

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

BÉCOMVITE **AZEVEDOS**

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

3 FORMAS FARMACÉUTICAS:

INJECTÁVEL

Solução injectável indolor das Vitaminas B₁, B₂, B₆, PP, Pantenol e Vitamina B₁₂ cristalizada apresentada em ampolas de 1cm³ (FRACA) e 2cm³ (FORTE).

DRAGEIAS

Além das Vitaminas da forma injectável, as drageias contêm como excipiente fígado e levedura de cerveja, com todos os seus factores naturais.

XAROPE

Complexo dos factores B. em doses com significação terapêutica, associado aos princípios salino-vitamínicos dum proteolizado de fígado, levedura e caseína. (COMPLEXO B & ÁCIDOS AMINADOS)



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
M. AZEVEDO FERNANDES — <i>Estudo comparado da Psicoterapia de Ernst Kretschmer</i>	<i>O Ensino Médico na Suíça</i> — J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO	597
735	<i>Ecos e Comentários</i>	598
F. FIGUEIRA HENRIQUES — <i>Para um melhor conhecimento dos «Cuanhamas» e «Cuamatos»</i>	<i>Da Ribeira das Naus ao Arco dos Viso-Reis de Goa</i> — LUÍS DE PINA	599
748	<i>Noticiário diverso.</i>	
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>O Inquérito Nacional sobre a Pelagra Endémica</i> — G. JORGE JANZ ...		752

Isolados, eficientes... juntos, muito melhor



HYDRO-BILEIN

MARCA REGISTRADA

(BILEIN E ÁCIDO DEHIDROCÓLICO, ABBOTT)

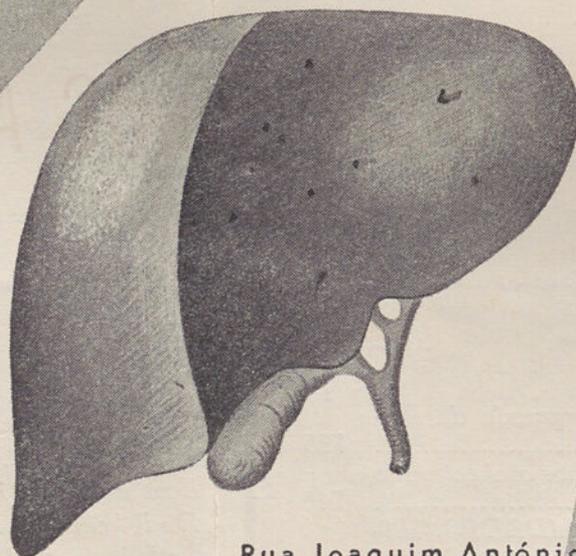
■ Uma terapêutica muito mais ampla contra os transtornos das vias biliares, é possível associando o ácido dehidrocólico aos sais biliares naturais num só produto. Este é o HYDRO-BILEIN, preparado Abbott, que contém 0,12 gm. de ácido dehidrocólico e 0,12 gm. de bilis de boi exsicada e purificada.

O ácido dehidrocólico aumenta o volume de bilis e estimula a sua expulsão pelas vias biliares; o segundo componente produz uma bilis que contém sais biliares em quantidade equiparável à da bilis normal.

Além de produzir um verdadeiro efeito colerético — HYDRO-BILEIN facilita a absorção intestinal das gorduras e vitaminas lipossolúveis e aumenta a motilidade do intestino, provocando, assim, um efeito laxativo natural.

A dose média é de um confeito, duas a quatro vezes por dia, preferivelmente depois das refeições; esta dose pode reduzir-se se produzir efeitos laxativos não desejáveis.

HYDRO-BILEIN é apresentado em frascos de 40 e 100 confeitos.



ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}

Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c. Dt.º
LISBOA — PORTUGAL

Estudo comparado da Psicoterápia de Ernst Kretschmer

M. AZEVEDO FERNANDES

(Neuro-psiquiatra e bolseiro do Instituto de Alta Cultura)

Apresentação

(Einteitung)

Há alguns anos — nunca posso esquecer-lo — quando era mister recomeçar a minha vida profissional, foram levadas em conta as minhas possibilidades e eu entrei para a Assistência Psiquiátrica com o compromisso de cumprir o meu dever.

Tendo-me o Prof. Dr. h. c. Ernst KRETSCHMER convidado para trabalhar, como hóspede, na sua clínica, para que pudesse dar curso ao meu expresso desejo de me instruir em problemas de psicoterápia e biotipologia, recebi ainda convite do Prof. Dr. Otmar Frhr. v. VERSCHUER, que me oferecia a oportunidade de trabalhar no seu serviço em temas de patologia hereditária, nomeadamente na secção de patologia hereditária das doenças do sistema nervoso, chefiada pelo Dozent Dr. Gerhard KOCH.

Este meu relatório refere-se apenas ao estágio que fiz em Tübingen, na clínica do Prof. KRETSCHMER. De todos os médicos desta clínica eu recebi especiais deferências. Para não melindrar nenhum, apenas lembro os da enfermaria a que estive mais adstricto, Drs. LANGEN, Frau WALTER e HUBER

Lembro também a Secretária do Mestre, Frau FISCHER, sempre incansável para que eu fosse recebido da melhor forma.

Do Prof. KRETSCHMER só sei falar com emoção, tão alto soube apreciá-lo e tão humano o senti na forma como me recebeu. E precisamente ao terminar o meu relatório, recebo dele uma carta que diz:

«V. foi para nós um hóspede querido e agradável e alegrar-nos-emos sempre de voltar a encontrá-lo, aqui em Tübingen ou em congressos».

O Prof. VERSCHUER, director da secção de heredopatologia da Universidade de Münster, terá que desculpar-me da modéstia que revestirá o relatório — que me falta fazer — sobre o estágio nos seus serviços. São assuntos totalmente novos e em grau de evolução que eu não pressentia. O Prof. VERSCHUER, que é um sábio mundialmente conhecido e um fidalgo de fino trato, saberá desculpar-me.

Ao Dozent Dr. Gerhard KOCH retribuo com a minha amizade e o meu apreço.

Ao Senhor Prof. Dr. Amândio TAVARES, que pelo Instituto de Alta Cultura me facilitou uma bolsa de estudo para esta minha viagem e ao Senhor Director do Centro Psiquiátrico do Norte que abonou junto das Entidades competentes os meus méritos de estudioso, os meus agradecimentos.

Dos meus colegas da especialidade, com quem me cultivo e aprendo, não esqueço o entusiasmo com que se regosijaram pelos meus convites e o ânimo que me inculiram para os aceitar.

O muito que devo a meus pais e a minha mulher, em incentivos, esforços e sacrifícios, guardo-os para mim.

DEFINIÇÃO E POSIÇÃO

Diz Mário YAHN ser princípio básico de direito que somente é crime aquilo que a lei prevê. O critério é de algum modo válido para a psiquiatria ou melhor dizendo para o senso psiquiátrico, que apenas se propõe considerar doente aquele que perturba e se descontrola. E tanto isto é um facto que muitos doentes chegam até nós sem que tenham vivido doentes e contudo diremos, para completar esta subtil destrição de MIRA Y LOPEZ, que são doentes, estão doentes e se sentem doentes. Importa porém que a sua doença dê provas concretas para quem os rodeia e ela tantas vezes parece caprichar, afirmando-se em termos duma supra-normalidade.

Nas famílias dos doentes passa-se um pouco do que em nós há de primitivo e ancestral. E o primitivo, diz Jung, não tem qualquer psicologia; o psicológico para ele é objectivo e passa-se fora.

Meine ersten Gedanken für vPsychiatrische Assistenz Portugalb, so schuldig ich es bin.

Ich erhielt die Einladung von Herrn Professor Dr. Dr. h. c. ERNST KRETSCHMER, als wissenschaftlicher Gast an seiner Klinik zu arbeiten. Damit war mir die Möglichkeit gegeben, meinen Wunsch zu verwirklichen, mich an der Klinik selbst in die Fragen und Probleme der Psychotherapie und der Konstitutionsforschung vertiefen zu können. Ausserdem erhielt ich eine Einladung von Herrn Professor Dr. Otmar Freiherr von VERSCHUER, die mir die Möglichkeit eröffnete, mich in seinem Institut mit allgemeinen Problemen der Humangenetik und in der der von Herrn Dozent Dr. Gerhard KOCH geleiteten human-genetisch psychoneurologischen Forschungsstelle mit Fragen der Erb-neurologie und Erbpsychiatrie zu beschäftigen.

Die vorliegende Darstellung enthält nur einen Bericht über meine Tätigkeit in der Tübingen Klinik unter der Leitung von Herrn Professor KRETSCHMER. Von den Ärzten der Klinik, auf deren Stationen ich vorwiegend tätig war, möchte ich vor allem die Kollegen und Kolleginnen Dr. LANGEN, WALTER und HUBER nennen, denen ich besonderen Dank schulde. Frau Johanna FISCHER, die Sekretärin des Tübinger Meisters, war unermüdlich bemüht, meinen Studienaufenthalt reibungslos ablaufen zu lassen. Von Herrn Professor Dr. Dr. h. c. E. KRETSCHMER kann ich nach der Aufnahme, die ich bei ihm fand, nur mit der grössten menschlichen Hochachtung und Wertschätzung sprechen. Gerade jetzt, wo ich meinen Bericht abgeschlossen habe, habe ich einen Brief von ihm erhalten, in dem er folgendes schreibt: «Sie waren uns ein lieber und angenehmer Gast, und wir werden uns immer freuen, Ihnen, sei es hier in Tübingen, sei es auf Kongressen, wieder zu begegnen».

Herrn Professor Dr. O. Freiherr von VERSCHUER, einen international anerkannten Wissenschaftler, möchte ich um Entschuldigung bitten, wenn ich nicht weiter über meine Tätigkeit in seinem Institut für Humangenetik in Münster berichte. Mein Aufenthalt in Münster war auch zu kurz bemessen, um einen erschöpfenden Bericht über die heute aktuellen Probleme der Humangenetik, die sich in ständiger Weiterentwicklung befinden, geben zu können. Herrn Dozent Dr. Gerhard KOCH danke ich mit meiner Freundschaft und Wertschätzung.

Seiner Magnifizenz, dem Herrn Rektor der Universität Porto, Herrn Professor Dr. AMANDIO TAVARES, der mir durch die Gewährung eines Stipendiums die Reise ermöglichte, und dem Herrn Direktor des Zentrums für psychiatrische Assistenz Nord, der sich befürwortend bei den zuständigen staatlichen Stellen für mich verwandte, gebührt mein besonderer Dank.

Ich werde nicht die Freude vergessen, die meine engeren Fachkollegen mit mir über die an mich engagierten Einladungen teilten, und auch nicht die Worte der Ermutigung, mit denen sie mich aufforderten, diese Einladungen anzunehmen.

Die Mühen, Anstrengungen und Opfer, die meine Eltern und meine Frau auf sich nahmen, müssen unberücksichtigt bleiben.

Acontece que a nevrose ou tudo aquilo que a psicopatologia nos apresenta carente de psicoterápia, passa-se «dentro». As vivências não são apenas um acontecer psíquico interno, são mesmo grandezas independentes da própria personalidade, como diz KRETSCHMER.

Trabalhar as vivências dos doentes é a nossa tarefa; é este o caminho que permite eliminar os sintomas neuróticos. A isto também se chama psicoterápia.

Mais concretamente, a psicoterápia é, como diz SCHULTZ, a cura médica de doentes com meios psíquicos.

Com a psicoterápia obter-se-ão resultados muito superiores aos que se obtêm na medicina em geral. Assim, SCHULTZ-HENCKE diz que são duas a três vezes maiores.

Isto é, enquanto que a medicina geral consegue curar concretamente 15% dos casos, com a psicoterápia 50% dos casos curam ou conseguem notáveis melhoras.

O optimismo que também queremos inculir ao leitor vem sendo possível depois que a psicoterápia se elevou à

dignidade dum ramo da ciência médica. Por isso SCHULTZ disse que psicoterapia era a psicologia aplicada e que sem psicopatologia e psicologia médica não há psicoterapia. Também diz o mesmo eminente autor que hoje o psicoterapeuta pode pôr indicações como se põem nos outros ramos da medicina.

Poucos como KRETSCHMER terão contribuído para dar crédito a este tão complexo ramo das ciências médicas, eliminando nele o carácter mágico, mercê do seu elevado prestígio apoiado por um vasto saber e animado de genial poder criador e reformador.

Por isso a psicoterapia é hoje susceptível de ser aprendida e ensinada (SPEER).

Eliminar o carácter mágico da psicoterapia, não quer dizer cair no extremo o oposto, porque, como diz JUNG, o dogma de que doenças mentais são doenças cerebrais é um resto do materialismo do ano 70 do século passado.

Fazer psicoterapia, diz SCHULTZ, é ensinar a viver; a psicoterapia é fundamentada nas leis da vida.

Aqui temos o claro enunciado da nossa complexa tarefa. Importa que cada um saiba cedo medir as suas forças e de mais valioso aceite que nunca é tarde para desistir. Há caminhos incomparavelmente mais lucrativos e muito mais fáceis. Não esqueça o aforismo: antes de mais não prejudicar.

A tarefa que cada psicoterapeuta inicia com os seus doentes é um convívio de pensamentos e porque só ao homem o pensamento é acessível em símbolos verbais (KARTZ), tudo se passa num imprevisível jogo desses maravilhosos símbolos.

O médico saberá resistir à sedução das terapêuticas abreviadas, que muitas vezes só lhe podem barrar caminho, e não esquecerá que uma personalidade é sempre um «outro eu» que importa saber reconhecer e respeitar.

Preciso é ainda que nós, os médicos, os doentes e quem mais nos rodeia, não corramos os riscos do entusiasmo e da novidade. Como exemplo atentemos no que os mal avisados pretendem tirar da analítica existencial, quando o próprio Ludwig BINSWANGER diz que a «análise existencial» não é nenhuma psicoterapia (citados por SCHULTZ).

Quem começa uma psicoterapia deverá usar do saber geral na matéria equivalente ao que se exige ao cirurgião que abre um abdómen. Com efeito, todo o médico deve saber que o quadro patológico sintomático só permite uma conclusão com segurança relativa, se se trata duma neurose leve ou grave (SCHULTZ).

Porque as nevroses se tornaram hoje assunto da moda, que também se advirta o psicoterapeuta de que não devem matar-se pássaros com tiros de canhão (SCHULTZ, SPEER).

Do exclusivismo de alguns autores temos também de saber defender-nos. Assim, por exemplo, SPEER pretende chamar doido ao médico que quer tratar uma paranoia psicoterapeuticamente. Sabemos, porém, dos modernos conceitos de paranóia, segundo os estudos de KRETSCHMER, que algumas vezes tal terapêutica não apenas se aceita na paranóia, mas se considera a única realmente eficiente.

Não obstante o número de certezas de que nos vimos rodeando, não queremos como Pitágoras considerar o homem a medida de todas as coisas. Esta noção que para T. C. S. SCHILDER, de Oxford, teria definido o seu humanismo (citado por PACHECO E SILVA) não pode ser aceite para quem pratica psicoterapia e a quem compete ajustar, dentro da personalidade doente, um equilíbrio de valores, porque tantas vezes esse ajuste se faz à custa de projecções e valorizações vivenciais que excedem o homem e a sua natureza. A nossa tarefa desfz-lhe as estagnações energéticas, desobstruindo-lhe as vias de acção, mas foi ele, o doente, que se realizou.

A PESSOA DO PSICOTERAPEUTA

Já em 1948 encarámos, além das directrizes dalgumas técnicas psicoterapêuticas, a atitude do médico segundo as diferentes escolas. Vimos que ele poderia ser encarado como um mestre, um guia, um detective, um profeta, um entusiasta, um crítico, etc. Alguns destes aspectos não têm consistência, mas a personalidade do psicoterapeuta tem de ser

suficientemente polimorfa para poder jogar com as múltiplas e variadas «afinações» dos doentes.

Se por um lado a personalidade do psicoterapeuta tem de ser polimorfa, por outro lado tem de ser possuída dum núcleo estrutural indevisível e apetrechada duma capacidade de transigência que só por si é uma «sabedoria».

MIRA Y LOPEZ pretende que as qualidades do psicoterapeuta sejam: empatia, intuição, capacidade de síntese, ductilidade, energia, confiança em si mesmo, mimetismo caracterológico e entusiasmo. Em contrapartida, Schultz transige em larga escala com a personalidade do psicoterapeuta popular — não o psicoterapeuta de escola! — dizendo que ele será tanto mais psicoterapeuta quanto mais homem por si for e como tal se afirmar na profissão. Neste critério descreve os médicos fleumáticos, hipomaniacos, coléricos, entusiastas, doutrinários, cínicos, voluntariosos, sociais, cientistas, cada qual com as suas vantagens e desvantagens.

A psicoterapia de escola exige ainda maturidade (SCHULTZ), ajuste emocional às múltiplas necessidades humanas (capacidade de comoção) (SPEER) e nobreza de carácter (STEKEL).

SCHULTZ sintetiza assim as qualidades que considera suficientes para quem trabalha em psicoterapia: exactidão, clareza, perseverança, consciência e objectividade. Por objectividade entende-se que o médico não deve ficar senhor do doente, mas da situação; não ser perturbado por simpatia ou antipatia.

«Diz ADLER que seria considerado psicoterapeuta todo aquele que tivesse um ou mais dos seguintes atributos: 1) ter nascido com dotes especiais de psicólogo; 2) ter sofrido muito na vida e aprendido com esse sofrimento; 3) ter sido preparado para esse «métier», fazendo-se analisar por psicoterapeuta experimentado (Mário YAHN).

JUNG é bastante objectivo quando formula a pergunta: como pode alguém educar uma vez que não tenha sido educado? Sim, já que a psicoterapia é susceptível de ser aprendida e ensinada, contemos com a verdadeira formação profissional. Toleremos então, como também diz YUNG que «o médico seja pelo menos inatacável no seu trabalho».

Não seria evidentemente destituído de lógica que eu me detivesse agora cinzelando o psicoterapeuta à imagem do homem perfeito. Alguém se encarregará um dia duma tal abstracção; eu não saberia encará-la. Afinei os meus desejos por um Mestre excepcional que chegou à psicoterapia depois de se aferir em todos os departamentos da neuro-psiquiatria e se afirmar um dos maiores génios da actualidade e com jus a disputar o título de «o maior psiquiatra de todos os tempos». Refiro-me ao Professor KRETSCHMER.

NEUROSES E ESTRUTURAS AFINS

Em muitos departamentos da medicina vive-se preso aos sintomas, mas em matéria de nevroses eles pouco mais traduzem que uma carência ou necessidade; as vivências são insuficientemente elaboradas (SPEER) e não se exprimem compreensivamente na sua motivação e afecto, como sucede na reacção vivencial (K. SCHMEIDER).

A neurose é uma situação psico-física falhada, uma falsa atitude em face da vida, uma atitude abionómica ou anti-bionómica (SCHULTZ). A verdadeira atitude, ajustada à realidade e à personalidade, mostra-se difícil, perigosa, proibida, falhada (SCHULTZ).

O mecanismo psicanalítico das nevroses sintetiza-o claramente Fenickel nas palavras que se seguem:

«Nas psico-nevroses temos em primeiro lugar uma defesa do ego contra um instinto, depois um conflito entre o esforço instintivo para descarga e as forças defensivas do ego, depois ainda um estado de bloqueio e finalmente os sintomas neuróticos que são descargas distorcidas como consequência dum estado de bloqueio — um compromisso entre forças opostas. O sintoma é o único escalão manifesto deste desenvolvimento, o conflito é histórico e o significado dos sintomas inconsciente».

Noutros termos, as psiconevroses representam descargas de emergência num estado tenso de bloqueio dos instintos.

Gerhard ADLER, seguindo JUNG, define neurose como «uma dissociação da personalidade devida à existência

B₁ **PP** **B₆**
B₂ **C** **B₁₂** **PANTOTENATO DE CÁLCIO**

COMPLEXO REFORÇADO

B

NOVA APRESENTAÇÃO

CÁPSULAS



LABORATÓRIOS
 DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

NEUTRAFIL

Bial

● INJECTÁVEL

DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,3 g

Por ampola de 3 cm³

● SUPOSITÓRIOS

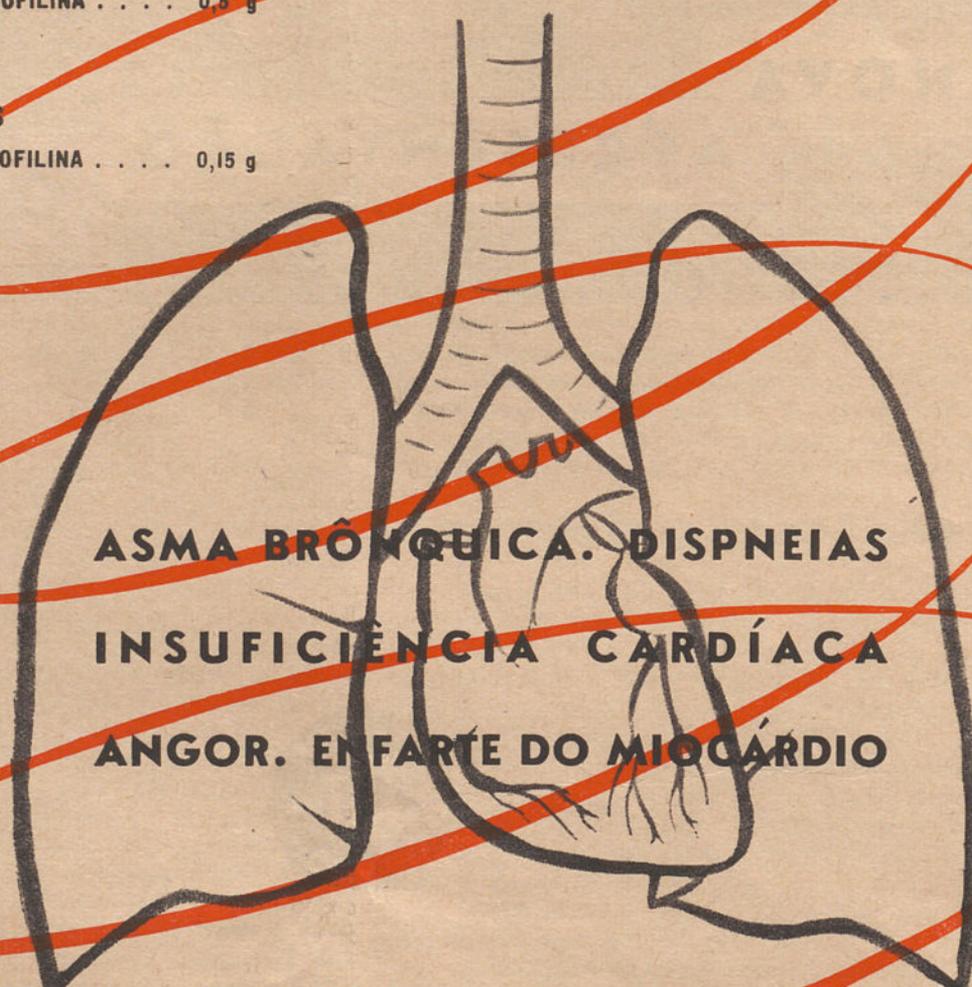
DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,5 g

Por supositório

● COMPRIMIDOS

DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,15 g

Por comprimido



ASMA BRÔNQUICA. DISPNEIAS
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
ANGOR. ENFARTE DO MIOCÁRDIO

OLIGÚRIAS. EDEMAS

de complexos, entendendo por complexo uma constelação de conteúdos psíquicos carregados de energia emocional».

SCHULTZ-HENCKE, mais próximo da orientação psicanalítica — chama aliás neo-psicanálise ao seu corpo de doutrina — considera as manifestações neuróticas como estilhaços instintivos, por homologação com os estilhaços de granada.

Em qualquer das orientações adivinha-se sempre, por detrás de mecanismos falhados, um esforço reactivo que para a escola *junguiana* denuncia «méritos positivos e criadores» (G. ADLER).

O valor do energetismo neurótico mostra-se tão potente em certos casos que SPEER não duvida em afirmar que não é o indivíduo que tem a neurose, mas as neurose que tem o indivíduo.

Como vemos, não há uma doutrina unitária das neuroses. Sem esforço grande poderíamos apresentar cerca de duas dezenas de aspectos doutrinários, o que aliás já noutra altura esboçamos. Para aqui seria descabido, pois nos focamos só em aspectos práticos e como consequência desenvolvemos orientações bem documentadas em bibliografia de casuística e doutrina, ou então orientações da nossa preferência prática.

Não havendo nenhuma doutrina unitária das neuroses também não há nenhum ensino unitário (SCHULTZ-HENCKE).

Aceitando a convergência de factores evolutivos, psicógenos e psico-motóricos, para o desencadear dos estados neuróticos, João SANTOS divide a infância em idades vegetativa, motora, expressiva e rebelde, na convicção de que em cada uma destas idades a neurose tende a revestir feições próprias.

Embora reportando-nos no final desta exposição à divisão clássica das neuroses, valorizamos muito o esquema de SCHULTZ que em seguida apresentamos, salientando que LANGEN, da clínica de KRETSCHMER, faz algumas críticas justas à sua requintada sistemática, o que aliás o próprio SCHULTZ também faz de certo modo.

Quadro de SCHULTZ:

- I — Neuroses de ambiente (predominantemente exógenas) Conflito alopsíquico.
- II — Neuroses marginais (predominantemente fisiógenas) Conflito fisio-psíquico.
- III — Neuroses de estratificação (predominantemente psicógenas) Conflito endopsíquico.
- IV — Neuroses nucleares (predominantemente caracterógenas) Conflito auto-psíquico.

*

LANGEN põe para cada caso 3 factores em evidência, de acordo com o diagnóstico poli-dimensional de KRETSCHMER:

- 1) sintoma condutor (p. ex. asma brônquica, recusa reactiva, fraqueza de concentração);
- 2) situação neurótica (p. ex. crise vital, conflito matrimonial, etc.);
- 3) diagnóstico da personalidade.

A neurose será tanto mais grave quanto mais leve for o conflito actual e maior o factor hereditário.

Algumas subtilezas doutrinárias importam para melhor encararmos alguns aspectos clínicos. É o que deduzimos, por exemplo, de apreciação que BRUN, de formação psicanalítica, faz dos sintomas neuróticos, considerando-os como a manifestação activa dum conflito instintivo entre instintos primordiais ou ancestrais e instintos secundários impressos pela cultura e vida social.

Os conflitos da masturbação cabem decerto modo num desajuste assim considerado e tantas vezes basta banalizá-lhes a força coerciva social para os fazer extinguir. Igualmente se adivinha este conflito, através do pensamento de KRETSCHMER, nos neuróticos compulsivos. Pretende

KRETSCHMER que estes doentes tenham por vezes viva precocidade do instinto sexual e concomitantemente desenvolvam, «por acção combinada interna e externa, uma enorme e hipertrófica barreira moralística contra as disposições instintivas parciais».

Sem dúvida o problema sexual está em forte conexão com as situações obsessivas, mesmo olhando-as fora duma perspectiva *freudiana*. É evidente que nalguns aspectos nos salta à vista uma hiperplasia do fundo mágico sobre a estrutura lógica. O fundo mágico afirmará a sua prepotência tirânica, testemunhando um sector psíquico de imaturidade parcial, conforme as doutrinas do amadurecimento desarmónico de KRETSCHMER.

Não vamos desenvolver este complexo problema dos estados obsessivos ainda recentemente encarado em Portugal por Soeiro. Só o facto de dividir, como este autor, os estados obsessivos em: a) reacção neurótica típica, fundamentalmente psicógena; b) neurose obsessivo-fóbica; e) desenvolvimento anancástico psicopático; d) anancastia tipo processual ou priose obsessiva: nos mostra o embaraço de encarar o problema de forma unitária.

A neurose de angústia é menos bem individualizada ainda do que a neurose obsessiva.

Sem subtilizar a destriça entre angústia e ansiedade, perfilhamos o dizer de POLONIO:

«Aceitamos que a ansiedade se manifesta quando os impulsos mais fortes são frustrados ou reprimidos, ou quando entram em conflito, e aceitamos também que, quando se cria com certa permanência uma situação de ameaça do eu, de perigo da existência, se possa desencadear uma neurose ansiosa».

BRUN pretende que o recalçamento da libido seja causa fundamental da nevrose de angústia, demonstrável pelo facto de só existir esta neurose em homens sexualmente potentes e não existir em mulheres frígidas. Cremos, porém, que a angústia signifique, mais amplamente, estorvo ao livre curso de qualquer função orgânica ou realização instintiva e como consequência a nevrose de angústia será menos sujeita a factores sexuais.

Não pretendemos, neste aspecto, definir a angústia existencial, muito embora noções duma instintividade tele-dirigida pudessem contundir à distância com projecções e valências do grande acontecer espiritual. Deixemos a filosofia para os filósofos!

Bem mais simplista é KATZ, aceitando que a angústia seja o resto dum reflexo existente em muitos animais que consiste em «fingir de morto» na presença dos seus inimigos.

A histeria é um tema demasiado clássico e já por nós encarado com Waldemar PACHECO à base da teoria da forma, para que nos decidamos abordá-lo nesta altura.

Mereceria discussão a neurastenia, quanto ao facto de poder ser ou não uma neurose. Se a consideramos, com Brun, um complexo sintomático neuro-vegetativo reversível, na dependência de várias noxas, não invalidamos a sua existência como neurose.

Um tanto à semelhança das esquizofrenias, as neuroses terão um factor comum, o medo (G. ADLER), e quando evoluem no sentido do agravamento ou da cronicidade, tornar-se-ão sempre estereotipadas, rígidas e por vezes compulsivas (SCHULTZ)

Nesta noção de medo poderá pensar-se que há uma perda de força ou equilíbrio, o que aliás se ajusta a uma noção que vimos criando das neuroses, o descentramento do eu.

Vários factores integrativos da personalidade podem contribuir para este descentramento, o que francamente concorda com o pensamento de KRETSCHMER quando diz:

«A neurose muitas vezes surge porque a constituição se desvia e o ambiente fica constante e vice-versa». Diz também: «neuroses complicadas não são só neuroses, são distorções de toda a personalidade».

A relação estreita que alguns autores fazem entre psicopatias e neuroses, como LEONARD, EWALD, etc., é nesta base discutível. FURTADO, em conferência feita na Liga de Profilaxia Social, encara vários problemas que interferem com a psicopatia, mas é omissivo na sua relação com as neuroses. A perspectiva polidimensional de

KRETSCHMER requer no entanto que valorizemos todos os factores.

Em apreciações várias lembremos que SCHULTZ-HENCKE valoriza as estruturas neurotoides e as estruturas crônicas gravemente neuróticas que evoluem sem sintomas; SCHULTZ aceita que as neuroses prefiram os indivíduos delicados, sensíveis, sentimentais; WENDT confirma que o conflito é quase sempre alimentado por situações actuais do doente; JUNG crê que o decréscimo da vida religiosa contribua para aumentar as neuroses; KRETSCHMER evidencia um conjunto de situações psico-físicas que abrem novas directrizes ao problema das neuroses sem que devam considerar-se neuroses pròpriamente ditas. Assim, KRETSCHMER chama a nossa atenção para:

Crises puberais: crescimento eunucoide e participação hipofisária com desarmonia na maturidade dos instintos; *crises heboides*: reacções afectivas em curto circuito, de cólera, fuga, suicídio; *distrofia puberal*: desideratação tecidular, estado sub-caquético; *hipoplasia asténica*; *catatonia de novado*: agitação erótica duradoira com ambivalência instintiva em certos esquizoides imaturos.

KRETSCHMER crê que nas psicoses carcerárias haja mecanismos psicógenos e esquizofrénicos associados.

MÉDICO E DOENTE

Antes de começar uma cura de psicoterápia deve fazer-se um pacto com o doente. SCHULTZ-HENCKE aconselha-o de forma bastante expressiva. O doente deverá ser assegurado de que a psicoterápia, nomeadamente a psicoterápia de base analítica é uma terapêutica de longa duração que exige sacrifícios de tempo e de dinheiro. Para o caso duma terapêutica analítica, por exemplo, o doente será esclarecido da posição em que deverá estar durante os tratamentos (sentado ou deitado) e ainda que deverá dizer espontaneamente as suas ideias, por mais disparatadas que elas lhe pareçam, relatará os seus sonhos, poderá ser interpelado e experimentará determinados estados afectivos. Dar-se-lhe-á tempo suficiente para se decidir convenientemente na resposta e só deverá começar-se a terapêutica depois da sua perfeita concordância. Este é o facto.

Manda SPEER que o primeiro encontro seja tão simples quanto possível. Também LANGEN, da clínica de KRETSCHMER, considera importante e decisivo em muitos aspectos o primeiro contacto com o doente, seja ele um orgânico, neurótico, psicopata ou psicótico. Deve porém este primeiro contacto ser breve e condicionado por perguntas simples e isentas de conteúdo sugestivo. Expressões como: «então que há?; vamos, e...; vá diga»: são o máximo que importa ao médico dizer uma vez para tentar quebrar um silêncio a que eventualmente o doente se confine. O autor avalia o significado psicopatológico duma tal atitude em 300 casos, fazendo destacar como logo surgem as probabilidades dum diagnóstico exacto num total de 83 %, chegando mesmo a 100 % nas neuroses. Aqui, as associações de ideias marginam os conteúdos emocionais em carga — os complexos —, mostrando certa labilidade e poder de identificação, o que permite realizar uma *transferência* ou projecção sobre a pessoa do médico, logo nos dois primeiros minutos.

A transferência é sem dúvida um precioso auxiliar da análise e afirma-se através de várias atitudes, de diferentes formas de inervação (SCHULTZ-HENCKE), mas o primeiro contacto é decisivo. SPEER diz: o primeiro aperto de mão decide das relações entre médico e doente. É aqui que se inicia a primeira inter-relação da sua «psicologia do contacto» que pôde ir do primeiro olhar ou do primeiro aperto de mão até ao coito.

Assim como Balzac dizia que a sorte de muitos caseamentos se decide na primeira noite, também não raro a sorte duma longa cura se decide nos primeiros minutos (SCHULTZ). Também STEKEL aconselha a utilizar as primeiras horas para ganhar a confiança e simpatia do doente.

É claro que a transferência, como aliás toda a terapêutica analítica, exige uma teoria, sob pena de fracassar (SCHULTZ-HENCKE).

Nem sempre o doente aceita o médico, através da

transferência, como um ser amigo e protector que situa na data dos seus conflitos.

A transferência é então negativa — por oposição a positiva — e importa esclarecê-la quanto antes (SCHILDER), sem receio de lhe roubar a sua força coerciva e dinamizadora. Também a transferência positiva com forte carga erótica deve ser antecipadamente encaminhada para a sublimação.

O médico saberá ser suficientemente ágil de espírito para saber desdobrar qualquer sentimento mais proibitivo noutro de menos culpabilidade. Lembrará por exemplo, como recorda PACHECO E SILVA, que «o filósofo Herbert Spencer analisou 15 emoções diferentes, capituladas dentro daquilo que nós chamamos amor».

Sendo o psicoterapeuta o médico da personalidade (SPEER) e sabendo nós que o homem sofre unicamente na sua personalidade completa, mais importa que entre médico e doente exista uma relação humana (FENICHEL), que nem sempre é isenta de colorido erótico, aliás o sexo do analista é, no dizer de SCHILDER, mais importante do que o deixa entrever o estudo da literatura psicanalítica.

Está implícito que o médico psicoterapeuta esteja à altura moral destes problemas.

JUNG aprecia o contacto médico-doente de forma um tanto alquimista, no entanto significativa: «o encontro de duas personalidades é como a mistura de dois corpos químicos diferentes, acima de tudo há uma combinação e os dois transformam-se». Tão arreigado se mostra HEYER nestes mesmos princípios que diz: «depois de cada sessão difícil o médico deve comutar-se antes de mandar entrar o próximo doente, da mesma forma que o médico que trabalha somaticamente lava as mãos entre dois tratamentos».

Bem expressivo é KRETSCHMER quando diz: «é necessário, todas as vezes que se queira exercer uma acção sugestiva em qualquer situação dada, saber dominar perfeitamente os movimentos do corpo e o tom da voz e ter, por assim dizer, um sentimento instintivo das ressonâncias esféricas das palavras que se usam».

HEYER corrobora neste ponto de vista quando refere: «...todo aquele que trabalha em psicoterápia deveria ser, o mais amplamente possível, um homem multi-lateral, rico em vivências, capaz de vibrar, quer dizer *polipotente*. Só mediante a polifonia do seu instrumental interno poderá fazer vibrar as cordas em repouso do paciente».

Eis porquê muitas terapêuticas falham e pena é que ao menos o seu fracasso se não denuncie precocemente. Aliás há casos mal talhados que se nos mostram avessos desde o primeiro momento.

Saibamos ser coerentes e fazer como JUNG, que diz: «nunca receei recomendar a outro colega um doente cujas características se me desajustem ou me sejam antipáticas, isto no próprio interesse do doente».

Desista-se de propósitos mais infelizes para com o doente, nomeadamente censuras, discursos e argumentações; o que discursa não é um psicoterapeuta (KÜNKEL).

Toda a pretensão intelectual ou de domínio, nomeadamente conselhos que excedam a nossa competência são para regeitar (KÜNKEL, STEKEL, etc.).

Que o médico saiba respeitar a personalidade do doente (SCHILDER) e se lembre de que para exercer psicoterápia é preciso experiência e prova da vida (SCHULTZ). Só assim se saberá o valor da independência que importa criar aos doentes, pois é um erro querermos tomá-los sob tutela, qualquer que seja a sua forma.

Também nada devemos esperar dos doentes, nem mesmo gratidão, e importa que eles saibam que o médico não os despreza nem os ama (SCHILDER).

Um problema importante é o dos honorários clínicos. Mesmo que o doente tenha dificuldades económicas deve-se insistir no pagamento regular (G. ADLER). Também KÜNKEL manda ser circunspecto nos tratamentos inteiramente gratuitos e SCHILDER diz que o doente receia que o médico, não sendo pago, se esquive a possíveis esforços e mais acrescenta que frequentemente se manifesta resistência em relação ao dinheiro.

Verdade é que, afirma o mesmo autor, com a criação de institutos psicanalíticos demonstrou-se que se podem realizar análises gratuitas, o que antes se julgava impossível.

FACTORES CONSTITUCIONAIS

Diz MIRA Y LOPEZ, «o livro fundamental de Kretschmer, *Körperbau und Charakter*, que alcançou 4 edições em 4 anos, determinou uma manifesta revolução no campo da psiquiatria».

Em 3 de Março do ano que corre éramos recebidos em casa do Prof. KRETSCHMER e então tivemos a feliz oportunidade de lhe ouvir o desigual carinho que votava às suas obras. Cremos que o livro sobre os homens geniais (*Geniale Menschen*) mereça pelo menos tanto carinho como *Körperbau und Charakter*. Ao escrever aquela obra, dizia-nos o sábio, «eu revivi as minhas leituras da infância, foi-me muito grato escrevê-la».

Vimo-lo porém emocionado quando nos mostrou algumas das novas documentações gráficas em preparação para a 21.^a edição da monumental obra *Körperbau und Charakter*. Dizia-nos com enternecimento e simplicidade «é a 21.^a edição e o número repete-se porque em 1921 foi editada a 1.^a».

Nesta obra e trabalhos suplementares vemos que as displasias, desde o crescimento eunucoide, com ou sem torricefalia, aos vários estigmas intersexuais (pilosidade, configuração da bacia, glândula mamária, consistência óssea, etc.), eunucoidismo com adiposidade displástica poliglandular, infantilismo, hipoplasias (do maciço médio da face, extremidades, bacia, tronco, membros = acromicria), gigantismo, traços acromegaloides, raquitismo, cretinismo, distrofias puberais, etc., são factores de ponderação e estudo para as várias situações psico-reactivas.

«A distrofia puberal (KRETSCHMER) é um tipo especial de paragem do desenvolvimento constitucional semelhante à constituição hipoplástica asténica» (G. KOCH).

De dia para dia na clínica de KRETSCHMER vem-se tornando mais incontroverso o postulado do Mestre de que distrofias ou atrasos no desenvolvimento físico se correspondem com frequência a desvios ou atrasos na textura psíquica.

EWALD faz sobressair, de forma clara e convincente, para as psicoses da geração, como os factores psicógenos ocupam lugar de destaque ao lado dos factores constitucionais e exógenos, por isso que importa estabelecer para cada caso o *diagnóstico polidimensional* no sentido de KRETSCHMER.

Também EWALD admite que toda a psicose psicógena assenta num sistema nervoso com anormal aptidão reactiva.

As psicoses da menstuação, lactação e climatério, são, de todas as psicoses da geração, aquelas que têm mais em evidência o factor psicógeno.

A individualização dos tipos constitucionais de KRETSCHMER tem sido enriquecida em vários sectores da experimentação, destacando-se os trabalhos sobre tonus e pressão muscular em que intensamente tem trabalhado o seu colaborador Dr. F. STEINWACHS que para este fim muito aperfeiçoou o «aparelho registador de KRAEPELIN».

O método estende-se à caracterologia e à discriminação de muitos quadros clínicos.

STEINWACHS e DANKERS estudaram 225 jovens dos 13 aos 17 anos de baixo do aspecto psico-motórico segundo a curva de trabalho de KRAEPELIN-PAULI. Há um particular interesse em agrupar as displasias de vária ordem (distrofias puberais, atrasos e acelerações do crescimento, disendocrinias, etc.), concluindo os autores que os seus resultados concordam com os de Kretschmer para o caso das neuroses, isto é, as convergências gráficas patológicas têm a sua máxima incidência quando se juntam na mesma constituição partes maduras e imaturas. Como expressão psicopatológica registava-se ambivalência e tensão.

H. KOCH pôs em evidência 3 fases críticas de particular importância para o pôr-em-marcha de factores causais da constituição psico-física (G. KOCH). A primeira modificação da forma é um achado de ZELLER e operar-se-á pelo 6.^o dia de nascimento. Os desvios constitucionais ligados a estas fases de fragilidade evolutiva, chamam-se pro-disclínicos (precocemente desviados).

O que dissemos basta para destacar o interesse crescente da tipologia da escola de KRETSCHMER. Ela estende-se a muitos outros sectores, desde a bioquímica à endocrinologia.

De há muito afirmo que os psiquiatras de boa formação, mesmo quando se não digam partidários de Kretschmer, fazem girar, pelo menos 50% dos seus conhecimentos, à volta das doutrinas deste eminente investigador.

ANOTAÇÕES DE CARACTEROLOGIA

M. FREILE e FLEETWOOD produziram conflito em dois cães pelo método pavloviano, sendo um dos animais do tipo inibido e outro do tipo excitado. Verificaram que a neurose variava com o tipo do animal. Assim, após a neurose, o inibido mostrava obediência, submissão em vez de agressão, dermatite e bradicardia. O cão do tipo excitado tornou-se desobediente, com falta de afecto para o experimentador, menos submisso, em taquicardia e arritmia.

Leonhard encara as reacções psíquicas anormais na directa continuidade dos estados psicopáticos afins, como aliás outros autores alemães, v. g. EWALD. EWALD usa o factor psicopático no sentido psico-tipológico de KRETSCHMER.

A tipologia de JUNG trouxe valiosa contribuição para a melhor compreensão das situações neuróticas. As vertentes de introvertido e extravertido e as polaridades de função (pensamento-sentimento, intuição — sensação) de onde sobressaiem os tipos pensativo, sentimental, intuitivo e sensorial, permitem, nas suas múltiplas combinações, individualizar aptidões básicas constelativas do comportamento. Por aptidões básicas constelativas queremos significar que à volta duma das 4 funções se situam valores psicológicos estáveis que nos permitem definir o comportamento caracterológico, psico-funcional e psico-reactivo de determinado indivíduo.

KRETSCHMER colocou a sua tipologia geral ao alcance dos estudos psico-reactivos, de forma que nos parece dever merecer o melhor apreço dos psicoterapeutas. Com efeito, o desdobramento cada vez mais subtil das técnicas de abordagem da psicoterapia, encontra o seu melhor apoio na proporção psíquica da escola temperamental esquizoide que vai do polo anestésico ao hiperestésico e na proporção diatética do cicloide que vai da alegria à tristeza.

O tempo de reacção também participa nesta apreciação dinâmica de KRETSCHMER e assim o temperamento cicloide oscila entre rápido e lento enquanto que o esquizoide oscila entre tenaz e satúrio. «O temperamento cicloide baloiça e o esquizoide salta».

MAUZ, como discípulo de KRETSCHMER, estendeu à epilepsia e disposições afins estudos caracterológicos na mesma base de variação, absolutamente indispensáveis à cultura de todo o médico.

As variações dos epileptoides, com afinidade para a constituição morfológica atlética, oscilará entre expositividade e tenacidade tranquila. O grau destas variações é muito influenciável pelo ambiente e tudo isto são factores de valia em que muito pode esperar a psicoterapia do futuro. É o próprio KRETSCHMER que diz:

«Mauz encontrou o síndrome explosivo predominantemente em condições sociais primitivas; enquanto que as camadas cultas, através da inibição, educação e hábitos externos, raro cedem ao auto-domínio».

A nossa opinião é concordante com a de KRETSCHMER, quando pensamos que para a psicoterapia interessam valores caracteriológicos, mas desenhados em linhas de variação, por forma que o médico possa procurar uma ou mais tonalidades cromáticas e não apenas uma cor fixa; acompanhar variações e não usar apenas alternâncias. A classificação é por vezes um luxo e uma tirania. Porque um indivíduo é psicopata não se segue que tenhamos de o incluir forçosamente nesta ou naquela classificação; muitas vezes isso não é possível.

SOBRE CLIVAGENS E ESTRUTURA DA PSIQUE

Com SERRA DE LEMOS publicámos revisão das técnicas de psicoterapia que vínhamos usando em ambiente hospitalar. Referimo-nos ao treino de SCHULTZ e ao sonho acordado. O sonho acordado não podia ter no hospital a

difusão que tanto nos entusiasma, por falta de tempo e até de condições. A melhor documentação é a que apresentamos relativamente a dois grupos de psicoterapia em esquizofrênicos segundo a técnica que antes tínhamos preconizado com PIMENTEL NEVES. Referimos um total de 99 sessões e 312 entrevistas individuais.

Numa apreciação de síntese, pretendemos que toda a psicoterapia se submeta a linhas internas de movimento, a esquemas representativos de acção.

Temos pois de conhecer as clivagens da psique, ou sejam os melhores planos de cisão, mas para isso temos de conhecer a sua estrutura.

Tal designação de estrutura repugnará a muita gente e nós não temos pretensões doutrinárias, pelo menos na elaboração deste relatório. Quando nos referimos a estruturas, referimo-nos a formas simbólicas de considerar a psique.

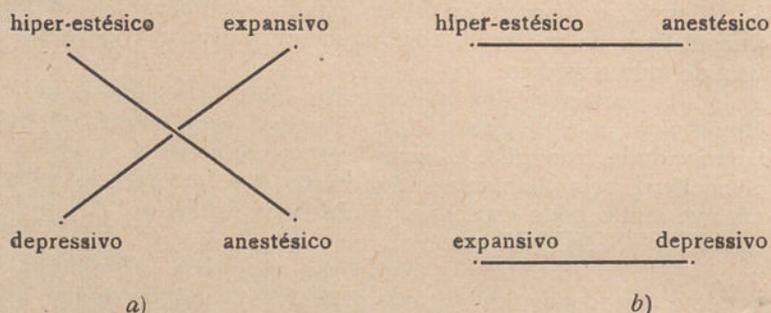
Talvez que, assim falando, deturpemos um pouco o pensar genial de FREUD e JUNG, mas também não é essa a nossa intenção, por isso vamos servir-nos de aspectos isolados de apreciações parcelares deste ou daquele autor, simplesmente para pôr em destaque os planos de clivagem.

De algum modo se deduz, das leituras de FREUD e JUNG, que as estruturas foram construídas sobre os planos de clivagem da psique. Nestes estará a grande prioridade. FREUD, então, que trabalhou sobretudo com a psicopatologia, esforçou-se por encontrar as fissuras, esses planos de clivagem.

Mais modestamente, aparecem os planos de clivagem na teoria das camadas psíquicas, mas aqui a clivagem normal — menos demonstrável que a patológica, pois não há dissociações — é a única a respeitar as camadas. As roturas patológicas, comportam-se, nestas doutrinações estratificadas, à maneira das erupções vulcânicas nas camadas geológicas.

Em trabalho de colaboração com PIMENTEL NEVES põe-se isso em evidência para o caso isolado da esquizofrenia.

As proporções anestésico-hiperestésica da série esquizóide e expansivo-depressiva da série ciclóide, conforme KRETSCHMER, podem constituir processos de clivagem quando se separam em lugar de se cruzarem. O indivíduo como que perde uma das suas dimensões internas, neste conceito bi-dimensional, passando a oscilar numa só dimensão ou, se oscila em duas, elas não interferem, quer dizer, a sua convergência tende para o infinito. A situação a) transforma-se na situação b).



A diferenciação do *ego* sob a influência do mundo externo (FENICHEL), como quer a psicanálise, ou seja a transformação numa heterogeneidade numa homogeneidade, segue-se ao longo de linhas convergentes, linhas que definem planos de clivagem e que igualmente significam pontos fracos da psique. É pelo desvio da convergência destes planos que mais facilmente se afectará a diferenciação do *ego*.

Outro aspecto. Actualmente o que é chamado masculino e feminino depende mais de factores culturais e sociais do que biológicos (FENICHEL). Sabemos de resto que a aceitação de masculinidade e feminilidade, quer no ponto de vista biológico ou social, pode constituir um plano frágil e desintegrativo para a psique.

As noções *junguianas* que vêm no inconsciente uma réplica à consciência, têm a sua mais falante documentação na *anima* ou feminilidade inconsciente do homem e no *animus* ou masculinidade inconsciente da mulher. A *anima*, diz JUNG, penetra como uma amante ciumenta que quer romper o homem da sua família. Ao extraverter-se, a *anima*, esta imagem arquetípica, encarna-se nesta ou naquela mulher

e os problemas anímico-afectivos do homem entram em convulsão e crise. Outro plano de fragilidade e clivagem se estabelece.

A *persona*, ou seja a personalidade em sentido *junguiano*, é também uma estrutura ao longo da qual ou paralelamente à qual a psique se pode fragmentar. As palavras de JUNG são de sobejo explícitas: «A *persona* é um sistema de relação complicado entre a consciência individual e a sociedade, de certo modo uma espécie de máscara que por um lado se pode dizer que causa uma determinada impressão sobre os outros, por outro lado esconde a verdadeira natureza do indivíduo».

Sem dúvida que as roturas da *persona*, em tudo identificada a uma máscara, é que dão as grandes convulsões da psique. As suas clivagens porém dão, ora uma projecção no mundo sem profundidade interior e o indivíduo confunde-se com o que faz ou com o que aparenta ser, ora um inclausuramento no espaço interno e o indivíduo vive hipertrofiadamente no seu mundo vivencial mais ou menos florido e desligado da realidade.

Outro aspecto frágil do curso vivencial é a dinâmica patológica estabelecida entre conflito e sintoma. O conflito produziu o sintoma ou o sintoma o conflito? O ciclo vicioso que se estabelece, de mútua influência, absorve valores energéticos, roubando à dinâmica interna o proporcionado equilíbrio das suas valências.

Os mecanismos de tensão e relaxamento, de carga e descarga, merecem igualmente ser considerados.

Os *processos esféricos* de KRETSCHMER, «aqueles que se verificam de maneira muito vaga e difusa na periferia do campo da consciência», são também de considerar. A focagem em claro-escuro tem seus limites e suas possibilidades. Tanto a hipervigilância como a situação crepuscular, roubam à coerência intra-psíquica a unidade, a independência e a autonomia.

COORDENADAS PSICOLÓGICAS

Diz JUNG, a libido não se move só para a frente e para trás, mas também para fora e para dentro. O pensamento de DESOILLE, no que cabe à estrutura da psique, é muito semelhante ao de JUNG, e daí a concordância na apreciação de valores dimensionais ou coordenadas psicológicas. DESOILLE valoriza as 3 dimensões do espaço. Diz por exemplo: «a linha vertical corresponde a toda uma família de imagens representativas das formas afectivas que a energia instintiva pode tomar. As duas dimensões do plano corresponde o estilo das imagens representativas».

Talvez porque assim é, HATTINBERG permitiu-se dizer: «na psicologia individual de ADLER tudo é redondo e sem dificuldades (glatt) e por isso é falso» (Citado por SPEER).

SCHULTZ encara sob muitos aspectos as coordenadas psicológicas, a que chama ritmos de vida, e que resume em 6 possibilidades de variação: 1 — tempo (aceleração e retardamento); 2 — amplitude (excitação e inibição); 3 — intensidade (intensificação e enfraquecimento); 4 — qualidade (animação e embotamento); 5 — modulação (motilidade e rigidez); 6 — traçado (tensão e relaxamento).

A mais elementar noção de coordenadas refere-se ao espaço e sem dúvida é DESOILLE quem melhor o encara em sentido prático, como veremos na técnica do sonho acordado. Já noutra altura tivemos oportunidade de dizer que o sonho acordado coloca o doente perante situações antinómicas; fazemo-lo deslocar do polo dos instintos ao polo da sublimação, respectivamente na descida e na subida.

É como diz FRANKL, a existência, na sua enorme amplitude de camadas, não deve só procurar ver-se no seu fundo, mas também no seu alto.

Pretendemos ter sistematizado pela primeira vez um outro aspecto dimensional, aliás largamente esboçado nas mais variadas correntes psicológicas. Referimo-nos ao *conceito de tempo*. Encarámos o tempo como factor primário e elementar que preside a todas as funções psíquicas, sendo além disso uma grandeza homogênea, contínua, limitada e necessária. O conceito de duração, ou métrica interna do tempo, apresenta-se gravemente afectado nos nevroticos.



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.
MANNHEIM

apresentam

SEDARAUPINA

Novo sedativo à base de **RESERPINA**

UM DOS alcalóides puros da Rauwolfia Serpentina

Tubos de 20 comprimidos de 0,2 mg.

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:
FERRAZ, LYNCE, LDA.
TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º — LISBOA

A **SEDARAUPINA** exerce um efeito satisfatório na **hipertensão** desde que esta possa ser considerada como **sintoma** dos estados simpaticotónicos e de hipertiroidismo que constituem as suas indicações, podendo até, em certos casos, o seu efeito exceder o dos alcalóides totais. **Em todas as outras formas de hipertensão** deve empregar-se a droga total **RAUPINA** devido ao seu duplo ponto de acção (periférico e central).

**Para o tratamento contínuo, nas insuficiências
cardíacas crónicas e hemodinâmicas:**



**a potência do coração e a actividade do doente
mantem-se com dosagens individualizadas de
Pandigal durante muitos meses e anos.**

PANDIGAL administra-se:

- quando se exige uma terapêutica contínua de longo curso
- quando há necessidade de actuar com rapidez

Tendo simultâneamente as indicações da digitalina e muitas das indicações das estrofantinas, Pandigal reúne as qualidades de um tonicardíaco para terapêutica de manutenção às de um medicamento de urgência.

GOTAS • COMPRIMIDOS • AMPOLAS



P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.^o Esq. — Lisboa

Tanto como isso pretendem ver, de certo modo, os psicanalistas e de algum modo a análise procura desdobrar cronologicamente o passado como a terapêutica *adleriana* pretende iluminar o futuro. Com efeito, a falta de projecção e conveniente distensão prospectiva e retrospectiva, condensa e espasmódica o indivíduo na actualidade ou até no momento. Importa que o indivíduo se mova imaginativamente e sem atritos no passado, no presente e no futuro. Situações bloqueadas num ou noutro sentido constituirão descomandos e avalanches na dinâmica interna da vida psíquica. Preconizam-se alguns exercícios para facilitar a distensão no tempo que se aprecia como meio curativo útil para todas as situações em que a análise das motivações causais possa estar contra-indicada.

Quando a existência corre planificada e sem atritos quase não nos apercebemos do curso interno do tempo. Toda a vivência psíquica é intemporal e dirige as suas raízes para o passado e para o futuro (SCHULTZ).

Se por um lado a situação do presente se define em função do futuro (BRUNNER), a verdade é que o passado fala em nós, porque o ser humano é essencialmente um ser histórico (FRANKL). É a consciência que cria o tempo e por isso cria a história (G. ADLER).

O tempo interior é alguma coisa mais do que a ginástica distensiva no futuro e no passado e mesmo mais do que a métrica dessa distensão (relógio da cabeça). O tempo interior não é um tempo físico nem um tempo biológico, mas a expressão do trânsito do presente para o futuro (IBOR).

HEIDEGGER (citado por BRUNNER) pretende também que o primeiro lugar das estruturas de temporalidade seja ocupado pelo futuro. A própria ansiedade será a expressão da passagem do indivíduo para o futuro (IBOR).

Um expoente de segurança será encontrado em cada um de nós na medida em que a tarde da vida seja tão cheia de sentido como a manhã (JUNG). Que à natureza se siga a cultura, preenchendo capazmente a segunda metade da vida e que cada um de nós se prepare para saber passar a grande tormenta psicológica do meio da vida.

A psicopatologia valoriza e sobrevaloriza até a orientação no tempo. Talvez por má elaboração vivencial os nevroticos servem-se da orientação no tempo como medida de segurança. Muitos medos de morte significam medo dum estado onde as concepções usuais do tempo estão invalidadas (FENICHEL). E como diz SHULTZ-HENKE, possivelmente o doente na cura analítica não informa só sobre factos actuais, mas também sobre a história do desenvolvimento: que uma vez foi viva e depois se tornou latente.

FENICHEL admite mesmo claustrofobias no tempo: são indivíduos que se sentem sempre encarcerados pelos deveres. Talvez por isso este mesmo autor informa-nos sobre um dos temas mais lapidares da existência quando diz que «não necessitamos só de satisfações actuais, mas também de promessas de satisfações futuras que por sua vez transcendem o espaço do presente imediato».

No que toca a relação do tempo com as nevroses, SCHULTZ pretende que a *somatização* ou *corporalização* das vivências esteja relacionada com alterações na valorização do tempo.

Bem expressiva é a simbólica neurótica mediante a qual as perturbações do adormecer estejam mais em relação com as inquietações do dia que passou enquanto que o acordar precoce é mais próprio duma apreensiva ou angustiada expectativa do futuro (SCHULTZ).

Em trabalho de conjunto com PIMENTEL NEVES chamamos a atenção para: condensações, dilacões, estagnações e aniquilações do tempo, bem assim para a falta de projecção no futuro e no passado e referimos que todo este acontecer «discronológico» pode desacertar o nosso curso vivencial nas mais variadas patologias, nomeadamente na esquizofrenia.

FORÇAS PSICOLÓGICAS E INSTINTOS

Diz FENICHEL que pensar é uma preparação para a acção e as pessoas preparam-se tanto mais quanto maior é o seu modo de agir. Pensando em termos de energetismo, diremos que o pensamento contém valores quantitativos ou

forças energéticas e condições ou factores qualitativos. Os factores qualitativos serão postos em acção pelas forças energéticas (JUNG).

O psíquico tem para HANS BERGER um valor energético (SCHULTZ).

Um sistema energético, para estar em equilíbrio carece de auto-regulação e esta implica oposição, porque não há energia onde não há tensão contrária (JUNG).

KRETSCHMER também diz concordantemente: «O carácter geral da atitude dos indivíduos de reacções sensitivas é asténico, mas ressentido fortemente a acção duma contra-tensão estênica».

Esta complementação de valores energéticos existirá em grande parte no inconsciente que contém todos os factores necessários à integração da personalidade (G. ADLER).

O símbolo será como que uma cristalização ou armazenamento simplificado da energia. JUNG chama-lhe mesmo a máquina psicológica que transforma a energia.

Admito o energetismo como necessidade de objectivação e expressão e não como conceito estrutural e causal. Falo em energetismo e aproprio-me de conceitos afins de outros autores para facilitação dos meus esquemas de pensamento e valorização quantitativa de certa causalidade fenomenológica, nomeadamente quando me parece muito mais abusivo dar a essa causalidade interpretação qualitativa e específica.

De modo que me parece um tanto semelhante, permite-se considerar KRAINES energias potencial, mobilizada e expressa, mas sobre elas estrutura um mundo de valores quando diz: «é necessário desenvolver precocemente na vida hábitos de trabalho para que a energia que vai crescendo possa facilmente esgotar-se ao longo de canais convenientemente construídos».

A psicopatologia encontra, sem dúvida, nesta expressão uma feliz imagem. A água que não tem escoamento produz inundações e roturas nas comportas e assim a energia psíquica mal condicionada corre ao longo de vias anormais exprimindo-se em sintomas. Que esses sintomas não sejam apenas um desvalor, torna-se compreensível dentro deste nosso raciocínio.

Defeitos graves são ao mesmo tempo, com frequência (mas nem sempre) uma prova de grandes possibilidades (KÜNKEL). Lá diz oportunamente KRETSCHMER: «o juvenilismo parcial duradouro não é só matéria de conflito, mas também acréscimo de valor social».

Não esqueçamos pois que temos de condicionar saída e escoamento à energia. Nalgumas regiões o uso da dissertação livre serve para dissipar a tensão ou fazer saltar a energia que doutro modo serviria para formar grupos revolucionários violentos (KRAINES).

Como expressão patológica do potencial energético assim significado, vejamos o que diz KÜNKEL: o roubo infantil, quase sem excepção, é uma defesa forçosa e inconsciente ante a opressão externa... «sou demasiado débil para fazer o bem e como quero fazer algo estou decidido a fazer ainda que seja o mal».

KRETSCHMER reporta-se à irradiação dos reflexos para compreender certos mecanismos patológicos à distância e mesmo para conciliar combinações comportamentais dissonantes tais como excitação sexual e agressão. De resto, quando KRETSCHNER fala em constituição quer-nos significar «todo o potencial vivo da personalidade» em seu jogo complexo de forças.

Umás vezes os processos psíquicos não se totalizam, não satisfazem uma tendência, erraram na realização da forma em sentido «gestaltista» e as experiências incompletas encerram um valor dinâmico maior do que as completas (FENICHEL) [independentemente de FENICHEL, publicamos com Waldemar PACHECO, precisamente no mesmo ano — 1948 — uma tentativa para a compreensão de certas nevroses sexuais pela falta de complementação globalística da forma (no sentido de ato): certas *expressividades* ou abusos caricaturais com prejuízo da forma total, corresponder-se-iam a dispêndios excessivos de energia psíquica com ataque aos esquemas internos de acção, e daí as nevroses]; outras vezes saídas patológicas parecem ter o valor de compensações normais: a masturbação pode ser usada como um mecanismo

compensador para obter prazer sempre que a pessoa se sente deprimida, abandonada ou cruelmente tratada (KRAINES).

Para JUNG a energia psíquica assim encarada chama-se libido e não pode satisfatoriamente compreender-se sem os arquétipos e os instintos. Só dos instintos nos ocuparemos ao de leve.

O instinto é a memória da espécie, no dizer de HERING; e os instintos concretizam, embora unilateralmente, as noções um tanto abstractas de energetismo: têm relação compensadora com a consciência e encerram valores — que quase poderíamos dizer totais, aceitando o instinto de perfeição de que fala IBOR — necessários a complementação da mesma consciência.

Foi sem dúvida BRUN quem melhor relacionou os conflitos instintivos com o desencadeamento das nevroses.

Da escola de KRETSCHMER, WIESER e ITIL referem dois casos clínicos, respectivamente uma criança de 6 anos com idiotia por traumatismo de parto e uma rapariga de 15 anos com degenerescência hepato-lenticular, individualizando no comportamento destes doentes automatismos ou reflexos primários, ora comparáveis à procura do bico do seio materno, ora à preensão bucal (dirigida ou não) do objecto.

Estes fenómenos de *descorticações* representarão não só revivescência dum comportamento instintivo primário de significado autogénico, como ainda, segundo LORENZ e outros autores, terão a sua equivalência filogénica na escala animal, v. g. em certos pássaros. Tratar-se-á de fenómenos de desinibição sub-cortical em que os mecanismos motores significam o ajuste perfeito das motivações instintivas às solicitações extensas que as condicionam.

Está de resto em boa actualização presentir mecanismos regressivos nas neuroses, o que importa é saber olhá-los no aspecto funcional e mesmo ver-lhes a «directa expressão das diferentes tendências anímicas» como diz FRANKL. Estas tendências também KRETSCHMER as compreende e as valoriza no jogo antinómico das suas funções caracterológicas: polo esténico — expansivo; polo asténico — sensitivo. A unilateralização de qualquer destas valências, cria novos eixos de oscilação embora em círculos mais limitados da existência, há uma regressão. Assim por exemplo no esquizóide surge particularmente forte uma atitude ambivalente positiva ou negativa para com o pai, diz KRETSCHMER.

Focando, para terminar, o aspecto mais estritamente patológico do mau escoamento da energia psíquica, lembramos com BJERRE que quanto mais difícil é a digestão da vivência tanto maior é o perigo de que a ruminação se transforme numa incessante refeição.

Um dos mais flagrantes exemplos de má digestão vivencial encontra-se na vida erótica. Já KRETSCHMER diz, a *erótica* nem é uma virtude nem um vício, é antes um risco.

Com efeito, embora a maioria dos autores seja concorde na inocuidade da masturbação, que mesmo consideram fenómeno normal, Otto ADLER diz que ela constitue uma das razões principais da frigidez na mulher (citado por PACHECO e SILVA).

Não esqueçamos que quanto mais elevado é o grau cultural tanto mais fortemente a vida sexual em evolução é apreciada como função não específica do homem (A. BUSEMANN).

A nevrose é um círculo trágico para os valores energéticos que se exibem à maneira do som monótono e perseverante obtido por um disco fonográfico partido. A nevrose entra pois no grupo dos movimentos circulares que KRETSCHMER compara a movimentos de relojoaria ou à marcha de certas feras enjauladas.

RECORDANDO O INCONSCIENTE

Diz HEYER que há cães que ficam mudos porque nunca ouviram ladrar outros cães e acrescenta que muitas coisas existem em potência que nunca se convertem em acto.

Para certas manifestações anímicas da histeria, o indivíduo serpir-se-á, segundo BLEULER, dum «aparelho de emergência» que não precisa da vigilância constante da vontade (citado por KRETSCHMER). Todas estas noções cabem porém numa noção amplificada do inconsciente, basta bem considerá-lo, como JUNG, a matriz da psique consciente.

Esta matriz será tanto mais prolifera quanto mais limitado for o campo da consciência. Então os conteúdos psíquicos são projectados fora, cheios de potencialidade mágica, sobre seres vivos ou inanimados.

KRETSCHMER também pensa que os fenómenos voluntários hipobúlicos respondem pelo grau das excitações primitivas.

BJERRE dá ao consciente um carácter auto-dinâmico, admitindo por exemplo que ele actualiza no sonho o passado para o unir ao presente.

KRETSCHMER vê na dinâmica própria do inconsciente uma tendência à criação de reflexos condicionados. Também KRETSCHMER salienta o poder criador do inconsciente quando diz que as criações artísticas amadurecem bem na região claro-escuro da esfera, ou seja à periferia da consciência. Com efeito, diz JUNG, o inconsciente não é simples reflexão reactiva, mas é constante e productiva actividade, aliás o carácter involuntário é característica fundamental do pensamento criador.

Tão longe vai JUNG que KRETSCHMER se permite dizer que a imagem *junguiana* do homem é subjectivação ou seja a *psicologização* dos fenómenos religiosos. E de facto o arquétipo é para JUNG uma aptidão para reproduzir em grau semelhante uma mesma representação mítica.

Em franca concordância se colocam HEYER e KÜNKEL. O primeiro considera desatinado privar a criança da história da cigana e o segundo compara a actuação supersticiosa do nevrótico compulsivo com o ritual das religiões primitivas.

CENTRO DE GRAVITAÇÃO DA PSIQUE E A INTEGRIDADE DO «EU»

O esquema da personalidade fica enquanto a constituição desliza, diz KRETSCHMER. Ora, se a personalidade é o *eu* cheio de conteúdos, nós temos de aceitar indiferentemente o *eu* ou a personalidade como centro de gravitação da psique.

As 4 características formais do eu são, segundo JASPERS: a) actividade do eu; b) unidade do eu; c) identidade do eu (consigo próprio no decorrer do tempo); d) consciência do eu (por oposição a não-eu).

A individuação de JUNG é um labor de conquista psicológica realizada pelo indivíduo e que resulta de luta travada, por um lado com o mundo e as aparências por outro com a força sugestiva das imagens inconscientes. Somos como que conquistadores de nós mesmos, mas presidiados pelo próprio poder afirmativo que nos centra. Sem isso nada.

Creemos ser JUNG quem diz que a multidão como tal não tem consciência nem responsabilidade.

Sem dúvida que as tendências despersonalizante e afirmativa podem ser igualmente funestas. Diz Mário YAHN que todos os indivíduos se julgam suficientemente aptos para cuidar de si mesmos. Ora, o aumento do poderio do eu pode ser tão descabido como as inflacções do inconsciente de JUNG que são desagradáveis e perigosas no dizer de SCHULTZ - HENCKE, para não me limitar a dizer na expressão do próprio JUNG.

Como quer que seja, o indivíduo procura resistir à dissolução da sua unidade e mesmo, como diz FENICHEL, «conservar a sua vivência de saúde embora esteja ameaçado por uma doença grave». Aliás, diz o mesmo autor, o sintoma é sempre uma atitude psíquica.

Esta unidade integrativa define-a bem KRETSCHMER, lembrando que outrora o médico se voltava do sintoma para a vivência e hoje nos voltamos da vivência para a personalidade. Tão «cheio de si» o indivíduo se encontra que em muitos casos «não nos procura por causa da doença, mas por causa dos padecimentos (SCHULTZ).

Segundo BJERRE, a produtividade de certos artistas é uma calorosa perseguição a alguma coisa que não podem alcançar. Eles buscam o seu equilíbrio, o seu centro de gravitação psicológica.

Os complexos serão personalidades parciais; onde começa o domínio do complexo detem-se a liberdade do eu

(JUNG). O eu também é um complexo, embora com aptidões especiais. Um dos seus atributos é não aceitar pacificamente a concorrência doutros complexos.

Os complexos são os causadores de sonhos e sintomas e por isso eles é que são a via régia do inconsciente, diz JUNG em réplica a FREUD.

Tão grandes são as exigências do nosso eu que, para seu perfeito equilíbrio, temos de dirigir a psicoterapia vigil, incluindo a analítica, ao homem total (SCHULTZ). Porque assim é, diz JUNG, ninguém está verdadeiramente curado se não encontrou a sua atitude religiosa.

Por vezes na psicopatologia interessa ainda incluir as noções de despersonalização de SCHILDER e HAUG e de *desrealização* dos autores anglo-americanos.

WINKLER e LENSLEER evidenciam como a psicocatarsis, através da confrontação do doente com a sua imagem reflectida num espelho, põe fim às algias dum membro fantasma.

É igualmente valiosa a noção de *substância* da personalidade, de KRETSCHMER, que compreende a totalidade das possibilidades éticas e sociais. Só na base delas o *dividuo* se pode transformar em *indivíduo* — sirvo-me da expressão pitoresca de SCHULTZ-HENCKE — e realizar a cura.

RELAÇÕES CORPO-ALMA COMO PROBLEMA MÉDICO

Diz JASPERS, se se separa por algum modo o anímico do corporal, surge a pergunta a respeito da sua relação.

Tal embaraço sente-o SCHULTZ quando fala da «unidade orgânica bionómica inseparável de corpo-alma» e também o sente JUNG quando diz que a separação de alma e corpo é uma operação artificial. BLEULER criou o conceito de psicóide para manter juntos vida somática e alma (JASPERS).

Por outro lado KLEIST afirma que «entre cérebro e alma não há nenhuma relação causal, mas simplesmente a da correspondência dum paralelismo psico-físico». E diz ainda, «em meu juízo é acertado dizer que os processos cerebrais anímicos e corporais são duas partes diferentes dum todo». KLEIST conclue que as partes do todo se unem, não no espaço, mas num «super-espaço» (Überraum), invocando para isso a física moderna com o espaço a 4 dimensões.

A psicologia de MEYER aceita realidades físicas a par de personalidades (SCHILDER) o que nada adianta para o problema das relações corpo-alma.

HEYER, conciliador talentoso e elegante, salienta que à medida que o indivíduo se vai tornando consciente polariza em corporal e anímico, o que constitui uma alternativa. Cada uma destas esferas tem existência e acção dentro do próprio indivíduo; a questão é pois saber na medida em que se volta ou não para elas.

FENICHEL chega ao requinte dum psicologismo localizador quando diz: a doença orgânica está na periferia da personalidade enquanto que a desordem psicógena está no centro.

IBOR, como grande mestre que é, elucida concisamente a posição psico-somática da medicina e abre caminho ao estudo da simbólica. Expressa-se assim:

«Quando KLAGES diz que o corpo é o simbolo da alma e que esta concede sentido ao corpo, exprime, com uma bela metáfora, este princípio da unidade substancial: a alma concede forma ao corpo. Para a interpretação dos fenómenos psico-somáticos este princípio supõe um avanço sobre o monismo. Neste vemos as duas vertentes, somática e psíquica, separadas uma vez nascidas: não existe uma relação mútua entre ambas. No princípio da unidade substancial está implícito que aquelas manifestações não são unitárias apenas pela sua origem, mas por alguma coisa mais. Daqui a necessidade de existir uma correlação que provisoriamente classificaremos de *simbólica*».

A simbólica interessa grandemente às tentativas de apreciação das relações corpo-alma. Lucy HEYER, ao elucidar-nos sobre o problema da ginástica em psicoterapia, for-

nece-nos subtil apreciação da simbólica do corpo e movimentos. Não menos curioso é KRETSCHMER júnior quando diz:

«O diafragma no trabalho de conjunto do peito e do abdómen actua também para baixo. É como que um intermediário entre a esfera espiritual e instintiva. O peito é uma parte do corpo que em todo o caso, no homem, deve ser mostrado. Por isso se deve puxar para fora. O abdómen com lugar indecente das funções vegetativas não desaparece só debaixo da mesa, mas deve, para segurança, também ser puxado para dentro».

Já em 1942 referimos que a alma em termos de verdadeira ortodoxia cristã participará, à maneira duma «harmonia pré-estabelecida» nas funções do corpo, mas por seu turno o corpo poderá responder em falsos equivalentes psíquicos pela simples excitação cerebral, atendendo a que as células tendem a responder aos estímulos pela sua especificidade de função: uma pancada no olho «faz ver as estrelas»: uma excitação eléctrica, calórica ou rotativa do labirinto produz desequilíbrio; etc. Mediante esta forma de equacionar o problema, púnhamos em dúvida o próprio inconsciente, ao menos como simples repositório de material psíquico.

À luz da psico-somática, diríamos hoje o que então dissemos para as doenças mentais e nevroses, perfilhando autores consagrados: «a doença está no orgânico». Em toda a patologia do foro anímico dar-se-ia como que uma impossibilidade de inserção ou convívio da componente psíquica; esse defeito seria por exemplo parcial nos estados obsessivos, acontecendo que áreas cerebrais mais distantes seriam primeiro excitadas através das vias de condução orgânica do que aquelas onde se operou o «momento psicológico».

Dizíamos ainda, virtualmente falando, que só a consciência de cada um de nós poderá fazer a análise das nossas componentes individuais, orgânica e psíquica, mas ao fazê-la anula-se a ela própria, pois também é definida pelas duas componentes. Daí que a consciência é uma síntese instável e daí a impossibilidade de se analisar.

É espiritualizando a ciência médica que se coloca no ápice das profissões sociais onde ela deve estar, diz o Conde de SALVANDY, médico gaulês (citado por PACHECO e SILVA). Também esta foi a nossa posição. Esqueçamos, porém, — como tantos outros! — o judicioso esclarecimento de FRANKL: — «O espiritual e o anímico devem ser separados, representam dois domínios diferentes. O erro do psicologismo é ver que voluntariamente se pode saltar dum plano para outro».

Da psicopatologia muito se pode inferir sobre o anímico, mas nada sobre o espiritual. BARAHONA FERNANDES apresenta valiosa contribuição para o estudo dos problemas anímicos através da leucotomia e tornaram-se a bem dizer clássicas as suas noções sobre «sintomatização regressiva» da personalidade. A sintonização regressiva da personalidade será como que uma nova recomposição dos valores anímicos, nomeadamente dos afectos e instintos, num grau de hierarquia, em consequência da intervenção operatória inferior de hierarquia, em consequência da intervenção operatória.

De forma um tanto artificiosa, mas não isenta de certo interesse para a compreensão das comutações anímicas, estudei com Waldemar PACHECO as depressões do climatério dentro da reversibilidade fundo-forma.

A *forma*, significada na personalidade actual do indivíduo, terá a sua complementação orgânica na ectoderme e mais especificadamente no sistema nervoso, enquanto que o humor seria o *fundo*, assistido organicamente pela mesoderme, à qual pertence todo o meio biológico-humoral. O humor, passando ao primeiro plano, relegará, nestas depressões, a personalidade para plano de fundo.

O assincronismo anímico-corporal da puberdade, tal como o compreende KRETSCHMER, e a que noutra altura fazemos referência, é um caminho do mais vivo interesse para a compreensão das relações anímicas e corporais e que vem sendo comprovado pela cura.

«As barreiras da alma são infinitas, podes viajar muitos anos sem as alcançar» (de Heráclito, citado por SCHULTZ).

(Conclue no próximo número)

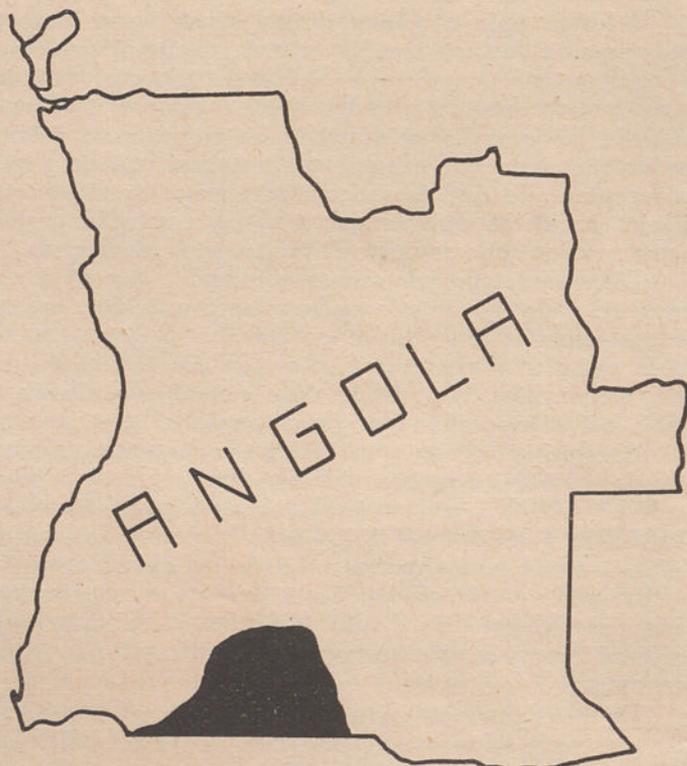
Para um melhor conhecimento dos "Cuanhamas" e "Cuamatos"

F. FIGUEIRA HENRIQUES

(Médico do Quadro Comum do Ultramar)

Nos números 562 e 566 de «Jornal do Médico» mostram LUÍS MACIAS TEIXEIRA e ALEXANDRE SARMENTO quão vantajosos e necessários são os estudos bio-antropológicos das populações do nosso Ultramar.

Porque tivemos ocasião de efectuar alguns desses trabalhos enquanto exercemos a nossa actividade no Baixo Cunene, aqui deixamos a nossa modesta contribuição para um melhor conhecimento dos povos que habitam esta região do sul de Angola.



Localização do Baixo Cunene

Registamos os resultados obtidos nas tribus «cuanhama» e «cuamato», sem dúvida as principais daquela vasta área e que ocupam, respectivamente, as zonas sul e sudoeste.

As nossas medições e pesagens incidiram em 2.000 cuanhamas e 300 cuamatos.

CARACTERES MERÍSTICOS

A) — Estatura

As alturas encontradas variam entre 152 e 199 centímetros para os «cuanhamas» e 155 e 188 centímetros para os «cuamatos», sendo as médias, respectivamente de 170,34 e 169,2 centímetros.

B) — Diâmetro biaxilar

Determinado com os braços caídos obtivemos os valores médios de 27,18 e 27,15 para os cuanhamas e cuamatos e como limites mínimos e máximos, nos mesmos grupos étnicos, respectivamente 23,2-24,1 e 35,22-31,3.

C) — Perímetro torácico.

Referimo-nos ao perímetro obtido ao nível dos mamilos e no estado passivo.

Achamos números compreendidos entre 74 e 103 centímetros nos «cuanhamas» e 76 e 93 centímetros nos «cuamatos». As médias, deram respectivamente, 83,03 e 83,01 centímetros.

D) — Peso

Determinado com o indivíduo nu.

Os números encontrados variam de 46 a 89 quilos e com a média de 63,1 nos «cuanhamas» e 50 a 84, com a média de 61,8 quilos nos «cuamatos».

E) — Altura do busto

Para a obtenção deste valor seguimos o método indicado por BERTILLON: determinando a altura do indivíduo sentado num banco vulgar e subtraindo-se do valor encontrado, a altura do banco.

Achamos valores limites de 77 e 94 centímetros nos cuanhamas e 77,5 e 93 nos cuamatos.

A média foi de 85,2 naqueles e 84,7 centímetros nestes.

F) — Comprimento da cabeça

Determinamos o diâmetro cefálico anteroposterior máximo e obtivemos os seguintes valores médios: 18,96 centímetros nos cuanhamas e 18,91 nos «cuamatos».

Os valores mínimos e máximos encontrados foram, respectivamente nas duas tribus: 17,6-17,5 e 20,7-19,19.

G) — Largura da cabeça

Representa o valor do diâmetro cefálico transversal máximo. Eis os valores máximo, mínimo e médio, nos dois grupos de indígenas:

Cuanhamas: 16,2 — 13,5 — 14,32 centímetros.

Cuamatos: 15,9 — 13,1 — 14,3 centímetros.

H) — Comprimento do nariz

Os valores encontrados estão compreendidos entre 4 e 6,1 nos cuanhamas e 3,9 e 5,2 centímetros nos cuamatos, sendo os números médios, respectivamente, 4,94 e 4,78.

I) — Largura do nariz

Achamos os valores limites de 3,6 e 5,4 nos cuanhamas e 3,5 e 5,8 nos cuamatos, com as médias, respectivamente de 4,49 e 4,27 centímetros.

De posse destes resultados, podemos então determinar o tipo morfológico e diversos índices usados em Antropologia.

1) — Tipo morfológico

Como é sabido o tipo morfológico é dado pela relação da estatura (A) e o diâmetro biaxilar (Db) e conforme este cociente é inferior a 5,5 — está compreendido entre 5,5 e 6 ou é maior que 6, assim temos os tipos brevilineo, mediolíneo e longilineo.

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L. DA - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

LACTIL-LAB

CALDO • COMPRIMIDOS

Porque prescrever os Fermentos Lácticos na época dos antibióticos?

1.º — Exactamente pelo uso e abuso dos antibióticos, principalmente daqueles que se administram «per os» que destruindo toda a flora bacteriana (a patogénica e a necessária para uma normal digestão e assimilação dos alimentos e síntese de certas vitaminas) deixa o organismo debilitado e fácil presa de novas e graves doenças.

2.º — Porque continuam a ser um medicamento de incontestável valor terapêutico sem inconvenientes que limitem o seu uso.

3.º — Porque é sempre útil à flora intestinal normal, aumentando a resistência às infecções e o poder de assimilação dos intestinos.

O **Lactil-Lab (Fermentos lácticos reforçado com o complexo B)** deve prescrever-se:

- a) Durante e após o tratamento pelos antibióticos.
- b) Em todas as perturbações intestinais, mesmo naquelas que não exigem o uso dos antibióticos.

LABORATÓRIOS LAB

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa-Norte

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Nos casos dos cuanhamas e cuamatos, temos, respectivamente:

$$\frac{A}{Dba} = \frac{170,34}{27,18} = 5,99$$

$$\frac{A}{Dba} = \frac{169,2}{27,15} = 5,94$$

2) — Índice de Pignet

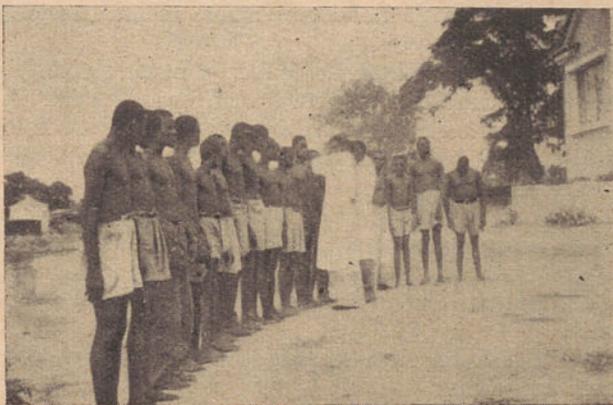
Para determinarmos este índice servimo-nos da expressão:

Índice de Pignet = Altura — (perímetro torácico \perp peso)
 donde temos para os «cuanhamas»

$$IP = 170,34 - (83,03 \perp 63,1) = 24,21$$

e para os «cuamatos»

$$IP = 169,2 - (83,01 \div 61,8) = 24,39$$



Cuanhamas

3) — Índice célico

Obtem-se pela relação centesimal entre a altura do busto (Ab) e a estatura (A).

Assim, temos para os cuanhamas:

$$IC = \frac{Ab}{A} \times 100 = \frac{85,2}{170,34} \times 100 = 50,01$$

e para os cuamatos:

$$IC = \frac{Ab}{A} \times 100 = \frac{84,7}{169,2} \times 100 = 50,05$$

4) Índice cefálico

Este índice de grande valor em antropologia corresponde à relação centesimal entre a largura (Lc) e o comprimento da cabeça (Cc).

$$ICf = \frac{Lc}{Cc} = \frac{14,3}{18,96} = 75,4$$

É este o valor do índice cefálico nos Cuanhamas.
 O valor que encontramos para os «cuamatos» é

$$ICf = \frac{Lc}{Cc} = \frac{14,3}{18,91} = 75,6$$

5) — Índice nasal

Para se determinar este importante índice, temos de obter a relação centesimal entre a largura (Ln) e o comprimento do nariz (Cn).

Eis os valores, respectivamente, nos cuanhamas e cuamatos

$$IN = \frac{Ln}{Cn} = \frac{4,49}{4,94} = 90,9$$

$$IN = \frac{Ln}{Cn} = \frac{4,27}{4,78} = 89,3$$

Em face dos resultados encontrados podemos tirar as seguintes conclusões:

- A estatura média do Cuanhama é muito superior à da média da humanidade e igual a 170,34 centímetros
- A média do diâmetro biaxilar é igual a 27,18 centímetros
- O valor médio do perímetro torácico medido em estado passivo e ao nível dos mamilos é de 83,03.
- O peso médio do «cuanhama» é igual a 63,1 quilos.
- O valor médio da altura do tronco é de 85,2 centímetros.
- O comprimento da cabeça dos «cuanhamas» mede 18,96 centímetros.
- A largura da cabeça tem o valor médio de 14,32 centímetros.
- O valor médio do comprimento do nariz dos «cuanhamas» é igual a 4,94 centímetros.
- A largura do nariz mede 4,49 centímetros.
- O «cuanhama» é mediolíneo.
- O índice de Pignet encontrado nos 2.000 cuanhamas que examinamos teve um valor médio de 24,21.
- Os «cuanhamas» são macrosélicos, pois têm um índice célico igual a 50,01.
- São hiperdolicocefalos, segundo a classificação de DENIKER, porque o seu índice cefálico é de 75,4.
- Como o valor médio do índice nasal é igual a 90,9 os «cuanhamas», são platirrínios, segundo a classificação de Collignon.

Pelo que respeita aos «Cuamatos», podemos concluir:

- A estatura média que encontramos nos nossos 300 cuamatos foi igual a 169,2 centímetros.



Cuamatos

- A média do diâmetro biaxilar é de 27,15 centímetros.
- O valor do perímetro torácico é de 83,01 centímetros.
- Encontramos um peso médio igual a 61,8 quilos.
- A altura do busto apresentou em média um valor de 84,7 centímetros.
- O comprimento da cabeça dos «cuamatos» mede 18,91.
- A largura da cabeça é igual a 14,3 centímetros.
- O valor médio do comprimento do nariz dos «cuamatos» é igual a 4,78 centímetros.
- A largura do nariz mede 4,27 centímetros.
- O «cuamato» é mediolíneo.
- O índice de Pignet encontrado nos 300 cuamatos que medimos e pesamos foi igual a 24,38.
- Segundo a nomenclatura de Giuffrida-Ruggeri, os «cuamatos» são macrosélicos.
- Os «cuamatos» são hiperdolicocefalos.
- Como o valor do índice nasal encontrado foi igual a 89,3 os «cuamatos» são platirrínios.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O Inquérito Nacional sobre a Pelagra Endémica

G. JORGE JANZ

INTRODUÇÃO

A Pelagra é, certamente, a doença carencial do adulto, com individualidade clínica, mais frequente no nosso País.

São já numerosos os trabalhos portugueses que se lhe referem, podendo dizer-se que a moléstia tem sido estudada e encarada sob muitos dos seus variados aspectos.

Dada a importância social que esta afecção reveste, impossibilitando para o trabalho, mesmo transitóriamente, grande número de trabalhadores rurais, e ainda pelo facto de ela trazer sempre a existência de um erro alimentar que importa remediar, é lógico que sobre ela incida a atenção de quem pretenda estudar cientificamente o problema da Nutrição em Portugal.

É, no entanto, evidente, que uma das primeiras condições para o estudo da endemia pelagrosa — a forma da doença que mais interessa a Saúde Pública — é o conhecimento, exacto quanto possível, das regiões por ela atingidas.

O primeiro inquérito levado a efeito, nesse sentido, entre nós, parece ter sido o que o Prof. Alfredo de Magalhães subcreveu, publicado em 1901 e realizado, segundo informa o Prof. Manuel J. Ferreira, por sugestão de Miguel Bombarda. A esse inquérito responderam 288 médicos, e por ele se averiguou da extensão da endemia pelagrosa, que abrangia muitos concelhos do Minho, Douro, Trás-os-Montes, Estremadura e ilha de S. Miguel.

Mas, embora depois dessa época tivessem surgido outros trabalhos, eles incidiam sobre focos determinados da doença (como, por exemplo, João de Meira para o concelho de Guimarães, Pereira da Silva para os de Póvoa de Lanhoso e Guimarães, Manuel J. Ferreira para a Póvoa de Lanhoso, Coutinho, Moura Monteiro e G. Jorge Janz para o de Celorico de Basto), não se tendo voltado a proceder a um inquérito de tipo nacional como fôra o do Prof. Alfredo de Magalhães.

Interessado em imprimir um impulso decisivo ao estudo dos problemas médicos da alimentação em Portugal, resolveu o Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia da Direcção Geral de Saúde proceder a um novo inquérito, baseado nas respostas a um questionário enviado aos Delegados de Saúde do Continente e Ilhas, e por estes, por sua vez, distribuído aos subdelegados concelhios e a alguns clínicos locais.

TÉCNICA DO INQUÉRITO E VALOR DOS RESULTADOS

Não nos iludimos sobre o valor absoluto a atribuir aos dados recolhidos por esta forma de inquérito. Há a contar sempre com a maior ou menor diligência dos inquiridos, por vezes com uma má interpretação do sentido das perguntas feitas e, sobretudo, tratando-se de uma doença relativamente pouco vulgar, com o desconhecimento ou mau conhecimento das formas frustes, não menos importantes que os casos típicos, e isto principalmente nas regiões onde a endemia não domina.

Para exemplo do que afirmamos, podemos citar que, por

vezes, em concelhos onde, além do subdelegado de saúde, intervieram no inquérito médicos municipais, as informações foram discrepantes.

Não podemos deixar de louvar a boa vontade com que alguns clínicos cooperaram nesta investigação, fornecendo, além de histórias clínicas acompanhadas muitas vezes de fotografias elucidativas, pormenores de conhecimentos pessoais que muito valorizaram o inquérito.

Obteve-se, assim, através deste inquérito, uma melhor actualização do nosso conhecimento sobre a distribuição corográfica da pelagra endémica em Portugal, permitindo-nos dispor dos dados necessários para um estudo ulterior e mais completo do problema.

O questionário enviado por este Serviço compreendia as seguintes perguntas:

- 1 — Nome por que é conhecida a doença, entre o povo?
- 2 — A que é atribuída, entre o povo?
- 3 — Sua frequência: endémica? casos isolados?
- 4 — A doença é antiga na região?
- 5 — Em que época do ano mais se manifesta?
- 6 — Sexo: mais frequente no sexo masculino? mais frequente no sexo feminino?
- 7 — Evolução: aguda? crónica? com exacerbações, com remissões?
- 8 — Aspecto e intensidade das lesões cutâneas?
- 9 — Com ou sem sintomas digestivos?
- 10 — Com ou sem sintomas neuro-psíquicos?
- 11 — Há trabalhos publicados por clínicos da região sobre pelagra?

Este questionário era acompanhado de um modelo de história clínica, designado especialmente para o estudo das doenças carenciais, e cujo preenchimento se solicitava, sempre que houvesse conhecimento de casos típicos da doença.

Referiremos a seguir, baseados nas respostas ao inquérito, as conclusões tiradas dos dados obtidos.

EXTENSÃO DA ENDEMIA PELAGROSA

Pode afirmar-se, em face das respostas recebidas, que a doença é conhecida e apontada de norte a sul do País, tendo sido diagnosticada em 84 dos concelhos do continente. Ela é, todavia, extremamente rara na região ao sul do Tejo, e praticamente inexistente em distritos como os de Beja, Faro, Guarda e Lisboa ⁽¹⁾ onde os casos apontados nem sempre são muito sugestivos de pelagra.

Resumimos, no quadro I, os concelhos e respectivos distritos em que foi reconhecida a existência, mesmo esporádica, da doença, e sem características de endemia.

(1) Recordam-se, no entanto, os casos de pelagra observados em Lisboa pelo Prof. Diogo Furtado, e relatados na sua tese.

QUADRO I

Concelhos em que foram assinalados casos isolados de pelagra

<i>Aveiro</i>	— Feira, Castelo de Paiva, Arouca, Vale de Cam-Oliveira de Azemeis, Mealhada, Oliveira do Bairro, Vagos e Ovar.
<i>Beja</i>	— Alvito e Almodovar (?).
<i>Braga</i>	— Esposende, Terras do Bouro e Amares.
<i>Bragança</i>	— Vimioso, Freixo de Espada à Cinta e Mirandela.
<i>Castelo Branco</i>	— Belmonte, Covilhã, Idanha e Vila Velha do Ródam.
<i>Coimbra</i>	— Coimbra, Cantanhede, Figueira da Foz, Condeixa, Miranda do Corvo, Penacova, Góis, Arganil, Tábua e Oliveira do Hospital.
<i>Évora</i>	— Évora, Mora, Borba, Alandroal e Reguengos.
<i>Faro</i>	— Alportel e Castro Marim.
<i>Guarda</i>	— Guarda, Pinhel e Manteigas.
<i>Leiria</i>	— Leiria, Alvaiázere, Nazaré, Caldas e Bombarral.
<i>Lisboa</i>	— Lisboa, Cadaval, Alenquer, Torres Vedras, Sobral e Mafra.
<i>Portalegre</i>	— Portalegre, Niza, Crato, Gavião, Fronteira e Arronches.
<i>Porto</i>	— Maia, Gondomar, Marco de Canavezes, Santo Tirso e Valongo.
<i>Santarém</i>	— Santarém, Abrantes e Salvaterra de Magos.
<i>Seiúbal</i>	— Seiúbal, Sesimbra e Alcácer do Sal.
<i>Vila Real</i>	— Vila Real, Vila Pouca de Aguiar e Mesão-Frio.
<i>Viseu</i>	— Cinfães, Armamar, Pesqueira, S. Pedro do Sul, Vouzela, Mangualde, Mortágua e Tarouca.
<i>Viana do Castelo</i>	— Melgaço, Monção, Vila Nova de Cerveira e Arcos de Valdevez.

Como já o dissemos, porém, interessa-nos principalmente conhecer os focos de endemia, e sobre eles passaremos a referir-nos mais detalhadamente.

A endemia foi assinalada nos distritos e concelhos constantes do Quadro II.

QUADRO II

Concelhos em que foi assinalada endemia pelagrosa

<i>Aveiro</i>	— Arouca (?), Cambra (?).
<i>Braga</i>	— Braga, Guimarães, Póvoa de Lanhoso, Fafe, Celorico de Basto, Cabeceiras de Basto e Vila Verde.
<i>Castelo Branco</i>	— Castelo Branco, Oleiros (?), Sertã (?) e Proença-a-Nova (?).
<i>Coimbra</i>	— Soure, Arganil (?).
<i>Leiria</i>	— Leiria (?), Ancião, Pombal e Batalha.
<i>Portalegre</i>	— Ponte de Sôr (?).
<i>Porto</i>	— Póvoa de Varzim, Paredes, Baião, Amarante, Felgueiras, Lousada e Paços de Ferreira.
<i>Santarém</i>	— Vila Nova de Ourém.
<i>Seiúbal</i>	— Barreiro.
<i>Vila Real</i>	— Ribeira de Pena (?) e Mondim de Basto.
<i>Viana do Castelo</i>	— Valença, Ponte do Lima, Ponte da Barca e Coura.

O exame da fig. I, mais elucidativo, revela-nos que a endemia se distribui, principalmente, por duas grandes regiões: uma ao norte do país, já bem conhecida anteriormente, e centrada na região da broa de milho, e outra ao meio do continente, constituindo uma larga faixa mal estudada, que vai de Leiria a Castelo Branco.

Antes, porém, de estudarmos as características próprias destas regiões, vejamos quais as características gerais que a doença reveste no nosso país, apoiados nos dados do inquérito.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOENÇA

1—Nome por que é conhecida entre o povo:

A designação popular desta enfermidade varia de região para região e, como é natural, confunde-se, nas regiões onde ela não constitui um flagelo anual, com nomes dados a outras afecções da pele. Assim, vimos assinaladas as seguintes designações:

—doença de pele, mal de pele (Guimarães, Cabeceira de Basto)

—impingens e herpes (!) (Arouca, Belmonte, Coimbra, Soure, Alvaiázere)
 —escamação (Vila Verde)
 —placa, pelaque ou pelaca, (corruptela de pelagra) (Celorico de Basto, Fafe, Paredes, Lousada)
 —fígado figadal, mal de fígado (Póvoa de Lanhoso, Vila Velha do Ródam, Borba, Alportel, Leiria, Torres Vedras, Póvoa de Varzim, Maia, Mondim de Basto, Ponte do Lima, Coura, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez)
 —freima (?) (Vimioso)
 —constipação de pele (Pombal)
 —queimadura de sol (Ponte de Sôr)
 —eczemas (Góis), eczema do milho estragado (Valença)
 —mal de rosa (!) (Castro Marim)
 —quelimónia ou climónia (de clima?) (Felgueiras)
 —doença da fome (Santo Tirso)
 —peleira (Vouzela)

2—A que é atribuída entre o povo?:

Também aqui se nota uma grande variedade na interpretação popular da etiologia da doença. As informações obtidas podem resumir-se assim:

—ao pão de milho, cujo cereal fermentou nas tulhas (Braga)
 —ao saibro (!) do pão de milho (Fafe, Valença)
 —ao milho estragado (Crato, Santo Tirso)
 —ao pão de milho (Arganil)
 —ao milho (Paços de Ferreira)
 —à herança e a comidas estragadas (Póvoa de Lanhoso)
 —a comidas estragadas (Felgueiras)
 —a má alimentação (Guimarães, Amarante, Lousada, Mondim de Basto, Coura)
 —ao fígado (Vila Verde, Terras do Bouro, Castelo Branco, Vila Velha do Ródam, Torres Vedras, Gavião, Póvoa de Varzim, Maia, Paredes, Marco, Melgaço, Ponte do Lima, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez)
 —ao sol (Celorico de Basto, Oleiros, Sertã, Condeixa, Oliveira do Hospital, Alandroal, Pinhel, Ponte de Sôr, Lousada, Vila Nova de Ourém, Ribeira de Pena, Armamar, Tarouca, Mangualde)
 —ao calor (Barreiro, Pesqueira)
 —a resfriamentos (Soure)
 —a aragem (Pombal)
 —a alteração do sangue (Borba), a constipação do sangue (Batalha).

3—Sexo preferido:

Passando sobre os dados referentes à existência de casos isolados ou endemia franca, a que já nos referimos, sobre os que dizem respeito à antiguidade da doença na região, que não foram esclarecedores, e sobre a época do ano em que a doença mais se manifesta, (primavera e princípio de verão, na enorme maioria das respostas), interessa referir a insistência com que foi apontado o sexo feminino como o preferido pela doença, o que confirma um facto já bem conhecido.

4—Formas evolutivas:

A forma evolutiva mais frequentemente assinalada é a forma crónica, com exacerbação no tempo quente e remissões no tempo frio.

5—Sintomatologia mais frequente:

A lesão cutânea, bem descrita pela maioria dos inquiridos, é a mais constantemente encontrada, embora revista todas as formas, desde o eritema simples conduzindo a descamação, fissuração, ulceração e atrofia da pele até às formas complicadas com vesiculação.

Seguem-se em frequência os sintomas digestivos, em que avulta a diarreia, e, muito mais raramente apontados, os sintomas neuro-psíquicos, que vão até à demência.

Não nos alongamos mais sobre estes dados do inquérito, que só a investigação directa nos locais atingidos pela endemia poderão aprofundar, e passaremos a referir algumas observações particulares sobre as regiões atingidas pela endemia.

CARACTERÍSTICAS LOCAIS DA PELAGRA ENDEMICAS

1 — VIANA DO CASTELO

A endemia, segundo as informações prestadas, atinge os concelhos de Valença, Paredes de Coura, Ponte do Lima e Ponte da Barca.

Apenas do concelho de Paredes de Coura obtivemos pormenores interessantes, que passamos a referir, segundo as palavras do respectivo subdelegado de saúde:

«Em 1947, fui encarregado pelo Ex.^{mo} Senhor Delegado de Saúde do Distrito de realizar um inquérito sobre pelagra na área sanitária a meu cargo. Do cadastro de pelagrosos organizado, concluí:

- 1) Que era de duas centenas o número de casos clínicos declarados e com manifestações evidentes.
- 2) Que a grande maioria dos atacados eram indigentes ou pobres.
- 3) Que a pelagra se encontrava indistintamente espalhada por todas as freguesias do concelho.
- 4) Que causava anualmente bastantes óbitos.
- 5) Que a pelagra causava um grande número de psicoses ou encefalopatias, sendo frequentes os suicidas pelagrosos.
- 6) Que o grande número de pelagrosos se alimentava quase exclusivamente de pão de milho de caldo de farinha de milho, sendo o milho a base da sua alimentação.
- 7) Que os casos de pelagra se revelavam principalmente durante os meses de Abril ou Março, e Outono, isto é, durante os meses em que «se descobria mais o sol quente», conforme indicavam os doentes, no seu curioso dizer.
- 8) Que é essencialmente uma doença da idade adulta.
- 9) — Que incapacitava para o trabalho um grande número de trabalhadores rurais, especialmente naquela época do ano em que o labor agrícola maior energia exigia do agricultor».

2 — BRAGA

Os concelhos em que domina a endemia são os de Braga, Guimarães, Fafe, Celorico de Basto e Póvoa de Lanhoso. Supomos que se poderão certamente incluir os de Vila Verde e Cabeceiras de Basto, embora a endemia não tenha sido referida no inquérito.

Como informações complementares, referimos as seguintes:

a) *Fafe* — «No dia 9 de Maio, metade dos doentes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital de Fafe, tinham a pelagra. Em média é de cerca de um terço, os doentes internados com pelagra nos meses de Março, Abril e Maio». (Dr. Leite de Castro). Também este clínico refere que são tão vulgares as manifestações cutâneas, «que o povo já diagnostica a pelagra por essas manifestações».

b) *Póvoa de Lanhoso* — Refere o Subdelegado de Saúde que a doença «é extremamente frequente (30 a 50 % da população)». Também assinala serem as «curas pouco frequentes, a não ser as que resultam (?) da vitamina PP, nem sempre completamente eficaz».

3 — VILA REAL

Por informação do Ex.^{mo} Delegado de Saúde do Distrito, Dr. Montalvão Machado, «...sabe-se que o solar desta doença é entre nós a região de Basto, a que pertence um concelho deste distrito, o de Mondim de Basto. Por isso, no concelho de Mondim, a doença é bastante frequente e para lá costume enviar todos os anos uma remessa de vitamina PP e outras drogas.

A doença aparece ainda, mas com relativa raridade, nalguns concelhos deste distrito, que estão próximos de aquele concelho de Mondim: Mesão-Frio, Vila Real, Ribeira de Pena e Vila Pouca.

É duvidoso que tenham aparecido alguns casos no concelho da Régua. Nos restantes concelhos é doença inexistente, porque já por diversas vezes tenho indagado, junto dos subdelegados de saúde e outros clínicos, muitos destes conhecedores da pelagra, e nunca encontrei quaisquer indícios de pelagra».

4 — PORTO

Podemos concluir pela existência de endemia nos concelhos de Felgueiras, Amarante, Baião, Lousada, Paredes, Paços de Ferreira e Póvoa de Varzim.

a) *Amarante* — Segundo o Dr. Cardoso Brandão, «o movimento de pelagra no Hospital da Misericórdia desta vila, referente aos anos de 1946, 1947 e de 1948 foi respectivamente: 16 casos masculinos e 17 femininos; 3 casos masculinos; 21 casos masculinos e 14 femininos. É de notar que só os casos neuropsíquicos e grandes lesões da pele procuram o hospital».

b) *Paredes* — Foi enviado pelo subdelegado de saúde, Dr. Mendes Moreira, o mapa de doentes de pelagra que transitaram pelo Hospital de Paredes desde 1931 até 30 de Julho de 1949. Por ele se vê que foram internados nesse espaço de tempo 68 pelagrosos, dos quais 28 eram do sexo masculino; 10 faleceram; 13 apresentavam perturbações mentais.

Em ofício enviado a esta subdelegação de saúde, dá o Dr. António Rangel, de Rebordosa (Paredes) as seguintes informações:

- 1) Entre o povo desta zona a pelagra é ordinariamente denominada «mal de pele» e por alguns «pelaque».
- 2) A maior parte considera que a doença deriva do fígado e é vulgar ouvir-se dizer: «f. sofre de mal de pele porque é muito figadal».
- 3) A área do meu partido abrange cerca de 10.000 habitantes e em todas as freguesias (Rebordosa, Lordelo, Vilela, Gandra, Astromil e Vandoma) aparecem diversos casos de pelagra o que me leva a concluir que não tem carácter endémico (*sic*).

O seu aparecimento mais em certos lugares está relacionado com o nível de vida dos habitantes desses lugares.

A minha observação pessoal regista apenas dois ou três casos de pelagra na 1.^a infância, que presentemente não me é possível identificar.

4) Há vinte anos que exerço a clínica nesta região e desde o início que tenho encontrado casos de pelagra. Por informação sei que a doença é antiga na região e que os doentes,

em regra, por conselho dos antigos clínicos, recorriam ao tratamento nas águas de Vizela. Na minha opinião as águas de Vizela pouco influíam pois só o descanso e uma alimentação mais rica contribuíam para a cura.

5) É no princípio da primavera que as manifestações cutâneas aparecem (com as meadas e com os chincharos — pássaros de arribação). Regra geral as manifestações nervosas mantêm-se durante o ano mais ou menos atenuadas. Com os primeiros calores, provavelmente com o aumento da auto-intoxicação o pelagroso é sempre um intestinal), os sintomas exacerbam-se.

6) É muito mais frequente no sexo feminino e na minha opinião porque a mulher, nas classes pobres, reduz ainda mais que o marido, que tem que trabalhar, a sua alimentação.

7) As formas que tenho observado são de um modo geral benígnas e tem cedido muito bem ao tratamento. Apenas tenho observado casos de evolução crónica e apenas um caso que conduziu à loucura (forma de demência senil). Por informação parece que houve em tempo alguns casos de pelagra evoluindo para a loucura (melancolia e delírio persecutório) terminando no suicídio.

É frequente encontrar casos em que a remissão é de regra durante o inverno e que recidivam na primavera.

8) O aspecto das lesões cutâneas é o aspecto duma pele crestada pelo fogo. Ao eritema sucede-se um escurecimento da pele seca e repuxada, que depois descama em largos retalhos (como diz o povo «esfolta toda»).

9) Todos os casos apresentam fenómenos de perturbações digestivas, mas as perturbações intestinais são tão constantes que não é exagero dizer que todo o pelagroso é um intestinal. Tanto pode apresentar a forma diarreica como a obstipada, porém a primeira coincide com os casos mais graves. Alguns casos de diarreia, sem sinais cutâneos da pelagra, rebelde a outros tratamentos, cederam admiravelmente com o emprego da vitamina PP e arseniato de estricnina.

10) Os sintomas neuro-psíquicos como já disse não têm sido observados senão em muito pequena escala.

Posto isto nada mais tenho a dizer sobre o assunto a não ser traduzir a opinião de que a doença me parece em declínio, isto é, parece-me que presentemente a frequência é menor. Talvez que o facto se deva, apesar de tudo, ao nível de vida das classes humildes ter melhorado sensivelmente,

c) *Paços de Ferreira* — Segundo o subdelegado de saúde do concelho, há «muitas centenas de casos». E diz ainda: «Sendo a doença muito conhecida na região e tratada há muitos anos intensamente e largamente pela vitamina PP, que fiz ainda importar da América e da Suíça com subsídio da Câmara Municipal, quando este produto não se encontrava ainda no mercado, já não se encontram agora casos típicos. Todos os doentes acorrem cedo às farmácias, a maior parte mesmo sem receita médica, sendo enorme o consumo da amida do ácido nicotínico nas farmácias locais».

d) *Póvoa de Varzim* — São referidos «muitíssimos» casos.

e) *Felgueiras* — Segundo informação do subdelegado Dr. Dias da Cunha, «...a pelagra desaparece logo que aparecem as primeiras frutas — as cerejas (fim de Abril, princípios de Maio). Nos meses de Março e Abril é possível que neste concelho se observem mais de 300 casos. Nessa altura, podem observar-se com rigor inúmeras formas, sendo a quase totalidade formas cutâneas, com inaptência e forte adinamia. Os casos de perturbações digestivas e nervosas são muito mais raros, sobretudo os últimos».

5 — AVEIRO

A pelagra não parece ser endémica neste distrito. Pareços, no entanto, que tem interesse anotar as informações prestadas pelos subdelegados de saúde de Arouca e Vale de Cambra.

a) *Arouca* — «O maior número de casos aparece na serra, cuja base de alimentação é o pão de milho».

b) *Vale de Cambra* — «Os casos que aqui se observam são mais de hipovitaminose que pelagra própria. São doentes que, na primavera, principalmente, consultam o médico por causa da sua dermite que os molesta, ou pelas dores e irritações que provoca. Com a vitamina PP, correcção da alimentação e uma pomada calmante obtém-se uma melhoria das lesões cutâneas e para estes doentes isso é tudo, visto que não se queixam de outras manifestações.

Há um caso curioso que talvez convenha referir: entre 1943 e 1945 apareceram aqui numerosas pessoas com edema das pálpebras e conjuntivas. Foi uma espécie de surto epidémico. O tratamento com a vitamina PP dava algum resultado, parecendo tratar-se de uma manifestação de pelagra».

6 — COIMBRA

Também aqui não parece existir endemia. Todavia, o subdelegado de Arganil assinala bastantes casos, numa região onde se come broa de milho, e do concelho de Soure vem-nos uma informação preciosa, embora não diga propriamente respeito a esse concelho, mas a outros vizinhos, pertencentes aos distritos de Leiria e Santarém:

a) *Soure* — A informação vem do médico do partido de Alfarelos, Dr. Orlando Branca, que relata o seguinte: «Na minha clínica nas Estâncias Termal do Bicanho e da Azenha, concelho de Soure, tenho tido ocasião de observar numerosíssimos casos de pelagra, raríssimos, no entanto, da pelagra clássica, tal como nos é apresentada nos compêndios de dermatologia ou de doenças carenciais.

Os aqúistas provêm, na sua grande maioria, dos concelhos de Pombal, Leiria, Ourém e Batalha, e apresentam-se quase constantemente e exclusivamente oriundos das camadas mais humildes da gente do campo. Apresentam-se muitas vezes com manifestações em tudo semelhantes aos banais eritemas solares, muitas vezes exibindo eritemas pelagróides (em que se associam lesões maculosas, descamativas, por vezes bulosas e exsudativas, fortemente pruriginosas e de pigmentação mais ou menos acentuada conforme a sua antiguidade e a repetição dos períodos de exacerbação). Nas mulheres localizadas aos antebraços, dorso das mãos, pernas e face anterior e laterais do pescoço; nos homens localizadas às faces anterior, posterior e laterais do pescoço, região dorsal das mãos e dos antebraços. Dum modo geral a pele é seca e hiperpigmentada. As mulheres apresentam-se frequentemente com obstipação e atonia intestinal. Os homens acusam muitas vezes discretas gengivorragias e perturbações dispepticas do tipo hipoesténico.

Os hábitos desta gente registam alcoolismo com frequência. Uso frequente do tabaco. Vida de ar livre com longas exposições ao sol e às intempéries. Alimentação em que marca o primeiro lugar a broa de milho peneirada e em que faltam com frequência as gorduras animais. Gente madrugadora.

Os médicos dos concelhos supra-citados devem ter largo material de informação sobre estes casos que constituem um tipo muito especial de pelagra que se não assemelha muito com o que se vê noutras regiões».

7 — LEIRIA

Com efeito, foram assinaladas zonas de endemia nos concelhos de Ancião e Pombal, onde a doença parece ser frequente, embora não tenham sido fornecidos dados mais detalhados, além da menção de um trabalho do Dr. Amadeu Móra, de Pombal, sobre «Casos frustes de pelagra».

8 — SANTARÉM

O subdelegado de Vila Nova de Ourém, negando a existência de endemia, faz notar que «os casos desta região podem resumir-se como sintomatologia a lesões das partes expostas à luz. Curam-se em geral com facilidade dizendo ao doente que se exponha pouco ou nada à luz solar».

9 — CASTELO BRANCO

a) *Castelo Branco* — A informação do Ex.^{mo} Delegado de Saúde diz que «...presume-se (a endemia) nalguns povoados dos concelhos de Sertã e Oleiros, mas os médicos não têm tomado em atenção a doença». Quanto a casos isolados, «...observámo-los repetidas vezes no Hospital da Misericórdia de Castelo Branco, entre operários e mendigos; deve talvez considerar-se esporádica na zona sudoeste do concelho de Castelo Branco».

A doença é considerada endémica pelo médico do Centro de Saúde de Malpica do Tejo.

b) *Vila Velha de Ródam* — Embora negando a endemicidade, o subdelegado deste concelho dá as seguintes informações: «...a maioria dos doentes observados reside nos concelhos vizinhos — Castelo Branco e Proença-a-Nova nas freguesias de Santo André das Tojeiras e Sarzedas, Montes da Senhora e Sobreira Formosa (Santo André das Tojeiras e Sarzedas pertencem ao concelho de Castelo Branco; Montes da Senhora e Sobreira Formosa pertencem ao concelho de Proença-a-Nova; são confinantes com o concelho de Vila Velha de Ródam).

Estes doentes vêm no verão fazer a sua cura de águas na fonte das Virtudes junto desta vila e colhem ali, segundo parece, excelentes resultados.

Aquela fonte de águas minero-medicinais oligo-salinas radioactivas está registada mas não explorada».

c) *Sertã* — A doença não é considerada endémica pelo respectivo subdelegado, que informa: «Apesar de na alimentação do povo desta região entrar sempre o pão de milho existem muito poucos casos e de fraca intensidade. É este o conhecimento que tenho da doença, na área em que exerço clínica. Na zona do partido médico de Sernache do Bonjardim existe um caso com perturbações neuro-psíquicas e digestivas. Na zona do partido médico de Pedrógam Pequeno (?) a doença tem a mesma intensidade e características daqui».

d) *Proença-a-Nova* — «Casos típicos devia-os ter encontrado há mais de vinte anos. Predominava então o pão de milho na alimentação. Depois da Campanha do trigo quase desapareceram tais casos, que no estado actual dos conhecimentos científicos sobre doenças carenciais, não haveria dúvida em os classificar como pelagra típica. De facto o concelho começou a produzir trigo em relativa abundância. A guerra passada e a carestia dos adubos dificultou de novo a cultura do trigo e conjuntamente com a dificuldade de aquisição de alimentos ricos, motivaram o aparecimento de casos frustes ou talvez melhor de associação de carências vitamínicas. Reservo os impressos para histórias clínicas de casos puros para a hipótese de virem a aparecer, o que possivelmente sucederá, se os clínicos da região estiverem de sobreaviso».

À base destas informações, por vezes um pouco contraditórias e um tanto hesitantes, julgamos poder pôr-se a hipótese da endemicidade no distrito de Castelo Branco, e a necessidade de aí se proceder a uma investigação mais aprofundada. Devemos ainda anotar que, segundo informação do subdelegado de Alcácer do Sal, Dr. Abreu Faria, «nos ranchos migratórios da Beira, que se alimentam de milho, há quase todos os anos, no verão, casos de pelagra em adultos e velhos, homens, de fácil remissão».

10 — PORTALEGRE

a) *Ponte de Sôr* — A endemia é atribuída apenas a este concelho. A doença é considerada aliás «pouco frequente». «Há casos de pelagra ligados ao uso do pão de milho».

11 — SETÚBAL

a) *Barreiro* — Também aqui se afirma a endemia mas as informações nada mais esclarecem sobre o assunto.

ILHAS ADJACENTES — Quer nos Açores, quer na Madeira, parece ser rara a pelagra. É assinalada endemia no concelho de Ribeira Grande e apontam-se casos isolados, de difícil identificação, aqui e acolá. Não chegaram informações do Distrito de Angra de Heroísmo.

Teremos pois de proceder a investigações complementares, sobretudo fora das zonas clássicas bem conhecidas como assento da endemia, a fim de se poder esclarecer a verdadeira extensão da doença no nosso País. Neste sentido parece-nos útil a consulta do maior número possível de clínicos das regiões, e devendo ser chamada a atenção para o despiste dos casos frustes, muito mais difíceis de diagnosticar e facilmente confundíveis com outras afecções. É assim possível que em muitos dos concelhos em que foi negada a existência de endemia, ela será por fim revelada, permitindo-nos um conhecimento mais completo da extensão da doença entre nós.

IBÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO
LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

S U P L E M E N T O

O ENSINO MÉDICO NA SUÍÇA

Impressões duma visita de estudo

VI

CLÍNICA ORTOPÉDICA (LAUSANA)

Tive ensejo de visitar o Hospital de Ortopédia de Lausana. Pavilhão amplo que tem gravadas à entrada estas belas palavras:

O Dieu!
Que tes yeux soient ouverts
Jour et nuit sur cette maison.

Sob esta égide tão simpática o Prof. J. C. Scholder está a realizar uma obra interessante pondo ao seu serviço a sua bem conhecida competência técnica.

Não impressionarão certamente ao visitante as instalações desta clínica mas, sim, o cuidado e a perícia que se empregam para transformar em valores sociais tantos seres que, por males congénitos ou adquiridos, estavam reduzidos à invalidez. Nas enfermarias há doentes de todas as idades, mas é elevado o número de crianças que aí acorrem. O Prof. Scholder teve a amabilidade de me acompanhar na visita e explicou-me pormenorizadamente o tratamento estabelecido em cada caso: luxação congénita bi-lateral de anca e aplasia do joelho, curvatura congénita de femures, artrose de anda, coxa vara infantil, doença de Little, torcicolis congénito, amputação dos membros..., todos operados ou submetidos ao tratamento ortopédico. Cheguei mesmo a ver na Consulta Externa uma doente, imobilizada e operada 19 vezes por sofrer de osteomalácia e raquitismo grave, e que presentemente já anda! A vasta sala de Fisioterapia e de ginástica ortopédica, com variados aparelhos, está muito bem montada. Uma sessão de ginástica a que assisti, em que cada doente fazia exercícios adequados ao seu mal, interessou-me extraordinariamente. A Consulta Externa é bastante frequentada. São muitas as crianças com escoliose e outras deformidades de coluna vertebral que vêm submeter-se ao tratamento. Nota curiosa: os clínicos fazem verdadeira triagem da escoliose!

O Hospital de Ortopédia, de Lausana, sob a superior direcção do Prof. Scholder, autor de vários trabalhos de investigação, é sem dúvida uma excelente escola a quem queira dedicar-se a esta especialidade de largo futuro.

CLÍNICA PEDIÁTRICA (Zurique e Lausana)

Não é numa curta permanência de uns dias em cada cantão Suíço que se poderia abranger todos os sectores do ensino médico nas Faculdades. Foi exaustivo o esforço que fiz para visitar os diferentes departamentos hospitalares e laboratoriais. É, pois, natural que a minha observação não tivesse aquela latitude que era de desejar quando visitei uma obra da envergadura do Kinderspital de Zurique, dirigido pelo Prof. Guido Fanconi.

De 1874 até esta data, o progresso deste Hospital tem sido extraordinário e, graças aos esforços dos Profs. Oskar Wyss, Emile Feer e Guido Fanconi, é um dos maiores centros da Europa, não só de assistência infantil mas também de formação e estágio de médicos, enfermeiras, visitadoras e *laborantines*. A sua capacidade é aproximadamente de 400 camas e está dividido em dois grandes departamentos: — de medicina e de cirurgia — cada um deles dirigido por um director. Um dos directores do departamento é ao mesmo tempo Director do Hospital. O departamento de medicina, por sua vez, tem duas secções — de moléstias infecciosas ou febris e de moléstias não infecciosas. As suas instalações são modelares e confortáveis. Admira-se o método, o carinho de que está cercada a criança e o impecável asseio, tão característico na Suíça. O serviço de poliomielite é dos mais modernos. A biblioteca é ampla. O anfiteatro é grande e com o *box* com vidros para a apresentação de doentes com moléstias infecciosas.

De menor envergadura e sem instalações tão modernas é o Serviço de Clínica Infantil de Lausana, dirigido pelo Prof. Jaccottet. Tem ele 100 camas. Os doentes em observação, suspeitos de doenças infecciosas, ficam no rés-do-chão, e no último andar os recém-nascidos. Tive o prazer de assistir a uma interessante lição do Prof. Jaccottet com apresentação dum caso de bradicardia completa, de origem tuberculosa.

Todos os doentes que baixam ao Serviço de Pediatria são observados em radioscopia e faz-se-lhes também tuberculino-reacção.

CLÍNICA PADIOLÓGICA (Zurique e Basileia)

Clinica Radiológica do Kantonsspital de Zurique (Prof. Schinz) — Inte-

grada no Hospital Cantonal, esta clínica, dirigida pelo grande radiologista Prof. Schinz, é considerada, segundo me informou o Prof. Cocchi, como uma das melhores, se não a melhor do mundo. Ela serve todos os serviços hospitalares da Universidade, exceptuando o Kinderspital que tem o serviço privativo. A clínica dermatológica possui um aparelho de terapia.

Os seus serviços estão divididos em departamentos, de *Diagnóstico* e de *Terapia*, dirigidos por chefes de clínicas. No departamento de diagnose existem gabinetes com aparelhagem moderna para cada tipo de radiografias: a) Fracturas em geral, b) Coluna vertebral (doenças e deformidades), c) Crânio e Dentes, d) Coração e Pulmão, e) Tomografia e Estratografia axilar, f) Tubo digestivo, g) Pielografia, h) Urografia (médica e cirúrgica), i) Bronco e angio-cardiografia, j) Encefalografia e angiografia do crânio, etc. O departamento de terapia tem também vários gabinetes para irradiação e fisioterapia. Merece menção o departamento de *Rádio-biologia* destinado a trabalhos experimentais e onde tive o prazer de ver o Prof. Schinz a estudar a influência das irradiações nas diferentes fases de evolução da rã e da mosca *drosfila*, trabalho duma técnica extremamente delicada e que muito me interessou.

O arquivo está muito bem organizado com ficheiros que permitem fácil identificação.

Clinica Radiológica do Buergerspital de Basileia (Prof. Ludin) — Esta clínica, embora não tenha a grandeza da de Zurique, é-lhe quase idêntica na organização que é modelar. Tem vários gabinetes para radio-diagnóstico com aparelhagem especial: a) Radiografia em geral e Tomografia, b) Radiografia em geral e Pielografia, c) Tubo digestivo. Torax, d) Crânio. Arteriografia, e) Coluna vertebral, f) Fractura de ossos pequenos. Dentes. Fazem-se em média 200 a 250 radiografias diárias. O departamento de terapia tem quatro aparelhos com uma sala de comando no centro. O arquivo muito bem organizado, como em Zurique.

(Notas ext. do relatório apresentado a O. M. S.).

J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO

(Bolseiro da O. M. S.)

ECOS E COMENTÁRIOS

EDIÇÕES DE LUXO

Pululam entre nós, em ritmo acelerado, as edições de luxo, tanto de obras de arte, como de obras históricas, de ficção ou de viagens. A maior parte dos médicos não vê com indiferença tal movimento editorial, porque não é insensível a manifestações artísticas, e só lamenta o cunho francamente comercial de algumas delas e a impossibilidade de adquirir outras. Mas trata-se de um sintoma de aumento de nível artístico e cultural do nosso País ou de uma nova forma de pedantaria, filha do excesso de proventos de muitos, que está a ser aproveitada pelos editores?

Para que os leitores se decidam na resposta não nos furtamos à tentação de informar do que certo editor disse, a um nosso colega, quando lhe apresentou um trabalho sobre arte, que ele queria ver difundido em edição acessível: «É impossível. Só aceito a edição se for feita em grande luxo, porque para obras dessas conto com oito centenas de compradores certos, que não se interessam sequer pelos assuntos tratados, mas só querem edições caras e de boa apresentação».

O aspecto gráfico, a reprodução perfeita e colorida de obras de arte, o bom gosto de uma edição em bonita encadernação, são aspectos de valor e muito de louvar que sejam apreciados, mas, com desprezo total do valor intrínseco da obra e das reproduções que a documentam, é triste sinal dos tempos. Parece-nos que é afinal uma edição correcta e aumentada—já que de edições estamos a falar—do caso que Afrânio Peixoto nos conta do brasileiro endinheirado que comprava uns tantos metros de livros para encher as estantes do escritório acabado de mobilar...

L. A. D.-S.

PUBLICIDADE?!

Todos receberam, por certo, o Relatório da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses. Independente da nossa Ordem, ao contrário do que muitos julgam e alguns têm afirmado, erradamente, ao pretender assacar a esta culpas que só àquela cabem, todos nos regozijamos com os seus progressos, todos nos congratulamos ao constatar que, num ano apenas, como naquele Relatório se diz, a Caixa se valorizou em mais de 2.478 contos.

Mas se valorizou como, santo Deus!, se a assistência que presta, a previdência que assegura, continuam sendo o que todos nós sabemos e alguns, desgraçadamente, sentem na sua miséria?

Por agora anotemos que, do «Desenvolvimento da Conta Gastos de Administração», consta a verba de 2.152\$90, elevada a 2.500\$00 no Orçamento para o ano corrente, exclusivamente para «Publicidade».

Mas publicidade para quê, santo Deus!, se a inscrição é obrigatória e não facultativa, se a Caixa não tem que arrebanhar sócios nem que fazer frente a organismos ou instituições similares de previdência para o Corpo Médico, que aliás a lei não permite?

Publicidade... santo Deus! só se

for a daqueles anúncios com que publicamente a Caixa vem dizer ao Mundo que este ou aquele colega está suspenso do exercício profissional...

Mas se assim é, e nisto se consomem aqueles míseros dois contos dos nossos contributos, inscreva-se no orçamento outro tanto, para que possam estes anúncios ser completados com a indicação explícita das razões da suspensão daquele exercício porque, de outra forma, a redacção sibilina que lhes é dada deixa no espírito dos leigos, que a topam na imprensa diária, a impressão de que a pena tão grave deve corresponder crime de monta, no plano profissional ou no âmbito deontológico.

E inscreva-se outro tanto ainda, se preciso for, para que, uma vez liquidados os débitos, a Caixa volte à Imprensa diária em que tiver publicado os nomes dos Médicos suspensos para dizer que a suspensão terminou.

Assim, já se compreenderão melhor os dispêndios com publicidade, mas ainda melhor se hão-de aceitar se a Caixa, que nada obriga a publicar a declaração de suspensão na grande imprensa, a reservar para os jornais médicos e para os Boletins da Ordem, para que assim como entende defender-se expulsando do seu seio os que lhe causarem dano moral ou material irreparável, também aceite a obrigação de não causar dano moral aos seus inscritos, como pode resultar da má interpretação das causas que determinam a publicação do aviso de suspensão do exercício profissional na Imprensa diária.

M. M

O OBJECTIVO DO ENSINO MÉDICO

Traduzimos as palavras admiráveis de L. Whitby sobre a finalidade do ensino médico:

O ensino não deve ser especificamente dirigido para a formação de um clínico geral ou de um especialista ou de um sanitarista ou de um administrador, mas deve prover o estudante com os fundamentos para a sua carreira posterior em qualquer ramo da medicina... O professor do curso médico deve esforçar-se por produzir uma pessoa educada nos princípios e métodos, capaz de ver o conjunto da medicina e o seu significado, treinado a observar com as suas mãos e os seus sentidos, encorajado a pensar logicamente e criticamente, instruído no uso dos aparelhos de medição, e equipado com a base de conhecimentos sobre a qual continuará a construir o resto da sua vida profissional.

Rufol

COLIBACILOSES
das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muito baixas
- Perfeita tolerância

LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

DA RIBEIRA DAS NAUS AO ARCO DOS VISO-REIS DE GOA

Evocação da Medicina Luso-indiana

A memória do insigne Prof. **ROBERTO FRIAS**, da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, luso-indiano de Arporá (Bardez-Goa), vítima do dever profissional em 1918.

Ao Dr. **FROILANO DE MELO**, Professor livre da Faculdade de Medicina do Porto e distinto Mestre da Escola Médico-Cirúrgica de Goa, luso-indiano de Benaulim (Salcete-Goa).

*

Tenho muita fé em Deus que no dia 10 de Abril de 1963 a Medicina nacional pode e há-de festejar jubilosamente o quarto centenário da publicação do mais

na, onde morreu mártir) havia escrito a D. Manuel uma valiosa carta em que arrolava as principais drogas medicinais e não medicinais que conheceu no Oriente.

Nesta hora dolorosa para Portugal, não podemos nós, os médicos portugueses, esquecer esses Príncipes da nossa arte no século XVI, grandes em qualquer lauda de qualquer tratado da História da Medicina que escrevem os estrangeiros!

A emoção dos momentos que a Pátria vive compele-me a reevocá-los, a recordar essa Índia portuguesa em que eles encheram algumas das mais luminosas páginas da História Médica lusitana.

ticulares, sem mais cobrarem dos doentes, os curem caridosamente. E quando, um dia, falharam os médicos a esse dever, ele os condenou a trabalhos forçados, no carreto de pedra para as obras das muralhas da cidade!

Com dureza e segurança nasceu a Medicina portuguesa indiana, honra da Índia e de Portugal.

Relembrar estes fastos, agora ao menos, é preitearmos as memórias de todos os que nela intervieram e por eles nos promoveram uma nova era histórico-científica, original e inesquecível.

Coloquios dos simples, e drogas he coufas medicinais da India, e assi dalgũas frutas achadas nella onde se tratam algũas coufas tocantes a medicina, pratica, e outras coufas boas, pera saber cõpostos pello Doutor garçia dorta: físico del Rey nosso senhor, vistos pello muyto Reuerendo senhor, ho liçenciado Alexos diaz: falcam desenbarçador da casa da supricaçã inquisidor nestas partes.

Com privilegio do Conde rão Rey.

Impresso em Goa, por Ioannes de endem as x. dias de Abril de 1563. annos.

Fig. 2

Frontispício dos *Colóquios dos Simples*, da Índia, por Garcia de Orta. 1563. Goa.

O que era, em 1563, a Medicina indiana aborígene conta-o Garcia de Orta nos *Colóquios*, como anotei um dia ⁽¹⁾.

(1) Luís de Pina. *Contribuição dos Portugueses Quinhentistas para a História da Medicina no Oriente*. «Petrus Nonius», 1938. Lisboa.

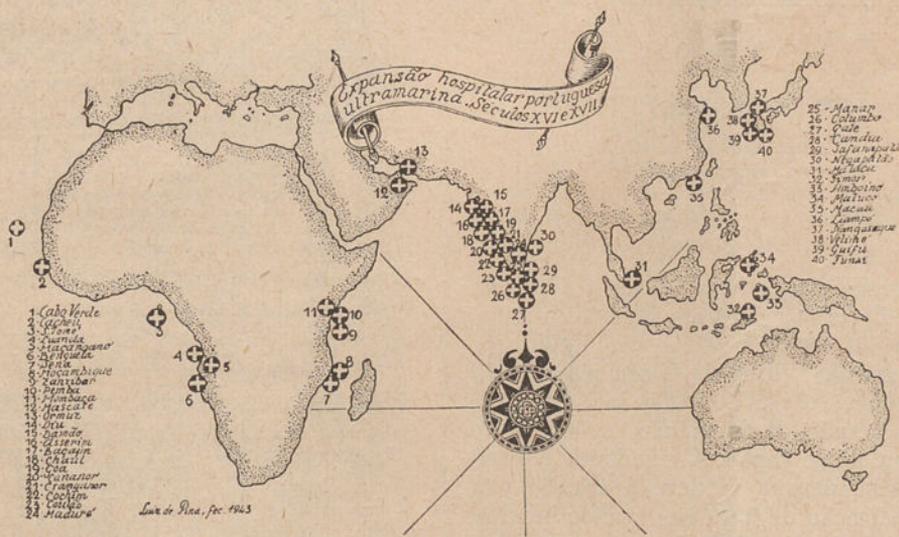


Fig. 1

Mapa dos Hospitais Portugueses Ultramarinos nos séculos XVI e XVII.

(Organ. por Luís de Pina).

estranho livro da sua literatura, em todos os tempos, esse que o grande Garcia de Orta escreveu com o título *Colóquios dos simples e coisas he drogas medicinais da Índia*.

Compô-lo em humilde tipografia de Goa, na Índia Portuguesa, oficina do impressor alemão João de Endem, um inexperimentado oficial da arte, por estar enfermo o seu mestre; porém, a obra saiu a lume e o Mundo recebeu-a, com todos os seus senões tipográficos, com o mais alvoroçado espanto.

Abria-se, deste jeito, na História da Medicina Universal, um largo capítulo jamais terminado: o da Medicina exótica.

Corridos quinze anos, outro médico português, Cristóvão da Costa Boaventura, dará aos curiosos do tempo outro livro menos invulgar, mas ainda de preço: o *Tractado de las Drogas y Medecinas de las Indias Orientales*.

Mas já em 1516, apenas 18 anos depois de, pela primeira vez, aproarmos na Índia, o sagacíssimo boticário régio Tomé Pires (depois Embaixador à Chi-

O Hospital de Goa, o imenso, rico, faustoso *Spiritual del Rey*, foi secular viveiro de muito frenética glória da Medicina nacional ultramarina.

O grande Albuquerque funda, com ele, por 1510, a assistência aos pobres e desamparados de Goa, naturais ou idos do Reino, soldados, nautas e civis. Cioso da obra, manda que os seus médicos par-



E. TOSSE & C.^A
HAMBURGO

EKZEBROL

Medicamento de grande valor em todas as **dermatoses pruriginosas**, utilizado isoladamente ou associada à medicação local apropriada.

REPRESENTANTE GERAL: **SALGADO LENCART**
Rua de Santo António, 203 — PORTO
SUB AGENTE: **A. G. GALVAN** — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

Com que graça ele se reporta ao que colheu dos médicos da terra:

estes e outras coisas muitas soube eu deles, tomando-os pelo beijo, e porque não há quem saiba tam pouco que não saiba algumas coisas, etc.

É também de Orta o seguinte trecho dos *Colóquios*, parece que muito adaptado aos indianos modernos:

são homens que não curam senão por experiência e por costume; e é tão boa de enganar a gente portugueza, que fácilmente são enganados por eles...

*

Em Agosto de 1950 tive a honra de pessoalmente lembrar estes e outros feitos médicos portugueses no Oriente em uma comunicação ao «Congresso Internacional de História da Medicina», reunido em Amesterdão.

Ainda inédito, julgo oportuna a sua publicação neste jornal, agora que trapaceiramente pretendem esbulhar-nos da Índia, um dos mais velhos e nobres centros da civilização e cultura cristãs portuguesas, há perto de 500 anos:

— No ponto de vista médico, o Oriente só veio a ser verdadeiramente conhecido em Portugal e, através de Portugal, na Europa, no século XVI, por três vias principais:

- I — Livros e documentos vários, de autores médicos ou boticários.
- II — Livros e documentos vários, de autores não médicos.
- III — Assistência civil (Estado) e religiosa (Missões católicas).

Neste curto apanhado, dar-se-á uma ou outra notícia do século XVII, reservando para novo trabalho o estudo desta época (1).

As regiões orientais a considerar es-

(1) Entre os autores que estudaram a influência portuguesa na expansão da Medicina europeia e no desenvolvimento da Patologia exótica, devem citar-se os Profs. Ricardo Jorge, Maximiano Lemos e Carlos França e os Drs. Silva Carvalho, Germano Correia, Arlindo C. Monteiro, etc. Vid. Luís de Pina, *As Ciências na História do Império Colonial Português (séc. XV a XIX)*, in «Anais da Faculdade de Ciências do Porto», 1937-1945.

tendem-se da Índia a Ceilão, à Indochina, à Insulíndia, ao Japão, à China, à Oceania, etc., algumas das quais foram conhecidas e descritas pelos Portugueses antes de outros europeus.



Fig. 3

Cristóvão da Costa Boaventura
(Séc. XVI)
autor do *Tractado de las Drogas*, etc. 1578.

(Extraído desta obra)

Descoberto e ultrapassado o Cabo da Boa Esperança, entram as nossas caravelas no Oceano Índico em 1498 (1), ano em que Vasco da Gama pisa o solo da Índia; chegam, depois, ao Pacífico, com Fernão de Magalhães e, em 1543, sobem até ao Japão. Ao indómito Afonso de Albuquerque se deve a criação e a solidificação de todo este grande império oriental. A evangelização começou a meio do século XVI; o supremo artífice foi S. Francisco Xavier.

A Índia, Ceilão, Malaca, a China e o Japão foram os fundamentos da expansão portuguesa no Oriente, onde Portugal estabeleceu, em seguida, a civilização cristã. As fortalezas, igrejas, feitorias, municípios, hospitais, Misericórdias, foram as bases da colonização portuguesa.

A fundação de hospitais e de «boti-

(1) Fontoura da Costa — *As portas da Índia em 1484*, Lisboa, 1936.

cas» em terras orientais originou larga e fecunda expansão e troca de conhecimentos médico-cirúrgicos e terapêuticos, os mais variados, com o Ocidente. Deixaram-nos valiosas informações sobre o estado da Medicina desta época nos países descobertos, visitados ou conquistados (1), lamentavelmente esquecidas pelos modernos historiadores da Medicina oriental quinhentista, na Arménia, Pérsia, Índia, China, etc.

Os informes prestados por tantos livros e documentos portugueses relacionados com o folclore médico asiático, são notabilíssimos (2), assim como os referentes à Zoologia, à Botânica, à Etnologia e Etnografia, à Geografia; nos documentos portugueses que mencionamos adiante se encontram inúmeros e curiosos subsídios para o estudo científico do Oriente (3).



Fig. 4

Frontispício do «Tractado de las Drogas» das Índias, por Cristóvão da Costa, 1578.

(Exemplar da Fac. de Medicina do Porto)

No campo da História Médica os Portugueses foram percussores ou pioneiros da Patologia exótica. A esse respeito, repetimos as conclusões de Ricardo Jorge, num relatório de 1934 (4):

(1) Luís de Pina — *Contribuição dos Portugueses quinhentistas para a História da Medicina do Oriente*, «Actas do I.º Congresso da História da Expansão Portuguesa no Mundo», Lisboa, 1938. Neste trabalho apontam-se os principais estudos relacionados com a história médica do Oriente.

(2) Vd. Luís de Pina — *Portugal e as Ciências na sua Epopeia marítima*. Actas do Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências, Porto, 1943.

(3) Lembramos as informações científicas dadas pelos Portugueses, dos territórios americanos, especialmente do Brasil (cfr. Luís de Pina, *As Ciências na História do Império Colonial Português*, etc., ob. cit.).

(4) Ricardo Jorge — *La médecine et les médecins dans l'expansion mondiale des portugais*. III. e Congrès International d'Histoire des Sciences, Lisboa — 1936.

CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERTERMAL,
SULFÚREA SÓDICA,
CARBONATADA SÓDICA
E MIXTAS, ETC.

As melhores no tratamento do reumatismo, nas doenças catarrais e alérgicas do aparelho respiratório, certas dermatoses e doenças utero-anexiais

Balneário inteiramente novo, modelar, entre os melhores do país, dotado de aparelhagem moderna para todas as aplicações, banhos de imersão, de bolhas de ar e carbo-gasosos, duchas simples, duchas sub-aquáticas, ducha massagem de Vichy, irrigações vaginais, etc., tratamentos fisioterápicos diversos. Instalação moderna e completa para tratamento das vias respiratórias superiores (inalatório colectivo de água mineral pulverizada e vaporizada); inalações e pulverizações individuais.

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães

Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves

— «Des médecins ayant de connaissances cosmologiques et astronomiques ont pris part à la préparation des expéditions océaniques. A la suite des découvertes, des peuples jusque-là isolés et indépendants entrèrent en contact, ce qui a provoqué des échanges de maladies entre la vieille Europe et les nouveaux mondes, instaurant un autre régime géographique pour les patho-démies. Le rapport envisage particulièrement le rôle joué par les médecins Portugais dans les parages lointains et quelle a été leur attitude scientifique et professionnelle devant :

- 1.º — les ressources médicamenteuses trouvées dans les pays explorés;
- 2.º — les maladies nouvelles, inconnues jusque-là, et caractéristiques de la pathologie tropicale».

*

Passemos, agora, a definir os três campos que encerram os argumentos e provas do nosso tema:

I — *Livros e documentos escritos por médicos, cirurgiões, e «boticários».*

A obra mestra quinhentista de Medicina exótica, devêmo-la ao médico Garcia de Orta, descendente de velha família espanhola israelita, implantada em Portugal, onde nasceu. Foi professor de Filosofia Natural na Universidade de Lisboa, graduado em Salamanca e Alcalá. Publicada em Goa, capital do Estado da Índia Portuguesa, em casa do impressor alemão João de Endem, no ano de 1563, intitula-se *Colóquios dos Simples, e drogas he cousas medicinais da Índia, e assi dasguas frutas achadas nella onde se tratam algumas cousas tocantes a medicina pratica, e outras cousas boas*, etc. (1).

Garcia de Orta aportou a Goa em

(1) A edição latina de Plantin, de 1579, feita por Clúsio tem o seguinte título: — *Aromatvm, et Simplicivm aliquot medicamentorum apud indos nascentium historia: Primum quidem Lusitanica lingua per Dialogos conscripta, à D. Garcia ab Horto, Proregis Indiae Medico: Deinde Latino sermone in Epitomen contracta, & iconibus ad vivum expressis, locupletioribus annotationibus illustrata à Carolo Clusio Atrebat. Tertia Editio, Antverpiae, Ex officina Christophori Plantini, Archetypographi Regij. M.D.LXXIX.*

1534 e lá viveu até 1568, ano provável do seu passamento. Naturalista exímio, possuía um jardim botânico em Bombaim.

No seu famigerado livro—o primeiro estudo médico português impresso na nossa Índia—descreveu as principais drogas terapêuticas da região e de outras partes do Oriente e pela primeira vez, também, algumas doenças, tal a *cólera asiática*. Registou, cuidadoso, certas noções de Geografia médica, de Climatologia, de Patologia exótica, costumes e conhecimentos médicos dos naturais, etc. (1).



Ó Hospital de El Rei em Goa na 2.ª metade do século XVI.

(Reprod. e ampliado da «Navegação», de Linschoten)

Apareceram imediatamente as traduções, no estrangeiro, (v.g. Clúsio ou Charles de l'Écluse, ed. de Plantin, Antuérpia (2)).

A sua obra, que rectificou muitos erros científicos dos Antigos, é a mais importante da Medicina Portuguesa do século XVI e uma das mais notáveis da História da Medicina Universal (3).

Outro médico português, Cristóvão da Costa, publicou, em 1578, o *Tractado Delas Drogas, y medicinas de las Indias Orientales, con sus plantas debujadas al biuo*, livro este considerado uma versão do de Garcia de Orta, em língua espanhola e que foi impresso em Burgos.

(1) É de grande valia a edição portuguesa, dos fins do século XIX, dirigida e comentada pelo Conde de Ficalho, a quem se deve, ainda, o curioso estudo *Garcia d'Orta e o seu tempo*, Lisboa.

(2) Vd. Tricot-Royer — *Les «Coloquios» de Garcia de Orta aux Officines Plantin, à Anvers*. Actas do III. e Congrès International d'Histoire des Sciences (Porto, Lisboa e Coimbra, 1944), Lisboa, 1936.

(3) Ao Dr. Silva Carvalho se deve um estudo muito completo sobre o grande médico: *Garcia de Orta*, Coimbra, 1934.

No entanto, Cristóvão da Costa apresenta algumas notas originais no seu trabalho, que também foi traduzido por Clúsio (Plantin, 1593).

É de salientar, neste século, a obra do eminente clínico João Rodrigues de Castelo Branco (Amato Lusitano), *Anazarbei de medica materia*, etc., Veneza, 1553, com muitas informações sobre o Oriente.

O erudito «boticário» Tomé Pires, que foi embaixador de D. Manuel I na China, escreveu de Cochim a el-Rei, em 1516, curiosíssima carta sobre as drogas orientais, primeiro relatório naturalístico daquelas paragens e que só foi publicada em 1838, em Lisboa.

Escreveu, também, a *Summa Oriental*, publicada há alguns anos pela «Hakluyt Society», de Londres. Dirigiu a sua publicação Armando Cortesão, que descobriu o manuscrito na Biblioteca da Câmara dos Deputados, de Paris. Contém notícias muito úteis sobre Medicina, Antropologia e Etnografia, História Natural, etc. Escreveu Armando Cortesão (1):

— «Muitas descrições que Tomé Pires fez do Extremo Oriente não foram ultrapassadas durante dois séculos, como as de Malaca e Java, especialmente, de Samatra, que, sem exagero, se podem classificar de muito notáveis».

II — *Livros ou documentos diversos de autores não médicos.*

Podem registrar-se nesta secção as relações de portugueses ou estrangeiros que escreveram sobre os países atrás indicados. Há neste grupo informações dignas de menção (2); como nos outros livros mencionados, colhem-se notícias certas sobre o escorbuto ou *mal de Luanda* (3), mencionado por Camões

(1) Armando Cortesão — *Primeira embaixada portuguesa à China. O boticário e embaixador Tomé Pires e a sua «Suma Oriental»*. Lisboa, 1945.

(2) Como Tomé Pires na sua «Suma Oriental», estes escritores portugueses não médicos do século XVI dão curiosas notícias sobre a vida humana no Oriente (alimentação, higiene, etc.).

(3) Na *Relação da navegação de ida e volta da esquadra de Pedro Alvares Cabral à Índia com escala por Vera Cruz*, de 1507, Veneza, publ. em Lisboa em 1812, conhecida por *Relação do Piloto anónimo*, o autor aponta a etiologia (avitaminose) e o tratamento da moléstia (sumo de limão ou de laranja).

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

nos *Lusiadas*, de 1572 (Canto V.º, est. 81 e 82).

A cólera («morxi», «mordexi», etc.), foi descrita — como já dissemos — pela primeira vez, por Garcia de Orta (1); a *rectite epidémica gangrenosa* pelo médico Aleixo de Abreu, por ele chamada *mal do bicho* (2). Outros autores, fora da Medicina, descreveram neste século, por exemplo, Gaspar Correia a *cólera* e Gabriel Rebelo o *béri-béri*, em 1569 (3). Outras doenças, como *myases*, *dracontíase* ou *filariíase*, *pulicose dos pés*, *febre amarela*, etc., foram apontadas pelos Portugueses, nesta época e ainda no centénio imediato.

Mestre Afonso, «Físico», escreveu uma boa relação sobre a viagem terrestre que fez da Índia a Portugal; nela se colhem informações sobre a Medicina e costumes que se lhes relacionam, da Arménia, Pérsia, etc. (4).

São copiosas as indicações dos nossos autores acerca da terapêutica usada no Oriente, sistemas, métodos ou drogas empregadas na Arménia, Pérsia, Índia, China, Japão, Molucas, etc. (v.g. Fisioterapia).

O ruibarbo (*Rheum officinale*, Bailon), o gengibre (*Zinziber officinale*,

Roscoe) a raiz ou pau da China (*Smilax China*, Lin.), os mirabolanos (*Terminalia chebula*, Retz), a pedra bazar (bezoar = árabe *bazahr*), os tamarindos (*Tamarindus indica*, Lin.), o linaloes (*Aquilaria Agallocha*, Roxb.), o beijoim, a asafétida, são drogas bem conhecidas e descritas pelos autores portugueses, médicos ou não.

Mencionamos, agora, algumas relações escritas no século XVI por missionários, historiadores, soldados e marinheiros, onde se guardam importantes indicações médicas sobre o Oriente, especialmente a Índia (Climatologia, Terapêutica, organização da medicina social indígena, Geografia médica, Hidrologia, Folclore geral e médico, etc.) (1):

— *Livro de Duarte Barbosa, em que dá relação do que viu e ouviu no Oriente até 1516*. Publ. em 1812, Lisboa.

— *Navegação e viagem que fez Fernando de Magalhães de Sevilha pera Maluco no ano de 1519*. Publ. em 1826, Lisboa.

— FERNÃO NUNES e DOMINGOS PAIS — *Chronica dos Reys de Bisnaga* (do indiano Vijainá-gara), 1525-1535. Publ. em 1897, Lisboa.

— D. JOÃO DE CASTRO — *Roteiro em que se contém a viagem que fizeram os portugueses no ano de 1541, partindo da nobre cidade de Goa, até Soez que he no fim e estremidade do Mar Roxo*, etc. Publ. em 1833, Paris.

— *Historia do descobrimento & conquista da Índia pelos Portugueses, Feyta por Fernão Lopez de Castanheda*, etc. Coimbra, 1551-1561.

— *Relação da viagem e successo que tiveram as naus Águia e Garça vindo da Índia para este Reyno no anno de 1559. Com uma descrição da cidade de Columbo pelo Padre Manuel Barradas, da Companhia de Jesus*, etc., «História Trágico-Marítima», T. I., Lisboa, 1735.

(1) Vd. Luís de Pina — *Portugal e as Ciências na sua Epopeia Marítima*, ob. cit.

— *Itinerario de Antonio Tenreiro, Caualeyro da Ordem de Christo, em que se contém como da Índia veio por terra a estes Reynos de Portugal etc.*, Coimbra, 1560.

— *Relação da viagem e naufrágio da Nau S. Paulo, que foi para a Índia no ano de 1560, de que era capitão Rui de Melo da Câmara, etc.*, escrita por Henrique Dias (boticário), «História Trágico-Marítima», T. I., Lisboa, 1735.

— GASPAR CORREIA — *Lendas da Índia* (1561-1563). Publ. em Lisboa, 1858-1864.

— *Tratado. Que compôs o nobre & notauel capitão António Galvão, dos diuersos & desuayrados caminhos, por onde nos tempos passados a pimenta & especearia veyo da Índia ás nossas partes, & assi de todos os descobrimentos antigos & modernos*, etc., Lisboa, 1563.

— *Informação das cousas de Maluco, dada em 1569 ao Sr. D. Constantino de Bragança, vice-rei da Índia, por Gabriel Rebelo*. Publ. em Lisboa, 1856.

— *Tractado em que se cõtam muito por exteso as cousas da China, cõ suas particularidades, e assi do reyno dormuz cõposto por el R. padre Gaspar da Cruz da ordẽ de sam Domingos*, etc., Évora, 1570.

— VICENTE RODRIGUES — *Roteiro da Carreyra da Índia*, etc. (1.º-1577). Publ. em 1940, Lisboa.

— VICENTE RODRIGUES — *Roteiro da Carreyra da Índia* (2.º-1591), Lisboa, 1608.

*

III — Assistência civil (Estado) e religiosa (Missões Católicas).

A organização do serviço dos governos locais no Oriente criou uma vida médica e assistencial intensa. Os centros hospitalares de Goa, de Malaca e do Japão foram notáveis (1). Quanto à colaboração missionária (Dominicanos, Franciscanos, Jesuítas, etc.) importantíssima, quer no funcionamento de hospitais e clínicas, quer na assistência à população civil, a soldados e marinheiros, no mar e em terra (2), a enfermagem estava à sua generosa conta; muitos deles eram médicos boticários entendidos ou amadores, tanto no Oriente, como na África e no Brasil.

Na região asiática, contavam-se os hospitais de Mascate, Ormuz, Diu, Damão, Asserim, Bassaim, Chaul, Cananor, Cranganor, Cochim, Couião, Maduré, Manar, Columbo, Gale, Candia, Jafana-

(1) Sebastião de Carvalho (Chancelleiros) — *Organização dos Serviços Cínicos e Hospitalares dos Portugueses no Ultramar*. Lisboa, 1938. — Ricardo Jorge, ob. cit.

(2) Luís de Pina — *Expansão Hospitalar Portuguesa Ultramarina. Séculos XVI e XVII*. «Brotéria», Lisboa, vol. XXXVII, n.º 5, 1943.

Registei, neste trabalho, cerca de 40 hospitais estabelecidos pelos Portugueses, das ilhas de Cabo Verde a Timor.

(1) O trabalho já citado do Prof. Ricardo Jorge encerra os pontos fundamentais da contribuição portuguesa no progresso da Medicina tropical. Possuímos, também, bons relatos sobre a América do Sul (Brasil), onde se encontram notícias importantes da Medicina local. Entre esses autores devemos mencionar os P.ºs Gaspar Afonso (1599), José de Anchieta (1560), Manuel da Nóbrega (1549-1560), Fernão Cardim (1585-1590), todos da Companhia de Jesus, Pero de Magalhães Gândavo (1570-1576), Gabriel Soares de Sousa (1587), etc.

(2) Sobre a Patologia africana, no século XVI, dão-nos valiosas informações os P.ºs Francisco Alvares (Etiópia), João dos Santos (Etiópia e Moçambique) e Monclaio (Id.), e Duarte Lopes (Congo), capitão André Alvares de Almada (Guiné), etc.

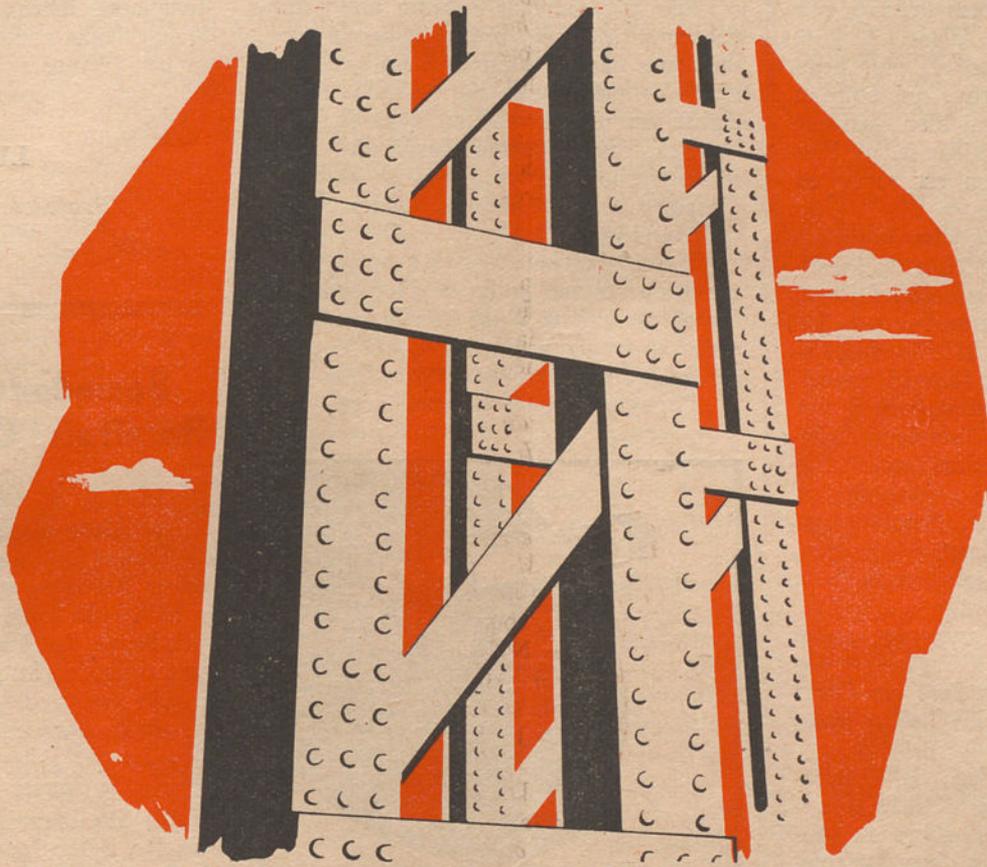
(3) Vd. Jeanselme, «Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine», Paris, Tomo XXXVIII.

(4) *Ytinerario de Mestre Affonso, surgido mor que foi da Índia... da viagem que fez por terra a estes reinos de Portugal* (1562). Publ. in «Anais Marítimos e Coloniais», Lisboa, séries 4.ª e 5.ª.

MARTINHO & CA. Lda.

Tudo o que interessa na
medicina e cirurgia

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



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . . 0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . . 500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . . 0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . . 0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g.	

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

patão, Negapatão, Malaca, Timor, Amboino, Maluco, Macau, Liampó, Nangasaque, Vélímé, Guifu e Funai.

Em Goa, levantava-se o magnífico Hospital de el-Rei, tão bem descrito por Pyrrard de Laval (1) e V. Blanc (2). Este último, classificou-o como «le plus beau et accomply come je croy, qui soit au reste du monde et j'oserai bien dire que ny celuy du S. Esprit de Rome, ny l'infirmierie de malte, où on est servy en Vaisselle d'argent».

Havia, nesta cidade, quatro hospitais no século XVI: o de el-Rei, o da Piedade, o da Misericórdia e o de S. Lázaro.

Outro centro importante foi o do Japão. No ano de 1555 a Missão dos Padres Jesuitas em Oita (Bungo) principiaria a edificar um hospital, com clínica domiciliária, policlínica, serviço cirúrgico, assistência pediátrica, etc., cujo principal organizador foi o cirurgião lisboense Luís de Almeida, depois sacerdote na Companhia de Jesus e que deu, a esta e à sua obra hospitalar, cuidados e saber invulgares.

Verdadeiro médico-apóstolo, criou uma escola de Cirurgia (3) (*Escola Cirúrgica dos Bárbaros do Sul*) em Oita: assim foi introduzida, pelos Portugueses, a Medicina europeia no Japão (4).

Nas *Cartas* dos Padres da Companhia, dos séculos XVI e XVII, se colhem valiosas informações sobre os seus trabalhos médico-cirúrgicos no Oriente. Podemos afirmar que a evangelização portuguesa foi, também, via importante de expansão da Medicina europeia e de transmissão ao Ocidente de informes médicos colhidos por toda a parte.

Em estudos não mencionados, compendiamos notícias relativas à organização da Medicina naval (5), «boticas de bordo», assistência médico-militar e outros assuntos que interessam à história da expansão da Medicina portuguesa no Oriente (6).

*

Assim expuz, há 4 anos, numa das salas da Universidade de Amesterdão, a sumariada história do Portugal médico

(1) *Voyage contenant sa navigation aux Indes Orientales*, etc. Paris, 1615-16.

(2) *Voyage fameux*. Paris, 1658.

(3) Os nipónicos chamavam *Bárbaros do Sul* aos Portugueses.

(4) São importantíssimos os estudos dos Padres D. Schilling, Schurammer e P. Charles sobre este assunto. Vd. Arlindo C. Monteiro, *De l'influence portugaise au Japon*, Lisboa, 1934.

(5) Vd. a este propósito, o trabalho de Silva Carvalho — *Elementos para a história da medicina naval portuguesa*, Lisboa, 1941.

(6) Luís de Pina — *As conquistas histórico-naturais dos Portugueses nos Descobrimentos*, Actas dos Congressos do Mundo Português, Lisboa, 1940.

— *Na rota do Império. A Medicina embarcada nos séculos XVI e XVII*. «Arquivo Histórico de Portugal», vol. IV, Lisboa, 1940.

— *Novos materiais para a História da Medicina quinhentista na Índia*, «Boletim Geral das Colónias», n.º 233, Lisboa, 1944.

— *A cura dos nautas portugueses em Goa no século XVI*. Idem, n.º 225, Lisboa, 1944.

no Oriente. Só estrangeiros a ouviram. Agora, creio que alguns olhos de bons portugueses a acabam de ler nesta gazeta médica.

Não pretendemos assentar nossa vida contemporânea em outras vidas já vividas; mas não esqueçamos a lição de Barrès: — «inspirar-nos no passado, nunca significou instalar-nos no passado...».

Ora, como achamos inspirador certo velho trecho do grande cronista da Índia, Gaspar Correia, nas suas *Lendas*, devemos ouvi-lo:

Vasco da Gama, ao ser aprisionado em Calecute um índio espião, mandara cortar as orelhas a um cão da nau, e as mandou apegar e coser com muitos pontos ao brãmene no lugar das outras.

Repugna-nos, certamente, esse pro-

cesso enxertório de castigar traições há 456 anos. Mas ficamos a meditar longamente nas palavras com que Gaspar Correia o descreve e a pensar como são relativamente felizes os traidores portugueses na Índia contemporânea, por estarem quatro séculos e meio distantes da justiça de Vasco da Gama!

LUÍS DE PINA

(Professor da Faculdade de Medicina do Porto)

Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa

Reuniu no dia 15 de Junho findo a Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa, sob a presidência do Dr. Cordeiro Ferreira, para entrega do prémio «Aníbal de Castro» ao concorrente premiado no I Ciclo de Estudos Clínicos, realizado dias antes por aquela Sociedade e pelo nosso colega «Jornal do Médico», e, ainda, para escutar uma comunicação dos Profs. Jaime Celestino da Costa e Ayres de Sousa.

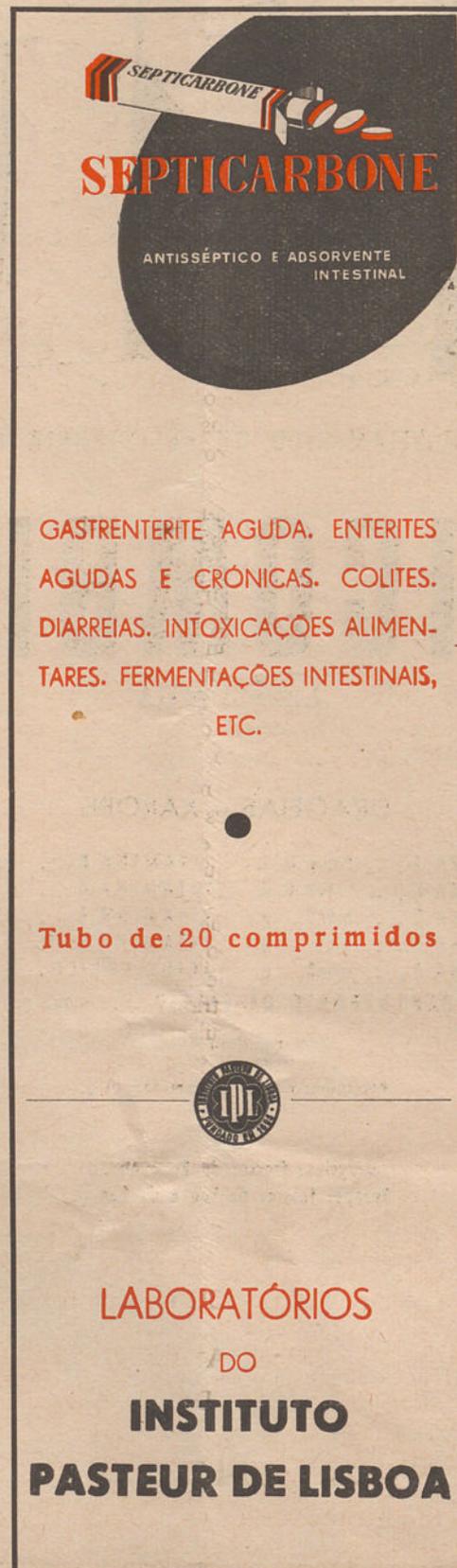
O Presidente da Sociedade entregou ao Dr. Moradas Ferreira, pelo seu trabalho intitulado «Discopatias cervicais», o prémio «Aníbal de Castro», e à Dr.ª Maria Elisa Sacramento Monteiro o diploma de menção honrosa, pelo seu trabalho e dos seus colaboradores Drs. Pedro Pimentão, Sepúlveda da Fonseca, Fernando Lopes, Varela Pimentel e Jorge Leite da Silva, o qual se intitulava «Algumas considerações sobre toxicose».

Em seguida, o Prof. Jaime Celestino da Costa, por si e pelo Prof. Ayres de Sousa, apresentou uma valiosa comunicação científica, sobre «Esplenoportografia». Os autores, depois de fazerem a história da portografia, deram conhecimento dos primeiros resultados do método em diversos exemplos clínicos de doentes com afecções da veia-porta, fígado e baço, operados e não operados, terminando por discutir as vantagens e possibilidades deste seu novo método de exploração.

Dr. Mário de Alenquer

No dia 15 de Junho findo, tomou posse do lugar de director do Serviço de Tisiologia dos H. C. L., lugar criado pela recente reforma de serviços, o Dr. Mário de Alenquer, que exercia as funções de assistente de Clínica Médica e pediu transferência para aquele novo Serviço, no qual, por antiguidade, foi promovido a director.

Presidiu ao acto, que teve a assistência de muitos colegas do empossado, o Dr. Emílio Faro, enfermeiro-mor dos H. C. L., que dirigiu palavras de cumprimento e elogio ao Dr. Mário de Alenquer.



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE INTESTINAL

GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES. DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS, ETC.

Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA

Reuniu no dia 20 de Julho, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, tendo sido apresentadas importantes comunicações do Instituto Português de Oncologia. Antes, porém, da «ordem dos trabalhos», o Prof. Juvenal Esteves tratou de «Um caso de acaladose», oriundo da Guiné Portuguesa, trabalho feito de colaboração com a Dr.^a Maria Manuela Antunes, em que os autores punham em relevo a importância da sua revelação, em vista de ter sido observado recentemente outro caso oriundo de Angola, pelo Prof. Castellani, o que deixa presumir que a doença, embora rara, é susceptível de ser encontrada no Ultramar Português.

Depois, já na «ordem da noite», em nome do Prof. Fernando Fonseca, os Drs. João Fraga de Azevedo e Mário Marques da Gama apresentaram um trabalho de colaboração sobre fasciolose hepática.

O Dr. Marques da Gama referiu-se à frequência com que vem observando doentes portadores de eosinofilia sanguínea elevada, expôs as situações clínicas em que aparece este sintoma e apresentou os casos de doentes infestados pela fasciola hepática provenientes de vários pontos do país. O Dr. Fraga de Azevedo descreveu o ciclo evolutivo da fasciola, fez referência ao aumento de frequência desta doença no Mundo e terminou propondo que a Sociedade chame a atenção das entidades competentes para a necessidade de pesquisar a existência de focos no País.

Seguiu-se a apresentação das comunicações: «Pneumonias atípicas — Resultado de estudos serológicos», pelos Drs. Manuel R. Pinto e Plácido de Sousa; e «Identificação de vírus poliomiélicos de Angola em cultura de tecidos», tema discutido pelo Dr. Plácido de Sousa.

A sessão terminou pela comunicação do Prof. Fernando Fonseca e Drs. Francisco Branco e Marques da Gama sobre terapêutica da leucemia mielóide pelo Myleran. O Dr. Branco apresentou os resultados conseguidos em alguns casos clínicos tratados no Instituto Português de Oncologia.

*

No dia 27, também sob a presidência do Prof. Xavier Morato, voltou a reu-

nir-se aquela Sociedade, para eleger a Direcção e Comissões.

Antes, porém, da «ordem da noite», o Prof. Costa Sacadura leu uma proposta, do seguinte teor: «Nesta hora histórica em que o território da nossa Índia bem Portuguesa se vê insólitamente invadido por uma horda de malfeitores recrutados na União Indiana, julgo que, neste lugar e neste momento, devemos reiterar aos nossos confrades da Índia Portuguesa, particularmente a todo o corpo docente e discente da Escola Médica de Goa e aos médicos por ela diplomados, os nossos sentimentos de amizade e de leal e franca camaradagem.

«Sempre estivemos no mesmo pé de igualdade. Portugueses, aqui ou lá nascidos, podiam e podem ascender por seus méritos aos mais elevados cargos ou títulos científicos».

O orador, depois de recordar que deve grande parte da sua formação profissional a um grande mestre, nascido em Bardez, no coração da Índia, que se chamou Alfredo da Costa, que ocupou situação de grande relevo na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, na nossa Academia, etc., recordou outros nomes de índios ilustres, como Cincinato da Costa, irmão daquele; Roberto Frias, que brilhou na Escola Médico-Cirúrgica do Porto; Gama Pinto, todos já desaparecidos.

A terminar, o Prof. Costa Sacadura disse:

«Posto isto, seja-me lícito lembrar ainda que são nossos consócios honorários o Professor da Escola Médica de Goa, e seu actual Director, Pacheco de Figueiredo, e o Prof. Froilano de Melo, como o foram também, Wolfango da Silva Rocha Pinto, antigo professor de obstetrícia, com cuja amizade muito me honrei, assim como o actual professor João Filipe do Rego.

«Dispensar-me de mais citações, pois são claras e evidentes as demonstrações de igualdade que nos equiparam, e tenho a honra de propor que a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa signifique, pela melhor forma que a Assembleia entender, a todo o corpo docente e discente da Escola Médica de Goa, aos colegas que neste momento trabalham na Índia Portuguesa, e particularmente aos nossos consócios que ali exercem a sua nobre missão, os sentimentos fraternais e

de particular estima que por eles nutrimos».

Terminada a leitura daquele documento, usou da palavra o Dr. Fernando Correia, para lhe dar o seu apoio, findo o que, e por proposta do Dr. Eugénio Mac-Bride, ele foi aprovado por aclamação.

Passou-se, depois, à «ordem dos trabalhos» — eleições —, que deram o seguinte resultado:

Direcção — Presidente, Prof. Xavier Morato; vice-presidente, Prof. Adelino Padesca; 1.º e 2.º secretários Drs. Joaquim Martins e Ivaldo Fonseca.

Comissão de Admissão — Drs. Alexandre Cancela de Abreu, Eugénio Mac-Bride e Prof. Castro Freire.

Comissão de Redacção — Profs. Salazar de Sousa, Barahona Fernandes, Joaquim Fontes e Dr. Pinto Coelho.

Comissão Revisora de Contas — Drs. Cristiano Nina, Fernando Correia e Fortunato Levy.

Prof. Pereira Caldas

Foi eleito sócio da Sociedade Radiológica Panameña o eminente radiologista, Prof. José Pereira Caldas.

Esta distinção é mais uma consagração de uma vida inteira devotada à Radiologia e, simultaneamente, revela a alta consideração internacional de que goza o nosso compatriota, proclamado, no último Congresso de Electroradiologia de Cultura Latina, efectuado em Madrid, «o pioneiro e o mestre da angiografia mundial».

Naquela importante reunião, o representante italiano, Dr. Muchi, referiu-se às intervenções do delegado português nos seguintes termos: «Em nome dos que, em Itália, se ocupam da arteriografia devo exprimir a minha admiração e aprovação ao Prof. Pereira Caldas e ao mesmo tempo à Escola Portuguesa, que deu uma tão considerável contribuição ao desenvolvimento duma investigação que tantos benefícios trouxe, não só ao campo radiológico como à técnica diagnóstica».

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

A V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 25 a 29 de Agosto)

Dia 25 — Vão muito adiantadas as obras de construção do novo Hospital Sub-Regional de Mogadouro. No ritmo actual, é provável que dentro de pouco mais de um ano aquele edificio hospitalar esteja concluído. Sabemos, no entanto, que a misericórdia não tem possibilidades de concluir tão necessária obra, por falta de verba. Espera, contudo, a respectiva Comissão Administrativa que todos os mogadourenses saibam compreender a necessidade daquele hospital e que, por isso, não se pouparem a sacrificios para ajudarem, na medida do possível, a concluir a obra iniciada.

26 — Chega a Lisboa, por via aérea, o Dr. Morris Fishbein, vice-presidente do Congresso Internacional de Poliomielite, sector internacional da Fundação Nacional para a Paralisia Infantil, que tem subsidiado com somas consideráveis, todos os trabalhos de investigação para a descoberta da cura da paralisia infantil nas principais universidades da América.

O Congresso reuniu-se á a partir de 4 de Setembro em Roma e nele tomam parte, apenas por convite, investigadores que terão oportunamente de revelar os resultados dos seus trabalhos. O Dr. Morris Fishbein foi o principal editor do «The Journal of the American Medical Association». Já esteve em Portugal algumas vezes e viaja acompanhado de sua esposa, que é presidente do Comité das Mulheres Norte-americanas.

— Por terem terminado o seu estágio são reconduzidos, definitivamente nos cargos de professores extraordinários da Faculdade de Medicina de Lisboa, os Drs. João Rafael Casqueiro Belo de Moraes e Jaime Augusto Croner Celestino da Costa.

— É assinado o contrato para a instalação de ascensores e monta-cargas no novo edificio da Faculdade de Medicina de Coimbra que é adjudicada pela importância de 1.315 contos.

28 — De Braga, informam que todos os enfermeiros dos cursos de enfermagem geral e auxiliares de enfermagem, diplomados pela Escola de Enfermagem Dr. Henrique Teles, que desejem ser colocados devem comparecer, com a maior urgência, na secretaria do Hospital de S. Marcos, onde lhes serão prestados todos os esclarecimentos.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento dos lugares de médicos oftalmologista e leprólogo do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província da Guiné.

— Para habilitação ao provimento de director do Dispensário Antituberculoso de Idanha-a-Nova.

— Para provimento de lugares de médicos internos do internato geral dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Estrangeiro

De 1 a 8 de Setembro, em Leiden, Holanda, realiza-se o Congresso Citológico Internacional. Secretário, Prof. P. G. Gaillard, Histologisch Laboratorium, Rijksuniversiteit Leiden, Holanda.

— Em Oxforde, de 1 a 8, reunião anual da Assoc. Britânica para o Progresso das Ciências. D. N. Lowe, Esq., British

Association for the Advancement of Science, Burlington House, Piccadilly, London, w 1.

— De 2 a 9 de Setembro, ainda em Leyden, na Holanda, simultaneamente com o C. Citológico Internacional, realiza-se o 8.º Congresso da Soc. Internacional de Biologia Celular, com o mesmo secretariado.

— Na Austria, em Salzburgo, de 3 a 5 de Setembro, realiza-se o Congresso Internacional de Doenças Espasmódicas e de Terapêutica Médica do Capro, Van Swieten-Gesellschaft, Salzburgo, Landes-krankenhaus, Austria.

— De 6 a 10, em Washington, D. C., realiza-se o Congresso Internacional de Patologia Geográfica, Prof. F. C. Roulet, Hebelstrasse, 24, Basle, Suíça.

— De 6 a 11, em Berna, realiza-se o Congresso Internacional da Poliomielite. Snr. S. E. Henwood, 120 Broadway, New-York 5, N. Y., E. U. A.

— De 6 a 11, em Washington, realiza-se o III Congresso Internacional de Patologia Clínica. Dr. Roberto A. Moore, Washington University, School of Medicine St. Louis, Mo. E.U.

— Em Berna, de 6 a 11, realiza-se o III Congresso Internacional de Ortopedia. Secretário Hon. Dr. Berthold Stokvis, Museumflat, Weteringplantsoen 2, Amsterdam C, Holanda.

— De 6 a 12, em Paris, o V Congresso Internacional da Sociedade de Hematologia. Sec. G. Prof. J. Bernard, 86, Rue d'Assas, Paris 6, França.

— Em Montreal, Canadá, de 10 a 12, o XVII Congresso Internacional de Oftalmologia. Dr. G. Stuart Ramsey Physical Sciences Center, McGill University, Montreal 2, Canadá.

— De 13 a 17, em Nova Iorque, continua o mesmo Congresso. Dr. W. L. Benedict, 909, Eighth Street, S. W., Rochester, Minn., E.U.A.

— Em Montreal (10 a 12) e Nova Iorque (13 a 17) Assembleia Geral da Organização Internacional contra o Tracoma. Secretário Geral, Prof. Arnold Sorsby, I.O.A.T., 45 Lincoln's Inn Fields, London, W. C., 2, Grã-Bretanha.

— Nas mesmas datas e locais realiza-se o Congresso Internacional de Assistência contra a Cegueira. Sec. Geral, Prof. Franceschetti, 3 av. Miremont, Genebra, Suíça.

— Em Washington, de 12 a 15, o 2.º Congresso Mundial de Cardiologia. Dr. Paul D. White, 264 Beacon Street, Boston, Mass. U.S.A.

— De 12 a 18, em S. Paulo, Brasil, II Congresso Latino-Americano de Anestesiologia. Dr. Zairo E. G. Vieira, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Praça Floriano, 55-7.º sala 13, Rio de Janeiro, Brasil.

— Em Hague (Scheveningen) Holanda, o 6.º Congresso Mundial da Sociedade Internacional para Cuidados de Recuperação. Congress Bureau Sixth World Congress—I SWC, Pieter Lastmankade, 37, Amsterdam — Zuid, Holanda.

— De 13 a 19, em Paris, V Congresso Internacional de Transfusão Sanguínea. Sec. Geral, coronel médico J. Julliard, 57, Bd. d'Auteuil, Bologne/Seigne, França.

— Nápoles, de 13 a 19, II Congresso Internacional de Medicina Industrial e XI Congresso do Comité Permanente Internacional de Medicina Industrial. Prof. N. Castellino, Institute of Industrial Medicine, Nápoles, Itália.

— De 13 a 20, em Roma e Salerno, o XIV Congresso Internacional de História da Medicina. Dr. M. Galeazzi, Institut dell'Historia della Medicina, Citta Universitaria, Roma.

— Em Amsterdã, o III Congresso Internacional de Nutrição, nos dias 14 a 18. Dr. M. von Eekelen, Centraal Institut voor Voedingsonderzoek, T.N.O., 61 Catharynesingel, Utrecht, Holanda

— De 15 a 18, em Estocolmo, o III

Congresso Internacional de Medicina Interna. Prof. Anders Kristenson, Karolinska Sjukhuset, Stockholm 60, Suécia

— Em Vichy e Paris, a 26, o Congresso Internacional da Sociedade de Hidrologia Médica. Secretário, Dr. Giulio Ammirandoli, Via della Torretta 11, Montecatini Terme, Itália.

— De 26 de Setembro a 2 de Outubro, em Roma, reúne a Associação Médica Mundial, 8.ª Assembleia Geral. Dr. L. H. Bauer, 345 East 46 th Street, New York 17, N. Y.

— Na mesma data, em Madrid, realiza-se o XIII Congresso Internacional da União Contra a Tuberculose. Presidente: Prof. A. Crespo Alvarez, Madrid, ou Secret. Geral: Prof. José Alix, calle Francisco Silvela, 20, Madrid, Espanha.

NOTICIARIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 18/VIII a 24/VIII/1954)

18/VIII

Dr. Francisco Maria de Melo Aires de Abreu — contratado interno graduado dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

20/VIII

Dr. António Maria do Carmo Pereira Júnior, médico — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana (Arcoz de Valdevez).

21/VIII

Dr. José Borges da Gama — contratado para exercer as funções correspondentes a adjunto da Delegação de Saúde de Leiria.

— Dr. Henrique Simões Anjos, interno do internato geral, contratado além do quadro dos Hospitais Cívicos de Lisboa — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato.

— Dr. Fernando Augusto Ribeiro Cabral, director de serviço geral de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa — abandona o serviço em 12 do corrente, por ter completado o limite de idade.

23/VIII

Foram admitidos definitivamente ao concurso para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso da Covilhã: Dr. Amândio Nunes e Dr. Júlio Hugo Pina e Bicho.

— Dr. José Amaro de Almeida — aprovada a sua nomeação para o cargo de director clínico das termas salgadas da Batalha.

— Dr. António Manuel Freire Estanco Louro — aprovada a sua nomeação para médico adjunto da estância das Pedras Salgadas.

— Dr. Eugénio Rocha Santos, subdelegado de Saúde do concelho de Seia — exonerado do exercício destas funções, por ter sido nomeado para outro lugar.

24/VIII

Foi aprovado por unanimidade o único concorrente ao concurso para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Elvas, Dr. José António do Bico Cabeças, aprovação que foi homologada.

— Dr. Augusto da Silva Travassos, Director-Geral de Saúde — nomeado, representante de Portugal na 4.ª secção do Comité Regional da Europa daquela Organização, que se realizará em Opatifa, a partir de 13 de Setembro próximo.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Eges Moniz (Prémio Nobel), Júlio Dantes (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

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

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS