

VI ANO — N.º 204  
28 de Julho de 1955

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

Red. Adm.: AV. DOS ALIADOS, 41 — PORTO — TELF. 24907 / LISBOA: R. da Misericórdia, 92-2.º — Telef. 368920 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda  
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 3.ª página da capa  
/// Composto e impresso na Tipografia Sequeira, Lda — PORTO — R. José Falcão, 122 — Telef. 24664

NOVO!

TERAPÉUTICA FISIOLÓGICA  
HEPATO-PROTECTORA  
E DESINTOXICANTE

## BILAMIDE- -COLINA

ASSOCIAÇÃO DE NICOTIL - OXI - METIL  
AMIDA (BILAMIDE) + BITARTARATO DE  
COLINA

### CONTRA AS

- HEPATOPATIAS DE ORIGEM  
INFECCIOSA E TÓXICA
- DEGENERESCÊNCIA GORDA DO  
FÍGADO
- GESTOSES: VÔMITOS DA GRAVIDEZ,  
ECLÂMPSIA, ETC.

Frascos de 60 drageias de 0,250 g  
Caixas de 50 g de granulado



**CILAG, S. A.**  
SCHAFFHOUSE — SUÍÇA

Representantes Excluídos  
para Portugal:  
SOCIEDADE INDUSTRIAL  
FARMACÉUTICA, S.A.R.L.  
LISBOA

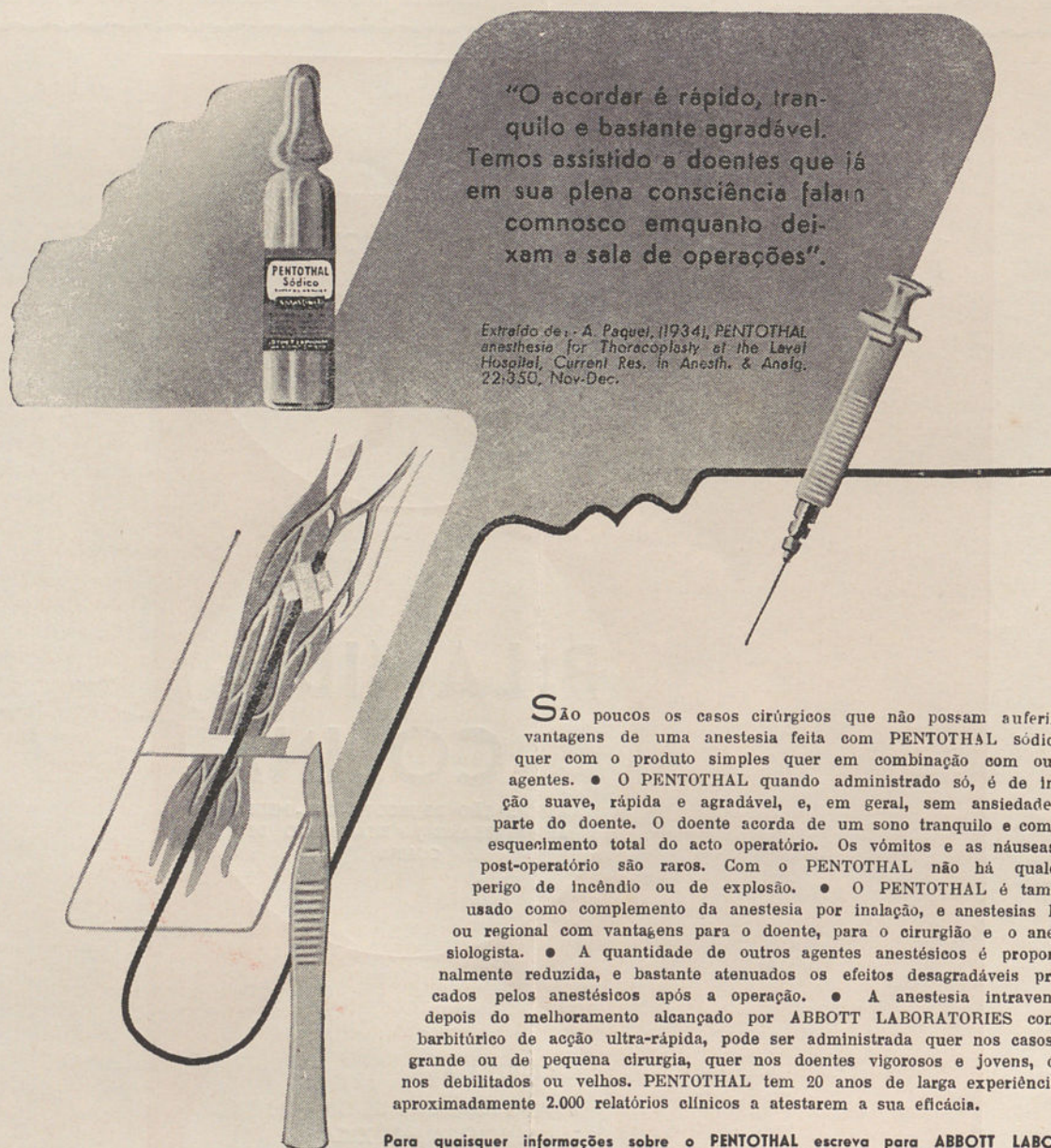
## SUMÁRIO

	Pág.
CAVALEIRO DE FERREIRA — O sentido morfológico do olho normal sob a influência do Adaptinol .....	761
PEDRO POLÓNIO — Heredobiologia da personalidade .....	762
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Hipertensão arterial .....	788
Novos tratamentos médicos da hipertensão essencial .....	791
Cirurgia da hipertensão arterial .....	793

## SUPLEMENTO

	Pág.
Hospitais diurnos — EDUARDO LUÍS CORTESÃO .....	537
Liga Portuguesa de Profilaxia .....	538
Ecos e Comentários .....	540
A Medicina na América Latina — GUY DINGEMANS .....	541
Fisionomia étnica e demográfica das cidades de Angola — ALEXANDRE SARMENTO .....	542
Hospitais Cíveis de Lisboa .....	544
Noticiário diverso.	





"O acordar é rápido, tranquilo e bastante agradável. Temos assistido a doentes que já em sua plena consciência falam connosco enquanto deixam a sala de operações".

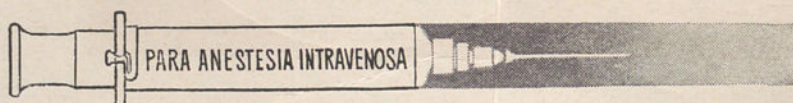
*Extraído de: - A. Paquet, (1934), PENTOTHAL anesthesia for Thoracoplasty at the Laval Hospital, Current Res. in Anesth. & Analg. 22:350, Nov-Dec.*

São poucos os casos cirúrgicos que não possam auferir as vantagens de uma anestesia feita com PENTOTHAL sódico — quer com o produto simples quer em combinação com outros agentes. • O PENTOTHAL quando administrado só, é de indução suave, rápida e agradável, e, em geral, sem ansiedade da parte do doente. O doente acorda de um sono tranquilo e com um esquecimento total do acto operatório. Os vômitos e as náuseas do post-operatório são raros. Com o PENTOTHAL não há qualquer perigo de incêndio ou de explosão. • O PENTOTHAL é também usado como complemento da anestesia por inalação, e anestésias local ou regional com vantagens para o doente, para o cirurgião e o anestesiológista. • A quantidade de outros agentes anestésicos é proporcionalmente reduzida, e bastante atenuados os efeitos desagradáveis provocados pelos anestésicos após a operação. • A anestesia intravenosa, depois do melhoramento alcançado por ABBOTT LABORATORIES com o barbitúrico de acção ultra-rápida, pode ser administrada quer nos casos de grande ou de pequena cirurgia, quer nos doentes vigorosos e jovens, quer nos debilitados ou velhos. PENTOTHAL tem 20 anos de larga experiência, e aproximadamente 2.000 relatórios clínicos a atestarem a sua eficácia.

Para quaisquer informações sobre o PENTOTHAL escreva para ABBOTT LABORATORIOS, LDA., Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c D.to, Lisboa, Portugal.

## PENTOTHAL<sup>®</sup> Sódico

(TIOPENTAL SÓDICO ESTÉRIL — ABBOTT)





# O sentido morfoscópico do olho normal sob a influência do Adaptinol (\*)

CAVALEIRO DE FERREIRA  
(Oftalmologista dos Hospitais de Lisboa)  
e  
CARLOS DA MAIA



A actividade humana tende cada vez mais a prolongar-se para além do ciclo diurno. Os transportes rodoviários, marítimos e aéreos, numerosos trabalhos — radiobiologia, minas, etc., — exigem do homem, para bem cumprir profissionalmente, uma perfeita visão nocturna.

Uma boa visão nocturna é função de uma boa adaptação à obscuridade, e na medida em que esta seja preservada ao máximo aquela atingirá o óptimo. A realização prática deste princípio descobriram-na há muito os nossos marítimos que pescam ao candeio quando durante o dia vendam um dos olhos, venda que só tiram durante a noite; obstem assim a que a incidência do sol provocando o deslumbramento lhes diminua a capacidade de adaptação.

É que, se para o trabalho nocturno é necessária uma boa capacidade de adaptação à obscuridade não menos importante é a possibilidade de, após um deslumbramento momentâneo, rapidamente retomar a sensibilidade normal anterior.

Testemunhas desta afirmação são-no, por exemplo, todos os automobilistas que viajando de noite e ao cruzarem com outro carro ficaram encandeados e por isso, durante lapso de tempo maior ou menor, impossibilitados de ver.

De acordo com a teoria da «duplicidade funcional» de Kries a retina tem duas formas distintas de actividade:

1.º — Um mecanismo escotópico, dependente dos bastonetes e púrpura visual, por meio do qual se aprecia a luz e o movimento, que seria acromático e trabalharia com um limiar baixo em relação à intensidade do estímulo, mecanismo bem evidente quando o órgão visual se encontra adaptado à obscuridade;

2.º — Um mecanismo fotocópico, dependente dos cones e pigmento amarelo, por meio do qual se apreciam as formas e as cores, que trabalharia com um limiar mais alto em relação à intensidade do estímulo, mecanismo que ressalta quando o órgão visual se encontra adaptado à luz. Daqui resulta que a adaptação da retina à obscuridade varia consideravelmente segundo se trata da retina periférica — predominantemente constituída por bastonetes — ou da mácula — onde praticamente só existem cones.

A retina periférica aumenta a sua sensibilidade paulatinamente de forma que a adaptação só se encontra completa ao fim de uma hora — e esse aumento é da escala das 100.000 vezes o valor inicial, podendo ainda duplicar no fim de 24 horas; um processo inverso, mas extraordinariamente mais rápido, tem lugar frente a uma nova adaptação à luz.

A adaptação da retina macular à obscuridade é menor mas muito mais rápida — ao fim de dez minutos aumenta somente cerca de 20 vezes o valor inicial e aí permanece definitivamente.

Como consequência do exposto poderemos dizer que a adaptação retiniana à obscuridade tem duas fases: a adaptação imediata — dependente dos cones, realizável em curto espaço de tempo mas de pequena sensibilidade, e a adaptação tardia — dependente dos bastonetes, carecendo de um maior lapso de tempo mas de muito maior sensibilidade.

A substância foto-química dos bastonetes é a púrpura visual e o principal factor que intervém no seu metabolismo é a vitamina A, como de todos é conhecida após as experiências de Wald.

Para os cones a transformação da energia radiante em energia nervosa efectua-se mercê de uma substância foto-sensível incolor descoberta por Von Studnitz, em 1939, na retina de cones da tartaruga. Em 1943 o mesmo autor obteve corpos luteínicos das «esferas oleosas» dos cones dos vertebrados inferiores que considera como precursores das substâncias foto-químicas dos

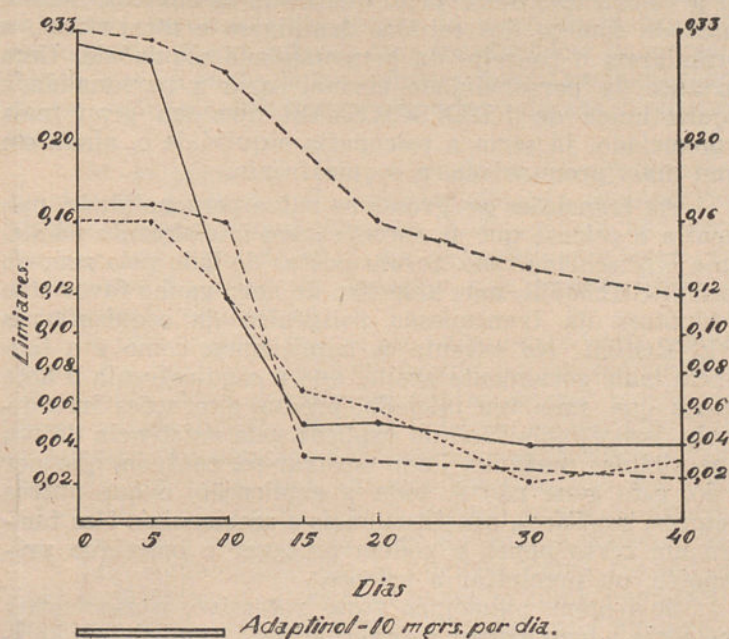
cones e Granit quase simultaneamente chega experimentalmente aos mesmos resultados.

Mais recentemente Von Studnitz consegue extrair uma luteína de uma planta — a «Tagetes Patulae Florae»; a substância activa isolada dá-lhe o nome de Helenia — um éster ácido dipalmitino carotinóide. A Helenia actuará como uma substância dos elementos foto-químicos dos cones e bem assim da púrpura visual.

Para Von Studnitz o processo foto-químico da adaptação à obscuridade está sujeito à «lei do efeito das massas». Aumentando a quantidade de púrpura visual e das substâncias foto-químicas dos cones mediante a administração de quantidades elevadas de vitamina A e Helenia o processo de reacção deverá também aumentar em rapidez e intensidade — o limiar de irradiação baixará e a sensibilidade à luz subirá.

O estudo da acção da Helenia sobre a visão nocturna pode permitir obter contributo importante sobre a fisiologia retiniana e possibilidades de acção terapêutica sobre as múltiplas afecções em que o metabolismo retiniano se encontra alterado.

Nesta primeira comunicação propomo-nos apresentar somente a acção da Helenia sobre a adaptação imediata no olho normal, base da possibilidade prática de aumentar farmacologicamente a protecção contra o deslumbramento.



Foram as seguintes as condições em que realizámos o nosso trabalho:

I.º — Medicamento e modo de administração. — Utilizámos a Helenia, preparada pela casa «Bayer» com a designação comercial de Adaptinol, sob a forma de drágeas doseadas a cinco miligramas de substância. Administrámos duas drágeas por dia — uma ao almoço e outra ao jantar — durante dez dias a cada paciente: dose diária = 10 mgrs., dose total = 1 grama.

II.º — O aparelho utilizado foi o escotóptómetro de Beyne

(\*) Comunicação apresentada ao VIII.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia — Maio de 1955.



— que permite determinar o limiar de percepção e identificação da forma de um objecto, ou seja, o sentido morfoscópico. Os limiares de visão morfoscópica obtidos são expressos em luminosidade — vela/hectómetro-quadrado.

III.º — Os quatro indivíduos escolhidos para a experiência eram normais do ponto de vista oftalmológico e isentos de qualquer afecção geral; dois deles são colegas e amigos que conosco trabalharam há anos. Os resultados obtidos encontram-se expressos no Gráfico junto, de cuja análise podemos tirar as seguintes conclusões:

- 1.º — O Adaptinol eleva o limiar da adaptação imediata à obscuridade em proporções consideráveis, nas pessoas normais.
- 2.º — Só cinco dias depois de terminada a administração do Adaptinol o efeito produzido foi máximo e trinta dias depois ainda se mantinha.
- 3.º — Não foram observados efeitos tóxicos nem quaisquer acções acessórias.

A confirmarem-se os resultados obtidos a nova droga estará destinada a larga aplicação na prevenção do des'umbramento e a prestar por isso grande apoio ao Homem para a realização de múltiplas tarefas que as condições actuais da vida lhe impõem.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- CUEPPERS e WAGNER — Zur pharmakologischen Beeinflussung der Netzhautfunktion — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde — 1950.
- GAUDIN — La vision nocturne en Aéronautique — Bordeaux—1954.
- GRANT — Sensory Mechanisms of the Retina — 1947.
- JAYLE et OURGAUD — La vision nocturne et ses troubles — 1950.
- LOEHLEIN — O desenvolvimento da visão — 1940.
- VON STUDNITZ e LOEVENICH — Über die Hebung der menschlichen Dunkeladaptation durch Carotinoide — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde — 1946.
- THIEL — Sobre la influencia farmacologica de la adaptacion a la oscuridad, en el ojo sano e en el ojo enfermo — Archivos de la Soc. Cubana de Oftalmologia — 1952.

## Heredobiologia da personalidade

PEDRO POLÓNIO

(Continuação do número anterior)

### PERSONALIDADE E PSICOSE

Adstricto ao círculo de cada uma das principais doenças mentais endógenas, a esquizofrenia, a psicose maniaco-depressiva e a epilepsia, encontram-se tipos particulares de personalidade, provavelmente com o mesmo tipo de transmissão hereditária que as doenças que as acompanham. Há na família dos esquizofrénicos, um número muito apreciável de personalidades abnormes, e foi a valorização deste facto que levou os clínicos, mesmo antes do começo dos estudos familiares e estatísticos, a formularem o conceito da personalidade esquizóide. Uma variante da personalidade normal seria a personalidade esquizotímica de KRETSCHEMER que, em grau mais pronunciado, já seria a psicopatia esquizóide e, ainda em grau mais pronunciado, a esquizofrenia.

As transições progressivas entre personalidade, psicopatia e psicose que se encontravam inicialmente no sistema Kretschmeriano, foram postas de lado pelo próprio KRETSCHEMER, mas hoje têm de novo ganho favor com a hipótese da transmissão poligénica da esquizofrenia (PENROSE). No entanto se admitirmos, como é a tendência mais geralmente aceite, que a esquizofrenia é uma doença que, uma vez iniciada, produz alterações irreversíveis, isso é mais fácil de explicar pela existência de um gene simples mutante. Pode mostrar-se, contudo, que por si só, este gene não é, toda a explicação, e que outros factores, genéticos, constitucionais e ambientais têm também um certo papel, e podem proteger o indivíduo predisposto, ou precipitar a psicose.

Se o gene patológico fosse recessivo, o esquizofrénico seria o homozigoto, a personalidade esquizóide o heterozigoto. Por outro lado, e esta possibilidade é válida, para uma transmissão dominante ou recessiva, a personalidade esquizóide poderia conter toda a predisposição genética específica para desenvolver a doença, mas esta seria inibida por genes subsidiários.

Alguns esquizóides podem ser na verdade, estados de defeito esquizofrénicos, pessoas que sofreram de um processo esquizofrénico inaparente, do qual a esquizoidia é o defeito residual. Em alguns destes casos encontra-se uma «cisura», um momento na vida, em que se produz a alteração esquizóide da personalidade; noutros do mesmo modo que acontece para o parkinsonismo post-encefálico, apenas se aprecia a esquizoidia. É nossa convicção, que muitos casos aceites como psicopatia grave, pertencem

a este grupo e são, na realidade, estados de defeito esquizofrénico.

A investigação clínica da esquizoidia tem-se mostrado difícil na prática, muito porque se usa o termo para as personalidades que têm os traços característicos dos esquizofrénicos, tais como a frieza afectiva, as tendências paranóides, o autismo, a excentricidade. Porém sob o ponto de vista genético, a designação de facetas esquizóides da personalidade, devia ser reservada apenas para aquelas que se encontram, em excesso, nos parentes dos esquizofrénicos.

BERZE descreveu, nos pais dos esquizofrénicos, em oposição aos pais dos ciclotímicos, a falta de crítica para a doença dos filhos, a afectação e excentricidade. BLEULER descreveu personalidades irritáveis, excêntricas, caprichosas, e sugeriu que se tratava de anomalias que se encontram muito aumentadas, entre as manifestações da esquizofrenia e, de modo semelhante a BERZE, inclui-as no conceito de esquizofrenia latente. BLEULER afirma que cerca de metade dos futuros esquizofrénicos apresentam anomalias do carácter, do tipo da reserva, irritabilidade, e tendência ao autismo.

KRETSCHEMER introduziu o conceito de personalidade esquizóide. Na sua opinião, a personalidade prepsicótica, o defeito post-psicótico e a personalidade dos parentes dos esquizofrénicos são idênticas e caracterizam-se por três grupos de traços:

- 1.º — Insociável, sossegado, reservado, sério, (sem sentido humorístico) excêntrico.
- 2.º — Tímido, envergonhado, delicado, sensível, nervoso, excitável, amigo da natureza e dos livros.
- 3.º — Dócil, boa índole, animoso, indiferente, embotado, bronco.

As características do 1.º grupo são mais frequentes e correspondem ao conceito do autismo de Bleuler. Elas podem-se combinar de qualquer modo com as características dos grupos dois e três. Estes são de certo modo antagónicos e constituem a chamada escala psico-estésica, de oscilação polar entre a hiper-sensibilidade e a anestesia. O segundo grupo compreende todas as tonalidades da sensibilidade, desde a delicadeza vibrante até à excitabilidade colérica. Pelo contrário o terceiro grupo exprime a insensibilidade, a apatia, a falta de espontaneidade, o que KRAEPELIN chama a demência afectiva.



KRETSCHMER considera a chave do temperamento esquizóide, o facto que a maioria dos esquizóides não é hipersensível ou fria, não é excitável ou embotada, mas as duas coisas ao mesmo tempo, nas mais variadas misturas — delicados como uma mimosa e frios como o gelo. O grau de psico-estesia não muda por ondulações suaves mas por deslocamentos, por surtos ou viragens e mostra, no decurso da vida, uma tendência irreversível a deslocar-se da hiper-estesia para a anestesia, da excitabilidade para a apatia. Esta perda dá-se, em primeiro lugar, para a ressonância ao meio exterior e leva a hipertrofiar o autismo, a importância da vida interior, para a qual existe ainda sensibilidade.

Segundo LUXEMBURGER, quando nenhum dos pais é esquizóide, a frequência de esquizofrenia nos filhos é de 0,7 % e quando são ambos esquizóides, essa frequência quase multiplica por 10, e passa a ser de 6,7 %. A frequência dos filhos esquizóides, quando os pais o não são, é de 2,5 % e também quase multiplica por 10 quando ambos os pais são esquizóides (20 %). KALLMAN fez o estudo inverso e, em cerca de mil filhos de esquizofrénicos, encontrou um terço de psicopatas esquizóides.

BUMKE em 716 esquizofrénicos encontrou apenas 30 % com personalidades anormais. Nestas predominavam os delicados e os nervosos e ansiosos, a seguir encontravam-se os originais, os irritáveis, os sonhadores irresolutos, os instáveis, os brigões, os excitados, os desconfiados e finalmente as naturezas frias, tirânicas e desnaturadas. Uma parte era ainda descrita como distante, trocista e caprichosa, a outra reservada e teimosa.

BINDER concluiu, a partir dos trabalhos de HOFFMAN, GRUHLE e KARL SCHNEIDER, que pelo menos metade dos esquizofrénicos têm personalidades peculiares consistindo, na maioria dos casos, em traços esquizóides.

MANFRED BLEULER teve cuidado especial com este problema e descreve vários psicopatas e características psicopáticas que devem ser consideradas esquizóides, isto é, esquizóides no seu sentido hereditário.

Agrupa as personalidades prepsicóticas em: 1.º — Sem peculiaridades. 2.º — Esquizóides dentro da norma. 3.º — Personalidades peculiares dentro da norma. 4.º — psicopatas esquizóides. 5.º — Outras psicopatias. Usa o conceito de psicopatia de Schneider — Desvios da personalidade, que causam sofrimento ao ambiente ou ao próprio — e define por personalidades peculiares, as que se destacam da norma, mas a que se não aplica o critério de psicopatia. Considerou os seguintes grupos de esquizóides: Desconfiados-sensíveis, pedantes, ambiciosos, paranóides rígidos, tímidos-delicados, fanáticos, beatos-devotos, excêntricos.

Num grupo de 351 esquizofrénicos encontrou 34 % com características psicopáticas esquizóides e 29 % com características esquizotímicas. Os doentes esquizofrénicos tinham psicopatia esquizóide duas vezes mais do que os seus pais, três vezes mais do que os irmãos e cinquenta vezes mais do que a média da população. Tinham também 5 % de psicopatia de outros tipos, portanto com uma frequência não superior à da média da população.

As esquizofrenias em psicopatas esquizóides tinham um prognóstico mais reservado, e nos doentes crónicos encontrava-se duas vezes mais psicopatia esquizóide do que nos doentes que têm alta.

Estudámos a personalidade prepsicótica num grupo de 391 esquizofrénicos: a percentagem de personalidades desfavoráveis foi de 61 % maior do que a habitualmente encontrada, o que atribuímos, em parte, a ter aqui incluído as pessoas pouco inteligentes. A frequência de psicopatia esquizóide foi de 32 %. Nos restantes casos, os traços esquizotímicos mais frequentes foram os seguintes por ordem decrescente: reservado, irritável, sensitivo, desconfiado, exaltado, tímido e delicado, rígido e frio, teimoso, ciumento. Outros tipos de psicopatas, histéricos, obsessivos, instáveis, etc., foram também por nós encontrados com pequena frequência.

Há portanto um acordo geral de que a frequência de psicopatia esquizóide é, de muito, a mais frequente

anomalia da personalidade prépsicótica dos esquizofrénicos e que, em igual proporção de casos, se encontram ainda traços esquizotímicos que não excedem a norma.

Se tivéssemos de construir a escala psico-estésica, a partir das características dos nossos doentes, diríamos que ela oscila normalmente da concentração e reserva à irritabilidade e exaltação, com uma marcada tendência para o ressentimento e a desconfiança, sendo a concentração, reserva e sensibilidade bastante mais frequentes que o polo oposto. Estes traços podem caracterizar uma personalidade sem que, no entanto, a consideremos esquizóide, ou esquizotímica. Exista uma determinada tempera de personalidade que, muitas vezes, não podemos concretizar em palavras, e o diagnóstico de esquizóide faz-se intuitivamente.

Quando procedemos à classificação tabelar das personalidades esquizóides encontrámo-nos várias vezes diante desta situação paradoxal: Em duas personalidades caracterizadas correctamente pelas mesmas palavras, o nosso conhecimento directo da pessoa, fazia-nos dizer: Este é com certeza esquizóide e este não é. Os esquizóides têm uma superfície e uma profundidade. Podemos viver anos com eles sem sabermos o que sentem — muitas vezes eles também o não sabem, ou pensam três coisas discordantes ao mesmo tempo, como se fosse uma verdade evidente, com uma certeza inabalável. As suas reacções são desiguais, imprevisíveis, e dão a toda a sua natureza um aspecto intensamente problemático.

BLEULER criou o termo de autismo, para um particular modo de ser dos esquizóides, que se encontra ainda em maior grau na esquizofrenia. O seu pensamento segue a lógica dos afectos, e não evita as contradições da realidade. A vida interior e a fantasia sobrepõem-se à realidade, que é afastada, ou totalmente escotomizada, ou ainda ligada ao que pensam de um modo absurdo, para não alterar a evidência interna do que estão a viver.

Associa-se habitualmente com o autismo, a imagem de uma vida interior, rica, profunda, cheia de fantasia, mas o mais frequente é o contrário, o autismo com vida interior pobre, que se manifesta sobretudo pela falta de contacto com a realidade, e a incapacidade de julgar e valorizar correctamente, apesar da inteligência não estar prejudicada. É um defeito, uma insuficiência da personalidade, que é a causa de um comportamento exclusivamente de determinação interior, e não adaptado aos factos concretos.

Se as personalidades esquizóides e esquizotímicas constituem o grupo mais característico da personalidade prepsicótica dos esquizofrénicos, é importante não esquecer que, em cerca de 50 %, as personalidades eram normais antes do início da doença e que, apenas 30 % são francamente esquizóides.

A investigação que se fez para o estudo da esquizofrenia foi também usada no estudo da psicose maniaco-depressiva. Aqui as questões são ao mesmo tempo mais fáceis e mais difíceis. Por um lado não se encontra, entre os parentes dos maniaco-depressivos, a abundância e variedade de psicopatas que, existem nos parentes dos esquizofrénicos e por outro lado, o normal passa ao anormal, por transições ainda mais leves do que na esquizofrenia.

Isto é tão nítido que, a hipótese duma hereditariedade multifactorial, é uma rival muito mais provável da hipótese duma hereditariedade por um gene simples, do que para o caso da esquizofrenia. (SLATER). As personalidades cicloides e ciclotímicas estão bem representadas nos parentes dos maniaco-depressivos e LUXEMBURGER encontrou relações semelhantes às já descritas entre esquizóides e esquizofrénicos.

As diferenças, na verdade, não são tão apreciáveis, pois quando os pais não são cicloides, os filhos são-no em 2,3 %, e quando pelo menos um é cicloide, ou sofre de ciclotímia, essa frequência sobe para 5,1 %. Mas sob o ponto de vista clínico caracterológico, essas relações são ainda mais estreitas, pois a maioria das variantes ciclotímicas da personalidade, embora clinicamente evidente, mantém uma boa adaptação social e não pode ser considerada psicopática. Constituem mesmo, como LUXEM-



BURGER ainda recentemente o verificou, um grupo de alto valor social.

A personalidade ciclotímica foi caracterizada por BUMKE por uma tendência aos estados de humor tristes ou alegres. LANGE encontrou em mais de 3/4 de 100 maniaco-depressivos uma personalidade ciclóide. KRETSCHEMER estabeleceu uma série de características subdivididas em três grupos.

- 1.<sup>o</sup> — Sociável, cordial, amigo, afectuoso.
- 2.<sup>a</sup> — Alegre, humorista, vivo, espirituoso.
- 3.<sup>o</sup> — Sossegado, tranquilo, impressionável, brando.

O 1.<sup>o</sup> grupo compreende os traços básicos dos temperamentos ciclóides, que dão um tom característico às oscilações do humor, desde a hipomania à depressão. São sociáveis, bem dispostos, fáceis de entender e tomam a vida como ela é. Facilmente amigos, têm um temperamento caloroso e brando. O 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> grupo de qualidades compreende a escala diatética com as suas oscilações ondulatórias entre a alegria e a tristeza.

A psicologia experimental dos tipos de personalidade, iniciada por KRETSCHEMER pouco depois de 1930, tem produzido uma série de resultados extremamente interessantes que aqui só podemos apresentar sob uma forma tabelar comparativa.

A apreensão nos ciclotímicos é total, sintética, fortemente integrada, de conjuntos, simultânea. Nos esquizotímicos é analítica, pouco integrada, de particularidades, dissociada, abstractiva.

O pensamento nos ciclotímicos é combinatório, afectivo, dinâmico, por imagens sentidas e ligadas, ricas em cores plásticas, valorativa — objectivo realista, de significação emocional, demonstrativo.

Nos esquizotímicos o pensamento é objectivo, crítico, conceptual, discursivo, orientado por pontos de vista fixos, estático — abstractivo, idealizante, fora do espaço e tempo. Situações páldas, sem cor, em ordem conceptual.

A actividade do pensamento nos ciclotímicos é orientada para a compreensão sinóptica em formas simultâneas. Nos esquizotímicos é orientada para a construção escalonada, por avanços sucessivos, aos «socolões» inibidos.

A exposição nos ciclotímicos é por imagens e analogias, por empatia e significação, expressiva e subjectiva. Nos esquizotímicos é por medidas e conceitos, registadora e explicativa, objectiva, fenomenológica.

A produção nos ciclotímicos é determinada pelos sentimentos e afectos e tende à personalização e vitalização. Nos esquizotímicos depende da compreensão e da vontade, é consciente e reflectiva, com tendência à objectivação e materialização.

Os ciclotímicos são mais sensíveis à cor, os esquizotímicos à forma. Os esquizotímicos dissociam mais do que os ciclotímicos e têm maior tendência à perseveração. A psicomotilidade do ciclotímico é adequada às situações, natural, suave, oscila da extrema mobilidade à lentidão. A psicomotilidade dos esquizotímicos é inadequada, preguiçosa, rígida, angulosa e desigual.

Estudámos, com MOTTA FIGUEIREDO, FRAGOSO MENDES e PISTACCHINI GALVÃO, as personalidades de cerca de 300 maniaco-depressivos admitidos no Hospital Júlio de Matos. As designações mais frequentes foram, em ordem crescente: activo e desembaraçado, alegre e vivo, pacato, sintónico, sociável, triste, com oscilações do humor, afectivo, reservado. Entre as facetas psicopáticas, o alcoolismo foi o mais frequente, havendo em proporção quase igual, personalidades com facetas obsessivas e esquizóides.

Se compararmos as personalidades dos esquizofrénicos com as dos maniaco-depressivos, e a frequência relativa dos dois graus da escala psico-estésica e diatética do temperamento, pode-se verificar, que entre os primeiros predominam os concentrados reservados e frios, sendo raros os irritados e exaltados, enquanto entre os segundos predominam os activos, alegres e sociáveis, sendo mais raros os tristes, brandos e impressionáveis.

Se ignorarmos os dois grupos menores das duas escalas, passa-se da caracterologia Kretschmeriana à caracterologia Junguiana. Os introvertidos correspondem

ao grupo dominante dos esquizotímicos e os extravertidos ao grupo dominante dos ciclotímicos.

A tentativa de individualização da personalidade do ciclo epilético culmina, nas descrições de KRETSCHEMER e ENKE, da personalidade viscosa-explosiva, irritável, conflituosa e com impulsividade primitiva, distímias depressivas, irritáveis, endógenas ou reactivas, actos em curto circuito, pensar lento, rígido, pesado e circunstanciado com marcada tendência perserverativa. A variante normal, ou mesmo hipersocial, encontra-se no tipo enequético de MAUZ, com a sua devoção pedante ao dever, o amor da perfeição no pequeno detalhe, que até hoje ainda não recebeu completa aceitação, e é negado, entre outros, por GRUHLE e CONRAD que o não encontrou nos seus extensos estudos sobre gémeos epiléticos.

Estudámos com POMPEU SILVA e AMÉRICO DE ASSUNÇÃO as personalidades dos epiléticos admitidos no Hospital Júlio de Matos de 1942 a 1954. Este grupo é constituído na sua grande maioria por epiléticos graves, com desmandos de conduta, estados crepusculares, estados de mal, ataques muito frequentes, etc.

As personalidades de um modo geral são menos diferenciadas que as do círculo maniaco-depressivo e esquizofrénico. A característica mais frequente foi a irritabilidade, encontrando-se a seguir a viscosidade, a perseveração, a prolixidade e o zelo. Das restantes características epiléticas destaca-se ainda a explosividade e a teimosia. Um bom número de doentes foi descrito como trabalhadores, activos, pacatos e calados.

A religiosidade e maviosidade dos epiléticos os seus maneirismos típicos e que tanto nos impressionam nas enfermarias, encontram-se referidos com pouca frequência.

No seu conjunto os epiléticos, não mostraram boas qualidades para a ergoterapia e outras actividades sociais do Hospital. Um número limitado, evidenciou-se na execução de tarefas definidas, entregues à sua inteira responsabilidade, e em que trabalhavam zóinhos, como seja a limpeza de uma enfermaria. Eram então capazes de um cuidado extremo, e as dificuldades surgiam de conflitos com outros doentes que alteravam a perfeição da sua obra.

Apenas apresentamos estas notas sobre a personalidade dos epiléticos, para darmos uma descrição empírica da personalidade epilética, como ela se revela nas nossas histórias clínicas. O facto de não estarem citados com frequência, alguns dos traços considerados mais típicos dos epiléticos, pode ter várias explicações: Em primeiro lugar o grupo é pequeno e acontece muitas vezes que os traços típicos, nem sempre sejam os mais frequentes, mas fazem-nos esquecer isso pelo seu carácter exemplar. Em segundo lugar é de aceitar que essas características se vão acentuando com a evolução da doença e no nosso estudo interessámo-nos em especial, pela personalidade anterior à admissão ao Hospital.

De certo modo ligados a esta questão encontram-se os estudos sobre electro-encefalografia e personalidade de LENNOX e GIBBS que mostraram que os traçados electro-encefalográficos de pares de gémeos uniovulares eram tão semelhantes, que podiam servir de base para o diagnóstico de uniovariedade. Enquanto em 55 pares uniovulares os traçados electro-encefalográficos eram praticamente idênticos em 85 %, em 19 pares biovulares existiam diferenças notáveis, em todos, menos num par, o que significa que as ondas cerebrais, nas suas características básicas e permanentes, são de determinação hereditária.

Sob o ponto de vista da personalidade, interessam sobretudo os trabalhos que mostraram alterações electro-encefalográfica em certos tipos de psicopatas. Estas alterações electro-encefalográficas não são de carácter específico, e têm algumas semelhanças com as anormalidades dos epiléticos.

Existe com frequência um excesso de ondas lentas, algumas vezes também, de ondas de alta frequência, e uma reacção excessiva às alterações da homeostase. Produzem-se com facilidade anomalias do electro-encefalograma pela hidratação ou pela alteração do P. H. do sangue, na direcção da alcalémia, como por exemplo, pela



# SYNERGISTIN

**Um produto de Consagração Mundial**  
**4 Doseamentos** **4 Êxitos**

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

1 Dose	Esc.	12\$50
3 Doses	Esc.	34\$50
5 Doses	Esc.	55\$00
10 Doses	Esc.	105\$00

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

1 Dose	Esc.	16\$50
3 Doses	Esc.	46\$50
5 Doses	Esc.	75\$00
10 Doses	Esc.	145\$00

**Synergistin Infantil**—Metade da dose Normal.

1 Dose	Esc.	10\$00
3 Doses	Esc.	25\$00

**Synergistin Reforçada** —É igual à dose Normal na Dihidroestreptomicina mas com 600.000 U. O. de Procaína Penicilina Cristalizada e 200.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	14\$50
3 Doses	Esc.	40\$50
5 Doses	Esc.	65\$00
10 Doses	Esc.	125\$00

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

Apresentada em Portugal pelos:



**LABORATÓRIOS**  
**Q U Í M I C O**  
**B I O L Ó G I C O S**

*Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ - Telef. 091027*  
*EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa — Telef. 42602*  
*PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa — Telef. 42816*  
*Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383*  
*Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556*





# SOLVOBIL

BELADONA, BOLDO, CÁSCARA SAGRADA, COLATO DE SÓDIO,  
NICOTINAMIDA E ESSÊNCIAS DE ZIMBRO E DE HORTELÃ-PIMENTA



#### DOSE:

Até 6 pilulas por dia, durante  
algumas semanas, 2-3 vezes  
por ano, ou segundo prescri-  
ção médica.

#### APRESENTAÇÃO

Frasco com 40 pilulas  
queratinizadas.

**Activa a secreção biliar**, fluidifica-a e favorece a drenagem, agindo  
também como anti-espasmódico. Previne assim as deficiências secretórias, coles-  
tases, precipitações litiásicas e complicações angiocolécísticas e ictericas.

**Descongessa o fígado**, facilitando a actividade antitóxica, pelo que  
é um excelente auxiliar das funções em geral, por influenciar a «permeabili-  
dade orientada» da célula hepática.

**Regulariza a evacuação intestinal**, evitando—além da obstipação  
—também fermentações anormais, auto-intoxicações e estases porto-hemor-  
roidárias.

Insuficiências e perturbações hepato-biliares e suas consequências  
tóxicas, dispépticas, nervosas, asmáticas, metabólicas, cutâneas, hemor-  
roidárias, etc.. Obstipação da gravidez.

**DR. RECORDATI, LABORATORIO FARMACOLOGICO, S. p. A. - MILANO (ITALIA)**

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L. LEPORI, LDA. - LISBOA - Rua da Imprensa Nacional, 86/88

## VALONTAN

COMPRIMIDOS

(8 - Cloroteofilinato do B-dimetilami-  
noetilbenzidril - 100 mgrs. - Sulfato  
de desoxiefedrina - 2,5 mgrs.)

*Não produz Sonolência*



**DR. RECORDATI, LABORATORIO FARMACOLOGICO, S.p.A. - MILANO (ITALIA)**

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L. LEPORI, LDA. - LISBOA - R. Imprensa Nacional, 86/88



ENJÔO DO MAR



ENJÔO NO AR



ENJÔO DE AUTOMÓVEL



prova da hiperpneia. Medidas deste tipo produziram, algumas vezes alterações das ondas cerebrais, de carácter epiléptico, em indivíduos que, apesar de psicopatas, nunca tinham sofrido de ataques.

É de grande interesse e importância que LENNOX e GIBBS tenham encontrado estas anormalidades, não específicas, em excesso, entre os parentes em 1.º grau dos epiléticos, em especial nos pais. LENNOX, de facto foi tão longe que interpretou o seu achado (60 % dos pais dos epiléticos tinham ritmos anormais), como indicativo de um modo de transmissão hereditário dominante da epilepsia, e sugeriu que um gene dominante simples, capaz de produzir a disrítmia cerebral, se encontrava em cerca de 10 % da população geral.

Numa minoria de casos, esses indivíduos predispostos, poderiam manifestar epilepsia, contanto que factores ambientais, tais como um traumatismo craniano ligeiro, agisse como factor precipitante. Em apoio desta ideia, Lennox descreveu alguns pares de gémeos univulares, nos quais um membro tinha uma epilepsia ideopática e o outro era normal, mas em que ambos tinham o mesmo grau e qualidade de disrítmia.

As características da personalidade, associadas, em particular, com as anomalias das ondas cerebrais, são as da agressividade, irritabilidade e impulsividade. Numa larga série de soldados psicopáticos que tinham sido enviados para um hospital psiquiátrico militar, durante a última guerra, devido a comportamento anormal, HILL e WATERSON encontraram uma larga proporção de anomalias do electro-encefalograma. Em alguns casos, o comportamento anormal era de molde a sugerir que se tratava de um equivalente epiléptico psicomotor. — Crimes de violência, sem sentido, tentativas de suicídio, eram bastante frequentes neste grupo.

Achados semelhantes foram descritos por outros investigadores, tais como, GOTTLIEB, ASHBY e KNOT que associam alterações primárias do comportamento, ao mesmo tempo com uma história clínica psiquiátrica anormal, e com anomalias do electro-encefalograma.

A relação entre a anormalidade do electro-encefalograma e a anormalidade da personalidade, parece ser de grau quantitativo. HILL e WATERSON viram, por exemplo, que 65 % dos psicopatas agressivos tinham traçados anormais, mas que também 48 % dos psicopatas, de um modo geral, o apresentavam e WISSFELD verificou que os psicopatas epileptóides, em sentido estrito, apresentavam anomalias electro-encefalográficas em 26 de 28 casos estudados, havendo potenciais de convulsão em 16 casos.

WILLIAMS e outros verificaram que os psico-neuróticos têm traçados anormais em cerca de 25 % dos casos. A incidência de anormalidade do electro-encefalograma, na população geral, é de cerca de 10 %. A sua incidência, num grupo escolhido pela sua estabilidade para a Royal Air Force, foi de cerca de 5 %. Estes factos têm de ser postos em relação com os aspectos quantitativos das anomalias do electro-encefalograma.

Qualquer classificação dos traçados electro-encefalográficos, em normais, duvidosos ou anormais, é arbitrária. Mesmo com os nossos conhecimentos presentes, a hipótese de LENNOX de um gene simples dominante servindo de base à disrítmia cerebral, parece excessivamente simples. SLATER faz notar que, se considerarmos as variações entre indivíduos, nos vários aspectos das ondas cerebrais, como de ordem quantitativa, podemos pensar que uma forma de hereditariedade multifactorial é muito mais provável, pois este é o tipo de hereditariedade que se encontrou na base de outras características de carácter quantitativo, a respeito das quais os indivíduos variam por diferenças infinitesimais.

## AS DOENÇAS MENTAIS

As doenças mentais constituem o grupo mais importante das doenças humanas hereditárias. Para o exemplificar basta dizer que são necessárias tantas camas hospitalares para os loucos, como para todas as outras varie-

dades de doenças, e, nos vários países existem 3,5 a 5 camas para doentes mentais, por cada mil habitantes.

A esquizofrenia, é caracterizada por uma particular alteração da personalidade, com tendência para a evolução crónica, e é a doença mental mais frequente e de maior gravidade, pelo que a estudaremos com maior detalhe.

A mais segura demonstração da base hereditária da esquizofrenia vem da aplicação dos métodos contingentes de predição estatística, inicialmente aplicados à esquizofrenia por RÜDIN, e dos estudos em gémeos iniciado por LUXEMBURGER. RÜDIN demonstrou que a frequência da esquizofrenia é maior nas famílias aonde existe um caso índice de esquizofrenia, e está em relação directa com o grau de consanguinidade.

Assim, segundo KALLMAN, a incidência da esquizofrenia na população geral é de 0,9 %, nos meio irmãos é de 7 %, nos irmãos e nos gémeos biovulares é de 14 %, e nos gémeos univulares de 86 %. Enquanto os filhos dos esquizofrénicos sofrem de esquizofrenia em 16 %, os sobrinhos só a apresentam em aproximadamente 2 %.

Todos estes números indicam o papel decisivo da hereditariedade, na esquizofrenia, mas não é fácil interpretá-los através de esquemas mendelianos simples. LUXEMBURGER e KALLMAN aceitam um modo de transmissão recessivo; LENZ e KÖLLE uma transmissão dominante; PENROSE aceita uma transmissão multifactorial. LEONHARD é de opinião que existem esquizofrenias de transmissão dominante e outras de transmissão recessiva e SLATER considera a esquizofrenia uma doença geneticamente heterogénea.

BÖÖK calcula que o gene de esquizofrenia se encontra em 7 % da população geral e que 7 % destas psicoses são devidas a novas mutações. A transmissão seria dominante com uma penetrância heterozigótica de 20 % e uma penetrância homozigótica de quase 100 %.

A falta de concordância total nos gémeos univulares, (segundo KALLMAN de 86 %, segundo SLATER de 76 %), torna aparente uma acção do ambiente sobre o material genético da esquizofrenia.

Este efeito do ambiente compõe-se segundo LUXEMBURGER de: — uma acção genotípica multifactorial, devida ao restante material genético — ambiente genotípico —; uma acção citoplásmica que constitui, juntamente com o ambiente genotípico, o ambiente interior, no meio do qual se desenvolve o factor genotípico específico da doença, e finalmente a acção do ambiente externo.

Na prática, LUXEMBURGER considera útil falar apenas do ambiente genotípico e ambiente paratípico, no qual inclui o citoplasma e o meio exterior.

Sob a influência inibidora ou facilitadora do ambiente, vai-se desenvolvendo a predisposição hereditária. Se esta predisposição, no seu desenvolvimento progressivo, consegue alterar os mecanismos fisiológicos normais, produz-se o fenotipo primário. Desta alteração dos mecanismos fisiológicos do fenotipo primário, resulta a somatose ou o fenotipo secundário e que podemos considerar a doença hereditária propriamente dita.

A somatose, para LUXEMBURGER, constitui a hipotética doença somática de que os sintomas mentais vêm a ser a manifestação. Este autor admite que muitas somatoses não se exprimem em sintomas mentais e passam despercebidas. Vê a expressão da somatose nas alterações fisiológicas descritas por GJESSING, GREVING, JAHN e SCHEID em esquizofrénicos.

LUXEMBURGER avalia o efeito do ambiente sobre a expressão da predisposição esquizofrénica, em cerca de 0,336 (33,6 %). Isto quer dizer que 33-34 % de todos os genotipos esquizofrénicos não chegam a manifestar-se em psicoses esquizofrénicas. As alterações fisiológicas, das quais vem a resultar a esquizofrenia, são inibidas, num ponto ainda desconhecido do seu desenvolvimento, pela acção do ambiente genotípico e paratípico. Admite ainda que cerca de 50 % da acção protectora do ambiente pertencem ao ambiente genotípico e citoplasma e os outros 50 % ao meio exterior.

KALLMAN considera que a manifestação que se correlaciona mais estreitamente com a acção protectora



genotípica consiste no grau de desenvolvimento dos tecidos mesodérmicos, que na prática se avalia pelo grau de desenvolvimento atlético e pela estabilidade da curva de peso.

Descreve este autor que os gémeos univitelinos que sofreram de esquizofrenia do mesmo tipo e evolução, e na mesma idade, tinham os mesmos tipos morfológicos. A maior resistência à deterioração esquizofrénica manifestou-se nos doentes que tinham uma constituição atlética mais marcada, enquanto a tendência à deterioração mais profunda se encontra nos tipos de constituição asténica.

Nos gémeos univitelinos, com diferenças no modo de manifestação da esquizofrenia, tais como o não aparecimento da doença, aparecimento mais tardio, ou a evolução benigna, encontrou-se sempre, desde a infância, um maior desenvolvimento físico e maior peso. KALLMANN conclui que todo o factor susceptível de afectar o equilíbrio constitucional, ou a estabilidade da curva de peso, pode diminuir a resistência à expressão de esquizofrenia.

É evidente que estes mesmos agentes devem também dificultar a qualidade e estabilidade de uma remissão espontânea e terapêutica.

Os factores prejudiciais mais frequentemente encontrados nos pares de gémeos monozigóticos, compreendem esforços físicos excessivos, tensões afectivas prolongadas, gravidez, infecções agudas e dietas excessivas de emagrecimento.

Interessou-nos em particular determinar a influência dos diferentes tipos de psicoses familiares sobre a evolução das esquizofrenias, de um modo semelhante ao que fez M. BLEULER. Consideramos nas histórias familiares quatro grupos — Sem história de doenças mentais — Com história de doença mental crónica — Doença mental periódica — Outras doenças mentais.

No conjunto o pior prognóstico pertence ao grupo, sem história de doenças mentais, que apenas apresenta 34 % de remissões, em comparação com 50 % no conjunto dos outros grupos. Esta diferença é estatisticamente significativa ao nível de 5 % (POLÓNIO e SLATER). As formas com herança de doenças periódicas têm um prognóstico um pouco mais favorável do que as formas com herança de doenças crónicas o que está de acordo com as ideias de M. BLEULER sobre a semelhança familiar das formas de esquizofrenia.

Impressionou-nos, no grupo com história de outras doenças mentais, uma certa frequência de epilepsia, psicose exógena e demências senis. BLEULER e SCHULTZ que se preocuparam com o problema, indicam que esta maior frequência, quando existe é o resultado de uma contaminação accidental, explicável pelo baixo nível social em que vivem muitos esquizofrénicos, e pela sua má selecção de cônjuges. Nos nossos estudos, este grupo revelou-se como o de melhor prognóstico espontâneo.

A interpretação mais provável deste facto parece-nos ser a seguinte: De modo semelhante ao que acontece nas psicoses exógenas (POLÓNIO. — POLÓNIO, MOTTA FIGUEIREDO), na paralisia geral (POLÓNIO, MILLER GUERRA, FRAGOSO MENDES, POMPEU SILVA), a existência de tendências heterogéneas para várias doenças mentais, facilita o aparecimento de psicoses, que têm então uma evolução mais benigna — o mau ambiente genotípico, facilita a manifestação de predisposições com menor penetrância e mais benignas.

A *psicose maniaco-depressiva* é caracterizada pela tendência periódica para acessos de carácter fásico, oscilante entre a alegria e hiperactividade, e a tristeza e inibição, com cura completa entre os acessos. A sua frequência na população geral é menor do que a da esquizofrenia e anda à volta de 0,4 — 0,5 %.

Segundo KALLMANN a frequência das psicoses maniaco-depressivas nos pais é de 21%, nos irmãos de 23%, e nos gémeos biovulares de 26 %, e nos uniovulares de 95 %. Estes e outros dados semelhantes tornam provável, para esta doença, uma transmissão dominante, por um gene simples, com uma penetrância acentuada. É provável também que a psicose maniaco-depressiva seja geneticamente heterogénea, e vários trabalhos indicam que as depressões da involução devem ocupar uma posição particular.

A *epilepsia* é um tipo de reacção com que o sistema nervoso pode responder às mais variadas noxas — infecciosas, tóxicas, mecânicas — mas existe um grupo de epiléticos em que os estudos mais cuidadosos não revelam a presença de qualquer causa. É a chamada epilepsia hereditária ou essencial, em oposição à primeira, a epilepsia sintomática.

Na verdade não existe um limite nítido entre estes dois grupos. Há epilepsias hereditárias que apenas têm ataques provocados, e a intensidade da lesão necessária para produzir uma epilepsia sintomática, varia de indivíduo para indivíduo. A questão, herdado ou adquirido, essencial ou sintomático, não se resolve por um simples, uma coisa ou outra, mas antes deve-se considerar existir uma escala contínua, de que um extremo é constituído pela epilepsia essencial, e o outro, pelas epilepsias sintomáticas devidas a traumatismos graves (BUMKE).

A epilepsia apresenta, na população geral, uma frequência de 0,3 a 0,6%. Segundo CONRAD a sua incidência nos filhos dos epiléticos sintomáticos é de 1,6 %, e nos filhos dos epiléticos essenciais de 6 %. Muito interessantes são os achados deste autor em gémeos uniovulares que dão para a epilepsia essencial uma concordância de 86 %.

Os estudos electroencefalográficos de LENNOX e GIBBS que já referimos apoiam também a hipótese de uma epilepsia hereditária.

#### A DETERMINAÇÃO AO CRIME

LANGE no seu livro «o crime como destino», descreve um grupo de 30 pares de gémeos do mesmo sexo dos quais 13 eram uniovulares e 17 biovulares. Apenas 3 dos uniovulares eram discordantes no cometimento de actos criminosos, e só 2 dos biovulares eram concordantes. Naturalmente LANGE concluiu que as tendências hereditárias tinham um papel fundamental na determinação ao crime.

Os 3 pares uniovulares discordantes de LANGE merecem ser descritos. O 1.º é um par de rapazes, um dos quais era homosexual. Ambos tinham sofrido traumatismos durante o parto, que não tinham sido iguais, e o gémeo homosexual tinha ginecomastia e distribuição feminina dos pêlos. LANGE atribuía a esta diferença orgânica, originada no parto, o existir a discordância.

O 2.º par compreende um gémeo que tinha sofrido de um trauma craniano durante o parto, que lhe produziu uma epilepsia residual. Com 26 anos de idade matou subitamente uma rapariga, na presença de uma testemunha, atacando-a brutalmente e sem razão. Depois de cometido o crime foi para casa dormir, ainda com o sangue nas mãos. LANGE atribuiu o crime a um estado crespuscular em epilepsia sintomática.

O 3.º par é talvez o mais interessante. Nele existiam também diferenças somáticas, devidas a um sofrer de bócio e ter uma distribuição diferente de gordura. O gémeo fisicamente normal era ostentativo e instável, e conseguiu, graças às suas boas falas, uma posição de confiança, onde cometeu um desfalque; o irmão nunca passou por tentações semelhantes. Foi, como LANGE diz, um crime de oportunidade e a diferença entre os gémeos pode ser atribuída, como em nenhum outro caso deste livro, a uma diferença crítica no ambiente psicológico.

STUMPFL em 1936 publicou um estudo de 65 gémeos, dos quais 18 eram uniovulares, 19 biovulares do mesmo sexo, e 28 biovulares de sexos opostos. Em relação ao registo criminal, 39 % dos uniovulares eram discordantes em comparação com uma discordância de 63 % nos biovulares do mesmo sexo. Stumpfl considerou os probandos semelhantes em todas as características básicas da personalidade, e quando havia uma história de criminalidade precoce e crimes graves com reincidência, a concordância nos gémeos uniovulares e a sua diferença, a este respeito, dos biovulares, era muito maior, do que naqueles que tinham cometido crimes ocasionais.

STUMPFL considera que, nestes casos, a determinação genética não tem um papel fundamental e descreve as situações psicogénicas de conflito, as acções ambientais,





# RELAXIT

SUPOSITÓRIOS  
LAXANTES

*DESENCADEAMENTO DO MECANISMO FISIOLÓGICO  
DA DEFECAÇÃO POR ESTÍMULO MECÂNICO E QUÍMICO  
DO RECTO DEVIDO À LIBERTAÇÃO DE ANIDRIDO CARBÓNICO*

●  
**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**





PODEROSA ASSOCIAÇÃO LIPOTRÓPICO-VITAMINADA



que levaram a cometer o crime, a pessoas que de outro modo não o fariam. KRANZ em 1936 publicou a série mais extensa de gêmeos criminosos. Em 125 pares de gêmeos encontrou 32 uniovulares, 43 biovulares do mesmo sexo, e 50 de sexos opostos. 66 % dos uniovulares foram concorrentes assim como 54 % dos de sexos opostos.

Estes achados confirmam Stumpf em oposição a Lange. — *O crime não é destino.* A alta concordância dos biovulares só pode demonstrar a importância do ambiente, e deixa de se poder manter a tese, de que cometer um crime é uma fatalidade hereditária. A inteligência e carreira escolar dos gêmeos uniovulares era muito semelhante. Nos biovulares era geralmente o menos inteligente que se tornava criminoso.

Características neuróticas e psicopáticas, tais como histeria, obsessões, tendências epileptóides, frieza afetiva, fraqueza da vontade, irresponsabilidade foram concorrentes nos gêmeos uniovulares. Nos biovulares existiam diferenças muito apreciáveis, e a criminalidade manifestava-se muito em relação com o grau de psicopatia.

De todos os factores predisponentes, é o alcoolismo que tem maior importância, segundo KRANZ. Os períodos de criminalidade e alcoolismo sucedem-se aos períodos de sobriedade e respeitabilidade. KRANZ não considera que o alcoolismo seja a causa do crime mas acha que, no predisposto, é o factor precipitante. Em alguns casos existia uma tradição familiar de criminalidade, mas alguns dos piores criminosos vieram de boas famílias. Uma vez foram os mais acarinhados, outras vezes os pior tratados que se fizeram criminosos. Em outros, o modo de educação não teve importância aparente.

KRANZ e STUMPFEL concordam que muitas das semelhanças, especialmente as dos gêmeos biovulares, devem ser atribuídas ao ambiente. O papel da tradição familiar é importante e, no material de STUMPFEL, existiam várias famílias, das quais todos os membros eram criminosos profissionais. STUMPFEL também mostrou que o homem que é condenado pela primeira vez tarde na vida, depois dos 30 anos, não tem a mesma determinação hereditária que o criminoso precoce e habitual. No seu caso o efeito do ambiente é mais importante do que os genes.

De muito interesse foi um dos achados de Kranz: Enquanto a criminalidade pode, até certo grau, ser determinada acidentalmente, ela manifesta-se muito como o resultado de características básicas da personalidade e, a esse respeito, os gêmeos uniovulares pareciam-se muito um com o outro. Assim qualquer dos dois gêmeos uniovulares podia ser, quase no mesmo grau, frio, cruel, predatório, volúvel e irresponsável, mas um conseguia manter-se dentro dos limites da legalidade, enquanto que o outro, tendo uma vez dado o passo para o crime, mantinha-se fora da lei e não conseguia regressar ao bom caminho (espiral viciosa de SLATER).

O crime não tem com a loucura um nexo estreito, como outrora ARISTOTELES e modernamente LOMBROSO lho atribuíam. A frequência de doenças mentais, entre os criminosos, é de 1 a 2 %, apenas um pouco superior à que se encontra na média da população. Assim POWEL em 1059 delinquentes, julgados no Old Bailey e em Londres, encontrou 1,7 % de doenças mentais, ou sejam 6 casos de doença mental não caracterizada, 7 esquizofrenias e uma epilepsia. A oligofrenia contribuiu com 3 %, a psicopatia também com 3 %, e o alcoolismo com 0,5 %, o que dá um total de 8,2 % de delinquência por anomalias psíquicas.

STUMPFEL baseado nas suas extensas e minuciosas investigações nega, com excepção para a epilepsia, que exista um aumento da tara hereditária psicótica nos delinquentes, e assim também KALLAMANN não encontrou aumento da delinquência nas famílias de mil esquizofrénicos que estudou. É hoje geralmente aceite, que um homem são, descendente de uma família esquizofrénica ou maníaca-depressiva, não tem por isso maior tendência ao crime.

Porém para os epiléticos já CONRAD encontrou

nos seus pais 22 % de delinquência, e nas mães 3,7 %, sendo os crimes mais cometidos, os de violência, contra a moral e a mendicidade. Estes dados são confirmados, como já dissemos por STUMPFEL que encontrou, nas famílias dos criminosos reincidentes, uma maior frequência de epilepsia. No entanto este efeito da epilepsia é pequeno para a criminalidade geral, e alguns autores mesmo não o têm encontrado.

STUMPFEL baseou os seus estudos em 166 delinquentes ocasionais, 195 delinquentes reincidentes perigosos, e ainda num grupo controle de 177 indivíduos não delinquentes e nas suas famílias, num total de 18.000 pessoas.

Os criminosos ocasionais, ou eram personalidades sem peculiaridades, ou então pessoas de constituição débil, com pequena resistência física, que por vezes se manifestava sob a forma de debilidade irritável. Eram facilmente ansiosos e preocupados, influenciáveis e com tendência a ceder, demonstrando uma certa insegurança. Anomalias psicopáticas existiram apenas em 14 %. Pelo contrário, os delinquentes reincidentes eram constituídos na sua maioria por psicopatas, com grande vitalidade, de tendências instintivas fortes, pouco inibidos e impulsivos. No primeiro grupo predominavam as naturezas passivas, no segundo as activas.

A análise psicopatológica revelou que 72 % dos delinquentes reincidentes eram, uns de temperamento sanguíneo e excitável (hipertímicos), outros de vontade fraca e instáveis (abúlicos), outros ainda, tinham uma notável deficiência de sentimentos éticos (insensíveis). Nas famílias, de cada um destes grupos, encontravam-se as mesmas características do temperamento, e a sua criminalidade, muito apreciável, estava mais em relação com estas anormalidades da personalidade, do que com influências do meio. Era frequente, devido à selecção negativa de cônjuges, a tendência dos psicopatas para casarem com outros psicopatas, que insensibilidade, abulia e hipertímia se encontrassem reunidas e se reforçassem.

AHTO estudou uma série de 216 criminosos reincidentes perigosos, e verificou nas suas famílias uma frequência, um pouco aumentada, de doenças mentais e oligofrenia, mas encontrou, sobretudo, psicopatia com criminalidade e alcoolismo. A maioria tinha tido uma infância mal cuidada e miserável; uma boa percentagem era órfã ou ilegítima, e 53,2 % tinham deixado o lar com menos de doze anos de idade. Na sua vida ulterior continuava a mesma história social, pois 67 % nunca tinha tido residência e 86 % nunca tivera um trabalho permanente.

Na opinião de AHTO todos eram psicopatas, e dois tinham sofrido de esquizofrenia. Abusos alcoólicos graves que produziram perturbações psíquicas, existiram em 67 %. Contudo encontrou nos reincidentes graves, nos criminosos contra a moral e nos que cometeram crimes de violência, tais como o homicídio, uma frequência um pouco aumentada de doenças mentais na família e, neste último caso, em particular de epilepsia. AHTO termina afirmando que a personalidade e o ambiente jogam lado a lado, atenuando-se e fortalecendo-se reciprocamente, sem que contudo qualquer delas possa suprimir totalmente o efeito da outra e *quanto mais grave o tipo de criminalidade, quanto mais depende do indivíduo e quanto menor é o papel do ambiente.*

Em consequência do seu estudo, considera que, nos seus casos, os factores hereditários tiveram o principal papel e que, mesmo o mau ambiente em que viviam, se devia considerar originado nas características de personalidade do criminoso e dos seus parentes, de base hereditária.

O alcoolismo de que estudaremos a seguir a hereditariedade, tem importância, com certeza apreciável, na criminalidade. No estado de embriaguês aguda são particularmente frequentes os crimes de violência, sendo raros os crimes contra a propriedade; é ainda de certa importância nos crimes contra a moral, em particular para o exibicionismo. No alcoolismo crónico, são os mais frequentes, os crimes contra a propriedade e a vadiagem,



invertendo-se as proporções dos diferentes tipos de crime em relação à embriaguês aguda.

Não é fácil calcular a proporção de delitos por embriaguês dentro da manifestação geral da criminalidade e a maior parte das estatísticas antigas estão eivadas de erros, pois o conceito de alcoólico variava com as simpatias ou antipatias dos autores pelo álcool (EXNER).

Nas investigações recentes o alcoolismo foi encontrado por BARNAY em 20 %, de cerca de 3.000 presos em Sing-Sing. Para os delinquentes reincidentes, dão-se cifras mais altas, de 32 % (STUMPFL) a 67,9 % (AHTO). Isto não quer dizer que os seus delitos fossem cometidos em estado de embriaguês, ou fossem devidos ao alcoolismo. Tem grande importância o achado de SCHIEDT e SCHWAB da rápida e frequente reincidência dos criminosos alcoólicos, 73 % e 84 % segundo estes autores.

Resulta de todos estes estudos que o factor constitucional principal da criminalidade é a anomalia psicopática da personalidade, para a qual se aceita uma base hereditária, que vários autores encontram com uma frequência superior a 90 % entre os criminosos reincidentes perigosos. Apenas em relação aos crimes capitais de homicídio, violação, fogo posto, é de aceitar que doentes mentais, com mais frequência os esquizofrénicos e epilépticos, contribuem de modo apreciável.

Um outro problema consiste em saber se o predisposto à doença mental é por isso mais susceptível de delinquência. KUNDT e RUDEN estudaram o assunto e encontraram em 12 manicómios bávaros, 20 % ou mais de delinquência entre os internados, o que é superior à delinquência média.

Na experiência geral um número apreciável de crimes cometidos por doentes mentais, não é sujeito aos tribunais, pois consideram-nos desde logo sintomas de loucura, e os doentes são levados directamente aos hospitais.

A esquizofrenia no início tem particular importância e WILLMANNS encontrou 10 casos de esquizofrenia que foram condenados por crimes de homicídio e a quem não foi feito o diagnóstico por se tratar de um sintoma prodromico. KALLMANN encontrou 28 % de delinquência em 1.000 esquizofrénicos. KAILA em 11.600 esquizofrénicos encontrou um registo criminal em 15 % dos homens, o que considera um pouco maior do que na população geral.

Procedemos ao estudo dos delinquentes enviados para exame médico-legal à Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, de 1942 a 1955, num total de 1.300 casos. Destes, 200 (15 %), foram considerados sem anomalias. As oligofrenias constituíram 25 % e as psicopatias 23 %, ou seja cerca de metade dos delinquentes examinados. As esquizofrenias contribuíram com 11, o álcool com 10 e a epilepsia com 7 %. A psicose maniaco-depressiva, a paralisia geral, as psicoses orgânicas, as psicoses atípicas e as reacções psicogénicas contribuíram com 4 % cada. Os restantes 4 % foram devidos a psicoses senis, sintomáticas e psico-neuroses.

As mulheres constituíram 18 % do total dos delinquentes, compreendendo 25 % das oligofrenias, epilepsias e reacções psicogénicas e cerca de 12 % das esquizofrenias e psicopatias e 5 % das alcoólicas.

Procurámos a distribuição das diferentes doenças e anomalias mentais para crimes de furto (124 casos), e de homicídio e tentativa de homicídio (55 casos), o que revela contrastes interessantes. Nos crimes de furto, os psicopatas foram responsáveis por 30 %, os oligofrénicos por 25 %, os epilépticos por 9 %, as paralisias gerais por 8 %, as esquizofrenias por 6 % e os alcoólicos por 4 %. Nos crimes de homicídio, 10 (18 %) foram considerados sem doença mental, 11 (20 %) foram devidos a psicopatas, 3 (5 %) a oligofrénicos, 2 (3 %) a paralíticos gerais, 15 (27 %) a esquizofrénicos, 4 (7 %) ao alcoolismo e 5 (9 %) a reacções psicogénicas.

O papel das doenças mentais, nos crimes de homicídio é exemplificado nas estatísticas inglesas citadas por HENTIC, acerca de 3.130 indivíduos acusados de assassinato, dos quais 55 % vieram a ser considerados doentes mentais. É interessante notar que neste grupo houve 48

casos, nos quais a psicose não foi diagnosticada na altura do julgamento, só vindo a revelar-se claramente, mais tarde.

A nossa estatística não se pode considerar representativa para os crimes e tentativas de homicídio, cometidos no país, cerca de 300 por ano, nos últimos 10 anos, e embora a percentagem de crimes cometidos por doença mental, de 49 %, seja muito semelhante à encontrada nas estatísticas inglesas, aceitamos que factores culturais e raciais, fazem que as doenças mentais tenham relativamente menor importância no nosso país, do que na Inglaterra, para o crime de homicídio.

## O ALCOOLISMO

O alcoolismo, um dos mais graves problemas da psiquiatria, prende-se de múltiplas maneiras às interações da hereditariedade e ambiente como as temos vindo a estudar. Nenhum homem, se bem que possua a predisposição ao alcoolismo, se vem a tornar alcoólico crónico, se não abusar do álcool, e bem assim a maioria dos consumidores do álcool não vem a sofrer psiquicamente, em consequência do seu uso.

O alcoolismo não se herda, pois apenas se podem transmitir características que dão, ou uma tendência ao abuso das bebidas alcoólicas, ou uma menor resistência ao seu consumo. Muitos alcoólicos crónicos devem o seu mal a circunstâncias várias, que nada têm que ver com a estrutura herdada da sua personalidade.

O problema é extremamente complexo, questões fundamentais estão ainda mal conhecidas, têm-se formulado as especulações mais variadas e muitos dos pontos de visto defendidos têm, imensas vezes, um forte colorido emocional. Conforme as simpatias, considera-se com indulgência os graves danos do alcoolismo, ou condena-se rigidamente todo e qualquer uso de bebidas alcoólicas. Por estas razões faremos um estudo um pouco mais detalhado da etiologia do alcoolismo.

O álcool é hoje consumido, conforme os países, por 40 a 80 % da população adulta, oscilando o consumo médio por habitante, à volta do equivalente de um litro de vinho, ou dois decilitros de aguardente. Nesta imensa massa apenas um pequeno número vem a sofrer psiquicamente em consequência do álcool. JELLINEK considera que em cada mil consumidores, sessenta abusam do álcool e quinze vêm a sofrer do que chamamos alcoolismo crónico.

Se o número dos que vêm a sofrer em consequência do consumo do álcool é proporcionalmente pequeno, a grande massa dos consumidores que, em alguns países, constitui a maioria da população, torna os males do alcoolismo um problema social extremamente grave. Assim, na América do Norte, está calculado que os prejuízos anuais, por doenças, crimes, acidentes de trabalho consequentes ao abuso do álcool, andam à volta de 700 milhões de dólares por ano.

Se este é o prejuízo para a economia da nação devemos, no entanto, fazer notar que o governo americano recebe de impostos directos e indirectos, sobre o comércio do álcool, cerca de um bilião de dólares anuais. Estes números dão bem ideia da grandeza dos problemas do álcool, o que é também atestado pela história.

Praticamente desde que a civilização humana começou, a partir da fase da cultura agrícola, encontramos indícios de que as bebidas alcoólicas foram usadas por quase todas as populações. Apenas os esquimós, os índios peles-vermelhas, os polinésios e os australianos ignoraram o uso do álcool. Para o fabrico das bebidas alcoólicas tem-se empregado uma imensa variedade de substâncias, desde produtos de origem animal, como o mel e o leite da égua e da ovelha, até todas as variedades de cereais, à batata, ao feijão e à uva.

Para a maioria das pessoas que empregam o álcool, este desempenha várias funções: condimento, alimento, usos sociais e, também, uma acção sedativa e euforizante que as liberta dos estados de tensão e ansiedade.

O álcool em doses moderadas tem uma acção estimulante do apetite e aumenta a secreção de suco gástrico.





UM NOVO ANTI-HELMÍNTICO ACTIVO

CONTRA

OXIUROS E ÁSCARIS

...

HIDRATO DE PIPERAZINA

XAROPÉ

SABOR AGRADÁVEL • FÁCIL ADMINISTRAÇÃO

# PIPERTOX

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO-LISBOA



*Sempre que verifique a  
necessidade de vitaminas  
do complexo B*

# LEDERPLEX\*

COMPLEXO VITAMÍNICO B *Lederle*

**R**aro é o dia em que não há  
necessidade de tomar o complexo B  
É bem conhecida a utilidade  
das vitaminas deste grupo para as  
pessoas que por qualquer motivo,  
não ingerem uma dieta adequada  
e bem equilibrada

## APRESENTAÇÃO

### Parentérico:

Frascos de 5 c. c.

### Oral:

Frascos de 25 cápsulas

\* Marca Registrada

*Lederle*

**LABORATORIES DIVISION**

*American Cyanamid Company*

30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.<sup>A</sup>

RUA CONDE REDONDO, 64 — LISBOA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15-2.º — PORTO



É rapidamente absorvido, logo a partir do estômago, e a sua capacidade energética é bastante alta, próxima das gorduras, de 7 calorias por grama. É facilmente metabolizado pelos tecidos e está calculado que o homem pode retirar 70 a 80 % das suas necessidades energéticas da sua oxidação.

O álcool tem várias particularidades importantes: a velocidade da sua oxidação não ultrapassa um determinado limite, de modo que além de uma certa quantidade, acumula-se no sangue, o que aumenta o seu efeito depressor sobre o sistema nervoso central. Este efeito depressor manifesta-se inicialmente nos centros mais diferenciados, mais sensíveis, que têm sobretudo funções de inibição e controle. A libertação das inibições é acompanhada de um abaixamento da crítica que produz um sentimento de sobrevalorização e maior capacidade.

O síndrome de abstinência do álcool, não tem importância prática e pode-se cortar o álcool de um dia para o outro a qualquer alcoólico. De resto, a não ser que o estado geral seja mau, também se pode cortar a morfina, de um dia para outro, à maior parte dos morfínomas, o que indica a existência em ambos estes síndromas de um importante componente psicológico.

As doses moderadas de álcool podem aumentar a acuidade visual e acústica, a capacidade de exercício muscular, mas diminuem logo a capacidade crítica. A absorção de álcool tem servido de estímulo para a produtividade artística, ou outra, apenas naquelas pessoas que em consequência de inibições excessivas, não conseguem manifestar os seus dotes naturais.

KRAEPELIN mostrou em experiências célebres, que o uso do álcool tem quase imediatamente uma acção prejudicial sobre várias actividades. Baixa o controle motor e a coordenação dos movimentos, que se tornam mais lentos e menos precisos, ao mesmo tempo que aumentam os movimentos acessórios, o que dá a ilusão de maior velocidade e eficiência. Os actos reflexos estão precocemente prejudicados e isso tem hoje grande importância sobretudo na condução de automóveis. Os aviadores dos aviões de reacção estão proibidos de voar nas 24 horas que se seguem à absorção de um whisky.

No indivíduo normal aparecem sintomas ligeiros de intoxicação quando a concentração de álcool no sangue alcança 0,2 %. Sintomas progressivos de intoxicação manifestam-se entre 0,2 e 0,5 %. A concentração de 0,2 % corresponde aproximadamente à absorção em jejum de dois decilitros de aguardente. Concentrações acima de 0,7 e 0,9 criam risco de morte.

As concentrações mortais de álcool no sangue só muito dificilmente podem ser produzidos pelo vinho ou pela cerveja, por causa da quantidade que é necessário beber, e o indivíduo cai durante a sua absorção num estado de embriaguês que o faz cessar de beber antes de haver perigo de morte.

Com as bebidas espirituosas, o perigo de morte já existe se uma pessoa beber rapidamente o conteúdo de uma garrafa, e há vários casos de morte, em pessoas que o fizeram por aposta. Habitualmente estas bebidas tomam-se devagar o que dá tempo a que o indivíduo caia em embriaguês antes de chegar à zona de perigo.

Praticamente não existe habituação do organismo no álcool no sentido de, como acontece com a morfina, serem necessárias doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito tóxico. Isso vai contra a impressão geral de que uma pessoa habituada ao vinho aguenta maiores quantidades do que uma não habituada. O que na verdade se verifica é que a pessoa habituada sabe melhor compensar os prejuízos funcionais, consequentes à intoxicação alcoólica, e isso por mecanismos psicológicos, pelo que se chama «a educação do bebedor», e é vulgar ouvir dizer «estava como um cacho, mas não o mostrava». Há no entanto uma oscilação, a longo prazo, da tolerância ao álcool.

NEWMAN demonstrou em cães que a administração contínua de álcool, durante vários meses, provocava alterações somáticas, irritabilidade e um aumento de tolerância para o álcool. Desde que os cães fossem

colocados em abstinência, estas alterações levavam cerca de 7 meses a desaparecer. Considerou provável que este aumento de tolerância seja devido a um aumento de tolerância dos tecidos.

No homem, os trabalhos de Schweisheimer e Goldberg mostraram que, nos alcoólicos, também se dá um aumento da tolerância, provavelmente devida à sua mais rápida oxidação nos tecidos. Este aumento de tolerância não tem o carácter progressivo do aumento de tolerância para a morfina e sobretudo ao fim de cerca de 10 anos de abusos intensos, pode dar-se uma viragem para a intolerância ao álcool que é de significado grave. Pequenas doses passam a produzir intoxicações intensas e o risco das perturbações psíquicas do alcoolismo fica francamente aumentado.

A dose de álcool necessária para poder produzir sintomas de intoxicação aguda tem uma larga margem de variação individual e varia também conforme os tipos de bebida alcoólica e o estado do indivíduo. Pode-se dizer que, depois de uma refeição, o indivíduo suporta o dobro da dose que suporta em jejum e que o efeito do álcool é muito mais marcado se, por qualquer motivo, existir um estado de hipoglicémia. A acção tóxica directa do álcool sobre o organismo tem sido extremamente discutida e, segundo BEST, ela é devida a mecanismos carenciais secundários. Assim por exemplo, a cirrose hepática pode ser produzida pelos hidratos de carbono se estes forem administrados nas mesmas condições em que o álcool vem a produzir cirroses alcoólicas.

Existe, no entanto, uma acção tóxica do álcool devida à sua acção desidratante e que, portanto, se encontra sobretudo nos consumidores de álcool concentrado, como a aguardente, que se manifestam pela laringite e gastrite dos alcoólicos crónicos.

Estudos cuidadosos mostram que o efeito tóxico das bebidas alcoólicas sobre o sistema nervoso é unicamente função da percentagem do álcool que elas contêm. A maior acção inebriante que se tem descrito às misturas de bebidas alcoólicas é a consequência duma convicção psicológica e também de uma acção irritante sobre o estômago, que criando um estado neuseoso, permite tornar-se mais aparente o estado da embriaguês.

Aceita-se que certos factores constitucionais predisponem ao alcoolismo. WILLIAMS inclina-se a admitir a existência dum erro congénito do metabolismo, semelhante ao que se encontra noutras idiosincrasias. Estudos dos parentes dos alcoólicos por BLEULER e AMARCK mostraram que a incidência do alcoolismo nos pais e nos irmãos dos alcoólicos, era aproximadamente, duas vezes e meia maior do que nos pais e irmãos de séries controles. Isto tanto pode ser interpretado como uma consequência da tradição familiar, ou como uma demonstração dum factor hereditário predisponente.

Para evitar este inconveniente, OTTERSTÖM estudou os filhos de alcoólicos, educados em instituições, e verificou a existência de uma tendência aumentada para a criminalidade e alcoolismo, mas que não chegava a ser estatisticamente significativa. ROE fez um estudo semelhante de filhos de alcoólicos e educados por pais adoptivos, e não encontrou uma maior percentagem de alcoólicos do que seria de esperar.

Demonstrada com maior segurança pelos trabalhos de POHLISCH, BRUGGER, AMARCK, BLEULER e outros, está a maior frequência de psicopatia nas famílias de alcoolismo, mas parece não se tratar de uma forma específica de psicopatia.

Os trabalhos recentes mais cuidadosos não confirmaram que o álcool prejudique o plasma germinal, quer dizer que os filhos ou os netos de alcoólicos fiquem por isso predispostos à loucura ou à anormalidade. PANSE estudou os filhos dos alcoólicos, dividindo-os em dois grupos, os que foram concebidos antes e depois do pai se tornar alcoólico, e não encontrou diferenças apreciáveis entre os dois grupos. BRUGGER examinou os filhos, sobrinhos e netos dos alcoólicos crónicos. Encontrou, mais ou menos, a mesma frequência de doenças mentais, psicopatia, oligofrenia e alcoolismo em todos eles, quer dizer,



os filhos dos alcoólicos não se destacam dos seus primos, e os netos tinham uma frequência, um pouco menor, destas anomalias.

A afirmação de que o alcoolismo crónico é, com grande frequência, o sintoma de uma doença mental subjacente não tem sido confirmada por estudos cuidadosos, isto é, num grupo de alcoólicos crónicos, não se encontra uma maior frequência de psicose maniaco-depressiva ou de esquizofrenia, do que na população normal.

A epilepsia tem sido considerada por alguns, como mais frequente entre os alcoólicos crónicos. No entanto segundo AMARK, se retirarmos das cifras de epilepsia apresentada pelos diferentes autores, os doentes que são epiléticos, em consequência do seu alcoolismo, e (cerca de 10 % dos alcoólicos crónicos podem ter ataques epiléticos), já a epilepsia baixa para cifras comparáveis à da população geral.

GABRIEL e BRUGGER aceitam que a oligofrenia, a debilidade mental, é mais frequente entre os alcoólicos, mas também este achado tem sido posto em dúvida e, por exemplo, AMARK não encontrou entre os seus alcoólicos uma maior frequência de oligofrenia.

Na verdade são particularmente dados ao alcoolismo certos tipos de psicopatas, neuróticos e certas personalidades, mas não há dúvida que muitas pessoas chegam à toxicomania pelo caminho da habituação, por costumes sociais, que consideram sem perigo, e, uma vez curadas, as suas personalidades não revelam desvios anormais.

E. BLEULER afirma, mesmo, que bastantes pessoas se vêm a tornar alcoólicas, sem beberem mais do que elas próprias e as pessoas que os cercam acham normal, e o seu alcoolismo pode vir a manifestar-se por um «delirium tremens» durante uma pneumonia, sem que nunca tenham apresentado etilomania, isto é, sem que se tenham sentido possuídas por uma necessidade incontrolável de beber.

Segundo ÖDEGGARD, o alcoolismo introduz um mecanismo inteiramente novo na personalidade, e este mecanismo desenvolve-se segundo as suas próprias leis, muitas vezes em oposição à natureza verdadeira da personalidade.

Há um acordo geral de que para cair neste caminho, vários hábitos são particularmente perigosos, tais como beber de manhã, o chamado mata-bicho, beber com o estômago vazio, e o uso dos alcooes concentrados, as chamadas bebidas espirituosas.

O álcool é um dos meios mais eficazes e mais acessíveis para libertar o homem das sensações de tensão interna e de ansiedade, e todas as situações que levam à existência de estados duradouros de tensão e de ansiedade, podem vir a levar ao seu abuso. O álcool é utilizado para esconder realidades exteriores ou interiores desagradáveis. Mesmo no mais ou menos normal beber social encontra-se um elemento de regressão a um nível inferior e o álcool faz vestir temporariamente, as ideias e as actividades de um jovem descuidado.

Nas personalidades emocionalmente imaturas, este efeito leva-as a encontrar, no álcool, uma fuga às suas responsabilidades que pode ser a causa do seu abuso prolongado. POHLISCH procurou demonstrar que as afinidades pessoais, para os tóxicos, não são gerais para qualquer tóxico euforizante, mas específicas para determinados grupos de tóxicos, e considerou dois grandes grupos de personalidades de base hereditária, com tendência para as toxicomanias. O do alcoolismo que se manifesta de preferência, em personalidades robustas e elementares, com forte excitabilidade afectiva, sociáveis, e o grupo da morfinomania, cocaína, hashish em que considera, por um lado, personalidades sensíveis, sofridas, de vontade fraca, pusilânimes, com perturbações vegetativas, e por outro lado, certos indivíduos, activos, mas sem persistência, bem dotados intelectualmente, mas desenfriados, desejosos de importância e ávidos de emoções, mas de afectividade pobre, e como os primeiros também lábeis, vegetativos. Sobretudo personalidades deste segundo grupo, podem tender ao abuso simultâneo de álcool e morfina. Na valorização destes estudos é necessário não esquecer que um número apreciável de alcoólicos não tem

personalidades anormais e devem a sua toxicomania apenas ao hábito e apetência devidos ao consumo prolongado do álcool.

Os psicoanalistas têm descrito na vida dos alcoólicos, o que eles chamam o crime do amor excessivo e possessivo dos pais, que impede a natural maturação emocional dos filhos, e que os torna incapazes dum comportamento adulto. É especialmente frequente, nestes doentes, a existência dum pai severo e temido, ao lado duma mãe que lhes dedica todos os seus afectos, absorvendo-os excessivamente. Esta predominância da mãe pode-se manifestar já na infância, pelos chamados sinais de erotismo oral, ou como nos diz um velho ditado inglês: «Crianças que chupam o dedo, não-de mais tarde chupar a garrafa».

Vários factores sociais, alguns deles ainda mal conhecidos, abrem o caminho para o abuso do álcool. Um certo número de pessoas vêm a cair no alcoolismo porque procuram conformar-se aos costumes do grupo a que pertencem, sem terem a resistência necessária. Assim, muitas vezes, o começo do alcoolismo dá-se numa certa situação social, em jovens que desejam ser conhecidos como adultos, e demonstrar a sua superioridade e resistência.

A importância dos factores sociais é demonstrada por largo número de factos de que aqui apenas citaremos alguns. — Na cidade de Nova-Yorque a frequência das várias formas de alcoolismo baixou para 0,5 % no primeiro ano da proibição, para subir progressivamente até quase ao nível anterior, com a organização de venda clandestina do álcool.

Na tabela junta encontra-se a capitação anual, calculada em álcool absoluto, do consumo das diferentes bebidas alcoólicas (cerveja 3-5°, vinho 10-12°, espirituosos 50°) em vários países.

#### CAPITAÇÃO APARENTE DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EXPRIMIDA EM LITROS DE ÁLCOOL ABSOLUTO POR ANO

PAÍSES	Vinho	Cerveja	Espirituosos	Conjunto
Alemanha. . . . .	0,52	2,32	0,90	3,74
Espanha. . . . .	7,60	0,14	0,68	8,42
Estados Unidos da América do Norte . . . . .	0,38	2,10	1,90	4,38
França. . . . .	12,87	1,25	2,47	16,59
Grã Bretanha . . . . .	0,42	2,77	0,42	3,61
Itália . . . . .	5,10	0,04	0,14	5,28
Portugal . . . . .	11,00	0,08	0,53	11,61

Os números portugueses foram por nós calculados com base nos dados referentes ao uso de bebidas alcoólicas, nos últimos 10 anos, do Instituto Nacional de Estatística e os referentes aos outros países, baseados nos dados referentes aos 3-5 anos que precederam a última grande guerra.

A valorização desta tabela, numa primeira aproximação, tomando em consideração, em cada país, a sua população, em idade de beber, (as crianças habitualmente não bebem), ou o que é melhor ainda, excluindo dos cálculos todas as pessoas que não bebem. Fazendo estas correcções, JELLINEK calcula que em França a capitação sobe de 16,3 para 29,1 litros de álcool absoluto e na América do Norte sobe de 4,3 para 14,4 litros. Estas diferenças apreciáveis são fáceis de compreender se atendermos que na América do Norte apenas 40 % dos con-



# 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, MICROCCOS  
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





Mais de 4 anos no Mundo inteiro conferiram à Cloromicetina o primeiro lugar entre os antibióticos de largo espectro. Alguns dos predicados mais significativos que elevaram a Cloromicetina a esta posição única são a rapidez e a eficácia de absorção, a reacção rápida e consistente, a notável distribuição pelos tecidos e a grande gama de possibilidades de tratamento que oferece nas mais diversas situações clínicas. O incremento da resistência à Cloromicetina pelos agentes patogénicos vulgares é extremamente raro e a facilidade com que a droga é absorvida explica a baixa incidência das perturbações gastro-intestinais observadas.

# CHLOROMYCETIN

## O CLORANFENICOL ORIGINAL

CLOROMICETINA CÁPSULAS

PALMITATO DE CLOROMICETINA — SUSPENSÃO

CLOROMICETINA OFTÁLMICA

UNGUENTO DE CLOROMICETINA OFTÁLMICA

CREME DE CLOROMICETINA A 1%

CLOROMICETINA TÓPICA A 10%

CLOROMICETINA INTRAMUSCULAR

CLOROMICETINA TÓPICA

\* Marca registada

PARKE, DAVIS & COMPANY, LIMITED Inc. U. S. A., Hounslow, próximo de Londres

Representada em Portugal pela SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S. A. R. L. — Travessa da Espera, 3 — LISBOA



sumidores potenciais se servem de bebidas alcoólicas em comparação a 80 % em França.

O estudo das curvas de consumo nos países nórdicos na Inglaterra e na América mostra nesses países uma tendência para a moderação que se caracteriza pelo menor consumo de álcool e por uma preferência nítida para as bebidas de pequena concentração alcoólica. Esta tendência para a moderação que em vários países se deixa registar já a partir de meados do século passado, é possivelmente, diz JELLINEK a manifestação da tendência moderna geral para a maior moderação no beber e no comer.

Não se conhecem ao certo os factores que contribuem mais decisivamente para a diminuição do beber social excessivo. Entre os que têm sido apontados encontram-se, a vida mais desportiva, a melhor educação, a importância crescente do cinema, do automóvel e na América, da televisão. Outrora o bar ou a taberna eram o Clube do pobre, mas actualmente há outras distrações além da de encontrar os amigos com um copo na mão, como o automóvel, o cinema, os arranjos caseiros etc. e os automobilistas têm cada vez maior consciência do perigo de guiar sob o efeito do álcool pois conseguiu-se mostrar que na América em cerca de 42 % dos acidentes de automóvel os motoristas embora não parecessem embriagados tinham bebido quantidades de álcool que prejudicavam a sua capacidade de guiar.

É possível que as campanhas de higiene mental, os impostos pesados, a regulamentação do funcionamento das tabernas, existentes nalguns países tenham contribuído para este efeito.

As populações rurais, com excepção das que se dedicam ao cultivo do vinho bebem em média 30 a 50 % menos do que as populações citadinas.

O alcoolismo nas mulheres apresenta notáveis variações de país para país, o que se deve atribuir a factores sociais. Assim o alcoolismo crónico dos homens em relação às mulheres encontra-se na Inglaterra na proporção de dois para um, na América do Norte de seis para um, na Noruega de vinte e três para um. No nosso país encontramos para as admissões por alcoolismo crónico e psicoses alcoólicas aos hospitais do Centro Psiquiátrico do Sul, nos anos de 1942 a 1954 (num total de cerca de oitocentos casos, a proporção de seis para um.

A criminalidade das mulheres alcoólicas foi muito mais baixa e a avaliar pelos exames psiquiátricos médico-legais, feitos na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, abrangem apenas 5 % do total dos crimes de alcoólicos.

Existem múltiplas estatísticas que demonstram que o alcoolismo é uma doença profissional bastante frequente dos proprietários dos tascos e tabernas. Não podemos desenvolver aqui o estudo dos factores sociais que contribuem para o alcoolismo, tanto mais que vários estudos críticos recentes têm abalado convicções que eram consideradas conhecimentos sólidos. Além disso os factores sociais jogam de modo diferente, conforme a estrutura da sociedade em que estão em acção.

É certo porém, que hoje se dá menos importância, do que antigamente, à miséria na produção do alcoolismo. Contribuiu bastante para esta opinião, o facto e que a maioria dos estudos iniciais se fez em hospitais psiquiátricos para doentes pobres (JELLINEK). No entanto vários autores consideram, sem que disso tenham dado prova cabal, que o alcoolismo é mais frequente nas classes inferiores e nas classes superiores, sendo as classes médias as mais poupadas, revelando-se, mais uma vez, como os pilares da sociedade.

Não se pode dizer que um homem é alcoólico, apenas pela natureza e quantidade das bebidas que consome, é necessário conhecer os motivos porque bebe e os efeitos que espera. Existem hoje várias classificações dos consumidores de álcool que tomam em consideração esta situação.

O *bebedor moderado* não procura a embriaguês, usa o álcool como condimento e alimento estimulante, ou ainda pelo seu efeito sedativo e euforizante suave. O álcool não constitui nem uma necessidade nem uma parte importante do seu orçamento.

O *bebedor social* usa o álcool para lhe dar estímulo e entusiasmo para as suas actividades sociais. Um certo número destes bebedores vem a cair na toxicomania alcoólica, sem contar que está sujeito aos perigos da embriaguês aguda, tais como conflitos e desastres de automóvel.

Começam por beber para estarem mais bem dispostos, e finalmente a má disposição, consequente ao abuso prévio do álcool, «a ressaca», só passa com novas doses de álcool, o que cria um ciclo vicioso, extraordinariamente perigoso. KRAEPELIN considera alcoólicos crónicos os indivíduos em quem se pode demonstrar uma acção permanente do álcool, em quem ainda não desapareceu o efeito da dose anterior quando começa o efeito da dose seguinte.

O alcoólico passa a viver sob um véu permanente de álcool que constitui a sua principal fonte de energia, pois a gastrite consequente ao abuso, tira o apetite para quaisquer outros alimentos. Nesta situação, uma pequena doença, uma sobrecarga de actividade do organismo, estabelece a situação de carência secundária que precipita a psicose alcoólica.

Vários autores têm procurado descrever como o alcoolismo se apodera de uma qualquer personalidade, como passa de um hábito, relativamente inócuo, a uma toxicomania, que leva à degradação ética e social, ao crime e à loucura. Em geral os alcoólicos graves começam a beber bastante novos, tiveram os seus primeiros estados de embriaguez aguda pelos 18, 20 anos, e passaram a beber excessivamente uns 10, 12 anos depois, pelo que FLEMING e TILLOTSON concluem que é necessário um período de 10 anos de hábitos alcoólicos, mais ou menos moderados, para se instalar a habituação e toxicomania. Este período é com frequência mais curto em certos psicopatas.

Nas histórias dos nossos alcoólicos, a passagem do alcoolismo à etilomania e alcoolismo crónico, é muitas vezes progressiva e insensível, é um plano inclinado que descem sem dar por isso. Outras vezes notam que passam a beber mais, ou a alimentar-se quase exclusivamente de vinho, porque perderam o apetite, e se sentem mal dispostos, se não beberem.

Ainda noutros, desgostos, conflitos e dificuldades, ou circunstâncias várias, levaram a um agravamento ocasional dos hábitos alcoólicos, que excedem o limite de tolerância do organismo, e caem no ciclo vicioso do alcoolismo grave, do qual não conseguem sair.

É necessário grande prudência na valorização destes factos, como nos são contados pelo alcoólico, pois em muitos casos trata-se apenas de racionalizações para a toxicomania que deles se apoderou. Um estudo cuidadoso revela que muitos já se encontravam num plano inclinado, e que essas circunstâncias, se algum efeito tiveram, foi o de agravar a velocidade da descida.

JELLINEK estudou a história do alcoolismo grave e encontrou uma série de sintomas indicativos que vão aparecendo à medida que o alcoolismo progride. Os alcoólicos graves começam por apresentar lacunas mnésicas para episódios de embriaguez aguda, durante os quais não pareciam objectivamente inconscientes e tinham um comportamento intencional. Bebem em segredo, mostram uma preocupação constante sobre a existência dum fornecimento adequado de álcool e queixam-se de tremores e medos indefinidos. É frequente, nesta época, que passem dias inteiros completamente embriagados, sem consideração pelo trabalho, ou pela família, e uma vez que comecem a beber, perdem por completo o controle do que bebem, lançando-se em gastos extravagantes.

É habitual considerar no alcoolismo grave dois grupos principais, a etilomania, que se define como as outras toxicomanias, pela existência duma necessidade permanente de álcool, por o indivíduo não poder viver sem beber, e o alcoolismo crónico que designa a existência de alterações psíquicas e somáticas, consequência do álcool, como a degradação ética e embotamento dos afectos, a gastrite, a polinevrite, a cirrose, etc.

Tem-se estudado com interesse a personalidade dos alcoólicos graves. Num bom número encontram-se, como se podia prever pelo que temos vindo a dizer, personali-



dades que não têm nada de particular, ciclotímicos ou esquizotímicos que se não diferenciam de outras pessoas com o mesmo temperamento, que não são alcoólicas. No entanto não há dúvida que certas personalidades caem com mais facilidade no alcoolismo e POHLISCH considera quatro grupos principais nos seus alcoólicos crônicos: 1) As personalidades normais, nas quais predominam os temperamentos ciclotímicos. 2) psicopatas hipertímicos e depressivos. 3) Psicopatas excitáveis e explosivos. 4) Outros tipos de psicopatia. Vários autores têm encontrado, com frequência, ansiedade, tensão e disforia, e personalidades sensíveis e instáveis, com complexos de inferioridade.

POMPEU SILVA estudou a personalidade de 100 alcoólicos crônicos, na sua maioria com psicoses alcoólicas. Na sua opinião é difícil individualizar, no alcoólico crônico, a personalidade anterior ao alcoolismo. Os alcoólicos adquirem ao fim de certo tempo, um largo número de características comuns, uma certa uniformização da personalidade, que se deve considerar mais como uma consequência do alcoolismo, do que propriamente um tipo de personalidade com tendência ao alcoolismo crônico.

Nas personalidades dos alcoólicos encontrou 66 % de ciclotímicos, 20 % de esquizotímicos e 14 % de personalidades com características heterogênicas, epileptóides, e outras psicopáticas, como instabilidade e abulia. Faz notar que estes números são apenas indicativos, pois vêm de um material seleccionado que compreende um número excessivo de alcoólicos graves com psicoses, admitidos em hospitais psiquiátricos.

Já dissemos a tendência das investigações mais recentes para retirar a importância que se concedia antigamente à predisposição à doença mental, ou à própria doença mental, como determinante ao alcoolismo. Segundo AMARK, a frequência de doenças mentais, com excepção possível da epilepsia, não é maior numa população de alcoólicos crônicos, do que na população geral.

No entanto o alcoolismo guarda relações complexas com as doenças mentais e que são ainda objecto de largas discussões. Com efeito tem grande interesse saber quais são os efeitos que uma noxa susceptível de produzir psicoses, possa vir a ter no desencadeamento de psicoses, de base endógena, hereditária, ou outra. Para simplificar o problema resolvemos estudá-lo em relação a uma psicose de etiologia conhecida, a paralisia geral.

Em colaboração com FRAGOSO MENDES, MILLER GUERRA e POMPEU SILVA, encontramos alcoolismo em 14 % de 213 paralíticos gerais. A acção do álcool foi complexa. Num pequeno número de casos, o alcoolismo teve o que chamamos um efeito patoplástico, quer dizer, as paralisias gerais tinham os sintomas das psicoses alcoólicas — o alcoolismo mudou os sintomas da paralisia geral, o que tornava difícil o diagnóstico clínico desta doença. Noutros, o alcoolismo foi um sintoma da paralisia geral, bebedores moderados passando a cair em excessos alcoólicos graves sem motivação aparente.

Além deste efeito patoplástico, o álcool funcionou também como um factor desencadeante, a paralisia geral tendo então um início agudo e manifestando-se numa fase mais precoce do processo meningo-encefálico, com melhor susceptibilidade de tratamento. Ainda noutros casos, a deterioração alcoólica da personalidade, somou-se ao efeito da paralisia geral.

Consideramos provável que os mesmos tipos de efeito do álcool se manifestam no campo das psicoses endógenas e estamos a reunir o material para realizar esse estudo.

É geralmente conhecido que excessos alcoólicos possam ser um sintoma de uma epilepsia, psicose maniaco-depressiva e esquizofrenia e que o abuso de álcool agrava os sintomas destas doenças, em especial da epilepsia, pelo que a maioria dos autores recomenda a abstinência aos seus portadores.

No entanto não temos visto nos esquizofrénicos em remissão, ou estabilizados, e nos maniaco-depressivos que o uso moderado do álcool tenha um efeito prejudicial, assim como não temos verificado, de modo evidente, que a abstinência total tenha efeito profilático. Mas nestas doenças cria-se, com certa facilidade, intolerância para

o álcool, e há doentes em quem mesmo pequenas doses têm efeito prejudicial, de modo que recomendamos uma extrema prudência na permissão de bebidas alcoólicas.

O álcool é particularmente mal suportado pelos epilepticos que sofrem com facilidade de ataques, ou outros equivalentes epilepticos, mesmo pelo seu uso moderado. Costumam-se descrever epilepsias provocadas pelo alcoolismo, doentes que tiveram a sua epilepsia posta em marcha pelo abuso do álcool, e a epilepsia alcoólica na qual o ataque epileptico é um sintoma de alcoolismo, que cessa com a cura deste mal, a seguir a uma abstinência prolongada.

É mais difícil de provar e tem menos importância clínica, a acção desencadeante do álcool sobre a psicose maniaco-depressiva e a esquizofrenia. Muitos autores mesmo não a aceitam. Na nossa experiência temos esquizofrenias e psicoses maniaco-depressivas em alcoólicos, que evoluíram inicialmente como psicoses alcoólicas, mas que mais tarde passaram a ter uma evolução segundo as suas leis próprias, apesar da completa abstinência dos seus portadores.

Noutros parece ter-se mantido uma certa interacção entre as psicoses e o alcoolismo. O inverso também se passa, e as psicoses alcoólicas são mais frequentes nas pessoas predispostas às doenças mentais e assim, por exemplo, o delírio de ciúme e a alucinação dos alcoólicos, tem afinidades nítidas com a esquizofrenia.

Duas ordens de factos militam a este favor. Um certo número de alucinoses alcoólicas evolui mais tarde para a esquizofrenia. Na família dos doentes com alucinação alcoólica encontra-se uma frequência aumentada de esquizofrenia.

Nos nossos estudos, em colaboração com BETTEN-COURT IGREJAS sobre o Liquor dos alcoólicos, encontramos disto uma demonstração indirecta. As proteínas do liquor estão mais aumentadas nos doentes com alcoolismo crónico, ou «delirium tremens» de instalação espontânea. As proteínas já estavam menos aumentadas nos doentes com «Delirium tremens» precipitado, por exemplo, por uma pneumonia, mas estavam ainda mais baixas nos doentes com alucinoses. Estes eram os casos com menor deterioração alcoólica e idade de internamento mais precoce e que, apesar disso, sofriam as psicoses mais graves.

Tudo isso sugere que a psicose era a consequência do efeito do alcoolismo sobre um doente com uma predisposição especial, e realmente encontrava-se, na família de alguns deles, casos de esquizofrenia.

A importância do álcool na produção de psicoses é, ainda hoje, sobrevalorizada em muitos países e mesmo no nosso. Muitos dos doentes, com diagnóstico de alucinação alcoólica, que tenho visto, não passam de esquizofrenias com um componente alcoólico. Isso diminuiu a validade das estatísticas sobre o assunto, mas, no entanto, JELLINEK reuniu um certo número de dados sobre a frequência de admissões por alcoolismo aos hospitais psiquiátricos em diferentes países. Ela é de 1,5 % na Noruega, de 2,5 % na Finlândia, de 5 % nos Estados Unidos da América do Norte, de 8,6 % na Suécia, sendo provável, segundo este autor, que a frequência de admissões em França e em Itália seja bastante maior.

Nos doentes admitidos aos Hospitais do Centro Psiquiátrico do Sul, de 1947 a 1954, um total de mais de 12.500 casos, as admissões por alcoolismo crónico e psicoses alcoólicas perfizeram 810, ou seja 6 % das admissões.

Os dados referentes à frequência de psicose alcoólica no alcoolismo crónico são raras. A maior parte dos autores tem-se limitado a descrever a incidência do alcoolismo crónico e das diferentes psicoses na população dos hospitais, o que constitui, evidentemente, um material seleccionado a favor das psicoses. ELLERMAN, por exemplo, encontrou 45 % de psicoses e M. BLEULER 31 %, numa população de alcoólicos hospitalizados, enquanto AMARK, no conjunto dos seus alcoólicos crónicos, encontrou apenas 10 % com psicoses alcoólicas.

As diferentes formas de psicoses alcoólicas guardam relações com os principais tipos de doenças mentais, assim o «delirium tremens» e o síndrome de Korsakow aparecem mais em picnics ou famílias com hereditariedade



maníaco-depressiva, ou ainda em famílias com tendência ao delírio; o delírio do ciúme, a paranóia e a alucinose alcoólica, em leptosónicos e esquizotímicos com hereditariedade esquizofrénica: a embriaguez patológica e os estados crepusculares, em atléticos e enequéticos com hereditariedade epiléptica.

Em conclusão, o alcoolismo é um fenómeno de etiologia complexa, a que se chega por vários caminhos. Num extremo temos personalidades instáveis, mal adaptadas, de vida interior tensa e disarmónica que logo ao primeiro contacto se tornam alcoólicas, para quem o álcool passa imediatamente a ser um elemento necessário e imprescindível da sua existência. No outro extremo temos personalidades normais que se tornaram alcoólicos crónicos, sem beberem mais do que elas próprias e os que os cercam consideram normal, e que nunca sofreram de etilomania.

No primeiro grupo, o alcoolismo é a consequência de uma determinada estrutura da personalidade, frequentemente de base hereditária, enquanto no segundo grupo ele é a consequência de acções tóxicas devidas ao alcoolismo, em organismos que lhe são pouco resistentes.

Entre estes dois extremos temos vários grupos intermediários, onde se encontra a maioria dos alcoólicos e que têm por base comum, a formação de uma toxicomania. O abuso prolongado do álcool, por quaisquer motivos psicológicos ou sociais, produz modificações, no organismo, de ordem psicológica e fisiológica que levam à etilomania, à necessidade imperiosa de beber e à perda de controle do que se bebe, uma vez que se começa a beber. A etilomania leva cerca de 10 a 12 anos a instalar-se, e é favorecida por um certo número de hábitos que enumeramos atrás.

Da etilomania ao alcoolismo crónico e às psicoses alcoólicas a distância é pequena e facilmente percorrida.

Etilomania, alcoolismo crónico e psicoses alcoólicas, instalam-se com muito maior facilidade em certas personalidades e constituições, quer dizer a resistência física e psíquica ao alcoolismo tem uma larga margem de variação, mas é preciso não esquecer que certos hábitos alcoólicos, acabam sempre por levar ao alcoolismo crónico, podendo este no entanto ser de instalação bastante mais curta em algumas personalidades e constituições.

## GÉNIO E LOUCURA

GALTON foi o primeiro a estudar o parentesco dos homens mais famosos da Inglaterra. Cem personagens eminentes tinham tido 31 pais notáveis, 48 filhos notáveis 17 avós e 14 netos também notáveis. Encontrou nas famílias de 415 homens eminentes uma frequência de homens superiores, mil vezes maior que a da média da população.

WOODS estudou o parentesco de 3.500 americanos eminentes e verificou que os laços de parentesco existiam entre eles na proporção de 1 para 5, enquanto que com a média da população, essa proporção era de 1 para 500, quer dizer, os americanos célebres, estavam aparentados uns com os outros, 100 vezes mais do que com o resto dos seus compatriotas.

Na Alemanha as coisas sucedem do mesmo modo. Assim RATH demonstrou as relações de estreita consanguinidade de uma boa parte dos pensadores e poetas Suabos. Na árvore genealógica da família Burkkardt-Bardili notou a descendência comum de Schelling e Hölderlin, Uhland e Mörike, das quais novas linhas de parentesco levavam a Hauff, Kerner, Hegel e Mozart. Que Goethe descende de Lucas Cranach foi posto a claro pelos estudos genealógicos de Sommer.

Pode hoje afirmar-se que as relações de parentesco, entre as personalidades eminentes na história do espírito, são muito mais frequentes do que poderia esperar-se, segundo a simples expectativa estatística. Diz KRETSCHEMER: «Assim pois, onde quer que se acumulem aptidões notáveis, vemos à obra processos selectivos e formativos permanentes de carácter profissional e regional, e que fazem, que precisamente num lugar determinado, se

concentrem e enriqueçam, de modo intensivo, as disposições dispersas e diluídas na totalidade do povo. Isto não se aplica unicamente às pessoas genais, mas também às aptidões colectivas, à capacidade mercantil das famílias patricias, das antigas cidades comerciais, ou às famílias de artezões de valor insubstituível, em indústrias locais, com as suas actividades psicomotoras especializadas, como por exemplo, as indústrias de relojoaria e mecânica de precisão da Suíça e da Floresta Negra.

ADELE JUDA fez um extenso e documentado estudo do significado da hereditariedade para o aparecimento dos espíritos superiores, com capacidade criadora, e quais as suas relações com as anomalias psíquicas. O seu trabalho baseou-se no estudo de 113 artistas e 181 homens de ciência, nascidos entre 1650 e 1800, e dos seus ascendentes e descendentes, num total de 15.000 pessoas.

Na família dos artistas encontrou, com frequência superior à norma, artistas e artesãos, na dos poetas e cientistas, ofícios académicos e também artistas.

Em geral são primogénitos, e nascem em famílias com rápida ascensão social. Os avós têm ofícios inferiores, os pais subiram na escala, os irmãos, sobrinhos e sobrinhos netos, mais alto ainda, e os filhos continuam a ascender. Na descendência dos cientistas, este alto nível, tem tendência a manter-se, enquanto na dos artistas há uma nítida queda.

Foram apenas oito, os espíritos superiores que surgiram, como uma estrela solitária, no seio de famílias mediocres. Em geral têm parentes com dotes excepcionais e são frequentes as relações de consanguinidade com homens ilustres. As esposas dos artistas, como dos sábios, eram, com frequência artistas. Em geral casaram com mulheres muito mais novas e os casamentos foram felizes, de modo duradouro, em especial os dos cientistas, mas também os dos artistas. Deram-se separações em 1 % dos cientistas e em 8 % dos artistas e 25 % destes e 13 % dos cientistas permaneceram solteiros.

Nos probandos e nos seus parentes encontraram-se muitas peculiaridades de carácter, mas que não podiam ser chamadas psicopáticas.

Os sentimentos e reacções dos artistas, são mais profundos e extremos e excedem os limites habituais. A actividade de um artista ou de um cientista, absorto no seu trabalho, a fácil inquietação e instabilidade que acompanham tantas vezes a criação espiritual, podem parecer anormais ao vulgo, e há uma forte tendência para exagerar estas anomalias, e dar-lhes um relêvo excessivo, que corresponda ao carácter extraordinário do génio.

Segundo JUDA porém para se valorizar objectivamente uma característica como psicopatológica, é necessário apreciar se o comportamento correspondente, está ou não adaptado aos fins vitais e destino do indivíduo.

A tensão e a excitabilidade, a inquietação, a hipersensibilidade é o carácter desmedido das reacções afectivas, a falta aparente de sentido da realidade, a tendência para estados extremos, de depressão e desespero, de abstracção e inspiração, estão implícitas a muitos tipos de actividade criadora e não devem ser consideradas psicopáticas, embora quantitativamente excedam a norma e sejam fonte de sofrimento. Para estas personalidades mais ricas e mais complexas devem-se usar medidas mais largas e características que valem como psicopáticas, num homem vulgar, não merecem ser assim designadas no homem genial. Na verdade, nem todos os autores aceitam este critério pois quando LANGE-EICHBAUM diz que na sua maioria os génios, não foram psicóticos mas apenas psicopatas, e quando KRETSCHEMER fala da necessidade da existência de um elemento psicopatológico para a formação do homem genial, têm sobretudo em vista estas características excepcionais, mas que JUDA se recusa a considerar psicopatológicas, porque o comportamento do indivíduo, em que se manifestam, se encontra adaptado aos seus fins vitais, e além disso não tem origem em taras hereditárias.

Neste sentido estrito, a psicopatia teve apenas uma frequência um tanto superior à norma, 19,4 % nos cientistas, e 27,3 % nos artistas (em comparação a 10-12 % na população e comenta JUDA, que os homens



superiores foram, muitas vezes, os menos psicopatas da família.

Anomalias psíquicas do tipo das antinomias do carácter, manifestaram-se algumas vezes. Nestes casos não havia anormalidades familiares e as tendências divergentes herdadas, de ambos os pais, podem ter motivado, ao mesmo tempo, os dotes artísticos e as anomalias.

Nem todas as variedades de psicopatias se encontram neste grupo. JUDA descreve os depressivos, dados a crises de tristeza imotivada ou reactiva a desgostos e conflitos, que não chegam a constituir uma doença mental, e que a seguir são o ponto de partida, sobretudo de criações poéticas líricas, ou musicais. Algumas obras de arte foram a revelação de naturezas hipersensíveis com tendência à inquietação, e à fantasia excêntrica.

Na actividade científica, participou sobretudo uma hipomania leve, que facilitou a actividade do pensamento. Noutras naturezas ainda, uma dedicação fanática a uma ideia, doa a quem doer, foi um dos elementos do triunfo.

Instabilidade, excitabilidade, histerismo, alcoolismo, tendências suicidas, e um tipo muito complexo de psicopatia, que se não deixa incluir com facilidade, em nenhuma classificação, foram ainda encontrados por JUDA, não havendo dúvida que vários destes traços psicopáticos, prejudicaram apreciavelmente a actividade criadora.

De modo geral houve mais psicopatas esquizóides entre os artistas, e ciclóides entre os cientistas. Os matemáticos foram classificados por JUDA entre os cientistas, mas nas suas personalidades encontravam-se, com mais frequência, traços esquizotímicos.

A frequência de psicoses endógenas estava um tanto aumentada, e apresentava contrastes semelhantes aos existentes nos psicopatas. Os artistas sofreram, em 2 %, de esquizofrenia e, em 2,08, de psicoses atípicas. Nos cientistas houve 4 % de psicose maniaco-depressiva e não sofreram de psicoses atípicas, ou de esquizofrenia. Os números da população que JUDA aceita para comparação são 0,8 % de esquizofrenia e 0,4 % de psicose maniaco-depressiva. Também nos parentes próximos, tanto dos artistas como dos cientistas, se encontrava uma frequência aumentada de psicoses endógenas.

De modo geral, as doenças mentais tiveram um efeito prejudicial, sobre a actividade artística, e apenas em dois casos, períodos de mania foram os de maior produtividade. Termina ADELE JUDA o seu estudo, com a afirmação de que nas famílias dos homens superiores, o típico não é a maior frequência de doenças mentais, mas sim a grande frequência de dotes excepcionais, devendo ainda notar-se que, nas famílias com psicopatia ou psicose, em geral estas foram mais graves na família, do que no homem eminente.

Ter génio não é, estar prometido à neurose e à loucura, mas ainda mais, quando essas tendências hereditárias existem, é resistir-lhes melhor, do que os outros membros da família.

A loucura nos génios existiu, na verdade, apenas com pequena frequência, mas uma boa percentagem de homens eminentes tinha personalidades psicopáticas. Tem largo interesse para a psicopatologia das doenças mentais e para a psicologia do génio, o estudo destes casos. No que vamos dizer, seguiremos principalmente KRETSCHEMER, JASPERS e LANGE EICHBAUM.

Já Aristóteles dizia que muitos poetas, artistas, e homens ilustres sofreram de melancolia e delírio, como outrora Ajax, e no seu tempo Empédocles, Platão, Sócrates e muitos outros, mas principalmente os poetas.

Goethe comenta a este respeito:— Os seus feitos extraordinários pressupõem uma organização muito delicada, que os torna sensíveis aos sentimentos inusuais e susceptíveis de ouvir as vozes divinas. Uma organização destas, em conflito com o mundo e os elementos, perturbava-se, e sofre com facilidade. — Aqueles que não combinam como Voltaire, uma grande sensibilidade a uma resistência invulgar, estão sujeitos a doenças constantes — Schiller estava sempre doente... mas era bastante rijo.

Nestes génios há um entremeado característico de tendências e reacções extremas e anormais, dentro da estrutura sólida e firme da personalidade. LANGE-EICH-

BAUM considera estes elementos «bionegativos», um fermento que aumenta a produtividade, ou como Emerson dizia:— «Worlds work is done by its invalids».

KRETSCHEMER confirma LANGE-EICHBAUM:— «As rudes antíteses interiores e o lábil refinamento nervoso, inerentes ao componente psicopatológico, encontram-se, não só reprimidas pela massa sã da personalidade total, mas aproveitadas útilmente, como elemento produtivo e estimulante, para o conjunto do rendimento genial».

«Se eliminássemos da constituição de tal homem genial este factor psicopatológico hereditário, este fermento de inquietação demoníaca e de tensão espiritual, não ficaria mais que um indivíduo bem dotado, porém, vulgar». KRETSCHEMER vai mesmo ao extremo de dizer que este elemento parcial psicopatológico, que se apresenta com uma persistência notável no génio, não é apenas uma lamentável condição exterior do factor biológico, mas um componente essencial interior e imprescindível, um elemento indispensável talvez, de toda a genialidade, no sentido mais estrito da palavra.

Este factor patológico, que se encontra contido na sólida trama da personalidade genial, pode revelar-se nas suas famílias. Como diz JUDA: Quando existe psicopatia ou psicose, estas são, em geral, mais intensas na família. — É o caso da grave doença mental da irmã de Goethe, do alcoolismo de seu filho, e da psicose da mãe de Bismark. Somos levados a dizer: A personalidade genial supera o defeito da psicopatia e obriga-o mesmo, a servir os seus fins mais altos.

A tensão e antinomias de carácter, a extrema sensibilidade, a energia desmedida, a capacidade visionária e dedicação exclusiva ao que consideram a sua missão, e que tantas vezes lança o homem de génio contra a sociedade, não tem habitualmente a sua origem em raízes psicopatológicas, manifestação de um terreno psicótico ou psicopático familiar.

Como JUDA e outros o mostraram, trata-se mais vezes de uma soma e potenciação de disposições normais, que se realiza em duas ou três gerações, e que a seguir regressa para níveis mais moderados, pela lei de regressão à média, que Pearson descreveu para as variações extremas da inteligência. Este tipo de variações explica-se melhor, como já dissemos, pelo mecanismo genético da transmissão multifactorial.

LANGE-EICHBAUM formulou, a este respeito, a lei do ponto nodal da hereditariedade:— Quanto mais uma personalidade é superior - norma, quanto mais se encontram personalidades iguais ou semelhantes entre os parentes, e quanto mais afastado o parentesco, quanto menos se encontram estas características.

Há na ascendência directa uma acumulação das disposições hereditárias, que servem à formação do indivíduo excepcional e que, nos seus descendentes, se dispersa de novo pela tendência biológica da regressão à posição mediana do equilíbrio. Esta tendência à dispersão pode, com facilidade, inverter-se e surgirem novas acumulações de disposições hereditárias, que levam à formação de personalidades superiores. Como GALTON e JUDA o mostraram, os homens superiores têm tendência à selecção positiva de cônjuges, a escolherem mulheres do seu nível mental, o que facilita, sem dúvida, o aparecimento de filhos superdotados.

A erupção da doença mental crónica no homem genial, representa, em geral, a destruição mais ou menos próxima, mais ou menos profunda, das suas capacidades, enquanto que nas doenças mentais periódicas, se regista apenas uma incapacidade temporária. No primeiro caso, temos aqueles que produziram todas as suas obras antes de se tornarem psicóticos, como Kant. Kant veio a sofrer de demência senil, e o começo da sua doença já se revela na sua última revisão da crítica da Razão Pura que, como Schopenhauer o faz notar, ficou prejudicada, em relação à primeira edição, por uma excessiva verbosidade.

Com demência artério-esclerótica adoceram também, depois de produzirem as suas obras, Monge, Coppernico, Keller, Stendhal, Faraday. Num outro grupo encontram-se homens eminentes que tiveram a sua actividade



reduzida pela paralisia geral como Baudelaire, Donizetti, Lenau, Jules de Goncourt, Makard, Nietzsche. Em estado de defeito esquizofrénico vieram a terminar Tasso, Newton, Hölderlin, Strindberg...

Há uma grande tendência para considerar a psicose tardia uma consequência da actividade genial, o efeito do esforço excessivo e das mesmas fatalidades do destino individual, que contribuíram para a produção genial. Nesses homens, a terminação na loucura, presta uma aura a toda a sua produção, confere-lhe um preço ilimitado, ao mesmo tempo que sugere o castigo devido a quem quer que saia da norma, mesmo que seja como Prometeu para conquistar o fogo divino, para bem do próprio homem.

Dizia Hölderlin a um amigo, na altura em que começa a manifestar-se a sua esquizofrenia: — «Antigamente eu exultava ao descobrir uma verdade nova, uma concepção mais vasta do que nos ultrapassa e nos envolve, agora temo unicamente parecer-me ao Tântalo antigo que recebeu dos deuses mais presentes do que podia suportar... Como dizem os heróis, posso bem afirmar que Apolo me feriu...

É evidente na maioria dos casos, como por exemplo em Nietzsche e Maupassant, atacados de paralisia geral, que a psicose não se pode considerar a consequência da actividade genial, pois nestes dois homens tratava-se apenas do resultado duma infecção sifilítica, que se poderia ter evitado com umas injeções de penicilina.

No entanto, há casos em que a loucura em início contribui para a elaboração genial, e isso permite-nos uma compreensão mais íntima da doença, quando a vemos em acção sobre o terreno rico e profundo do génio, ao mesmo tempo que este se ilumina de novas perspectivas.

Toda a espécie de excitação do sistema nervoso pode contribuir para a produção artística em indivíduos dotados. Goethe tomava ocasionalmente um ou outro copo de vinho, quando a inspiração estava fatigada. Bismark quando tinha que falar no Reichstag ia num estado de embriaguês ligeira, inaparente, porque assim se tornava mais eloquente.

Efeitos mais profundos do álcool são visíveis em Poe um dipsomano que veio a sofrer de delirium tremens e Hoffman que apresentava uma intolerância marcada para pequenas doses de álcool com alucinabilidade visual fácil. Outros tóxicos como o Hashish em Baudelaire, o ópio em Quincey e Coleridge, a morfina em Heine, podem também contribuir, pelos estados especiais que produzem, para a criação artística, não só como estímulo, mas ainda pelos efeitos específicos produzidos no artista, que vêm a constituir a matéria própria da obra de arte. A acção deletérea do seu abuso prolongado é participlarmente visível em Verlaine, pois quase todas as suas poesias mais apreciadas datam dos primeiros tempos, e compreendem apenas o primeiro terço da sua produção poética. Podemos afirmar que o alcoolismo foi destruindo progressivamente a capacidade poética de Verlaine.

A acção excitante, que pôde exercer o álcool e os narcóticos, manifesta-se também no início das psicoses, mesmo daquelas que levam à destruição final da inteligência. Antes da eclosão da paralisia geral em Nietzsche, da esquizofrenia em Van Gogh, houve um período de extraordinária actividade de inspiração e produtividade intensa.

Os primeiros sintomas de loucura, em Nietzsche manifestam-se em fins de Dezembro de 1888. É o sucessor do Deus morto, é Dionísio Crucificado. Cosima Wagner é Ariana, o seu amigo Erwin Rhode, um Deus. A criação e a história universal dependem de Nietzsche.

A erupção da loucura é brusca em 27 de Dezembro de 1888. Antes nem nas suas obras, nem nas suas cartas existiram, segundo JASPERS, sintomas de loucura, propriamente ditos. Este autor que estudou cuidadosamente a vida de Nietzsche encontra a partir de 1881, sinais de uma alteração da personalidade, de base biológica, e que explica a intensidade dos seus sentimentos de êxtase e inspiração, ou as suas quedas abissais, na depressão e doença. Se este elemento biológico seria a primeira fase da paralisia geral, é uma questão que JASPERS deixa em

aberto, até que se consiga provar que esta doença, numa primeira fase não destruidora, seja capaz desses efeitos.

A partir de fins de 1887, nota-se porém uma nova mudança, essa verdadeira percursora da paralisia geral. Há uma sobrevalorização do eu: «Não é impossível que eu seja o primeiro filósofo da época, mesmo talvez ainda um pouco mais, qualquer coisa de decisivo e de fatal entre dois milénários». — «Por vezes olho para a minha mão com um pouco de desconfiança porque me parece que nela tenho o destino da humanidade», e Nietzsche que foi sempre um retirado sensitivo, passa a fazer a sua própria propaganda.

Aparece uma irritabilidade que o leva a romper secamente com os seus amigos mais próximos, e uma euforia verdadeiramente doentia, que abrange os acontecimentos mais vulgares da sua vida: «Tudo se torna fácil, tudo me calha bem». «O café é de primeira qualidade como nunca tinha encontrado». «O que há de estranho em Turim, é a fascinação perfeita que lá exerço... quando entro numa loja, todos mudam. Oferecem-me o que há de melhor... os que me servem brilham de delicadeza e cortezia».

Portanto no ano que precede a crise final, existe uma intensa produtividade, e uma euforia, irritabilidade e excitação, com sobrevalorização do eu, de origem doentia, e que transparecem nas obras desta época.

A repulsa que Nietzsche acorda em muitos espíritos, origina-se nesta tonalidade especial, que reveste estes escritos. É de aceitar que a excitação patológica, tenha contribuído, não só para o tom, mas também para o impulso à produção.

As linhas do pensamento Nietzsche, não se alteram no período prepsicótico, e não houve nenhuma renovação espiritual, mas os seus escritos tornaram-se mais intensamente polémicos e agressivos e surgiu uma necessidade de propaganda, acompanhada de euforia e sobrevalorização do eu.

No estado actual dos nossos conhecimentos médicos sobre Nietzsche, e a paralisia geral que o vitimou, pudemos dizer que a loucura contribuiu pouco e mal para o seu pensamento, e os vestígios que dela se encontram na sua obra, são um obstáculo à íntima compreensão do filósofo. A contribuição positiva limita-se como já dissemos apenas a uma acção excitante da produtividade. Dizer a este respeito que raramente um homem pagou maior preço pelo génio é uma deformação muito imaginativa do que na realidade se passou.

Mas Nietzsche esteve diversamente doente durante os vinte anos da sua actividade criadora. Sofreu de cefaleias frequentes e intensas, muito miope tinha frequentes dores oculares e diminuição da visão, e ainda estados nauseosos duradouros, que se iniciaram a seguir a uma disenteria contraída durante a guerra de 1870. Houve frequentes melhorias e agravamentos destes sintomas, em que vários autores consideraram possível a existência de uma componente neurótica.

Estes males, esta componente bionegativa, teve segundo a própria confissão de Nietzsche um grande papel na evolução das suas ideias, e a sua obra está cheia de referências ao sentido e significação da sua doença e, em geral, da doença.

«Pouco tempo depois fiquei doente, mais do que doente — cansado pela contínua desilusão a respeito de tudo o que nos entusiasmava ainda, nós homens modernos... e a doença é todas as vezes a resposta, quando duvidamos do nosso direito e da nossa tarefa — quando começamos a torná-la mais leve».

«Uma vontade que se impôs a tarefa de defender a vida contra a dor, de extirpar todas as conclusões que nascem como cogumelos venenosos sobre o terreno da dor, da decepção, da saturação, solidão e outros solos pantanosos... Então conduzi, em mim próprio uma campanha longa e paciente contra a tendência anticientífica daquele pessimismo romântico que quer transformar experiências pessoais em juízos universais, e condenar o mundo...

A própria vida nos recompensa da nossa vontade



teimosa de viver, dessa longa guerra, tal como a conduzi então, contra o pessimismo da fadiga».

Esta história, assim contada, é a descrição de uma neurose, com uma componente somática, e da sua cura. Não podem ficar dúvidas a quem quer que conheça Nietzsche, da extrema importância desta experiência para as suas ideias.

A psicose maniaco-depressiva, sobretudo nos graus leves da hipomania, pode aumentar a produtividade pela vivacidade de afectos, facilidade e plenitude da produção de ideias, vitalidade e confiança em si própria que a caracterizam. Em Goethe nota-se uma periodicidade de vida psíquica, que nas suas fases depressivas, provoca um verdadeiro mal-estar e total esterilidade artística, enquanto as fases produtivas de hipomania leve aparecem com intervalos regulares e foram as portadoras da quase totalidade das criações geniais do poeta. De modo semelhante também em Robert Mayer, o descobridor da lei da conservação da energia, a produção genial se encaixa em alternâncias maníacas muito mais intensas.

Para a esquizofrenia, com a intensidade extática das suas vivências, as combinações pouco frequentes e fusões de conceitos, que ela provoca, pode-se levantar a questão se não contribui de modo mais íntimo e específico para a produção genial.

De facto, o início das esquizofrenias agudas é acompanhado, muitas vezes, de uma tensão extraordinária, de ameaça de ruptura da personalidade, de sentimentos extremamente ricos de revelação cósmica e de novos significados, profundos e misteriosos, de tudo o que os cerca, ao mesmo tempo que se realizam fusões de conceitos, e surgem pensamentos, que transformam personalidades vulgares em pessoas de primeira qualidade, elevando-as acima de si próprias.

A sua vida torna-se mais intensa, mais inteira e independente, a sua sensibilidade é extrema, o seu comportamento é mais espontâneo, mas também mais imprevisível, e como inspirado por uma força demoníaca. Pode haver surtos de actividade artística — uns criam poemas, outros dedicam-se subitamente à pintura, ou o seu dom de expressão musical torna-se mais amplo e intenso e, não é raro, que os doentes pareçam ganhar em profundidade e mistério humano. No entanto, não se conhece nenhum caso, em que um grande artista se tenha revelado, e começado a sua carreira, a seguir a um surto esquizofrénico.

Estes êxtases psicóticos têm analogias psicológicas muito grandes com certos estados de inspiração poética e artística, e compreende-se que a sua manifestação no homem genial leve a uma potenciação dos seus dotes. JASPERS sugere que a maior originalidade, o génio de Hölderlin, o seu carácter único e diferente de tudo, seja precisamente a consequência da eclosão da esquizofrenia, numa natureza poética muito sensível e superdotada.

JASPERS descreve no seu estudo de Van Gogh as seguintes relações entre a sua obra e a esquizofrenia, que o levou ao suicídio. Esta inicia-se lentamente em 1887, com o começo da produção dos seus melhores quadros, e nestes, uma tendência à abstracção e ao movimento, que parece fazer mergulhar os nossos olhos no próprio seio da realidade, de uma abundância infinita. No verão de 1888 manifesta-se já uma tensão psíquica, uma violência apaixonada da experiência visual, dentro duma disciplina formal ainda perfeita.

A partir de fins de 1888, dá-se um avanço decisivo

do processo mórbido. A tensão está ainda dominada, mas a capacidade de síntese já não é livre, nem tão viva. Finalmente em fins de 1889, e em 1890, nota-se um empobrecimento e uma insegurança, acompanhados de impulsões violentas e elementares, que já não são ricas de valor criador... é uma energia sem objecto, um desespero e um terror sem expressão, o magma inexpressivo, a monotonia.

Um estudo da vida de Nerval, mostra que a sua originalidade, segundo MARIE, se acentua a seguir ao seu 1.º surto oniróide, que algumas das suas melhores obras, como as Quimeras, foram produzidas em plena psicose, mas à medida que os acessos se repetem, a capacidade e nível de produção vão baixando. É esta a história habitual dos doentes que sofrem de esquizofrenia.

Nerval, a seguir à cura do seu primeiro acesso, conta-nos, com extrema objectividade e delicadeza, os seus sintomas principais, dos quais destacaremos algumas imagens que nos transportam a um outro mundo, entre o sonho e a vigília, ou como ele diz — *l'épanchement du songe dans la vie réelle* — e que têm um intenso poder sugestivo:

«Era Maldito por ter procurado penetrar um mistério temível, ofendendo a lei divina». «Tinha perturbado a harmonia do universo mágico, onde a alma recebia a certeza da sua existência imortal». «Havia uma vasta conspiração para restabelecer o mundo na paz original». «Vozes secretas saíam das plantas, dos animais para me prevenir e encorajar».

Nas suas obras posteriores vemos alusões frequentes aos seus estados psicóticos, como por exemplo no soneto *El Desdichado*:

*Et j'ai deux fois vainqueur traversé l'Achéron  
Modulant tour à tour sur la lyre d'Orphée  
Les soupirs de la sainte et les cris de la fée.*

Noutros sonetos, os conteúdos parecem vir directamente da psicose, com as suas fusões de conceitos, significados e alusões misteriosas, embora ainda sejam acessíveis a uma interpretação coerente, como de resto, tantas produções, à primeira vista insensatas, de doentes mentais.

*La treizième revient, c'est encor la première;  
Et c'est toujours la seule, — ou c'est le seul moment:  
Car est-tu reine, ô toi! la première ou dernière?  
Es-tu roi, toi le seul ou le dernier amant?*

*Aimez qui vous aime du berceau dans la bière,  
Celle que j'aimais seul m'aime encor tendrement:  
C'est la mort — ou la morte... O délice! ô tourment!  
La rose qu'elle tient, c'est la Rose trémière.*

*Sainte napolitaine aux mains pleines de feux,  
Rose au cœur violet, fleur de Sainte Gudule:  
As-tu trouvé ta croix dans le désert des cieux?*

*Roses blanches, tombez! vous insultez nos dieux:  
Tombez, fantômes blancs, de votre ciel qui brûle:  
— La sainte de l'abime est plus sainte à mes yeux!*

Goya sofreu aos 46 anos de uma crise de doença mental, para VALLEJO NAJERA, uma esquizofrenia que deixou uma alteração permanente da personalidade, para BARAHONA FERNANDES provavelmente uma depressão ansiosa, com produção de alucinações, e desconfiança patológica devida à sua surdez.

Como quer que seja, esta crise teve larga influência, na sua actividade artística. Nas «pinturas negras»,



nos «caprichos» revela-nos, com uma audácia e uma originalidade surpreendentes, um mundo visionário e fantasmagórico dum horror abominável, de um terror sufocante — O sono da razão produz monstros — diz a legenda de um célebre capricho. Noutras gravuras faz uma sátira feroz, de uma amargura sombria e, por vezes, jovial, da natureza humana e dos costumes da época.

Os rostos das mulheres bonitas têm uma impassibilidade sorridente, elas caminham familiarmente entre velhas alcoviteiras, repositórios de todos os vícios e vergonhas, que as lavam e preparam, e monstros bestiais de fisionomias animalizadas, clara projecção dos instintos subconscientes, da luxúria, da cupidez, que as cercam e que as habitam.

No capricho «O sonho da mentira e inconstância», provavelmente o epílogo dos seus amores pela Duquesa de Alba, esta duplicidade feminina, exprime-me na mulher de duas caras, prefiguração e provável inspiração de Picasso.

Também noutros homens de génio, o material da psicose é elaborado na sua produção ulterior para fazer parte da estrutura mais íntima da personalidade. Assim as vivências depressivas, o sentimento de culpa, as auto-acusações, a ansiedade das fases depressivas de Lutero, tem grande importância na formulação das suas doutrinas sobre a graça, e a sua actividade hipomaniaca na propagação da sua doutrina. Do mesmo modo, estados de excepção epiléptica podem servir de ponto de partida a obras de arte. Algumas das melhores descrições da aura epiléptica encontram-se no livro «O Idiota», em que Dostoiévsky descreveu a sua própria experiência.

Ainda um outro grupo é constituído por aqueles que continuaram a produzir durante a psicose como Blake, Rousseau, Swedenborg e Strindberg. Em alguns destes autores não se nota nenhuma renovação da arte, da técnica, dos pontos de vista, ou da forma pela psicose. Assim Manet continua a pintar do mesmo modo, apesar de já estar há vários anos em paralisia, e o mesmo aconteceu com Maupassant. No entanto neste último autor, o material psicótico já é aproveitado, por exemplo no *Horla*, em que descreve o terror pânico do deslizar para a loucura, e uma curiosa experiência de autoscopia. Rousseau produziu, ao lado de obras inteiramente independentes das suas vivências psicóticas, outras em que estas estão perfeitamente aparentes.

De modo geral, pode portanto dizer-se, com JUDA, que os homens eminentes apenas foram produtivos na primeira fase das suas psicoses. Em alguns deles nota-se um excesso, uma actividade exagerada a preceder a ruptura final, como em Nietzsche, ou uma nova inspiração como em Van Gogh, mas o resultado final da psicose foi a destruição da capacidade genial. É evidente que regras muito gerais não são inteiramente válidas, e é preciso atender à natureza das doenças mentais e sua repercussão no destino individual. Assim alguns artistas de grande valor exercem hoje uma certa influência devida sobretudo às obras que conceberam durante a doença, que acabou por os inutilizar. De Strindberg, são apreciados os dramas posteriores à sua segunda crise de esquizofrenia paranóide, de Hölderlin, os versos dos primeiros anos de loucura, de Van Gogh, os quadros da sua última fase.

O nosso tempo apaixonado de exotismo, de estranheza, de inquietação, tem-se dedicado com ardor a estas obras em que se sentem ruir as bases da nossa vida interior... Uma necessidade profunda parece revelar-se, se-

gundo JASPERS, neste interesse — Alimentado por uma cultura fortemente intelectualizada, possuído do desejo de probidade e claridade ilimitada, com o realismo que lhes corresponde, parece-lhe que a autenticidade da ruptura dos limites do eu, só pode conseguir-se através a loucura. Ela é garantia de que não se trata de imitação, de artifício, de comédia, de que se encontra em contacto com as fontes primitivas da vida.

Na verdade o mundo estranho e inquietante, intensamente problemático que revelam, tem uma atracção que nunca se esgota pelo seu carácter misterioso e insondável. Parece que o louco, possesso por um Deus ou por um demónio, deve ter acesso a uma última fonte de conhecimento, ou então «a loucura é a máscara de um conhecimento funesto e demasiado seguro» (*bisweilen ist die Narrheit selbst die Maske für ein unselige allzu gewisses Wissen — Nietzsche*).

A criação patológica impressiona fortemente, em consequência das suas contradições internas, que parecem abrir a porta a novas sínteses e perspectivas, que tocam no enigma da existência. A forma nebulosa e imprecisa da exposição, dá o sentimento de uma maior profundidade, à custa de uma perda de clareza, e a loucura final presta-lhe uma aura que a faz voar ainda mais alto nas azas da fama.

#### BIBLIOGRAFIA

- BARAHONA FERNANDES — *Arq. Anat. Ant.* 19, 205, 1938. *Med. Contemp.* 22, 4, 1940. *Imp. Med.* 7, 6, 1941.
- BLEULER, M. — *Krankheitsverlauf Schizophrenen*. G. Thieme, Leipzig, 1941.
- DARLINGTON, C. D. y MATHER — *Estudios sobre Genética*. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1954.
- EGREJAS, G., POLONIO, P. — *Rev. Clin. Esp.* 20, 309, 1946.
- FRAZER ROBERTS, A. — *Congrés Int. de Psychiatrie*, Hermann, Paris, 1950.
- HARRIS, H. — *An Introduction to Human Biochemical Genetics*. Cambridge University Press, London, 1953.
- HALDANE, J. B. S. — *The Biochemistry of Genetics*. George Allen & Unwin, London, 1954.
- JUDA, A. — *Hochbegabund Urban — Schwartzberg*, Berlim, 1953.
- JUST, G. — *Handbuch der Erbiologie des Menschen*, Bd. V. 1. u. 11. Springer, Berlim, 1939.
- KALLMANN, F. J. — *Heredity in Health and Mental Disorder*. W. W. Norton, New-York, 1953.
- KRETSCHMER, E. — *Hombres Geniales*. 4 ed. Labor, Barcelona, 1954.
- LAMY, M. — *Précis de Génétique Médicale*. Doin, Paris, 1952.
- LANGE-EICHBAUM, W. — *Genie Irrsinn und Ruhm*. 3 ed. Ernst Reinhardt, Munchen, 1942. *Das Genie Problem*. 3 ed. Ernst Reinhardt, Munchen, 1951.
- LUXEMBURGER, H. — *BUMKE Handbuch der Geisteskrankheiten*. Erg. Bd. Springer, Berlim, 1939.
- NEEL, J. V. e SCHULL, W. J. — *Human Heredity*. University of Chicago, 1954.
- PENROSE, L. — *The Biology of Mental Defect*. 2 ed. Sidgwick & Jackson, London, 1942.
- POLONIO, P. — *Estrutura das Psicoses*. Luso Espanhola, Lisboa, 1950. *Mschr. Psychiat. Neurol.* 128, 265, 1954. *Mschr. Psychiat. Neurol.* 128, 354, 1954.
- POLONIO, P., FRAGOSO MENDES, MILLER GUERRA; POMPEU SILVA — *Congrés Int. Neur.*, Vol. 4, 409, Lisboa, 1954.
- POLONIO, P., FRAGOSO MENDES, MOTA FIGUEIREDO, PISTACHINI GALVÃO — *A Psicose Maníaco depressiva — Em preparação*.
- POLONIO, P., POMPEU SILVA, AMÉRICO DE ASSUNÇÃO — *Sobre a Epilepsia — Em preparação*.
- POLONIO, P. and SLATER, E. — *J. Ment. Sci.*, 100, 442, 1954.
- SERRA, A. — *Moderna Genética Geral e Fisiológica*. Coimbra, 1949.
- SILVA, POMPEU — *Congrés Int. Neur.* Lisboa, 1954.
- SLATER, E. — *Congrés Int. Psychiatrie*. Hermann, Paris, 1950.
- SLATER, E. — *Psychotic and Neurotic Illness in Twins*. Her Majesty Stationary Office, London, 1953.
- STERN — *Principles of Human Genetics*. Freeman, San Francisco, 1949.



# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Hipertensão arterial

*«La Vie Médicale» (Maio de 1955) publica os resultados dum inquérito que realizou sobre hipertensão arterial. Transcrevemos, a seguir, as respostas sobre o regime dos hipertensos, novos tratamentos médicos da hipertensão essencial e cirurgia da hipertensão arterial.*

#### O regime na hipertensão

A. MEYER-HEINE

O regime no tratamento da hipertensão sofreu, nestes últimos anos, mudanças consideráveis.

Há 15 anos não se esperava da dietética senão pouca coisa: evitar os surtos hipertensivos devidos a excessos alimentares e aconselhava-se o doente a não fazer refeições ricas e copiosas. A uma alimentação sóbria com sopa, legumes e frutos se resumiam os conselhos médicos. Desde Kempner, o regime está no primeiro plano do tratamento, porque as regras do regime fixado por ele eram, em muitos casos, marcadamente eficazes. Podia-se esperar disso a queda da tensão arterial, a melhoria do fundo do olho e, mais tardiamente, a do electrocardiograma e uma diminuição das dimensões cardíacas. Mas os resultados favoráveis eram somente obtidos graças a uma alimentação composta unicamente de arroz, de frutos e de açúcar, sem sal, nem gorduras, durante um longo período e depois, graças a uma dieta estritamente descloretada e privada de lipídeos continuada indefinidamente. O problema que então se punha era o de obter do doente a submissão a uma mudança total dos hábitos alimentares, mudança tanto mais penosa e insuportável, quanto ele tinha por corolário um estado saburroso das vias digestivas e uma astenia que nos pareceu sempre acompanhar a queda tensional. Tudo era tão penoso que o doente preferia as perturbações funcionais devidas à hipertensão e os riscos da doença.

Hoje, dispomos, com a Rauwolfia serpentina e seu alcalóide, a reserpina por um lado e talvez as hidralazinas por outro, de medicações eficazes, susceptíveis de conduzir a uma queda da pressão arterial, com melhoria do fundo do olho e dos electrocardiogramas. O regime não é, como ontem, a condição indispensável da cura, e pode-se perguntar se é útil submeter o doente a uma mudança radical de seus hábitos alimentares, pois que, nos indivíduos com alimentação normal, as estatísticas mostram num número importante de casos, resultados pelo menos tão favoráveis como os que eram obtidos nos raros doentes que consentiam submeter-se ao regime de Kempner.

Com efeito, os regimes conservam a sua utilidade, mesmo necessidade em certos casos, mas em alguns somente. É uma questão de qualidade que um débito cardíaco e arterial permite regular. Este débito terá sobretudo por fim, precisar o grau de lesão arterial que condiciona o aumento da pressão nas artérias.

Não se deverá esquecer que a hipertensão é somente um sintoma, um testemunho do aumento das resistências periféricas acompanhado ordinariamente de esclerose arterial que caracteriza, na realidade, a doença hipertensiva. São o grau desta lesão

arterial e as suas relações com a hipertensão que não lhe é necessariamente proporcional, a idade, a existência eventual duma insuficiência cardíaca, que indicam a necessidade e as modalidades dum regime.

Para julgar do estado das artérias, servimo-nos do exame do fundo do olho, mas sobretudo do piezograma carotídeo, electrocardiograma e R. X, dando ensinamentos sobre o estado do coração. Mostramos, com efeito, que a forma da curva das pressões instantâneas, recolhidas na carótida com um aparelho piezoeléctrico, depende do grau das resistências periféricas e da esclerose arterial de todo o organismo. As curvas são de leitura e de interpretação fáceis e nos hipertensos podem agrupar-se em quatro tipos esquemáticos, correspondentes a crescentes graus de lesão arterial.

#### INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS

Todo o regime parece inútil:

1.º — Em caso de hipertensão com piezograma normal.

Trata-se, então, duma hipertensão sem lesão arterial que não entra no quadro da doença hipertensiva verdadeira, simples descoberta do exame sistemática e que fica indefinidamente solitário e benigno. Como se trata ordinariamente de neurotónicos ansiosos, de coração rápido, quando muito, pode-se aconselhar ao paciente evitar os excitantes, chá e café.

2.º — Nas hipertensões ligeiras com piezograma muito perturbado dos velhos, a lesão arterial é então considerável. O risco não está na hipertensão mas na esclerose arterial, há o perigo de provocar um abaixamento da pressão que pode conduzir a um amolecimento cerebral ou a uma perda intelectual. Nunca é senão nos velhos pletóricos que se aconselhará um pouco de frugalidade.

Um regime pode ser útil:

1.º — Nas hipertensões importantes com piezograma pouco perturbado em que as complicações não são de temer. Estas hipertensões diminuem ordinariamente muito depressa com o regime de Kempner, mas a reserpina conduz aos mesmos resultados. É verdade que com a T. A. voltada ao normal, o piezograma fica normalmente patológico. Por outro lado, um regime de fundo, pobre em lipídeos, donde serão proscritos todos os excessos alimentares, será útil, em atenção à lesão arterial persistente.

2.º — Estas mesmas restrições poderão ser aconselhadas nas hipertensões ligeiras com piezograma pouco modificado que merecem ser somente recordadas, porque podem constituir no indivíduo jovem o modo de início de formas mais graves.





REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>2</sub> . . . 0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . . 500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . . 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 INTELECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, ALIMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCÊNCIAS**



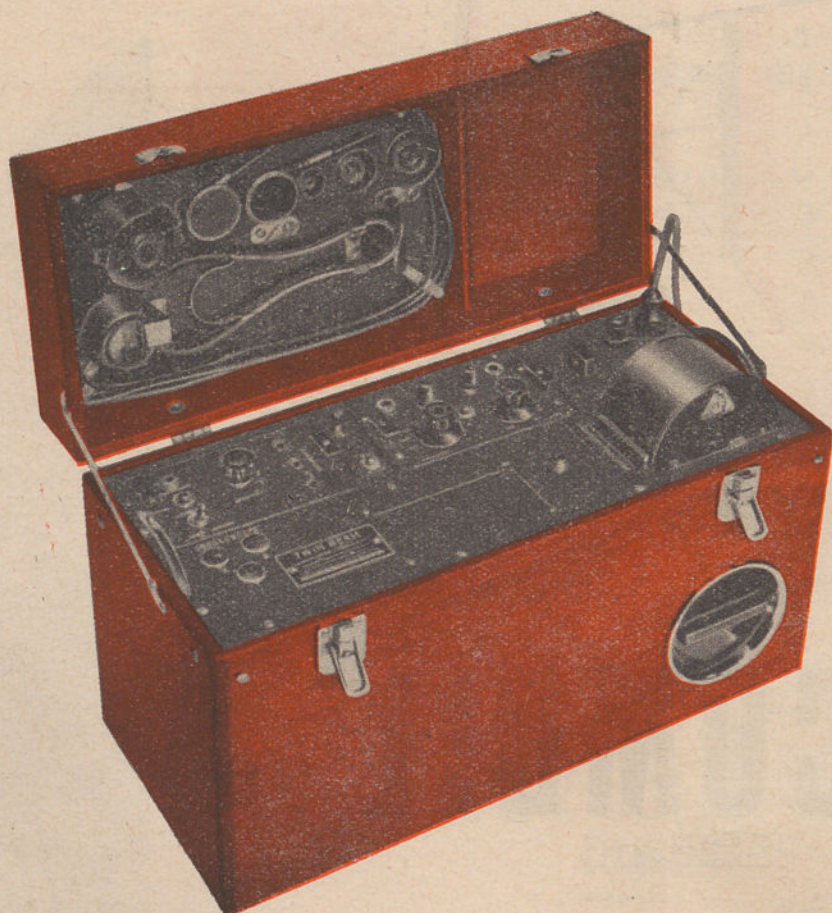
# SANBORN Co

1917 1955

CAMBRIDGE, 39 MASS, U. S. A.



## Electrocardiógrafo «Twin-Beam Cardiette»

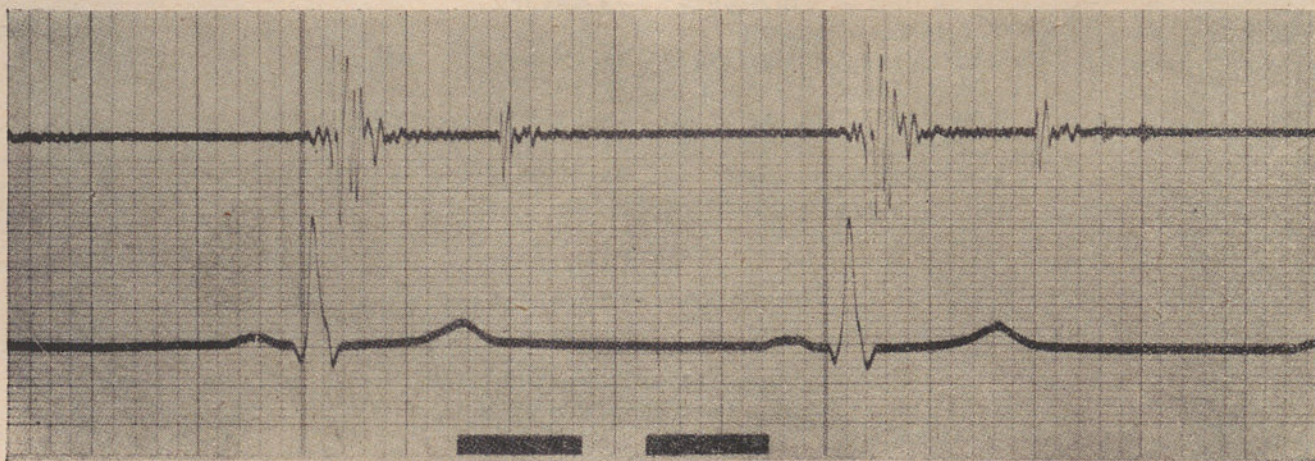


Com sistema óptico para registo  
fotográfico simultâneo ou individual  
de dois canais.

fonocardiogramas  
electrocardiogramas  
pulso venoso, etc.

Outros modelos de aparelhos cons-  
truídos [pela «Sanborn Co»:]

Viso-Cardiette  
Twin-Viso  
Poly-Viso  
Electromanómetro  
Instomatic Cardiette  
Metabolismo, etc.



Assistência técnica permanente prestada por técnicos especializados  
da nossa secção de Electro-Cardiologia.

Representante exclusivo em Portugal:

## INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



MAIOR ACÇÃO TERAPÊUTICA NAS DOENÇAS INTESTINAIS e RÁPIDA RECONSTITUIÇÃO

# GUANIBIOL

(Neomicina + Bacitracina + Sulfaguanidina + Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub> e PP)

COMPRIMIDOS

Novo medicamento ANTIBIÓTICO — SULFAMÍDICO VITAMINADO

LABORATÓRIO FIDELIS

O regime é seguramente útil:

Nas hipertensões importantes com piezograma muito patológico, hipertensões graves que terminam normalmente por se complicar. Necessitam, primeiro, de medicações hipotensivas modernas que podem ser eficazes só por si. Mas estes sucessos não são constantes; num quarto dos casos, a tensão arterial não muda e, mesmo nos casos favoráveis, o piezograma não se modifica habitualmente. Devido à gravidade destas formas é útil associar um regime de Kempner; a eficácia aparece-nos então maior e a acção mais rápida. O regime é então admitido pelo doente porque é de curta duração e talvez substituído bastante depressa por um simples regime descloretado. É mais facilmente aceite com o aconselhado pelo nosso mestre Ch. Richet (batatas substituindo uma parte do arroz, mandioca, tâmaras, condimentos), pois o tornam suportável.

O regime é indispensável:

Nas hipertensões com insuficiência cardíaca, nomeadamente quando sobrevêm crises de edema pulmonar ou quando se instalam edemas periféricos. É aí, que um regime de Kempner e depois um regime simples, sem sódio, conservam todas as indicações.

## Novos tratamentos médicos da hipertensão essencial

JEAN TOULOSE

O tratamento médico da hipertensão arterial está ainda por descobrir. A causa da doença, embora com múltiplas hipóteses patogénicas, ainda se desconhece. É a razão porque a terapêutica somente pode ser sintomática, quer dizer, irregular na sua acção, incompleta nos seus efeitos e, de qualquer maneira, nunca radical.

### OS MEDICAMENTOS

Entre a quantidade enorme de drogas hipotensivas, alguns alcalóides e várias séries de corpos químicos sintéticos se empregam hoje. É deles que trataremos aqui.

#### Alcalóides:

O Hidergine, composto de vários alcalóides da cravagem do centeio, provoca uma vaso-dilatação arteriolar periférica. Não pode ser considerado como hipotensor de base. Mas a sua acção em certas cefaleias dos hipertensos faz dele um precioso auxiliar.

Os alcalóides do *Veratrum viride* ou protoveratrinas A e B foram sobretudo estudadas nos U. S. A. Exercem dois efeitos fundamentais: hipotensão e diminuição do ritmo cardíaco. A sua

acção seria central e vagal. Infelizmente estes alcalóides têm uma margem terapêutica muito pequena e as doses activas são demasiado vizinhas das doses tóxicas. Mesmo correctamente administradas, no decurso duma digestão, determinam frequentes acidentes: opressão esternal, náuseas e lipotímias com tendência ao colapso. A posologia é pois rigorosa. Varia de doente para doente.

Ao contrário dos precedentes, os alcalóides da *Rauwolfia serpentina* são de emprego fácil. Acrescentam a uma nítida acção hipotensiva, uma acção sedativa geral da qual os hipertensos tiram benefícios. A acção hipotensora exerce-se provavelmente directamente sobre os centros reguladores, sem excitação vagal nem vasodilatação periférica. A acção sedativa seria também de origem central.

Trata-se dum medicamento relativamente pouco tóxico e geralmente bem tolerado. Alguns fenómenos secundários são contudo dignos de nota: uma sensação de fadiga é muitas vezes acusada pelos doentes, após alguns dias de tratamento. Em relação com o efeito sedativo do medicamento, obriga a suprimir os outros sedativos e somníferos habitualmente utilizados por estes doentes. Mais raramente nota-se diarreia, devida ao aumento do peristaltismo intestinal.

Nenhum fenómeno tóxico tem sido assinalado.

As doses diárias serão determinadas em cada caso. Alguns autores recorreram, de início, a doses que iam até 10 mg de alcalóides totais. Parece mais prudente evitar estas doses e proceder, pelo contrário, à administração de doses progressivamente crescentes: com o alcalóide purificado, 1/2 mg e depois 1 mg por dia. Se nenhum efeito hipotensor é obtido com doses diárias de 2 a 3 mg, é inútil aumentar mais. As doses superiores serão praticamente sempre sem acção e arrisca-se a desencadear fenómenos secundários que obriguem a parar com um tratamento do qual os doentes tirariam, pelo menos, o benefício da sedação quase constante que lhes trazia.

Enfim, os alcalóides da *Rauwolfia serpentina* podem ser associados a outros hipotensores, em particular aos compostos químicos que encararemos agora. Nesta associação, os alcalóides representam um excelente tratamento de fundo.

### CORPOS SINTÉTICOS

Dois tipos de compostos sintéticos têm, na hora actual, uma verdadeira acção hipotensora e utilizável no tratamento da hipertensão arterial. São os derivados do Metónio e os da Hidrazinoftalazina. O seu modo de acção é diferente.

Os derivados do metónio (Penta e Hexametónio) são ganglioplégicos. A sua acção exerce-se ao nível dos gânglios do sistema nervoso autónomo, bloqueando a passagem do influxo nervoso das fibras pre para as post-ganglionares. Estes derivados realizam assim, quimicamente, uma verdadeira simpaticectomia transitória cujos resultados são os que procuram as intervenções tipo Smithwick: baixa das resistências periféricas e daí baixa da tensão arterial. A utilização destes ganglioplégicos, bastante maneáveis e de eliminação rápida, parece sedutora. É, contudo, preciso contar com inconvenientes, algumas vezes importantes e



ANOREXIA

DISTROFIAS

NANISMO HIPOFISÁRIO

# TEGOTINA

GOTAS

SOLUTO INJECTÁVEL

ÚNICO MEDICAMENTO COM O BIOCATALIZADOR «COMPLEXO VITAMÍNICO  
T GOETSCH», em SOLUTO INJECTÁVEL

**LABORATÓRIO FIDELIS**

que estão, quase todos, em relação com o bloqueio dos gânglios parassimpáticos, porque a acção não se limita ao simpático. É assim que se notará, algumas vezes, uma obstipação por inibição da motricidade intestinal, retenção de urina, midríase e secura da boca. Por outro lado assinalaram-se casos de hipotensão ortostática geradora de perturbações diversas. Estas perturbações são felizmente curáveis, pela colocação do doente com a cabeça baixa e pela administração de analépticos (coramina, efedrina). Enfim, estes compostos têm o grave inconveniente de diminuir o fluxo sanguíneo renal. A insuficiência renal, quer seja a causa ou a consequência da hipertensão, está-lhe demasiadas vezes associada para que se possa utilizar sempre sem perigo os ganglioplégicos como hipotensores. É preciso saber, por outro lado, que a sensibilidade ao medicamento é muito diferente, segundo os doentes, e que existe o hábito que obriga a recorrer a um tratamento descontínuo.

A administração pode fazer-se por via oral ou endovenosa. As doses são variáveis segundo o produto empregado, o modo de administração e o doente. Estão, geralmente, compreendidas entre 10 e 100 mg.

A hidrazinoftalazina actua de maneira diferente dos compostos anteriores e talvez mais interessante ainda. É mal conhecido. Não se trata dum ganglioplégico; parece que a acção principal é central. Realizaria uma inibição dos impulsos vaso-constritores de origem diencefálica. Por outro lado opor-se-ia, numa certa medida, aos efeitos hipotensores da adrenalina e da noradrenalina, por um lado, e das substâncias chamadas hipertensores às quais certas teorias atribuem uma parte importante na patogenia da hipertensão arterial (angiotonina). De qualquer maneira, os derivados da hidrazinoftalazina provocam experimentalmente, em doses fracas, um abaixamento nítido e prolongado da tensão sistólica e sobretudo diastólica. Contrariamente aos metónios, aumentam o débito sanguíneo nos diversos territórios vasculares, nomeadamente ao nível das artérias femurais e renais. O abaixamento da tensão arterial diastólica e o aumento do fluxo sanguíneo renal são duas propriedades farmacodinâmicas dum interesse excepcional.

Os inconvenientes parecem pouco importantes. Todos os autores assinalam a possibilidade de incómodos nos primeiros dias do tratamento: cefaleias, náuseas e taquicardia. A maior parte das vezes estas perturbações são justificáveis dos anti-histamínicos de síntese. Aliás, desaparecem geralmente sem que se seja obrigado a suspender o tratamento.

Este é fácil de conduzir. A hidrazinoftalazina é dada por via oral, sob a forma de comprimidos, quatro vezes por dia, acompanhando ou seguindo as refeições. Para evitar, na medida do possível, os efeitos assinalados, aconselha-se geralmente uma posologia progressivamente crescente. Começa-se por uma dose diária da ordem dos 25 mg que será aumentada após alguns dias até à dose eficaz, compreendida quase sempre entre 200 e 400 mg. A baixa de tensão não aparece antes da segunda semana. O tratamento deve ser regularmente continuado e controlado por medidas de tensão frequentes. Mas o medicamento é pouco tóxico e a maior parte das vezes bem tolerado. Aconselha-se, contudo, não o realizar em caso de insuficiência coronária.

Pode ser associado a outros hipotensores e em particular aos alcalóides da Rauwolfia.

★

A acção muito poderosa dos novos hipotensores que acabamos de passar em revista não deve contudo fazer esquecer os tratamentos antigos e clássicos cuja comprovada acção é muitas vezes útil pelo menos nas pequenas hipertensões.

Recordaremos somente o interesse primordial do repouso no leito, muitas vezes suficiente, por si só, para obter uma baixa tensional importante.

Os sedativos nervosos clássicos, barbitúricos, brometos e opiáceos, em certos casos, conservam a suas indicações.

Somente se mencionam as curas que tiram do repouso que fornecem, o essencial da sua eficácia.

O hipertenso põe sempre ao médico a questão, tão diferentemente julgada, do regime alimentar. Esta questão já foi tratada. Chamamos a atenção para que, neste domínio, exageros despropositados foram, durante muito tempo, cometidos no sentido duma restrição demasiado severa. Na ausência da insuficiência renal, que modificaria os dados do problema, está provado que um regime, comportando uma ração protídica normal, em nada favorece o desenvolvimento ou agravamento da hipertensão arterial. É evidente que esta ração protídica deve ser adaptada às necessidades metabólicas do indivíduo, determinados pela sua idade e actividade e que deve entrar num regime normalmente equilibrado, sem exagero no sentido duma restrição nem no duma sobrecarga.

O regime de Kempner, impossível de fazer aceitar aos doentes, tira o seu mérito da pobreza de sódio. Está aí um importante elemento no qual insistiremos para terminar.

É preciso banir do vocabulário terapêutico o termo de regime «descloretado». Só a restrição sódica conta. Esta noção é capital: explica que os habituais regimes «sem sal» mas comportando uma importante ingestão de sódio não têm qualquer efeito. Explica a ineficácia — até mesmo o perigo — da maior parte dos sais chamados «de regime», dos quais só o cloro é ausente. Para ser eficaz, um regime sem sódio deve comportar menos de 400 mg daquele por dia. É nesta base que deverão ser estabelecidas as prescrições dietéticas. Notemos aqui que um tal abaixamento de sódio é inaceitável desde que se arrisca a agravar uma hiperazotémia, quer praticamente dizer, desde que exista uma insuficiência renal.

## AS INDICAÇÕES

Desta revisão dos novos tratamentos da hipertensão arterial essencial e da recordação do tratamento clássico, saem as indicações terapêuticas que se podem esquematizar da maneira seguinte:

São sobretudo as formas malignas da hipertensão arterial dos indivíduos novos que beneficiam dos modernos hipotensores. A eficácia muito frequente destes hipotensores restringe, em tais indivíduos, as indicações do tratamento cirúrgico (operações do tipo Smithwick). Após o repouso, regime apropriado, sedativos, muitas vezes representados pelos alcalóides da Rauwolfia, após uma cura tonocárdica, se necessária, é lógico



ensaiar os metónios ou as hidraziniftalazinas antes de tentar uma intervenção da qual não se conhece o resultado. Em caso de insuficiência renal associada, as hidraziniftalazinas serão preferidas aos metónios.

Nas formas benignas do indivíduo jovem impõem, sobretudo, um regime de vida de sedativos. Os alcalóides da Rauwolfia encontram aqui uma excelente indicação. Um débito visceral regular é sempre indispensável e é destes resultados que serão tiradas as indicações de tratamento mais enérgico.

Quanto à hipertensão arterial dos indivíduos idosos, muitas vezes antiga e relativamente bem tolerada, necessita essencialmente dum tratamento higino-dietético apropriado e de sedativos menores, salvo em casos de acidentes cardiovasculares ou edematosos imediatamente alarmante. A insuficiência miocárdica e a renal que estes doentes apresentam sempre, em diferentes graus, limitam consideravelmente as possibilidades terapêuticas. Há mesmo interesse, muitas vezes, em respeitar um número tensional cujo abaixamento artificial conduziria imediatamente a uma oligúria que preocuparia. É, ao fim de contas, o débito visceral que, aqui ainda, determinará as indicações terapêuticas. Serão, segundo os casos, orientadas para a insuficiência coronária ou cardíaca, o estado vascular indicado pelo fundo do olho e o estado renal. A própria hipertensão passa então para lugar secundário.

Tais são as indicações terapêuticas da hipertensão arterial essencial, à luz dos novos tratamentos médicos. Os progressos da química permitem esperar obter novos compostos hipotensores mais interessantes ainda que os metónios e a hidraziniftalazinas. Mas são as pesquisas nosológicas e patogénicas que, com uma explicação da doença, fornecerão talvez o tratamento da hipertensão arterial.

## Cirurgia da hipertensão arterial

JEAN VANDECASTEELE

A experiência clínica demonstra-nos que na enorme quantidade de hipertensos que são examinados diariamente, existe uma série de indivíduos nos quais a afecção tem ou vai seguramente resistir às terapêuticas clássicas e evoluir em consequência, rápida e fatalmente, para a morte.

Estes habituais insucessos dos tratamentos médicos da hipertensão arterial são a razão e a justificação das tentativas de cura cirúrgica das quais a primeira pedra foi lançada por Leriche, há cerca de 30 anos e cujo edifício principal foi, nos U. S. A., obra de Peet e de Smithwick.

Considerando que o método cirúrgico, conquistou o direito de ser tratado na matéria do tratamento da hipertensão, a nossa proposta será a de apresentar este problema sob um ângulo tão prático e tão clínico quanto possível.

### ESCOLHA DE DOENTES

Não nos interessamos, bem entendido, senão na hipertensão arterial permanente, sistémica e essencial, eliminando deste modo as paroxísticas, justificáveis da exérese dum suprarrenaloma, as não sistémicas, como as do estenose ístmica da aorta em que a operação de Craafoord é ideal e as hipertensões urológicas em que a causa renal evidente ordena uma nefrectomia. Por outro lado, no quadro que nos resta, desviamos, de início, todos os casos em que a perturbação tensional, não alterando os grandes parênquimas não atinge o doente na sua parte somática.

Os pletóricos de 40 a 50 anos, mulheres em menopausa, jovens emotivos, simpaticotónicos, com eretismo cardíaco são considerados, até mais ampla informação, como hipertensos benignos para os quais o acto cirúrgico, a não ser que seja ditado por uma mudança evolutiva de afecção, não se poderia, logicamente, conceber.

É pois da hipertensão maligna que nos ocuparemos, sem intervir, aliás, na discussão que este qualificativo suscita; com efeito, no estado actual dos nossos conhecimentos fisio-patoló-

gicos, pouco importa para o cirurgião saber se o doente que se lhe confia é um hipertenso maligno desde início ou não. A consequência pouco importa.

Qualquer que seja, é um doente jovem, entre os 20 e os 40 anos, pálido, asténico e sobretudo emagrecido. As perturbações funcionais cefaleias, vertigens, angústia, palpitações, nervosismo, acidentes vaso-motores, extremamente fortes, tornam toda a sua vida activa impossível. A tensão arterial aumenta à medida que a evolução avança com diminuição, cada vez mais marcada, de diferencial.

Geralmente devidos a uma lesão vascular, a uma pan-vascularite periférica e visceral que acarreta uma isquemia, primeiro intermitente e depois contínua, das grandes vísceras, os sinais de gravidade mais significativos são, antes de mais, os sinais exsudativos retinianos e meníngeos, a tendência ao desequilíbrio extremo das tensões das extremidades cefálicas, infiltração dos tecidos da face, os sinais vasculares periféricos que a biópsia muscular pode precocemente descobrir, os sintomas funcionais episódicos cardio-cerebrais, a lesão progressiva da função de concentração dos rins e alguns sinais, enfim, de anemia e de desnutrição. Pôr os sinais de malignidade em evidência, desde o início, antes que os grandes aparelhos, cardio-vascular, renal e cerebral sejam atingidos, é absolutamente capital.

Também o exame médico do hipertenso não pode conceber-se, sem um exame oftalmoscópico precisando a morfologia do fundo do olho e a tensão arterial retiniana, sem informações cardiológicas completas, sem testes do valor funcional do rim, sem exame neurológico e, enfim, sem exploração sanguínea.

Assim estudado, o hipertenso vai por agora o importante problema da indicação operatória.

Quando se estudam as estatísticas de experimentados autores neste domínio, constata-se que as séries iniciais, comportando doentes em más condições, apresentam resultados francamente deploráveis. Depois de organizada a selecção, os demasiado maus casos recusados, as percentagens favoráveis tornaram-se cada vez mais encorajadoras. Com efeito, a intervenção não pode ser indicada nos azotémicos nem nos doentes que associem a um

## PRIMEIRO NOME EM TERAPIA PARENTERAL



**BAXTER**

EM PORTUGAL

*Mundinter*

INTERCÁMBIO MUNDIAL DE COMÉRCIO, S.A.R.L.  
AV. DE ANTÓNIO AUGUSTO DE AGUIAR, 138  
TELEFONE 5 4533 / 4 • LISBOA



Na

*Quimioterapia das DIARREIAS e das DOENÇAS INTESTINAIS*

# DISENTOL

*(Ftalilsulfacetamida + 5,7 diiodo-8-hidroxiquinoleína + Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP)***COMPRIMIDOS****O DISENTOL não origina avitaminoses B****LABORATÓRIO FIDELIS**

déficit renal manifesto, quer uma insuficiência cardíaca quer acidentes vasculares cerebrais, quer uma retinopatia tipo III ou IV, nem, à «fortiori», em todos os que apresentam alterações combinadas dos grandes parênquimas. Todavia, a nota dominante das contra-indicações operatórias é constituída por tal imperfeição renal que um padecimento cardíaco isolado ou uma hemiplegia reveladora não são razões de recusa da intervenção. Se se considera que é prudente abster-se nos indivíduos de mais de 50 anos, resta então propor em todos os casos em que as contra-indicações citadas estão ausentes.

A indicação de escolha é a de admitir, na hipertensão arterial permanente, uma mínima à volta de 12, sem grande repercussão cardio-renal, sem lesões graves do fundo do olho e sem complicações nervosas, mas com perturbações funcionais acentuadas. A indicação será, enfim, tanto mais franca quanto o indivíduo for mais jovem (menos de 40 anos).

Nos doentes a operar, sendo assim seleccionados, o problema da operação não está ainda resolvido. Convém saber, agora, o tipo de operação a propor.

## ESCOLHA DO TIPO DE OPERAÇÃO

Se nos fosse dado conhecer seguramente o porquê duma hipertensão arterial, a resposta seria, provavelmente, muito simples. Infelizmente o processo patogénico da doença ainda é mistério; a teoria renal apoiada na experiência de Goldblatt não tem grande vantagem sobre a teoria nervosa que se quisera encontrar satisfação nas operações sobre o simpático. O papel da adrenalina, mãe das hipertensões paroxísticas, não parece exercer-se senão sobre um pequeno número de hipertensões permanentes e eis que, à luz dos trabalhos destes últimos anos, certas hormonas do córtex suprarrenal pareciam tomar, na sua génese, um papel primordial e talvez determinante. Como conceber então, neste complexo de ideias, uma cirurgia fisiológica que garantisse sucessos permanentes e livres de crítica? Sublinhamos assim a instabilidade do problema que nos ocupa e reconhecemos o imprevisível dos resultados, o que não autoriza a uma decisão operatória sem propósitos ajustados.

Eis, em nosso parecer, como convém orientar-se.

Admite-se que a hipertensão arterial permanente está ligada a excessos de resistência periférica dos vasos que condiciona um espasmo prolongado e durável do sistema arteriolar. Este estado espasmódico pode ser o resultado de anomalias, de tónus muscular intrínseco, duma hipertonía simpática, duma perturbação do contróle humoral ou dum factor renal. Segundo os casos, estes diferentes fenómenos se emaranham ou, ao contrário, se dissociam, aparecendo, então, um dentre eles predominando parecendo condicionar, por si só, o desequilíbrio tensional.

Uma tal esquematização é inexacta, mas o seu mérito é o de nos fazer compreender como vamos dirigir, em vista da melhor atitude operatória a tomar, o exame do nosso hipertenso.

Diferentes testes permitem que se faça uma ideia de participação simpática. Prova da postura, «cold pressure test» e, sobretudo, provas de sedação. Estes últimos são destinados a estudar a variação da tensão sob a influência de certas acções depressivas tais como a anestesia raquidiana ou epidural, a infil-

tração esplâncnica, o pentotal endovenoso ou, melhor ainda, os «cocktails» líticos. Uma boa resposta a estes testes de sedação autoriza a esperar uma acção benéfica das operações simpaticoprivas.

A hipertensão permanente de origem medulo-suprarrenal pode reconhecer-se por alguns caracteres clínicos, tais como a intensidade das perturbações vaso-motoras periféricas, abaixamento da temperatura cutânea contrastando com uma elevação inexplicável de temperatura central. O metabolismo basal está elevado. O estudo da glico-reacção precisa, muitas vezes, a existência duma hiperglicemia com glicosúria. Aqui, as provas farmacológicas propõem-se mostrar que a hipertensão é devida a um excesso de adrenalina; isto será, por um lado, a reprodução, por um hipotensor, duma crise paroxística, com todas as suas manifestações clínicas e por outro lado, o bloqueio das acções adrenérgicas por substâncias hipotensoras (prova da regitina, da benzodioxana e da dibenamina).

Não insistiremos sobre as numerosas provas que exploram a capacidade funcional do córtex suprarrenal, estudando as funções hídricas e minerais ou precisando o metabolismo das substâncias, energéticas. A eosinopenia e, por outro lado, um elemento a reter, mas a pedra de toque do diagnóstico biológico será fornecida pelo importante excedente dos esteróides urinários.

Enfim, teremos ainda o cuidado, em todos os casos em que se evoca a participação suprarrenal, de pedir à radiologia certas informações, podendo, muitas vezes, mostrar calcificações na área suprarrenal e a urografia endovenosa e o retroperitônio são capazes de vez em quando, de mostrar uma sombra epinefrénica anormal.

Eis pois o nosso hipertenso estudado tão completamente quanto possível. É-nos mais fácil agora escolher, em função das investigações citadas, entre as intervenções que existem uma de preferência às outras.

As operações simpáticas, objecto duma imensa experiência nos U. S. A., são, de longe, as mais empregadas. Seu fim é o de criar um estado de vasodilatação nos membros inferiores e nas vísceras abdominais. São de 2 tipos: as operações «standard» de Peet e de Smithwick e as operações alargadas de Poppen e de Grimson.

As operações suprarrenais são essencialmente suprarrenalectomias que não substituem as esplanicotomias às quais com Tournade e Chabrol, com Fontaine e Frohlich, com Hermann, não se pode outorgar o diploma de suprarrenalectomia fisiológica. A suprarrenalectomia unilateral, a mais correntemente utilizada, a maior parte das vezes não tem, na hipertensão arterial, senão acções inconstantes e insuficientes. A suprarrenalectomia total dum lado e parcial do outro, ou a suprarrenalectomia sub-total bilateral de Courcy não é nunca a mais eficaz. As medulectomias pelo contrário, quando se dirigem à hipertensão permanente por hiper-adrenalinemia, são susceptíveis de dar reais sucessos. Sob o ponto de vista técnico, a esclerose medular veio, muito felizmente, simplificar a curetagem polpar, um pouco ilusória, de Constantini. Enfim, as suprarrenalectomias bilaterais totais merecem ser encaradas. Têm sido realizadas nos U. S. A. por Gren, sendo a sobrevivência assegurada pela administração contínua de extractos corticais. A intervenção conduz ao normal



a tensão arterial que pode fazer subir à vontade, por meio de injeções de DOCA cuja acção nociva é posta aqui em evidência.

Operações combinadas suprarreno-simpáticas são realizáveis. Não entraremos em detalhes das numerosas combinações possíveis, às quais podem ainda vir juntar-se, em certas eventualidades, uma enervação do pedículo renal e uma descapsulação ou uma nefro-omentopexia.

Num espírito patogénico, completamente diferente do que preside às indicações já citadas, para saltar a barreira arteríolo-capilar, certos autores propuseram e realizaram, na hipertensão arterial permanente, uma fístula artério-venosa fémuro-femural ou aórtico-pulmonar cuja acção sobre a pressão diastólica é marcada; infelizmente, as consequências cardíacas deste aneurisma exige a sua supressão rápida. Este método foi já abandonado.

## RESULTADOS

Tais são as diferentes modalidades do tratamento cirúrgico da hipertensão arterial permanente. Que resultados podemos esperar? Postas de parte as suprarrenalectomias totais, aquisição demasiado recente, temos as operações simpáticas e suprarrenais. Necessário é verificar se as indicações são bem postas para que a mortalidade não seja excessiva (menos de 5%). O post-operatório é habitualmente simples se bem que no 2.º tempo das ressecções simpáticas extensas, se possam observar quedas tensionais impressionantes necessitando de uma vigilância escrupulosa dos operados. É preciso ter igualmente em conta que as simpaticectomias alargadas podem ser responsáveis de sequelas de importância variável; perturbações psíquicas, estado de agitação ou de desorientação, crises de hipotensão com tendência sincopal ao levantar, exigindo ligadura das pernas e do abdómen, sensações de peso abdominal e, enfim, perturbações da ejaculação, se os segundos gânglios lombares foram retirados. Estas desordens não são portanto, a maior parte das vezes, senão tem-

porárias e em todo o caso nunca se observam após as ressecções «standard».

Quais são os bons efeitos que estas operações acarretam? As perturbações funcionais, muitas vezes tão penosas, são habitualmente suprimidas quase tão bem pelas ressecções económicas, como pelas simples esplanchno-gangliectomias sub-diafragmáticas e como as grandes simpaticectomias. As alterações do electrocardiograma e do volume do coração ao R. X são favoravelmente modificadas em metade dos casos. Se não ultrapassou o estado III, o fundo do olho melhora. Enfim, parece que, na ausência de lesão grave anterior, o encéfalo se encontra protegido de maneira capaz.

«Assim, dissociando os aparelhos, podem-se mostrar os bons efeitos do acto cirúrgico, mas não é preciso, contudo mascarar o problema» (Sylvain Blondin), porque os resultados obtidos sobre os algarismos da tensão arterial não são estáveis e estudadas as estatísticas com um recuo suficiente, há um certo desapontamento; com efeito, o abaixamento inicial, muitas vezes impressionante, é muito menos satisfatório após 3 a 5 anos.

Em definitivo, portanto, o benefício é real e a hipertensão maligna muitas vezes mortal em dois anos, é manifestamente combatida pela operação. Cinco anos mais tarde, Peet, cujos casos são corajosamente escolhidos, encontra 80 % dos seus operados e, após 13 anos, 40 %, sobrevivendo em condições sensivelmente normais.

Também a nossa conclusão será muito simples. Baseada nas aproximações patogénicas, a cirurgia da hipertensão apresenta sucessos que, por relativos que sejam, a justificam e encorajam; o seu estado hoje não é senão um prejúdício à sua glória de amanhã, mas não é inútil lembrar que, aqui, como nas outras afecções, a precocidade da intervenção é essencial.

(«La Vie Médicale» — Maio de 1955)



**Geigy**

**Micorene**

Micorene Marca registada

Dimetilamida do ácido N-crotonil- $\alpha$ -etilaminobutírico e dimetilamida do ácido N-crotonil- $\alpha$ -propilaminobutírico

**Analéptico central  
Estimulante respiratório  
e circulatório**

Micorene em polas:  
caixa de 5 empolas de 1,5 c. c.  
de solução a 15%

Micorene cps-gotas:  
frasco conta-gotas de 15 c. c.

J. R. Geigy S. A., Basileia (Suíça)  
Departamento Farmacêutico  
Representante para Portugal:  
Carlos Cardoso  
Rua do Bonjardim, 551  
Porto



**Antituberculoso original. Associação poli-hidrazídica em cuja composição entram duas hidrazonas seleccionadas por: elevada actividade antituberculosa, baixíssima toxicidade**

# ISODRONA

*Permite o tratamento com doses elevadas e evita o aparecimento da hidrazido-resistência.*

**Frascos com 50 drageias:**

*Composição da Isodrona por drageia*

Isonicotinilhidrazona do ácido pirúvico . . . 0,075 grs.  
Isonicotinilhidrazona do aldeído salicílico . . . 0,075 >  
Hidrazida do ácido isonicotínico . . . . . 0,025 >  
Excipiente q.b. para uma drageia.

**Posologia:**

4 a 6 drageias por dia



**LABORATÓRIOS «CELSUS»**

DIRECÇÃO TÉCNICA: DR. J. RAMOS MACHADO

# AMINO-SUMOS

— P R O D U T O A L I M E N T A R —

CONCENTRADO DE FRUTAS E VEGETAIS DE ALTO VALOR ALIMENTAR, RICO EM AMINOÁCIDOS, VITAMINAS E SAIS MINERAIS

Hidrolisado de proteínas + Vitaminas B<sub>1</sub> — B<sub>2</sub> — B<sub>6</sub> — C  
+ Nicotinamida + Suco concentrado de uvas, cenoura,  
tomate, laranja, limão e ananaz.

PERFEITA TOLERÂNCIA — SABOR AGRADÁVEL

**LABORATÓRIOS DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO**

R. Damasceno Monteiro, 144 — LISBOA



# SUPLEMENTO

## HOSPITAIS DIURNOS

EDUARDO LUIS CORTESÃO

(Bolsheiro do I.A. C. e do British Council-Mundsley Hospital)

No último Congresso Internacional de Psicoterapia, realizado em Zurique, em Agosto de 1954, o Dr. Joshua Bierer referiu-se à sua criação do que designa por *Day Hospitals*. Numa publicação recente da sua autoria («The Day Hospital» — An experiment in Social Psychiatry and Syntho-Analytic Psychotherapy —. Publ.: H. K. Lewis & Co. Ltd. London) descreve detalhadamente os fundamentos teóricos, concepção, organização e funcionamento dos seus Hospitais Diurnos.

Por sugestão do Prof. Barahona Fernandes visitei recentemente o Dr. Bierer no seu Marlborough Day Hospital, em Londres.

O Dr. Bierer é um psiquiatra de formação analítica adleriana e também doutorado em Ciências Económicas. Como resultado possível dessa dupla formação, concebe a assistência aos doentes, dum ponto de vista médico e social, e parece tomar em conta o aspecto económico da manutenção hospitalar. Bierer é o pioneiro dos cinco Hospitais Diurnos funcionando actualmente em Inglaterra<sup>(1)</sup>.

No relatório do Ministério da Saúde Pública faz-se menção desta instituição da seguinte forma: «não somente a manutenção do Hospital Diurno é muito menos dispendiosa, como o seu alcance terapêutico, para certos enfermos, é considerado muito melhor... neste país está ainda numa fase experimental... os resultados serão observados com grande interesse».

J. Mark calcula o custo médio *semanal* de um doente em 2 a 3 £., quando este sistema hospitalar se encontre vigorando mais ampla e sistematicamente. Decerto os números compilados por este autor, em relação ao relatório do Ministério da Saúde do ano de 1954,

estabelecem uma diferença marcante em relação ao custo dos Hospitais Psiquiátricos (Mental Hospitals) — (custo médio *diário* de um doente 4 a 5 £.).

Para um número total de camas, em todos os hospitais do país, de 459.365, são atribuídas para doentes mentais 209.296 camas, ou seja 44 % do total. O custo total do Serviço Nacional de Saúde em 1953 foi de 257 milhões de libras, das quais 60% foram dispendidas com pessoal e, segundo aquele autor, quase 50% com a assistência psiquiátrica. A concepção económica do Day Hospital admite a priori a redução do pessoal de enfermagem e outro, pela supressão do serviço nocturno, da ausência de doentes no hospital depois das 5 horas da tarde (geralmente) e pela própria cooperação dos doentes nos diversos serviços hospitalares. Assim também as refeições ficam reduzidas ao almoço e um chá pela tarde. Este é preparado no próprio hospital e o almoço é fornecido por uma firma cerca do hospital.

A compra do edifício em que funciona este hospital custou cerca de 18.000 libras (aprox. 1.400 contos) o que o Dr. Bierer compara com a construção de um Mental Hospital que, segundo ele, orçaria em um milhão de libras (78.000 contos). Calcula o orçamento deste hospital em 18.000 libras, fazendo uma estimativa de 150.000 a 200.000 libras para um Mental Hospital. Não sei porém se neste raciocínio é considerado o facto de que um Hospital comum atender um muito maior número de doentes.

O pessoal do Marlborough Day Hospital inclui: 12 *psiquiatras* (part-time); 1 psicólogo; 1 psicoterapeuta; 1 child-therapist; 1 remedial therapist (técnico para problemas especiais de psiquiatria infantil; como defeitos de escrita, fala, reabilitação de leucotomizados, etc.); 1 assistente social; 2 técnicos de ergoterapia; 1 enfermeira (full-time) e 1 enfermeira (part-time); 2 empregadas de recepção (telefones, etc.); 3 secretárias; 1 escriturário. A parte administrativa é feita no Hospital principal de que este depende (Central Middlesex Hospital).

Os serviços de análises, radiogra-

fias, EEG, etc. são efectuadas noutros hospitais.

O hospital dispõe apenas de 5 camas e alguns divãs, amplas salas para ergoterapia, gabinetes de consulta, e está montado de forma que não se sente, realmente, o ambiente hospitalar clássico e não há qualquer ideia de restrição à liberdade dos doentes.

Os doentes são sempre «voluntários», não sendo admitidos doentes «certificados» (em regime fechado). Os enfermos são referidos ao Day Hospital por outros hospitais, médicos particulares ou do Serviço Nacional de Saúde, Tribunais, mais raramente por auto-iniciativa, caso em que têm que obter uma carta do seu médico do Serviço de Saúde (General Practitioner). Como rotina, o doente escreve ao Hospital pedindo uma entrevista e é inscrito numa lista de espera, excepto em casos de emergência, em que é atendido imediatamente. Quando lhe é concedida uma entrevista, o doente é notificado e, ao chegar ao hospital, é visto por um médico psiquiatra e, conforme o caso, pelo psicólogo, assistente social, ergoterapeuta, etc.

O Dr. Bierer encara o doente do aspecto individual e social, considerando que a actividade terapêutica deve chegar até ao meio ambiente em que o doente existe como ser humano (vide «Social Psychiatry — A definition», por T. A. C. Rennie in «The International Journal of Social Psychiatry», Vol. L, n.º 1, 1955). Assim toda a equipa que trabalha no hospital actua em estreita conexão e todas as condições da vida do doente são tomadas em linha de conta. As famílias, pais, amigos, noivos, etc. podem ser contactados ou, eventualmente, assistidos no Hospital, ou por uma das suas actividades anexas a que me refiro mais adiante. Este aspecto é sobretudo relevante em Psiquiatria infantil onde os pais da criança são frequentemente contactados ou assistidos. A *psiquiatria social* na definição de T. A. C. Rennie, procura determinar os factos significantes na família e meio ambiente, susceptíveis de afectar a adaptação do individuo.

O tratamento neste hospital é principalmente *psicoterapêutico*, na base

(1) A maioria das informações aqui contidas sobre os aspectos económicos do D. H. foram-me gentilmente cedidas pelo Snr. Jeffrey Mark e extraídas do seu trabalho «Nervous and Mental Disorders: A practical approach. The Day Hospital», a publicar brevemente.



daquilo que o Dr. J. Bierer designa por *sintoanálise*, e que me pareceu ser uma concepção analítica inortodoxa, em que algumas condições sociais do doente são abordadas tanto como os factores individuais, num espaço de tempo mais reduzido do que aquele que a análise clássica freudiana preconiza. Outras terapêuticas são porém largamente empregues, principalmente o eletrochoque, o anidrido carbónico, éter, amital sódico, metedrina, clorpromazina e ácido lisérgico. O Serpasil, o tratamento pelo sono e a acetilcolina não estão sendo utilizados.

Em cooperação com o Hospital Diurno existem os *Clubs Sociais*, de que actualmente estão 8 em actividade e onde ex-pacientes se reúnem ocasionalmente à noite, com o convívio de um ou mais médicos e assistentes sociais, em número médio de trinta pessoas. Existe ainda um *Centro de Reabilitação*, onde são atendidos doentes que estiveram em Hospitais Psiquiátricos e necessitam reeducação ou reabilitação especiais. Finalmente dispõem de um *Serviço de Emergência* (SOS Service) que atende todos os casos urgentes.

Também se faz amplo uso da *Psicoterapia de Grupo*, em grupos geralmente não excedendo oito pessoas, segundo a norma geral ou mais aceite neste tipo de psicoterapia.

O movimento de um dia é aproximadamente: doentes vistos em consulta externa: 10; 35 doentes são atendidos nos diversos serviços do hospital; um grupo de psicoterapia com oito indivíduos; 4 crianças em Psiquiatria infantil. No último ano devem ter sido atendidos 600 doentes. Naturalmente que a actividade junto das famílias e meio social não se inclue nestes números.

Os resultados, ainda que não elaborados estatisticamente, foram-me descritos como muito animadores.

Este hospital, no seu todo, pareceu-me uma *Consulta Externa ampliada*, com *mais médicos*, mais gabinetes, etc.

O conceito de Psiquiatria Social não está porém definido pelos autores que referi a cima. Não se lhe estabeleçam os limites e não se deduz quais os últimos fins propostos. Sendo assim, torna-se difícil compreender qual a extensão da Psiquiatria Social, já que o psiquiatra, não sendo uma entidade abstracta de um meio social, reflecte, de algum modo e variadamente, as características desse meio social e cultural que afecta o doente a que assiste.

## Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Reuniu-se no passado dia 16 a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, sob a presidência do Prof. Mário Moreira, tendo sido apresentadas duas comunicações pelos Drs. Francisco de Vasconcelos Esteves e Luís de Sousa Uva, a primeira, e Nuno Cordeiro Ferreira, a segunda, respectivamente sobre «Um caso de d. de Gaucher» e «Estudo estatístico das dispepsias».

# LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL

## CONFERÊNCIA

Pelo Dr. João dos Santos com o tema  
«PROBLEMAS DE PSICOLOGIA ESCOLAR»

A convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social proferiu o Dr. João dos Santos, no Clube Fenianos Portuenses, uma notável conferência subordinada ao tema: «Problemas de Psicologia Escolar».

Presidiu o Dr. Gil da Costa, director da Liga de Profilaxia Social, que convidou para a mesa os Snrs. Prof. Melo Adrião, representando o Reitor da Universidade e o Reitor da Faculdade de Medicina; Dr. Vítor Ramos, Director do Hospital do Conde de Ferreira, Prof. Adriano Rodrigues, da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, D. Maria Irene Faria do Vale e D. Ilse Losa, escritoras, Dr. Gregório Pereira, Director do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte, Dr. Corino de Andrade, Director dos Serviços de Neurologia do Hospital de Santo António, rev. Miguel Sampaio, Director do Colégio de Ermesinde e Capitão António Joaquim Fernandes, representando o Comandante da Polícia de Segurança Pública.

O Dr. Gil da Costa apresentou o conferencista como antigo investigador do «Centre International de Recherches Scientifiques», de Paris, e Assistente do Hospital de Júlio de Matos, e enumerou os seus trabalhos todos de grande responsabilidade.

O Dr. João dos Santos começou por agradecer as palavras do Dr. Gil da Costa e cumprimentou a mesa, tributando as suas homenagens à Liga de Profilaxia Social, que pela segunda vez o acolhia na sua tribuna onde tantos assuntos importantes têm sido tratados e agitados.

Entrando no tema da sua conferência disse: «A psicologia escolar destina-se a descobrir e resolver as dificuldades que os estudantes encontram na adaptação à vida escolar. A questão a discutir é a de se saber se é legítimo procurar adaptar a criança ao ensino, em vez de adaptar o ensino à criança. A maior parte dos problemas que se põem ao psicólogo resultam das crises de crescimento e de personalidade ou de conflitos familiares».

Escutado com a maior atenção, continua:

«Ao contrário do que vulgarmente se pensa, a eficiência escolar, não resulta apenas do nível de inteligência, mas em grande parte das aptidões psicomotoras da estabilidade emocional e do bom ambiente familiar».

«As aptidões psicomotoras podem ser desenvolvidas já na escola infantil, e assim o desenho, a pintura, os trabalhos manuais e os jogos podem contribuir, para que a adaptação à escola primária se faça com maior facilidade. Não é no entanto possível pelos métodos correntes de ensino evitar o aparecimento de cer-

tos distúrbios relativos à aprendizagem da leitura e da escrita, relacionados com determinados tipos psicomotores; as crianças com dificuldades na leitura e na grafia e ortografia constituem hoje um problema psicológico de grande importância que, não sendo resolvido a tempo, prolonga por vezes, o fraco rendimento dos alunos até à Universidades».

O atraso do desenvolvimento motor, o canhotismo, a instabilidade, etc., accentua, são aspectos muitas vezes correlacionados com estas perturbações. Chama a atenção de todos os educadores e pais para a educação física que deveria ser intensamente praticada em todos os graus de ensino, e poderia contribuir grandemente para solucionar muitos destes problemas.

A estabilidade emocional, afirma, é indispensável a uma atenção persistente e a uma boa aprendizagem; tem-se verificado que os sintomas de nervosismo e ansiedade estão muitas vezes presentes nas crianças ou adolescentes que falham nos seus estudos, embora sendo inteligentes. Certos tiques nervosos, o roer das unhas, a micção involuntária nocturna, a gaguez, etc., foram estudados por João dos Santos, nas suas relações com a eficiência escolar.

O ambiente familiar, salientou com energia, tem uma importância tão evidente que todos aceitam como fundamental; no entanto, nem sempre os pais se apercebem da importância de certos sinais de conflito psicológico, e nas crianças, a lentidão, a ausência de hábitos de independência, tem segundo os trabalhos do grupo de estudos de psicologia evolutiva (Lisboa) uma alta correlação com o mau êxito escolar.

No final de tão importante conferência o Dr. Gil da Costa salientou o valor deste trabalho ao qual fez a merecida crítica, felicitando igualmente o auditório por ter tido o prazer de ouvir tão boa lição.

## Prof. José Pereira Caldas

Pelo sr. ministro da Defesa Nacional foi louvado, nos mais expressivos e enaltecidos termos, o tenente-coronel Prof. José Pereira Caldas, director do Serviço de Radiologia do Hospital de Arroios, que, em Agosto do ano findo, se ofereceu para voluntariamente servir nas forças armadas incumbidas da segurança da soberania nacional no Estado da Índia. Ao serviço da Pátria, na missão que exerceu, «mostrou-se digno de ser apontado como exemplo à consideração pública».





# Bientérico

UM NOVO PRODUTO PARA  
TRATAMENTO DAS DIARREIAS  
E OUTROS SÍNDROMAS  
INTESTINAIS

•  
SULFATO DE  
DIHIDROESTREPTOMICINA  
E  
SULFATO DE NEOMICINA  
•  
XAROPE

•  
Instituto Luso-Fármaco  
LISBOA



# ECOS E COMENTÁRIOS

## RELATÓRIOS DE MÉDICOS-CHEFES

Em trabalho de notável extensão, que «O Médico» publicou há pouco, o Colega Dr. Sousa Monteiro diz-nos o que é o Posto 83 da S. M. S.

Com infundável cópia de dados, quadros e estatísticas a que não falta sequer o peso nem o volume dos fármacos ali gastos, pena é que o estudo referido não tivesse sido apresentado naquelas reuniões científicas que a Federação há mais de um ano inaugurou com o maior brilho, mas que até hoje, no Porto, não tiveram mais sequência.

E é pena, em especial, porque teria então sido possível, através de franca e leal discussão, esclarecer melhor o pensamento do A. quanto a pontos menos nitidamente elucidados e porque teria possivelmente permitido tirar algumas conclusões que não vemos entre aquelas com que o trabalho encerra.

Independentemente de algumas correcções estatísticas de que carece, mercê de não se terem ponderado as médias obtidas, de se não ter actuado sobre séries comparáveis de elementos, de se não terem realizado amostragens prévias dos grupos humanos que em muitos casos se pretendeu comparar, importa aqui apenas lamentar que o A. não tenha aproveitado o ensejo para extrair dos dados que possui algumas informações que nos parecem de certo interesse.

Assim, qual o valor económico de cada um dos 72 mil actos médicos realizados no Posto 83 durante o ano em causa?

Ou, se quiserem, qual foi a remuneração recebida pelos médicos deste Posto por cada uma das consultas e visitas efectuadas?

Qual o encargo global e anual correspondente aos encargos resultantes dos vencimentos dos 18 burocratas que asseguram o serviço do Posto 83?

Qual o encargo anual da renda de casa, da luz, da água, do telefone, da limpeza, da saúde, higiene e conforto a que o Posto deu lugar?

Qual o custo de impressos, exceptuando naturalmente as fichas clínicas e o receituário, durante o mesmo ano?

Qual a parte que destes encargos cabe a cada um dos actos médicos efectuados, visto que é em função exclusivamente destes que o Posto existe, e só em função destes é concebível?

Qual o custo médio de cada acto médico, discriminando o que neste custo constitui encargo do serviço clínico e da burocracia que serve?

Qual a porção ou a percentagem de gravame com que os honorários dos burocratas oneram a despesa global a que cada acto médico dá lugar, mesmo sem entrar em linha de conta com as despesas centrais e da Delegação?

Qual o número de actos médicos, de comprimidos de Sulfatiazol, de milhões de U. de Penicilina, de gramas de Estreptomina, que se poderiam obter com

aquilo que resulta dos encargos administrativos de um Posto que ocupa um lugar de inegável destaque no quadro geral da Serviços Médico-Sociais?

Qual a duração média de cada acto médico?

Qual o tempo efectivamente destinado a exame clínico, descontado o que se perde com a entrada e saída do doente, preenchimento de formalidades, colocação do doente em posição de exame, etc.?

\*

Outras tantas interrogações que tal estudo comportava e muitas outras, que a



SOLUÇÃO AQUOSA A 16 %.

FRASCO DE 2 c. c.



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

terem sido encontradas mais ainda o valorizariam aos olhos de todos nós... por certo também aos olhos da própria S. M. S. ...

M. M.

## ENSINO MÉDICO POSTESCOLAR

Do «The New England Journal of Medicine» (n.º 13; vol. 250), transcrevemos o seguinte editoria, sobre educação médica dos «postgraduados», que nos parece de muito interesse no nosso meio médico, pelas curiosas diferenças que regista em relação ao que se passa entre nós.

«No Congresso de Educação Médica realizado em Chicago, a tarde de 8 de Fevereiro foi dedicada à discussão da educação médica dos licenciados em Medicina («postgraduados»). Nessa ocasião o Dr. Douglas D. Volian deu informações sobre os principais elementos da inspecção levada a cabo pela Associação Médica Americana.

«A educação postescolar dos médicos é sobretudo didáctica; 90 % dela é condensada em reuniões («meetings») de menos de uma semana de duração e celebradas em todas as estações do ano. Realiza-se sobretudo nas grandes cidades e 75 % dos médicos que assistem às reuniões habitam e exercem perto dos pontos onde o ensino é recebido. Verificou-se que quanto mais desta educação postescolar o médico recebeu, mais dela deseja. O custo total da educação médica postescolar, em todo o país, é superior a 56 mil contos por ano, dos quais cerca de 1/3 são pagos pelos médicos que recebem a instrução, sob a forma de propinas...

«O Dr. U. R. Bryner, presidente da «American Academy of General Practice», assinalou que o objectivo primário de todo esse ensino é a prestação de melhores cuidados médicos aos pacientes. Os médicos que participam em maior número nas actividades médicas de postgraduados são os especialistas, o grupo seguinte, em número, é o dos especialistas em «part-time», representando os clínicos gerais o grupo mais reduzido. Esta razão de ordem deve ser invertida, evidentemente, mas ainda não se sabe como fazê-lo.

«Demonstrou-se que os cursos de 3 dias são os mais populares, sobretudo no meio da semana... O número de horas dispendidas em estudos e leituras em casa foi surpreendentemente elevado, sugerindo que os cursos de estudo em casa devem ser mais desenvolvidos. Foi mencionada também uma investigação preliminar sobre ensino pela televisão, sendo considerado este como um campo muito promissor.

«O uso de «grandes nomes da medicina» como catalizadores para acelerar e aumentar a frequência dos cursos foi con-



# A MEDICINA NA AMÉRICA LATINA

GUY DINGEMANS

(Paris)

(Continuação do número anterior)

Exclusivo em Portugal continental, insular e ultramarino para «O Médico». (Interditos os direitos de reprodução — Copyright).

## III — A natalidade e a mortalidade infantil

### AS ESTATÍSTICAS E AS CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL

As estatísticas comparadas dos hospitais pediátricos dos países apresentando sensivelmente as mesmas condições sociais dão, em números aproximados, os seguintes resultados, excluídas as causas mais ou menos incontroláveis de nado-mortos ou de falecidos nos primeiros dias de vida: de 0 a 2 anos, mortalidade devida ao aparelho digestivo, de: 35 a 75%; às doenças infecciosas e parasitárias, de: 15 a 30%.

Em pediatria geral, a coqueluche, o sarampo e a tuberculose pulmonar constituem as causas principais da mortalidade de origem infecciosa. As doenças tropicais, a bem dizer, diminuíram muito e não são sempre a causa directa da morte da criança: são antes o factor terminal de um estado preparado por uma desnutrição ou uma malnutrição espectaculares.

Com efeito, sob a rubrica «aparelho digestivo», trata-se quase unicamente de deficiências devidas à simples desnutrição ou malnutrição, avitaminoses consideráveis, caquexias espantosas, em razão da completa ausência de cultura sanitária e da ignorância dos pais.

*siderado eficaz, mas também se tornou claro que tais médicos não são sempre os melhores professores.*

*«Finalmente, se a educação médica postescolar tem de se expandir e crescer, tem de se investir mais dinheiro no seu desenvolvimento. O dinheiro é preciso para despesas de viagem, para preparação dos locais de realização das reuniões e para remunerar os directores e os professores. A questão da proveniência desse dinheiro foi discutida, mas não lhe foi dada a resposta final, embora todos estivessem de acordo em que, seja quem for que pague essa educação, o verdadeiro beneficiário é o consumidor dos serviços médicos».*

Nota-se que os pequenos índios das famílias de raça pura estão muito menos sujeitos, a estas faltas por ignorância, que as massas híbridas e mestiçadas.

Isso resulta do índio receber, por uma tradição milenária, forjada sem dúvida pela experiência sem cessar renovada da selecção natural, os princípios de disciplina de vida e os hábitos culinários, ligados a conhecimentos botânicos de que se servem com proveito os seus «curandeiros» ou sacerdotes-feiticeiros, mais ou menos modernizados, cujos remédios não são todos puramente empíricos.

Naturalmente, as populações «brancas» beneficiaram directamente das escolas médicas, as mais célebres da Europa, em particular de Paris, mas o povo intermediário perdeu todos os costumes dos antepassados índios sem ser capaz de se adaptar aos usos vindos da Europa. Têm um estado de espírito caracteristicamente medieval, procurando no culto de inumeráveis santos e em todas as espécies de práticas supersticiosas e mágicas, a cura ambicionada.

A cura do doente, tanto como a sua morte, dá-lhes muitas vezes, nestas circunstâncias, satisfação. No primeiro caso, é um milagre certo que se desenrolou, no segundo, é que o Senhor querendo aliviar o doente das misérias da terra, abre-lhe o paraíso. Se é uma criança, tornar-se-á imediatamente um anjo, encarregado de proteger a família; e, em certas encostas como em Otavalo, na República do Equador, por exemplo, os funerais, sobretudo os de uma criança, estão ligados a inúmeras demonstrações de alegria.

Uma psicologia tão fatalista torna naturalmente muito difícil a introdução da medicina moderna nestes meios. Os «curandeiros», e outros médicos de formação universitária duvidosa não deixam de opor, dissimuladamente, resistências aos actos oficiais.

### A ESCOLHA NECESSÁRIA DA SELECÇÃO VOLUNTÁRIA

Nas grandes cidades, os centros médicos modernos e apetrechados como os

melhores hospitais da Europa ou dos Estados Unidos não diferem na sua acção com os dos ditos países. As doenças mais raras, como os mais delicados casos cirúrgicos encontram aí uma atenção tão diferenciada como a dada às doenças comuns. A situação não é a mesma na província, nem para a multidão que se acumula nas consultas populares infantis, quando a capacidade do hospital, ultrapassada pelo crescimento fulminante das cidades, não basta às necessidades.

Para salvar o maior número de crianças, seria principalmente necessário preocupar-se dos sítios onde a mortalidade muito forte podia ser facilmente combatida por medidas relativamente simples, quer dizer, de um lado, o combate às doenças infecciosas e parasitárias, por outro, tudo o que respeita aos problemas da nutrição e da higiene alimentar.

### OS MEIOS POSTOS EM ACÇÃO

No tocante às doenças infecciosas, toda a série das clássicas vacinas e soros ligados a um serviço de prospecção e de fiscalização de epidemias, sobre todo o território, oferece pois essencialmente um aspecto de «medicina preventiva». Segundo a máxima, é mais fácil e custa menos prevenir que remediar. O B.C.G. espalha-se cada vez mais de modo maciço e obrigatório.

O Brasil teve uma das primeiras grandes organizações do mundo de luta contra a febre amarela. O paludismo praticamente quase desapareceu, salvo em certas regiões fluviais, na realidade muito pouco povoadas. Os últimos casos de «lepra», importados do Ultramar, estão isolados em algumas pequenas leprosas. Os ministérios da saúde prescrevem regularmente as análises de águas, de alimentos, de habitação, etc.... e inicia-se a organização duma luta contra a sífilis que tinha aumentado nos últimos decénios. Infelizmente, fica-se ainda impotente perante o problema do alcoolismo, grande factor de degenerescência.

(Continua no próximo número)



## TEMAS MÉDICOS ULTRAMARINOS

## Fisionomia étnica e demográfica das cidades de Angola

ALEXANDRE SARMENTO

*(Médico do Hospital do Ultramar)*

Ninguém ignora que, nos últimos anos, se tem acentuado por forma verdadeiramente notável o progresso e desenvolvimento de Angola.

Como índice e reflexo de tal progresso, a evolução étnica e demográfica das cidades angolanas nos últimos quinze anos é na verdade digna de ser encarada com certa atenção, pois nela se pode ver como, em tão curto espaço de tempo, se conseguiu operar tão funda transformação na fisionomia e no ritmo de vida dos principais centros urbanos da Província.

É assunto, este, que não deve deixar de prender a atenção de quantos se interessam pelo estudo das Ciências da População. E dadas as íntimas e estreitas conexões que estas apresentam com tantos e tão variados ramos da Medicina, pareceu-me não ser destituído de interesse trazer este tema para uma destas minhas crónicas.

\*

Pelo Censo de 1940, as oito cidades angolanas contavam uma população total de 125.568 habitantes, dos quais 22.289 de raça branca.

Dez anos mais tarde, o censo de 1950 dava para as mesmas cidades uma população global de 243.073 habitantes (praticamente o dobro da de 1940), sendo 45.453 brancos.

Três anos depois deste último censo, as estimativas oficiais fixam em 295.345 o número de habitantes das oito cidades de Angola, sendo 58.615 o de moradores de raça branca.

Atentemos, pois, nestas cifras: 22.289 brancos em 1940 e, treze anos decorridos, 58.615.

Mas mais expressiva será ainda a forma como se estruturou tal aumento se recordarmos que, em 1950, o número de habitantes brancos nas cidades era de 45.453. Isto é, no escasso período de um triénio, verificou-se só ali uma subida de 13.162 habitantes.

De todas as cidades, foi a de Luanda a que mais espectacularmente cresceu:

61.028 habitantes em 1940; 141.647 em 1950 e, finalmente, 168.500 em 1953. Nos últimos três anos, um acréscimo de 26.853 almas.

No ponto de vista étnico, foi ali também que se verificou o maior aumento de brancos: a diferença de 1950 para 1953 é de mais 6.800.

A recente descoberta de petróleo mesmo às portas de Luanda faz-nos prever

O Lobito vem em terceiro lugar com os seus 29.570 habitantes. Em 1940 contava 11.418, tendo portanto havido nestes treze anos um aumento considerável.

No que se refere à população branca, o aumento tem sido bastante significativo.

De facto, enquanto em 1940 contava o Lobito 1.616 habitantes, treze anos volvidos apresenta já um número de certo modo importante: 5.900 — o que coloca



Vista parcial de Luanda

*(Foto António de Sousa)*

que, em poucos anos, a população da cidade poderá aumentar por forma apreciável, contribuindo assim para tornar dia a dia mais atraente e dilatado o velho burgo de Paulo Dias de Novais que já hoje se orgulha — e com justificada razão — de ser a mais bela cidade da costa ocidental africana.

Depois de Luanda, é Nova Lisboa a mais populosa cidade da Província com os seus 34.979 habitantes, dos quais 5.450 de raça branca.

A curva descrita foi esta: 16.288 habitantes em 1940; 28.296 em 1950 e 34.979 em 1953.

Em relação aos brancos, o aumento desenhou-se da seguinte forma: 3.214 em 1940, 4.756 em 1950 e 5.450 em 1953.

esta cidade em terceiro lugar na escala do povoamento leucodermo, logo depois de Luanda e Sá da Bandeira.

Em quarto lugar da população global está a velha e histórica cidade de S. Filipe de Benguela com 15.310 habitantes.

Aqui o aumento não tem sido tão flagrante, pois em 1940 a população já era de 11.657.

Para a população branca, eis o que nos dizem os números: 1.461 em 1940; 3.346 em 1950 e 4.500 em 1953.

Benguela apresenta a particularidade da diminuição da população indígena, facto que só ali se verifica em relação a todas as outras cidades de Angola.

Em 1940 o número de habitantes pre-

Nos estados  
diarreicos



# Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Estreptomicina em emulsão de  
sabor agradável



tos da cidade era de 11.657. Em 1950 passou para 10.503 e em 1953 para 9.980.

Eis um ponto que devia merecer estudo mais atento, podendo ser que, independentemente de causas biológicas, haja motivos de ordem administrativa (localização de bairros indígenas fora do perímetro da cidade?) que possam explicar o caso.

Sá da Bandeira coloca-se em quinto lugar com 13.240 habitantes. No tocante a população branca, é a segunda de Angola com 7.690, havendo todavia um pormenor que a coloca na situação da «cidade mais branca» de Angola.

De facto, é apenas em Sá da Bandeira que se verifica o caso da população branca ser superior à indígena. Assim, em 1953 a composição étnica da sua população era esta: 7.690 brancos, 565 mestiços e 4.985 pretos.

Em Malange — a que compete o sexto lugar das cidades angolanas — a curva da população total evoluiu deste modo: 5.299 habitantes em 1940; 9.473 em 1950 e 11.975 em 1953.

Os brancos passaram de 865 em 1940 para 1.975 em 1953.

Silva Porto com os seus 11.311 habitantes coloca-se em sétimo lugar. O aumento foi considerável, pois em 1940 a população global era de 4.671 almas.

Os brancos passaram de 663 em 1940 para 1.550 em 1953.

Finalmente, em oitavo e último lugar, vem Moçâmedes com 10.460 habitantes.

Em treze anos houve um acréscimo de 5.534 pessoas.

Se encararmos a faceta do povoamento branco, modifica-se um pouco a posição de Moçâmedes, pois esta cidade com os seus 4.050 brancos é, neste particular, a sexta cidade de Angola.

No ponto de vista da população mestiça, Moçâmedes é — a par de Silva Porto — a cidade menos mestiçada, pois apenas conta 360 habitantes deste grupo. Neste aspecto, Luanda é, de longe, o centro urbano com mais mestiços (10.920), vindo Nova Lisboa em segundo lugar mas com cifra consideravelmente menor (1.170).

\*

Todos estes números que apontámos e que terão certamente tornado um pouco fastidiosa a leitura deste artigo, mostram claramente como tem sido francamente ascendente e progressiva a evolução demográfica das urbes angolanas.

Essa evolução mais não é do que um reflexo das condições em que se tem vindo processando o desenvolvimento e progresso de Angola. E se é certo que um surto de prosperidade económica pode estar na base dessa atracção populacional, não é menos certo que as condições de vida que localmente se puderam criar com o desenvolvimento da ocupação sanitária muito têm contribuído para que a massa démica já ali residente possa fixar-se em condições satisfatórias e para que a que para lá se dirige o faça agora sem aqueles temores e receios que outrora pintavam de cores tão carregadas a «aventura» de uma abalada para a *costa de África*.

## HOSPITAL DO ULTRAMAR

Realizou-se no dia 15 do mês findo, mais uma reunião do corpo clínico do Hospital do Ultramar, à qual, como de costume, presidiu o director, Dr. João Pedro de Faria. Os Drs. Mendes Ferreira e Caria Mendes, versando, respectivamente, os temas «Prolapso da mucosa gástrica no duodeno» e «O tratamento hormonal das distrofias», fizeram uma revisão de estudos sobre o prolapso da mucosa gástrica no duodeno, apresentando um número razoável de casos de experiência pessoal. Os au-

tores chamaram a atenção para esta curiosa afecção que, nalguns casos, pode revestir aspectos clínicos de certa gravidade, em especial os hemorrágicos.

Em seguida, o Dr. Nuno Cordeiro fez um interessante estudo clínico sobre lactentes com distrofia pura por causas diversas, nos quais foi ensaiado um novo tratamento hormonal. Descreveu alguns dos seus casos clínicos e, expondo o resultado das suas observações, ocupou-se da maneira de ordenar a terapêutica adequada.



## A MAIS MODERNA MEDICAÇÃO PARA AS VULVO-VAGINITES E LEUCORREIA

Pela comunicação de UM TESTE de apreciação qualitativa e quantitativa da sensibilidade do bacilo vaginal acidogénio de Döderlein aos antibióticos e sulfamidas, apresentada pelo ilustre ex.-Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa Sr. Dr. J. Godinho de Oliveira no Congresso Hispano-Português de Obstetricia e Ginecologia, realizado em Sevilha, em Abril de 1955 e publicado em «O Médico» n.º 197 — se confirma que os dois componentes POLIMIXINA B e FTALIL-SULFATIAZOL que entram na composição SANAVIRUS-VELAS não prejudicam o desenvolvimento do Bacilo de Döderlein, ao contrário de outros antibióticos ensaiados tais como: ESTREPTOMICINA (sulfato e dihidrosulfato), AUREOMICINA, TERRAMICINA, ACROMICINA e MAGNAMICINA.

Laboratório Farmacológico



J. J. Fernandes, Limitada

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL



# HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA

## «Dia dos Hospitais»

Nos Hospitais Civis de Lisboa foi celebrado no dia 14 de Maio último o «Dia dos Hospitais» e, simultaneamente, o 463.º aniversário da fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos, antecessor dos H. C. L..

As cerimónias foram iniciadas, às 10 horas, com a missa por alma do fundador do primeiro estabelecimento e dos benfeitores dos Hospitais Civis, celebrada pelo rev. Vítor Franco, capelão-chefe, que, na altura própria, proferiu uma alocução alusiva ao acontecimento.

Às 11 horas, no gabinete do Enfermeiro-mor, Dr. Emílio Faro, realizou-se a posse de dois novos obstetristas e ginecologistas dos H. C. L., os Drs. Kírio Gomes e Ferreira de Lima, e de um interno do internato complementar de cirurgia, o Dr. Pereira Rios.

Lido o compromisso de honra e os autos, o Dr. Emílio Faro felicitou os empossados, proferindo, então, as seguintes palavras:

«Acabam V. Ex.<sup>as</sup> de tomar posse do lugar de assistentes de obstetrícia e ginecologia, que, tão brilhantemente, conquistaram através das sucessivas e difíceis provas do vosso concurso, pelo que começo por lhes apresentar as minhas felicitações.

Vêm, assim, por direito próprio, os lugares recentemente criados por motivo da reintegração das Maternidades nestes Hospitais e da passagem para o novo Hospital de Santa Maria do Serviço de Obstetrícia da Faculdade, que desde há tantos anos vinha funcionando na Maternidade de Magalhães Coutinho.

Ao mesmo tempo, com a reintegração dos Serviços de Obstetrícia no quadro dos nossos Hospitais, foi a sua acção ampliada com a criação da secção ginecológica e passando oficialmente a designar-se por Serviço de Obstetrícia e Ginecologia. De resto, já há muito que qualquer dos Serviços de Magalhães Coutinho e de Santa Bárbara têm algumas, poucas, camas para a ginecologia, quer dizer, destinadas principalmente à ginecologia cirúrgica, que desde sempre vem sendo feita normalmente nos serviços gerais de cirurgia.

Mas é a ginecologia médica que, especialmente, nos interessa desenvolver, com as suas consultas próprias e diferenciadas da ginecologia, propriamente, e da esterilidade.

Há muito que fazer neste capítulo e muito nos falta em instalações, em material e em pessoal, para organizarmos satisfatoriamente este serviço.

Esta Administração ajudá-los-á da melhor boa-vontade, adentro das suas possibilidades, por forma a, gradualmente, podermos equipar os serviços, e, com paciência e método e também com as qualidades de inteligência, de competência e de trabalho de que ambos têm dado bastas provas e ainda sob a criteriosa orientação do vosso ilustre director do Serviço, Prof. Freitas Simões, es-

tou certo de que havemos de chegar a bom termo.

Tive o maior prazer em conferir-lhes a posse dos vossos lugares no quadro clínico destes Hospitais e, com os meus cumprimentos de boas-vindas, a ambos desejo muitas felicidades.

Aos senhores internos do internato complementar de medicina, que acabam de tomar posse, apresento, igualmente, os meus cumprimentos de felicitações pelo bom êxito do seu concurso, fazendo votos para que esta coincidência de pos-

ses lhes seja de bom augúrio na sua carreira».

Agradeceu, em seu nome e no do seu colega, o Dr. Kírio Gomes, que aludiu ao facto de ter sido nos H. C. L. que completou a sua formação técnica, pelo que se julga, quanto mais não seja por sentimento de gratidão, obrigado a cumprir, para prestigiar a instituição que lhe deu as faculdades de trabalho e para conquistar o lugar em que agora era empossado.

Seguiu-se a cerimónia da entrega da medalha da União Zoófila à bandeira da Casa do Pessoal dos Hospitais Civis, que foi feita pelo presidente da direcção daquela instituição, sr. Carlos Gomes da Costa, ao qual agradeceu o presidente da Casa do Pessoal, Dr. Ribeiro Santos.

À tarde, com a presença dos Drs. Melo e Castro, Subsecretário de Estado da Assistência Social, e Agostinho Pires, Director-Geral da Assistência Pública, foram inaugurados os melhoramentos levados a cabo, no decurso do último ano, nos Hospitais de S. José e de Curry Cabral.

Recebido pelo Enfermeiro-mor, por muitos funcionários de todas as categorias dos Hospitais e numerosos clínicos, o Dr. Melo e Castro visitou, primeiro, a Maternidade de Santa Bárbara, onde subiu num amplo monta-camas, que começou, assim, a funcionar. O Subsecretário da Assistência, depois de ter presidido à inauguração da Consulta Externa e dos melhoramentos ali introduzidos, percorreu todas as dependências daquela Maternidade, mostrando-se muito bem impressionado com o que observou.

Nessa altura usou da palavra o Director daquele Serviço hospitalar, Prof. Joaquim Fontes, que, dirigindo-se ao Subsecretário da Assistência, se referiu àquela cerimónia nos seguintes termos:

«Dizia-me ontem o Sr. Enfermeiro-mor que a inauguração dos melhoramentos que V. Ex.<sup>a</sup>, Sr. Subsecretário, acaba de fazer e que interessam à Maternidade de Santa Bárbara, devem ser considerados pelos que nada têm com o Serviço como coisa corrente, a que não era mister dar relevo. Acrescentava o mesmo Sr., numa frase feliz, que só nós é que lhe sentíamos o *sabor*, porque vivíamos dia a dia a falta que faziam.

Permita V. Ex.<sup>a</sup> que objective bem o pensamento do Sr. Enfermeiro-mor e meu, lendo parte de um relatório, cheio de verdade e escrito no começo do século, por um Professor ilustre da minha Faculdade e que foi Director deste Serviço. Refiro-me ao Prof. Alfredo da Costa.

Intitulou-o a «Tragédia do acesso das grávidas à enfermagem». Nela se diz: «São muitos degraus fatigantes para quem quer que seja, extenuantes para quem, de momento a momento, tem de parar para sofrer uma contracção do parto! Parece que um elevador está oficialmente incumbido de atenuar; em parte, a fadiga da ascensão». Mas, como não havia, di-

## CARBO-RUFOL



Ftalil-sulfametil-tiodiazol. 0,12 g

Carvão activado . . . . 0,25 g

Tubo de 20 comprimidos

COLIBACILOSES ENTÉRICAS

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA



# NEOFTALIL

Bacitracina — Neomicina — Ftalilsulfatiazol

Para a terapêutica intestinal

## COMPOSIÇÃO

Bacitracina . . . . .	1.000 U.
Sulfato de Neomicina . . . .	0,0025 Grs.
Ftalilsulfatiazol . . . . .	0,5 »
Excipiente q. b. para . . . .	Um comprimido

## INDICAÇÕES

Para uso na amibiase, infecções diarreicas das crianças e nas disenterias específicas. Colite ulcerativa, ileíte regional e iliojejunité. Como auxiliar na cirurgia intestinal.

## VANTAGENS

A mistura antibiótica e a sulfamida que entram na composição deste medicamento que exercem a sua acção dentro do tracto intestinal, não entram na corrente sanguínea em extensão apreciável, pelo que o NEOFTALIL é perfeitamente tolerado, mesmo quando se torne necessário administrá-lo em doses maciças.

## APRESENTAÇÃO

Tubos de 10 comprimidos.



*Instituto de Biologia Aplicada*

Zona Norte  
R. dos Mártires da Liberdade, 87  
Telefone, 25069 PORTO

Serviços Centrais  
Rua Eça de Queiroz, 4  
Telefone, 42639 LISBOA

Zona Centro  
Av. Fernão de Magalhães, D-3.º-E  
Telefone, 4842 COIMBRA



zia-nos: «Muitas fazem o trajecto a pé, cheio de cansaço e de incómodo, lanço a lanço, degrau a degrau, até chegarem ao último... bastante frequentemente, sem mais poderem, se deixam cair e dão à luz».

«Não possuo estatística especial destes partos na escada. Não previ que havia de encontrar nestes degraus um concorrente às camas de trabalho... Então tudo se passa ali mesmo, às escâncaras, à vista de quem passa, no chão, em lugar apertado, em uma escada, enfim onde nada, absolutamente nada, nem mesmo o espaço, permitem um partejamento de jeito...».

Creio que nada mais há a acrescentar ao que então foi dito. As cenas descritas repetiram-se pelos anos fora. A nota picaresca a juntar ao descritivo é a de, algumas vezes, em situação mais premente, criado compassivo trazer nos braços, pela escada acima, a futura mãe.

Explica-se, assim, a satisfação do Sr. Enfermeiro-mor e dos que aqui trabalham.

\*

A consulta ficou com instalações amplas, mas necessárias ao movimento que tem. Informo V. Ex.<sup>a</sup>, Sr. Subsecretário, que por aqui passam 10.000 mulheres por ano.

Conhecia-a bem mísera de dimensões; houve necessidade de ampliá-la. Agora, graças ao crédito adquirido, houve necessidade da transformação radical que V. Ex.<sup>a</sup> acaba de ver. É certo que quando foi inaugurada (havia terminado o curso pouco antes) a sua frequência era muito diminuta. Só depois de 1946, quando tomei conta do Serviço, se deu esse aumento, que, até ali, não chegava a 2.000.

Porque a eficiência de uma enfermaria depende da sua consulta, os meus colaboradores e eu damos-lhe, como é de ver, toda a nossa atenção. Por isso se explica que um Serviço com tão poucas camas (65) permita um número razoável de partos. No ano que findou houve 1.300 e aqui estiveram mais 300 paridas. O movimento operatório foi de 154 grandes intervenções obstétricas e, graças a Deus, faleceu-nos uma única doente.

A taxa da mortalidade infantil é, também, razoavelmente baixa (14 nados mortos), cuja necrópse se pode atribuir à fatalidade das coisas humanas.

Devo dizer que há mais 45 crianças falecidas que entraram no Serviço em circunstâncias bem precárias de vitalidade intra-uterina. Explica-se o facto porque o Serviço depende dos da Urgência dos Hospitais Cíveis, onde acorrem muitas mulheres, depois de esforços improficuos de parturição fora deste estabelecimento.

Poderão parecer de absoluta satisfação as palavras que pronunciei. Mas V. Ex.<sup>as</sup>, Sr. Subsecretário e Sr. Enfermeiro-mor sabem que os médicos são insaciáveis. E para que se não volte a escrever, como há quase 20 anos se fez, que «O Serviço de partos de Santa Bárbara nunca poderá ser um bom estabelecimento da especialidade», atrevo-me a solicitar mais melhoramentos.

As salas de enfermaria, com arranjo

pouco dispendioso, podem passar a satisfazer melhor as necessidades de um estabelecimento deste género. A sua divisão em *boxes* é possível, evitando-se o contacto permanente da mãe com o filho e de uma grávida ou parida com as suas vizinhas. Ganharia a higiene e até a disciplina.

prematuros é necessária e não difícil e o funcionamento do Laboratório que possuo e que está razoavelmente apetrechado traria benefícios indiscutíveis a esta Maternidade.

Faltam-me um Pediatra e uma Assistente Social. Se o quadro deste Serviço aumentasse no sentido indicado seria possível fazer pediatria e puericultura aqui dentro.

\*

Quando um português se encontra em presença de um governante, pede sempre. Não fugi à pecha. Desculpem se não feri só notas alegres. Mas não sou injusto.

Muito tem melhorado a velha Maternidade de Santa Bárbara. Quando aqui entro e me lembro dos meus tempos de estudante, nem já quase sei a sua antiga anatomia.

Graças ao Governo, por intermédio de V. Ex.<sup>a</sup> Sr. Subsecretário de Estado e ao Sr. Enfermeiro-mor, os seus meios de trabalho melhoraram de maneira muito apreciável.

Os dados estatísticos apontados confirmam a asserção.

Bem hajam pelo bem que têm feito às pobres mulheres que aqui procuram ambiente favorável ao sacrosanto acto da parturição.

Respondeu-lhe o Dr. Melo e Castro, que também fez votos para que em breve estas beneficiações sejam completas. Não queria — acentuou — deixar de dizer ali uma palavra de confiança: assim como o ascensor se transformou numa realidade oficial, supunha que dentro dum prazo mais ou menos curto e de harmonia com os desejos do Governo e da Direcção dos Hospitais Cíveis de Lisboa, que se integram num plano mais vasto que engloba o País inteiro, os serviços seriam melhorados ainda mais, para mais e melhor elevação do nível da instituição e para bem dos doentes.

Seguiu-se a visita aos melhoramentos introduzidos no Serviço 1, Sala 2, nos armazéns de géneros completamente remodelados e providos de excelentes instalações frigoríficas para carne, peixe e legumes, etc., e à central eléctrica, beneficiada com novos maquinismos.

Acompanhado das mesmas individualidades, o Dr. Melo e Castro seguiu, depois, para o Hospital de Curry Cabral onde foi recebido pelo respectivo Director-clínico, Dr. Eugénio Mac-Bride. O Sr. Subsecretário da Assistência percorreu o Serviço 3-Sala 1, completamente remodelado em sectores, dispondo cada um de oito camas, num aproveitamento modelar de espaço e sem se perder de vista a comodidade dos doentes.

Usando, então, da palavra o Sr. Enfermeiro-mor dirigiu-se ao Dr. Melo e Castro nos seguintes termos:

«Com a inauguração oficial dos serviços que V. Ex.<sup>a</sup> acaba de visitar comemora-se hoje mais um aniversário da fundação, há 463 anos, do Hospital Real de Todos-os-Santos, destacado antecessor e origem dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Num esforço constante para melhoria das condições de hospitalização e tentando não só manter estes serviços em plena eficiência, como, principalmente, para colher deles o melhor rendimento a favor dos doentes, desde há sete anos que esta data se comemora da mesma forma, com a inauguração de serviços novos, ou antes, renovados, porque, de novo e na sua maior parte, só têm o equipamento.

E assim, desde 1948, é enorme o volume de obras feitas e, uma vez realizadas, quase se apagam na imensidade do muito que há ainda e sempre haverá para fazer, e só quem sabia o que estava da conta do que se fez.

Neste Hospital de Curry Cabral foram largamente remodelados 12 dos seus 14 pavilhões, quase metade do seu edifício principal, o Serviço de Radiologia e o de Anatomia Patológica. O laboratório de análises clínicas está a ser devidamente ampliado e em breve estará pronta a nova instalação das caldeiras, depois do que, assim o esperamos, se iniciará a remodelação conveniente da cozinha central.

No Hospital de S. José têm sido, gradualmente beneficiados todos os serviços de internamento dos doentes, bem como o Serviço de R. X., a central eléctrica e a de vapor, a farmácia, a lavandaria e um pequeno alojamento para o pessoal de enfermagem, com duas obras de vulto — o Serviço de Sangue, feito todo de novo num pavilhão próprio, inaugurado em 1948, que já não chega para as necessidades do seu serviço, e o Banco, cuja fase principal foi inaugurada justamente há um ano, também com a presença de V. Ex.<sup>a</sup> e assinalando para nós a primeira visita de V. Ex.<sup>a</sup> e a de S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro das Obras Públicas a estes Hospitais.

O Hospital de D. Estefânia está em total remodelação, contando nós inaugurar os seus primeiros serviços, de pediatria, no próximo ano.

No Hospital do Desterro deram-se novas instalações ao R. X. e ao Laboratório de Análises Clínicas, bem como a uma enfermaria para mulheres no Serviço de Urologia, e o respectivo bloco operatório. Presentemente, estão ali em curso largas obras de remodelação do Serviço de Cirurgia.

Em Arroios arranhou-se uma nova cozinha e montou-se uma nova instalação para as caldeiras de aquecimento.

No Hospital dos Capuchos fizeram-se largas obras de beneficiação em dois dos seus serviços de Medicina, nas consultas externas, na Dermatologia e nos serviços de Radiologia e de Análises Clínicas e nos blocos operatórios dos Serviços 6 — Cirurgia — e 11 — Neurologia.

Porque se trata de um hospital com uma localização magnífica, esperamos que as obras ali prossigam e remodelação total das suas instalações e com o melhor aproveitamento do seu terreno, uma vez





**FENERGAN**

**ANTI-HISTAMINICO DE GRANDE ACCÃO**

GRAJEIAS • XAROPE • INJECTÁVEL • CREME

**LABORATÓRIOS VITÓRIA**

VENDA NOVA • AMADORA



concluído o estudo já mandado iniciar por S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro das Obras Públicas.

Todas estas obras de simples manutenção dos serviços, como se vê, atingem um valor enorme e uma cifra que se deve já aproximar dos 20 mil contos.

Para a comemoração do aniversário que hoje passa foram inaugurados em S. José: 1.<sup>o</sup> — um monta-camas para o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Bárbara, pequena obra na aparência, mas da maior importância para o transporte conveniente das doentes àquele Serviço e que, até aqui, tinham, em qualquer estado, de subir ou de serem transportadas através de quatro lanços de escadas; 2.<sup>o</sup> — Os serviços da dispensa, com os seus frigoríficos para a carne, para o peixe e para os legumes e os serviços para a recepção e para acondicionamento e guarda dos géneros de alimentação, e uma parte da cozinha, compreendendo a zona dos fritos, com um novo fogão a gasoil, a zona suja ou de lavagens de material de cozinha, a cozinha de leite, bem como os vestiários e instalações sanitárias do pessoal; 3.<sup>o</sup> — A central eléctrica, com o seu novo quadro e alternador, e a de vapor, com os novos queimadores para a utilização de nafta como combustível.

Aqui no Curry Cabral inaugura-se oficialmente a sala de homens do Serviço de Cirurgia, depois de largamente beneficiada em todas as suas dependências, de observação de doentes, de trabalho de enfermeiros, de recepção e distribuição de comidas e instalações sanitárias, e dividida em pequenos *boxes* que dão um maior conforto aos doentes internados. Esta obra está em franco progresso nos dois andares subjacentes, contando que em breve estejam concluídas.

As obras hoje inauguradas e cujo custo é, aproximadamente, de 1.500 contos na parte de construção e de cerca de 2.000 contos no equipamento, em especial nas centrais eléctricas e a vapor e na cozinha, têm a maior importância para os nossos serviços e devem-se, quanto à primeira ao Ministério das Obras Públicas, que, com o maior interesse e mesmo desvelo, as vêm estudando e realizando desde há sete anos, e num valor total, como acima se refere, que já deve aproximar-se dos 20 mil contos.

Por isso, peço a V. Ex.<sup>a</sup> o favor de transmitir a S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro das Obras Públicas, bem como ao Sr. Director-Ge-

ral dos Edifícios e Monumentos Nacionais e ao Sr. Director da Comissão de Construções Hospitalares o nosso profundo agradecimento e, permita V. Ex.<sup>a</sup> que aqui o assinala, também aos Srs. Eng.<sup>o</sup> Pereira Gomes e Arq.<sup>o</sup> Carvalho, que, com zelo proficiente, nos têm dado sempre o seu melhor auxílio.

Quanto ao equipamento, tem sido suportado, geralmente, pelas verbas do Ministério do Interior, não tendo nunca faltado para a sua realização a muito boa vontade e superior orientação de V. Ex.<sup>a</sup> e dos seus antecessores, pelo que, e em nome dos doentes, aqui lhes exprimo o nosso profundo reconhecimento.

Como benefício colhido em favor dos doentes, de todas estas obras aqui realizadas, se apontam os seguintes números referentes ao movimento geral dos doentes, a 7 anos de intervalo, em 1947 e em 1954, incluindo no movimento deste último ano mais um hospital, o de Santa Marta, com um lotação média de 500 camas.

	1947	1954	Diferença	
Lotação média . . . . .	4.244	4.744	— 500	camas
Doentes internados . . . . .	52.427	62.132	— 9.705	doentes
Dias de tratamento . . . . .	1.561.035	1.557.169	— 3.866	dias
Doentes falecidos . . . . .	3.155	2.692	— 563	falecidos
Existência média de doentes . .	4.276	4.266	— 10	doentes
Ocupação média anual . . . . .	107 %	89 %	— 18 %	
Demora média . . . . .	29,78	25,06	— 4,72	dias
Taxa de mortalidade . . . . .	6,01	4,33	— 1,68	

Quer dizer: com mais um hospital de 500 camas, em 1954, conseguimos uma demora média de doentes internados de menos 4,72 dias, o que permitiu tratar mais cerca de 10 mil doentes com menos 3.866 dias de internamento e uma existência média de doentes sensivelmente igual para uma lotação de mais 500 camas, e uma ocupação média anual mais satisfatória, de 89 %.

Além disso, o número de falecidos foi muito menor, do que resulta a consequente diminuição da taxa de mortalidade.

Se a melhoria das técnicas muito contribuiu, sem dúvida, para estes resultados, uma grande parte deve, porém, atribuir-se ao progressivo melhoramento das instalações e equipamento, que gostosamente, em todos os anos e neste dia dos Hospitais, aqui vimos inaugurar.

O Subsecretário de Estado da Assis-

tência, que falou a seguir, disse que o facto de estarem fora de Lisboa os Ministros do Interior e das Obras Públicas e o Subsecretário desta pasta, fez com que fosse ele o incumbido de levar ali a palavra de solidariedade do Governo, solidariedade com que sempre podem contar os que colaboram neste esforço notável a bem da saúde do povo. A propósito, teve palavras de grande encômio para o ilustre Corpo Clínico dos H.C.L., bem como para os componentes dos restantes serviços hospitalares, que se não poupam a esforços para manterem bem alto o bom nome e as tradições da instituição, e terminou por afirmar que o Governo grande interesse em poder corresponder com a sua quota-parte para que se mantenha o alto nível dos serviços, a bem dos doentes.

Aquele membro do Governo retirou-se em seguida, bem como o Director-Geral da Assistência.

O Enfermeiro-mor foi, depois, ao Hospital de S. José, onde, no Serviço de

Fiscalização, cujas instalações foram também profundamente remodeladas, assistiu, inesperadamente, à inauguração do seu retrato, homenagem dos fiscais de todos os estabelecimentos sob a sua direcção, iniciativa esta que muito o sensibilizou e, depois, agradeceu.

### Bolsa de Estudo

Nos Hospitais Cíveis de Lisboa está aberto concurso documental entre os médicos que concluíram o internato complementar em 31 de Dezembro de 1954, para a concessão do prémio constituído por uma bolsa de viagem de estudo no estrangeiro, da quantia de 9.000\$00.

Os concorrentes deverão apresentar os seus requerimentos na Secretaria dos Serviços Administrativos dos referidos Hospitais, até ao dia 16 de Agosto próximo, instruídos com uma memória sobre assunto médico-cirúrgico, especialmente elaborado para tal fim, documentos referentes às suas classificações escolares, trabalhos publicados e a declaração a que se refere o decreto-lei n.º 27.003, de 14 de Setembro de 1936.

O candidato premiado deverá, dentro do prazo de 15 dias, contados da data da respectiva comunicação, apresentar o projecto da sua viagem de estudo.

### Concursos para internos

Foram nomeados pelo respectivo Enfermeiro-mor, Dr. Emílio Faro, para constituírem os jurís dos concursos para internos graduados e do internato com-



E. TOSSE & C.<sup>a</sup>

HAMBURGO

### TODAS AS INDICAÇÕES DO CÁLCIO

- Potência e duração de acção elevadas
- Efeito analgésico e sedativo pronunciado
- Nenhum fenómeno de bromismo

# EKZEBROL

Injecção intravenosa de  
brometo de estrôncio

AMPOLAS DE 10 c. c.

REPRESENTANTE GERAL — **SALGADO LENCART** — R. Santo António — 203 — PORTO  
SUBAGENTE: — **A. G. ALVAN** — Rua da Madalena 66-2.<sup>o</sup> — LISBOA



## Dr. Telmo Corrêa

Assumi no dia 7 do corrente as funções de inspector de Saúde Naval o comodoro Dr. Telmo Corrêa, que, até há pouco, desempenhava o cargo de director do Hospital da Marinha. Pouco depois da cerimónia da posse, recebeu, no seu gabinete, os cumprimentos do almirante Botelho de Sousa,



DR. TELMO CORRÊA

do comodoro Dr. Joaquim Guerreiro de Oliveira Duarte, e outros oficiais superiores, com a visita dos quais o Dr. Telmo Corrêa se mostrou muito sensibilizado.

O novo inspector de Saúde Naval formou-se em Medicina, pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1920 e dois anos depois ingressou, mediante concurso, nos serviços da Armada, onde fez toda a sua carreira. Foi destacado para várias comissões de serviço em navios de guerra e no Ultramar e, no exercício das suas funções, esteve, durante algum tempo, em Macau. Em 1924 começou a sua especialização em radiologia, primeiro em Lisboa e depois em França, a partir de 1925, com o Prof. Beler, tendo cursado esta especialidade na Alemanha em 1934. Nesse ano, foi nomeado adjunto do chefe dos Serviços de Radiologia do Hospital da Marinha, passando, depois, a chefe dos mesmos serviços. Ascendeu, em 1946, ao cargo de director daquele estabelecimento, onde realizou obra notável.

plementar, os seguintes facultativos dos H. C. L.

*Internos graduados:*— Drs. Fernando de Freitas Simões, Kírio Vigeant Gomes da Silva e Francisco José Tavares Ferreira de Lima. *Internato complementar:*— Drs. Joaquim Moreira Fontes, Kírio Vigeant Gomes da Silva e Francisco José Tavares Ferreira de Lima.

## Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Sob a presidência do Prof. Correia de Oliveira, reuniu-se no dia 8 de Junho a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, que nomeou para constituir a delegação portuguesa ao VI Congresso Internacional de Neurologia, em Bruxelas, os Profs. Correia de Oliveira e Almeida Lima e o Dr. António Marques. Seguidamente, foi, também, designado delegado neuro-psiquiatra ao Congresso Ibero-Americano Médico-Psicológico, em Barcelona, o Dr.

Henrique Gregório Pereira, findo o que se deu início à comunicação do Grupo de Estudos de Psicologia Evolutiva, intitulada «Inteligência, Neurose e Fracasso Escolar», apresentada pelos Drs. João Santos e Maria Borges, a qual foi largamente discutida pelos Profs. Almeida Lima, Barahona Fernandes, Matos Romão e Correia de Oliveira, e pelos Drs. Almeida Araújo, Miller Guerra e Lobo Antunes.



# LEUKOPLAST

## O ADESIVO DE CONFIANÇA

Graças a intensas e perseverantes investigações, LEUKOPLAST, mantem-se sempre na vanguarda do progresso. Novas matérias obtidas por síntese ou descobertas na natureza, entram na sua composição, e o equipamento técnico que as elabora, e produz o LEUKOPLAST, é o mais perfeito e moderno.

UM PRODUTO DE:

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

REPRESENTANTE EM PORTUGAL:

**PESTANA & FERNANDES, LDA.**

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



# A V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 11 a 23 de Julho)

**Dia 11** — Encontra-se no Marco de Canavezes uma unidade móvel dos Serviços de Recenseamento Torácico da Zona Norte, dependente do Centro de Profilaxia e Diagnóstico. A afluência tem sido enorme, tendo-se feito, já, aproximadamente, oito mil micro-radiografias, seis mil provas tuberculosas e quatro mil vacinações pelo B. C. G., estando incluídos nestes números as quatro mil e duzentas crianças das escolas do concelho. Dirige estes Serviços o

médico vacinador e leitor de filmes Dr. Alvaro de Andrade, que, muito tem concorrido para o bom sucesso do empreendimento.

Estes serviços, segundo nos informam, continuam até dar satisfação integral às necessidades da população deste concelho e destinam-se ao despiste das doenças tuberculosas, tendo sido requisitados pela Comissão de Assistência Municipal, da qual é presidente o Dr. Bento António de Vasconcelos Monteiro, incansável batalhador contra a peste branca.

**16** — Em Lisboa, a assembleia geral da Ordem dos Médicos, reunida sob a presidência do Prof. Aleu Saldanha, depois de prestar homenagem ao Bastonário, Prof. Cerqueira Gomes, aprova, por aclamação, inscrever o Presidente do Conselho, Prof.

Oliveira Salazar, como primeiro membro honorário.

São também aprovadas moções de agradecimento, por serviços prestados à Ordem, aos Profs. Marcelo Caetano, Afonso Queiró e Palma Carlos, assim como o relatório e as contas da gerência do ano findo.

— O Governador Civil do distrito de Portalegre, em reunião com os representantes da Imprensa, fala de problemas locais de saúde pública e assistência, além de outros que aborda. Sobre estes informa que se vai inaugurar, em Portalegre, uma Exposição de Educação Sanitária, que funcionará no salão da delegação da FNAT, seguida de várias projecções de filmes apropriados na esplanada do Cine-Parque.

Para prosseguimento das obras em curso no Sanatório Dr. Rodrigues de Gusmão, informa que vai ser reforçada a verba necessária, e, com destino à ampliação do citado estabelecimento de assistência vai igualmente ser concedida uma verba substancial de modo a permitir um aumento populacional de 90 para 150 internados.

**17** — Parte para Nova Iorque o Dr. Jorge de Melo Rego, assistente de ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa e encarregado da consulta de esterilidade do Hospital de Santa Maria que, com o patrocínio do Instituto de Alta Cultura, vai visitar os principais centros de ginecologia e esterilidade conjugal na América do Norte.

— No Porto, a Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal continua na realização de cerimónias comemorativas do XXV aniversário da sua fundação. As festas deste dia são todas de carácter religioso e recreativo.

**18** — Regressa a Lisboa, depois de um ano de permanência em Inglaterra, como bolseiro do Instituto de Alta Cultura, o Dr. António Pinto Teixeira, que frequentou, também, a convite do «British Council», as clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Oxford.

— Chega a Lisboa em visita ao nosso País, o conhecido médico espanhol Dr. Mohine Dias, cujo processo de tratamento do reumatismo, por meio de vacinas, tem obtido o maior interesse, quer em Espanha, quer em diversos países da Europa.

**19** — Dizem de Coimbra que, em virtude de ter sido substituído o titular da pasta da Educação Nacional, o Reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia, apresenta o pedido de demissão do lugar que exerce, que o Sr. Ministro da Educação Nacional não aceitou, enviando ao prelado universitário o seguinte telegrama: «Ao agradecer a Vossa Excelência o ter aceitado continuar servindo no seu alto posto desejo manifestar à gloriosa Universidade o respeito que lhe tributo como depositária da mais alta tradição académica e a esperança que nela deposito para prosseguimento da obra que a singularizou no nosso País. Peço-lhe, Sr. Reitor o obséquio de agradecer aos professores e estudantes os votos que em seu nome me exprimiu e de lhes assegurar o meu apreço particularíssimo».

**20** — Continuam as comemorações anuais da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal. Celebra-se Missa pelos benfeitores falecidos.

**23** — No Porto, reúne a Comissão Municipal de Higiene, sob a presidência do vereador Dr. Frazão Nazareth e, entre outros assuntos, são trocadas impressões acerca das visitas feitas aos Mercados do Bom Sucesso e do Bolhão, tendo o presidente comunicado a resolução da Câmara em iniciar, em breve, importantes obras de beneficiação neste último mercado, dando assim satisfação aos desejos manifestados por esta Comissão Municipal.

O presidente refere-se, também, à posse da Comissão, nomeada pelo Ministério da Economia para o estudo dos problemas ligados ao abastecimento de leite à cidade,

## Lições do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos

### Contendo:

**Prefácio** — J. Andresen Leitão

**Os Ultra-Sons em Terapêutica** — F. Formigal Luzes

**Alta frequência em terapêutica** — F. Rodrigues Luzes

**Tratamento da hipertensão arterial** — Alfredo Franco

**Estigmas da insuficiência alimentar** — Fausto Cruz de Campos

**A vacinação pelo B. C. G.** — Casanova Alves

**Os tão falados e incriminados bicos de papagaio no quadro das algias vertebrais mais comuns** (Experiência pessoal de cerca de 600 casos) — M. Assunção Teixeira

**Radiações** — A. Luazes Meyer

**O diagnóstico e o tratamento de urgência das meningites** — Prof. Frederico Madeira

**Facomatoses** — H. Paula Nogueira, H. Moutinho e J. Cortez Pimentel

**Situações de urgência em cirurgia infantil** — Abel da Cunha

**Seborreia e doenças relacionadas** — Norton Brandão

**É posto à venda em breve. Pedidos para a Ordem dos Médicos, Lisboa, e para «O Médico».**



destacando as palavras proferidas no acto de posse, pelo Sr. Director-geral do Ministério, manifestando a esperança de ver, em breve resolvido tão magno problema.

— Reune a Academia de Ciências de Lisboa, classe de Ciências, sob a presidência do Prof. Egas Moniz. Ao abrir a sessão o Prof. Egas Moniz diz que a Classe se associa às homenagens que a Sociedade de Neurologia e Psiquiatria de Lisboa vai prestar ao Prof. Bettencourt Rodrigues na passagem do seu centenário e faz um esboço biográfico do cientista. Termina agradecendo a colaboração dos membros da Classe durante o período de trabalhos que vai terminar.

— No Porto, a Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, promove uma festa infantil com as crianças dos Preventórios, em homenagem aos benfeitores.

— Informam-nos que a Ordem dos Médicos resolveu criar dois prémios para neurologistas, designados «Prémios António Flores», no valor de 15 mil escudos cada.

## Estrangeiro

Dizem da América que, pela primeira vez na História da Medicina, uma mulher sofrendo de poliomielite foi hipnotizada para lhe permitir dar à luz um bebé. Os médicos do Parkland Hospital tiveram que empregar este método em virtude de a criança se apoiar na região pulmonar da mãe, aumentando consideravelmente as dificuldades respiratórias desta. A criança, do sexo masculino, nasceu um mês antes do termo.

Os médicos declaram que, após o parto, a respiração da mãe melhorou consideravelmente. A parturiente, que já tinha três filhos, foi transportada a semana passada para o hospital de Parkland, em seguida a um ataque de poliomielite que lhe provocou a paralisia das pernas e dos músculos respiratórios. Como a respiração se tornava cada vez mais difícil e era impossível anestesiá-la, os médicos resolveram recorrer ao hipnotismo.

Um psiquiatra da Faculdade de Medicina do Texas foi chamado para hipnotizar a paciente, à qual foram administrados remédios para facilitar o parto.

— Dizem de S. Paulo (Brasil) que alguns membros da «Comissão do IV Centenário da Fundação da Cidade de São Paulo», visitaram, o novo e monumental edifício do Hospital de São Joaquim, da Beneficência Portuguesa desta capital, cujas obras de conclusão prosseguem agora mais aceleradamente, a fim de que, muito em breve, ali passem a funcionar, regularmente os seus serviços hospitalares, carecidos de novas instalações, que são moderníssimas e modelares.

Os visitantes foram orientados, naquela visita de que receberam as mais satisfatórias impressões, pelo vice-presidente da filantrópica instituição, Sr. comendador Abílio Brenha da Fontoura, pelos directores da mesma, Srs. Isidro Pedro dos Santos Costa e Manuel Rosa, e foram acompanhados pelo cônsul de Portugal, Dr. Adriano de Carvalho, e, também, por alguns jornalistas.

Uma das inúmeras dependências do edifício, já praticamente concluída e que apenas falta mobilar, é a grandiosa e magnífica sala das sessões, denominada «Salão Manuel da Nóbrega», cujas paredes, do fundo e do lado, estão revestidas de coloridos vitrais, que reproduzem as figuras dos reis portugueses directamente ligados aos descobrimentos e à história do Brasil; o infante Dom Henrique; painéis de Nuno Gonçalves; os fundadores da cidade de São Paulo; vários episódios da epopeia dos «bandeirantes», bem como escudos e brasões de Portugal e do Brasil, tudo disposto num maravilhoso e artístico conjunto. Na parede onde ficará a mesa das sessões, será colocado, à cabeceira, o grande retrato a óleo e em corpo inteiro, do infortunado rei

Dom Carlos I de Portugal, o qual há anos se encontra em lugar de honra no salão nobre do antigo edifício, e que foi quem concedeu à benemérita sociedade portuguesa, quase centenária, o título de Real, que ainda hoje usa.

— De Londres, dizem que médicos de nove países, membros de uma Comissão Internacional estabelecida para investigar os efeitos médicos e biológicos das explosões atómicas, fizeram hoje um apelo para que não houvesse mais explosões de bombas atómicas e de hidrogénio.

O apelo estava incluído num relatório preliminar publicado em Londres no «Lancet», um dos principais jornais médicos da Grã-Bretanha.

A Comissão reuniu-se em Tóquio, Osaka, Hiroshima e Nagasaki. Os médicos pertencem à Grã-Bretanha, África do Sul, França, Alemanha Ocidental, Chile, Rússia, Bélgica e Checoslováquia.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

De provas documentais teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, para o provimento de trinta e dois lugares de internos do internato geral, dos Hospitais Cíveis de Lisboa, ao qual podem concorrer os médicos diplomados pelas Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra. Condicionamente podem concorrer também os finalistas de Medicina, que serão admitidos definitivamente se, até cinco dias antes do começo da primeira prova do concurso, provarem ter terminado o curso e tiverem a sua documentação completa.

— De provas documentais, teóricas

Um produto "ANDRÓMACO"

# TALIPECTIN

ANDRÓMACO

Para a quimioterapia das afecções intestinais de origem bacteriana

Ftalilsulfacetamida — Pectina

Caulino coloidal

Em forma de emulsão. Isento de açúcar. De fácil administração em medicina infantil.

#### INDICAÇÕES:

Colites ulcerosas. Disenterias bacilares. Enterites disenteriformes infantis. Intoxicações alimentares. Salmoneloses. Fase pre-operatória cirúrgica, etc.

PREPARADO NOS

LABORATÓRIOS

Rua Arco do Cego, 90



ANDRÓMACO, L.ª

Lisboa — Portugal



e práticas, públicas e eliminatórias, para o provimento do lugar de assistente de serviço de sangue dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

— Habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Ponta Delgada.

Em Portalegre, a 24 de Julho, inaugura-se uma Exposição de Educação Sanitária.

— Em Coimbra, para encerramento do Ano Escolar, realiza-se, no próximo dia 31, na Escola de Enfermagem «Dr. Ângelo da Fonseca», uma festa que constará de missa na capela privativa dos Hospitais da Universidade, às 9 horas, e uma sessão solene no salão nobre, pelas 17 horas, na qual será feita a imposição de insígnias aos novos profissionais.

— Em Agosto, na Póvoa de Varzim, recolhem-se as listas de donativos destinados à Santa Casa da Misericórdia.

## Estrangeiro

Em Paris, de 25 a 30 de Julho, realiza-se o VI Congresso da Federação Internacional de Anatomia.

— Na Fundação Ciba, em Londres, realiza-se um Simpósio sobre Electroforese no papel, nos dias 27 a 30 de Julho.

— Em Estocolmo e Upsala, realizam-se as sessões do 1.º Congresso Internacional de Cirurgia Plástica, nos dias 1 a 5 de Agosto.

— De 1 a 6 de Agosto, em Bruxelas, realiza-se o 3.º Congresso Internacional de Bioquímica.

— Em Groningen, realiza-se uma Reunião Internacional de Neurobiologistas.

— Em Tel-Aviv, de 10 a 17 de Agosto, o Congresso Mundial de Médicos Judeus.

— Em S. Paulo e no Rio de Janeiro, de 14 a 20 de Agosto, o Congresso Panamericano para as Doenças Reumáticas.

— De 20 a 27 de Agosto, em Istambul, a 8.ª Reunião Anual da Federação Mundial para a Saúde Mental.

— Em Paris, de 31 de Agosto a 8 de Setembro, realiza-se o Congresso Internacional do Frio.

— Em Veneza, de 1 a 4 de Setembro, as Jornadas Médicas Internacionais.

— O 2.º Congresso Internacional de Angiologia realiza-se em Friburgo, nos dias 1 a 5 de Setembro.

— Em Evian realiza-se o IV Congresso Médico Internacional sobre «A litíase urinária».

# NOTICIÁRIO OFICIAL

## Diário do Governo

(De 14 a 20/VII/1955)

14/VII

Drs. Sérgio da Silva Carvalhão Duarte, e Maria Luísa Homem de Melo Santos Gonçalves de Carvalho, internos do internato complementar de Análises Clínicas dos H. C. L. — contratados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos graduados de análises clínicas.

— Dr. Nuno Tornelli Cordeiro Ferreira — contratado, precedendo concurso de provas documentais teóricas, públicas e eliminatórias, interno graduado de pediatria médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

— Drs. Amaro de Azevedo Gomes e Manuel Maria de Oliveira Mendes — nomeados internos do internato complementar de ortopedia e fracturas dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

— Dr. Mário da Silva Simões de Carvalho — contratado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno graduado de medicina dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

— Dr. Rui da Câmara Pestana — contratado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno graduado de cirurgia, dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

— Dr. Daniel Rodrigues Monteiro — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de Inspector de Saúde Escolar da Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar com o de médico-visitador do Dispensário Antituberculoso Dr. António de Azevedo, dependente do Instituto Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. António Esteves Correia — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular os cargos de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Viseu, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, de médico contratado da 1.ª Companhia do Batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana e de médico da guarnição militar daquela cidade.

— Dr. Vasco João Pessoa de Araújo — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de interno do internato geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa com o de médico interno estagiário do quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Hospital do Ultramar.

— Dr. Luís Augusto Corte Real Caio-la da Mota — contratado, da Direcção-Geral de Saúde — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de médico sanitário do Hospital de Santa Maria.

— Dr. Jorge de Melo Pereira da Conceição — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de médico da Federação de Caixas de Previdência com o de interno graduado dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

— Dr. António Dolores Rendas — contratado para a prestação de serviço no quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Hospital do Ultramar como médico interno estagiário.

— Dr. Rui Van Zeller — contratado para a prestação de serviço no quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Hospital do Ultramar como médico fisio-terapeuta.

16/VII

Dr. Álvaro de Mendonça Machado de Araújo Gomes de Moura — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de Director da Circunscrição de Defesa Sanitária dos Portos Marítimos e Aéreos da Zona Norte com o de médico especialista de otorrinolaringologia dos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência.

— Dr. Miguel Pedro Colares Pereira Iglésias de Oliveira — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de primeiro-assistente do Sanatório D. Carlos I, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, com o de Director do Serviço de Tisiologia (doenças pulmonares) do quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Hospital do Ultramar.

— Dr. Luís Fernando Bravo de Sousa Uva — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de interno do internato complementar de clínica médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa com o de médico interno estagiário do quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Hospital do Ultramar.

## Dr. José da Silva Nogueira

Foi nomeado para o cargo de director do Hospital da Marinha o Dr. José da Silva Nogueira, capitão de mar-e-guerra médico, em substituição do comodoro Dr. Telmo Corrêa, que assumiu as funções de inspector de Saúde Naval, facto a que, noutro local, nos referimos.

## Partidas e Chegadas

### Prof. Adelino Padesca

Partiu para Haia, onde foi participar no Congresso Europeu de Reumatologia, o Prof. Adelino Padesca.

### Prof. Reinaldo dos Santos

Regressou de Londres, onde foi tratar da preparação da Exposição de Arte Portuguesa, a realizar naquela capital, o Prof. Reinaldo dos Santos.

### Prof. Francisco Cambournac

Vindo da América do Sul, onde esteve em serviço oficial da O. M. S., de que é director regional para a África, regressou a Lisboa o Prof. Francisco Cambournac, do I. M. T.

### Prof. Fraga de Azevedo

Em missão da O. M. S., partiu para Madrid o Prof. João Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical.

### Prof. Eduardo Coelho

Regressou da Itália, onde participou no Congresso da Sociedade Italiana de Cardiologia, o Prof. Eduardo Coelho.

### Dr. Pedro Luzes

Depois de um estágio nos hospitais de Londres, seguiu para a Suíça o Dr. Pedro Luzes, que, como bolseiro do I.A.C., vai frequentar, durante um ano, os Serviços de Neuropsicanálise de Genebra.

### Dr. Augusto Travassos

Regressou a Lisboa o Dr. Augusto Travassos, director-geral de Saúde, que representou o nosso País no Congresso da O. M. S., que se realizou no México.

### Dr. Mário Damas Mora

Regressou de Utrecht (Holanda), onde fora tomar parte na reunião internacional de alergistas, o Dr. Mário Damas Mora, que, na referida reunião, apresentou um trabalho e foi eleito para os corpos directivos da Associação Internacional de Asmologia, cujo primeiro Congresso se realizará em Lisboa, em Abril do próximo ano.

### Dr. Rocha da Silva

Regressou de Itália, onde fora representar a Sociedade Portuguesa de Cardiologia no Congresso da Sociedade Italiana, também, de Cardiologia, onde apresentou uma comunicação intitulada «contribuição para o estudo da hipertensão nefrogénica», o Dr. Rocha da Silva.



# O MEDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. 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 Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudê, 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 Antituberculosa 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.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to 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 Matosinhos), 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); INDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com 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**