrogénio verifica-se uma transformação de tipo predecidual que dá lugar a hemorragia por descamação do endométrio após a suspensão do tratamento.

Sobre o ovário nota-se que os progestativos determinam uma inibição folicular que pode levar a uma redução grande de tamanho — o ovário de mulheres tratadas durante mais de três anos pode estar reduzido a um terço, não se verificando a existência de corpos amarelos (5).

Problema de primordial importância é o dos efeitos secundários destes medicamentos.

Podem aliás considerar-se efeitos secundários imediatos e outros tardios. Sobre estes naturalmente há ainda muitos problemas a resolver por insuficiência de tempo de administração: o recuo não chega ainda a ser de 10 anos.

Deve dizer-se que na opinião de vários autores e ao rever-se a literatura já muito abundante sobre o assunto, não se encontra nenhum sinal alarmante na espécie humana (5, 7, 9, 16, 23).

Esta afirmação deve contudo ser feita com prudência, pois é necessário opôr-lhe as reservas inerentes ao facto de haver ainda muitos aspectos a esclarecer (13).

Citarei em primeiro lugar as acções sobre o sangue. Se bem que os progestativos não pareçam modificar significativamente o coagulabilidade sanguínea, a verdade é que foram atribuídas à medicação responsabilidades na aparição de certos casos de trombose com embolia pulmonar. O problema não está ainda totalmente resolvido (4, 15, 18, 19, 22).

Sobre o fígado tem-se notado alguns casos de icterícia por colostase com certos gestagénios (6) mas os acidentes não parecem ser frequentes nem de importância relevante.

É possível admitir uma certa depressão da função córtico-supra-renal.

Sobre a lactação é de notar que há inibição da lactação pelos progestativos associados aos estrogénios.

As hemorragias durante a administração continuada dos progestativos podem sobrevir mais com certos produtos e são mais frequentes nos primeiros tempos do seu emprego.

Outro tipo de acções secundárias de temer com a administração prolongada são as acções de masculinização. Este efeito androgénio pode aliás verificar-se na própria mulher com modificação do tom de voz, estimulação do crescimento dos pêlos, etc., ou no desenvolvimento embriológico, sendo estas acções sobretudo de temer nos primeiros tempos da gravidez, que pode ser ainda ignorada, e recomendando portanto a maior prudência nesses casos de dúvida de início de uma possível gestação (1, 10, 14).

Quanto a acções psíquicas não há ainda dados muito concludentes a tal respeito, talvez pela dificuldade do seu estudo e pela variedade de factores que os condicionam: sociais temperamentais, raciais, etc.. As conclusões dos vários estudos são, por isso, dificilmente comparáveis (11, 12).

Deve chamar-se a atenção para o facto de que a suspensão da administração destas substâncias, feita por vezes por natural esquecimento da mulher que as toma, pode dar lugar a uma facilidade maior para engravidar. «On a l'impression — diz FERIN — que l'inhibition porte sur les stades ultimes de la maturation folliculaire et qu'il s'agit d'un mécanisme très souple aisément réversible» (5). A fase de repouso do ovário provocada pelo medicamento seria seguida após a suspensão deste, de uma exaltação da função ovárica. Este é o chamado efeito de ricochete.

Na administração muito prolongada pode haver receio de fenómenos para que não há ainda uma resposta segura por falta de tempo.

Cite-se em primeiro lugar a possibilidade aventada por alguns de que o bloqueio dos ovários possa retardar a idade da menopausa, hipótese que não parece verificar-se.

Por último fica a interrogação sobre o poder carcinogénico de tais substâncias. Embora até agora nada o tenha demonstrado, a sua estrutura química de certo modo justifica o receio de que possa um dia manifestar-se.

#### *Mecanismo de acção*

Vejamos agora o que se pode dizer sobre o mecanismo de acção dos gestagénios.

A inibição da função ovulatória dos ovários que está na base da acção contraceptiva dos progestativos deve acentuar-se que depende não só da dose, mas também da altura do ciclo em que se inicia a sua administração: quanto mais precoce for em relação ao ciclo mais eficaz será. Na prática inicia-se como se disse a partir do 4.º ou 5.º dia.

A junção ao progestativo de uma pequena quantidade de estrogénio reforça o efeito inibidor dos ovários.

Este efeito inibidor pode explicar-se por uma *acção central* diencéfalo-hipofisária, admitindo que os progestativos bloqueariam a produção de gonadotrofinas ou por uma *acção periférica* que seria o bloqueio ovárico, impedindo a resposta às gonadotrofinas. A *acção central* seria corroborada pelos efeitos hipotalâmicos reconhecidos aos gestagénios como é o caso da *acção hipertermizante*.

As investigações sobre a eliminação das gonadotrofinas por doseamento destas nas urinas, após administração dos gestagénios, deram, porém, resultados incertos e contraditórios.

Conclui-se, portanto, que no estado actual dos conhecimentos nenhum dos dois mecanismos citados é de excluir.

Para terminar devo dizer que das acções farmacológicas que abordei é evidente poderem tirar-se aplica-





Quando existem  
espasmos ou  
outras perturbações  
funcionais do  
tubo digestivo ou  
das vias urinárias,  
acompanhadas  
e agravadas por  
tensão emocional,  
o «Librax» propicia  
alívios, rápida  
e eficazmente.

**Librax** ROCHE  
Trade Mark

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

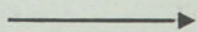


# NA TERAPÊUTICA PELA PENICILINA E ESTREPTOMICINA

SURGE

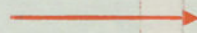


**Choque  
alérgico**



Quando em presença de doentes sensibilizados

Mas 5 ml de **Feligénio**, endovenoso, permite



**Rápida  
recuperação**



Para evitar isto

FAZER PRÉVIA DESSENSIBILIZAÇÃO E TEST COM FELIGÉNIO NOVIL, SEGUNDO A NOSSA LITERATURA.

Assim, mesmo nos casos graves, tem sido possível a terapêutica com

## LINAFEL OU LINAFEL-ESTREPTO

**SEM REACÇÕES ALÉRGICAS**

**LABORATÓRIOS NOVIL, LDA.**

Rua do Centro Cultural, 13 - 13 - A  
Telefs. 712041/2 - Alvalade - LISBOA

Direcção Técnica :

**DR. ANTÓNIO PIRES RODRIGUES**

Licenciado em Farmácia

ções terapêuticas importantes em várias situações ginecológicas e obstétricas. Abstenho-me propositadamente de focar esse aspecto do emprego dos progestativos por estar disso encarregado quem sobre ele falará com a autoridade que não possuo.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) — BREIBART, S. & col. — Progestins and skeletal maturation. — *New England J. Med.* 268, 255 (1963). *Cit. in:* *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 5, 1, 123 (1964).
- 2) — COUNCIL ON DRUGS — An Oral Contraceptive (Noretindrone with Mestranol (Ortho-Novum)) — *J.A.M.A.*, 187, 9, 664 (1964).
- 3) — DE COSTA, EDWIN J. — Those deceptive contraceptives — *J.A.M.A.*, 181, 2, 122 (1962).
- 4) — FDA Report on Enovid. Ad Hoc Advisory Committee for the Evaluation of a possible Etiologic Relation with Thromboembolic Conditions — *J.A.M.A.*, 185, 10, 776 (1963).
- 5) — FERIN, J. — Les progestatifs de synthèse comme inhibiteurs de l'ovulation ou de la conception — *In La Contraception — Risques, inconvénients et facteurs d'échecs des divers méthodes.* Paris, 1963.
- 6) — GILBERT, ENID F. & col. — Intrahepatic cholestasis with fatal termination following norethandrolone therapy — *J.A.M.A.*, 185, 6, 538 (1963).
- 7) — GOLDZIEHER, JOSEPH W. & col. — Study of norethindron in contraception — *J.A.M.A.*, 180, 5, 359 (1962).
- 8) — GOMES, KÍRIO — Os gestagénios em tocoginecologia. I Semana Internacional Tocoginecológica. I vol., Lisboa, 1963.
- 9) — GRASSET, J. & R. GAUTHIER — Essais thérapeutiques de deux 19-norstéroïdes. Norethindrone et noréthynodrel — *La Presse Medicale*, 70, 1, 9 (1962).
- 10) — JONES JR., H. W. & col. — The genital anomaly associated with prenatal exposure to progestogens — *FERTIL & STERIL.*, 11: 148-156 (Março-Abril), 1960. *Cit. in:* *J.A.M.A.*, 173, 8, 947 (1960).
- 11) — KAYE, BERNARD M. — Oral Contraceptives and Depression — *J.A.M.A.*, 186, 5, 522 (1963).
- 12) — KEELER & col. — Episodes schizophréniques aigus et énoïd Am. *Psychiat.*, Maio 1964, 120, p. 1123. *Cit. in:* *La Presse Medicale*, 72, 42, 2438 (1964).
- 13) — LAROCHE, C. & A. NENNA — Les nouveaux progestatifs de synthèse — *Apréciation de leur effets sur la fécondité féminine.* *La Revue du Praticien*, XIII, 18, 2247 (1963).
- 14) — NOGUEIRA, CYRO CAMARGO — Esteróis hormonalmente activos — *In Elementos de Farmacodinâmica de Charles Edward Corbett.* São Paulo, 1964.
- 15) — REED, D. L. & col. — Thrombo-embolies et produits anticonceptionnels administrés per os — *The New England Journal of Medicine*, 299, 12 Setembro de 1963, p. 622-624. *Cit. in:* *La Presse Medicale*, 72, 14, 845 (1964).
- 16) — RICE-WRAY, EDRIS & col. — Long-term administration of norethindrone in fertility control. — *J.A.M.A.*, 180, 5, 355 (1962).
- 17) — SANTOS, R. SOUSA — Progestagénios de síntese — *Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana*, XIII, 6, 327 (1964).
- 18) — SCHATZ, IRWIN J. & col. — Thromboembolic disease associated with norethynodrel — *J.A.M.A.*, 188, 6, 493 (1964).
- 19) — SOBRERO, AQUILES J. & col. — Effects of a progestin-estrogen preparation on blood coagulation mechanisms — *J.A.M.A.*, 185, 2, 136 (1963).
- 20) — TYLER, EDWARD T. — Fertility promoting and inhibiting effects of new steroid hormonal substances — *J.A.M.A.*, 169, 16, 1843 (1959).
- 21) — TYLER, EDWARD T. — Oral Contraception — *J.A.M.A.*, 175, 3, 225 (1961).
- 22) — TYLER, EDWARD T. — Oral Contraception and Venous Thrombosis — *J.A.M.A.*, 185, 2, 131 (1963).
- 23) — TYLER, EDWARD T. — Current status of oral contraception — *J.A.M.A.*, 187, 8, 562 (1964).

## OS GESTAGÉNIOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

KÍRIO GOMES

(Director da Maternidade Magalhães  
Coutinho dos H.C.L.)

### FISIOLOGIA DA OVULAÇÃO

Os ovários têm, ao nascer, um certo número de folículos primordiais, contendo cada um um óvulo rodeado de uma coroa de células foliculares.

Perto da puberdade, esses folículos começam a ser estimulados por doses crescentes da hormona hipofisária estimulante dos folículos (FSH) e, com o concurso de pequenas doses, outra hormona hipofisária, hormona luteinizante ou LH, as células foliculares ou da granulosa começam a segregar hormonas extrogénicas em doses crescentes, hormonas responsáveis pelo amadurecimento sexual da jovem rapariga característico da puberdade. Esse crescimento é particularmente notável ao nível do endométrio e, neste, mais ao nível das glândulas e vasos, que, por crescerem mais depressa que o próprio endométrio, se enrolam em espirais características desta fase de crescimento endometrial.

Quando a quantidade de estrogénios circulantes atinge um certo nível, estes inibem a secreção hipofisária de gonadotropinas, de que resulta uma quebra na estimulação dos ovários e conseqüentemente redução da secreção de estrogénios por parte destes.

Ao faltar ao endométrio o apoio hormonal dos estrogénios, por uma série de alterações que não cabe aqui descrever, o endométrio desmorona-se, por assim dizer, descama, abrindo vasos que sangram durante alguns dias.

Ao baixar o nível de estrogénios circulantes e desa-

parecer a inibição que estes exerciam sobre a hipófise, esta volta a segregar hormonas que vão estimular um novo ciclo de crescimento folicular ao nível dos ovários.

Note-se que, até aqui, não falamos em ovulação. Na realidade, assim se passa, nos primeiros meses ou anos após a menarca, e estas menstruações são chamadas anovulatórias.

A certa altura do desenvolvimento folicular ovárico, começa a haver um folículo, por vezes mais que um, que se evidencia e cresce mais que os restantes. Uma maior secreção de LH parece estar na origem desse crescimento, mas ignora-se por que só um folículo, em regra, cresce e se desenvolve a tal ponto que comprimito a delgada zona de tecido ovárico que o separa da superfície, acaba por romper-se, libertando na cavidade peritoneal o óvulo maduro que, apanhado na corrente líquida que se dirige para as trompas, acaba por penetrar no interior destas.

Imediatamente após a expulsão do óvulo, o folículo roto sofre uma série de alterações que o vão transformar num importante órgão secretor, o corpo amarelo, o qual, sob a acção de uma terceira hormona ovárica, luteoestimulante (LTH) segrega a progesterona.

Enquanto os estrogénios eram as hormonas responsáveis pela diferenciação sexual e preparavam a ovulação e a concepção, a progesterona é a hormona da maternidade que vai proteger o ser que acaba de ser concebido, introduzindo ao nível do endométrio alterações que vão permitir a nidificação desse ovo fecun-

dado, a sua nutrição e crescimento até se transformar num ser capaz de vida independente da mãe que o albergou.

Tal como sucede nos ciclos anovulatórios, o nível crescente de estrogénios, aqui associados à progesterona vai inibir a secreção hipofisária, de que resulta uma baixa estimulação ovárica, com consequente desabar da estrutura endometrial e concomitante menstruação.

Outro tanto não sucede se, por ter havido êxito fecundante nos dias que antecederam ou sucederam à ovulação, o óvulo foi fecundado e este, chegando aproximadamente 7 dias depois ao interior da cavidade uterina, encontra o endométrio já suficientemente preparado para o receber e albergar. No jovem ovo, bem cedo algumas células se diferenciam das restantes e começam a segregar hormonas semelhantes às gonadotropinas hipofisárias que vão manter o corpo amarelo em plena actividade e que, por serem células de um organismo estranho à mãe que o concebeu, escapa à acção inibidora que as hormonas ováricas exercem sobre a hipófise.

A actividade desse corpo amarelo grávidico vai manter-se durante 3 ou 4 meses, até que a placenta tome a si a produção de estrogénios e progesterona necessárias à manutenção da gravidez.

Então, certamente porque agora a secreção embrionária de gonadotropinas já não pode escapar à inibição da sua própria secreção de estrogénios e progesterona, começa a baixar a secreção de gonadotropinas, de que resulta secundariamente a atrofia do corpo amarelo ovárico.

#### SEMILOGIA DA OVULAÇÃO

Vemos que, ao contrário do que antigamente se supunha e ainda hoje muita gente supõe, por errada assimilação do que se passa em certas espécies animais, a ovulação não tem lugar na altura da perda mensal de sangue, mas longe desta. A menstruação, na mulher, não representa, como na cadela, por exemplo, período de máxima fertilidade.

Ela é, na mulher, a expressão de uma falência, é o desabar de toda uma estrutura preparada para a concepção e que se tornou inútil, porque o óvulo não foi fecundado, morreu e foi expulso. É, no dizer de alguns, o aborto de um ovo não fecundado.

É natural que de há muito se procurasse localizar no tempo o período de fertilidade da mulher, quer com o intuito de obter uma concepção desejada quer com o intuito oposto de a evitar.

Foi assim que, da observação dos ciclos de muitas mulheres e da data de concepção em caso de coito único se fixaram datas e estabeleceram fórmulas para prever a data da ovulação em relação às datas menstruais, e OGINO e KNAUS ditaram as suas leis de períodos férteis e inférteis, leis e fórmulas que depressa começaram a mostrar a sua falibilidade.

De exames mais exactos, como a observação dos ovários em casos de operação e dos dados semiológicos da ovulação, concluiu-se que esta pode ter lugar em qualquer altura do ciclo mas que, quando alguma relação temporal existe entre a data da ovulação e as datas menstruais, essa relação é com a menstruação que se segue à ovulação e não com a que a antecede, isto é, que a duração do corpo amarelo é relativamente constante, à roda dos catorze dias, enquanto o tempo de maturação folicular que vai desde a mesma menstruação até à ovulação pode variar de poucos dias a alguns meses.

E se há mulheres que têm sempre ciclos irregulares outras há que, tendo ciclos absolutamente regulares, têm, inesperadamente, por choques nervosos, mudança de clima ou outras causas, um ciclo mais curto ou mais longo, correspondendo a uma ovulação precoce ou tardia.

Daí, resulta que todos os cálculos para prever a data da ovulação, em relação à menstruação que passou podem ser falsios e só uma vez aparecida a menstruação seguinte, se não tiver havido concepção, se pode localizar a ovulação com relativa segurança, no 14.º dia que precedeu essa menstruação se formasse.

Compreende-se que são necessários meios mais precisos de datar a ovulação.

Há dados subjectivos que, evidentemente, são pouco ou nada fiéis.

A ovulação marca uma separação nítida entre duas fases do ciclo da mulher, na 1.ª das quais todo o organismo é dominado pelos estrogénios que preparam a vinda da ovulação e da fecundação. O psiquismo da mulher é caracterizado nesta fase por um espírito de domínio, de iniciativa e apetite sexual crescentes. Logo após a ovulação faz-se sentir a influência da progesterona ou hormona da maternidade, e a mulher torna-se mais dócil e passiva. Ao baixar, nos dias que precedem a menstruação, o nível de ambas as hormonas ováricas, dá-se um desequilíbrio endócrino e psíquico mais ou menos marcado, com sentimento de frustração e insegurança, crises de irritabilidade e choro, características bem conhecidas desta fase.

A ovulação propriamente dita pode ser marcada por uma dor nítida em uma das fossas ilíacas e por uma perda de sangue pela vagina equivalente ao sangramento que acompanha a ovulação em algumas espécies animais.

A dor é devida à irritação do peritoneu por sangue proveniente dos vasos situados na zona de tecido ovárico que separa o folículo da superfície exterior do ovário e que se rompem ao dar-se a ruptura do folículo.

A perda de sangue é mais rara que a dor. O seu mecanismo é semelhante à menstruação e deve-se a uma diminuição passageira na produção de estrogénios pelo folículo depois da sua ruptura e antes do corpo amarelo se encontrar plenamente desenvolvido.

Há, depois, dados objectivos mais concludentes que os anteriores e que são:

*Alterações do muco cervical* — Os estrogénios estimulam a produção do muco pelas glândulas do colo, produção que aumenta ao mesmo tempo que o nível de estrogénios circulantes atingindo o seu máximo imediatamente antes da ovulação, data em que esse muco, além da abundância que é notada pela própria doente, apresenta características físicas e químicas que o tornam ideal para atrair os espermatozoides e facilitar a sua penetração, o que facilmente se verifica no chamado teste pós-coital. É fluido, límpido, isento de células descamadas ou leucócitos e apresenta filância (ou «Spirnbarkheit» dos alemães) que permite formar um fio de 2 ou mais centímetros quando se afastam as duas pontas de uma pinça onde se colheu uma gota desse muco.

Tem uma percentagem elevada de glucosomina e cloreto de sódio. A primeira destas substâncias serviu de base para o teste calorimétrico no papel de Doisy para a ovulação, teste que não alcançou a popularidade que se esperava por falta de fidelidade e de dificuldade de aplicação.

O cloreto de sódio é responsável pela famosa cristalização do muco em maravilhosas folhas de feto arbário depois de seco. Além disso, parece estar na base de um novo teste ovulatório.

Imediatamente a seguir à ovulação e graças à acção da progesterona, a produção de muco pelas glândulas cervicais diminui bruscamente, fenómeno constatado pela própria mulher.

O muco, ele próprio, torna-se desidratado, viscoso, não faz fio, torna-se arreceptivo aos espermatozoides e desaparece a glocosomina e o cloreto de sódio deixando de cristalizar, depois de seco, em folhas de feto.

*Alterações do epitélio vaginal* particularmente do aspecto das células descamadas no exsudado vaginal que, sob acção da progesterona, aparecem com os hor-

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

# Anovlar

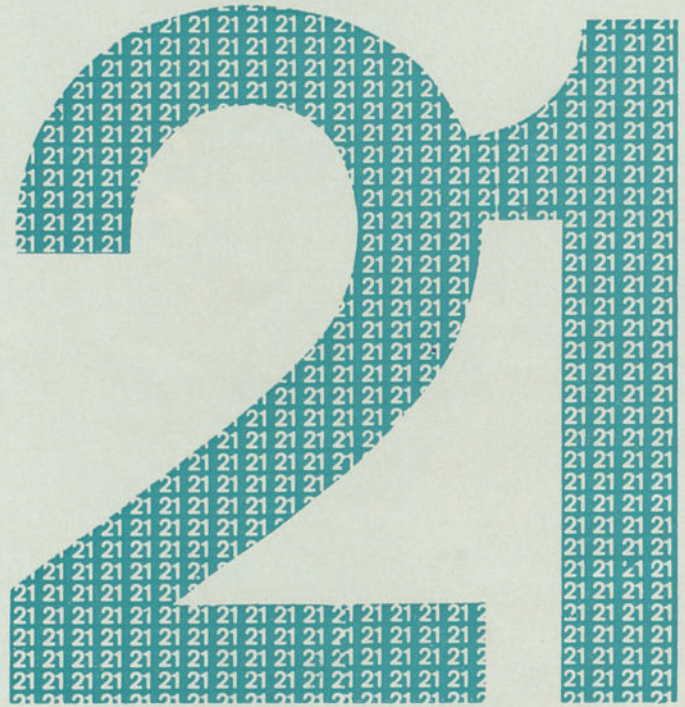


o primeiro regulador do ciclo  
com **21** drageas

uma terapêutica

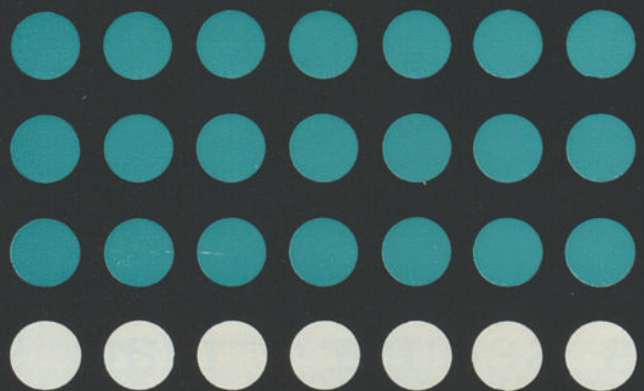
mais segura • mais simples • mais cómoda

# Anovlar



3 semanas de tratamiento

1 semana de pausa



dos enrolados e com marcada tendência à aglomeração e formação de grumos.

As alterações do endométrio são, de todas, as mais típicas e significativas, a tal ponto que o seu exame microscópico permite, «à posterior» a data em que teve lugar a ovulação. São elas essencialmente:

Entre o 1.º e 3.º dias, pós-ovulatório, alinhamento dos núcleos do epitélio glandular com perda do aspecto pseudoestratificado, desaparecimento de mitoses e aparecimento nas bases das células de vácuo contendo glicogénio que vão crescendo e empurrando os núcleos para a extremidade apical das células.

Do 3.º ao 11.º dia, nota-se o aparecimento de glicogénio nas zonas apicais das células com progressivo empurramento dos núcleos para as bases. As glândulas tornam-se mais sinuosas, em saca-rolhas, e aparece glicogénio no seu lume. O estroma torna-se laxo, edemaciado com glicogénio nas suas bainhas.

Do 11.º ao 13.º dia, desaparece progressivamente o glicogénio das glândulas e células, sendo substituído por muco e o estroma apresenta reacção decidual.

No 13.º e 14.º dias pós-ovulatórios, o estroma densifica-se, por reabsorção do edema, as artérias espiraladas colapsam, apertando as suas espiras, notando-se alterações degenerativas das suas paredes, congestão venosa, diapedese e pequenas hemorragias.

Todos os dados objectivos referidos até aqui são de difícil, ou impossível, utilização pela própria doente, para determinação da data da ovulação. Exceptuam-se os testes colorimétricos do muco cervical.

Mas a conhecida acção termogénica da progesterona permite uma determinação fácil da data da ovulação pela própria doente, com o único óbice que só é possível ter a certeza de que se deu a ovulação decorridos 3 dias pelo menos.

A temperatura basal, tirada na boca ou no recto, em condições basais, depois do repouso nocturno, sempre à mesma hora, tem uma constância relativa e, depois de uma ligeira baixa no dia da ovulação, sobe, logo após esta, de 3 a 5 décimos, mantendo-se nesse nível durante todo o tempo que dura a secreção de progesterona.

Simplesmente, como podem haver elevações parasitas, fixam-se em três o número mínimo de dias de temperatura elevada, para se poder garantir que houve ovulação.

Assim, quando houver uma justa razão para evitar uma concepção, é de aconselhar não ter relações desde a menstruação até à ovulação, pois há que contar com uma possível ovulação precoce e com o tempo da sobrevivência dos espermatozoides no canal genital, desde a ovulação até decorridos 3 dias, tempo de sobrevivência possível do óvulo e tempo necessário para o diagnóstico temporal da ovulação pelo gráfico das temperaturas basais.

#### ACÇÕES FISIOLÓGICAS E FARMACOLÓGICAS DA PROGESTERONA E GESTAGÉNIOS SINTÉTICOS

Gestagénio ou progestagénio é, por definição, uma droga que favorece a gestação, uma vez ocorrida a fecundação. Esta ressalva é fundamental, pois paradoxalmente, embora sejam a favor da gestação («pro gestationem») podem actuar como anticoncepcionais ou, mais verdadeiramente, como inibidores da maturação folicular e conseqüente ovulação.

A progesterona é o progestagénio por excelência, normalmente produzida no corpo amarelo dos ovários, nas glândulas supra-renais e na placenta durante a gravidez, sendo suas principais acções:

1.º Transformar a mucosa uterina, quando previamente desenvolvida pela acção dos estro-

génios, tornando-a favorável à nidação do ovo fecundado.

Quando administrada desde o princípio de um ciclo, na associação com os estrogénios, não dá lugar a uma mucosa favorável à nidação.

- 2.º Inibir a actividade contráctil do útero, o qual, como órgão muscular ôco que é, tem natural tendência para expulsar o seu conteúdo, aqui o ovo, embrião ou feto, sendo capaz experimentalmente de prolongar a gravidez para além da data do parto, nos animais de laboratório.
- 3.º Inibir, por intermédio da hipófise, a maturação ovular e novas ovulações nos ovários.
- 4.º Alterar as qualidades do muco cervical, tornando-o impermeável aos espermatozoides. Estas últimas acções não parecem, no entanto, absolutas, pois há casos provados, embora raríssimos, de superfecundação, isto é, de duas gravidezes iniciadas em datas diferentes e desenvolvidas em úteros duplos.
- 5.º Preparar a musculatura uterina e todo o canal genital para o fenómeno do parto.
- 6.º Preparar, em associação com os estrogénios, as glândulas mamárias para a lactação.
- 7.º Finalmente e acessoriamente, têm uma acção termogénica no organismo.

Dado o custo elevado da progesterona natural, a sua fraca actividade por via oral e a sua rápida destruição no organismo procuraram-se sintetizar no laboratório substâncias com acções mais ou menos semelhantes à da progesterona natural, mas sem aqueles três inconvenientes. Dessas drogas, sua constituição química, suas actividades, já falou neste Simposium o sr. Prof. Lobato Guimarães.

Permitam-me, contudo, que volte aqui a realçar algumas das particularidades desses chamados gestagénios sintéticos, que nós preferimos chamar gestagénios artificiais, pois não são sintetizados no organismo, mas sim produtos químicos sintetizados no laboratório, estruturalmente mais ou menos semelhantes à progesterona natural e que podem produzir no organismo algumas das suas acções, a par de outras acções distintas e talvez ainda não completamente averiguadas.

A semelhança estrutural entre todas as hormonas sexuais e cortico-supra-renais naturais e os vários gestagénios sintéticos, a facilidade aparente com que no organismo se transformam essas hormonas umas nas outras, e a facilidade relativa com que os químicos, «in vitro», tiram e põem radicais a seu bel-prazer, alterando a sua acção e potência, explica que:

- 1.º Alguns desses gestagénios sintéticos têm simultaneamente acção androgénica, estrogénica ou anabolizante, seja que essa actividade constitui uma propriedade intrínseca da sua molécula, seja que resulte de uma transformação no organismo em metabólitos com aquelas actividades.
- 2.º Alguns desses gestagénios não possuem todas as acções conhecidas da progesterona natural. A associação da actividade anabolizante, como no Nilevar, é um factor poderoso para rejeitar a droga na clinica feminina, pois a maioria das mulheres detestam engordar.

O mesmo se diz quanto aos produtos com actividade androgénica, e com mais forte razão, pois é vulgar ao receitarmos hormonas às nossas clientes, elas perguntarem logo, «mas, sr. Dr. não faz crescer pêlos?». A sensibilidade do folículo piloso é muito variável, maior nas morenas que nas loiras e muito grande em certas mulheres e temos visto algumas quei-

xarem-se de crescimento piloso mesmo com progesterona natural.

A actividade androgénica pode ser particularmente notável sobre os órgãos sexuais em fase do desenvolvimento embrionário e por isso há que ter particular cuidado na selecção dos gestagénios a administrar nos primeiros meses de gravidez, sob risco de provocarem fetos do sexo feminino alterações morfológicas dos órgãos genitais externos no sentido masculino, alterações que, aliás, não são graves nem difíceis de corrigir mesmo quando acentuadas hipertrofias do clítoris, fusão mais ou menos parcial dos pequenos lábios, aumento da distância anovular. Pensamos que os dois gestagénios com suficiente actividade antiabortiva e que menos acusados têm sido de provocar masculinização do feto do sexo feminino são o *caproado de 17-hidroxi-progesterona* ou *Proluton* depôt por via parentérica e o *alilestrenol gestanon*, por via oral.

- 3.º Em segundo lugar, ao alterar as fórmulas químicas com o fim de obter novos preparados, verificou-se que nem todos os gestagénios artificiais possuem todas as acções da progesterona natural.

Assim, por exemplo, alguns não inibem a ovulação ou são fracos inibidores, tal como o *duphaston* e o *alilestrenol*.

Outros não protegem a gravidez, pelo menos na rata castrada, tal como o *linestrenol* (orgametril) outros, ainda, são destituídos de acção termogénica, tal como o *duphaston* e o *alilestrenol*.

O efeito sobre o endométrio do *linestrenol* e do *noretinodrel* são muito diferentes do da progesterona natural, tendo uma acção muito mais acentuada sobre o estroma que sobre o endométrio.

Isto tudo faz pensar que cada uma das acções da progesterona esteja ligada a determinados radicais ou partes da molécula e faz prever para o futuro a obtenção de drogas mais simples, dotadas apenas de algumas das acções da progesterona.

Poderíamos imaginar então produtos com acção exclusiva sobre o endométrio preparando-o para a nidadação do ovo fecundado, e assim prevenir muitos casos de infertilidade, outros que fossem mais poderosos inibidores da actividade contráctil do miométrio e impedissem o aborto iminente, outros com acção predominante na glândula mamária e desencadeamento da lactação e, no campo da contracepção, produtos que, conforme se provasse mais vantajoso, fossem exclusivamente inibidores da ovulação ou actuassem exclusivamente sobre o endométrio, tornando-o desfavorável à nidadação ou, ainda, alterassem temporariamente o muco cervical, tornando-o impenetrável aos espermatozoides.

Além do risco da masculinização de fetos femininos, os gestagénios artificiais têm sido acusados de outros perigos, particularmente quando empregados durante meses e anos seguidos, como tem sido uso nos programas de contracepção em larga escala, nos países subdesenvolvidos.

- 1.º Foram descritos alguns casos de trombozes venosas. Mas se os gestagénios aumentam a coagulabilidade sanguínea, há um aumento paralelo da actividade fibrinolítica do plasma

e as estatísticas vieram mostrar que a percentagem não era significativamente mais elevada em comparação com os casos de flebotrombose espontânea na população que não tomava gestagénios.

- 2.º Acção tóxica hepática foi suspeitada mas não confirmada.
- 3.º Acção cancerígena apontada, como sabem, a todas as hormonas. Ao contrário, vários ensaios têm mostrado que os gestagénios em altas doses podem não só fazer regressar uma hiperplasia endometrial mas até casos de carcinoma endometrial «in situ», tese difícil de demonstrar pela facilidade com que, tal como no colo, o meio empregado para diagnóstico, biopsia ou raspagem, é susceptível de extirpar a neoplasia incipiente na sua totalidade.
- 4.º Lesão de folículos primordiais que, ao desenvolverem-se mais tarde, poderiam dar lugar a óvulos patológicos e, conseqüentemente, produtos de concepção anormal. A experiência mostra que, pelo contrário, assim que se interrompe a administração de gestagénios, as probabilidades de concepção aumentam e os produtos da mesma são inteiramente normais.
- 5.º Uma longa inibição hipófiso-ovárica poderia ter conseqüências funestas futuras. Até hoje há conhecimento de mulheres tendo tomado os gestagénios durante 3 e 5 anos ininterruptos sem quaisquer conseqüências funestas para o seu equilíbrio endócrino. Evidentemente, ignoramos as conseqüências de uma inibição continuada durante 10, 20 ou 30 anos. Só o futuro nos poderá responder.

#### APLICAÇÕES CLÍNICAS DOS GESTAGÉNIOS

Compete a outros valores deste Simposium focar os vários aspectos da regulação dos nascimentos pelos gestagénios artificiais e a nós, tão somente, tratar das suas indicações terapêuticas nas suas várias indicações na clínica.

#### APLICAÇÕES DOS GESTAGÉNIOS EM GINECOLOGIA

Só ou associados aos estrogénios e aos androgénios, são inúmeras as aplicações na clínica:

Amenorreias,  
Hemorragias uterinas,  
Dismenorreia,  
Tensão pré-menstrual, mastodinia,  
Endometriose,  
Inibição da lactação,  
Infertilidade,

No tratamento das *amenorreias* devemos considerar em primeiro lugar o seu diagnóstico etiológico. De facto, a amenorreia é um mero sintoma que por si não tem qualquer significado nem importância, salvo pelas repercussões que possa ter sobre o frágil psiquismo feminino. Mas a doença que provoca a amenorreia, essa pode ter gravidade e requer tratamento apropriado.

Sendo a perda cicla de sangue menstrual a tradução externa e final de uma série de processos fisiológicos, em que intervêm, a começar pelo alvo final, o complexo endométrio-vascular, os ovários, a hipófise anterior e o hipotálamo e, ainda, acessoriamente, os centro-cor-



# NOVO !

Sempre que a  
Corticoterapia

levanta um problema,  
**syntecort** confirma:

- A sua elevada actividade anti-inflamatória
- A sua excepcional tolerância

# syntecort

(Acetato de Parametasona)



O único corticosteroide de uso geral  
indicado nos tratamentos prolongados

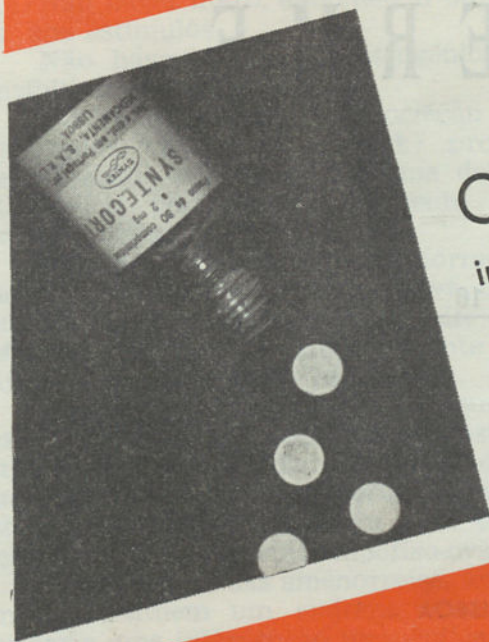
Tão eficaz como seguro

por ser o melhor tolerado dos corticosteroides mais activos

Apresentação:

frasco de 15 e 30 comprimidos a 2 mg.

Produzido e Distribuído em Portugal  
por **MEDICAMENTA S. A. R. L.**



TERAPÉUTICA TÓPICA

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

# PREDNIDERMA

POMADA

## PREDNISONONA

PARA AS DOENÇAS DA

## DERME

**COMPOSIÇÃO**

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

BISNAGA DE 10 GRAMAS — 40\$00

**LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS**

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

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

taicas superiores, as supra-renais, a tiróide e o fígado, compreende-se a infinidade de causas que podem conduzir à amenorreia desde a imperfuração himenial, vaginal ou cervical (falsa amenorreia ou eriptomenorreia), ausência do útero, destruição do endométrio por processos inflamatórios ou traumáticos, com ou sem sinequia da cavidade uterina, ausência, destruição ou disfunção dos ovários, até distúrbios funcionais ou tumores das supra-renais, hipófise, hipotálamo, passando por disfunção da tiróide e lesões destrutivas do fígado.

Não cabe aqui fazer o diagnóstico diferencial destas várias causas, muitas das quais são reconhecíveis pelo simples exame clínico, outras requerem estudos radiológicos ou laboratoriais mais laboriosos.

Esgotados todos os meios ao nosso alcance de diagnóstico e tratamento etiológico, podemos ver-nos forçados, para o bem-estar psíquico da doente, a um tratamento sintomático.

Dizemos, contudo, que a maioria das amenorreias secundárias sem causa aparente são de origem psicossomática e entram no grupo das amenorreias hipovalâmicas. Então, pode estar indicada uma psicoterapia ou mesmo psicoanálise. A garantia de que a amenorreia não traduz nada de grave, particularmente, que não traduz envelhecimento precoce, preocupação máxima da mulher, nem diminuição da feminilidade, sendo mesmo compatível com a concepção, é tudo quanto a mulher precisa para viver tranquila, sendo o primeiro passo de uma psicoterapia que não raras vezes conduz à cura.

Quando nos vemos forçados a instaurar uma terapêutica hormonal, costumamos seguir um esquema que, ao mesmo tempo, nos pode orientar para o órgão responsável pela amenorreia.

50 mg de progesterona administrados durante 5 dias farão menstruar uma mulher que tenha um endométrio normal, previamente desenvolvido por uma produção suficiente de estrogénios e que não menstrua apenas por lhe faltarem as flutuações cíclicas, da produção hormonal ovárica.

Isso exclui imediatamente várias causas de amenorreia, mas não permite de forma alguma um diagnóstico preciso.

Se não surge a menstruação após a chamada prova da progesterona, a causa pode ser:

Haver já progesterona em abundância (quistos luteínicos, gravidez).

Não haver útero, endométrio ou este, não responder aos estímulos.

Não haver produção estrogénica suficiente para sensibilizar o endométrio.

Então, recorreremos à associação de estrogénios e gestagénios (prova de Zondek) provocando-se uma menstruação, se a causa for uma deficiente produção estrogénica, continuando a doente amenorreica em todos os restantes casos.

Sem falar em doseamentos hormonais, certamente mais precisos, uma terceira prova terapêutica, pelas gonadotropinas hipofisárias, permite localizar se uma deficiência hormonal é primitivamente ovárica ou secundária a uma deficiência hipofisária.

Resumindo e concluindo, diremos, pois, que os gestagénios, só ou associados aos estrogénios, podem estar indicados nas amenorreias de origem ovárica, e também nas de origem hipofisária, numa tentativa de estimular esta última glândula e pôr em marcha a regulação cíclica hipotalâmico-hipófiso-ovárica.

Ao contrário das amenorreias, as hemorragias uterinas constituem um sintoma que, só por si, pode obrigar a uma intervenção terapêutica pela repercussão que podem ser no teor sanguíneo da doente. Por outro lado, mais que nas amenorreias, impõe-se aqui um diagnóstico causal correcto, pela possibilidade de um cancro inaparente ser a causa das hemorragias.

Assim, a nossa primeira preocupação deve ser o despiste da causa da hemorragia. E aqui pomos à cabeça a raspagem uterina, a qual, além de permitir diagnosti-

car qualquer lesão orgânica, é ainda a forma mais rápida e eficaz de fazer parar a hemorragia.

Resumimos como segue os casos de hemorragia uterina:

*Causas extrapélvicas*, tais como defeitos da coagulação sanguínea, disfunções tiroideias, administração indiscriminada de estrogénios depois da menopausa;

*Causas pélvica extra-uterinas*, tais como processos anaxiais inflamatórios, tumores ováricos, disfunções ováricas.

*Causas uterinas*, tais como tumores benignos (miomas), distopias (adenomiose) ou infecções (tuberculose).

O tratamento hormonal só está indicado na ausência de lesões orgânicas, quando a causa da hemorragia é disfunção ovárica (hemorragia uterina disfuncional).

Digamos de passagem que, nas hemorragias por miomas, há muitas vezes um factor disfuncional ovárico, pelo que as hormonas também podem ser ensaiadas neste caso.

Quanto ao tratamento, há que encarar este em fase de hemorragia, para produzir hemostase, ou fora do período hemorrágico, como profilático.

Em qualquer dos casos os gestagénios, só ou associados aos estrogénios e aos androgénios, têm enorme campo de aplicação. Particularmente, os gestagénios de síntese associados aos estrogénios são todos drogas hemostasiantes e igualmente úteis na prevenção de futuras hemorragias.

A *endometriose* é uma doença em que ninhos de tecido endometrial crescem fora do seu sítio normal, quer no meio da parede uterina quer mesmo fora do útero. É causa de dores intoleráveis, particularmente no período menstrual, melhorando, por isso quando ocorre uma gravidez, o que não é frequente, pois é causa habitual de esterilidade.

A inibição da menstruação, a produção de um estado de pseudogravidez com gestagénios, conforme mais adiante se dirá, é, pois, a melhor forma de tratamento.

Pequenos incómodos, tais como a tensão pré-menstrual, a *mastodonia* ou dores mamárias, melhoram também com gestagénios administrados na fase pré-menstrual.

O efeito inibidor ovárico dos gestagénios pode ser utilizado em diversas situações:

Tratamento do *síndrome da ovulação* (dores e hemorragias na altura da ovulação).

Tratamento da dismenorreia essencial, quando as dores menstruais são muito severas e não cedem aos vulgares analgésicos, baseados no facto de que só são dolorosas habitualmente as menstruações que se seguem a ciclos em que houve ovulação e formação de corpo lúteo. Paradoxalmente, a dismenorreia pode ser agravada no caso de dismenorreia membranosa, na qual, durante a menstruação, a mucosa uterina espessada é expulsa em bloco, com dores intoleráveis. O exame biológico dessa mucosa revela uma transformação decidual pseudogravídica, pelo que se supõe que a causa seja um excesso de hormona do corpo amarelo e, por isso, se agrava com a administração de mais gestagénios.

Finalmente, a acção inibidora dos gestagénios sobre os ovários tem sido aconselhado no tratamento da *infertilidade* por falta de ovulação na esperança que o repouso ovárico temporário coloque os ovários em melhores condições de funcionamento ulterior.

Infelizmente, os resultados na verdadeira esterilidade não nos parecem animadores.

#### APLICAÇÕES DOS GESTAGÉNIOS EM OBSTETRÍCIA

Em *obstetricia*, os gestagénios têm a sua indicação principal na profilaxia e tratamento dos *abortos*.

As causas de abortos são várias e, infelizmente, desconhecidas ou difíceis de apurar, na maioria dos casos.

O ideal seria fazer sempre um diagnóstico etiológico e um tratamento causal. Como isso nem sempre é possível, principalmente em face de uma ameaça ou iminência de aborto, temos que nos contentar quase sempre com um tratamento patogénico. E como sabemos que na patogenia do aborto intervêm quase sempre (exceptuando casos de aborto por incompetência do colo) uma hipermotilidade uterina, é aos gestagénios que recorremos a par das habituais medidas adjuvantes que são:

Repouso em posição horizontal para evitar o peso do ovo sobre o segmento inferior do útero, de preferência em decúbito lateral, para evitar o peso do útero grávido sobre os grandes vasos abdominais e consequentes perturbações circulatórias.

Abstinência sexual, pois o coito estimula a secreção de ocitocina por reflexo crónico hipovalâmico e, finalmente, psicoterapia.

Numa tentativa de classificação etiológica, devemos distinguir entre aborto do 1.º trimestre e aborto do 2.º trimestre. E, no plano terapêutico, temos de distinguir entre tratamento de uma ameaça de aborto e profilaxia em caso de aborto habitual.

Os abortos do 1.º trimestre são, na sua grande maioria, de causa ovular. Trata-se em regra de um «ovo abortivo» que não tem embrião ou este não passou de uma fase muito precoce do seu desenvolvimento.

No entanto, causas maternas, locais ou gerais, podem conduzir ao aborto no 1.º trimestre.

Nós classificamos como segue as causas de aborto no 1.º trimestre.

#### As causas ovulares que podem ser:

- 1.º — Factores genéticos, defeitos do plasma germinativo contra os quais somos totalmente impotentes. Sabemos, apenas, que há uma relação com a percentagem de anomalias dos espermatozoides, que estas são mais frequentes quanto mais avançada a idade do progenitor e que na sua etiologia devem intervirm mutações genéticas espontâneas ou induzidas, por exemplo, pelas radiações.
- 2.º — Alterações ovulares que impedem o desenvolvimento do embrião e cuja causa também nos escapa, tal a transformação do ovo em que há, na base dessa transformação, uma ausência de vasos nas vilosidades trofoblásticas.

#### B — Causas maternas incluem

- 1.º — Defeitos do terreno onde o ovo se implantou ou seja, do endométrio, que podem ser:
  - De natureza inflamatória (endometrites agudas, causa de aborto em caso de concepção pouco tempo após parto, ou aborto infectado, endometrite tuberculosa, fibrose do endométrio consecutivas a infecções antigas) ou devidas a deficiente transformação secretória do endométrio, quer por insuficiência da secreção de progesterona por parte do corpo amarelo, quer por mau repouso do endométrio à progesterona (metrose de receptividade), factor que intervêm também certamente nos casos de endométrio descritos no parágrafo anterior.

É esta a primeira situação que deparamos nesta resenha, na qual a progesterona pode ser verdadeiramente útil. Por isso, estes casos devem ser cuidadosamente despistados, particularmente se se tratar de aborto habitual, pelo doseamento na urina do pregnanadial, metabólito da progesterona, e pelo exame histológico do

endométrio, feito rigorosamente, 5 a 7 dias depois da ovulação, datada pelo gráfico das temperaturas basais.

Mas para serem verdadeiramente úteis nestes casos, os gestagénios têm que ser administrados antes da nidação do ovo fecundado, para melhorar as condições do terreno. Mas também não devem ser dados antes da ovulação, pelo risco de a inibirem. O momento óptimo é 2 a 3 dias depois da ovulação, confirmada pelo gráfico das temperaturas basais. Podemos fazer uma injeção única de 25 mg de Proluton depôt depois, ou uma injeção diária de 25 mg de prostesterona natural, durante 10 dias, ou ainda 1 ou 2 comprimidos diários, durante os mesmos 10 dias de qualquer um gestagénio sintético com boa acção sobre o endométrio, seja o Alislestrenol, Dimetisterona ou Primolut, já que nesta fase, não há que recear qualquer efeito androgénico sobre o embrião que ainda não existe.

Ao fim de 10 dias, deve interromper-se o tratamento 5 a 7 dias, para dar lugar a que a menstruação sobrevenha, no caso de não ter havido gravidez. Caso não ocorra a menstruação, particularmente se as T.B. se mantiverem elevadas, o que é sinal seguro de gravidez, há que recommençar imediatamente o tratamento com um gestagénio não virilizante, procurando uma confirmação laboratorial de gravidez e de viabilidade do ovo.

- 2.º A falta de desenvolvimento do ovo no 1.º trimestre pode ser devido à falta de «espaço vital» dentro do útero, quer por sinéquias da cavidade endometrial (doença de Acherman) quer por miomas submucosas, quer por anomalias congénitas do útero, úteros didelfo, bicórnio, etc.), que por impossibilidade do útero acompanhar, no seu desenvolvimento, o crescimento rápido do ovo. Chegamos, assim, à segunda causa do aborto, que pode ser favoravelmente influenciada pelos gestagénios, fora da gravidez. É o caso da hipoplasia uterina ou «útero infantil», causa de abortos em nulíparas, abortos que se repetem nas gravidezes ulteriores, em idades mais avançadas da gestação, porque em cada gravidez o útero ficou um pouco mais desenvolvido e mais rico em fibras musculares. O tratamento aqui consiste na produção, antes da futura concepção, de um estado de pseudogravidez, durante o qual, e por um período de tempo de 6 a 8 dias, se impede o aparecimento da menstruação, pela administração contínua e em doses progressivas de gestagénios associados aos estrogénios, seja pela aplicação de injeções a intervalos semanais ou menores, de preparados de acção prolongada, (Primosiston por ex.), seja pela administração por via oral das novas associações gestagénicos-estrogénicos, (Anovlar, Lyndiol, Noraciclina),
- 3.º Doenças vasculares degenerativas nefropáticas, hipertensão essencial, podem prejudicar a nutrição do ovo por alterações vasculares uterinas ou mesmo pela produção de hemorragias rectoplacentárias, que levam ao descolamento do ovo e morte do embrião, mas os abortos desta causa são mais frequentes no 2.º trimestre. Os gestagénios podem ser tentados nestes casos, na esperança de inibir a hipermotilidade uterina provocada por um deslocamento ovular limitado que não interfira com a vitalidade do ovo.
- 4.º Finalmente, doença infecciosa da mãe, drogas medicamentosas ou intoxicações acidentais, podem lesar a placenta ou atravessar esta e lesar o embrião, matando-o ou causando-lhe defeitos do desenvolvimento, alguns dos quais (defeitos cardíacos severos, por ex.) podem ser incompatíveis com a sua sobrevivência no útero. Citamos, entre as infecções, particular-

# Padutina® Padutina-Depósito

Nas perturbações circulatorias periféricas

Nas evoluções curativas retardadas das  
feridas e das fracturas

Nos transtornos circulatorios da velhice  
está indicado

O vasodilatador, próprio do organismo,  
**Padutina e Padutina-Depósito**

Caixas de 5 ampolas de 10 U. biol. e  
de 5 e 25 ampolas de 40 U. biol. cada.  
Emb. de 20 drageias de 10 U. biol. cada



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:  
BAYER-FARMA, Lda., Rua da Soc. Far-  
macêutica, 3,1º Lisboa-1



*Aprovado pela Direcção Geral de Saúde*

O composto mais rico em ferro metal actualmente conhecido!...

1/3 do seu peso em ferro!...

# F u m a f e r

(fumarato ferroso)

**Indicações** — Em todas as anemias ferriprivas, hipocrómicas e hipossiderémicas

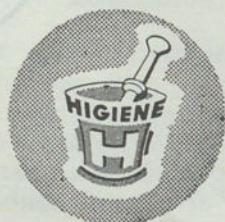
**Propriedades** — Paladar muito agradável

— Boa absorção digestiva

— Excelente tolerância

— Muito rico em ferro

Preparado sob licença de LABAZ (Bruxelas) por



**LABORATÓRIO DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE**

Rua Viriato 13-17-Tel. 43195

**LISBOA**

mente as causadas por vírus, rubéola, hepatite epidémica, varíola e até a inoculação vacinal à mãe de vírus vivo, como é o caso da vacina antivariólica, pelo que as grávidas não devem ser vacinadas até ao 4.º mês, sob risco de lesar o embrião e mesmo mais tarde, pelo risco ainda de uma encefalite vacínica, no feto. Quanto a medicamentos ficou célebre a talidomida. Mas o quinino, a estreptomycin e outros antibióticos, os anticoagulantes e muitos outros, têm sido acusados. Intoxicações pelo chumbo, fósforo, nicotina, podem ser também causa de morte do embrião.

**B** — Os abortos do 2.º trimestre distinguem-se essencialmente dos do 1.º trimestre, porque naqueles existe quase sempre um desenvolvimento aparentemente normal do embrião, o qual, inclusive, pode nascer vivo, processando-se o aborto em dois tempos, tal como no parto, ou seja expulsão do embrião num 1.º tempo, expulsão da placenta num 2.º tempo.

As causas aqui são quase sempre maternas, uterinas ou gerais, e muitas são comuns às dos abortos do 1.º trimestre.

**A** *Entre as causas ovulares, citamos:*

- 1.º As degenerescências molares do ovo, que impedem o desenvolvimento embrionário e cuja expulsão pode só ter lugar no 2.º trimestre.
- 2.º Anomalias da placenta, levando ao seu descolamento (placenta circunvalata, placenta prévia) ou das membranas (sua fragilidade levando à rotura).

**B** *Entre as causas maternas, citamos:*

- 1.º Alterações anatómicas do útero, já citadas (sinequias, miomas, úteros, didelfos).
- 2.º Incompetência cervical ou cérvico-istmica, contra a qual só a cirurgia pode fazer face.
- 3.º Hiperomotilidade uterina sem causa local apa-

rente (tal como morte fetal, descolamento placentário).

- 4.º Doenças vasculares e renais degenerativas, hipertensão arterial.
- 5.º Infecções maternas, sendo particular deste período a sífilis, cuja recrudescência em todo o mundo é um facto a reter.

De todas estas causas, só a hiperomotilidade uterina, seja primária, por insuficiência hormonal, seja secundária a uma causa irritativa local (mioma, descolamento parcial da placenta, etc.) desde que essa causa não tenha afectado vitalmente o embrião, justifica o tratamento pelos gestagénios.

As doses, para serem eficazes, têm que ser muito grandes.

Sabe-se hoje que a produção de progesterona durante uma gravidez normal é enorme e aumenta desde 30 mg por dia, no início da gravidez, de origem ovárica, até 200 a 300 mg por dia no final, de origem certamente placentária.

CORNER refere resultados espantosos, com doses enormes que atingem 100 mg por dia, no 1.º trimestre, e 1 200 mg, perto do último trimestre, obtendo 61,2 % de sucessos, no caso de ameaça de aborto (excluídos os casos de aborto inevitável por ovo patológico) e 89,3 % de sucessos, no caso de ameaça de parto permaturo.

Trabalhos recentes de CSAPO mostraram que, na mulher, a progesterona segregada pela placenta tem uma acção local sobre o útero, o que explicaria a necessidade de CORNER de atingir, por via geral doses muito superiores à segregada normalmente.

Tentativas de administração de progesterona dentro do saco ovular, no líquido amniótico, vieram confirmar esses dados, aumentando a eficiência das doses administradas.

Na prática, nós utilizamos doses muito menores e que nos parecem igualmente eficazes, certamente por a insuficiência progesterónica não ser total.

Administramos 250 mg de Proluton dépot com intervalos de 5 a 10 dias, suplementando com Alilestrenol, 1 a 3 comprimidos diários se necessário.

Tanto que a terapêutica é geralmente eficiente nestas doses, é que nós vemos muitas vezes ela levar à retenção de um embrião já morto pelo que aconselhamos sempre a procura de sinais de morte embrionária tais como: desengorgitamento mamário e falta de crescimento do útero, que se confirmarão laboratorialmente e radiològicamente, para se interromper o tratamento, no caso de morte ou inviabilidade segura do embrião.

---

## UM NOVO PROGESTATIVO DE SÍNTESE: O LYNSTRENOL

M. ROBEY

P. SIMON

Sabe-se que numerosos progestativos, ou assim chamados, foram propostos em terapêutica nestes últimos anos. Os primeiros são progestativos verdadeiros, muito próximos, quimicamente, da progesterona; outros são progestativos *retard* que exercem os mesmos efeitos fisiológicos desta hormona e, como ela, só são acti-

vos por via parentérica; têm a vantagem de exercer uma acção prolongada que permite obter os mesmos efeitos espaçando as injeções intramusculares. Outros, derivados da retroprogesterona, têm uma actividade vizinha e são utilizáveis por via oral. Os segundos, chamados progestativos de síntese, são na realidade este-

róides que não possuem já substituição Metil no Carbono 10, daí o nome de 19-nor-esteróides; são activos «per os» mas exercem propriedades farmacodinâmicas mais ou menos complexas, essencialmente progestativas mas eventualmente estrogénicas, virilizantes ou anabolizantes conforme as circunstâncias. Um dos mais recentes e mais interessantes é o LYNSTRENOL que, associado ao mestranol, está comercializado com o nome de LYNDIOL.

As acções farmacodinâmicas do lynestrenol foram estudadas sobretudo por Pincus e col. e por Overbeek e Madjerek. Esquemáticamente, podemos dizer que exerce os principais efeitos seguintes:

1) *efeito progestativo*: o lynestrenol administrado por via oral determina uma acção progestativa sobre a mucosa dos cornos uterinos, sensivelmente idêntica à da progesterona administrada por via parentérica (teste de Clanberg e Corner). No entanto, não mantém a gestação na mulher grávida castrada, contrariamente à progesterona;

2) *efeito estrogénico*: o lynestrenol exerce uma certa actividade estrogénica que é da ordem de 2 % do etinyl estradiol;

3) *efeito androgénico*: este efeito é fraco visto que a actividade deste princípio é de cerca de  $\frac{1}{4}$  da metiltestosterona administrada por via oral. No entanto, em experimentação animal observam-se anomalias muito ligeiras nas ratas nascidas vivas de mães tratadas durante toda a gestação, anomalias interpretadas como sinal de virilização discreta. A acção anabolizante parece desprezível;

4) *efeito antigonadótropo*: o lynestrenol parece exercer uma acção depressiva sobre a função gonadótropa hipofisária. Três argumentos experimentais militam em favor desta maneira de ver. O peso das gónadas dos ratos tratados pelo lynestrenol é inferior ao dos testemunhos. A actividade dos extractos hipofisários dos indivíduos tratados é inferior à dos animais testemunhos. As experiências de pares de ratos em parabiose revelam ausência de actividade ovárica na fêmea quando o rato macho castrado colocado em parabiose recebeu lynestrenol.

Partindo destes dados experimentais é-se levado a empregar o lynestrenol em clínica humana com o fim principal de realizar uma esterilização medicamentosa temporária e reversível. Pincus, Rock e col. já fizeram várias publicações sobre este assunto. Pelo nosso lado, ensaiámos em mais de 50 mulheres que seguimos regularmente durante 4 ou 5 ciclos em média, algumas durante um ano, com o fim de realizar uma esterilização temporária.

Eis, extremamente resumidos, os resultados obtidos: o lynestrenol foi regularmente administrado na dose de 5 mg por dia, do 5.º ao 25.º dias do ciclo. O produto foi notavelmente bem tolerado: não se registou nenhum sinal de toxicidade. Houve somente náuseas em 13 % dos casos, vômitos em 2,5 %, vômitos que obrigaram a suspender o tratamento. As menstruações voltaram sempre regularmente, 3 a 5 dias após a paragem do tratamento; são hemorragias de privação. No entanto, quando o lynestrenol foi prescrito durante vários ciclos consecutivos, surgiram amenorreias secundárias em 2 % dos casos. Em 1 % dos casos houve hemorragias intercorrentes que obrigaram a interromper o tratamento.

A curva térmica foi quase sempre caracterizada por uma «décalage» persistente de tipo progestativo durante todo o período de administração do produto.

Os esfregaços vaginais, em todos os casos em que foram feitos, tinham sempre o aspecto de «esfregaço sujo» intermediário entre o tipo estrogénico e o tipo estrogeno-progestativo (de Brux e Simon).

Por fim, nenhuma gestação foi referida nas mulhe-

res que seguimos e que tomaram o lynestrenol segundo as instruções dadas. Conseguiu-se, portanto, o fim desejado.

Por que processo intervém o lynestrenol? Podem ser considerados dois mecanismos, por um lado um efeito inibidor sobre o ante-hipófise, por outro um efeito directo sobre a mucosa.

O efeito directo sobre a mucosa é muito nítido e objectivámo-lo praticando biopsias do endométrio nos vários períodos do ciclo, num grande número de indivíduos. Quando o lynestrenol só é administrado na segunda parte do ciclo, encontra-se um aspecto foliculo-progestativo típico. Quando o lynestrenol é administrado do 5.º ao 25.º dias do ciclo, como fizemos nas nossas doentes, encontram-se modificações curiosas do endométrio e quase constantes em todas as mulheres: os tubos glandulares permanecem rectilíneos, pouco numerosos e de pequeno diâmetro; o estroma torna-se mais vezes atrófico, outras vezes toma, pelo contrário, uma proporção anormal, espessa-se e é invadido por numerosas células constituindo, por vezes, um aspecto pseudodecidual do córion. Estas modificações do endométrio são suficientes só por si para explicar, conforme pensamos, a ausência de gestação, visto que a mucosa, tal como se apresenta, parece imprópria para a nidificação.

O efeito inibidor sobre a ante-hipófise, isto é, o bloqueio da ovulação, é admitido pela maioria dos autores que estudaram os derivados da nor-19-testosterona. Mas os argumentos em favor desta maneira de ver não são todos demonstrativos. No animal o lynestrenol determina, como vimos, uma diminuição da actividade gonadótropa anti-hipofisária. Na mulher estudámo-la praticando doseamentos imprópriamente qualificados, aliás de dosagem da FSH, antes, durante e após o tratamento; pareceu-nos haver baixa da actividade de FSH após administração de lynestrenol; mas as nossas investigações são insuficientes (15 doseamentos) para se poder ter uma opinião. Martin e Cuninghame que estudaram a curva da FSH em mulheres castradas por K do seio e submetidas, é verdade, a um corpo vizinho o 17-etinil-19-nor-testosterona, referem que este diminuía a eliminação da FSH; mas são necessários varios meses de tratamento para que tal suceda e a eliminação nunca desce abaixo dum certo limiar. Num dos nossos casos em que se praticou uma biopsia do ovário, verificou-se que não havia foliculo em via de maturação e só foliculos primários atréticos que não são destruídos. Aliás, este efeito eventual de bloqueio da ovulação é temporário; a função restabelece-se assim que o tratamento cessa e certos autores admitem mesmo uma espécie de efeito «rebound», utilizável no tratamento das esterilidades anovulatórias.

Tal é o ângulo sob o qual estudámos o lynestrenol. Vamos dizer rapidamente que pode ter outras indicações ginecológicas e ser utilizado no tratamento de numerosas perturbações ginecológicas, em particular a disovaria quística e o síndrome de hiperplasia quística com hiperestrogenia e metrorragias. Lembramos, pelo contrário, que não mantém experimentalmente a gestação no animal grávido castrado e não tem qualquer indicação na mulher grávida, além dos inconvenientes que pode apresentar para o desenvolvimento do tracto genital feminino dos embriões fêmeas.

Em resumo, o lynestrenol é um nor-esteróide utilizável por via oral, interessante e particularmente maneijável para a prevenção médica da gestação e o tratamento de perturbações ginecológicas que dependam duma terapêutica estrogeno-progestativa.



★

Segundo cálculos efectuados pela O.N.U. a distribuição dos acréscimos no ano 2000 para totalizar os previstos 6 000 milhões de habitantes será a seguinte:

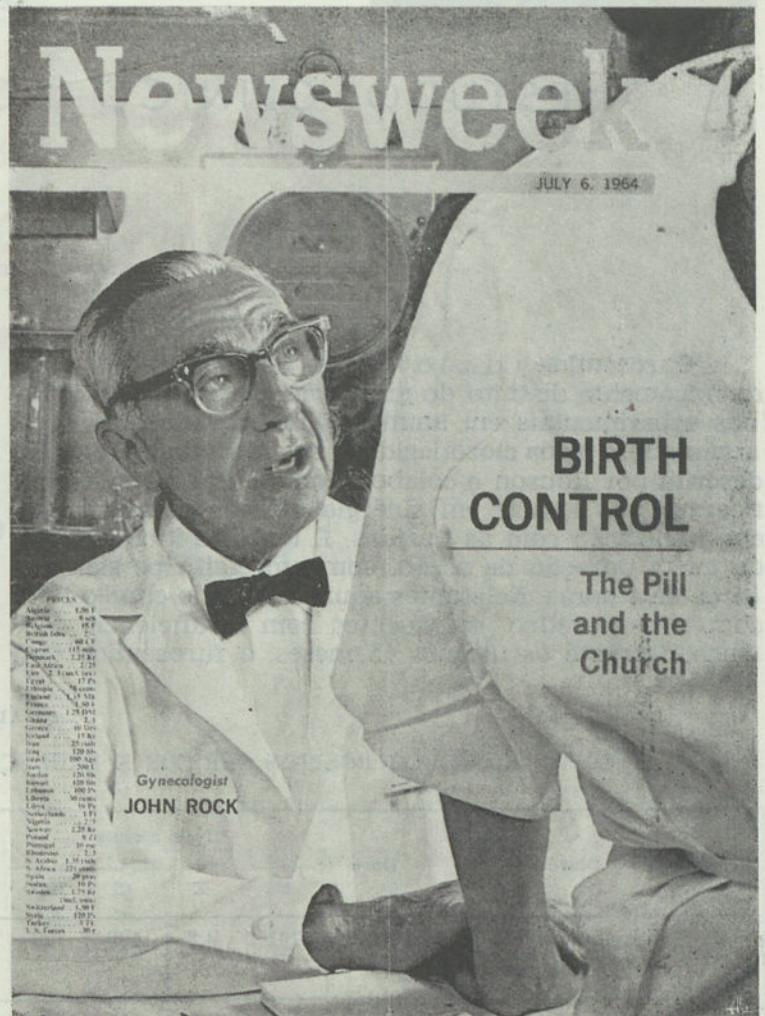
- 70 % nos países actualmente bem desenvolvidos,
- 150 % em África,
- 180 % na Ásia e
- 250 % na América Latina.

Estas percentagens poderão ainda ser maiores, pois a queda do índice de mortalidade tende a ser mais rápida do que o previsto e a generalização dos métodos de limitação da natalidade é por enquanto uma hipótese.

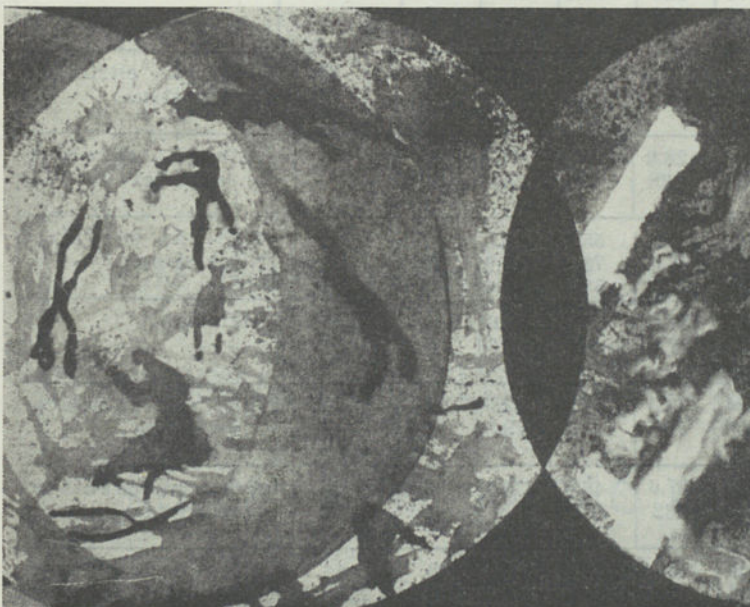
★

«Com o aumento populacional o único problema não será o alimentar; o problema do espaço terá importância igual ...o ruído, a falta de solidão relativa, o desaparecimento das florestas, a invasão dos espaços abertos...»

Prof. Bacq. (de Liège)



# cromosoma X



Os rev. <sup>ss</sup> LOUIS GANSENS, professor de teologia na Universidade de Luvaina, que acha legítimo o emprego dos gestagénios na limitação de natalidade, e FRANCIS J. CONNEEL, da Escola de Teologia Sagrada duma Universidade Católica dos E. U. A. N., que considera a opinião de GANSENS «absolutamente contrária aos ensinamentos da Igreja neste aspecto».



CAPA do n.º 2 da revista de Barcelona «cromosoma X» (director: Dr. Martin Garriga) que é totalmente dedicado à regulação da natalidade

## ESTUDO CLÍNICO SOBRE A FUROSEMIDE

D. VEREL, STENTIFORD N. H., RAHMAN, SAYNOR

(Sheffield Region Cardiovascular Unit,  
General Hospital, Sheffield)

Furosemide («LASIX») é um novo diurético oral, quimicamente distinto do grupo das clorotiazidas. Estudos experimentais em animais têm provado que a sua acção difere da da clorotiazida. A sua fórmula química foi descrita por Robson e colaboradores em 1964, que verificaram não actuar em sinergia quando administrado em associação com as tiazidas. É um diurético potente de curta duração de acção, com um efeito persistindo cerca de 4 horas. Relatamos aqui um estudo clínico feito com este diurético, em doentes com insuficiência cardíaca. Durante os últimos 15 meses, a furosemide tem

sido usada para tratar cerca de 30 doentes hospitalizados, não tendo havido efeitos tóxicos. Trataram-se também 4 doentes em regime ambulatório durante 15 meses, sem sinais de toxicidade.

### DOENTES E MÉTODOS

Todos os doentes nos quais se fez um estudo comparativo estavam sendo tratados de insuficiência cardíaca congestiva. A dieta administrada era hipo-salina, associada a um suplemento de 1 grama de potássio,

### QUADRO I

NÍVEIS DOS ELECTRÓLITOS SÉRICOS E EXCREÇÃO URINÁRIA MÉDIA POR DIA (NAS 24 HORAS)

Caso n.º	Diurético	Dose	Níveis séricos				Excreção urinária				Dias	Ureia no Sangue (mg/100 cc)	Diagnóstico
			Na	K	Cl	HCO <sub>2</sub>	H <sub>2</sub> O	Na	K	Cl			
1	Hidrorotiazida Frusemide	100 mg 100 mg	141	4.3	108	22	1168 2400	120 204	109 93	179 190	9 8	40	Afecção cardíaca reumática
2	Hidrorotiazida Frusemide	100 mg 100 mg	141	4.1	106	21	1666 2867	146 206	113 104	230 250	5 4	38	Afecção cardíaca reumática
3	Hidrorotiazida Frusemide	100 mg 100 mg	126	4.3	91	25	736 1835	146 59.8	37.3 74.9	7.0 106.4	5 4	38	Afecção cardíaca reumática
4	Hidrorotiazida Frusemide	100 mg 100 mg	124	5.4	97	16-5	392 667	0.38 3.42	42.3 57.4	146 349	5 4	46	Afecção cardíaca reumática
5	Hidrorotiazida Frusemide	100 mg 80 mg	139 139	4.3 4.3	102	24	860 1587	49.2 96.3	64.6 64.9	51.6 113.2	5 7	46	Afecção cardíaca reumática
6	Mersalyl Frusemide	2 ml 80 mg	139	4.18	104	23	1675 2520	113 183	84.8 108	124 231	8 8	56	Ateroma
7	Mersalyl Frusemide	2 ml 80 mg	135	4.3	108	24	1345 1700	69.2 86.1	49.5 75.2	62.6 102.1	4 3	30	Afecção cardíaca reumática
8	Mersalyl Frusemide	2 ml 80 mg	142	5.1	103	29	1200 2594	28.3 128	45.0 66	44.8 144	10 10	54	Afecção cardíaca reumática
9	Chlorthalidone Mersalyl Frusemide	200 mg 2 ml 80 mg	123	5.3	83	21	664 633 707	9.3 6.8 10.6	55.7 73.8 58.8	15.5 19.2 26.4	7 9 8	116	Afecção cardíaca reumática
10	Chlorthalidone Frusemide	200 mg 100 mg	139	3.18	106	20	820 1828	57.5 87.4	47.6 109.0	54.6 2.6	4 5	34	Ateroma
11	Triamterene Frusemide	200 mg 80 mg	135	4.8	95	22	944 2660	23.3 109	28.5 111.9	22.3 179.3	13 14	52	Afecção cardíaca reumática
12	Triamterene Frusemide	200 mg 80 mg	134	4.4	96	24	1320 3020	47.6 132	46.5 101	34.4 169	3 4	66	Afecção cardíaca reumática
13	Ciclopentiazida Frusemide	80 mg	137	4.9	106	20	1400 1644	150 182	71 66.5	178 150	8 8	44	Afecção cardíaca reumática
14	Ciclopentiazida Frusemide	80 mg	139	4.5	104	23	1500 2290	179 270	85 73	185 236	3 4	36	Afecção cardíaca reumática

Comparação da frusemida com outros diuréticos: hidroclorotiazida, clorotalidone, ciclopentiazida, triamterene e mersalil.

Em cada caso, a excreção nas 24 horas que se seguem à administração é a média dos volumes obtidos nos dias de administração do diurético respectivo (por exemplo, no caso 1, a hidroclorotiazida foi administrada durante 9 dias e a frusemide 8 dias; as excreções nas 24 horas são a média dos 9 e 8 dias respectivamente).



ANUNCIAM

# FLUXINAR

TRIANTERENO

## CÁPSULAS

UM NOVO DIURÉTICO QUE PELA SUA ESTRUTURA QUÍMICA ORIGINAL E PELO MECANISMO PARTICULAR DE ACTIVIDADE SOBRE A EXCREÇÃO ELECTROLÍTICA URINÁRIA PODE SER CONSIDERADO COMO A AQUISIÇÃO MAIS RECENTE E CONSISTENTE NO CAMPO DA TERAPÊUTICA SALURÉTICA



# kelfizina

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

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

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

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

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

é apresentado em comprimidos, suspensão e ampolas.

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



**LABORATÓRIOS VITÓRIA**

VENDA NOVA — AMADORA

sob a forma de comprimidos efervescentes de bicarbonato de potássio. O contróle através do ionograma era feito semanalmente. Fizeram-se medições da diurese diária, e o sódio e potássio urinários foram determinados por meio de espectrofotómetro de chama, enquanto que os cloretos foram doseados por meio de titulação potenciométrica. Todos os doentes eram pesados diária ou semanalmente: quando o seu estado clínico o permitia, realizava-se uma pesagem diária.

A furosemide foi dada em dias alternados com o diurético com o qual se fez o estudo comparativo. Nas primeiras 5 comparações, as drogas foram dadas como se segue:

Dia	—	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Droga	—		a		b				a			b		

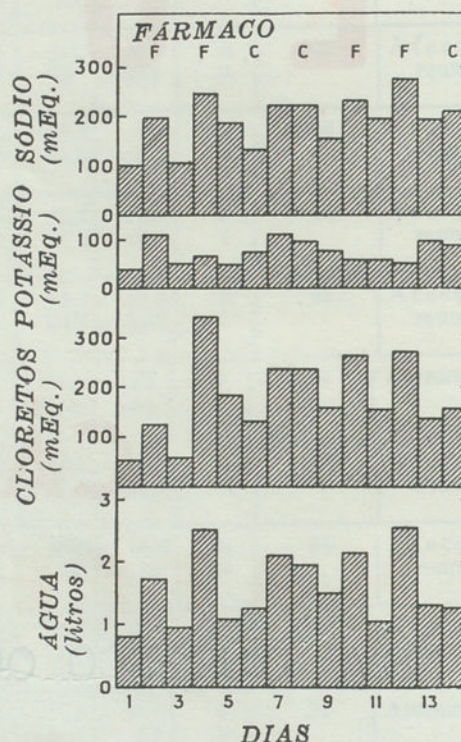
Desta maneira, havia um intervalo de 6 dias entre 2 administrações da furosemide. Quando se tornou evidente que a droga (100 mg/d em 2 doses) era bem tolerada, foi seguido o esquema preconizado por Bold e col. (ver Wilson, 1963):

Dia	—	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Droga	—	a	a	b	b	a	a						

Deste modo, evitaram-se os possíveis efeitos sinérgicos neste ensaio clínico.

## RESULTADOS

Os resultados estão reproduzidos no quadro I. Nos primeiros 4 doentes, a furosemide foi inicialmente dada numa dose de 100 mg em dias alternados; mais tarde, quando foi possível utilizar comprimidos de



Excreção urinária de 2 semanas durante a administração de furosemide (F) e ciclo-pentiazida (C) no caso 14. (Os dias de administração do diurético vão indicados na parte superior)

40 mg, usou-se a dose normal de 80 mg. Um comprimido era administrado depois do pequeno almoço e outro após o almoço; o efeito diurético estava terminado cerca das 18 h, podendo o doente dormir sem ser interrompido. Finalmente, maiores doses da furosemide (160 mg, 3 vezes na semana) foram administradas a 8 doentes que se tinham tornado resistentes ao mersalyl-2 c.c., intramuscular — e à furosemide — 80 mg. Os dados apresentados para a excreção urinária, no quadro 1, foram calculados dividindo a excreção total

pelo número de dias durante os quais se aplicou a terapêutica. Deste modo exprimem o efeito médio. Os resultados pormenorizados num caso (n.º 14), são indicados no quadro.

Houve uma rápida melhoria em 3 casos, com alterações correspondentes na excreção urinária: estes resultados não foram apresentados. A relação sódio/potássio, encontrada na urina, é apresentada no quadro II; estes dados dão uma estimativa da eficiência do diurético na conservação do potássio.

Não houve alterações significativas nos níveis dos electrólitos do plasma, quando se administravam doses variáveis entre 80 e 100 mg da furosemide, em dias alternados. Em dois doentes a quem foram administradas doses de 160 mg houve uma significativa queda de sódio plasmático. Esta queda foi suficiente para provocar alterações psíquicas, com confusão e desorientação. Estas queixas melhoraram com a administração oral de cloreto de sódio.

**DISCUSSÃO**

Em 14 doentes cujos resultados em pormenor são apresentados, a furosemide provou ser um diurético mais eficaz do que todos os outros diuréticos usados. Na maior parte dos casos, era ligeiramente mais eficiente do que o mersalyl por via intramuscular, em relação à diurese aquosa. O padrão de excreção em electrólitos provocado pela furosemide diferia daquele provocado por outros diuréticos orais que foram usados, mas não é significativamente diferente do padrão produzido pelo mersalyl. Quando os resultados são comparados, é necessário considerar tanto a excreção de água como dos electrólitos. Em relação à clorotiazida, este é menos eficiente na excreção de água e fornece

**QUADRO II**  
**RELAÇÃO SÓDIO/POTÁSSIO NA URINA**

Caso n.º	Furosemide	Hidroclorotiazida	Clorotalidone	Triamterene	Ciclopentiazida	Mersalil
1	2.2	1.1	—	—	—	—
2	2.0	1.3	—	—	—	—
3	0.79	0.32	—	—	—	—
4	0.06	0.009	—	—	—	—
5	1.05	0.76	—	—	—	—
6	1.7	—	—	—	—	1.3
7	1.2	—	—	—	—	1.4
8	1.9	—	—	—	—	0.63
9	0.18	—	0.16	—	—	0.09
10	0.8	—	1.2	—	—	—
11	0.98	—	—	0.81	—	—
12	1.2	—	—	1.02	—	—
13	3.7	—	—	—	2.1	—
14	2.8	—	—	—	2.1	—

maior expoliação de potássio. Por outro lado, a clorotalidona conserva o potássio melhor que a furosemide, mas é muito menos eficiente como diurético. Estes resultados manifestam-se duma maneira mais apreciá-

3 Produtos TOGAL — WERK

**TOGAL**

REUMATISMOS - CIÁTICA - LUMBAGO

GRIPES E RESFRIAMENTOS - NEURALGIAS

**MAFFEE**

ATONIA INTESTINAL - OBESIDADE - OBSTIPAÇÃO

DISFUNÇÕES HEPÁTICAS E BILIARES

**RÉGIPAN**

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS NERVOSAS DA MENOPAUSA,  
 DA SENSIBILIDADE E CIRCULATÓRIAS

**BARRAL**

Representante:

Praça José Fontana, 4 - LISBOA - 1

vel, quando se compararam períodos de excreção de 48 horas. (A clorothalidona provoca uma diurese mais dura-dora que a furosemide). Depois da administração do triamtereno, a perda de potássio é ligeiramente inferior ao da furosemide, mas este é um diurético mais eficiente (quadro II).

A ciclopentiazida não só tem efeitos diuréticos menos eficientes, como provoca maior expoliação de potássio: os resultados da furosemide e de mersalyl são semelhantes, e têm aparentemente uma acção semelhante. Em 8 doentes que se tornaram resistentes a todos os diuréticos usados, incluindo mersalyl, foram administradas grandes doses da furosemide. Todos

estavam tomando espirolactonas. Com uma dose de 80 mg da furosemide dada duas vezes por dia, em dias alternados, produziu-se uma profusa diurese, mas em dois doentes desencadeou-se acentuada depleção de sódio e manifestou-se um estado confusional (quadro III).

Concluimos que, enquanto seja possível a administração de doses superiores a 80 mg da furosemide em dias alternados, a acentuada diurese necessita controle do ionograma, para impedir desequilíbrios electrolíticos.

## RESUMO

A furosemide (LASIX) foi usada como diurético oral, durante 15 meses. Não se observaram efeitos tóxicos em cerca de 30 doentes tratados, incluindo quatro que estavam em tratamento ambulatorio. Na dose de 80 mg/d tem uma acção diurética mais potente do que a hidroclorotiazida (dose: 100 mg), clorothalidona (dose: 200 mg), ciclopentiazida (dose: 1 mg) ou triamtereno (dose: 100 mg).

A acção de 80 mg da furosemide por via oral dada em duas doses (ao pequeno almoço e almoço) é aproximadamente a mesma, em grau e no que se refere à excreção dos electrólitos, do que a que se obtém com mersalyl (2 cc.) por via intramuscular.

Doses superiores (160 mg) foram usadas, mas observou-se depleção de sódio em dois dos oito doentes tratados.

(«Lancet» — Nov. 21, 1964).

QUADRO III

## EFEITO DE GRANDE DOSE DA FUROSEMIDE NOS NÍVEIS PLASMÁTICOS DOS ELECTRÓLITOS

Níveis iniciais dos electrólitos (mEq)				Ureia (mg por 100 ml)	Dose de frusemide (mg)
Na	K	Cl	HCO <sub>3</sub>		
128	3.6	90	28	58	80 b. d. alt. die
127	5.8	90	19	170	80 b. d. alt. die

Dose de aldactone (mg)	Duração do tratamento (WK)	Níveis finais dos electrólitos (mEq)				Ureia (mg por 100 ml)
		Na	K	Cl	HCO <sub>3</sub>	
25 t. d. s.	1	113	4.8	80	27	38
25 q. d. s.	4	112	5.1	80	12.5	330

## FORMAS EVOLUTIVAS DA DIABETES DO ADULTO (INDEPENDENTEMENTE DAS COMPLICAÇÕES)

PIERRE UHRY

e

ANDRÉ COHEN

(Paris)

### I — FORMAS CLÁSSICAS

A — Diabetes do Tipo I (SAITO) (Sinónimos — diabetes gorda, diabetes sem desnutrição azotada, diabetes sem ácido-cetose habitual).

Forma mais frequente (4 em 5 doentes) no adulto de mais de 40 anos, obeso, de evolução crónica, sem tendência à ácido-cetose, mas originando, a longo prazo, complicações degenerativas (Retinopatia, → cegueira; nefropatia ↔ glomérulo hialinose de Kimmelstiel-Wilson; arteriopatia ↔ arterite e gangrena, coronarite).

B — Diabetes do Tipo II — (Sinónimos — diabetes magra clássica, diabetes com desnutrição azotada, diabetes consumptina de Rathery, diabetes com ácido-cetose habitual).

Forma mais rara no adulto que a do Tipo I; tem início brutal, com sintomatologia intensa — emagrecimento rápido, sede e poliúria, tendência para surtos de ácido-cetose, com coma e inclusivé morte a curto prazo. Aparece principalmente na criança, adolescente e adulto jovem.

C — Diabetes Lipo-atrófica.

Forma rara, com nítido predomínio na mulher. Associa uma diabetes insulino-resistente e sem cetose, atrofia marcada do tecido gordo subcutâneo, hepato-esplenomegalia, evoluindo para a cirrose portal, hiperlipemia, elevação do metabolismo basal, por vezes proteinúria. A evolução deste tipo é ainda imprecisa (poucos casos publicados).

### II — OUTRAS FORMAS

A — Diabetes instável.

Forma evolutiva ligada directamente à terapêutica insulínica; só se observa nos diabéticos tratados pela insulina e caracteriza-se por variabilidade espectacular da glicemia (crises de hiper e hipoglicemia), com o perigo constante quer de acidose, quer de hipoglicemia.

É mais frequente na criança e no adolescente, nos indivíduos com desequilíbrios neuro-vegetativos marcados, e nos submetidos a erros terapêuticos (insulinoterapia excessiva ↔ efeito Somogye), nos que apresentam infecções de qualquer natureza, endocrinopatias, hemocromatose, alterações hepáticas, lipodistrofias insulínicas, etc..

B — Diabetes insulino-resistente.

Clinicamente, trata-se de uma diabetes não equilibrada, apesar das doses elevadas de insulina, da ordem de 200 U/dia ou mais (exclui-se o coma acidótico, é claro).

Não parece ser muito frequente.

Causas ↔ infecção de qualquer natureza, inclusivé latente, alterações metabólicas, em especial hipokaliemia, alterações na reabsorção da insulina (lipodistrofias). No momento actual, pensa-se que o factor principal é um processo imunológico.

A evolução é grave ↔ perigo permanente de coma acidótico pouco sensível à insulinoterapia ou desapare-

cimento súbito da insulino-resistência com crise hipoglucémica.

C — Diabetes curáveis.

Excluindo as diabetes dos obesos, as formas curáveis não são frequentes:

- a) — Formas curáveis por tratamento etiológico.  
Diabetes secundárias a
- Acromegalia: o seu tratamento efectivo permite, não raramente, a cura da diabetes.
  - Hipertiroidismo.
  - Síndrome de Cushing.
  - Associação diabetes-feocromocitoma.
- b) — Formas espontaneamente curáveis.  
São tão raras que o seu aparecimento impõe a exclusão prévia de:

- Cirrose ou pancreatite, que podem «melhorar» a diabetes.
- Insuficiência anti-hipofisária.
- Mixedema ou insuficiência supra-renal.
- Síndrome de Kimmelstiel-Wilson.

D — Diabetes agudas transitórias.

A maior parte destas formas estão ligadas a infecções — (febre tifóide, parotidite epidémica, pancreatite aguda) ou a terapêuticas (corticoterapia, diamidinas). Outras parecem atribuíveis a traumatismos físicos ou psíquicos.

Aparentemente curam de modo definitivo.

(Condensado por B. V. de «La Vie Medicale», Dezembro de 1964).

## IATROGENIAS POR ASPIRINA

MARIO DREYER e M. L. MARTÍ

As pessoas que ingerem aspirina, com um emprego nem sempre justificado, formam legião. Uma quantidade mínima experimenta reacções desagradáveis, como erupções cutâneas, edema angioneurótico e crises alérgicas que obrigam à supressão da droga. Mas o aci-

dente mais dramático é a hemorragia gástrica. A sua frequência e severidade foi a causa que nos moveu a dar a conhecer a nossa experiência.

Em 11 casos de hemorragias digestivas, 7 altas e 4 baixas, vimos que das altas uma foi por úlcera duo-

PRODUTOS QUE A PRÁTICA CONSAGROU  
NAS AFECÇÕES VASCULARES, NEVRÍTICAS  
E REUMÁTICAS

# BÊSODINA

IODETO DE SÓDIO + SAIS DE MAGNÉSIO + VITAMINA B<sub>1</sub>  
PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS

# BÊSODINA-B<sub>12</sub>

IODETO DE SÓDIO + SAIS DE MAGNÉSIO + VITAMINAS B<sub>1</sub> e B<sub>12</sub>  
PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

R. das Pedras Negras, 3 r/c — LISBOA — Tel. 865141



SIMPLES  
FORTE  
FORTÍSSIMA

FORTE  
FORTÍSSIMA



# VLADICORT

**flurprednisolona**

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

# VLADICORT

**flurprednisolona**

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

# VLADICORT

**flurprednisolona**

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

# VLADICORT

**flurprednisolona**

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



**LABORATÓRIOS VITÓRIA**

VENDA NOVA — AMADORA

denal, uma por antrite e três por ingestão de aspirina. Nestas últimas, encontrou-se indemidade radiográfica do aparelho digestivo.

## ACÇÃO DA ASPIRINA SOBRE A MUCOSA GÁSTRICA

As alterações no homem consistem numa hipersecreção gástrica com aumento da acidez e retenção e com a repetição converte-se em hiperemia, congestão intensa e ulceração ou erosão e hemorragia da mucosa.

O trabalho mais importante é, sem dúvida, o de Roth, que assiná-la como factores principais de hemorragia a necrose focal da mucosa, a hipersensibilidade alérgica e a hipoprotrombinemia. Não despreza, contudo, a possibilidade da desnaturalização do muco, o efeito sobre o eixo hipotálamo-hipófiso-adrenal ou outros mecanismos desconhecidos.

A observação clínica abona em favor de um factor terreno donde uma percentagem de indivíduos não responderam patologicamente à administração do fármaco.

No mecanismo de produção da hemorragia temos assim uma parte geral: hipoprotrombinemia, plaquetopenia e factor alérgico e outro local: gastrite erosiva, alterações da mucosa, aumento da descamação e provável aumento da secreção clorídrica. Além disto, cita-se ainda a predisposição.

## CLÍNICA DA GASTRITE HEMORRÁGICA POR ASPIRINA

O diagnóstico desta gastrite é difícil e os métodos de diagnóstico falham quando empregues separadamente.

As manifestações clínicas — dor, queimor, náuseas e vômitos — podem ser só manifestações funcionais do espasmo pilórico.

A hipersecreção e a hiperacidez não são constantes e podem ser uma manifestação funcional. Mais valor tem o aumento do muco.

A radiografia geralmente fracassa, tendo só valor o excesso de muco sobrenadante à mistura opaca. A gastroscopia pode também ter valor quando revela erosões, ulcerações ou hemorragias, mas o método imprescindível é a biopsia, cujo emprego, contudo, não se tem generalizado.

O diagnóstico torna-se, assim, difícil, tanto mais que as lesões estão em geral localizadas à volta dos sítios de depósito da droga.

Pensando na acção deletéria da aspirina sobre o aparelho digestivo, interrogamos mais exaustivamente estes pacientes e encontramos então também sintomas de intolerância e reacções secundárias importantes.

Em conclusão, podemos dizer:

— A quantidade de sofrimentos gástricos provocados pela aspirina é grande. Indivíduos há que não toleram o fármaco e outros há que podem apresentar hemorragias. Estas são imputáveis a uma gastrite que tem a característica de ser aguda e violenta. Muitas vezes, necessita de transfusões, mas bastam estas e os neutralizantes para jugular o episódio. Contudo, o número de afecções é pequeno em relação ao consumo extraordinário deste fármaco.

A hemorragia gástrica motivada pela aspirina deve imputar-se como factor etiopatogénico, quando o estudo clínico e radiológico demonstram indemidade do aparelho digestivo e haja antecedentes de ingestão do fármaco.

(Condensado por P. V. de «La Prensa Médica Argentina», vol. 52, n.º 1, 1965).



DOIS PRODUTOS ORIGINAIS

# PIPTAL

(COMPRIMIDOS)

# COLINOLÍTICO

# DACTIL

(CÁPSULAS)

## ● EFICAZ NA ÚLCERA PÉPTICA

## EUTÓNICO VISCERAL

ESPECÍFICO PARA A DOR  
E ESPASMOS DA VEÍCULA  
BILIAR E DO TRACTO  
GASTROINTESTINAL  
SUPERIOR

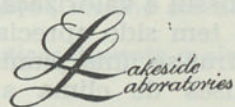
PIONEIROS DOS PIPERIDOIS

REPRESENTANTE:

### UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

LISBOA—Trav. das Pedras Negras, 1 (Apartado 2065)

PORTO—Rua do Bolhão, 192-6.º (Apartado 268)



Os doentes de insuficiência cardíaca se são trata-  
dos desde início podem viver durante muitos anos e  
inclusive manter uma vida quase normal. Isto con-  
tinge recente em 1950, a O.M.S. vê-se que em  
alguns países as  
de deteção e  
das mortes evitadas  
debaix que a  
o piores dos  
As doenças de insuficiência cardíaca se são trata-  
dos desde início podem viver durante muitos anos e  
inclusive manter uma vida quase normal. Isto con-  
tinge recente em 1950, a O.M.S. vê-se que em  
alguns países as  
de deteção e  
das mortes evitadas  
debaix que a  
o piores dos  
As doenças de insuficiência cardíaca se são trata-  
dos desde início podem viver durante muitos anos e  
inclusive manter uma vida quase normal. Isto con-  
tinge recente em 1950, a O.M.S. vê-se que em  
alguns países as  
de deteção e  
das mortes evitadas  
debaix que a  
o piores dos

# IMPORTÂNCIA CLÍNICA DO ESTUDO DO CONTEÚDO EM DIGITALINA (DIGITOXINA) DOS DIGITÁLICOS

A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E O SEU TRATAMENTO PELOS MEDICAMENTOS DIGITÁLICOS

T. ALDAY REDONNET

Os doentes de insuficiência cardíaca se são tratados desde início podem viver durante muitos anos e inclusivamente fazer uma vida quase normal. Isto, contudo, implica um tratamento correcto tanto higiénico como medicamentoso.

Numa recente publicação da O.M.S., vê-se que em inúmeros países as cardiopatias encabeçam a lista das causas de defunção e representam cerca da terça parte das mortes registadas por todas as causas. Daqui se deduz que o tratamento da insuficiência cardíaca ocupa o primeiro dos postos, e, portanto, os medicamentos usados para tal fim são os mais importantes entre todos os conhecidos.

Os fármacos mais usados, por vezes os únicos, são os denominados digitállicos ou tonicardíacos. Os seus princípios activos são quase sempre glicosídeos que se extraem de vegetais.

As injeções intravenosas destes fármacos são de tal modo irritantes para a veia que com frequência há necessidade de suspender esta via de administração.

As injeções intramusculares têm também o grave inconveniente da sua acção irritante local, sendo então necessária a via oral. Por esta via, a absorção é bastante lenta e os efeitos conseguidos com alguns deles são sumamente constantes.

Em primeiro lugar, há uma causa de erro quanto à apreciação da actividade terapêutica destes fármacos: muitos cardíacos só por fazerem repouso e limitarem a alimentação melhoram muito, de forma que fármacos que até há pouco se supunham muito benéficos não são mais que placebos.

A tintura de estrofantó considerada no século passado como o melhor cardiotónico viu-se que nos casos graves praticamente carecia de valor. Demonstrou-se também que os princípios da *Adonis vernalis* eram quase inactivos dados em ingestão, não obstante o seu crédito mundial. As soluções de ouabaína por via oral são praticamente inactivas, e, contudo, foram o medicamento cardiotónico mais usado em França, Espanha, etc. Mais tarde, Hernando pôde provar bem a sua inocuidade e inactividade.

Existem no comércio cardiotónicos verdadeiros placebos com os quais melhoram os doentes. Parece, assim, que muitas vezes os cardiotónicos podem ser suprimidos, mas não há dúvida que se tivesse administrado um digitállico suficientemente activo a sua melhoria seria mais acentuada e rápida.

Os glicosídeos digitállicos podem dividir-se em dois grupos:

- os que são tão activos por ingestão como por via endovenosa,
- os que perdem muita actividade quando ingeridos.

A maioria das insuficiências cardíacas são hoje tratadas com preparados glicosídeos do grupo da digitalina. Só quando se necessita de um efeito terapêutico rápido se recorre à via intravenosa, usando-se, em geral, a estrofantina K.

Assim, o consumo mundial de digitalina é enorme, mas grande parte do glicosídeo empregue é pouco puro e, portanto, pouco activo. A digitoxina puríssima cristalizada Merck revelou só 50 % de glicosídeo.

Temos valorizado várias amostras de digitalina de bom aspecto e que não obstante terem o ponto de fusão, actividade óptica, etc., aconselhadas, algumas eram pouco activas. Por outro lado, o medicamento com suficiente grau de pureza é caro, pelo que muitas especialidades farmacêuticas são elaboradas com digitalina de má qualidade, causa de resultados deficientes. Por semelhante motivo, os químicos de diversos países estudam maneira de conseguir digitalina pura, económica e em abundância. Infelizmente, não se encontrou, ainda, uma planta que proporcione tais facilidades, tendo que recorrer-se às digitais purpúrea e lanosa que dão resultados deficientes.

Julgamos, assim, que o estudo sistemático da actividade das digitalinas espanholas e portuguesas é um assunto da maior importância clínica. As amostras que se investigam são ensaiadas em cães e gatos, sendo necessário um número elevado de animais. Doutro modo, podem deduzir-se valores sumamente erróneos, pelo que é preferível não valorizar as amostras que se investigam.

Podemos concluir a enorme e mundial importância clínica que possui a valorização das digitalinas espanholas, que não tem sido apreciada com exactidão, já que pode encontrar-se uma planta cujas sementes cultivadas, nos países de clima apropriado, proporcionem uma droga que aumente muito o rendimento em digitalina.

(Condensado por P. V. da «Revista Clínica Española», n.º 1, 15-1-65).

## NOVAS VACINAÇÕES

FRANÇOIS BATTISTELLI

### I — VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO.

O sarampo não é tão benigno como se pensa normalmente.

Na década de 1950-60, houve, em França, 3 800 por coqueluche e 2 157 por polio).

De modo geral é severo nos lactentes pequenos, débeis, carenciados, em equilíbrio precário.

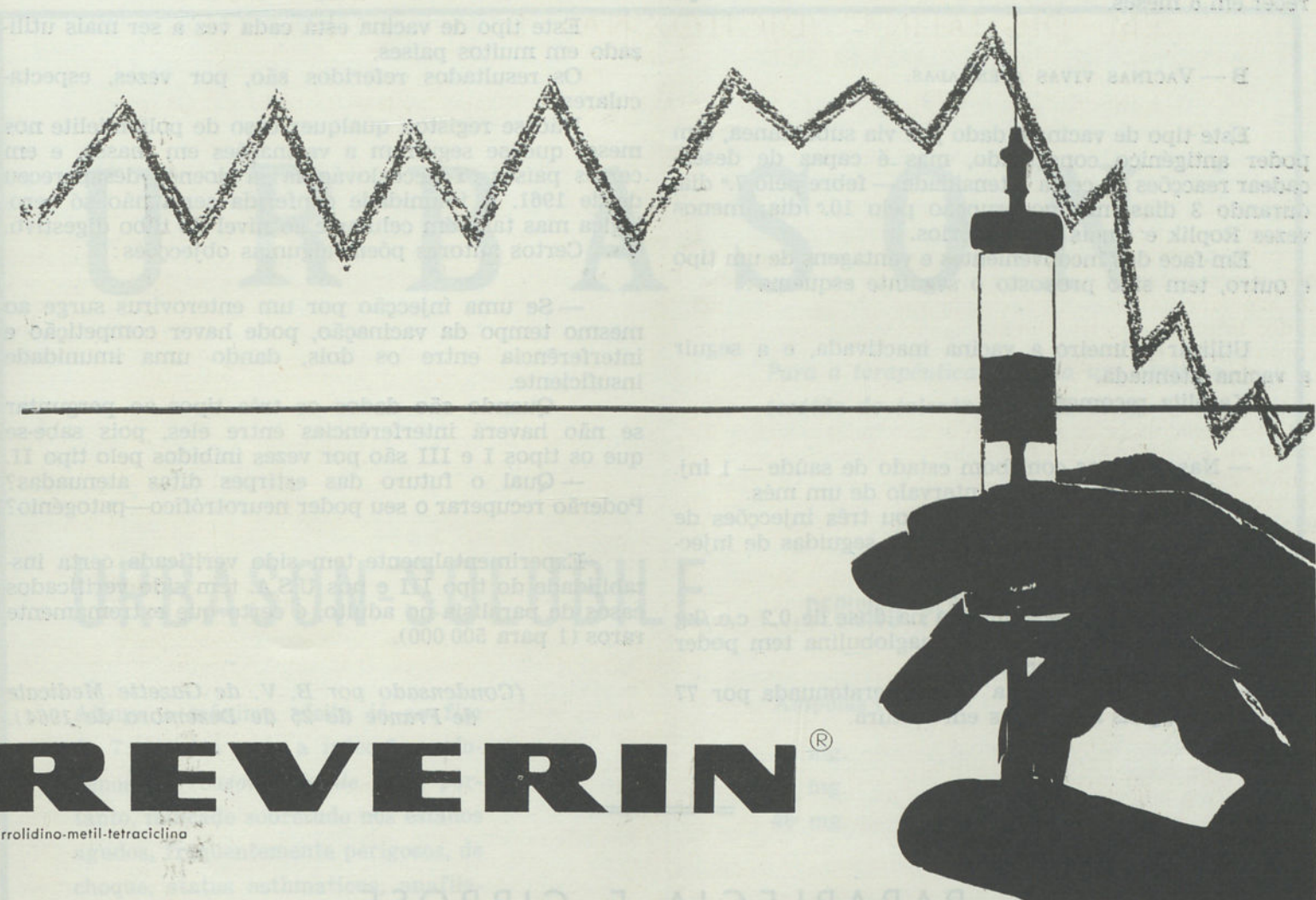
Dois tipos de vacina são possíveis: vacina inactivada e vacina viva atenuada.

### A — VACINAS MORTAS — INACTIVAS.

Em 1960 Arakawa (Japão) e Rempe (U.S.A.), produziram vacinas inactivadas que não deram bons resultados.

Outros autores americanos (Warren), realizaram uma vacina deste tipo que dava bons resultados antigénicos, se dada repetidamente (7 dias a um mês de intervalo, por via parenteral).

Contudo o título de anticorpos nos vacinados são



# REVERIN®

Pirrolidino-metil-tetraciclina

B. A. SCOBIE e W. H. J. SUMMERSKILL

**Ótima tolerância local e geral, mesmo em altas doses**  
**Níveis sanguíneos terapêuticos durante mais de 24 horas**  
**com uma única injeção**

**Concentrações séricas iniciais altíssimas**  
**Pequeno volume de injeção**  
**Injeção rápida**  
 Na cirurgia e ginecologia: Profilaxia ideal, geral e local (no próprio campo operatório)  
 Factor económico: abreviamento geral do tratamento antibiótico.

### APRESENTAÇÃO:

Endovenoso: Frasco-amp. de 275 mg.  
 Intramuscular: Frasco-amp. de 150 e 350 mg.

As perturbações neuropsiquiátricas crónicas e agudas constituem um complexo bem conhecido de sintomas, abrangendo as áreas cortical, subcortical e subcortical. O quadro clínico é caracterizado por sintomas de natureza orgânica, com uma dieta hipoproteica, e pela administração de antipsicóticos. Habitualmente, deve a col. desenvolver uma parapsíquia com características acompanhadas de desintoxicação dos leites, quando num doente com cirrose, após ser feita uma anastomose porto-cava.

Até agora foram descritos 6 casos semelhantes. Em todos eles a parapsíquia teve um início insidioso e de curta duração. A evolução foi caracterizada por sintomas de natureza orgânica, com uma dieta hipoproteica. Em 5 destes doentes havia distúrbios dos raios X intestinais e 50 em um deles se observaram perturbações da sensibilidade. O líquido era normal em todos os casos. Em 5 doentes havia uma encefalopatia orgânica que levou ao coma. A parapsíquia associada a uma anastomose cirúrgica porto-cava em 2 doentes e a anastomoses porto-sistémicas espontâneas em 2. Todos os doentes apresentavam uma insuficiência hepática muito acentuada, com retenção hídrica e grande intolerância às dietas proteicas. A desintoxicação dos leites levou à recuperação da função hepática em 2 casos, e num deles houve também desintoxicação dos leites.

No doente descrito pelos autores o quadro clínico incluiu: ataxia, espasticidade muscular hiper-reflexa e hiperreflexia. Todos estes sinais e sintomas foram observados em 2 doentes.

As alterações da função hepática foram caracterizadas por uma insuficiência hepática de natureza orgânica, com uma dieta hipoproteica. Em 5 destes doentes havia distúrbios dos raios X intestinais e 50 em um deles se observaram perturbações da sensibilidade. O líquido era normal em todos os casos. Em 5 doentes havia uma encefalopatia orgânica que levou ao coma. A parapsíquia associada a uma anastomose cirúrgica porto-cava em 2 doentes e a anastomoses porto-sistémicas espontâneas em 2. Todos os doentes apresentavam uma insuficiência hepática muito acentuada, com retenção hídrica e grande intolerância às dietas proteicas. A desintoxicação dos leites levou à recuperação da função hepática em 2 casos, e num deles houve também desintoxicação dos leites.

As alterações da função hepática foram caracterizadas por uma insuficiência hepática de natureza orgânica, com uma dieta hipoproteica. Em 5 destes doentes havia distúrbios dos raios X intestinais e 50 em um deles se observaram perturbações da sensibilidade. O líquido era normal em todos os casos. Em 5 doentes havia uma encefalopatia orgânica que levou ao coma. A parapsíquia associada a uma anastomose cirúrgica porto-cava em 2 doentes e a anastomoses porto-sistémicas espontâneas em 2. Todos os doentes apresentavam uma insuficiência hepática muito acentuada, com retenção hídrica e grande intolerância às dietas proteicas. A desintoxicação dos leites levou à recuperação da função hepática em 2 casos, e num deles houve também desintoxicação dos leites.

FARBWERKE HOECHST AG — ALEMANHA  
 REPRESENTANTE EM PORTUGAL  
 QUIMICA HOECHST, LDA. — LISBOA



inferiores aos causados pela doença e tendem a desaparecer em 6 meses.

#### B — VACINAS VIVAS ATENUADAS.

Este tipo de vacina é dado por via subcutânea, tem poder antigénico conservado, mas é capaz de desencadear reacções de certa intensidade — febre pelo 7.º dia, durando 3 dias, mesmo erupção pelo 10.º dia; menos vezes Roplik e sinais respiratórios.

Em face dos inconvenientes e vantagens de um tipo e outro, tem sido proposto o seguinte esquema:

Utilizar primeiro a vacina inactivada, e a seguir a vacina atenuada.

Karelitz recomenda:

- Nas crianças com bom estado de saúde — 1 inj. de cada vacina, com intervalo de um mês.
- Nas crianças débeis, duas ou três injeções de vacina inactivada a princípio, seguidas de injeção de vacina viva atenuada.
- Outros autores recomendam: utilizar a gama globulina na dose de 0,2 c.c./kg de peso (notar que a gamaglobulina tem poder de paralisia imunitária).
- Utilizar uma vacina viva hiperatenuada por 77 passagens sucessivas em cultura.

#### II — VACINAS ANTIPOLIOMIELÍTICAS VIVAS.

Este tipo de vacina está cada vez a ser mais utilizado em muitos países.

Os resultados referidos são, por vezes, espectaculares.

Não se registou qualquer caso de poliomielite nos meses que se seguiram a vacinações em massa, e em certos países (Tchecoslováquia) a doença desapareceu desde 1961. A imunidade conferida seria não só serológica mas também celular e ao nível do tubo digestivo.

Certos autores põem algumas objecções:

— Se uma injeção por um enterovírus surge ao mesmo tempo da vacinação, pode haver competição e interferência entre os dois, dando uma imunidade insuficiente.

— Quando são dados os três tipos ao perguntar se não haverá interferências entre eles, pois sabe-se que os tipos I e III são por vezes inibidos pelo tipo II.

— Qual o futuro das estirpes ditas atenuadas? Poderão recuperar o seu poder neurotrófico—patogénio?

Experimentalmente tem sido verificada certa instabilidade do tipo III e nos U.S.A. tem sido verificados casos de paralisia no adulto, é certo que extremamente raros (1 para 500 000).

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

## PARAPLEGIA E CIRROSE

B. A. SCOBIE e W. H. J. SUMMERSKILL

As perturbações neuropsiquiátricas crónicas e recorrentes constituem uma complicação bem conhecida da cirrose acompanhada de circulação colateral abundante. O quadro clínico e electroencefalográfico costuma regressar com a instituição de uma dieta hipoproteica e pela administração de antibióticos. Recentemente, Zieve e col. descreveram uma paraplegia com carácter permanente acompanhada de desmielinização dos feixes piramidais num doente com cirrose, após ter sido feita uma anastomose porto-cava.

Até agora foram descritos 6 casos semelhantes. Em todos eles a paraplegia teve um início insidioso e só num caso a sua evolução foi afectada pela dieta hipoproteica. Em 5 destes doentes havia hipertonia dos membros inferiores, e só em um deles se observaram perturbações da sensibilidade. O liquor era normal em todos os casos. Em 5 doentes havia uma encefalopatia recorrente que levou ao coma. A paraplegia associou-se a uma anastomose cirúrgica porto-cava em 4 doentes e a anastomoses porto-sistémicas espontâneas em 2. Todos os doentes apresentavam uma insuficiência hepática muito acentuada, com retenção hídrica e grande intolerância às dietas proteicas. A desmielinização dos cordões laterais foi demonstrada na autópsia em 3 casos, e num deles havia também desmielinização dos cordões posteriores.

No doente descrito pelos autores, o quadro neurológico incluía: ataxia, espasticidade muscular, hiperreflexia, clonus e Babinsky positivo. Todos estes sinais são vulgares na fase aguda da encefalopatia porto-sistémica, mas costumam regressar com a dieta hipoproteica e a administração de neomicina. Neste doente a paraplegia espástica persistiu apesar do tratamento.

A paraplegia está relacionada com lesões anatómicas, das quais a mais característica é a desmielinização dos cordões laterais. Até agora tem sido esquecida a patologia da medula nos doentes que morrem com cirrose hepática. Numa revisão neuropatológica feita em 42 casos, a medula só foi observada em 5. Uma desmielinização ligeira dos cordões laterais foi encontrada em 2, sem que tivesse relação com alterações neurológicas dos membros inferiores.

O mecanismo da desmielinização da medula é hoje puramente teórico. A responsabilidade atribuída aos metabolitos derivados das proteínas e absorvidos no intestino exige confirmação. O mesmo se pode dizer em relação à amónia e outras substâncias incriminadas. É curioso que tanto no caso do autor como no que é relatado por Zieve a hiperamoniemia persistiu, apesar das medidas tendentes a diminuir a amónia exógena ao mínimo. No diagnóstico diferencial deverão considerar-se as carências nutritivas sobretudo das vitaminas do complexo B e que se observam especialmente no alcoólico. Contudo, as lesões primitivas nestes casos atingem os cordões posteriores e só acidentalmente as vias piramidais.

A irreversibilidade da paraplegia espástica é admitida em face da ausência de resposta à dieta hipoproteica e à administração de antibióticos de largo espectro, que constituem a terapêutica médica destes casos. A ileoproctostomia recomendada por Mc Dermott deverá ser encarada nos doentes com estado de torpor recorrente e mau estado geral.

(«Arch. Int. Med.», 113: 805, Junho 1964 — condens.).

# URBASON®

*Para a terapêutica dirigida um corticosteróide de tolerância inexcedível.*

## URBASON-SOLUBILE

Atinge o máximo efeito já ao fim de 7 minutos após a injeção endovenosa. *Urbason soluble* está, portanto, indicado sobretudo nos estados agudos, frequentemente perigosos, de choque, status asthmaticus, anafilaxia, intoxicações, etc.

### ...DECISIVO PELO RÁPIDO EFEITO

Ampolas de

8 mg.  
20 mg.  
40 mg.

## URBASON-COMPRIMIDOS

Tolerância gástrica inexcedível  
Reduzido efeito diabetogénico  
Nenhuma influência sobre o peso  
Nenhum efeito psicotrópico notável  
Nenhuma retenção hídrica e sódica  
(antes efeito diurético)

### ...DECISIVO PELA GRANDE TOLERÂNCIA

Comprimidos de  
4 mg.

FARBWERKE HOECHST AG — ALEMANHA  
REPRESENTANTE EM PORTUGAL  
QUIMICA HOECHST, LDA. — LISBOA



## A DOENÇA DE VON WILLEBRAND-JURGENS

**HISTÓRIA E DEFINIÇÃO** — Em 1926, Von Willebrand descobre nas ilhas Alland uma diátese hemorrágica constitucional e hereditária com aumento do tempo de sangria e número normal de plaquetas.

A partir dessa data, o mesmo termo é usado em relação a perturbações vasculares, plaquetárias ou plasmáticas.

Na realidade, o síndrome de Von Willebrand e Jurgens é caracterizado por aumento do tempo de sangria e défice em factor anti-hemofílico A.

Designa-se ainda pelos nomes de angio-hemofilia, pseudo-hemofilia, hemofilia vascular. A doença, muito diferente da hemofilia verdadeira, transmite-se de modo autosómico, dominante, com penetração e agressividade variável, atingindo os dois sexos.

**CLÍNICAMENTE** — Aparece antes dos 2 anos de idade. O diagnóstico é mais tardio nas formas menores (post-operatório, por exemplo).

Traduz-se por epistaxis, menorragias, sobretudo hemorragias intra-articulares muitas vezes provocadas, e hemorragias post-operatórias.

Petéquias, hematomas e hemorragias viscerais são raras.

DOIS CRITÉRIOS BIOLÓGICOS  
A INVESTIGAR

1.º — *Aumento do tempo de sangria variável e inconstante* (um número normal não exclui o diagnóstico).

O seu estudo pelo método de Borchgrevink, mostra uma perturbação da adesividade das plaquetas, *in vivo*. Pelo contrário, *in vitro*, a adesividade, o factor III e a metamorfose viscosa são normais. Associa-se-lhe, em 50 % dos casos, fragilidade capilar.

2.º — *O défice em factor anti-hemofílico A é um carácter constante, variável*, mas idêntico no mesmo doente. A repercussão nos testes da coagulabilidade é variável:

- Tempo de coagulação sempre normal,
- T.T.H. e consumo de protrombina próximos do normal, nas formas moderadas.

**PATOGENIA** — Muito mal conhecida: diminuição ou ausência de um factor plasmático lábil ou factor vascular, agindo na primeira fase da hemostase, responsável pela perturbação da adesividade.

A anomalia enzimática na síntese do factor A surgiria numa etapa diferente da da hemofilia A.

**PROGNÓSTICO** — Variável. Interessa procurar formas frustes (perigo de acidentes post-operatórios).

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

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

## RESISTÊNCIA À INFECÇÃO NAS CRIANÇAS

P. — *Uma menina, de 15 meses, sofre de infecções recorrentes graves das vias aéreas desde os 2 meses de idade. Investigações as mais completas (incluindo provas para a hipo- e disgamaglobulinemia) não revelaram qualquer motivo para esta susceptibilidade. Contudo, os episódios mais recentes têm respondido satisfatoriamente a injeções de gamaglobulina. Como explicar o caso?*

R. — A resistência às infecções depende de muitos factores, humorais e celulares, inatos e adquiridos, cuja importância relativa é difícil avaliar.

A relativa resistência das crianças às infecções deve-se provavelmente, em parte, à gamaglobulina materna, adquirida passivamente em concentrações superiores às do adulto, o que fornece protecção contra os germes que infectaram a mãe e se prolonga por algumas semanas. A medida que esta defesa diminui vai sendo suplantada pela gamaglobulina da própria criança, de forma que, transposto o «aperto fisiológico», a gamaglobulina eleva-se a pouco e pouco até aos valores do adulto. É de presumir que na menina em causa se esteja a verificar este último fenómeno, já que o consulente refere que os exames laboratoriais excluíram a hipótese de hipogamaglobulinemia. Contudo, esta gamaglobulina apenas conterà anticorpos correspondentes aos germes que infectaram a criança e não protegerá contra as primo-infecções.

Contudo, de vez em quando aparece um síndrome de insuficiência de anticorpos apesar de concentrações relativamente normais de gamaglobulina (que talvez seja funcionalmente inactiva) — chama-se ao síndrome disgamaglobulinemia. Nestes pacientes há com frequência baixa das outras duas imunoglobulinas; a sua determinação é um teste útil, ainda que se exija, para prova, o teste da capacidade do paciente em produzir anticorpos. Não está claro, na pergunta, se se fez realmente a exclusão deste diagnóstico.

Há forte impressão clínica de que a gamaglobulina tem interesse no tratamento de doentes com hipogamaglobulinemia, mas as provas não são concludentes; tal prova é difícil de obter. Seria imprudente atribuir as melhoras da criança às injeções de gamaglobulina, em vista das outras explicações possíveis: maturação de outros mecanismos de imunidade não investigados, desenvolvimento de quantidades adequadas dos anticorpos relevantes ou alterações doutros factores ambientais (terapêuticos, nutritivos, etc.).

Mas existe uma possível base racional para o tratamento com gamaglobulina das infecções graves ou persistentes na primeira infância durante a fase de imaturidade imunológica, mesmo na ausência de provas de que haja anomalia imunológica definida e ainda que a experiência com a hipogamaglobulinemia sugira que a gamaglobulina é mais útil na profilaxia do que no tratamento. Exigem-se neste campo mais estudos racionalmente controlados.

## DOENÇA DE PORTHE

P. — *Qual a causa, prognóstico e tratamento da doença de Porthe?*

R. — Desconhecemos a etiologia da doença de Porthe. Quando a distorção da epífise femoral superior é de pouca monta, a maior parte dos cirurgiões ortopédicos prefere esperar até que a restituição comece. Se o caso é tardio, com distorsão acentuada, provavelmente não há tratamento que ajude, e é inevitável a osteoartrite.

*um novo corticosteróide***DELMESON-CREME**

O creme isento de gorduras distingue-se pela sua óptima penetrabilidade, não deixando na pele qualquer filme gorduroso, estando assim particularmente indicado para aplicação em áreas corporais descobertas e nos pacientes lipo-sensíveis (tipo seborreico). O creme é igualmente bem tolerado nos processos hiperagudos.

**DELMESON-POMADA**

A pomada gordurosa destina-se à aplicação nos processos cutâneos subagudos ou crónicos e nos doentes com pele pronunciadamente seca (tipo sebastático).

**DELMESON-ESPUMA**

Trata-se, como forma medicamentosa, duma inovação, que permite um emprego altamente económico do esteróide, principalmente na terapêutica de áreas cutâneas mais extensas. Nesta forma, o preparado é apresentado como emulsão líquida, isenta de gordura, em latas de aerossol, donde é espremida como espuma solta por um gás dilatante não inflamável. Esta espuma distingue-se pela sua excelente penetrabilidade cutânea e permite uma aplicação extremamente agradável e limpa, inclusivamente nas partes pilosas do corpo. A tolerância é óptima, mesmo nas fases agudas exsudativas.

**DELMESON-TUMENOL**

Esta combinação do Delmeson com o antieczemático Tumenol-Amónio, de já longas tradições, destina-se nomeadamente à terapêutica de eczemas crónicos e subcrónicos. A boa tolerância do Tumenol-Amónio permite uma «antecipação da fase do alcatrão».

**4** formas de apresentação

para cada tipo de pele

para cada estado mórbido

para cada localização



# LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES

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

## BIBLIOGRAFIA

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

## BIBLIOGRAFIA

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

## BIBLIOGRAPHIE

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

## BIBLIOGRAPHY

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

## BIBLIOGRAPHIE

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

## BIBLIOGRAFIA

J. KESTENE — *La Perfusion du Foie Isolé — Son application à l'étude de quelques problèmes de biologie* — Vol. de 248 págs. — Edições Arsacia S. A., Bruxelas, 1964.

É um excelente trabalho prefaciado pelo Prof. Caroli, de Paris, e pelo Prof. W. V. McDermott, de Boston, e que permitiu ao A. ingressar, como agregado, no Ensino Superior da Universidade Católica de Lovaina (Bélgica).

O estudo das funções hepáticas através de uma preparação de fígado isolado tem sido frequentemente, e de há longa data, objecto de pesquisas de muitos cientistas, utilizando vários animais. O cão oferece melhores condições, já porque a sua estatura permite uma mais fácil execução das técnicas de preparação, já porque, em especial, se aproxima mais das condições metabólicas do homem.

O A., por meio de uma engenhosa técnica (de que expõe todos os pormenores), conseguiu perfundir o fígado isolado do cão, mantido «in situ» e, em circulação extra-corporal, tal como se procede em cirurgia cardíaca. Graças a uma cuidadosa preparação destinada a não perturbar o estado circulatório do parênquima hepático, quer pelo delicado manuseamento e rigorosa assepsia, quer por atender às condições óptimas de oxigenação e de manutenção do equilíbrio ácido-base, venceu o grande obstáculo encontrado por outros investigadores: o aparecimento do espasmo das veias supra-hepáticas conhecido pelo fenómeno do «out-flow block». Efectivamente, o estabelecimento do *out-flow block* torna as experiências impossíveis, dado que, muito precocemente, nos primeiros 15 minutos após o início da perfusão, o fígado se torna congestionado, dilatado e cianótico, diminuindo progressivamente o fluxo de saída do sangue. As causas deste contratempo, que se pode estabelecer precoce ou tardiamente, são apreciadas com minúcia.

O estudo biológico do fígado assim preparado foi repetidamente feito pelos testes habituais do consumo de oxigénio, pela produção de bile, pela excreção da sulfafenolftaleína, pela transformação do amoníaco em ureia, pelo estudo do equilíbrio ácido-base (flutuações do ácido láctico e ácido pirúvico) e pelo doseamento repetido das transaminases.

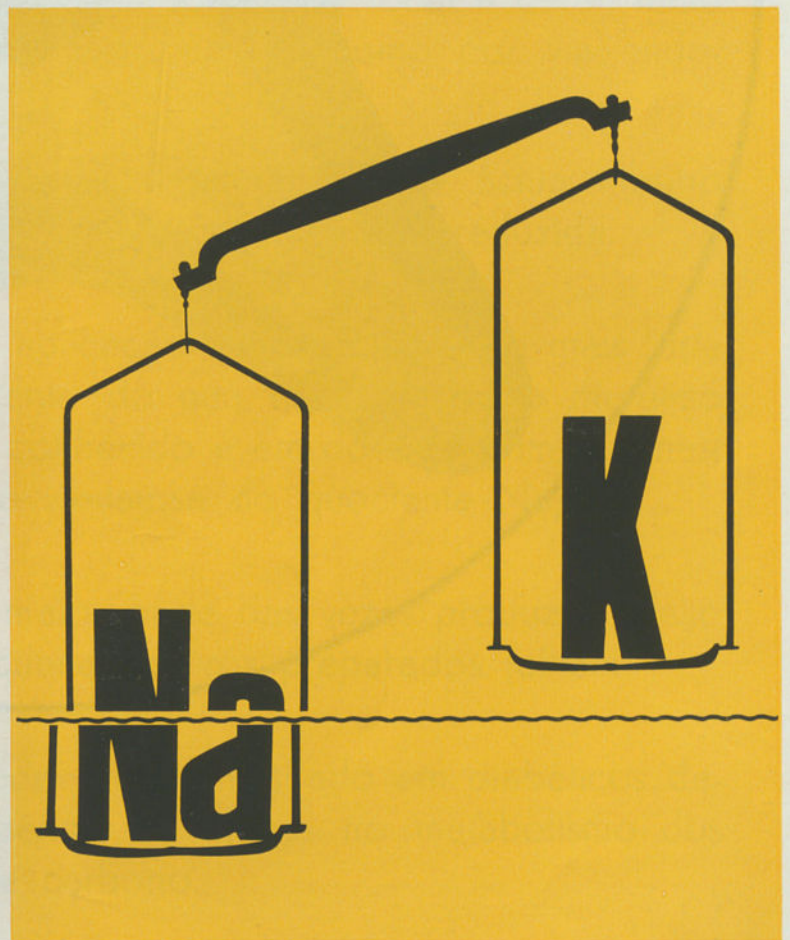
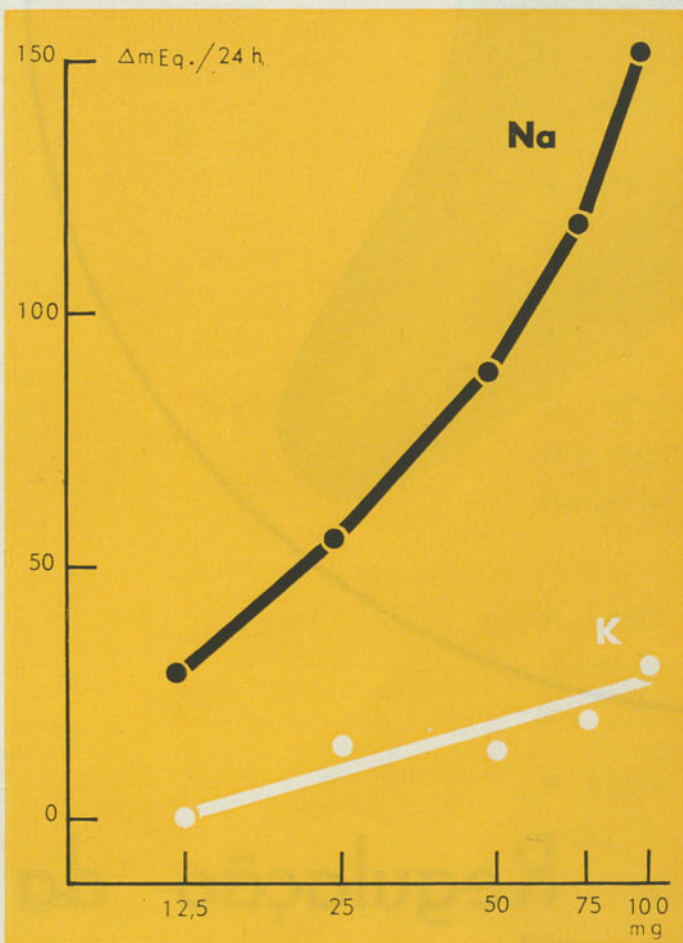
Em cinco animais que sobreviveram (das 16 experiências realizadas, os restantes foram mortos logo depois da intervenção) após perfusões que duraram de 60 a 180 minutos, sob hipotermia ligeira (temperatura do sangue de 27° a 30°), os testes hepáticos mostraram apenas ligeiras perturbações que se normalizaram em poucas semanas (excepto as transaminases que, ligeiramente patológicas 2 semanas depois, só se tornaram normais 3 a 10 meses mais tarde). Ficou, pois, demonstrado que a perfusão do fígado isolado não produz perturbações importantes na função do órgão.

Demonstrada também a viabilidade do método, fez-se o estudo da glicemia no decorrer da perfusão, empregando cães anteriormente submetidos a regime alimentar ordinário e a regime rico em hidratos de

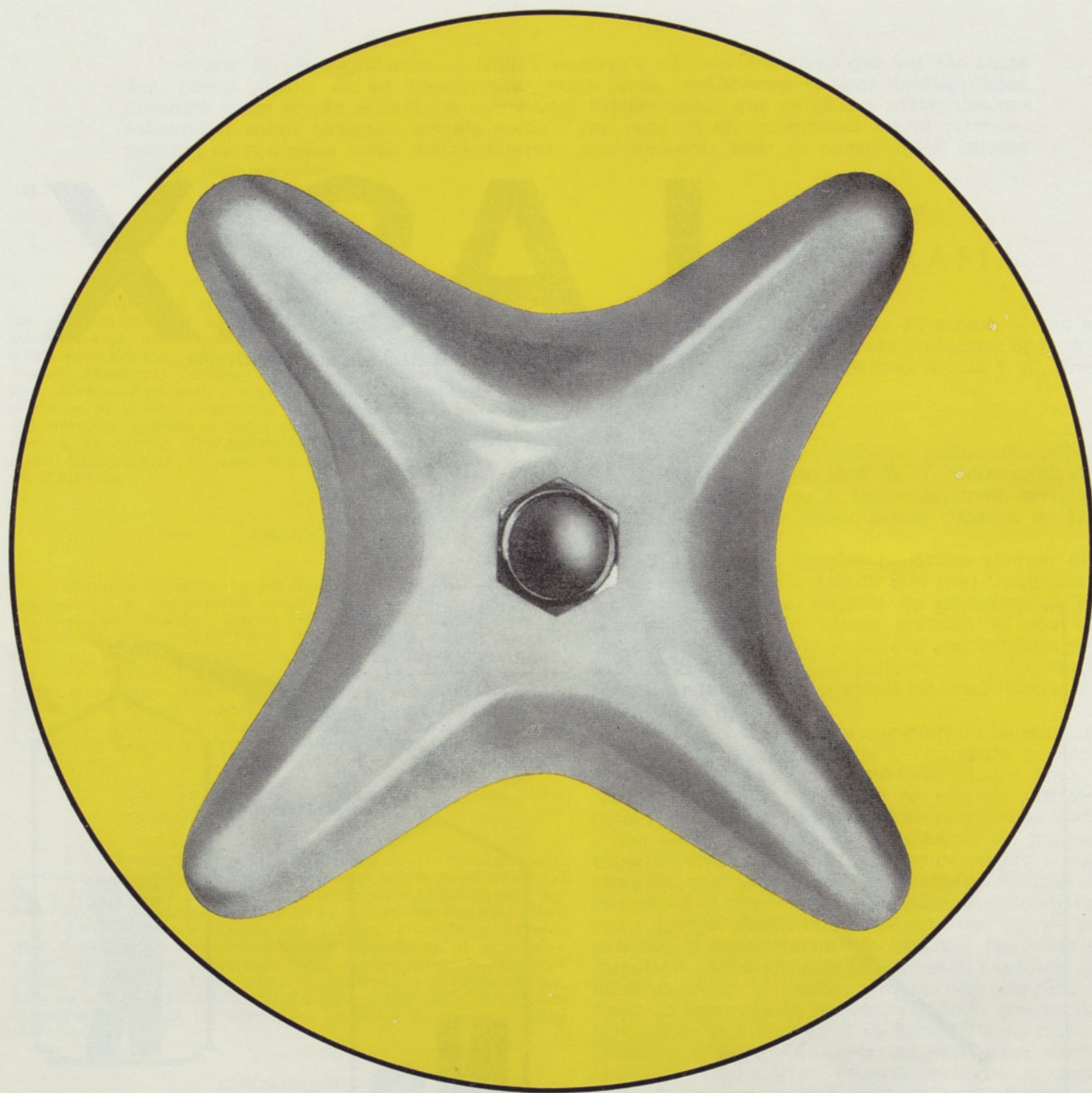


# LASIX<sup>®</sup>

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



Farbwerke Hoechst AG. Frankfurt (M) - Hoechst  
REPRESENTANTE EM PORTUGAL  
QUÍMICA HOECHST, LDA. — LISBOA



Regulação da  
diurese  
«como por  
torneira  
de água»

**Novo**

# LASIX<sup>®</sup>

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

- Lasix garante, graças ao perfil especial da sua acção, períodos de diurese adaptados ao tempo disponível e modo de vida do respectivo doente.
- Lasix de óptima tolerância local e geral, tanto pode ser aplicado per os como por via endovenosa.
- Lasix é o único salurético que actua mesmo em casos de filtração glomerular reduzida.
- Lasix na aplicação endovenosa actua mais forte e rapidamente do que qualquer outro diurético até agora conhecido e em doentes com edemas, uma acção vantajosa do quociente Na/K.
- Lasix a maior parte das vezes produz o efeito diurético quando outros preparados falham.
- Lasix pode ser administrado em diabéticos devido à ausência de efeitos no metabolismo dos hidratos de carbono.



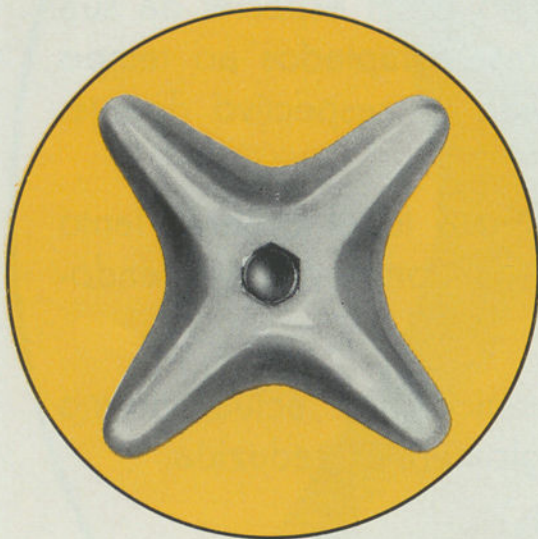
Farbwerke Hoechst AG. Frankfurt (M) - Hoechst

REPRESENTANTE EM PORTUGAL

QUÍMICA HOECHST, LDA. - LISBOA

# LASIX®

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



## Aplicação clínica e posologia

A terapêutica oral de edemas efectua-se convenientemente por 40 mg de Lasix em dias alternados. Em casos graves podem aplicar-se de início 80 a 120 mg em dias alternados, excepcionalmente também todos os dias. Há vantagem em escolher o horário da aplicação da dose diária, que deve ser administrada de uma só vez, de modo que o efeito prontamente declarado não prejudique a vida quotidiana do enfermo.

Para a terapêutica de afecções hipertensivas basta 1 comprimido = 40 mg de Lasix em dias alternados. Se o efeito do Lasix for combinado com outros medicamentos hipotensores, a acção pode ser consideravelmente aumentada.

Nas perturbações da absorção intestinal (p. ex. estase portal), em situações de emergência (edema pulmonar e cerebral) ou quando se opuserem outras razões a uma terapêutica oral, o Lasix deve ser aplicado por via endovenosa, sendo conveniente administrar 20 mg ou 2 ml em dias alternados. Em casos graves deve a dose ser aplicada duas vezes por dia. É igualmente possível a aplicação intramuscular, cuja tolerância local é boa. A inadvertida aplicação subcutânea ou paravenosa não provoca praticamente lesões tecidulares.

Se bem que só **raramente** se registem hipopotassemias, convém, no caso de tratamento muito prolongado por doses elevadas, instituir um regime alimentar rico em potássio (batatas, laranja, tomate, espinafre, frutas secas, maçã). Está igualmente indicada a verificação constante da economia mineral, principalmente dos electrólitos.

Diurético dum género novo  
não é  
nem tiazida  
nem composto mercurial  
nem inibidor da carboanidratase



carbono, para poder chegar à conclusão de que a captação espontânea de glicose pelas células hepáticas deve depender de um sistema enzimático (glicoquinase) e é influenciada pelo regime alimentar (aumenta quando o animal foi submetido a regime rico em H. C.). A seguir, faz o estudo da influência do *glucagão*, da *adrenalina* e da *pituítrina* sobre a circulação do sangue no fígado, sobre a glicemia e sobre as taxas plasmáticas de potássio, de que vamos transcrever as conclusões: «A subida da glicemia é manifesta sob a influência do glucagão, enquanto que a elevação da taxa do potássio é inconstante e sempre efémera. Para a adrenalina, pudemos pôr em evidência o aumento passageiro do débito total e o aumento da resistência portal e arterial; a subida da taxa do potássio é rápida e importante, a da glicose é mais lenta. Este conjunto de efeitos metabólicos do glucagão e da adrenalina permitem-nos sugerir que as flutuações da potassemia não estão ligadas à glicogenólise induzida pelas duas hormonas. A pituítina não tem efeito sobre a glicemia nem sobre as taxas de potássio ao passo que provoca um aumento de resistência arterial e uma diminuição da resistência portal. Este último fenómeno explica um pouco a diminuição da pressão portal evidenciada *in vivo*».

O trabalho é concluído pela observação de certos aspectos do efeito metabólico da insulina sobre o fígado isolado, em perfusão e em normotermia; e, em idênticas condições, sobre os membros posteriores isolados. Realmente a insulina, nas concentrações usadas (0,16 a 1,6 u. por 100 ml de plasma) não mostrou qualquer efeito sobre o decréscimo progressivo das taxas de glicose no decorrer das perfusões realizadas em hiperglicemia, ao contrário do que aconteceu na perfusão dos membros posteriores isolados. Empregando também a insulina marcada com  $I^{131}$  verificou que a hormona é destruída pela célula hepática pelo factor enzimático e não tem, por isso, qualquer efeito no metabolismo da glicose, ao contrário do que acontece quando a insulina se difunde no espaço extra e intracelular e favorece a penetração da glicose nas células musculares (perfusão dos membros posteriores isolados).

Repetindo a experiência com insulina e insulina marcada com  $I^{131}$ , mas empregando a hipotermia profunda (20.º) para inibir a actividade enzimática intra-hepática, verifica-se quase completa ausência de destruição da hormona e a sua difusão, sendo lógico pensar que se possa acumular na célula hepática o que seria indispensável para a captação da glicose (hipótese de Lambotte, 1963). Paralelamente, são apresentados também os resultados sobre o metabolismo dos fosfatos inorgânicos e sobre a evolução da taxa do potássio no sangue circulante.

Tal como afirmam Caroli e McDermott Jr. nos prefácios, o estudo do metabolismo dos carbo-hidratos em relação aos efeitos do glucagão, da insulina, da adrenalina e da pituítina, são observações basilares e de capital importância que iniciam uma nova era no estudo fisiológico do fígado.

O volume inclui ainda a indicação de extensa bibliografia constituída por 301 citações e termina com um esquema completo do circuito de perfusão, permitindo a sobrevida do cão.

HERNÂNI VASCONCELOS

ANDRÉ GOVAERTS — *Les anticorps de transplantation* — Editions Arscia S. A. (Bruxelles) et Librairie Maloine S. A. (Paris), 1964.

Este volume de 148 páginas é um trabalho experimental de grande interesse, porque a questão da transplantação de tecidos encontra-se no centro dos estudos imunológicos actuais e constitui problema da maior importância para a Medicina e para a Saúde Pública. Tanto no aspecto prático dos problemas da histocompatibilidade e da rejeição de enxertos e transplantados halogénicos, como no aspecto científico dos recentes progressos no domínio da imunogenética,

está-se presentemente em face dum campo de estudo extremamente difícil em que teorias muito esquemáticas precisam de ser completadas com novos conhecimentos de ordem bioquímica e fisiológica.

Neste trabalho, o autor estuda o aparecimento de anticorpos humorais e celulares, após homotransplantação renal no cão, e chega à conclusão de que os aspectos humorais e celulares da imunidade do enxerto correspondem a fases do mesmo processo imunitário. Este é concebido como a sucessão dum fenómeno de hipersensibilidade retardada, de mediação linfocitária, e dum estado de síntese de anticorpos que podem ser reconhecidos no soro. O primeiro estado é de duração mais ou menos longa e depende do animal e do antigénio (natureza, dose, modo de administração), podendo passar despercebido. Os antigénios fracos ou com diferenças genéticas pouco profundas, como é o caso do enxerto ou transplantação homóloga, dão origem a hipersensibilidade do tipo retardado, conduzindo a rejeição, porém, a estados de imunidade sólida com rejeição rápida e aparecimento de anticorpos circulantes. É discutida em pormenor a natureza dos anticorpos celulares, com a conclusão de que a oposição entre anticorpos séricos e anticorpos celulares não deveria ser mantida, e que é preciso procurar reconhecer, segundo as condições experimentais e os animais utilizados, a intervenção de uma ou outra forma de anticorpos.

O livro compõe-se de cinco capítulos com a seguinte distribuição: capítulo 1.º — Introdução, em que é feito o estudo rápido da terminologia, da biologia dos homoenxertos e da transplantação renal; capítulo 2.º — Fim do trabalho, referindo os objectivos procurados (estudo «*in vitro*» dos parâmetros intervindo no fenómeno de intolerância e de rejeição, pela avaliação do poder citotóxico sobre primoculturas celulares e técnicas imunológicas que permitem examinar sucessivamente o soro e as células linfóides dos cães homotransplantados); capítulo 3.º — Material e métodos, com a descrição dos grupos sanguíneos no cão, técnica da transplantação renal, métodos de cultura de tecido renal, estudo da citotoxicidade dos soros, linfócitos, técnicas de hemaglutinação condicionada, imuno-electroforese, técnicas de extracção dos antigénios de transplantação; capítulo 4.º — Resultados, com a descrição das observações, pesquisa de anticorpos séricos e de anticorpos celulares; capítulo 5.º — Discussão com a apreciação dos anticorpos séricos e celulares observados após homotransplantação renal, e aspectos celulares e humorais da imunidade de transplantação.

O volume, com muito boa apresentação, contém 22 gravuras e termina com 485 referências bibliográficas.

G. F.

WALTER SCHULTE e colaboradores: R. DREYER, W. DRIESEN, B. FRIEDEL, H. G. HAAS, G. KOCH, H. LANDOLT, R. LEMPP, J. SCHMIDT-VOIGT, L. STOLLREITER — *Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis* — Ed. de J. F. Lehmanns Verl. München, 1964.

É um volume de 371 páginas, onde sobressaem, além das gravuras, múltiplos traçados e estudos electroencefalográficos.

Pela forma didáctica como os assuntos estão expostos, esta obra realiza as necessidades actuais dum bom livro de estudo em língua alemã para tão momentoso problema como é este das epilepsias. Com efeito, a psiquiatria clássica, claramente aferida em moldes psicopatológicos, tem recebido, nos últimos tempos, influências demasiado especulativas, de cunho filosófico, que, se por um lado a têm beneficiado, também têm deturpado o seu verdadeiro sentido em múltiplos aspectos. Há que contrabalançar tal desvio, opondo-lhe a não menos extremista orientação organógena, que, sem dúvida, será fecunda quando bem proporcionada e criticada.

Neste aspecto a epilepsia poderá ocupar lugar de

relevo ao lado das psicoses sintomáticas, traumatismos cranianos, etc.

Justamente este livro que apresento tem a virtude de facilitar ao estudante de neuropsiquiatria um conhecimento actualizado dos problemas neurobiológicos, neurológicos, motores e bioeléctricos, de par com fina discriminação fenomenológica, como a que se evidencia nos estados crepusculares, epilepsia temporal, distímias, demência, alterações da personalidade, etc., centrados à volta dum sóbrio e bem esclarecido estudo sobre genética.

O diagnóstico diferencial das crises epiléticas está particularmente enriquecido, designadamente na sua relação com as manifestações vasculares.

A epilepsia da infância e de aspecto cirúrgico é considerada em capítulos especiais. A terapêutica é sóbria, tendo em vista o lado prático, sem, contudo, deixar lacunas.

Muito digna de apreço é a maneira como os vários temas sociais da epilepsia são encarados, sem descuidar os aspectos forense e de validade para a condução-auto. Neste estudo social não há em vista emitir normas tabeladas e rígidas de higiene mental para o epilético e suas personagens de circunstância. Tudo, em definitivo, fica nas mãos do neuropsiquiatra que com a boa complementação desta obra se queira informar.

A circunstância de ela ser dedicada à prestigiosa memória de HANS BERGER, o descobridor da electroencefalografia, é uma nota simpática que não quero deixar de registar.

Porto, 14-3-65.

AZEVEDO FERNANDES

F. DARNIS et J. DUBRISAY — *Les consultations journalières en pathologie hépato-biliaire* — Vol. de 244 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. P.: 3 F.

Como as outras obras desta colecção — «Les consultations journalières» — este livro apresenta-se sobretudo como muito prático; encara os problemas diagnósticos e terapêuticos como devem apresentar-se aos médicos.

Em patologia hepato-biliar, muitos dos problemas são facilmente resolvidos só pela clínica, que tem sempre a parte preponderante; outros, pelo contrário, são muito difíceis e a sua selecção necessita de explorações complementares. Esta obra descreve com cuidado esses métodos complementares (laparoscopia, punção biópsia, explorações radiológicas, etc.). Os autores procuram ajudar o médico no exercício quotidiano da sua profissão, expondo-lhe, tão simplesmente quanto possível, os progressos mais recentes da fisiopatologia e as técnicas contemporâneas de investigação e de terapêutica em hepatologia.

*L'Ostéoporose* — *Symposium organisé par le Centre du Métabolisme phosphocalcique, publié par D. J. Hiolo* — Vol. de 262 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. P. 55 F.

Esta obra apresenta as comunicações do Simpósio sobre osteoporose organizado em Paris em Outubro de 1963 pelo Centro de Metabolismo Fosfocálcico do Hospital Larivoisière (Centro André-Lichtwitz).

Este volume não interessará somente os investigadores especializados nas doenças metabólicas do osso, mas também

os reumatologistas, ortopedistas, endocrinologistas e todos os policlínicos aos quais diariamente se apresentam os problemas práticos do diagnóstico e do tratamento das desmineralizações ósseas.

Comité OMS d'experts du Paludisme, onzième rapport. — Vol. de 50 págs. — Ed. de l'Org. Mondiale de la Santé, Genève, 1965. P.: 3 F. s. — Dep. em Lisboa: Liv. Rodrigues.

Depois de ter passado em revista os vários métodos estomatológicos utilizados actualmente, o relatório conclui que nenhum deles pode fornecer dados suficientes para bem compreender as modificações dinâmicas que podem produzir-se nas populações de vectores, no decorrer dum programa de erradicação.

J. CHEVALIER — *C.A.N.D.O. Médical* — Vol. de 712 págs. — Ed. Maloine, Paris, 1965. P.: 70 F.

Trata-se da classificação Alfanumérica da documentação médica, muito interessando aos médicos que queiram pôr um pouco de ordem na documentação que recebem: classificar as referências bibliográficas ou as notas pessoais. É com um fim de standardização que se apresenta o C.A.N.D.O., que é ao mesmo tempo uma classificação e um código de classificação.

Segundo os princípios desta obra, cada documento médico tem por objectivo uma ciência fundamental ou uma particularidade do ser humano (morfologia, fisiologia, meios de investigação, estados patológicos). Cada um dos capítulos correspondentes pode ser designado por dois números, seguido eventualmente de subdivisões alfanuméricas. Por outro lado, cada documento médico tem por assunto um aspecto do ser humano. As clássicas subdivisões por órgãos e regiões são nitidamente insuficientes para cobrir todo o domínio médico. O C.A.N.D.O., propõe uma classificação original. Um índice alfabético, compreendendo mais de 16 000 palavras, permite encontrar facilmente o lugar de cada documento.

P. HUGUENARD et J. JAQUENOUD — *Exposés d'anesthésiologie* — 2ème édition — Vol. de 276 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. P.: 28 F.

Destinada aos clínicos e aos estudantes, esta obra constituiu grande sucesso, quando se publicou a primeira edição, que se esgotou rapidamente. Mas enquanto que na primeira edição só se tinham solucionado as questões «estabilizadas», a segunda acrescenta aos problemas clássicos, susceptíveis de serem postos em exames e concursos, alguns temas sobre os quais os conhecimentos actuais são certamente insuficientes: a fisiopatologia da dor e da recuperação, a farmacologia dos tranquilizantes, por exemplo.

Esta reedição apresenta, pois, importantes correcções e complementos. Como precedentemente, «Notas de técnicos» ilustradas completam a obra.

*L'encéphalopathie myoclonique infantile avec hypersyrtmie* — Ed. Maloine, Paris, 1965. P.: 16 F.

Este volume publica um «compte rendu» da reunião europeia de informação electroencefalográfica que se realizou em Marselha (1960) e é publicada pelos médicos marseheses Gastaut, Roger, Soulayrol e Pensard, com prefácio do Prof. Robert Debré.

Nesse colóquio participaram 150 especialistas: pediatras, neuropatologistas e electroencefalografistas.

O estudo compreende 8 partes: história, terminologia, epidemiologia e etiologia, semiologia e modos evolutivos, diagnóstico diferencial, anatomia patológica, hipófises fisiopatológicas e etiopatogénicas e, finalmente, tratamento.

J. L. LELARREUX — *La Chirurgie Esthétique* — Vol. de 136 págs. — Ed. Maloine, Paris, 1965. P.: 16 F.

A cirurgia estética permite actualmente obter, sem qualquer perigo, resultados excelentes, às vezes espectaculares. Esses resultados ultrapassam a harmonia do corpo, a beleza da face: além da beleza física, ha, em muitos casos, o equilíbrio fisiológico indispensável à saúde física e moral. A cirurgia estética tem, pois, grande valor terapêutico e psicossomático.

Esta obra expõe os métodos e as possibilidades actuais da Cirurgia Estética, e destina-se aos técnicos, aos quinesiterapeutas e também aos médicos e cirurgiões não especializados nesta cirurgia, que em geral estão mal informados sobre a Cirurgia Estética e que procuram publicações fáceis e condensadas que os tratados clássicos, que são em geral muito pormenorizados e demasiadamente técnicos.

O autor quis, pois, contribuir para o melhor conhecimento das possibilidades deste novo ramo da arte de curar, e, por isso mesmo, prestar bons serviços a grande número de pessoas diminuídas por defeitos inestéticos.

GEORGES RIEUNAU — *Manuel de Traumatologie* — 2ème ed. — Vol. de 246 págs. — Ed. Masson, Paris, 1965. P.: 50 F.

Desde 1958, data da primeira edição, a Traumatologia evoluiu como especialidade cirúrgica «em expansão». A 3.ª edição

# PAVAL ZEDOL



**ANALGÉSICO**

**SEDATIVO**

**ANTI-ESPASMÓDICO**

**COMPOSIÇÃO**

Piramido  
 Cloridrato de papaverina  
 Metil brometo de atropina  
 Fenobarbital  
 Extracto de melindro  
 Extracto de ópio

**Caixa de 6 supositórios — 14\$00**

**REPRESENTANTE: Botelho & Rodrigues, L. da**

PARA UMA ENÉRGICA TERAPÊUTICA  
ANTI-INFLAMATÓRIA . . .

. . . O FÁRMACO ENZIMÁTICO  
DE INTENSO EFEITO ANTI-  
FLOGÍSTICO E RESOLUTIVO

# CHYMOSER

(ALFA-QUIMOTRIPSINA LIOFILIZADA)  
REGISTO N.º 719 NA DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE  
(DECRETO N.º 41.448)

**Serono**

CAIXAS DE 6 AMPOLAS DE ALFA-QUIMO-  
TRIPSINA LIOFILIZADA EQUIVALENTE A  
5.000 U.P. ANSON + 6 AMPOLAS DE 1 C.C.  
DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA ESTÉRIL.

ISTITUTO FARMACOLÓGICO SERONO — ROMA

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L LEPORI, LDA.

LISBOA-2

PORTO

66

do Manual atendeu às numerosas publicações e relatórios apresentados aos congressos nestes últimos cinco anos. Foram acrescentados capítulos novos e gravuras (muito numerosas) e expostas técnicas ultimamente modificadas. Mas a finalidade do autor continua a mesma: dar uma visão de conjunto muito condensada, ideias e realizações que fazem da Traumatologia actual uma cirurgia de grande técnica.

Esta obra tem por fim interessar na Traumatologia os estudantes e sobretudo os alunos dos hospitais. O autor trata muitos problemas de indicação e de técnica cuja solução interessa, em primeiro lugar, aos cirurgiões gerais e aos ortopedistas especializados. Não é apenas uma compilação de técnicas, mas também da experiência do autor.

N. T. KORESSIOS — *Le problème tissulaire et antitissulaire (ses applications dans la thérapeutique du cancer)* — Tome VII — *Recherches expérimentales — Le syndrome leucémigène du lapin* — Vol. de 152 págs. — Ed. Maloine, Paris, 1965. P. 30 F.

O tomo VII desta obra constitui a finalidade das investigações do Dr. N. T. Koressios sobre o cancro.

Depois de ter cuidado experimentalmente uma toxi-hemolisina responsável pelos síndromas degenerativos (esclerose em placas) e proliferativos (cancros), o autor foi levado, por injeção destas toxi-hemolisinas no coelho, a criar um síndrome ao mesmo tempo leucemigéneo e desmielinizante. Estas investigações, representando um golpe sério na teoria viral, interessam aos médicos práticos, que, logicamente, lhe são opostos.

Este tomo VII interessa a todos os médicos, na medida, sobretudo, em que dá explicações sobre os motivos que têm retardado o avanço das investigações cancerológicas.

## LIVROS RECEBIDOS

**Ed. Mosby (St. Louis):** — GERHARDT and ANDERSON — *Microbiology* (488 págs., 1965) 7.75 dls.  
LAURA K. HART — *The Arithmetic of Dosages and Solutions — A Programmed Presentation* (72 págs., 1965) 2.50 dls.  
FRANCIS HEED ADLER — *Physiology of the eye* (890 págs., 1965) 18.75 dls.  
OSCAR FENSENFELD — *Synopsis of Clinical Tropical Medicine* (378 págs., 1965) 9.85 dls.  
JESSIE E. SQUIRE — *Basic Pharmacology for Nurses* (316 págs., 1965) 3.85 dls.

GERALD J. GRIFIN, H. JOANNE K. GRIFIN — *Jensen's History and Trends of Professional Nursing* (503 págs., 1965) 6.75 dls.

GEBHARDT and ANDERSON — *Laboratory Instructions in Microbiology* (336 págs., 1965) 4.25 dls.

DOROTHY F. JOHNSTON — *Medical-Surgical Nursing* (136 págs., 1965) 3.50 dls.

**Ed. Arscia & Maloine (Paris):** — ANDRÉ GOVAERTS — *Les Anticorps de Transplantation* (148 págs., 1964) 250 Fr. B.

**Ed. Masson (Paris):** — H. PÉQUIGNOT — *Précis de Pathologie Médicale — V Cœur — Vaisseau* (820 págs., 1965) 76 Fr.  
F. LEPAGE et G. LANGEVIN-BROGUET — *La Préparation à l'accouchement sans crainte* (94 págs., 1965) 16 Fr.  
GEORGES MARINESCO — *La Lymphocytose Infectieuse Aiguë* (146 págs., 1965) 30 Fr.  
JEAN-CLAUDE PATEL — *Les Desinsertions Papillaires au Cours des Gastro-duodénectomies* (110 págs., 1964) 20 Fr.

**Ed. Maloine (Paris) & Albert de Visscher (Bruxelas):** — J. MASSA — *Technique de L'examen Radiologique du Squellette et des Voies Digestives avec Étude Anatomico-Pathologique* (406 págs., 1965) 80 Fr.

**Ed. Organisation Mondiale de la Santé (Genève):** — *Intégrations des Campagnes de Masse Contre des Maladies Déterminées dans L'activité des Services de Santé Généraux* (28 págs., 1965) 2 Fr. S.  
*Comité OMS d'experts de la Standardisation Biologique* (88 págs., 1964) 4 Fr. S.  
*Terminologic du Paludisme et de L'éradication du Paludisme* (176 págs., 1964) 12 Fr. S.  
DORIS E. ROBERTS — *Dotation en Personnel des Services Infirmiers de Santé Publique et de Soins au Malades non Hospitalisés* (112 págs., 1965) 4 Fr. S.

**Ed. Maloine (Paris):** — J. L. LELASSEUX — *La Chirurgie Esthétique* (136 págs., 1965) 16 Fr.  
N. T. KARESSIOS — *La Probleme Tissulaires et Antitissulaire dans la Thérapeutique du Cancer* (152 págs., 1965) 30 Fr.  
B. SEGUY — *Vademecum Obstétrical — L'obstétrique Pratique Simplifiée* (396 págs., 1965) 38 Fr.

## «A VARÍOLA»: ALARME PERMANENTE

TEMA DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE, 7 DE ABRIL DE 1965

### A VARÍOLA NA EUROPA

Mensagem do

DR. PAULO J. J. VON DE CALSEYDE  
(Director regional da Europa da O.M.S.)

*A memória do homem é curta e parece ter esquecido que, antigamente, na Europa, a variola foi a doença mais terrível e mais temida. As suas vítimas eram legião; o medo de morrer de variola perseguia todos os espíritos.*

*Desde o fim do século XVIII, o grande médico inglês EDWARD JENNER descobria a vacina, e desde então a doença recuou, mas o menor descuido na sua aplicação provoca retornos apreensivos. A variola é a mais evitável das doenças, com a condição de que a vacinação seja correcta, sistemática e rigorosamente aplicada.*

*A experiência dos últimos anos confirma que a vacinação antivariólica é extremamente eficaz, e que uma revacinação adequada confere protecção quase absoluta em relação a um certo número de anos. Um risco estatisticamente revelável acompanha a vacinação antivariólica, mas esse risco é geralmente tão fraco que só pode ser apreciado quando se trata de vacinações em massa. A muito grande maioria das observações indicam que a vacinação universal praticada durante a primeira infância permite reduzir ao mínimo os riscos de lamentáveis sequelas.*

*Que se passa na Europa? Há muito tempo que a variola não é neste continente uma doença endémica, como continua a sê-lo na Ásia e na África. Contudo, a importação de variola a partir desses focos históricos apresenta-se como problema sério e necessita uma colaboração internacional enquanto não for atingido o objectivo final da erradicação no mundo inteiro.*

*Nos últimos cinco anos, cinquenta casos de variola foram importados na Europa, onde provocaram 250*

*casos secundários. O que se passou em 1963 é significativo. Cinco países registaram, cada um deles, um caso importado, e, em dois deles, graves epidemias se desencadearam.*

*Na Polónia, um passageiro infectado ido da Índia provocou 95 casos secundários e 7 mortes. Na Suécia, um caso proveniente da Ásia foi a origem de 24 casos e de 4 mortes. A Suíça registou um caso importado da África, e o mesmo sucedeu na Alemanha e na Hungria, mas nenhum caso secundário se verificou nestes países.*

*O aumento do tráfego aéreo — turismo, viagens de negócios ou imigração — foi a origem desse recrudescimento. É de assinalar também que a variola é tão rara na Europa que os médicos mostram dificuldade em a diagnosticar, e é essa a razão porque a maior parte das vítimas da variola se recrutam hoje entre os médicos, o pessoal e os doentes dos hospitais, que estão em contacto com um variólico cuja perigosa infecção não foi diagnosticada.*

*Deve, pois, dar-se prioridade a esses grupos particularmente ameaçados, no que se refere aos benefícios da vacinação e, também, aos que trabalham nos portos e aeroportos e a todos aqueles que podem entrar em contacto com os viajantes infectados.*

*A solução definitiva do problema da variola só pode encontrar-se na erradicação da infecção nos países em que a doença é ainda endémica, principalmente na Ásia e na África. Entretanto, o melhor meio de protecção para os europeus, e também para os outros povos, continua a ser a utilização da vacina.*

SINTONIZAÇÃO COM O AMBIENTE • EQUILÍBRIO VEGETATIVO

# RESIBAMATO

RESERPINA 0,1 mg. + MEPROBAMATO 400 mgs.



IBERFAR



TRANQUILIZANTE ORIGINAL



# ASPECTOS SOCIOLÓGICOS E MORAIS DA REGULAÇÃO DOS NASCIMENTOS

PADRE JOSÉ CARLOS DA SILVA SOUSA

O primeiro alarme público do problema demográfico foi feito por MALTHUS em 1798, após alguns estudos concernentes à população da Inglaterra. Segundo a sua teoria, a população da Inglaterra cresceria em progressão geométrica, enquanto que os meios de subsistência cresceriam em progressão aritmética. Deste modo, a Inglaterra, e do mesmo modo o mundo inteiro, chegaria a um ponto de saturação, em que os meios de subsistência não chegariam para a população. Este modo de situar o problema, atendendo a que não se possuíam outros dados que viessem criar uma nova impostação, alarmou o mundo inteiro.

Apesar da gravidade do problema, MALTHUS, como homem profundamente religioso que era, não aceitou nunca qualquer meio anticoncepcional que fosse contra a lei moral. Admitia, sim, que as autoridades encontrassem o melhor modo de retardar os matrimónios, do mesmo modo que, para os casais, aconselhava a continência no matrimónio. O problema tinha de ser encarado de frente, sem receios, corajosamente.

Para compreender a posição de MALTHUS, torna-se necessário observar e medir os factos demográficos através dos séculos. Segundo a tendência secular tanto da natalidade como da mortalidade, verificamos quatro fases bem características:

- 1.º — um equilíbrio natural entre a natalidade e a mortalidade, com um moderado incremento demográfico
- 2.º — abertura demográfica devida à diminuição da mortalidade e, portanto, a explosão demográfica
- 3.º — diminuição da natalidade com a revolução demográfica
- 4.º — nova fase de equilíbrio racional entre a mortalidade e a natalidade, com a consequente estabilização demográfica.

Estas transformações profundas dos factos demográficos não podiam deixar de ter uma influência também profunda nas teorias da população, e que MALTHUS não podia ter compreendido. Na realidade, a primeira fase situa-se até por volta de 1750, enquanto que a segunda se irá prolongar até por volta de 1875. Ora, MALTHUS escreveu a sua primeira teoria em 1798.

Por volta de 1800, nos países nórdicos da Europa, de cada 1 000 crianças nascidas, chegavam à idade de 15 anos apenas umas 550. Entretanto, a mortalidade infantil começou a diminuir, e hoje, nesses mesmos países, de cada 1 000 crianças nascidas, chegam à idade de 15 anos, cerca de 995. Foi deste modo que se deu um crescimento rápido e descontrolado da população, provocando a explosão demográfica, e que levou MALTHUS às suas conclusões. O fenómeno, no entanto, ainda não é universal, pois que há países e até continentes que se encontram, neste momento, em plena explosão demográfica, enquanto outros começam a atingir para já um novo equilíbrio que os situa na quarta fase a que fizemos referência. Num estudo feito no Brasil, por exemplo, houve quem se alarmasse com o crescimento da população, e situasse o problema nos mesmos termos em que o tinha situado MALTHUS para a Inglaterra. Mas outros vieram em seguida contradizer as conclusões dos primeiros, verificando que, nos centros urbanos, o Brasil caminhava já para a fase de equilíbrio em que a população cresce, de facto, mas num ritmo regular e não acelerado, prevendo-se que o mesmo fenómeno se irá dar também nos centros rurais.

Também os meios de subsistência de que falava MALTHUS cresceram num ritmo diferente do que ele podia prever, em 1800. As descobertas várias, a que têm chegado os estudiosos têm vindo a demonstrar que muito estava e continua ainda por descobrir neste campo.

Mas outros problemas se têm levantado com a evolução do nosso mundo, e que nem a moral nem a Medicina podem ignorar, bem como muitas das outras ciências. As novas características do nosso tempo criam problemas que os séculos passados não precisaram de enfrentar. Os aspectos principais da sociedade de hoje, com maior ou menor intensidade, podem resumir-se nos seguintes tipos característicos:

- 1.º — *industrialização* e a consequente concentração do trabalho
- 2.º — a *urbanização* com a consequente mobilidade geográfica
- 3.º — a *diminuição* da mortalidade com o respectivo *aceleramento demográfico*
- 4.º — a *mobilidade* de toda a vida económico-social e a mobilidade profissional que se lhe segue
- 5.º — a *elevação do padrão de vida* com o mecanismo que atinge todas as camadas sociais
- 6.º — o *trabalho profissional da mulher fora do lar* com a transformação do papel social da mulher

Sendo estes os aspectos mais salientes da sociedade do século XX, como o foram já em parte no século XIX, o modo como as várias ciências têm de enfrentar os problemas não pode ser o mesmo dos séculos em que não existia este problema. A própria ciência moral tem de se aplicar a esta nova sociedade em que se encontra, para lhe responder cabalmente.

Ao nível das sociedades, o aumento demográfico não constituiu problema durante milénios. Estamos na fase de equilíbrio entre a mortalidade e a natalidade, pelo que se dá um incremento que não preocupa de modo algum os que têm de dar resposta ao homem. O mundo é muito grande ainda para a população que cresce lentamente.

Ao nível de casais, a fertilidade também não cria problema durante milénios. A fecundidade era aquela que impunha praticamente a vida social, o costume, o exemplo. Não havia razão nenhuma para qualquer restrição voluntária dos filhos. Não era raro que uma mulher durante o tempo da sua fertilidade estivesse ou grávida ou a amamentar um filho. Em muitas regiões, o aleitamento dos filhos provocava um espaçamento dos nascimentos, até porque era muito prolongado. Havia ainda os casos em que a mãe, durante o tempo de aleitamento, era «tabu» para o marido. Onde estes factores não tinham influência para o espaçamento dos filhos, na realidade, a mortalidade infantil provocava o espaçamento na educação.

O que preocupa a Igreja durante estes milénios, é a desmoralização (abuso dos prazeres e faltas contra a unidade matrimonial). No fim do século XVIII, o que preocupa a Igreja é a laicização do matrimónio como instituição divina.

*A fecundidade nos lares não cria problemas de consciência.*

O contexto económico-sociológico não manifesta especiais exigências em matéria de educação e preparação dos filhos para a vida. Um verdadeiro problema só o é na medida em que começa a ser sentido. Um problema é um fenómeno de consciência. É um conflito que se levanta no «eu», no momento em que a consciência descobre que há uma dualidade entre o que se pensa e o que se vive. A mentalidade desta época consiste em ter presente a *lei*, a *obrigação*. A consciência colectiva pode estar a ser centrada apenas sobre valores legais, sobre imperativos externos. Do mesmo modo, tem uma importância capital o *medo*. As coisas sexuais eram quase consideradas como suspeitas. Não surgia na mente da mulher qualquer outra ideia que não fosse o ser mãe.

A própria economia, toda ela centrada sobre a família, não levantava problemas à fertilidade, dado que os filhos eram fontes de rendimento. A mulher existe para gerar filhos. É esta a sua missão específica. Foi assim durante milénios, não admira, por isso, que a linguagem da moral não tivesse em conta os aspectos que tem hoje de enfrentar. *A fecundidade identificava-se com o exercício da sexualidade.*

O casamento tem nesta época uma feição funcional. É um contracto, apesar de elevado à dignidade de Sacramento. A linguagem referente ao matrimónio será por isso uma linguagem legalista.

Os pequenos centros habitacionais da Idade Média tinham ainda uma influência decisiva na mentalidade das pessoas, pela pressão social que exerciam nelas, ao contrário do que se passa hoje com os grandes centros urbanos, onde cada indivíduo é um anónimo, um desconhecido, contando cada vez mais a função que a pessoa exerce, em detrimento da própria pessoa. Deste modo, o indivíduo está cada vez mais entregue à sua consciência, porque menos sujeito ao que os outros possam pensar ou dizer.

Com estas novas características, começa a tornar-se necessário que a Igreja se pronuncie para orientar as consciências dos fiéis. Esta orientação, porém, não surge toda duma só vez, nem começa por encetar o problema da natalidade em primeiro lugar. A Igreja irá antes de mais pronunciar-se a favor duma elevação total da pessoa humana, quer na ordem económica quer social, política, religiosa, moral. A glória de Deus, segundo Santo Ireneu, é que o homem viva. Mas não basta que o homem viva; acrescentaremos: que o homem viva bem. Deste modo, teremos de caminhar para dar ao homem possibilidades reais dele fazer o seu desenvolvimento total. O homem precisa de condições que lhe permitam utilizar todas as suas capacidades, que durante séculos estiveram ocultas. A entrada da mulher, por exemplo, na vida social, trouxe ao mundo riquezas que eram desconhecidas, dado que durante milénios ela não utilizou todas as suas capacidades e não as colocou ao serviço do bem comum.

Em segundo lugar, podemos verificar como a Igreja encoraja a humanidade para um esforço sempre mais reflectivo de solidariedade, de cooperação e de respeito mútuo cada vez maior. Basta-nos ler as Encíclicas Mater Et Magistra ou Pacem in Terris para descobrirmos estes factos fundamentais na doutrina da Igreja. Cada vez menos os problemas podem ser vistos a uma luz egoísta ou parcial, mas com as dimensões da humanidade. Dado que os problemas têm uma dimensão mundial, é nesta dimensão que se têm de encontrar as soluções.

A Igreja lembra ainda que *todas as forças de expansão pelas quais se exprime a humanidade precisam duma regulamentação*, e esta tem de ser comandada pela razão e pela fé, ambas inspiradas na caridade. Os actos do homem devem por isso tornar-se cada vez mais inteligentes, mais conscientes e por isso mais responsáveis. A regulamentação das forças económicas, sociais, políticas, estão principalmente confiadas à virtude da justiça social e distributiva, cuja norma é o bem comum nacional e internacional.

A regulamentação das forças psico-fisiológicas da sexualidade e do amor humano estão por *prioridade confiadas à virtude da castidade*, cuja fonte é a caridade divina, o termo a *pessoa do cônjuge*, a norma o respeito pela *natureza humana* tal qual Deus a criou.

A Igreja tem ainda presente que as virtudes reguladoras da caridade, da justiça e da castidade, não podem atingir com eficácia a humanidade, senão em função duma *espiritualidade* que tem como modelo o Cristo incarnado. Todo este ensinamento da Igreja visa a levar o homem à posse cada vez maior da Terra, para a dar ao Senhor, como diz S. Paulo: «tudo é vosso, mas vós sois de Cristo, e o Cristo é de Deus».

*Todas as actividades humanas concernentes à*

*produção e à reprodução devem estar submetidas à inteligência animada pelo amor e pela caridade baseadas em Cristo.*

Podemos resumir o ensinamento da Igreja em matéria de matrimónio, através dos tempos, se dissermos que ele teve em conta, durante séculos, a natureza do matrimónio, sua expressão jurídica como contrato elevado à dignidade de sacramento, com a afirmação clara dos seus fins específicos, das suas propriedades, tudo isto numa linguagem jurídica, como não podia deixar de ser. A mentalidade generalizada consistia ainda no cuidado que devia haver em evitar o pecado mortal. Aos olhos de muitos, o matrimónio aparecia como uma espécie de condição inferior para aqueles que não tinham tido coragem para mais.

Hoje, como já o afirmámos antes, a linguagem é diferente, não porque o ensino da Igreja tenha sido modificado substancialmente, mas porque os novos problemas e descobertas trazem uma nova impostação dos problemas e por isso se tem dado e continua a dar uma evolução que acompanha a evolução do mundo.

O sacramento do matrimónio, além de ser visto e estudado nas novas condições sociológicas do nosso tempo, é ao mesmo tempo aprofundado sob um ponto de vista sacramental e litúrgico. Com esta nova visão, trata-se de revalorizar o amor humano, que é a matéria remota do sacramento. Com esta revalorização do amor humano, revaloriza-se igualmente tudo o que é o sacramento, e portanto as relações conjugais. Estas não são qualquer coisa de menos bom que se admite para evitar outros males maiores. São, antes, qualquer coisa de grandioso, porque são a colaboração do homem e da mulher com o próprio Deus, na continuação da Sua obra criadora.

As *grandes linhas* do ensinamento da Igreja nesta matéria podem resumir-se deste modo:

1.º — situação da vocação conjugal no Ministério cristão (família e Corpo Místico. Deste modo, o matrimónio aparece como uma verdadeira vocação a uma santidade realizada dum modo específico, santidade a dois.

2.º — esta vocação confere aos esposos uma missão própria dentro da Igreja, que ninguém pode realizar em vez deles.

3.º — chamada dos esposos à santidade dentro do matrimónio, pelo exercício da caridade conjugal. O amor é cada vez mais transformado em caridade. O amor é cada vez menos, dentro desta visão, um instinto sentimental, e torna-se mais humano, porque mais inteligente, mais sujeito às faculdades mais nobres do ser humano. O verbo amar, diz Plínio Salgado, conjuga-se deste modo: «eu dou, tu dás, ele dá».

4.º — na construção dum «*nós*» cristão, entre os esposos se situam os valores da sexualidade, intimamente dependentes e ligados com a caridade.

5.º — como consequência de tudo isto, a sexualidade e a fecundidade tornam-se dia a dia cada vez mais actos humanos, e por isso actos responsáveis. Deste modo, passamos a ter na linguagem relativa ao matrimónio a expressão já hoje corrente de «*paternidade e maternidade responsabilizadas*».

É nesta visão que a Igreja se pronuncia sobre regulação dos nascimentos. Não vou sequer alongar-me sobre este aspecto, por ser conhecido o célebre discurso de PIO XII às parteiras em Roma, que abriu novas perspectivas à vida conjugal, e ofereceu aos conjugues reflexões abundantes sobre o problema de consciência que já se levantava como fenómeno do nosso tempo. A continência periódica foi o primeiro grande passo da doutrina da Igreja relativa à regulação dos nascimentos. Não foi em vão que Deus não deu à natureza da mulher a possibilidade de conceber em todos os dias. É a ciência médica que tem de continuar os seus esforços no sentido de contribuir para o conhecimento cada vez mais seguro dessa mesma natureza, de modo a ajudar cada

casal a realizar a sua fertilidade dum modo consciente e responsável.

O problema, no entanto, é, antes de mais, um problema de espírito, de espiritualidade e só a esta luz ele pode ser encarado segundo o pensamento da Igreja. Este espírito baseia-se em algumas regras ou normas: Uma fecundidade reflectida, resultante do amor, tem mais valor do que uma fecundidade instintiva. Deste modo, a regulação da fecundidade num lar começa por comportar um judicioso espaçamento das maternidades para salvaguardar a saúde da mãe e a educação dos filhos. A limitação do número de filhos por casal pode ser ainda devida a factores diversos: saúde da mãe, como já foi dito, equilíbrio entre todas as actividades assumidas pelo casal no lar, problemas económicos ou de orçamento, formação qualificada dos filhos, etc..

*Mas tudo isto não pode impedir os esposos de estarem abertos à aceitação dum outro filho que não esperavam.*

A fecundidade reflectida deve apesar disso estimar a missão criadora do lar. Deve estimar a família voluntariamente numerosa. Regulação dos nascimentos não é sinónimo de restrição dos nascimentos. A família normal é aquela que dá ao mundo o maior número de filhos que os pais poderão educar e conduzir à idade adulta.

A capacidade de determinar pessoalmente o número de filhos não se improvisa. Não é uma decisão que se toma duma vez para sempre, antes do matrimónio. Precisa duma preparação, duma aprendizagem, como todos os outros domínios da vida. O rapaz como a rapariga precisa de estar desde longa data preparado para saber dominar-se.

Para medirem as suas possibilidades de fecundidade, os esposos ganharão muito se estiverem habituados a viver para os outros, e não fechados sobre si mesmos. O casal aberto aos outros é um poderoso factor de equilíbrio nas decisões a tomar, mesmo nos aspectos mais íntimos.

É tudo isto que tem de ser situado num clima e conjunto espiritual. A aquisição dum domínio supõe o auxílio humildemente pedido a Deus.

Além disto, toda a regulação de nascimentos não pode ser uma consequência do egoísmo, mas deve aparecer na linha da caridade conjugal, orientada para a caridade de Deus. Um casal pode não pecar contra a castidade, mas pecar gravemente por egoísmo, e este é o pecado mais contrário ao espírito do Evangelho. Este aspecto abre um campo muito mais vasto a toda uma espiritualidade conjugal. Por isso, as técnicas que possam ajudar a regulamentar a fertilidade precisam de ser constantemente enobrecidas pelo espírito, sob pena de se transformarem em meios técnicos que desvirtuariam toda a grandeza do matrimónio e do acto criador ligado a este sacramento.

Por princípio, não se devem desnaturar os mecanismos montados pela natureza, enquanto estes são normais. Se estes o não são, procurar-se-á corrigi-los, fixando-os na normalidade geral, tanto quanto isso for possível.

As relações conjugais nos períodos fecundos têm normalmente o sentido duma intimidade mútua com um fim comum, que é o filho, ou ao menos a sua aceitação.

As relações conjugais nas fases infecundas têm normalmente o sentido duma intimidade de reconhecimento do dom mútuo e da mútua promoção dos esposos.

O poder de determinar os períodos férteis da mulher trouxe para os conjugues uma maior liberdade e também uma maior responsabilidade.

Até aqui a situação do problema da regulação dos nascimentos, à luz de alguns princípios fundamentais. A seguir, temos a aplicação destes princípios aos processos de regulação dos nascimentos, e por isso o juízo moral sobre cada um deles. É o que iremos fazer na discussão de mesa redonda que se vai seguir.

ESTROGÉNIO "DEPÔT"  
PELA VIA ORAL

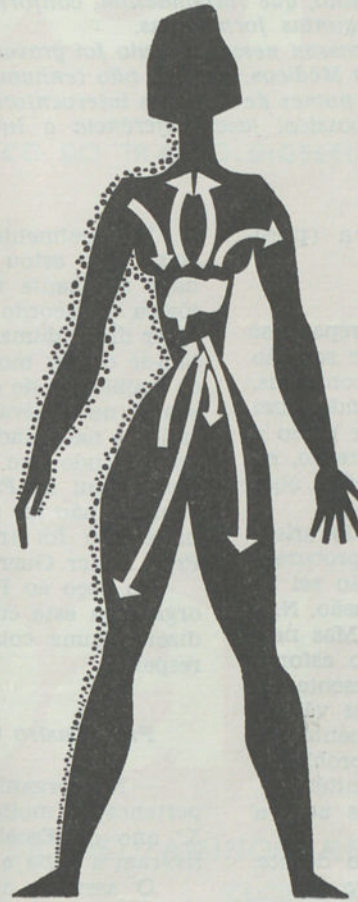
Armazenamento no  
tecido subcutâneo.

Libertação lenta  
e constante  
dos depósitos.

Rápida adaptação  
a uma *menopausa*  
livre de sintomas.

Previne a osteopo-  
rose, e melhora as  
artropatias, sem  
causar hemorragias.

Resultados positivos  
em 90% dos casos de  
*inibição da lactação.*



NO CANCRO DA PRÓSTATA:

- alívio espectacular das dores e do estado geral.
- aumento do tempo de sobrevivência e ausência de acções secundárias.

# TACE



The W. S. MERRELL Comp.  
Cincinnati, USA

Representante exclusivo:

INIBSA PORTUGUESA

Rua Filipe Folque, 87 — LISBOA - 1

# REGULAÇÃO DA NATALIDADE

## COLÓQUIO

Depois da conferência do rev.<sup>o</sup> padre Silva e Sousa, que publicamos antes, seguiu-se um animado colóquio, incluído também na sessão organizada pela Juventude Universitária Católica de Medicina. Foi presidido pelo Prof. Ibérico Nogueira, que na mesa estava rodeado pelos conferencistas do dia — o Prof. Lobato Guimarães, Drs. Kírio Gomes e Neves e Castro e rev.<sup>o</sup> padre Silva e Sousa — e ainda pelo Dr. Meleiro de Sousa, filho, que responderam, conforme os assuntos, às perguntas formuladas.

Tudo que se passou nesse colóquio foi gravado pelos serviços de «O Médico», embora não tenhamos indicações sobre os nomes de todos os interventores.

Não nos é possível fazer referência a tudo

que se passou durante as discussões, o que ocuparia demasiado espaço, que não podemos dedicar só a este assunto, embora este número de «O Médico» apresente mais páginas do que habitualmente. Sem indicarmos, algumas vezes, os nomes dos interventores — aliás, a maior parte das perguntas foram feitas por escrito, e anônimamente — publicamos a seguir um relato tão completo quanto possível do que se passou de maior interesse no colóquio, sobretudo no que respeita às referências doutrinárias, procurando, também, dar ideia das tendências que se manifestaram na assistência, que incluía muitos médicos e estudantes de Medicina e de outras Faculdades, sacerdotes, religiosas e numerosas senhoras.

O Prof. Ibérico Nogueira (presidente):

— A Juventude procura preparar-se para a vida; procura a melhor solução para os seus futuros problemas conjugais.

Nenhum de nós podia responder com uma recusa, ausentando-se deste curso a que fomos chamados. Por esta razão, eu e todos os que fomos chamados aqui estamos presentes.

Todos os trabalhos têm sido orientados com a maior elevação, procurando-se uma solução honesta. Não sei se poderemos chegar a uma conclusão. Não chegaremos com certeza hoje. Mas nem por isso este contributo, todo o esforço que tem sido despendido representa ou deixa de ser menos útil, menos válido, a uma contribuição que certamente irá facilitar a futura solução do problema.

É um movimento de ascese autêntica, sincera, que nós todos estamos aqui a elaborar.

Entretanto, vamos iniciar o debate, um debate franco, livre, sincero.

Aceitam-se exposições de dúvidas, dirigidas directamente à mesa ou por escrito, daqueles que não as quiserem fazer oralmente. E, na medida do possível, as respostas concretas e breves serão dadas.

De maneira que a sessão está aberta e queiram V. Ex.<sup>as</sup> dirigir-nos as perguntas que tiverem interesse.

### IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS DA OVULAÇÃO E DO USO DOS GESTAGÉNIOS

Dr. Pedro Lisboa:

— Eu queria perguntar à Ex.<sup>ma</sup> Mesa se me podia dar qualquer informação sobre as alterações do normal comportamento afectivo da mulher, resultante do uso das drogas, nomeadamente, até, da bem conhecida variação desse comportamento, pois que muitas mulheres são diferentes, no que respeita ao comportamento, na fase pré-ovulatória, na fase ovulatória e pós-ovulatória. E insisto: não é só o movimento ovulatório no sentido mais limitado, mais restrito do líbio, mas geral. É esta a primeira pergunta que desejo fazer.

Dr. Meleiro de Sousa:

— Há pouca informação a esse respeito.

Eu realmente vou dizer a mesma coisa. Não estou tão convencido de que haja realmente uma modificação psicológica de acordo com as fases do ciclo. Quer dizer, duma maneira geral, apresentam-se outras motivações. Penso até que os problemas de consciência estarão presentes na motivação; o método de controle da natalidade tem mais importância do que tudo isso. No entanto, eu sei que houve aqui na Faculdade, e tive imensa pena de não ter podido vir, um colóquio onde isto foi tratado, salvo erro, pelo Prof. Miller Guerra.

Eu peço ao Prof. Castro Caldas, que organizou este curso e talvez nos possa dizer alguma coisa, o que pensa a esse respeito.

Prof. Castro Caldas:

— Não organizei o curso. Essa honra pertence, e muito bem, aos alunos do 5.<sup>o</sup> ano da Escola Médica. Esses é que tiveram a ideia e a levaram a efeito.

O assunto a que se faz referência não foi tratado.

Há um facto que é aceite e é reconhecido, e não sei se era esse o ponto a que o Dr. Pedro Lisboa estava a fazer menção, que é o referente ao síndrome da tensão pré-menstrual. Mas esse síndrome, sob o ponto de vista psicológico, quando tiver realmente intensidade tal que justifique uma terapêutica, sabe-se que pode ser beneficiado por uma terapêutica cíclica com compostos inibidores da ovulação.

Quanto às mulheres que, independentemente de terem qualquer sintomatologia, estão incluídas dentro destes grupos, do ensaio de regulação da natalidade com a utilização dessas drogas, devo dizer que, especialmente no que se refere ao problema do líbio, os dados não são concludentes, porquanto nas estatísticas só cerca de 20% se referem a alterações, talvez 10% no sentido do aumento do líbio e outras 10 no sentido da diminuição. Fora disso, quer-me parecer, conforme o Dr. Meleiro de Sousa disse, que os aspectos psicológicos que se põem devem estar mais relacionados com os motivos da utilização da técnica do que propriamente com os efeitos colaterais da própria droga.

Dr. Pedro Lisboa:

— Dá-me licença, já que o Dr. Meleiro de Sousa falou no meu nome.

Eu citei isso de manhã, porque me impressionou, realmente, ao percorrer a literatura, a ausência de dados concretos e até divergências.

Poderemos considerar, parece-me, dois aspectos. Primeiro, os aspectos positivos e, segundo, os aspectos negativos, como disse o Dr. Neves e Castro. É claro que a utilização destes compostos pode melhorar o estado, mas queria saber se poderá provocar estados de alteração psíquica.

Eu recordo-me de ter visto no JAMA (Journal of American Medical Association) referência a um possível estado de depressão, causado possivelmente também — a interrogação não era conclusiva, realmente — pelo emprego de gestagénios de síntese. É claro que, além disso, há a considerar toda a relacionada com o emprego destes compostos. É aí, evidentemente, que tem a palavra um psiquiatra, e isso era motivo para uma conferência. Motivações de ordem religiosa, de ordem social, de ordem demográfica. Naturalmente, criam-se problemas de consciência, e era isso que eu gostaria de ver tratado, mas por quem tivesse autoridade, por um psiquiatra, naturalmente, e até por um sociólogo.

Até o aspecto religioso interessa muito nesse campo, porque é evidente que quem vai ter a sensação de fraude pode criar um complexo, como os complexos de fraude. Todos os ginecologistas e ascetas conhecem esses aspectos pelo emprego dos outros métodos anti-concepcionais. Uma vez que esse emprego seja lícito, com certeza atenuar-se-ão em muitas utentes deste método, eu ia a chamar-lhes doentes, mas, enfim, nas utentes deste método atenuar-se-ão, com certeza, esses sintomas. De forma que há estes dois aspectos. O aspecto negativo, isto é, na produção de sintomas graves, alterações psíquicas graves, ao percorrer a literatura, tanto quanto eu pude ver, não o encontroi.

O aspecto positivo já foi aqui referido, e encontra-se várias vezes. Quanto aos aspectos morais e sociais, enfim, realmente, requerem um estudo mais cuidado.

Recordo-me de que o Dr. Frago Mendes tratou dos aspectos psicológicos ligados ao uso dos gestagénios e se referiu precisamente ao que sucedia muitas vezes: criar-se um problema de consciência naquelas pessoas que usam este método, e o problema de consciência que acarretava o problema do aparecimento de neuroses de vários tipos, mas que era

1.º EM PORTUGAL !

**reparal**®

ANTIESPASMÓDICO DO TRACTO DIGESTIVO E VIAS BILIARES

**reparal**®

CLORIDRATO DE DIETILAMINOCARBETOXIBICICLOEXIL  
(CLORIDRATO DE DICICLOMINA)

**reparal**®

**LABORATÓRIOS LAQUIFA**



preciso haver um fundo neurótico para isso. Ele citou até um caso de uma doente dele, que estava a ser tratada e que estava numa fase de excitação, em virtude do uso dos gestagénios, de que ela atribuía a isso, e referiu-lho. Uma vez que o uso destes comprimidos a punham nesta fase de excitação, ele mandou-lhe parar o uso dessa droga. Foi imediato o efeito de ricochete e engravidou; estava nesse momento numa fase de depressão, porque estava grávida.

## A MORAL CATÓLICA E O USO DOS GESTAGÉNIOS

*Dr. Mário Cardia:*

Tomo a liberdade de fazer ao rev.º padre Silva e Sousa uma pergunta: qual é a diferença, sob o ponto de vista da moral católica e dos princípios, entre o uso de gestagénios e a aplicação do método da continência periódica?

Ao formular esta pergunta, desejo felicitar o rev.º padre Silva e Sousa pela sua brilhante, corajosa e oportuna conferência.

Considero o problema que levanto como fundamental entre os que se apresentam quando se trata da regulação da natalidade. A permissão de atender, em certos casos, à necessidade de evitar a fecundação, vem de Pio XII, que considerou lícito dentro da moral católica aplicar para esses casos a chamada lei de Ogino e Knaus.

Que diferença, sob o ponto de vista da moral católica, existe, com o fim de impedir os nascimentos, entre os vários métodos, como, por exemplo, a continência periódica e o emprego de gestagénios?

Todos sabem que o actual Papa nomeou uma comissão, que tem o título de Comissão de Estudos, para tratar deste assunto. Essa comissão, que começou por ter 20 membros, é, actualmente formada por 50, e dela fazem parte teólogos, moralistas, médicos; há, na comissão, um médico peninsular, o Prof. Lopez Ibor, de Madrid. Os trabalhos desta comissão têm sido secretos (eu, pelo menos, não tenho conhecimento do que ali se passou, e suponho que nada há publicado). No entanto, sabe-se ou diz-se — e tenho visto referências publicadas em revistas católicas sobre este assunto — que há três tendências, numericamente iguais, no grupo de estudos: uma que só aceita a continência periódica para a regulação dos nascimentos, outra que concorda com o que vulgarmente se chama «pílula» e a terceira coloca-se na posição de chamar a atenção para o facto de, se for permitido o uso de gestagénios, ser difícil evitar a permissão quanto aos outros métodos anticoncepcionais.

Por isso, peço ao rev.º padre Silva e Sousa o favor de responder elucidando-nos sobre este assunto de grande interesse para a consciência dos católicos.

*Presidente:*

— Eu, antes de dar a palavra ao sr. Dr. Silva e Sousa, devo comunicar que tenho aqui outra pergunta elaborada nestes termos: Até que ponto é que a Igreja vai deixar o uso da pílula à consciência do casal? De certo modo, creio que a

resposta que o sr. Dr. Silva e Sousa vai dar ao Dr. Cardia pode englobar esta.

*Rev.º padre Silva e Sousa:*

— O uso da continência periódica e o uso dos gestagénios apresentam uma diferença bastante grande.

Mas antes de entrar na diferença do uso de uma coisa e de outra perante a moral, queria dizer ainda uma palavra. De ficar entregue, directamente, e em último lugar, à consciência do próprio casal, a regulação dos nascimentos. Sem intervenção de outros sistemas, isso poderia levar à chamada moral de situação, à criação da moral de situação, que a Igreja já condenou. A mesmíssima coisa feita por dois casais, neste caso, em circunstâncias semelhantes, num podia ser admitida como boa ou lícita, noutro podia ser admitida como falsa ou pecaminosa. É que, se, em última análise, o valor moral dos nossos actos depende da consciência, é da consciência do indivíduo; no entanto, há uma palavra a acrescentar a esta mesma consciência do indivíduo. Uma consciência suficientemente esclarecida, portanto, uma consciência que não se forma por si mesma, mas por aquilo que lhe parece, é porque é uma consciência que tem necessariamente de basear-se nas leis, nas normas, nas doutrinas expostas pelo magistério absolutamente autorizado para isso.

Depois de acrescentar a esta consciência de cada um, e que era um pouco a primeira pergunta, que vinha dali assim, de entrar na consciência de cada um, dum consciência esclarecida segundo estas mesmas normas em que se fundamenta, para decidir de si mesma, dos seus próprios actos e da elasticidade ou não elasticidade dos seus próprios actos, acrescentarei ainda que, para uma regulação dos nascimentos por qualquer processo que seja, entra, em primeiro lugar, a intenção — a intenção com que ele é feito. Aliás, eu tinha dito antes que, executado apenas por egoísmo ou porque ao próprio indivíduo parecia, neste mesmo aspecto poderia ser o favorecimento do tal egoísmo. Pois, a intenção entra aqui absolutamente em causa — intenção na continência periódica. Depois entram as outras circunstâncias de vida, as tais circunstâncias que Pio XII enunciou. Postas as coisas desta maneira, a continência periódica significará o aproveitamento com uma intenção de espaçar os filhos, no aproveitamento da natureza tal qual a natureza se apresenta.

Em qualquer dos casos, com ou sem pílulas, aceita-se, parte-se do princípio de que se aceita uma nova gravidez, que, por ventura, se não esperava. Na continência periódica, ela é maior; o risco é maior; há uma atitude interior de aceitação da vontade de Deus, de aceitação da própria natureza como Deus a criou, uma atitude interior que se sujeita ao risco, sem, no entanto, deixar de pôr sua própria inteligência a funcionar convenientemente, a trabalhar convenientemente. Simplesmente, admite que a sua inteligência é limitada; está sujeita aos erros e, que por isso mesmo, há uma inteligência maior, há uma inteligência que conhece melhor, que é ao mesmo tempo Providência, que é Pai e que é Providência, que pode orientar as coisas, que pode permitir ou querer as coisas de modo diverso daquilo que a própria pessoa desejaria.

A continência periódica, portanto, está mais sujeita aos erros; está mais sujeita a poder demonstrar ao casal que,

julgando que estava nas melhores condições para manter um filho, no entanto, segundo o plano que Deus tinha, ela não estava nessas condições. Já aqui há uma distinção. Há uma distinção na medida em que as pílulas porventura possam vir a ser tomadas, embora a intenção possa ser a mesma, embora o espírito de aceitação possa ser o mesmo; já não há o mesmo grau de aceitação para uma nova gravidez, no caso de uma continência periódica, e, no caso das pílulas, porque lhe dá uma segurança muito maior.

Na continência periódica, toda a intenção está em colocar uma distância, uma distância temporal — que inclusivamente está referida num artigo que tenho aqui diante de mim e que expõe exactamente esse problema — na continência periódica toda a intenção é colocar uma distância temporal entre a potência de procriação e a fertilização do óvulo maduro, de modo que este deve perecer e desaparecer. O óvulo maduro segue o seu caminho e cresce e depressa desaparece. O emprego dos progestagénios coloca o ovário em repouso, de modo que os óvulos ali continuam sem poderem perecer por falta de fecundação. Além disso, enquanto que a prática da continência periódica não exerce qualquer influência sobre o aumento da fertilidade, os gestagénios podem exercê-la.

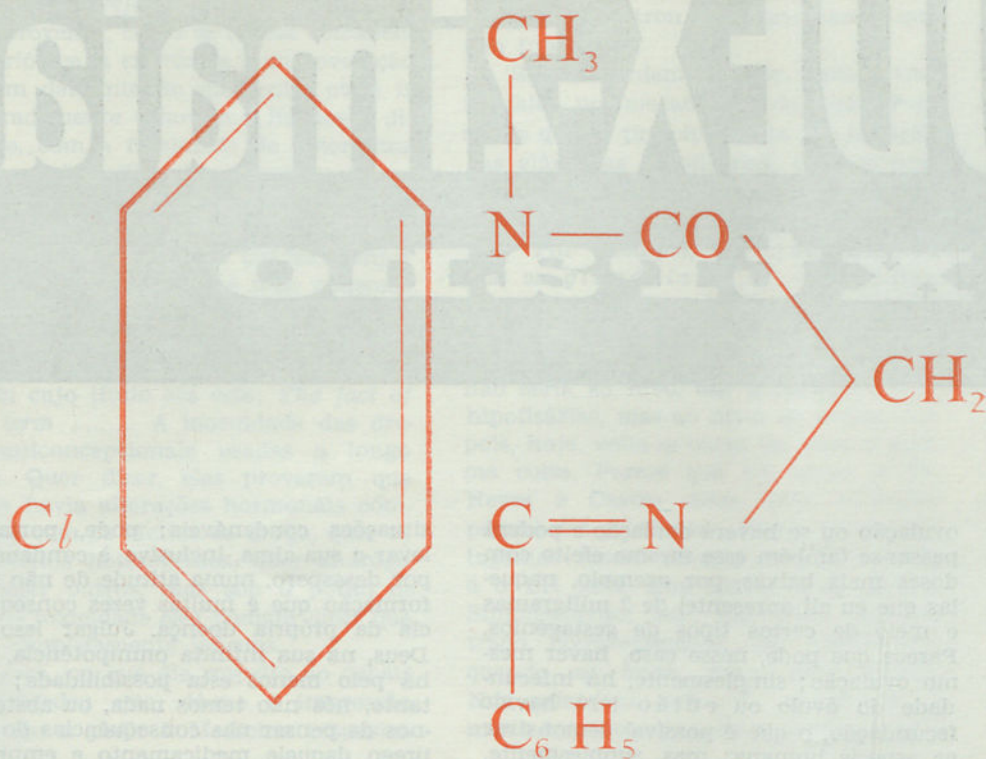
Creio que podem ficar para depois estas considerações.

Ao terminar o seu emprego, muitas vezes regista-se na mulher uma maior fertilidade, há no próprio organismo, portanto, uma diferença entre o uso da continência periódica, que mantém o organismo no seu estado habitual, no seu estado normal, e o uso de outras substâncias que não mantêm o organismo no seu estado absolutamente normal.

Em qualquer dos casos, há uma semelhança. Há a intervenção directa da vontade do homem, igual em ambos os casos, a intervenção directa da vontade do homem, uma vontade revelada pela inteligência e ilustrada pela própria fé. Num caso é o normal da natureza, que corre normalmente, processa-se normalmente e tem um risco de fertilidade, inclusivamente, o casal pode estar enganado em relação ao modo como se pôs o problema; no segundo caso, há um risco menor: a natureza já, conforme agora com as pílulas que há aí assim — e eu não queria referir-me, não queria pronunciar-me sobre esse assunto, porque é um ponto da Medicina — que é o bloqueio da ovulação; o óvulo não segue pelo seu caminho normal agora, ou pelo menos por agora há alguma coisa diferente na própria natureza. Se é o uso apenas duma ovulação excepcional que possa surgir e que se vai inibir, que vai fazer a Medicina?

Aquilo que para a moral importa isso sim, é que, para o caso, a continência periódica é a questão do risco maior num caso de que no outro. É que num caso corre a natureza normalmente o seu curso normal, ao passo que com substâncias como os gestagénios a mesma natureza pode não correr esse mesmo curso normal; a moral, creio, daqui não consegue passar.

Como creio que é do conhecimento de todos, o Papa Paulo VI disse apenas isto: «Não vejo razões ainda para alterar em nada, aquilo que foi dito por Pio XII». E Pio XII tinha-se pronunciado contra. No entanto, nós temos de continuar a saber o que é que a Ciência nos diz, para nos podermos pronunciar. E cremos que o Papa nomeou uma comissão de médicos, casais e sacerdotes que estão a



# UNISEDIL®

COMPRIMIDOS

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

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

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



LABORATÓRIOS  
LAQUIFA

# OSMODEX-zimaia dextrano

estudar exactamente este problema. Isto é o estado em que as coisas neste momento se encontram.

*Presidente:*

— Temos aqui mais duas perguntas que se referem ao mesmo assunto...

— Parece que para o assunto a solução teria de ser dada mais pela Ciência que pela Teologia. A Ciência é que terá de dizer, creio eu, se é menos natural qualquer medicamento do que apenas a abstenção. Pode provar-se um dia, possivelmente, que o uso de qualquer pílula não vai nada contra a natureza humana. E penso que a resposta terá de ser dada pela Ciência primeiro, embora iluminada pela Teologia. Não sei se a pergunta que eu ponho é resposta, ou se é pergunta sem resposta...

— Há pouco, o Dr. Neves e Castro falou de certos produtos que são antiprogestativos, que inibem a progesterona. Eu gostaria que alguém frizasse mais a distinção sob o aspecto moral em todos esses antiprogestativos que impedem a inibição, portanto, que são abortivos, e o uso dos progestogénios que inibem simplesmente a ovulação.

*Dr. Neves e Castro:*

— Eu não disse que estes agentes, directamente, se possam classificar como abortivos. O que se passa realmente, para isso, seria necessário discutir qual será o conceito de abortivo: o que eu disse é que há a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, e não há possibilidade de esse ovo que assim foi formado ser implantado.

Mas queria também fazer desde já um parêntesis: se falei nesse tipo de drogas foi com o desejo de já poderem entrar dentro da discussão, uma vez que estão ainda numa fase muito experimental e que ainda não foram aplicadas à espécie humana. Portanto, desse aspecto, aquilo que existe é o seguinte: há fecundação do óvulo e não há possibilidade do ovo se implantar.

No caso dos inibidores da ovulação, pergunta-se se serão só inibidores da

ovulação ou se haverá ovulação e poderá passar-se também esse mesmo efeito com doses mais baixas, por exemplo, naquelas que eu ali apresentei de 2 miligramas e meio de certos tipos de gestagénios. Parece que pode, nesse caso, haver mesmo ovulação; simplesmente, há infecundidade do óvulo ou então terá havido fecundação, o que é possível demonstrar na espécie humana; mas, simplesmente, não terá havido implantação ulterior. Na verdade, houve uma fecundação e desde que voluntariamente se criaram condições impedindo a nidadação, estamos perante um acto absolutamente diferente, tanto sob o ponto de vista médico como sob o ponto de vista moral. Diferente daquele acto que apenas impede o desenvolvimento dum óvulo. Desde que se dê o encontro dum óvulo com o espermatozóide, há um novo ser com todos os seus direitos, e se nós obstamos à sua implantação, praticamos um acto violento, moralmente censurável. Sob o ponto de vista, moralmente censurável.

Eu dirijo-me a Vossa Reverência porque formulou uma pergunta-resposta.

Logo que se levanta um problema de farmacologia, parece importante. Agora, a respeito dos gestagénios, portanto, não a respeito daqueles medicamentos que possam matar o ovo depois de formado (porque estou precisamente de acordo), suponho que a opinião dos moralistas é a mesma.

E os gestagénios inibem a ovulação; eles fazem-no por um processo diferente, como se afirmou aqui, do que faz a natureza. Agora, isto não é razão, parece-me a mim, para nós condenarmos o processo. A resposta não será tão científica aí; permito-me divergir, como do ponto de vista moral ou ético.

Recordo aqui que se pode exactamente pôr o mesmo problema acerca de quaisquer drogas, e mormente a respeito das drogas que podem abreviar a vida. E, no entanto, a Igreja já se pronunciou a respeito destas.

Quando um analgésico for prescrito, mesmo que nós tenhamos a certeza de que isso pode abreviar, em alguma coisa, a vida do doente, se realmente o sofrimento for de molde a pôr a indicação médica de que deve prescrever-se o analgésico, o Papa já se pronunciou dizendo que é normalmente lícito. Quer dizer: a intenção é aliviar um sofrimento que pode trazer, até do ponto de vista moral,

situações condenáveis: pode, portanto, levar a sua alma, inclusive, à condenação por desespero, numa atitude de não conformação que é muitas vezes consequência da própria doença. Julgar isso, só Deus, na sua infinita onnipotência, mas há pelo menos esta possibilidade; portanto, nós não temos nada, ou abstem-nos de pensar nas consequências do emprego daquele medicamento e empregámo-lo com toda a licitude. Suponho que é essa a situação da Igreja, neste caso. Poderemos aplicar uma teoria semelhante a estas drogas, uma vez que não se mata nenhuma célula, uma vez que estamos realmente num plano natural, que não é exactamente um plano, mas que é apenas uma suspensão ou uma paragem; podemos pôr, do ponto de vista científico, a hipótese de que realmente as coisas não são tão fisiológicas como isso. No entanto, não há alteração, e, portanto, transferimos para as intenções, isto é, para o plano moral, o problema. É então que se põe o problema justamente de que com que intenção é que este meio se empregou. Parece-me que o problema neste aspecto é posto assim. Não há alterações no ponto de vista de destruir as células, há apenas uma inibição. É claro que nós estamos perfeitamente no nó da questão. A discussão cortou-se, porque fomos directamente ao fim da questão; não é assim; e este é, evidentemente, um problema ao qual é difícil responder.

*Um interventor (cujo nome não foi registado):*

— Desculpem eu perguntar. Mas a mim afigura-se-me a coisa da seguinte maneira:

Temos dois métodos de contracepção: um que é o da continência periódica; é indiscutível que nessa continência periódica se vai aproveitar o que a natureza criou. Ainda foi hoje dito aqui que não deve ser por acaso que só num determinado momento do ciclo é que há uma ovulação. O outro é criar por meio de medicamentos uma fisiologia inteiramente diversa. Porque no fundo é uma fisiologia inteiramente diversa, discute-se qual é o problema em que o ciclo é inteiramente diferente. Ora aqui há dois pontos de vista a meu ver, um ponto de vista médico, e eu pergunto aos médicos: na realidade esta alteração da fisiologia é inteiramente



inócua? Podem garantir-me que é inteiramente inócua? Durante anos seguidos estar a perturbar, a alterar, uma fisiologia? Esta é uma pergunta que se põe aos médicos, um problema médico. E então pergunto também aos teólogos, visto que são dois aspectos inteiramente diferentes: e a Igreja vê da mesma maneira o ir aproveitar, como se faz na continência periódica, a existência duma ovulação só num determinado momento, ou o ir deliberadamente criar uma fisiologia diferente, com a finalidade de obter uma contracepção? São duas perguntas que eu deixo aqui.

Eu começo por responder à primeira pergunta do Prof. Castro Caldas, porque dá-me a impressão que já hoje podemos responder nesse sentido. Quer dizer que, ainda há pouco tempo, num dos últimos números do *Metabolismo*, vinha um Symposium cujo título era este: *The fact of long term* ..... A inocuidade das drogas anticoncepcionais usadas a longo termo. Quer dizer, eles provaram que apenas havia alterações hormonais compatíveis com os efeitos da droga, quer os seus efeitos heterogénios, quer andrógenos, quer outros, mas sob o ponto de vista da toxicidade eles podiam dizer que eram completamente inócuos.

Agora, no que diz respeito ao debate que precedeu este, dá-me a impressão que estão a pedir à Medicina respostas

que nós não podemos ainda dar. Quer dizer, nós ainda não podemos indicar qual é a maneira como actuam os gestagénios de síntese, no que diz respeito à regulação da natalidade.

Eu vou descrever aqui um gráfico que o sr. Dr. Neves e Castro há bocadinho me mostrou e que me parece que tem interesse.

Se se recordam, o sr. Dr. Neves e Castro falou nos mecanismos de acção. Pensou-se que ao princípio seria por inibição das glândulas hipofisárias. Os primeiros resultados que se obtiveram, de que eram feitos e quais eram os dados melhores? Por exemplo, ele demonstrou que as glândulas ..... hipofisárias totais não estavam alteradas, quer dizer não havia qualquer alteração, e portanto nessa altura pensou-se que o mecanismo não seria ao nível das glândulas ..... hipofisárias, mas ao nível do ovário. Depois, hoje, volta-se outra vez para a mesma coisa. Parece que há, como o Dr. Neves e Castro disse, uma alteração parcial das glândulas... Parece que os gestagénios fazem desaparecer este tecido é o LH teria uma curva deste género. Simplesmente, isto não está demonstrado completamente, por exemplo, quando se usam doses mais baixas. Nos primeiros ciclos de tratamento, é muito frequente que não se consiga o apla-

namento desta curva, que ela exista, e que haja perfeitamente uma ovulação nesses primeiros ciclos de tratamento, o que não quer dizer que haja fecundação, o que não é para espantar, porque estes gestagénios de síntese têm outras acções que não são só sobre a hipófise nem só sobre o ovário; começam logo, por exemplo, ao nível do colo. Quer dizer, nós sabemos que para haver uma fecundação tem de haver um muco muito mais especial que permita a permanência, a mobilidade e a ascensão dos espermatozóides. Ora, precisamente, esses gestagénios alteram profundamente esse muco.

Depois, por outro lado, como o sr. Dr. Neves e Castro demonstrou com os gráficos, viram que a administração dos gestagénios, logo a partir do 5.º dia, vai fazer um endométrio que é completamente desfasado com o que devia ser. Quer dizer, esse endométrio começa a apresentar uma fase secretora muito precocemente, atinge o seu máximo ao 9.º dia e daí para diante atrofia-se. Portanto, este é um endométrio completamente incapaz de aguentar um óvulo que se queira implantar por volta desse dia e que possa haver numa destas ovulações de escape.

O mecanismo é muito complexo, nós não podemos afirmar que é por um mecanismo hipofisário ou um mecanismo ovulatório, ou que é ao nível do endo-

# ateroid

um novo antiarteriosclerótico  
já consagrado

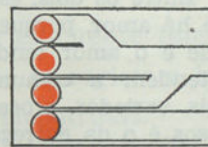
FACTOR

CLARIFICANTE

NATURAL

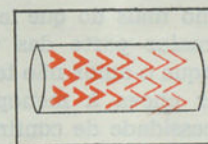
(altamente purificado)  
com duplo efeito

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



## ANTIARTERIOSCLERÓTICO

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



## FLUIDIFICANTE

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

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

LABORATÓRIOS  
DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO  
sob licença de CRINOS-MILÃO

métrio ou que é até possivelmente no colo. Todos eles poderão estar conjugados. Estão-nos a pedir uma resposta que nós, pela Medicina, ainda não podemos dar.

Concluindo, parece que se justifica uma abstenção muito legítima da Igreja na resposta a dar à pergunta feita.

#### PROBLEMAS DE ORDEM MÉDICA E DE ORDEM MORAL

##### Presidente:

— Temos aqui uma série de perguntas, por escrito, a que podemos, enfim, começar a responder. Uma delas é mais uma consulta quase de ordem médica.

##### Pergunta:

— Desejava saber se uma rapariga que é menstruada de 10 em 10 meses ou de 12 em 12, necessitando ou não de intervenção médica, poderá vir a ter filhos?

##### Resposta:

— Se bem que estas irregularidades sejam frequentes até aos 16, 17, 18 anos, presumo que é uma rapariga nova. Do que ela precisa, na verdade, é de consultar um médico, para ver se estas irregularidades são patológicas. Pergunta-se se poderá vir a ter filhos. É de presumir que sim.

##### Pergunta:

— Dado que os métodos de limitação da natalidade aprovados pela Igreja, ou porventura a aprovar, apresentam dificuldades na sua aplicação a cargo dos indivíduos e dado que essas mesmas pessoas têm dificuldade em conhecer essas técnicas, não será de interesse que haja clínicos especializados, ou clínicas especializadas, servidas por médicos católicos e situados nos bairros mais pobres da cidade?

##### Resposta:

— É evidente que o que se tem feito ultimamente é instruir quanto possível médicos e sacerdotes nestes princípios de fisiologia, para poderem orientar; mas parece que há, enfim, problemas muito mais graves a resolver e sem que este, sem dúvida, seja ou deixe de ser um problema grave; mas, enfim, também não me parece que seja muito difícil solucionar este problema. A maior parte dos médicos, hoje, está habilitada a responder a estas questões, de maneira que não me parece que seja uma questão muito grave e que mereça determo-nos sobre ela muito tempo.

##### Pergunta:

— Visto que o acto sexual só tem como finalidade a origem dum ser, será lícito, perante a Igreja, que um casal continui a ter relações sexuais mesmo

depois de a mulher já não estar apta a ser mãe, isto é, depois de não ser mens-truada?

##### Rev.º padre Silva e Sousa:

— Essa é uma ideia antiga, ideia ultrapassada, ideia de Santo Agostinho.

Como é do conhecimento de todos, Santo Agostinho teve, de facto, uma influência extraordinária, desde o 5.º século.

Santo Agostinho, antes de ser o Santo Agostinho, pertenceu inclusivamente à seita dos maniqueus. Entre outras coisas, eles repudiavam a procriação; consideravam a procriação como um mal, portanto, repudiavam-na. Não admira que Santo Agostinho estivesse influenciado pelos maniqueus. Depois, modificou-se, sem dúvida, com a sua própria conversão, e passou a ter um outro papel, outra orientação; no entanto, não deixou de sentir a influência dos maniqueus. E, nesse outro sentido, Santo Agostinho considerava que aquela ideia de a mulher ser o adjutório do homem segundo a Bíblia, do auxiliar do homem, era também auxiliar do homem para a procriação; portanto, segundo Santo Agostinho, se a sua própria doutrina estivesse hoje neste aspecto aceite pela Igreja, a própria continência periódica seria condenável. Haveria inclusivamente, não na intenção mas, na realidade, todas as vezes mesmo durante o período que o casal pudesse considerar-se fecundo; fosse de facto infecundo e não houvesse uma geração, havia materialmente pecado. Não haveria, com certeza, pecado na intenção, mas haveria pecado material, segundo esta mesma expressão de que a mulher existiria e o acto existiria só para a própria finalidade de procriar.

Claro que as coisas depois evoluíram extraordinariamente, e hoje a posição é totalmente diversa. Uma das funções do acto conjugal é exactamente uma manifestação de amor, é a tal manifestação da caridade de que eu falei há pouco.

Entre os dois, esposo e mulher, porque há amor, porque há caridade, a caridade e o amor tendem a comunicar-se, e tendem a comunicar-se através dos mais variados processos; um dos processos é o da entrega total do corpo, da alma, da vida um do outro e de cada um ao outro; portanto, desta mesma ideia, é o acto conjugal posterior à menopausa, é absolutamente não só legítimo como mais do que legítimo, é um dever, a maior parte das vezes. É um dever porque o amor não termina quando a mulher chega à menopausa. O amor tem necessidade de continuar a comunicar-se. E comunica-se, entre outros modos, através das relações sexuais, das relações conjugais. Portanto, na comunicação deste amor, na elevação e até no criar do equilíbrio de um com o outro, o acto não só se justifica como até se aconselha. Esta pergunta só teria razão em Santo Agostinho, se aqui estivesse.

#### A IDADE IDEAL PARA O CASAMENTO

##### Pergunta:

— Qual é a idade ideal para o casamento? Quando não possa haver uma

conjugação entre condições económicas e a idade, qual deve sacrificar-se?

##### Dr. Kírio Gomes:

— Quanto à primeira parte da pergunta, «qual a idade ideal para o casamento», penso que devemos distinguir duas espécies de idades: a idade fisiológica e a idade psicológica. Quanto à idade fisiológica, é certo que, entre a puberdade e a menarca, a primeira menstruação, e em que o organismo da mulher está plenamente desenvolvido para a criação, decorrem alguns anos; aliás, quando há conjugação em idades demasiado cedo, quando o útero não está completamente desenvolvido, são frequentes os abortos.

Penso que antes dos 18 anos é, realmente, cedo para o casamento. Quanto à idade máxima limite, não há idade limite para o casamento. Bem sei que, depois dos 30 anos, a percentagem de partos difíceis aumenta, quer dizer, quando se trata do primeiro parto. Mas, evidentemente, com os aperfeiçoamentos da técnica obstétrica, esse não seria de forma nenhuma um motivo para considerar os 30 anos como um limite. Enfim, sob o ponto de vista fisiológico, a idade ideal para o casamento situa-se entre os 18 e os 30 anos.

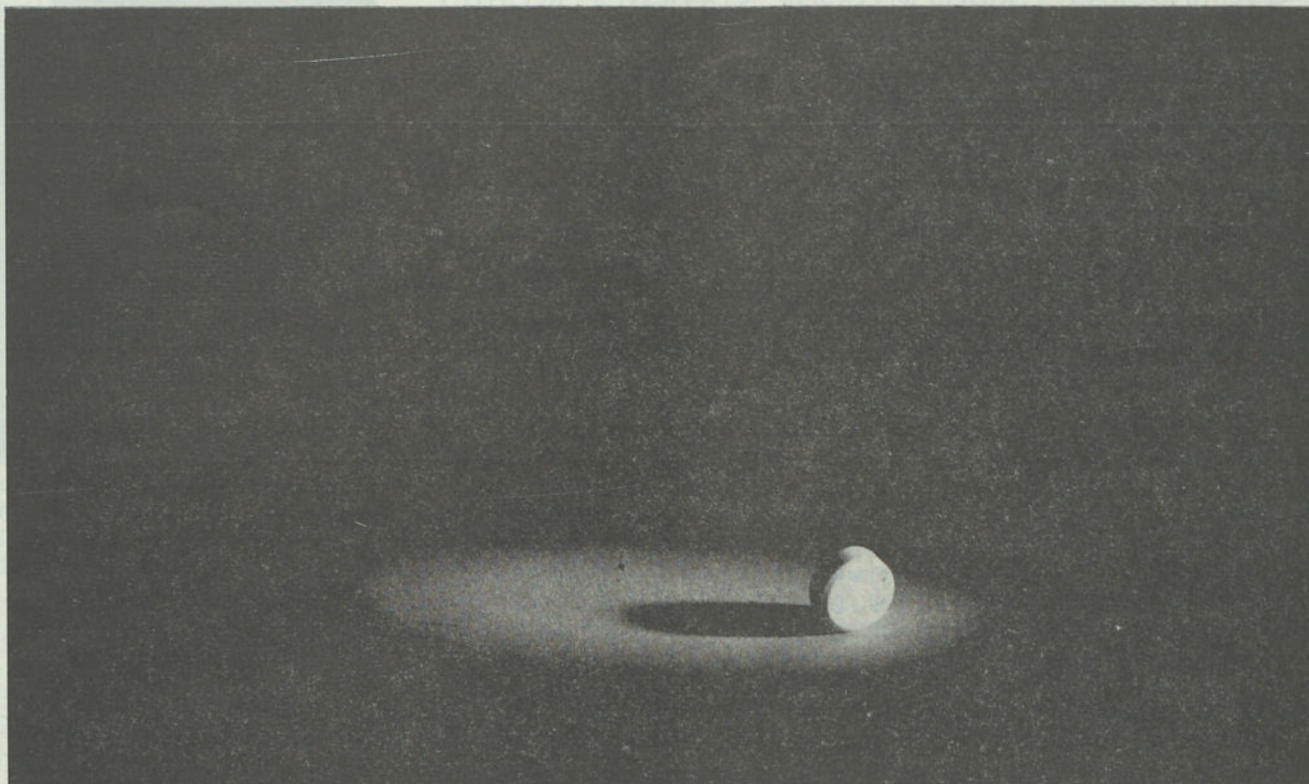
Evidentemente que há, acima de tudo, a considerar a idade psicológica. Uma mulher com 18 anos de idade, há 50 anos (isto é, as nossas mães ou as nossas avós) estaria talvez mais preparada sob um determinado ponto de vista, para a maternidade.

As alterações da vida moderna, a influência da vida moderna na mulher, cria, realmente, costumes diferentes.

Quando não possa haver uma conjugação com respeito às condições económicas e idade, qual deve sacrificar-se? Isso é uma pergunta a que é muito difícil responder. Acho que depende de cada um. Pessoalmente, e só no meu ponto de vista, entendo que deve sacrificar-se a idade.

Visto como disse, o limite dos 30 anos não é de forma nenhuma um limite válido para se casar; e, por outro lado, o casamento sem condições económicas estáveis, e com essa ideia de se limitarem os nascimentos até possibilidade de ter filhos, parece-me, salvo melhor opinião dos moralistas, não ser muito sensata.

Eu queria aproveitar ter aqui o microfone na mão para dar mais uma achega à interpolação do Prof. Castro Caldas quanto aos gestagénios. E pedir licença ao Dr. Meleiro de Sousa para dizer que embora o tratamento pelos gestagénios não seja completamente inócuo em longos tratamentos, não deixa, como o Prof. Castro Caldas dizia, de ser uma alteração da fisiologia. Quer dizer, nós vamos criar uma patologia com a administração duma droga. Bem sei que os ovários não são órgãos endócrinos indispensáveis à vida da mulher. Em todo o caso, se nos aparecer uma mulher cujos ovários não funcionam, em que não há a produção de hormonas ováricas, dizemos que essa mulher não é uma mulher normal, que é uma mulher doente, uma mulher anormal. Portanto, acho que, sob o ponto de



## LYNDIOL

1 comprimido diariamente,  
do 5.º ao 24.º dia, assegura um  
ciclo regular, de 28 dias,  
durante o qual a ovulação  
é suprimida.

## LYNDIOL

é perfeitamente tolerado e quase  
nunca se registam hemorragias  
intermenstruais.

## LYNDIOL

deve ser tomado de preferência à noite.

*Emb. de 20 comprimidos a 5 mg. de  
linestrenol e 0,15 mg. de mestranol.*

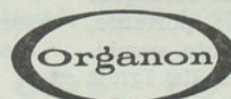
*Esc.: 39\$50*

REPRESENTANTES:

**UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA**

T. Pedras Negras, 1

**LISBOA**



QUEIMADURAS • FERIDAS DIVERSAS • CERVICITES • RECTITES

# ADERGON

ANTI-SÉPTICO • CICATRIZANTE

Óvulos: caixas de 6 e 12

Pó: caixa de 10 g

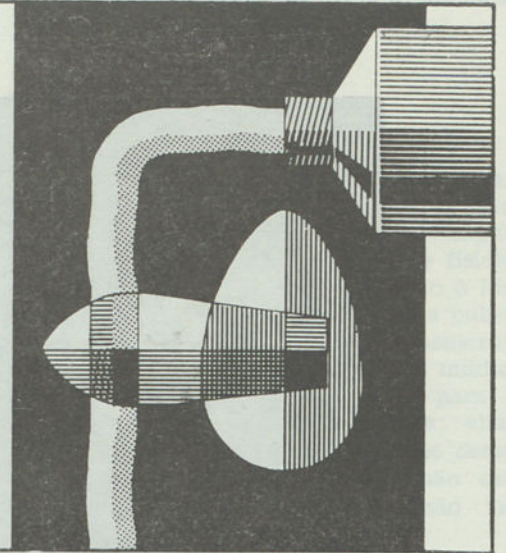
Pomada: bisnaga de 30 g

Soluto: frasco 30 g

Supositórios: caixa de 12.



**Laboratório FIDELIS**



vista médico, os gestagénios, embora absolutamente inócuos, no que respeita à regulação da natalidade, deveriam ser limitados aos casos em que há indicações médicas, em que realmente há doenças.

## A IGREJA E A LIMITAÇÃO DOS NASCIMENTOS

*Presidente:*

— Temos aqui mais duas perguntas, a que vou responder imediatamente, porque há uma outra que merece, na verdade, que nos detenhamos mais tempo nela.

A primeira pergunta é esta:

«Enquanto não se decide do uso ou não da pílula, não acha que a Igreja devia propagar em larga escala que o contróle dos nascimentos pelos métodos naturais não só é legítimo, como deve ser usado por quase todos os casais? Devia haver autênticas missões da Igreja nas províncias deste país e os padres estariam verdadeiramente esclarecidos sobre os métodos?»

Outra pergunta é a seguinte:

«Nos seminários ensinam-se os métodos de contróle de natalidade e como ensiná-los aos cristãos?»

Com essas perguntas, parece que se pretende que a Igreja deve levar a efeito uma autêntica campanha anticoncepcional.

O sr. Dr. Silva e Sousa, há pouco, pôs muitíssimo bem e com uma clareza extraordinária o problema, e já respondeu à primeira destas perguntas. Não pode haver planificação prévia em relação ao número de filhos. Este problema tem de ser posto à consciência de cada um dos cônjuges. Só o casal, na intimidade da sua consciência, é que pode decidir sobre o número de filhos a ter, e não pode tomar decisões antecipadas. Esta questão tem de ser posta sucessivamente à medida que variam as condições económicas, sanitárias, etc.; portanto, não pode ser antecipadamente combinado. Quanto à interferência da Igreja neste ensinamento, eu tenho a impressão, e respondendo agora às duas perguntas

acerca do ensino nos seminários e o papel da Igreja, de que o papel da Igreja fica singularmente simplificado se se disser ou aconselhar a esses casais que, para a solução prática dos seus problemas e desses ensinamentos acerca dos métodos naturais considerados actualmente como legítimos, esses casais terão de se dirigir a médicos especialistas, ou não especialistas devidamente esclarecidos; portanto, parece-me que o papel do sacerdote tem de ser especialmente esse, embora alguns, enfim, se interessem muito por estes problemas, e, hoje, mesmo muitos deles possuam muitos conhecimentos. Esta orientação cabe realmente mais ao médico, que está mais à vontade para falar nessa matéria a um casal, do que um sacerdote.

## OS VÁRIOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

*Presidente:*

Tenho aqui na minha frente uma pergunta, ou melhor, três perguntas que me fazem meditar sobre o que é a natureza deste colóquio. São perguntas feitas por uma pessoa que não é católica; se o fosse, não as teria feito. Isto prova uma vez mais qual é o espírito que presidiu à organização deste debate.

Estão aqui com certeza pessoas de vários credos e não religiosos, mas que se debruçam com interesse sobre estes problemas, procurando uma solução legítima, honesta — uma solução válida. E esta pessoa pergunta-nos:

— Que diz a moral sobre o uso dos preservativos químicos e mecânicos?

Basta esta pergunta para que se conclua que, realmente, não é uma pergunta feita por um católico; mas nem por isso deixa de merecer toda a nossa consideração a honestidade e a franqueza com que a põe.

Segunda pergunta:

Os católicos que recorrem ou que recorrem a estes processos pecam? Em caso positivo, que género de pecado?

Terceira pergunta:

Os católicos que, a todo o transe, por razões viáveis, queiram enveredar pelo

caminho de evitar a natalidade, se escolhem a continência periódica não irão criar climas de frustrações e consequentes neuroses?

É claro que às duas perguntas qualquer dos católicos presentes responde.

Na verdade, em relação aos casais católicos, todos os meios que interferem com o desenvolvimento normal das relações conjugais, que levam à morte do óvulo ou do espermatozóide ou que obstam ao seu encontro, portanto eliminam-se, consideram-se como ilegítimos à luz da moral católica, como, por exemplo, todos os preservativos químicos e mecânicos.

E o género de pecado é o pecado mortal.

Quanto à terceira pergunta, peço ao sr. Dr. Neves e Castro para responder. A pergunta é textualmente a seguinte: «Pela continência periódica não se irá criar um clima de frustração e de consequente neurose?»

*Dr. Neves e Castro:*

— A resposta a dar a este tema, tenho receio de que não possa ser muito generalizada, porque se trata de uma experiência que depende muito dos casos em questão.

A primeira coisa que vos devo dizer é o seguinte: quando alguém surge a consultar-nos sobre um problema da regulação da natalidade com base na continência periódica, considero constituir um erro total que o médico vá directamente resolver ou responder a problemas quando não está na presença do casal. O problema da fecundidade, da fertilidade da família, do matrimónio, é um problema a dois; não é um problema de um e estes dois formam um; de maneira que eu acho que é absolutamente essencial, como primeira atitude, definir que não se vai, nem pouco mais ou menos, ou não se deve tratar do problema apenas com a esposa ou apenas com o marido, porque até mesmo a própria esposa, para realmente entrar na prática activa dum continência periódica, necessita, já não falamos noutros aspectos, mas necessita de uma colaboração e do conhecimento do marido e da sua ajuda.

Tem sido também experiência minha, mesmo com casais não católicos. Vêm procurar-me às vezes para discutir problemas de regulação com base em continência periódica e vêm os dois, marido e mulher, porque, segundo a própria expressão que muitas vezes utilizam, estavam a empregar há tempo a contracepção por outros sistemas e preferiam entrar num sistema de regulação quanto possível, uma vez que consideram não só ser mais fisiológico, como, inclusivamente, dar as oportunidades de realmente exercerem mais o domínio sobre eles próprios numa base de caridade.

Portanto, mesmo em não católicos, tenho verificado o aparecimento dos dois.

Estamos certos de que o problema, que muitas vezes surge como difícil, quando é posto exclusivamente à esposa sem o conhecimento ou a colaboração do marido, torna-se muitíssimo mais fácil, muitíssimo mais simples de solução, a partir do momento em que os maridos aparecem, a partir do momento em que o médico pede a colaboração do marido e explica-lhe o que é que se passa, que lhe dá a conhecer realmente todos os aspectos da fisiologia, e que um e outro voluntariamente aceitaram o sistema e resolveram colaborar um com o outro. Compreendem que mesmo o problema da natalidade, na intimidade conjugal, será muito mais normal. Que o marido saiba realmente como está a decorrer o ciclo da sua esposa, tente ajudá-la nas

alturas mais férteis, e tente realmente exercer o seu contróle nessas alturas, do que pròpriamente tenha que recorrer ao sistema de consulta momentânea, numa curva de temperatura basal, ou que tenha de saber se está num dia fértil ou infértil. Tem sido minha experiência que, a partir do momento em que ambos entram voluntariamente em colaboração dentro deste sistema, não tenho visto qualquer problema de neuroses nem de frustrações, nem nada, e, pelo contrário, a colaboração tem sido óptima.

No entanto, para responder talvez mais directamente ao espírito da pergunta, devo pôr outro aspecto.

Não se fique com a ideia de que sempre, em todos os casos, mesmo nas irregularidades do ciclo, não se fique com a ideia de que é possível resolvê-las todas medicamente. Muitas irregularidades são sintomas de disfunções, que podem corrigir-se, mas há outras que, mesmo com tratamento e com correcção, não são realmente fáceis, e podem, se forem feitos os estudos numa base de, por exemplo, determinar uma zona fértil, acarretar períodos de continência que podem ser extremamente longos. Isto é um aspecto que eu gostava que o Dr. Silva e Sousa focasse nesta base.

Tem-se estado aqui a discutir muito em bases jurídicas, talvez, numa base de tentativa de muita exactidão, o problema da continência periódica e o problema da inibição da ovulação. Quer-me parecer que essa fórmula não é a mais válida

em relação ao problema como deve ser posto no momento presente. O médico que trata dum problema desses tem de ter a consciência de que, em primeiro lugar, a finalidade do matrimónio pode, no sentido lato, como já alguém disse, definir-se como a da de família—a família na sua dimensão e nas suas implicações totais. Uma das coisas que é devida entre os esposos é, justamente, a manifestação do amor—o amor que, para ser casto, é justamente oblativo; não é um amor possessivo, é um amor de dádiva de um ao outro, através até mesmo de um dom carnal que permite a exteriorização desse mesmo amor e a continuação, até mesmo no plano espiritual, duma colaboração sacramental activa, do próprio matrimónio.

Ora, é óbvio que o aspecto da caridade, que implica justamente esta doação dos esposos um ao outro, não é intencionalmente possessiva, mas é fundamentalmente oblativa, que tem que os fazer pensar à luz da caridade, à luz realmente duma visão muito mais larga e muito mais real.

Queria, ainda, responder concretamente à terceira parte desta pergunta; os católicos que, a todo o transe e por razões viáveis, queiram evitar a natalidade e enveredarem pela continência periódica, não irão criar climas de frustração e neuroses?

Evidentemente, os neuróticos estão convencido que fazem neuroses de qualquer forma. Há crises neuróticas devidas

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

## HERMOTOSIL

AMPOLAS BEBÍVEIS DE 10 c.c.

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

LÍQUIDO

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

## HERMOTOSIL-B

AMPOLAS BEBÍVEIS DE 10 c.c.

Suco embrionário animal  
Cianocobalamina (Vitamina B<sub>12</sub>)  
Extracto de fígado concentrado  
Soro hematopoiético fresco de cavalo

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

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



à continência periódica como não há crises neuróticas devidas ao uso dos gestagénios, como há crises neuróticas por excesso de filhos em casa...

*Rev. padre Silva e Sousa:*

O sr. Dr. Neves e Castro disse, e creio que muitíssimo bem, que pondo o problema como ele tem estado a ser aqui posto, é situá-lo numa técnica, e o problema não pode ser situado numa técnica, mas encarado em conjunto.

Aliás, à Igreja, quer dizer, portanto, à moral, interessam muito menos os actos individuais, mas o que interessa, sobretudo, é a personalidade, se quisermos chamar-lhe assim, a orientação da vida e o sentido da vida do próprio indivíduo. Da vida, aquilo que importa para nós, e portanto o que importa para Deus, é a realização do indivíduo total, a própria expansão e desenvolvimento deste indivíduo total; é a orientação, o sentido que este mesmo indivíduo dá à sua própria vida e isto tem muito mais valor do que os actos que na vida desse mesmo indivíduo possam existir e mesmo até, por razões várias, de falha e de fraqueza, por exemplo. Refiro-me a um caso que não foi aqui posto, mas sobre o qual se pronunciou o Santo Offício, e eu ponho só a afirmação do Santo Offício, a uma pergunta que lhe era feita: o caso do coito interrompido, mas por manifestação de amor, e sem a preocupação de que se não chegasse ao Orgasmo, com essa mesma preocupação. O Santo Offício deu uma resposta muito breve sobre o problema, dizendo que não se poderia responder genericamente, porque dependeria a resposta do temperamento das pessoas e de cada país, de cada uma das pessoas. Não o condenava, mesmo que, e agora aqui já não é o Santo Offício mas o moralista que afirma: o moralista que hoje em dia é um dos maiores e de renome mundial, o padre *Helling*, falando sobre este mesmo problema, pronunciou-se da seguinte maneira: Num caso destes, em que se trata de mais uma manifestação dessa mesma caridade, desse mesmo amor, desta elevação de vida a que chega o próprio acto conjugal, que é interrompido não para que se dê o orgasmo, extra o acto, não para que se dê, mas se porventura extra a vontade de cada um, do homem, mais facilmente ou da mulher e depois se possar dar o orgasmo alguma vez, perguntava o padre *Helling*: Nós poderemos dizer que este homem pecou? E o padre *Helling* afirmava: não, não pecou.

Porque em relação ao tal conjunto de vida não é um acto em si mesmo apenas, não é uma circunstância que se põe nesse mesmo momento; é o conjunto das coisas. E uma continência periódica também; agora passando a referir-me à continência periódica, nós teremos de dizer a mesma coisa: a continência periódica faz parte de uma vida, do mesmo modo que ela faz parte do conjunto da vida. É um aspecto do conjunto da vida, e é dentro deste conjunto todo, e duma vida que está elevada e que está elevada para Deus, e é dentro deste mesmo conjunto que nós teremos de a

situar. Este problema não se pode pôr apenas em termos técnicos: se até aqui é pecado, e depois já não é pecado. Não se trata de pôr o problema assim. Trata-se de que possam o homem e a mulher contribuir para a elevação de cada um, cada um contribuir para a santificação do outro, e os dois para a realização na sociedade da sua missão de família.

A propósito disto, eu diria ainda que, respondendo a uma pergunta que não foi feita aqui, mas antes da discussão, que a missão do casal é uma missão dentro da Igreja; o casal tem uma missão própria dessa Igreja, uma missão apostólica dentro da Igreja, uma missão missionária dentro da Igreja, uma missão missionária que começa já em cada um dos cônjuges de um para com o outro, dos dois para com os filhos da família em ordem ao resto da Igreja, em ordem à sociedade inteira. E é sempre neste conjunto que nós devemos situar o problema da continência periódica, como o de qualquer outro método que se possa estar a usar e não apenas na técnica.

*Um dos presentes* (cujo nome não foi gravado):

— Fui eu quem, fez, por escrito, as perguntas que o sr. presidente afirmou serem de um não católico. Pois considero-me católico; fui sempre católico. Não obstante ser católico, não ignoro os problemas que se põem à consciência dos católicos, como também não deixo de pôr o problema da moral perante os fenómenos da vida social.

A primeira pergunta que eu fiz foi: «o que é que dizia a moral perante o uso dos preservativos».

Claro que eu, como católico, não deixo de verificar que não há só a moral católica, que há outras morais. A moral é a consciência do indivíduo. Portanto, surgindo várias morais, entre as quais a moral católica, e se a moral é acima de tudo aquilo que está concernente com a natureza humana, eu acho que todo o fenómeno que vá directo e ataque os fundamentos da natureza humana (aí é que se deve situar toda a moral) vai contra a natureza, e isso será imoral. O que, a meu ver, não ataca os fundamentos e as premissas em que assenta a natureza humana parece-me que não é imoral.

Se há teólogos católicos que atacam o uso desses preservativos químicos e mecânicos, há outros que, realmente, põem a pergunta, e que não encontram uma resposta muito viável. Sob o ponto de vista da Medicina, há grande controvérsia em relação a estes problemas. Felizmente, nós encontramos grandes cientistas que têm tratado desses assuntos, especialmente no campo da psiquiatria, nomeadamente o Prof. Egas Moniz. É certo que, quando escreveu o livro «A vida sexual», parece que não trilhava bem os caminhos do catolicismo; mas, no entanto, os problemas que ele expõe são problemas prementes, como o dos métodos anticoncepcionais. Verificamos que um dos problemas que se põem com grande acuidade à consciência dos católicos é precisamente esse.

Os católicos que utilizam o método

dos espaçamentos das relações sexuais verificam, muitas vezes, que não têm possibilidade de se permitirem uma procriação numerosa. Vários factores atraem os casais; depois, surge o problema cíclico, digamos. Mesmo numa mulher com o ciclo certo, por exemplo 27/28, esse ciclo nem sempre é regular; pode haver uma variação de 25, 30, 31, o ciclo nem sempre apresenta aquela regularidade de 27, 28, 29. Portanto, havendo uma variação do ciclo, há sempre depois o risco na ovulação. A ovulação pode ser mais para o décimo nono, pode ser ao décimo primeiro ou segundo, digamos, ou pode ser mais tarde, e, portanto, a ovulação pode divergir; se o ciclo da ovulação não é certo, mesmo em ciclo certo, quer dizer, que a continência não pode dizer, se é uma variante do próprio ciclo, restringir-se a dois ou três dias, mas tem que se estender até aos 10 dias.

Se um casal não quer correr o risco, a continência tem, portanto, que ser alongada; não pode ser apenas uma continência de 3, 4, 5, 6, 7 dias; portanto, uma continência de 7 dias seria uma continência insuficiente porque o casal, com certeza, correria o risco de ver aumentada a prole e às vezes com grandes riscos sociais da própria moralidade familiar. Portanto, eu penso que, acima de tudo, se deve pôr a própria moral, a própria moral da família. A família é um núcleo que deve estar acima de tudo e se o casal tem como missão a concepção de filhos, eu penso que, acima de tudo, deve estar em mente no casal a concepção dos filhos.

Não se trata, portanto, aqui, de criar, como se diz, por exemplo, nas províncias, Deus é que os cria, mas, em princípio, tem de se pensar, realmente, em educá-los, em criá-los.

Esse era o primeiro problema que eu punha, e portanto parece-me que o problema continua válido. Como católico, tenho direito de o formular. Parece-me que não vai contra a minha fé, portanto, contra a religião católica.

A segunda, se é pecado ou não.

Eu conheço católicos, principalmente nos meios menos evoluídos, que, talvez por ignorância, praticam certos actos condenados pela moral católica e frequentam os sacramentos. Inclusivamente, um acto que está muito em uso nas províncias é o coito interrompido e, como tal, parece situar-se, porque se a Igreja realmente condena o uso dos preservativos químicos e mecânicos, igualmente deverá condenar esse processo. E é um processo muito em uso nas províncias. Não sei qual é o ponto de vista que o clero costuma adoptar nesse aspecto; não sei se é preferível fechar os olhos, portanto, mas o certo é que realmente os casais usam muito esse processo e frequentam os sacramentos. Ignorância?

Nos meios mais evoluídos, nomeadamente nos meios urbanos, nós verificámos que entre os produtos que mais se vendem no mercado estão os produtos anticoncepcionais, quer químicos quer mecânicos. E não são só os não católicos que os compram.

Há uma grande variedade destes produtos que se vendem nas farmácias, como V. Ex.as certamente sabem e conhecem. V. Ex.as sabem bem que se

# esucos



**Quando a ansiedade  
domina  
o quadro clínico**

**Indicações**  
Ansiedade e angústia  
Neuroses  
Distonias neurovegetativas

**Apresentação**

Comprimidos: frascos de 25 e 100 a 10 mg

Supositórios: caixa de 6 a 20 mg

Xarope: frasco de 150 ml a 1‰

**Representantes:**

NEO-FARMACÊUTICA, LDA.  
Av. 5 de Outubro, 21 - LISBOA - 1  
R. Sá da Bandeira, 605, 2.º - PORTO



**DIVISÃO FARMACÊUTICA**  
Bruxelas                      Bélgica

vendem estes produtos químicos e mecânicos.

Portanto, por um lado, a necessidade de evitar os filhos, por outro lado, o problema que se põe perante a moral católica, faz com que muitos católicos, embora não renegando a sua fé, prefiram seguir o caminho de diminuir o número de filhos.

A respeito da terceira pergunta, que é de aspecto médico, propriamente de psiquiatria, parece-me que a Ciência Médica, a respeito da continência periódica, considera que ela pode criar climas emocionais de neurastenia, que são, por vezes, graves.

*Presidente:*

— Tive muito gosto em ouvi-lo e devo dizer-lhe que errei o meu diagnóstico quanto à primeira parte, dizendo que estas perguntas não eram feitas por um católico. Aliás, a culpa talvez não tenha sido muita, e vou justificar-me.

Afirmo também que se tratava de observação sincera. E acho que nessa parte o meu diagnóstico está inteiramente certo.

Felicito-o pela coragem que revela ao pôr publicamente as suas dúvidas de uma maneira tão clara.

Supus que não se tratava de um católico que formulava estas perguntas porquanto a primeira pergunta: «que diz a moral» — é certo que não diz a moral católica, mas, na segunda, os católicos... os católicos... era legítimo pensar que a pessoa se encontrava numa posição diferente. Entretanto, na segunda pergunta: «os católicos que recorrem a estes processos técnicos»... bem vê, eu tenho que concluir que uma pessoa que faz perguntas pode ser um católico, julgar-se um católico. Não critico de maneira nenhuma a sua posição. Mas é natural que um católico saiba que usar anticoncepcionais que frustram a validade do acto é pecado mortal.

Desculpe. A única conclusão a que eu poderia chegar era esta. Agora, quando trata de expor dois problemas diferentes, um problema de ordem médica e um problema de ordem moral, admite que a finalidade do matrimónio é a procriação. Ora, isso não é verdade. A finalidade do matrimónio é a aproximação de dois seres, que procuram aperfeiçoar-se, procriar e educar os filhos. Trata-se de um sacramento. Não é praticamente um acto biológico, que tenha transcendência muito mais alta; portanto, a procriação deve completar-se na educação dos filhos.

Criam-se problemas muito sérios. E é por isso mesmo que estamos aqui para procurar o bom caminho. Não podemos discutir — não temos tempo para isso — este problema numa base diferente; procuraremos aqui uma solução que possa vir a ser adoptada pela Igreja, e estamos a procurar encontrar um fundamento fisiológico, discutindo os aspectos médicos, fundamentos e razões de ordem especial, etc.. Procuramos uma solução, mas uma solução católica. Uma solução que possa ser aceite pela Igreja, que ainda não se comprometeu, e suponho que não se comprometerá. Portanto,

não há dúvida de que todos estes métodos preservativos, químicos ou mecânicos, são condenados pela Igreja, e não conheço nenhum teólogo católico que aceite ou tenha aceitado o uso destes meios, que considero ilícitos. Se me citasse o nome eu agradecia.

Acabou de dizer que havia católicos, teólogos católicos que aceitavam os métodos. Não conheço. Conhece algum? Católico? Teólogo? Também não acrescentou católico?... Mas disse, desculpe.

Portanto, não conhece, nem era possível.

Aceita, portanto, que não conhece nenhum teólogo responsável? Não conhece?

A Igreja considera um pecado, e um pecado mortal. Portanto, estamos de acordo.

Quanto àquelas razões que invocou, podem criar problemas. Sem dúvida nenhuma: problemas gravíssimos. Hoje talvez esse um dos factores mais importantes que afastam os casais da Igreja, e se nós encontrarmos uma solução para esse casais, provavelmente iremos aliviar muitas consciências. É certo que o problema é difícil. Não há dúvida. A ciência não se pode realmente pronunciar ainda definitivamente, embora tenhamos já uma longa experiência, como disse há pouco o Dr. Meleiro de Sousa. Mas a Igreja é tão exigente nesta matéria, que quer mais elementos. Pede a comissões de peritos, pede-nos a nós que nos reunamos para trocarmos as impressões e apresentarmos imediatas conclusões, que possam ser enviadas. E, com certeza, um dia decidirá.

Desculpe, posso responder-lhe, já que confunde católico com Igreja. Um católico pode pecar, ser católico não é sinónimo de ser perfeito. E esses que assim procedem são maus católicos.

Não pode acusar os católicos de serem eles a comprarem, a fazer ou a proceder desta ou daquela maneira. É lamentável que assim se conduzam, não é verdade?

E desculpe, mas não podemos ir mais longe neste campo.

#### «BIRTH-CONTROL» NO PLANO SOCIAL

*Rev.º padre Silva e Sousa:*

É evidente que a regulação da natalidade tem aplicações muito grandes sob o ponto de vista demográfico. Não serão as principais no plano moral e no plano deontológico. Acima de tudo está, como foi aqui bem acentuado, para a Igreja, para o católico, a implicação, no próprio casal, quer dizer, na união dos dois, como um ser só que se eleva para Deus. Mas é evidente — e sobretudo nos últimos tempos a Igreja tem tomado consciência cada vez maior disso e tem posto o mundo perante essa mesma consciência — que as implicações demográficas, das quais se foi Malthus, como se disse aqui,

o primeiro a levantar, honestamente, só depois é que foi desviado o normal malthusianismo, a levantar honestamente o problema, essas interpretações têm sido apontadas, mormente nas Encíclicas.

Recordo o que disse o falecido e saudoso Papa João XXIII, que levantou o problema realmente com uma autoridade extraordinária.

A distribuição de alimentos pelo mundo é, como se sabe, muitíssimo irregular; há, portanto, em primeiro lugar, que pôr perante a consciência de todos os homens a proximidade de todos, «ama ao próximo como a ti mesmo»... o próximo. Perguntaram a Cristo qual era o próximo. Ora, essa resposta no mundo moderno deve dar-se com a maior latitude. O nosso próximo é aquele que está o mais afastado possível, como é aquele que está o mais próximo possível. Os meios modernos de comunicação têm-nos posto perante um mundo cada vez mais pequeno. É da nossa responsabilidade pessoal a fome na Índia, a fome na China, a fome na África, a fome na América do Sul. Todas as fomes são da nossa responsabilidade. Portanto, se o homem sentir, como todos os homens, essa responsabilidade, ele fará tudo que for possível. E a Igreja tem posto esse problema com toda a acuidade. Fará tudo o que for possível, para que a distribuição dos alimentos não seja tão irregular.

Sabe-se que as estatísticas mostram que o índice do bem-estar calculado pela distribuição do número de calorías é tão irregular que só é realmente óptimo nos países chamados desenvolvidos. Também os técnicos das Nações Unidas, também os técnicos dessas organizações internacionais (nomeadamente a FAO), já afirmaram que, se todos os alimentos produzidos no mundo fossem distribuídos equitativamente, a fome não existiria. Portanto, pergunta-se:

Por que é que se continuam a destruir alimentos, por que é que não continuamos, todos, a praticar a caridade, uma caridade ensinada por Cristo?

É evidente que não se pode apenas pedir a regulação da natalidade, mesmo pelos métodos lícitos, mesmo atendendo a essa finalidade lícita; não se pode pedir a ela a resolução do problema. Isso seria uma ilusão, mormente porque este aumento de natalidade é realmente trágico e é verdadeiramente trágico nos países subdesenvolvidos, que, como se disse, não têm mentalidade para aprenderem tudo aquilo que estamos aqui a dizer.

Portanto, a entrada em execução destes métodos é muito difícil nesses países, é muito difícil por ignorância das populações.

Mas deixem-me acabar o meu pensamento. Há-de ser da conjugação de uma caridade cada vez mais activa, sob o ponto de vista social, que este grande ensinamento, contido nas Encíclicas com o estudo da latitude dos métodos que deveremos pôr em prática, que se há-de, com certeza, resolver este problema e, naturalmente, ele há-de vir de esperança na caridade, e esperança até em Deus, que está por cima de tudo. Quando se vê a questão sob o ponto de vista demográfico, devemos lembrar o que disse João XXIII: «não é com esses métodos



# BALCORTIL-C



## EXTRACTO CÓRTICO SUPRARRENAL COM ÁCIDO ASCÓRBICO

INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL,  
ASTENIA DOS CONVALESCENTES,  
DOENÇAS INFECCIOSAS,  
HIPOTENSÃO

CAIXAS DE 5 AMPOLAS DE 2 c.c.



**FARMOQUÍMICA BALDACC**  
**LISBOA**

que se vai resolver totalmente o problema demográfico» e certamente.

A Igreja tem, perante si, desde o princípio, desde a sua instituição na Terra, as forças infernais. Mas elas não prevalecerão, como diz o Evangelho, contra ela. Portanto, a Igreja não se furta às dificuldades. Ai de nós se a Igreja fosse uma Igreja de vida fácil. Não o pode ser, sobretudo, nos nossos tempos.

A Igreja é activa, a Igreja é e chama o homem justamente à caridade activa. Temos de viver, como eu já há pouco disse, em unísono com as dificuldades de todos os homens em todos os continentes, em todas as cores e onde quer que seja, de qualquer latitude. Esta é que é a posição do homem: a caridade. Como hoje aqui foi dito, a caridade é a mais cristã das virtudes. «Deus caritas est». Esta é talvez a consubstanciação mais perfeita da doutrina católica. Realmente, se há alguma novidade, muita gente especula com a novidade da posição da Igreja nestes últimos tempos; se há alguma novidade, é a insistência com que os últimos papas têm chamado a consciência dos católicos para o problema social em todo o mundo. Isso ninguém o pode negar. Portanto, não há facilidades; o que há é um propósito firme de enfrentar as dificuldades. Se elas fossem fáceis de resolver, não estaríamos aqui.

#### *Pergunta:*

Dá-me licença que faça só uns leves comentários às suas observações? Um é de carácter prático, outro é de carácter hipotético, como aquele que pôs. Pergunto se é, realmente, possível termos a ilusão de que com o problema da regulação da natalidade se resolveria todo este aspecto que acabou de focar. Também é ilusão pensarmos que, com o advento dos antibióticos, se tenham resolvido completamente todos os problemas das infecções.

Segundo problema quero tratar. Foi um indivíduo que desenvolveu justamente o problema todo da anovulação, e, na prática clínica, ele foi convidado pelo primeiro-ministro da União Indiana, para ir lá fazer grandes campanhas subsidiadas pelo Governo indiano e pelo Governo americano, no sentido de se reduzir a natalidade. Devo dizer que ele e uma equipa da Federação Americana de Paternidade Planeada. Estiveram alguns meses na Índia e não conseguiram sequer resolver o problema à custa da anovulação, nem com nada. Isto, aliás, vem em reforço do seu ponto de vista: certos meios estão realmente tão subdesenvolvidos que é impossível conseguirem-se êxitos com qualquer sistema, desde os mais simples. Mas daí a nós realmente tornarmos isso num aspecto negativo e num aspecto não construtivo, como aquele que pretendemos dar justamente a esta reunião, parece-me que vai uma distância muito grande.

Não há dúvida que nós temos consciência de que os problemas não se resolvem pelo facto de estarmos a pensar em resolvê-los. Não se resolvem imediatamente. Têm de ser duma estruturação da consciencialização dos problemas, que, realmente, numa geração, em duas, em

três, em dez, em vinte, em cinquenta, o que for necessário, eles se podem resolver. Realmente, seria óptimo resolver teoricamente a coisa toda de um dia para o outro. Mas é impossível. E, portanto, o problema deve debater-se, se bem que na prática tenha as suas justificações. Realmente, não tem possibilidade de ser mais resolvido, talvez porque nesse aspecto não há possibilidade de avançarmos mais.

#### *Presidente:*

Há muitas perguntas aqui para responder e é difícil na verdade dar satisfação a todas elas. Em todo o caso, o sr. Dr. Silva e Sousa, englobando aqui várias perguntas, vai fazer algumas considerações.

#### *Rev.º padre Silva e Sousa:*

— Estão aqui várias perguntas de carácter sociológico, relacionadas de algum modo também com a moral, embora mais de carácter sociológico.

Eu posso responder de algum modo como sociólogo, digamos, às perguntas, dizendo uma palavra, depois, sobre o aspecto moral.

Não esqueçamos de que sociólogo é aquele que se limita a fazer verificações e entrega os resultados das investigações e verificações a quem deve resolver esses mesmos problemas. Ao sociólogo não compete resolver esses problemas. Compete-lhe averiguar, investigar e mostrar a quem de direito a resolução desses problemas.

Isto vem a propósito, exactamente, deste quadro que é um quadro demográfico mas sociológico; vem a propósito das várias perguntas que fazem aqui, relacionadas mais ou menos com esse aspecto dos países economicamente mais desenvolvidos, dum modo particular dos países nórdicos, a limitação da natalidade, que foi onde se começou a realizar. A limitação da natalidade começou a procurar solucionar-se por este processo, nos países escandinavos, enquanto que a outras regiões e outros países subdesenvolvidos ainda não chegou.

Ao sociólogo compete, de facto, verificar que o processo de diminuição de natalidade, sem discutir agora se por processos lícitos ou ilícitos, será sempre aplicado nas chamadas camadas mais elevadas. Mas das camadas mais elevadas, culturalmente e economicamente. Não apenas economicamente, porque o problema também não se situa só no campo económico. Económico e cultural, na medida em que aumenta ou cresce a cultura média dum povo, esse mesmo povo ganha capacidade extraordinária na solução dos seus próprios problemas, na medida em que é possível, através duma doutrinação como através de todos os processos de divulgação, mostrar a esse mesmo povo, cuja cultura média atingiu determinado grau, mostrar-lhe as vantagens e os inconvenientes de processos os mais variados em todos os campos. Consta isto, portanto, do aspecto cultural. No aspecto económico, ainda temos de concordar que a falta de nível económico ou dum padrão de vida económica razoável é uma das causas do aumento da natalidade ou duma natalidade muito

fértil. Isto em parte explica-se. Enquanto que a vida dessa gente consiste ou está inserida entre o trabalho, a casa e a taberna, nas outras camadas, a vida está muitíssimo mais dispersa por variadíssimos aspectos. Têm outras preocupações, mas também têm outras compensações. Inclusivamente, a própria cultura e o aspecto económico ajudam o indivíduo a encontrar-se cada vez mais como pessoa. E, por isso mesmo, a ser capaz de um domínio maior de si mesmo e sobre si mesmo.

Ora, se a continência periódica exige um domínio, exige uma ascese, quanto maior for a cultura, quanto maior for o nível do padrão de vida, mais possibilidades o indivíduo tem de poder dominar-se a si mesmo e exercer, portanto, a própria continência periódica. Quanto menor ela for, menos o indivíduo está capaz de tudo isto, porque mais está sujeito aos seus próprios instintos. E daí o aspecto. É uma das explicações que a sociologia dá para demonstrar exactamente esse facto.

A baixa da natalidade dá-se à medida que se eleva o nível de cultura e também o nível de padrão de vida, mas principalmente o nível de cultura dos povos. O mundo inteiro não está nessa situação, porque ainda lá não chegaram todos esses processos.

Dentro disto, é que há o que estamos aqui a fazer; é um trabalho com finalidade própria; os outros métodos de socialização dos processos económicos de solidariedade no mundo inteiro; tudo isso ultrapassa o colóquio que nós estamos aqui a fazer, ultrapassa portanto o nosso âmbito. Outro colóquio sobre problemas económicos poderia levar-nos até aí.

É preciso viver-se numa assembleia como cristãos. Nós não estamos cá só para a salvação da nossa alma. Aqueles que não são católicos que me perdoem falar de histórias da carochinha, que para nós não o são, mas estamos cá para a implantação do reino de Deus.

Venha a nós o vosso reino; é nosso dever colaborar-mos nele. É assim que salvaremos a nossa alma. Quando nos preocupamos com os problemas dos nossos vizinhos e da nossa família estamos a encarar os aspectos pessoais; nunca nos devemos esquecer deste aspecto mais transcendente da nossa presença na Terra, da colaboração activa, na vinda a nós do reino de Deus.

A melhor forma de apostolado é na infância, na própria família. A melhor forma de colaborar na cristianização está em famílias cristãs numerosas; isto é preciso ter-se coragem para se dizer aqui nesta assembleia. É um dever, é um dever para com a Santa Madre Igreja pela nossa mensagem de cristãos, fazer uma nova geração de cristãos mais numerosa. A Holanda vai sendo um país católico, porque os católicos não limitam a natalidade. A América do Norte está a caminhar para o catolicismo, porque os irlandeses católicos e os italianos católicos não limitam a natalidade como os outros na mesma proporção. Pode haver fome. A Igreja tem muita pena dos que morrem de fome, mas o reino de Deus fica depois dessa hecatombe.

O que é preciso é que haja muitos católicos na altura em que se morre de fome, sobretudo, que nos sobreviventes haja muitos católicos.

A chave de um novo e  
prometedor princípio  
terapêutico

# BONIFEN

(PIRITIOXINA)

- Favorece o metabolismo cerebral
- Aumenta o poder de concentração e a capacidade de atenção
- Elimina os estados de fadiga e de falência nervosa
- Regula o ritmo sono-vigília
- Melhora os sintomas involutivos, arterioescleróticos, pós-traumáticos e pós-encefalíticos

*EMerck*  
DARMSTADT

Representantes:

Merck Portuguesa, Limitada

Rua das Pretas, 26

Lisboa - 2

INTERNATO

A cerimónia da posse do primeiro grupo de internos do Hospital de S. João deu lugar a afirmações que importa comentar.

Grave-se em primeiro lugar o aplauso sincero pelo passo dado; o internato é bem inestimável que importa sublinhar.

De seguida, anote-se a primeira afirmação digna de reparo: não ter o Hospital ainda um quadro médico estabelecido. Vive-se, assim, naquele provisório-definitivo que é marca de tanta incongruência e matéria de tanto mal. Na verdade, quem há-de querer prender-se, sacrificar-se, sem que em contrapartida se lhe confira o direito de saber qual a lei em que vai viver, quais as obrigações que em definitivo lhe incumbem, quais as perspectivas que se lhe abrem?

Sem quadro ainda... após tão largo tempo de vivência do Hospital?...

★

Também ali se afirmou não haver disponibilidades para remuneração condigna dos médicos. E nesta carência se pretendeu filiar certa condescendência quanto à sua permanência intramuros.

Velha pecha esta.

Talvez fosse de aplicar aqui o não menos velho adágio de que quem não tem dinheiro não tem vícios...

★

Mas como não parece que a mesma bitola se use e as mesmas carências se apontem quando se trata de remunerar os servidores não médicos, talvez seja preferível indagar-se se não haverá por aí generalizada a ideia de que os médicos são espíritos angélicos que não sentem as necessidades que a posse de um corpo impõe...

★

E se querem resposta, indaguem qual o sentido da curva que nos últimos tempos traduz a frequência das Faculdades de Medicina...

★

Ainda naquele acto solene — e significativo — se fizeram referências a um full-time hospitalar cuja

falta seria causa de desperdício funcional de um tão complexo núcleo hospitalar. Sem discutir aqui tal necessidade — primeiro passo para uma total funcionalização dos médicos hospitalares — apetece perguntar:

— pensou-se já no custo real desse full-time, se quisermos que ele seja mais do que nova ocasião para condescendências que as baixas remunerações tornam inevitá-

veis por corresponderem à «revolta dos factos contra as leis»?

Pensou-se já que o full-time do médico impõe uma orquestração funcional — e funcionante — de todo um muito vasto complexo de auxiliares de toda a natureza e categoria que pesa ainda orçamentalmente muito mais do que uma mesma justa e condigna remuneração dos médicos?

★

Pensou-se já que o acréscimo de horas de trabalho médico não é proporcional ao volume de doentes atendidos? Ou pensar-se-á que os pós-operatórios são mais curtos, as urgências menos graves, as cicatrizações mais rápidas, as recuperações mais prontas, pelo facto de o médico estar ali presente mais horas em cada dia?

★

Pensou-se já em tudo o que falta para se chegar a um full-time efectivamente útil?

★

Mas, afinal, o que se procura no full-time? A moda de outros, tão diferentes em formação como em espírito? A imitação dos que se nos apontam parece que só por serem mais ricos do que nós?

★

O que se procura afinal?

Aquele acréscimo de desumanização da Medicina resultante do hipertecnicismo que precisamente esses meios estrangeiros não cesam de apontar?

Aquele acréscimo das dificuldades de articulação da medicina hospitalar e da clínica privada que já os ingleses do N.H.S. tanto sentem e está em risco de cindir em duas a nossa profissão?

Aquela funcionalização de que precisamente um universitário francês ainda recentemente escrevia «não ter sentido senão quando torna mais frutuosa a tarefa de um escol» mas ser «intrinsecamente perversa se nivelasse e domesticasse o corpo médico hospitalar»?

★

O que se procura afinal?

«Full-time» no nível daquelas remunerações que os próprios res-

UNISEDIL®

Registo n.º 1041 na Direcção-Geral de Saúde (Dec. 41448)

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



LABORATÓRIOS LAQUIFA

RUA APRÍGIO MAFRA, 2  
LISBOA 5

Delegação no Norte  
RUA GUEDES DE AZEVEDO, 199  
PORTO

# DELVEX<sup>®</sup>

**Bial**

COMPRIMIDOS

**PODEROSO E INÓCUO ANALGÉSICO NÃO NARCÓTICO**

COMPOSIÇÃO

Citrato de Etoeptazina . . . . .	75 mg
Ácido acetilossalicílico . . . . .	325 mg

Por comprimido

A potência do DELVEX, no ponto de vista analgésico é igual à da associação do Ácido acetilossalicílico com um narcótico (codeína).

INDICAÇÕES

- DORES NAS AFECÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS**  
(reumatismos, artrites, miosotís, fibrosites, etc.)
- CEFALALGIAS. ODONTALGIAS. DISMENORREIA.**
- NEURALGIAS. NEVRITES. DORES PÓS-OPERATÓRIAS**  
**E PÓS-PARTO**

## «S. NICOLAU» — REPOUSO E TRATAMENTO



A única Casa de Saúde de Coimbra e do centro do País especializada para receber doentes nervosos e mentais

Novo pavilhão de repouso em construção

Acceptação a qualquer hora em 1.ª, 2.ª e 3.ª classes

Estrada de Tovim — Tel. 22233

COIMBRA

Todos os modernos tratamentos (elétricos, insulina, curas de desintoxicação, curas de sono, etc.) em ambiente adequado sem aspecto hospitalar.

Direcção Clínica:

PROF. DR. L. A. DUARTE-SANTOS

ponsáveis hospitalares reconhecem publicamente não ser condigna? Ou teremos nós afinal — agora que tudo se conjuga, no dizer de outro alto responsável hospitalar, para que o médico de amanhã tenha o lugar que merece dentro da dignidade e da elevação da sua profissão, aquelas condições óptimas de um hospital-clínica, hotel confortável no qual os melhores cuidados seriam dispensados nas melhores condições pelo escolar médico, a exemplo de certos hospitais-modelo dos E. Unidos» tal como o exige, para que o full-time se justifique, o Prof. Tolot, da Faculdade de Medicina de Lyon?

★

Tantas interrogações quantas as declarações produzidas; e não menor número de reticências.

★

Uma afirmação clara, todavia: «o médico de hoje, tendo ao seu serviço todos os valores da técnica moderna, não pode deixar de ter no seu pensamento a ideia de que não é nos corredores nem entre resmas de papel que se cuida dos doentes, mas sim no diálogo simples entre o médico e o doente, à sua cabeceira, auscultando os seus pensamentos e observando-o com caridade».

★

Afirmação clara, límpida, serena, de quem sabe o que é ser médico e o que é autêntica Medicina.

M. M.

PODE DISCUTIR-SE  
O «BIRTH-CONTROL»?

COM o título acima, publicou a prestigiosa revista «Informations Catholiques Internationales» (n.º de 1 do corrente) o seguinte, que transcrevemos com a devida vénia:

«Logo que regressou a Inglaterra, do Consistório, o cardeal Heenan, arcebispo de Westminster, foi interrogado pelos jornalistas a respeito do debate sobre o

«birth control», assunto que é muito discutido no país. Dois jovens padres ingleses tinham sofrido, recentemente, sanções aplicadas pelas autoridades eclesásticas, devido às suas declarações com respeito a esse assunto. O cardeal evitou pronunciar-se sobre ele, mas disse aos jornalistas que o Papa pedia que se puzesse termo à discussão pública sobre o delicado problema do controle da natalidade.

No dia seguinte, contudo, na sua primeira conferência de imprensa, o cardeal precisava que o pedido do Papa não era recente. Aludia à declaração feita por Paulo VI, em Junho último, quando anunciou a criação duma comissão especial encarregada de estudar toda a questão do «birth-control». Levado a ser ainda mais preciso, o cardeal disse que pensava que o Papa desejava que os Bispos, que são os únicos que falam com autoridade em nome da Igreja, não fizessem mais declarações a esse respeito. Assim, acrescentava o cardeal, a hierarquia conformar-se-ia com o desejo do Papa não se pronunciando, sobretudo, a respeito do livro americano Contraception et sainteté que deve aparecer em breve.

No próprio dia em que a televisão britânica retransmitia esta conferência de imprensa do cardeal Heenan, um dos seus programas oferecia também uma intervenção de mons. Roberts sobre o «birth-control». É impossível, declarava nessa ocasião o antigo arcebispo de Bombaim, que um tal assunto não seja discutido. Garanto que o Papa entende que não deve haver declaração oficial pública sobre a contracepção».

Com efeito, depois das declarações do cardeal Heenan, persistia um mal-entendido. Um jornal católico irlandês, geralmente pouco audacioso, Catholic Standard (12 de Março) escrevia: «Diz-se que o Santo Padre pedia o silêncio sobre assuntos tão discutidos como o «birth-control». Não conhecemos nenhum texto que justifique tal opinião. Não compreendemos que um jornal católico possa, neste momento, furtar-se ao seu dever perante a Igreja e perante os seus leitores guardando silêncio (...). Onde é que os católicos podem encontrar

a verdade no que lêem ou vêem diariamente, se a imprensa católica guardar silêncio? E invocar o «direito de informação» de que fala Pacem in terris.

«Neste momento...», precisa o jornal. Quero dizer então que todo o país fala do assunto referente aos dois jovens padres castigados.

Trata-se do p. McMahon e do abade Cocker. O primeiro queria, dizia ele, provocar «uma livre discussão» na Igreja sobre o «birth-control». Para isso, escreveu a 19 de Fevereiro um artigo no Birmingham Post, que lhe valeu ter sido afastado. O abade Cocker, que tinha escrito no mesmo sentido cartas que foram publicadas no hebdomadário Tablet, apoia o seu colega numa declaração a uma agência de Liverpool, que pôs logo de alarme toda a imprensa, a rádio e a televisão. A seguir, o seu bispo retirou-lhe o direito de exercer publicamente o seu ministério.

O R. D. McMahon pertence à Sociedade do Verbo Divino. Foi chamado a Roma pelos seus superiores, que, num comunicado, fizeram saber que as teses que ele expunha não eram as da sua Sociedade; que o seu artigo tinha sido publicado sem autorização superior, nem da autoridade diocesana; que o p. McMahon, que tem apenas vinte e cinco anos, só tem um ano de sacerdócio sem experiência pastoral, nenhuma competência teológica, nem específica; «quando publicou o seu artigo, ensinava geografia e matemática num pequeno seminário».

Quanto ao abade Cocker, tem vinte e seis anos e era vigário duma paróquia na ilha de Wight. O seu vigário-geral, mons. Mullarkey, explicou que o que ele defendia não estava conforme com o ensino oficial da Igreja e que tinha sido afastado do seu ministério até que defendia uma doutrina melhor.

Assim, pela terceira vez no decorrer destes últimos anos, o silêncio caiu na Igreja católica, na Grã-Bretanha. Quando o Dr. Biezaneck, médico católico, abriu em Londres uma clínica de planning familiar, foi excluído dos sacramentos. Quando, no último ano, mons. Roberts reabriu o dossier do controle dos nascimentos, a autoridade hierárquica inglesa cobriu a sua voz.

E hoje dois jovens padres são chamados à disciplina.

Escreveu o p. McMahon: «A Igreja não se pronunciou. Os que falaram constituíam um pequeno número, e no vértice. Não perguntaram à Igreja o que ela pensava. Para que a Igreja fale, é necessário haver discussão. Que uma tal discussão nunca foi permitida (...). A autoridade superior oficial da Igreja decretou que a contracepção é sempre um mal. Será assim? É o que eu nego. Os homens e as mulheres não são apenas máquinas ou animais (...). Fui levado a pensar que não somente é possível que os católicos utilizem os contraceptivos, mas que têm o direito de os usarem».

Últimos períodos:

«A discussão não parece dever encerrar-se. Aliás, a questão não preocupa apenas os católicos e alguns desejariam que ela não fosse discutida somente entre eles. Assim, o órgão da Igreja Metodista da Grã-Bretanha, The Methodist Recorder, diz que «deseja que os católicos tenham, também, amplas consultas ecumênicas».

## ECOS DA IMPRENSA LEIGA

### A IGREJA CATÓLICA E A LIMITAÇÃO DA NATALIDADE

Paulo VI espera «indicações sem ambiguidades» da comissão de estudo

Do jornal «Le Monde» (31-3-1965):

O segredo que pesava sobre os trabalhos da comissão encarregada por Paulo VI de estudar o problema da limitação da natalidade foi parcialmente revelado segunda-feira.

Com efeito, por um lado, publicou-se um comunicado sobre os trabalhos da quarta sessão desta comissão, que prosseguiram em Roma, desde quinta-feira. Por outro lado, tornou-se público o texto do discurso pronunciado em francês pelo Papa, quando recebeu sábado os membros da comissão.

Vamos transcrever o essencial.

É verdade que estes textos não fornecem nenhuma indicação sobre as soluções práticas a que poderiam chegar as actuais investigações e quando estas tiverem terminado a comissão contentar-se-á em apresentar uma informação e recomendações ao Papa, a quem ficarão reservadas as decisões. Deve ser, aliás, redigido esta semana um primeiro «compte rendu» definitivo, no fim da presente sessão — indica um comunicado.

No entanto, já se conhece o espírito com que o Papa quis que a comissão trabalhasse.

Primeiro, não se tratava de serem suficientemente vagas as declarações e encorajamentos para os bons católicos; espera-se da Igreja «indicações sem ambi-

guidades», sublinha Paulo VI. E é urgente dá-las, repete várias vezes, mesmo que seja preciso dar tempo para «amadurecer o que deve amadurecer».

Por outro lado, como vários padres tinham feito no concílio quando este problema foi discutido, Paulo VI tem o cuidado de situar os problemas técnicos postos ao casal à luz do amor conjugal e do amor dos pais pelos filhos. Tal perspectiva, sem autorizar a escolha de não importa que meios, permite determinar se alguns dentre eles, que não têm valor moral em si, podem adquirir um, conforme são ou não empregados ao serviço do amor e da vida. É com esta condição que os membros da comissão preconizam a autorização de usar, em certos casos, pastilhas que suspendem momentaneamente a fecundidade.

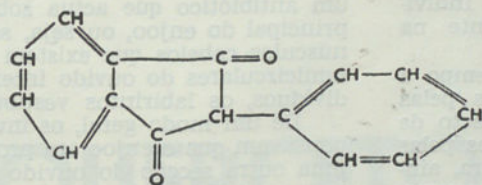
Não é nesta evolução da mentalidade cristã em face do casamento — devida em grande parte aos movimentos de espiritualidade conjugal que se têm desenvolvido desde há umas dezenas de anos — que se devem procurar estes «aprofundamentos» de que Paulo VI espera «o anúncio de soluções para problemas que hoje parecem tão complicados para se resolverem»?

E, por fim — e é talvez o que é mais novo — Paulo VI não limita o problema ao comportamento do casal e às suas implicações morais; evoca igualmente os «problemas económicos e sociais» que a expansão demográfica provoca. No seio da comissão há especialistas destes problemas e representantes dos países superpovoados do globo, que ajudam os teólogos e os moralistas a não os esquecerem.

Se ainda é muito cedo para imaginar quais as soluções práticas que a comissão

# DINEVAN

fenindiona



- adequado para produzir um efeito anticoagulante de longa duração
- sem efeito acumulativo
- acção diária consistente

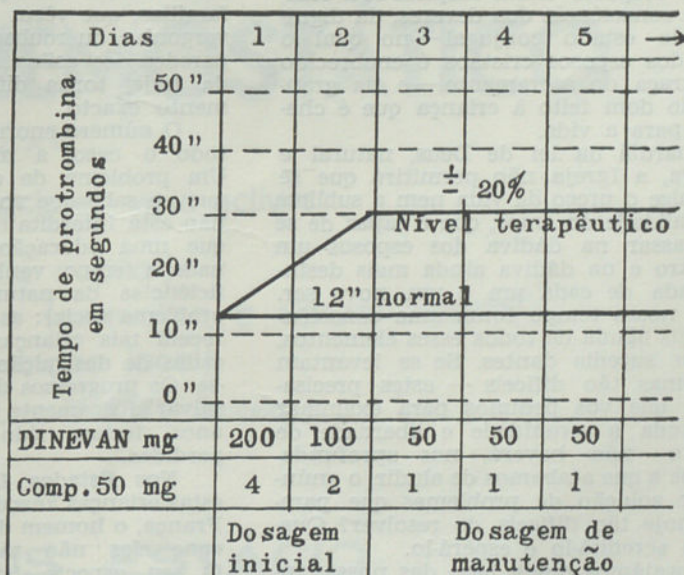
#### Indicações:

Profilaxia e tratamento: angina pectoris, cirurgia vascular, trombose coronária, trombose venosa, embolia pulmonar, trombose mesentérica e da retina e outras condições trombo embólicas.

Anticoagulante preferido para uma acção rápida por via oral.



### Esquema de tratamento





AMATUS LUSITANUS

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

*Simples  
e  
Tetra*

SUPOSITÓRIOS

# RECTÓFEBRYL

## ANTIGRIPIAL POLIVALENTE

Amigdalites, Bronquites, Faringites, Estados febris, etc.

de estudo vai preconizar, é preciso sublinhar a importância e a lealdade da investigação e da reflexão iniciadas pela Igreja Católica num domínio em que, até agora, estas posições constituíam um obstáculo entre ela e muitos homens de boa-vontade, assim como uma causa de inquietação dolorosa para numerosos fiéis seus.

Depois de ter agradecido, felicitado e encorajado aqueles que aceitaram estudar na comissão especial que criou «um problema que apasiona a opinião mundial, como preocupa justamente os esposos e os seus pastores», Paulo VI declarou:

«Compreende-se que a viva consciência que tendes da necessidade de deixar amadurecer certos problemas vos imponha um alongamento dos estudos. Mas pedimo-vos com insistência que não percais de vista a urgência numa situação que pede à Igreja e à suprema autoridade indicações sem ambigüidade. Não podemos deixar a consciência dos homens exposta às incertezas que hoje, demasiadas vezes, impedem a vida conjugal de se expandir conforme o desígnio do Senhor. De mais, além dos problemas tão prementes do casal põem-se também outros problemas económicos e sociais que a Igreja não pode desprezar.

Tais são, queridos filhos, os planos em que se situa a vossa investigação: por um lado, um melhor conhecimento das leis fisiológicas, dos dados psicológicos e médicos, dos movimentos demográficos e das convulsões sociais; por outro, e sobretudo, o plano da luz superior que projectam sobre estes factos os dados da fé e do ensino tradicional da Igreja. Como uma mãe atenta, a Igreja tem, com efeito, em todas as épocas, a preocupação de dar uma resposta adaptada aos grandes problemas que os homens formulam...

No caso presente, o problema pode-se resumir assim: de que forma e segundo que normas os esposos devem executar, no exercício do seu amor mútuo, o serviço de vida a que os chama a sua vocação? A resposta cristã inspirar-se-á sempre na consciência dos deveres, da dignidade do estado conjugal — no qual o amor dos esposos cristãos é enobrecido pela graça do sacramento — e da grandeza do dom feito à criança que é chamada para a vida.

Guardiã da lei de Deus, natural e positiva, a Igreja não permitirá que se minimize o preço da vida nem a sublime originalidade do amor, que é capaz de se ultrapassar na dádiva dos esposos um ao outro e na dádiva ainda mais desinteressada de cada um a um novo ser.

O nosso tempo toma uma consciência mais aguda de todos esses elementos, do que sucedia dantes. Se se levantam problemas tão difíceis — estes precisamente que vos pedimos para examinar com toda a serenidade e liberdade de espírito — não haverá, nos aprofundamentos a que acabamos de aludir, o anúncio de solução de problemas que parecem hoje tão difíceis de resolver? Queremos acreditá-lo e esperá-lo.

Desejamos que a base das nossas investigações seja ampla e as diversas correntes do pensamento teológico melhor representadas, que os países

que experimentam graves dificuldades no plano sociológico possam fazer ouvir as suas vozes entre vós, que os laicos e particularmente os pais, tenham os seus representantes qualificados num empreendimento tão grave.

Eis-nos agora comprometidos numa nova e decisiva fase dos nossos trabalhos. Temos confiança em que sabereis prosseguir até ao fim, com coragem. Dizíamos ainda agora: o problema é demasiado importante, as incertezas de alguns são excessivamente dolorosas, para que vós não sintais a urgência da caridade para todos aqueles a quem devemos uma resposta. Esperamos que os vossos trabalhos nos forneçam os elementos.

Aplicai-vos, pois, com todo o coração, à tarefa, deixai amadurecer o que deve amadurecer, mas escutai a angústia de tantas almas e trabalhai com diligência, sem medo da crítica nem das dificuldades. Estais ao serviço da Igreja e do vigário de Jesus Cristo».

### AS CRIANÇAS DA SOMBRA

Com o título acima, publicou recentemente o diário parisiense «Le Monde» um artigo, de Michel Legris, cuja primeira parte transcrevemos a seguir:

«As crianças de hoje serão os adultos de amanhã. Esta evidência esconde, contudo, uma cruel realidade: entre os novos que conta a França, avalia-se geralmente em quase 500 000 o número daqueles a quem a natureza não permitirá que sejam completamente adultos. Só, com respeito a esses, considera-se que representam o terço do conjunto das «crianças inadaptadas» (doentes, delinquentes, etc.) — que se calcula serem 1 400 000 no país. Estes jovens débeis mentais não devem ser confundidos com os doentes mentais. As suas faculdades não foram abolidas: o que sucede é que não são desenvolvidas. O espírito, nestes indivíduos, não mergulhou bruscamente na noite: ficou na sombra...

A sombra, aliás, foi muito tempo a sorte destas crianças, escondidas pelas famílias, que vêem neles um objecto de vergonha, ou roubados aos olhares pelas paredes dos asilos... E esta sombra, ainda hoje, torna difícil o seu recenseamento exacto.

O número enorme que se cita dá, em todo o caso, a medida do problema. Um problema de ordem humana, pois que se sabe que aos deficientes mentais não está interdita toda a evolução desde que uma educação especial, proporcionada a tempo, venha substituir-se às deficiências da natureza. E também um problema social: as famílias em que aparecem tais crianças são famílias ameaçadas de destruição. E elas multiplicam-se. Os progressos da Medicina permitem salvar fisicamente vidas que, há vinte anos, teriam sido consideradas como perdidas.

Nos Estados Unidos, chamam-se a estas crianças «exceptional children». Em França, o homem da rua limita-se a dizer «que eles não são como os outros». O seu aspecto físico, bastantes vezes, chama a atenção para essas crianças: lábios inchados como os mongólicos abertos a um sorriso discreto, olhares apaga-

dos, face desproporcionada ou assimétrica... Contudo, estes estigmas não se verificam sempre: às vezes, um belo rapaz, um verdadeiro rapazinho, é, também, débil... Porque estas crianças «que não são como as outras» não são semelhantes umas às outras. Cada uma delas representa um caso particular. A norma igualiza, mas o que se afasta dela, para baixo como para cima, individualiza... Além disso, há uma hierarquia na deficiência: o débil leve, o débil médio e o débil profundo.

Contudo, uma espécie de revolução se levou a efeito no decurso dos últimos anos, a propósito destas crianças que a classificação médica qualificava, antigamente, segundo os casos, de imbecis, de cretinos ou de idiotas. De futuro, admite-se que, tão baixo que seja o seu nível, estes deserdados são sempre educáveis».

### A MEDICINA ESPACIAL CONTRIBUIU PARA A CURA DO ENJOO DAQUELES QUE VIAJAM PELOS COMUNS MEIOS DE TRANSPORTE

Do «Diário de Lisboa», de 5-3-65:

NOVA IORQUE, 5 — (R.) — A medicina espacial contribuiu, de certo modo, para a cura do enjoo de que tantos sofrem, quando viajam de automóvel, de avião ou de barco. Com efeito, num relatório à sociedade médica do estado de Nova Iorque acerca dos benefícios da medicina espacial e da aviação à medicina geral, o Dr. Eugene Konecci, do Conselho Nacional da Aeronáutica e do Espaço, resumiu as investigações levadas a cabo na escola de medicina naval de Florida, e que, segundo se espera, contribuirão para uma certa cura do enjoo provocado pelo movimento.

Julga-se que a cura é provocada por um antibiótico que actua sobre a causa principal do enjoo, ou seja, sobre os minúsculos cabelos que existem nos canais semicirculares do ouvido interno dos indivíduos, os labirintos vestibulares.

De um modo geral, os investigadores pensavam que o enjoo era provocado por uma outra secção do ouvido interno, ou seja, o otolito, pois o balanço e o movimento e as suas perturbações provocariam enjoo de movimento. Mas os investigadores da Marinha afirmam, agora, que verificaram que quando os minúsculos cabelos do labirinto vestibular são submetidos aos factores básicos de estimulação, como os causados pelo movimento dos navios ou dos veículos, sinais falsos passam para o cérebro, o qual reage com o enjoo.

O Dr. Ashton Graybiel, chefe dos investigadores navais da Florida, disse a um jornalista que a estreptomocina impediria o enjoo do movimento, em macacos, por meio do adormecimento dos órgãos dentro do ouvido interno. Uma dose grande de mais, porém, poderá prejudicar de modo irreparável o ouvido interno. Fazem-se agora estudos circunstanciados para determinar a dosagem precisa a tomar sem perigo para o utente.

De um modo geral, usam-se hoje em dia tranquilizantes para impedir o enjoo quando em viagem.



# A MEDICINA EM S. BENTO

(Continuação do número anterior)

O Orador:—Nenhuma das cidades universitárias se encontra, no campo da assistência à criança doente e no da preparação pediátrica dos médicos, na situação que existe em Coimbra. As deficiências neste sector são verdadeiramente deploráveis e eu dispenso-me de justificar perante a Câmara esta dolorosa afirmação. Desde 1946 que venho pugnando, por várias formas, pela instalação, em Coimbra, de uma instituição destinada a assistir à criança doente. Quem, como eu, através das consultas externas e por outras vias, tem vivido o problema angustioso da criança portadora de doença grave e sem possibilidades da sua hospitalização conveniente, não pode deixar de lutar pela solução deste delicado problema. E a solução pode obter-se pela cedência, pelo aluguer ou pela compra de uma casa capaz de servir para tal fim, enquanto se não edifica o hospital infantil, cuja construção esta Câmara votou ao aprovar a lei a que me referi. Aqui fica novo apelo, para o qual espero conseguir a atenção e a boa vontade de

S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro da Saúde e Assistência.

E não é só Coimbra a reclamar uma mais perfeita assistência médica à criança doente. Todo o País carece dela. Contamos, em Portugal, com o Hospital de D. Estefânia, o Hospital Particular de Maria Pia, as enfermarias dos Hospitais Escolares de Lisboa e Porto, a do hospital de Braga e pouco mais. Pois a Espanha, aqui ao lado, já em 1962 tinha 22 hospitais infantis, com um total de 1 339 camas, e em 1960 o número de crianças hospitalizadas foi de 9 947.

Sr. Presidente: Abordo, assim, um problema sanitário das mais graves consequências na vida do País—o da mortalidade infantil.

É considerado um problema sério em todos os países e para a sua solução se têm congregado os estadistas, os pediatras e os sanitaristas. Dessa acção têm resultado por toda a parte reduções espectaculares das suas taxas, particularmente nos últimos vinte anos, em consequência dos progressos da ciência pediátrica, de uma mais perfeita assistência infantil,

de um aumento de nível de vida, da difusão da educação sanitária, da preparação de novos produtos dietéticos e da descoberta de novas drogas.

Entre nós, porém, a baixa tem sido de uma lentidão confrangedora, não raras vezes perturbada por novas ascensões da curva que a representa.

Além disso, ela continua a ser a mais alta dos diversos países da Europa ocidental.

Urge criar condições para modificar, em extensão e profundidade, o nosso actual estado de coisas, criando condições de assistência hospitalar conveniente à criança doente e dando ao Instituto Maternal os meios de que carece para alargar e intensificar a sua acção. Os dispensários que foram incluídos no Plano Intercalar de Fomento estão longe de satisfazer as nossas necessidades no campo da assistência materno-infantil. As dotações orçamentais são exíguas e não permitem o recrutamento de pessoal indispensável ao alargamento da acção que se torna urgente promover.

## HEPAR-BÊ-DOZE

INJECTÁVEL

Extracto espleno-hepático concentrado, vitamina B<sub>12</sub> e outros factores do Complexo B  
Normal e Extra-Forte  
(15 e 30 unidades U.S.P. por ampola)

CÁPSULAS

Extracto gastro-hepático, ferro, cobalto, cobre, ácido fólico, vitamina C, vitamina B<sub>12</sub> e outros factores do Complexo B

XAROPE

Amino-ácidos essenciais, extracto gastro-hepático, ferro, cobalto, fósforo, vitamina B<sub>12</sub> e outros factores do Complexo B

Antianémicos de efeitos seguros

## QUERCETOL HEMOSTÁTICO

AMPOLAS

Hemostático não coagulante com 3 factores vaso-activos:

Quercetina (corrige a fragilidade capilar)  
Semicarbazona do adrenocromo (normaliza a contractilidade)  
Serotonina (provoca a vasoconstricção local).

(Preparado sob licença dos Lab. FERRER—Barcelona)

LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO

Aqui, no continente, temos zonas onde as taxas da mortalidade infantil têm expressão dolorosamente elevada. Os distritos de Vila Real, do Porto e de Bragança têm taxas de mortalidade infantil que se mantêm ainda acima dos 100 por 1 000 nados-vivos, muito acima do dobro das de Santarém, Leiria, Évora, Coimbra e Castelo Branco e mesmo superiores às dos distritos da Madeira e dos Açores (salvo Angra do Heroísmo). Carecemos de intensificar a campanha naqueles distritos e particularmente nos concelhos de Vila Nova de Gaia, de Valongo, de Matosinhos, de Gondomar, da Maia e de Vila do Conde, nos quais essas taxas atingem valores que desde há muitas dezenas de anos se não registam na Europa ocidental.

O Porto, tal como Lisboa, tem necessidade urgente de uma nova maternidade que seja a um tempo hospital para partos e centro de formação de pessoal — de organização de cursos para pós-graduados, de formação de especialistas e de preparação técnica de enfermeiras.

Os terrenos abandonados, que comprometem a estética de uma cidade e a higiene de uma maternidade, ali mesmo ao lado da Maternidade de Júlio Dinis, no Porto, parecem tê-lo sido para desafiar o interesse dos nossos governantes a dar-lhes o destino que devem ter — o de servir para a implantação da nova maternidade de que o Porto carece e que, acoplada com a actual, faria um conjunto de 400 camas. Com isso se resolveria o problema da assistência à maternidade naquela cidade e nos concelhos limítrofes, cuja população anda por 800 000 habitantes, onde se registam cerca de 30 000 partos e onde a mortalidade infantil e a neonatal são tão elevadas.

Além disso, parece-me mais que justificado repetir naquela cidade e nos concelhos limítrofes o plano-piloto de assistência materno-infantil que está em curso nas ilhas adjacentes, com as alterações que as condições especiais desta região e desta população impuserem. Igual medida deverá ser tomada, logo que possível, para os distritos de Vila Real e Bragança.

O Instituto Maternal tem demonstrado também ali, em larga e bem alicerçada experiência, a sua capacidade técnica para resolver o problema das nossas taxas de mortalidade infantil. O plano foi visitado, em regime de inspecção, por técnicos nacionais e pelo representante da Organização Mundial da Saúde para os problemas da maternidade e da infância, o Dr. Metropp. Os relatórios publicados dão conta da excelente organização do serviço e as estatísticas que deles constam, no que se refere ao número progressivamente crescente de assistidos e à contínua redução das taxas de mortalidade infantil, são bem significativos. E não só o volume, mas também a «qualidade» da assistência prestada merece ser destacada.

Os estudos que têm vindo a ser realizados no campo da virulogia, da bacteriologia e da serologia, de colaboração com o pessoal do Instituto de Ricardo Jorge, como preparação para a campanha de vacinação antípólio e para o mais perfeito conhecimento sanitário daquelas populações, merecem o nosso mais inteiro aplauso.

Infelizmente, não vemos que as dotações orçamentais sejam suficientemente reforçadas de modo a aperfeiçoar e a atender os trabalhos deste plano-piloto e a permitir que se alarguem a certas zonas do continente planos de acção semelhante. As respeitantes a 1961 e 1962 foram de 40 000 contos em cada ano e as de 1963 beneficiaram de um insignificante reforço de 1 000 contos! Com tais dotações, como poderão alargar-se e intensificar-se os serviços? Como poderão reduzir-se a taxa vergonhosamente alta dos partos sem assistência, a da mortalidade materna e a da mortalidade infantil? Urge, na verdade, que o Governo conceda

a este sector os meios financeiros de que carece para atingir tais fins.

Ao lado do problema materno-infantil coloco o da tuberculose.

Aqui a atitude governamental, no que toca a verbas, tem sido diferente. As verbas consignadas à luta antituberculosa, que andavam pelos 40 000 contos em 1950, foram subindo ao longo dos anos, para atingirem mais de 167 000 contos em 1963.

O Governo compreendeu a necessidade deste esforço, verificou a capacidade dos serviços para realizar a campanha que se impunha e tem acompanhado com visível interesse os resultados obtidos.

Sobre o que tem sido a orientação dessa campanha e os seus resultados todos os anos tenho fornecido à Câmara os elementos indispensáveis à sua apreciação. Os progressos continuam a acentuar-se de ano para ano. Como já o temos afirmado, torna-se necessário não só manterem-se como até reforçarem-se as dotações para o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos para se poder fazer a renovação do material de radiofoto e do de transporte, que se encontra velho e gasto, cujas reparações são de grande vulto e envolvem paralisações da campanha, e para se poderem melhorar as condições em que decorre o trabalho e, mais do que isso, para poder reter, admitir e preparar o pessoal indispensável à prossecução da luta.

Os serviços especializados do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos carecem de pessoal técnico especializado, cuja especialização o próprio Instituto deve promover, e necessitam de pessoal que permaneça largos anos na instituição.

Uma e outra coisa só podem conseguir-se com o alargamento dos quadros, o estabelecimento de carreiras e uma melhor remuneração. Porque a remuneração do pessoal é muito baixa e porque a falta de garantias de melhores condições futuras é quase nula, assiste-se à fuga dos melhores elementos para outros serviços e até para serviços do mesmo Ministério, onde umas e outras condições são muito mais vantajosas!

O pessoal das nossas brigadas do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, cujo trabalho intenso está amplamente demonstrado, nunca conseguiu ser remunerado como o é outro que já aqui referi e que depende da Direcção-Geral de Saúde.

Os médicos do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, onde se verificam verdadeiras e honrosas dedicações, são mal remunerados, quer em relação à qualidade do serviço que prestam, quer ao número de horas que a ele consagram, quer às necessidades da hora presente.

O sr. Proença Duarte: — V. Ex.<sup>a</sup> dá-me licença?

O Orador: — Faz obséquio.

O sr. Proença Duarte: — Há realmente casos, nesse aspecto, absolutamente lamentáveis. O director que tem a seu cargo os serviços do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos ganha apenas 1 900\$00.

O Orador: — Muito obrigado. Eu já lá vou.

Pausa.

O Orador: — Os médicos estagiários e os médicos auxiliares de dispensário, com obrigação de três horas de serviço diário, ganham 1 000\$00, portanto menos que o contínuo; os directores de dispensário, com cinco períodos semanais de cinco horas de serviço, não vão além de 2 000\$00 e os assistentes dos sanatórios, gente que tem sete anos de estudos uni-

versitários, mais três a cinco de especialização e que é obrigada a seis horas de trabalho diário, com o risco que se sabe, recebem vencimentos que estão entre 2 900\$00 e 3 600\$00! Qualquer detentor de habilitações correspondentes ao 5.º ano dos liceus que possa exercer funções de segundo ou primeiro-oficial de qualquer repartição tem vencimentos destes. E o que respeita aos médicos aplica-se também a alguns outros funcionários.

Como é que, em tais condições, havemos de nos admirar de não podermos recrutar médicos para as brigadas e para os dispensários, de ficarem desertos os nossos concursos e de desertarem certos funcionários para as empresas particulares e para novos serviços públicos?

E como é que podemos atrair para a especialização os médicos de que necessitamos? Que garantias lhes oferecemos?

A situação é cada vez mais delicada e reclama a devida e urgente atenção do Governo.

E o que se diz da tuberculose pode aplicar-se a todos os outros sectores da nossa assistência. Sem pessoal técnico bem preparado e justamente remunerado nunca poderá, nem na tuberculose, nem em qualquer outro sector, haver serviço de Saúde Pública sério e eficiente.

Sr. Presidente: O nosso delicado problema sanitário não diz respeito somente a nós — tem repercussão internacional.

Intencionalmente, recorro a palavra justa e castiça de Ricardo Jorge, no seu estudo sobre Pasteur, há mais de 40 anos:

Este desprezo pelo progresso higiénico, se nos lesa da raia para dentro, desdoira-nos da raia para fora.

E disse ainda:

Cada nação terá de dar conta às outras dos males que as acometem e dos processos por que os julga e previne; em matéria de higiene, deixou cada um de ser rei em sua casa, que os vizinhos querem asseada e sã e com telhados de vidro.

Não quero abandonar esta tribuna sem reafirmar a minha convicção de que temos homens e de que temos meios para dar solução conveniente a todos estes problemas que aqui foquei e a muitos outros que nem sequer citei para me manter dentro do tempo regulamentar; enfim, para tornarmos a nossa casa asseada e sã e não só com telhados, mas também com paredes de vidro.

Tenho viva esperança de que, uma vez estruturado o Ministério, se abrirão novos rumos à sanidade nacional; de que o Ministério das Corporações há-de entrar em franca cooperação com o da Saúde e de que o Ministério das Finanças, tal como o tem feito para a tuberculose, não deixará de fornecer aos demais sectores do Ministério da Saúde os meios financeiros indispensáveis ao alargamento e aperfeiçoamento dos serviços; à justa remuneração do pessoal; à execução dos planos de medicina preventiva, de educação sanitária, de reforma do ensino médico, de especialização médica, de preparação de enfermeiras, de assistência aos diminuídos físicos, psíquicos e sensoriais; ao estabelecimento das carreiras médicas; à melhoria do nível da organização e funcionamento dos nossos hospitais, enfim, à execução de um amplo e moderno programa de política da saúde.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

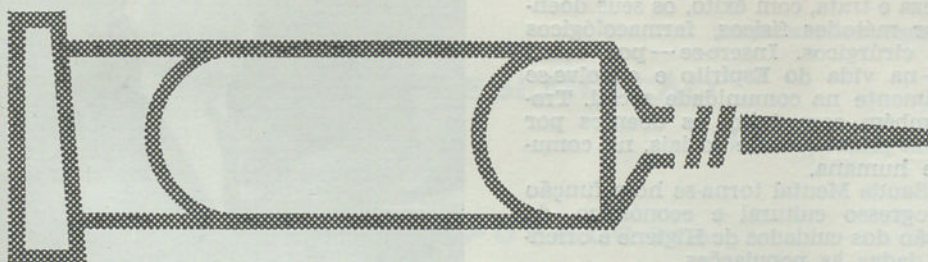
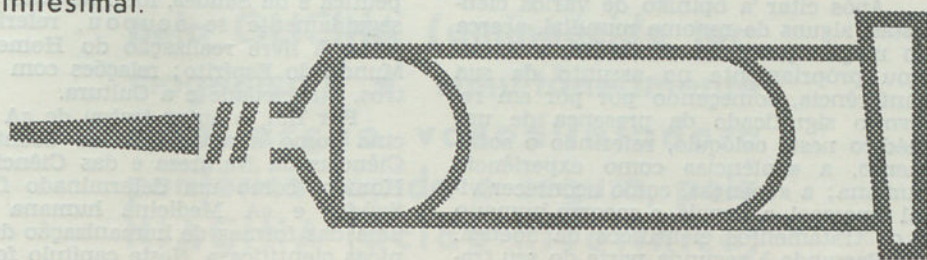
O orador foi muito cumprimentado.



# SYNALAR

(Acetonido de Fluocinolona Syntex) Pomada

Dermosteroide activo em concentração tópica infinitesimal.



# SYNALAR-N

(Acetonido de Fluocinolona Syntex + Neomicina) Pomada

Nas dermatoses infectadas

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



## LISBOA

### IMAGEM DO MUNDO E PROBLEMAS DO HOMEM

Promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian, está a decorrer um ciclo de conferências a propósito de «Imagem do Mundo e Problemas do Homem». Integrada nesse ciclo, o Prof. Barahona Fernandes proferiu no dia 1, no auditório daquela Fundação, uma conferência intitulada «Ciências e Medicina Humana».

Após citar a opinião de vários cientistas, alguns de renome mundial, acerca do magno problema da Saúde, o A. entrou pròpriamente no assunto da sua conferência, começando por pôr em relevo o significado da presença de um médico neste colóquio, referindo o sofrimento, a «dolência» como experiência humana; a «doença», como acontecer vital e pessoal, e, depois, o socorro humano e os tratamentos científicos da doença.

Passando à segunda parte do seu trabalho, falou do «médico» como humanista fundamentado nas Ciências, Tratou, então, dos órgãos doentes e a pessoa do enfermo e a pessoa doente; a relação dual, o encontra médico-doente e finalmente desenvolveu o tema: «Tratar a doença e cuidar, liberar o Homem doente».

Ocupou-se, mais adiante, «Do «médico de família» às modernas clínicas tecnificadas». E focou então: «A psicoterapia da época romântica. O advento do positivismo naturalista e os progressos da Medicina»; «Acções técnicas e intuições personalistas da clínica tradicional. Influências da «era industrial» na Medicina»; «Satisfações e vicissitudes de um doente em busca de diagnóstico e terapêutica numa clínica planificada até à automação»; e «Falha de personalização dos dados científicos. A doença coisificada Neurose e simulação. Técnicas psocológicas».

Prosseguindo, referiu-se à «pretensa desumanização e desalienação do Homem pela Ciência» e «superção do dilema Espírito «versus» Ciência. «Sentido humano do conhecer, poder e agir» do médico».

O A. ocupou-se, seguidamente, de «Os alegados materialismo e utilitarismo dos médicos; da antítese espiritualista; da doença de «não poder estar doente» de Müller-Eckart; e de «a camada do Ser espiritual em Medicina. Suas relações com a Mente e a Vida», «Outras antíteses à especialização e organicismo mecanicista. Holismo e Pan-psicogenia. Biodinâmica e Psicodinâmica; e a chamada «Medicina psicossomática», foram outros problemas tratados pelo Prof. Barahona Fernandes.

Noutro passo do seu trabalho o conferencista tratou de «A ideia do Homem na Medicina actual», desenvolvendo o assunto nos seus vários aspectos como: «Prologómenos de uma Antropologia médica. «Homo patiens». Os homúnculos reflexológico, cibernético, instintivo-inconsciente, factorial, etc.; «ponto de vista convergente» e Organização globalizante, mas estruturada e hierárquica, da «Personalidade em situação»; exemplos de aplicação à Patologia e à Terapêutica; e «A clínica como aplicação ideográfica das diferentes Ciências ao Homem doente».

Na sequência das suas considerações, falou da «Estrutura da Personalidade e imagens do Mundo» e a propósito da «Psicopatologia» das Mundividências; de o Mundo do Homem esquizofrénico, epiléptico e outros tipos de «alienação»; e depois de «A loucura e o Mundo actual».

«Valor e sentido da doença e terapêutica e da Saúde», foi o assunto de que seguidamente se ocupou, referindo-se então à livre realização do Homem no Mundo do Espírito; relações com os outros, a sociedade e a Cultura.

Por fim, o autor tratou de «A Medicina como a adequação ao doente das Ciências da Natureza e das Ciências do Homem como um determinado fim: a Saúde» e «A Medicina humana como uma das formas de humanização das técnicas científicas». Neste capítulo focou o médico como propiciador orquestral das Ciências ao serviço da saúde do Homem; o médico como homem em encontros terapêuticos com o doente e ainda à necessidade de uma propedêutica antropológica no estudo da Medicina (e outras disciplinas como aplicações) técnicas ao nível universitário.

A ilustrar o seu trabalho, o Prof. Barahona Fernandes, falando do ramo da ciência em que é especialista, disse:

«A Psiquiatria é uma disciplina médica que assumiu uma posição singular. Participa—por um lado—de todos os progressos da neurofisiologia, da bioquímica e de todas as outras ciências da Natureza e trata, com êxito, os seus doentes por métodos físicos, farmacológicos e até cirúrgicos. Insere-se—por outro lado—na vida do Espírito e envolve-se intimamente na comunidade social. Trata, também com êxito, os doentes por métodos psicológicos e sociais, na comunidade humana.

A Saúde Mental torna-se hoje função do progresso cultural e económico, da extensão dos cuidados de Higiene e orientação dadas às populações.

A «loucura» radica pois no cérebro e exprime-se num modo de ser alterado da Pessoa. Abarca a Mente e o Espírito e influi no encontro e na comunicação com os outros e com o Mundo.

As anomalias e perversões da personalidade repercutem-se no contexto familiar grupal e comunitário e podem subverter os valores e as normas.

Em todos estes territórios—no âmbito das «Ciências da Natureza» e das «Ciências do Espírito» ou, melhor, nas «Ciências do Homem»—se processam rápidos progressos, tanto no «conhecimento teórico» como nas técnicas e na sua aplicação pragmática.

A terminar, o Prof. Barahona Fernandes fez um apelo a todos os homens cultos, aos cultores das Ciências da Natureza e aos cultores das Ciências do Espírito para que formem uma frente humana que tenda à saúde integral do homem e isto porque não se trata agora, porém, sòmente, de conhecer o «Homem e o seu Mundo», grande obra sempre incompleta. Trata-se de uma finalidade pragmática—alcançar a sua «Saúde»—por intervenção de uma lei ética—o desejo o «Bem da Saúde», em toda a sua

amplitude—incidindo, pela Higiene, no curso do determinismo da vida, das motivações mentais, da criação fluída do Espírito.

Para alcançar esta finalidade é necessário um acto do nosso próprio Espírito —a decisão de «compreender e de formar o Homem» no seu próprio interesse, o qual, bem realizado, é o interesse efectivo da Sociedade. Não basta, como vimos, agir no plano orgânico e vital. Se alguma coisa distingue a Higiene humana da Higiene «veterinária», é a necessidade e a possibilidade de acção sobre a Mente e sobre o Espírito. Realizá-la, no sentido da Saúde, é alcançar um primeiro «valor humano» — o passo necessário para outros e mais altos valores, no sentido da plena floração da existência pessoal—no sentido de alcançar uma melhor realização humana da Cultura».

### INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

A convite do Instituto Português de Oncologia, proferiu ali uma conferência, no passado dia 1, o Dr. Perloff, director do Serviço de Ginecologia Endócrina do Hospital Alberto Einstein, de Filadélfia.

Fez a apresentação do conferencista, salientando o seu renome mundialmente conhecido e respeitado, o Prof. Lima Basto, director do I.P.O.



O Dr. Perloff num momento da sua conferência

Perante numeroso auditório, o Dr. Perloff falou do «Síndrome de Stein-Lavalenthal», trabalho em que abordou o problema do ovário multiquístico, referindo os meios de cada diagnóstico, a sintomatologia e cada um dos tipos daquelas doenças, desenvolvendo, por fim, pormenorizadamente, as perspectivas terapêuticas com base nos corticosteróides.

**NAS DEFICIÊNCIAS  
DE CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA**

# GERILIQUIDO

proporciona calor de radiação e uma vasodilatação prolongada, pela GLICINA (aminoácido termogénico) e simultaneamente uma acção vasodilatadora periférica rápida e segura, pela NIACINA (ácido nicotínico)

*L* abside  
laboratories

## INDICAÇÕES:

Arteriosclerose obliterante, Doença de Buerger, Síndrome pós-flebite, Tromboflebite crónica, Cútitis marmórea, Alterações do tipo Raynaud e outras manifestações vasospásticas.

## APRESENTAÇÃO

FRASCO DE 120 ml.

## POSOLOGIA

1 ou 2 colheres das de chá 3 vezes ao dia, antes das refeições.

## RÉPRESENTANTE

**UNIFA**

LISBOA - Trav. das Pedras Negras, 1 (Apartado 2065)

PORTO - Rua do Bolhão, 192-6.º (Apartado 268)

CORIZA ESPASMÓDICA ▼ ASMA BRÔNQUICA ▼ URTICÁRIA ▼ EDEMA DE QUINCKE



# ASMOTON

COMPRIMIDOS

Associação Medicamentosa Modificadora do Terreno Alérgico

## Fórmula:

Cloridrato de Efedrina . . .	0,04 grs.
Cloridrato de Papaverina . . .	0 01 »
Sulfato de Atropina . . .	0,0001 »
Luminal Cálcico . . . . .	0,017 »
Excipiente . . . . .	q. b. p. 1 comprimido

## ACIDENTES TERAPÊUTICOS E FACTORES INDIVIDUAIS

— uma conferência  
do Prof. Marcel Guillot

A convite do Instituto Francês em Portugal, veio a Lisboa o Prof. Marcel Guillot, catedrático da Faculdade de Farmácia de Paris, membro da Academia Francesa de Farmácia e da Academia Francesa de Medicina e presidente da Sociedade Francesa de Técnicas Farmacêuticas, que proferiu, no passado dia 31, na sala dos Actos da Reitoria da Universidade de Lisboa, uma conferência sobre «Acidentes terapêuticos e factores individuais».

Apresentado pelo Prof. Almeida Ribeiro, da Escola Superior de Farmácia,



O Prof. Marcel Guillot num momento da sua conferência

no domínio dos acidentes que se produzem em consequência dos efeitos secundários de vários tratamentos e focou o seu carácter imprevisível, o que acarreta a necessidade da maior cautela, enquanto os nossos conhecimentos sobre as glândulas endócrinas não estiverem mais desenvolvidos.

A lição assistiram o director da Escola de Farmácia de Lisboa e o Dr. Robert Brechon, director do Instituto Francês em Portugal, assim como muitos professores e estudantes, que não regatearam os seus aplausos ao distinto conferencista.

## ACADEMIA DAS CIÊNCIAS

Sob a presidência do Prof. Amorim Ferreira, secretariado pelo Prof. Pereira Forjaz, reuniu-se no dia 1 a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, tendo o Prof. Maximino Correia apresentado uma comunicação intitulada «Garcia d'Orta e a Anatomia: a citação de Vesálio», trabalho que dedicou à memória do anatomista Prof. Hernâni Monteiro.

Começando por lembrar o 4.º centenário da publicação dos «Colóquios dos Simples», devidamente comemorado pela Academia das Ciências, e a passagem, mais recente, do 4.º centenário da morte do insigne anatomista André Vesálio, o autor acentuou que pela análise dos «Colóquios» e pela época em que Garcia d'Orta fez os seus estudos médicos temos de concluir que a cultura anatómica de naturalista, apesar do apreço demonstrado pela Anatomia e das qualidades de morfologista que possuía, era ainda decaída nos velhos moldes arábico-galénicos.

A citação de Vesálio não se refere à obra que o immortalizou «De Humani Corporis Fabrica», mas a um assunto de matéria médica que consta da carta sobre o uso da raiz da China.

No entanto, esta carta tem também largo conteúdo anatómico.

Apresentou vários factos em relação com a vida dos dois sábios e a intervenção de Clusius nas suas biografias.

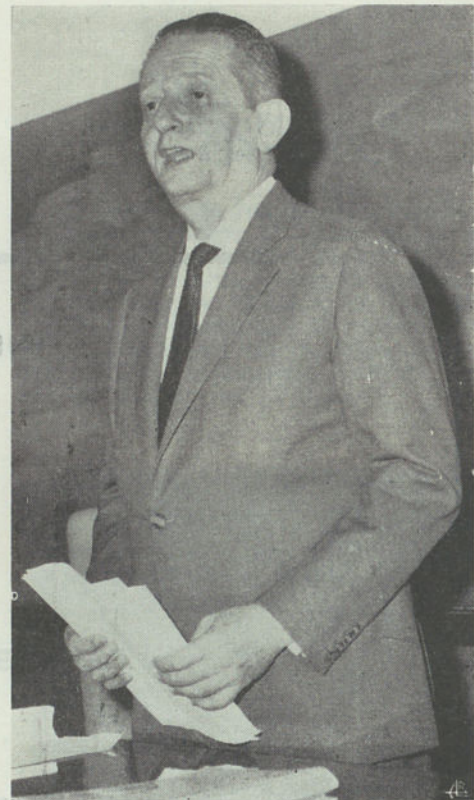
O trabalho do Prof. Maximino Correia foi comentado com muito elogio pelos Profs. Toscano Rico e Vítor Fontes.

## INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL

Em continuação de um plano de cooperação em funcionamento desde 1961, firmado entre o Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil e

o Instituto de Medicina Tropical, veio a Lisboa o Prof. Paulo Góis, director daquele Instituto brasileiro e decano da referida Universidade, que proferiu duas conferências no I.M.T.

Assim, no dia 31, o Prof. Paulo Góis falou dos «Aspectos actuais das arboviroses no Brasil», começando por afirmar que as arboviroses são doenças que per-



O Prof. Paulo Góis no momento de uma das suas conferências

sistem em ciclos naturais em que artrópodos transportam vírus constantemente, mantendo-os na Natureza. «Se o homem — disse —, na sua acção civilizadora, desbrava terras virgens, pode tornar-se presa desses agentes e desenvolver doenças por vezes graves».

O Prof. Paulo Góis relatou depois minuciosamente os estudos feitos no Brasil, nos laboratórios de Belém e do Pará, no Instituto de Microbiologia das Universidades do Rio de Janeiro e de S. Paulo, fazendo-o por forma a dar ensejo a que os cientistas do Instituto de Medicina Tropical deles tomando conhecimento, possam tirar partido com vista ao seu trabalho de pioneiros e civilizadores no Ultramar. O conferencista acentuou, a terminar, a necessidade de se proceder, no campo da investigação,

que teceu o encómio do orador, lembrando os seus numerosos trabalhos da especialidade, o Prof. Guillot fez uma exposição pormenorizada das suas pesquisas

a um trabalho de conjunto baseado numa permanente troca de experiências e conhecimentos.

No dia seguinte, o Prof. Paulo Góis voltou a falar, no mesmo local, desta vez sobre «A evolução do problema da febre amarela no Brasil».

### CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA INTERNOS

Com uma sessão dedicada à Pediatria, terminou no passado dia 1 o Curso de Aperfeiçoamento para Internos promovido pelo Serviço do Internato dos Hospitais Cívicos de Lisboa, uma iniciativa de largo alcance do Dr. Alfredo Franco, chefe daquele departamento hospitalar.

As duas últimas lições estiveram a cargo do Dr. José de Pádua e A. Gentil Martins, que se ocuparam, respectivamente, de «Alguns aspectos da radiologia em Pediatria» e de «Alguns problemas urológicos em Pediatria».

O Dr. José de Pádua, depois de fazer uma resenha sucinta da evolução da radiologia e de prestar homenagem a vários colegas radiologistas, verdadeiros mártires da ciência, dos quais alguns já falecidos, dissertou sobre a radiologia no

diagnóstico e os cuidados a ter com as crianças e sistemas de exames mais apropriados e oportunos.

Seguidamente, projectou vários «slides» com muitos casos de maior interesse clínico, alguns de certa raridade, que têm passado pelo seu Serviço. Terminou, evidenciando a importância que a radiologia em Pediatria poderá ter na economia do lar e da própria Nação.

Seguiu-se o Dr. A. Gentil Martins, que iniciou a sua lição com algumas considerações gerais em que destacou a enorme frequência das malformações congénitas do aparelho urogenital, para o diagnóstico das quais é indispensável se chame a atenção dos médicos, em especial dos que se dedicam à Pediatria. Frisou os inconvenientes resultantes do modo como são feitos muitos exames laboratoriais de rotina e frisou também a importância fundamental da pielografia de eliminação associada à cistografia miccional.

Passou em seguida à apresentação de casos clínicos demonstrativos de grande número de problemas que se encontram na prática clínica em doentes na idade pediátrica, descrevendo resumidamente as técnicas cirúrgicas que usa na resolução desses mesmos problemas.

Frisou particularmente a necessidade de valorizar qualquer infecção urinária recorrente ou rebelde à terapêutica habitual bem como os dados contidos numa história e exames clínicos cuidados, muitas vezes só por si já permitindo um diagnóstico.

Terminou por apresentar alguns ca-

sos de tumores renais, tratados pela associação da cirurgia, RX e quimioterapia pela actinomicina D, fazendo notar a grande melhoria conseguida no prognóstico desses doentes pela associação daquelas terapêuticas.

### SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Reuniu-se no passado dia 31, sob a presidência do Prof. Miller Guerra, secretariado pelos Drs. Orlando Carvalho e Baptista Coelho, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria.

Falou, em primeiro lugar, o Prof. Pedro Polónio, sobre «Liberdade e Responsabilidade», trabalho que foi comentado pelos Profs. Miller Guerra e Barahona Fernandes.

Seguiu-se um trabalho dos Drs. Simões da Fonseca, Carlos Cardoso e Cruz Filipe, acerca da «Terapêutica pela aprendizagem», e, finalmente, uma comunicação dos Drs. Teresa Ferreira e Fragoso Mendes, sobre «Ensaio duplamente cego da nortriptilina no tratamento dos estados depressivos».

# VITAFERROSO



## CANOBBIO

### CÁPSULAS

FACTOR INTRÍNSECO • VITAMINA B<sub>12</sub>  
 ÁCIDO FÓLICO • VITAMINA C  
 SULFATO DE COBALTO • SULFATO DE MANGANÉSIO  
 • SULFATO DE COBRE  
 GLUCONATO FERROSO

Frasco de 20 cápsulas

### LÍQUIDO

VITAMINA B<sub>12</sub> • SULFATO DE COBRE  
 SULFATO DE MANGANÉSIO • SULFATO DE COBALTO  
 • VITAMINA C • GLUCONATO FERROSO  
 • HIDROLISADO DE PROTEÍNAS

Frasco de 200 gramas



## TÔNICO

ANTIANÊMICO  
 DE  
 PODEROSA

nas formas hipocrômicas  
 e hiperocrômicas

## ACÇÃO REGENERATIVA

### LABORATÓRIOS DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 144 - LISBOA

# PORTO

Foram prestadas homenagens, por ter atingido o limite de idade, no dia 1 do corrente, ao director do Sanatório D. Manuel II, Dr. Mário Cardoso.

No dia 26, realizou-se um jantar íntimo, oferecido pelos médicos do Sanatório e Centro de Cirurgia Torácica da Zona Norte e no dia seguinte, outro jantar, no Sanatório D. Manuel II, organizado por todos os funcionários, médicos e não médicos, estando presentes os directores do I.A.N.T., Dr. Lopo de Carvalho Cancela de Abreu, Dr. José Cabral (inspector clínico da Zona Norte do I.A.N.T.), Prof. Esteves Pinto, quase todos os directores das diversas dependências do I.A.N.T., do Norte, médicos do B.C.G., etc.



Dr. Mário Cardoso

No dia 1 do corrente, realizou-se a comunhão pascal dos doentes e funcionários do Sanatório, tendo sido seguidamente descerrada uma inscrição em bronze à entrada dos novos serviços de Broncologia, Aerossolterapia e Raios X, com o nome do Dr. Mário Cardoso. Estiveram presentes neste acto todos os médicos e funcionários do Sanatório, doentes, encontrando-se ali também o Dr. Braga da Cruz, Eng.º Soares Lopes, Fernandes de Sá, Matos Dias, Arq. Brito, etc.

★

Dirigindo os melhores cumprimentos ao Dr. Mário Cardoso, que durante muitos anos, na Guarda e no Porto, foi figura de relevo no meio médico, gozando de gerais simpatias e a consideração de todos os colegas, fazemos votos pela sua saúde, associando-nos às significativas homenagens que lhe foram prestadas.

★

Publicamos a seguir algumas notas biográficas relativas ao Dr. Mário Cardoso, que concluiu a sua formatura em Medicina pela Universidade de Coimbra,

## HOMENAGEM AO DR. MÁRIO CARDOSO

em 1918. Foi médico do Hospital da Miricórdia da Guarda durante vários anos, médico municipal na Guarda durante 18 anos, tendo entrado para a Assistência Nacional aos Tuberculosos, como médico assistente no Sanatório Sousa Martins, da Guarda, em 1922; passou a subdirector do mesmo Sanatório em 1934, director do Sanatório D. Manuel II em 1947 e delegado do I.A.N.T. na Zona Norte, acumulando com a direcção do Sanatório D. Manuel II, desde 1948. O Dr. Mário Cardoso ultimou e pôs a funcionar o pavilhão distrital para tuberculosos Dr. António Macedo, na Covilhã, bem como o Sanatório de Abravezes, cujos serviços orientou durante um ano. É «fellow» do «American College of Chest Physician», membro titular de «l'Union International contre la Tuberculose» e Sócio da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa e da Sociedade Portuguesa de Broncologia.

## DIVERSAS

### DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

#### DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Números provisórios de casos e óbitos de algumas doenças de notificação obrigatória declaradas em Portugal metropolitano (continente e ilhas adjacentes) e respeitantes ao período de 21 a 27 de Março de 1965:

	CASOS	ÓBITOS
Difteria .....	25	1
Encefalite infecciosa aguda	1	0
Escarlatina .....	14	1
Febre tifóide .....	13	0
Outras salmoneloses .....	3	0
Hepatite epidémica .....	8	0
Meningite cérebroespinal ....	28	2
Poliomielite aguda .....	4	0
Tosse convulsa .....	23	0

## DIÁRIO DO GOVERNO

(De 2 a 8-IV-1965)

### PORTARIAS

Ministérios das Finanças e da Saúde e Assistência:

Portaria n.º 21 211 que aumenta de 80 para 96 o número de internos do internato complementar do quadro do pessoal não compreendido na direcção e chefia dos Hospitais Cívicos de Lisboa,

constante do mapa II anexo à Portaria n.º 14 536.

2-IV-65

### CONCURSOS

*Estão abertos concursos:*

Para provimento do lugar de médico municipal do partido de Paiva, com centro e residência obrigatória e permanente na vila de Paiva (Mora).

7-IV-65

### INSTITUTO DE ALTA CULTURA

Dr. Jaime Mateo Benito Salazar de Sousa, segundo-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País, de 1 a 30 de Abril corrente.

6-IV-65

### NOMEAÇÕES

*Faculdades de Medicina*

Dr. Fernando Manuel Archer Moreira Paraíso de Pádua — aprovado o termo de contrato para o exercício das funções de primeiro-assistente de Terapêutica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

2-IV-65

Dr. António Nuno da Conceição — nomeado para exercer, interinamente, as funções de segundo-assistente de Anatomia Descritiva da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

3-IV-65

Dr. Álvaro António Pinho de Gouveia Melo — aprovado o termo do contrato para desempenhar as funções de segundo-assistente de Clínica Cirúrgica do 7.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

5-IV-65

Dr. José Aníbal Pinto Veloso — aprovado o termo de contrato para o exercício das funções de segundo-assistente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

6-IV-65

Dr. Manuel Augusto Vasco Serra Costa — aprovado o termo de contrato para o exercício das funções de segundo-assistente de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

6-IV-65

*Outros organismos*

Dr. Inácio Parelhas Sanches — nomeado para exercer, interinamente e até provimento do lugar por concurso, mas por período não superior a um ano, as funções de assistente do Dispensário do Dr. Lopo de Carvalho (Pai).

2-IV-65

Dr. Manuel Joaquim Bruno da Costa — aprovada a sua nomeação para o cargo de director clínico da Estância Termal de Vidago.

8-IV-65



## LIVROS

Nesta secção publicam-se resenhas de livros de que sejam enviados dois exemplares à redacção

JEANNINE ANBOYER — *A vida quotidiana na Índia antiga, desde o século II A. C. até ao século II D. C.* — Trad. de Mécia Freitas Leça — Vol. de 392 págs. — Ed. Livros do Brasil, Lisboa.

Não deixa de ser curioso e instrutivo um livro como este que pretende dar-nos uma descrição dos aspectos da vida individual e colectiva na Índia antiga, no decurso dum período de nove séculos com começo há cerca de 2 200 anos, partindo de descrições ou conhecimentos muito fragmentários e de veracidade variável. É uma história que começa com referência à campanha e morte de Alexandre o Magno (331-325 A.C.) e chega até ao período da invasão dos Hunos (485) e do reagrupamento que se lhe seguiu. A história política da Índia é feita de conquistas territoriais e de alternativas de períodos anárquicos e de unificações imperiais, em que a religião se encontra ligada à direcção dos negócios públicos e ao comportamento humano, depois dos ritos védicos terem sido substituídos pelo bramismo e teorias morais do budismo. As desigualdades sociais, os instintos primitivos de crueldade, domínio e ganância, os contrastes de ascetismo e meditação, os costumes, práticas religiosas, prostituição, festas e sacrifi-

cios são descritos com vivacidade e colorido.

O livro compõe-se de três partes. Na primeira, é feita a apresentação da Índia sob o aspecto geográfico e histórico, da cultura social e princípios religiosos, estrutura política e administrativa e vida económica. No primeiro capítulo faz muita falta um mapa geográfico das regiões referidas na descrição dos acontecimentos históricos. A segunda parte descreve a vida individual e colectiva, com o panorama da vida quotidiana, a importância da religião na vida quotidiana, a vida do indivíduo e da família e a vida monacal e ascética. A terceira parte trata da vida real e aristocrática, com descrição da vida urbana e galante, a vida do rei e o seu quadro e a vida pública do rei e a pompa imperial.

O período considerado parece não ter tido influência significativa na evolução da humanidade em nenhum aspecto construtivo e boa parte das suas características, que na época estariam de acordo com o desenvolvimento das raças humanas locais, continuam a manter-se no nosso tempo, nas mesmas regiões, como resíduos que só podem impedir o progresso e a luta contra a miséria, a ignorância, a doença ou a tirania.

G. F.

LLOID MOTES — *O que é o espaço exterior* — Trad. do Dr. Ramiro da Fonseca — Col. Enciclopédia — Vol. de 172 págs. — Ed. Livros do Brasil, Lisboa.

Este pequeno volume de divulgação é cheio de interesse e dá-nos uma descrição muito clara e acessível dos mais complexos problemas que o espírito humano tem a resolver para uma concepção satisfatória das relações entre conhecimento, matéria e universo. Assuntos como espaço, tempo, relatividade, estrutura do átomo e das estrelas e galáxias, são tratados com o mesmo à vontade de questões correntes.

O volume fala-nos sucessivamente de: falhas do universo newtoniano, teoria da relatividade espacial, a teoria geral da relatividade, calor, temperatura e entropia, o fóton e a estrela, famílias de estrelas, estrutura atómica e estelar, atmosferas estelares, massa e raio das estrelas, o abismo interior, o astrofísico constrói uma estrela, a recessão das galáxias, o universo em expansão e a conclusão da história.

O autor termina dizendo que tudo está a concorrer para que o retrato do Universo vá sendo completado em quadro harmonioso à medida que se estuda, cada vez mais

## Pela primeira vez

FERMENTOS LACTICOS VIVOS, LIOFILIZADOS, ANTIBIORRESISTENTES

# antibiophilus

CAIXA DE 10 AMPOLAS COM 1,50 g DE PÓ, PARA SOLUÇÃO BEBÍVEL, TITULANDO UM BILHÃO DE GERMES POR GRAMA

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS ACIDENTES DA ANTIBIOTERAPIA

Laboratoire  
Lyocentre

Representantes: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup>

Registo N.º 786 na Direcção-Geral de Saúde

Av. E. U. DA AMÉRICA, 10 — LISBOA-5

(Decreto N.º 41 448)

MALAKOFF (FRANÇA)

# O MÉDICO

## CONSELHO CIENTIFICO

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. Meliço Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bártolo do Vale Pereira, Elísio de Moura, Fernando Serra de Oliveira, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Luís José Raposo e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Inst. Mat.), José Maria Raposo, Luciano dos Reis e Manuel Martins Ruas (Assistentes da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

A. Carneiro de Moura, A. Castro Caldas, A. Ducla Soares, A. Lopes de Andrade, Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Ayres de Sousa, António Mendes Ferreira, Cândido de Oliveira, Carlos Santos, Carlos Larroude, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, J. Moniz de Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Miller Guerra, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, P. Almeida Lima, Reynaldo dos Santos, R. Iriarte Peixoto, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profes. da Fac. de Med.), A. Salazar Leite, Francisco Cambournac e J. Fraga de Azevedo (Profs. do Inst. de Med. Tropical), A. Castro Soares, (Insp. Sup. da Dir.-Geral de Saúde), A. Lobo da Costa, (Insp. Sup. da Dir.-Geral de Saúde), Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Arnaldo Sampaio (Insp. Sup. da Dir.-Geral de Saúde), Augusto da Silva Travassos, Emilio Faro, Alexandre Sarmiento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.) Bernardino Pinho (Dir. do Inst. Sup. de Higiene), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando Silva Correia, J. Ferreira da Silva (Dir.-Geral de Saúde do Ultramar), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Ladislau Patricio, Luis Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), M. Marques da Gama (Méd. do I. P. O.) Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas Minedrais da Dir.-Geral de Saúde), M.<sup>a</sup> Luísa Van Zeller (Dir.-Geral de Saúde), Mário Conde e Montalvão Machado — LISBOA.

Abel Tavares, Albano Ramos, Amândio S. Tavares, Amândio Tavares, Carlos Lima, Daniel Serrais, F. Fonseca e Castro, J. Afonso Guimarães, Joaquim Bastos, José Garrett, Luís de Pina, M. J. Bragança Tender, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima, (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Oftalmologia do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paul (Chefe do Serv. de Estomatologia do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), F. Gonçalves Ferreira (Dir. da Deleg. do Instituto Superior de Higiene), F. Pimentel das Neves (Dir. da Zona Norte do Inst. Ass. Psíqu.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hospital de Santo António), Gregório Pereira (Psiquiatra), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de Santo António), M. Azevedo Fernandes (Dir. de Serv. Clín. do Inst. Ass. Psíqu.) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital Geral de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo — (Nova Goa)

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde) e José Crespo (Subdeleg. de Saúde de Viana do Castelo)

## DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castilho de Lucas (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Koch (Munster); Suíça: Waldemar Ferreira (Genebra)

profundamente, o modelo que as estrelas nos revelam.

A tradução é excelente, mas há pelo menos um lapso que se nos afigura precisar de correcção. Na pág. 57 lê-se: «o sistema torna-se cada vez mais homogéneo (menos altamente organizado e mais indiferenciado) e a sua entropia diminui», quando se deve ler que a entropia aumenta.

G. F.

JACQUES LACHNITT — *A electrónica*  
— Trad. de Maria Antónia Borges de Sousa — Enciclopédia Diagramas (N.º 27) — Vol. de 101 págs. — Estudos Cor, Lisboa.

A electrónica é um dos assuntos técnicos de maior importância na vida de hoje e este pequeno volume, escrito em estilo muito claro, dá-nos uma ideia bastante ajustada da sua evolução e estado actual de aplicação. Extremamente instrutivo, conduz-nos desde a partícula elementar (electrão) até às aplicações mais complicadas da electrónica na televisão, computadores e investigação industrial e espacial.

O assunto é distribuído pelos seguintes capítulos: o electrão, os tubos de vácuo, os tubos de gás, a fotoelectricidade, os semicondutores, as hiperfrequências, a televisão, a electrónica industrial e a electrónica espacial.

A tradução é de bom nível e há apenas um reparo a fazer no que

se refere à colocação dos esquemas, de resto excelentes, que é a troca das figuras 3 e 4 nas páginas 14 e 16.

G. F.

JOÃO GUIMARÃES ROSA

Escritor saudado como um dos mais altos valores da literatura do seu País, copiosamente traduzido no estrangeiro, saudado pela crítica mundial como um dos casos mais apaixonantes das Letras do nosso tempo, João Guimarães Rosa é, sem dúvida, um autor com que o público leitor português se encontra familiarizado. O seu êxito junto do público leitor e da crítica tem sido plenamente digno de nota. Seis prémios literários o distinguiram já no Brasil.

O segredo de Guimarães Rosa (ou antes: uma das razões do seu êxito) reside em haver logrado expressar (de forma literariamente original e audaciosa), a sedução e a dureza do sertão, sem concessões ao exotismo fácil nem ao «miserabilismo» que tantas vezes tem feito malograr as boas intenções de numerosos escritores.

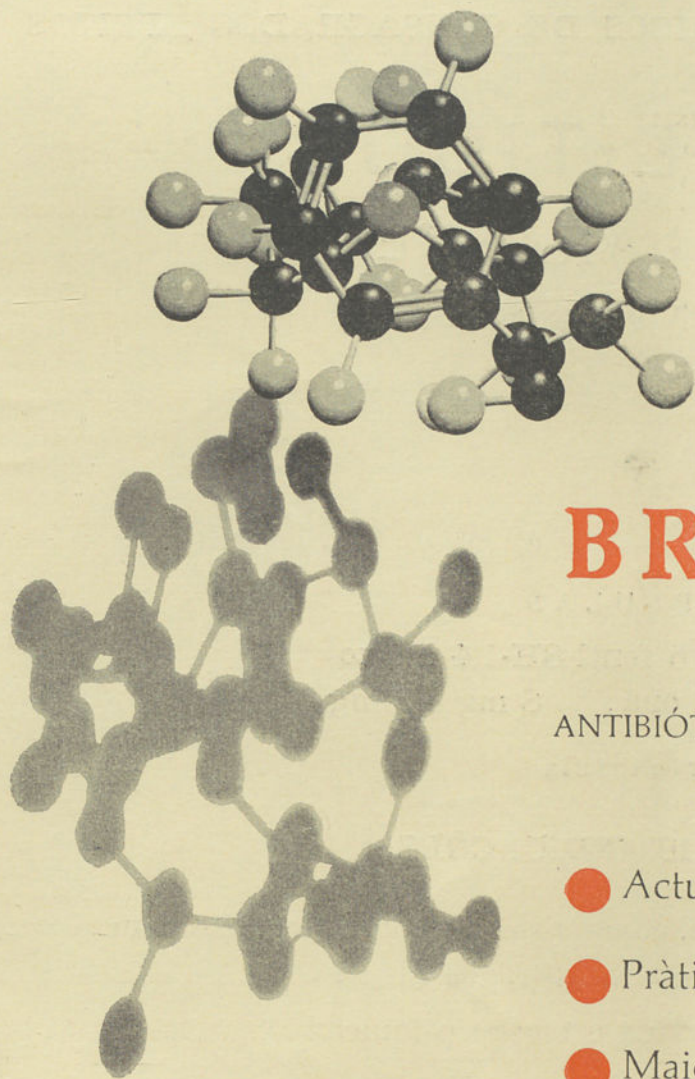
Nenhuma obra literária documental, ou testemunhal, no sector da prosa, terá talvez conseguido retratar os Gerais com tão forte poder de impacto na imaginação do leitor. E, se Guimarães Rosa o consegue, é menos de caso pensado do que da forte capacidade de sugestão artística (com tudo o que esta encerra de extra-artístico) emanada ao longo de tantas páginas de intensidade expressiva inigualável.

«A Aventura nos Campos Gerais» agora publicada em Portugal por «Livros do Brasil» vem acrescentar mais um volante no admirável tríptico iniciado em «Miguelim e Manuelzão» e que, em «Burity», seu próximo livro, se concluirá. Desse tríptico constitui «Sagarana» uma preparação em que evidenciava a mão de um mestre.

## Anunciam neste número:

Amatus Lusitanus .....	224	Instituto Pasteur de Lisboa .....	3.ª capa
Rua da Misericórdia, 36-3.º-Esq.º		2.ª Circular, lote 8, Cabo Ruivo	
— Lisboa		— Lisboa-6	
Andrade .....	179	L. Lepori .....	199
Rua Henrique Paiva Couceiro —		Rua da Imprensa Nacional, 86-88	
— Venda Nova — Amadora		— Lisboa-2	
Asclépius .....	168	La Roche .....	159
Av. Miguel Bombarda, 42-44—Lisboa		Rua do Loreto, 10 — Lisboa	
Atral .....	175	Laquiza .....	205, 207 e 220
Av.ª Gomes Pereira, 74 — Lisboa		Rua Aprígio Mafra, 2-2.º — Lisboa	
Barral .....	181	Luso-Fármaco .....	155 e 1.ª capa
Rua do Ouro, 126 — Lisboa		Rua do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
Bayer .....	171	Medicamenta .....	160 e 227
R. Sociedade Farmacéutica, 8-1.º		Apartado 2 576 — Lisboa	
— Lisboa-1		Neo-Farmacéutica .....	215
Bial .....	221 e 4.ª capa	Avenida 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
Rua João Oliveira Ramos — Porto		Novil .....	160
Botelho & Rodrigues .....	198	Rua do Centro Cultural, 13 — Lisboa	
Calçada Santo André, 16 — Lisboa-2		Quijabel .....	223 e 231
Canobbio .....	209 e 231	Rua Visconde Seabra, 22r/c-Esq.º	
R. Damasceno Monteiro, 144—Lisboa		— Lisboa-5	
Companhia Portuguesa Higiene .....	172	Química Hoechst .....	178, 189, 191, 193 a 196
R do Viriato, 13-17 — Lisboa		Av. Duque d'Ávila, 169-1.º — Lisboa	
Emerck .....	219	Quimifar .....	160 e 2.ª capa
Rua das Pretas, 26 — Lisboa-2		Av. da República, 2-3.º — Lisboa-1	
Estácio .....	225	S. Nicolau (Casa de Saúde) .....	222
Rua Sá da Bandeira, 118 — Porto		Estrada de Tovim — Coimbra	
Farmoquímica Baldacci .....	217	Saúde .....	213
Rua Duarte Galvão, 44 — Lisboa		R. de Santo António à Estrela, 44	
Ferraz Lynce .....	200	— Lisboa	
Rua Rosa Araújo, 27-1.º—Lisboa		União Fabril Farmacéutica .....	183, 211 e 229
Fidelis .....	212	Trav. das Pedras Negras, 1—Lisboa-2	
Terras de Santana, 1 — Lisboa		Unitas .....	183
Gimenez Salinas .....	233	R. das Pedras Negras, 3 r/c—Lisboa	
Av. E. U. da América, 10 — Lisboa-5		Vitória .....	180 e 184
Iníbsa .....	203	Rua Elias Garcia, 26 — Venda Nova	
Rua Filipe Folque, 87 — Lisboa-1		— Amadora	
		Zimaia .....	208
		Rua de Andaluz, 38 — Lisboa	

NAS INFECCÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS  
NAS INFECCÕES MISTAS DAS VIAS URINÁRIAS



## BRITACIL\*

*Ampicilina*



ANTIBIÓTICO DE LARGO ESPECTRO  
BACTERICIDA

- Actuação rápida e eficaz
- Praticamente atóxico
- Maior actividade que as tetraciclínas e o cloranfenicol contra vasta gama de microrganismos

*Frasco de 12 cápsulas de 250 mg.  
Frasco de 12 comprimidos de 125 mg.,  
para mastigar ou esmagar (em Pediatria e Geriatria)*



Fundado em 1895

PRODUTOS FARMACÊUTICOS PREPARADOS  
EM PORTUGAL COM A COLABORAÇÃO DE



Fundado em 1860

\*Marca registada

# DIAZEPAM<sup>®</sup>

Bial

DERIVADOS BENZODIAZEPÍNICOS DE CONSAGRADOS EFEITOS

## ANSIOLÍTICOS MIORRELAXANTES ANTICONVULSIVOS



### CÁPSULAS

7-cloro-1-metil-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepina-2(1H) ona . . . . 3 mg e 6 mg

Por cápsula

### PRINCIPAIS INDICAÇÕES

- Ansiedade e tensão psíquica, com ou sem sintomatologia somática.
- Síndromes neuróticas e certos quadros psicóticos.
- Insónias associadas a ansiedade e tensão psíquica.
- Crises de violência dos psicóticos.
- Desequilíbrio emocional das parturientes.
- Dismenorreia uterina.
- Aceleração do parto normal.
- Aceleração do parto demorado por hipertonia uterina.
- Ameaça de aborto tardio.
- Ameaça de parto prematuro.
- Situações ósteo-mio-articulares com hipertonia muscular dolorosa.
- Epilepsia e outros estados convulsivos.

# DIAZEPAM<sup>®</sup> 6

Bial