

DEZEMBRO
DE 1962

—
PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.ª Série

—
N.º 10

Higiene mental e problemas da educação

X

AS DELÍCIAS DA VIDA CARA...

E DE TUDO QUANTO É ESTRANGEIRO

HÁ TRANQUILIZANTES PERIGOSOS?

NADA DE EXAGEROS...

O REUMATISMO

Reumatismo articular agudo

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS DA PRIMEIRA
INFÂNCIA (continuação)

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E. LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: DOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 193-B - LISBOA-1

Sala e

Est. Arquib

Tab. 2

N.º 10

Os «Estudos»

Este número é o décimo da nova série, a 4.^a série dos «Estudos».

A 1.^a série, foi constituída por várias monografias, já esgotadas.

A 2.^a série tratou nos números 1 a 7, dos problemas ligados à inteligência e à memória, nos números 8 a 14 de ensaios de psicopatologia e nos números 15 a 32 de estudos sobre o optimismo e o pessimismo.

A 3.^a série foi especialmente dedicada a estudos sobre os desportos e a sua acção sobre o organismo; no entanto também se occupou de vários estudos sobre medicina.

Nos n.^{os} 1 a 7 occupou-se da acção dos jogos e dos desportos sobre a saúde nos diversos períodos da vida. Nos n.^{os} 8 a 20 occupou-se de problemas da acção terapêutica dos exercícios físicos; a obesidade e o emagrecimento; problemas da alimentação nos desportos, durante os treinos.

Nos n.^{os} 21 a 31 occupámo-nos dos treinos, relação entre treino e adaptação, as ginásticas harmónica e coreográfica e os desportos que convêm à mulher; a educação física na mulher e na criança; a dança, desde a mais remota antiguidade; efeitos dos exercícios na «segunda idade»; o envelhecimento normal e a velhice precoce; progresso da saúde dos últimos anos e insuficiências físicas dos desportistas e recuperação para o desporto.

A colecção destes números constitui um estudo detalhado e com muito interesse para todos os que desejam aumentar os seus conhecimentos gerais e se interessam pelos desportos.

A 4.^a série será publicada para divulgação dos princípios de higiene mental, problema que está actualmente preocupando todo o mundo e sobre o qual se têm reunido congressos médicos e de psicólogos em vários países; efectivamente as perturbações causadas pela «guerra fria» têm provocado tão grande número de perturbações psíquicas e sociais, que este problema passou já do campo pessoal para o campo social; uma grande parte das doenças do coração e das doenças mentais são provocadas por falta de conhecimento dos princípios de higiene mental e os efeitos desta perturbação social estão-se reflectindo assustadoramente na saúde dos indivíduos, de tal forma que constitui hoje uma preocupação permanente dos médicos e dos doentes.

Esta série de artigos é pois mais útil para conhecimento dos professores e dos pais e educandos do que dos médicos, cuja atenção tem sido chamada há muito tempo para estes graves problemas, que conhecem.

Depois de continuarmos com o estudo de vários problemas sobre psicologia social, passaremos a um estudo mais circunstanciado sobre educação da criança, complexos de inferioridade, compensações, métodos de superiorização, etc., praticamente da construção psíquica do futuro homem ou mulher.

DEZEMBRO
DE 1962

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.^a Série

N.º 10

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E, LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA

Higiene mental e problemas da educação

X

AS DELÍCIAS DA VIDA CARA... E DE TUDO QUANTO É ESTRANGEIRO

O título deste artigo parece ser uma ironia, quando toda a gente se queixa de que «a vida está cara», «está impossível», «não sabemos a que isto vai chegar...» e outras lamentações que se ouvem diáriamente, quando há falta de assunto... No entanto elas não correspondem à realidade; pelo contrário, a *vida cara* é uma atracção, um sinal de elegância, que todos desejam ostentar, uma afirmação da sua superioridade em vencer o «complexo de inferioridade» de não aproveitar a vida cara para mostrar o seu «complexo de superioridade». Este complexo psicológico é mais comum nas mulheres do que nos homens, sobretudo em pessoas que tiveram em épocas anteriores, uma vida difícil, cheia de humilhações, de que querem tirar desforra... para mostrar aos outros... No entanto é também frequente em muitos homens.

Para demonstrar a nossa tese, transcrevemos uma crónica de *Francisco de Cossio* publicada no «ABC» de Madrid:

«Sem dúvida alguma, parece que os medicamentos caros curam muito melhor do que os baratos. Da mesma forma, também é certo que nos divertimos mais nos espectáculos caros do que nos que são baratos ou são oferecidos, como aqueles que o Governo, a Camara, ou as associações dão a título gratuito. É um fenómeno que nada tem que ver com a qualidade; o sacrifício da nossa bolsa é que exerce sobre nós as mais fortes reacções...

Quando pára na rua um desses automóveis modernos, tão compridos e tão largos que dão a impressão de que o mundo só foi feito para



eles, junta-se logo em volta, um grande número de transeuntes em admiração. Creio que a admiração que a multidão sente por estas coisas espantosas, não é por aquilo que elas representam em si mesmas, mas sim pela importância que custam, pela pessoa que teve a coragem e o dinheiro necessário para os comprar. Toda a gente tem a certeza absoluta de que «o que é caro é sempre melhor do que o que é barato», e de que se a situação fosse contrária, isto é, se o que era barato passasse a ser caro, os novos potentados iriam comprar o «mau caro», que é sempre muito mais apetecível, do que o «bom barato». Em resumo, podemos afirmar que o que convém na vida, ainda mais do que ser *bom*, é ser caro.

É provável que a superstição do dinheiro nunca tivesse chegado a um ponto tão culminante como na época actual. Muitos velhos ricos que, com o tempo (e com as tolices que fizeram...) começaram já a ser uns novos pobres, vão-se resignando com a mudança dos tempos e ainda acham que é do bom tom dizer «que vão suprimindo muitas despesas desnecessárias, quando vão caminhando a pouco e pouco para a miséria. Por outro lado, há «novos ricos» que se esforçam por ostentarem a sua riqueza, por todas as formas e isso nos faz pensar até que ponto, a própria riqueza, para nos enobrecer, precisa de ser antiga...

A partir da guerra de 1914, a improvização da vida suntuária exigiu que se fizessem ricos em série; a tradição da riqueza, feita pouco a pouco, começava a quebrar-se; o quadro mudou de aspecto; os velhos ricos, que até então eram tidos como pessoas de consideração, entravam no declínio do empobrecimento ou da ruína; este processo acentuou-se e, depois da segunda guerra mundial, a aristocracia do dinheiro e do sangue sofreu um rude golpe. No mundo, vimos começar a liquidar castelos e palácios, outros a serem mostrados aos turistas, até nas salas mais íntimas; venderam-se prédios de recreio e obras de arte e os que tinham sido historicamente ricos começaram a fazer contratos ou sociedades com os ricos improvisados para ver se, com a sua ajuda, podiam ganhar alguma coisa...

Este fenómeno repercutiu-se na tradição, de uma forma lamentável. A massa dos que trabalham verdadeiramente sente menos os efeitos do mal-estar e do ressentimento com a riqueza antiga do que com a riqueza nova, que por vezes toma atitudes humilhantes para os que a não têm.

Não decorrer do tempo, todas as revoluções se fizeram sempre contra os nobres, que vinculavam uma riqueza e privilégios tradicionais. Como serão as revoluções futuras contra os ricos improvisados? E até que ponto foram estes que as provocaram?

Ponhamos, em frente àquele automóvel ostentoso e espectacular um coche antigo e, contemplando um e outro objecto, verificaremos a diferença que existe entre o dinheiro ao serviço da máquina e o dinheiro ao serviço da arte; ambas as coisas são incompreensíveis para os humildes mas, para a contemplação, é mais bela uma riqueza que marcha, solene-

mente, com os seus bonitos cavalos, de que uma riqueza a 120 quilómetros à hora.

Este mesmo assunto, em princípio, mas sob uma forma muito diferente foi tratado há cerca de dois anos no «Figaro» por *Pierre Daninos* — o célebre crítico humorístico — em que atacava o falso snobismo dos que querem mostrar a todos que são ricos e viajados, que no «estrangeiro» é tudo melhor do que no nosso atrasado país, e a que já nos referimos no n.º 23 da 3.ª série dos «Estudos», que a seguir transcrevemos, porque hoje tem ainda igual ou maior oportunidade. Chamamos a atenção para o facto do autor e do jornal serem franceses, feita portanto em francês, para os franceses snobs, que só preferem artigos não franceses. Como então, aqui e além, introduzimos alguns parêntesis, alguns comentários que não pudemos evitar, pois a doença do estrangeirismo e a atracção pelo que é caro é perfeitamente similar em França e em Portugal. Dos sectores «snob» e «moda» já o patriotismo fugiu há muito tempo, sobretudo nas senhoras, por ser banal, pouco «smart», sem «chic», «demodé» ou, como se dizia antigamente, «pires», «provinciano» ou «bota de elástico». As raparigas e alguns rapazes de agora são verdadeiramente «up-to-date», «estupendos», etc. ...

O artigo de Pierre Daninos, que tinha o título «Fully-Fashioned» é o seguinte:

«Para o sobretudo de que o meu filho vai ter necessidade, o catálogo deste armazém, deixou-me embaraçado na escolha — um embaraço tão estranho, como estrangeiro. — Segundo as designações do catálogo, eu deveria preferir um auto-coat, um winter-coat (double Teddy), um trench-coat, um stormy-coat ou um duffel-coat; ou, ainda melhor, talvez um school-coat, mais britânico do que um membro da família real, porque é Príncipe de Gales pela frente e escocês pelo reverso.

Os modelos, neste elegantíssimo catálogo francês, 100 % fully fashioned, desde a marinière V neck até este twin-set em pura lã super-merinos seleccionada na Austrália, mas quer o cliente queira quer não queira, é fabricado no país, em Roubaix.

Podem bem — diz este escritor francês — os bons defensores da nossa língua, combater contra a invasão anglo-saxónia (em Portugal é claro, contra a invasão francesa e inglesa); os seus esforços ficarão sem resultado em todos os casos em que a moda exigir esta publicidade, tanto ao gosto desta clientela. Uma bota para criança é um baby-boot, um aniz é uma anisette, dir-se-á fluid, por fluído, tonic por tónico, boutique pour dammes, por estabelecimento de artigos de senhora e não nos escandalizaremos se este fabricante de cintas, intitule a sua de New Belt F..., que permite os movimentos descontraídos (Que pena das nossas antepassadas que nunca foram descontraídas!)

Na verdade, a questão dos anglicismos em França (em Portugal queixamo-nos dos francesismos, anglicismos e americanismos...) choca-

ria um antepassado que chegasse a Paris e encontrasse a cor «shespa», os slips Tahiti, as capas dovka, os soutiens-gorge teen-form. Os franceses (vejam como isto se aplica aos portugueses!) adoraram sempre o que for estrangeiro, como a Água de Colónia (que por sinal, foi inventada por um português, João Maria Farinha). O próprio Balzac, falando da «Pasta Dupla das Sultanas» e da «Água de Constantinopla», que se faziam como a Água de Colónia, em Paris, explicava: — Os nomes destes lugares de origem eram inventados para agradar aos franceses que não podem suportar as vulgaridades do seu país.

Há pouco, para melhor vender os seus sobretudos para rapazes, uma loja de Paris, pôs-lhe o preço em dólares, em Dupont-dollar, em que na montra figurava a imagem ritual de um ataque a uma diligência pelos Peles-Vermelhas e que se for comprado ou dado como brinde a um colegial, lhe dá o direito a entrar num Club Western... É mais chic e mais útil para o vendedor, chamar a uma camisola de desporto, um pull-pólo de malha siciliana; umas meias fabricadas no país têm mais valor se forem de contrabando, etc., etc.

Verdade seja que há já alguns sectores em que justamente se tem acreditado o produto português. Mas, as senhoras têm sido mais renitentes. Todos sabem que as noivas portuguesas procuram comprar os seus enxovais em Paris ou em Espanha, enquanto que muitas espanholas, os compram em Portugal, onde «las telas san finísimas», e estamos actualmente exportando tecidos finos de algodão para muitos países especialmente os países bálticos, Estados Unidos, Alemanha, França, etc.

Nos sectores «modas, perfumes, produtos de beleza e medicamentos» mantém-se acentuada preferência, mesmo quando os artigos fabricados em Portugal são feitos com a mesma matéria-prima.

Mas independentemente, e quase sempre conjuntamente com a qualidade de «estrangeiro» também é chic, comprar caro, e tanto mais chic quanto mais pelintra se for.

Vemos frequentemente, mesmo em classes modestas, em que os ordenados pouco passam de mil escudos, uma pessoa mostrar aos colegas uma receita e dizer: — Isto custou-me *tanto* (mais de 200 ou mais de 300 escudos), mas tem-me feito muito bem. Às vezes a sugestão de um remédio muito caro leva-o a pensar que é melhor, mas em geral é para mostrar aos colegas que «dispende muito, que não se poupa a despesas», etc., o que é um fútil e doloroso motivo de orgulho... Ainda bem que os medicamentos não se compram a prestações, como os automóveis, rádios, etc., porque então só se comprariam os medicamentos mais caros... que na maior parte não seriam pagos, mesmo em prestações...

Há anos, uma fábrica de Lisboa, produtora de artigos de «toilette», quando se estava vulgarizando o uso do Rímel, pensou em lançar uma marca, de boa qualidade, mas a preços muito reduzidos, a fim de tentar uma grande divulgação que lhe proporcionaria uma venda avultada, em

virtude dos produtos similares estrangeiros, serem de preços muito elevados. Fixou-lhe o preço de Esc. 6\$00, por caixa, incluindo a pequena escova. A venda foi tão diminuta, que no fim de seis meses, considerou-se aquela iniciativa como falhada.

Entretanto, um comerciante estrangeiro, residente em Lisboa, propôs-lhe a compra de todo o «stock», com a condição de eles terminarem o fabrico da marca portuguesa, passando ele a vendê-lo com uma marca estrangeira; o Rímel português, de uma fábrica muito conhecida, desapareceu do mercado, passando a vender-se com a embalagem estrangeira, ao preço de Esc. 16\$00; pois ao fim de seis meses, já tinha fabricado a quantidade que calculava ser necessária para uma venda de três anos!

Hoje vendem-se em Portugal, muitos cremes de beleza, pastas dentrificas, etc., com nomes ingleses e franceses, mas fabricados em Portugal. Mas o facto de aconselhar aos amigos que usem um produto X (nome estrangeiro) já dá mais categoria...

«Cá e lá más fadas há», diz o adágio e é bem verdade. Para os franceses é chic o que é inglês, sobretudo em modas masculinas, mas para o inglês é smart o que for de origem francesa, nas modas femininas. O português generaliza mais: — é melhor o que for estrangeiro.

Já vimos como é um sinal de snobismo, de «complexo de inferioridade», o de muitas pessoas que julgam vencê-lo, ostentando um falso «complexo de superioridade», manifestado por mostrar que tem grandes despesas, só gasta do que é caro e melhor e sobretudo «estrangeiro». Este defeito não é só português; não é raro na França, onde há a paixão das coisas estrangeiras, que mereceu a engraçada crítica de *Pierre Daninos* ou na Espanha, onde foi ridicularizado por *Francisco de Cossio*, etc.; é mais raro na Inglaterra, Alemanha ou Suíça, onde todos se orgulham em preferir o que é do seu país, mostrando um patriotismo «prático» que está paralelo com os seus próprios interesses, em contraste com outros países como o nosso, onde abunda o patriotismo de comício... e de frases empoladas, mas é frequente o horror pelo produto nacional, produzido com o trabalho dos seus compatriotas.

Citemos alguns exemplos:

Quando se começaram a fabricar em Portugal as meias de Nylon, custavam as americanas Esc. 120\$00 a 150\$00 o par, e as portuguesas vendiam-se a Esc. 50\$00 a 60\$00 cada par; de princípio, algumas vezes sucedia que a tinta saía mais ou menos córada ou se suspeitava que a reacção da coloração tinha sido mais ou menos demorada do que os químicos indicavam, podendo tornar o fio mais frágil. Enquanto as primeiras tinham na ponta, em aberto, as iniciais do fabricante, as outras eram consideradas como primeiro refugio e vendidas para revendedores com a depreciação de 10%; um destes revendedores tomou a iniciativa de mandar fazer um carimbo de borracha, applicando no córs da meia, em letras grandes, a palavra «Nylon», impressas a branco; pois estas meias

passaram a ser vendidas nas casas particulares como contrabando, a cerca de Esc. 100\$00, e consta-nos que a fábrica teve de fazer várias encomendas propositadamente para as tais vendas de meias de contrabando...

Há alguns meses vimos em Paris uma daquelas inteligentes vendedoras que, com grande loquacidade, vendia os seus artigos em instalações improvisadas no Boulevard junto dos Armazéns Printemps. Reclamava péúgas de «Nylon», que afirmava terem uma duração três vezes maior de que as normais e serem feitas com um fio largamente extensível, praticamente inquebrável; e para o demonstrar, metia uma agulha de bordar entre as malhas, fazendo-a deslizar para cima e para baixo, demonstrando que os fios se não quebravam. No final, terminava a arenga por esta afirmação em voz muito alta: — É claro que, infelizmente ainda não sabemos produzir em França, fio desta qualidade, pois vem por enquanto, directamente de uma fábrica suíça que o inventou; a venda tem sido tão grande, pois ela não satisfaz aos pedidos que vêm de todo o mundo e, por isso, receio por estes preços, baratíssimos, sejam elevados para o dobro logo que a marca esteja bem lançada; é aproveitar... é aproveitar...; e como o produto era estrangeiro, a mulher não tinha mãos a medir para fornecer os franceses, sempre patriotas como nós, mas preferindo também sempre o que é estrangeiro...

Várias fábricas portuguesas têm fabricos especiais de artigos para contrabandistas, que são vendidos nas casas particulares como estrangeiros, fugidos ao contrabando (e a venda é sempre feita em voz baixa, com medo de serem apanhados...) O facto de ser contrabando, a aventura do risco do próprio pseudo-contrabandista de artigos estrangeiros, tecidos, tapetes da Pérsia, meias, etc., tem um aspecto romântico e aventureiro que atraí todas as apaixonadas por aventuras de filmes ou outras e frequentemente õs recomendam às amigas para aproveitarem a *pechincha*.

A riqueza cria também vários complexos nervosos ou psíquicos para alguns dos quais se recorre ao médico, com doenças imaginárias ou perturbações que o doente exagera, mostrando sempre que necessita de uma assistência especial. O médico frequentemente vê-se obrigado a dar-lhe uma assistência psico-patológica, para que ele sossegue.

A este respeito, com a devida vénia, transcrevemos uma das crónicas que o Dr. Ramiro da Fonseca vem publicando na secção do *Diário de Notícias*, «Do médico para toda a gente» e que tanto tem interessado o público. Essa crónica é a seguinte:

O doente rico: — «Era um doente rico. E quando começou a sentir febre, mal-estar, dores na cabeça e nas pernas, nos lombos, nos braços e nem já sabia onde, meteu-se na cama todo cheio de arrepios e tremores.

E chamou o médico predilecto.

Aparentemente era uma gripe banal, porventura um pouco forte; uma daquelas gripes que se apanham de manhãzinha quando se vai para

e trabalho debaixo de chuva ou de madrugada ao sair da «boite» onde se transpirou com a dança e as bebidas generosas generosamente consumidas.

Mas os ricos não têm gripes banais. E como os seus médicos, regra geral, pertencem a uma categoria seleccionada, com características próprias, também os seus doentes têm males seleccionados, próprios da sua categoria.

Deste modo, atrás do médico veio o analista e o radiologista. O trabalho deste último foi simples e não revelou nada. O do segundo era de muito maior importância neste caso, que chegou ao meu conhecimento por portas e travessas.

O vampiro laboratorial colheu todas as amostras de sangue necessárias, contou os glóbulos vermelhos, os glóbulos brancos e as plaquetas, doseou a hemoglobina, determinou a fórmula leucocitária, mediu a velocidade de sedimentação, fez hemoculturas e análises biológicas, definiu títulos de precipitação e de aglutinação, etc.

O médico fez tudo o que um bom médico deve fazer e mais o que fazem os médicos dos ricos: receitou medicamentos dos mais caros, novidades raras chegadas «a jacto» ao nosso país, enquanto não viessem as respostas pedidas ao laboratório onde se procurava, com imenso fervor, o vírus.

Eu assistia de longe a tudo isto com muita pena do doente, muito respeito pelo médico e muito interesse pela febril investigação científica do caso. E também com a mais firme convicção de que se tratava duma gripe banal, curável em 48 horas ou pouco mais.

Mas os ricos não têm gripes banais, nem eu pertença, infelizmente, à categoria dos médicos seleccionados com vista ao tratamento dos ricos. Se o fosse, talvez seguisse os passos do outro, mas inventaria, para consolo do meu cliente, um vírus daqueles que são designados como se designam os agentes da espionagem e contra-espionagem: um KZ-15-b, por exemplo (o que não seria muito honesto, mas seria satisfatório).

O colega, porém, com outra formação, queria o vírus; e três ou quatro dias depois ainda o doente jazia na cama com febre, arrepios, dores, etc.. E o velhaco do vírus não aparecia.

Resolve-se então o médico a tomar uma atitude heróica: mesmo sabendo que ia arrostar com a desconfiança e a má vontade do doente, mesmo prevendo que ia deitar por terra os seus créditos de «seleccionado», ganhou pacientemente à procura de vírus, mesmo arriscando-se a perder o cliente e toda a sua família até à terceira geração, receitou umas hóstias de quinino, piramidão e fenacetina.

E 48 horas depois dizia o doente, num salão de chá da Baixa: e sabem vocês que depois de gastar contos de réis em remédios e análises, curei-me em dois dias com umas hóstias que me custaram doze escudos?»

Realmente, muitos doentes como atrás já referimos só se sentem

satisfeitos quando lhes receitam remédios caros e sempre estrangeiros; os nacionais, sobretudo se forem baratos, apesar de quimicamente serem os mesmos, não só lhes não fazem tão bem, como não pode mostrar aos amigos as *altas despesas* que está fazendo... e que julgam que lhes dá superioridade...

Esta crítica do *Dr. Ramiro da Fonseca* veio reforçar os artigos de *Francisco de Cassio* e de *Pierre Daninos*, a que nos referimos.

HÁ TRANQUILIZANTES PERIGOSOS ?

Estamos ainda sob a impressão horrível do conhecimento das malformações em crianças que nasceram em vários países, de mães que tomaram a talidomida. Deste facto resultou o receio do uso dos tranquilizantes, que tantos benefícios têm prestado aos doentes, preocupados, excitados, com ideias fixas, etc. e, simultâneamente a indicação para os estudiosos investigarem e esclarecerem esse problema.

Ora, o que é facto é que os tranquilizantes tornaram-se indispensáveis na vida moderna, perturbada pelos fenómenos da vida política, vida social e vida económica que se reflectem na vida familiar ou profissional onde provocam tantas perturbações psíquicas que exigem o tratamento de tranquilizantes. E foi essa exigência que deu origem a muitos estudos sobre quais são os tranquilizantes nocivos e quais são os úteis.

De todos os estudos — e muitos foram — feitos em vários países, destacamos um, feito por *Paolo Prezvozi*, do Instituto de Farmacologia da Universidade de Nápoles e que acaba de ser publicado na revista «*Medicine et Higiene*», de Geneve, no seu número de 24 de Outubro de 1962.

Esse estudo esclareceu o problema pois demonstrou que há um tranquilizante que não tem qualquer dos inconvenientes provocados pela Talidomida ou similares e que «é o que se presta melhor ao receituário quotidiano dos médicos».

Pelo seu alto interesse, transcrevemos esse artigo:

«De todos os tranquilizantes, o *meprobamato* parece ser o menos tóxico de todos. Há casos em que doses, mesmo 80 a 100 vezes superiores às doses terapêuticas, que foram tomadas com o fim de se suicidar, não puderam provocar a morte, mas somente um estado de coma que durou alguns dias. O *meprobamato* é o que produz menos acções colaterais indesejáveis ou nocivas, mesmo em pessoas tratadas durante mais de um ano e nunca provocaram disfunções ou lesões importantes dos principais órgãos e aparelhos.

Há casos porém em que pode provocar sonolência e perturbações gástricas; o que há a fazer é suspender o seu uso. Há também pessoas,

com uma sensibilidade individual particular, a quem tem aparecido erupções da pele ou diarreia; estas devem também abandonar o medicamento.

De todas as maneiras e salvo estes casos particulares, o *meprobamato* é o que se presta melhor ao receituário quotidiano pelos médicos de clínica geral». Em Portugal tem o nome registado de Probamato.

Podemos ainda juntar a informação de que o Probamato tem sido largamente receitado em Portugal, quer em comprimidos, quer em injeções, *sem que até hoje tenha havido qualquer caso de intolerância ou qualquer complicação*; antes, pelo contrário, esse largo emprego tem confirmado a segurança que os médicos têm no seu receituário.

Nas mulheres, em geral, os casos de excitação ou de excesso de preocupação, de nervosismo, andam ligados a perturbações ováricas, sobretudo nos períodos mensais e, nas amenorreicas e as que estão no período da menopausa ou que já o passaram, nos períodos correspondentes aos períodos normais, estão ligados às insuficiências ováricas. Devem pois preferir ao Probamato simples, o Probonar, que é uma associação do Probamato às hormonas ováricas; as doses variam segundo a intensidade dos sintomas, de um comprimido ao deitar, até 3 comprimidos por dia.

Quando, com os estados de excitação aparece taquicardia, palpitações cardíacas, perturbações da pulsação ou quaisquer outros sintomas de nervosismo cardíaco ou mesmo de insuficiência cardíaca, deve preferir-se o «*Pendulon*», que é uma associação do Probamato, à Digoxina e à reserpina e que se pode tomar na dose de 2 a 3 comprimidos diários, dose que pode ser aumentada, mas só por conselho médico.

NADA DE EXAGEROS...

Por o julgarmos muito interessante, transcrevemos o artigo que, sob este título, publicou no «Diário de Notícias» de 13 de Outubro último, o conhecido escritor, da Academia Francesa, André Maurois:

Trabalhar é um dever e muitos vezes agradável. Trabalhar muito é uma paixão e muitas vezes feliz. Trabalhar demasiado é um vício e muitas vezes perigoso. Quem trabalha para além das suas forças esgota-se e um dia não poderá trabalhar mesmo nada. Por outro lado, quem trabalha de mais perde o contacto com os seus amigos, com a própria família.

— Não, não o pode ver — diz a sua mulher com um suspiro. — Está a trabalhar. — Então, e amanhã? — Nem amanhã nem depois. Não tem um minuto de seu.

Os verdadeiros grandes homens não são assim. O trabalho é-lhes leve, primeiro porque o fazem sem esforço, depois porque sabem desembaraçar-se daquilo que ultrapassaria as suas forças. Estão disponíveis. E quem sabe se não será nos seus momentos de repouso que encontram, sem saber, a solução dos seus problemas?

Saibamos distrair-nos. Servirá apenas para trabalhar melhor. Nada de exageros!

Dizer a verdade é um dever. Mentir não é apenas feio, é estúpido, até porque, cedo ou tarde, uma mentira quase sempre é desmascarada. Dizer a verdade é, além disso, um dever doloroso se, por exemplo, se trata de abrir os olhos a uma rapariga que acredita num rapaz indigno ou a um chefe que se obstina, por orgulho, num caminho perigoso.

A virtude... Também esta pode ser abusiva. Pode ser-se muito virtuoso e não suportar (nos outros) pequenos desvios que não são culpas por aí além. É preciso desconfiar dos excessos da virtude. Muitas vezes explicam-se pela inveja...

Há quem desacredite o gosto das honrarias porque não pôde ou não soube obtê-las; há quem diga mal da coqueteria das jovens porque passou a idade de agradar...

«Os velhos dão bons conselhos, já que não podem dar bons exemplos». Vamos pelos bons conselhos, mas evitemos censurar quando não for indispensável. Há virtudes que podem ser odiadas pela Virtude. São aquelas que exigem mais dos outros do que de si próprios.

Também há quem tenha na boca muito patriotismo, mas não cumpre os seus deveres cívicos. Estão prontos a dar o sangue dos outros, mas não o seu próprio dinheiro. É que os bons cidadãos não são aqueles que fazem muito barulho — do mesmo modo que as almas verdadeiramente religiosas são tão tolerantes como caridosas.

No nosso tempo a prudência não tem uma boa Imprensa. A moda está nas atitudes extremas. Pede-se aos escritores que sejam «engagés». Mas «engagés» a quem?

A julgar aquilo que ignoram, a afirmar aquilo que é incerto, a desprezar aquilo que é diferente?

Se é isto o sectarismo, que os deuses me ajudem! Por mim, sinto-me hipotecado, comprometido a ser honesto, a examinar cada assunto com espírito livre, a recusar-me a submeter o meu espírito (e também o dos meus leitores) à tirania de um partido.

Somos da mesma opinião. Não gostamos de ouvir afirmar alto as virtudes próprias. Basta ser correcto, delicado ou mesmo virtuoso, caladamente, para se viver em paz consigo próprio, o que dá um grande bem estar... E quando ouvirem os outros prègar bem alto que são os exemplos da Bondade e da Verdade, não discordemos e bem podemos muitas vezes sorrir com uma ligeira ironia...

○ Reumatismo

Há diferentes variedades de reumatismo; os seus limites são mal determinados e a sua natureza mal definida. No entanto para melhor as podermos descrever, vamos dividir as suas manifestações em quatro grupos de sintomas e iremos tratar sucessivamente de

1.º — *Reumatismo articular agudo*, doença provavelmente infecciosa e microbiana, que é a manifestação mais franca e vulgar da doença reumatismal e que se acompanha muitas vezes, de manifestações viscerais.

2.º — *Reumatismo crónico*, que compreende muitas variedades, conforme tem tendência para se generalisar (*reumatismo poliarticular progressivo*), mas que também se pode fixar em um pequeno número de articulações (*reumatismo crónico parcial*).

3.º — *Reumatismo visceral* e *Reumatismo muscular*.

4.º — *Pseudo-reumatismo*, ou *Reumatismo infeccioso*, que aparece no decurso de doenças infecciosas, como a blenorragia, a escarlatina, o estado puerperal, a erisipela, o trasurelho, a pneumonia, etc.

Mas somos de opinião que uma parte desta classificação (feita por *Dienlajoy*) é artificial e, à parte o «pseudo-reumatismo», ou «reumatismo infeccioso», de que a origem e natureza nos são conhecidas, as variedades de reumatismo agudo que parecem por vezes distintas, quando examinamos estados graves, têm entre si tais laços de parentesco que se vê bem que fazem parte da mesma família.

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

As manifestações agudas do reumatismo têm uma predilecção para se fixarem nas articulações e por isso se denominam *reumatismo articular agudo*, ainda que atingem muitas vezes e ao mesmo tempo, um grande número de órgãos (*reumatismo visceral*).

Normalmente a série mórbida principia pelas articulações e só mais tarde pode atingir os órgãos, mas há excepções e veremos, no decurso deste artigo, que o reumatismo, a que chamamos *reumatismo articular*, pode principiar por atacar a pleura, o pulmão ou o coração, antes de atingir as articulações.

Etiologia — Ainda que aparecendo em todos os países e em todas as estações, o *reumatismo articular agudo* tem uma predilecção para as regiões temperadas e, contra a opinião muito generalizada de que é uma doença de inverno, os seus ataques são de preferência no verão (*Besnier*), outono ou primavera. *Stoll* refere-se mesmo às *epidemias* de reumatismo durante o verão. *Kelsch*, ao estudar o reumatismo no exército francês, verificou que as recrudescências coincidem sobretudo com o fim do inverno e começo da primavera. No entanto, no nosso país é mais frequente aparecerem os ataques no princípio do outono.

O frio, e sobretudo o frio húmido, é a causa ocasional mais habitual; ora o arrefecimento brusco, actua sobre o corpo a transpirar e o reumatismo aparece rapidamente, ora o organismo se deixa impregnar, por pequenas doses progressivas, o que é frequente nas pessoas que habitam locais húmidos ou casas acabadas de construir. A fadiga e os excessos são causas predisponentes; às vezes, um traumatismo, uma entorse, uma luxação, são a causa de um ataque de reumatismo (*Verneuil, Potain*).

Devemos admitir que há uma predisposição hereditária ou adquirida, para uma pessoa ser atacada pelo reumatismo? — Para respondermos cabalmente, teríamos de conhecer bem a patogenia das doenças reumatismais, que não está definida claramente; a afinidade patológica que o reumatismo tem com a gota, litíases, obesidade e a diabetis deixam entrever que perturbações nutritivas da mesma família presidem à evolução destes estados mórbidos; mas, admitindo que o reumatismo está ligado ao artritismo, isso nada nos avança sobre a natureza íntima da doença.

No entanto, o *reumatismo articular agudo* tem todos os caracteres de uma doença infecciosa microbiana; as suas localizações sobre o endocárdio e sobre as serosas aproximam-o dos outros *reumatismos*, os «reumatismos infecciosos», nos quais a origem microbiana ou toxi-infecciosa é conhecida. O primeiro ataque de reumatismo aparece geralmente dos 15 aos 30 anos; as recidivas são frequentes.

Sintomas — O *reumatismo articular agudo* só raramente aparece sob a forma de uma invasão rápida e violenta. Muitas vezes aparecem algumas dores, mudando de um local para o outro, com ou sem arrepios; aparece a febre e a localização articular. Frequentemente, em cerca de um terço dos casos pelo menos, o reumatismo principia por uma angina febril, com ou sem albuminúria. Esta angina, mais ou menos dolorosa, com vermelhidão da garganta e tumefacção das amígdalas pode mesmo preceder de muitos dias o aparecimento das dores articulares.

Geralmente principia pelas articulações do pé com a perna e do joelho e depois aparece nos cotovelos, nos ombros, na espádua e nos punhos. Quando são atingidas as pequenas articulações, as da mão, dos pés ou da coluna vertebral, isto é uma indicação de que o ataque será longo e extenso.

A dor é, desde o princípio, o sintoma dominante e adquire a sua intensidade, com uma rapidez variável com os doentes; ela muda de local com o fluxo reumatismal, passando de uma articulação para outra, em que provavelmente já tinha aparecido antes e que pensámos já estar livre; generaliza-se para as pequenas articulações da coluna vertebral, das costelas, do maxilar e provoca verdadeiras torturas no doente; o mais pequeno movimento da articulação doente, a pressão das roupas, um abanar da cama, tudo desperta a dor, por vezes com grande agudeza.

As articulações deformadas pelo reumatismo, incham e deformam-se; nas grandes articulações, como no joelho, os tecidos superficiais aparecem com um edema (o *fluxo branco* de *Trousseau*) enquanto nos punhos e na flexura do pé com a perna, a pele mostra-se rosada e com traços avermelhados, que indicam o trajecto das bainhas tendinosas invadidas pelo fluxo reumatismal. Nas mãos, a face dorsal aparece inchada por um edema, os dedos tumefactos afastam-se, imobilizam-se e tomam a forma de fusos. A temperatura local é mais elevada em alguns décimos nas articulações doentes. Os derrames serosos são muito abundantes em algumas articulações; a hydrartrose (água no joelho) pode passar além de 50 a 80 gr e quando atinge esta quantidade, provoca dores vivas que se podem fazer diminuir ou fazer desaparecer, aspirando o líquido com uma seringa.

Quando se estuda o reumatismo articular, verificamos que em muitos casos, os *tecidos peri-articulares*, as bolsas serosas, as bainhas dos tendões e os tendões de inserção dos músculos são pelo menos tão invadidos, como a própria articulação; assim, no joelho existem numerosos focos dolorosos peri-articulares que se põem em evidência à mais leve pressão na parte interna da articulação, onde estão os três tendões que se unem sobre a crista da tíbia; este local é uma das regiões dolorosas mais frequentes; na parte interna do joelho observa-se igualmente um ponto doloroso sobre a cabeça do peróneo onde se insere um tendão; Os pontos dolorosos são também muito sensíveis na cavidade poplitea e na inserção do tendão do tricépede sobre a rótula.

Estes diferentes pontos dolorosos formam em torno da articulação do joelho, um círculo doloroso, que faz crer que a articulação está doente, quando na verdade ainda não foi atingida, ou o foi muito ligeiramente.

O mesmo succede na articulação do pé com a perna. Atrás dos maléolos passam os tendões dos músculos peróneos laterais, com a sua sinovial; pode seguir-se o caminho doloroso que vai até ao quinto metatársio em que se insere o músculo longo peroneal.

Em alguns casos, as dores peri-articulares instalam-se nos músculos, fora dos tendões, como na inserção do deltóide ao húmero; de resto é frequente os próprios músculos aparecerem dolorosos, fora da articulação doente.

O doente aparece *pálido*, o que se explica pela rápida e grande diminuição do número dos glóbulos vermelhos; esta anemia reumatismal provoca um ruído de sopro no coração; Os *suores* são abundantes e persistentes, com um cheiro ácido. O *inchaço* é frequente nas mãos e nos pés e às vezes generaliza-se; a *febre* tem uma intensidade variável; a *pulsção* mantém-se entre 100 e 90. Nos casos intensos a temperatura de tarde chega a atingir 39 e 40 graus e a baixa matinal é pequena; nos casos ligeiros a temperatura de tarde é menor e as remissões são mais

acentuadas; de resto, o ciclo febril não tem regularidade alguma. As *urinas* são raras, carregadas, albuminosas às vezes, ricas em ureia e uratos. Não há geralmente grandes *perturbações digestivas*; a língua continua húmida e o apetite mantém-se. Alguns doentes têm *prisão de ventre* e outros apresentam uma *diarreia abundante*, fluida, serosa, comparável a verdadeiros suores intestinais. As *funções cerebrais* continuam normais; em geral (salvo nos casos de reumatismo cerebral) não há dor de cabeça, nem delírio e o doente conserva toda a liberdade de raciocínio e de espírito. As *hemorragias nasais* são frequentes, quer no princípio, quer durante o ataque reumatismal.

Marcha — Prognóstico

A *duração do ataque reumatismal* está subordinada com a intensidade do mal e varia entre duas e muitas semanas. Cada articulação, em particular, só é atacada durante alguns dias, mas não é raro que melhore e seja novamente atacada. As articulações simétricas são geralmente atacadas ao mesmo tempo ou uma logo a seguir à outra. Quando a febre cai, quando a dor desapareceu, o doente fica ainda com alguma dificuldade para mover as articulações, o que em parte é devido à *impotência muscular* criada pelo reumatismo.

Nas formas ligeiras, o reumatismo articular agudo dura de 2 a 3 semanas; há mesmo formas muito ligeiras em que só aparece sem intensidade em algumas articulações e termina dentro de 8 dias; nas formas intensas prolonga-se para além de 5 semanas; os sinais da «forma intensa» são uma febre alta com invasão das pequenas articulações.

Muitas vezes a marcha faz-se por *étapes*, a seguir a uma melhora momentânea, a febre aumenta e outras articulações são atingidas. As melhoras são lentas e durante o primeiro período da convalescença a febre volta muitos dias, à tarde. Depois do desaparecimento das dores e da febre, o doente conserva ainda durante algum tempo um estado de *anemia profunda e de fraqueza muscular*.

Por vezes, não aparece sòmente uma dificuldade em andar, por paresia ligeira; aparece uma verdadeira atrofia dos músculos (sobretudo nos casos graves e prolongados) que pode durar dois a três meses. As recaídas não são raras e podem aparecer mesmo que se tenham todos os cuidados higiênicos.

A convalescença não evita a possibilidade de aparecerem complicações viscerais, mesmo neste período. O que representa a gravidade mais habitual do reumatismo são as perturbações viscerais, de que trataremos desenvolvidamente, nos próximos números. Em alguns casos constituem um perigo imediato (endocardite, embolia cerebral, reumatismo cerebral, endopericardite e fluxo pulmonar); mas habitualmente o perigo é mais longínquo e é só alguns anos depois de uma imunidade aparente que

aparecem as perturbações cardíacas, que são uma das complicações que mais se temem no reumatismo.

Em alguns casos o ataque reumatismal não segue a forma franca que descrevemos; a febre alta e o aparecimento simultâneo de uma endopericardite podem representar um estado grave, mas não é uma anomalia; o que é anômalo são os estados de fraqueza rápida com falta de forças, desde o princípio, o aparecimento dos sintomas de ataque visceral antes do ataque articular, o que pode dificultar o diagnóstico da causa. No capítulo «tratamento» referir-nos-emos à forma de combater a anemia e fraqueza geral de origem reumatismal.

Tratámos até aqui do reumatismo articular agudo, especialmente das suas localizações sobre as articulações. Nos próximos artigos trataremos das localizações viscerais do reumatismo agudo (no coração, no cérebro, vias digestivas, vias genito-urinárias e manifestações cutâneas) da marcha e prognóstico e, em outros artigos, a seguir, do *reumatismo crónico* e dos pseudo-reumatismos.

Tratamento

Vamos agora occuparmo-nos do tratamento geral do reumatismo articular agudo, para nos referirmos em outros artigos aos tratamentos particulares das suas localizações viscerais e do reumatismo crónico. Neste artigo demorar-nos-emos sobre o «tratamento», pois como há diferentes variedades de reumatismos dispensar-nos-emos de fazer uma descrição detalhada do tratamento quando nos occuparmos especialmente de cada uma delas. Nessa altura trataremos mais detalhadamente do tratamento geral.

O medicamento-base para o tratamento do reumatismo é o ácido salicílico que por estar sujeito a efeitos secundários se aplica sob a forma de salicilatos ou do ácido acetilsalicílico.

Os salicilatos têm sido applicados em medicina há mais de 80 anos, com resultados terapêuticos nítidos. Foram introduzidos na terapêutica por Maclagan em 1876, que utilizou a salicilina no reumatismo agudo.

Pela via interna o salicilato preferível é o salicilato de sódio e pela via externa o salicilato de metilo.

O estômago de algumas pessoas tolera mal os salicilatos, tomados directamente e por isso se aconselha usá-los revestidos de uma substância que não seja digerida no estômago mas que, ao chegar aos intestinos é digerida rapidamente, permitindo a assimilação também rápida do salicilato de sódio, com perfeita tolerância. Obtém-se isso, tomando-o sob a forma de Salglu, de que se podem tomar até 16 comprimidos nas 24 horas. O ácido acetilsalicílico é mais bem tolerado e por isso, quando se preferir este, sobretudo nos casos ligeiros basta tomar de 3 a 12 comprimidos por dia de Salicilina ou de Salicilcaféina para os sintomas

desaparecerem; devem ser tomados, acompanhando-as sempre com um copo de água o que facilita a rapidez da assimilação e a tolerância.

Nos últimos anos têm-se feito estudos aturados sobre o reumatismo, tendo-se descoberto novos medicamentos.

Como porém, se vai procurando quais, de entre eles, podem combater melhor, não só o reumatismo mas simultâneamente os sintomas que tornam esta doença tão difícil de suportar, vamos a seguir apresentar o resultado dos estudos feitos sobre vários produtos que têm acção sobre o reumatismo e as experiências que têm sido feitas para os associar em medicamentos que atendam a todas as indicações.

O objectivo do tratamento medicamentoso da artrite reumatóide e outras situações reumáticas visa em primeiro lugar a supressão das dores, quer por acção directa sobre as articulações, quer actuando sobre os espasmos dos músculos satélites, quer procurando modificar as condições circulatórias locais. Como finalidade máxima, destina-se a restabelecer a função das articulações atingidas.

São muitos os medicamentos introduzidos no arsenal terapêutico, visando um ou mais destes objectivos; vão com efeito desde os mais antigos medicamentos analgésico-antipiréticos até à mais moderna medicação hormonal.

O Ampalar é um medicamento moderno que reúne estas indicações.

As duas fórmulas, injectável e oral, são um pouco diferentes na sua composição e, deste modo, muito embora cada uma delas, permita nas situações menos graves, um tratamento correcto e completo, dão-nos, quando as associamos, a possibilidade de fazer uma terapêutica, por assim dizer, diferente, sem repetições, a não ser as necessárias, mas com a introdução deste novo medicamento, tudo em dosagens equilibradas, de forma a obter o mais útil sinergismo terapêutico.

A Fenildimetilpirazolona-metilaminometano-sulfonato de sódio, que entra na sua composição, produz efeitos antiflogísticos, antipiréticos e analgésicos, quer através dos centros nervosos centrais, quer à periferia, onde a sua acção se traduz pela diminuição da permeabilidade dos capilares envolvidos no processo inflamatório e por favorecer a reabsorção dos edemas. Tem baixa toxicidade e é de fácil tolerância local, sendo rapidamente eliminada e não originando, portanto, perigo de acumulação.

O salicilato de sódio associado à cafeína é outro medicamento de acção salicilica anti-reumática, ao mesmo tempo que, pela cafeína que contém, exerce útil, embora ligeira, acção analéptica.

O gentisato de sódio também entra na fórmula do Ampalar para completar o ácido salicílico que ela contém, tornando assim necessária menor dose deste com todas as vantagens de ordem farmacotécnica e de ordem terapêutica.

O ácido salicílico, o salicilato de sódio e cafeína e o gentisato de sódio somam-se, em última análise, para dar a máxima acção do ácido salicílico com a menor dose deste. Esta associação, não tendo, por um lado, o inconveniente das altas doses de ácido salicílico, não tem, por outro lado, o da alta dosagem de iões sódio, que teria o simples uso de sal sódico.

O ácido acetilsalicílico, que entra na composição das drageias do Ampalar, confere, do mesmo modo a estas, a acção antireumática da medicação salicilada. Somando à associação salicílica contida nas ampolas, quando estas se ministram simultaneamente com as drageias, reforça a acção anti-reumática sem qualquer incompatibilidade.

Quer as ampolas, quer as drageias do Ampalar contém também adenosina, que tem ainda acção sobre a circulação sanguínea, o que, associado à acção sobre a fisiologia muscular, lhe confere alto poder adjuvante da terapêutica antireumática, tendo sido considerada como tendo indicação no tratamento da artrite reumatóide, dores musculares, nevralgias, etc.

A introdução de um anestésico melhora a tolerância, já de si boa, para as injecções de Ampalar. Para este fim, juntou-se-lhe a procaína que é rapidamente desdobrada no organismo. Actua dilatando os vasos espasmodicamente contraídos, o que ocasiona melhor irrigação sanguínea nas articulações lesadas e *diminuição das dores*, pois os espasmos vasculares são factores que igualmente intervêm na génese da dor.

A *vitaminoterápia B₁* é um adjuvante comprovado da terapêutica anti-reumática. O *ácido ascórbico* incluído na fórmula das drageias de Ampalar, tem ainda o papel corrector da carência do ácido ascórbico, que existe sempre na doença reumática prolongada e longamente tratada, em virtude, por um lado, do «stress» da doença e, por outro lado, por um tratamento longo com salicilatos ou esteróides supra-renais.

Resta a *prednisona* incluída na fórmula das drageias, que tem realmente uma acção anti-reumática excepcionalmente enérgica (cerca de cinco vezes a da cortisona). A dose da prednisona contida em cada drageia é baixa, de forma a que, multiplicando o número de drageias, não se atinja uma dosagem inconveniente; mas é contudo suficiente para que, quando se ministre pequeno número de drageias, a dose de prednisona seja mesmo assim, só por si só, eficiente.

Associando todos estes elementos úteis e benéficos para o tratamento do reumatismo, chegou-se à preparação do Ampalar; pelas qualidades dos seus componentes se pode facilmente concluir da sua acção enérgica e eficaz sobre o reumatismo.

O Ampalar prepara-se em drageias em que entram a Prednisona, o Fenil-dimetilpirazolona-metilamino-metano-sulfonato de sódio, o ácido acetilsalicílico, o mononitrato de tiamina, o ácido ascórbico e a adeno-

sina; e em ampolas, em que, além daqueles elementos, entram também o pantenol e o cloridrato de procaína.

Está indicado no tratamento dos reumatismos; artrite reumatóide e situações afins; reumatismo muscular; lumbago; gota; osteoartrites; bursites; miosites; mialgias; nevrites, nevralgias cérvico-braquiais; cialgia de etiologia reumática, etc.

As drageias de Ampalar, associando numa só forma farmacêutica uma medicação anti-reumática leve, potenciada por um esteróide e coadjuvada por medicamentos de acção neuro-muscular, constitui uma forma de tratamento suficiente por si só para as situações reumáticas de menor gravidade. Serve, nas situações mais graves, para reforçar e completar a medicação injectável e para a continuar, mantendo os efeitos anteriormente obtidos.

As indicações sobre doses, como é evidente, dependem do critério do médico. Como doses médias aconselha-se a ministração de 1 a 3 drageias, três vezes por dia, deglutidas sem mastigar, com um pouco de água. As drageias estão especialmente preparadas para poderem ser ministradas mesmo com o estômago vazio.

A medicação injectável é especialmente enérgica para resolver os processos mais graves, podendo ainda ser reforçada e completada com o Ampalar-*drageias*. Como sucede com as drageias, a posologia depende do critério do médico. As ampolas injectam-se por via intra-muscular, aconselhando-se, como dose média, a de 1 a 2 empolas por dia, nos primeiros dois a três dias de tratamento, seguindo-se depois uma empola diária até perfazer um período de tratamento de 10 a 15 dias. Em caso de necessidade poderá fazer-se, após este período, uma pausa terapêutica, recomeçando-se depois o tratamento com nova série.

No tratamento pelo Ampalar, associar empolas e drageias, não é só distribuir uma maior dose de medicamento pelas vias parenteral e oral, com a evidente vantagem de injectar menor quantidade de líquido e sobrecarregar menos as vias digestivas com menor número de drageias; com efeito, quanto ao tratamento por via parenteral com empolas de Ampalar, se associa o tratamento por via oral, aumenta-se a dose de fenildimetilpirazolonametilaminometano-sulfato de sódio, amplia-se a dose de medicamentos salicólicos, torna-se mais intensa a medicação adjuvante e, sobretudo completa-se o esquema terapêutico, fornecendo um novo princípio anti-reumático, de alta eficiência, que torna possível a redução das doses de todos os anteriormente utilizados — o glucocorticosteroide *prednisona*.

E assim, nas situações mais graves e sempre que não haja contra-indicação formal para a terapêutica esteróide, aconselha-se a associação da medicação injectável com a medicação por via oral, segundo esquema a definir pelo clínico.

Como já dissemos em artigos anteriores, a preocupação principal, além do tratamento da doença, é o tratamento das dores. Para este fim o medicamento especial que habitualmente se emprega e sempre com resultado é o Espasmo-Dibar, na dose de 2 a 3 drageias ou 2 a 3 supositórios ou, quando o médico preferir, 1 a 3 injeções intra-musculares por dia. O Espasmo Dibar dá bom resultado em todos os casos de dor. Localmente, as fricções de Bálsamo Analgésico, levemente nos casos muito dolorosos e mais acentuadamente quando for possível, são muito úteis; uma a cinco por dia.

O reumatismo produz sempre um estado de anemia, que é causado pela rápida diminuição dos glóbulos vermelhos e da percentagem de hemoglobina no sangue. Para combater este estado e prevenir as suas consequências, o doente deve fazer uso do Opohemol, quer durante a doença, quer na convalescença, que será assim mais rápida; o Opohe-mol pode ser tomado simultaneamente com os outros medicamentos. Os diabéticos devem preferir o *Opohemol D*.

Quando o doente for artrítico, é conveniente mandar fazer a análise da urina e quando este mostrar que a dose de ácido úrico é superior a 4 mgrs, é conveniente tomar 3 colheres de sopa de Urase (dissolvente do ácido úrico) por dia, em água. A Urase é aconselhável nos reumáticos crônicos e nos gotosos. A Urase pode tomar-se ao mesmo tempo, com outros medicamentos anti-reumáticos.

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA

III

Depois de no artigo anterior termos apresentado os estudos sobre as perturbações digestivas das crianças de mama, da alimentação materna e com leite de vaca e das intoxicações intestinais, vamos agora estudar as lesões provocadas pelos agentes infecciosos e pelas suas toxinas.

As lesões encontram-se, como dissemos, nas três partes da mucosa gastro-intestinal, isto é, sobre o epitélio, sobre o tecido linfóide folicular (folículos solitários e Placas de Peyer) e sobre o tecido inter e sub-glandular.

As *lesões epiteliais* consistem *sobretudo* na transformação mucóide das células glandulares dos intestinos, mais ainda na tumefacção das paredes e, mais raramente, encontram-se atrofias das células glandulares, com dilatação quística dos tubos glandulares.

As *lesões foliculares* consistem em uma tumefacção dos folículos solitários ou das Placas de Peyer, o que corresponde histologicamente a uma congestão e a uma infiltração do tecido das glândulas da parede dos intestinos, com tendência para a formação de pus e ulceração.

As *lesões intersticiais* consistem na infiltração e espessamento dos espaços inter e intra-glandulares; estas lesões aparecem sempre que há irritações ou inflamações dos intestinos, ainda que sejam mais acentuadas, como se compreende facilmente, nos casos crônicos.

As lesões epiteliais e foliculares associam-se, com maior predominância de umas ou de outras. Se as primeiras são preponderantes, trata-se de uma *enterite catarral*, em geral passageira; se as lesões foliculares predominam, trata-se então de uma *enterite folicular*.

A esta classificação anatomo-patológica, corresponde uma classificação clínica.

As lesões do tecido epitelial, parece pertencerem as gastro-enterites agudas, ligeiras ou graves, que vão da diarreia simples à diarreia líquida grave (cólera infantil) e outras do intestino grosso, que vão das formas ligeiras até às formas muito graves (caquetizantes).

Ao grupo das lesões foliculares, muito mais raras, pertencem as enterites agudas ou subagudas que podem revestir as formas tifóide ou disenterica, as quais, por seu turno, podem levar à gastro-enterite crônica.

As *gastro-enterites catarrais* aparecem sobretudo a seguir à superalimentação ou provocadas por uma auto-intoxicação produzida pelas toxinas transportadas pelo leite da mãe (mais raramente) ou pelo leite de vaca.

A simples descrição que acabamos de fazer, põe bem em evidência a importância que tem o leite na alimentação e que é necessário vigiar sempre as funções gastro-intestinais da criança, que são geralmente, quando alteradas, o ponto de partida das doenças de que mais tarde sofrerá o adolescente e o adulto. Temos o dever de as tratar para evitar a passagem dos estados agudos aos estados crônicos, que provocam, além das doenças crônicas intestinais, degenerescências das células hepáticas, renais e no sistema circulatório. Um regime normal de vigilância e desintoxicação é o dever dos pais, que se torna em uma responsabilidade sobre o estado sanitário futuro dos seus filhos (1).

(1) Hoje uma grande parte dos pais têm os filhos em regime normal de defesa dos intestinos, com o uso regular de Lactosimbiosina. As gerações posteriores a 1910, em que este regime foi seguido, mostram como as crianças se desenvolveram bem, se robusteceram e deram origem a crianças, em geral mais fortes do que as das gerações anteriores a 1910. Uma das doenças que provocava a maior parte da mortalidade infantil, antes daquela data, era a «*diarreia verde infantil*», muito mortífera, que já quase desapareceu, devido a esses cuidados.

Formas clínicas: — No seu grau mais atenuado, as perturbações digestivas da primeira infância manifestam-se pela «dispepsia gastro-intestinal» aguda, que é essencialmente caracterizada pela má elaboração do leite ingerido, provocada por uma superalimentação ou por uma alimentação mal regrada.

As perturbações manifestam-se, segundo os casos, com predominância no estômago ou nos intestinos; habitualmente as perturbações gástricas e as intestinais são associadas, porque estes dois segmentos do tubo digestivo, o estômago e o intestino, são mais solidários na criança do que no adulto.

Em geral, estas perturbações digestivas ligeiras não têm reflexos sobre a nutrição e sobre o estado geral, pelo menos no começo. Mas, se não forem atacadas desde os primeiros sintomas, podem seguir-se por uma infecção caracterizada, aguda ou crónica; devemos pensar nos agentes microbianos logo que aparecem os primeiros sintomas, porque se nessa altura fizermos um exame das fezes, notamos imediatamente, pelo menos, um aumento do número e da virulência dos micróbios normais dos intestinos; começa logo a fazer-se uma reabsorção das toxinas que eles produzem, produzindo uma intoxicação que se manifesta por palidez, abatimento geral e, às vezes, diminuição da secreção urinária, que é um sinal de que os rins foram já atingidos.

Entre a diarreia dispéptica e a nitidamente infecciosa é muito difícil a distinção.

A *dispepsia* pode ser accidental ou mostrar-se com vômitos de leite coalhado e ácido e por dejeções líquidas amarelas ou esverdeadas, com grumos. Se forem suprimidas as causas que provocaram a indigestão, se a criança é logo posta a dieta, sobretudo hídrica ou pelo menos bem racionada, tudo entra rapidamente em ordem.

Mas a dispepsia pode ser habitual, o que se explica habitualmente por irregularidades frequentes e repetidas na alimentação. Neste caso, em lugar do aumento progressivo do peso da criança, em vez de ter diariamente as suas três dejeções de um amarelo normal e bem ligadas, começam a apresentar-se diferentes perturbações da digestão; aparecem as regurgitações, depois os vômitos de leite coalhado, numerosos e com a forte cheiro ácido. A criança chora frequentemente e está sempre a pedir de beber; o apetite diminui e abandona o seio ou o biberon, logo que ingeriu algumas goladas; além disso aparecem frequentemente eructações ou mesmo vômitos.

As dejeções tornam-se frequentes e são líquidas; primeiro contêm grumos brancos e muco, e depois tornam-se amarelo-acastanhadas e esverdeadas, com cheiro fétido; com as dejeções são expelidos gases com abundância.

Tanto nas crianças alimentadas ao seio como ao biberon, pode aparecer diarreia ou prisão de ventre. O ventre mostra-se duro ou volumoso,

com excesso de gases; a criança tem dores, cólicas, chora alto, com intervalos mais ou menos regulares; empalidece e perde o sono; a pele cobre-se de erupções diversas (urticária, comichão, eczema) ⁽¹⁾. O reflexo sobre o estado geral manifesta-se pelo emagrecimento, perda de peso, palidez e, por vezes, formação de um enduto branco na boca e garganta.

As infecções *gastro-intestinais agudas* ou diarreias toxi-infecciosas (*Marfan*) podem ser secundárias ou primitivas (infecção rápida por um leite muito contaminado, virulento).

Em geral, apresentam-se na *forma febril*, mas podem também apresentar-se na *forma algida*; uma fraca dose de toxinas produz a forma febril, mas se a dose aumenta, pode seguir-se a forma *algida*, que também pode aparecer inicialmente, se a dose tóxica for muito grande.

Quer seja *febril* ou *algida*, a infecção aguda pode evolucionar sem provocar lesões locais ou lesões muito ligeiras e provocar a morte inesperadamente. Na autópsia verifica-se a mucosa intestinal, simplesmente congestionada, rósea, o epitélio pouco modificado e uma ligeira infiltração intestinal. O que deu origem à morte não foi uma toxémia; as infecções secundárias que provocam lesões viscerais a distância, como a bronco-pneumonia, nefrite ou a meningite, só aparecem tardiamente e são inconstantes.

A forma febril é frequente na ocasião do desmame; ou aparece nas crianças com saúde ou enxerta-se em uma dispepsia já estabelecida. É por isso que no desmame deve haver sempre cuidados na defesa dos intestinos para os habituar ao novo regime; principia por uma elevação brusca da temperatura (39 a 40 graus no fim de 24 horas), mantendo-se a febre, mais ou menos elevada, segundo a idade da criança e o modo de alimentação.

Os vômitos alimentares ou biliosos apresentam um cheiro de ácidos gordos; mas podem não existir. Mas a diarreia é constante, principiando por dejeções líquidas, verdes a princípio, misturadas de grumos brancos, de mucosidades, em geral muito fétidas e irritantes. A sua reacção pode ser alcalina ou ácida, e apresentam muitos micróbios. A língua está vermelha, geralmente seca e com enduto esbranquiçado; o ventre cheio, timpânico.

A respiração está acelerada, o pulso frequente e irregular; a pele está flácida, muitas vezes com eritema e pequenas manchas vermelhas (petéquias); pequena quantidade de urina e com albumina.

A *forma algida* (cólera infantil) é a mais grave das infecções das crianças; é mais frequente no verão e ataca as crianças no desmame ou as alimentadas a biberon; pode aparecer brutalmente, em plena

(1) Desde os primeiros sintomas deve defender-se a criança, pondo-a em regime de Lactosimbiosina.

saúde, mas a seguir a uma dispepsia, a uma diarreia com febre, é a manifestação final de uma infecção aguda febril (1).

Os vômitos são, a princípio alimentares, depois aquósos, incolores ou ligeiramente esverdeados; indicam muitas vezes o princípio da doença e podem mesmo predominar durante toda a sua duração quando a diarreia é intensa.

As evacuações, muito abundantes, sujam constantemente as fraldas; começam por ser esverdeadas, depois serosas, incolores e com pouco cheiro e o seu número oscila entre 10 e 40 por dia.

Nesta *forma algida*, o estado geral modifica-se muito rapidamente; o nariz afilado, os olhos encovam-se e a pupila está pouco nítida; a cara enche-se de rugas, de uma palidez mate, com um círculo acastanhado em volta dos olhos; a língua está vermelha e seca; o ventre, primeiramente volumoso, passa a escavar-se. A criança, com uma sede inextinguível, agita-se sem cessar; dorme de lado, com as pernas encolhidas.

A pele do corpo torna-se cor de cera ou escurece e as extremidades, de pálidas passam a tomar um tom azulado.

A temperatuma periférica desce a 36, 35 e mesmo 34 graus, mas a central passa acima da normal (38 graus, em média); o pulso, começa por ser frequente, para se atrasar e tornar-se filiforme. A respiração é irregular, com dispepsia; as urinas são muito poucas, albuminosas e contêm urobilina e às vezes açúcar. A morte sobrevém em um colapso algido, com dilatação pupilar e rigidez da nuca e dos membros. A doença evoluciona em dois ou três dias.

A cura, que é muito frequente na forma febril é, pelo contrário excepcional na forma algida, onde se pode às vezes conseguir, com um tratamento pronto e enérgico.

A *infecção gastro-intestinal crônica*, sucede em geral à infecção aguda, se não for tratada; as causas que a podem provocar continuam a exercer a sua influência. Esta infecção, quando se agrava progressivamente, leva à atrepsia, isto é, a um estado caquético, que pode terminar pela morte se não for devidamente tratado.

A forma mais atenuada da infecção intestinal crônica é representada pela *diarreia*, convindo distinguir a das crianças de mama e a das crianças alimentadas a biberon. Nas primeiras, quando a alimentação é mal regulada, ou quando a mãe ou a ama têm um leite de má qualidade ou ainda quando as vias digestivas estão em mau estado, em virtude da influências hereditárias, a diarreia aparece nos primeiros meses ou mesmo no fim das primeiras semanas. É uma diarreia verde, biliar, caracterizada pela emissão de 4 ou 5 dejeções, muito abundantes, de

(1) Nas formas graves, algida ou com grande diarreia deve preferir-se a Vita-simbiosina.

reação ácida e contendo muitos grumos brancos. O ventre mostra-se meteorizado, com saída de gases frequentes pelo ânus e a criança sente cólicas frequentes. Em geral, não aparecem vômitos nem eritema nas nádegas e a criança continua a aumentar de peso regularmente. Estas diarreias crônicas enfraquecem menos do que as das crianças alimentadas a biberon, mas podem ir até à atrepsia.

Nas crianças desmamadas prematuramente, a quem se começa a dar carnes, vinho e alimentos pesados, as perturbações digestivas manifestam-se pela diarreia, com fezes glerosas ou com espuma, fétidas. Esta diarreia sobrevém muitas vezes a uma enterite aguda folicular e pode alternar como atrás dissemos, com períodos de prisão de ventre; as crianças são sujeitas a fases febris, durante as quais a língua está saburosa e o hálito fétido, com dores de cabeça e um estado de abatimento geral.

Depois de descrevermos, com bastantes detalhes as diferentes perturbações digestivas a que estão sujeitas as crianças de mama, as alimentadas a biberon, as que sobrevêm ao período do desmame, e nas primeiras idades, as diferentes infecções gastro-intestinais e as diferentes formas clínicas das infecções intestinais, trataremos nos próximos números da profilaxia das perturbações digestivas nas crianças, da bacterioterapia láctica e do tratamento das várias doenças gastro-intestinais agudas e crônicas.

A PRISÃO DE VENTRE E OS XAROPES PARA A TOSSE

É relativamente frequente, nos doentes que, para tratarem a tosse, empregam a grande variedade de xaropes em cuja composição entra a codeína, começarem a sentir prisão de ventre provocada pela acção da codeína sobre o nervo pneumogástrico, que comanda as funções do pulmão, do estômago e dos intestinos e sobre os quais exerce uma acção calmante da sua actividade normal.

Estes doentes, quando lhes apareça a prisão de ventre, devem mudar para outro xarope, que não tenha influencia sobre a prisão de ventre, como o Coqueluchol. A sua acção calmante da tosse é principalmente devida ao bromoformio e à sua associação com as tinturas de aconito e de beladona, que se verifica em todas as tosses, especialmente nas tosses irritativas e na coqueluche; a dose é de 6 a 12 colheres de chá por dia para os adultos e nas crianças de uma colher de chá por cada 6 meses de idade e por dia.



Para combater as *Tosses* devemos preferir

Quando se deseja também desinfectar os pulmões e os bronquios (o que é sempre aconselhável) o

Xarope Labsan

Quando haja sintomas congestivos (tosse frequente e expectoração abundante).

Xarope Efe Labsan

Quando a tosse é muito violenta ou quando o doente sofre de prisão de ventre, quando houver hemoptizes ou para a tosse convulsa, prefira,

Coqueluchol

Qualquer deles se deve tomar na dose de 3 a 5 colheres por dia; as crianças devem substituí-las por colheres de sobremesa ou de chá, conforme as idades.

Os diabéticos, ou os doentes que desejem transportar consigo o medicamento, podem substituí-lo pela TOSSINA (3 a 5 comprimidos por dia) ou, quando a tosse seja intensa, congestiva, a TOSSIFEDRINA nas mesmas doses.

Ninguém gosta e a ninguém convém PARECER MAIS VELHO DO QUE SE É

Pode restituir-se ao cabelo, que embranquece precocemente por várias razões, entre as quais a carência de VITAMINAS B1 PANTENE, fazendo uso do «Renovador 215». O envelhecimento precoce é prejudicial em algumas profissões, como chefes de estabelecimentos, vendedores, empregados, até mesmo os médicos. Todos procuram pessoas mais novas para empregos. Se desejam obter instruções sobre o embranquecimento precoce dos cabelos e o meio de renovar a cor primitiva, peça-as por um simples bilhete postal à Farmácia Sanitas — P. Luís de Camões, 24-Lisboa e ser-lhe-á enviado grátis.

Assinatura dos Estudos

A 1.^a série está esgotada.

A 2.^a série está quase completa e será oferecida aos assinantes da 3.^a ou da 4.^a série.

A 3.^a série compreende 40 números; o seu preço, completa é de Esc. 80\$00.

A 4.^a série terá, pelo menos 25 números; a assinatura, do n.º 1 ao n.º 25 custa Esc. 50\$00.

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

- a) Colecção dos números, não esgotados da 2.^a série (mais de 25).
- b) Um útil cinzeiro.
- c) Uma faca para papel.
- d) O Livro das Mães.
- e) Bónus de, pelo menos 20 % para a compra de sabonetes e outros artigos de toilette. Estes bónus, só por si, podem exceder o valor da assinatura.

As assinaturas continuam gratuitas para o pessoal dos quadros de saúde (médicos, veterinários, farmacêuticos, etc.).

Toda a correspondência sobre assinaturas deve ser dirigida para: Estudos — Apartado 2.219 — Lisboa.

Eczemas

Irritações da pele

Empigens

desaparecem com a pomada de

Cadichtyol

Nestes casos, o sabonete que, não só não irrita, mas trata a pele, tornando-a macia e aveludada é o

Sanoderma