

JUNHO
DE 1960

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.ª Série

N.º 26

EXERCÍCIOS FÍSICOS, TREINOS E DESPORTOS XXVI

A dança desde a mais remota
antiguidade

NOVOS TRATAMENTOS DA DIABETIS

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA-1

26

JUNHO DE 1960

Sala P
Est. 101
Tab. 101
N.º 101

Artigos publicados nas 2.ª e 3.ª Séries dos "Estudos"

1 a 7 — Estudos sobre a inteligência e a memória.

8 a 14 — Ensaio de psico-patologia — Emoções — Pudor — Emoção sexual — Afectividade — Maternidade — Mentira — Formação do carácter — Timidez — Modéstia.

15 a 32 — O Optimismo e o Pessimismo — A infelicidade — A intranquilidade e a Ansiedade — Higiene da inteligência, da sensibilidade e da vontade — Terapêutica de pessimismo.

A **3.ª Série** é dedicada ao importante problema dos «**Exercícios físicos treinos e desportos**» de que publicamos até ao n.º 18, os seguintes capítulos:

A acção dos desportos sobre a saúde e o desenvolvimento do organismo — Efeitos do esforço muscular sobre o coração e os vasos.

Exercícios e jogos, na primeira infância (até aos 2 anos e dos 2 aos 6 ou 7 anos), no período prepubertário e na adolescência — Regularização do crescimento.

INICIAÇÃO DESPORTIVA — Remo — Natação — Esgrima — Ciclismo — Foot-ball, Rugby, Basquet-Ball e Hockey.

A excitação e a calma nos desportos.

A ACÇÃO TERAPÊUTICA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS — Exercícios e nutrição — Exercícios e funções de excreção.

O problema dos desportos e da juventude na Suíça.

Exercícios físicos e alcalose — Atrofia muscular — Exercícios físicos, dispepsias e cardiopatias — A obesidade e os exercícios.

OS PROBLEMAS DA ALIMENTAÇÃO NO DESPORTO — Alimentação nos treinos, competição e recuperação.

DOPING — O reumatismo nos desportistas.

SURMÉNAGE E FADIGA — «Surménage» na criança e nos adolescentes — Precauções para evitar a «Surménage» nas crianças e nos adolescentes — Devemos respeitar as regras do Código Olímpico Internacional nos exercícios das crianças e dos adolescentes, ou devemos adoptar os exercícios que mais convêm à infância e à adolescência? — «Surménage no adulto» — Sintomas de «Surménage» crónico — «Surménage» na segunda idade e na velhice — Problemas da fadiga na indústria.

PSICANÁLISE DO AUTOMOBILISTA.

JUNHO
DE 1960

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.^a Série
II Volume
N. 26

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

EXERCÍCIOS FÍSICOS TREINOS E DESPORTOS

XXVI

A DANÇA DESDE A MAIS REMOTA ANTIGUIDADE

Como complemento dos artigos n.ºs 23, 24 e 25 sobre a Ginástica e os Exercícios na Mulher, vamos referir-nos neste número a outra forma de ginástica feminina—A dança.

A dança é a forma original da ginástica feminina. É, para a mulher, o mais atraente e o mais agradável dos exercícios.

Desde criança, pouco depois de aprenderem a andar, já as meninas se divertem exercitando passos de dança ou, mais tarde, entretendo-se com as danças de roda, seu maior prazer.

É a ginástica rítmica essencialmente feminina, tendo somente o inconveniente de desenvolver, por vezes até ao extremo, a emotividade sensorial; tem além disso, o inconveniente de ser muito fatigante, especialmente nas dançarinas de profissão, em que se esforçam os centros nervosos, obrigados a seguir atentamente, passo a passo, a música, de fazer um grande dispêndio de atenção, para de qualquer forma dissecar



CENTRO CIENTÍFICO DA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

os sons para esquematizar os movimentos precisos. É um processo de análise musical sobre o qual se funda um processo de educação física, mais interessante do que a ginástica comandada.

A «dança» pròpriamente dita foi, sem dúvida, o mais antigo dos exercícos físicos sujeitos a regras, que praticaram as mulheres. Começou por ser um gesto instintivo, a pouco e pouco mais estudado, a pouco e pouco mais rico de sentido, que já encantava os homens, nos primeiros tempos da barbárie e ainda hoje os embala e atrai.

Inspiradas nos princípios da imitação, as danças sagradas reproduziam os gestos das deusas; as danças profanas, infinitamente mais recentes não visavam senão a exprimir uma acção ou sentimentos familiares.

É necessário considerarmos a dança como uma necessidade natural de movimentos, sentida pelas mulheres. Já Platão dizia: — «O animal pequeno não pode estar em repouso; salta, brinca, agita-se sem parar, com um prazer evidente, como se quisesse gastar em movimentos inúteis, forças superabundantes». Nós diríamos, como se obedecesse a um mandato interior, de ginastificar os músculos e as articulações, para melhor se desenvolver e fortalecer; julgamos que é esta uma indicação da natureza, nos seus comandos de selecção e aperfeiçoamento que incidem sobre nós, sem sequer nos apercebermos.

A mulher, quando dança, obedece a uma necessidade semelhante. Mas, ao passo que o animal não tem a consciência da ordem ou desordem nos movimentos (já dizia Platão, nas suas *Leis*, livro II, «Diálogo de Alcibíades»), «a mulher recebeu dos deuses, com o sentimento do prazer, o do ritmo e da harmonia».

Os saltos existem desde os primeiros homens e mulheres; davam prazer aos olhos antes de procurarem traduzir os sentimentos da alma. Dançou-se primeiramente para louvar os deuses; uma acção interior poderosa e irresistível levava as criaturas a dançar; Pythagoras dizia «Sendo Deus um número e uma harmonia, é necessário honrá-lo por cadências a compasso».

Os sacerdotes tomaram o hábito de traduzir por meio de danças, os mistérios das religiões. Os de Thebas e os de Menphis dançavam em volta do Boi Apis, os Corybantos em volta dos altares da Helada, os da Assyria em volta de Nebo, de Moloch, de Melkart, de Baal, de As-

tarte e de Adonis. As mulheres judias dançavam quando voltou Saul, quando David venceu os Filisteus; dançavam igualmente nas festas de Maio, das Ceifas e dos Tabernáculos.

As danças gregas mais antigas em que apareceram mulheres foram as *danças hyporchematicas* que eram ritmadas pela flauta e cítara, acompanhadas de canto. Era uma saltação de carácter grave e nobre executada por homens e mulheres de mãos dadas. Havia outra dança, só de mulheres, as *Prochahystérias*, em honra de Minerva e as *Aputerias* em honra de Vénus. Mas grandes e pequenas *Panatenaeas* instituídas por Erichtonios desde 1495 antes de Cristo, em honra de Pallas e de que Theseu fez a solenidade nacional religiosa de toda a Atica, as mulheres executavam a parte principal.

A dança da *Inocência* instituída por Lycurgo em honra de Diana, era dançada em volta do altar da deusa por jovens da Lacedemonia; a voluptuosa *Deliana* era colocada sob a protecção de Vénus pelas mulheres da ilha de Délos. Nas festas de Eleusis, grandes grupos de mulheres, simulando as Corridas de Céres à procura, através do mundo, da sua filha Proserpina, raptada por Plutão, dançavam com archotes; nas festas de Dyonisus, as bacantes, despenteadas, ofegantes, apaixonadas pela dança até à loucura, comunicavam aos espectadores a sua embriaguez.

Viu-se mesmo a dança Pyrrica guerreira dançada por raparigas de Sparta no final dos festins. Um embaixador da Paflagonia ficou tão maravilhado com estas danças que perguntou se as mulheres gregas iam também para a guerra.

Os Gregos e os Romanos tiveram ilustres dançarinas acrobáticas; nos Gregos, a dança Kubística era tão considerada como a ginástica; a iconografia conservou-nos imagens em que vemos mulheres marchando com as mãos e pés no ar; outras dançavam no arame e complicavam os seus movimentos passando através de arcos; os acrobatas volteavam em volta da corda tensa, presos pelos pés e pelas mãos.

O Eklatismos era uma dança acrobática feminina, em que levantavam os pés acima dos ombros. Xenofonte descreve-nos no seu «Banquete» uma dançarina acrobática que dava saltos no meio de círculos de espadas nuas; deitada com o peito no chão, atirava ao arco por meio dos pés; outras tocavam lira, outras jogavam com pratos e bolas, fa-

zendo equilíbrios sobre o arame, com uma agilidade, força e elegância surpreendentes.

As danças fúnebres do velho Egito eram executadas ao som de tamborins por carpideiras vestidas com tecidos transparentes. O mesmo se praticava na Grécia, onde atrás dos tocadores de flauta que tocavam árias lúgubres, à moda frígia, avançavam mulheres com uma marcha e cadência características de uma dança fúnebre de um carácter nobre.

Nos romanos, jovens avançavam dançando adiante do carro fúnebre que era seguido por carpideiras.

As Apsavas, cortesãs e dançarinas do céu de Indra, continuaram com as suas irmãs contemporâneas, as Devadasso dos templos hindus.

No Ocidente, magas e profetisas faziam parte da ordem dos Druidas. Michelet diz que «algumas vezes estas mulheres deviam assistir a sacrificios nocturnos, todas nuas, com os corpos pintados de negro, agitando-se em movimentos frenéticos.

Nos primeiros tempos do cristianismo os bispos eram chamados *praesules* porque eram eles que dirigiam as danças nas festas solenes. No coro das igrejas, os fiéis dos dois sexos, misturados com o clero, bailavam devotamente. No domingo de Páscoa, a prosa «O filii et filiae» de que o compasso ternário e o ritmo marcavam facilmente a dança, servia de guia à marcha dos fiéis; foi no século XII que Odon, bispo de Paris proibiu a dança dentro das igrejas da sua diocese; no entanto, no século XVI, dançava-se ainda dentro da igreja de S. Leonardo, em Limoges, no dia da festa de S. Marçal e sabemos que as danças sagradas reapareceram a seguir no Concílio de Trento, que terminou por um grande baile em que os bispos e cardeais dançavam com as grandes Damas e Senhoras, como Cesare Negri relata na «História do Concílio de Trento».

As dançarinas que se exibiam nos mistérios da Idade Média descendiam em linha recta das célebres bailarinas gaditanas de que falam Plínio-o-Novo, Petrónio, Marcial e Juvenal. Certas dançarinas espanholas contemporaneas parece conservarem a herança destas.

A coreografia é influenciada pelas danças plásticas, mais ou menos modificadas pela influência que os bárbaros exerceram em todas as manifestações da arte. É provável que as dançarinas da Idade Média

tenham formado com as bailarinas do Baixo-Império uma cadeia ininterrupta que é difícil hoje destrinçar.

Depois da queda de Roma, a dança, como arte, pode dizer-se que desapareceu. O cristianismo admitiu-a a princípio, como herança dos judeus; S. Basílio recomendava-a como imagem da principal ocupação dos anjos no céu; as danças sacras executavam-se nos dias de festas, e mais tarde todos os domingos. Na verdade eram mais procissões que danças, e cada sexo fazia as respectivas evoluções em separado. Gradualmente porém degeneraram do seu primitivo carácter e já em 692 eram expressamente proibidas pela Igreja, se bem que em algumas localidades se conservassem ainda por muito tempo. Existem curiosas sobrevivências destas velhas danças da Igreja, tais como *Los Scises* que ainda são anualmente realizados pelos rapazinhos de coro na catedral de Sevilha, nos dias de Corpo de Deus e da Imaculada Conceição; a *Guilia di San Paolino*, dança ritual que no dia 26 de Junho se realiza, em frente da Catedral de Nola, perto de Nápoles, em honra de S. Paulino, o qual, ao regressar da Berberia, foi acolhido por uma procissão dos cidadãos de Nola. O Papa Eugénio II condenou estes divertimentos por transformarem a casa do Senhor em verdadeiro teatro pagão. Em Portugal foram também proibidas estas exhibições. A Constituição do bispado do Porto castiga com excomunhão maior «pessoas que nas igrejas, ermidas ou seus adros façam danças, bailado, folias, lutas ou comédias, representações, entremeses ou alegorias profanas em que se ofenda a Majestade Divina». O Dicionário da Academia de Belas Artes de Paris, na palavra *bailado* diz: «Os Portugueses imaginaram o bailado ambulante formado de marchas, danças, máquinas e concebido talvez pela leitura de Apiano de Alexandria que descreve coisas deste género. Anjou promoveu em Aix uma célebre procissão de Corpus Christi que era uma reminiscência do que se fazia em Portugal». De facto, na Idade Média foram os Portugueses dos primeiros a ressuscitar os antigos divertimentos da Grécia e Roma. Dos nossos cronistas pouco se infere dos costumes populares durante os primeiros reinados mas Fernão Lopes diz que D. Pedro I passava o tempo na justiça e desembargos do reino, na caça de monte e em danças e festas que ordenava por desenfado e nas quais de dia e de noite andava dançando por mui grande espaço. Confundia-se com a multidão e bailava com o povo. Diz ainda o mesmo

cronista que quando D. Pedro vinha em batel de Almada para Lisboa o saíam a receber os cidadãos e todos os misteres com danças e ele se metia no meio deles indo a caminho do Paço. Quando João Afonso Telo foi armado cavaleiro mandou o mesmo rei lavar seiscentas arrobas de cera de que se fizeram cinco mil círios e tochas que foram distribuídos por outros tantos homens, que se postaram de S. Domingos até o Paço alumando e el-rei com os fidalgos por meio deles passou dançando, durando este folgar grande parte da noite. Com os mesmos divertimentos celebrou o povo do Porto as bodas de D. João I. Nos autos de Gil Vicente figuram bailados. A criação do teatro lírico mudou a feição dos bailados que perderam o seu carácter nacional.

Em Espanha as danças romanas foram mais ou menos conservadas, e a própria invasão sarracena não conseguiu fazer desaparecer as velhas formas. A vivacidade é característica tanto das danças espanholas antigas como das modernas. A dança na Alemanha e em Inglaterra desenvolveu-se segundo normas originadas nas nações bárbaras que representaram papel na história antiga. Em Inglaterra a dança do ovo e a Carole são de origem saxónica. As danças inglesas são vivas e variadas de movimento. Na Alemanha as danças guerreiras, as dos funerais e as das colheitas figuram entre as mais antigas do género popular. Com a formação das corporações de officios, cada mester adoptou a sua dança característica. Hans Sachs dá uma descrição excelente da Schonpart, que era uma dança carnavalesca típica da cidade de Nuremberga. A partir do séc. XIII, cada classe da Sociedade tinha sua dança própria; mas havia dois tipos gerais: a «dança circular» e a «medida». A primeira era um género de dança rápida, irregular; a segunda, de movimento lento e deslizante.

Danças modernas: — O ressurgimento da dança como arte começou na Itália no séc. XV. No Renascimento surgiu um interesse especial pela dança como pelas outras artes, e os bailados tomaram feição complicada. Catarina de Médicis introduziu a moda em França, e desde esse tempo a França impôs-se ao Mundo pelo requinte das suas danças e pela graciosidade dos executantes. Tomou formas de dança de quase todos os países civilizados, mas adaptou-as e modificou-as de tal forma, que aumentou imensamente o seu valor. As origens das formas modernas francesas podem ser buscadas nas «dances basses» e nas «dances hautes» do

séc. XVI. As primeiras eram assim chamadas em virtude do seu movimento igual e lento. Eram adoptadas pela nobreza. As «dances hautes» eram vivas, saltitantes, e só a gente do campo e das classes baixas as dançavam. Mais tarde foram introduzidas as «galliard», courante e volta, de carácter mais vivo que as danças antigas da corte; e mais recentemente ainda difundiu-se a braule. Era uma dança muito variada; cada província tinha a sua forma própria; tanto o «passepied» da Bretanha como o «minuete» do Poitou eram braules. Durante o reinado de Luís XIII, deu Richelieu bailados famosos; Luís XIV, grande entusiasta da dança, fundou em 1661 a Academia de Dança. No séc. XVII muitas dessas danças da corte eram apreciadas pela beleza da respectiva música, e surgiu daí a ideia de tocar várias delas a seguir como mero entretenimento instrumental. Deste costume se originou a «suite», que por seu turno sugeriu a «sonata» e a sinfonia. As «suites» de Bach, Handel e Corelli contêm excelentes exemplos de algumas dessas danças antigas. Na Itália, tais agrupamentos de músicas de dança foram logo conhecidos por sonatas de câmara. Tal como os compositores clássicos usaram essas velhas formas de dança, assim, os compositores modernos utilizaram danças mais recentes nas suas composições. É o que sucede com as «czardas» que se encontram nas rapsódias húngaras de Liszt; com a «seguidilha» na Carmen de Bizet; e há também uma série de encantadoras danças espanholas no Cid de Massenet. É grande a lista de danças nacionais, mas as mais representativas são o fandango e bolero de Espanha; a tarantela, a saltarella, e a furlana de Itália; a mazurca e a polka de Polónia; o reel e o highland flying da Escócia; a jiga da Irlanda e do País de Gales e o vira e o fandango de Portugal.

Surgiram numerosas classes de dançarinos nacionais, de que as Bailadeiras na Índia e as Geishas no Japão são conhecidos exemplos. Em todas as cidades orientais a dança é realmente uma espécie de pantomina, contendo uma série de gestos, posições e mímica.

A influência que as danças bárbaras da África exerceram sobre as danças ritmadas da Europa é evidente, sobretudo depois de filtradas através da América onde se propagaram e se fez propaganda até à Europa de novos ritmos, na música e na dança, misturando o selvagem e o clássico e que teve fácil acolhimento nos jovens, sempre revolucionários e iconoclastas. Talvez se tenha perdido em beleza o que se ganhou

em exercícios violentos, em flexibilidade. Pelo que diz respeito a choques sensoriais, voltámos um pouco a algumas danças exóticas dos tempos mais antigos.

Devemos porém insistir em que a prática das danças (à parte alguns exageros como o «rock-and-roll» e outras) devem ser consideradas como um belo exercício e procuradas sobretudo pelas mulheres e homens de mais de 40 anos que, em geral deixam de dançar por julgar *que não é próprio da sua idade*; estes precisam deste exercício, mais do que os novos e devem praticá-lo com alegria, procurando *brincar*, que é um dos actos mais inteligentes da vida. É verdade que há pessoas *que não sabem brincar*, sendo às vezes menos correctas. Destes só temos pena e *muito os lastimamos* pelas figuras que fazem; parece porém que vão desaparecendo progressivamente...

NOVOS TRATAMENTOS DA DIÁBETIS

O estudo de novas substâncias hipoglicemiantes veio trazer uma revolução na terapêutica e grandes esperanças aos diabéticos:

Do estudo do conjunto de descrições de casos clínicos e resultados terapêuticos resultantes do trabalho dos vários autores, usando as várias substâncias hipoglicemiantes, concluiu-se dever classificar os doentes diabéticos em jovens e idosos, e estes ainda em já tratados com insulina ou nunca tratados, há muito diagnosticados e só recentemente diabéticos, em acidose ou não e asténicos ou esténicos.

Os resultados do tratamento sulfamídico antidiabético, por outro lado, caíram em uma das três categorias seguintes: 1) redução da hiperglicémia e glicosúria apenas por tratamento sulfamídico; 2) redução, graças ao tratamento sulfamídico, da dose de insulina necessária para controlar a glicémia; 3) não redução da hiperglicémia, nem da dose de insulina.

Ensaio terapêutico em diabéticos jovens

Todos os autores lidos são concordes em considerar a diabétis infantil e juvenil como pouco susceptível de correcção pelas sulfonamidas hipoglicemiantes. Bertram relata o seu estudo de 10 doentes de idades

compreendidas entre os 15 e os 40 anos, cuja diabetes era em alguns deles de diagnóstico recente e não tratados antes, noutros também recente mas estabilizada com insulina e, noutros ainda, tratada com insulina havia já anos.

Em nenhum destes três grupos viu Bertram resultados semelhantes aos que obteve nos doentes mais idosos. Nos doentes recentes e ainda não tratados com insulina não viu redução da hiperglicémia ou da glicosúria, apesar de ministrar doses altas de sulfonamida (6 g. por dia, durante 7 dias). Dos doentes diabéticos já em tratamento pela insulina, a quem se ministrou a sulfonamida hipoglicemiante, só um pôde reduzir a dosagem de insulina e, dos restantes só um ou outro apresentou, no 1.º ou 2.º dia do tratamento sulfamídico, leves manifestações de choque hipoglicémio. No próximo número nos referiremos a um mais moderno tratamento dos diabéticos jovens.

Nos ensaios de Franke e Fuchs encontra-se citado um doente de menos de 40 anos, com diabetes já antiga e estabilizada com insulina em que foi completo o sucesso do tratamento sulfonamídico antidiabético.

Também entre os doentes de Ridolfo e Kirtley se encontram citados três doentes de menos de 40 anos. A um deles não foi possível reduzir a dosagem de insulina; nos dois restantes reduziu-se a necessidades insulínica, num deles de 50 %.

Vamos descrever os resultados observados em 6 casos:

CASO 1. *Diabético jovem, doença recente e ainda não tratada. Insucesso do tratamento sulfonamídico (carbutamida). (Bertram).*

Trata-se de um doente de 22 anos, com uma diabetes recentemente diagnosticada e ainda não tratada. A sulfamidoterápia (carbutamida) não teve o mais pequeno efeito sobre a extrema glicosúria e glicémia elevada. Tratado com insulina reagiu prontamente ao tratamento.

CASO 2. *Diabético jovem, doença diagnosticada há 8 anos, estabilizada com insulina.*

A sulfamidoterápia (carbutamida) não reduziu a necessidade de insulina (Ridolfo e Kirtley).

Tratava-se de um homem de 38 anos de idade, diabético há 8 anos, necessitando de 40 a 50 U. de insulina por dia. Durante três anos teve acidose e caiu em coma por várias vezes.

Foi verificada radiològicamente uma calcificação pancreática que poderia ser a causa da diabetes. Era um indivíduo astênico, pesando 48,5 Kg. e assim reunia todas as condições de insucesso previsível da terapêutica sulfonamídica.

Ensaçada a carbutamida, não conseguiu reduzir-se a necessidade de insulina.

CASO 3. *Diabético jovem, doença recente estabilizada com insulina.*

Ligeiro sucesso do tratamento sulfonamídico (carbutamida). (Bertram).

Tratava-se de um rapaz de 17 anos, diagnosticado de diabetes há 3 semanas e já estabilizada com insulina. Após 14 dias de tratamento sulfonamídico adicional pela carbutamida, observaram-se repetidas crises hipoglicémicas que tornaram necessário reduzir a quantidade de insulina de 48 até 24 U. por dia em poucos dias. Continuada a ministração da sulfonamida não se verificou possibilidade de reduzir mais a dosagem da insulina e suspensa esta, nem por isso aumentou a necessidade insulínica.

CASO 4. *Diabético jovem, doença diagnosticada há 8 anos e estabilizada com insulina.*

A sulfamidoterápia (carbutamida) reduziu a necessidade de insulina. (Ridolfo e Kirtley).

O doente tinha 38 anos de idade e estava diagnosticado há 9 anos de diabetes que se estabilizava com 90 U. diárias de insulina. Após medicação sulfamídica (carbutamida, 2 g. por dia) reduziu-se a necessidade de insulina para 40 U. diárias.

CASO 5. *Diabético jovem, diabetes diagnosticada há 7 anos e estabilizada com insulina.*

A sulfamidoterápia (carbutamida) reduziu a glicémia em jejum. (Ridolfo e Kirtley).

O doente, 29 anos de idade e diabético há 7 anos necessitava de 12 U. de insulina por dia. Após 4 semanas de tratamento sulfonamídico (carbutamida) a média das glicémias em jejum que era de 132 mg % antes da sulfonamida desceu para 92 mg % com uma variação entre 80 e 114 mg %.

CASO 6. *Diabético jovem, doença já antiga, estabilizada com insulina.*

Sucesso pleno do tratamento sulfonamídico (carbutamida). (Franke e Fuchs).

Tratava-se de um homem de 32 anos, diagnosticado há vários anos, que, por motivos profissionais, desejava evitar o tratamento insulínico. Mantinha-se estabilizado com 20 U. por dia, eliminando quantidades variáveis de glicose, com uma dieta de 264 g. de hidratos de carbono. Iniciada a medicação com a sulfonamida (carbutamida) a glicosúria desapareceu imediatamente e, em 12 dias, foi possível retirar por completo a insulina.

Ensaio terapêutico em diabéticos idosos ainda não tratados com insulina

Parece ser estes os doentes mais predispostos a bons resultados do tratamento sulfonamídico hipoglicemiante, particularmente se a diabetes for recente e os doentes forem de tipo estênico e não estiverem em acidose.

Entre os doentes de Franke e Fuchs, três caem neste grupo de diabetes da meia idade sem tratamento insulínico anterior; todos conseguiram estabilizar o seu metabolismo com o tratamento sulfonamídico, mantendo um deles esse equilíbrio, cinco meses depois da interrupção do tratamento, embora com dieta livre.

Também Loubatières nos seus doentes tratados com a sulfonamida-isopropil-tiodiazol obteve idênticos resultados. Com efeito ele próprio afirma que a acção do medicamento, nos diabéticos de 50 a 80 anos de idade não tratados ou mal tratados pela insulina, é verdadeiramente impressionante. Apenas com tratamento sulfonamídico, viu reduzirem-se totalmente, em poucos dias, glicosúrias que eram de 30 a 120 g. nas 24 horas, com um regime de 150 g. de glúcidos. Viu ainda Loubatières descer a glicémia para valores normais ou pouco altos (115 mg. por 100 cc. a 130 mg. por 100 cc.), desaparecer a acetonúria, se existia, elevar-se o peso corporal do doente e melhorar o estado geral. Do mesmo modo assistiu à cura rápida do mal perfurante plantar, de cicatrizes de ablação de calosidades plantares, de panarícios graves dos dedos dos pés, compli-

cados com osteite, de perturbações tróficas diversas, resistentes à terapêutica.

Dos 18 doentes da comunicação de Ridolfo e Kirtley, 4 podem ser considerados dentro deste grupo. Em todos eles houve nítida redução da glicémia de 198 mg., 225 mg., 241 mg., e 199 mg. por 100 cc., antes do tratamento, respectivamente para 82 mg., 122 mg., 106 mg. e 130 mg. por 100 cc. depois do tratamento pela carbutamida.

Na investigação de Bertram 28 doentes, de idades compreendidas entre os 49 e os 77 anos, não estavam fazendo insulina, nunca a tendo feito ou só há muitos anos e durante pouco tempo. Todos estes doentes apresentavam sinais de progressiva descompensação metabólica com gli-

Idade	Duração da Diabétis	Glicémias	
		Antes	Depois
63 a.	4 semanas	198 mg.	82 mg.
65 a.	9 meses	225 mg.	122 mg.
62 a.	4 meses	241 mg.	106 mg.
69 a.	2 anos	199 mg.	130 mg.

cémia alta (acima de 250 mg. por 100 cc.) e glicosúria diária acima de 30 g. mas sem acidose. Todos estes 28 casos necessitavam assim de tratamento insulínico. Foram tratados com carbutamida 2,5 g., 1,5 g., 1 g., etc. por dia. Em alguns doentes logo no 1.º dia se viu efeito nítido e na maioria dos doentes no 2.º ou no 3.º dia. Em 14 dos 28 doentes verificou-se após 1 a 3 dias de tratamento que Bertram chama efeito terapêutico completo, com glicémia abaixo de 250 mg. por 100 cc, e glicosúria não superior a 30 g. por dia, sem hipoglicémias, nem acidose e com bem estar objectivo. Em 11 dos 14 doentes restantes, obteve-se o mesmo efeito entre o 4.º e o 13.º dia. Os restantes 3 doentes do mesmo grupo obtiveram só pequeno efeito sobre o metabolismo, mesmo após 10 a 14 dias de medicação, embora com doses elevadas (16, 17 e 44 g.), o que parece tornar aconselhável a medicação pela insulina.

Bertram viu muitas vezes resultados surpreendentes, desaparecendo completamente em poucos dias, glicosúrias de mais de 100 g. por dia, ao mesmo tempo que a glicémia em jejum descia de mais de 300 para 150 mg. por 100 cc. e se dava uma descida diária e menor oscilação da curva diária com os calores máximos abaixo de 200 mg. por 100 cc.

Em alguns doentes pôde Bertram suspender a sulfamidoterápia, depois de 10 dias de tratamento a estes doentes, exactamente como o atrás citado de Franke e Fuchs, estão há mais de 4 meses sem medicação e sem alterações metabólicas; outros doentes desequilibraram-se passados dias ou semanas. Alguns destes doentes novamente tratados com carbutamida voltaram a ter a mesma rápida melhoria do metabolismo. Alguns doentes, cujo metabolismo se desregulava em poucos dias após a suspensão do tratamento com carbutamida, tem sido tratados por Bertram em tratamento continuado durante semanas, sem que tenham aparecido sinais de descompensação metabólica.

CASO 7. *Doente de 54 anos. Diabetes recente nunca tratado com insulina.*

Equilíbrio metabólico obtido com a sulfamidoterápia (carbutamida). (Bertram).

O doente era um homem de 54 anos de idade, diagnosticado de diabetes há 6 meses e só tratado dieteticamente. Tinha glicémia elevada com grandes variações e após um tratamento de choque de 10 dias, tem-se mantido em bom equilíbrio metabólico durante 4 meses de observação ambulatoria.

CASO 8. *Diabético de 56 anos, de diagnóstico recente (9 meses) nunca tratado com insulina.*

Bom resultado da sulfamidoterápia (carbutamida). (Ridolfo e Kirtley).

O doente era homem de 65 anos, pesando mais de 110 Kg. com uma diabetes recentemente diagnosticada. Nunca fez tratamento insulínico, muito embora o valor mais baixo da glicémia durante os últimos 6 meses fosse 214 mg. por 100 cc. Ministrou-se a carbutamida segundo o esquema 2,5 g. — 1,5 g. e depois 0,5 g. duas vezes por dia. Na consulta seguinte, com uma semana de tratamento a glicémia em jejum era de 103 mg. por 100 cc. e a glicémia post-prandial 115 mg. por 100 cc. O doente aumentou 1,15 Kg. durante o tratamento.

CASO 9. *Doente diabética de 55 anos, diagnosticada há 8 anos, mas nunca tratada com insulina.*

Bom resultado da sulfamidoterapia (carbutamida). Resultado igualmente bom na repetição do tratamento. (Bertram).

Tratava-se de uma mulher diabética há 8 anos mas nunca tratada com insulina, apresentando uma descompensação metabólica moderada. Reagiu prontamente ao tratamento com carbutamida. Manteve o tratamento de manutenção até ao 49.º dia. Cessado o tratamento agravou-se o estado metabólico rapidamente durante duas semanas. Novo tratamento com carbutamida conseguiu novo equilíbrio metabólico.

Ensaio terapêutico em doentes idosos anteriormente tratados com insulina

Todos os autores consultados fizeram ensaios da sulfamidoterápica anti-diabética em doentes de meia idade ou mais idosos em tratamento com insulina. Alguns autores, em alguns doentes, interromperam a insulina e alguns dias depois começaram a sulfamidoterápica; outras vezes iniciou-se a sulfamidoterápica como terapêutica sem suspender a insulina.

Os resultados variam entre as três possibilidades seguintes:

1) Substituição integral da insulina pela sulfamidoterápica; 2) substituição só parcial da insulina pela sulfamidoterápica; 3) resultado nulo da sulfamida, mantendo-se a mesma necessidade de insulina.

Dos 38 doentes diabéticos de 41 a 47 anos, com diabetes recente ou antiga, até 30 anos, que Bertram estudou neste grupo, e a quem substituiu bruscamente a insulina por carbutamida, seguindo o seu esquema posológico de 2,5 g., 1,5 g., 1 g., etc. pôde substituir integralmente a insulina em 28 casos e necessitou recorrer novamente à insulina em 10 casos. Em parte dos 28 doentes para quem foi suficiente a carbutamida para bom equilíbrio metabólico, pôde Bertram interromper a sulfamidoterápica depois de 10 dias ou pouco mais de tratamento. Na maior parte dos doentes foi necessário voltar a fazer tratamento que produziu o mesmo resultado do tratamento inicial, não tendo ainda Bertram opinião formada sobre se é mais conveniente o tratamento sulfamidotéropico anti-diabético em medicação contínua ou intermitente.

Ridolfo e Kirtley trataram com carbutamida 11 doentes diabéticos de 46 a 69 anos de idade, com doença recente (3 semanas) ou já antiga (até 12 anos) e já insulinizados.

Nestes 11 doentes, 8 substituíram integralmente a insulina pelo tratamento pela carbutamida, 2 reduziram consideravelmente a sua necessi-

dade de insulina e 1 teve de manter a mesma dose de insulina apesar da ministração de uma dose muito alta de carbutamida (6 g. por dia).

Frank e Fuchs, nos seus 3 doentes que consideramos neste grupo de doentes idosos em quem tentaram substituir a insulina conseguiram a sua substituição integral por sulfonamida oral (carbutamida).

Idade Anos	Duração da Diabétis	Necessidade Média de Insulina		Tratamento com Carbutamida
		Antes	Depois	
66	3 semanas	45	0	1 g./dia
54	10 anos	10	0	2 g./dia
52	11 anos	60	0	1 g./dia
46	8 anos	50	0	1 g./dia
56	12 anos	25	0	1 g./dia
69	5 anos	35	0	5 semanas
49	9 anos	75	0	4 semanas
61	9 anos	20	0	3 semanas
56	8 anos	55	10	1 g./dia
53	10 anos	50-57	20	1 g./dia
53	3 anos	80	80	6 g./dia

Lachnit e Ferstel relatam efeitos do para-amino-benzeno-sulfonamida-isopropil-tiodiazol na dose de 0,15 g./Kg. de peso por dia, por via oral durante cinco dias, em 3 doentes diabéticos após supressão do tratamento insulínico. Desde o início do tratamento pela sulfonamida, desceram a glicémia e a glicosúria, que continuaram a descer durante os cinco dias de tratamento. Suspenso o tratamento sulfonamídico, um dos doentes continuou aglicosúrico, sem qualquer injeção de insulina; nos dois outros doentes persistiu a glicosúria, mas à volta de um décimo do seu valor inicial, melhorando consideravelmente o estado geral e parecendo poder ler-se nas curvas de glicémia que mesmo esses dois doentes estão evoluindo de um modo favorável.

Resultados idênticos aos dos autores citados foram os conseguidos por Loubatières na sua esgotante investigação dos efeitos antidiabéticos do p-amino-benzeno sulfonamida-isopropil-tiadiazol.

CASO 10. *Doente diabético de 42 anos de idade, estabilizado com insulina. Substituição integral e brusca pela sulfamidoterápia (carbutamida). (Bertram).*

Tratava-se de uma mulher de 42 anos, diagnosticada da diabetes há 2 anos e a fazer insulina há 1 ano. Mantinha um satisfatório equilíbrio metabólico com 44 U. de insulina por dia. Substituiu esta bruscamente por carbutamida e obteve ainda melhor regulação do metabolismo. Faz terapêutica de manutenção com carbutamida.

CASO 11. *Homem de 71 anos de idade, diabético há 12 anos, estabilizado com insulina.*

Substituição integral não brusca pela sulfamidoterápia (carbutamida). (Franke e Fuchs).

O doente era um homem de 71 anos de idade, diabético desde 1943 que nos últimos meses usava a insulina, conseguindo um regular equilíbrio metabólico com uma média de 36 a 40 U. de insulina lenta. Não se fez a substituição brusca da insulina mantendo-se a dose de 40 U. durante 5 dias, seguida de 36 U. durante 2 dias, 28 U. no 8.º dia, 12 U. nos três dias seguintes, depois 8 U. no 12.º dia, suspendendo-se a seguir a insulino-terapia sem agravamento do metabolismo. Usou-se a carbutamida provocando-se níveis sanguíneos de 15 mg. % e depois 10 mg. % com doses sucessivamente decrescentes de sulfamida; a glicémia desceu de valores altos (entre 200 e 300 mg. %) para valores normais (entre 90 e 120 mg. %) e a glicosúria desapareceu.

CASO 12. *Mulher de 56 anos de idade, diabética há 8 anos, mal estabilizada com insulina.*

Substituição parcial pela sulfonamida (carbutamida). (Ridolfo e Kirtley).

O doente era uma mulher obesa (86,2 Kg.) com 56 anos de idade. Foi diagnosticada de diabetes há 8 anos, necessitando utilizar 85 U. para controle do seu metabolismo. Quando os autores a hospitalizaram a doente apresentava uma úlcera do dedo grande do pé, não sendo possível controlar convenientemente a diabetes com insulina (85 U. por dia) e dieta (2.100 cal.), num ensaio de 4 dias. Suspensa a insulina e mantida a dieta, subiram a glicémia e a glicosúria.

Após 3 dias iniciou-se o ensaio terapêutico com carbutamida (4 g. no 1.º dia e depois 1 g. por dia durante 6 dias). Notou-se pequena alteração da glicémia, caindo a glicosúria para 3 g. nas 24 horas. Quando se suspendeu a ministração da carbutamida, subiu rapidamente a eliminação urinária da glicose até 18 g. nas 24 horas.

Regulou-se novamente o metabolismo com insulina e a doente esteve fora do hospital durante seis semanas.

Seis semanas depois da alta a doente foi readmitida no hospital por causa de uma queimadura no pé. A glicémia era então de 264 mg. por 100 cc. e havia glicosúria.

Tratada com insulina (55 U.) a glicémia ficou ainda acima de 200 mg. por 100 cc e persistiu a glicosúria. Mantendo a insulina e tomando 4 g. de carbutamida todos os dias, desapareceu a glicosúria, caindo a glicémia em jejum para 80 mg. por 100 cc. e a glicémia post-prandial para 106 mg. por 100 cc. Após 10 dias de tratamento durante os quais se reduziu a dose de carbutamida para 2 g. por dia, suspendeu-se a insulina, voltando a subir a glicémia. Ministrada de novo a insulina na dose de 10 U. por dia desceu novamente a glicémia. Voltou a ensaiar-se a suspensão da insulina 14 dias depois e a glicémia voltou a subir, tendo de se retomar a insulina. A doente mantém satisfatório equilíbrio metabólico com 10 U. de insulina + 1 g. de carbutamida por dia.

Em resumo, a doente que necessitava de 85 U. diárias, para obter um controle metabólico, nem sempre satisfatório e não obteve esse controle com uma dose relativamente alta de carbutamida (4 g. por dia), pôde reduzir a insulina até 10 U. por dia, graças à terapêutica adicional com 1 g. de carbutamida por dia.

CASO 13. *Doente de 53 anos, diabético há 3 anos estabilizado com insulina.*

A sulfamidoterápia (carbutamida) não substitui total ou só parcialmente a insulina. (Ridolfo e Kirtley).

O doente com 53 anos de idade era conhecido como diabético há 3 anos, necessitando de 80 U. de insulina por dia. Ensaçada a carbutamida, mesmo em doses altas (6 g. por dia) manteve a mesma necessidade de insulina.

Das experiências e estudos feitos, podemos concluir:

Todos os investigadores que ensaiaram a sulfamidoterápia anti-diabética são unânimes em declarar a sua boa tolerância subjectiva e sem excepções. Para Franke e Fuchs, após um ano de experiências, não se tinham ainda tornado conhecidos efeitos secundários tóxicos e hoje, muito embora se tenham encontrado já alguns efeitos secundários clara-

mente atribuíveis ao tratamento, podemos ainda manter a afirmação de boa tolerância.

Franke e Fuchs nunca encontraram alterações hematológicas, cristalúria ou perturbações gástricas; não notaram efeito desagradável sobre as provas de função hepática, que viram melhorar; os valores da proteína total subiram, principalmente no que se refere à albumina e desceram a potassémia e a colesterinémia.

Da mesma forma Bertram, Bendefeldt e Otto não viram alterações da fórmula leucocitária, da velocidade de sedimentação ou das funções hepática ou renal. Também estes autores não viram nunca efeitos secundários indesejáveis sobre o metabolismo hidrocarbonado, por exemplo acidose ou hipoglicémia, esta só tendo aparecido no tratamento associado — sulfonamida + insulina. Não encontraram também resistência a insulina, nem aumento do limiar renal para a excreção da glucose, limiar este que em alguns casos pareceu até ser diminuído pelo tratamento.

Com base no que fica descrito e exemplificado com casos clínicos colhidos do trabalho de vários autores, realizado em várias clínicas, parece-nos poder concluir:

1 — Diabetes infantil e juvenil — A sulfonamidoterápia não tem tido até aqui efeitos terapêuticos senão muito raramente. O tratamento agora descoberto e a que nos referiremos no próximo número já consegue tratar a diabetis infantil e juvenil.

2 — Diabetes da meia idade e idade avançada — A sulfonamidoterápia exerce em geral bons efeitos terapêuticos sendo mais susceptível de bons resultados.

a) Os doentes nunca insulinizados, e entre estes os mais recentes e de tipo estênico.

b) Os doentes insulinizados de doença mais recente e que fazem insulina há menos tempo. Os efeitos terapêuticos nos doentes insulinizados podem consistir em substituição total ou parcial da insulina.

Indicações e posologia

A Glicolise, era, até agora, uma das mais activas sulfonamidas hipoglicemiantes — a carbutamida ($C_{11} H_{17} O_3 N_3 S$), a que nos temos referido neste artigo.

Fácilmente absorvida pela via digestiva, é lentamente eliminada pelo rim (cerca de 20 % do ingerido nas 24 horas). Não provoca cristalúria.

Independentemente da sua acção sobre a glicémia, esta sulfonamida possui propriedades quimioterápicas que a colocam ao lado de qualquer boa sulfonamida anti-infecciosa, sendo extraordinariamente baixo o seu grau de toxicidade.

Estudos laboratoriais sobre este último aspecto e incidindo particularmente sobre a medula, fígado, supra-renais, rins, cérebro, coração vasos, e glândulas de secreção interna, apresentaram resultados inteiramente negativos.

Através de uma experimentação clínica que se prolonga por mais de 1.000 doentes, a substância foi sempre bem tolerada não se constatando casos de cristalúria, mesmo quando o nível hemático da sulfonamida excedia 200 mg. por 100 cc.

Têm sido apontados raros casos de dermatite, que pode tomar um aspecto edematoso ou morbiliforme. Por vezes pode constatar-se um pequeno aumento de acidez gástrica, facilmente corrigível.

As indicações da Glicolise são: — Tratamento da «diabetis mellitus», isoladamente, em associação com a insulina, ou substituindo esta progressivamente. Particularmente activa na diabetes dos indivíduos depois dos 50 anos, pode contudo ser ensaiada nas outras formas da doença.

É evidente que devem manter-se no doente as restrições dietéticas no decurso da terapêutica e jamais esquecer que todo o excesso alimentar é prejudicial. Ulterior e progressivamente, poderá aliviar-se um pouco a dieta, sempre sob vigilância e dentro da parcimónia.

O tratamento pode fazer-se de maneira prolongada e continuada, ou repetirem-se as séries terapêuticas sem receio. É evidente que o doente deve ser periódicamente observado e examinado.

Nos diabéticos sujeitos a tratamento pela insulina, a terapêutica pela sulfonamida pode, sem inconvenientes, associar-se, procurando progressivamente baixar as doses de insulina. Esta técnica (baixa progressiva da insulina sob controle laboratorial) é isenta de riscos, ao contrário da supressão súbita da insulina e sua substituição pela sulfonamida, que poderá ocasionar acidentes.

As contraindicações são: diabetes descompensadas, acidose, pré-coma; operações; glomerulonefrite crônica.

A posologia deve ser orientada pela forma seguinte: — De maneira geral poderá articular-se o seguinte esquema: 5 a 8 comprimidos no 1.º dia; no 2.º dia 3 a 4 comprimidos e nos dias seguintes 3, 2 ou 1 comprimido, na dependência das análises da glicemia e glicosúria. Doses mais altas não trazem habitualmente maiores benefícios.

A medicação poderá ser distribuída ao longo do dia, ingerida com as refeições ou ser tomada de uma só vez, atendendo à permanência da glicolise no organismo e à sua lenta eliminação.

Em doentes sob tratamento pela insulina deve operar-se de maneira a baixar progressivamente as doses da hormona, à medida que o tratamento pela sulfonamida vai prosseguindo, sempre sob assíduo controle. O esquema terapêutico poderá ser repetido e prolongado sem inconveniente.

(No próximo número continuaremos este artigo, referindo-nos à última descoberta, de que tivemos conhecimento já depois de feito este artigo, sobre o tratamento de alguns casos especiais de diabetes).

Tratamento da anemia e fraqueza geral dos diabéticos

É frequente a diabetes ser acompanhada de fraqueza geral e, em casos mais raros, de falta de apetite.

O medicamento aconselhado para tonificar os diabéticos é o Opohemol D, que é uma fórmula do Opohemol (extractos de fígado e de baço, peptonato de ferro preparado com peptonas de fígado e de baço, proteinado de cobre, glicerosfosfato de sódio, extractos fluídos de quina, cola e condurango, ácido fosfórico, noz vômica, absinto e genciana) mas em que o xarope foi substituído por sacarina, glicerina, etc.

Não tendo açúcar, pode ser tomado pelos diabéticos para os quais constitui um tônico de eleição. Contribuindo com os elementos necessários para a regeneração do sangue, cria um estado em que é possível conseguir, além da melhoria da diabetes, um levantamento do estado geral dos doentes.

Toma-se na dose de 1 a 3 colheres de sopa por dia, antes das refeições, ou simples ou com água. O seu uso há mais de 20 anos e sempre com sucesso indica-o como sendo o tônico mais actuante para os diabéticos.



Exercícios e desportos dos adultos

Caracteres dos exercícios na idade adulta — Pedestrianismo, Corridas, Cross-country — Saltos em altura e à vara — Lançamentos, de peso, do disco, do dardo — Luta — Boxe — Exercícios de força propriamente dito, Pesos e alterese — Força de base, força latente, força total — Golf — Desportos de inverno.

Treino do exercício físico

Definição e classificação do treino — Relação entre treino e adaptação — Capacidade de treino — Duração do treino — Higiene do treino — Doping — Acção preventiva e curativa do treino — Factores participantes e influentes — Métodos de apreciação da valorização física do treino, O esgotamento nervoso por excesso de trabalho.

A segunda idade

Definição deste período da vida — Necessidade de exercícios neste período — Moderação do exercício e efeitos gerais na segunda idade — Indicações e contra-indicações dos exercícios neste período — Formas de exercícios que convêm nesta idade — Resultados dos exercícios — Higiene alimentar das pessoas com ocupações intelectuais.

A ginástica e os exercícios da mulher

A educação física feminina tendente a adquirir e a conservar a flexibilidade e a elegância que caracterizam a graça e o encanto da juventude — Ginástica harmónica — Ginástica coreográfica — Jogos e desportos que convêm e os que são prejudiciais à mulher — Formas originais da ginástica feminina, A dança; as danças primitivas, no tempo dos gregos, dos romanos, dos druidas, nos primeiros tempos do cristianismo e mais modernamente.

A «segunda idade» na mulher. A menopausa, Exercícios e desportos que convêm neste período e futuramente.

A seguir, publicaremos:

A segunda idade na mulher. A menopausa.

O envelhecimento normal e a velhice precoce.

Higiene alimentar das pessoas com ocupações intelectuais.

A «segunda idade». Resultado dos exercícios na segunda idade.

Estudo particularizado sobre a acção de cada desporto nos músculos e órgãos e lesões e traumas particulares a cada desporto

Esta secção tem muita importância para o desportista, porque o pode auxiliar a compreender a acção vantajosa ou prejudicial de cada des-

porto no seu organismo e a melhorar ou a curar os accidentes, à prevenção de outros futuros e ao restabelecimento perfeito daqueles que for possível.

Boxe — Corridas de velocidade — Corridas de fundo e de obstáculos — Saltos — Lançamentos — Rugby — Foot-ball — Luta — Ténis — Esgrima — Hipismo — Desportos de Inverno — Natação — Remo — Water Polo — Banhos Frios — Accidentes — Salvamento de afogados — Automobilismo e Motociclistas.

Além destes artigos sobre os «Exercícios, Treinos e Desportos», serão publicados muitos outros sobre Higiene e Medicina.

Podemos conhecer o nosso cérebro?

— Podemos interpretar o seu mecanismo e reacções? — Quais são as perturbações de carácter individual ou social, originadas pela febre de desenvolvimento, de progresso que o mundo atravessa e que, somando-se, actuam sobre o indivíduo e vão dele até ao seu meio, dali até ao seu país e, a seguir, a um grupo de nações, originando os problemas internacionais que preocupam actualmente todos os homens do mundo?

Assinatura da 3.^a Série dos “Estudos”

A assinatura da 3.^a Série dos «Estudos» custa

Do n.º 1 a 10	20\$00
Do n.º 11 a 22	20\$00
Do n.º 23 a 34	20\$00
Números isolados	2\$50

e a assinatura dá direito aos seguintes prémios:

1.º — Colecções da 2.^a série dos «Estudos» que interessem aos assinantes (salvo algum número que esteja esgotado) e cada série (1 a 10, 11 a 22, 23 a 34) dá direito a

- a) Um útil cinzeiro.
- b) Uma faca para papel.
- c) Bónus para a compra de sabonetes e outros artigos de toilette.

Estes bónus só por si excedem quase sempre o valor da assinatura.

As assinaturas continuam gratuitas para o pessoal dos Quadros de Saúde.

Em virtude da grande quantidade de pedidos que têm feito diminuir o nosso stock de números da 2.^a Série, estes só serão oferecidos aos assinantes da 3.^a Série.