

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 158
9 de Setembro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

O ESPASMOLÍTICO DE BASE FISIOLÓGICA



LYSPAMINE

(Nicotilamino-1, 2-difeniletano)

Impôs-se em todos os domínios médicos pela sua:

- EFICÁCIA
- INOCUIDADE
- ATOXICIDADE

Indicações: todos os espasmos da musculatura lisa

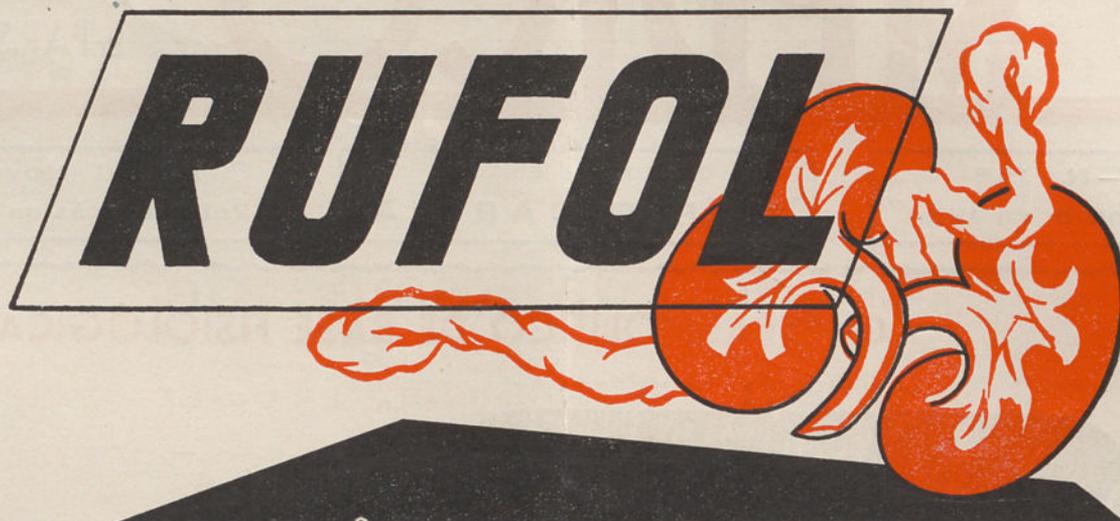


CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUIÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA—S. A. R. L.—LISBOA

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
F. SARMENTO PIMENTEL NEVES, BORGES GUEDES e SOTTO-MAYOR REGO — Estados de ansiedade — Experiência terapêutica com a acetilcolina	757	A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e os Médicos da Índia Portuguesa — COSTA SACADURA	607
M. AZEVEDO FERNANDES — Estudo comparado da Psicoterapia de Ernst Kretschmer	760	Ecos e Comentários	608
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — A cura pelo sono na doença ulcerativa do estômago e duodeno	770	Coisas sabidas... — M. DA SILVA LEAL	611
Resumos da Imprensa Médica	772	Cirurgia Soviética	612
		Noticiário diverso.	



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CENTRO DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DO NORTE

Director: *Dr. H. Gregório Pereira*Serviço do *Dr. F. Sarmento Pimentel Neves*

Estados de ansiedade

Experiência terapêutica com a acetilcolina

F. SARMENTO PIMENTEL NEVES,
BORGES GUEDES e SOTTO-MAYOR REGO

I — CONSIDERAÇÕES GERAIS

O grupo de doentes apresentado e em que ensaiamos a acetilcolina, foi isolado, dos casos que desde 1950 vimos submetendo a esta terapêutica, em torno de um sintoma comum — a ansiedade.

Este estado ansioso oferece-nos duas vertentes, uma psíquica e outra somática, entre as quais existe uma correlação fundamental e através da qual a energia psíquica se verte no soma.

No plano psíquico a ansiedade é vivida como um sentimento vital de ameaça do eu, de dissolução do eu, concretizado sob a forma de um sentimento de profunda insegurança e expectativa, de ameaça vaga e difusa sem objecto, de temor à loucura ou ao suicídio, da perda do controle dos actos, etc.

Quando a ansiedade se projecta no plano somático falamos de angústia e então emergem ao nível do sistema nervoso de relação e do sistema nervoso vegetativo, uma série de fenómenos que podem sobrepor-se no quadro clínico e dominarem completamente tornando, por vezes, difícil o diagnóstico.

Ansiedade e angústia coexistem, muitas vezes porém a ansiedade aparece isolada, na sua forma pura, como único elemento a caracterizar o quadro.

Por vezes a ansiedade pura não é concretizada mas descrita, utilizando os sintomas que a acompanham e que são seus equivalentes, como projecção sobre os diversos territórios orgânicos (palpitações, taquicardia, tremor, espasmos gástricos, etc.); na maioria dos casos porém, os doentes experimentam-na como um sentimento de inquietação e temor em face do acontecer.

Entre as projecções somáticas da ansiedade aparecem no plano neurológico as cefaleias, hipersensibilidade aos ruídos, as crises vertiginosas, etc.; no campo visceral as palpitações, dor precordial, como sintomas circulatórios; a náusea e tic da deglutição, os espasmos gastro-intestinais, como sintomas digestivos; a sufocação, a hiperpneia como sintomas respiratórios etc., isto apenas para citar sintomas mais correntes; esta projecção somática da ansiedade tanto pode abranger a quase totalidade do sistema visceral como concretizar-se a determinadas regiões.

*

Na consideração dos diversos agrupamentos clínicos em que é patente este estado ansioso, há 3 grupos distintos segundo o tipo de factores predominantes:

- ansiedade sintomática;
- ansiedade reactiva ou psicógena;
- ansiedade fisiogénica ou vital.

A ansiedade organogénica ou sintomática é a que surge nalgumas doenças orgânicas e em muitas doenças mentais como a esquizofrenia, epilepsia, etc., como expressão de origem funcional ou orgânica do próprio processo mórbido.

A ansiedade reactiva é motivada psicologicamente, desencadeada por uma situação ou conflito, consciente ou inconsciente, actual ou passado. A ansiedade reactiva é a ansiedade

dos neuróticos. A sua projecção somática pode dirigir-se, nas neuroses, para o plano do sistema de vida de relação, constituindo as neuroses de conversão, por um processo de metamorfose da energia psíquica a que se dá o nome de reacção de conversão, de que é um exemplo a histeria.

Quando a projecção se realiza para o plano do sistema nervoso vegetativo, constituem-se as neuroses orgânicas em que os sintomas vegetativos podem tomar autonomia e formar um complexo sintomático como unidade autónoma, ficando como que na sua penumbra a restante sintomatologia ansiosa. A sintomatologia visceral vegetativa, predominante nas chamadas neuroses orgânicas, resulta em última análise, da projecção somática dum estado geral de nervosidade determinado por um conflito psíquico.

A ansiedade fisiogénica ou vital, a chamada angústia vital emerge do extracto vital, sem motivação psíquica. É uma expressão da alteração da vitalidade, endógena, sem causa física exterior ou motivação psíquica interna. A sintomatologia da angústia vital parte da própria vitalidade do ser para se projectar sobre o plano psíquico e visceral, conferindo-lhe um carácter unitário psíquico-ansioso.

O sintoma fundamental é a ansiedade vital que ocupa o primeiro plano da sintomatologia, constituindo o núcleo da doença. Trata-se de uma vivência primária em que o organismo reage como totalidade, experimentado o indivíduo na sua vertente psíquica o sentimento de ameaça de dissolução do eu, a que já nos referimos, vivido em si mesmo e nas suas consequências que se projectam na acção. Nos graus leves o doente sente-se inquieto, dubitativo. Quando a unidade do extracto vital se rompe, dá-se então a conversão da energia psíquica na diversa sintomatologia somática, podendo esta tomar o lugar das perturbações psíquicas e se a crise persiste (reacção cristalizada de Ibor).

Lopez Ibor isolou a timopatia ansiosa tendo como núcleo esta ansiedade vital que emerge da própria corporalidade do ser, da sua vitalidade, e que não pode ser atribuída a nenhuma situação ou conflito, expressa fenomenologicamente conforme relatamos já.

As diversas formas de angústia que relatamos podem apresentar-se combinadas ou sucederem-se ao longo do curso da vida. Podem, pois, encontrar-se associadas no mesmo doente crises de angústia reactiva e angústia vital ou mesmo apresentar-se uma ansiedade secundária como reacção da personalidade à própria doença.

Na transição da projecção psíquica da angústia ao plano víscero-vegetativo encontrámo-nos em face de uma actividade de integração que certos autores pretendem se realize ao nível do diencéfalo.

Os conhecimentos adquiridos sobre a possível atribuição de determinadas funções psíquicas ao diencéfalo procedem em parte dos trabalhos experimentais de Bard e de Massermann.

Segundo Lopez Ibor «a crise de ansiedade aguda é vegetativamente uma descarga global e simpática». Ouçamos, porém, Roff Carballo «a análise de sintomas produzidos no animal descerebrado pela actividade do hipotálamo posterior demonstrou que são idênticas às que se registam no estado emocional caracterizado fundamentalmente por uma excitação mental acompa-

nhada de sintomas orgânicos múltiplos e determinado por uma impressão violenta, agradável ou penosa e que se deveria à libertação dos centros hipotalâmicos que governam as emoções, do controle do córtex cerebral na região pré-frontal, a qual normalmente exerce sobre eles uma acção inibitória ou frenadora. Em suma admite-se que no hipotálamo além de existirem os centros reguladores das funções vegetativas em geral, radica também o centro da conduta do indivíduo subordinado ao córtex cerebral na zona pré-frontal. Quando por qualquer razão se liberta da acção frenadora do córtex, os centros hipotalâmicos recobram todo o seu poderio manifestando-se pelos sinais que caracterizam o estado emocional».

Entretanto, autores mais modernos pretendem localizar esta actividade integrativa ao nível do chamado «sistema centro-encefálico», situado fora do córtex e que se estende pela substância reticular do bolbo até à cápsula interna, passando pelo mesencéfalo, sub-tálamo, hipotálamo e porção ventromedial do tálamo. Na disfunção deste sistema pela rutura da sua função integradora, encontrar-se-iam todas as formas de angústia.

Na crise angustiosa existe um choque vegetativo no sentido duma simpaticotonia com consequente descarga adrenalínica.

Por isso se pensou em combater a angústia mediante medicações de sinal oposto como a acetilcolina. A injeccção desta substância conduz a fenómenos vegetativos de acção para-simpático-mimética (tosse violenta, salivação, lacrimejo, etc.).

A acção da acetilcolina desenvolve-se sobretudo por excitação central diencefálica.

«As descargas simpaticotónicas geram crises angustiosas e o predomínio parasimpático, e, sobretudo os estímulos fortes parasimpáticos são capazes de anulá-las».

Segundo Langley as variadas respostas dos órgãos ao mesmo estimulante vagomimético ou simpaticomimético foram explicadas pela presença nas células de execução, de duas substâncias receptoras, uma excitadora E outra inibidora I. Para Danielopolu as excitações do sistema neuro-vegetativo determinariam ao mesmo tempo reacções simpáticas e parasimpáticas, graças a uma dupla reacção celular com predomínio duma e reacção secundária compensadora da outra. Assim a acetilcolina desencadeava uma forte reacção parasimpaticomimética e a seguir uma reacção compensadora simpaticomimética.

II — CASOS CLÍNICOS

No grupo de 60 doentes considerado podemos isolar 3 sub-grupos distintos com características próprias e que é fundamental assinalar:

— No 1.º grupo, constituído por 40 casos aparece a angústia como sintoma dominante, senão porque numa ou noutra forma se encontra em todos os doentes, mas porque é ele que mais vincadamente preocupa os doentes.

Há uma nítida dominância do quadro psíquico-angustioso, aparecendo a angústia na sua vertente psíquica, em si mesma ou nos seus equivalentes, verbalizada das mais variadas formas e nas mais variadas projecções psíquicas. Neste último aspecto predominam as fobias e obsessões, a fadiga e dificuldade de concentração, a irritabilidade neurasteniforme, azedume, e a despersonalização.

Por outro lado na sua projecção somática exprime-se como sensação de aperto torácico com falta de ar, polipneia, dor precordial com taquicardia, palpitações, mal-estar epigástrico, boca seca, vertigens, cefaleias, parestesias, variações térmicas das extremidades, sudação, tremores, etc., etc., pois a série seria demasiado longa.

A angústia aparece nestes casos como um conteúdo emergente desligada de qualquer causa motivante evoluindo num curso fásico e se em determinada época aparece em concomitância com um motivo plausível verifica-se que evolue independentemente, por si; este aparecimento imotivado, a sua evolução e a violência da manifestação angustiosa é que lhe conferem um carácter vital em oposição às características da angústia reactiva.

A angústia, que aparece como sintoma dominante nos nossos casos, exprime-se por um sentimento de inquietação e mal-estar, de temor vago não concretizado, algo que é desconhecido na sua qualidade para o angustiado, como diz Liebeck.

Este sentimento de um perigo difuso é vivido como qual-

quer coisa para além da morte, ameaça que se concretiza no próprio eu como destruição do mundo interno, segundo a frase de um doente nosso. É que, segundo refere Lopez Ibor, a angústia é vivida como ameaça da dissolução do eu, com a possibilidade implícita da perda do controle dos actos.

Aparecem também com bastante frequência as fobias dos mais variados conteúdos, predominando os agorafobias e que valorizamos como cristalização da angústia.

A dificuldade de concentração e a irritabilidade neurasteniforme aparecem também em percentagem destacada, sobretudo a primeira que impressiona muito determinado tipo de doentes que se dedicam a trabalhos intelectuais; têm a impressão de que o pensamento perdeu a capacidade de síntese, já não têm a penetração que dantes tinham mas não só a penetração como a persistência e tenacidade e então julgam-se envelhecidos, incapazes, claudicando realmente nas tarefas que se impõem.

A tristeza aparece como a angústia em percentagem dominante (70%); a tristeza aparece aqui como com carácter nitidamente vital; os doentes estão pura e simplesmente tristes, não relacionando a sua tristeza com qualquer vivência, com qualquer motivo, nem por outro lado ela existe como um modo permanente do ser, como nos psicopatas depressivos. Aqui o estar triste surge inusitadamente como algo de estranho, inexplicável e de que é difícil libertar-se.

A sintomatologia somática apresenta o polimorfismo descrito com predominância marcada, respectivamente das vertigens, cefaleias e queixas digestivas, que, segundo Lopez Ibor, não são uma consequência da ansiedade mas uma expressão directa da mesma alteração da esfera vital que se manifesta psiquicamente em ansiedade.

Este aspecto sintomatológico representa um corte transversal na história do doente. No entanto, se percorrermos metódicamente, num sentido longitudinal a sua história verificamos, na maioria das vezes, um ou mais surtos com sintomatologia diferente; num dos nossos doentes verificamos, por exemplo, o aparecimento, há 7 anos, de uma neurose gástrica (passe o termo); depois, queixas do tipo vertiginoso com agorafobia e actualmente um quadro típico da clássica neurose cardíaca. Quer dizer, a sintomatologia é no fundo equivalente, pois a expressão somática da ansiedade não apresenta sempre características iguais na forma, mas sim idênticas na essência. O aspecto fásico e polimorfo dos surtos é particularmente característico.

O quadro descritivo dos sintomas nos nossos doentes coincide com o quadro da timopatia ansiosa, isolado por Lopez Ibor, pertencente ao círculo timopático, em que está predominantemente atingido o extracto vital.

Estamos pois em face de um tipo diferente de ansiedade, ansiedade vital ou fisiogénica, que se contrapõe aos outros tipos de ansiedade que a seguir apresentamos.

No 2.º grupo constituído por 10 doentes, a ansiedade ainda que como elemento dominante não tem já o carácter autoctone do 1.º grupo; para isso, baseámo-nos sobretudo na evolução dos casos e na sua história.

Para além da ansiedade verifica-se uma estrutura complexa que vai desde a situação limite que o doente não pode superar, do conflito que não foi integrado e é reprimido.

A ansiedade aqui aparece ligada compreensivamente a uma situação, a um conflito, tem uma génese psíquica, consciente ou inconsciente, presente ou passada mas sempre aderente à personalidade do doente. Quer dizer a ansiedade é motivada, reactiva.

Nos 10 casos apresentados a angústia é manifestamente reactiva ou psicógena motivada por uma situação ou exprimindo um conflito, objectivamente determinador na sua história.

Neste grupo de 10 doentes encontramos 3 psico-nevroses obsessivas com reacções ansiosas motivadas pelo conteúdo das obsessões, duas de conteúdo erótico e outra agressivo; 2 neuroses de ansiedade puras em que a ansiedade exprime compreensivamente um conflito reprimido; e uma neurose orgânica em que predomina a sintomatologia visceral-vegetativa sobre a ansiedade, exprimindo simbolicamente um conflito antigo. Os 4 casos restantes são reacções depressivo-ansiosas de tipo situativo em que a motivação é patente.

No 3.º grupo constituído por 10 doentes psicóticos há,

para além da ansiedade que se apresenta por vezes de forma espectacular, um quadro de sintomas bem definido sob o ponto de vista nosológico e no qual a ansiedade aparece como fenómeno emergente não como reacção da personalidade ao processo mórbido que a invade mas como expressão directa do próprio processo mórbido. Trata-se, no presente caso, de 3 depressões ansiosas e 7 defeitos esquizofrénicos em que a ansiedade aparece por surtos, acompanhada ou não de depressão, mas em que o grau de deterioração punha de parte a possibilidade de reacção psicógena à própria doença.

A ansiedade neste grupo é uma expressão funcional ou orgânica da psicose e por consequência diferente da ansiedade reactiva ou da ansiedade vital.

III — TERAPÊUTICA

A prova terapêutica a que submetemos os nossos doentes — a acetilcolina — foi inspirada sobretudo nos trabalhos de Fiamberti e Lopez Ibor, largamente divulgados nos Rapports do Congresso Internacional de Psiquiatria em 1950. Os resultados apresentados por Fiamberti foram acolhidos numa forma geral com cepticismo e votados à priori ao ostracismo, não só pela forma como foram apresentados mas ainda porque a entidade nosográfica sobre a qual incidia a sua investigação era a esquizofrénica. A impressão geral era de que se tratava de uma tremenda «bontade», no género dos dinitrilos nas depressões! Não nos podemos pronunciar pois não temos experiência suficiente sobre este método terapêutico.

Melhor fundamentado tècnicamente, partindo de uma análise fenomenológica muito profunda, e dirigindo-se a um sector restricto, teve o trabalho de Lopez Ibor melhor aceitação e divulgação e posteriormente a acetilcolina tem sido ensaiada com êxito em toda a parte.

*

Utilizamos nos nossos doentes o cloridrato de acetilcolina em injeções endovenosas diárias, numa dose variável entre 0,20 a 0,40 mgrs.

No 1.º e 2.º grupos utilizamos de preferência a dose diária de 0,20 em injeções endovenosas relativamente lentas, de forma a não obter uma clara perda da consciência e durante um período que oscila entre 20 a 30 tratamentos (1). Este choque terapêutico, em si espectacular, provoca muitas vezes uma reacção tal da parte dos doentes, que estes abandonam o tratamento, isto quando não há o cuidado em estabelecer uma fase introdutora em que o doente é informado do que vai sentir e a velocidade da injeção vai aumentando progressivamente. De início também nós tivemos os nossos revezes que se traduziam num abandono da terapêutica por parte dos doentes.

No 3.º grupo utilizamos a dose de 0,4 em injeções diárias endovenosas por períodos largos, chegando a atingir as 100 injeções. A injeção era dada com agulha grossa e rapidamente, de forma a obter perda de consciência e convulsões.

No decorrer da terapêutica não verificamos qualquer acidente.

*

Comparemos agora os resultados:

Nos 40 doentes pertencentes ao grupo da timopatia ansiosa obtivemos 60 % de curados totais, 25 % de melhoras e 15 % sem resultado.

Os casos curados e melhorados predominam no sexo feminino, enquanto só encontramos uma mulher nos casos sem

resultado. Por outro lado tanto os casos de cura como melhorados mostram certa estabilização, pois apesar de termos casos já com 3 anos de evolução, apenas tivemos 4 recidivas.

Se encararmos estes resultados em face do tempo de evolução da doença, verificamos que os casos curados eram todos recentes, com menos de 4 meses de evolução; nos casos melhorados verifica-se que a evolução do quadro oscila entre 4 meses e um ano, enquanto nos casos sem qualquer resultado encontramos doentes com uma evolução muito mais longa, chegando um caso a atingir 3 anos.

Os resultados obtidos nos outros grupos são, porém, completamente diferentes. Nos 10 casos de ansiedade reactiva verificamos, apenas, melhoras fugazes em 3 casos, incidindo sobretudo na vertente psíquica da ansiedade (2 casos de psicose obsessiva e um de depressão reactiva), que rapidamente voltaram a cair no estado ansioso anterior.

Nos 10 casos de ansiedade organogena, apesar de o tratamento ser mais prolongado e mais profundo não se verificou qualquer modificação do quadro.

Em face dos resultados obtidos nos 3 grupos de estados de ansiedade, parece-nos pois, perfeitamente indicada, a acetilcolina nos estados ansiosos de origem fisiogénica, em que a ansiedade traduz uma alteração da vitalidade. De resto esta terapêutica estaria de acordo com as hipóteses postas não só das relações de dependência verificadas entre as alterações vitais e a regularização diencefálica, mas mais ainda pelo facto de a acção da acetilcolina se desenvolver sobretudo por excitação central diencefálica.

O facto de não se obterem resultados nos outros estados de ansiedade explica-se pela circunstância desses estados de ansiedade serem mantidos por uma motivação psicógena concreta nos estados ansiosos reactivos ou pela doença orgânica nos estados de ansiedade organogena e de certo modo possuírem um valor sintomático. De resto as implicações teóricas em volta deste problema ultrapassam-nos e ultrapassam o âmbito deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA (em resumo)

- Boutonier, Juliette* — L'Angoisse — P.U.F. — Paris 1949.
- Delgado Roig, J.* — Consideraciones acerca de los estados emocionales y en especial la angustia. Sevilla 1944.
- Delay, Jean et Jouannaïs, Simone* — Sur l'association de crises d'anxiété paroxistique, d'épilepsie tonique e d'un syndrome parkinsonien. L'anxiété hypotalamique — Revue neurologique 1943.
- Ey, Henri* — Études psychiatriques, vol. II. Desclée de Brouwer, — Paris 1950.
- Fernandes, Barahona* — Glossodinia timopática — Actas luso-espanholas de n. e p. — Vol. X, n.º 4 — 1951.
- Fiamberti* — L'acetylcholin dans la physiopathogenèse et dans la thérapie de la Schizophrénie — Congrès International de Psychiatrie IV — Thérapeutique biologique, Paris — Hermann et Cie — Ed. 1950.
- Gesell, Robert and col.* — Général Neurophysiology Progress in N. and P. New-York 1951.
- Ibor, J. J. Lopez* — L'angoisse vitale et son traitement — L'Encéphale T. XLII 1953.
- La angustia vital — Paz Montalvo, Madrid 1950.
- La estructura de las neurosis y su base vital — Medicina, Ano XI, n.º 235.
- Escolios sobre los estados del animo y la vitalidad, Revista de psicologia general y aplicada — Madrid, vol. 6, n.º 19, 1951.
- Janet, Pierre* — De l'angoisse à l'extase, Paris, Alcan 1926-28.
- Marrazi, Amedeo; Hort, E. Ross* — Pharmacology of nervous system, Progress in N. and P., Vols. VI-VII, New-York 1951-1952.
- Nuñez, Eusébio* — Timopatias y timosis — Actas luso-espanholas de n. e p., Vol. XII, n.º 4, 1953.
- Polónio, P.* — Neuroses e estados ansiosos — Anais Portugueses de Psiquiatria, Vol. IV.
- Prof. Carballo, J.* — Cerebro interno y mundo emocional, Ed. Labor, Madrid 1952.
- Wortis, J.* — Physiological Treatment — The A. J. P., Vol. 105, n.º 7, 1949.

(1) Num caso apenas, fizemos 2 inj. diárias.

Estudo comparado da Psicoterápia de Ernst Kretschmer

M. AZEVEDO FERNANDES

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

(Continuação do número anterior)

PSICOLOGIA EVOLUTIVA

O processo de maturação humano está ligado a uma certa renúncia dolorosa (WENDT) e, como diz Mário YAHN, o adulto exerce em geral uma repressão sobre tudo que é considerado desejo infantil.

Verdade é que o homem deve ter sido criança para que possa ser homem no completo sentido da palavra (BUSEMANN).

A evolução, diz Mário YAHN, «é a modificação de uma homogeneidade incoerente e indefinida para uma heterogeneidade coerente e definida, através de contínuas integrações e diferenciações».

«O que caracteriza o desenvolvimento infantil é, segundo WALLON, em primeiro lugar uma constante transformação que nos impede de definir *personalidade infantil* pelo facto desta ser uma «personalidade em devir» (João SANTOS). Com efeito, «a princípio uma criança não pode ser chamada um indivíduo: as suas acções e reacções são largamente condicionadas pelo ambiente e permanece identificada com os pais» (G. ADLER).

Para KANNER a infância é um termo colectivo. Abrange todas as idades desde o período neo-natal ao fim da puberdade. O autor considera um período de *socialização elementar*, até cerca do ano e meio, em que a criança é totalmente dependente do ambiente; o período de *socialização doméstica* até cerca dos 5 anos é aquele em que mais se faz sentir a influência do ambiente de família e é também a idade dos *porquês*, dos *quês*, dos *quandos* e dos *comos?* de PIAGET; começa depois desta idade o período de *socialização comunal* com o convívio de vizinhos amigos, etc. e a necessidade de resolver por si alguns problemas.

MIRA Y LOPEZ resume da seguinte forma as noções evolutivas do eminente psicoterapeuta KÜNKEL: — «Três etapas percorre a evolução do ser humano: na primeira vive obscuramente misturado *entre* o mundo; na segunda vive progressivamente concentrado *contra* o mundo; na terceira vive para o mundo. E somente quando chega plenamente a esta fase do seu existir adquire a paz e a saúde mentais à prova de conflitos, externos e internos».

Na transformação duma atitude egocêntrica em atitude social reside o grande êxito da psicoterápia para KÜNKEL.

FREUD muito contribuiu para o estudo da psicologia evolutiva. Também SCHULTZ-HENCK será, no dizer de SCHULTZ, um competente representante da psicologia do desenvolvimento.

O interesse que estes e outros psicoterapeutas vêm tomando pela psicologia evolutiva mostra bem que tais conhecimentos são inseparáveis da psicoterápia.

Problemas dos mais subtis — tal como saber se o choro da criança nos primeiros meses é diferente quando exprime fome de quando exprime necessidade de afecto materno (Mário YAHN) — podem ser do mais alto significado evolutivo. Haja em vista que uma das fixações primitivas consiste em considerar o próximo como instrumento de prazer (STEKEL).

A relação pais-filhos (protesto paterno) é de alto significado para a origem das nevroses e psicoses (KRETSCHMER).

A delicadeza do assunto vai a ponto de se poder corrigir o nervosismo duma criança de meses em alguns quartos de hora (Mário YAHN).

Sem dúvida que o problema do desenvolvimento da

personalidade tem significado central no domínio das nevroses (SCHULTZ). A nevrose é uma alteração do desenvolvimento da personalidade (JUNG). O nevrótico tem em si a alma duma criança (JUNG). Diz STEKEL, todo o nevrótico é um criminoso sem ânimo para perpetuar o crime; a nevrose é uma forma de infantilismo psíquico (citado por SPEER).

Em publicação anterior encarámos as estereotipias, os maneirismos e outras várias formas da motórica à base da *psicologia da vontade* e sob o mesmo signo compreensivo identificámos-las a cerimoniais de conflitos instintivos como os que R. BRUN e outros autores apresentam na série animal. Tanto nos cerimoniais instintivos como nos desvios patológicos da motórica — que aliás também comparámos com as evoluções motoras da criança — pretendemos ver tentativas de recuperação, esforços iterativos de ensaio, que importa saber aproveitar. Nessa base lembramos as vantagens duma ginástica ortopédica de acção metodicamente escalonada cujo estudo ainda está por fazer.

Para KRETSCHMER o carácter histérico não é mais que um resíduo psicológico do começo da puberdade. Também KRETSCHMER diz que a tempestade histérica de movimentos é comparável a certas manifestações da série animal e das crianças e ainda a manifestações de pânico.

SCHILDER quase parece ter caído em fantasia abstrusa quando se refere à psicoterápia lúdica. Diz ele que se a criança brinca reproduzindo um choque de veículos se deve interpretar como símbolo duma violenta relação sexual entre os pais; colocar um brinquedo numa caixa como desejo de entrar no seu progenitor.

Curioso é ainda o achado de KRETSCHMER Júnior que em 50 casos de nevroses graves, não seleccionados, encontrou, além de infantilismos psíquicos e estigmas de imaturidade, alterações da maturidade ginecológica, sobretudo hipoplasias, em 40 casos.

Qual deva ser a nossa atitude de higienistas, é assunto a determinar para cada caso. MAIER, em técnica experimental, considera o guia mais útil para desaprender do que para aprender; o guia enfraquece uma resposta velha, o treino e o erro descobrem uma nova (citado por GANTT). Ainda da mesma citação retiramos que o castigo pode fixar um hábito em lugar de motivar o seu abandono. O castigo é um incentivo negativo tanto como um agente de frustração.

É bastante objectivo Mário YAHN quando diz: «a severidade contra as questões do sexo favorece o homossexualismo».

HEYER diz que aconselha o «onanismo de válvula» em certas ocasiões para lhe tirar a importância. Como diz Mário YAHN, «o homem embora leve muitas vezes para o casamento experiência sexual, não leva porém nenhuma educação sexual, o que é bem diferente».

PROBLEMAS EXISTENCIAIS EM PSICOTERÁPIA

Diz Goethe, o homem conhece-se só na extensão em que conhece o mundo (KRETSCHMER). Ao doente não deve apenas ser ensinada a verdade, ele próprio deve desenvolver essa verdade (JUNG). Que o fim da psicoterápia não é encontrar complexos infantis, mas a unificação da personalidade consigo mesma e a sua realização social à base dos seus planos (KRETSCHMER).

ACÇÃO ANTIBIÓTICA

COM REFORÇO DAS

DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

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



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

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

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

Há que aceitar pois que ninguém pode ser curado se não estiver preparado para aceitar a necessidade duma re-orientação mais ou menos completa na sua vida (G. ADLER).

Já que o homem é um buscador de certezas (Gregório PEREIRA), precisamos que a cada passo ele saiba identificar-se, sob pena de se perder, e não só a si como ao alvo que procura.

A filosofia da existência (Daseinanalyse) vem tendo certa repercussão nos meios mais cultos em psicoterapia. BINSWANGER, Medard BOSS, GEBSATTEL, Igor A. CARUSO e tantos outros, têm-lhe emprestado o melhor do seu engenho. Contudo JASPERS diz:

«Se nos voltamos para os modernos e expressivos esforços da filosofia existencial e nos servimos dos pensamentos filosófico-existenciais como meio do conhecimento psicopatológico e mesmo os elevamos à dignidade de elemento da psicopatologia, cometemos um erro científico».

Em bases menos filosóficas desenvolve FRANKL a sua *logoterapia* (existenziellanalyse). mas diz: «uma logoterapia não deve nem pode substituir a psicoterapia, mas completá-la (e isto nem sempre)».

SCHULTZ, que chama a atenção para as falsas direcções existenciais nas nevroses, é bastante pessoal na maneira de o fazer. São no entanto da melhor utilidade prática, para considerar junto do doente, aquilo a que ele chama «alvos dos valores existenciais» e que são: «saúde (sentimento vital corporal), felicidade (razão prática individual), segurança (razão prática colectiva), concepção do mundo (razão cósmica), independência-liberdade (auto-domínio), auto-realização (harmonia total):

Aquilo que MIRA Y LOPEZ chama factores de *psicopaticidade*, julgámo-lo coordenadas valiosas para apreciar a colocação do indivíduo no mundo. Vejamos:

- | | |
|----------------------------------|--|
| a) como julga ser | a') como é na realidade apreciado pelos outros |
| b) como deseja ser | b') que intenções e propósitos lhe atribuem |
| c) como julga que chegaria a ser | c') como quereriam os outros que fosse e como crêem que será |
| d) como julga que é apreciado | d') como crêem os outros que ele os julga |

A separação de a) b) c) d) originará conflitos no indivíduo.

A separação de a) a'); b) b'); etc., originará desadaptações sociais.

Entre nós, Borges GUEDES considera a doença como a soma de «vivências dolorosas» sofridas pelo indivíduo e seus antepassados (ancestrais). Coloca-se num *psicogenismo* extremo sem procurar demonstrar os mecanismos de somatização e de transmissão hereditária que lhe assistem e além disso valoriza as vivências de forma puramente quantitativa. A resolução dos problemas da existência em bases de felicidade é o seu escopo.

Consciência e responsabilidade formam a unidade em que se fundamenta a logoterapia de FRANKL. Enquanto porém a psicanálise se esforça pela consciencialização do anímico, a logoterapia esforçar-se-á pela consciencialização do espiritual. A psicanálise e a psicologia individual servirão parcelarmente o ser humano. O espírito pode sofrer noutra plano, sem que mesmo o indivíduo adoça, e então a logoterapia será o único recurso.

Também «o nevrótico pode carecer duma crítica imamente ao que ele possa expor como argumento de concepção do mundo». Nesta crítica sistematizada e doutrinada em bases ontológicas, fundamenta-se a *logoterapia*.

Os psicoterapeutas da escola de Tübingen estão habilmente instruídos na *logoterapia*, não obstante o Professor KRETSCHMER seja omissivo em referências especiais ao método nos seus trabalhos. LANGEN estuda os problemas existenciais dos seus doentes com extraordinária intuição e como que propositalmente os não escreve, pois o que faz é uma obra, lapidada em cada doente, que nunca pode ser escrita com exactidão.

HÄFNER, também da escola de KRETSCHMER, individualiza, através de casuística bem seleccionada, a depressão existencial, vizinha, no que tem de reactivo, da depressão psicógena, mas um tanto homologada na perda de

dinâmica e no aparecimento de sentimentos de culpa à depressão endógena ou melancolia. A falta de projecção nos problemas existenciais, desde a felicidade à concepção do mundo e à realização total do ser, originaria um bloqueio no estrato em camada vital, por forma a despotencializá-lo e a fazer-lhe perder todo o poder específico eficiente. Daí a depressão existencial ter uma expressão mais quantitativa do que qualitativa. Arrastar-se-á se não surgir uma nova estruturação existencial salvadora.

HÄFNER diz tratar os seus doentes «sobretudo abrindo-lhes de novo o olhar para alvos elevados de valor e esclarecendo-lhes o fundo da sua retracção em psicologia profunda». Aceita que a simples compensação traz sempre carácter de falsidade e transcreve, convicto, de SCHELER, que o homem capaz de amor cristão se deve designar como um «ser de forte vitalidade para quem a posse da vida e seus valores está num tal carácter de auto-compreensão que não carece de nenhum modo do pensamento de auto-conservação».

HÄFNER e WIESER, da escola de KRETSCHMER, estudam motivação existencial nalguns casos de esquizofrenia, fazendo explanações sobre a analítica existencial desenvolvida inicialmente no campo da psiquiatria por BINSWANGER em relação com a análise de HEIDEGGER do estar-no-mundo. BINSWANGER «procura compreender os sintomas da esquizofrenia nas raízes históricas e vitais, dum lado, e doutro na estrutura da existência psicótica».

Os problemas existenciais não são, como vimos anotando, do âmbito exclusivo dos seus apaixonados cultores. Justo se torna pois que nos alonguemos um pouco mais, fazendo justiça àqueles outros autores do nosso mais directo conhecimento que encontraram o caminho dos problemas do existir.

JUNG terá visto pessoas que devem toda a sua utilidade e razão de ser a uma neurose, porque, como diz KÜNKEL: a vida não se facilita, dificulta-se tanto mais quanto mais plenamente se recupera a saúde; os problemas acumulam-se, a responsabilidade aumenta; e na medida em que desaparece a dor própria tanto mais se tem de participar na dor do mundo. Aliás, não-querer-viver tem o mesmo significado que não-querer-morrer, começar-a-ser e desaparecer é a mesma curva, diz JUNG.

Valores finais e prospectivos da escola de Zürich são postos ainda em evidência por G. ADLER.

Com valor existencial destaca SCHULTZ [nós também o fizemos já] a constatação de KRETSCHMER de que ciclotímicos tendem a casar-se com esquizotímicos e vice-versa.

KRETSCHMER diz que «a resolução dos conflitos neuróticos muitas vezes repousa na desarmonia entre a pessoa total e o espaço vital e não apenas na pessoa profunda». Também este Professor de Tübingen nos informa que «depois da puberdade, pelo terceiro decénio, surgem típicas e periódicas alterações do contacto sociológico e situações de conflito logo que surjam as provas de carga típicas da idade madura: noivado, casamento, contacto erótico». Crê que o homem é o animal trágico porque entre outros factos não tem instintos bastantes para se conduzir. Como vemos, KRETSCHMER revela aqui uma intuição magistral da angústia do existir e a fomentação de voos para mais alto.

As crises do «meio do caminho da vida» são encaradas por JUNG e G. ADLER. O medo que o jovem neurótico tem da vida e o que o velho tem da morte mereceram também a atenção de JUNG.

A descrença nos homens e nos tempos originou a psicologia da angústia na própria tragédia humana. Mário YAHN, por isso, pretende que a história da humanidade ainda está por escrever e SCHULTZ-HENCKE diz que há necessidade de escrever a história do mundo pelo menos de 10 em 10 anos.

SCHULTZ-HENCKE mostra-se nos seus livros afoito defensor dos problemas existenciais.

Já nos referimos ao problema religioso que quase todos os psicoterapeutas tocam com mais ou menos elevação. Vejamos ainda: o problema da cura é um problema religioso (JUNG); a neurose compulsiva plenamente formada só é curável se se desenvolve no seu lugar uma vida funda e autenticamente religiosa (KÜNKEL); só podemos sentir o

máximo respeito ante o que como soldado de Deus e como adorador da Virgem Puríssima do manto azul, diga à natureza que não é a combata (HEYER).

SISTEMÁTICA E OUTROS PENSAMENTOS

Os vários capítulos que vimos elaborando são cheios do pensamento de KRETSCHMER, mas factos há que pela sua novidade devem ser acentuados à parte.

Diz SPEER, «a única clínica universitária que nesta data (1952) usa a psicoterapia sistemática fundamentada na psicopatologia é a clínica neuro-psiquiátrica de Tübingen sob a orientação do Prof. KRETSCHMER».

Na clínica universitária de Tübingen, duas enfermarias de 12 camas cada, uma para homens e outra para mulheres, são assistidas por médicos psicoterapeutas, trabalhando em *full-time*, na percentagem de 1 para 6 e 1 para 4 doentes.

A análise, com entrevistas individuais diárias, é a terapêutica de eleição. A par disso os doentes fazem em grupo o treino de SCHULTZ e participam em duas sessões semanais de uma hora para discussão de temas de interesse colectivo, visando sobretudo a adaptação intra-hospitalar. O dia está totalmente preenchido, não faltando a ergoterapia e as horas recreativas.

As restantes modalidades de psicoterapia somam-se ou substituem as que enumeramos. Alguns tratamentos biológicos também são feitos aos doentes destas enfermarias.

Os médicos iniciam a manhã com a visita e a discussão dos motivos da véspera. Os sonhos despertam sempre muito interesse.

Discute-se o caso clínico em seu aspecto poli-dimensional e preconizam-se terapêuticas.

A uma boa psicoterapia interessam todos os factores constitucionais e todas as formas de vivência (KRETSCHMER). Há que fazer depois a harmonização de constituição, personalidade e ambiente (KRETSCHMER).

SPEER, discípulo de KRETSCHMER, também circunscreve que se devem usar as várias escolas conforme a sua oportunidade através de justificação científica e considerar anacronismo o uso exclusivo desta ou daquela escola.

A análise abreviada, assídua e rápida, é a preferida por KRETSCHMER, embora não lhe dê qualquer exclusivismo. STEKEL, WENDT e outros autores também preconizam análises abreviadas, mas diferentemente estruturadas, como adiante veremos.

A hipnose activa fraccionada será tratada à parte.

KLUG e THREN, da escola de KRETSCHMER, estudaram com certo detalhe o pensamento em filme. Fundamentados na experiência de SCHULTZ que, em estado hipnótico, solicitara aos seus doentes que deixassem descolar o pensamento imaginativo, obtendo primeiro imagens de amorfa conformação visual, depois o pensamento em filme e finalmente vivências estranhas com corporabilidade plástica. O pensamento em filme (*Bildstreifendenken*) mereceu a melhor aceitação na escola de KRETSCHMER e foi integrado no seu esquema psicoterápico, constituindo uma modalidade terapêutica em estreita relação psico-física. Isto é, os doentes submetidos a esta terapêutica, realizavam o repouso tónico dos músculos e outras manifestações fisiológicas semelhantes às que SCHULTZ prevê e condiciona no seu treino.

Psicógeno não é para KRETSCHMER sinónimo de acessível à psicoterapia. Haja em vista que por detrás duma fachada histérica encontramos uma enorme perda de tónus vital, diz o autor. Diz ainda «se suprimirmos a hiperpressão da situação actual e a estase afectiva que ela condiciona, os complexos afectivos tornam-se sub-liminais e passam a ter interesse secundário». «Uma psicoterapia diferencial em base psicopatológica, só nós e Jung» (KRETSCHMER).

«Não podemos querer dobrar um homem retraído no sentido de linhas condutoras activas, e um hipomaniaco fogoso extravertido não deverá ser atormentado com ideais de vida ascética, como KRETSCHMER acentua» (EWALD).

Para KRETSCHMER «as paranóias em sentido estrito não constituem propriamente uma doença, mas com-

plexas evoluções da personalidade de estrutura essencialmente poli-dimensional» (G. KOCK).

Temos sempre em vista, nos nossos labores, o esquema psicopatológico de KRETSCHMER:

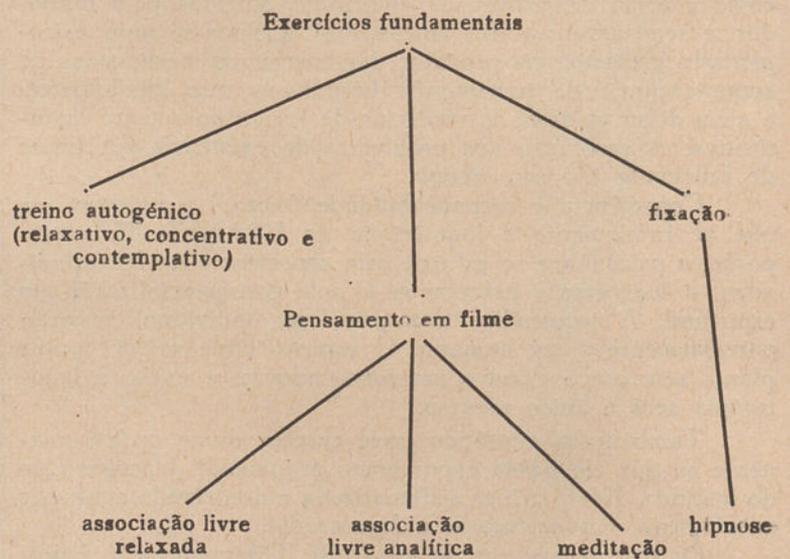
Ciclotímico	}	1. hipomaniaco
		2. sintónico
		3. melancólico
Esquizotímico	}	4. hiperestésico
		5. esquizotímico intermédio
		6. anestésico

Em publicação anterior procurámos pôr em evidência o valor dos contrários. Assim, à base da psicologia de JUNG, destaca-se a feminilidade inconsciente, a *anima*, para o homem e a masculinidade inconsciente ou *animus* para a mulher. A extravasão destes arquétipos permitirá, pela melhor forma, escolher o nosso tipo ideal e contribuir para um casamento perfeito. Também destacamos, segundo estudos de KRETSCHMER, a felicidade nos casamentos quando um cônjuge é esquizotímico e outro ciclotímico. Importa para isso que a vida lhes seja laboriosa ou difícil; de contrário vivem de costas voltadas um para o outro como se não se entendessem.

«Na constituição a psicoterapia não cessa, antes pelo contrário começa... onde sobressaiem infantilismos ou juvenilismos parciais na constituição psico-física da vida tardia, surgem típicas discrepâncias e ambivalências dentro da personalidade, as partes amadurecidas e retardadas da personalidade entram em atrito e tensão oposta... os retardamentos não favorecem só atitudes afectivas totais, mas também vivências isoladas parciais, como por exemplo traumas infantis... o problema do complexo típico não se pode formular vivencialmente, mas sim bio-constitucionalmente» (KRETSCHMER).

«Observa-se com frequência em esquizofrénicos cuja sintomática se marca por um comportamento ambivalente para o outro sexo que já existe uma predisposição constitucional ou seja uma personalidade em parte retardada» (HÄFNER e WIESER).

Reproduzimos finalmente o esquema psicoterápico de KRETSCHMER com os seus vários caminhos, conforme os casos, todos partindo dos exercícios fundamentais (provas de peso e calor). Para mais detalhes vejam-se os capítulos respectivos.



A MODERNA PSICOSSOMÁTICA

«Nada novo sobre a terra». Acontece porém que o profético desejo de «psicologizar o médico» (expressão de SCHULTZ) parece ter redescoberto as afinidades da psique com o soma. Não partilho de tal entusiasmo e creio mesmo que mestres ilustres como KRETSCHMER e SCHULTZ não chegam a entender o entusiasmo de certos tratadistas. Não vamos, positivamente, repetir o que dissemos das

relações corpo-alma e para que chamamos a atenção do leitor. Queremos tão simplesmente destacar que a psicoterapia metódica é a fonte autorizada que deve presidir a tais movimentos e os psicoterapeutas mostram-se cépticos para com este entusiasmo. Os achados clínicos já eles os conheciam e resolviam há muito.

Diz SPEER, a palavra psicossomática em lugar de trazer clareza traz confusão. Pretende FENICHEL que a moderna designação de perturbações psicossomáticas tem a desvantagem de sugerir um dualismo entre sintomas orgânicos e sintomas de conversão, que na realidade não existe.

Um psicopatologista não se faz em poucos anos e hoje vemos improvisadores com pretensões à psicopatologia que mais não são do que eruditos em medicina geral. Ao fim e ao cabo nós, os psiquiatras, é que somos os vencidos sem saber como nem porquê. Os valores preciosos dos nossos maiores em psiquiatria tomarão a aparência da pouca água que se turvou para parecer mais profunda.

Não há necessidade da moderna palavra americana *psicossomática* diz ainda SPEER.

Dignificar os sistemas vegetativo e endócrino é tarefa antiga e relativamente modesta em suas pretensões sobre o anímico. A noção de *biotonus*, de EWALD, um tanto transportável para os conceitos de energetismo psicológico, está nessa mesma pista. Debajo deste aspecto pretende EWALD compreender as noções sobre estratificação psíquica — o que aliás já SCHULTZ antes fizera — e explicar a hipotonia da consciência de Berze.

Já é antiga a expressão de JUNG de que «a paragem instintiva pode motivar que a energia psíquica inunde em todas as possíveis direcções e que surjam por exemplo fortes inervações do simpático ou do vaso e daí todas as manifestações gastro-intestinais, cardíacas, etc., ou então fantasias que venham sobrecarregar e obsecar a consciência».

O comportamento bionómico de SCHULTZ, que insere auto-regulação, crescimento, multiplicação, ajuste e valor energético, é uma noção bem mais estruturada do que a psicossomática. Tem pelo menos uma valorização histórica e filosófica.

Tudo o que a psicossomática pretende encontrar realizou-o a hipnose desde tempos imemorráveis e a hipnose é quase desconhecida para os psicossomatologistas. Não me apercebi que eles se interessem pela hipnose activa fraccionada ou pelos treinos de relaxamento psicológico, quer em seus resultados quer em sua doutrinação.

KRETSCHMER, ao jogar simultaneamente com constituição, atrasos de desenvolvimento, tónus experimental, personalidade, reacção vivencial e ambiente, disse tudo e mais alguma coisa do que os psicossomatologistas podem dizer.

Normas para a psicoterapia também as não colhemos das noções de psicossomática. A psicoterapia é também um meio de diagnóstico e é com ela que muitas vezes podemos obter noções quantitativas do que em cada doente é susceptível ou não de ser tratado psiquicamente.

Seja isto dito sem desfavor para a noção clássica que perfilhamos de que o diagnóstico é a primeira condição para se iniciar a psicoterapia. Sabemos, porém, como sempre, antes de completada a cura, devemos escrever o diagnóstico a lápis!

OS SONHOS

Os sonhos são para FREUD a via régia do inconsciente e SPEER actualiza este pensamento, dizendo que são o R. X. do «outro lado».

A libido *freudiana* na sua polipotência vem-se mostrando cada vez mais insuficiente para a compreensão dos sonhos.

JUNG diz que não tem qualquer teoria sobre os sonhos e não sabe como os sonhos se realizam. Talvez que SPEER se aproxime da verdade quando diz que o sonho não é coisa em si, mas meio para um fim.

Os poderes compensador, redutivo, prospectivo e criador dos sonhos são postos em evidência por JUNG. BJERRE quer até que o sonho seja como que um recurso de forças curativas, «aliás o indivíduo descobre que traz em si um

artista o que antes não sabia». STEKEL diz também que «os sonhos não são somente a realização de desejos, são também tentativas de resolução do problema da vida, são advertências».

Temos o direito de pensar que o sonho não é sintoma de complexos patológicos, mas antes tentativa da psique para libertar o indivíduo dos seus complexos (G. ADLER).

Aceitamos com JUNG que a associação livre seja insuficiente para descobrir o sentido dum sonho, embora seja útil para descobrir os complexos. A psicologia analítica, diz ADLER, «trabalha com uma espécie de associação controlada ou circular com o propósito de ampliar cada elemento dum sonho».

O estudo *junguiano* dos sonhos vem-nos merecendo o melhor interesse e com ele vimos colhendo resultados satisfatórios no estudo dos nossos doentes. É porém extraordinariamente complexo e suficientemente clássico, motivos porque não nos detemos na sua exposição, quando outras noções modernas merecem ser lembradas.

SCHULTZ-HENCKE, um dos mais fecundos investigadores psicológicos do nosso século, deixou-nos, por certo, no seu livro de sonhos a sua melhor obra. O autor estuda cerca de 50.000 sonhos, procurando compreendê-los como necessários à solução de antinomias e desacordos instintivos. Se não houvesse instintos superiores e inferiores, necessidade de triunfar sobre o passado, criando a inquietação (Sorge) e o domínio, antagonismos entre homem e mundo, o sonho seria desnecessário. Contudo não haverá um único objecto no mundo que seja interessante e apetecido numa só direcção! A renúncia, a compensação e a sublimação são ainda tentativas para a solução dos desacordos anímicos, prossegue SCHULTZ-HENCKE.

A básica compreensão dos sonhos, para SCHULTZ-HENCKE, fundamenta-se na sua esquematização da vida instintiva. Assim, os sonhos denunciarão tendência de posse (com as suas modalidades captativa, oral, retentiva, anal), tendência de valia (agressiva, valorizadora), ou tendência sexual (terna, amorosa, sexual, erótica). As várias modalidades destas tendências podem denunciar de forma manifesta ou encoberta a respectiva componente instintiva e a respectiva quota parte de medo.

Num mesmo sonho pode haver uma ou mais tendências instintivas. Quando há várias tendências instintivas temos de decompor o sonho nas suas unidades e fragmentá-lo através das «cesuras».

Muito importa estudar as ideias ou incidências que de forma directa ou indirecta se relacionam com o sonho.

O sonho é encarado ainda pelo autor como espelho da vida e assim ele poderá ser recordação, fantasia, estrutura neurótica ou neurotóide, compensação de vivências, solução de antinomias, vida sentimental ou sublime, mitos, transcendência, etc.

A valorização instintiva dos sonhos vem-me sendo útil na prática clínica quando ampliações de mais alta estrutura se tornam difíceis ou impossíveis para os meus conhecedores. Muitas vezes digo: se não é viável sustentar uma planta pelas folhas e flores, que mais directamente queremos observar, peguemos-lhe ao menos pelo caule e até pelas raízes.

Para BJERRE, os sonhos, como manifestações incubadas que são da psique, têm um poder curativo autónomo. Além da 1. *confirmação* ou criação de formas, outras etapas se passarão, segundo o autor, no trabalho do sonho e são elas: 2. *ligação* ou *relação*; 3. *despertar* ou *informação*; 4. *decisão* ou *arbitragem*; 5. *objectivação* ou *concretização*; 6. *distanciamento*; 7. *negação* ou *eliminação*; 8. *expansão*; 9. *identificação*; 10. *inversão* ou *transmutação* de valores; 11. *comutação* de opiniões ou humor; 12. *assimilação* (*sin-cronização*).

Medard BOSS através duma análise de 50.000 sonhos conclue que há uma perfeita identidade entre sonho e motivos de vigília. Os sonhos merecem a dignidade de serem participações do nosso autêntico *existir* e não serão por forma alguma a expressão de tendências opostas. Neles há decisões voluntárias, comportamento reflectido, reflexão consciente e tudo o mais que patenteia um existir.

Parece-nos que as orientações de KRETSCHMER e

do seu discípulo LANGEN se aproximam bastante da de Medard BOSS. Quem aliás ler a breve casuística de sonhos que KRETSCHMER apresenta no seu livro *Psychotherapeutische Studien* não pode desmentir este ponto de vista.

WINKLER e HÄFNER, discípulos de KRETSCHMER, subsidiam-se dos conhecimentos das várias escolas, na medida da sua melhor oportunidade, para o estudo de cada sonho. Surpreendeu-nos a agilidade mental e o nível das discussões que lhes ouvimos sobre sonhos e em que também participamos.

KRETSCHMER diz a certa altura que só utiliza os sonhos para início da associação livre, evitando significações. Diz também, e cremos que mais fielmente com o seu pensar: «poderá ter de se completar uma análise com a hipnose ou usar uma conversa socrática para a resolução de conflitos neuróticos que a análise pôs em evidência; mas se a exploração cai em ponto morto temos de recorrer à interpretação dos sonhos».

Quanto ao relato, perfilhámos inteiramente o dizer de SPEER: como FREUD, STEKEL, JUNG e BJERRE, faço reproduzir os sonhos duas vezes, verbalmente e por escrito.

[Já depois de elaborado este capítulo, recebemos uma separata de revisão ao estudo dos sonhos, da autoria de W. WINKLER, discípulo de KRETSCHMER, que por certo será uma das mais perfeitas sínteses sobre o assunto.]

A ANÁLISE

«Julgo que a psicanálise dogmática é a que oferece piores condições para o trabalho em conjunto entre médico e doente» (BJERRE).

«A psicanálise é teoricamente falsa porque pretende reduzir o homem a um jogo de forças impessoal e físico; e não é praticamente utilizável porque não conhece a resolução pessoal nem a responsabilidade pessoal» (KÜNKEL).

«Pretender demonstrar na análise que cada imagem do sonho comporta sexualidade, ao fim e ao cabo não tem mais interesse do que mostrar em todos os homens os órgãos sexuais» (SPEER).

«A psicanálise é a única terapêutica causal das nevroses» (FENICHEL).

Qualquer erudito no assunto saberá multiplicar estas citações em aspectos francamente contraditórios.

O desentendimento começa na escolha da posição que o doente deve ocupar durante a análise. Para FREUD e seus discípulos, incluindo SCHILDER e SCHULTZ-HENCKE, é deitado num divã e o analista sentado por detrás, [SCHULTZ-HENCKE queixa-se de que no Terceiro Reich foi proibido deitar os doentes].

O tempo de análise é alvo também das maiores discrepâncias.

A psicanálise e a análise psicológica de JUNG são longas, mas KRETSCHMER diz: «a maior parte das nevroses curam-se bem e definitivamente por caminhos mais curtos do que a análise prolongada de FREUD ou outras escolas».

SCHILDER usava também, em certas circunstâncias, curas abreviadas; STEKEL usava-as sistematicamente, antecipando-se em interpretações e mesmo entrincheirando-se na opinião de que «não é preciso levar o exame do doente até à consciência íntima».

Muitos outros autores preconizam técnicas abreviadas. Assim por exemplo ALSEN faz análise abreviada que comporta 6-12 semanas de cura ou seja 20-60 horas e o psicoterapeuta toma uma atitude mais activa: esforçando-se nalguns sectores e desprezando outros.

STEKEL estava predestinado para as maiores críticas, não obstante aconselhe que «é preciso nunca avançar com violência nem transformar a hora da análise num suplício de inquisição»; mas pretende FREUD que ele terá servido a

psicanálise tanto como a prejudicou (SPEER). Diz BRUN que o horror de STEKEL contra qualquer teorização o levou a indescritíveis confusões e nos seus livros notam-se crassas incongruências e contradições.

Não podemos ser exímios em apreciações críticas às técnicas de análise abreviada e mesmo elas diferem muito umas das outras. Nós usamos a análise abreviada tal como a preconiza KRETSCHMER, não sem a reserva de que muitas vezes ela é insuficiente e métodos de melhor penetração se impõem. Usamos então o «sonho acordado» de DESOILLE ou, em casos menos complicados, incidimos simplesmente um pouco mais sobre o estudo dos sonhos.

Antes porém de darmos alguns pormenores sobre os motivos que valorizam a análise abreviada de KRETSCHMER, justo se torna fazer algumas referências à orientação de SCHULTZ-HENCKE, o criador da neo-psicanálise.

O doente, deitado, diz o que lhe vem à mente e cedo notará que ideias sem importância se ligam a ideias importantes. O relato dum sonho, com que se pode dar início a um tratamento, preenche um silêncio que o doente denuncia por falta de ideias. Os silêncios do doente são: por segredos pessoais, segredos de outrém, crítica ao médico, temor sobre o que se lhe afigura do seu proceder, sentimentos marcadamente positivos para com o médico. Muitas vezes surgem precipitações afectivas, outras vezes situações desagradáveis, que convém combater. Algumas vezes o doente poderá denunciar por gestos e até por desenhos aquilo que não recorda. Antecipar o esclarecimento dum transferência sexual grosseira que além de causar sofrimento pode causar resistência. Todo o fim em vista é libertar o doente dos seus padecimentos, mas não esperar logo melhoras.

A análise estará terminada se o doente perdeu os seus sintomas e não houve recaída ao fim de 3 meses. E assim damos uma vista muito geral da metodologia de SCHULTZ-HENCKE que quase se não afasta da psicanálise clássica.

SCHULTZ explica que o primeiro período da cura analítica são os traumas sexuais infantis, o segundo sobretudo a elaboração do desenvolvimento instintivo e o terceiro a orientação do indivíduo na actualidade e na realidade. Aceita este autor que a análise não busca partes, mas modifica o *todo*. Também SCHULTZ-HENCKE aceita a acção *gestaltista* ou *globalista* da análise.

Para KRETSCHMER a análise tem por fim aclarar o conflito actual e depois estabilizar o exame conseguido na «pessoa profunda», tal como em seu entender se consegue com a metodologia de FREUD e JUNG. Pela sua experiência deduz que «não há psicanálise sem psicagogia em nevroses complicadas, mas também não há psicagogia sem psicanálise». A sua análise abreviada dura 1 a 2 meses em sessões diárias e só raramente mais, como nas nevroses compulsivas antigas. A primeira fase da análise é preferentemente passiva, a segunda activa.

Entende KRETSCHMER que muitos complexos, como os de Édipo e castração, são produtos de sugestão estranha em recitadores despersonalizados da doutrina psicanalítica». Como tal, não são analisados. Mas diz mais, que o complexo de castração é difícil de fundamentar não só clinicamente como ainda autogénica e filogénicamente.

KRETSCHMER admite certo ecletismo de análise, pretendendo que nos não devemos fixar a uma só técnica, pois só assim poderemos «atacar situações psicológicas concretas».

Afirmando embora o seu extraordinário respeito pela personalidade de FREUD, KRETSCHMER diz que «as vivências infantis não são factor importante na formação de todas as nevroses» e que «a descoberta e cura dos conflitos post-puberis actuais típicos são indispensáveis para a cura sólida dum nevrose». Entende que muito analisar nem sempre é útil para esclarecer e muitas vezes com a análise se enfraquece a «dinâmica fechada da personalidade». Reconhece a utilidade da narcoanálise em certas circunstâncias: por acção sugestiva, abaixamento do nível mental e abreactão de afectos.

E enquanto a análise decorre como uma continuada conversa com o inconsciente (JUNG), depois de cuidadosamente se ter esgotado o material da consciência (G. ADLER), dá-se a transferência que não é mais do que a projecção de conteúdos inconscientes sobre a pessoa do médico, mas mediante ela «o doente torna-se sabedor das funções psíquicas em falta na sua vida consciente» (G. ADLER). A psicologia analítica de JUNG «tende mais a desencorajar do que a encorajar a transferência» contudo aceita-a e valoriza-a. Posição clara é posta por SCHILDER que diz não ser permitido ao analista reter a transferência; deverá marcar, através da interpretação, a necessidade de achar novos objectos amorosos. DESOILLE, na sua técnica de «sonho acordado», pretende que a transferência seja um acontecimento de interesse muito secundário e quase desprezável.

Na clínica de KRETSCHMER é talvez LANGEN quem mais valoriza a transferência e com ele os seus colaboradores directos e dedicados, Frau WALTER e HUBER.

Sobre o facto de o médico ser ou não analisado, não temos ideias acentadas. Sabemos que FREUD e SCHILDER, o não foram e a escola de KRETSCHMER não pertilha tal necessidade. Algo temos lido das vantagens e inconvenientes. A psicoterapia é uma ciência que pode ser ensinada, mas a sujeição a uma análise didáctica afigura-se-me desgraciosa estigmatização. Isto não passa dum desabafo dito com a mais sincera das intenções!

A SÍNTESE

São os métodos analíticos a última palavra em psicoterapia? Não serão antes uma passagem para a síntese, para o conhecimento e domínio das leis internas? (KRETSCHMER).

Os sintomas da neurose não são só conseqüências de causas uma vez existentes, sejam elas sexualidade infantil ou instintos infantis de domínio, mas são também tentativas para uma nova síntese da vida (JUNG).

O neurótico perdeu a unidade da sua vida pessoal; a psicossíntese é o alvo de toda a psicoterapia e segundo BJERRE repete-se, independentemente de qualquer cura, durante toda a vida (SPEER).

JUNG, BJERRE, PANETH, PRINZHORN, pelo interesse que lhes mereceu a forma, a totalidade, como arranjo construtivo do espírito, como síntese realizadora e curativa, são os pioneiros desta modalidade terapêutica. A dança, a pintura, o trabalho e os próprios sonhos são formas com valor dinâmico, sintético e curativo.

FENICHEL, psicanalista de larga envergadura, não se desapercebe do valor da síntese — que aliás a psicanálise admite — quando diz que «a disposição neurótica não é caracterizada pela existência dum complexo de Édipo, mas antes pela falta de ajuste do complexo de Édipo».

Sabemos ainda que o símbolo é uma criação artificiosa para economia e armazenamento de motivações psicológicas, ou mais grosseiramente, de energia psíquica. Como pura imagem, pensaremos que também o fígado armazena a glucose sob a forma de glicogénio e que o oxigénio se transporta a altas pressões em pequenas garrafas. O símbolo é como que uma transmutação da multiplicidade em unidade (SPEER).

A síntese toca com os problemas existenciais. Neste apreço publicámos um caso de cura duma neurose ansiosa por meio do sonho acordado. Nas várias sessões, a doente em questão, apresentou uma sucessão onírica que pôde homologar-se a um conto de Grimm, a *luz azul*, que aliás não conhecia. Os sonhos da doente conduziram a uma perfeita *lysis* e portanto à sedação do processo. Falta-lhe no entanto uma fase construtiva e esta deve dirigir-se aos problemas existenciais. É o que de certo modo a doente vem conseguindo com êxito. A extravasão dos seus sonhos deu-lhe concretismo e realidade e é removendo pequenos factores de desadaptação que a cura se vem consolidando.

Em publicação de conjunto com Waldemar PACHECO também encaramos a síntese quando preconizamos que o histerico será um desinserido das *formas* ou esquemas sociais de acção, mas que exaustivamente as procura. Sendo, porém, a integração na forma um acto mais de assimilação do que de projecção, nem por isso estes doentes deixam de ser fracassados. Actuando psicoterapeuticamente sobre o *fundo*, ou seja sobre o humor, seremos menos discriminativos mas mais respeitadores das formas individuais, cuja integração é tarefa de cada um.

Também o *sonho acordado* de DESOILLE, que confiadamente vimos usando para as nevroses graves, é um método essencialmente sintético no dizer do autor.

HIPNOSE ACTIVA FRACCIONADA

Não se conhece ainda verdadeiramente a causa do sono e as investigações anátomo-fisiológicas e electro-encefalográficas não são ainda concordantes quanto à localização do centro do sono, parecendo no entanto que determinadas porções do tálamo, defendidas por HESS e outros autores, tendem a ceder terreno em favor de porções postero-laterais do hipotálamo (PLOOG).

Debatido ainda o aspecto causal e localizador para o sono, não admira que a hipnose aguardasse vez para estudo. Nem mesmo o descrédito de ter sido considerada um meio de superstição, e como tal usada e abusada, lhe havia sido tirado antes de KRETSCHMER. VOGT terá dado os primeiros passos. KRETSCHMER ordena em moldes científicos actuais a hipnose, desdobrando-a nos seus momentos psicológicos. É a isto que se chama hipnose activa fraccionada.

Para se conseguir o estado hipnóide há pois que percorrer treinos seriados, sendo o 1.º relaxamento muscular com a correspondente regularização do tónus e que mais não é que a prova de peso do treino de SCHULTZ; 2.º relaxamento do sistema vegetativo com a prova de calor do treino de SCHULTZ; 3.º esvaziamento do campo da consciência; 4.º fixação e convergência do olhar sobre uma distância de 12 a 15 centímetros e que será um estímulo diencefálico através dos tubérculos quadrigénios; 5.º comando verbal simples se a hipnose não surgiu já espontaneamente. As várias fases apresentam modificações electro-encefalográficas.

Nesta seriação ordenada e escalonada, «o doente aprende, trabalha e executa; aprende a conhecer o seu aparelho psicofísico; segue o caminho para o auto-comando e o auto-domínio» (KRETSCHMER).

A hipnose activa fraccionada termina-se pelos métodos clássicos habituais. Tem as indicações da hipnose clássica, tendo dado boas provas em casos de impotência sexual, gaguez e toda a gama de manifestações orgânicas de fundo psicógeno. Em individuos primitivos e em casos que exijam intervenção rápida deve preferir-se a hipnose clássica.

Como sempre, devemos ser tão económicos quanto possível com a hipnose e em todos os casos começar com psicoterapia em estado vigíl (SCHULTZ).

Também na hipnose activa fraccionada se podem distinguir estados de hipotaxia, catalépsia e sonambulismo. Embora nós preferamos considerar, como é hábito modernamente, hipnose superficial e profunda (SPEER).

A hipnose é exercida na Alemanha por muitos clínicos de província. A sua divulgação entre nós não é para desejar, aliás o médico que faz hipnose tem de ter largos conhecimentos para solucionar todos os imprevistos. Dispensamo-nos pois de descer ao pormenor técnico, de resto incomportável neste nosso estudo. Aliás, quem queira aprender hipnose tem de se dirigir a colega habilitado e ter em si o propósito de querer aprender psicopatologia e psicoterapia em geral. A especialização, como em tudo, é ulterior.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

A cura pelo sono na doença ulcerativa do estômago e duodeno

L. A. VARCHAMOV

(Clínica Terapêutica do Instituto Médico de Saratov)

Na patogenia da doença ulcerativa do estômago e do duodeno a alteração da função coordenadora do córtex cerebral, no seguimento de hiper-excitação ou de conflito dos processos de excitação e inibição (*colisão*, segundo I. P. Pavlov), desempenha um papel de chefe de fila. É o que provoca a desarmonia do sistema nervoso vegetativo, que se observa geralmente na doença ulcerosa (K. M. Bikov).

Esta alteração favorece a chegada de impulsos centrífugos, que desencadeiam a espasticidade da musculatura e dos vasos sanguíneos da parede gástrica e da parte superior do duodeno. A modificação da chegada sanguínea, do tónus muscular e do tónus da parede, cria por sua vez as condições para um desenvolvimento ulterior da erosão e da úlcera.

A irritação patológica desta zona receptora favorece a chegada de impulsos contríptos, centripetos anormais para o córtex cerebral (K. M. Bikov). Assim se cria um «círculo vicioso» que condiciona o curso crónico do processo patológico.

A terapêutica patogénica pelo sono propõe-se fundamentalmente romper este «círculo vicioso», afastando os impulsos patológicos, e restabelecendo a actividade normal do aparelho regulador fundamental: o córtex cerebral.

Na sequência de numerosas observações, I. P. Pavlov chegou à conclusão que há um limite para a capacidade de trabalho das células corticais, para lá da qual sobrevém a sua inibição. Ele dava ao processo inibidor o significado de um factor de protecção. A inibição impede o esgotamento da célula nervosa e favorece o restabelecimento do seu metabolismo normal.

Se o sono fisiológico, sendo inibição difusa, é um factor de protecção, é evidente que a criação ou reforço da inibição protectora, provocada artificialmente, pode assumir o papel de um meio terapêutico.

A terapêutica pelo sono na doença ulcerativa foi aplicada, pela primeira vez, por F. A. Andreiev, em 1943. Depois publicou-se uma série de estudos consagrados a este problema (M. V. Tchernoroutski, I. O. Neimark, R. L. Abkina, M. I. Lavrentieva, e outros). A influência positiva da terapêutica pelo sono residia, segundo estes autores, no desaparecimento das dores e das manifestações dispépticas, desaparecimento do nicho, diminuição do tónus gástrico, etc....

A cura era aplicada sob a forma de um sono medicamentoso prolongado intermitente; como somníferos, utilizava-se o amital sódico, o luminal, veronal e outras preparações. Durante o tratamento pelo sono medicamentoso observavam-se algumas vezes manifestações secundárias: vertigens, cefaleias, ataxia, etc. É necessário notar que o sono medicamentoso é um estado sensivelmente diferente do sono fisiológico.

O fim do nosso trabalho foi, por um lado, aprofundar os métodos de tratamento pelo sono por aqueles que mais se aproximassem do sono fisiológico normal e, por outro lado, estudar a eficácia terapêutica, partindo do exame dos movimentos neurovegetativos que se criam nesta ocasião e dos dados de observação clínica.

Aplicamos diferentes métodos de tratamento pelo sono. Os doentes de um grupo recebiam os somníferos (veronal: 0,3 grs. três vezes por dia, e luminal: 0,1 gr. à noite, durante cinco

dias, seguidos de uma interrupção de 3 dias). A cura durou 21 dias e compreendia 3 destes ciclos. Alguns doentes deste grupo receberam, como somnífero barbamyil (0,2 grs. quatro vezes por dia, durante doze dias). Como observamos, por este método de tratamento, manifestações secundárias (ataxia, vertigens, etc.), em certos doentes substituímos uma ingestão de somnífero por electronarcese (galvanização rítmica da cabeça durante 1 h.-1 h. $\frac{1}{2}$). Para manter o estado inibidor nas células corticais, aplicamos a electronarcese igualmente nos intervalos entre os ciclos do tratamento. Assim, a influência negativa dos somníferos diminuiu-se, sem ser inteiramente suprimida.

Aplicamos aos doentes de outro grupo o tratamento pelo sono reflexo condicionado. Neste método, nos primeiros cinco dias, recebiam os doentes veronal (0,3 grs., 3 vezes por dia) e a absorção do somnífero era precedida pela electronarcese ou outros processos fisioterápicos (diatermia prolongada da região abdominal, ultravioletas sobre a cabeça ou nas plantas dos pés), que, segundo as nossas observações, provocam o sono no homem. Depois do 6.º dia, dava-se ao mesmo tempo um pó indiferente aos doentes (carbonato de magnésio) em substituição do veronal. Depois do 11.º dia, se o reflexo estava criado, a absorção deste pó associava-se a uma técnica simulada: punham-se os electrodos e o aparelho, sem que funcionassem. O tratamento durava 15 dias. Se o sono reflexo condicionado não fosse suficientemente prolongado, reforçava-se com um complemento de somníferos, durante 1 ou 2 dias.

Com este método, provocamos, regra geral, um sono fisiológico calmo, sem nenhuma complicação.

Com o fim de criar o ambiente mais favorável para o tratamento pelo sono, organizamos uma secção especial de pequenas salas, num sector isolado da clínica. As salas estavam escuras, por espessas cortinas; eram servidas por pessoal especialmente educado. O regimen diário nesta secção estava feito de tal modo que compreendia pelo menos 16 horas de sono por nictémero. O tratamento pelo sono começava após um exame clínico pormenorizado, entre o 4.º e o 7.º dia de hospitalização na clínica. Escolhiam-se para o tratamento casos de doença ulcerativa sem complicações.

Observamos 40 doentes: 8 casos de úlcera do estômago, 32 casos de úlcera do duodeno; 34 homens, 6 mulheres. As idades variavam entre 18 e 50 anos. Todos entraram na clínica em período de aparecimento cujo início remontava de 2 semanas a 3 meses. A maior parte deles, antes da hospitalização, tinham sido tratados nos dispensários.

Notavam-se como manifestações clínicas, em todos os doentes, dores; em 25 destes, vômitos. Em regra, notavam-se diferentes manifestações dispépticas (peso e sensação de dilatação epigástrica, sensação de queimaduras, perda de apetite, etc.). À radiografia existia um nicho em 27 doentes; outros, sintomas indirectos de doença ulcerativa. Em quase todos os doentes, constata-se diversas mudanças no relevo da mucosa: rigidez das pregas, disposição irregular, forma desigual.

À análise do conteúdo gástrico: a acidez é normal em 12 doentes; acima do normal em 20; abaixo do normal em 6; ausência de ácido clorídrico livre em dois doentes. No exame

neurológico, constata-se habitualmente uma instabilidade emotiva, um exagero dos reflexos tendinosos, um dermatografismo perdurável, reflexos abdominais vivos, uma hiperalgesia transformando-se em hiperpatia na zona D₈-D₉, um aumento de tempo de adaptação à picada. Para melhor precisar o estado neurológico dos doentes, recorreremos à pesquisa da sensibilidade eléctrica do olho, à determinação da resistência eléctrica cutânea, à prova do reflexo orto-clino-estático, à prova galvânica da dor; praticamos a prova à adrenalina-dionina e determinamos o sinal da mancha branca.

A sensibilidade eléctrica do olho depende da excitabilidade da parte cortical do analisador óptico, e pode servir para traduzir os processos de excitação e de inibição no córtex cerebral (V. G. Davidov e E. F. Eman). A electro-resistência da pele depende igualmente da excitabilidade do córtex cerebral. Assim, a narcose e o sono elevam o limiar da sensibilidade da pele à corrente eléctrica (Podkopaiev, Kaplan). Servindo-se destes dois índices que refletem o estado de excitabilidade do córtex cerebral, e determinando o limiar da sensibilidade eléctrica do olho em volts, e a resistência da pele em ohms, dividimos os nossos doentes em três grupos:

I—No primeiro grupo, colocamos os doentes de baixo limiar à sensibilidade eléctrica do olho (inf. ou igual a 6 v.) e uma fraca electro-resistência da pele — atribuindo-lhe uma alta excitabilidade do córtex.

II—O segundo grupo compreendia os doentes com limite de sensibilidade eléctrica do olho entre 7 e 12 v. e electro-resistência da pele mais elevada. Nestes doentes, os valores da sensibilidade eléctrica do olho e da electro-resistência da pele eram superiores à normal, o que testemunhava uma certa predominância da inibição.

III—Se a sensibilidade eléctrica do olho chegava a 13-16 v. e a electro-resistência da pele era mais elevada, punhamos estes doentes no 3.º grupo (doentes com inibição estabelecida).

Dividindo os doentes segundo este princípio, quer dizer em relação com o estado de excitabilidade do córtex cerebral, classificamos 6 doentes no primeiro grupo, 25 no segundo e 9 no terceiro. Isto permitiu-nos concluir sobre a predominância nestes doentes, desde o momento da hospitalização, de uma inibição mais ou menos expressa no córtex cerebral.

A prova galvânica à dor foi proposta por Zalkinson para objectivar as sensações dolorosas, medindo a electro-conductibilidade da pele na região dos pontos e zonas de dor. Esta prova mostrou-se positiva em 31 doentes. Notava-se, na maioria, instabilidade do pulso no momento de determinação dos reflexos.

O sintoma da mancha branca estava notavelmente marcado em vinte doentes, e tinha um carácter duplo, que testemunhava a instabilidade dos vasomotores.

Nestes mesmos doentes observavam-se nítidas reacções vasculares no momento da prova subcutânea à adrenalina e à dionina com predomínio de uma forte reacção à dionina. Esta prova testemunhava a alteração da inervação vegetativa dos vasos.

Estudando a eficácia da terapêutica pelo sono, nós procurávamos primeiro que tudo, através de números e medições, determinar o tipo da curva e da sensibilidade eléctrica do olho como indicador da excitabilidade do córtex cerebral. Isto permitiu-nos descobrir 4 tipos de reacção à terapêutica pelo sono:

Primeiro tipo — Elevação do limiar da sensibilidade eléctrica do olho sob a influência do tratamento, seguida de baixa após o mesmo. Ligamos esta reacção a um aumento temporário do processo inibidor cortical durante o sono.

Segundo tipo — Ausência de modificações do limiar elevado durante o sono, com tendência ulterior à normalização após o tratamento. Este tipo de reacção pode explicar-se por «encorajamento» temporário da inibição protectora.

Terceiro tipo — Ausência de reacção ao tratamento.

Quarto tipo — Descida do limiar da sensibilidade eléctrica do olho durante o sono, e a sua elevação após suspensão do tratamento (reacção paradoxal).

Dezasseis doentes tinham o primeiro tipo de reacção, 19 o segundo, 3 o terceiro, 2 o quarto tipo.

Comparando o estado inicial do córtex cerebral com os

tipos de reacções nervosas ao tratamento pelo sono, obtivemos os resultados do quadro seguinte:

GRUPO DE DOENTES	Número dos doentes segundo o tipo de reacções nervosas			
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Grupo I	4	—	2	—
Grupo II	12	11	—	2
Grupo III	—	8	1	—
TOTAL	16	19	3	2

Sobre este quadro constata-se que nos 4 doentes do I grupo, nos quais se observou a quando da hospitalização uma alta excitabilidade do córtex cerebral, o tratamento desencadeia uma reacção do primeiro tipo; não foi possível, nestes 2 doentes, provocar a predominância do processo inibidor (reacção do 3.º tipo). É característico notar que estes dois doentes reagiram mal à terapêutica pelo sono, não dormindo durante o tratamento e encontrando-se num estado de excitação. Os doentes do 2.º grupo, que apresentavam, mesmo antes do tratamento, um certo grau de inibição, geralmente reagiam de modo positivo ao tratamento pelo sono (reacção dos 1.º e 2.º tipos), com exclusão de 2 doentes com reacção paradoxal. As observações ulteriores demonstraram que, para estes 2 doentes estava prescrita a intervenção cirúrgica.

Os doentes do 3.º grupo (com inibição marcada no momento da hospitalização) reagiram também de modo positivo ao tratamento pelo sono; notou-se num só doente uma reacção negativa, que correspondia à evolução clínica da doença.

Assim, aplicando o tratamento pelo sono, reforçamos ou sustentamos temporariamente nos doentes a inibição protectora do córtex, o que favorecia os processos de recuperação nas células corticais, e permitia posteriormente a passagem do estado de inibição para uma actividade normal.

Quanto aos doentes onde se encontrou reacções negativas ou paradoxais ao tratamento pelo sono, a observação clínica ulterior demonstrou a ausência de indicações para este método de tratamento.

As curvas de electro-resistência da pele correspondiam, principalmente, às curvas da sensibilidade eléctrica do olho. A prova galvânica à dor não foi positiva, depois do tratamento, senão em 4 doentes.

A determinação do reflexo clino-orto-estático mostrou-nos uma menor instabilidade do pulso após o tratamento.

O fenómeno da mancha branca permaneceu fortemente marcado em 6 doentes; diminuiu em 4. A intensidade das reacções à adrenalina e à dionina baixou à medida do desenvolvimento do processo inibidor durante o tratamento; na continuação observou-se a normalização destas reacções.

Os dados acima mencionados testemunham que, sob a influência do tratamento pelo sono, graças à normalização das relações entre os processos de excitação e de inibição no córtex cerebral, se produzem modificações vegetativas positivas, particularmente no que respeita às reacções vasculares.

O estado dos doentes melhorava à medida destes movimentos neurovegetativos. Os tempos de desaparecimento das dores foram os seguintes: em 16 doentes as dores cessaram após 2-3 dias; em 8, após 4-5 dias; em 5, após 6-10 dias; e em 6, em mais de dez dias. Em 5 doentes, as dores não cessaram totalmente, somente diminuíram. A insuficiente eficácia do tratamento pelo sono em 3 destes 5 doentes estava em relação com uma estenose pilórica que complicava a doença ulcerativa. Em 2 doentes com córtex altamente excitável, como foi indicado mais acima, a inibição não se manifestava, não obstante o tratamento aplicado.

As dores à palpação e à tensão muscular desapareceram um pouco mais tarde. Depois do tratamento, as manifestações dispépticas pararam, o apetite melhorou, e o peso dos doentes aumentou.

Os exames radiológicos feitos após o tratamento mostraram em 13 de 27 doentes, o desaparecimento do nicho. A baixa

e a normalização da acidez observaram-se em 15 doentes, ao passo que em 5 aumentou a acidez.

Não encontramos relações entre o desaparecimento das dores e a modificação química do conteúdo gástrico.

Comparando os resultados obtidos nestes doentes tratados pelo sono químico e nos doentes tratados pelo sono reflexo-condicionado não descobrimos diferença nítida, o que nos permite recomendar, para o tratamento da doença ulcerativa do estômago e duodeno, de preferência o sono reflexo-condicionado.

CONCLUSÕES

- 1 — O tratamento pelo sono está indicado nos doentes com formas não complicadas de doença ulcerativa gastroduodenal.
- 2 — O estudo de vários métodos de tratamento pelo sono corrobora o bom fundamento da aplicação do sono reflexo-condicionado, porque dá o mesmo efeito positivo para o tratamento da doença ulcerativa como o sono narcótico, aproximando-se mais do sono fisiológico e não provocando manifestações secundárias.

- 3 — A maioria dos doentes (34 de 40), apresentaram no momento da hospitalização uma diminuição mais ou menos acentuada da excitabilidade do córtex cerebral, o que pode estar ligado à presença de inibição protectora. A sensibilidade eléctrica do olho e a electro-resistência da pele serviam como indicadores da excitabilidade do córtex.
- 4 — Depois dos resultados da determinação da sensibilidade eléctrica do olho sob a influência do tratamento, em 6 de 16 doentes, observava-se um reforço temporário do processo inibidor, com normalização ulterior (primeiro tipo de reacção); em 19 doentes, a inibição manteve-se durante o sono; em seguida, os processos de excitação e inibição equilibraram-se (segundo tipo de reacção); em 3 doentes, não se deram modificações (3.º tipo de reacção), e em 2 doentes o tratamento pelo sono teve acção paradoxal, provocando a excitação.
- 5 — A insuficiente eficácia do tratamento em 5 doentes relacionou-se com as reacções nervosas negativas e paradoxais a este tratamento ou com a existência de complicações reclamando intervenção cirúrgica.

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Meningite aseptica, doença de diversas etiologias: estudo clínico e etiológico de 854 casos. ADAIR, GAULD e SMADEL — Ann. Int. Méd. — XXXIX: 675; Oct. 1953.

Desde 1925 que Wallgren reconheceu as semelhanças do quadro clínico deste síndrome de «meningite aseptica», como ele lhe chamou, com o quadro clínico de meningite tuberculosa e manifestações meníngeas da poliomielite, da encefalite epidémica, da papeira, da febre tifóide, da doença de Weil da lues e de certas helmintíases.

Segundo Wallgren o diagnóstico da «meningite aseptica» baseia-se nos seguintes critérios:

- 1.º — Começo agudo, com sintomas e sinais meníngeos.
- 2.º — Alterações do liquor típicas de meningite. O líquido pode mostrar um pequeno ou um grande número de elementos celulares (com predomínio dos linfócitos).
- 3.º — Ausência de bactérias no liquor (exame directo e culturas).
- 4.º — Curso relativamente benigno e de pouca duração.
- 5.º — Ausência de infecções locais parameníngeas (otites, sinusites, traumas) ou de doenças gerais que possam originar meningites, secundariamente.
- 6.º — Ausência de doenças epidémicas que tenham a meningite como uma das suas manifestações.

Deste grupo, que etiológicamente é muito polimorfo, conseguiram-se isolar entidades separadas, definidas pela determinação (directa ou serológica) do seu agente etiológico.

Assim é que, nesta série dos autores de 854 casos sem bactérias no liquor, aproximadamente 9 % eram causados por infecção pelo vírus da coriomeningite linfocitária, 12 % deviam-se ao vírus da parotidite epidémica, 5 % ao vírus do «herpes simplex», e 7 % tinham como agente etiológico uma leptospira.

Os autores (e outros que abordaram o assunto) pensam que os restantes casos, que não entram dentro destas etiologias que vimos de enumerar, e que são as mais frequentes, devem ser de determinismo muito variável. Alguns deles serão casos de poliomielite não paralítica, outros serão devidos a vírus de diferentes naturezas, tais como os do linfogranuloma inguinal, da mononucleose infecciosa, da linfocitose infecciosa, do grupo Coxsackie, do grupo das encefalites transmitidas por artrópodos, da encefalomiocardite, possivelmente o da pneumonia primária atípica, etc. Alguns casos, ainda, poderão ser de natureza alérgica (alergia para gérmens da orofaringe; medicamentos; etc.), devidos a agentes físicos (sol) ou químicos (chumbo; uremia; etc.), devidas a hemorragias meníngeas, etc.

Quase todos os casos apresentam a clássica tríade de febre, cefaleia, rigidez da nuca, e os restantes sintomas e sinais mais ou menos intensos e numerosos. Quanto à duração, nesta série dos autores, foi, em média e referida ao período febril, de 5, 8 dias, 7,3 dias, 7,9 dias e 13 dias, para os casos de coriomeningite linfocitária, por leptospiros, pelo vírus da papeira e pelo vírus do «herpes simplex», respectivamente.

Contrariamente ao que se pensa vulgarmente, a glicorráquia pode estar diminuída nos casos de coriomeningite linfocitária e em outros deste grupo não tuberculoso.

F. R. N.

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

S U P L E M E N T O

A SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA E OS MÉDICOS DA ÍNDIA PORTUGUESA

Discurso do Prof. COSTA SACADURA

Senhor Presidente e presados Colegas:

Nesta hora histórica em que território da nossa Índia *bem portuguesa* se vê insólitamente invadida por uma horda de malfeteiros recrutados na União Indiana, julgo que, neste lugar e neste momento, devemos reiterar aos nossos confrades da Índia Portuguesa, particularmente a todo o corpo docente e discente da Escola Médica de Goa e aos médicos por ela diplomados, os nossos sentimentos de amizade e de leal e franca camaradagem.

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

Quero repetir aqui, nesta hora e nesta sala, que devo grande parte da minha formação profissional a um grande Mestre, nado em Bardez, coração da Índia, que ocupou situação de grande relevo na nossa Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, na nossa Academia de Ciências, etc., e que se chamou ALFREDO DA COSTA.

Não devemos esquecer, também, seu irmão, Cincinato da Costa, cujo talento brilhou com fulgor no meio científico e no meio agronómico, como professor e dando à luz publicações de raro valor, como o seu monumental «Portugal Vinicole».

Na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, e quase na mesma época, brilhou também Roberto Frias, notável cirurgião, igualmente nascido na Índia Portuguesa, onde também nasceu Gama Pinto, nome que lembramos com grande respeito.

Particularmente de Alfredo da Costa, nosso antigo Presidente, quero relembrar que a nossa Sociedade tem para com ele em aberto, uma grande dívida. Nunca aqui se fez o seu elogio, deixando-se assim de cumprir uma praxe até então sempre seguida.

Ao tempo da sua morte, o Presidente da Sociedade—Prof. C. Cabeça—propôs, e foi aprovado, que o Prof. Augusto Monjardino aqui viesse fazer o seu elogio, missão de que nunca se desempenhou.

Pelo próprio Presidente Prof. Cabeça me foi dada a explicação de não ser eu o escolhido, como estava indicado, visto tê-lo acompanhado ininterruptamente desde o meu 3.º ano do curso médico até à sua morte, primeiro como Externo, depois como Interno, 2.º e 1.º assistente, Chefe de Clínica, etc. Era,

porém, da praxe que o elogio dum professor fosse feito por outro professor e eu era ao tempo apenas 1.º assistente.

Limitei-me, por isso a fazer o seu elogio na Sociedade de Geografia e a continuar, nesta sala, nos tumultuosos anos de 1910, 1911 e 1912, a campanha por ele iniciada para a construção duma Maternidade.

Mais tarde consegui que o seu nome, em letras de bronze, encimasse a frontaria do grandioso edifício da actual «Maternidade Dr. Alfredo da Costa», visto que para a sua construção seguiu o plano que ele nos deixara, e, ainda, e também, porque à primeira Maternidade construída por minha iniciativa, se dera com justiça, o nome de Magalhães Coutinho.

Todavia, justo é dizê-lo, esta sociedade não ficou silenciosa perante a memória do seu prestigioso Presidente Dr. Alfredo da Costa, visto que Azevedo Neves na sua alocução presidencial, lida na sessão solene de abertura de 17 de Janeiro de 1920, disse:

«Alfredo da Costa pelos seus primorosos talentos, infatigável trabalho e brilhante carreira, deve considerar-se como triunfador. Venceu em tudo quanto dependia do seu esforço individual e, assim, conquistou na arte e na ciência da cirurgia os foros de grande Mestre na clínica a mais invejável fama, e no coração de quantos o conheceram a mais profunda admiração, respeito e amizade.

Apesar de possuir os mais raros dotes de organizador e de trabalhar sempre por um ideal, nunca viu realizados os seus planos e os seus projectos. Na Escola pretendeu criar devidamente o ensino da Anatomia Topográfica, mas escassearam-lhe os recursos e auxiliares docentes. Depois, na cadeira de Anatomia Patológica, mercê da sua influência pessoal, da sua tenacidade e pertinácia, organizou o respectivo gabinete, mas sorriu-lhe a Obstetria, e para ela transitou. Poucos anos lhe permitiu a parca regência dessa cadeira. O seu espírito deslumbrado pelos problemas sociais e técnicos estreitamente ligados com a ciência obstétrica, quais eram os da Assistência à grávida, recém-nascidos e mães pobres, delineou vasto programa de trabalho, que esboçou, mas que, infelizmente, não viu realizados».

Pela minha parte, em sessão pública, já afirmei, bem fundamentadamente, que

a «Mestre Alfredo da Costa se pode chamar com justiça o *precursor da Assistência Materno-Infantil em Portugal*», visto ter sido ele quem encetou a campanha contra a incúria criminosa a que tinha sido votada a assistência às mães desamparadas e aos recém-nascidos pobres.

Alfredo da Costa prestou a esta Sociedade serviços de tal forma notáveis, que mereceu as raras honras de Sócio Benemérito. A proposta que tais honras lhe concedeu, em vez de sete assinaturas a que os nossos estatutos obrigavam, foi assinada por todos os 34 sócios presentes à memorável sessão, realizada em 24 de Março de 1906, o que prova a alta estima e o elevado apreço de todos pelo prestigioso Presidente.

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

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

Lisboa, Sala das Sessões da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 27 de Julho de 1954.

O Secretário Geral Perpétuo
e Sócio Benemérito

(a) Costa-Sacadura

Depois de palavras de inteiro apoio proferidas por Fernando da Silva Correia, Eugénio Mac Bride e pelo Presidente, foi a proposta aprovada por aclamação com vibrante entusiasmo.

Destá resolução da Sociedade das Ciências Médicas deu-se conhecimento ao Chefe do Estado, ao Presidente do Conselho e Ministro da Educação Nacional.

ECOS E COMENTÁRIOS

SOB O SIGNO DA MEDICINA PREVENTIVA

O Congresso Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia, que nos últimos dias de Julho se realizou em Genebra, foi, na verdade, um congresso-monstro: cerca de 2.000 participantes, 50 países representados, quatro salas a funcionarem ao mesmo tempo para as sessões científicas, 70 filmes sobre assuntos de ginecologia ou de obstetrícia que se exibiram num cinema que estava próximo dos edifícios onde se realizou o Congresso; acrescentemos ainda as exposições científica, histórica e técnica. Estas simples notas dão a ideia da grandiosidade e da projecção que teve essa reunião — que foi a mais importante a que tenho assistido. Além da Rússia, que já em 1951 esteve representada no Congresso Internacional de Ginecologia de Paris, outros países «para além da cortina de ferro» (como a Polónia, a Checoslováquia, a Alemanha Oriental, a Hungria) — que não tiveram delegados naquela reunião, fizeram-se representar no Congresso de Genebra.

Tudo correu o melhor possível, em ambiente excepcionalmente bom, com as únicas preocupações de se estabelecerem contactos, trocaram-se informações e se promoverem progressos científicos úteis a todos os povos. Não assistimos a propagandas de carácter político (como tem sucedido noutras reuniões posteriores à última guerra) e estabeleceu-se rapidamente a melhor harmonia e camaradagem entre representantes de países que viveram ou vivem agora em profunda desavença política com a União Soviética, o Japão, as duas Alemanhas, etc.

Para este ambiente tão útil para as finalidades científicas que interessam a todos os médicos, concorreu, também, sem dúvida, a circunstância de se realizar a reunião na Suíça, nessa bela Genebra de tradições ao mesmo tempo cosmopolitas e humanas, na cidade que é a sede da Organização Mundial da Saúde e da Cruz Vermelha Internacional.

O Congresso Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia teve um aspecto que desejo salientar agora, antes de «O Médico» lhe dar o devido relevo com notícias pormenorizadas: a reunião foi promovida sob o signo da medicina preventiva, com a colaboração da O. M. S. A tese geral era: A profilaxia em ginecologia e em obstetrícia; como temas principais, por um lado (quanto à ginecologia), a profilaxia do cancro do colo do útero, e por outro (para a obstetrícia) as medidas profilácticas destinadas a defender a criança durante a gravidez e o parto. Ainda dentro da tese geral — profilaxia em ginecologia — várias comunicações se apresentaram, como a minha, intitulada: «Papel das consultas de ginecologia na luta antivenérea».

A época que atravessamos é dominada, quanto aos problemas sanitários, pelas preocupações profilácticas. Os promotores do Congresso de Genebra — que com tanto êxito organizaram a reunião — ao adoptarem a tese geral que pela primeira

vez ostentou um congresso de ginecologia — integraram-se assim nas tendências actuais da medicina.

M. C.

CORDIALIDADE INTERNACIONAL

Assisti há poucas semanas, antes do Congresso de Ginecologia, a uma reunião que marcou evidente transformação em reuniões internacionais. Em Genebra, realizou-se a sessão inaugural da Federação Internacional da Ginecologia e da Obstetrícia, com a representação de cerca de 50 países, entre os quais a Rússia, a Checoslováquia, a Polónia, a Hungria e

numerosos países das Américas, da África e da Ásia; com o Professor Freitas Simões, tive a honra de representar Portugal. Além da aprovação definitiva dos Estatutos, procedeu-se à eleição do Conselho Geral, a que deviam pertencer quinze países. A escolha dos membros deste Conselho (na realidade, dos países que nele deveriam estar representados) era, sem dúvida, delicada e cumpria ao presidente da sessão (um jurista suíço) ser imparcial e conhecer perfeitamente as circunstâncias políticas, científicas, diplomáticas e profissionais que se referiam aos vários países e proceder com extrema prudência e habilidade; de resto, foi o que sucedeu e, assim, o presidente (que era o consultor jurídico da Sociedade Médica de Genebra) teve, no final das reuniões, aplausos unânimes, tão calorosos dos Estados Unidos, por exemplo, como da Rússia. O presidente ia propondo países ou grupos de países para fazerem parte do Conselho e vários representantes davam a sua opinião sobre o assunto. Não desejo esmiuçar, agora, o que se passou nas reuniões — mas apenas frisar alguns pontos, que mostram franca melhoria, em relação a alguns anos atrás, nas relações internacionais. Tanto a Rússia como os outros países seus amigos foram, na verdade, cordatos e transigentes, tendo, finalmente, concordado que, deles, só a União Soviética fizesse parte do Conselho e que os Estados Unidos tivessem dois representantes. Por outro lado, a entrada da Rússia foi aprovada por unanimidade e o mesmo sucedeu à Alemanha Ocidental, cuja inclusão foi proposta pela delegação dos Estados Unidos. Tudo decorreu no melhor ambiente de cordialidade e a máxima compostura. É claro que para isso muito concorreu a circunstância de ser uma reunião para fins científicos (trata-se dum Federação de Sociedades Científicas). No entanto, tudo que se passou nessas memoráveis sessões de Genebra traduz, também, melhora franca no ambiente internacional, pois que nós, médicos, embora o não queiramos, somos fatalmente influenciados pelos problemas políticos; é ainda de salientar a atitude moderada dos países comunistas em franca divergência com anteriores atitudes, mesmo em reuniões de carácter cultural. A medicina pode colaborar, possivelmente melhor do que qualquer outra instituição, para estabelecer harmonia entre os vários povos, levando-os a colaborar uns com os outros sob o signo do interesse comum.

M. C.

«SYMPOSIUM CIBA»

Em Genebra, tive ocasião de ver um n.º do «Symposium Ciba» dedicado ao Congresso Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia. Esta excelente publicação, que é editada pela grande organização suíça, é a continuação de outro periódico, que marcou notavelmente na imprensa médica mundial — «Actas Ciba» — cujos números eram exclusivamente dedicados à história da medicina. Neste número do «Symposium Ciba»



COMPLEXO B

- Tubo de 25 comprimidos 12\$50
- Série fraca —
- Caixa de 12 ampolas . 22\$50
- Boião de 50 comprimidos 28\$00
- Série forte —
- Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00
- Xarope — Frasco de 170cc. . . . 27\$00
- Reforçado — Boião de 20 cápsulas . . 35\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

aparecem pequenos artigos sobre vários assuntos relacionados com a ginecologia, que devem ser considerados como primorosamente feitos, no género, e assinados por ginecologistas de justo renome internacional: Antoine, Koller, Navratil, Rochat, Snoeck, Wenner Rom, Kneer, Mayer, Fobe—isto é personalidades eminentes na medicina da Áustria, da Suíça, da Bélgica e da Alemanha.

Felicitemos «Symposium Ciba» pela apresentação deste magnífico número.

M. C.

PERSONALIDADE, SAÚDE E COLECTIVIZAÇÃO

I

MEDICINA DA PESSOA HUMANA

Há livros de sucesso imediato mas fugaz e outros que se vão impondo até atingirem o lugar de relevo que merecem e que mantêm depois, largo tempo, o mesmo interesse.

Pertence a este tipo o livro do médico protestante suíço Paul Tournier «La Médecine de la Personne», cujas edições e traduções se vão sucedendo há já uma dezena de anos, estando mesmo para aparecer entre nós uma tradução, e que mostra sempre actualidade.

Nele se analisam os conflitos da vida que levam à doença, directa ou indirectamente, e que impedem a eficácia da nossa acção terapêutica se não forem primeiro eliminados.

Conflitos os mais diversos, a personalidade humana nos choques de toda a hora consigo mesmo e na vida familiar nos aspectos sentimental, moral e material, são dissecados na sua relação com a saúde psíquica e física, nesse livro que assim ataca o aspecto, digamos, clássico, de tais conflitos.

O médico não os pode ignorar e, se não quiere ver falhada a cura ou esta realizada não quiere que tudo se esbroe, há-de cuidar de os evitar de futuro ao seu doente ou saber guiá-lo e ajudá-lo se eles chegam.

O médico que não dá a conhecer ao doente o meio de triunfar das dificuldades que encontrará mais tarde, deixa a sua obra inacabada e, como diz Tournier, procede como a mãe que abandonasse, diante da existência, a criança que acabasse de ter dado à luz.

II

RESTAURAÇÃO DA PESSOA HUMANA

Para além dos conflitos de que nos fala Tournier, e nós chamamos de clássicos, há os gerados pela vida moderna neste deslocar do humanismo teocêntrico para o humanismo antropocêntrico.

Se a vida moderna torna mais prementes os conflitos de sempre da alma humana, porque os multiplica e os potencializa, o número e a qualidade lhes dão uma importância cada vez maior, a verdade é que há conflitos inteiramente novos e desses nos dá conta Carlo Gnocchi na aguda e luminosa análise da moderna crise social que é o seu admirável «Restauroação da pessoa humana».

Como muito bem acentua, da era me-

dieval, cheia de ânsia do infinito, de Deus, do mais além, se caiu na era moderna voltada ao finito, ao homem e ao aqui em baixo.

Ao homem dependente de Deus se sucede o homem dependente do homem, sem esperança em nada de extra-terreno, certo de que só existe o visível e palpável no mundo do qual, como acentua o autor italiano, quiere ser rei e senhor indiscutível.

Não podia deixar de surgir toda uma série de doutrinas filosóficas, construções de pensamento que levam à desesperação, sob roupagens diversas, na tentativa de organizar a vida finita, única realidade da existência.

Assim nasceu o CAPITALISMO, «sistema de vida e de pensamento organizado em torno do valor interesse e do mito da riqueza», o COMUNISMO, «organização da vida individual e colectiva em volta do valor da classe fanatizada pelo mito do bem estar», e o ESTADISMO TOTALITÁRIO, «organização da vida em redor dos mitos da nação, da raça ou do Estado».

Da aplicação prática destes sistemas resulta a degradação e escravização da pessoa humana, ao poderio do dinheiro, das massas e da colectividade ou do Estado, e isto quando se pretendia garantir a independência absoluta do homem e sua realza sobre o mundo. Por isso Gnocchi conclui: «O homem moderno caiu pouco a pouco debaixo das degradantes escravaturas da riqueza, da classe, do Estado e desde o dia em que se revoltou contra Deus nunca foi tão escravo como hoje. Eis por que falamos da crise da civilização contemporânea, do ocaso da era laica e da bancarrota do homem moderno».

Este esmagamento da personalidade humana poderá deixar de nos preocupar mesmo meramente sob o ponto de vista clínico?

III

A COLECTIVIZAÇÃO E A SAÚDE

O Prof. Constantinidès, da Universidade de Atenas, numa comunicação a um colóquio realizado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, chama a nossa atenção para os perigos reais que corre a saúde mental e, claro, implicitamente, a saúde física, sob o domínio da colectivização, «fenómeno da vida social da nossa época que é um sinal da regressão do indivíduo a um estado primitivo e arcaico».

Como nós próprios já escreveramos, em 1942, dizendo que não se deve sacrificar o bem individual ao colectivo quando este «é uma miragem ou simples maneira de impor restrições aos indivíduos, sem proveito real e visível para a colectividade», o Prof. Constantinidès claramente diz que é preciso não esquecer que é o indivíduo concreto, o homem, que existe, que só ele é dotado de consciência de existência, ele que é a base da sociedade e não o inverso: «a sociedade não pode existir sem indivíduos mas o indivíduo pode viver, como ser existente, sem a sociedade».

O homem deve ser examinado em relação ao meio social (família, povo, raça, geração, país, estado e regime político) e nas relações com o seu trabalho, con-

dições materiais e económicas, mas individualizando e não colectivizando, isto é, perseverando e desenvolvendo a sua personalidade.

Ora a colectivização, fazendo do homem um simples número, leva ao abaiamento e mesmo ao aniquilamento da personalidade: o psiquismo modifica-se e a saúde perturba-se.

Como sucede quando o homem faz parte das massas que se agitam com perda do livre arbítrio de cada um dos seus elementos, na colectivização cai-se por igual na indiferenciação em baixo nível.

Cria-se uma condição contrária às aspirações inatas do verdadeiro homem e às mais elementares exigências da saúde mental.

Assim se perverte a personalidade humana e se entra no campo psico-patológico perigando a saúde dos indivíduos e a sua segurança: a par de uma morbilidade pelo aniquilamento das liberdades fundamentais, surge uma maior criminalidade que «a massa encoraja» porque «põe em movimento o colectivo (Jung) e arrasta as guerras, destruições, revoluções, etc.».

Constantinidès acrescenta que «a massa é hostil a tudo o que lhe é estranho e daí ela ser destruidora e criminosa. Para mais tem tendência a criar uma sociedade amorfa, semelhante à do homem primitivo, e que arrasta à negação da personalidade e da civilização».

Os sistemas filosóficos e políticos que impedem o desenvolvimento da personalidade e o seu constante aperfeiçoamento que leva à máxima individualização, pois a igualização é fenómeno regressivo, conduzem, como já praticamente se tem verificado, não só a um estado psíquico especial dos indivíduos mas a verdadeiras alterações psicopatológicas, a estados de morbidez mental e física.

Bem justificadas nos parecem as últimas palavras da comunicação feita à O.M.S.: «A colectivização não é compatível com o desenvolvimento e o progresso do homem e da civilização».

IV

MEDICINA COLECTIVIZADA

Claro que o grau máximo, e mais perigoso portanto, da colectivização se atinge quando o Estado a impõe e a dirige com toda a sua força.

A tarefa do Estado está aliás simplificada exactamente porque é muito mais fácil impor-se a grupos, como tais logo debilitados, do que a indivíduos movendo-se fora da uniformidade: a união, neste caso, está longe de ser uma força ainda que a aparente.

Sindicalizados os médicos e sindicalizadas as profissões, ou num país comunista, socialista ou estatista, fácil é impor-se a chamada socialização da medicina que não é mais do que colectivização.

Portanto à acção perniciosa que a colectivização exerce sobre a saúde há ainda a acrescentar o não se lhe opôr, no campo profiláctico e terapêutico, mais que uma medicina por sua vez colectivizada, isto é, igualmente diminuída e regressiva.

L. A. D.-S.

MOSAICOS NORTENHOS

LVIII

COISAS SABIDAS...

Quantas pessoas haverá que sejam capazes de confessar ignorância? Hoje, nestes tempos em que se acham ideias extravagantes e se estadeiam propósitos bizarros — com o intento que muitos têm de se mostrarem diferentes, dos outros e superiores a todos — é raro encontrar-se uma pessoa que não tenha e não exponha opiniões firmes e categóricas sobre qualquer assunto.

Este é o panorama que a vida nos oferece nesta época em que a gravata já é considerada um acessório supérfluo e imbirrento da nossa indumentária — época bem diferente daquela em que na cidade do Porto a investidura da gravata feita pelo patrão, correspondia a um dia de festa para o marçano, que assim deixava o primeiro escalão dessa hierarquia do trabalho, em que se temperavam e formavam os caracteres, para passar à categoria de empregado.

Há 50 anos a gravata era um símbolo que impunha obrigações — hoje é um trapo que ainda se vai usando nas horas de trabalho, mas de que muitos se desfazem logo que este finda... O gosto com que se punha essa tirinha de pano e a antipatia com que ela é agora encarada, definem duas épocas próximas — apenas distantes meio século — mas bem diferentes, nos usos e na mentalidade.

Tudo mudou! E neste redemoinho intenso em que se vive, nem sequer se repara que também abrandaram e enfraqueceram os liames da educação, essa jóia inestimável que foi e é indispensável para que nas relações entre os homens haja o equilíbrio da harmonia que mantém o bem estar.

Relegada para plano secundário a educação, como vulgarmente se vê (porque os interesses materiais preponderam

hoje sobre todas as regras e todas as coisas) — crê-se nas variadas armadilhas que por todos os recantos nos esperam e, tanto mais facilmente, quanto mais arreigados estamos às clássicas linhas que nos têm servido para singrar na vida sem atropelos e sem deselegâncias.

Não há dúvida que a azáfama dos dias que decorrem já não deixa que haja tempo para as ninharias que o respeito e a consideração pelos outros nos devem impor, dentro das regras que a boa educação prescreve. Um encolher de ombros já basta para responder ao reparo de um amigo que ache demasiado o *à-vontade* usado, ou para qualquer forma de censura que os outros, ou a própria consciência façam a uma irreverência notória, a um gesto desabrido, a uma acção fora das regras ou a um arrazoado semeado de calões. É por isso que, embora todas essas modernices sejam conhecidas, não deixa de ser conveniente focá-las aqui, porque o hábito amolece as boas normas e cada vez se tende mais a esquecer tudo quanto é basilar e indispensável para que a própria dignidade seja salva neste mar revolto de má criação.

Aqui, nestas colunas, se interessa esta pontinha de crítica à legião cada vez maior dos malcriados e uma referência a todos quantos os têm que suportar, creio que interessa, de um modo especial, que se digam também algumas dessas *coisas sabidas* por todos, porque, para não serem definitivamente esquecidas, precisam de ser recordadas.

Às regras da boa educação que regem as relações entre os médicos e as destes com os doentes, chama-se *deontologia médica* e se na nossa terra ainda nos podemos ufanar de a ver respeitada, acatada e seguida, não será perder tempo

formular algumas considerações sobre o prestígio em que se deve manter o *médico-assistente* e as normas clássicas, ainda em vigor, segundo as quais deve ser tratado.

Embora as rajadas de insânia tenham diminuído o velho hábito do *médico de família*, também não o encontramos totalmente banido, como certa propaganda quis já divulgar. Deixemo-lo, no entanto, em paz — o antigo *médico de família* ou assistente permanente — e voltemo-nos antes para o *médico-assistente* que o é, de facto, a partir do momento em que começou a orientar uma pessoa que sofre.

A evolução dos tempos conduziu uma parte dos médicos para a especialização, que por uns é exercida exclusivamente e por outros apenas com primasia, embora continuem a fazer clínica geral.

Também hoje há muitos mais cirurgiões do que havia umas dezenas de anos atrás.

As próprias leis que nos regem e o fisco que nos atormenta, dividiram a classe em três sectores: os policlínicos, os especialistas e os cirurgiões. No entanto, se a divisão é imperiosa e natural, nem por isso corresponde a uma escala hierárquica. Em nenhum artigo do nosso *Código Deontológico* se divisa qualquer disposição que nos leve a concluir que uns são soldados, outros cabos e os últimos sargentos, ou, se quiserem — porque dos galões todos gostam — alferes, tenentes ou capitães.

Por outro lado estão a vulgarizar-se os títulos académicos e, tanto que para certos lugares já se não buscam qualidades capazes de bem os exercerem, mas sim quem ostente um desses títulos — tenha ou não competência.

Há ainda que lembrar os médicos da

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

nossa Medicina colectiva, que são obrigados a tratar os doentes que se encontram ao abrigo do seguro-doença e também os médicos de organizações comerciais ou industriais, com deveres mais ou menos definidos, mas sempre subordinados a patrões nem sempre bem esclarecidos e, muitas vezes, estonteados pelo delírio do ouro...

Tudo isto pode estabelecer confusão quanto à forma límpida e clara como cada um deve actuar de modo a merecer a gravata que usa — é uma questão de pôr em prática as normas de educação que se aprendem desde pequeno e que se vão ampliando no convívio com os outros.

Afinal a conduta a ter com o *médico-assistente* é bem simples, seja esse *médico-assistente* cirurgião, especialista ou clínico geral, esteja ao serviço dos organismos que executam o seguro, pertença a qualquer potentado industrial ou por ele seja chamado, ou preste serviço por conta de um patrão aos empregados de um modesto escritório ou armazém.

O respeito pelo *médico-assistente* não hipoteca o doente, porque este por si, por meio da família ou mesmo por intermédio das entidades de que depende, pode sempre pedir uma conferência e esta nunca pode ser negada.

Mas o respeito pelo *médico-assistente* não permite que outro médico se intrometa, seja ele cirurgião, seja especialista, ostente um título ou goze de larga fama.

Pode o *médico-assistente* pertencer ao Seguro Social; isso não justifica que um médico da clínica livre preste serviços ao doente sem que observe as normas clássicas.

Pode um médico de uma organização comercial ou industrial ou mesmo de um organismo do Estado ser mandado a casa de um doente para o observar; neste caso também não será lícito actuar como clínico, sem que cumpra com as praxes deontológicas estatuídas.

Tudo isto são *coisas sabidas*, mas nesta época de desgravatados, convém recapitular estas ninharias, recordá-las, para que as normas deontológicas não acabem por ser olhadas como velharias ou arqueísmos dignos de museu.

Se quisermos a classe médica prestigiada e olhada com a cortesia que merece, temos todos que respeitar e dignificar o *médico-assistente* — seja este impondo-se pelas suas atitudes, o seu zelo e interesse e a sua apresentação, sejam todos os outros manifestando perante os estranhos o respeito que o colega lhe impõe pela sua simples situação de *médico-assistente*, seja ou não de nomeada.

O caminho a seguir é este e mal irá

se nos desviarmos para veredas escorregadias, porque então arriscamo-nos a ganhar uns cobres, mas a enlamear a dignidade. E a lama que salpicar um, suja todos.

Estas minhas palavras servem para rememorar normas, mas podem servir também para acicatar o remorso naqueles que levemente tenham pisado caminhos pouco dignos e pouco prestigiantes. E se o remorso surgir, é bem natural que, em espíritos bem formados, desponte também o arrependimento e se siga a emenda.

M. DA SILVA LEAL

Dr. Luís Figueira

Foi exonerado, a seu pedido, de médico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o Dr. Luís Figueira, que dirigia o Serviço de Análises Clínicas do Hospital de Curry Cabral. O Enfermeiro-mor fez publicar um louvor àquele clínico, focando a dedicação com que este sempre cumpriu as suas obrigações no árduo serviço hospitalar e a valia dos trabalhos a seu cargo no vasto campo da bacteriologia.

Um grupo de médicos, actuais e antigos colaboradores do Dr. Luís Figueira, reuniu-se com ele num jantar de despedida.

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

CIRURGIA SOVIÉTICA

«O Médico» tem procurado informar os leitores sobre os progressos da medicina, sem atender à proveniência ou ao país a que se referem. Há alguns meses, publicamos resumos de trabalhos publicados na Rússia e na Jugoslávia, como estamos constantemente a fazer referências à medicina dos países mais progressivos do Ocidente. Hoje, temos oportunidade de aludir à cirurgia russa, servindo-nos do que há pouco (Janeiro de 1954) foi publicado no excelente quinzenário de Genebra — a que nos referimos muitas vezes — «*Medicine et Hygiène*». Trata-se duma entrevista que um redactor deste periódico teve com o Dr. A. Chabanov, professor de Clínica Cirúrgica em Moscovo. Transcrevemos a seguir, com a devida vénia, essa entrevista.

DR. P. REUTCHNICK — *Consideramos esta entrevista como continuação daquela que tivemos com o Prof. Nesterow, que nos tinha falado, sobretudo, de medicina; abordamos, então, os objectos de ensino da medicina na Rússia, do estudo das teorias de Pavlov e, finalmente, do A.C.T.H. Quería perguntar-vos, Professor, qual é, na Rússia, a formação do cirurgião antes de poder trabalhar por seus próprios meios. Qual é a duração, e quais são os fins dos vossos institutos de aperfeiçoamento?*

PROF. CHABANOV — Possuímos, na União Soviética, um número de Escolas de medicina e de Institutos que apresentam a particularidade de dar aos estudantes uma formação prática e teórica. Tenho acompanhado o ensino da cirurgia na União Soviética muito de perto, visto que sou cirurgião e trabalho, há muito tempo, nesta especialidade. Tive a honra de visitar uma das faculdades de medicina suíças, a de Lausanne. Era-me particularmente interessante conhecer esta Faculdade visto que foi aí que fez os seus estudos o meu mestre Prof. Herzen, que foi estagiário do Prof. Roux.

Temos, no nosso sistema de Instituto médico, uma clínica de cirurgia geral para os estudantes do 3.º ano que aprendem a propedêutica das doenças cirúrgicas. Os futuros médicos são postos ao corrente da história da cirurgia: para se ser verdadeiramente mestre duma especialidade, é necessário conhecer bem a sua história e, assim, no 5.º semestre, os estudantes seguem cursos de história da cirurgia mundial e russa. Durante este mesmo 3.º ano, seguem cursos de anti-sépsia, de anestesia, de traumatologia e tratamento das feridas, das fracturas e a prótese. No 4.º ano, são postos ao cor-

rente dos problemas de patologia cirúrgica especial. Consideramos de grande importância para a formação do médico, aquele que adquire hábitos práticos.

Os nossos estudantes executam muitos trabalhos práticos nas clínicas e assistem, por vezes, a operações na qualidade de terceiros ou quartos assistentes do cirurgião. Entre as particularidades importantes, para a formação do médico soviético, é necessário citar as clínicas do hospital. Estes clínicos baseiam-se nos princípios do célebre cirurgião russo Pirogov; foi o primeiro a verificar que, para obter uma boa formação, o estudante devia adquirir uma grande prática num grande número de doentes.

O estudante vê, também, os doentes das policlínicas. Os cursos do 5.º e 6.º anos prevêm uma introdução mais profunda do médico na sua futura especialidade. Estes estudantes devem, obrigatoriamente, fazer um estágio naquilo que se chama a «prática de produção», isto é, nos hospitais do distrito, onde tomam conhecimento com muitos casos.

Os médicos executam, razoavelmente, nestes hospitais regionais, pequenas intervenções, o que lhes permite adquirir um certo número de conhecimentos, antes de entrar na prática. No decurso destes últimos anos, temos mudado um tanto os nossos trabalhos científicos com os estudantes do 6.º ano. Neste período dos seus estudos, manifestam, já, uma certa orientação para a sua futura especialidade e, no 6.º ano, estão já divididos pelas especialidades: cirurgia, medicina interna, obstetrícia, pediatria, etc.

O estudante que termina os seus estudos recebe um diploma onde se indica que é simplesmente médico e não médico-cirurgião ou internista. No fim do 12.º

semestre, depois de ter passado pelas propedêuticas pode, então, passar ao exame de Estado. Recebem o diploma e, finalmente, a autorização para praticar a medicina.

PROF. JENTZER: *Como se passam os exames de medicina, na Rússia?*

PROF. CHABANOV: Ao fim de 5 anos, o estudante faz o exame de Estado e obtém o certificado de *semi-doutorado*. Este compreende os seguintes ramos: anatomia, fisiologia, bioquímica e histologia. Os exames são divididos de tal maneira que, dois anos depois, fazem as provas das ciências-base, e depois do 3.º ano, a cirurgia geral, a semiologia, a anatomia, a fisiopatologia e a farmacologia. No quarto ano, fazem a microbiologia.

Seguidamente, o estudante deve fazer um trabalho especial de investigação à escolha, agregado aos seus professores, e recebe o título de doutor em medicina, depois de ter feito um novo exame, compreendendo a cirurgia, a medicina interna, a pediatria, as doenças infecciosas, a tuberculose, a anatomia e a patologia interna.

PROF. JENTZER: *Só tendes um titular da cadeira de cirurgia na Faculdade de Medicina?*

PROF. CHABANOV: Há 3 cadeiras de cirurgia: 1) cirurgia propedêutica; 2) cirurgia teórica e 3) clínica cirúrgica. Os estudantes passam por estas três cadeiras, antes de se poderem apresentar no exame final. Mas, como estes cursos são frequentados por perto de 600 estudantes, os titulares da cadeira são secundados por numerosos agregados.

RK: *O professor dedica todo o seu tempo ao ensino ou pode dar consultas privadas?*

PROF. CHABANOV: O professor deve fornecer 4 horas no trabalho de ensino, por dia; consagrará, ainda, duas horas à sua clínica, dispendendo, diariamente, 6 horas de trabalho. Pode, eventualmente, dar consultas privadas, que não são frequentes visto que toda a gente é tratada nas policlínicas do Estado.

Além disso, o professor pode ser chamado a dirigir um serviço de policlínica, sendo, então, retribuído directamente pelo Estado e não mais pela Universidade. Estas duas funções estão nitidamente separadas.

RK: *Gostaríamos de saber, agora, em que sentido trabalha o Instituto que dirige, Professor, e em que sentido orienta o cirurgião.*

PROF. CHABANOV: Para um ci-



E. TOSSE & C.^a
HAMBURGO

VALODIGAN

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossêgo simultâneo do doente. Eficácia óptima e compatibilidade excelente.

VALOMENTH

Estados de ansiedade e inquietação. Nevrose cardíaca. Excitabilidade. Distonia neuro-vegetativa (estômago nervoso).

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

NEUTRAFIL

Bial

● INJECTÁVEL

DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,3 g

Por ampola de 3 cm³

● SUPOSITÓRIOS

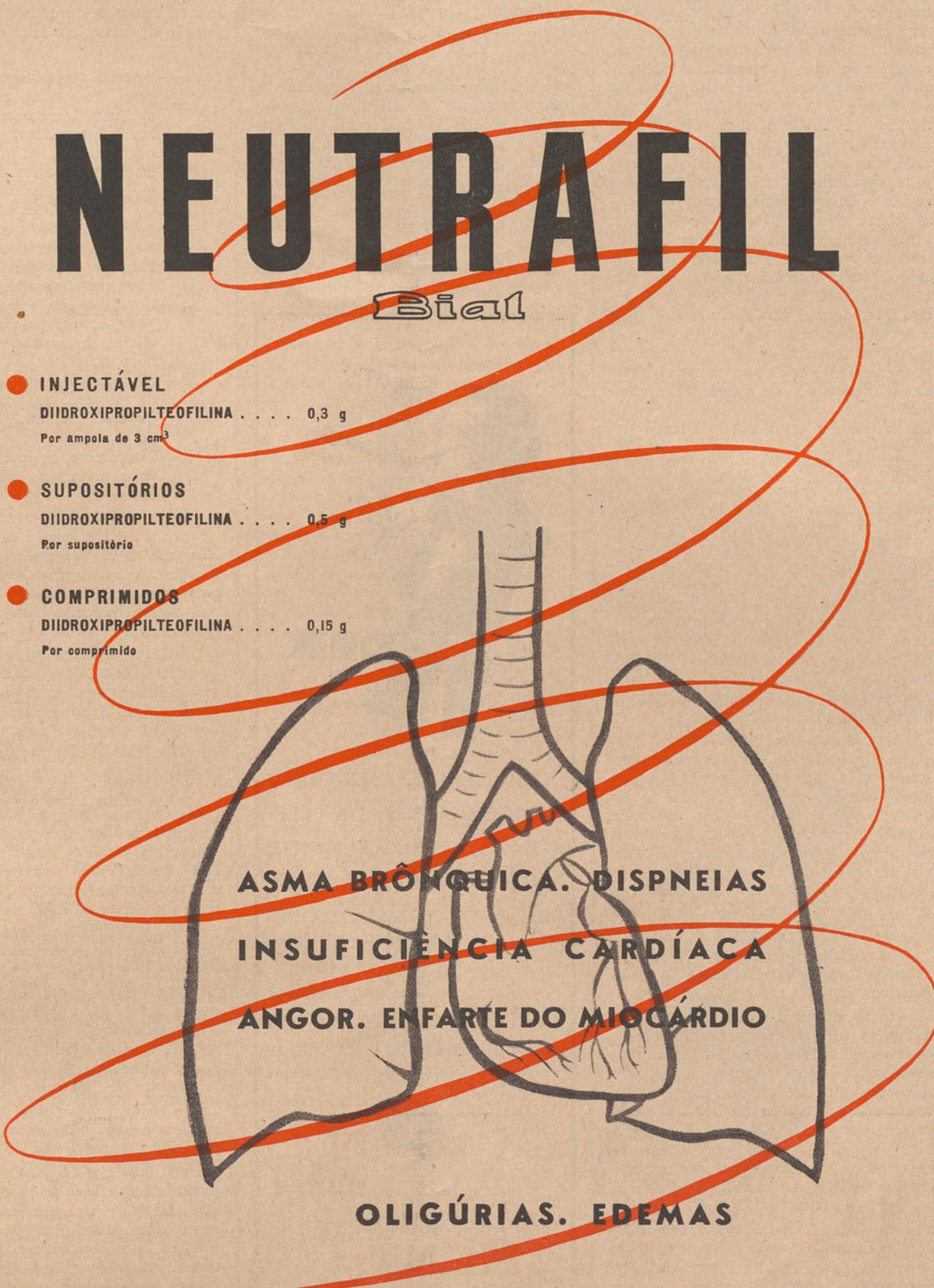
DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,5 g

Por supositório

● COMPRIMIDOS

DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,15 g

Por comprimido



ASMA BRÔNQUICA. DISPNEIAS

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ANGOR. ENFARTE DO MIOCÁRDIO

OLIGÚRIAS. EDEMAS

rurgião não bastam os conhecimentos teóricos, é necessário haver uma muito vasta experiência prática. A cirurgia necessita de vastos conhecimentos de anatomia e de fisiologia e exige, também, uma excelente técnica. O médico que vai trabalhar num hospital regional tem de capacitar-se que é necessário adquirir ainda muita experiência para tornar-se um cirurgião experimentado. O nosso Serviço de Saúde atribue uma grande importância ao serviço médico especializado e ao que esteja mais perto do agregado populacional. Não importa qual a região onde o cirurgião exerce, é necessário que seja possível receber o necessário auxílio médico. É por isso que nos hospitais regionais se encontram todos os especialistas: terapeutas, cirurgiões, etc. Devemos sublinhar aqui até que ponto isso é importante para o cirurgião e para o doente. No decurso das catástrofes que se podem apresentar na vida humana: perfurações do estômago, oclusões intestinais, crise aguda de apendicite, a resolução destes casos é decisiva em função do tempo; é preciso, então, intervir depressa: procuramos possuir cirurgiões em cada hospital.

Por isso mesmo, possuímos um sistema de especialização e de aperfeiçoamento dos médicos. Diz-se, na nossa legislação, que «todo o médico que trabalhou durante 5 anos num hospital regional tem direito a uma especialização». Criamos, para este fim, no nosso país, 11 Institutos de aperfeiçoamento dos médicos. Perto de 17.000 médicos passam, em cada ano, nestes Institutos. Os médicos fazem aí estágios de 6 meses, continuam a ter o seu salário e recebem, além disso, uma bolsa de Estado.

Actualmente, sou professor de cirurgia no Instituto de Moscovo para aperfeiçoamento dos cirurgiões. Vêm ao nosso Instituto médicos de todas as regiões da Rússia, muitas vezes com uma grande experiência prática. São dados cursos para os principais ramos da cirurgia, no nosso Instituto. Consideramos de grande importância a preparação do doente para a intervenção, no regimen post-operatório, etc.

RK: *Quais são os domínios em que se trabalha mais especialmente no vosso Instituto?*

PROF. CHABANOV: A cirurgia da caixa torácica adquiriu um grande desenvolvimento, no decurso dos últimos anos; ela tem uma grande importância nos casos de tuberculose: graças a ela temos obtido bons resultados. Graças à preparação pelos antibióticos, à cavernotomia, obtemos, muitas vezes, resultados excelentes. No tratamento dos cancros do pulmão fazemos também lobectomias.

RK: *Qual é a posição da escola soviética perante a leucotomia? Temos falado muito dela, nestes últimos tempos; sabemos que os russos, depois de a terem praticado, interditarão-na de hoje em diante: podem dizer-me algumas palavras sobre a leucotomia e sobre as razões que interditarão o seu uso na Rússia?*

PROF. CHABANOV: Estudando os resultados longínquos da leucotomia,

verificamos que esta operação não dá bons resultados. Alguns médicos eram partidários desta operação mas temos constatado que, quando se aplica a casos de doenças psíquicas, não se obtém nenhum resultado.

DR. FISCHER: *A propósito do curso de aperfeiçoamento, após os 5 anos, passados num hospital do distrito, pode o cirurgião, que adquiriu experiência da cirurgia prática, ir ao Instituto de aperfeiçoamento e pedir para se especializar, por exemplo, num ou noutro ramo da cirurgia pulmonar, cardíaca ou neurológica?*

PROF. CHABANOV: Sim, certamente.

DR. FISCHER: *Poderá, depois da*



CLOROFILINAS, DERIVADOS
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-
ROFILA, ESPECIALMENTE
PREPARADAS PARA EXERCE-
REM UMA ACÇÃO DESODO-
RIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

especialização em cirurgia cardíaca ou pulmonar, praticar apenas esta nova cirurgia especializada?

PROF. CHABANOV: Sim, certamente, temos hierarquizado um pouco a função do cirurgião. Há:

- 1 — Aqueles que praticam a cirurgia geral, no sentido exacto do termo, isto é, somente os professores é que podem levar a cabo qualquer tipo de operação e podem, igualmente, formar cirurgiões gerais especializados.
- 2 — Os cirurgiões especializados em operações abdominais, ou fracturas, etc., poderão ser, então, cirurgiões principais isto é, directores dum hospital regional.
- 3 — Os cirurgiões que podem fazer qualquer intervenção é que serão chefes de divisão num grande hospital.
- 4 — Os cirurgiões de hospitais, ainda jovens, que funcionam, de qualquer maneira, como chefes de clínica.
- 5 — Finalmente, os jovens internistas de cirurgia que aprendem o seu mister.

PROF. FISCHER: *Mas, pode um cirurgião de 3.ª categoria ou de 4.ª passar para a categoria superior, em qualquer momento e sem limite de idade, depois de ter sido submetido, eventualmente, a exame?*

PROF. CHABANOV: Sim, em qualquer altura, os professores ou chefes de serviço de distrito podem designar entre os seus alunos os que merecem passar para a categoria superior.

DR. FISCHER: *Sei que dirigis um grande hospital. Quantos leitos conta ele?*

PROF. CHABANOV: Sim, sou o chefe do maior hospital de Moscovo, o Hospital Botkine, que compreende 2.500 leitos; 360 médicos estão em actividade neste hospital, 850 enfermeiras diplomadas e 1.000 enfermeiros - ajudantes; ao todo trabalham aí 2.700 pessoas.

DR. FISCHER: *Qual é o horário de trabalho dos enfermeiros*

PROF. CHABANOV: Em média, 6 horas por dia, ou seja 36 horas por semana, como foi fixado pela legislação soviética. Se trabalham mais devem receber um salário correspondente àquelas horas suplementares.

PROF. R. PATRY: *Como organizais o vosso trabalho para dirigir medicamente e administrativamente um hospital de 2.500 leitos?*

PROF. CHABANOV: Ocupo-me da medicina, da clínica e do ensino, de manhã, das 9 às 13 horas, e, depois do almoço, dos afazeres administrativos do hospital. Devo esclarecer que, se dirijo administrativamente o bloco hospitalar (sendo secundado nesta missão), medicamente apenas dirijo o meu sector de cirurgia que compreende 360 leitos.

PROF. PATRY: *Quantas operações se fazem, diariamente, no vosso serviço?*

PROF. CHABANOV: Cerca de 40.

PROF. PATRY: *No decurso da*

vossa estadia na Suíça notastes diferenças importantes em certos detalhes, na preparação dos doentes, do médico, na esterilização, etc.?

PROF. CHABANOV: Não, segundo o que eu vi no serviço do Prof. Decker, em Lausanne, os nossos métodos são semelhantes.

DR. FISCHER: *Os doentes, na Rússia, podem escolher o seu médico ou a policlínica em que se desejam tratar?*

PROF. CHABANOV: Sim, certamente. Mas entende-se que os doentes se dirigirão com mais agrado para a policlínica mais próxima da sua residência.

DR. JAGGI: *É verdade que os tratamentos pelo sono são largamente empregados no vosso país?*

PROF. CHABANOV: Estamos um pouco inclinados para este método mas, actualmente, necessita duma revisão.

DR. FISCHER: *É verdade que o tratamento pelo sono ou a terapêutica de Filatov tem dado resultados no tratamento da úlcera do estômago?*

PROF. CHABANOV: Sim, certamente, nos casos em início, mas não nas úlceras calosas.

RK: *Podeis dar-nos algumas aplicações práticas das teorias emitidas por Speransky?*

PROF. CHABANOV: As investigações de Speransky fundam-se nas teorias de Pavlov, que atribue uma grande importância ao sistema nervoso central. Speransky admite que todos os processos

patológicos gerais influem no elemento trófico periférico. Toda a lesão, qualquer que seja a sua origem e a sua natureza, provoca uma modificação do sistema nervoso central. Speransky baseava-se, de início, no carácter organizador do sistema nervoso central, mas reviu um pouco as suas antigas concepções. No que diz respeito à cirurgia, a dor é um factor importante de distrofia nervosa. É isto que se deve eliminar porque se sabe que as repercussões da dor podem ter consequências importantes, tanto sob o ponto de vista fisiológico como morfológico, especialmente ao nível das terminações do sistema nervoso periférico, na nutrição tecidual e na imunidade do organismo. Baseando-se nesta teoria, os Profs. Lavrentiev e Vichnevsky estabeleceram a sua teoria dos excitantes modificadores das relações entre o sistema nervoso central e o periférico.

Deste modo, utilizamos, em grande escala, o bloqueio do sistema nervoso pelas injeções de novocaína, por exemplo, na doença de Buerger ou tromboangeite obliterante. As perturbações periféricas desta doença não são devidas, somente, à insuficiência da chegada do sangue arterial ou à falta de oxigénio, é necessário actuar sobre o factor nervoso que domina estes factores patológicos e é nestes casos que nós empregamos, de boa vontade, as infiltrações de novocaína.

RK: *Podeis, agora, explicar-nos, Professor, em algumas palavras o que é o parto sem dor que é tão preconizado pelos especialistas russos?*

PROF. CHABANOV: Sabemos que este problema tem suscitado um interesse enorme na Suíça: ontem depois da minha exposição em Lausanne, têm-me suscitado perguntas sobre este assunto. Têm-se publicado muitos trabalhos nos nossos jornais, nas nossas revistas, assim como monografias.

Temos diversas possibilidades para aplicação destas medidas: temos uma larga rede de consultas para as mulheres: elas estão em relação com as maternidades: 100% das nossas mulheres das cidades acorrem às maternidades. São seguidas pelo médico, durante bastante tempo: estabelece-se contacto entre o médico e a mulher grávida e isto tem, certamente, uma grande importância sob o ponto de vista de psicoterapia. No decurso das suas conversações com a mulher grávida, o médico fala do parto e sugere que ele será sem dor. Consideramos de grande interesse o ensino das teorias de Pavlov: a influência da psicoterapia sobre o sistema nervoso central tem uma grande importância. A primeira coisa que faz o médico é preparar o doente para excluir a dor. Evidentemente, para bem tratar um doente, é necessário ter um muito bom contacto pessoal com ele.

As palavras do famoso neuro-patologista russo, Bechterev, são muito significativas, neste domínio: «Se, após uma conversação entre médico e doente, o doente não se sente melhor, é porque o médico não é bom». Esta influência pessoal do médico é predominante para se



Receita para rápido restauo

Quando o deapauperamento físico ou doença grave produziram sintomas de lassidão, perda de apetite, esgotamento nervoso e deficiência geral de forças, **Vi-nuphos** dá o necessário estímulo a um restabelecimento rápido.

Os doentes apreciam o seu agradável sabor — importante factor para conseguir a sua colaboração, sempre que esteja indicada medicação «tónica».

Vi-nuphos

TRADE MARK

Em frascos de 113 gramas

Rx

Vitamina B₁
Ácido Nucleínico
Cafeína
Glicerofosfato de Cálcio
Glicerofosfato de Potássio
Glicerofosfato de Sódio
Glicerofosfato de Manganés
Glicerofosfato de Etrinsicina



Impressos aos Ex.ªs Clínicos

Representantes: Coll Taylor, L.da — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depósito no Norte: Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 36 — Porto

obter um parto sem dor. Inicialmente, utilizaram-se meios medicamentosos: o protóxido de azoto foi largamente empregado, no começo: é um meio inteiramente inofensivo cujo efeito passa muito depressa. É preciso excluir o reflexo da dor que se encontra no sistema nervoso central e, para isso, é necessário compreender este reflexo: destrói-se pela preparação sugestiva e, em seguida, pela utilização de alguns medicamentos.

RK: *Isto compreende-se para um parto normal, mas quando se trata dum parto um pouco complicado será suficiente esta sugestão?*

PROF. CHABANOV: Não, torna-se então insuficiente.

RK: *Sei, Professor, que sois o redactor-chefe da revista «Sovietskaia Medi-*

tzina». É possível estabelecer trocas regulares com as revistas soviéticas? No momento presente, não podemos receber os vossos periódicos senão por assinatura. Mas nós interessámo-nos por trocas não só de revistas, mas de artigos: podeis publicar artigos de médicos suíços, como nós publicamos, agora, artigos de médicos soviéticos?

PROF. CHABANOV: Sim, tudo isso é possível. Os nossos intercâmbios de literatura passam-se, em geral, por intermédio da Sociedade de Intercâmbios Culturais com o estrangeiro, pela Academia de Ciências Médicas e, finalmente, por intermédio do Ministério de Saúde. Publicamos e publicaremos, de futuro, artigos de médicos estrangeiros.

PROF. R. PATRY: *Estamos muito*

interessados nas declarações do Prof. Chabanov, porém será possível visitar os serviços e os institutos de Moscovo como se visitam os de Paris ou de Boston?

PROF. CHABANOV: Sim, certamente. O pedido deve ser feito por vários médicos que constituirão, então, uma delegação que será bem acolhida nos serviços médicos de Moscovo.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Reuniu no dia 31 de Julho passado, em Lisboa, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, tendo presidido à sessão o Prof. Eugénio Lopes, Presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia, ladeado pelos Profs. Arsénio Cordeiro e J. Moniz de Bettencourt.

Falou em primeiro lugar o Dr. Araújo Moreira, que apresentou um trabalho intitulado «Interpretação vectorial das derivações electrocardiográficas correntes e das posições eléctricas Wilsonianas». Seguidamente, o Prof. Arsénio Cordeiro, por si e pelos Drs. M. Fonseca, A. Moreira e O. Ramos, falou de «Fístula aortopulmonar congénita». O trabalho seguinte intitulava-se «Angio-cardiografia selectiva» e era da autoria dos Drs. Martins da Fonseca, José Rocheta e Benard Guedes, e finalmente, o Dr. Barreto Fragoso ocupou-se de «Estenose e dilatação de um dos ramos da artéria pulmonar, com citação de dois casos».

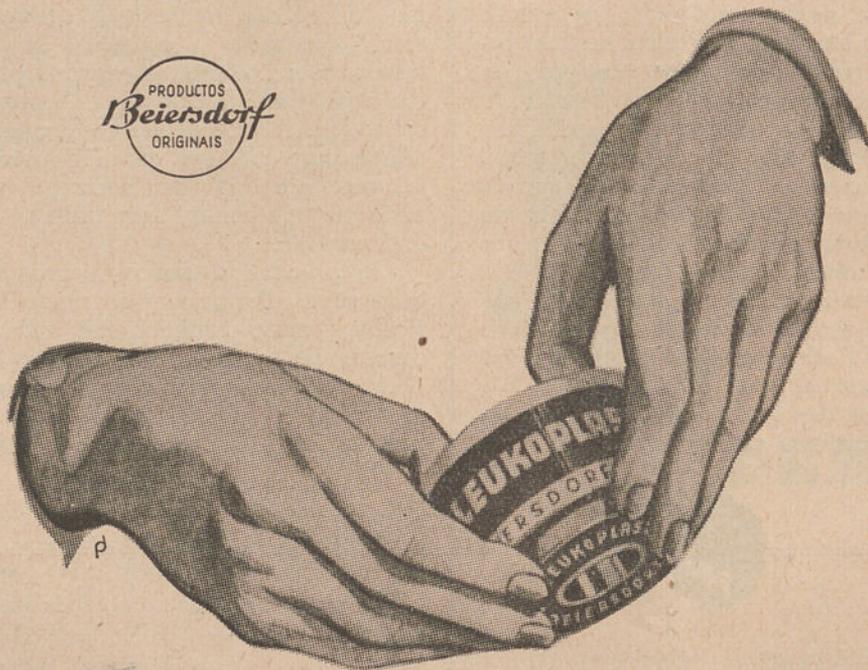
*

Em Coimbra, no salão nobre dos Hospitais da Universidade, realizou-se no dia 20 de Junho passado uma outra sessão da mesma Sociedade, no decorrer da qual foram apresentados os seguintes trabalhos: «Sobre um caso de provável aneurisma artério-venoso», pelo Prof. João Porto e Drs. A. J. Aguiar e F. Pita; «Balistografia em sete casos de aperto mitral», pelo Dr. A. J. de Aguiar; «Rawlfia Serpentina no tratamento da hipertensão», pelo Dr. Luís Abecassis; e «Notas sobre a acção da heparina na arterosclerose», pelo Dr. Alfredo Franco.

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

Reuniu no dia 26 de Julho último, sob a presidência do Prof. A. Celestino da Costa, a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, tendo o Dr. Jacinto Simões feito uma comunicação apresentando um caso de puberdade precoce por tumor funcionante do ovário em criança de 2 anos, do sexo feminino. O conferencista começou por acentuar a extrema raridade destes casos, em especial do tipo histológico semelhante ao que apresentou, e, depois, fez considerações sobre o interesse endocrinológico do caso, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático.

No início da sessão, o Dr. Mário Fernández lera o relatório da sua viagem a Granada, onde foi como delegado da Sociedade à I Reunião da Sociedade Espanhola de Endocrinologia.



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

REPRESENTANTES:

PESTANA & FERNANDES, LDA.

Rua da Prata 153-2.º

Lisboa

A V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 28 de Agosto a 4 de Setembro)

Dia 28 — Prossegue com entusiasmo a construção do hospital de Baião. A mesa da Misericórdia, que vive esta obra com grande devoção, envida os seus esforços para que ela se ultime tão cedo quanto possível. Para isso há que vencer dificuldades materiais, pois tendo o Governo participado os trabalhos com a importância suficiente, tem a mesa de arranjar o resto. Para o efeito fala-se na organização de um novo cortejo de oferendas, a realizar no fim do S. Miguel. Tendo como é de supor, o mesmo entusiasmo dos outros está assegurada a sua construção sendo então convertido em realidade um sonho de tantos anos. Os doentes de Baião vão, pois, ser tratados na sua terra, sem necessidade de serem socorridos em hospitais distantes.

29 — Pelo Ministro das Obras Públicas foram concedidas as seguintes participações, provenientes do Fundo do Desemprego:

Aveiro — A Santa Casa da Misericórdia de Oleiros, concelho de Vila da Feira, para obras de ampliação no seu hospital, 31.430\$00.

Castelo Branco — A Junta de Freguesia de Tortozendo, concelho da Covilhã, para construção de um posto de consultas, 23.285\$00; e à Santa Casa da Misericórdia do Fundão, para construção do Hospital Sub-Regional, reforço, 33.850\$00.

Lisboa — A Santa Casa da Misericórdia de Mafra, para instalação de aquecimento no seu hospital, 36.820\$50.

Portalegre — A Santa Casa da Misericórdia de Nisa, para construção do novo hospital, reforço, 150.000\$00.

Porto — A Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras, para obras de beneficiação do seu hospital, 19.925\$00.

Santarém — A Santa Casa da Misericórdia de Mação, para construção do novo hospital, 78.390\$00.

Vila Real — A Santa Casa da Misericórdia de Peso da Régua, para aquisição de terreno destinado à construção do novo hospital, 25.000\$00.

Estas participações somam Esc.: 398.700\$50.

30 — Da Figueira da Foz, onde estiveram vinte dias na Colónia «Dr. Oliveira Salazar», regressam a Coimbra 52 crianças, filhos de empregados dos Hospitais da Universidade, que para ali foram por iniciativa da Casa do Pessoal daquele estabelecimento hospitalar.

Parte para Estocolmo, a convite da comissão europeia da Organização Mundial de Saúde, o Prof. Vítor Fontes que, na qualidade de delegado português, tomará parte na reunião do «grupo de estudos sobre os problemas da criança hospitalizada» que se realiza naquela cidade, de 1 a 12 do corrente.

— Seguem para Espanha, em excursão promovida pela «Revista de Enfermagem», numerosos enfermeiros, acompanhados dos sete alunos mais classificados em cada uma das escolas de enfermagem.

Os excursionistas estarão no sábado em Granada e irão em romagem às relíquias de S. João de Deus. Junto do relicário será colocada uma placa evocativa da visita dos enfermeiros portugueses.

— Acompanhado pelo Dr. José dos Santos Bessa, chefe dos serviços clínicos do Instituto Maternal de Coimbra, o Dr. Postch de Magalhães, do Departamento Nacional da Criança no Brasil visita o hospital sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, na Quinta dos Vales, deslocando-se depois à Tocha, de visita ao Hospital Colónia Rovisco Pais e à Figueira da Foz onde admira a Casa da Criança e Colónia Balnear «Dr. Oliveira Salazar».

Dia 2 — O Dr. João Francisco Nogueira da Costa, é contratado, depois de concurso, para interno graduado de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Em Nova Iorque e Montreal (Canadá) vai realizar-se o Congresso Internacional de Oftalmologia, que terá a representação de vários países. A fim de tomar parte nos seus trabalhos, segue por via aérea, para os Estados Unidos, o oftalmologista Dr. Fernando Lacerda, que, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura, visitará, em seguida, as clínicas da sua especialidade em Inglaterra.

— Vindo de Coimbra, chega a Lisboa o Dr. Postch Magalhães, acompanhado pelo Dr. Santos Bessa, a fim de visitar outros estabelecimentos de assistência e protecção à criança.

— A fim de tomar parte no Congresso Internacional de Oftalmologia, a realizar na América do Norte, partem de Lisboa, como componentes da delegação portuguesa, os Drs. António Vilas-Boas e Alvim, Sertório Sena e Matos e Sousa.

3 — De avião, chega a Lisboa, o Dr. Atanasiu, investigador do Instituto Pasteur de Paris, que como delegado da Organização Mundial de Saúde vem realizar, com os técnicos do Laboratório Central de Patologia Veterinária, trabalhos de virulogia de grande interesse, especialmente no que respeita à profilaxia da raiva.

— É publicado um decreto regulamentando a realização do estágio a que se referem os artigos 6 e 7 do decreto-lei n.º 37.040, de 2 de Setembro de 1948, que promulga a reforma dos estudos das Faculdades de Medicina.

O citado estágio realiza-se no respectivo hospital escolar ou nos Serviços da Faculdade em que foi concluído o curso, porém, o Ministro da Educação Nacional poderá autorizar, em caso justificado, que ele se realize noutro Hospital ou Faculdade.

4 — No Museu Regional do Caramulo, obra a que o Dr. Abel de Lacerda vem dedicando notável esforço, e ao qual dispensa valioso auxílio e a melhor das boas vontades, realiza-se a assembleia geral dos doadores daquele museu.

São já em número de setenta e oito estes dedicados amigos do Museu do Caramulo, que, num ano de vida, conseguiu reunir bastantes dezenas de raridades artísticas e documentais.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento de um lugar de médico urologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas dos serviços de saúde da província de Angola.

— Para o provimento de vagas de médico de 2.ª classe do quadro comum do ultramar português.

— Na Repartição dos Serviços de Saúde e Higiene, do Ministério do Ultramar, está aberto concurso para o provimento de vagas de médico de 2.ª classe do quadro comum do Ultramar português.

— Está aberto concurso para admissão de médicos na Armada. As respectivas condições foram publicadas no «Diário do Governo».

Realiza-se, nos dias 13 a 17 deste mês, em Santander, a reunião conjunta da Academia Espanhola de Dermatologia e Sifilografia e da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, na qual serão discutidos importantes problemas da especialidade, entre os quais os que se referem às dermatoses reumáticas e às tinas.

O nosso País estará representado neste terceiro congresso, entre outros especialistas, pelos Profs. Mário Trincão e Juvenal Esteves e Drs. Aureliano da Fonseca, Norton Brandão, Artur Leitão, Cruz Sobral, Simões Carrelo, D. Maria Manuela Antunes e Mário Basto.

— O Prof. Reinaldo dos Santos partirá para o Rio de Janeiro, no próximo dia 9 do corrente, a convite do Governo Brasileiro a fim de participar no II Colóquio de Estudos Luso-Brasileiros.

— Vai ser construído um ramal para abastecimento de energia eléctrica para o Hospital de Anadia, obra orçada em 44 contos.

— Destinado à confraria de Nossa Senhora da Abadia de Amares, no distrito de Braga, vai ser construído um posto clínico que custará 178 contos.

Estrangeiro

A convite do Governo jugoslavo, a 4.ª sessão ordinária da Comissão Regional para a Europa, da Organização Mundial de Saúde, realizar-se-á de 13 a 16 do corrente mês, em Optatija. Tomarão parte na reunião membros de 23 países, entre os quais Portugal. A Comissão terá, principalmente, como tarefa, passar em revista o trabalho

BÁLSAMO BIENGUIÉ

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

realizado em 1954 pela Comissão Regional da Europa da O. M. S.; introduzir, no plano de 1955, as modificações que se tornarem necessárias em virtude de compressões orçamentais; e fazer propostas relativas ao programa de actividade no ano de 1956.

— Na próxima Exposição de Automóveis, em Londres, em Outubro, será apresentada uma nova ambulância com a particularidade de dispensar a intervenção manual para a entrada ou saída da maca. Este serviço é executado por um mecanismo que consiste em uma rampa que pode ser suavemente graduada e operada pelo maqueiro, de forma que o doente pode ser colocado dentro da ambulância ou retirado, sem esforço e sem oscilações ou choque.

— Em Roma, de 30 de Setembro a 5 de Outubro, realiza-se a III Assembleia Geral da Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina. Snr. J. F. Larsen, Domus Medica, Kristianagade, 12 A, Copenhagen-Dinamarca.

— Em Zurique, de 20 a 23 de Setembro, realiza-se o Congresso Internacional de Medicina da Aviação, e reúne a secção de língua francesa da «Aero-medical Assoc.».

— Em Gardona, Itália, realiza-se o Congresso da Associação Internacional das Médicas, nos dias 15 a 21 de Setembro.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 25/VIII a 1/IX/1954)

25/VIII.

Foram admitidos definitivamente ao provimento do lugar de especialista de estomatologia do Sanatório Sousa Martins, Guarda, os seguintes candidatos: Dr. António Nunes Patrício e Dr. Manuel Henriques Campos Castelo.

— Drs. Manuel Nazaré Cordeiro Ferreira, director de serviço clínico da especialidade de pediatria médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa e Carlos Horácio Gomes de Oliveira, assistente de serviço geral de clínica médica dos mesmos Hospitais — autorizados a ausentarem-se do País, para desempenho de missão oficial em Roma, de 6 a 10 de Setembro próximo, pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Luís Augusto Duarte Santos, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra — rescindido o contrato, por ter sido provido no lugar de professor extraordinário da mesma Faculdade.

26/VIII

Dr. José Luís Tavares Júnior, médico municipal e subdelegado de Saúde do concelho de Redondo — autorizado a acumular, os cargos de médico do Hospital Civil

de Redondo da Santa Casa da Misericórdia e de médico da Casa do Povo de Redondo e anexas.

— Dr. Renato de Azevedo Correia Trincão — aprovado o contrato para o desempenho das funções de primeiro-assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

27/VIII

Dr. Eduardo Luís O'Connor Shirley Zuzarte Cortesão, médico contratado da Junta da Emigração — concedida equiparação a bolseiro fora do País pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Luís José de Pina Guimarães, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Porto — considerado em missão oficial fora do País pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr.^a Laura Guilhermina Martins Aires, médica epidemiologista, contratada, da Delegação de Saúde do distrito de Lisboa — prorrogada até 30 de Setembro de 1955 a equiparação a bolseiro fora do País, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Mário Augusto de Mendonça e Silva, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa e assistente livre do Hospital do Ultramar — concedida equiparação a bolseiro fora do País, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

28/VIII

Dr. António José Brás Regueiro, médico municipal do concelho de Paredes de Coura — provido, em comissão de serviço.

30/VIII

Dr. Carlos Larroude Gomes, director de serviço da especialidade de otorrinolaringologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a aceitar a equiparação a bolseiro fora do País, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura, durante sessenta dias, a partir da segunda quinzena de Agosto corrente.

— Dr. António Pinto Teixeira, interno graduado de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a aceitar a equiparação a bolseiro fora do País, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura, desde 1 de Setembro próximo até 31 de Julho de 1955.

Prof. Marcelo Ballerín

Em gozo de férias, encontra-se desde há dias em Portugal, acompanhado de sua esposa, o Prof. Marcelo Ballerín, um dos mais brilhantes e notáveis médicos franceses.

O insigne homem de ciência encontra-se em Sintra, em casa do grande industrial português de Paris, sr. António Cardoso.

Partidas e Chegadas

Dr. Pinto Harberts

Partiu para a Suíça, em viagem de estudo, o Dr. Pinto Harberts, Director da Maternidade Harberts, de Lisboa, que visitará as clínicas de ginecologia e obstetrícia daquele país, da Áustria, da Alemanha e da França.

Dr. Manuel Frazão

Partiu para França, também em viagem de estudo, o Dr. Manuel Frazão, que, naquele país, assim como na Suíça e na Alemanha, onde se desloca em seguida, visitará as principais clínicas de cirurgia.

Dr. João Saraiva

A fim de visitar as principais clínicas da sua especialidade, na Suécia, Noruega e Dinamarca, partiu para aqueles países o Dr. João Saraiva.

Dr. Sertório Senna

Para os Estados Unidos e Canadá, partiu o Dr. Sertório Senna, Director do Serviço de Oftalmologia do Hospital de S. José, que em missão do Instituto de Alta Cultura, vai tomar parte, como Delegado de Portugal, no Congresso Internacional de Oftalmologia, que se reúne nas cidades de Montreal e de New-York.

FALECIMENTOS

Dr. Octávio Cândido de Figueiredo

Faleceu em Lisboa o Dr. Octávio Cândido de Figueiredo, que contava 57 anos de idade e que exercera em África, durante muitos anos, a sua actividade, tendo sido cirurgião na Beira, onde era muito considerado pela sua competência e dotes de carácter.

Dr. António Barradas

No hospital de S. José, em Lisboa, e pouco depois de ali ter dado entrada, faleceu no dia 9 de Julho, o capitão-médico, Dr. António Figueiredo Barradas, de 67 anos, que acidentalmente, se encontrava na Metrópole, pois era Professor do Liceu de Lourenço Marques.

Faleceram:

O sr. Sebastião Dias Braga, pai do Dr. João Guilherme Munhoz Braga, médico na capital.

— O sr. António Maria de Azevedo Coutinho Lobo Alves, engenheiro-agrônomo, filho do Dr. Augusto Lobo Alves. O eng.^o Lobo Alves embarcara, no dia 7 do mês findo, no rápido do Porto, que partiu da estação do Rossio às 8,40 e, no túnel, quando passava da carruagem em que seguia para o vagão-restaurante caiu à linha e foi trucidado pelo comboio.

CALDAS DE AREGOS

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

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

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

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães

Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Eges 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. Morais 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.º 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 (chef. 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 Padessa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, 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 Sarmento (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 Antitrombotomosa 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 Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 8-2.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