

O MEDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 124
14 de Janeiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA AZEVEDOS

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

Injectavel

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina
FORTE — 600.000 U. O. de Penicilina
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina
em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

Rectal

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 300.000 U. O. de Penicilina
ADULTOS — 500.000 U. O. de Penicilina



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

BARAHONA FERNANDES — <i>O que é a psico-somática</i>	Pág. 31	Aspectos do exercício da Medicina, em meio rural — BER-	Pág. 26
MANUEL PINHEIRO HARGREAVES — <i>Semiologia laborato-</i>	40	NARDINO DE PINHO	26
rial da impotência	40	Movimento do serviço de dermatologia e venereologia dos	
SUPLEMENTO		Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de	
Revisão da Segurança Social — CONSTANTINO A. CAR-	23	Previdência (Zona Norte)—1948-1952—AURELIANO	
NEIRO	23	DA FONSECA, ALBANO REBELO, ALVES MOREIRA, SAN-	
Ecos e Comentários	24	TOS CUNHA, MÁRIO DE CASTRO, MÁRIO BASTO E	
		WILHELM OSSWALD	28
		Noticiário diverso.	



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO + SULFADIAZINA
65.000 U. SULFAMERAZINA
SULFAMETAZINA

a	a
0,11 g	

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frasco de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA



O que é a psico-somática

PROF. BARAHONA FERNANDES

«...tudo afinal são desmandos e podridões da triste humanidade; e quando se vai buscar a extrema que aparta os desconcertos morais e físicos não se encontra. E ninguém o sabe tão bem como nós, os médicos, os confessores de todos os desvios e desgraças, tantas vezes entrançadas na doença. Mais de meia patologia reflecte a crueldade etiológica das emoções cruciantes, das agruras do trabalho, da miséria e dos vícios, das vicissitudes do amor e das paixões empolgantes. Tudo quanto obsedia o homem vem a estalar numa mazela...» — (Ricardo Jorge — *O Médico Penitente* — 1913).

Muito antes da pretensa «era psico-somática» da medicina de hoje alguns precursores tinham já antevisto que a doença não era apenas a fatalidade de uma lesão, localizada num dado território do organismo mas também a expressão de conflitos emocionais, o resultado do viver atribulado do homem na sociedade, das tendências, das vicissitudes, do destino da sua Personalidade. O «bom senso» dos velhos clínicos jogava, desde sempre, com a «pessoa» do doente e nunca deixara de compreender o papel, tantas vezes decisivo, que a mente e o moral dos enfermos desempenhavam não só no seu sofrimento, como também na génese da própria «doença».

Podemos dizer, pois, que a chamada «psico-somática» apenas quer dar forma mais sólida e sistemática, basear em moldes científicos e introduzir na prática clínica quotidiana as velhas noções da *unidade do corpo e da psiqué*, da *participação do sujeito no padecer orgânico*, do *enlace anímico de todas as doenças* e muito especialmente a importância da *intervenção psicológica e social do médico* no seu tratamento.

Quando o clínico se quer, porém, informar dos modernos trabalhos de investigação e divulgação sobre a matéria, depara com grandes dificuldades. Creio mesmo que ficará perplexo, quando não descrente e desanimado. Educado na base da anatomia, da fisiologia e da bacteriologia, nos fundamentos anatómopatológicos e biológicos da clínica, pasmará pela certa ao ler asserções deste teor: que uma fractura é um suicídio local procurado pelo próprio, o acné de uma jovem, a floração materializada da sua vergonha; a úlcera gástrica, o resultado da auto-agressão que não teve coragem de se exteriorizar; o ataque de asma, um protesto contra os entraves da vida. E tantos outros exemplos: o hipertenso está em alarme permanente, incapaz de exprimir e dominar os seus impulsos hostis; «quer morder e lisonjeia» como um dos nossos doentes. O doente com enxaqueca não teve coragem de liberar a sua cólera e sobreveio-lhe uma crise. — Assim se exprime a «psico-somática» de inspiração psicanalítica, ultrapassando por vezes os limites do conhecido e do razoável.

Um tal enferma de cancro: não são apenas os órgãos que se desfazem por um desconcerto da proliferação celular. É mais uma expressão da tragédia que já existia na vida deste homem — esperanças ruidas, a existência falhada. Um ictus não viria por acaso: a tempestade vascular é a expressão de outra tempestade mais alta, que abalava o espírito do pobre hipertenso... O sofrimento e a morte enlaçam-se assim, no existir, no destino pessoal de cada um. Numa palavra, a *doença teria um sentido na existência da pessoa humana*.

Assim nos fala a psico-somática de inspiração filosófica, a Medicina antropológica. Linguagem estranha para os médicos de espírito objectivo, naturalista, «científico». Mais parece de poetas ou filósofos. Não a compreendendo, põem-na de lado, sorriem e desdenham!

Não estaremos nós perante um renascer de velhos mitos, da Medicina Moralizante, da Medicina romântica? Lograr uma tísica por amor, padecer do coração por causa dos desgostos, de um bôcio por mór de um susto, desta ou daquela mazela por «culpa» do mal proceder?

Como aceitar tais asserções à face do nosso saber?

Trata-se primeiro de pôr o problema em termos mais simples. Nos seus fundamentos conceptuais e na base das observações e novos factos, em que se apoia. Os estudos psico-somáticos têm progredido quase paralelamente na América do Norte e na Alemanha. A França e outros países acompanham o movimento. E também a Rússia com feição teórica e prática muito diferente.

Nos Estados Unidos os excessos da especialização médica por órgãos, os exames pormenorizados em dados parcelares e locais, sem uma síntese do conjunto, a necessidade de novas terapêuticas para as doenças «funcionais» levou à intervenção dos *psicanalistas* no estudo das doenças corporais. Estudaram-se em especial as *respostas fisiológicas às emoções* e analisou-se o *comportamento* no ponto de vista freudiano.

Algumas das interpretações acima referidas valem apenas para certos casos, e à face da «teoria» psicanalítica com que foram alcançadas. Qualquer que seja o seu real valor como conhecimento, dão-nos, porém, uma melhor compreensão do doente, permitindo agir psicoterapeuticamente sobre o seu penar.

A psico-somática germânica inspira-se em certos movimentos psicológicos e filosóficos — o realce das reacções do conjunto do Homem, a introdução do «sujeito» no dinamismo biológico, a busca do sentido existencial do viver da pessoa humana. Fora destes pressupostos doutrinários não se torna inteligível à mentalidade médica naturalista.

De forma alguma se poderão pôr, porém, de lado, sem mais, os achados das *novas correlações e coincidências psico-fisiológicas* e as *novas possibilidades de acção terapêutica*, encontradas por estes vários grupos de investigadores.

Mal fará o clínico prático se não curar com atenção do assunto. Muitos dos seus doentes continuarão a sofrer e nada lhes valerão os antibióticos, os isótopos e toda a medicação bio-química, se o médico os não compreender como *homens que sofrem*, como *personalidades* em conflito consigo mesmo e com o ambiente social.

Mal fará o investigador que se agarrar à mera explicação material da vida humana, sem atender aos factores psicológicos aos dados sociais e aos valores espirituais. Assistirá perplexo à irregularidade das respostas somáticas, aos estímulos ambientais (inclusive terapêuticos!) por lhe faltarem muitos outros dados do problema.

Os agentes mecânicos e físico-químicos de forma alguma podem abarcar o conjunto das reacções humanas.

*

Procuramos agora, algumas linhas simples e úteis para o clínico geral. Nesta lição num curso de aperfeiçoamento médico-sanitário, queríamos levantar o problema muito singela e concretamente. Não pela discussão da literatura, mas na forma como se nos apresenta no nosso meio, ante os nossos problemas e possibilidades.

a) Todos os médicos encontram na clínica numerosos doentes nos quais não conseguem encontrar quaisquer lesões orgânicas. A observação clínica, as análises, radiografias, exames eléctricos e outros *não logram demonstrar lesões orgânicas objectiváveis*. Mas o doente sofre, queixa-se, não pode trabalhar, falta ao serviço e espera que o médico o alivie e auxilie. Não se podendo apoiar na chamada «Medicina Científica», não tendo sido educado na Psicologia Médica (que a Faculdade de Medicina só pode até agora ensinar em cursos livres) apela o clínico para o «bom senso», para a sua intuição. E lá vai amparando o padecente com a boa vontade e humanidade que são o seu timbre. Menos bem vai o caso se a personalidade do médico ainda não está suficientemente madura e não domina a situação com segurança. Reage então de forma elementar, instintivo-afectiva, e despreza o padecente como «histérico», «neura», ou «simulador», ou o fixa ou cultiva com excesso de observações, cuidados e recomendações. Fala-se muito agora, a propósito e com razão de *iatrogenia* — ou seja a acção patogénica exercida

pelo próprio médico, pelos seus erros de diagnóstico e terapêutica, mas sobretudo pela sua incompreensão e falta de tino psicológico. Um sopro cardíaco funcional, que o leva a condenar um pobre neurótico à inactividade e o priva do prazer do exercício físico. O medo do próprio médico, que se contagia ao consultante e o leva a repetir tacteantes exames laboratoriais e radiográficos, na busca vã de graves doenças que não tem, criando-se a hipocondria e a invalidez crónica. Medicações injustificadas (tonicardíacos, e outros), como se o mal fosse orgânico, as quais não aliviam o penar do doente e mais o fixam na sua convicção mórbida, ou o entregam, descrente da ciência médica, ao curandeiro e à mulher de virtude, talvez com mais faro psicoterápico... Quantas apendicectomias, colecistectomias, operações ginecológicas e outras de todo injustificadas, as quais, depois de um tal sacrifício, deixam o padecente no mesmo estado! Se não há lesões, falha a terapêutica médica e cirúrgica, o doente continua a sofrer, *algo de novo há que fazer*.

b) Nas consultas especializadas (de cardiologia, gastro-entereologia, ginecologia, endocrinologia, urologia e até de neurologia) cerca de 40 a 60% dos consultantes não têm, de facto, lesões orgânicas verificáveis, ou exibem manifesta desproporção entre as suas queixas e os achados patológicos, objectiváveis. Quer dizer, são «neuróticos» ou têm uma forte «componente neurótica». No inquérito feito pelo nosso colaborador A. Moura, num Posto de Clínica Médica das Caixas de Previdência, encontrou 50,4% de consultantes nestas condições, consumindo análises e radiografias em número superior às médias habituais.

c) Há pois que acudir a tais enfermos «psico-somáticos» e neuróticos. E não podem ser apenas os psiquiatras a resolver o problema. É necessário que *todo o médico afine a sua sensibilidade para o diagnóstico destas situações* e as oriente de forma útil e adequada. Na maioria dos casos comuns, poderá ele próprio resolver a situação. Noutros recorrerá às consultas especiais (como a consulta de Neuroses e Psico-somática da Clínica Psiquiátrica de Lisboa no Hospital Júlio de Matos e no Hospital Escolar). Recorrerá ao psiquiatra, ao *psico-terapeuta*. — Não remetendo o doente como um desassizado indesejável, no qual se esgotaram todas as outras terapêuticas. Nem crendo apenas numa nova *intervenção técnica* especializada (um par de electrochoques jamais poderão vir a remediar uma existência torturada e desadaptada à vida!).

Desejamos que esta *colaboração* se faça a dentro de uma melhor compreensão do problema. Por esse motivo aqui estamos tentando esclarecer o assunto. O recurso ao especialista, v. g. ao psiquiatra, não se deve fazer como um desvio ou alívio de responsabilidades. Essencial é a conjugação compreensiva dos respectivos pontos de vista até uma síntese mais fecunda para o diagnóstico e terapêutica. *Não há especialistas em «psico-somáticas»*. A *atitude «psico-somática» pertence a todos os médicos*. Apenas há psiquiatras e psicoterapeutas especializados para a análise e tratamento psicológico dos casos mais difíceis e delicados. A compreensão da pessoa do doente, a atitude de apoio e auxílio psicoterápico, enlaçando todas as outras acções terapêuticas devem pertencer a todo o médico que se preza de cultivar autenticamente a medicina humana!

d) O tema interessa também e muito ao médico no seu *papel sanitário e social*. Se efectivamente na etio-patogenia de tantas doenças intervêm factores psicológicos e sociais e a personalidade e o viver dos indivíduos desempenham um tão importante papel na sua génese, não serão possíveis a prevenção — a Higiene e Profilaxia — sem curar de tais circunstâncias. No novo *panorama da Higiene actual* vemos que quase desaparecem as epidemias, baixa consideravelmente a morbidade e a mortalidade das doenças infecciosas, que a duração média da vida aumentou consideravelmente. Deixam assim de ser eliminadas na juventude e na idade madura milhares de pessoas. Resta pois muito tempo para se manifestarem as predisposições hereditárias, para se revelarem as insuficiências constitucionais e adquiridas para surgir a involução orgânica e a senilidade, para o longo agir de todas as noxas ambientais, para a personalidade entrar em conflito consigo própria e as vicissitudes da vida social. Libertado o homem das pestes e maiores males que o aterrorizavam e o levavam rapidamente à morte (nos países onde não há fomes e outros problemas primários) surgem mais flagrantes todas as *insuficiências da sua natureza* e todas as *dificuldades da sua adaptação ao meio e ao viver com os outros homens*.

O indivíduo reage assim de forma mais subtil e difusa do que a uma simples agressão traumática ou infecciosa: *no plano*

da conduta, por reacções neuróticas e psicopáticas manifestas, *no plano corporal, pela expressão desviada das emoções* ou pela *repercussão orgânica dos abalos vegetativos* que acompanham as suas lutas e conflitos. Por estes três mecanismos se geram, por exemplo, uma crise ansiosa, um ataque histérico e perturbações gástricas funcionais. Ao sanitarista liberto das fomes e epidemias, interessam sobremaneira estes factos, tanto mais que, do mesmo passo, se *modificaram notavelmente as condições do viver humano*, desde a geração, o nascimento, a alimentação e higiene infantil, a criação e educação pelos pais e na Escola, até à aprendizagem e exercício da profissão, a luta e competição na sociedade. Por estas ou aquelas causas, o que é certo é que, ao mesmo tempo que diminuíram as doenças rapidamente mortais (excepto o cancro) vão em aumento certas *doenças crónicas*, motivo de sofrimento e de incapacidade dos homens — as neuroses, a astenia, as perturbações vegetativas, as dificuldades de adaptação e anomalias de conduta e também muitas outras doenças de maior importância, tidas em especial por «psico-somáticas»: a úlcera gastro-duodenal, as colites, a hipertonia essencial, a asma, etc.

Parece-nos razoável não classificar nem distinguir formalmente as «doenças psico-somáticas» das restantes. Nas primeiras predomina o condicionamento psicológico sobre o orgânico, sem dúvida. Em todas agem, porém, ambos os factores, como veremos, embora em diversa proporção. Até nas neuroses não são de desprezar os factores biológicos. Mesmo nas fracturas não são de desprezar os factores psicológicos. O ponto de vista novo — *educativo e formativo* — que se pretende, consiste essencialmente na «convergência» do *condicionamento múltiplo das doenças*.

e) Não pode pois a Medicina alhear-se de tão relevante questão. Um problema de *patologia e terapêutica*, mas também um problema de *Higiene e Profilaxia*, no qual a *Higiene Mental se integra na Higiene Geral*. Se se provar que os desvios da criação infantil — severa e preocupada, ou complacente e relaxada — têm decisiva influência na formação da personalidade da criança em devir, que os excessos moralizantes ou a licença espontânea na educação juvenil traçam o destino do carácter no futuro, que a repressão social das exteriorizações emocionais, o regime de competição, da ânsia de lucro e de prestígio influem de tal arte no equilíbrio «homeostático» dos afectos humanos, não poderá de futuro a Higiene deixar de considerar as aquisições da patologia psico-somática na prevenção das doenças, intervindo com os seus conselhos no planejar da educação na família, na escola, na estrutura da sociedade e da economia da Nação.

f) Mais modestamente, deverá o Higienista tentar por fazer o diagnóstico precoce na criança dos pequenos sinais neuróticos, de desvios evolutivos, de erros e dificuldades de adaptação ao meio. Influir nas mães, nos pais, nos educadores, nos professores e nos instrutores profissionais, etc., no sentido de moderar a angústia e canalizar a agressividade para vias de reacção mais aceitáveis e úteis ao próprio e à sociedade.

*

Por este rápido apontamento vemos pois que ao médico de hoje, tanto no campo clínico como no sanitário — não basta conhecer as doenças orgânicas e os factores etio-patogénicos materiais. Carece da compreensão para o *psicológico e social*.

Clamam os empiristas que deveríamos dar apenas conselhos práticos. Nada mais aleatório e perigoso do que fornecer «receitas psicológicas» já feitas, a propinar *ad hoc*. A prática da Medicina, em constante e rápida metamorfose, cada vez precisa mais de clara doutrinação. Novos factos — sem dúvida — mas novos factos valem sobretudo pelo seu significado para a nossa inteligência e compreensão das coisas. É o que nos mostra a evolução do pensar médico no último meio século, de que vos queremos recordar os traços essenciais, sintetizados nas quatro seguintes *posições doutrinárias da Medicina*: 1) A Medicina naturalista e positivista; 2) a Medicina constitucionalista; 3) a Medicina «funcional»; 4) a Medicina «psico-somática».

1) A *atitude positivista* na Medicina, apoiada sólidamente nas ciências da natureza é hoje dominante na maioria dos meios médicos. Foi o *naturalismo científico* que aprendemos na Faculdade e tem sido a firme base da medicina actual que indiscutivelmente levou aos grandes progressos dos antibióticos, das hormonas, das vitaminas, das transfusões, das anestésias, da cirurgia, etc.

Caracteriza-a a tendência objectivante, morfológica, a cau-

salidade directa de agentes etiológicos bem definidos, agindo linearmente e determinando lesões dos tecidos e modificações físico-químicas bem caracterizadas e precisamente determinadas. Tipo: a traumatologia, a patologia das infecções e intoxicações, a patologia celular e dos grandes órgãos.

2) Não se encontrando no meio ambiente as causas de grande número de doenças e impondo-se as velhas noções clínicas do «terreno», das «diateses» e das predisposições mórbidas, tomou relevo o *pensar constitucionalista*. A hereditariedade seria a base de grande número de doenças. O modo de pensar é semelhante, também naturalista. Referido porém ao *meio interior*, às potencialidades inactas do próprio indivíduo, recebidas por *herança e evoluindo* no decurso da vida.

3) Os progressos da fisiopatologia foram, a pouco e pouco, mostrando que os desvios funcionais precediam e eram muito mais latos que as lesões dos órgãos.

A anatomia patológica da diabetes, do hipertiroidismo, da doença ulcerosa gastro-intestinal, da hipertonia, das aritmias cardíacas, da asma, etc., etc., não lograva explicar, por si só, as perturbações das funções metabólicas, endócrinas, digestivas, circulatórias, etc.

Não se trata muitas vezes de doenças localizadas, mas de grandes grupos de *perturbações funcionais dos grandes sistemas orgânicos*. As reacções mórbidas não são efectivamente específicas de cada noxa e de cada condição patogénica. O organismo dispõe de mecanismos de resposta, de defesas de emergência, de formas de resistência, etc., comuns a diversas situações patológicas. E assim se alcançou, neste *pensar dinâmico e funcional*, as grandes concepções actuais da alergia, da «*adaptação*» de Selye e e desenvolveu a patologia de Rilley, Rössle, Rieckert e de Speransky.

4) Liberta da causalidade linear mecanista, do atomismo da lesão localizada a um órgão, mostrou-se, no entanto, a consideração funcional como insuficiente. Não sabendo nem podendo pensar senão em termos somáticos, concretizava-se em alterações do metabolismo, das glândulas endócrinas, do sistema nervoso vegetativo. Subia do vago e simpático ao diencefalo — agora a sede (discutida) das perturbações nervo-vegetativas, até alcançar muito recentemente o cortex — o cérebro interno e as suas correlações viscerais e metabólicas.

A observação clínica e experimental (H. Wolff entre outros), foi mostrando que aos factores morbígenos mecânicos, físicos, químicos e bacteriológicos se devem juntar, na actual forma de vida social, circunstâncias de outra natureza: as *emoções*, os *abalos*, os *esforços (stress) causados pelo viver do homem com os outros homens*. Que o indivíduo reage às situações afectivas como um todo, pelo corpo e pelo espírito. E assim sobreviriam estados de ansiedade, paralisias funcionais (hísticas) e desvios das funções corporais que, pela sua repetição e fixação, acabariam por determinar finalmente lesões anátomo-patológicas de certas vísceras. Tal, por exemplo, as teorias psico-somáticas, de cunho psicanalítico da *hipertonia essencial*.

Os hipertensos são presos de intensas emoções. Estão em estado de *alarme* com grande frequência. Essas emoções estão ligadas à descarga de impulsos afectivos de *hostilidade*, em luta com as tendências contrárias de *dependência*. São porém, incapazes de dominar harmónicamente a luta entre essas pulsões opostas, que há aliás em todos os indivíduos. Inibem-se ao terem de se afirmar fortes e seguros, mas não aceitam essas inibições e esforçam-se por as atenuar. Ficam pois bloqueados nos dois sentidos, tanto da explosão afectiva (colérica) como da dedicação aos outros. São, como alguém disse, um vulcão prestes a explodir, mas que não chega a entrar em erupção. Nestas condições compreende-se que o seu sistema neuro-vegetativo esteja sujeito a descargas violentas substitutivas das descargas exteriores falhadas ou reprimidas). Prova-se experimentalmente que estímulos emocionais deste tipo influem consideravelmente sobre a tensão arterial, como aliás pode ser observado por qualquer clínico no seu consultório. Um doente chega à consulta excitado e receoso; o esfigmomanómetro marca 17-18 de máxima. Uma vez tranquilizado, a tensão desce rapidamente para 14-15. Estudos sistemáticos de H. Wolff, Flynn, Kennedy, Ackermann, Reiver, Pfeiffer, etc., mostram a repercussão das emoções e situações traumatizantes da vida, dos esforços e outros estímulos «*stressores*» (estafantes, esgotantes) sobre a circulação (vaso-constricção) e secreção renal (baixa), acompanhando o aumento, mais ou menos persistente, da tensão arterial. Além do factor renal, há variações do débito cardíaco e vaso-constricção

ção geral (precedida de vaso-dilatação). Estes processos fisiológicos têm sido analisados por métodos objectivos em experiências muito exactas (H. Wolff) em relação com estímulos afectivos. Se a ansiedade e a hostilidade obtêm livre saída e expressão no comportamento há aumento do débito cardíaco e aumento das resistências periféricas por vaso-constricção. De ambos os mecanismos resulta aumento da tensão. Se o indivíduo se inibe na exteriorização de tais afectos (como nos doentes de hipertonia) há também resposta hiperpressora, com a diferença de baixar o débito cardíaco, apesar da vaso-constricção geral. O organismo é assim mais abalado, neste *esforço contraditório da personalidade* se impor, mantendo a paz aparente.

Tal um exemplo de interpretação, baseado na conjugação da análise fisiopatológica e psicológica (de tinta freudeana).

A Medicina «psico-somática» não é, porém, unitária. Enquanto uns utilizam sobretudo a psicanálise, outros inspiiram-se, como já vimos, na fenomenologia e antropologia.

Uns dão maior relevo aos conflitos e sua expressão vegetativa (Alexander), outros ao «stress» (H. Wolff). Uns à textura da personalidade (Dunbar), outros à forma de existência (v. Weizsäcker). Outros ainda aos aspectos sociais (Halliday), etc.

Embora combatendo tenazmente a «psico-somática» americana, inscreve-se nas mesmas linhas a chamada «patologia cortico-visceral «dos russos (Bikow). Considera o indivíduo objectivamente nas suas respostas «condicionadas» aos estímulos interoceptivos (viscerais) e exteroceptivos (ambientais) influenciando-se reciprocamente através da actividade reguladora superior do cortex. Certas doenças como a doença hipertensiva, a doença ulcerosa são a expressão de perturbações da regulação nervosa, cuja causa última estaria na imperfeição das condições sociais.

Em qualquer das suas formas (que não vem agora ao caso criticar) representa esta quarta tendência da Medicina o relevo do ponto de vista do *conjunto do Homem*, tomado tanto nas suas *funções elementares*, como nas *funções superiores: a actividade psíquica e o seu nexa com o ambiente diferenciado da vida social* e (em alguns autores) com o *mundo dos valores espirituais*. Quer dizer, se para os naturalistas a *doença é uma lesão local* de um órgão, para os constitucionalistas, uma *degenerescência hereditária*, para os dinamistas uma *perturbação funcional*, para os «psico-somáticos» ela é uma *resposta do conjunto do indivíduo* (na sua unidade somato-psíquica) em relação com o seu viver pessoal na comunidade dos outros homens.

Só a novidade e as posições de combate justificam a unilateralidade e o dogmatismo de cada um destes pontos de vista na época do seu aparecimento e floração. Assistimos actualmente ao reclame, «à moda» de certas correntes da psico-somática psico-analítica anglo-americana, da análise existencial germânica ou da patologia cortico-visceral pavloviana, segundo as simpatias doutrinárias de cada qual.

Em vez de discutir pontos de vista doutrinários, vejamos num exemplo muito esquemático — o caso da úlcera gastro-duodenal — as diferentes maneiras como se exprimem estas diversas correntes médicas:

A noção puramente anátomo-patológica da lesão localizada da mucosa teve desde logo de ser completada com pontos de vista funcionais, a secreção do suco gástrico e do muco, a motilidade e tónus, a circulação, etc. A hipersecreção contínua, a insuficiência da protecção da mucosa pelo muco, os espasmos vasculares com zonas de isquémia, etc., são bem os conhecidos *elos patogénicos funcionais*, dos quais, em determinadas condições, resulta a solução de continuidade da mucosa — a ulceração. Os factores neurogêneos influenciando nestas funções têm sido buscados a vários níveis, desde os plexos nervosos abdominais, aos núcleos bulbares e hipotalâmicos, até ao cortex cerebral. Não se apurou qualquer doença electiva destas regiões do sistema nervoso que pudesse ser considerada o substrato da afecção ulcerosa. Não se conhecem também noxas exógenas (infecções, etc.) de acção etiológica aceitável.

Adoptou-se assim uma *interpretação funcional* — uma perturbação neuro-vaso-vegetativa, bastante generalizada, de natureza *não específica*, própria de certos tipos de indivíduos em determinadas condições de vida. Incide aqui o *pensamento constitucional* e a *concepção psico-somática* nas suas variadas modalidades. Do ângulo constitucional encontraram-se certos tipos, de preferência leptossómicos com feições contrastantes de hiperplasia, astenia e infantilismo. Descreve-se com insistência a «personalidade do ulceroso», aliás sem caracteres bem precisos (ora

extravertidos e activos, com repressão de tendências agressivas, ora hipersensitivos, mas sem o manifestarem, exigentes para consigo, perfeccionistas, meticulosos, embora não profundos, críticos, rígidos, tensos, ambiciosos, auto-suficientes etc.). O espírito «psico-dinâmico» tende porém a negar a tal personalidade o carácter da predisposição constitucional, de que a doença ulcerosa seria uma outra expressão (correlacionada ou não com ela). E os psicanalistas (Alexander) não hesitam (sem contraprovas cabais, aliás) em ver na atitude conflituosa e nas reacções emocionais de tais personalidades a origem da cadeia de desvios funcionais que leva à úlcera.

A feição psicológica mais frequente é a do *contraste entre a agressividade e hiperactividade e os desejos de dependência* do individuo. Como toda a gente, os ulcerados sentem a necessidade de que outrem os ame, os auxilie e apoie. Levados pela sua ambição competitiva, recusam toda a dependência que inconscientemente desejam. Ficam assim inibidos e tensos, por este medo do fracasso que seria para eles o auxílio e dependência dos outros. Frustrados, regressam então à situação infantil, na qual os desejos de dependência estão intimamente ligados à necessidade de alimento materno. A apetência pelo apoio materno estimula assim as funções gástricas ligadas à alimentação. No ulceroso dá-se destarte (simbolicamente — tal o apura a psicanálise) uma ânsia crónica de receber alimento, em substituição para a falta de carinho da parte da mãe (que os dominou em excesso, impondo-lhes tarefas além das suas forças ou reprimindo-lhes a satisfação de outros apetites — o que A. Garma chama a «internalização (somatização) da mãe má»). A repetição destes choques afectivos leva a estimulação reiterada das funções gástricas — a hipersecreção, hiperacidez em jejum, etc. — com todas as suas graves consequências.

Os antropologistas germânicos focam a situação no ponto de vista da *luta da existência pelo próprio prestígio*, a ânsia de vencer e de levantar o próprio valor perante si mesmo. O ulcerado criaria assim rivais em cada parceiro na vida, coagido a lutar e vencê-los — situação tanto mais angustiante, quanto na profundidade do seu ser desejaria uma vida calma e rica de afectos.

Compreende-se como tais análises psicológicas possam ser úteis para a psicoterapia. De forma alguma é, no entanto, tal conflito específico. Não só se pode encontrar em pessoas normais, como em outros doentes, como também pode faltar em certos ulcerosos.

São pois necessários outros factores para que se manifeste a reacção ulcerosa. O próprio Alexander concede que se devem postular outras categorias de factores etiológicos além dos emocionais, de cuja natureza ainda é mal conhecida (predisposição geral, factores locais: vulnerabilidade, complacência?).

Noutros casos, como veremos, sobressaiem outros factores, tanto psicológicos, como orgânicos, assim biológicos como sociais.

Psico-somática não é pois o mesmo que psico-gênese das doenças corporais. É uma atitude de espírito que, em nosso entender, deve não só aumentar mais uma dimensão à Medicina — o psicológico. Mas, muito em especial, levar o clínico a considerar o sofrimento de cada doente na sua *pluralidade étio-patogénica* e, acima de tudo, a *referir* as suas queixas, as perturbações funcionais que regista, as lesões orgânicas que localiza, a um sistema mais lato de coordenadas, no qual cada um destes dados seja apreciado na sua *relatividade*. Quer dizer: se relaciona e situa em relação a um conjunto. Ao conjunto tanto dos sistemas orgânicos e funcionais (os grandes aparelhos e sistemas) como da própria personalidade — a pessoa que sofre, o *Homem doente, situado na Sociedade e no meio onde vive.*

*

Antes de analisarmos estas quatro principais *coordenadas de referência* — a *constituição evolutiva, a organicidade, a vitalidade e o dinamismo psicológico e social*, demos alguns singelos exemplos concretos de *observações psico-somáticas.*

A. C. — 40 anos. — *Colecistopatia funcional em ciclotímico.* Há 6 anos crises periódicas de dor no hipocôndrio direito, flatulência, má digestão, obstipação, mau gosto na boca, distermia com arrepios de frio, sonolência e apatia.

Tipo pícnico, leve obesidade, dor no ponto vesicular, língua saburosa. Ureia=0,gr.60%. Radiografia: vesícula biliar atónica, com discinesia, sem sinais de cálculos.

Herança: temperamentos ciclotímicos sem desvios anormais. Biografia: era uma pessoa alegre, expansiva, desportista,

sem problemas dignos de nota. Fez vida em África com êxito. Regressado à Metrópole não se adapta, peado por dificuldades comerciais e familiares; abandonou todas as suas actividades desportivas. Sente-se insuficiente e com a vida cortada.

Os tratamentos da «colecistite» não o ajudam. Piorou no Gerez. Na fase aguda está francamente depressivo: inibido, com tristeza «vívida» no abdómen, sente-se infeliz, incapaz, com falta de apetite genésico insónia e entedeado; receia a loucura.

As fases sucedem-se periódicamente com remissão quase total no intervalo. Terapêutica: em fase de grande inibição, electrochoque, 2-3 tratamentos esfumam todos os sintomas; outras terapêuticas gerais da depressão (hormonas, etc.). Apoio psicoterápico estimulante e esclarecedor.

Neste doente as queixas somáticas encontram-se num fundo depressivo bastante típico. A reacção psico-somática é, a expressão de uma depressão ciclotímica que destarte se «somatiza» pela repercussão sobre uma determinada viscera da inibição nervosa global.

F. C. — 36 anos — *Perturbações funcionais do aparelho digestivo em timopatia ansiosa.*

Há quatro anos dores abdominais difusas, mal-estar, dificuldades de digestão, obstipação, com alternativas diarreicas. Diagnosticado de colecistite por um especialista do aparelho digestivo, apesar da colecistografia apenas ter mostrado leve atraso de esvaziamento. Alternativas de melhoras e pioras. Por vezes azia e dor intensa. Outras flatulência. Sempre inquieto e preocupado. Teve uma afeção gripal. Aumentaram as dores de ventre e o médico pôs a hipótese de uma apendicectomia. Teve grande abalo emocional, crise ansiosa intensa. Ficou pálido, com timpanismo abdominal. Não se confirmou a apendicite. Ficou pior; tinha medo como uma criança, receoso de sair à rua, insomne, etc., grande peso e dores na cabeça. Acentuadas perturbações vaso-motoras (congestão da face, isquémia das extremidades).

Leptossómico, forte; exame negativo excepto ponto vesicular e corda cólica sensíveis à palpação.

A mãe era neurótica; assistiu à doença dela, crise de ansiedade abdominal, sempre receou sofrer do mesmo. Um irmão sofreu de pressão neurasténica, um filho do doente tem desvios de conduta e retenção testicular. Sempre viveu com dificuldades, desejava subir na carreira, ilustrando-se, ficou na mediania, como empregado comercial subalterno.

Nos intervalos das crises é uma pessoa animada e despreocupada, procurando divertir-se; sempre receoso das doenças, vai-se defendendo e vivendo, sem conflitos de maior.

Após a primeira crise ficou abalado. Soube de um colega falecido de doença abdominal. Ficou ansioso. Recordou uma agressão que sofreu na rua em garoto num lugar isolado e o apavorou.

Estabelece óptimo contacto, aceita o apoio e sugestão do médico. Melhorá parcialmente com sedativos. Volta nova crise mais aguda. Remissão franca pelo choque acetilcolínico, com auxílio psicoterápico superficial.

P. L. — 44 anos. — *Cefaleias e algias generalizadas em distímias periódicas com enxaqueca.*

Mulher de constituição asténica, sensitiva, lábil, com enxaqueca de repetição, de intensidade moderada. Activa, viva, hiperestésica, bem adaptada à vida de casada, com 3 filhos.

Aos 28 anos primeira crise grave; distermia, suores. Suspeita não confirmada de adenopatia. Longo repouso com anorexia. Cefaleias progressivas e constantes. Suspeitas de hipertensão craniana por aracnoidite (clonus do pé, hiperreflexia, aliás generalizada) não confirmadas. Após estes traumatismos iatrogénicos, algias generalizadas com parestesias insuportáveis em todo o corpo, resistentes à morfina, com carácter afectivo (sensação de brocar angustiante nos ossos). Insónia e ansiedade a pouco e pouco manifestas. Rápidas melhoras com isolamento e tratamento pela insulina «sedativa» (sem coma hipoglicémico).

Durante 15 anos pequenas oscilações distímicas com cefaleias. Aos 44 anos nova crise ainda mais grave. Amenorreia (preclimatério) tomada como gravidez. Multiplicou exames ginecológicos e análises sem achados concretos. Depois de muitos tratamentos, (hormonas, etc.), grande ansiedade e algias intensíssimas generalizadas a todo o corpo, com incidência especial no raquis e cabeça. Ausência de sinais meníngeos. Internada em Casa de Saúde remite em 2 semanas com narco-convulsoterapia (4 sessões) e apoio psicoterápico.

Nestes 3 casos não se trata de perturbações de natureza predominantemente psicogénica. Uma *depressão endógena* e uma *distímia ansiosa* (timopática) são estados de alteração do tónus afectivo vital, de natureza biológica, ao que parece constitucional.

Sobrevêm em crises periódicas, de uma forma tão incompreensível como uma melancolia endógena. Embora para o seu desencadeamento possam contribuir traumas afectivos ou noxas exógenas (infecções, etc.), a sua existência assenta primariamente na variação «temporalmente endógena» dos mecanismos vitais reguladores do estado afectivo e instintivo e ao mesmo tempo do sono-vigília, nutrição, metabolismo, etc., que, por muitas razões se ligam às funções diencefálicas e diencefalo-corticais (cortex interno do cíngulum, lobo orbitário e polo temporal).

Insistimos nesta *forma particular de reacções psico-somáticas* (além dos casos citados, muitas outras com algias, pertur-

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica	0,120 >
Gomenol	0,001 >
Eucaliptol	0,001 >
Cânfora	0,001 >
Vitamina A	30.000 U.
Vitamina D ₂	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p.	3 grs.

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

OS LABORATÓRIOS DA
COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

COMUNICAM À EX.^{MA} CLASSE MÉDICA
QUE SE ENCONTRA NOVAMENTE
À VENDA O SEU PRODUTO

Colerético HIGIENE
COMPRIMIDOS

ÚNICO MEDICAMENTO EXISTENTE ENTRE NÓS
TENDO POR PRINCÍPIO ACTIVO O TRITIO-P.
METOXIFENILPROPENO E QUE SE ACHAVA
ESGOTADO POR DIFICULDADES DE AQUISIÇÃO
DE MATÉRIA PRIMA.



bações circulatórias, urológicas, ginecológicas, etc.), sobre a base de estados depressivos e timopáticos porque com raras excepções (Lopez Ibor e H. Weibrecht, entre outros), não a vemos mencionada na imensa literatura, em particular dos anglo-americanos e outros de inspiração psicanalítica.

O facto de se encontrar uma *componente afectiva* no sofrimento do doente não significa que ele seja necessariamente motivado ou condicionado por motivos psicológicos (acontecimentos, etc.). Simplesmente que na sua estrutura participam fenómenos emocionais, cuja causa pode ser *psicogénica* (uma situação traumatizante) mas também pode não ser, como por exemplo, uma *alteração estrutural do encéfalo* (emotividade das lesões da cama óptica por arterioesclerose, etc.), por *desvio funcional espontâneo* da regulação afectiva (como nos exemplos dados da depressão, na epilepsia e outras afecções com alterações psíquicas) ou por mero *desvio estrutural da personalidade* (labilidade emocional constitucional) de natureza psicopática.

Vejam, em resumo, mais alguns casos clínicos:

A. C. — 32 anos — *Múltiplas perturbações funcionais em psicópata mal adaptada.*

Há muitos anos que sofre de dismenorrea, colite, dispepsia, cefaleias, astenia, hipotensão arterial insónia, Consultas e tratamentos repetidos sem êxito. Ausência de lesões orgânicas objectiváveis. Leptossómica com fases de hipotensão (Mx 9-m. 5) e astenia. Outras fases, viva e activa, com tensão normal. Uma tia materna sofria do mesmo. Outra tia, com que lidou muito em pequena, era extremamente viva, activa e dominadora. O pai muito nervoso, exigente e severo. Casou para se libertar do ambiente familiar opressivo, que não tolerava. Conflitos com a sogra. Inadaptação à vida matrimonial com frigeidez a breve trecho. Insatisfeita nas suas aspirações de carinho e felicidade, busca a afirmação de si em trabalhos excessivos que a esgotam e não são apreciados como queria. Luta intensa entre as tendências de dádiva de si mesma e o ressentimento pela incompreensão, expressa em alternativas de dedicação familiar e de revolta, de excessos de actividade e de renúncia e afastamento.

Afastada do meio traumatizante, desaparecem, quase instantaneamente, todas as queixas e regularizam-se todos os desvios funcionais. Melhor adaptação progressiva com psicoterapia sistemática.

A. B. C. — 60 anos — *Hipertonia com aritmia e outras perturbações funcionais em psicópata histérica com múltiplos traumas emocionais.*

Filha de uma neurótica rígida, também com perturbações funcionais cardíacas e fobias. Desde cedo fixada ao pai complacente e rivalizando em repressão com a irmã mais bela e preferida da mãe, desenrolou desde a juventude um rico cortejo de sintomas «históricos», vômitos, ataques, crises de ansiedade, paresia dos membros, algias de toda a sorte, etc. Parcialmente compensada pelo casamento com um homem paciente que lhe satisfazia os caprichos, frígida, desenvolve grande actividade social com certo cunho intriguista, sempre ávida de aprovação e estima, jamais alcançando estabilidade nas amizades. Morto o marido de cardiopatia descompensada, desencadeiam-se as crises graves com aritmia, dores precordiais de tipo anginoso com leves alterações electrocardiográficas de isquémia miocárdica. Curado o «enfarto», floresceram novos surtos de ansiedade cardíaca, com extra-sístoles e hipertonia progressiva, primeiro em crises e por fim permanente, embora com oscilações até Mx. 22-12. Hemialgias com paresias funcionais, após trauma e sugestão de paralisia e muitas outras algias, gástricas e dos membros, resistentes aos analgésicos.

A situação de inadaptação mantém-se com múltiplos conflitos. Melhoras dos sintomas neuróticos com narco-análise. Recafadas sucessivas por reiteração das tendências fixadas da personalidade em luta com o meio.

Nestas duas doentes sobressaem os *traços psicopáticos da personalidade* em jogo com as circunstâncias adversas do meio familiar. Certos psicoterapeutas poderão dizer que a própria compleição anómala da personalidade é o resultado de *desvios da evolução* desde a mais tenra infância por influência das repressões ou errada complacência dos pais e outros familiares e por pressão do ambiente social. A própria hereditariedade (com casos semelhantes em outros membros da família) é em parte restringida, no seu significado biológico, pela componente (real e digna de nota) do contágio emocional directo dos familiares e o espectáculo do seu padecer, oferecido aos doentes desde a infância, reforçado e alimentado pelas fixações e dependências afectivas.

Nem por uma razão nem por outra devemos, no entanto, pôr de parte o conceito de *personalidade psicopática de raiz constitucional* (em parte hereditária) embora se não deva ver nele propriamente uma «degenerescência», nem a fatalidade irremovível de tendências anómalas do carácter. Tanto é assim que embora assente na base de uma constituição evolutiva anormal não deixam a psicoterapia e a reeducação de agir recompensando algumas das arestas mais vivas do carácter, e tornando o comporta-

mento mais adaptado. Assim como se podem *compensar* as tendências psicopáticas por acções terapêuticas favoráveis, assim se podem descompensar por acções nefastas do ambiente. Daí os comportamentos anormais e as reacções neuróticas mais fáceis e frequentes destes tipos de indivíduos. Muitas vezes são as suas próprias pulsões anormais que os levam ao encontro de circunstâncias desfavoráveis (casamentos insensatos, por exemplo) e das próprias noxas exógenas (o álcool e tantas outras). A acção do meio (inegável) resulta assim da resposta (já aumentada pela própria compleição) do indivíduo, modificando e procurando ele mesmo os estímulos que o vêm a molestar. Fecha-se o destino do *círculo indivíduo-ambiente, tanto no plano biológico como sociológico*. Falar de psicogenia, de motivação psicológica prevalecente das doenças nestas condições é destacar injustificadamente um elemento de um conjunto muito mais complexo.

Noutros casos «psico-somáticos» não deixam, no entanto, de tomar grande relevo os *acontecimentos do viver pessoal*.

M. V. — 21 anos — *Aritmia cardíaca funcional psicogénica.*

Há anos palpitações e ansiedade pré-cortical. Emagrecimento e insónia. Dores pré-cordiais de carácter ansioso. Por vezes extra-sístoles. Diagnóstico médico hesitante, com repetidos exames electro-cardiográficos. Após crise de ansiedade pânica, remetida para o psiquiatra por falha das terapêuticas orgânicas. Hipertiroidismo não confirmado.

Leptossómica com herança neurótica. Mãe cardíaca com crises graves de insuficiência circulatória. Evolução aparentemente normal até à puberdade. Assiste às crises cardíacas da mãe, pessoa rígida que a domina e reprime. Contraditoriamente orientada pelo pai, não encontra evasão para as suas fantasias e ânsia de liberdade e acção. Aceita um namoro precipitado como compensação para as restrições insofridas. Após a desilusão do casamento, obrigada pelas conveniências sociais a manter a vida conjugal, frigeidez com aparente conformismo. eclodem então as queixas cardíacas que pronto cedem ao esclarecimento psicológico da situação.

V. G. — 30 anos — *Cefaleias e colite, tensão pre-menstrual com queixas ginecológicas. Conflito matrimonial em personalidade ciclotímica mal adaptada.*

Pícnica de temperamento vivo, aparentemente sintónico. Infância infeliz com graves desavenças familiares. Repudiada pelo pai, após aventura amorosa. Vive durante anos com homem de nível social muito diferente. Lutas tenazes com a família. Casamento após a morte da mãe dele. Grande ressentimento pela situação de menor consideração social, mal compensado por actividades mundanas e luxos. Falhas sucessivas em várias tentativas de cultivo pessoal, estudos, etc. Queixas de fadiga, cefaleias tenazes a cada luta gorada pelo seu prestígio. Insatisfação sexual por doença crónica do marido. Repressão ética de tentações de infidelidade amorosa. Queixas progressivas de dores abdominais. Exame ginecológico: retroflexão uterina, intervenção cirúrgica correctiva. Melhoras parciais com as mesmas distímias pre-menstruais (cefaleias, tonturas, náuseas, inchaço geral, tensão dolorosa dos seios, dores ováricas, depressão, diarreias mucosas, prurido etc.). Melhoras com terapêutica desidratante e hormonal (testosterona) e psicoterapia.

Noutros casos, como o seguinte, são manifestas, além de marcada psicogenia, os *desvios de evolução de personalidade* sobre base de anomalias endócrinas constitucionais:

C. B. — 41 anos. — *Fibromiomas uterinos em psicópata sensitiva com disendocrinia. — Neurose ansiosa.*

Operada de fibromiomas uterinos com hemorragias e dores. Persistência das queixas neuróticas, agravadas pelo desgosto da «castração». Sinais anteriores de tensão pre-menstrual com crises ansiosas e dores ováricas intensas. Asténica com hipoplasia mamária e magreza excessiva. Riquíssima biografia neurótica com graves traumas infantis de vária espécie a analisar noutro lugar. Marcados sentimentos de inferioridade sexual com sentimento de incapacidade genésica e de procriação, alimentados por sucessivas infelicidades na vida, amores falhados, casamento infeliz e infecundo, inadaptação ao ambiente da vida, etc. Compensação relativa por psicoterapia analítica.

No caso seguinte um *traumatismo moral*, põe em marcha tendências de reacção orgânica em personalidade com *deficientes constituição* e resistências orgânicas:

F. M. — 36 anos. — *Hipertiroidismo após choque emocional.*

Infância e juventude perturbadas por numerosas doenças (adenopatias traqueo-brônquicas com longos repousos, operações às amígdalas e adenóides, «fraqueza», mais tarde alterações menstruais, mastite supurada, colite, hemorróides, etc.).

Ficou tímida e preocupada. Sempre pelos médicos. Sentimento de insuficiência e incapacidade. Compensação ulterior relativa por ocupação fora de casa, liberta de inibições de parentes exigentes e críticos. Namoro frustrado. Nessa data, por sugestão de leituras, práticas masturbatórias, a breve trecho interrompidas por escrúpulos. Forte sentimento de culpa e grande emoção. eclodem sinais de hipertiroidismo. taquicardia, emagrecimento, palpitações, tremor, etc. M. B. até +40%. — Melhoras parciais com tio-derivados. Persistem queixas gerais de fadiga, excitabilidade emocional, taquicardia, dores abdominais. Melhorada com psicoterapia. Sinais de

fibromiomas uterinos. Intervenção cirúrgica bem aceite (versão neurótica: como castigo de culpas sexuais, etc.). Compensação dos sintomas com persistência de labilidade somática.

Não é possível reproduzir aqui os pormenores da sintomatologia, em especial as próprias frases — tão expressivas — dos doentes, referindo-se às suas queixas físicas com o *tom emocional próprio*, que desde logo revela a *componente afectiva* do seu padecer.

Nem sempre há, porém, em casos deste tipo o colorido neurótico, imediatamente aparente na atitude perturbada do Eu — sentindo-se à mercê do sofrimento que o angustia e ameaça, receoso de doenças ruins (o cancro, a tuberculose, a sífilis, paralisias, congestões, síncope, angina do peito...) ou a ruína, a incapacidade, a loucura, a morte. Em muitos casos «psico-somáticos», em especial com lesões orgânicas já concretizadas (úlceras, etc.), ou perturbações funcionais fixadas (hipertonia, asma de repetição, etc.) esvai-se ou fica *latente a sintomatologia neurótica*. A *ansiedade* é totalmente *reprimida*, «internalizada» e o doente reage aos seus conflitos e preocupações, focando apenas, de forma por vezes bastante objectiva, os seus sintomas somáticos. Nem por isso a ansiedade deixa de existir, *substituída* na sua expressão manifesta, pelo *padecer orgânico*. É o que se apura se o doente for mais longamente analisado e valorizada a sua biografia.

Não nos é possível relatar em pormenor as atribuladas «vidas» destes casos, apenas citadas em estilo telegráfico. A *apreciação paralela* do aparecimento dos *sintomas* e a *marcha das vicissitudes do viver dos doentes* é muitas vezes altamente significativa. Falham as esperanças num novo emprego que libertaria um tal da magra situação, em que vai vegetando; surgem então os primeiros sinais da colite. Levantam-se as primeiras contrariedades domésticas; e lá sobrevêm as palpitações e o ataque de asma. Frustram-se os esforços tenazes para manter a máxima eficiência no trabalho e prestígio social; e estala nessa altura o enfarto do miocárdio. Podem-se ler na literatura exemplos sugestivos, em especial em v. Weizäcker, Dunbar, Alexander e outros. Não nos deixemos, porém, aliciar demasiadamente com as interpretações dos autores, que carecem de uma cuidada revisão crítica. De forma alguma se demonstra haver *conflitos específicos* para cada forma de adoecer. A *escolha* de determinados *órgãos*, como lugar de expressão somática de ansiedade e da agressividade, levanta ainda as maiores dificuldades.

Na impossibilidade de discutir a fundo todos estes problemas — em especial os limites da interpretação «psico-somática» (que quereríamos estreitos e severos quanto à psicogénese) — concluamos com algumas considerações gerais sobre os ensinamentos trazidos pelos casos apresentados.

O *ensinamento prático* mais importante parece-nos ser o seguinte: não nos contentarmos com dados lineares na explicação étio-patogénica de uma dada situação mórbida: Por exemplo: diz-se vulgarmente «é tudo do fígado», quando na verdade há uma depressão *geral* que condiciona primariamente a discinesia vesicular, «é alergia a tal e tal substância ou alimento» quando efectivamente as reacções alérgicas (asma, rinite, cólicas abdominais, etc.), são condicionadas de *forma complexa* por estados emocionais resultantes de antigos conflitos da personalidade com o seu viver («alérgica à vida estou eu afinal», dizia por fim uma das nossas doentes).

Não devem bastar tão pouco as *explicações meramente psicológicas*, em particular, quando reduzidos a termos demasiado simplistas. Por exemplo, observa-se vulgarmente que vômitos, uma paralisia ou outros sintomas «histéricos» se podem curar por qualquer processo sugestivo (desde a hipnose aos choques eléctricos ou a um medicamento, propinado com adequada intensão, ou a influências emocionais de outra natureza, conforme o meio e as crenças de cada qual). O resultado é brilhante se se tratar de reacções ocasionais a um determinado trauma (reacções psico-somáticas a desastres e ocorrências emocionantes, catastróficas, desgostos únicos e agudos, etc.). Desaparecida a *versão somática fixada do trauma emocional*, a personalidade retoma a linha habitual do seu viver sem história. Nem sempre é, porém, assim. Na maioria dos casos da clínica de hoje (em especial na vida «civilizada» das cidades, ou sob a aparência da «calma» das vilas de província), as reacções psico-somáticas são o resultado final de uma *longa evolução da personalidade psico-física total*, trazendo a marca mais ou menos acentuada de variadas noxas e incidências morbígenas, tanto de natureza somática como psicológica e social.

Há que considerar tanto os factores hereditários, como ambientais, na sua relação recíproca, no decurso da evolução. *Negar a hereditariedade* para fugir à dificuldade de encarar factores irremovíveis na altura da intervenção do médico — tal a escotomização ou a «comodidade», mais ou menos inconsciente, de alguns mais «dinâmicos» que não gostam de parar ante nenhuns obstáculos, nem reconhecer limites à sua acção psicoterápica.

Na nossa prática, nunca deixamos de colher, mesmo sumariamente, a *história familiar*. Logo nos traz certas constelações e tendências de reacções psico-somáticas muito instrutivas. Conhecemos uma família com sintomas «psico-somáticos» do mesmo género, em quatro gerações, os quais observados separadamente, poderiam não evidenciar desde logo o seu «ar de família». A bisavó, «histérica» de outros tempos, com tonturas, tremores e sintomas de dispepsia. O avô preso de crises de astenia, ligada a «sinais hepáticos», com vômitos incoercíveis que só o psicoterapeuta consegue debelar. A mãe neurótica actualizada, com complexas implicações morais e preocupações intelectuais e religiosas, padece também de astenia, magreza constitucional e crises abdominais de certa gravidade. Os filhos, logo na primeira infância, sensíveis, fatigáveis, anoréxicos, com gastralgias e dispepsias..

Noutros casos prevalece mais a tinta *psicopática*. Caracteres duros, inflexíveis, tenazes em várias gerações, com *inibições* intensas, conduzindo a sintomas somáticos (gástricos, hepáticos, cardíacos) em várias gerações.

Noutras cepas familiares de *emotivos*, sensíveis, instáveis, labéis de humor, com labilidade circulatória, repetem-se de mães para filhas as reacções da puberdade e menopausa, com acentuados sintomas psico-somáticos (aritmias, perturbações vaso-motoras, urticárias, asma, colite, cólicas ováricas, etc., etc.) e repetem-se de pais para filhos as crises de ansiedade cardíaca, os colapsos emocionais as crises de astenia e emotividade.

Certas famílias pertencem a *círculos mórbidos* mais bem definidos. Assim é o caso dos *ciclotímicos* que citamos e noutros, em cuja ascendência e colaterais há frequentes casos de depressões, de «esgotamento», de «neurastenia», ou mesmo melancolias bem vincadas. Outros poderão pertencer ao âmbito mais lato ainda, no círculo timopático (Bumke, Lopez Ibor) e contam na família tipos diversos com neuroses ansiosas, fóbicas e muitos casos psico-somáticos com tendência à *evolução periódica* em bases mais ou menos bem definidas, substituindo-se, por vezes, ou alternando estados ansiosos, estados de astenia e sintomas somáticos (eczemas, pruridos, colites, discinesias biliares, etc.).

Menos conhecida é a intercessão com o *círculo epiléptico* e o círculo da *enxaqueca*. Temos observado numerosos casos com variados sintomas psico-somáticos (inclusivé ginecológicos) com parentesco com indivíduos epilépticos bem caracterizados (epilepsia essencial) ou psicópatas afins (distímicos, explosivos, etc.). Em quase todos observámos labilidade emocional e impulsividade, aliás reprimida por pressão social; há frequentes variações do humor, apesar da fixação e tenacidade de alguns sintomas (cólicas ováricas, colites, cefaleias, tonturas, etc.).

Em indivíduos com *enxaquecas* e em cujas famílias há estados disfóricos acompanhados de sintomas de tipo «psico-somático» (não só tonturas, vertigens, algias faciais, depressões e inibição ideativa e fatigabilidade mental) como também sintomas doutros territórios orgânicos, gástricos, colíticos, ováricos e ainda respiratórios e circulatórios.

Embora mais raros, observam-se também casos desta espécie no círculo constitucional *esquizotímico*, tanto de tipo obcessivo crónico, como no esquizóide, sem falar da possível evolução de certas esquizofrenias processivas, durante largos meses, sob a forma de queixas somáticas mal definidas, que só mais tarde tomam franco colorido hiponcondríaco delirante, ou outros caracteres (influenciamento), etc., que revelam francamente a sua natureza psicótica.

A *inter-acção da herança e do meio* revela-se nitidamente no desenvolvimento dos caracteres da personalidade do indivíduo.

Pelo que diz respeito ao nosso problema, devemos acentuar que os efeitos sobre a saúde do homem dos esforços a que está sujeito desde a primeira infância, para manter a vida, para alcançar o carinho e amor, para obter a satisfação dos seus desejos, não são semelhantes em todos os indivíduos. Dependem tanto das circunstâncias externas de alimentação, conforto e asseio, do ambiente e cuidados e afeição da mãe e outros familiares, das relações com os companheiros, mestres e chefes e

outros indivíduos na escola, na aprendizagem dos ofícios, nos locais de trabalho e na vida social em geral, como também e muito especialmente, da *textura da própria personalidade*, da maneira de ser própria e individual, tanto no âmbito do carácter e temperamento, como da constituição morfológica e tendências de resposta biológica.

Leem-se as obras actuais de psico-somática e raro se topa com referências a este tão importante ponto de vista. Como se a educação severa de uma mãe «castradora» (na linguagem freudiana) as restrições, a falta de afeição do meio não tivessem efeitos totalmente diversos em indivíduos de tendência evolutiva (genético-constitucionais) picnomorfo-ciclotímicos ou leptomorfo-esquizotímicos! Apenas em raros autores (Kretchmer e seus colaboradores) topamos esta sensata *conjugação do dinamismo psicológico e social* com o relevo dos *factores constitucionais*. Assim durante a vida um ciclotímico se amolda e ajeita às mais diversas circunstâncias, assim um esquizóide se queda pegado para sempre ao primeiro desaire na sua competição vital. Há quem suporte todas as vicissitudes sem criar «complexos», há quem já traga do berço os mais graves «complexos», e os almente de continuo no decurso da vida. A maneira de ser de cada qual marca a sua *interpretação pessoal aos acontecimentos do viver social* e elabora-os a dentro do seu *tipo específico de vivência pessoal*. A própria maneira de ser individual leva as diferentes pessoas a procurar os ambientes, a seleccionar as pessoas com quem lida, a empreender os esforços, a tomar as iniciativas, a escolher o meio para alcançar os fins que se propõe. O *Mundo cósmico*, a diversidade dos climas e dos países, das civilizações e das culturas, oferece a cada qual o *ambiente possível, os estímulos e instrumentos utilizáveis para a vida pessoal* de cada um em relação com os outros e a dentro do agregado social. De novo vemos assim fechado o *círculo de inter-acção indivíduo meio, herança-ambiente*, que por várias vezes temos acentuado. O realce tendencioso dos doutrinários de um único destes factores, como já na nossa vida em duas décadas de experiência vimos de assistir (a transmutação brusca do racismo para o freudismo do post-guerra e deste para o pavlovismo e o existencialismo, com todos os seus excessos apaixonados e acrílicos), exprime apenas a imperfeição de certas formas de pensar científico ou a incapacidade de apreensão mental dos médicos e higienistas, de reunir — numa *função mais complexa* — *factores de vária ordem*, como é vulgar na física.

Num esforço «convergente» para superar estes vícios de pensar doutrinário (de tão nefastas consequências na prática terapêutica!) propuzemos, primeiro para as reacções neuróticas, depois para as afecções psico-somáticas, a *descriminação esquemática de quatro «dimensões» ou «coordenadas» principais de referência*, em que se inscrevem, com maior ou menor acentuação, a maioria das situações clínicas.

As quatro dimensões fundamentais das reacções mórbidas humanas são as seguintes:

- 1) *Constituição evolutiva;*
- 2) *Vitalidade;*
- 3) *Organicidade;*
- 4) *Dinamismo psicológico e social.*

Depois do que dissemos não é necessário caracterizar muito pormenorizadamente cada uma destas coordenadas (ou dimensões). Os casos clínicos relatados, embora não façam a sua *descriminação analítica*, resumem dados relativos aos quatro grupos de factores. Na *constituição evolutiva* compreende-se a herança e os caracteres da personalidade psico-física — no decurso da evolução, desde a vida embrionária, à infância, até à maturidade e senilidade. O seu carácter evolutivo tira-lhe aquela feição rígida que erradamente se emprestava à personalidade nas suas feições mais persistentes. No decurso de tal evolução assinala-se também o que se designa por *vitalidade*: as variações de tónus dito vital do indivíduo — o estado afectivo vital (humor), o *élan* instintivo, o potencial de actividade, a tensão da consciência — funções psicológicas basilares estas, intimamente correlacionadas às funções somáticas globais (sono, vigília, apetite alimentar, hídrico e sexual, etc.), e os processos vegetativos gerais (nutrição metabolismo tissular dos prótidos, lípidos glúcidos e água, etc.).

Na rubrica de *organicidade* inscrevem-se os factores etiopatogénicos clássicos de carácter «orgânico», mais ou menos localizados a órgãos ou sistemas e concretizados ou não em alterações estruturais dos tecidos — os factores físicos, químicos, infecciosos, alimentares, etc.

Pelo menos em relação à prática clínica não os podemos ainda, sem prévia análise, reduzir a dados mais gerais como o «stress» nas suas várias acepções. O progresso da «psico-somática» — repetimos — está em não considerar tais factores de forma isolada e linear (tal noxa «causa» esta doença) mas na sua *relatividade* em relação ao conjunto das outras noxas. Em qualquer problema de física, espaço, tempo, velocidade, aceleração, etc., não são dados absolutos; devem ser sempre integrados na sua respectiva função. Isto sem considerar (a comparação não é ainda legítima para a biologia e muito menos para a clínica humana) a *relatividade einsteineana*. Assim uma gripe, por exemplo, pode pôr em marcha (não «causar» directamente) uma reacção psico-somática (como tantas vezes se observa na prática). Fáz-lo — tanto mais facilmente quanto maior predisposição tiver o sujeito, se estiver numa fase biológica de labilidade vital (crise pré-menstrual, fase ciclotímica depressiva, etc.), se estiver vitalmente «esgotado» (falta de sono, excesso de trabalho, estímulos repetidos de toda a espécie) se estiver também, por outro lado e conjuntamente, sujeito a preocupações, aterrorizado com as consequências dos seus actos, humilhado, se julgar que vai perder a estima dos outros e a própria, se se sentir falhado, abandonado pelos amigos, incompreendido ou mal julgado...

E assim topamos o quarto grupo de coordenadas que incluímos no *dinamismo psicológico e social*.

Seria necessário um pequeno curso de psicologia médica para desenvolver o tema, essencial à psico-somática.

Esperamos que uma nova reforma dos estudos médicos não deixe essa grave lacuna na preparação do futuro clínico.

Dos exemplos dados ressalta o interesse das situações emocionantes da vida, em todos os seus aspectos, tanto na mais recôndita intimidade do ser (os escrúpulos, os problemas de consciência) como no palco da vida social (o prestígio, as relações com os demais), tanto nas bases económicas do viver (a luta pelo pão de todos os dias, por entre dificuldades, competições, repressões e reservas de toda a sorte) como na teia de concepções ideológicas e dos valores que nos norteiam no nosso viver de civilizados (a adesão ou repúdio a tal ou tal convicção política e religiosa, as atitudes e actos que implica a apreciação ética dos actos próprios e estranhos, à face das normas da cultura a que sincera e convictamente aderimos e compreendemos ou repudiamos e criticamos). Numa palavra — *a apreciação da própria existência no jogo angustioso das próprias possibilidades e propósitos, ante as limitações do Mundo*.

Reservando para outro escrito as indicações terapêuticas, de princípio, e concretas ⁽¹⁾ que foram dadas no nosso colóquio, acentuaremos agora, como conclusão, apenas o seguinte:

— *A atitude psico-somática* defendida, de forma alguma implica a «pan-psicoterapia» de todas as doenças. Recomendar, sem mais, a um ulcerado do estômago um tratamento psicanalítico é uma falta de senso, tão grave como indicar-lhe, nas mesmas condições de pensar simplista, uma gastrectomia ou a operação da vagotomia.

Assim como definimos para as terapêuticas psiquiátricas, também na medicina em geral, neste novo ângulo «psico-somático», se podem ordenar — nos seus respectivos significados em relação ao todo do Homem — e conjugar útilmente os *tratamentos cirúrgicos, farmacológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Sem haver qualquer rigoroso paralelismo, a importância relativa das diversas coordenadas que descrevemos, pode dar uma certa indicação terapêutica. Assim, combateremos os factores vitais com terapêuticas biológicas (de choque, hormonas, ganglioplégicos, etc.), os factores orgânicos, com as terapêuticas clássicas (antibióticos, medidas cirúrgicas directas etc.), os factores psicológicos pela psicoterapia e os sociais por medidas económicas, de auxílio familiar e outras. Essencial é que não se perca de vista o conjunto, centrado no indivíduo. Quer dizer que *toda a acção terapêutica se refira à Pessoa doente e não procure apenas combater a «doença»*. A maneira como cada qual encara uma operação cirúrgica, um dado tratamento tem *significado psicoterápico* e pode, pelas resistências pessoais oferecidas, anular grande parte dos efeitos visados.

Assim num hipertenso, por exemplo, podemos combinar o efeito dos nossos medicamentos neuroplégicos e outros hipotensores com medidas psicoterápicas, desde a simples terapêutica

(1) V. Lições sobre neuroses — publicadas por Barahona Fernandes — Lisboa, 1953.

pelo «relaxamento» até à acção pessoal em bases analíticas e re-orientação das atitudes e forma de vida do doente. Todos sabem como impor dietas e repouso, sem a adesão pessoal do enfermo, é aumentar a tensão penosa, ou a revolta, ou o desleixo em que o enfermo vive. Como a acção farmacológica dos medicamentos pode ser reforçada pelo apoio do médico (é a fé do próprio) as opiniões tendenciosas e dogmáticas sobre este ou aquele tratamento modificam a sua aceitação e resultado...

Se alguma coisa de novo nos trouxe a «psico-somática» foi a mais justa *atitude do médico perante o enfermo*, a valorização das interrelações emocionais recíprocas. Dar bases mais sólidas às noções tradicionais — honra do nosso mister — do apoio afectivo e compreensão simpática do pensar do doente pelo

clínico que o trata, integrando nessa *atitude humana* todos os progressos da *técnica científica*.

A nova atitude consiste essencialmente em conjugar, sem contradição dialéctica interna, a *apreciação clínica e laboratorial* e todas as *terapêuticas* (cirúrgicas, biológicas, farmacológicas, fisioterápicas, etc.), com a *apreciação psicológica e espiritual* e os tratamentos respectivos. Tratar os doentes como manda o progresso científico, a dentro da compreensão global da sua Pessoa como Homens doentes que são!

(Lição dita no V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).

Semiologia laboratorial da impotência ⁽¹⁾

MANUEL PINHEIRO HARGREAVES

(Assistente do Serviço de Endocrinologia da Faculdade de Medicina do Porto)

O problema da impotência sexual, no homem, avulta hoje em dia como dos mais frequentes que afligem o médico. Queixa de todas as idades da vida adulta, e não só do velho, como frequentemente se pensa, é antes no homem novo, ou apenas maduro, que ela assume tom da maior angústia, capaz de, fazendo-o pôr em dúvida a sua masculinidade, tão cara ao chamado sexo forte, abalar todo o equilíbrio da sua vida psicológica.

É aqui que reside a verdadeira importância do problema: porque, embora não atinja o homem fisicamente, nem fisicamente lhe provoque sofrimento, causa-lhe tamanha preocupação que de todo o amesquinha, de consultório em consultório, da esperança ao desânimo, do desespero à auto confissão de falência.

E porque o assunto muito frequentemente tem solução, merece ser tratado com cuidado.

Aliás, e antes de o discutirmos nas possíveis patogenias que lhe podem dar origem e abordarmos a semiologia analítica indispensável ao seu diagnóstico diferencial, importa definir precisamente o que entendemos por impotência: e para tanto analisar, do acto sexual, o que interessa a esta matéria.

Podemos dizer que são quatro os componentes que podem estar em causa no acto sexual normal:

1.º — Líbido: isto é, a atracção física para o outro sexo; o desejo de realizar o acto. Naturalmente quando falta o líbido — e algumas vezes, como veremos, falta ele somente — o homem, embora conservando a capacidade voluntária para realizar a cópula com o prazer específico que lhe é inerente, está desinteressado, não procura a mulher, tem alterado um dos elementos fundamentais do instinto a cuja guarda está entregue a conservação da espécie;

2.º — Ereção: capacidade para imprimir ao pénis a rigidez suficiente sem o que não poderá realizar-se o coito. É este aspecto do acto sexual o que mais frequentemente está em causa: o homem que não tem ereção, ou não a consegue suficientemente intensa e duradoura. E quando — o que é frequente — esta ereção incapaz é acompanhada de líbido normal ou exaltado, compreendemos que se realiza a combinação mais dramática: aquela em que o doente mais intensamente sofre a sua inferioridade.

3.º — Volúpia: quero dizer, a sensação de prazer que acompanha o acto sexual.

4.º — Orgasmo: o prazer específico do final do acto, com o que se desencadeia a ejaculação: alterado no sentido de não existir ou quase; ou alterado, como mais correntemente sucede nas ereções débeis, noutra sentido: é precoce, como a ejaculação que o acompanha, reduzido — e deixa uma sensação de insatisfação, perfeitamente em contraste com o sentimento de saciedade que normalmente sucede ao fim do acto sexual.

Ora bem, estes são os componentes que podem estar em causa: ou todos ou alguns apenas; no todo ou parcialmente.

Quanto às patogenias, às causas e caminhos por que se realiza essa alteração, sabemos que embora possa a capacidade sexual do homem sofrer o contra golpe de todas as alterações orgânicas, há sobretudo dois grupos patogénicos, em cujos meandros se deve buscar a causa e também procurar remédio.

É, por um lado, o aspecto psicológico onde dolorosamente acabam por repercutir todas as impotências e onde há que buscar a origem de grande número delas.

É, por outro lado, o sistema endócrino, particularmente o eixo hipófise-testículo, como facilmente compreendemos, da própria fisiologia das funções sexuais.

Em dois pecados fundamentais — ambos graves e desgraçadamente frequentes — pode incorrer o clínico ao tratar uma impotência:

Ou chamar psicógena a uma impotência do foro orgânico e perder oportunidades úteis de a corrigir medicamentosamente;

Ou — e é pecado com certeza mais frequente — rotular de endócrina a impotência de raiz puramente psicógena, inundar de hormonas, sobretudo andrógenos, o pobre doente; e, com a terapêutica e a sua fatal ineficácia, radicar no espírito do paciente, duplamente, a convicção de que é orgânico o mal que o atinge e até, de que já nem tem cura, pois a terapêutica não lhe deu alívio.

É, sobretudo, entre estas duas formas de impotência, que importa estabelecer, com segurança, um diagnóstico diferencial.

Neste, é primeiro e fundamentalíssimo elemento o exame clínico, a conversa calma e demorada com o doente: como em qualquer outro padecimento, mas quiçá neste mais importante que em nenhum deles.

Como norma, este exame permite, de per si, pôr um diagnóstico de probabilidade — que não dispensa a confirmação — ou correcção — dos exames subsidiários.

Pois bem, se o exame clínico não aponta francamente para outro sector orgânico, é no eixo hipófise-testículo que devemos realizar a exploração.

É este aspecto da semiologia laboratorial da impotência que nós queremos abordar, trazendo-lhe um pouco da nossa experiência pessoal.

São os seguintes, os elementos de que podemos lançar mão para o estudo analítico do testículo:

1.º — Doseamento dos andrógenos.

Na realidade, este encontra-se substituído, em todo o mundo, pelo doseamento da função neutra, não fenólica, dos esteroides cetónicos do carbono 17. Não significa isto que o doseamento dos 17 cetoesteroides seja o equivalente químico exacto dos andrógenos: nem todos os andrógenos são cetonas do carbono 17; e, sobretudo, nem todos os 17 cetoesteróides são andrógenos. Mas, para fins clínicos, podemos considerá-los como semiologicamente equi-

(1) Trabalho apresentado em resumo, ao XXII Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências. Oviedo, Set.-Out. 1953.

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÊMIO
CIÁTICAS
POLINEVRITES
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAIS
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente,
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).

Nanismo.

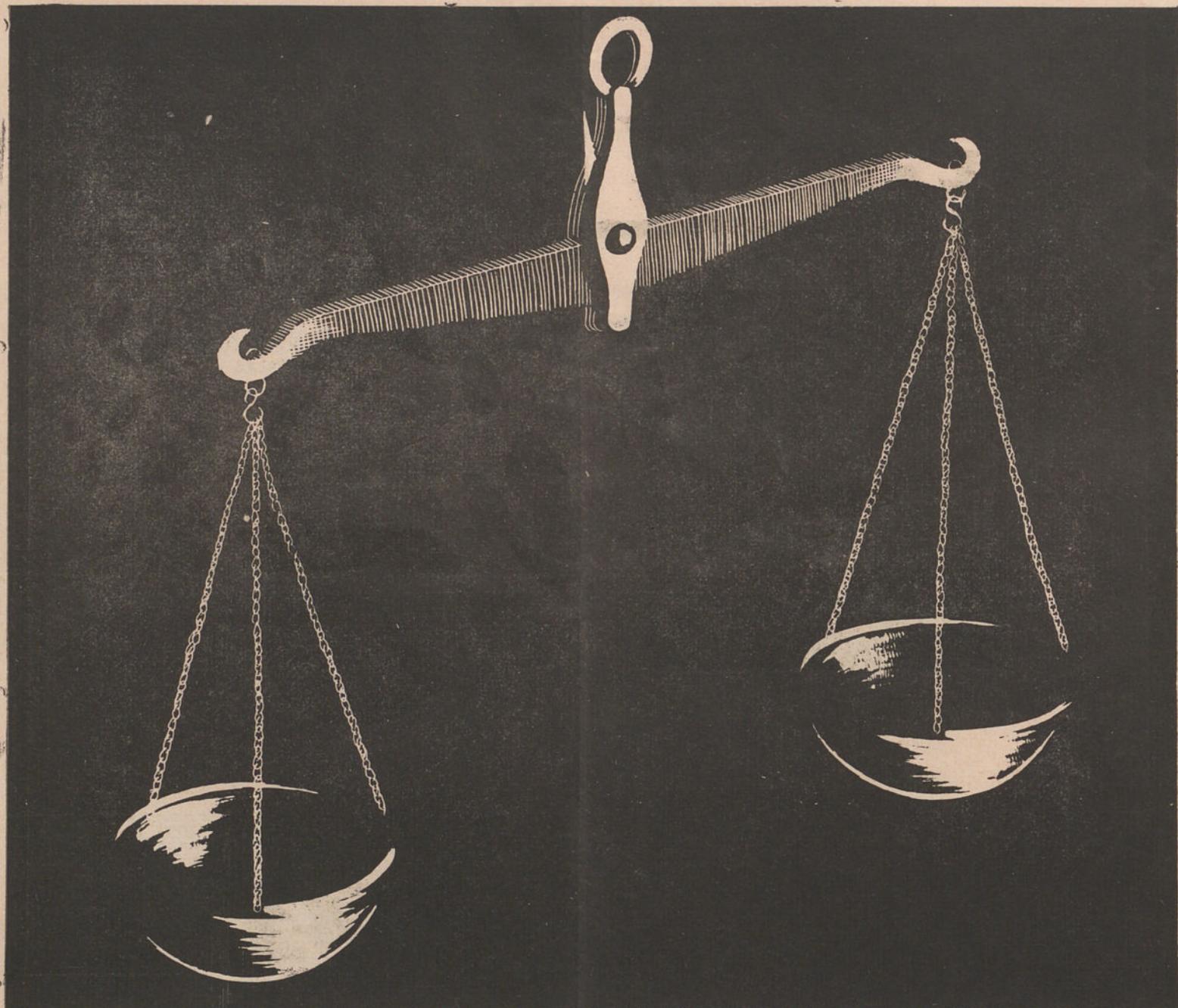
Muitos casos de astenia e anorexia.

Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).

Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.

Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e numa maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA-GOTAS DE 10 C. C.
15 MICROGRAMAS POR C. C.



NAS PERTURBAÇÕES NEURO-VEGETATIVAS

O PRISCOFEN

RESTABELECE O EQUILÍBRIO

Em média, 1 drageia 3 vezes por dia

3 VANTAGENS

- O Priscofen é bem tolerado
- O Priscofen não é soporífero
- O Priscofen não provoca habituação

1 Drageia de Priscofen* contém: 0,0025 g de Prisol*, 0,01 g de Trasantina* e 0,02 g de ácido fenil-etilbarbitúrico

* MARCAS REGISTRADAS

PRODUTOS CIBA, LIMITADA—LISBOA

valentes e pôde trocar-se uma técnica biológica, trabalhosa e contingente, por um doseamento químico, bem mais simples e, por consequência, clinicamente mais útil.

2.º — O doseamento das gonadotrofinas hipofisárias com o que, dado o equilíbrio reinante entre o testículo e a hipófise, respondemos à pergunta fundamental: o que está alterado primitivamente: o testículo? — teremos, então, desinibição hipofisária e valores altos de gonadotrofinas; a hipófise — e, secundariamente, a gónada por falta de estímulo competente? — encontraremos, portanto, uma eliminação baixa de gonadotrofinas.

3.º — Exame do esperma (1) que nos dá, duma maneira fácil e inócua para o doente, uma imagem muito clara da função e, até certo ponto, da própria morfologia testicular (na parte que se refere à linha seminal, evidentemente). Para sua valorização deve o paciente estar em abstinência sexual há 2 ou 3 dias, pelo menos, pois caso tenha ejaculado pouco antes virá, naturalmente, uma contagem baixa. Deve ser um exame completo e não uma simples verificação da presença de espermatozoides.

Correntemente, há que exigir as informações seguintes:

a) Volume — que, normalmente, oscila entre 2 e 7 cc.

b) Número de espermatozoides — superior a 50 milhões/c.c., totalizando mais de 250 milhões no ejaculado completo.

c) Motilidade — são móveis mais de 60 % dos espermatozoides na contagem inicial, e esta percentagem desce lentamente até às 6 horas, em que ainda se movem, pelo menos, 30 % deles. Depois desta hora, a norma já é menos fixa e possui interesse menor.

d) Percentagem de formas anormais — não superior a 30 %, estas mesmas compreendendo quase exclusivamente defeitos pouco graves.

e) O número de formas imaturas é quase nulo; e nunca ultrapassa 3 ou 4 %.

f) Ausência de sinais de infecção recente ou antiga (piócitos, leucócitos, bactérias).

4.º — A biópsia do testículo é elemento de indiscutível valor, algumas vezes imprescindível, porque só ele pode dar-nos, de certeza, o quadro histopatológico da gónada. Mas tem o seu uso limitado, porque já não é um exame subsidiário de rotina, mas sim um procedimento de exploração que pressupõe, para o doente, uma pequena intervenção cirúrgica. Não tem esta, aliás, qual-

quer risco ou inconveniente físico; mas no indivíduo, com frequência nevrópata e sempre angustiado que é o impotente, aquela manipulação cirúrgica do testículo arrisca-se a criar uma justificação para o seu mal e uma permanente acusação para o médico, a que é conveniente fugir. Por estas razões, e porque só por excepção é elemento absolutamente imprescindível, como norma a temos dispensado na nossa prática clínica.

5.º — E, finalmente, surge em alguns centros, como esperança aliás fundamentada, o doseamento de estrogéneos — por paradoxal que nos pareça à primeira vista.

Realmente, um dos elementos fundamentais do testículo é constituído pelas células de Sertoli, suporte im-

QUADRO II

Espermatogramas

Obs. n.º	Vol. c.c.	Quantidade milhões/c.c.	Motilidade %	Formas anormais %
16	3,4	65	1 h-80%; 3 h-60%; 6 h-40%; 12 h-15%; 24 h-numerosos	35% (alguns defeitos graves)
19	10	38	30m-30%; 1½ h-30%; 7 h-raros; 16 h - nenhum	40% (alguns defeitos graves)
21	1,2	204	30m-75%; 2½ h-50%; 6½ h-rars; 18 h - nenhum	14% (defeitos leves)
25	3,2	134	30m-30%; 4 h-alsg.-10 h-nenhs	25% (pequenos defeitos)
25 a	2,9	46	30m-30%; 3 h-20%; 6 h-16% 24 h - alguns	40% (defeitos leves)
28	3,9	304	30m-60%; 3 h-40%; 6 h-30%; 9 h-30%; 24 h-alguns	18% (defeitos leves)
29	intensa oligospermia exigindo centrifugação; numerosas formas imaturas, bacterias e piócitos.			
30	5,2	98	1 h-70%; 3 h-40%; 9 h-20%; 12 h-numerosos; 24 h-alguns	30% (defeitos leves)
31	5	78	30m-35%; 3 h-20%; 5h-10%; 10 h - raros	38,5% (com alguns defeitos graves leucócitos e formas jovens)
32	4,3	112	30m-45%; 6 h-30%; 12 h-10%; 24 h - alguns	13%
36	2,1	104	30m-60%; 3 h-50%; 6 h-40%; 9 h - alguns	34% (algumas formas imaturas)
38	5	280	30m-75%; 1 h-50%; 6 h-alsg; 18 h - nenhuns	23% (defeitos leves)
39	1	azoospermia abundante leucócitos e piócitos		
40	2,2	158	1 h-80%; 3 h-70%; 6 h-60%; 10 h-60%; 24 h-numerosos	37% (predominio de defeitos de maturação)
41	azoospermia; alguns leucócitos			
42	4,5	58	1½ h-75%; 15 h-10%; 18 h-poucos; 24 h-nenhuns	19,5%

QUADRO I

Valores normais			
17 cetoesteroides — 6 - 18 milig. / 24 h. (Método de Callow)			
Gonadotrofinas — 6 - 18 unidades ratinho / 24 h. (Adsorção em caolino; crescimento uterino em ratinhas impúberes).			
Esperma Vol.	Quantidade	Motilidade	Formas anormais
2 — 7 cc.	Sup. a 50x10 ⁶ / c.c. Superior a 250x10 ⁶ no vol. total	(Valores mínimos)	Inferior a 30 %
		Inicial (30) — 60 %	com predomínio de defeitos leves
		3 h. — 50 %	
		6 h. — 30 % 12 h. — alguns	
Ausência de piócitos ou outros sinais de infecção; muito raras formas imaturas (— de 3%).			

(1) Os exames do esperma foram realizados pelo Dr. Rogério Gonzaga.

prescindível da linha seminal e, segundo todas as probabilidades, produtoras de estrogêneos. Constituíam estes o substracto da inibina, primeiramente enunciada e indispensável à compreensão do equilíbrio dinâmico existente entre a hipófise e o testículo.

Tudo isto ultrapassa já, largamente, a fase de hipótese, para constituir doutrina razoavelmente fundamentada.

Pois bem, trabalhos recentes levam a crer que o doseamento de estrogêneos na urina do homem constitui índice de valor para medir a função testicular. Esta sim, esta é somente hipótese, embora plausível, e dela não temos ainda experiência pessoal que chegue para emitir parecer.

No quadro I resumimos o nosso critério de normalidade para este exame; e, no quadro II, agrupamos em detalhe os 16 espermogramas realizados. Este merece alguns comentários.

Apenas são normais as obs. 28, 30 e 42, que servem como termo de comparação para os outros.

As anormalidades referem-se quer ao volume (obs. 21 e 39), quer à contagem que se apresenta baixa nas obs. 19 e 25A; quer, e mais frequentemente, à motilidade (obs. 19, 21, 25, 25A, 31, 32 e 38) e percentagem de formas anormais (obs. 16, 19, 25A, 31, 36 e 40).

Serve esta dispersão das anomalias pelos vários componentes do espermograma, para marcar a necessidade do exame incidir em todos os seus aspectos e não somente nalgum deles (por ex.: volume ou contagem).

Embora pareça realmente elevada a percentagem de espermogramas com certeza anormais, e sem prejuízo de que em série tão reduzida, as médias não podem constituir norma mas simplesmente indício, podemos recordar que já vai longe o tempo em que no problema frequente, e tantas vezes cheio de angústia, do casal que não tem filhos, a culpa se imputava sempre à mulher. E, salvo evidência muito chamativa, o homem nem sequer era explorado. Sabemos hoje, por trabalhos realizados em larga escala, que na legião dos matrimônios inférteis, a deficiência pertence ao homem em 50 % dos casos.

E trabalhos estatísticos feitos no exército americano em mancebos aptos para o serviço e, portanto, saudáveis, mostraram estes números realmente grandes: 30 % dos espermogramas eram anormais, em maior ou menor grau; e 10 % dos homens examinados exibiam azoospermia ou anomalias tão graves que a fecundação se tornava de todo impossível.

Como a experiência vem demonstrando é certamente, este exame um utilíssimo meio de estudo do testículo, porque inócuo, simples e muito fiel, quando realizado, com as precauções e exigências que antes enunciamos.

No quadro III agrupamos, para cotejo, os resultados analíticos obtidos em toda a nossa série. E da sua observação, parece-nos lícito tirar as conclusões seguintes:

1.º — O doseamento da fracção neutra não fenólica, dos 17 cetoesteroides urinários apresenta-se de minguado valor na semiologia laboratorial da impotência e, pelas mesmas razões, no exame funcional do testículo insuficiente ou suspeito de insuficiência. Nem outra coisa era de esperar.

Constitui realmente este doseamento, o somatório de variados esteróides não fenólicos que tem de comum uma função cetona no carbono 17; e esta característica abarca diferentes grupos: androgêneos da supra renal (dehidroisoandrosterona e isoandrosterona) e do testículo (androsterona e etiocolanona); produtos catabólicos das hormonas metabólicas da supra renal; e artefactos de técnica.

Em globo podemos dizer, que o testículo contribui com um terço e a supra renal com dois terços dos 17 cetoesteroides eliminados normalmente. E, como a margem de normalidade vai de 6 a 18 miligramas por 24 h., compreendemos que a ausência parcial, ou mesmo total, dos 17 cetoesteroides testiculares não se marca no doente isolado, porque cabe perfeitamente dentro daquela margem de variação. É o que verificamos aqui e temos obser-

vado na nossa experiência de umas largas centenas de doseamentos: só os desvios hiperfuncionais se marcam com nitidez neste exame.

QUADRO III

Obs. n.º	17 cetoesteroides miligramas / 24 h	Gonadotrofinas unidades rat. / 24 h	Espermogramas
1	5,8	8	
2	5,7	5	
3	8,8	10	
4	14,85	18	
5	25	14,8	
6	10	6	
7	7,5	9	
8	4 - 7,26	24 - 6,7	
9	8,2	9	
10	11	7,8	
11	12,65	12,2	
12	11,44 - 3,12	4,85 - 11	
13	1,76 - 7,49	2,13 - 5,5	
14	14,66	12,9	
15	14,74	5	
16	3		P
17	16,5	7,34	
18	10,2		
19	8,97-13	3,78-10	P
20	7,9	12,6	
21	6	15,6	N → P
22	4,5	3,5	
23	6	14,3	
24	10,6	27	
25	9,7	111,4	P
26	6,1	10,7	
27	9,2 - 6	21 - 5,1	
28	10,2	14	N
29	4,875	0,7	P
30	27	13	N
31	24	25,5	P
32	19,7	2	P
33	14,25		
34		1	
35	9,8 - 5,5	54 - 4,3	
36	17	14	P
37	10,5		
38			N
39			P
40	8	2,5	P
41	1,75	23	P
42	13	8,5	N

Por isso se caminha hoje, lógicamente, no sentido de fraccionar o grupo dos 17 cetoesteroides, nos seus elementos constituintes: e então, assim divididos, é lícito esperar que possam dar informação mais detalhada.

2.º — A segunda conclusão é esta: as indicações fornecidas pelo exame do esperma e pela eliminação de gonadotrofinas são sempre concordantes, salvo na observação 36; isto é: sempre que é anormal uma, é-o também a outra; e vice-versa.

Cumpra assinalar todavia, que estes resultados foram obtidos com a técnica de doseamento de prolans, por nós usada. Como já assinalamos em trabalhos anteriores, só o método que usa o útero de ratinhas impúberes como órgão teste, oferece, duplamente, garantias de fidelidade e uma amplitude de resposta grande bastante para que possua interesse clínico.

As técnicas inicialmente usadas (cornificação da vagina, peso dos ovários) foram úteis um momento — mas só fornecem indicações qualitativas ou grosseiramente semi-quantitativas — porque carecem de sensibilidade. De facto, pertencem à história da medicina.

3.º — Quisemos estabelecer uma relação entre o tipo de anomalia do esperma e a patogenia da disfunção testicular: ou primitiva, com valores altos de gonadotrofinas; ou secundária, por carência de estímulo hipofisário adequado, com valores baixos, portanto.

Não o conseguimos. Mas o reduzido número de observações feitas até ao momento não permite saber se, de facto, essa relação não existe ou apenas não pôde ser posta em evidência, por carência de suficiente material para estudo.

SUPLEMENTO

REVISÃO DA SEGURANÇA SOCIAL

Em 9 do corrente, o Deputado Dr. Pinto Barriga proclamou na Assembleia Nacional, entre outras, a necessidade do «reexame integral da nossa política de Segurança Social».

No intuito de auxiliar este reexame, irei mais uma vez focar algumas medidas que me parecem mais necessárias, para a melhoria dos serviços da Previdência Social, e que foram já propostas, no III Congresso da União Nacional (Novembro de 1951), em dois trabalhos, um da minha autoria e o outro feito de colaboração com o colega Dr. António Paúl.

Posteriormente (Março de 1953), o Dr. Cerqueira Gomes, Bastonário da Ordem dos Médicos, no seu Aviso Prévio, apresentou, na Assembleia Nacional, como mais necessárias, entre outras providências, a assistência nocturna, hospitalar, cirúrgica e nas doenças de longa duração (tuberculose, psicopatias, cancro, etc.).

Se, como nessa altura se alegou, os recursos financeiros da Previdência só a muito custo bastavam para os benefícios então concedidos, seria grave contrasenso ampliar estes, sem uma prévia revisão do respectivo esquema em vigor, sob pena de se crearem novos bécos, de difícil saída e gravosa solução. Abstraindo da assistência nocturna (serviços de urgência) e da remuneração dos serviços clínicos com uma capitação mensal de 1\$50 ou menos, a restante assistência preconizada pelo referido Bastonário, e subentendida nos mencionados trabalhos apresentados ao Congresso da União Nacional, é de estabelecer-se, e sê-lo-á decerto, a pouco e pouco, como já sucede nos Serviços Médico-Sociais com a tuberculose, em que se adoptou a comparticipação na despesa, como anteriormente já o faziam algumas Caixas.

Para evitar a estes Serviços as enormes fugas pecuniárias, com reforço do prestígio e da eficácia do seu funcionamento, há, salvo o devido respeito pela opinião em contrário do Dr. Cerqueira Gomes, que estabelecer, como foi exposto àquele Congresso, o regimen de comparticipação ou de taxas por análise, radiografia, hospitalização, operação, medicamento, etc., e abolir as limitações e exageradas precauções actualmente em vigor — exclusão dos não injectáveis e dos produtos estrangeiros do esquema de benefícios, imposição dum

enfermeiro para a aplicação dos injectáveis no domicílio, etc. Estas limitações e precauções — além de contraproducentes, dando a ideia dum esquema materialmente pobre, deformativo e anti-social — tornam, na verdade, este esquema muito mais dispendioso: resultados mais lentos por carência do factor psíquico e emprego de medicamentos menos adequados e obtidos mais morosamente, pessoal administrativo e de enfermagem mais numeroso, etc.

Há, pois, que modificar o esquema dos benefícios, abolindo complicadas formalidades burocráticas e dispendiosas duplicações de serviços e ampliando-o no mais essencial, sem todavia esquecer que, muitas vezes, o óptimo é inimigo do bom e as seguintes e oportunas advertências do Ex.mo Ministro das Corporações e Previdência Social: «O ideal não está num sistema que elimine completamente os riscos» e «a segurança para todos daria a preguiça generalizada».

*

Os serviços de urgência nocturna — conduzindo, nos grandes centros, a uma dispendiosa duplicação de serviços já existentes (nos Bombeiros, etc.) que poderão aproveitar-se com mais economia e perfeição — levariam a abusos que convém prevenir, estando neste caso a tendência de toda a clínica domiciliária passar lenta e abusivamente à categoria de urgente. Têm sido considerados tais serviços, até agora, mais ou menos fora do âmbito do seguro; mas, desejando favorecê-los, mais acertadamente se andaria, tomando apenas comparticipação nos respectivos encargos, quando considerados justificados pelos médicos privativos, como já se tem feito.

Por outro lado, concedendo-se assistência nocturna, porque se não deverá facultar também aos domingos e feriados e, por fim, permanentemente (dia e noite), pois em qualquer momento a urgência pode surgir?!... Não ficaria tudo isto, com Postos continuamente abertos, pessoal ao serviço, meios de transporte à disposição, etc., excessivamente dispendioso?!... Ainda, a redução causada aos serviços existentes, podendo ocasionar a sua extinção, não redundará afinal em prejuízo da restante população?

Não me parece prudente entrar em aventuras desta natureza, quando se fala

em recursos insuficientes e, à sombra disso, se adoptam medidas excepcionais que não são de prolongar indefinidamente: ordenados insuficientes, redução de regalias contratuais ao pessoal, tabelas de honorários impostas, etc.

*

As remunerações dos serviços médicos, como todas, deverão estar em harmonia com a dignidade profissional e com a importância do serviço a desempenhar.

A remuneração, em que se chegou inoportunamente a pensar, pela capitação mensal de 1\$50 ou menos (metade da avença dum barbeiro de província) é completamente aviltante, equivalendo a um terço da preconizada pelo Conselho Geral da Ordem dos Médicos para os organismos corporativos, na representação entregue, em Dezembro de 1943, ao Sr. Presidente do Conselho.

Ora, tornando-se — em virtude do atractivo do subsídio pecuniário durante a doença e de outras regalias — os serviços das Caixas de Previdência bastante mais onerosos do que em outros organismos, também as respectivas remunerações deverão compensar tal diferença, convido recordar que, na Inglaterra, a capitação mensal anda por uns 8\$14.

É preciso dignificar o trabalho, remunerando-o condignamente, sem recurso a subtilezas menos honestas.

Na verdade, vem já de longa data a ingratidão para com os médicos; uma vez que Jesus Cristo N. S., após a cura de dez leprosos, só obteve o reconhecimento de um deles, não admira o que sucede. Não quero com isto, aprovar ou justificar o procedimento dos nove leprosos, mas sim advertir os ingratos da lepra moral que albergam, muito peor do que a física!...

É oportuno chamar a atenção dos dirigentes da nossa Ordem para estes assuntos, de modo a defender os interesses da classe, e também a dos restantes colegas, para se pronunciarem a tempo sobre eles.

Também não é demais lembrar a conveniência de, em problemas desta natureza, se procurar obter a opinião da nossa Ordem e dos colegas melhor informados.

Para não alongar, não descerei a mais pormenores, podendo quem o desejar encontrar maiores desenvolvimentos em locais da minha autoria, publicadas nos n.ºs 15, 38, 76, 78, 90 e 96 de «O Médico».

Porto, 12-12-53.

CONSTANTINO A. CARNEIRO

ECOS E COMENTÁRIOS

A MEDICINA SOCIALIZADA NOS E. U.

O Presidente Eisenhower, na sua sensacional exposição do princípio do ano, declarou, terminantemente, que a medicina não seria socializada nos Estados Unidos e que se procuraria conseguir que toda a população estivesse em condições de aproveitar os benefícios da medicina moderna.

Estas categóricas declarações respondem aos anseios da população americana, na qual, apesar do excepcional nível de vida que atingiu, há numerosas famílias que encontram dificuldades em caso de doença — como, mais ou menos, nos outros países.

Para melhorar esta situação, são numerosas as vozes, nos Estados Unidos, que preconizam a socialização da medicina. Na última campanha para a eleição presidencial, este assunto também foi debatido; e eram, principalmente, os membros do partido democrático que defendiam a medicina socializada, a que se tem oposto, como também sucedeu na Inglaterra antes da lei Bevan, a quase totalidade do corpo médico. É possível que, se triunfasse o adversário de Eisenhower, a sorte da medicina americana levasse novo rumo no sentido da socialização. Assim, com a nova administração «republicana» (pouco permeável às influências socializantes) tudo fazia crer que a prestigiosa medicina dos Estados Unidos (actualmente a melhor apetrechada e a que exerce maior influência mundial) não sofreria mudanças radicais na sua estrutura. As últimas declarações do Presidente Eisenhower foram categóricas a este respeito.

Contudo, a actual administração americana também não pode encolher os ombros perante os clamores que se levantam a respeito das deficiências sanitárias, que se apresentam, agora, em ritmo crescente, devido, por um lado, ao desemprego e ao desnivelamento económico que progridem nos Estados Unidos; por outro, ao natural encarecimento das despesas correntes provocadas pelos modernos meios de diagnóstico e de tratamento. O sistema de se-

guros voluntários não satisfaz às exigências da hora actual. É necessário adoptar outras fórmulas. A Europa, com as suas variadas experiências em seguros sociais, poderia servir de guia para os estadistas, para os médicos e para os sociólogos dos Estados Unidos se elas não tivessem sido, em geral, funestas e não provocassem problemas de difícil solução satisfatória.

Em suma: nos Estados Unidos apre-

sentia-se, também, o angustiante problema da medicina social; aqui, ao lado da grande maioria dos médicos, há também numerosas personalidades da política, das ciências, da economia, mesmo das classes menos elevadas (das mais influentes) — o que, infelizmente, não sucedeu na Inglaterra, que se deixou ir a reboque do socialismo intransigente e ortodoxo do Sr. Bevan) — nos Estados Unidos há enorme corrente, à frente do qual se encontra a grande figura de Eisenhower, que se interessa em manter os tradicionais valores da medicina, o prestígio e a eficiência da técnica médica americana e salvaguardar os progressos e o nível moral e económico duma profissão que desempenha, cada vez mais, papel decisivo na vida de todas as Nações. A aventura da medicina socializada, quer se trate da experiência em povos de baixo nível económico (como sucede para lá da «cortina de ferro»), quer na Inglaterra (onde o Serviço Nacional de Saúde pesa assustadoramente no orçamento geral do Estado) é bem demonstrativa e só seduz os ingénuos idealistas ou aqueles que, não tendo conseguido uma situação razoável como médicos (por não terem qualidades ou neles abundar a falta de escrúpulos), sonham com chorudos postos, conquistados por meios ilícitos, no alvorecer da medicina socializada...

M. C.

REVERDECE A «ÁRVORE DA VIDA»...

Dos jornais diários extraímos a seguinte notícia:

ROMA, 6 — O Instituto de Gerontologia de Milão descobriu novo tratamento contra a senilidade, segundo revelou numa conferência a este respeito o Dr. Tobia Soncini, membro desse Instituto. O tratamento em questão, a que foi dado o nome de «choque bio-químico prolongado», destina-se a devolver às células a permeabilidade atenuada pela idade, a fim de permitir a absorção de substâncias capazes de revivificarem os tecidos. As experiências feitas até hoje deram resultados positivos. — F. P.



FACTORES LIPOTRÓPICOS E COADJUVANTES

Metionina	125 mg.
Colina	300 mg.
Inositol	100 mg.
Cloridrato de Tiamina	2,5 mg.
Riboflavina	2,5 mg.
Nicotinamida	25 mg.
Vitamina B 12	0,002 mg.

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Novos produtos



«BIFACTON»

Terapêutica anti-anémica por via oral.

Factor intrínseco de Castle, pela primeira vez purificado e concentrado de forma estável, associado à vitamina B₁₂.

0,5 Un. U. S. P. orais por comprimido

Em:

- Estados de astenia, esgotamento e convalescença;
- Atraso do desenvolvimento, deficiências de crescimento, anorexia nas crianças;
- Afecções hepáticas, agudas e crónicas.

Apresentação:

Emb. de 30 comprimidos

«VELARDON»

Nova concepção no combate aos vermes intestinais.

Um vermífida, altamente eficaz, cuja acção se baseia num princípio absolutamente diferente dos até agora utilizados.

«VELARDON» DIGERE OS VERMES

Combate:

- ascarídeos
- oxiuros
- tricocéfalos
- anquilóstomos

Apresentação:

1 saco de papel de alumínio com 20 grs. de granulado.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA / Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

ASPECTOS DO EXERCÍCIO DA MEDICINA, EM MEIO RURAL

BERNARDINO DE PINHO

(Inspector Superior de Saúde e Higiene
da D. G. S.)

(Continuação)

II

Na Suécia

Na orgânica dos serviços de saúde suecos, distinguem-se: o serviço nacional ou central (Direcção Geral de Saúde Pública), o serviço provincial ou departamental (Inspeção provincial de saúde pública) e o serviço local (Distrito sanitário rural).

Em cada distrito sanitário rural, há um médico (oficial de saúde pública).

Não existe, por agora, inteira correspondência dos distritos com as comunas ou municípios.

Há comunas que compreendem mais de um distrito sanitário rural, assim como há distritos sanitários rurais que englobam mais de uma comuna. Mas pensa-se em harmonizar a duas orgânicas, a administrativa e a sanitária.

O oficial de saúde pública ou médico rural é nomeado pelo Rei e pago pelo Estado.

São suas funções:

- 1) Dar assistência médica aos habitantes do distrito rural, segundo tabela de preços fixada pelo Estado.
- 2) Tratar as doenças venéreas, cujo tratamento é encargo do Estado e portanto gratuito para o doente.
- 3) Tomar as medidas necessárias para combater as doenças epidémicas.
- 4) Dirigir e fazer o tratamento preventivo, organizado pelos conselhos provinciais ou pelos municípios, relativamente a grávidas, a crianças antes e durante a idade escolar, e a tuberculosos.
- 5) Dirigir os pequenos estabelecimentos hospitalares, como enfermarias, maternidades, hospícios de doentes crónicos e outros que possam encontrar-se no seu distrito.
- 6) Cuidar da higiene pública (habitações, locais de venda de géneros alimentícios, águas, esgotos, serviço de limpeza, etc.), e desempenhar o papel de conselheiro junto das autoridades locais do distrito rural (comissão de higiene, comissão de pensões, comissão contra o abuso de bebidas alcoólicas e direcção da assistência social).
- 7) Ter sob as suas ordens as enfermeiras e as parteiras pertencentes ao distrito rural.
- 8) Remeter às autoridades superiores (Direcção Geral de Saúde e Inspeção Provincial) os relatórios e informações regulamentares ou que lhe sejam pedidos.

- 9) Proceder, nalguns casos, a exames de medicina legal e a autópsias.



ALGINEX

A N A L G É S I C O
D E U S O E X T E R N O

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

D E A C Ç ã O I N T E N S A
E R Á P I D A



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA

Como se vê, uma das primeiras obrigações do médico rural de saúde pública (médico de partido, se quisermos), consiste em tratar os doentes e dirigir as várias modalidades de assistência médica do seu distrito.

Na nossa viagem pela Suécia, em Setembro de 1951, tivemos ocasião de seguir a vida diária dos nossos colegas Dr. *Lapidus*, no distrito rural de *Matfors*, e Dr. *Akermark*, no de *Njurunda*, ambos na província de *Härnosand*.

O primeiro distrito engloba os municípios ou comunas de *Attmar*, com 2.700 habitantes, e de *Tuna*, com 4.800 habitantes, ou sejam 7.500 indivíduos no distrito.

Pelo contrário, o município ou comuna de *Njurunda*, com a população de 12.000 habitantes, está dividido em dois distritos sanitários ou médicos, cada um com 6.000 indivíduos.

Referir - nos - emos, neste artigo, ao partido do Dr. *Akermark*.

E como a casa de habitação e o equipamento médico-sanitário são fundamentais em medicina rural, começaremos por dizer que a comuna mandou construir, em 1948, um edifício de um só piso, em ângulo recto, para esse fim, destinando-se uma das alas à habitação do médico e a outra ao exercício da profissão.

Comunicam ambas entre si, o que é extraordinariamente cómodo.

O médico paga aluguer pela parte destinada à sua habitação.

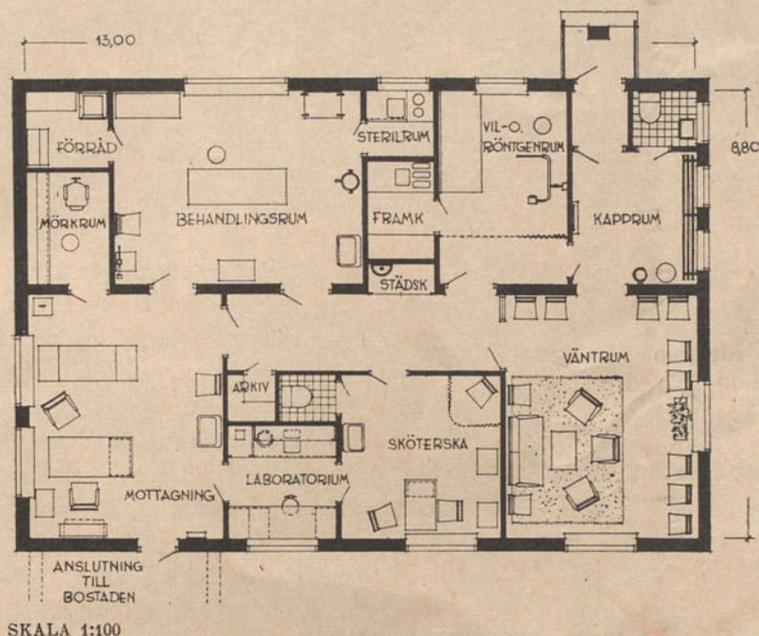
O mobiliário da parte profissional pertence à comuna, mas os utensílios médicos, incluindo os aparelhos de radiologia e de electroterapia, são propriedade do médico.

A parte profissional compreende:

- 1) Uma sala de espera, com dois *boxes* de isolamento para doentes suspeitos.
- 2) Uma grande sala de trabalho ou escritório com os seguintes anexos:
 - a) dois gabinetes para exames médicos e vestiários.
 - b) instalação de escala óptica e um pequeno depósito de medicamentos de urgência.
- 3) Uma instalação de radiografia, com laboratório de revelação.
- 4) Um pequeno laboratório de análises clínicas.

Na Suécia, há mesmo um plano-tipo de instalação, para o exercício da medicina em meio rural, pelos oficiais de saúde pública, conforme o desenho junto.

INSTALAÇÃO-TIPO PARA OS MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA, NAS COMUNAS OU MUNICÍPIOS DA SUÉCIA



VÄNTRUM	SALA DE ESPERA
SKÖTERSKA	GABINETE DA ENFERMEIRA
MOTTAGNING	GABINETE DE CONSULTA
LABORATORIUM	LABORATÓRIO
BEHANDLINGSRUM	SALA DE EXAMES MÉDICOS
MÖRKRUM	SALA ESCURA
FÖRRÅD	DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS
STERILRUM	ESTERILIZAÇÕES
FRAMK	REVELAÇÃO DE RADIOGRAFIAS
STÅDSK	ARRECADAÇÃO
VIL-O. RÖNTGENRUM	SALA DE RADIOGRAFIAS
KAPPRUM	VESTIÁRIO
ANSLUTNING TILL BOSTADEN	LIGAÇÃO COM A RESIDÊNCIA

Anotam-se apenas as designações das salas, mas no desenho vêem-se bem os locais destinados ao equipamento do consultório.

Convém informar que os médicos suecos têm uma formação profissional muito desenvolvida.

O Dr. *Akermark* nos fez notar que ele fizera oito anos de estudos médicos, até obter o seu diploma.

Em seguida, trabalhara seis anos nos hospitais, fazendo medicina interna, cirurgia, otorinolaringologia e psiquiatria.

Adquiriu prática de laboratório e de radiologia.

Toda a assistência médica estava a seu cargo, pois não havia mais nenhum clínico local.

Tinha duas enfermeiras de saúde pública às suas ordens, para o serviço oficial no *office*, para as visitas domiciliares aos doentes, a medicina social e outros trabalhos de saúde pública.

São pagas pela província bem como a parteira. Os cuidados prestados pelas enfermeiras aos doentes são gratuitos.

Os partos no domicílio vão desaparecendo. Há parteiras que fazem 30 a 40 partos por ano, mas também as há que não fazem mais de 2 a 4.

Actualmente, mais de 80% das parturientes preferem as maternidades, de modo que as parteiras de muitas comu-

nas não têm trabalho que justifique a conservação dos seus lugares.

As casas de habitação das enfermeiras são postas à sua disposição pela comuna, mas mediante pagamento de aluguer.

O Dr. *Akermark* tinha ainda uma outra enfermeira para o ajudar no consultório, mas de sua conta.

A higiene dentária é da competência dos dentistas, que hoje fazem parte de um serviço nacional de assistência dentária, subvencionado pelo Estado.

É um serviço da Direcção Geral de Saúde.

Antes da nossa visita à Suécia, nunca poderíamos ter pensado que um só médico poderia cuidar de 6.000 pessoas. Mas num país com um alto nível de vida, seguramente o mais elevado da Europa, uma notável educação sanitária do povo, um corpo de enfermeiras bem treinado, e uma boa rede de telefones, isso é possível.

O telefone e as enfermeiras, no seu primeiro contacto com os doentes, evitam muita visita médica.

É preciso dizer, em todo o caso, que o «*Medical Board*» de Estocolmo, considera a necessidade de aumentar o número de médicos, de modo a haver um médico rural por 5.000 habitantes.

Acrescente-se ainda:

Primeiro — Os serviços de higiene

pública não constituem, na Suécia, uma tarefa importante para o médico rural de saúde pública. Estes serviços dependem da administração provincial e os médicos locais exercem, na prática, uma função meramente consultiva.

Segundo — Há centros regionais médico-cirúrgicos e de especialidades, assim como bons serviços de ambulâncias. Na província de *Härnösand*, que é a que agora nos ocupa, é notável o centro hospitalar de *Sundval*. O seu hospital tem 572 camas, com serviços de medicina e cirurgia.

Exclue as doenças mentais e a tuberculose, para as quais há hospitais especiais e sanatórios.

Em *Njurunda* não há hospital local. Os serviços de medicina preventiva e social funcionam em muito boas condições. As vacinações são feitas no gabinete do médico, nas escolas e nas fábricas. Os serviços médico-escolares dependem do Ministério da Educação, mas é o médico de saúde pública que faz a medicina escolar nas escolas do seu distrito rural, recebendo um subsídio por esse serviço.

Semelhantemente, a medicina do trabalho depende de outro ministério, mas também é o médico de saúde pública que tem a seu cargo o exame e a protecção sanitária dos operários.

Assim, em *Njurunda*, há uma fábrica de produtos químicos e matérias plásticas, com 550 operários. O seu serviço médico está confiado ao Dr. *Akermark*, que dá (na fábrica, duas consultas por semana. A fábrica tem uma enfermeira de sua conta, que é a encarregada do centro médico-social. O centro consta de uma sala de espera, um gabinete de consulta, uma sala de observações e um gabinete para a enfermeira. A enfermeira ocupa-se também dos operários e de suas famílias, sob o ponto de vista social, para o que tem auxiliares.

Quanto ganha o médico rural de saúde pública?

- O vencimento pago pelo Estado, de 15.000 coroas por ano (coroa = 5\$00, aproximadamente).
- Subsídio da Direcção de Ensino, pelo exame e protecção sanitária dos escolares.
- Subsídio das fábricas, pelo exame e protecção sanitária dos operários.
- Honorários por todos os actos clínicos (consultas e visitas), segundo tabela oficial, a preços muito reduzidos.

(Continua)

MOVIMENTO DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA DOS SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA (Zona Norte) 1948-1952

AURELIANO DA FONSECA, ALBANO REBELO, ALVES MOREIRA, SANTOS CUNHA, MÁRIO DE CASTRO, MÁRIO BASTO e WILHELM OSSWALD.

Vamos apresentar o movimento de consultas, doenças e de tratamentos realizados no Serviço de Dermatologia e Venereologia dos Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência (Zona Norte), desde a sua inauguração em Junho de 1948 até ao fim do ano de 1952.

O número de primeiras consultas (primeiras inscrições) foi o seguinte:

ção ao sexo feminino que é de 31,6; entre os familiares, verifica-se exactamente o contrário, e com valores muito próximos, isto é 65,9% no sexo feminino e 34,5% no sexo masculino.

No total de beneficiários e familiares, comprovámos 65,2% de consultas no sexo masculino e 34,8% no sexo feminino.

A relação entre primeiras consultas e consultas seguintes pode ser apreciada neste quadro: (Vide quadro IV).

Se considerarmos os valores anuais de primeiras consultas e seguintes, em relação ao número de dias úteis, (média mensal de 25 dias), verificámos que, quanto a inscrições, há uma média diária variável entre 12 e 16, e quanto a consultas seguintes, uma variação de 80 a 110. Calculando o total de consultas de 129.856, em relação ao número de dias úteis verificados neste período de 4 anos e meio, a média diária de consultas oscila entre 92 a 126.

Apreciando as diferenças em valores relativos existentes anualmente entre as primeiras consultas e as seguintes, vemos que há uma sensível diferença, variável de ano a ano. Isto carece de uma explicação: as consultas seguintes registadas anualmente (com excepção do semestre de 1948) não dizem apenas respeito aos doentes de primeiras inscrições nesse ano, mas referem-se também a um avultado número de doentes já inscritos nos anos anteriores, que anda à volta de 600.

No semestre de 1948 (em que não há inscritos de anos anteriores) a relação entre primeiras consultas e seguintes é sensivelmente de 1 para 4; nos anos seguintes a desproporção aumenta, toman-

QUADRO I

ANO	BENEFICIÁRIOS			FAMILIARES			TOTAIS
	Sexos		TOTAL	Sexos		TOTAL	
	Masc.	Fem.		Masc.	Fem.		
1948 (2.º Sem.)	1215	586	1801	27	65	92	1.893
1949	2315	1039	3354	70	160	230	3.584
1950	2036	824	2860	85	193	276	3.138
1951	2137	1222	3559	138	252	390	3.749
1952	2133	876	3009	178	292	470	3.479
TOTAL	9.836	4.547	14.383	498	962	1.460	15.843

Adoptamos o critério de considerar como primeiras consultas apenas as primeiras inscrições, por nos parecer que, deste modo, será mais concretamente objectivado o movimento do Serviço.

A leitura do quadro permite-nos verificar que o número de beneficiários do sexo masculino que têm procurado as nossas consultas é sensivelmente o mesmo em cada ano, o que já não acontece com os beneficiários do sexo feminino que apresentam diferenças sensíveis de ano a ano, que não podemos explicar. Entre os familiares, todavia, tem-se registado, de ano a ano, aumento de novas inscrições nos dois sexos.

O que fundamentalmente impressiona neste quadro, é a diferença entre o total de beneficiários (90,8%) e o total de familiares (9,2%).

Isto justifica-se pelo facto dos Serviços Médicos-Sociais não darem aos familiares os medicamentos gratuitamente, como o faz para os beneficiários.

No total dos 5 anos, vemos que, entre os beneficiários, o sexo masculino aparece numa percentagem de 68,4 em rela-

Considerando as primeiras inscrições apenas segundo o sexo (somando beneficiários com familiares), vemos o seguinte:

QUADRO II

SEXO	ANOS										TOTAL	%
	1948 (2.º Semestre)		1949		1950		1951		1952			
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%		
MASCULINO	1242	65,7	2885	66,6	2121	67,7	2275	60,7	2311	66,5	10.334	65,3
FEMININO	651	34,3	1199	33,4	1014	32,3	1474	39,3	1168	33,5	5.609	34,7
TOTAL	1.893		3.584		3.138		3.749		3.479		15.843	

Portanto, verifica-se que, anualmente, o sexo masculino frequenta o serviço numa percentagem quase dúpla da do sexo feminino, numa diferença média de 30,6%.

Quanto às consultas seguintes, os números são também muito expressivos: (Vide Quadro III).

do no ano de 1950 maior diferença de 1 para 10. Ora, considerando as razões apontadas de consultas referidas a doentes já inscritos anteriormente, poderemos baixar a relação para 7 ou 5 conforme os anos, valores que deveremos reputar de baixos, considerando a natureza da especialidade e dos seus doentes.

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina
Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTÓXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

QUADRO III

ANO	BENEFICIÁRIOS			FAMILIARES			TOTAL
	Sexo		Total	Sexo		Total	
	Masc.	Fem.		Masc.	Fem.		
1948 (2.º Sem.)	3811	5340	7351	23	53	86	7437
1949	15336	8872	24208	99	549	648	24856
1950	17690	9709	27399	174	1581	1755	29154
1951	13722	8455	27177	322	1696	2018	24195
1952	15849	9963	25812	291	2268	2559	28371
TOTAL	66.408	40.539	106.947	919	6.147	7066	114.013

QUADRO IV

CONSULTAS	ANOS									
	1948 (2.º Sem.)		1949		1950		1951		1952	
	N.º casos	%	N.º casos	%	N.º casos	%	N.º casos	%	N.º casos	%
Primeiras	1893	20,4	3584	12,6	3138	9,7	3749	13,4	3479	12,2
Seguintes	7437	79,6	24856	87,4	29154	90,3	24195	86,6	28371	87,8
TOTAL	9.330	—	28.440	—	32.292	—	27.944	—	31.850	—

Vejamos, agora, os dados estatísticos de doenças diagnosticadas nos 15.843 doentes inscritos:

QUADRO V

SEXO MASCULINO:

DOENÇAS NA PELE	ANOS					TOTAL	%
	1948 2.º (Sem.)	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { par. animais	33	82	67	31	69	282	1007 { 3,4 { 12,2
Doenças parasitárias { par. vegetais	101	179	162	96	187	725	
Doenças por cocos	205	403	442	492	506	—	2048 — 24,9
Tuberculose cutânea e tuberculides	3	16	10	12	10	—	51 — 0,6
Lepra	2	1	3	1	1	—	8 — 0,1
Outras doenças infecciosas	21	44	41	52	55	—	213 — 2,6
Eczema { dermatite de contacto	123	317	234	308	320	1320	1470 { 15,8 { 17,9
Eczema { neurodermite	33	21	44	22	48	168	
Urticária e outras doenças alérgicas	29	165	135	163	192	—	744 — 9,1
Psoríase e outras doenças do tipo eritemato-descamativo	63	42	104	154	180	—	543 — 6,6
Úlcera de perna e doenças relacionadas	57	96	74	88	93	—	408 — 4,9
Neoplasias { benignas	13	21	30	35	44	143	155 { 1,7 { 1,8
Neoplasias { malignas	—	—	2	3	7	12	
Outras doenças na pele e mucosas	190	360	416	245	381	—	1592 — 19,3
TOTAIS	933	1.747	1.764	1.702	2.093	—	8.239 — 100,0



Boa Saude

Para novos e velhos

Para garantir uma assimilação adequada das vitaminas na alimentação dos recém-nascidos ou para corrigir insuficiências de que há suspeitas, nos adultos, em resultado duma alimentação mal doseada, o ABIDEC é o suplemento vitamínico ideal. Quinze a 30 gotas de ABIDEC para os bebés e as crianças (não altera o sabor da alimentação) e uma cápsula de ABIDEC para os adultos, diariamente, bastam para garantir o equilíbrio vitamínico.

Abidec

- Cápsulas — frascos de 30.
- Gotas — frascos conta-gotas de 10 cm³.



PARKE, DAVIS & COMPANY, LIMITED — Inc. U.S.A.

Hounslow, próximo de Londres

Representada em Portugal pela:

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA, S.A.R.L.

Travessa da Espera, 3 — Lisboa

QUADRO VI

DOENÇAS VENÉREAS	A N O S					TOTAL	%
	1948 (2.º Sem.)	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	88	161	105	68	61	— 483	12,5
» tardia	cárdio-vascular	—	—	—	1	— 1	0,0
	nervosa	4	2	—	2	2	10
	outras formas	28	38	10	8	9	93
» latente	122	198	176	182	175	— 848	22,0
» congénita	6	8	9	2	2	— 27	0,7
Blenorragia	77	192	168	290	326	— 1053	27,3
Úlcera mole venérea	152	218	340	240	291	— 1241	32,4
Doença de Nicolas-Favre	14	45	15	12	12	— 98	2,5
TOTAL	491	857	828	805	878	— 3.854	100,0

QUADRO VII

SEXO FEMININO:

DOENÇAS NA PELE	A N O S					TOTAL	%
	1948 (2.º Sem.)	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias	parasitas animais	19	42	43	36	42	182
	parasitas vegetais	39	95	84	13	97	328
Doenças por cocos		81	150	195	218	246	— 890
Tuberculose cutânea e tuberculides		6	12	37	30	26	— 111
Lepra		—	2	—	—	—	— 2
Outras doenças infecciosas		6	20	31	21	20	— 98
Eczema	dermite de contacto	96	220	179	194	191	880
	neurodermite	11	50	37	21	25	144
Urticária e outras doenças alérgicas		87	93	75	119	112	— 486
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato-descamativo		22	8	55	103	106	— 294
Úlcera de perna e doenças relacionadas		89	117	91	75	73	— 445
Neoplasias	benignas	13	23	21	35	38	130
	malignas	—	2	1	—	5	8
Outras doenças na pele e mucosas		79	152	138	127	160	— 656
TOTAL	540	986	987	992	1141	— 4654	— 100,0

QUADRO VIII

DOENÇAS VENÉREAS	A N O S					TOTAL	%
	1948 (2.º sem.)	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	17	46	18	12	12	— 105	— 19,6
» tardia	cárdio-vascular	—	—	—	—	—	0,0
	nervosa	—	1	1	—	—	2
	outras formas	10	21	6	14	10	61
» latente	70	92	34	80	65	— 341	— 63,7
» congénita	2	6	5	—	—	— 13	— 2,4
Blenorragia	—	1	—	1	2	— 4	— 0,7
Úlcera mole venérea	2	1	—	—	1	— 4	— 0,7
Doença de Nicolas-Favre	—	5	—	1	—	— 6	— 1,1
TOTAL	101	173	64	108	90	— 536	— 100,0

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, MICROCO-
COS 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

QUADRO IX

TOTAL DOS DOIS SEXOS :

DOENÇAS NA PELE	ANOS					TOTAL	%			
	1948 (2.º Sem.)	1949	1950	1951	1952					
Doenças parasitárias	parasitas animais	52	124	110	67	111	464	3,6		
	parasitas vegetais	140	274	246	109	284	1053		1517	
Doenças por cocos		286	553	637	710	752	—	2938	22,9	
Tuberculose cutânea e tuberculides		9	28	47	42	36	—	162	1,3	
Lepra		2	3	3	1	1	—	10	0,0	
Outras doenças infecciosas		27	64	72	78	75	—	311	2,4	
Eczema	dermite de contacto	219	537	413	502	511	2182	2494	6,9	
	neurodermite	44	71	81	43	7	312	2,6	19,5	
Urticária e outras doenças alérgicas		176	258	210	282	304	—	1230	9,5	
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato-descamativo		85	50	159	257	286	—	837	6,5	
Úlcera de perna e doenças relacionadas		146	213	165	163	166	—	853	6,4	
Neoplasias	benignas	26	44	51	70	82	273	293	2,1	
	malignas	—	2	3	3	12	20	2,3	0,2	
Outras doenças na pele e mucosas		269	512	554	372	541	—	2248	17,4	
TOTAIS		1.481	2.733	2.751	2.694	3.234	—	12.843	—	100,0

QUADRO X

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS					TOTAL	%		
	1948 (2.º Sem.)	1949	1950	1951	1952				
Sífilis recente	105	207	123	80	73	—	558	13,3	
• tardia	cárdio vascular	—	—	—	1	—	1	0,0	
	nervosa	4	3	1	2	2	12	167	0,3
	outras formas	88	59	16	22	19	154	3,5	
• latente	192	285	210	262	240	—	1189	27,0	
• congénita	8	14	14	2	2	—	40	0,9	
Blenorragia	77	193	168	291	328	—	1057	24,1	
Úlcera mole venérea	154	219	340	240	392	—	1245	28,3	
Doenças de Nicolas-Favre	14	50	15	13	12	—	104	2,3	
TOTAL	592	1030	887	968	968	—	4.390	100,0	

Da leitura destes quadros deduzimos os seguintes factos:

1.º — Embora o número de doenças na pele registadas no sexo masculino seja consideravelmente menor que no sexo feminino, respectivamente 64 % e 36 %,

em relação ao total de doenças na pele nos dois sexos, todavia, verifica-se que a distribuição dos diferentes grupos de doenças nos dois sexos tem sensivelmente a mesma proporção relativa.

2.º — Os grupos das doenças parasi-

tárias e infecciosas figuram com uma percentagem muito elevada em relação às outras doenças na pele (40,4 % no sexo masculino, 35,1 % no sexo feminino e 38,4 % nos dois sexos), facto que deve traduzir um índice do estado da higiene geral do meio em que trabalhamos.

3.º — As doenças dos grupos eczema e alérgicas, dominam o segundo lugar em relação à totalidade das doenças na pele (37,0 % no sexo masculino, 32,4 % no sexo feminino e 29,0 % nos dois sexos). É importante acentuar que, neste grupo, uma grande percentagem de doenças são de natureza profissional e, em virtude da falta de cuidados individuais, com irritações constantes e infecções secundárias, consequentemente mostram acentuada tendência para a recidiva e cronicidade. Este facto constitui um importante problema para os *Serviços Médico-Sociais* por facilmente acarretarem a necessidade de baixa.

4.º — Na rubrica úlcera da perna, o número de casos registados em cada sexo é sensivelmente igual; porém, os seus valores relativos acusam um manifesto predomínio no sexo feminino de quase 50 % (49 % no sexo masculino e 9,6 no sexo feminino). A úlcera da perna constitui também um problema importante para os *Serviço Médico-Sociais*, pois na maioria dos casos obriga a baixa durante longo tempo.

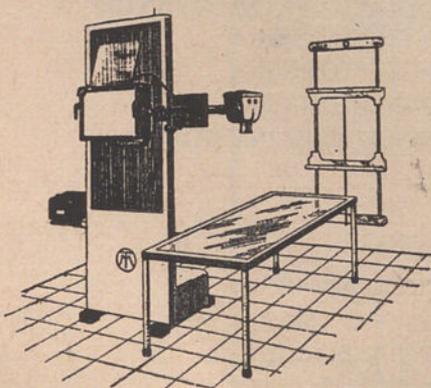
5.º — A comparação do valor global de doenças venéreas nos dois sexos impressiona, pela manifesta diferença de casos registados em cada sexo: 87,8 % no sexo masculino e 12,2 % no sexo feminino, considerando o total de doenças venéreas nos dois sexos.

Este facto é de extraordinária importância em relação à epidemiologia das respectivas doenças e merecia particular estudo que, neste momento, está fora do âmbito deste trabalho.

6.º — É importante salientar a diminuição de casos de *sífilis recente* que de ano a ano temos registado, ao contrário da *sífilis latente* que se mantém sensivelmente com os mesmos valores absolutos e relativos. Isto poderá justificar-se pelos tratamentos intempestivos e insuficientes que despistam a *sífilis recente* e a fazem progredir para os períodos latentes e tardios.

Classificámos como *sífilis latente* apenas os casos de *sífilis* com mais de 4 anos de evolução, com reacções serológicas positivas e sem outros quaisquer sintomas ou manifestação de doença.

7.º — A *sífilis*, é entre as doenças venéreas aquela que se regista com mais elevada percentagem, 45,0 em relação ao



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA — Tel. 25701 — (Fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — Em COIMBRA: FARIAS, LDA.

nova conveniência na terapêutica de largo espectro

Fáceis de engolir, as drageias de Terramicina dão uma flexibilidade à administração durante períodos prolongados e são especialmente indicadas para tratamento eficaz e bem tolerado dos doentes que preferem drageias a qualquer outra forma oral.

*Apresentação: Frascos de 8, 16 e 100 drageias a 250 mg.
Frasco de 25 drageias a 100 e 50 mg.*

Terramicina
MARCA DA OXITETRACICLINA ANFÓTERA

Pfizer



PFIZER INTERNATIONAL SERVICE CO. INC.
25, BROAD STREET, NEW YORK 4, N. Y.

TERRAMICINA
PENICILINA
ESTREPTOMICINA
DIHIDROESTREPTOMICINA
COMBIÓTICO
BACITRACINA
POLIMIXINA

Unicos Distribuidores:

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
LISBOA

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

total de doenças venéreas dos dois sexos; considerando cada sexo em separado, a diferença é de 37,8% no sexo masculino e 97,5% no sexo feminino. Isto resulta, principalmente, da quase ausência de registro de outras doenças venéreas no sexo

76,9% em 1952), porquanto nas doenças venéreas tem-se comprovado sensível diminuição (28,5% em 1948 para 23,1% em 1952).

A leitura do último quadro, permite-nos também avaliar da relação entre

doenças venéreas e doenças na pele, que é quase de 1/3.

Vejam qual a distribuição das doenças em beneficiários e familiares, em cada um destes grupos, segundo o sexo: (vide quadro 12).

Verifica-se que, em valores absolutos e relativos, a representação dos familiares em relação aos beneficiários é extremamente reduzida, numa percentagem apenas de 7,4 em relação ao total de doenças, facto que deve ter a mesma explicação já atrás referida a propósito das consultas.

Finalmente, para terminar esta resumida apreciação estatística do Serviço, resta-nos ver os números referentes a tratamentos realizados pelos médicos ou farmagem: (vide quadro 13).

As injeções são quase exclusivamente endovenosas; os pensos e tratamentos diversos, referem-se a cada doente, não entrando em conta, como é lógico, o número de pensos, que, por ventura, cada doente necessita.

QUADRO XI

TOTAL DE DOENÇAS:

DOENÇAS	A N O S										TOTAL	%
	1948 (2.º semes.)		1949		1950		1951		1952			
	N.º casos	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Doenças na pele	1481	71,5	2233	72,7	2751	75,7	2694	74,7	3234	76,9	12.893	74,6
Doenças venéreas	592	28,5	1030	27,3	887	24,3	913	25,3	968	23,1	4.390	25,4
TOTAL	2.073	100,0	3.263	100,0	3.638	100,0	3.607	100,0	4.202	100,2	16.283	100,0

feminino. Em relação ao total de doenças (pele e venéreas: 17.233), a sífilis é registada numa percentagem de 11,5.

8.º — A úlcera mole venérea e suas complicações aparece logo a seguir à sífilis, numa percentagem de 28,4, e referida quase praticamente ao sexo masculino, sendo curioso que de ano a ano tem aumentado quer em valores absolutos quer relativos.

9.º — A blenorragia aparece em terceiro lugar, com 24,1% sendo praticamente devida a casos registados no sexo masculino. É importante verificar o progressivo aumento de casos que de ano a ano temos registado e para cuja explicação ainda não temos uma opinião concreta.

Posto isto, resta-nos comparar o movimento de doenças na pele e venéreas de ano a ano. (Vide Quadro XI).

Verificámos que, se em valores absolutos, o número de doenças na pele e venéreas tem aumentado de ano a ano, a verdade é que o aumento só se tem verificado nas doenças dermatológicas propriamente ditas, (de 71,5% em 1948 para

QUADRO XII

DOENÇAS	DOENTES	SEXO	A N O S										TOTAL	%
			1948 (2.º Sem)		1949		1950		1951		1952			
			N.º Casos	%	N.º Casos	%	N.º Casos	%	N.º Casos	%	N.º Casos	%		
Na pele	Benef.º	M	896	60,5	1682	61,7	1697	61,7	1616	60,0	1950	60,2	7.841	60,8
		F	492	33,2	847	30,9	789	28,6	814	30,0	878	27,2	3.820	29,6
	Famil.	M	37	2,5	65	2,5	67	2,5	86	3,3	143	4,4	398	3,0
		F	56	3,8	139	5,1	198	7,2	178	6,7	263	8,2	834	6,6
TOTAL			1.481	100,0	2.733	100,0	2.751	100,0	2.694	100,0	3.234	100,0	12.893	100,0
Venéreas	Benef.º	M	488	82,5	855	83,0	822	92,6	804	88,1	876	90,5	3.845	87,6
		F	95	16,0	170	16,5	57	6,5	91	9,9	79	8,2	492	11,2
	Famil.	M	3	0,5	2	0,2	1	0,1	1	0,1	2	0,2	9	0,2
		F	6	1,0	3	0,3	17	1,9	17	1,9	41	1,1	44	1,0
TOTAL			592	100,0	1.030	100,0	887	100,0	913	100,0	968	100,0	4.390	100,0

QUADRO XIII

TRATAMENTOS	A N O S															TOTAL		
	1948 (2.º Sem.)			1949			1950			1951			1952			M.	F.	M/F
	Sexo			Sexo			Sexo			Sexo			Sexo					
	M.	F.	M/F.	M.	F.	M/F.	M.	F.	M/F.	M.	F.	M/F.	M.	F.	M/F.			
Injeções diversas	137	82	219	5437	2465	7.902	6210	3140	9.350	5493	3217	8.710	3707	2780	6.487	31.773	895	32.668
Pensos e tratamentos	1680	1611	3.291	1068	7712	8.780	12620	10762	23.382	14074	11658	25.732	14778	14167	28.945	82.889	7741	90.130
TOTAL	1.817	1.693	3.510	6.505	10.177	16.682	18.830	18.902	32.732	19.567	14.875	34.442	18.485	16.947	35.432	114.162	8.636	122.798

Para a quimioterapia das
infecções com aeróbios e anaeróbios

Supronal

(Solu-Supronal)

A sulfamida com intensidade
de acção ainda não excedida

Embalagens originais
Tubo com 20 comprimidos de 0,5 g cada
Caixa com 5 ampolas de 10 cm³ (= 2 g) cada
para aplicação endovenosa

Na gripe e constipação

Quinaspina

(quinino 0,03 g + Aspirina 0,25 g)

com efeito rápido e abortivo

Embalagem original
tubo com 10 drágeas

Nas dores de qualquer origem

Dolviran

(fenacetina + Aspirina + fosfato de codeína + cafeína + Luminal)

também eficaz em estados
dolorosos mais intensos

Embalagem original
tubo com 20 comprimidos



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal: »Bayer«, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2º Lisboa

Círculo de Estudos de Deontologia Médica

Por iniciativa do Círculo de Estudos de Deontologia Médica, foi exibido no cinema Império, em Lisboa, o filme «O grande cirurgião», o qual foi comentado pelo Prof. Cid dos Santos.

O Prof. Cid dos Santos referiu-se ao carácter universal da Medicina e aos encontros quase diários com ela, popularizando-a ainda mais do que a política.

Apesar desse contacto — disse — o público não conhece os médicos, a Medicina e as suas instituições, pois cada pessoa a vê através dos encontros tão diversos, felizes uns, infelizes outros. Cada pessoa julga o conjunto através da sua experiência, da sua sensibilidade e da sua capacidade de compreensão e apreensão. Por tudo isso, o público conhece o grande edifício da Medicina apenas pela fachada informe e, se nele logra penetrar, entrevê, quando muito, um dos seus sectores.

O orador aludiu depois à ânsia com que, na nossa época, se deseja saber tudo e de tudo. Ao entrar no assunto do seu comentário — a apreciação do filme — declarou que o título estava errado. Chama-se em francês «Un grand Patron» e, em português «Um grande Cirurgião». A tradução deturpa o significado do título original e da própria obra. «Un grande Patron» não é «Um grande Cirurgião». É «Um grande Chefe», é «Um grande Patrão», o que tem significado preciso e claro na linguagem médica francesa..

Descreveu a significação de cada um daqueles termos, citando a propósito, figuras «que foram grandes patrões médicos do fim do século XIX». E acentuou:

Fui discípulo de dois grandes patrões — Reinaldo dos Santos e Leriche, dos quais, mais tarde, outros falarão como eu hoje falo dos que, para além do túmulo, prolongaram a sua influência, os seus princípios, o seu ensino e o seu exemplo. Infelizmente a época actual não é propícia ao desenvolvimento desta raça».

Deteve-se na apreciação técnica, do ponto de vista médico, do filme, afirmando que, se não corresponde ao que dele se quis, quanto à apresentação de um «Grande patrão» ou de um semideus, não há dúvida de que, o título mal traduzido, se tornou bem ajustado à personagem, o grande cirurgião. Mais adiante, o Prof. Cid dos Santos aludiu a algumas cenas do filme, pondo em relevo a verdade da sala de operações, no decorrer de uma. E chamou a atenção para o acidente fatal sobre a mesa de operações, o qual é dos que mais pesam sobre o operador, mesmo quando não lhe cabe a mais leve culpa. E acentuou: — Nada mais pesado a um cirurgião do que uma morte operatória. Nada mais esgotante, sobretudo quando não se trata de um caso perdido. Declarou que a sua repercussão física, enorme, é desconhecida dos que não são cirurgiões. Um cirurgião pode trabalhar dias inteiros e praticar as operações mais esgotantes sem sentir qualquer cansaço. Mas quando sobrevem uma morte operatória, então parece que desabam sobre o corpo anos de cansaço, reprimido ou ignorado. Então o corpo envelhece subitamente e o espírito obscurece-se sob esse peso terrível. Assinalou ser esse um dos aspectos mais bem tratados no filme.

No final da sua dissertação, o Prof. Cid dos Santos voltou a ser demoradamente aplaudido

O centenário do nascimento do Dr. Gama Pinto

Promovida pela Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, teve lugar no dia 12, no Instituto de Oftalmologia «Dr. Gama Pinto», a cerimónia da inauguração do Serviço de Ortóptica, integrada nas comemorações do centenário do nascimento do patrono daquele Instituto.

Destinado ao estudo e terapêutica do estrabismo, o Serviço de Ortóptica é um importante melhoramento, que constitui uma nova secção daquele estabelecimento de ensino. A cerimónia teve a assistência do Prof. Gustavo Cordeiro Ramos e Dr. José Gomes Branco, respectivamente, presidente e secretário-adjunto do I.A.C., a cujo patrocínio se deve a criação do novo Serviço; dos Profs. Toscano Rico, Joaquim Fontes, Barbosa Soeiro, Cunha Vaz e Silva Pinto, do Dr. Fernando Correia; Prof. Favalaro, da Universidade de Catânia, de muitos médicos, estudantes de Medicina, etc.

Após uma visita ao Instituto, no decorrer da qual o respectivo director Prof. Lopes de Andrade, elucidou os visitantes de tudo quanto iam vendo, procedeu-se à inauguração do Serviço de Ortóptica, seguindo-se, na sala de aula do Instituto, uma sessão solene, à qual presidiu o Prof. Gustavo Cordeiro Ramos, ladeado pelos Profs. Toscano Rico e Lopes de Andrade. Este, abrindo a sessão em nome do presidente, começou por pôr em evidência o facto de o Instituto Oftalmológico, na sua longa vida de 62 anos, não se haver nunca afastado da linha que o Dr. Gama Pinto traçou: seriedade científica e clínica, sentido de utilidade e de progresso norteado pelo ideal do ensino, dentro das normas de uma instituição universitária.

Prosseguindo, o director do Instituto referiu largamente os grandes serviços prestados à nação pelo estabelecimento fundado por Gama Pinto, documentando as suas afirmações com numerosas e elucidativas estatísticas.

Seguidamente, falou o Prof. Favalaro, que fez uma conferência subordinada ao tema «Fisiopatologia da córnea», na qual, depois de prestar homenagem à obra da clínica universitária em que tinha a honra de se encontrar, expôs conceitos pessoais de grande interesse e que a assistência muito apreciou.

À tarde houve uma sessão científica em que foram apresentados os seguintes trabalhos da especialidade: Prof. Silva Pinto, do Porto, «Acerca da anatómo-fisiologia da membrana de Descemet»; Prof. Lopes de Andrade, «A iridocleisis no quadro das operações anti-glaucomatosas»; Prof. Cunha Vaz, de Coimbra, «Contribuição para a implantação da lente de Ridley»; Dr. Cavaleiro de Ferreira, oftalmologista dos H. C. L., «A ciclodialise no tratamento do glaucoma crónico»; Dr. Santana Leite «Lesões oculares no *Cor Pulmonale crónico*»; Dr. Santos Rebordão, «A vitamina D₂ no síndrome escrofuloso ocular»; Dr. Ribeiro Breda, «Buracos da mácula»; e Dr. Simões e Sá, «Aspectos oculares da coloração vital pelo azul de metilene (administração terapêutica)».

BROMOCALCIUM

BARRAL

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE
BROMO E DE CÁLCIO
ISENTA DE FENÓMENOS DE BROMISMO

NEVROSES / PSICOSES COM EXCITAÇÃO
E INSÓNIA / EPILEPSIA / HIPERTENSÃO /
ALERGIA - E ESTADOS ANAFILÁCTICOS /
COQUELUCHE, ETC.

GRANULADO-INJECTÁVEL

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

Homenagem ao Dr. Fernando Aroso

No Salão Nobre da Misericórdia de Matosinhos, realizou-se no dia 27 de Dezembro último uma sessão de homenagem ao distinto clínico Dr. Fernando Aroso, que há 20 anos preside à Câmara Municipal daquele concelho. Descerrou-se o seu retrato e tomaram a palavra, enaltecendo as qualidades do homenageado, os grandes serviços que tem prestado à Misericórdia (sobretudo ao seu Hospital) e o aprumo, distinção e desinteresse com que tem servido o concelho, o actual Provedor, o distinto clínico Dr. Eugénio Franco, o antigo provedor capitão-médico Dr. Macias Teixeira, o Snr. Abade de Matosinhos, o vice-presidente da Câmara Municipal Dr. Quelhas Lima e o Dr. Braga da Cruz, governador civil do Porto (representando o Snr. Ministro do Interior, que não pôde comparecer), que presidiu à sessão, tendo a seus lados, no estrado da presidência, o homenageado (que no final agradeceu), rev.º Martins Fernandes, comandante Joaquim Costa, Dr. Mário Cardia (director clínico do Hospital de Matosinhos), Dr. Eugénio Franco, Dr. Macias Teixeira, e vereadores da Câmara Municipal.

Entre o resto da assistência, que era numerosa (enchendo completamente o vasto salão), contavam-se as personalidades de maior destaque no concelho e representantes dos organismos locais.

Além de salientarem a justiça e a oportunidade da homenagem que se estava prestando ao Dr. Fernando Aroso, os diversos oradores puzeram em foco

a importância da Misericórdia de Matosinhos, a excelente situação em que se encontra e o grande desenvolvimento que tem tomado, nos últimos anos, os vários organismos da Misericórdia, sobretudo o seu Hospital. A este respeito, o antigo provedor Dr. Macias Teixeira referiu inúmeras estatísticas que mostram os progressos que foi possível realizar no Hospital enquanto presidiu aos destinos da Misericórdia e o grande auxílio que, para se conseguirem esses progressos, dispensou a Câmara Municipal da presidência do homenageado. O governador civil do Porto, Dr. Braga da Cruz, também se referiu, com os maiores elogios, ao Hospital de Matosinhos, lembrando as referências que, alguns anos antes, o Dr. Trigo de Negreiros, então Subsecretário de Estado da Assistência Social, fez a propósito deste Hospital, que ele apontou como exemplo de boa administração e de excepcionais estatísticas quanto aos resultados obtidos com o tratamento dos doentes e sua pequena permanência no Hospital. Depois, ainda mais se acentuaram os progressos — diz o Dr. Braga da Cruz — e o Hospital de Matosinhos, com o seu alto nível técnico e científico e a excelência da sua administração, ocupa um lugar muito honroso entre os hospitais portugueses.

O Dr. Fernando Aroso também se referiu aos grandes serviços que presta o Hospital e apelou para todos os matosinhenses no sentido de ajudarem a que

se construa muito brevemente o novo Hospital, pelo qual muito se interessa o Snr. Ministro do Interior, que há alguns meses, visitando o actual Hospital, apontou a necessidade de se construir um novo edifício, ao lado do actual, que será destinado a outros fins assistenciais.

FALECIMENTOS

Dr. Abel da Cunha Valle

Faleceu, súbitamente, em Lamasosa o Dr. Abel Emílio da Cunha Valle, de 56 anos, natural de Vila Nova de Cerveira, onde exercia a sua actividade clínica.

O Dr. Abel da Cunha Valle havia saído daquela vila na antevéspera do seu falecimento, acompanhado por sua esposa e filhos, a fim de assistir, em Lamasosa, ao casamento de uma sobrinha. A sua morte foi profundamente sentida naquele concelho e nos arredores visto o finado ser muito estimado, não só pela nobreza do seu carácter, mas também pelos relevantes serviços que prestou à Humanidade, principalmente à pobreza. O Dr. Abel Valle desempenhou vários cargos oficiais e era agora médico municipal daquela vila, operador do hospital da Misericórdia, médico da C. P. e da Casa do Povo de Lanhelas, presidente do Grémio da Lavoura local e oficial da Legião Portuguesa.



HEPATOTERAPIA



UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.
DIVISÃO FARMACÉUTICA
BRUXELAS (Bélgica)

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
SECÇÃO DE REPRESENTAÇÕES
LISBOA

MECOSITOL

um regulador do metabolismo da célula hepática.
Xarope com colina, metionina, inositol,
complexo B, vitaminas B₁₂, B₆ e E.
Frascos de 150 cm³.

METHIONINE U. C. B.

um protector e regenerador da célula hepática.
Embalagens de 20 e 50 comprimidos de 0,5 g.

EREBILE

ácido biliar natural, colagogo e colerético.
Ácido deidrocolico.
Tubos de 20 comprimidos.
Caixas de 6 ampolas.

Amostras e literatura a pedido

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 4 a 10 de Janeiro)

Dia 4 — Em Lisboa inaugura-se, de manhã no Hospital de Arroios o VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário.

Faz a primeira lição o Dr. Alfredo Franco, que fala sobre «O tratamento da hipertensão arterial».

A tarde efectua-se uma visita ao novo Hospital Escolar.

— No salão da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa realiza-se mais uma sessão científica da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, que é presidida pelo Prof. Celestino da Costa.

Fala em primeiro lugar o Dr. Kirio Gomes que faz uma comunicação intitulada «Síndrome de Stein-Leventhal».

A seguir os Drs. Luís Botelho, Mário Fernandez, Freire da Cruz e Magalhães Colaço, intervêm no debate referente a «Um caso de provável síndrome de Turner».

— Ainda em Lisboa, às 22 horas, na Maternidade Alfredo da Costa reúne a Sociedade Portuguesa de Pediatria com a seguinte ordem de trabalhos: «Mais um caso de anemia de Cooley» pelos Drs. Manuel Cordeiro Ferreira e Virgílio Tavares e discussão do relatório da comissão nomeada para estudar por doenças infecciosas e da ficha sanitária proposta pelo Dr. M. Farmhouse.

5 — Em Lisboa, na sala da biblioteca do Hospital de Santa Marta, o Dr. Leon Unger, professor de clínica médica da Faculdade de Medicina de Chicago faz, às 11 horas, uma conferência subordinada ao tema «Asma brônquica, seu diagnóstico, tratamento e complicações».

— Continuam os trabalhos do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário. Prosseguem no Hospital Curry Cabral, com uma lição, sobre o tema «O eczema», pelo Prof. Dr. Juvenal Esteves.

A tarde, na Ordem dos Médicos, realiza-se uma reunião científica destinada à discussão sobre a «Cortisona». O tema é apresentado pelos Drs. Sá Marques, Adolfo Coelho, Neiva Vieira e Norton Brandão, intervindo no debate alguns dos 25 médicos que frequentam o curso.

— Pela pasta das Obras Públicas são concedidas as seguintes participações provenientes do «Fundo do Desemprego»: à Comissão Municipal de Assistência de Proença-a-Nova, para construção de um edifício hospitalar, 21.500\$00; à Comissão Administrativa do Hospital Municipal de

Condeixa-a-Nova, para obras de beneficiação do edifício, 2.300\$00; e à Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos, para construção do posto hospitalar, reforço 22.055\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Tavira para novas obras de beneficiação do seu hospital 155.000\$00; à Santa Casa de Vila Nova de Ourém, para aquisição de um aparelho de Raios X destinado ao seu hospital, 22.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca de Xira, para construção de uma lavandaria e arrecadações destinadas ao pessoal, reforço 7.650\$00.

— São admitidos, mediante concurso para médicos da Armada, por ordem de valores, os Drs. Félix António, Silva do Amaral, Cabral de Abreu, Luís Santa Bárbara, Alegre Branco, César Vieira, Guerreiro Gois, Veiga Montes, Abraão Esaguy, Periera Rios Henriques Martins e José Pereira Vaz.

6 — Com a presença dos Ministro do Exército e Subsecretário de Estado das Obras Públicas é inaugurado o Hospital Subregional de Castendo.

— Continua em Lisboa o VI Curso de Aperfeiçoamento. No Hospital de Arroios profere a sua lição sobre «Feridas» o Dr. Ramos Dias. No final trava-se viva discussão entre o conferente e os médicos assistentes ao curso sobre a matéria versada.

A tarde, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, o chefe do Laboratório de Bacteriologia, Dr. Arnaldo Sampaio, faz uma lição intitulada «A gripe como problema de saúde pública».

7 — Em Lisboa, no anfiteatro principal do Instituto Português de Oncologia, perante muitos professores, alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa e enfermeiras especializadas faz à noite uma conferência o presidente da Comissão Administrativa do I. P. O., Prof. Dr. Francisco Gentil, intitulada «O cancro da língua».

— O Dr. Miranda Rodrigues, profere, às 9 horas, no Hospital dos Capuchos, uma lição sobre «Epilepsias», integrada no programa do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário.

As 15 horas, na Ordem dos Médicos, efectua-se uma conferência de mesa redonda, para discussão sobre antibióticos, tendo usado da palavra, entre outros, os Prof. Juvenal Esteves e Drs. Ivaldo da Fonseca, Fernando Rodrigues, Torres Pereira, Campos Henrique e Mário de Alenquer.

8 — Em Lisboa, prosseguem os trabalhos do Curso. As 8 e 30, no Instituto Português de Oncologia os Drs. Baptista de Sousa, Neves da Silva, Mário de Andrade e Carlos Rebelo, falam sobre «O cancro do recto e o seu diagnóstico precoce». A tarde,

no «Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge», são dadas lições pelos Drs. Fausto Raul de Almada Lencastre Cruz de Campos e Caiola da Mota, que falam, respectivamente, de «estigmas de insuficiência alimentar» e «diagnóstico e terapêutica das bruceloses».

9 — Em Coimbra, o corpo clínico e demais pessoal do Hospital Militar Regional n.º 2 presta homenagem ao seu director, tenente-coronel Dr. Vasco Sanches, que atinge o limite de idade..

— Em Lisboa prossegue o Curso. Pela manhã, na segunda clínica médica do Hospital de Santa Marta, faz uma lição o Dr. Paula Nogueira que apresenta os aspectos clínicos das «Focomatozes». Seguidamente o Dr. J. Pimentel trata da parte anatómico-patológica da doença, mostrando algumas microfotografias, e o Dr. Henrique Moutinho foca o aspecto do fundo do olho das diferentes focomatozes, ilustrando o seu trabalho com algumas retinografias.

Estrangeiro

Morreu o Dr. Erich Seligman, bacteriologista do Beth-Israel Hospital, de Nova Iorque. Foi colaborador de Koch.

— Na Basileia iniciou-se, a 4 do corrente, um curso de medicina militar.

AGENDA

Portugal

O Dr. Carlos Alvim, que dirigiu serviços de Saúde na Índia Portuguesa, vai exercer idênticas funções em Moçambique.

— Na Ordem dos Médicos aceitam-se inscrições de médicos e cirurgiões portugueses que se queiram candidatar ao Prémio Internacional de Genética de 1954, por iniciativa da Fundação — Prémio André Dreyfus.

— Na Casa da Moeda, em Lisboa, vai ser cunhada a medalha comemorativa do primeiro aniversário do falecimento do Dr. Mac-Bride, da autoria do escultor João Silva.

Estrangeiro

Em Londres, a 16 de Janeiro, reúne a Sociedade de Bioquímica.

— Em Chicago, a 22, reúne a Sociedade americana para a Cirurgia da Mão.

— Em Londres, dia 27, reúne a secção de endocrinologia da Real Sociedade de Medicina.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 2-1-54 a 6-1-54)

4-1

Dr. António Godnjko Mónica — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de médico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa com o de interno graduado dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

6-1

A Câmara Municipal de Poiares deliberou nomear para o cargo de médico municipal do partido único do concelho, com sede em Vila Nova de Poiares, o Dr. Augusto Martins Inácio.

MARTINHO & CIA.

Tudo que interessa à medicina e cirurgia.

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

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. 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 Bossa (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 Padesca, 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 Antitrombotomática do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António, José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

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 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

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 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

