

SETEMBRO
DE 1962

—
PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.º Série

—
N.º 7

Higiene mental e problemas da educação VII

A PSIQUIATRIA E A SOCIEDADE MODERNA III
(conclusão)

OS DESPORTOS E A SAUDE

OS ESTADOS DE EXCITAÇÃO

Os concursos — As competições

AS GLICOSURIAS ALIMENTARES

AS DORES DO ESTÔMAGO

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

Sala
Est.
Tab.
N.º

Os «Estudos»

Este número é o sétimo da nova série, a 4.^a série dos «Estudos».

A 1.^a série, foi constituída por várias monografias, já esgotadas.

A 2.^a série tratou nos números 1 a 7, dos problemas ligados à inteligência e à memória, nos números 8 a 14 de ensaios de psicopatologia e nos números 15 a 32 de estudos sobre o optimismo e o pessimismo.

A 3.^a série foi especialmente dedicada a estudos sobre os desportos e a sua acção sobre o organismo; no entanto também se ocupou de vários estudos sobre medicina.

Nos n.^{os} 1 a 7 ocupou-se da acção dos jogos e dos desportos sobre a saúde nos diversos períodos da vida. Nos n.^{os} 8 a 20 ocupou-se de problemas da acção terapêutica dos exercícios físicos; a obesidade e o emagrecimento; problemas da alimentação nos desportos, durante os treinos.

Nos n.^{os} 21 a 31 ocupámo-nos dos treinos, relação entre treino e adaptação, as ginásticas harmónica e coreográfica e os desportos que convém à mulher; a educação física na mulher e na criança; a dança, desde a mais remota antiguidade; efeitos dos exercícios na «segunda idade»; o envelhecimento normal e a velhice precoce; progresso da saúde dos últimos anos e insuficiências físicas dos desportistas e recuperação para o desporto.

A colecção destes números constitui um estudo detalhado e com muito interesse para todos os que desejam aumentar os seus conhecimentos gerais e se interessam pelos desportos.

A 4.^a série será publicada para divulgação dos princípios de higiene mental, problema que está actualmente preocupando todo o mundo e sobre o qual se têm reunido congressos médicos e de psicólogos em vários países; efectivamente as perturbações causadas pela «guerra fria» têm provocado tão grande número de perturbações psíquicas e sociais, que este problema passou já do campo pessoal para o campo social; uma grande parte das doenças do coração e das doenças mentais são provocadas por falta de conhecimento dos princípios de higiene mental e os efeitos desta perturbação social estão-se reflectindo assustadoramente na saúde dos indivíduos, de tal forma que constitui hoje uma preocupação permanente dos médicos e dos doentes.

Esta série de artigos é pois mais útil para conhecimento dos professores e dos pais e educandos do que dos médicos, cuja atenção tem sido chamada há muito tempo para estes graves problemas, que conhecem.

Depois de continuarmos com o estudo de vários problemas sobre psicologia social, passaremos a um estudo mais circunstanciado sobre educação da criança, complexos de inferioridade, compensações, métodos de superiorização, etc., praticamente da construção psíquica do futuro homem ou mulher.

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

Higiene mental e problemas da educação

VII

A PSIQUIATRIA E A SOCIEDADE MODERNA

III

(Conclusão)

Nos artigos que publicámos nos números anteriores tentámos desenvolver este problema começando por estudar a extensão das perturbações psíquicas e mentais da sociedade em que vivemos, as suas causas e efeitos, quer no indivíduo, quer na sociedade actual e a evolução da psiquiatria e do papel do psiquiatra.

A seguir, no segundo artigo apresentámos os números estatísticos resultantes dos estudos que se têm feito sobre este problema, a classificação das principais perturbações nervosas e mentais e as conclusões respeitantes a essas estatísticas.

A seguir e ainda no número anterior, começámos a apresentar algumas conclusões e enunciámos o seguinte problema: — *As transformações por que tem passado a nossa sociedade ocidental, e que continua evolucionando, podem ter próxima ligação com o novo aspecto psíquico e patológico da sociedade moderna?*

Para procurar chegar a conclusões, passámos em revista os principais factores que têm determinado a transformação psico-social da nossa sociedade, com a transformação ou criação de vários problemas, como o da miséria, o desaparecimento da diferenciação nítida das classes sociais, que se vão fundindo, os gravísimos problemas derivados das migrações das populações, quer dentro de um país, quer para outros países, os problemas da urbanização, o começo da dispersão da família.



que era um «clan» e que se vai transformando em um grupo de pessoas e a sua consequência final, a sua desagregação.

Todas estas transformações acarretam consigo perturbações no psiquismo individual e a sua transferência para o meio em que vivemos, criando novos problemas psico-sociais que, por seu turno, em círculo vicioso, influem e agravam as perturbações do psiquismo individual por já receberem a influência dos outros elementos, cujo somatório constitui a *sociedade moderna*.

Já em artigos anteriores nos referimos aos meios que é necessário empregar para tentar criar um dique a toda esta desagregação, criando a «pessoa forte» e, em consequência, fortalecendo a família e a sociedade. O primeiro cuidado profilático é evitar todos os estados de excitação ou de depressão, começo dos desarranjos psicológicos, que levam à formação de doenças psíquicas. Como afirmámos em artigo anterior, é esta uma preocupação actual de todos os médicos, psiquiatras e sociólogos e, por isso, são cada dia mais frequentes os congressos onde estes problemas se debatem e onde se procura contrariar um mal que, perturbando o meio em que vivemos, sempre nos atinje, directa ou indirectamente.

O homem moderno, seja qual for o seu nível social, é atraído para as novas invenções criadas pela técnica, como a rádio, o automóvel, a televisão, o cinema, as viagens, etc. Já não pensa unicamente na sua fome, que era o problema primordial do homem primitivo; procura a satisfação de novos desejos e vive em um estado permanente de insatisfação ou de frustração, de onde nasce o espírito de competição e de inveja, tão comum nas várias actividades, nos escritórios e oficinas.

Citámos estes factos para mostrar como se vai desenvolvendo o «estado de tensão espiritual», do indivíduo, para o meio social em que vive; existem porém muitas outras causas que facilitam este «estado». O homem está hoje sujeito a um «*bombardamento sensorial*» constante e, incapaz como antigamente de ter um trabalho monótono, não pode viver senão mobilizando a sua atenção. É comum falar na «aceleração do ritmo de vida» que é uma realidade provavelmente patogénica; obrigando a participar neste *ritmo de vida*, neste *bombardamento sensorial*, que os meios de comunicação e de informação lhe impõem, arrisca-se a não estabelecer laços de contacto com os outros senão a distância e em estado de insegurança relativa.

Procura-se explicar este estado de desequilíbrio psíquico generalizado, que muitos sentem em si próprios e no meio que os cerca, pelas tensões políticas, pela oposição entre o Ocidente e o Oriente, pela guerra fria, bomba atómica, a qual é uma grande calamidade se explodir na Rússia e um incidente sem importância se explodir nos Estados Unidos, ou reciprocamente, conforme o estado psíquico político de cada um. O homem viveu sempre uma existência ameaçada por forças que não podia

dominar; só há pouco tem na sua mão um meio de comandar parte dessas forças. É muito difícil saber se o medo de uma guerra de destruição ou da bomba atômica corresponde a um perigo real ou se não investimos neste estado de angústia outras angústias de outras origens, que os responsáveis por este estado psicológico fariam bem em o evitar ou dissipar. O sadismo tem limites, mesmo em política.

Além destas causas existem muitas outras que poderíamos desenvolver neste estudo, mas que não modificariam a essência do problema.

Como poderemos, pois responder à pergunta com que iniciámos este artigo: — *As transformações porque tem passado a nossa sociedade ocidental e que continua evolucionando, podem ter próxima ligação com o novo aspecto psíquico e patológico da sociedade moderna?*

Se o homem não é sòmente uma personalidade física e psíquica, isolado, mas se devemos admitir que ele é também, como afirma *Karl Marx* «em substância, a soma das relações sociais que ele mesmo estabelece», pode-se concluir que as modificações rápidas e profundas do mundo material, social e psíquico no qual vive, podem contribuir para provocar desadaptações e perturbações psíquicas. A nossa vida e as nossas doenças estão sempre em relação com as outras pessoas; isto é um dos factores de origem patogénica destas anomalias.

Não podemos ir mais longe! Estão se produzindo três movimentos simultâneos, que são as transformações sociais, uma maior sensibilidade do nosso mundo para as anomalias psíquicas e o facto de que hoje podemos mais facilmente estudá-las e de que a psiquiatria já lhes pode trazer algum tratamento. Estas três tendências são convergentes e são talvez responsáveis — cada uma por si —, de esta recrudescência de certas categorias de perturbações psíquicas.

Há já algum meio para remediar este estado de coisas? — O médico pode actuar sobre o homem doente; as novas descobertas da terapêutica psiquiátrica, tanto biológicas, como medicamentosas, abriram perspectivas muito animadoras no campo da investigação; vamos já conhecendo as dimensões sociais, pelo estudo das estatísticas. Alguns tratamentos, como os psicoterápicos de grupo, procuram resolver as incidências sociológicas; o mesmo sucede com as readaptações dos doentes no seu meio familiar e na indústria.

É provável que a nossa sociedade ocidental comece a ligar a devida importância a estes problemas e às soluções parciais que têm sido propostas. Algumas, sem as discutir, pelo seu melindre, como a da limitação dos nascimentos (o *Birth-Control*), o esforço para manter o contrôle na família, o problema da habitação, etc.; todos estes problemas devem integrar-se em uma acção geral concertada e inteligente, que necessita de uma larga colaboração e um atento conhecimento dos problemas que tratámos nestes três artigos.

Todos estes esforços terapêuticos e profilácticos para o tratamento seriam mais fáceis se a opinião comum a respeito das doenças mentais pudesse evolucionar.

Nós herdámos tradições culturais transmitidas através de séculos. Não nos referimos aos tempos muito remotos; parece no entanto que nos primeiros dez séculos da Era Cristã a sociedade já tinha admitido o desequilíbrio psíquico; davam-se-lhe sobretudo significações sobrenaturais, mágicas, benéficas ou malélicas. Na Idade Média e até há pouco tempo, encerravam-se os leprosos, objecto de horror e receio pelo contágio; agora, já se lhes permite o tratamento em liberdade vigiada; mas é se ainda menos tolerante para com os doentes mentais. *Michel Foucault* mostra na sua «História da Loucura na Idade Clássica» como as histórias e as imagens místicas da «*Nave dos loucos*, *Narrenschiff*, *Stultifera navis*» correspondem ainda à realidade da vida errante destes desgraçados, expulsos de uma terra para a outra, mas ainda não encerrados; mas ao mesmo tempo eles levavam consigo, em parte, o aspecto divino ou satânico da loucura.

No final da Renascença e sobretudo desde os meados do século XVII, começou-se em todo o Ocidente Europeu, por razões múltiplas, a encerrar os doentes mentais em hospitais gerais em França, como a *Bicêtre* e a *Salpêtrière*, que ficaram célebres na história da psiquiatria mundial, os *Zuchthausen* na Alemanha e as *Workhouses* em Inglaterra; misturavam-se estes doentes com os portadores de doenças venéreas, com os libertinos, com os criminosos e finalmente com as pessoas que era necessário prender por motivos políticos; ao mesmo tempo, tentava-se fazê-los trabalhar, não como cuidados de tratamento especial, mas por razões morais.

Este período de encarceramento corresponde aos séculos XVII e XVIII; obrigados a viver em uma promiscuidade degradante, maltratados, sujeitos a tratamentos bárbaros, sem ninguém que os pudesse defender, porque isso não era permitido. No século XVIII, no entanto, começou um movimento de opinião, que se ia alargando progressivamente, para a libertação dos doentes mentais; *Tuke* e os *Quakers* em Inglaterra e o alienista *Philippe Pinel*, que tirou as correntes que prendiam os doentes da *Bicêtre*, em plena Revolução Francesa e outros ainda, marcam o período mítico da psiquiatria. Teve-se a coragem de se passar novamente a considerar «humanos», os homens que se consideravam eliminados da nossa sociedade, por terem caído até ao último grau da animalidade mais repelente e perigosa. No século XIX e no começo do século XX, tinha-se mantido tenazmente uma luta entre as forças progressivas que aconselhavam a humanização progressiva dos asilos e, a seguir, dos hospitais psiquiátricos e as tendências naturalmente conservadoras e regressivas que, em nome da protecção da sociedade, desejavam encerrar, mesmo definitivamente, os que perturbavam a sua tranquilidade.

Se os meios de contenção, as máscaras, as cordas, e de tratamento sádico (a roda, o torniquete, etc.) já desapareceram completamente dos países ocidentais, passou-se a considerar-se estes doentes como seres sofredores, como os outros e, que têm tantos direitos como estes aos cuidados e solitudes de que são cercados nos hospitais psiquiátricos, que passaram a ser confortáveis e mesmo agradáveis para muitos doentes.

Nós herdámos tradições culturais, mas é certo que ainda subsistem antigos preconceitos sobre a doença mental e a loucura, bem como a respeito da psiquiatria e do psiquiatra, apesar das melhorias introduzidas no alojamento e no tratamento dos doentes. Compreende-se melhor esta atitude de angústia íntima de muitos homens, perante o futuro e o medo que têm de tudo quanto sucede na vida de hoje, quando nos debruçamos nos exames e investigações psico-analíticas sobre a estrutura irreal ou sem razão do nosso inconsciente. Os nossos sonhos, a nossa vida fantasmagórica e todas estas manifestações que actualmente aparecem na arte e na literatura, corespondem no fundo, muito exactamente às «imagens da loucura».

Assim pode compreender-se verdadeiramente o doente mental, ainda que com poucas manifestações, e podemos aproximar-nos do seu estado mental. *Michel Foucault* diz a este respeito: — «Nós, os modernos, começamos a ter a consciência de que debaixo das manifestações da loucura, das nevroses, do próprio crime, das indaptações sociais, se manifestam sintomas comuns da ansiedade e da angústia». Este estado existe também no homem são e normal influenciado pelo estado actual da nossa sociedade.

Os conhecimentos mais importantes que nos trouxeram a psicanálise e as diferentes escolas que saíram do Freudismo, foram ter-nos mostrado que, seja qual for a origem da perturbação psíquica, hereditária, orgânica, biológica ou puramente psíquica, a expressão do sofrimento que está atacando tantas pessoas, é simbolizada pelo conteúdo psicológico de ideias doentias e pode ter uma significação que nos é acessível por meio da psicanálise.

Desejaríamos muito fazer um inquérito sobre a atitude da nossa população perante a doença mental grave, como o que foi feito por *Serisaie* em Bordeus, para a tuberculose. Este inquérito mostraria provavelmente até que ponto certas ideias primitivas persistem perante a doença mental. É também certo que o hospital psiquiátrico não é exactamente um hospital como os outros, pois tem um carácter de assistência diferente; algumas divisões têm ainda de ser fechadas, para que se possam proteger os doentes suicidas e, por outro lado, a sociedade contra os de caracterizada agressividade, que são perigosos.

A experiência da desorganização da personalidade provocada por uma psicose é também um drama incompreensível para o próprio doente, quando se produz. Um doente dizia há pouco, a seguir a um episódio

delirante: — «São muito estranhas as doenças mentais! Não se podem tratar como as doenças físicas. Há coisas que nós não sabemos explicar como e porque se passam!» Temos no entanto a esperança de que, com os tratamentos modernos, quer medicamentosos, quer psicológicos e de readaptação social, chegaremos a reduzir os períodos de encerramento e talvez mesmo a abolí-los.

Se a atitude da nossa sociedade, o respeito do doente mental, é ainda muito hesitante e de difícil compreensão, observámos no entanto uma evolução que nos levará a uma verdadeira compreensão do problema. O número dos doentes tratados nos hospitais psiquiátricos e, principalmente os que estão em tratamento ambulatorio, sobretudo os que sofrem de «perturbações menores» e os homens considerados normais, mas que acusam desvios mentais, tem aumentado em uma proporção muito grande; noções mais exactas sobre estas realidades vão sendo compreendidas pela população, apesar dos erros, das distorções e dos grandes exageros que ainda se manifestam. As perturbações psíquicas da velhice mostram bem que estes incidentes psíquicos ou mentais podem aparecer nas melhores famílias e em pessoas que foram consideradas como muito inteligentes ou mesmo eminentes.

Pelo que respeita ao psiquiatra, o seu papel também tem evoluído muito; os médicos internos eram praticamente encerrados com os seus doentes, em um asilo, estudando-os e analisando-os como verdadeiros apóstolos; a revolução psicanalista perturbou-os profundamente, obrigando-os a debruçarem-se sobre si próprios; em certos momentos chegou mesmo a haver certas divergências entre os médicos internos psiquiatras e os especialistas de doenças nervosas, das clínicas das cidades, os que tratavam dos nevrosados, das depressões ligeiras, das desadaptações sociais benignas, de perturbações psicossomáticas. Viveram assim, quase trabalhando em campos separados, por mais de vinte anos, os psiquiatras e os médicos especialistas de doenças nervosas, marcando nitidamente a diferença entre *doentes nervosos* e *loucos*.

Por outro lado, o público tem ideias diversas sobre o que é um «psiquiatra»; é ao mesmo tempo, uma pessoa atraente, todo poderoso, mas também inquietante e de quem se tem receio.

O que os psiquiatras pretendem é restabelecer o equilíbrio da personalidade, é libertar o homem dos entraves mórbidos e infantis que o perturbam e conseguir dar-lhes um pouco mais da liberdade interior e de responsabilidade. Podem permitir a algumas pessoas adquirirem as condições necessárias para se aproximarem da felicidade; não existe uma identidade perfeita entre a saúde e a felicidade. O papel do psiquiatra é pois muito complexo, sobretudo pelo que os doentes desejariam obter dele, como se tivesse uma varinha mágica que, ao tocá-los, lhes desse logo o bem estar; ora o psiquiatra não é mais do que um terapeuta, que tenta com o tratamento, melhorar ou curar o doente.

Já respondemos à pergunta com que iniciámos estas considerações. Não há dúvida que as transformações porque tem passado a sociedade e que continuarão, têm ligação íntima com os fenómenos psíquicos que as vão gerando e estão tendo uma grande influência sobre o nosso equilíbrio psíquico e patológico.

Não nos parece que o problema do tratamento tenha sido devidamente encarado. Os elementos podem ser estudados pelos psiquiatras, mas o tratamento só pode dar resultado útil depois de uma inteligente colaboração de psiquiatras, sociólogos e políticos. O problema passa do indivíduo para o meio social e uma boa terapêutica tem de principiar pelo indivíduo, mas simultaneamente pela melhoria ou solução dos problemas a que este está sujeito. É um problema individual e social que exige terapêutica de conjunto. Para o sofrimento individual, enquanto não se encontrarem soluções gerais, o médico psiquiatra é ainda a pessoa que pode confortar, melhorar e, em muitos casos, curar o seu doente, mas não tem possibilidades por si só, de modificar o meio em que se vão gerando tantos males e sofrimentos.

O problema tem tanta gravidade que seria necessário, para uma boa solução, um trabalho de equipe, feito pelos dirigentes políticos e sociais, imprensa, televisão e médicos; devia procurar-se mais uma acção de terapêutica, de calma, do que procurar o «sensacional»; mas bem sabemos que isto é muito difícil...

Chamamos para este problema a atenção dos sociólogos e dos políticos, de todos os que tanta responsabilidade têm no clima de inquietação que vivemos e que é gerador de psicoses.

Já tratámos deste problema em artigos anteriores e continuaremos a ocupar-nos dele em artigos subsequentes.

CURIOSIDADES

Viagens terapêuticas — Um grupo de doentes de um hospital psiquiátrico de Estocolmo passou um mês de férias numa estância italiana. Esta viagem — a primeira do género organizada na Suécia representa um novo método de tratamento dos doentes mentais. Vários pacientes que participaram na viagem encontravam-se internados há mais de 20 anos. Alguns, que não pronunciavam palavra há vários anos, recomeçaram a falar durante a viagem e interessavam-se por tudo o que viam.

Em geral, o comportamento dos doentes tornou-se mais «doce», o que permitiu melhor contacto entre eles e os médicos. Segundo os psiquiatras que organizaram esta *viagem terapêutica*, numerosos pacientes que nela participaram poderão «ter alta» muito mais cedo do que se esperava.

OS DESPORTOS E A SAÚDE

Sob o título «Sport et Santé — La Bible du médecin sportif», acaba de ser publicado pela Livraria Bailliere et Fils, a última edição de um tratado de medicina desportiva, do Dr. *Filippe Encausse*, que foi encarregado pelo ministro da Educação Nacional, do controle desportivo em França.

Este livro que tem merecido comentários de várias revistas de medicina, entre as quais de «La Semaine des Hopitaux» foi publicado especialmente para ser conhecido pelos médicos encarregados do controle médico dos desportistas e compreende a actualização da organização administrativa, técnica e prática de este controle médico e trata igualmente em um capítulo muito bem desenvolvido, da influência das actividades físicas e desportivas sobre o organismo.

Não é necessário pôr em evidência a conveniência que o clínico tem, em conhecer a acção que o esforço desportivo exerce sobre os diferentes órgãos e funções do organismo; em França existem pelo menos, como diz o Dr. Encausse na introdução do livro, mais de 2 milhões de desportistas munidos de licença especial para praticar os desportos, além de um grande número que os pratica, sem licença especial..

Por ordem da sua importância, podia-se em Abril de 1961, classificar as diferentes actividades físicas e desportivas em França, registadas com licenças especiais para praticar e entrarem em competições, segundo a seguinte lista:

Futebol	417.846	Tiro	16.563
Bola	176.630	Iate à vela	12.148
Pétanque	110.000	Golf	11.661
Basquetebol	90.362	Remo	10.251
Lawn-Tennis	76.600	Alteres	9.121
Ski	76.413	Esgrima	8.800
Ginástica	51.367	Tiro ao arco	5.429
Atletismo	45.224	Tiro de caça	4.796
Judo	40.451	Canoa	4.766
Ciclismo	39.813	Bilhar	4.700
Rugby	38.282	Desportos de inverno ...	4.496
Natação	34.407	Boxe	3.999
Ténis de mesa	24.264	Luta	3.724
Handebol	24.014	Montanhismo	3.200
Equitação	20.031	Quilles	3.050
Jogo a XIII (rugby) ...	23.300	Basebol	3.000
Voleibol	21.815	Hóquei	2.700
Roller Skating	2.658		

e a seguir, como números sucessivamente decrescentes vêm as licenças para os seguintes desportos, com competições: *Automóvel, pelota vasca, jeu de paume, educação física, motociclismo, ski náutico* e a *moto-náutica*.

A alimentação dos desportistas: — O Dr. Encausse, estuda sucessivamente a acção da alimentação no organismo, nas glândulas endócrinas, no crescimento, nos aparelhos cardio-vascular e respiratório e nos órgãos da eliminação e da digestão.

A alimentação dos desportistas foi sempre objecto de estudos e de discussões apaixonadas, particularmente o problema da alimentação cárnea ou vegetal. Citando o Dr. Cais, o Dr. Encausse refere: — «Este problema, que continua na ordem do dia, já tinha sido tratado, há dois mil anos, por experiências atentas feitas pelos treinadores, na época dos Jogos Olímpicos clássicos; havia já então o clã dos vegetarianos e o dos comedores de carne. Nos primeiros tempos da antiguidade clássica, um regime alimentar dos atletas — sem excesso de carne — parece ter sido estabelecido; havia um regime de treinamento, com uma base fortemente vegetal e uma predominância nítida dos glucidos; compunha-se, na sua maioria, de pão, de queijo, de figos e de frutas cruas.

Ao contrário deste regime alimentar simples, veio a ideia que os atletas aumentariam a sua força física, com o uso da carne na alimentação. Sabe-se que Milon de Crotone tinha o costume de devorar consideráveis quantidades de carne; procurou-se também estudar qual a influência determinada não só pelo uso das carnes em geral, mas ainda, especialmente, para cada categoria de carnes; os saltadores comiam carne de cabra, os boxeurs e os lançadores, carne de touro; os lutadores pesados, carne gorda de porco; as figuras das termas de Caracala mostram-nos os corpos disformes e enormes dos gladiadores romanos...

A lei dos 3 horas e das 8 horas: — O problema da alimentação foi nos últimos tempos particularmente estudado pelo Dr. Mathieu que estabeleceu, para os desportistas, duas leis, a «das 3 horas» e a «das 8 horas».

A «Lei das 3 horas» é baseada no facto que, se é preciso comer no dia da competição, convém no entanto, por um lado, não comer muito e, por outro lado, deixar um mínimo de 3 horas entre a última refeição e a competição.

Quanto à «Lei das 8 horas», refere-se ao espaço de tempo necessário ao organismo para que um alimento possa ser devidamente utilizado.

Praticamente pode dizer-se que é a refeição tomada na véspera, à noite, que tem interesse para o rendimento muscular do desportista que vai entrar em uma competição. A opinião mais geral é a de que o almoço é a refeição que conta para aquele fim; por isso eles tomam a

esta refeição uma quantidade exagerada de alimentos que a essa hora lhes é em geral mais prejudicial do que útil (lei das 3 horas).

Há sempre, sem dúvida, excepções que confirmam a regra. Conheçamos desportistas, verdadeiros comilões, que nunca se importaram com a «Lei das 3 horas». Um internacional de rugby utilizava para o pequeno almoço: uma talhada de presunto, dois ovos estrelados e um bife de dimensões respeitáveis, tudo bem acompanhado de um litro de vinho tinto e de um bom café com conhaque; em seguida, ao almoço, que precedia o match, comia hors-d'oeuvre variados, três pratos de carne pelo menos, legumes, queijo e sobremesa, duas garrafas de vinho e um café com conhaque. O que é mais extraordinário é que assim alimentado, jogava bem, com grande admiração dos seleccionadores. O campeão americano de pesos e alteres, Dave Ashman, declarou em 1958 a um jornalista que, para se manter em forma, lhe era necessário comer, todos os dias, 8 tournedos, 6 ovos, 14 copos grandes de leite e 4 copos de sumo de laranja. Mas estes casos são evidentemente excepcionais e resta saber quantos anos se manterão vivos e aptos para os desportos...

O problema do álcool e do esforço nas competições: — O Dr. Encausse refere-se também ao problema do álcool nos desportistas, aconselhando a temperança necessária, não só no campo desportivo, como em todos os outros, para se obter uma acção benéfica dos desportos sobre o sistema nervoso.

Depois de estudar a acção das actividades físicas sobre os diferentes órgãos, termina por chamar a atenção contra o abuso dos álcoois e abuso do esforço do treino, e diz:— Se a educação física e desportiva racional, só pode ter e tem efectivamente, uma influência benéfica sobre o organismo dos que as praticam, o desporto violento, o desporto de competição pode dar lugar frequentemente a abusos de alguns desportistas imprudentes. Não é necessário, certamente — como é a opinião de muitos higienistas — proibir pura e simplesmente os desportos de competição; mas é primordial velar para que a competição seja feita nas melhores condições sob o ponto de vista das possibilidades das pessoas.

Já nos referimos a estes problemas, especialmente na 3.^a série dos «Estudos» e pelo desenvolvimento que os desportos têm tido, voltaremos na 4.^a série a referir-nos a eles, na convicção de que estes conselhos possam ser úteis a todos os que se interessam pelos desportos. No n.º 11 da 3.^a série desenvolvemos particularmente o estudo da alimentação nos desportistas.

OS ESTADOS DE EXCITAÇÃO

OS CONCURSOS — AS COMPETIÇÕES

O clima psicológico que estamos atravessando gera constantemente estados de excitação. As preocupações diárias, quer de ordem económica e familiar, quer os problemas de ordem nacional e internacional geram um estado de preocupação, que muitas vezes não nos deixa dormir repousadamente para, durante o período de sono, reconquistarmos o equilíbrio mental.

De manhã, a leitura dos jornais ou as notícias da rádio lançam-nos novamente no mundo de vibrações psicológicas atacando sucessivamente o nosso sistema nervoso que, nos últimos anos está sujeito a uma soma de ataques, a que se chama vulgarmente «bombardeamento psicológico». Esta situação vai aumentando o seu raio de acção que dá origem, conforme as pessoas, a um estado de abatimento, de depressão daqueles cujo sistema nervoso não permite uma reacção activa ou, mais frequentemente, a um estado de excitação, que arrasta consigo perturbações psíquicas.

Durante os períodos de preparação para concursos ou competições, são mais evidentes essas manifestações. Uns a quem faltam condições de resistência, reagem pela desistência; outros porém, resistentes e combativos, ou ainda aqueles a quem a necessidade de viver, obriga a manterem o estado de combate, reagem, estudando, praticando e auto-excitando-se, aumentando assim o estado de excitação em que já viviam. Este estado prejudica as qualidades para o estudo, para a prática de exercícios, enfim, para a preparação do concurso, do exame ou da competição.

Esta situação é frequentemente observada nas pessoas que se preparam para competições desportivas. O próprio período de preparação é já por si um período de excitações sucessivas; a pessoa utiliza todas as suas forças e faculdades de reacção nervosa para conseguir os treinos e, durante estes, vencer as competições nos ensaios; chegado porém à hora da prova, do exame ou da competição, se não mantém o auto-domínio dos nervos para melhor poder actuar, se se excita e obedece à excitação provocada pelos incitamentos dos que acompanham a prova, será facilmente vencido.

Já em vários artigos da 3.^a Série dos «Estudos», — Treinos e Desportos — nos referimos à necessidade de combatermos as excitações e de manter o auto-comando. Um desses artigos teve influência sobre um des-

portista do Sport Lisboa Beira, de Moçambique, que seguiu os seus conselhos e que acaba de escrever a seguinte carta à direcção dos «Estudos»:

Beira (Moçambique) — *A leitura dos «Estudos» tem-me despertado a melhor atenção.*

Relato o facto do nosso guarda-redes da equipa de honra, ser acometido de nervosismo sempre que tinha de disputar um desafio de responsabilidade. Todos os medicamentos até hoje administrados não conseguiram qualquer efeito sobre o seu estado. Certo é que no último desafio internacional, contra a equipa da Niassalândia, após ter tomado o «Probamato» revelou-se, por assim dizer, um novo guarda-redes, ao ponto de ser considerado pela crítica o melhor guardião que jamais jogou naquele país. As suas qualidades eram as mesmas. As condições é que passaram a ser outras, graças ao «Probamato» a que passo a fazer os maiores encómios. Despeço-me de V. Ex.^{as} e sou a desejar-lhes Saúde e Desporto — a) Al Pereira (massagista) — Sport Lisboa e Beira — Beira, Moçambique.

Este depoimento é um exemplo do que acabámos de expor e a que nos referimos em artigos da 3.^a série. O desportista, bem como qualquer outra pessoa, sobretudo quando tem de prestar provas públicas, ou mesmo quando se sinta enervado de maneira a prejudicar a sua actividade normal, deve procurar um auto-domínio dos nervos e, quando o não consiga por insuficiente força de vontade, tem de recorrer a um tranquilizante, como fez aquele *guarda-redes*. O uso dos tranquilizantes tornou-se hoje tão necessário que se tem alargado extraordinariamente, pois é frequente a necessidade de a eles recorrermos. O problema consiste em saber qual será o tranquilizante que devemos escolher; durante muito tempo recorreu-se aos *barbitúricos*, hoje quase afastados para este fim, pois que são tóxicos, criam o hábito, geram um estado de depressão e o seu uso e abuso tem levado a muitos envenenamentos e mesmo a suicídios; últimamente chegaram a estar *na moda* para o envenenamento das grandes vedetas do cinema e repetiram-se tanto os suicídios pelos barbitúricos que os governantes dos vários países se viram obrigados a regulamentar a sua venda, com as mesmas restrições que se legislaram para os estupeficientes e para os antibióticos.

Recorreu-se depois aos medicamentos conhecidos como tranquilizantes; alguns, mostraram-se perigosos e mesmo com graves perigos, como a «Talidomida» que tanto está alarmando os meios médicos de vários países e que, começou a ser empregado sem se ter estudado devidamente a sua acção sobre o organismo. Há outros porém que já estão completamente estudados e que merecem plena confiança, como o Probamato, que tem hoje um longo emprego e entrou no uso normal, diário, de pessoas que têm preocupações frequentes, que se excitam facilmente ou que pela sua profissão ou actividade são obrigadas a corrigir a excitação nervosa. Entre os vários estudos sobre a acção tóxica do Proba-

mato cita-se o facto de uma pessoa, julgando que ele tinha uma acção semelhante à dos barbitúricos e que resolveu suicidar-se, tomar um frasco grande com 400 comprimidos. O único resultado que obteve foi um sono prolongado, inteiramente repousante, quando estava habituado a sonos constantemente interrompidos pelas suas preocupações e, quando acordou, sentia-se fresco, bem disposto, sem qualquer excitação e sem qualquer sintoma de toxidez.

Nas mulheres, em geral os estados de excitação são mais frequentes e intensos em certos dias do mês, em geral três dias antes das regras mensais e, depois da menopausa, nos períodos correspondentes. A razão é que nas mulheres, além das razões que originam os estados de intranquilidade nos homens, há outras resultantes do mau funcionamento das glândulas ováricas. Para estes casos, associou-se o Probamato a hormonas ováricas, preparando-se assim outro produto, o Probonar, que está aconselhado a todas as mulheres nervosas, excitáveis, com cefaleias, períodos de falta de paciência, de irritação, etc. O Probonar dá-lhes logo uma sensação de calma e de tranquilidade, com aptidão para o trabalho.

Tanto o Probamato como o Probonar, salvo indicação médica especial se usam na dose de 3 comprimidos por dia; nos casos muito ligeiros pode ser suficiente um comprimido ao deitar.

CURIOSIDADES

O perigo dos Cosméticos — A propósito do abuso dos cosméticos, publica a revista «*Medicine et Hygiene*» de Lausanne, de Março último, o seguinte artigo:

«Uma nova tendência nos Estados Unidos (e hoje em quase todos os países da Europa, em virtude da propaganda feita por preparadores dos Estados Unidos) consiste em empregar agentes químicos muito activos para o tratamento das rugas da cara. Muitas pessoas, com o desejo de conservar a sua beleza, recorrem aos tratamentos estéticos em que se empregam substâncias nocivas (com base no fenol, por exemplo). Nos Estados Unidos foram feitas muitas prisões, em institutos de beleza, provocadas por estes tratamentos.

Segundo a opinião de especialistas da pele, a maior elasticidade temporária da pele que provoca uma diminuição das rugas observadas durante o tratamento pelos cosméticos, não evita as rugas, logo depois do tratamento.

Realmente para conservar a pele a sua tonicidade devem fazer-se massagens frequentemente e procurar manter a saúde da pele. A fraqueza geral é uma das razões da falta de tonicidade dos tecidos; outra razão muito generalizada é o uso de sabonetes irritantes, em virtude da sua má composição química; é indispensável o uso de um sabonete, de boa qualidade que, não só conserve a pele sã, mas consiga ainda tratar as peles ásperas, descamativas e que se irritam com facilidade: isto consegue-se passando a usar permanentemente o sabonete Sanoderma, cuja composição satisfaz a estes requisitos.

AS GLICOSURIAS ALIMENTARES

A revista francesa de medicina «La Semaine des Hopitaux» na «*Questions du praticien*», de 20 de Junho de 1962, trata das «glicosurias alimentares». À pergunta que foi dirigida na sessão por um médico das Ardennas, — «*Que attitude se deve adoptar perante um portador de glicosuria alimentar?*» — M. Dérot e P. Mauvais Jarvis, dão a seguinte resposta:

«Em primeiro lugar devemos assegurar-nos de que se trata efectivamente de uma glicosúria alimentar e não de uma «glicosúria renal»; lembremo-nos de que esta última é acompanhada de uma glicemia baixa na ocasião em que se produz a glicosuria. A verdadeira glicosuria alimentar» aparece a seguir às refeições e mais frequentemente após uma refeição particularmente rica em glucidas⁽¹⁾. Nesse momento ela mostra uma glicemia elevada, ou pelo menos, acima do normal; passado esse período após as refeições, a pessoa não apresenta glicosuria e se se analisa a urina da manhã, verifica-se frequentemente que a glicemia é normal ou pouco elevada.

Estas glicosurias alimentares são actualmente consideradas em todos os países como formas ligeiras da diabetes; em França são consideradas habitualmente como estados para-diabéticos. Se se fizer a prova da tolerância hidro-carbonada, estas glicosurias alimentares aparecem somente como diabetes de tolerância elevada (cerca de 300 grs. e mais). É útil nestes casos confirmar e avaliar a perturbação glicolítica, recorrendo a uma prova de hiperglicemia provocada.

Há várias opiniões sobre o problema do futuro dos doentes com «glicosuria alimentar» ou «diabetes ligeira». Segundo os estudos de Krall e seus colaboradores, que estudaram entre 1946 e 1960, 3815 casos, encontrando assim 118 *dextroses desviadas, clinicamente inoperantes*, a evolução de estes casos para a diabetes confirmada é frequente. Com efeito, as estatísticas de Krall que tratam de todos os aspectos da pré-diabetes, mostram que a frequência do aparecimento da diabetes é 10 vezes maior nas «dextroses desviadas» que nas outras pessoas. Ora de todas as «dextroses desviadas» a glicosuria alimentar é o período mais avançado.

Daqui se conclui que o médico não deve considerar separadamente a glicosuria alimentar da diabetes normal. A terapêutica é a mesma. É preciso estabelecer um regime de nutrição moderada dos glucidos, baseada sobre a tolerância individual. Os estudos de Loubatières abriram

(¹) Para se estudar a composição conveniente da alimentação nos diabéticos (proporções de glucidos, azotados e gorduras), ler o artigo «A grande perturbação dos diabéticos — Como alimentar-me?», publicado no n.º 38 da 4.ª série dos «Estudos».

uma nova via terapêutica, porque estes doentes, utilizando tratamentos prolongados com sulfamidas hipoglicemiantes associados ao regime de diminuição da razão glucídica, podem conseguir verdadeiras curas».

Estas opiniões de *Loubatières, de Dérot e P. Mauvais-Jarvis*, são concordantes em que sempre que a análise mostre que há uma glicosuria alimentar, uma diabetes ligeira ou passageira, não nos devemos tornar optimistas nem sossegar exageradamente os doentes; devemos protegê-los, esclarecendo-os, para evitar que alguns abusos possam tornar grave o problema. O tratamento deve começar imediatamente por meio da dieta e das sulfamidas hipoglicemiantes.

Destas, como já dissemos em artigos anteriores, a mais moderna e a mais aconselhável é a Neolise (fenformina).

A Fenformina é o mais moderno dos hipoglicemizantes orais, usado em clínica. *É absorvida de modo satisfatório ao longo do tubo digestivo.* Não se conhece ainda a curva de concentrações e duração de acção na espécie humana, mas a experimentação em animais demonstra uma acção relativamente fugaz, com um *máximo de efeitos aparecendo 3 a 5 horas* após a ingestão de uma dose isolada.

Não se conhece ainda o seu metabolismo e vias de excreção. Parece não haver capacidade cumulativa, se bem que inexplicavelmente os resultados terapêuticos possam não se manifestar senão passados vários dias.

Nas doses terapêuticas, a Neolise não tem senão efeito hipoglicemizante, e não determina alterações da função hormonal.

Desde 1957 se faz a aplicação em clínica humana da fenformina. Os trabalhos publicados em revistas ou apresentados em Congressos de especialidade são unânimes em reconhecer a utilidade terapêutica do produto, como *o mais eficaz antidiabético oral*, e o *único susceptível de ser aplicado em todas as formas de diabetes*. Já hoje, 3 anos passados, se pode garantir uma manutenção de eficácia do produto.

Nem todos os doentes respondem igualmente bem ao produto. Os diabéticos com formas estáveis, ou recentes, ou compensáveis com pequenas doses de insulina, são os que melhores resultados obtêm. Também a ausência de episódios de acidose permite pressupor melhor efeito.

É fundamental não esquecer que a fenformina, como os outros anti-diabéticos, não cura a diabetes, apenas a compensa. Deste modo, não dispensa a educação do diabético no sentido de melhor se defender contra a doença e suas complicações.

Por outro lado, não se conhece ainda qual o efeito sobre algumas das complicações da *diabetes melitus* que habitualmente são tardias: referimo-nos às alterações vasculares, renais, oculares e nervosas. Como em todos os diabéticos, os submetidos a medicação com fenformina necessitam exames tendentes a diagnóstico precoce e tratamento de cada uma delas.

Há unanimidade de opiniões no referente aos efeitos tóxicos: apenas se manifestam, nas doses terapêuticas, os chamados efeitos locais, gastro-intestinais, que podem ir até à anorexia, náuseas, vômitos e diarreias. Mas raramente, podem ainda aparecer as cefaleias e vertigens.

Em grande parte dos casos, os efeitos locais desapareceram assim que se interrompeu a medicação. Apareceram com mais facilidade, quando a dose total excedeu os 150 mg/dia.

Quando são pouco intensos, não justificam a interrupção do tratamento. Se aumentam, porém, podem obrigar a interrupção temporária, e, em poucos casos, definitiva.

Pode ser aplicado como único medicamento hipoglicemizante, ou ainda em associação com a insulina. Os comprimidos de Neolise têm 0,025 de fenformina.

A dosagem deste antibiótico oral, como acontece com todos os outros, deve ser calculada para cada caso, individualmente. No entanto, algumas regras devem ser seguidas:

1. A dose diária deve ser dividida em três ou, se possível, quatro doses parciais, que maior estabilidade de normoglinémias garantirão.

2. As doses parciais devem ser tomadas depois das refeições, para evitar efeitos gastro-intestinais acessórios. Embora não haja demonstração deles resultarem de irritação local, esta precaução parece diminuir a sua incidência.

3. No início do tratamento há que prescrever doses relativamente baixas, entre 75 e 100 mg/dia (3 a 4 comprimidos/dia). Estas doses são elevadas gradualmente até à obtenção dos efeitos terapêuticos.

4. Não há contra-indicação em se utilizarem doses superiores a 6 comprimidos diários.

5. A dose terapêutica habitual oscila entre os 100 e 150 mg 150 mg (6 comprimidos/dia). No entanto, quando tal aconteça, os efeitos acessórios tornam-se mais frequentes.

6. A dose de manutenção é habitualmente menor, e deve ser calculada, depois de obtidos os resultados terapêuticos.

7. Embora o produto pareça não ter carácter cumulativo os efeitos só se verificam ao fim de três ou mais dias. Daí, que não haja qualquer vantagem em modificar as dosagens precocemente.

Quando o doente fazia já insulino-terapia, há que tomar em conta:

1. A dose de fenformina deve ser gradualmente aumentada, à medida que se vai baixando a ministração de insulina. As doses de correspondência entre os dois medicamentos não são previsíveis.

2. A dose diária de Neolise, inicial, não deve ultrapassar os 50 mg (2 comprimidos). Será aumentada de 25 mg (1 comprimido), cada 3 ou mais dias, na medida do que se for mostrando necessário.

3. Em adultos com diabetes estável, que não necessitem de mais de 30 unidades de insulina diárias, a insulina pode ser suprimida de

vez ou reduzida gradualmente, consoante o caso. Quando porém, as necessidades diárias ultrapassam 30 unidades, a dose de insulina não deve ser reduzida de mais de 25 %, de cada vez, na medida em que se vai aumentado a Neolise.

4. Nas diabetes lábeis ou juvenis a dose usual de insulina deve ser mantida ainda durante alguns dias, depois do início da administração da fenformina. Depois, iniciar-se-á a sua redução muito lenta, de modo que cada vez, não se baixe mais de 10 %.

É de notar que, em muitas situações clínicas, nomeadamente nas formas lábeis e juvenis, a medicação exclusiva com Neolise pode não ser eficaz, pelo que se deve manter a insulino-terapia. Então, a vantagem da associação estará fundamentalmente em se exigir menor dose de insulina, e se garantir mais estabilidade da compensação.

AS DORES DO ESTÔMAGO

A gastralgia é a nevralgia dos nervos do estômago, isto é dos nervos *pneumo-gástrico* e do grande *simpático*. A gastralgia pode ser *essencial* e constituir por si só a doença ou — e é o caso mais frequente — é *secundária*, aparecendo como um sintoma associado a qualquer doença.

A gastralgia pode ser provocada por um arrefecimento, por qualquer fadiga (excessos de trabalho, noitadas, excessos genésicos), por desgostos ou preocupações ou por alimentos excitantes. É um sintoma frequente das dispepsias, da histeria, da neurastenia e das doenças uterinas; pode também ser provocada pela gota, pelo paludismo e por certas doenças da medula espinal.

O sintoma essencial da gastralgia é a *dor*, que se manifesta sob a forma de acesso. O acesso é habitualmente espontâneo e independente da ingestão dos alimentos; é por vezes precedido de eructações, de náuseas ou de azia. O acesso pode ser ligeiro e limitado à região epigástrica, com ou sem espasmos do estômago e contractura do piloro (*contrações do estômago*) ou pode ser violento e acompanhado de vômitos, de vertigens e de síncope.

A dor apresenta os mais variados aspectos; pode ser angustiosa e irradiando em todas as direcções, para as costas, para o peito (para os nervos intercostais); invade o ventre (enteralgia); atinge os hipocondros, os rins, indo até ao cordão espermático (irradiações para o *plexus solar*). Nos acessos violentos, o doente fica pálido e com a cara contraída, deixa-se com gemidos, comprime com força a região dolorosa

e procura diminuir a intensidade da dor, tomando as posições mais variadas. O acesso pode durar alguns minutos, até uma hora, e pode reaparecer por várias vezes durante o dia e repetir-se em muitos dias seguidos.

Se a gastralgia está associada a um estado dispéptico, a um catarro estomacal, aparecem ao mesmo tempo, perturbações digestivas; em outros casos, as digestões são normais, continua o apetite que, algumas vezes chega a aumentar (bolimia). A duração da gastralgia depende da sua causa; ou é passageira ou é persistente e sujeita a repetições.

A *úlcera do estômago* provoca dores muito similares às da gastralgia simples, mas que se distingue pela intolerância para os alimentos, pelo aparecimento ou agravamento das dores a seguir às refeições, pela presença da dor no apêndice xifóideo e pela presença de sangue nos vômitos (*hematemeses*). O cancro do estômago é menos doloroso; quando a dor persiste é conveniente fazer uma radiografia.

É preciso não confundir a gastralgia com as nevralgias superficiais da pele ou dos músculos da região epigástrica; a *epigastralgia* e a *nevralgia dos nervos intercostais* são acompanhadas de hiperestesia e de *pontos dolorosos*, que é fácil provocar pela pressão nos locais dos ramos nervosos. As *cólicas hepáticas* ligeiras, sobretudo as que não são seguidas de icterícia são muitas vezes tomadas por gastralgias, de que se distinguem pelo local da dor que, no caso da cólica hepática, reside na parte inferior direita e irradia frequentemente para o ombro direito; o fígado apresenta-se frequentemente doloroso e aumentando de volume, as urinas aparecem frequentemente ictericas; as cólicas hepáticas, mesmo ligeiras, são por vezes acompanhadas de vômitos e às vezes seguidas de icterícia ou de uma cor subictérica das conjuntivas.

Não basta fazer o diagnóstico da gastralgia, mas também é necessário diagnosticar a causa, que está em relação com o prognóstico. É preciso distinguir se a gastralgia é puramente nervosa ou se é sintoma de um úlcera ou de qualquer outra doença.

Vamos agora referir-nos ao tratamento. Para combater o acesso, devemos principiar por fazer aplicações quentes sobre o abdómen e, simultaneamente, aplicar um supositório de Espasmo-Dibar (nas crianças, o Espasmo-Dibar-Infantil); em geral, a dor diminui ou desaparece antes de 15 minutos; se porém continuar, pode aplicar-se outro supositório uma hora depois, dose que poderá ir até 3 supositórios por dia. É conveniente meter o doente em um banho muito quente. Tratada a dor aguda, deve começar a tratar-se com Gelumina, 2 a 20 comprimidos por dia, que se devem mastigar ou dissolver na boca; a Gelumina não tem contra-indicação e pode ser tomada com qualquer outra medicação. Logo que a situação se normalise, a Gelumina pode passar para 3 a 10 comprimidos por dia, conforme os sintomas.

CONVIRÁ O VINHO ÀS PESSOAS DE IDADE?

Discute-se frequentemente se se deve ou não aconselhar-se o vinho, sobretudo às refeições e aos velhos.

O Dr. Fernan Perez, publica sobre este problema, um artigo na «Hoja de Lunes», de 10 de Setembro de 1962, de San Sebastian, que transcrevemos:

Têm sido muito discutidas pelos fisiólogos e pelos médicos, a maior ou menor influência que o uso habitual do vinho pode exercer sobre a longevidade das pessoas; este problema tem a mais transcendental importância, tanto sob o ponto de vista social, como higiénico e biológico.

Para solucionar este problema, sob os mais severos princípios científicos, teremos de recorrer às estatísticas, com todas as suas deficiências que, com as suas numerosas causas de erro, podem mascarar os factos, dando lugar a deduções erradas. Uma das dificuldades maiores consiste no facto de muitas dessas estatísticas se basearem no consumo do álcool, sem estudar a parte que corresponde ao vinho e às diversas bebidas alcoólicas.

Porém uma grande dificuldade consiste em que na comparação entre os números que indicam o consumo em relação com a mortalidade e a duração da vida, nada nos dizem sobre os factores sociais, biológicos, alimentares, económicos, higiénicos ou patológicos que influem decisivamente sobre esses números que são tomados na totalidade, sem terem em conta outras causas, que os influenciam além do álcool.

Apesar disso e aceitando os resultados totais, devemos chegar a conclusão de que os bebedores de vinho se encontram em condições mais benéficas do que prejudiciais em relação com os números médios obtidos.

A revista inglesa «British Medical Association» fez um inquérito entre os médicos britânicos, por meio de consulta, chegando à conclusão de que a duração média da vida é de 63 anos para os bebedores moderados, 59 para os semiabstênicos e de 53 para os que abusam das bebidas.

Na Universidade de John Hopkins, o professor *Pearl* fez largos estudos a este respeito, inclinando-se a favor do prolongamento da vida nos bebedores moderados.

Mabillon, na Bélgica, *Kaufmann*, *Durklein* e *Schaeder Neustrandt* no Palatinado do Reno, encontraram resultados favoráveis para a longevidade dos que bebem vinho moderadamente.

Na România, *Daniel* e *Laugler* encontraram resultados mais favoráveis para os que bebem vinho e muito prejudiciais para os bebedores de outras bebidas alcoólicas.

Também os médicos franceses fizeram estudos interessantes, agrupando por classes os eleitores da Gironde, onde se bebe vinho normalmente e os de Calvados, onde se consome a cidra, estendendo o estudo a outros países, como a Dinamarca, em que se bebe cerveja e obtendo depois da comparação dos números obtidos, os seguintes resultados: Os que bebem vinho normalmente, 21 por cento passaram dos 60 anos e 8,7 por cento dos 70 anos. Dos bebedores de cerveja só 13,4 por cento chegaram aos 60 anos e 8,8 por cento chegaram aos 70 anos. Nos bebedores de cidra, obteve-se a mesma percentagem até aos 60 anos, mas só 3,4 por cento até aos 70 anos.

O vinho é, em muitos casos, aconselhável para as pessoas de idade avançada. Os vinhos do Porto e o do Xerez tonificam um estômago fraco; mesmo nos casos de nefrite crónica, o vinho vulgar, tipo Bordéus é bem tolerado e actua como um tónico excelente.

Muitos velhos sofrem do sistema nervoso, insónias, movimentos dificultados, perda de apetite, indigestões, tristeza, dores nocturnas indefinidas e, neles, o vinho comum, tomado, com moderação, às refeições, suprime muitos destes sintomas.

A língua dos velhos, pode dar-nos indicações muito úteis, segundo as regras citadas pelo *Dr. Armstrong*. Se a língua se apresenta seca, apergaminhada, o vinho é prejudicial ou perigoso; mas se, pelo contrário, se apresentar húmida, o vinho beneficiá-lo-á.

É frequentemente prejudicial proibir o vinho aos velhos habituados ao seu uso, podendo tornar-se necessário, em certos casos, aumentar a dose normal para se obter um bom efeito fisiológico. É sempre perigoso mudar as normas de viver de um velho.

Mesmo na fraqueza senil é aconselhável o vinho, em pequenas quantidades, bem como nos velhos que passaram a fazer poucos exercícios.

Em resumo, *o vinho é um alimento são, desde que seja tomado em dose moderada.* — Aqui um ironista, perguntar-nos-á: — Mas qual é a dose considerada como moderada por certas pessoas? — Responderíamos que, para algumas pessoas seria de decilitro e meio, simples ou com água, por refeição; há porém outras que consideram pequenas qualquer dose inferior a 5 litros; mas é difícil encontrar pessoas que o afirmem, depois dos 60 anos, porque poucas lá chegam.

O melhor preventivo contra as infecções, como a gripe, a pneumonia e outras, é a vitamina C e, para evitar a fragilidade dos vasos, o que provoca congestões brônquicas, pulmonares, nasais, na retina e, principalmente cerebrais, o melhor tratamento preventivo é o uso da rutina. O Rutinicê Fortíssimo é um composto de 0,500 de Vitamina C e 0,025 de Rutina. Está hoje sendo largamente usado como preventivo contra a gripe e várias infecções.



Assinatura dos Estudos

A 1.^a série está esgotada.

A 2.^a série está quase completa e será oferecida aos assinantes da 3.^a ou da 4.^a série.

A 3.^a série compreende 40 números; o seu preço, completa é de Esc. 80\$00.

A 4.^a série terá, pelo menos 25 números; a assinatura, do n.º 1 ao n.º 25 custa Esc. 50\$00.

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

- a) Colecção dos números, não esgotados da 2.^a série (mais de 25).
- b) Um útil cinzeiro.
- c) Uma faca para papel.
- d) O Livro das Mães.
- e) Bónus de, pelo menos 20 % para a compra de sabonetes e outros artigos de toilette. Estes bónus, só por si, podem exceder o valor da assinatura.

As assinaturas continuam gratuitas para o pessoal dos quadros de saúde (médicos, veterinários, farmacêuticos, etc.).

O sabonete "Sanoderma" é o melhor para a pele doente, áspera, descamativa, porque a transforma em macia e aveludada.

O sabonete "Sanoderma" é o melhor para a barba porque:

1.º — Conserva a espuma na cara durante muito tempo.

2.º — Exerce uma acção terapêutica sobre a pele, combatendo as irritações e tornando-a mais macia, aveludada. Nos casos da pele ser normalmente doente, é conveniente, depois da barba, enxugar a pele com a toalha, deixando a acção dos componentes do "Sanoderma" actuarem sobre a pele.

CONSELHOS SOBRE MEDICAÇÕES DE INVERNO

Para **evitar a gripe, pneumonia e outras infecções** tomar regularmente, por dia, 2 a 6 comprimidos de Rutinice Fortíssimo.

Para **combater os primeiros sintomas de gripe** (dor de cabeça, mal estar, congestão da laringe ou tosse) tomar 3 vezes por dia o "Casfen".

— Nos adultos "Casfen - Comprimidos".

— Nas pessoas com irritações ou úlceras do estômago "Casfen - Supositórios".

— Nas crianças "Casfen - Supositórios - Infantil".

Nos ataques, com febre e tosse — Injecção diária de "Pneuquinol".

Para combater a tosse — "Xarope Labsan", 3 a 6 colheres de sopa por dia ou:

Nos casos de congestão, tosse pertinaz ou quando haja prisão de ventre — "Coqueluchol", 5 a 6 colheres de sopa por dia.

Quando não seja cómodo, usar o xarope — 3 a 6 comprimidos de "Tossina" por dia ou de "Tossifedrina", preferível nos casos congestivos.

Como preventivo e para tratar as infecções nasais — "EFECLOR".

Quando a congestão das narinas é intensa provocando a sua oclusão — gotas de "NAZSAN".