

Sinapse[®]

Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia

Órgão oficial de:

Sociedade Portuguesa de Neurologia
Liga Portuguesa Contra a Epilepsia
Sociedade Portuguesa de Cefaleias
Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares
Sociedade Portuguesa de Neuropatologia

Versão electrónica: www.spneurologia.org

Indexada nas bases bibliográficas:

EMBASE / Excerpta Medica Database (Elsevier)

EMBASE.com (Elsevier)

SCOPUS (Elsevier)

www.indexrmp.com

SUPLEMENTO 1

Volume 7 | Nº2 | Dezembro de 2007

Momento da História **Sociedade Portuguesa de Neurologia**

COLECTÂNEA DE ARTIGOS
2001-2007

Sociedade Portuguesa de Neurologia

Direcção

Presidente

António Freire Gonçalves (Coimbra)

Vice-Presidentes

Maria Cristina Januário (Coimbra)

Maria José Sá (Porto)

Teresa Pinho e Melo (Lisboa)

Tesoureiro

Dílio Alves (Matosinhos)

Mesa da Assembleia Geral

Presidente

Orlando Leitão (Lisboa)

Secretários

José M. Lopes Lima (Porto)

Lívia Diogo de Sousa (Coimbra)

Conselho Fiscal

Presidente

Maria Helena Coelho (Lisboa)

Vogais

José Grilo Gonçalves (Coimbra)

José Vale dos Santos (Lisboa)

Comissão de História

Francisco Pinto, coordenador (Lisboa)

António Leite Carneiro (Porto)

Manuela Palmeira (Porto)

Pedro Nunes Vicente (Coimbra)

Sinapse®

Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia

Órgão oficial de: Sociedade Portuguesa de Neurologia; Liga Portuguesa Contra a Epilepsia; Sociedade Portuguesa de Cefaleias; Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares; Sociedade Portuguesa de Neuropatologia.

Versão electrónica: www.spneurologia.org

Indexada nas bases bibliográficas: EMBASE / Excerpta Medica Database (Elsevier), SCOPUS (Elsevier), www.indexrmp.com

Administração

A. Freire Gonçalves, Maria José Sá, Dílio Alves.

Secretariado: Lucinda Sequeira

Ficha Editorial

Director

José Barros (Porto)

Conselho Editorial

Alexandre de Mendonça (Lisboa)

Belina Nunes (Matosinhos)

Fernando Pita (Almada)

Luís Negrão (Coimbra)

Mamede de Carvalho (Lisboa)

Paula Esperança (Lisboa)

Conselho Científico

A. Bastos Lima (Porto)

A. Castro Caldas (Lisboa)

Catarina Oliveira (Coimbra)

Celso Pontes (Porto)

José M. Ferro (Lisboa)

J.M. Pereira Monteiro (Porto)

Luís Cunha (Coimbra)

Paula Coutinho (Feira)

Teresa Paiva (Lisboa)

Sinapse®

Rua D. Manuel 11, 33, sala 41

4050-345 PORTO, Portugal

Tel/Fax: 351-22-6001553

Correio electrónico: spn.edi@spneurologia.org

www.spneurologia.org

Design: Isabel Monteiro, Next Color - Sol. Digitais, Lda., Porto

Produção da versão electrónica: WEBlink, Lda., Porto

Propriedade: Sociedade Portuguesa de Neurologia

Registo de Marca: 358 268

(Instituto Nacional de Propriedade Industrial)

ISSN: 1645-281X

Edição: Publicação semestral;

SUPLEMENTO 1 - Volume 7 - Número 2 - Dezembro de 2007

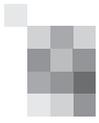
Preço unitário: €10; Assinatura anual: €15

PUBLICAÇÃO EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

Os artigos foram publicados em diferentes fases da SINAPSE, entre 2001 e 2007, e apresentam características gráficas distintas. Optamos por manter as versões originais, embora repaginadas.

Índice geral

- 3 **Introdução**
- 4 **Neurologia sem Neurologistas: a propósito de três “contas” clínicas**
 António Leite Carneiro
 Volume 2 | Nº2 | Novembro de 2002
- 7 **A Primeira Intervenção Neurocirúrgica praticada em Portugal**
 Francisco Pinto
 Volume 2 | Nº2 | Novembro de 2002
- 9 **História do Martelo de Reflexos**
 Francisco Pinto
 Volume 3 | Nº1 | Maio de 2003
- 14 **Das Therapeuticas**
 António Leite Carneiro
 Volume 3 | Nº2 | Novembro de 2003
- 17 **A Síndrome - no Brasil e em Portugal**
 José Barros
 Volume 3 | Nº2 | Novembro de 2003
- 22 **A Morte do Rei D. Manuel**
 Francisco Pinto
 Volume 4 | Nº1 | Maio de 2004
- 24 **Egas Moniz Revisitado**
 Vítor Oliveira
 Volume 4 | Nº1 | Maio de 2004
- 29 **Egas Moniz Revisitado (II- O Homem de Ciência)**
 Vítor Oliveira
 Volume 4 | Nº2 | Novembro de 2004
- 33 **Crenças e Superstições em Neurologia**
 Francisco Pinto
 Volume 4 | Nº2 | Novembro de 2004
- 37 **Tétano e Pé Descalço no Porto do Século XX**
 José Barros
 Volume 4 | Nº2 | Novembro de 2004
- 46 **História da Pesquisa da Sensibilidade**
 Francisco Pinto
 Volume 5 | Nº1 | Maio de 2005
- 49 **Morte Aparente nos Finais do Séc. XVIII**
 António Leite Carneiro
 Volume 5 | Nº1 | Maio de 2005
- 53 **Primeira intervenção neurocirúrgica praticada por médico português ou Primeira intervenção neurocirúrgica praticada em território português**
 Sebastião Silva Gusmão
 Volume 5 | Nº2 | Novembro de 2005
- 56 **Os muitos nomes da epilepsia**
 Francisco Pinto
 Volume 5 | Nº2 | Novembro de 2005



- 60 **O “neurologista” Miguel Bombarda, ou... a epilepsia nos finais do século XIX**
Rosalvo Almeida
Volume 5 | Nº2 | Novembro de 2005
- 63 **Persas e Cefaleias**
António Leite Carneiro
Volume 5 | Nº2 | Novembro de 2005
- 67 **Egas Moniz e Corino de Andrade**
José Barros
Volume 6 | nº1 | Maio de 2006
- 69 **As Primeiras Sociedades Neurológicas Portuguesas**
Francisco Pinto
Volume 6 | Nº1 | Maio de 2006
- 76 **A Escola Médica de Salerno**
António Leite Carneiro
Volume 6 | Nº1 | Maio de 2006
- 81 **Apontamentos Históricos sobre a Doença de Alzheimer em Portugal**
Francisco Pinto
Volume 6 | Nº2 | Novembro de 2006
- 85 **A Prática Neurológica nas Centúrias de Amatus Lusitanus**
Paulo Fontoura
Volume 7 | Nº1 | Maio de 2007
- 92 **Genialidade e Epilepsia**
Francisco Pinto
Volume 7 | Nº1 | Maio de 2007
- 96 **Literatura em Língua Portuguesa e Neurologia**
Francisco Cardoso
Volume 7 | Nº2 | Novembro de 2007
- 101 **Índice de autores**

Introdução

Foram publicados na SINAPSE, entre 2001 e 2007, vinte e sete artigos sobre história da medicina e da neurologia, com temas diversos e autores variados. Destacam-se as comunicações às reuniões semestrais da Sociedade Portuguesa de Neurologia (Fórum de Neurologia e Congresso de Neurologia), particularmente as palestras integradas nas rubricas “Momento da História”.

A Direcção da SPN decidiu, em colaboração com a Comissão Editorial e a Comissão de História, reunir estes artigos num registo único que agora apresentamos.

Esta publicação representa mais um contributo para a preservação da memória da neurologia, em particular da neurologia portuguesa, e para a sua difusão a novas gerações.

António Freire

José Barros

Francisco Pinto

Neurologia Sem Neurologistas - a propósito de três contas clínicas

António Leite Carneiro

Assistente Graduado de Neurologia; Serviço de Neurologia, Hospital Militar D. Pedro V, Porto;
E-mail: amlca@sapo.pt

Era uma vez...

Falar ou escrever sobre História da Neurologia em Portugal, para quem não é historiador nem possui qualquer formação nesta área é tarefa difícil e sujeita a encalhar com facilidade. Se a isto juntarmos uma rasa de amadorismo, duas onças de falta de tempo, uma libra de dificuldade em encontrar documentação ou outros elementos úteis a este tipo de trabalho mais uns grãos de falta de arquivos e de alguma desorganização, temos os ingredientes que poderão servir de desculpa para as imprecisões, e de panaceia para os fracassos e as desilusões.

Ao vasculhar os armários da biblioteca do meu hospital, encontrei uma pequena colectânea de volumes de duas revistas médicas militares de meados do século XIX chamadas *Revista dos Facultativos Militares* e *O Escholiaste Medico*.

Da consulta dessas revistas revelaram-se factos e matérias que poderão contribuir para o objectivo a que se propõe este grupo, pois não só as suas páginas contêm muitas descrições de casos neurológicos como, com grande surpresa o constatei, contêm textos doutrinários e de outra natureza de vultos da Neurologia que serão referidos mais adiante.

À guisa de parêntesis, importa referir que essas revistas tinham periodicidade quinzenal – o que é notável para quem escrevia com pena e tinteiro, e viajava em carruagens de tracção animal – e mantinham uma rede de correspondentes nacionais e estrangeiros. Um dos redactores de *O Escholiaste*, de seu nome José António Marques, viajava com alguma frequência pela Europa e enviava crónicas de carácter médico e sócio – político. Palavras que perderam o uso ou mudaram de significado como facultativo para designar o médico, economia como sinónimo de organismo em equilíbrio ou conta como sinónimo de caso causam curiosidade e estranheza.

Sobre as terapêuticas quase tudo é bizarro aos olhos do leitor. Lá figuram os vesicatórios, os sinapismos e outros revulsivos, as moxas, as sanguessugas que tanto se usavam nas meningites, aplicadas nas mastóides e região occipital, a

par dos bromuretos e ioduretos para tratar as epilepsias. Há inúmeras referências ao uso das correntes eléctricas nas mais variadas situações, incluindo as paralisias e as doenças musculares. Nos casos de insucesso com óbito do doente, era prática rotineira a realização de autópsias em todos os hospitais militares.

Em alguns dos exemplares consultados encontram-se descrições das doutrinas do Sr. Brown-Séguard (como então se dizia) acerca das lesões medulares e as opiniões do Sr. Duchenne acerca da doença que tem o seu nome bem como da classificação por ele elaborada das doenças musculares. Também Trosseau, Claude-Bernard, Vulpian, Landry e outros são largamente citados e as suas opiniões reproduzidas, quer em artigos de fundo quer a propósito da discussão das contas clínicas.

Como conclusão, pode-se afirmar que se praticava muita Neurologia sem neurologistas de que são exemplo as três contas clínicas que, de seguida, se apresentam.

"As contas"

Conta clínica do Hospital Militar Permanente de Lisboa¹:
"Extase. – Pela raridade na nossa clinica castrense farei menção especial d'este caso.

O soldado Pedro Xavier da Silva, praça do regimento de cavallaria 2, lanceiros da Rainha, entrou no hospital para ser observado de uns ataques nervosos, que tinham uma feição particular. De pé, fallando com qualquer pessoa ou indifferente à conservação dos que o rodeavam, caía de repente, sem o presentir, em contemplação; perdia a vista, o ouvido e a falla, mas conservando-se na mesma posição e sem denunciar o ataque por qualquer outra manifestação morbida. O extase durava instantes, e, segundo dizia, achava-se restituído ao mundo de que por momentos saíra, sem dar pela ausencia que lhe tinha feito.

Julguei em começo que a doença era simulada. São raras as visões beatificas de Santa Theresa de Jesus; os enlevos phantasticos dos bardos allemães menos frequentes ainda no nosso tempo e entre a nossa gente. Depois a doença dava-se em um homem que nunca fôra dado a trabalhos d'espírito, e que saíra do modesto serviço de caixeiro d'uma mercearia.

Acrescia ainda os ataques não poderem ser surpreendidos por alguns dos clínicos do hospital nem ainda pelos enfermeiros, porque eram quasi instantaneos. Estas duvidas actuaram tambem de certo na mente dos collegas do hospital militar de Castello Branco, onde o doente já tinha estado em observação.

Entretanto alguns doentes, seus vizinhos, affirmavam a existencia dos accessos; o administrador do concelho de Villa Franca, que tambem era medico, attestava-o do mesmo modo. O doente, sobretudo, era d'uma má constituição, e estava ao abrigo da observação 3.^a da tabella das lesões que isentam do serviço. Todas estas considerações fizeram com que o collega, que me substituiu, o propozesse à junta dias depois de eu fechar a minha observação.

* O doente a que se refere esta observação morreu algum tempo depois de sair do hospital, e parece que em resultado da molestia de Bright. Não nos consta porém circumstancia nenhuma mais a respeito da doença primeira. — (Da redacção.)"

Conta clinica particular²: "Reumatismo Cerebral. — João Antonio Rodrigues, 42 annos de idade, casado, temperamento lymphatico, constituição forte, morador à Lapa, é nosso doente de há annos;; sempre sadio e robusto, nunca lhe conhecemos doença que o impedisse de trabalhar, nem que o fizesse recolher até que foi affectado de um ataque de rheumatismo agudo. Na familia não há antecedentes de doenças cerebraes. Não é dado a excessos alcoholicos. A sua vida corre placida entre o trabalho e a familia.

Foi no dia 28 de novembro de 1858 que acordou sem poder mover articulação alguma dos extremos. Atribuía a doença a um resfriamento subito que tivera dias antes. Mandou-me chamar. A primeira observação deu-mo todo o cortejo symptomatico de um rheumatismo articular agudo. Pulso febril e cheio, calor de pelle exagerado; dores em quasi todas as articulações das etremidades superiores e inferiores, mas muito particularmente nas humero-cubitae, radio-carpicas, femoro-tibiaes e tibio-tarsicas; algum edema nas dos extremos inferiores. Prescrevo os meios mais apropriados e sou obrigado a recorrer à phlebotomia vinte e quatro horas depois, porque os symptomas febris pareciam exacerbados. A doença cede da sua maior intensidade, mas muito lentamente. Em 8 de dezembro as dores eram ainda bem intensas para lhe permitirem os movimentos; só a febre tinha desaparecido. Em 9 o doente recebe-nos a visita fóra da cama. A dificuldade dos movimentos, como a sensação dolorosa que elles motivavam, tinha desaparecido como por encanto. Dizia-se bom, passeiava d'um a ouro ponto da casa. Estava alegre, ainda que para os que melhor o conheciam havia a notar uma loquacidade que lhe não era propria.

N'esse mesmo dia, pela noite, dizem-me que o doente estava com um ataque de loucura. Apresso-me a vê-lo. Era assim. As palavras saiam-lhe incoherentes, as acções menos rasoaveis, os movimentos desordenados.

Continuava a não queixar-se de dores nem de dificuldade nos movimentos das articulações. Reapparecêra alguma febre.

Cuido que se trata de uma meningite. Prescrevo algumas sanguessugas nas regiões mastoidéias e uns vesicatorios na nuca e gemellos, além do mais tratamento interno apropriado.

Não se consegue a applicação das sanguessugas nem o proveito do vesicatorio da nuca, pelo desasocego em que está o enfermo. O desarranjo das faculdades intellectuaes é a cada hora mais pronunciado. E forço-o transporta-lo ao hospital de Rilhafolles. Entra ahí em 11 de dezembro. Além do curativo dos causticos não se lhe faz tratamento algum. Quinze dias depois acorda com dores nas articulações primordialmente affectadas e bom dos incomodos cerebraes. Tem alta, volta a sua casa e entra brevemente em boa convalescença.

Depois d'isto não torna a ter mais dores, nem alteração alguma das faculdades intellectuais. Continua dar-se ao trabalho e chega ao estado de nutrição. Decorrem cinco annos, mez por mez, dia por dia. Em 28 de novembro de 1863 sou chamado de novo a ver o doente. Trata-se de um novo ataque de reumatismo articular agudo. D'esta vez a febre é menos intensa, e entre o tratamento prescripto não figura agora a sangria. Poucos dias depois o doente está sensivelmente melhor; apyretico, facilidade nos movimentos articulares, ausencia de dores. Em compensação, loquacidade desusada impaciencia nos actos mais simples, irascibilidade e sem motivo rasoavel.

Temo novo ataque do cérebro como anteriormente. Procuo preveni-lo. Debalde. O doente é forçado a procurar a casa de saude, por se não poder conter no seu domicilio. Entra na casa de saude em 20 de dezembro. É ahí entregue aos cuidados do meu antigo mestre e amigo sr. Antunes. Prescrevem-se-lhe, como como eu o fizera da primeira vez, purgantes, causticos nos gemellos, banhos gerais e simples. As desordens da parte do cérebro são ahí muito pronunciadas. É para ver como se agita dia e noite, os esforços que leva a effeito, os movimentos extensos e difficeis que executa com articulações que, dias antes, eram doentes.

A alienação mental manifesta-se de tal arte que é evacuado para o hospicio de Rilhafolles em 27 de janeiro. Oito dias depois sente reaparecer-lhe as dores; melhoras notaveis do lado do cérebro; alta do hospital. Tambem d'esta vez não teve ahí tratamento algum.

Desde então até hoje tem passado bem. Ultimamente, por conselho nosso, foi fazer uso dos banhos das Caldas da Rainha. Como complemento deveremos dizer que durante os ataques cerebraes o fastio era grande, os desejos venereos intensissimos, a vontade de fumar insuperavel.

Temos evidentemente aqui um caso de rheumatismo cerebral. Se da primeira vez e à primeira observação pensámos que se tratava de uma meningite, bem depressa fizemos o verdadeiro diagnostico. Quando há

quatro annos escrevemos um artigo sobre esta entidade nosologica, já nos referimos a este caso. No segundo ataque o mal então era incontroverso, e o doente como a doença muito nossos conhecidos.

Um dos phenomenos, que mais sobresáe da observação escripta, é a desaparição das dores para dar logar à affecção cerebral, e a diminuição dos symptomas d'esta em occasião que a inflammação das articulações se exacerbá.

Conta Clínica do Hospital de Caçadores 4 – Tavira³:
“Paralysis – este caso de paralysis era n'um musico de 3.^a classe de caçadores 4, Alvaro de Mendonça, e teve começo no dia 1 de março de 1865.

Como historia progressa d'esta molestia encontrou-se, segundo declaração do enfermo, o seguinte: uma insolação; depois e quasi em seguida um arrefecimento; estado febril durante sete dias; formigueiros na extremidade superior direita, e por ultimo paralysis de movimento da mesma. A paralysis tornou-se, já no hospital, completa em todo o membro por onde principiou; invadiu o extremo superior esquerdo; as extremidades inferiores, e por ultimo a bexiga.

O tratamento consistiu em fricções excitantes e tonicás nos logares lesados, (tintura de valeriana volatil, de mostarda e de quina, de noz vomica, e pomada phosphorada, alternadamente), no uso interno das pilulas de noz vomica, e n'uma dieta restaurante.

Passados poucos dias terminou a paralysis da bexiga; depois de bastante tempo foi apparecendo algum movimento no extremo superior esquerdo e nas extremidades inferiores, o qual augmentou com o uso dos banhos sulphurosos em Monchique.

Ultimamente a molestia consistia na paralysis completa com abaixamento de temperatura e emmagrecimento notavel do membro superior direito, e paralysis incompleta das evtremidades inferiores, notando-se a circumstancia de ser o movimento mais pronunciado na direita e menos na esquerda, onde existia grande difficuldade na flexão e extensão da coxa. Estando esta praça em tratamento por mais d'um anno, sem conseguir melhoras ou bem fundadas esperanças de allivios que o habilitassem para o serviço, foi apresentado à junta de saude, que o julgou incapaz.”

Epílogo

Estas contas clínicas são exemplos da muita neurologia que se fazia entre nós, em meados do século XIX, nos hospitais militares, num tempo em que os facultativos pouco mais tinham que o saber, a inteligência e a arte para cuidarem dos doentes.

Independentemente dos diagnósticos possíveis, suscitados pelas histórias descritas, à luz dos conhecimentos actuais, a descrição destes casos são um exemplo de rigor, de capacidade de observação e interpretação, de elegância de linguagem e de respeito pelo doente como ser humano em sofrimento inserido num determinado meio social e familiar.

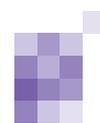
Acresce dizer que muitos dos facultativos de antanho mostravam uma preocupação quase obsessiva pela partilha de conhecimentos, expondo publicamente as dúvidas e incertezas, discutindo com os seus pares os casos clínicos mais controversos e problemáticos e acatando com humildade as eventuais críticas e sugestões. Afinal, uma atitude intemporal. ■

Bibliografia

1. Contas clínicas do Hospital Militar Permanente de Lisboa. Extase. O Escholiaste Medico, 1866; n.º 276, 30 de Junho:207-209
2. C. B. Reumatismo Cerebral – novas considerações a propósito de um caso clínico. O Escholiaste Medico, 1864; n.º 234, 30 de Setembro: 273-278
3. Contas Clínicas dos Hospitais Militares (Excerptos). O Escholiaste Medico, 1866; n.º 284, 30 de Outubro: 347-348

Correspondência:

António Leite Cameiro
 Serviço de Neurologia
 Hospital Militar D. Pedro V, Porto
 Avenida da Boavista, 4050-113 Porto
 E-mail: amlca@sapo.pt



A primeira intervenção neurocirúrgica praticada em Portugal

Francisco Pinto

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Conquanto desde a Idade da Pedra se praticassem trepanações, como o comprova, entre nós, o crânio encontrado na Gruta da Galinha, em Alcanena, datado do Período Calcolítico, até aos fins do século XIX as meningas constituíram uma barreira onde os cirurgiões paravam a sua ingerência.

A primeira intervenção sobre as estruturas nervosas centrais foi praticada em Portugal numa mulher de 40 anos, “de fibra seca”, a qual “sofria de tic doloroso correspondendo à distribuição dos três ramos do trigémeo direito”, desde há 6 anos (Abril de 1892), sem “... sífilis, impudismo, histeria, reumatismo, diabete, enfim, doença geral ou lesão que o explicasse”.

Os tratamentos médicos – extracções dentárias, banhos de mar, aplicações eléctricas e cauterizações – tinham sido ineficazes, o mesmo sucedendo com os cirúrgicos: foram-lhe seccionados os nervos infra-orbitário em Setembro de 1894 e, em Agosto de 1895, o nervo maxilar inferior na fossa ptérgico-palatina, com recidiva da neuralgia, em ambos os casos, ao fim de três meses.

“Cansada de sofrer, pediu em 1898 uma operação mais radical, se existisse, para o tratamento da neuralgia rebelde, que por último tornava até impossível a ingestão dos alimentos, ainda mesmo líquidos”.

As primeiras intervenções sobre os ramos periféricos do trigémeo datam do século XVII, sendo o seu autor Mareschal, cirurgião de Luís XIV. Em 1891 Horsley executou a neurotomia retrogasseriana e, em 1893, Krause foi o primeiro a actuar sobre o gânglio de Gasser.

O panorama da época era bom quanto às recidivas pós-operatórias (1/37 casos – Chipault; 0/108 – Tiffany), mau no concernente à mortalidade: 9,8 a 22%.

Foi então consultado o Professor Sabino Coelho que planeou cuidadosamente a cirurgia. Em primeiro lugar conversou com a doente: “Expus-lhe os perigos da nova intervenção, a possibilidade da recidiva se não fosse completa e o meu projecto de a fazer em duas sessões se a hemorragia intracraniana não cedesse em certo tempo, preferindo isto a uma sessão muito prolongada, capaz de a matar por choque”.

Depois estudou as várias vias de acesso decidindo-se pela temporal, bem como os instrumentos cirúrgicos a utilizar. Mandou fabricar “um afastador de material polido, para reflectir a luz dentro da cavidade (craniana), e muito rijo para vencer a aderência da dura-máter na base (do crânio) e de uma espátula destinada a isolar o gânglio de Gasser”.

Em 28 de Fevereiro de 1898 realizou-se o primeiro tempo cirúrgico. Sabe-se que a doente foi purgada na véspera do mesmo, mas não conhecemos o local onde foi praticado (no domicilio do paciente, prática usual na época? em meio hospitalar?). A descrição do cirurgião não só é omissa quanto a este ponto, também no referente à anestesia. Sousa Martins era o anestesista preferido de Sabino Coelho sendo presumível que o tivesse acompanhado numa intervenção de tamanho risco. Os tipos de anestesia então utilizados eram a local com novocaína, a geral com éter ou clorofórmio; a razão da doente ter sido previamente purgada seria uma medida habitual ou estaria relacionada com a anestesia intra-rectal com éter? Desconhece-se o nome dos ajudantes, provavelmente dois, pois Sabino Coelho alude a *um* ajudante e não *o* ajudante.

Este primeiro tempo cirúrgico demorou 45 minutos, comportando as seguintes acções:

1. Desinfecção do olho direito e anexos, oclusão palpebral com pontos de seda.
2. Incisão da pele, aponevrose e músculo temporal.
3. Secção e mobilização da arcada zigomática.
4. Abaixamento do retalho, “que *um* ajudante conservou em posição por meio de um afastador... até ao fim da intervenção”.
5. Abertura da cavidade craniana com trépano e pinça-goiva de Doyen.
6. Descolamento da dura-máter da fossa média com o afastador especialmente concebido para esse fim.
7. Exposição da artéria meníngea média e dos nervos maxilar superior e inferior.
8. Destruição de uma aderência resistente, a qual sangrou abundantemente, obrigando a tamponamento com gaze asséptica e fecho do retalho.

Três dias depois (3-3-1898) realizou-se o segundo tempo

cirúrgico com a duração de 20 minutos. A doente não apresentava "... o menor indício de compressão ou inflamação cerebral nem febre, retirado o tampão, a região estava exangue e revestida por ligeiro exsudado que foi retirado". Sequentemente praticaram-se os seguintes actos:

1. Após abaixamento do retalho, corte dos nervos maxilar superior e inferior perto do gânglio de Gasser.
2. Isolamento do gânglio com a espátula concebida para este fim. Arrancamento conjunto do gânglio e nervo oftálmico.
3. Sutura da ferida operatória, deixando um dreno de gaze.

A peça anatómica, enviada ao Real Instituto Bacteriológico de Lisboa, foi fixada em álcool a 95 °, fotografada pelo Prof. Aníbal Bettencout. O Dr. Carlos França executou o exame histológico, confirmado pelo Prof. Câmara Pestana: células do gânglio do Gasser com degenerescência amarela e infiltração de pigmento negro (método de Nissl).

O pós-operatório decorre sem febre, com uma regular cicatrização, a doente levanta-se ao 10º dia. A região operada deixa de pulsar ao fim de um mês, o tic doloroso desaparece, não tem alterações do gosto e olfacto.

São "... absolutas as insensibilidades à dor táctil, térmica, eléctrica e esteregnóstica", ficou com paralisia dos músculos mastigadores direitos, existe uma "turvação da córnea em contacto com o ar".

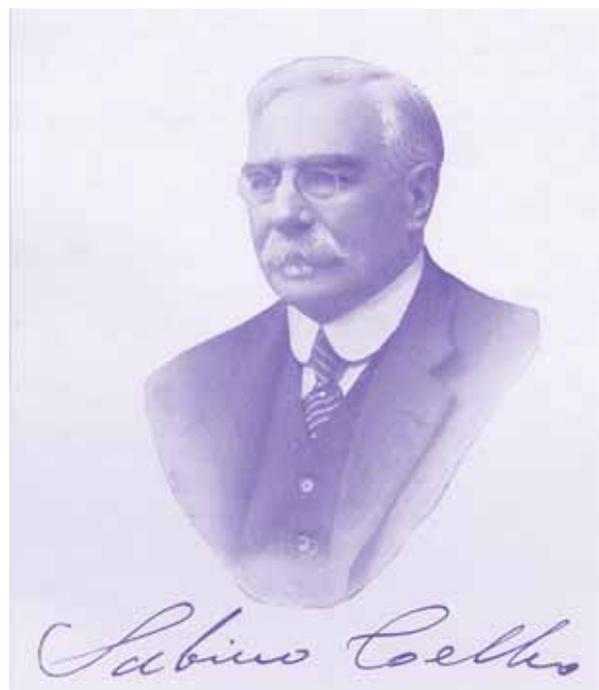
Devida a esta última perturbação é realizado um exame, pelo Prof. Gama Pinto, no Instituto Oftalmológico de Lisboa – olho direito: visão 6/36, cerceamento do campo visual, parestesia do recto inferior, córnea despolida e turva superficialmente na metade inferior difundindo-se essa turvação para cima. "Graças à oclusão com tiras de adesivo tem-se aclimatado progressivamente ao contacto com o ar e a dita turvação tem desaparecido".

Quem foi o autor desta intervenção?

Sabino Maria Teixeira Coelho nasceu em Lisboa a 7-6-1853, formou-se em 12-7-1878 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, obtendo prémios em todas as cadeiras.

Naturalista da secção zoológica do Museu de História Natural, obteve, em 1880, alta classificação no concurso para professor de Zoologia.

Foi professor demonstrador da Escola Médico-Cirúrgica, em 1886, professor da cadeira de Patologia Externa em 1891, depois lente proprietário da secção cirúrgica, seguidamente professor da Faculdade de Medicina de Lisboa desde a sua criação, em 1911, até 1923.



Também exerceu os cargos de professor do Instituto Central de Higiene, director da enfermaria de Santa Catarina do Hospital de D. Estefânia e da enfermaria de São João Baptista do Hospital de São José.

Os seus méritos foram reconhecidos pelos seus pares – era sócio efectivo de sociedades científicas portuguesas, como a Academia das Ciências, e de agremiações cirúrgicas de S. Paulo, Paris, Lyon, Bordeaux e Toulouse, sócio honorário da Associação Portuguesa de Urologia e membro perpétuo de La Union Cultural Universel – bem como pelos governantes, sendo condecorado com Legião de Honra e a Grã-Cruz da Ordem de Santiago.

Cirurgião conceituado, um dos mais interventivos do seu tempo, publicou numerosos trabalhos tanto Portugal como no estrangeiro, foi o introdutor da raquianestesia no nosso País, inventou novas técnicas cirúrgicas como a descrita da extirpação do gânglio de Gasser, outra referente à mastectomia.

Morreu em Lisboa, a 8-3-1938, aos 85 anos. ■

Correspondência:

Francisco José Araújo Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital Santa Maria, Lisboa
Av. Prof. Egas Moniz, 1169-024 Lisboa
E-mail: fjpinto@ip.pt

História do martelo de reflexos

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria

Texto baseado em comunicação ao Congresso da Neurologia (Espinho, 8 de Novembro de 2002)

A história do martelo de reflexos é indissociável das descobertas da percussão e da utilidade clínica da pesquisa dos reflexos.

É o austríaco Leopold Auenbrugger (1722-1809) (fig. 1), baseado na observação dos vinhateiros percutirem os barris de vinho, para saberem o nível daquele líquido, o primeiro a descrever a percussão torácica I.



Figura 1.

Este novo tipo de semiologia foi esquecida até 1826, quando o francês Pierre Adolphe Piorry (1794-1879) (fig. 2) inventa um aparelho destinado a aplicá-la, o plexímetro - o qual se percutia quando aplicado sobre o tórax ou o abdómen do doente (fig. 3) - e divulga esta técnica 2.



Figura 2.



Figura 3.

Cerca de 1828 o médico escocês Sir David Barry (1781-1836), baseado na técnica dos veterinários suíços de percutirem o crânio das vacas com martelos, para detectarem a presença de quistos hidáticos, cria o primeiro martelo de percussão. Infelizmente Piorry considera-o invenção supérflua e o mesmo cai em desuso.

Só em 1841 se populariza o martelo de percussão engendrado pelo clínico alemão Max A. Wintrich (1812-1882) (fig. 4), o qual o modifica em 1854. Em 1912 Ebstein produz novo modelo, destinado a pesquisar os reflexos e a sensibilidade (fig. 5).

A partir daí inventa-se toda uma série de martelos de percussão, uns com a forma de L (fig. 6), outros com a de T (fig. 7) ou parecendo machados de guerra ou varinhas de

condão; os cabos eram feitos de madeira, ébano, marfim, osso de baleia, latão ou outros metais, com as cabeças em madeira, borracha, chumbo, latão ou revestidas de veludo.

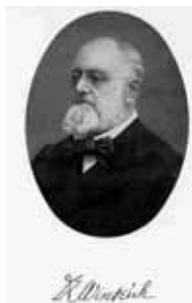


Figura 4.

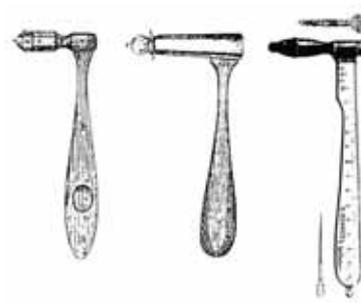


Figura 5.

A profusão de martelos de percussão é tão grande que, em 1873, trinta e dois anos após ter criado o seu protótipo, Wintrich equipara a quantidade de modelos ao número dos fórceps existentes nessa época, orçando os 400.



Figura 6. (Modelo Curschman)



Figura 7. (Modelo Flint)



Figura 8.

Produzem-se espécimes com o martelo de percussão e o plexímetro acoplados (fig. 7), ou engenhocas onde o plexímetro era percutido por outro aparelho accionado por um sistema de fitas (fig. 8).

Wilhelm Heinrich Erb (fig. 9) é o primeiro a reconhecer, em 1870, a utilidade clínica dos reflexos miotáticos e a empregar um martelo de percussão para os desencadear. Ao submeter o seu artigo sobre o reflexo rotuliano ao jornal alemão Arquivos de Psiquiatria e Doenças Nervosas, descobre que o editor do mesmo - Carl Friedrich Otto



Figura 9.

Westphal (fig. 10) - preparara um artigo semelhante, pelo que, embora com interpretações diferentes, concordam em fazer publicações simultâneas 3,4.

Westphal, além de provocar o reflexo com um martelo de percussão, colocava o indicador sob o dedo médio e usava-os para percutir o tendão rotuliano.



Figura 10.

As preferências dividem-se quanto à utilidade do martelo de percussão na pesquisa dos reflexos. Para Sir William Richard Gowers (1845-1915) era indiferente usar o bordo cubital da mão, com a palma desta virada para cima, ou o modelo de Vernon (fig. 11).



Figura 11.

Jean Martin Charcot (1825-1893) advogava o uso do martelo de percussão do clínico checo Joseph Skoda para se obter o reflexo rotuliano (fig. 12).



Figura 12.



Figura 13.

O primeiro martelo de reflexos é concebido por John Madison Taylor 5 (1855-1931) (fig. 13); construído por Snowdon Brother's Surgical Instruments Co., Filadélfia é apresentado à Philadelphia Neurological Society em 27-2-1888.

Tinha a vantagem de ser leve (60-70 gramas) e ter cabeça de borracha, o que não magoava o doente ou o médico. A superfície do bordo maior é equivalente à superfície de percussão do bordo cubital da mão, sendo o menor destinado a desencadear o reflexo bicipital. Inicialmente o cabo terminava num loop arredondado (fig 14); posteriormente este desaparece e o cabo afila-se para permitir pesquisar os plantares.



Figura 14.



Figura 15.

No entanto, o grande divulgador do martelo de Taylor é Silas Weir Mitchell (1829-1914) que publica, entre 1886-1890, vários artigos concernentes aos reflexos miotáticos, o mesmo sucedendo com os seus discípulos, a quem se deve a descrição dos reflexos mandibular e dos adutores. Introduce a notação KJ+, KJ++, KJ- para os reflexos patelares normais, aumentados e diminuídos. A figura 15 representa W. Mitchell observando veteranos da Guerra Civil Americana segurando um martelo de Taylor, o qual está sentado à direita do doente.

O segundo martelo de reflexos é arquitetado por William Christopher Krauss (1863-1909) (fig. 16) 6; fabricado por G. Tiemann Company de Nova Iorque é apresentado, em 1894, na 20ª reunião da American Neurological Association. Krauss, após ter estudado nos Estados Unidos da América e em Berlim, estabelece-se em Buffalo, onde pratica neurologia e patologia. Inventa, ainda, um busto neuro-topográfico, um pedo-dinamómetro (para medir a força dos membros), um eléctrodo uretral e melhora a fita utilizada para tirar medidas.



Figura 16.



Figura 17.

Com o comprimento de 17 cm tem um cabo ovalado feito de borracha e é o primeiro a permitir a pesquisa dos vários tipos de sensibilidade (fig. 17). Friccionando o cabo de borracha este aquece, possibilitando investigar a sensibilidade térmica, em contraponto com qualquer das pontas de metal da cabeça, frias.

Removendo a extremidade menor da cabeça põe-se a descoberto um utensílio, com a forma de uma ponta triangular, com 1,5 cm de comprimento, utilizada para explorar a sensibilidade dolorosa alternando com o uso da outra extremidade romba da cabeça.

A dita ponta triangular separa-se em duas partes: uma, fica fixa; a outra, desliza pelo cabo do martelo, provido de uma escala (nos sistemas métrico e anglo-saxónico), permitindo investigar a sensibilidade entre dois pontos.

Finalmente, removendo a extremidade maior do cabo surge um pequeno pincel feito de pelo de camelo.

A escola alemã produz duas espécies de martelos de reflexos. O de Ernst L.O. Troemner (1868-1930), neurologista do Hospital de St Georg de Hamburgo e professor da Universidade na mesma cidade, data de 1910 7; construído por B.B. Cassel, Frankfurt, vendido com 2 borrachas extra por 8 marcos (fig. 18), pesa 100 gramas e tem duas cabeças, a maior para percutir os tendões maiores, a pequena os menores. O cabo achatado, afilado, de limpeza fácil, permitia, em último recurso, servir como abaixa-línguas.

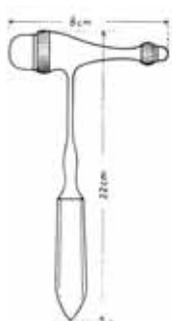


Figura 18.

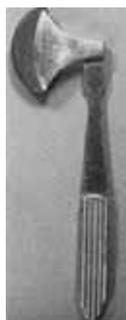


Figura 19.

Woltman, professor associado de Neurologia na Clínica Mayo, durante uma visita de estudos a Hamburgo, fica tão impressionado com o balanço do martelo de Troemner que compra vários exemplares, os quais introduz na América.

Desde então torna-se uma tradição nos neurologistas da dita clínica.

O outro modelo é concebido por Bernhardt Berliner 8; tem o formato de machadinha com o bordo coberto por borracha, sendo afilado na ponta; feito de metal niquelado, é tão pesado que o seu inventor se gaba de permitir desencadear os aquilianos mesmo com as botas calçadas (fig. 19).

A escola francesa cria três tipos de martelos de reflexos. Atribuem-se a Joseph François Félix Babinski 10 (1857-1932) (fig. 20) dois modelos de aço niquelado e o cabo com 20-25 cm: um de cabeça circular, perpendicular ao cabo, com anel de borracha; outro de cabeça rectangular, no mesmo plano do cabo, revestida por anel de borracha (fig. 21).



Figura 20.



Figura 21.

Em Viena de Áustria, Abraham Rabiner (1892-1986) encontra-se com Babinski num jantar, onde se discute, acaloradamente, a patogenia do sinal de

Babinski, sobre o têm opiniões opostas. Como recordação desse encontro o mestre francês oferece ao americano os seus modelos de martelo de reflexos. Rabiner junta os dois modelos num só, possibilitando rebater a cabeça com a utilização de uma charneira (fig. 21) – modelo Babinski-Rabiner.

O outro modelo gaulês é da autoria de Joseph Jules Déjerine (1849-1917) (fig. 22). De cabo rombo, as duas borrachas da cabeça têm forma e dimensões iguais.



Figura 22.



Figura 23.

O espécime inglês do National Hospital for Nervous Diseases, Queen Square, em Londres (figura 23) baseado no martelo de percussão de Henry Vernon, datado de 1858, é concebido por Miss Wintle, enfermeira-chefe de Radiologia e Fisioterapia, conhecida pela alcunha de "Sister Electrical". No dizer de MacDonald Critchley: "Cerca de 1925 (ela) descobriu um feliz engenho, encaixando um anel de pessário numa roda de latão, montando este conjunto numa haste de bambu..." 10, longa de 20 cm, com 6,3 mm de diâmetro; o da cabeça tem 3,8 cm. "...Daqui resultou um martelo pesado, flexível e completamente indolor".

Durante anos a dita senhora manteve a sua própria produção, a qual vendia aos estudantes e residentes.

Em data indeterminada surge o modelo Buck (fig. 24) – nome do inventor? designação do fabricante? variante do martelo de Dejerine? Feito de metal cromado, com uma haste de cerca de 18 cm, a cabeça tem duas extremidades desiguais de borracha e já possui incorporados utensílios para pesquisa da sensibilidade; a ponta não permite pesquisar os plantares.

Os martelos de reflexos evoluíram em vários sentidos: formato, materiais, inclusão de apetrechos para investigação dos vários tipos de sensibilidade.

O cabo do martelo de Taylor afila-se para permitir a testar os reflexos plantares, nalguns modelos o plástico substituiu o aço, a cabeça ostenta cores diversas (fig. 25).

Outros espécimes possuem uma ponta aguçada e um pincel (fig. 26), ou este e um alfinete, ou um diapasão (fig. 27).



Figura 24.



Figura 25.



Figura 26.



Figura 27.



Figura 28.

O modelo de Krauss apenas origina o de McGill com o cabo terminado num compasso de pontas (fig. 28).

O protótipo de Troemner sofre várias transformações: cabo em forma de laço (fig. 29) ou compacto, modelo com escala com extremidade maior da cabeça semelhante ao modelo de Berliner, martelos pesados e leves, de plástico em várias cores, com diferentes desenhos da cabeça (fig. 30 – modelo italiano Gima ®), espécime feito em prata para oferta a professores da Clínica Mayo e a visitantes ilustres (fig. 31).



Figura 29.



Figura 30.



Figura 31.

Conquanto esteja prevista a reconstrução do modelo de Berliner, a única modificação é o afilamento do cabo (fig. 32).

O modelo concebido por Babinski adquire a carneira proposta por Rabiner e um cabo telescópico para mais fácil transporte (fig. 33), pincel e alfinete acoplados (fig. 34), diapasão (fig. 35). O modelo chinês (fig. 36) tem, como num dos modelos iniciais, a cabeça no mesmo plano do cabo.

O martelo de Déjerine ganha um alfinete (fig. 37) ou um cabo mais leve com a forma de laço semelhante ao modelo da figura 29.



Figura 32.



Figura 33.



Figura 34.

Figura 35.



Figura 36.



Figura 37.



Figura 38.

O de Queen Square vê o cabo de bambu ser substituído por outro de plástico com comprimentos diferentes (fig. 38); o seu precursor, o martelo de percussão de Vernon, é reeditado com o cabo feito do mesmo material.

O modelo Buck apresenta a cabeça com outras cores (fig. 39), ou mais estilizada, com outra disposição do pincel e do alfinete (fig. 40) ou o sofisticado modelo "cinco em um" (fig. 41) – martelo, pincel, alfinete, carretilha e diapasão; fabrica-se, ainda, um espécime em prata.

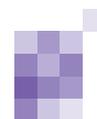


Figura 39.



Figura 40.



Figura 41.



Figura 42.



Figura 43.

Modernamente as cabeças tomam novas formas (fig. 42 – modelos Polarit®, adulto e criança) ou incluem uma ponta de latão, destinada a ser friccionada para aquecer e se poder testar a sensibilidade térmica, servindo de contraponto a ponta oposta, mais fria (modelo Zenit®). Os modelos pediátricos assumem a forma de uma girafa com um clipe que permite a sua fixação a um bolso para um transporte mais seguro (fig. 43).■

Bibliografia

1. Auenbrugger L. Inventum Novum ex Percussione Thoracis Humani, ut Signo Abstrusus Interni pectoris Morbus Detengendi. Viena, 1761.
2. Piorry PA. De la percussion médiante et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration, dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris, 1828.
3. Erb WH. Über Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken. Arch Psychiat Nerven. 1875;5:792-802.
4. Westphal CFO. Über einige durch mechanische Einwirkung auf Sehnen und Muskeln hervorgebrachte Bewegungs-Erscheinungen. Arch Psychiat Nerven. 1875;5:803-834.
5. Taylor JM. New form of percussion hammer. J Nerv Mental Dis 1888;15:253.
6. Krauss WC. A neurologist's percussion hammer. J Nerv Ment Dis 1894;21:686-688.
7. Troemner ELO. Ein neuer Reflexhammer; zugleich ein Beitrag zur Pruefung von Sehnenreflexen. Berliner Wochenschrift. 1910;21:997-998.
8. Berliner B. Ein neuer Hammer zum Pruefen der Sehnenreflexen. Dtsch Med Wochenschr. 1910;33:1532.
9. Babinski JFF. Réflexes tendineux & réflexes osseux. Paris, 1912.
10. Lanska DJ. The history of reflex hammers. Neurology 1989;39:1542-1549.
11. Pesquisa na Internet com os motores de busca Google e Copépico.

Correspondência:

Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
1649-028 Lisboa
E-mail: sjapinto@netcabo.pt

Das Therapeuticas

António Leite Carneiro

Serviço de Neurologia, Hospital Militar D. Pedro V, Porto
E-mail: amlca@sapo.pt

Texto baseado em comunicação ao Fórum de Neurologia 2003 (Luso, 29 de Maio a 1 de Junho de 2003)

Introdução

Nos finais do séc. XIX, o armamentário terapêutico incluía o que se designava por terapêuticas internas (recorrendo a maioria das vezes a princípios activos extraídos de plantas e animais) e as terapêuticas externas em que se recorria a meios físicos para pretensamente se minorar o sofrimento causado pela doença. Importa, pois, clarificar conceitos relacionados, sobretudo, com as terapêuticas externas sendo curioso notar que alguns dos tratamentos físicos que esses conceitos encerram fizeram e ainda fazem parte das terapias caseiras da medicina popular, bem como da medicina tradicional de outras culturas.

Alguns se lembrarão que, em meados do séc. XX, ainda se usavam as ventosas e as "pontas de fogo" e os peitos de muitos de nós foram postos à prova com as célebres papas de linhaça. Nos nossos dias ainda se vendem emplastos para acudir a maleitas ósteo-articulares e que funcionam como revulsivos. Mais: há notícia do ressurgimento das sanguessugas e das ventosas como terapêutica em casos pontuais, o que é notável.

Dos conceitos

Revulsão – processo terapêutico que consiste em provocar um afluxo de sangue a uma região mais ou menos afastada de um órgão doente com a finalidade de descongestionar esse mesmo órgão (aplicação de calor, cataplasmas, ventosas, etc.); **derivativos** – tudo o que provoca desvio de sangue e outros líquidos orgânicos do seu trajecto normal; **diátese** – predisposição constitucional ou hereditária para contrair certas doenças como asma, eczema, gota, hemorragias; **calomelano** – protocloreto de mercúrio (colerético e purgativo); **vesicatório** – substância irritante que provoca vesículas cutâneas (emplastro vesicante, p. ex.^o); **moxa** – mecha acesa usada pela medicina tradicional chinesa; **ventosa** – ampola de vidro que se aplica na pele depois de rarefeito o ar no seu interior, a fim de provocar uma revulsão local; **sinapismo** – cataplasma ou emplastro à base de farinha de mostarda, destinada a produzir revulsão.

Das therapeuticas.....

Seria fastidioso e insensato fazer uma transcrição dos tratamentos em voga nos finais do séc. XIX para as patologias do sistema nervoso. Optou-se por seleccionar alguns exemplos que incluem doenças metabólicas, patologia cérebro-vascular, epilepsia entre outros.

.....da Idiotia Myxedematosa

Para tratar esta doença advogava-se a ingestão de uma pequena quantidade do corpo tiroideu de carneiro – 1 a 2 g/dia ou cada dois dias – recomendando-se, em Paris, a confirmação histológica da peça comprada no mercado para se ter a certeza de que se tratava da tiróide do animal e não de outro órgão.



Figura 1. O paxá de Bicêtre (serviço do Dr. Boumville).



Figura 2. Antes e após tratamento.

A par com a terapêutica interna, estava indicada a educação física, a satisfação das necessidades intelectuais de acordo com as capacidades do doente tendo em vista a inserção no mundo do trabalho. Eram conceitos revolucionários se se atender à época.

.....da Atetose Dupla

A Atetose Dupla designava uma das formas de Paralisia Cerebral. O tratamento era paliativo, propondo-se o uso do bromureto de potássio, o cloral, a electricidade e a hidroterapia.

Também as perturbações intelectuais, quando existiam, eram fonte de preocupação sendo proposta uma educação metódica de modo, e mais uma vez, a permitir uma inserção social adequada.



Figura 3. Atetose dupla.

.....da Hemiplegia

Ao diagnóstico e terapêutica da hemiplegia era dada uma grande importância nos livros de texto, independentemente da etiologia. Era dado destaque especial à hemiplegia de "causa sífilítica" nomeadamente se ocorriam formigueiros ou abalos clónicos. Neste caso, propunha-se tratamento específico vigoroso de forma a impedir a chamada contractura secundária que, se não ocorresse, poderia resultar na cura completa da hemiplegia

Para todos os casos de hemiplegia dever-se-ia procurar a causa que, em muitos casos, era desconhecida impossibilitando a cura. Neste capítulo, a contractura secundária era, portanto, impeditiva da cura completa e chamava-se a atenção para a importância de aconselhar os doentes quanto ao que deviam e não deviam fazer. Os estimulantes como a estricnina e os banhos sulfurosos eram estritamente proibidos e a utilização da electricidade era olhada com cautela pelo perigo de agravamento da contractura. Nesta situação, era importante não alimentar falsas esperanças sem prejuízo de um seguimento do doente por forma a detectar o aparecimento da chamada fase estacionária da contractura. Atingida esta, usava-se como terapêutica externa a massagem, as fricções e os banhos, e como terapêutica interna o iudoreto de potássio em pequenas doses.

.....da Epilepsia

Na segunda metade oitocentista acreditava-se que a aura epiléptica partia das vísceras, pelo que era importante a supressão das causas de irritação local dos diversos órgãos (intestino, estômago, útero, etc.). Ao doente era exigido o cumprimento de regras de higiene rigorosas e o afastamento de causas excitatórias como o abuso do álcool, as emoções fortes, a fadiga e os excessos sexuais. Eram indicadas prescrições contra estados tóxicos pelo chumbo ou o álcool e contra estados infecciosos crónicos como a sífilis. Recomendava-se o emprego de bromuretos de forma continuada e o uso de agentes físicos como a hidroterapia.

A terapêutica interna conheceu várias fases: Dupuytren, em 1850, propunha tratamento com óxido de zinco (20 grãos), raiz de valeriana em pó (40 grãos) e castoreo em pó (4 grãos) para 12 pílulas; em 1862, Brown-Séguard utilizava $\frac{1}{4}$ de grão de belladona e 1 grão de quinino para uma pílula três vezes por dia a que juntava $\frac{1}{170}$ de grão de atropina três vezes por dia nas 24 horas. Porém, foi em Londres que a terapêutica da epilepsia conheceu alguma sistematização, na década de noventa, com Ramskill, Radcliff e Hughling Jackson. Nessa altura era conhecida a rivalidade existente

no meio médico londrino pelo que, embora todos usassem o bromureto de potássio na dose média de 10 grãos por dia podendo ser aumentado para 20 ou 30 grãos, Radcliff recomendava que fosse tomado ao deitar enquanto Ramskill e Jackson preferiam a divisão da dose total em três tomas nas 24 horas. Todos apontavam como principal efeito colateral a *diminuição do apetite sexual* (sic).

.....do Amolecimento Cerebral

Era dada primordial importância à convicção clínica da natureza da lesão, isto é, enfarte isquémico. Do mesmo modo era importante determinar se ocorrera uma trombose ou uma embolia, já que as terapêuticas de suporte cardíovascular diferiam como se irá verificar.

Para todos os casos, independentemente de se tratar de um amolecimento isquémico ou embólico, usavam-se a sangria, as sanguessugas nas apófises mastóides, gelo na cabeça, vesicatório na nuca, sinapismos sobre os membros e um purgante dástrico.

Se o diagnóstico era de trombose, administrava-se cafeína para activar a circulação arterial, evitavam-se os derivados e mantinha-se a cabeça do doente baixa. Se o diagnóstico era de embolia, recorria-se à digitalina para temperar e regularizar a contracção do miocárdio e, a verificar-se actividade cardíaca excessiva com insuficiência, sentava-se ou elevava-se a cabeça do doente.

.....da Apoplexia Hemorrágica

Hughlings Jackson propunha a expectativa armada, usando a frase traduzida à letra, aliada à manutenção das funções viscerais através do combate à obstipação e à retenção urinária, da activação da função miocárdica, da prevenção dos acidentes de decúbito (escaras) e do gelo na cabeça. Tudo o mais era esperar e não perder a esperança.

A cirurgia era muito criticado por quase todos. Na última década de oitocentos já se procedia à trepanação e punção com evacuação da colecção hemorrágica. Os médicos criticavam o princípio da cirurgia que dizia: "o sucesso é filho da audácia". Até 1894 apenas se conheciam cerca de uma dúzia de casos tratados cirurgicamente, a grande maioria com resultados funestos.

.....da "Maladie de Parkinson"

Esta doença, embora descoberta por um facultativo inglês, foi baptizada deste modo por Charcot e seus discípulos, já que na Grã. Bretanha havia uma forte oposição para que fosse designada com o nome do seu descobridor.

Eulenberg propunha tratamento com estricnina, enquanto Charcot usava a hiosciamina condenando o uso da cravagem do centeio advogada por alguns autores da época por que agravava o tremor. Também eram



Figura 5. Fácies parkinsoniano.

usadas a electricidade estática e as correntes galvânicas. Alguém afirmou que a trepidação do caminho-de-ferro e dos coches melhorava o tremor parkinsoniano, pelo que Charcot chegou a sugerir que se fabricassem sofás trepidantes, o que é, no mínimo, curioso.



Figura 4. Postura parkinsoniana (desenho de Gowers).

.....da Neuralgia Facial (Tico Doloroso da Face)

Para a sintomatologia dolorosa da face a primeira questão a considerar era a procura de uma causa, fosse ela uma cárie dentária, malária ou sífilis e tratá-la.

Debove preconizava a pulverização com cloreto de metilo enquanto Trousseau, em 1850, usava extracto de estramónio e extracto aquoso de zinco em partes iguais para 11 grãos mais 2 oitavas de óxido de zinco; misturando para formar 40 pílulas.

Também se usava a aconitina em doses progressivas de 0,5mg até ao máximo de 5mg/dia, a antipirina 2 a 4 g/dia, os bromuretos, ópio e morfina em doses de acordo com o doente e a tolerância desenvolvida e a tintura de cânhamo da Índia na dose de 20 gotas/dia ou de 1 grão do extracto resinoso.

A panóplia terapêutica englobava as correntes galvânicas fracas (electrização unipolar com o pólo positivo aplicado na região dolorosa alguns minutos por dia e a injeção hipodérmica local de cocaína tão do agrado de Malherbe. Nos casos mais graves e resistentes às terapêuticas externas e internas, procedia-se à excisão cirúrgica do gânglio de Gasser.

.....da Hemicrania

Para o tratamento deste tipo de algia craniana usavam-se injeções subcutâneas de atropina e bromureto de potássio 1 a 2 g durante a crise e doses mais pequenas para a prevenir, no que constituiu uma das poucas referências encontradas acerca de terapêutica profiláctica.

Aforismo médico

*Tres cousas matam o homem,
Banhos, vinho e Vénus
Tres cousas dão saúde ao homem
Banhos, vinho e Vénus*

Os exemplos descritos revelam alguns conceitos notáveis para a época e o recurso a substâncias que, como no caso dos brometos (bromuretos) para o tratamento da epilepsia tinham alguma eficácia terapêutica. Também noções como a necessidade de recuperar o cidadão para a vida na medida das suas capacidades, o aconselhamento de normas básicas de conduta em algumas doenças, a chamada de atenção para a ponderação de atitudes intempestivas por parte dos médicos em situações de que pouco ou nada se sabia a par de outras como a importância de ouvir e observar atentamente os doentes, a importância do seguimento, etc., mostram, se preciso fosse, o quanto a Neurologia moderna deve a estes iniciadores. ■

Bibliografia

1. Traité de Médecine – Tome VI. Paris. Charcot, Bouchard et Brissaud. MDCCCXCIV
2. Traité de Pathologie Interne – Tome Second. Paris. A. Grisolle. MDCCCLXIX
3. O Escholliaste Medico, volume XV, Lisboa, 1864

Correspondência:
António Leite Cameiro
Serviço de Neurologia
Hospital Militar D. Pedro V
Avenida da Boavista
4050-113 Porto
E-mail: amlca@sapo.pt

A			i						e
		S		n	d	r	o	m	a
o			í						o

José Barros

Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António, Porto

Há palavras que se pronunciam, pelo menos, de três modos diversos, conforme se trata de um médico saído da Escola de Lisboa, da de Coimbra, ou da do Porto, não falando dos brasileiros. E quantas vezes nenhum deles se exprimirá bem...

JA Pires de Lima, 1910⁽¹⁾

A língua portuguesa, em todos os séculos da sua história, oferece a estranha singularidade de não ter ortografia uniforme (...) tornando-se impossível mencionar três escritores de nome, que escrevam da mesma forma.

Cândido de Figueiredo, 1922⁽²⁾

Chega mais perto e contempla as palavras

Cada uma

tem mil faces secretas sob a face neutra

e te pergunta, sem interesse pela resposta,

pobre ou terrível, que lhe deres:

Trouxeste a chave?

Carlos Drummond de Andrade, 1945⁽³⁾

συνδρομη (syndromé)

A palavra grega **συνδρομη** (*syndromé*) é um substantivo com acentuação fonética na antepenúltima sílaba (proparoxítono), do género feminino. O seu significado original suscita interpretações convergentes: "acção de concorrer, concurso", "reunião, afluência", "encontro". O emprego da palavra **syndromé** terá sido iniciado por médicos da Grécia antiga, embora o termo não apareça na literatura hipocrática (onde estão descritos vários síndromes). As traduções de obras do greco-romano Galeno introduziram a palavra **syndrome** em inglês. Os franceses mantiveram a grafia da palavra, mas adaptaram-na à sua tradição prosódica, acentuando a penúltima sílaba (substantivo paroxítono). (4, 5)

Introdução na língua portuguesa

Na literatura médica portuguesa, o termo terá adquirido notoriedade apenas no século XX. Não nos foi fácil, em sondagem empírica, encontrar a *síndrome* (ou similares) em livros médicos do século XIX. A palavra não teria também relevância para os filólogos. O *Dicionário de António Moraes e Silva*

no Brasil e em Portugal

ignorou-a nas suas oito edições desse século (6). António Lopes Valente, no *Dicionário Contemporâneo* da Imprensa Nacional, saltou de *Sinciput* para *Sinecura* e de *Syndico* para *Synedoche* (7). O *Dicionário dos Synonymos*, editado em Paris em 1885, também não incluiu o termo (8). Em nota discreta, José Pedro Machado interroga no seu dicionário (9) a origem temporal do termo: "Século XIX?".

Um texto de Plácido Barbosa (Rio de Janeiro, 1917) sugere que *síndrome* seria recente em literatura médica de língua portuguesa: "*Compreende-se que o uso popular, com o longo correr dos annos, modifique e altere vocábulos; mas substituir esse processo evolutivo pela alteração artificial e voluntaria do vocábulo, antes do seu uso, e logo ao introduzi-lo na corrente da lingua, é absurdo. (...) Propor ao uso um termo para elle novo, escrevendo-o e pronunciando-o propositadamente errado, é procedimento que se não póde aprovar*" (10).

Variedade gráfica, prosódica e de género

No início de século XX, surgiram diversas formas ortográficas (poucas mantendo o **y**; com ou sem acento agudo no **i**; terminadas em **e**, **a** ou **o**). E, acrescidas de duplicidade fonética (proparoxítonas ou paroxítonas). A variedade foi ainda amplificada por combinações livres com artigos ou adjectivos de género feminino ou masculino, conforme as sensibilidades e os gostos (10,11,12,13).

No ficheiro geral da Biblioteca Pública Municipal do Porto, atendendo ao primeiro substantivo do título, independentemente do género, contamos 91 obras em língua portuguesa começadas por "síndrome", 83 por "síndrome" e 70 por "síndromo".

A neurologia é uma disciplina pletórica de síndromes. Os textos publicados em Portugal constituem um mostruário plural de sensibilidades, difícil de sistematizar em tendências, épocas ou escolas. Ilustremos esta diversidade em *viagem-relâmpago*, desordenada e quase aleatória, a alguns textos portugueses:

O síndroma

"...agora denominado "síndroma Dejerine-Klumpke", mas

que não é outra coisa que o **síndrome** de Claude-Bernard e Horner de há tanto tempo descrito". Egas Moniz, 1917.

"... **síndrome cerebeloso-labirintico** de origem sífilítica". Fernando Carlos 1920.

"... os primeiros **síndromas** endócrínicos foram descritos por neurologistas e foram eles que puseram o oftalmoscópio nas mãos dos oftalmologistas". Almeida Lima. 1955.

O síndrome

"A chorea post-encephalitica pode co-existir com **syndromas parkinsonianos**". Sobral Cid, 1924.

"O parkinsonismo tem de ser entendido como **um** **síndrome** clínico comum a múltiplas etiologias". Luís Cunha, 1979.

"... as roturas de aneurismas da artéria comunicante anterior podem causar abúlia, **um** **síndrome** de Korsakoff, ..." João Lobo Antunes, 1986

"... quadro clínico, que Bleuler designou por **psico-síndrome** endócrino". Artur do Céu Coutinho, 1986.

A síndrome

"... não se pode contar com **síndromas** tão bem individualizadas como no cérebro." António Nunes Vicente, 1964.

"... **síndrome** do *um e meio* foi descrita por Fisher...". Amélia Nogueira Pinto, 1993.

A síndrome

"**A** **síndrome** de Kleine-Levin é uma situação rara". Teresa Paiva, 1993.

"**A** **síndrome** da pessoa rígida é um quadro neurológico raro...". Luís Monteiro, 1995.

O síndrome

"... nas perturbações medulares a função adoecida percebe-se sem dificuldades através dos **syndromes** **physiopathologicos** (...)". Manoel Cerqueira Gomes, 1921.

"... individualização **dos** **síndromes** do istmo do encéfalo, os **síndromes** de tipo alterno, que foram a obra da paciência...". Diogo Furtado, 1953.

"...o **síndrome** de modificação de personalidade que descrevemos nos leucotomizados...". Barahona Fernandes, 1955.

"... a história **do** **síndrome** de Gerstmann tem sido acidentada". António Damásio, 1973.

"... em certos casos, por razões ainda obscuras, desenvolve-se **o** **síndrome** de mioclonias de intenção". Alexandre Castro Caldas, 1986.

"...Rosenberg, que durante anos não aceitou, e ainda hoje minimiza, **o** **síndrome** cardinal da DMJ, a ataxia cerebelosa...". Paula Coutinho, 1993.

"a cefaleia integra os mais diversos **síndromes** clínicos, desde o vulgar e banal **síndrome** gripal até ao raro e grave **síndrome** de hipertensão intracraniana.". Pereira Monteiro, 1995.

"O LCR é estudado frequentemente **no** **síndrome** de imunodeficiência adquirida. Maria José Sá, 2000.

O síndrome

"... a hipertermia como **síndrome** neurovegetativo dominante". Corino de Andrade, 1958.

"Um fenómeno semiológico característico do **síndrome** parkinsonico é o sinal da *roda dentada*". Miller Guerra, 1970.

"a frequência relativa do grupo dos **síndromes** secundários sintomáticos ou criptogénicos é naturalmente baixa". Lopes Lima., 1998.

"... veio mais tarde a apresentar **um** **síndrome** cerebeloso, amiotrofias e neuropatia periférica." Bastos Lima, 2001.

Polémica e evolução

Ezechias da Rocha apresentou, em 1921, na Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia uma tese sobre este assunto, defendendo a forma "**síndrome**" (5).

Pouco tempo antes, já Plácido Barbosa (Rio de Janeiro, 1917), perante uma diversidade crescente, defendia firmemente o género feminino e a prosódia proparoxítona: "*Síndrome s.f. (...) é do género feminino, como no grego, e o acento tonico deve recahir na primeira sílaba, ficando a palavra exdruxula (Ramiz Galvão, Cândido de Figueiredo). Os clássicos médicos portugueses não deram à palavra outra forma (...) Ainda demonstra alguma compreensão, mas logo recua: "Seria perdoável fazer a palavra **síndrome** grave ou paroxitona (**sindrôme**), por analogia com **simptôma**; não é porém, aconselhável (...) é igualmente condenável mudar o género de **síndrome** de feminino para masculino, alterando-lhe a terminação para ageita-la a esse género (**sindrômo**); isso é um arbitrio que cousa nenhuma justifica, uma licença que se não apoia em nenhuma regra ou preceito linguístico"* (10).

Cândido de Figueiredo (Lisboa, 1922), tem uma interpretação idêntica, mas defende "a **síndrome**" em vez de "a **síndrome**": "*À primeira vista, parece, com efeito, que, tendo nós pródromo, hipódromo, etc., devíamos dizer **síndromo** (...); e, **síndromo** seria, se a palavra fôsse formada por nós dos dois elementos gregos **sun e dromos**. Mas não fomos nós que a formamos: foram os Gregos, os quais, apesar de haverem formado **hippodromos** e **prodromos**, termos masculinos, formaram o feminino **sundromè**; os franceses deram-lhe o mesmo género e a fôrma correspondente (**syndrome**); e não vale a pena, nem nos permitiriam que passássemos por cima de Franceses e Gregos, formando uma palavra de nossa exclusiva responsabilidade. E, visto que*

o termo é feminino em grego e em francês, não se explica bem porque foi que os nossos médicos o fizeram masculino. O bom senso e a razão das coisas aconselham **a síndrome**" (13).

A forma paroxítona "síndrome" já tinha sido rejeitada por Ramiz Galvão (Rio de Janeiro, 1909): "... o fato de hever em medicina muitos vocábulos em **oma** (...) induziu em erro os nossos cientistas. Aqui a etimologia está mostrando que o correcto é **a síndrome**, ou quando muito **a síndrome**" (14).

António Barradas (Porto, 1915) ironizava a este propósito: "quem diz que a cefaleia é um **sindrôma** de muitas doenças, deve também, por coerência, dizer que ele aparece como **prodrôma** de algumas" (15).

A diversidade manteve-se como se percebe nas palavras mais tolerantes de Pedro A Pinto (Rio de Janeiro, 1926): "Não há acordo entre os mestres e uns dizem **o síndrome**, outros **o síndrome**, **a síndrome**, **a síndrome**. Aloísio de Castro diz **a síndrome**; Ramiz Galvão preceitua **a síndrome** e Miguel Couto "enquanto espera que os filólogos decidam a grafia e a prosódia" vai escrevendo, como escrevia dantes, **o síndrome**" (11).

Ao longo do século XX, médicos e cientistas portugueses e brasileiros usaram muitas formas e combinados, com convicções variáveis (da teimosia militante de alguns, ao arco-íris sindromático de outros).

Brasil

O Vocabulário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras prevê três formas: **síndromo** (masculino), **síndrome** e **síndrome** (feminino). No entanto, alguns dicionários brasileiros de referência apenas contemplam "**a síndrome**" e "**a síndrome**" (quadro 1). Actualmente, no Brasil, os médicos têm uma preferência esmagadora pela forma "**a síndrome**"; raríssimos autores usam "**o síndrome**"; praticamente, ninguém usa "**síndroma**" ou "**síndromo**" (5; tabela I e II).

Tabela I. Títulos de artigos incluindo um dos termos *síndrome* ou *síndroma* ou *síndromo*

	Brasil (1981-2001) (www.bireme.br)	Portugal (1991-2003) (www.indexrmp.com)
Síndrome	5718	371
Síndroma	2	241
Síndromo	0	1

Tabela II. Pesquisa na Internet de conjuntos artigo-substantivo (n.º de resultados), usando o motor "Google"

	Língua: Português Sítios do Brasil		Língua: Português Sítios de Portugal	
a-síndrome	26 400	(97%)	1320	(50,7%)
o-síndrome	808	(2,9%)	227	(8,7%)
a-síndroma	43	-	178	(6,8%)
o-síndroma	58	-	875	(33,6%)
o-síndromo	0	-	1	

Portugal

Em Portugal a diversidade manteve-se. Em 1949 a equipa do Dicionário de Cândido Figueiredo (falecido em 1925) era mais abrangente, consignando dois géneros para **síndrome**, feminino para **síndroma** e masculino para **síndromo**.

Artur do Céu Coutinho, que nos anos 70 presidiu à Classe de Neurologia da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, admitiu três formas no seu dicionário: *Síndroma*, *Síndrome*, *Síndromo* (16). Porém, não se comprometeu com o género de cada uma destas palavras.

Recentemente, o filólogo português Fernando Venâncio Peixoto da Fonseca, no sítio "Ciberdúvidas da Língua Portuguesa", defendeu: "**síndroma** ou **síndrome** são vocábulos do género feminino. (...) Atendendo à origem, é preferível a forma **síndrome**, do grego **syndromé**, reunião, conjunto. Termina em **-e** e não em **-a**. Ambas as palavras são do género feminino e esdrúxulas (12).

Rosalvo Almeida, neurologista muito dedicado à língua portuguesa, escreveu no "Neuronotícias": "*Síndroma e Síndrome*" (...) são ambas palavras do género feminino. Assim, escreva-se: "**A síndrome para-neoplásica** mais frequente no carcinoma de pequenas células é a **síndrome miasténica**" ou "Publicou-se uma classificação internacional de epilepsias e **síndromas epilépticas**". Ora, na maior parte das vezes, esta não é a forma como falamos. Usamos, quase sempre, o género masculino. Portanto, para não cometermos erro, podemos usar uma outra palavra que vem nos dicionários – **síndromo** (17).

"Palavra que vem nos dicionários" não é um critério muito robusto. Mas, na verdade, em grego existe a palavra *syndromos* (συνδρομοζ), de género masculino, que significa "que acompanha, que corre junto". É, porém, um adjectivo. Mas, há quem defenda que poderá ser aplicado substantivamente (4), e nesse caso, o substantivo toma o sentido de *o que* (aquele ou aquilo que acompanha, corre junto, etc). O helenista de Coimbra José Inez Louro defendeu vivamente este processo adaptativo em 1942: "*é esta a palavra que, na verdade, se deverá adoptar na moderna linguagem médica de Portugal e Brasil*" (4).

Esta criação de "o síndrome", que parecia pragmática e sensata, tem hoje uma reserva séria: foi abandonado pelos médicos e alguns dicionários da maior comunidade de língua portuguesa. E, mesmo em Portugal, falta em alguns dicionários e tem um uso residual na literatura (tabelas I e II e quadro I).

Quadro 1. As palavras síndrome, síndroma e síndromo, e seus géneros, em alguns dicionários de língua portuguesa

Stedman – Dicionário Médico		
1996	Guanabara Koogan, SA	Rio de Janeiro
Síndrome (s.f.)		
Michaelis – Novo Dicionário da Língua Portuguesa		
1998	Melhoramentos	São Paulo
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	Síndromo (s.m)
Academia Brasileira de Letras – Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa		
1999	Imprensa Nacional	Rio de Janeiro
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	Síndromo (s.m)
Novo Aurélio Século XXI		
1999	Nova Fronteira	Rio de Janeiro
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	-
Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa		
2001	Objectiva	Rio de Janeiro
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	-
Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa / José Pedro Machado		
1977	Livros Horizonte	Lisboa
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	-
Dicionário Enciclopédico Alfa		
1992	Publicações Alfa	Lisboa
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	Síndromo (s.m)
Cândido de Figueiredo – Grande Dicionário da Língua Portuguesa		
1996	Bertrand	Venda Nova
Síndrome (s.f. e s.m.)	Síndroma (s.m. e s.f.)	Síndromo (s.m.)
Lello Universal		
1997	Lello Editores	Porto
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	Síndromo (s.m)
Dicionário da L. Portuguesa Contemporânea / Academia de Ciências de Lisboa		
2001	Verbo	Lisboa
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	Síndromo (s.m)
Dicionário da Língua Portuguesa 2004		
2003	Porto Editora	Porto
Síndrome (s.f.)	Síndroma (s.f.)	Síndromo (s.m)

s.m.-substantivo masculino; s.f.-substantivo feminino.

Síntese possível

Na literatura médica brasileira escrita em português, depois de décadas de turbulência, a polémica parece resolvida. Afinal, muitas vezes o que nasce torto...

Para os portugueses, todas as soluções têm defeitos grandes. As formas que nos soam melhor ao ouvido são possivelmente incoerentes (*o síndrome cerebeloso*, por exemplo). Ao contrário, as formas seguramente correctas provocam, em muitos de nós, dissonâncias cognitivas (*a síndroma cerebelosa*, por exemplo, chega a parecer deselegante).

	Pontos fortes	Pontos fracos
A síndrome	Legitimidade formal. Universal no Brasil	Artificial em Portugal
A síndroma	Legitimidade formal. Tolerado no Brasil	Artificial em Portugal
O síndrome	Natural em Portugal	Género incoerente
O síndroma	-	Género incoerente
O síndromo	Legitimidade formal (provável) Género coerente.	Não usado no Brasil Uso residual em Portugal

Este parece-nos um tema bom para abrir ciclo de debates na SINAPSE. Talvez, mesmo uma polémica.

Para já, apenas podemos recomendar alguma paciência e tolerância na análise de discurso alheio. Pelo menos, no que "a síndromes" diz respeito. ■



Egas Moniz
O síndroma...



Corino de Andrade
O síndromo...



Drummond de Andrade
Trouxeste a chave?

Bibliografia

1. J.A. Pires de Lima (auto-citação) em prefácio a: M. da Silva Leal A Linguagem Médica em Portugal e no Brasil. Editorial Organizações. Lisboa 1946
2. Cândido de Figueiredo. Vícios da Linguagem Médica (2.ª edição, muito corrigida e melhorada). Livraria Clássica Editora. Lisboa 1922
3. Carlos Drummond de Andrade. Antologia Poética. Publicações D. Quixote. Lisboa, 2002.
4. José Inez Louro. Linguagem Médica Luso-Brasileira – uma questão morfo-semântica. Faculdade de Letras de Coimbra. Coimbra 1942.
5. Joffre M. Rezende. Linguagem Médica: Síndrome. <http://usuarios.cultura.com.br/2003>
6. António Moraes da Silva. Dicionário da Língua Portuguesa. 8.ª edição (II volume). Adolpho Monteiro & C.ª, Lisboa e Empreza Literaria Fluminense, Rio de Janeiro, 1891.
7. Dicionário Contemporâneo de Língua Portuguesa. Imprensa Nacional, Lisboa, 1881.
8. J Roquete e José Fonseca. Dicionário dos Synonymos Poético e de Epithetos da Língua Portuguesa. Guillard Aillaud, & C.ª. Paris 1885.
9. José Pedro Machado. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (3.ª Edição) Horizonte. Lisboa, 1997.
10. Plácido Barbosa. Dicionário de Terminologia Médica Portuguesa. Livraria Francisco Alves. Rio de Janeiro. 1917
11. Pedro A Pinto Dicionário de Termos Médicos. Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1926.
12. Fernando Venâncio Peixoto da Fonseca. Síndrome. Ciberdúvidas da Língua Portuguesa. [http:// www.ciberduvidas.pt](http://www.ciberduvidas.pt). 2003
13. Cândido de Figueiredo. Vícios da Linguagem Médica (2.ª edição, muito corrigida e melhorada). Livraria Clássica Editora. Lisboa 1922
14. B F Ramiz Galvão. Vocabulário Etimológico, Ortográfico e Prosódico das Palavras Portuguesas derivadas da Língua Grega. Livraria Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1909.
15. António Barradas. A Linguagem Médica de Portugal e Brasil. Porto, 1915. Tipografia a vapor Enciclopedia Portuguesa, Porto, 1915
16. A. Céu Coutinho. Dicionário Enciclopédico de Medicina (3.ª edição). Edições Argo. Lisboa, 1976.
17. Rosalvo Almeida. Questões de Linguagem Médica. Neuronotícias 1992; n.º 5

Referências de "Variedade gráfica, prosódica e de género" (por ordem de citação)

- EGAS MONIZ. A Neurologia na Guerra. Livraria Ferreira. Lisboa, 1917.
 FERNANDO CARLOS citado em A Psiquiatria e a Neurologia no Porto, Faculdade de Medicina do Porto. Gráfica do Porto, Lda. Porto, 1925
 ALMEIDA LIMA. Lição inaugural do Curso Prático de Neurologia do Centro de Estudos Egas Moniz. Lisboa 1955
 SOBRAL CID. Syndromes psicho-motores estrio-palidaes nos estados tardios de encephalite epidémica e nas psychoses schizophrenicas. Faculdade de Medicina de Lisboa. Imprensa Lucas & C.ª. Lisboa, 1924.
 LUÍS CUNHA. Àcido homovanílico no LCR e patologia extrapiramidal (dissertação de doutoramento). Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra, 1979.
 JOÃO LOBO ANTUNES. Hemorragia subaracnóideia. AVC-diagnóstico e tratamento. Editado por JL Antunes e JM Ferro. Laboratórios UCB. Lisboa, 1986.
 ARTUR DO CÉU COUTINHO. Psicopatologia dos Tumores da Hipófise (monografia). Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa, 1986.
 ANTÓNIO NUNES VICENTE. Enfarte Medular (dissertação de doutoramento). Faculdade de Medicina. Coimbra 1964.
 AMÉLIA NOGUEIRA PINTO ET AL. AVC e Oftalmoplegia Internuclear. Rev Port Neurologia 1993; 2(4): 186
 TERESA PAIVA. Hipersónias na 2.ª década de Vida. Rev Port Neurologia 1993; 2 (3): 123
 LUÍS MONTEIRO. Síndromes Neurológicas Paraneoplásicas – Revisão (monografia de prova complementar da dissertação de doutoramento). ICBAS. Porto, 1995.
 MANOEL CERQUEIRA GOMES. Syndromes medullares. Typographia Marques. Porto, 1921
 DIOGO FURTADO. Neurologia: posição actual e perspectivas de futuro. Jornal do Médico 1953; XXI (525)
 BARAHONA FERNANDES. A face psicológica do doente neurológico. Curso Prático de Neurologia do Centro de Estudos Egas Moniz. Lisboa. Lisboa, 1955.
 ANTÓNIO R. DAMÁSIO. Neurologia da Linguagem. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 1973.
 ALEXANDRE CASTRO CALDAS. Síndromes neurológicas de causa vascular. AVC-diagnóstico e tratamento. Editado por JL Antunes e JM Ferro. Laboratórios UCB. Lisboa, 1986.
 PAULA COUTINHO. Doença de Machado-Joseph.. Edição Bial: Porto, 1993.
 PEREIRA MONTEIRO. Cefaleias: estudo epidemiológico e Clínico de uma População Urbana (dissertação de doutoramento). ICBAS. Porto, 1995.
 MARIA JOSÉ SÁ, ANTÓNIO MOTA MIRANDA Alterações inflamatórias e degenerativas do LCR na infecção por VIH. Arq-Med 2000;14(5-6):189-196.
 FERREIRA ALVES, CORINO DE ANDRADE. Traumatismos vertebro-medulares cervicais. Edições Marânus, Porto 1958
 MILLER GUERRA, Semiologia do Sistema Nervoso, 1970, Edições Sopime, Porto.
 LOPES LIMA. Levantamento Epidemiológico das Epilepsias e Síndromes Epilépticas no Norte de Portugal (dissertação de doutoramento). ICBAS. Porto, 1998.
 BASTOS LIMA. Parkinsonismo Juvenil (dissertação de doutoramento). ICBAS. Porto 2001

Fotografias obtidas em: www.nobel.se; Sinapse; www.taciano.blogspot.com.br

Agradecimento:

Colaboradoras da Biblioteca Pública Municipal do Porto e da Biblioteca do Hospital de Santo António.

Correspondência:

José Barros
 Serviço de Neurologia
 Hospital Geral de Santo António
 Largo Prof. Abel Salazar
 4099-001 PORTO
 E-mail: j-barros@netcabo.pt

A Morte de D. Manuel I

Francisco Pinto
Hospital de Santa Maria, Lisboa

Texto baseado em comunicação ao Congresso de Neurologia 2003 (Lisboa, 20 a 23 de Novembro de 2003)

A morte de D. Manuel I é bem documentada pelos cronistas. A ela se referem os seus contemporâneos Gil Vicente e Garcia de Resende, cabendo a Damião de Góis, ao tempo de moço de câmara, uma posição privilegiada de observador: "... *que à tudo fui presente até à ora que el Rei espirou*", devido a "*febre specia de modorra, doença de que naquelle tempo em Lisboa morria muita gente*" (Chronica de D. Manuel. P. IV, cap. 83), causa de óbito também referenciada, posteriormente, por Frei Luís de Sousa: "... *foi acometido duma febre ardente com inclinação a sono; era doença que andava na cidade, parava em modorra, matava a muitos*" (Annaes de D. João III, pág. 19).

Damião de Góis dá uma cronologia precisa da doença:

- Quinta-feira, 5-12-1521: início súbito do mal, em plena saúde; ainda de madrugada se despedira do príncipe D. João e dos infantes partidos para a caça.
- Sexta-feira – sangrado.
- Domingo, considerado em perigo de vida, confessa-se, comunga, dita o codicilo do testamento ao secretário António Carneiro. O príncipe e os infantes, "regressam à espora fita", encontrando-o "muito afadigado e os medicos desconfiados da sua vida".
- Segunda-feira: "estesoiram-lhe o cabelo".
- Quarta-feira: quer ver os filhos a quem abençoa.
- Quinta-feira: passa muito mal a noite, chegando a ser amortalhado. Recupera os sentidos ao meio-dia, o que permite comer, beber um púcaro de água e falar com a rainha.
- Sexta-feira, "novenos dias": pede a extrema-unção. Atribui a sua moléstia a "muita paixão, muito trabalho e pouco descanso".
- Conhece o duque de Bragança, faz uma colação e fala com D. Leonor.

- Piora rapidamente, entra em coma às 4 da tarde, morre pelas 10 -11 horas da noite.

Devido à natureza epidémica da doença o esquife é rapidamente retirado do palácio para o mosteiro de Belém. Segundo Gil Vicente (Romance, 1521):

*"Ja passada a meia noite,
Tres horas antes do dia,
Mettido em hum ataude,
O qu'inda ha pouco regia,
O grande senhor do Oriente
Dos seus Paços se partia.
Pranto fazem em Lisboa
Dia de Santa Luzia ..."*

(13 de Dezembro de 1521)

A doença de que foi acometido caracterizou-se pela alternância de períodos de vigília e dos então designados "acidentes". Nos primeiros os cronistas registam as refeições, as conversas tidas com a rainha e os príncipes, o entoar de salmos com voz alta e clara; segundo Garcia de Resende (Miscelânea):

*"O bom rei em seu acordo
deste mundo se partia
conhecendo sua morte
com muita sabedoria.
Por palavras piedosas
os sacramentos pedia;
falando sempre com todos,
deu a sua alma a quem devia."*

Quanto aos "acidentes": "O príncipe D. João, que estava num quarto próximo recomendara que tivesse o cuidado de o chamar aos acidentes que lhe davam por intervalo, que assim fiz por tres vezes, que a todos acudiu, e querendo chamar a quarta que já era no novenos dias, me foi defeso pelos senhores..." Durante os mesmos "Jaz na cama, sem se virar, sem se mexer, imóvel e inerte como um corpo morto" (Damião de Góis).

Os dois grandes físicos da época, Amato Lusitano e Gomes Pereira, põem como hipóteses diagnósticas, três tipos de epidemias que então grassavam: tifo exantemático, influenza e mal da modorra.

Amato Lusitano refuta o tifo exantemático (tabardilho, tabardete, brotoeja, febre das pintas, *morbus pulicularis* ou *morbus culicularis*), devido ao facto de não haver referência a "exantemas ou efflorescencias" por todo o corpo "similhantes às puncturas das pulgas", algumas "nigerrimas" (Centúria III, cura 70; Centúria IV, cura 62).

Quanto à influenza (catarro pneumónico, mal da cabaça ou mal da cachola), os sintomas são "dor de cabeça, ronqueira ou catarro, donde com facilidade saiam pleurizes que matavam a muitos" (Gomes Pereira. *Novae, veraeque medicinae, experimentis et evidentibus ratiionibus comprobatae*, 1558), diferentes dos experimentados pelo Rei.

O mesmo Gomes Pereira descreve assim o mal da modorra ou mal da modorrilha, que teve epidemias em 1521 e 1556/57:

"Abre a moléstia por febre, e de costume a letargia assoma do 5º ao 6º dia; o febricitante toma-se de um sono tão pesado que nem a gritos nem a sacudidelas se desperta.

A grande custo pode descerrar os olhos, e se os abre, logo os fecha. O sono é pegado, o corpo jaz inerte, de costas, em resolução, imitando às vezes o estertor do apopléctico..."

"...Com frequência o enfermo entra em espantar e recobra os seus sentidos, espancando o sono, embora ainda a febre remanesça. Acontece que a letargia acomete por crises intermitentes mais ou menos demoradas, e estas repetições acabam por perder o padecente. A hipersónia chega a associar-se ao delírio".

"Estão paralisados os músculos que abrem as capelas dos olhos, por alteração originaria das partes do cérebro donde procede a inervação palpebral". (Novae, veraeque medicinae, experimentis et evidentibus ratiionibus comprobatae, 1558).

As interpretações fisiopatológicas são diferentes: para Amato Lusitano, a "pituita subia à cabeça e originava o veterno" (sonolência); Garcia Pereira responsabilizava a "acção nociva da pituita sobre os lugares encefálicos provocando o sono invencível e as perversões na abertura ocular".

O diagnóstico final mais provável será o mal da modorra ou modorrilha com a sua alternância de letargia com períodos de vigília, acompanhada dos sinais oculares com

incapacidade de abrir os olhos. Modernamente é uma encefalite epidémica, provavelmente a encefalite letárgica (Von Economo), caracterizada por aquela sintomatologia, conhecendo-se ao longo dos tempos epidemias periódicas, ceifando muitas vidas.

*Neste anno se finou
o gram rei dom Manoel:
quantos comsigo leou
a morte triste cruel;
que Rey, que gente matou!
duzentos homens honrados,
em que hiã muytos destados,
vimos que entan se finarão
de modorra, e escaparam
muytos já quasi enterrados.*

Garcia de Resende, *Miscelânea*, est. 260. ■

Bibliografia

- Amato Lusitano. *Centúrias de Curas Médicas*. Lisboa, 1956.
- Damião de Góis. *Chronica do Felicíssimo Rei D. Emanuel*. 1566
- Frei Luís de Sousa. *Annaes de D. João III*. Edição de 1844.
- Garcia de Resende. *Crónica de Dom João II e Miscelânea*. Lisboa, 1973.
- Garcia Pereira. *Novae, veraeque medicinae, experimentis et evidentibus ratiionibus comprobatae*, 1558.
- Gil Vicente. *Compilaçam de todas as obras de Gil Vicente*. 1562.
- Livro das Horas de D. Manuel. Lisboa, 1983.

Correspondência:

Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
1169-024 Lisboa
E-mail: fjpinto@netcabo.pt

Egas Moniz Revisitado

Victor Oliveira

Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa
E-mail: voliveira98@hotmail.com

Texto baseado em comunicação ao Congresso de Neurologia 2003 (Lisboa, 20 a 23 de Novembro de 2003)

Parte I - (O Político)



Figura 1. Egas Moniz em Lisboa, Agosto de 1911 na época da discussão do regime constitucional republicano (In Ilustração Portuguesa)

No entanto, tal actividade teve uma vastidão de vinte anos, tendo-se iniciado em fins de 1899 e terminando em 1919. Atravessou assim, uma década de monarquia, a última. Cruzou o 5 de Outubro, interveio activamente no dealbar da República, culminando com uma posição de grande relevo no regime de Sidónio Pais.

Dada a vastidão do tema limitamo-nos a aflorar os aspectos da vida de Egas Moniz, com especial ênfase para os aspectos mal conhecidos da sua intervenção política.

Comecemos por uma resenha da sua biografia, de modo a enquadrar a sua actividade futura:

Como é sabido, Egas Moniz nasceu em Avanca, Concelho de Estarreja, em 29 de Novembro de 1874. Filho de uma família da pequena burguesia rural com alguns pergaminhos e muitas dívidas.

A figura de Egas Moniz é de todos conhecida, pelas suas facetas de Professor de Neurologista; criador da angiografia; da leucotomia e sobretudo, laureado com o Prémio Nobel em 1949.

Poucos conhecerão a faceta política que desenvolveu e que, ele próprio viria a desvalorizar, aflorando vagamente o facto de ter sido Ministro (embaixador) em Madrid e Presidente da delegação de Portugal à Conferência de Paz em Versalhes.

Deve o seu nome "Egas Moniz" a um capricho do seu tio (irmão da mãe), padre Caetano de Pina Rezende Abreu Sá Freire, abade de Pardilhó que, sendo dado a investigações genealógicas, achou que a família descendia, em linha directa, do aio de D. Afonso Henriques e, aproveitando-se do facto de ter sido escolhido para padrinho, acrescentou tal sobrenome ao jovem António Caetano de Abreu Freire.

O nosso futuro Prémio Nobel, cedo abraçou tal acrónimo. Dizia ele que "Egas Moniz" era "eufónico" e, por isso, rapidamente o adoptou, com o sucesso conhecido.

Os seus estudos desenvolveram-se primeiro, na escola paroquial de Pardilhó pela mão do padrinho e, posteriormente, no Colégio de S. Fiel em Castelo Branco.

Talvez devido às crescentes dificuldades económicas, viria a terminar o ensino secundário no Liceu de Viseu, zona onde vivia um outro ramo da família.

Entretanto, seu pai partira, um tanto inesperadamente, para Moçambique, em busca de proventos que equilibrassem a aflitiva situação económica da família. Sem grande sucesso aliás, pois a casa de Avanca, viria a ser colocada em hasta pública para pagamento de dívidas, vindo a ser salva pelo tio abade que a arrematou e reincorporou na família.

Ao fim de escassos quatro anos em Moçambique, o pai falecia na cidade da Beira, sem atingir os seus intentos.

O jovem António Caetano ingressou, por essa altura (1891), na Universidade de Coimbra, começando pelos inevitáveis "Estudos Preparatórios", na época comuns a muitos cursos. Hesita entre matemática e medicina. A vocação pela primeira, viria mesmo a traduzir-se na edição de numa sebenta, a qual, a par de explicações sobre essa matéria ajudaram a equilibrar a sua mesada. O curso de matemática permitia o acesso à carreira docente do ensino secundário, sem grandes sobressaltos, enquanto que, o

curso de medicina, mais longo e de colocação mais difícil, certamente terão pesado, face à sua situação financeira, na sua primeira opção. Aqui, foi decisiva a intervenção dos parentes do ramo de Viseu, que o incentivaram e apoiaram.

Concluiu a licenciatura em Julho de 1899, com a tese "Alterações anátomo-patológicas da difteria" já com a disposição de seguir o "Professorado Superior".

Escassos quatro meses após concluir o curso, encontramos Egas Moniz a concorrer a eleições às Cortes pois em Novembro de 1899, foi eleito deputado pelo Círculo de Viseu (Tondela) ao qual se ligava pelos já citados laços de família. Assim, no dia 10 de Janeiro de 1900, Egas Moniz, tomou acento em S. Bento, como deputado às Cortes.

Não descurou no entanto, as suas ambições académicas, por isso se submeteu a provas de doutoramento em 1901, tendo para o efeito apresentado como tese "A vida sexual - I Parte: Fisiologia". Foi aprovado por unanimidade, tendo tomado capelo a 14 de Julho de 1901.

Continuou a sua actividade parlamentar em Lisboa, participando em várias comissões e apresentando algumas propostas, o que traduz o entusiasmo que dedicou a esta actividade. Não descarta a clínica privada e partilha então um consultório na Baixa lisboeta em dermatologista Zeferino Falcão.

Em 1902, após uma curta legislatura em Lisboa, apresentou-se a concurso para Professor da Universidade, com mais quatro concorrentes: ngelo da Fonseca, Sobral Cid, Elysio de Moura, e Luís Veiga. Aos dois primeiros couberam as vagas de professores catedráticos, enquanto que, para os restantes três, incluindo Egas Moniz, restaram os lugares de lentes substitutos.

Nessa época, a esta última categoria, era exigido que se leccionasse a cadeira para a qual houvesse necessidades no momento, por isso começou por Anatomia, depois, Histologia e finalmente Patologia Médica, tendo ainda ocasionalmente prestado serviços de exames. Não dedicou, no entanto, grande interesse a tais funções, pois manteve intensa actividade parlamentar na capital, a par da sua clínica privada. Tal facto foi verificado pelo Prof. Tavares de Sousa (*in: Egas Moniz em Livre Exame*) que, ao consultar o processo individual de Egas Moniz na Universidade, encontrou "inúmeras faltas ao serviço, umas justificadas com atestados médicos, outras devido à sua actividade política como deputado ou simplesmente sem justificação".

Entretanto, a vida política convulsivava no crepúsculo da monarquia, as eleições sucediam-se e Egas Moniz passou a ser eleito por Estarreja, seu círculo natal o qual não mais abandonaria.

Não são claras as circunstâncias que o levaram a aproximar-se da Neurologia mas, a partir deste mesmo ano de 1902, inicia as suas deslocações regulares a França onde viria a frequentar, primeiro as clínicas de Pitres em Bordéus e repetidamente a Salpêtrière, em Paris, onde privaria com Pierre-Marie, Babinski, Souques, Déjèrine, Sicard, etc.

Em 1906 encontramos-lo com consultório montado no Largo do Camões nº6-1º, e e policlínica do mesmo largo, em Lisboa, intitulando-se já médico de "doenças nervosas" a que lhe anexa um gabinete de electroterapia, enquanto mantinha a sua vida parlamentar e as deslocações estivais às clínicas francesas.



Figura 2. Anúncio publicado em "A Luta" 1909

Militava no Partido Progressista conservando-se apoiante incondicional de José d'Alpoim, amizade que manteria por toda a vida deste e, quando Alpoim entra em ruptura com José Luciano de Castro, fundando a "Dissidência Progressista", acompanha-o.

A situação política tolda-se, ainda mais, com a ditadura de João Franco (1906/1908), altura em que Egas Moniz interrompe a sua vida parlamentar (Fevereiro de 1907). É conhecida a resistência dos "Dissidentes" quer à ditadura, primeiro, quer ao próprio Rei depois. Egas Moniz assume-se como revolucionário e participa mesmo numa intentona a 28 de Janeiro de 1908, que é abortada pela polícia, sendo preso nessa mesma noite.



Figura 3. Egas Moniz no seu gabinete de trabalho em 1907. Foto de Joshua Benoiel. - Arq. Fotográfico da. CML

Correu assim os riscos inerentes à condição de conspirador e que, conforme se dizia, iam desde o degredo ao fuzilamento. Como é sabido, D. Carlos viria a ser morto quatro dias depois, a 1 de Fevereiro. Aclamado D. Manuel II, inicia uma política de "acalmção" mandando libertar os presos. Egas Moniz sai então do Quartel dos Lóios da Guarda Municipal, em Lisboa a 8 de Fevereiro de 1908.

A sociedade portuguesa entra num período extremamente conturbado, as manifestações anti-clericais multiplicam-se, tendo grande protagonismo a figura de Miguel Bombarda e António Macieira que era cunhado de Egas Moniz. Este último envolve-se no movimento, como membro da organização, sendo muito participada a manifestação que percorreu Lisboa em 2 de Agosto de 1908, referindo-se na imprensa de época, (certamente com algum exagero), números da ordem dos cem mil pessoas. Egas Moniz, então novamente deputado, veicula a petição, recebendo-a dos manifestantes e apresentando-a no hemiciclo.

Saliente-se que Egas Moniz, manteve, em toda a sua vida uma postura de materialista, agnóstico, (materialista, monista segundo alguns) mas tolerante com a religião. Fora educado por um tio abade de Pardilhó, estudou alguns anos no colégio jesuítico de S. Fiel, casou pela Igreja em 1901, tendo mesmo recebido uma bênção especial do Papa. A sua esposa, D. Elvira de Macedo Dias, era católica praticante e Egas Moniz, sempre respeitou tais convicções.

Mas, após este arrebatamento que aliás varreu a sociedade urbana portuguesa, viria a ser o responsável pelo reatamento das relações diplomáticas com o Vaticano em 1918.

No ano 1910 filia-se na Maçonaria, pela Loja Amizade e Simpatia adoptando curiosamente o nome de "Egas Moniz"

em homenagem ao aio de D. Afonso Henriques e 5 de Outubro de 1910 surge, sem que lhe seja possível identificar alguma intervenção política relevante.

Encontramo-lo no ano seguinte (1911), em pleno vigor, como deputado á Assembleia Constituinte republicana, onde viria a ter posições de grande visibilidade, militando sempre no grupo dos "Dissidentes". O calor das disputas parlamentares, que mantém, são ilustradas a propósito da "Questão de Ambaca" que o leva a bater-se em duelo, à espada, com Norton de Matos.

O desagravo teve lugar na estrada da Ameixoeira onde o médico e deputado derrotou o militar e colonialista, infligindo-lhe um ferimento no sobrolho esquerdo que sangrou abundantemente. Mais tarde, Norton de Matos confessaria mesmo, que, por pouco, não ficara sem um olho.

Entretanto, por decreto com força de lei datado de 22 de Março de 1911, assinado pelo Ministro do Interior, António José de Almeida, foram criadas as Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto, substituindo as Escolas Médico-Cirúrgicas.

Pelo mesmo decreto, se criam, em Lisboa, as "Clínicas Especiais" (actuais Especialidades) a implementar consoante as disponibilidades financeiras mas criando-se de imediato, duas delas: Oftalmologia e Neurologia.

Enquanto que a criação da cadeira de Oftalmologia e a sua atribuição a Gama Pinto, foram aceites com naturalidade e agrado geral, em relação à cadeira de Neurologia, existiu contestação da classe médica da capital, reunida na Associação dos Médicos Portugueses (antecessora da Ordem dos Médicos), pois se questionava, não só o processo de transferência de Egas Moniz da Universidade de Coimbra, como também a sua competência na matéria que pretendia ensinar. Este era mais conhecido como político do que como professor universitário e ainda menos como neurologista. Com efeito, podem ler-se nas actas da Associação dos Médicos Portugueses, afirmações como: "As provas do saber de Egas Moniz em Neurologia, ainda estão todas por dar", ou mais incisivas "Egas Moniz, de Neurologia nada sabe".

Tal contestação levou mesmo a que este se demitisse da referida associação em 1911. Contudo, Egas Moniz conseguiu passar incólume por esta contestação e em Outubro desse ano, iniciava-se o primeiro período lectivo da novel universidade e também da cadeira de Neurologia, enquanto

Egas Moniz mantinha a sua actividade parlamentar a par da sua clínica privada.

Um entusiasmo compreensível pela sua cadeira de Neurologia, a que se juntava algum desencanto com o rumo da política portuguesa, terão levado a que, em 12 Abril de 1912, António José de Almeida lesse na Assembleia Nacional o pedido de renúncia ao cargo de deputado do então seu amigo e correligionário Egas Moniz, sob a justificação de querer dedicar-se inteiramente à actividade académica. As actas das sessões da "Câmara dos Senhores Deputados" traduzem o sentimento generalizado de consternação que tal pedido causou, o que permite aquilatar da consideração em que era tido no hemiciclo.

Ao dedicar-se assim, à Neurologia, produziu uma série de trabalhos que auguravam um trajecto frutuoso para a nova especialidade do Hospital Escolar de Santa Marta. No entanto, tal período foi interrompido subitamente quando a 16 de Dezembro de 1916, a pretexto da necessidade de reprimir uma tentativa de golpe de estado, volta a ser preso.

Estávamos no período da "Santa Aliança" em que os partidos se uniram perante a causa nacional do envolvimento na I Guerra Mundial e em que um dos membros do triunvirato era António José de Almeida, amigo de outros tempos e cuja relação ficou, por isto, definitivamente comprometida. Egas Moniz protesta a sua inocência, mas não se livra de passar três dias sob prisão, num navio de guerra surto no Tejo. Libertado mas fisicamente muito combalido (deu baixa ao Hospital da Marinha) e muito melindrado com a injustiça de que se dizia vítima, decidiu regressar à política. Funda então o Partido Centrista e inicia uma campanha nacional para a sua implantação. Não teve no entanto, grande sucesso. As coisas iam avançando lentamente quando, em 5 de Dezembro de 1917, o seu amigo e colega dos tempos de Coimbra, Sidónio Pais, liderou mais um golpe de estado.

Egas Moniz, diz que nada teve a ver com o golpe, embora dele tivesse algum conhecimento. Já era clara para si, a ideia de que a situação política e social portuguesas não se resolviam com golpes de estado. Sidónio Pais chamou-o ao Parque Eduardo VII onde se encontrava no comando das tropas revoltosas., conforme conta em "Um ano de Política" (pg82): "Foi só depois do dia 8, e em seguida a ter recebido uma solicitação do Dr. Sidónio Pais, que o procurei no Parque Eduardo VII.

Acompanhavam-me vários amigos. O Dr. Sidónio Pais, que ainda não tinha dormido desde o início da luta, apresentava um ar

fatigadíssimo. Carecia de um grande esforço para fixar a atenção. Pedi-me que o auxiliasse (...) Respondi-lhe que, pertencendo a um grupo ainda em formação, não lhe podia dar um auxílio que lhe bastasse, devendo portanto, procurar no partido unionista a base de apoio indispensável à estabilidade do novo governo." Recomenda, no entanto, algumas pessoas da sua confiança.

O "namoro" de Sidónio a Egas Moniz mantém-se e este acaba por aceitar o cargo de ministro plenipotenciário em Madrid.

A importância desta função era muito grande pois tornava-se necessário desfazer a desconfiança que o novo regime, (mais um), causava na monarquia espanhola que, além de ser o nosso poderoso vizinho, era também o território donde partiam esporadicamente as incursões monárquicas, situação só possível com a complacência oficial.

Egas Moniz granjeou rapidamente as simpatias de Afonso XIII ao mesmo tempo que entabulava conversações sobre vários negócios pendentes entre os dois países, (fronteiras; rios internacionais, cortiças, cereais, etc.) foi aí também que desbloqueou a situação das relações com a Santa Sé, que estavam cortadas desde 1911.

As dificuldades políticas e sociais eram graves e Egas Moniz deslocava-se frequentemente a Lisboa, ganhando um peso crescente. O seu pequeno partido veio a servir de núcleo para, com a adesão dos sidonistas, se tornar no "Partido Nacional Republicano", partido de suporte parlamentar a Sidónio Pais. Assim, torna-se líder do partido da maioria após as eleições de Maio de 1918, contestadas pelos partidos de esquerda que boicotaram o acto eleitoral, o que levou a considerar-se este período como "Ditadura Sidonista".



Figura 4. Abertura do parlamento após as eleições sidonistas. 22 de Julho de 1918. Foto de Joshua Benoliel. - Arq. Fotográfico da. CML

Com o fim da I Guerra Mundial, em Novembro de 1918, surge a necessidade de constituir uma delegação à conferência de paz que teve lugar em Versalhes. Egas Moniz aceita ser Ministro dos Negócios Estrangeiros e Plenipotenciário à conferência, viaja entre Londres e Paris, conseguindo que Portugal tivesse acento, de pleno direito, na conferência, ao mesmo nível dos outros beligerantes, situação que não estava contemplada à partida. Preparou-se mesmo para conseguir alargamento dos territórios sob administração portuguesa em África, no que foi contrariado por Sidónio Pais o qual, tinha sobre o assunto ideias muito claras e que consistiam apenas na consolidação dos nossos limites históricos.

Mantinha as suas funções e com bom desempenho, quando Sidónio Pais foi assassinado na estação do Rossio em Lisboa, na noite de 14 de Dezembro de 1918.

O astro político de Egas Moniz entra rapidamente em declínio, mantendo-se apenas no firmamento enquanto o novo governo provisório do Almirante Canto e Castro se consolidava minimamente. Talvez tivesse alimentado algumas esperanças num lugar de maior relevo no pós-sidonismo. A mais alta magistratura não estaria fora dos seus horizontes no entanto, tal sonho, se de facto existiu, rapidamente se desfez.

Sentindo-se desautorizado, ao receber ordens de Lisboa, para alteração da sua delegação dadas pelos seus, ainda formalmente, subordinados, bate com a porta e abandona a delegação portuguesa a 16 de Março de 1919, por coincidência, exactamente um ano após o início de funções em Madrid, e quando a Conferência entrava já na sua fase final. Tal período ficaria documentado no seu livro "Um Ano de Política".

Mantém-se em Paris, a título pessoal, mais alguns dias enquanto é substituído por Afonso Costa, seu adversário político de sempre, e com quem não se cruza.

Ao chegar a Lisboa, reconhece que a realidade política anterior, em que se apoiara, desaparecera totalmente. Cai na realidade e abandona a política de vez, consagrando-se à Medicina.

Surge assim Egas Moniz, professor, investigador e futuro Prémio Nobel. ■

Fontes

1. Moniz, E: Um Ano de Política. (Portugal - Brasil Lda, Lisboa 1919)
2. Moniz, E: Confidências de um Investigador Científico (Ática, Lisboa 1948)
3. Malheiro da Silva, A: in Egas Moniz em Livre Exame. (Minerva, Coimbra 2000)
4. Moniz, E: A nossa Casa. (Ed. Paulino Ferreira Filhos, Lisboa, 1950)
5. Norton de Matos J: Norton de Matos. (Bertrand, Lisboa 2002)
6. Actas das sessões da Câmara dos Senhores Deputados (Arquivo Histórico da Assembleia da República)
7. Actas da Assembleia Constituinte 1911/2 (Arquivo Histórico da Assembleia da República)
8. Referências sobre o Ensino Médico em Portugal 1911-2000. Edição da Fac. Medicina de Lisboa (Lisboa - 2001)
9. Caixa da documentação da Legação Portuguesa em Madrid (1918-1919). Arquivo Histórico do Ministério dos Negócios Estrangeiros -Lisboa
10. Acervo da Biblioteca - Museu República e Resistência – Lisboa
11. Arquivo Fotográfico da Câmara Municipal de Lisboa
12. Núcleo Histórico da Faculdade de Medicina de Lisboa

Correspondência:

Victor Oliveira
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
1169-024 Lisboa
E-mail: voliveira98@hotmail.com

Egas Moniz Revisitado

Victor Oliveira

Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Texto baseado em comunicação ao Congresso de Neurologia 2003 (Lisboa, 20 a 23 de Novembro de 2003)

Parte II - (O Homem de Ciência)

Na sequência do artigo anterior (Egas Moniz – Político)⁽¹⁾ é agora a vez de nos debruçarmos sobre a faceta de Médico, Professor e Cientista.

Egas Moniz como vimos, após concluir a licenciatura em Medicina, integrou nesse mesmo ano de 1899, as listas para as eleições às Cortes pelo Partido Progressista (certamente pela mão do seu grande amigo José D'Alpoim) e, em 10 de Janeiro de 1900, tomou acento em S. Bento, como deputado pelo círculo de Viseu.

A partir de então, dividiu a sua actividade entre Lisboa e Coimbra onde, com progressiva escassez, leccionou na Faculdade, sobretudo após o concurso para lente em 1902, em que foi relegado para uma posição secundária, ficando como lente substituto.

Nesse mesmo ano começou a frequentar clínicas em França: primeiro em Bordéus com Pitrès na neurologia e Régis na vertente psiquiátrica, e nos anos seguintes em Paris na Salpêtrière, aí de predomínio neurológico. Tratava-se de pequenas estadias no período estival, aproveitando as suas férias e, só não se demorava aí mais tempo porque não tinha posses para tal⁽²⁾.

Entretanto, nesse mesmo ano de 1902, abriu consultório em Lisboa na Rua Nova do Carmo, partilhando as instalações com Zeferino Falcão, distinto dermatologista e sifilografista, mais tarde membro da Academia das Ciências.

Nas suas surtidas parisienses contactou com várias figuras que ficaram na história da neurologia entre as quais: Pierre Marie, Dejerine e Joseph Babinski de quem ficou amigo.

Aí tomou contacto aprofundado com a patologia neurológica, seus exames complementares e as diversas terapêuticas, entre os quais a mielografia e a electroterapia.

Em Outubro de 1907, Egas Moniz, estabeleceu-se com consultório na Praça Luís de Camões nº 6 –1º (ao Chiado), intitulado-se “Médico de Doenças Nervosas”, dispunha também de um gabinete de electroterapia, tão ao gosto da época e onde proporcionava tratamentos com “Duches estáticos; correntes galvânicas, farádicas, galvano-farádicas (Wateville) e sinusoidais; galvano-cáusticas e electrólise;

sismoterapia; medicação iónica; correntes d'Arsonval para tratamento geral em leito condensador (hipertensão arterial, aterosclerose, etc) e aplicações locais, etc.”⁽³⁾.

A par deste consultório, mantinha funções de médico-chefe da Companhia de Seguros “A Nacional” e prestava assistência em várias clínicas com internamento.

As funções, como lente substituto, iam-se entretanto, desvanecendo, afirmando o Prof. Jaime Milheiro, que ao compulsar a ficha de Egas Moniz, nos arquivos da Universidade de Coimbra encontrou: “inúmeras faltas, umas justificadas e outras sem quaisquer justificação.”⁽³⁾ As coisas mantiveram-se neste pé, enquanto a situação política convulsivava: Egas Moniz viria mesmo a ser preso a 28 de Janeiro de 1908, como se disse na primeira parte e com o regicídio a 2 de Fevereiro de 1908 a situação política e parlamentar degradou-se rapidamente até que surgiu o 5 de Outubro de 1910.

Em 24 de Fevereiro de 1911, foi promulgado o Decreto com força de Lei sobre a reforma do ensino médico que extinguiu as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e criava as Faculdades de Medicina integradas nas novas Universidades⁽⁴⁾.

O diploma estipulava que passariam a existir as “clínicas especiais” (actuais especialidades) e que estas seriam introduzidas progressivamente, à medida que as disponibilidades financeiras o permitissem mas, desde logo se introduziam a Oftalmologia, com Gama Pinto, que se situava no Instituto Oftalmológico e, para espanto de muitos a Neurologia com Egas Moniz e sediada no recém-criado “Hospital Escolar” de Santa Marta.

O espanto derivava do facto de Egas Moniz, ter em Portugal, apenas prática privada, sendo ignorada a sua competência académica em neurologia, pois nunca leccionara tal matéria nas suas fugazes passagens por Coimbra (onde também não existia).

Conforme consta das actas da Associação dos Médicos Portugueses, alguns dos seus membros afirmavam que, pelo facto de ter consultório aberto e publicar anúncios nos jornais intitulado-se “médico de doenças nervosas” isso não lhe dava, por si só, competência para leccionar na Faculdade de Medicina.⁽⁵⁾

Outros factos despertaram animosidades contra Egas Moniz como o ser professor em Coimbra, instituição tradicionalmente fechada e não permeável a permutas. De facto, este fora transferido da Universidade de Coimbra para a de Lisboa, por decisão política, sem que se tivesse submetido a quaisquer provas, com vista a demonstrar a sua competência na matéria. Outros ainda questionavam a preferência em criar uma cadeira de Neurologia quando outras existiam, com maior premência como a pediatria, obstetrícia etc.

Transparece aqui a agilidade de Egas Moniz em conseguir os seus objectivos pois é muito plausível que tivesse movido influências, dado o autor do diploma legal ser o Ministro do Interior, António José de Almeida, médico, seu antigo colega de consultório no Camões, amigo e correligionário político.

O certo é que, a cadeira de neurologia, se iniciou no ano lectivo de 1911 / 1912 sob a sua direcção.

Egas Moniz manteve-se como professor catedrático e também como deputado até Abril de 1912 altura em que resignou a este último cargo, dedicando-se à sua cadeira. São desta época os primeiros trabalhos publicados.

Mas, o canto da sereia política era ainda muito tentador e a partir de Dezembro de 1916, volta à política, após mais uma passagem pelos calabouços, só a abandonando após a morte de Sidónio Pais, na sequência da qual se vê obrigado a resignar, em Março de 1919, às funções de chefe da delegação portuguesa à Conferência de Paz em Versalhes⁽⁶⁾.

De regresso ao Hospital Escolar de Santa Marta, dedicou-se de vez à vida académica: tinha nascido o homem de ciência.

Angiografia

A ideia da angiografia surgiu como necessidade de identificar os tumores cerebrais, o que, na época, só era possível por exploração cirúrgica. Tal necessidade era ainda mais premente desde que Cushing abrisse o caminho, com bases sólidas, para a cirurgia destes tumores.

Sicard introduzira a mielografia por injeção intra-tecal de lipiodol e mais tarde tentou mesmo injectar intra-arterialmente em animais o mesmo contraste mas, por ser oleoso, provocava embolias nos capilares, inviabilizando a sua utilização. Egas Moniz recorda as afirmações que ouvira em França da boca do próprio Sicard, nas vésperas da sua apresentação da angiografia em Paris: "se tivéssemos para o cérebro, um método similar ao do lipiodol para os tumores da medula, a cirurgia cerebral faria um grande avanço" ⁽⁷⁾

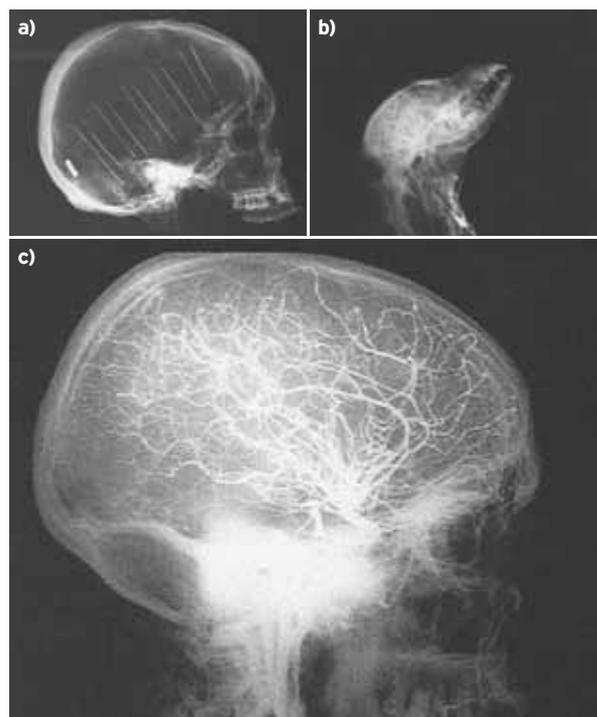


Figura 1. Desenvolvimento da angiografia:
a) Estudo da opacificação ao RX com tubos de borracha através de meios crânicos.
b) Experimentação em cães.
c) Utilização em humanos

A história da angiografia, (que não cabe desenvolver neste espaço), é um exemplo de correcção e, diríamos mesmo, elegância metodológica.

Após identificação "in vitro" dos produtos que produziam melhor opacificação (fig nº 1), passou à injeção intracarotídea em cadáveres, com a respectiva impressão radiográfica e depois a modelos animais utilizando cães. Após a injeção do 15º cão, conseguiu finalmente uma angiografia num ser vivo. Só então a utilizou em seres humanos.

Mesmo assim, o primeiro doente viria a falecer na sequência do procedimento, o que muito abalou o nosso investigador⁽⁷⁾. Após um interregno de alguns meses, que serviu para reflectir sobre as causas do malogro (concentração excessiva de contraste), abalançou-se para novo exame, este sim coroado de êxito. Estávamos no dia 28 de 1927 e no dia 7 de Julho seguinte, Egas Moniz apresentava o novo método à comunidade científica internacional, numa comunicação à Sociedade de Neurologia de Paris.

Em 1931 saía, editado pela Masson, o primeiro livro sobre angiografia cerebral: "Diagnosticque des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encephalographie artérielle".

A partir daí, e ao longo dos anos, desenrolaram-se sob os olhos dos investigadores, toda a riqueza não só da árvore circulatória do sistema nervoso mas também da aorta e membros (Reynaldo dos Santos), Coração (Eduardo Coelho) e Circulação Pulmonar (Lopo de Carvalho) etc. Sem

esquecer o papel do radiologista Dr. Pereira Caldas, que desenvolveu um dispositivo que permitia uma exposição rápida de chapas radiográficas, e que ficou conhecido como “Carroussel de Pereira Caldas”.

Egas Moniz rapidamente percebeu que a angiografia era útil, não apenas para o diagnóstico de tumores, pois as próprias arteriais mereciam um estudo aturado e as descrições de oclusões e dissecções sucederam-se. Pelo caminho ficariam já a descrição do “Grupo Sílvido” e do “Duplo Sifão”.

Em 1941, publicava em Barcelona: “Trombosis y otras obstrucciones de las carotidas” (Savat) e, durante toda a sua vida hospitalar, manteria uma grande atenção pela angiografia, não obstante espraiasse os seus horizontes por outros interesses.

Leucotomia

De facto, o seu espírito empreendedor não se ficou por aqui: impressionado com a situação de milhares de doentes psiquiátricos agitados, alguns deles mesmo agressivos, incapazes de uma integração na comunidade e que se amontoavam em asilos para toda a vida, pensou na possibilidade de os acalmar através da destruição de algumas fibras no lobo frontal.

Egas Moniz tinha conhecimento dos feridos da Primeira Guerra com destruições do lobo frontal, provavelmente do caso de Phyneas Cage e, seguramente das experiências com chimpanzés de Fulton e Jacobson em que se fizeram destruições electivas do lobo frontal, sendo que, as lesões unilaterais não produziam alterações notórias no seu comportamento, enquanto que as lesões bilaterais produziam apatia. O pressuposto era de que certas psicoses: melancólicas, delirantes, obsessivas, etc. que condicionam toda a vida de um doente, resultariam de arranjos sinápticos anómalos e que, através da interrupção dessas vias (por método cirúrgico) se conseguiria uma redistribuição sináptica, com melhoria dos quadros patológicos (fig.2). Tratava-se portanto, de uma interpretação marcadamente organicista da psicopatologia e afirmava⁽⁸⁾: “...foi por volta de 1933 que me acudiu à ideia, poder, por meio cirúrgico, cortar certas fibras das células cerebrais, para alterar a marcha dos influxos que constantemente atravessam o complexo tecido nervoso”... “foi em 12 de Novembro de 1935 que fiz a primeira alcoolização, a que outras se seguiram”... “fizemos então um pequeno instrumento que demos o nome de leucótomo” (fig.3).

Saliente-se que nessa época não existia qualquer terapêutica farmacológica eficaz. A Clorpromazina só viria a ser comercializada em 1953.



Figura 2. Antes e após a leucotomia. in: Freeman W e Watts J: Psychosurgery. Charles Thomas Pub. USA (1942).

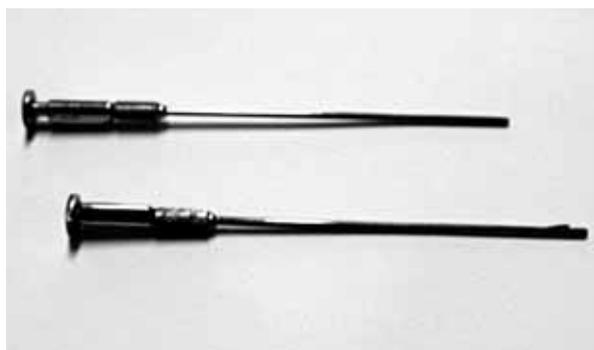


Figura 3. Leucótomos. Museu Egas Moniz (Centro de Estudos Egas Moniz)

As intervenções foram, como sempre, executadas, por Almeida Lima.

Em 1936, publicava, novamente na Masson, o seu livro “Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses”.

Estas tentativas operatórias, valer-lhe-iam como se sabe, o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1949, partilhado com o suíço Rudolf Hess.

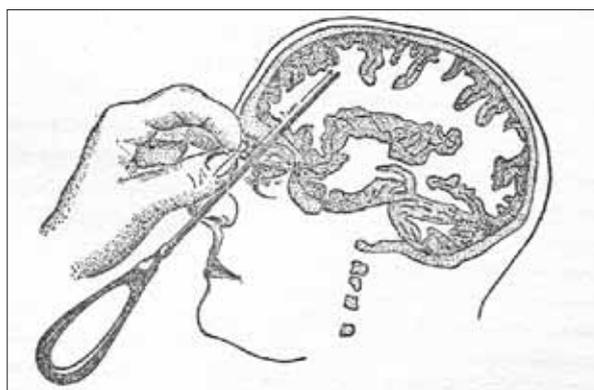


Figura 4. Lobotomia transorbitária de Freeman.

A técnica deve grande parte da sua popularidade da altura, ao entusiasmo do professor da Universidade de Washington D.C., Walter Freeman que desenvolveu algumas variantes do procedimento: a “lobotomia transtemporal” e, mais tarde transorbitária. (Fig n.4) acabando por fazer uma

aplicação abusiva, o que descredibilizou irremediavelmente o procedimento. Terminaria a sua carreira com a confiscação da cédula profissional, após a morte por hemorragia cerebral, de um doente a quem aplicara, pela terceira vez a “lobotomia transorbitária”.

No declínio deste processo, a lobotomia viria a ser proibida em muitos países, nomeadamente na União Soviética, por decreto de Staline. Egas Moniz rebatia e, acerca das destruições produzidas no parênquima cerebral, afirmava. “No tratamento dos tumores e outras lesões cerebrais, os descabros produzidos na massa encefálica, são geralmente mais graves e nunca a questão foi levantada, ao menos com esta acuidade”⁽⁸⁾.

O Papa Pio XII também se manifestou sobre o assunto (Setembro/1952). Egas Moniz escreve, citando o Prof. Jean Llermitte, católico convicto: “O Soberano Pontífice, só condena as intervenções cirúrgicas, susceptíveis de reduzir a personalidade a um automatismo regressivo, o que não é o caso da leucotomia”⁽⁸⁾.

A contestação a este procedimento poder-se-à sintetizar nos seguintes pontos:

- A) Egas Moniz, (ao contrário do que acontecera aliás com a angiografia) não seguiu os passos metodológicos clássicos, começando logo por aplicar o procedimento em humanos.
- B) Não houve nenhum estudo rigoroso, dos resultados nos primeiros doentes operados, que apoiassem a sua utilização generalizada (evolução a longo prazo).
- C) O fundamento teórico para a sua utilização não estava provado na altura e viria, posteriormente, a verificar-se incorrecto. (Egas Moniz admitia que os neurónios, nos indivíduos doentes, estabeleciam sinapses com ligações anómalas e, portanto, era necessário cortar essas ligações de modo a que se pudessem estabelecer novas conexões, essas sim, correctas).
- D) Este procedimento é mutilante, produzindo destruições na substância branca do lobo frontal, que são obviamente irreversíveis.

Actualmente os termos “Leucotomia” / “Lobotomia”, têm uma conotação negativa muito acentuada, sendo a história da sua utilização, tida como paradigma de uma fase controversa, da medicina.

Convém, no entanto, focar alguns aspectos:

- A) Na época em que Egas Moniz desenvolveu este procedimento, não havia soluções farmacológicas para as situações que se pretendia tratar, sendo a alternativa, em muitos casos, o internamento por toda a vida.
- B) As investigações em animais já tinham sido realizadas pelos cientistas que descreveram os resultados com

chimpanzés (embora preliminares).

- C) Não se pode assacar a Egas Moniz o uso generalizado e algumas vezes abusivo deste método, essa responsabilidade cabe principalmente a Freeman.

Concluimos, salientando que a Comissão Nobel regeitou por três vezes a candidatura da angiografia (1928; 1933 e 1937), procedimento que tem sobrevivido à evolução da medicina e que hoje se apresenta com uma pujança renovada.

Egas Moniz, nos seus últimos anos, afirmaria que em toda a sua vida profissional, nenhum outro momento suplantou a emoção sentida naquela tarde de Junho de 1927, quando pela primeira vez visualizou a circulação cerebral⁽⁸⁾.

Faleceu em Lisboa a 14 de Dezembro 1955, aos 81 anos.

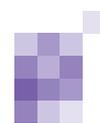
Com ele terminou um período de ouro da Neurologia Portuguesa. ■

Bibliografia:

1. Sinapse V4 N1: (2004) Oliveira V: Egas Moniz Revisitado Parte I – (O Político)
2. Malheiro J in: Egas Moniz em Livre Exame. Organização: Pereira AL; Pita JR. (Editora Minerva- Coimbra (2000)
3. Folha Solta Acervo CEEM
4. Referências sobre o ensino médico em Portugal 1911/2000. Série estudos e Documentos da FML
5. Actas da Associação dos Médicos Portugueses ano 1911
6. Moniz E: Um Ano de Política (Lisboa, 1919)
7. Moniz E: Confidências de um investigador científico. Ática, Lisboa (1949)
8. Portugal Ilustrado de 2/7/52

Correspondência:

Prof. Doutor Victor Oliveira
 Serviço de Neurologia
 Hospital de Santa Maria
 1169-024 LISBOA
 e-mail: voliveira98@hotmail.com



Crenças e superstições em Neurologia

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Texto baseado em comunicação ao Congresso de Neurologia, Luso, Maio de 2004.

São comuns as ideias da ciência desconhecer 90% do modo de funcionamento do cérebro e de que este só funciona a 10% da sua capacidade, o que justificaria o uso dos “fortificantes” cerebrais: “só têm uso na medicina as folhas e flores do alecrim, e, sendo tomadas interiormente, fortificam o cérebro”¹; popularmente, a ingestão de milho é associada a uma boa memória, a de queijo ao inverso. Não datam de há muito as práticas de se obrigarem as crianças a comerem mioleiras e cabeças de peixe para fortalecerem as suas capacidades intelectuais, hoje substituídas pelos múltiplos preparados, vendidos com nomes sonantes pelas ervanárias e lojas de dietética. A medicina convencional não fugiu a estes hábitos aconselhando medicamentos à base de fósforo, glutamina, cálcio e magnésio ou, mais recentemente, de extractos cerebrais.

As doenças neurológicas sobre as quais existem mais credices são: a ciática, o herpes zoster, as cefaleias, as perdas do conhecimento, os acidentes vasculares cerebrais e a epilepsia.

Havia o costume de talhar (de atalhar) a ciática com uma faca: em 1849 menciona-se que “Ana Martins, de noventa anos de idade, foi acusada, pela Inquisição, de pratica de bruxedos e resas com poderes sobrenaturais, e condenada à fogueira”². Este acto era acompanhado pela recitação de um ensalmo apropriado ao fim em vista: “Se um te deu, tres to tirem, que é Padre, Filho, e Espírito Santo, tres pessoas, e um só Deus verdadeiro, e tornando a nomear a pessoa enferma dizia: Eu te talho esta sciatica, gotta, e frialdades, pelo poder de Deus, de S. Pedro e S. Paulo, que logo sejas são, e salvo que nenhum mal aqui entraria, e logo são ficaria”².

Em Póvoa, Miranda do Douro, talhava-se a ciática fazendo cruces com uma faca ou navalha, acompanhadas do ensalmo: “Eu te corto, ciática/ Eu te corto, ciatequinha/ Eu te corto, ciatecona/ Eu te corto, rumatismo/ E qualquer mal que fôr:/ Seja mal de benefícios,/ Seja mal de feitiçarias./ Em lóvór de S.Pedro, S.Paulo,/ S.João Evangelista e S.Tiago Maior,/ de Deus e da Virgem Maria,/ para que mais não volteis. Eu te rezo um Padre Nosso/ E uma Avé Maria”. O ensalmo era dito três vezes/dia, nove vezes, até se completar uma novena, ao mesmo tempo que se aplicava

azeite da lâmpada do Santíssimo na parte afectada e se dizia: “Assim com'este azeite/ qu'steve alumiar o Santíssimo Sacramento, assim tire daqui esta dor/e este tã grande sofrimento”³.

No concelho de Vinhais faziam-se cruces com ma faca, acompanhadas da reza: “Eu te corto, eziática,/ Eu torno a recortar,/ Vae-te pràs ondas do mar,/ Que este corpinho/ Te non pode sustentar./ Em honra de Deus e da Virgem Maria,/ Um Padre Nosso c'uma Avé-Maria!”⁴.

Em Paços de Ferreira a ciática era talhada vela benzida presa na mão direita do doente e na outra mão um crucifixo. A operação devia ser feita às Trindades (ou Ave-marias) ou ao meio-dia por três vezes. Se o doente morava longe, o ensalmo era pronunciado nove vezes seguidas: “Jesus, nome de Jesus, / Eu te talho ciéta/ Corrimto e dor/ P'las penitências dos Santos Passos/ E S.Pedro e S.Paulo/ E do Apóstolo S.Tiago. (Reza-se um Pai-Nosso e uma Ave-Maria). / Eu te talho, ciéta,/ Corrimto e dor/ P'las três pessoas da Santíssima Trindade. (Reza-se de novo um Pai-Nosso e uma Ave-Maria). / Eu te talho, ciéta/ Corrimto e dor, / P'las penitências do padre ...”⁵.

A ciática foi também alvo de outros tratamentos. Dos Livros de Benzeduras consta a “Benzedela da sciática e de outras dores”: “Deus e São Mateus vão por um caminho. Disse Deus a São Mateus: caminha Mateus. E' que não posso. Então que tens? Estou manco de um pé. Reza um Padre-Nosso e uma Ave-maria que ela te sararia. Dá-se em seguida um nó num barço de lã e assim nove vezes, e depois com êste barço liga-se a parte dorida” (Aveleda e Sacoias)⁶. Em Vila Verde de Ficalho faziam-se aplicações de banha de loba, em Valpaços era hábito “Colocar ao pescoço o saquinho de ossos de ciática que, às vezes, anda de casa em casa e até de aldeia em aldeia”⁸. No entanto, “como o seguro morreu de velho o melhor é ouvir a opinião dum bom Esculápio.”⁸. Também, ainda no século XX era usual queimar “o nervo da orelha”, prática perpetrada por barbeiros e ferradores.

O herpes zoster era interpretado como um animal que se enrolava à volta do corpo, havendo o perigo do doente morrer quando o cobro ou cobrão unia a cabeça ao rabo. Em Vila Fernando existia uma benzedura realizada com a mão

esquerda: “Eu te benzo, cobro/ Para que te mirres, / Cabeça, rabo e corpo todo”, seguida de um Padre-nosso, repetidos ambos cinco vezes. Seguidamente, põe-se um parçe com óleo de ferreiro (trigo queimado na forja com óleo negro) e vinagre sobre a parte afectada. Repete-se a operação dois dias, ao terceiro dá-se a cura⁹.

No Alentejo, em S. Vicente, unta-se a lesão com óleo de ferreiros. O doente não deve vestir roupa branca sem ser engomada (“por causa dos bichos do estendedouro”). Na ocasião da cura escreve-se, com tinta de escrever, uma Avé-Maria às avessas no corpo do doente e unta-se com o óleo⁹.

Em Vilar Seco de Nelas praticava-se a reza do cobrelo: “Se és cobro ou cobrelo/ Ou aranha ou aranhão/ Eu te corto as pernas, / A cabeça e o rabo e a raiz do coração (repetir 3 vezes). Concomitantemente o benzilhão ou benzilhona aplicava uma faca sobre a parte doente para o mal não passar para a parte sã¹⁰.

Uma das primeiras medidas para as cefaleias foi a sangria: “A vea que está no meyo da fronte vai para a dor de cabeça, migraena e apostema dos olhos”¹¹.

Para o mesmo fim, também se colocam na cabeça toalhas molhadas, panos com batatas humedecidas em água ou vinagre ou um pano com cebolas brancas assadas nas brasas¹², ou se aplica localmente água, vinagre ou gelo. Há quem beba café com limão, use um cinto apertando o crânio, meta a cabeça no congelador ou conduza com a cabeça de fora da viatura¹³.

Para as enxaquecas ainda se usa chá de colmo de aveia (Carrazeda de Montenegro), alfazema, erva-cidreira, hortelã, arruda ou se invoque Santa Bárbara (devido a ser protectora das trovoadas e patrona dos artilheiros?).

Em Santarém, para se tratar uma cefaleia o doente devia olhar demoradamente um gato preto e aplicar, ao deitar, na cova do ladrão, uma mistura de alecrim, rosmaninho, arruda, politaira, aipo, mendrastos e segurelha, acompanhada pela recitação de um ensalmo: “Com Deus me deito/ Aqui neste leito/ Deito-me doente/ E levanto-me escoreito, / Em louvor de Santa Maria, / Paz teco, aleluia. /Amem”¹⁴.

Para o mesmo fim usaram-se vários tipos de anéis: feitos de ossos da cabeça da corvina (Elvas), o anel de alquique feito de ouro falsificado (ou alquime? corruptela de alquimia, no sentido de falsificação), anel com uma fava encastoadada ou com um olho de víbora no centro da fava (Campo Maior, Marvão, Alandroal), anéis da má dor ou da “enxaquêta”, manufacturados em arame, ferro ou aço colocados debaixo de um altar desde a quarta-feira de Trevas até ao sábado de Aleluia (Cabanas da Conceição e Mexilhoeira Grande)¹⁵.

Pedro Hispano, o papa João XXI, no seu Tesouro dos

Pobres preconizava vários tipos de vegetais: hera, favas, alho, hissopo, beldroegas, azedas, alhos-porros, betónica, arruda, poejo, visco, hortelã, urtigas, mandrágora; como produtos animais aconselhava cinzas de chifre de veado ou excrementos de pombo¹⁶. Na receita 29 comenta que “Um pente feito do chifre direito do carneiro, se se pentear a cabeça do lado direito, tira a dor de cabeça, e igualmente o esquerdo, da esquerda”¹⁶.

Usava-se nas lipotimias “Dar um sapato, e de preferência dos mais mal perfumados, a cheirar, é de eficácia na síncope, pois com o perfume o doente pela certa acordará do seu desmaio. Ao mesmo tempo pode recorrer-se ao escalda-pés”¹² ou “Recomendam esfregar as pernas do paciente e dar-lhe chá de cidreira.”¹⁷.

Para o flato: “Quando uma pessoa que perde os sentidos usa meias, tiram-lhas. Esfregam-lhas nas pernas e dão-lhas a cheirar. Se a aspiração não basta para animar o padecente, esfregam-lhas no nariz e na cara e o flato passa logo. Quando, porém, se trate de alguém que ande descalço, pedem as meias de um homem (é forçoso que as meias sejam de um indivíduo masculino) e com estas procedem de igual forma.”¹⁷. Também se podia utilizar uma benzedura: “Jesus, que é Santo o nome de Jesus! / Onde está o Santo Nome de Jesus, / Não entra mal nenhum.” (Nesta altura volta-se a criatura com as costas para quem a vai benzer). Diz-se o Credo nove vezes, e sempre com a mão na cruz. Em seguida reza-se uma Salve Rainha e oferece-se a Nossa Senhora das Dores, e um Padre-nosso e uma Ave-maria, às cinco chagas de Nosso Senhor Jesus Cristo¹⁸. Mais modernamente é a compressão dos ovários ou a água de alface tomada como calmante¹². Profilacticamente podem usar-se, ao pescoço, fios com uma conta vermelha.

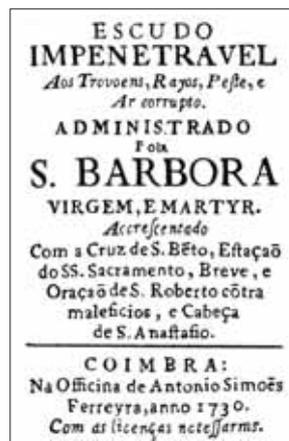


Figura 1.



Figura 2.

Atribuía-se a congestão cerebral à presença de um “ar mau no cérebro” (quente ou frio; seco ou húmido); quando um membro “ficava esquecido” dizia-se que “foi um ar que

lhe deu”. Hoje em dia os doentes responsabilizam acontecimentos perturbadores ou enervamentos pelos acidentes vasculares cerebrais. A nómina de 1730, “administrada por Santa Bárbara, considerava-se ser “escudo impenetrável contra os trovões, raios, peste e *ar corrupto*” (fig. 1).

No Baixo-Alentejo talhava-se a congestão cerebral fazendo cortes num pau seco com uma faca e rezando o ensalmo: “... Diz-me tu, ar, por que obra entraste/ No corpo desta criatura humana/ Baptizada pela graça de Nosso Senhor Jesus Cristo? / Dá-me cinco dias que eu direi.../ Cinco dias não te hei-de dar, / Que a cabeça, os braços, o coração/ e

As pernas, os membros e as conjunturas do corpo, todas, / Te hei-de cortar! / Em pó e cinza te hei-de tornar,/ Para que o meu Senhor Jesus Cristo/ Nos livre da *picada d'ar*...” três vezes/dia, 5-9 dias, seguido de três Salve-Rainhas. Não se podiam comer carne de porco, alimentos salgados, arroz, milho, chicharos, bebidas alcoólicas¹⁸.

Na mesma região utilizava-se outro ensalmo para “benzer d'ar”: “... D'ar mau, d'ar frio, d'ar quente, / D'ar malino, d'ar 'stravagante, d'ar poente.../ Vai-te daqui, ar mau, ar frio, ar quente, / Ar malino ar 'stravagante, ar poente! / Nã é aqui a tua morada!.../ Foi palavras que Deus disse /P'la sua boca sagrada...”, seguido de um oferecimento: “Ofereço estes cinco Padre-Nossos, estas cinco Avé-Marias e estas santas benzeduras qu'è aqui tenho rezado, ofereço à Virja Nossa Senhora e ao Santíssimo Sacramento p'ra que sêje sorvido a tirar daqui este ar mau, este ar frio, este ar quente... p'ra que daqui sêje tirado e nã sêj'amentado, às ondas do mar seje dêtado, p'rà onde nã reverdeça nem floreça. Ponh'as 'nhas mã's p'rã saúde e Dês ponh'às suas p'rà vertude, p'ra semp'r Amen.”¹⁹.

O tratamento da congestão cerebral comportava outras medidas: evitar aguardente com alhos, pimenta ou ovos²⁰, fricção das partes paralisadas com arruda²¹, ou com uma escova até a pele ficar vermelha, ou a cabeça com ervas pisadas e amassadas com vinagre, fustigação dos pés com urtigas (revulsivo)²², dar leite de mãe e filha, estando ambas a criar (Mexilhoeira Grande)²³.

Para o tratamento dos acidentes vasculares cerebrais, desde o alvorecer da nacionalidade, se pediu o auxílio divino: assim o atesta o ex-voto de uma paralisia encontrado no santuário de Endovélico, deus dos Lusitanos, em São Miguel do Outeiro – Alandroal²⁴ (fig. 2), ou a invocação a Santo Ildefonso para a apoplexia²⁵.

Existem várias crenças em relação à etiologia da epilepsia: devida a almas (*arejo* – Baião) ou espíritos (pessoas *spritadas* – Baçal), a demónios, a um castigo, a ingestão de substâncias nocivas, a contágio a serem

“crianças engendradas na força dos nervos” ou por pai alcoólico a nervosismo durante a gravidez, a mães que bebem enquanto dão de mamar, a excessos sexuais, à Lua ou algumas das suas fases, a mudanças de estação ou é conotada com a histeria.

Existe a convicção geral de haver predominância no sexo feminino, ser exclusiva alguns grupos etários e desaparecer com a “mudança de idade”.

Foi alvo dos mais variados tratamentos: exorcismos, encantamentos, invocação dos Reis Magos, execuções nas fogueiras, confecção de misturas de ervas ou amuletos por bruxas e curandeiros, cauterizações do couro cabeludo, aspersão com água benta, modernamente o habitual copo com água.

Uma das superstições era ser provocada por almas – o *arejo* – que entrariam num *corpo aberto*, de indivíduo mal baptizado, por as palavras rituais desse sacramento terem sido mal pronunciadas. *Fechava-se a morada* mediante uma oração dita à noite, com uma chave de aço na mão, *encruzava-se a casa* do doente para *escaramentar o inimigo*: esmigalhava-se crescente de sal nas quatro esquinas da casa e dizia-se, por três vezes, uma oração própria²⁶.

Em São Martinho do Bougado (Trofa), ao cair da meia-noite (hora a que os poderes do Diabo estão mais amolecidos) acendia-se uma vela (de preferência benzida) que o padecente segurava, proferindo-se um encantamento: “Eu te encanto, / À voz do Senhor, / Repellido, / Seja onde for, / Onde t'encontrar, / Em terra ou no mar, / Pois nas profundezas/ É qu'è o teu lugar. / Por isso te talho/ E torno a talhar, / Com as palhas alhas/ Tocadas no altar, /E fremento cru. / Some-te, diabo, / Sai já pelo cu”²⁷.

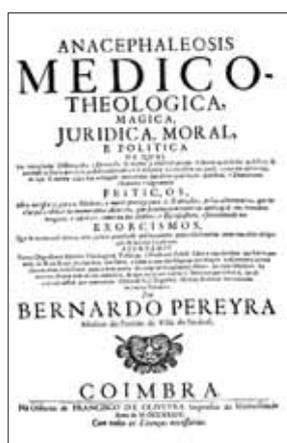


Figura 3.

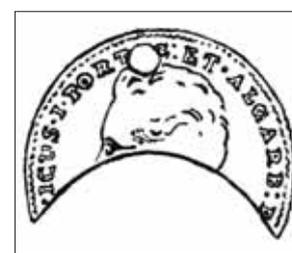


Figura 4.

Pedro Hispano recomendava: “O pai e a mãe o levem à igreja, na quarta-feira, sexta e sábado e oiça missa inteira; e no Domingo, depois de ouvir a missa, diga o sacerdote sobre a cabeça dele o Evangelho no qual se diz: «Este

género de demónios não se expulsa senão pela oração e pelo jejum». Quer seja epilético, quer lunático, quer endemonhado, ficará liberto.”¹⁶.

Usaram-se vários tipos de amuletos: a correia de Santo Agostinho benta (Valpaços)²⁸, a chave “macha” (terminada em ponta não oca)²⁹, corais (livrar os meninos da gota coral)³⁰, anéis feitos com o primeiro dinheiro oferecido em Sexta-feira Santa³¹, a unha de lince: “especialmente do dedo pollex do pé direito trazida em anel de prata ou ouro em forma que toque a carne é insigne amuleto para os accidentes de Epilepsia § para o Espasmo”³²; ironicamente António José da Silva comentava: “A unha de grão besta he boa para isto”³³.

Quando se incriminava a Lua na génese da epilepsia (a doença da Lua) as fraldas e cueiros eram retirados para dentro de casa ao soarem as Trindades, ou se usava uma meia-lua pendurada ao pescoço recortada numa moeda de prata (este metal representa a lua), ou feita de aroeira (Peral), daro macho (Mértola) ou de dois caroços de azeitona pegados (Castelo de Vide, Avis, Cano)³⁴.

Ao longo dos tempos as pessoas com epilepsia ingeriram as substâncias mais exóticas: chifres de veado, cérebro de raposa ou camelo, testículos de javali ou galo, fel de urso ou cão, fígado ou coração de abutre, excrementos de cão, gato ou cegonha, pedras bezoar, ovos de corvo, vermes parasitas dos cardos, cinzas de toupeira, coração de lobo, pó de aranhas, cinzas de doninha, fígado de milhafre, cascos de burro¹⁶.

Recomendou-se “A ingestão, durante a missa, de fracções carbonizadas dos cordões umbilicais de recém-nascidos – filhos de uma Maria – vinho licoroso e morrões de velas dos altares que tenham ardido durante a Semana Santa”³⁵, “Beber urina. Também está aconselhado tirar no momento do acesso a camisa do doente, reduzi-la a cinzas e misturar-lhe estas em vinho”³⁶, “Beber o seu próprio sangue durante o período confusional após a crise, sangue menstrual ou a urina de quem presenciar uma crise”¹⁶, “Mamar leite de mãe e filha”³⁷.

Em São Bartolomeu do Mar existe, desde o século XVI, o banho santo, para a cura, entre outras doenças, da epilepsia. No dia da romaria a este santo, que o poder de acorrentar o demónio, as crianças são mergulhadas nas ondas do mar, por banheiros profissionais, um número ímpar de vezes; depois, com um frango nos braços – de preferência negro – dão a volta à ermida onde fazem o ofertório^{38, 39}. ■

Bibliografia

- Daciano B. Boletim da Comissão Provincial de Etnografia e História; VI-VII (5ª série), Edição da Junta de Província do Douro Litoral. 1953:56.
- Teixeira de Aragão AC. Diaburas, Santidades e Prophecias; Ed. da Academia Real das Ciências. Lisboa, 1894:99.
- Giacometti M et al, 1978 (em preparação).
- Firmino Martins. Folclore do Concelho de Vinhais. Imprensa da Universidade de Coimbra. 1928. Vol.1:23.
- Dinis MV. Etnografia de Paços de Ferreira:97-98
- Alves FM. Memórias do Arquivo de História, vol.9:333.
- Machado FV. Monografia de Vila Verde de Ficalho: 217.
- Martins AV. Monografia de Valpaços:291.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. IX:75. 1985.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. IX:75-76. 1985.
- Germão Galhardo, Relatório de 1522.
- Aguiar F. Cousas da Madeira. Vol. III, 1944:20-21.
- Pavão Martins I, Parreira E. Headache 2001;41:546-553
- Diário de Notícias, 2-3-1925.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. IX:199-201. 1985.
- Pereira MHR. Obras médicas de Pedro Hispano. Coimbra. 1973.
- Matos Cunha F. Notas etnográficas sobre Barcelos. Imprensa Portuguesa, Porto. 1932:83.
- Delgado MJ. A etnografia e o folclore no Baixo-Alentejo. Vol.34 e 55, 1957/58:64-66.
- Roque J. Aspectos da medicina popular no Baixo Alentejo. Arquivo de Beja; ed. da Câmara Municipal de Beja. Vol.2, fasc. 3 e 4:276-277.
- J.D. Moura. Memória Histórica da Vila de Niza. 2ª Parte:80.
- Carneiro AL. Plantas medicinais de Santo Tirso. Vol.1,nº3:389.
- Carneiro AL, Lima FCP. Medicina popular minhota:12-13.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. X:62-63. 1988.
- Leite Vasconcelos J. Religiões da Lusitânia. Vol. II: 111-146. Lisboa, 1905.
- Martins AV. Monografia de Valpaços, 1978:309.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. X:60-61. 1988.
- Silva JP. Trofa – S. Martinho de Bougado:242-243.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. IX:218.1985.
- Almanaque de Lembranças:324. 1855.
- Fonseca Henriques. Medicina Lusitana.
- Pereyra B, Anacephaleosis. p. 126, § 101. 1734.
- Abreu BL. Portugal Médico, Coimbra, 1726:498, §14.
- Silva AJ. Alecrim e Manjerona. 1737.
- Leite de Vasconcelos J. Etnografia Lusitana, vol. IX:252-253. 1985.
- Felgueiras G. Monografia de Matosinhos:719.
- Gonçalves F. Breves considerações sobre medicina popular:68.
- Carneiro AL, Pires de Lima FC. Medicina popular minhota:16.
- Soares FN. A romaria de S. Bartolomeu dos Mártires. Esposende, 1988.
- Peixoto AM, Soares FN, Machado JC, Azevedo MS, Capitão OM, Cepa PC. Memórias de São Bartolomeu do Mar. Crenças e ritos de passagem. Esposende 2000.

Correspondência:

Dr. Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
1649-028 LISBOA
fjpinto@clix.pt

Tétano e Pé Descalço no Porto do Século XX

José R Barros
Serviço de Neurologia
Hospital Geral de Santo António, Porto

Texto baseado em apresentação ao Fórum de Neurologia (Luso, Maio de 2004).

Tétano (1, 2)

História

As primeiras descrições do tétano são muitas vezes atribuídas a Hipócrates e a Arataeus de Capadócia. No entanto, o caso 7 do célebre conjunto *Edwin Smith Surgical Papyrus* (1700 AC) será provavelmente a mais antiga descrição clínica; respeita a um homem com trismo e rigidez da nuca, após ferida cefálica penetrante. O quadro “Oposthotonus”, de Sir Charles Bell, terá sido inspirado um soldado com tétano, contraído na batalha da Corunha, em 1809, assistido em Londres após a retirada das tropas inglesas. Em 1859, um médico italiano utilizou curare num ferido na batalha de Magenta. Em 1884, em Turim, Carle e Rattone estabeleceram que o tétano é uma patologia de natureza infecciosa. Na mesma época, em Gottingen, Nicolaier identificou o agente responsável. Cinco anos depois, em Berlim, Kitasato obteve a cultura do bacilo. Em 1890, compreendeu-se o ciclo biológico completo do bacilo e Faber obteve a toxina tetânica (*estricnina-like*). As pesquisas sobre imunização começaram com Behring e Kitasato no animal, e foram aplicadas ao homem por Roux e Vaillard em 1893. Dois anos mais tarde, Nocard descreveu a eficácia da inoculação de soro imune na prevenção de tétano cirúrgico em cavalos. Em 1897, Marie demonstra que a toxina actua sobre o sistema nervoso central. No ano seguinte, Ehrlich descreveu a tetanospasmina e a tetanolisina. O veterinário Ramon transformou a toxina, por calor e formol, num composto altamente antigénico; em 1922 publicou o seu primeiro artigo sobre anatoxinas. A vacinação humana com anatoxinas começou em 1926.

Epidemiologia

Em cada ano o tétano atinge mais de um milhão de seres humanos em todo o mundo. Nos países em vias de desenvolvimento o tétano é uma das causas de morte mais frequentes em lactentes, particularmente no Sudeste asiático, África e Pacífico ocidental. Nos países industrializados o tétano é uma doença rara, com incidências decrescentes, mas não desapareceu. As mulheres rurais e idosas serão, actualmente, o grupo de maior risco. Há tendência para respeitar alguma

sazonalidade, associada a tarefas agrícolas, e comprometer cidadãos não vacinados (que em França seriam, em 1995, cerca de dez milhões, sobretudo mulheres).

Agente e Portas de Entrada

O *Clostridium tetani* é um bacilo anaeróbio estrito, móvel, Gram positivo, esporulado. Os esporos podem permanecer viáveis no solo, meses ou anos, ao abrigo do sol. A germinação exige anaerobiose e baixo potencial de oxidação local. Este ambiente é facilitado por feridas com tecidos necrosados, isquemia e corpos estranhos.

O *Clostridium tetani* é uma bactéria largamente difundida, principalmente em solos quentes e húmidos, fazendo parte da flora do aparelho digestivo de herbívoros e omnívoros.

Nos países industrializadas, as feridas são a principal porta de entrada, designadamente as pequenas picadas e escoriações provocadas por actividades domésticas ou jardinagem. As úlceras cutâneas crónicas dos membros inferiores, de variadas etiologias, são outra via de penetração importante. As portas de entrada associadas a cirurgias e a toxicomania endovenosa são menos comuns. Em cerca de 10% dos casos nenhuma porta é identificada. Nos países em vias de desenvolvimento, a etiologia mais comum é a injeção intramuscular (quinino), seguida de procedimentos ginecológicos, cirurgias, feridas e mutilações rituais. A via umbilical é ainda muito importante no tétano neo-natal.

Tétano em publicações portuguesas antigas

Na Biblioteca Nacional encontram-se registados diversos escritos sobre o tétano datados da primeira metade do século XX, e alguns do século XIX: “Das injeções intra-venosas de chloral no tratamento do tétano” por Augusto Rocha (1876), “Tetano” por Benedito Alípio Meira (1878), “Sobre a pathogenia do tetano traumatico” por Artur Cardoso Pereira (1888), “Historia de um caso de tetano traumatico seguido de gangrena” por Julio Mario (1894).

Em bibliotecas do Porto encontramos algumas monografias curiosas.

O Dr. João Saavedra publicou no Porto, em Julho de 1913, a sua dissertação inaugural intitulada “O Tétano e o seu

tratamento pela colessterina”(3), reunindo a descrição de casos de hospitais de Braga, Porto e Coimbra, quase todos fatais. Os doentes eram crianças ou jovens trabalhadores braçais (servente, criada, carregador, cocheiro, jornaleiro, serviçal, agrícola, caixeiro...). Os pés eram algumas vezes referidos como porta de entrada: “Rapaz de 10 anos. Ferida do calcanhar com um cravo de ferradura”; “Rapaz de 11 anos. Ferida na planta do pé esquerdo com um prego”; “Dezassete anos, moço de carro de bois. Pé direito esmagado e sujo por terra e estrume”. Os casos sem identificação de uma porta de entrada eram etiquetados de “tétano médico”. As terapêuticas eram variadas: morfina, hidrato de cloral, brometo, ópio, sulfato de quinina, sulfato de magnésia (intrarraquidiano), colessterina, soro antitetânico, ácido fénico. O riso sardónico era descrito de um modo peculiar, que não encontramos noutros artigos: “sentado na cama, mostra bem claro o seu riso à Voltaire”.

Na primeira edição do Boletim Clínico do Hospital Geral de Santo António (4), “impresso em tipografia a vapor e visado pela Comissão de Censura”, encontramos uma habilidosa dissertação sobre eventuais casos de tétano cirúrgico. Dizia, em sessão clínica, o Dr. Eduardo Reis “Desconheço, por completo, casos de tétano pós-operatório no nosso Hospital. Há dezoito anos, houve casos de tétano após operações abdominais e mesmo em outras, embora raros, que os cirurgiões da época, entre os quais o saudoso Prof. Dr. Roberto Frias, atribuíram às doentes pentearem-se durante o período pós operatório. As pequenas escoriações produzidas pelos dentes do pente, serviam de porta de entrada à infecção”.

Em 1935, Miranda Monteiro e Fragoço Tavares publicaram considerações sobre casos de tétano tratados no Hospital do Rêgo. Os autores dividem o tétano em formas localizadas e formas generalizadas, sendo que “as primeiras vão, em Lisboa, parar às Consultas de Neurologia”. Destacaram as formas “banidas de há muito de quasi tóda, se não de tóda, a Europa, os tétanos dos recém-nascidos e das puerperas.” Os cuidados com o cordão umbilical “em plena cidade de Lisboa” indignaram os autores: “Do pó de lipocórdio que, por assim dizer, está sempre contaminado de esporos tetânicos, às teias de aranha e ao pó de caruncho, tudo serve como cicatrizantes!!!”. Os “desmanchos das saloias dos arredores de Lisboa” foram mencionados de forma deselegante “... se tivessem o cuidado de lavar êsse talo (de couve) quando vão praticar o abôrto, como o costumam lavar para o meter na panela, o tétano não apareceria!”

Pé descalço

“Descalça

Quem és, que ao ver-te o coração suspira.

E em puro amor desfaz-se...”

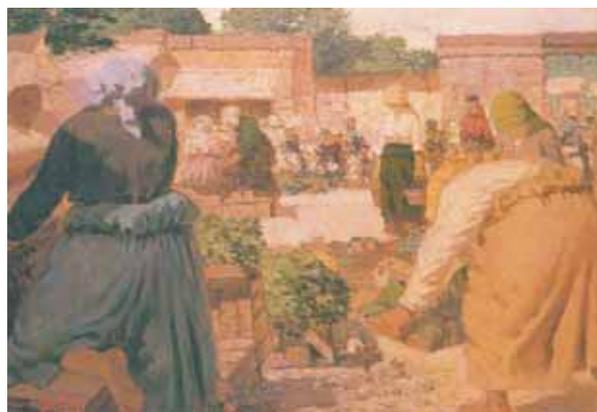
Estes versos de João de Deus (1830-1896) poderão traduzir alguma naturalidade, ou até encanto, perante uma mulher descalça. Três séculos depois da “Leonor” de Camões. Nessa época e durante as primeiras décadas do século XX, o hábito era generalizado, na cidade e no campo, com particular expressão entre crianças e mulheres. O advento da fotografia deixou documentos dessa realidade, mesmo admitindo que existisse alguma preocupação de calçar os pés para “tirar o retrato”.



Alberto Marçal Brandão © Centro Português de Fotografia/MC

Liga Portuguesa de Profilaxia Social

António Emílio de Magalhães, Henrique Gil da Costa e Arnaldo Veiga Pires, médicos jovens e com preocupações cívicas, fundaram no Porto a Liga Portuguesa de Profilaxia Social (Liga), em 1924. Em épocas difíceis a Liga tentou quebrar tabus, envolvendo-se em combates novos em prol da saúde comunitária (6). Estes jovens médicos utilizaram diversos meios, destacando-se as publicações educativas, as



Mercado ao Sábado, 1921, Abel Salazar © Casa Museu Abel Salazar

conferências e as campanhas, insistentes e prolongadas, junto da imprensa e dos poderes públicos. Iniciativas da Liga a favor da saúde e cidadania, marcaram o Porto e o país; algumas ficariam mais conhecidas: campanha pela abolição do pé descalço, combate à sífilis e à tuberculose, luta pelo direito ao casamento das telefonistas e das enfermeiras.

Na campanha pela abolição do pé descalço, como em outras, destaca-se a persistência e o querer do Dr. António Emílio de Magalhães, dedicando-lhe décadas da sua vida.

Tivemos a oportunidade de consultar os manuscritos originais, que serviram de base a uma publicação da Liga em 1956 (7). A campanha desenvolveu-se em época de transição política e sociológica, como ilustram as saudações com que os directores terminavam as suas cartas às autoridades: “Saúde e Fraternidade” (anos 20), “Servidores muito atentos e reconhecidos” (anos 30), “A Bem da Nação” (anos 50).

Campanha contra o Pé Descalço

A campanha contra o “indecoroso, inestético e anti-higiénico hábito do pé descalço” começou em Janeiro de 1928. Nessa época, o posto da Cruz Vermelha tratava cerca 600 pessoas por ano com ferimentos provocados pelo hábito ancestral, e 12% dos curativos feitos no banco do Hospital de Santo António eram por esse motivo, tal como metade dos casos de tétano.



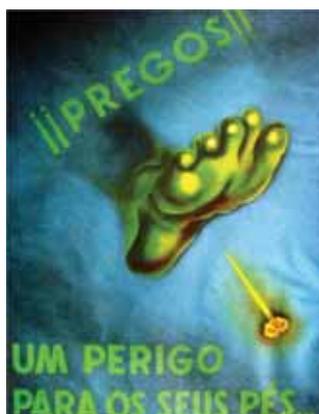
Jornal de Notícias, 23 de Março de 1928



Cartaz do Governo Civil do Porto



Manuscrito original da campanha



Cartaz da Campanha

Durante cinco meses a Liga promoveu dezenas de sessões em associações operárias, uma campanha epistolar junto de autoridades e corporações, e publicação de artigos na “grande e pequena Imprensa”. A Liga apresentou três tipos de argumentos: defesa da saúde e dignidade dos cidadãos; oportunidade de criar novos empregos na

indústria de calçado; diminuição de despesas hospitalares com o tratamento de feridas e com o tétano.

Os promotores sabiam que a campanha era “profundamente adversa à índole do nosso povo, aferrado a uma tradição de muitos séculos” e que contariam com a má vontade “de quem receava ter de aumentar uns tristes centavos ao salário magro dos seus servidores”.

Não encontramos publicações da época defendendo o hábito do pé descalço. No entanto, documentos da Liga e artigos da imprensa sugerem alguma reacção teorizada. Na introdução aos manuscritos deduzimos que haveria defensores do pé descalço “alegando que dessa prática resultaria um maior equilíbrio, sobretudo para as mulheres que transportam carretos a cabeça, que os pés descobertos beneficiavam da acção desinfectante do ar e da luz, e ainda outros que, dando largas ao seu lirismo, defendiam o princípio de passear os pés nus por cima da terra que tudo nos dá e para onde iremos!”

Em Maio de 1928, após um reunião com as Juntas de Freguesia, o Governador Civil Luís Nunes da Ponte, Tenente-Coronel de Engenharia, determinou a proibição de trânsito de pessoas descalças nas ruas do Porto. A Liga mandou distribuir impressos pelos mercados e praças de peixe, tentando explicar a medida.

A “revolução nacional” completava dois anos e o General Vicente de Freitas chamava Salazar para o Ministério das Finanças. Embora ainda longe do regime corporativo, várias “forças vivas” da cidade manifestaram-se em bloco a favor da proibição: Faculdade de Medicina, Associação Médica Lusitana, Ateneu Comercial, Club dos Fenianos, Renascença Portuguesa, Associação dos Enfermeiros de Ambos os Sexos, Associação de Jornalistas e Homens de Letras, União dos Empregados do Comércio, entre outras. Em carta ao Governador Civil, pediram que o prazo de 20 de Maio “a nenhum pretexto seja prorrogado” e consideraram que estavam “suficientemente esclarecidos e demonstrados os diversos inconvenientes de ordem pedagógica, moral, médica, estética e económica” do pé descalço.

NºO Século de 21 de Fevereiro de 1928, o “Reporter X” apoia a Liga e pressente acusações de limitação da liberdade individual: “ Não julguem os senhores que se trata duma lei-seca, à maneira Norte Americana ou de um decreto sobre trajos femininos, de estilo mussilinesco...”. Mas, termina o artigo em dissonância, gabando a repressão “Para conseguir acabar com o pé descalço, nem um Primo

de Rivera, nem um Mussolini, nem sequer um Estaline... Só um Mustafá pachá, o homem que tirou o véu às púdicas turcas... Que venha a Portugal o ditador de Angola!”.

O primeiro Edital, redigido como um convite, não previa penalizações: “A partir do dia 20 de Maio corrente, todas as pessoas encontradas descalças na via pública serão convidadas pelos agentes da autoridade a acompanhá-los à respectiva esquadra ou posto público policial, para ali declararem quais os motivos (...) Sempre que se trate de menores de 14 anos, serão para este fim os pais ou tutores chamados aos referidos postos”.



Casa Alvão © Centro Português de Fotografia/MC

No “Jornal de Notícias”, do dia 22, lia-se “Para as barreiras e outras entradas da cidade foram destacados guardas civis e algumas praças da Guarda Nacional Republicana, que não deixavam entrar pessoa alguma que não viesse calçada. Aquelas pessoas que na rua andavam sem calçado, eram conduzidas para a esquadra e ali, pelos respectivos chefes lhes foram lidos os articulados com os benefícios que resultam do pé calçado e os inconvenientes, alguns gravíssimos, de se caminhar com o pé descalço. A essas pessoas foi também lido o Edital que proíbe o pé descalço e



Alberto Marçal Brandão © Centro Português de Fotografia/MC

mandadas em paz com a promessa de que não voltariam a aparecer nas ruas sem qualquer coisa nos pés. Em virtude da ordem superior, vimos na rua a maior diversidade de calçado: alpergatas, chinelas, chinelinhas, chancas, etc., etc. As mulheres dos arredores, sobretudo leiteiras, lava-deiras, hortaliçeirias e

galinheiras, traziam nos pés, embora sem meias, chinelas de coiro. No Mercado do Anjo apareceu urna carrejona com as botas do homem, caso que despertou risos”.

A Liga estava convicta de que a generalização da campanha ao país exigia um ponto de partida em Lisboa. Um dos directores foi propositadamente à capital, conseguindo a adesão do Governador Civil. Em 1 de Outubro, do mesmo ano, o pé descalço foi proibido na cidade de Lisboa. Em Coimbra, a Liga conseguiu a adesão entusiástica de Nicolau da Fonseca, gerente local do Banco de Portugal; após alguns meses de artigos na “Gazeta de



Alberto Marçal Brandão © Centro Português de Fotografia/MC

Coimbra”, despertado o “meio culto” e as autoridades, o pé descalço passou a ser proibido.

Depois de uma fase inicial, pedagógica, as autoridades passaram rapidamente aos castigos. Apoiado no Código Administrativo de 1878, o Governador Civil do Porto mandou punir os descalços com “multa de 5\$00 a 50\$00 e em caso de reincidência 3 a 8 dias de prisão”. Em Lisboa, as multas eram mais elevadas (50\$00 ou 100\$00) e as penas de prisão mais pesadas (8 a 15 dias). Em Coimbra, as multas variavam de 5\$00 a 200\$00, dobrando em caso de reincidência.

Conseguida a proibição nas três cidades principais, a campanha parecia bem encaminhada. No entanto, durante muitos anos, verificou-se resistência popular, associada à incapacidade das autoridades para fazer cumprir a lei, talvez relacionada com “ignorância de muitos agentes policiais sem capacidade para compreender os fins em vista...”. A Liga manteve durante décadas o fornecimento de notícias e artigos a jornais de todo o país, tentando manter viva ou ampliar a campanha. Os anos seguintes seriam muito difíceis, com a guerra civil de Espanha e a II Guerra Mundial, contribuindo para que a campanha sofresse “intermitências largas”.

No manuscrito de síntese, elaborado 28 anos depois de iniciado o combate, persistia a grande questão “E que fazer para acabar efectivamente com o péssimo hábito no nosso País ?

Temas fortes e recorrentes

A campanha contra o pé descalço foi longa, de resultados caprichosos, parecendo tender ciclicamente para a “estaca zero”. Não parecia ter inimigos activos e organizados, mas alguma incompreensão popular e dissociação cultural entre os diferentes níveis de autoridade. Os argumentos invocados na imprensa da época, eram ciclicamente recordados. O temas principais e recorrentes foram o dilema entre a miséria e a usança, as crianças, os pés femininos descalços, a vergonha dos estrangeiros, as assimetrias regionais e a justiça.

Miséria ou usança ?

Uma grande parte do século XX caracterizou-se pela pobreza material crónica da maioria da população portuguesa. Revendo os indicadores económicos e sociais constatamos que em Portugal “até ricos e remediados eram, de facto, pobres”. Provavelmente, nenhum documento em Portugal apresenta a penúria de forma mais crua do que o livro “Barredo” do padre Américo (8). A capa mostra um menino descalço; porém essa realidade jamais foi abordada nas quase 300 páginas do livro. Para o padre Américo, o “pé descalço” representaria um pormenor na constelação das misérias.

Apesar da pobreza, a maioria dos artigos de opinião desvalorizavam os factores económicos e realçavam razões culturais para a manutenção do hábito. Era comum a imprensa realçar a dissonância entre algumas posses, em particular os cordões de ouro (na verdade, uma espécie de seguro...) e ausência de calçado.

“... luxuosamente vestida e carregada de ouro, e com os “tartanhos” à mostra”. A *Montanha*, 27-1-1928

“Das inúmeras criaturas que por aí enxameiam, exibindo o nu dos pés (...) fazem parte lavradores e lavradeiras, proprietários de geiras e doutras coisas mais”. O *Comércio do Porto*, 19-2-1928

“... o garoto dos jornais afirma que não tem dinheiro para o calçado, mas no entanto compra cigarros (por vezes, graças a um péssimo hábito apanha as pontas) e frequenta o cinema da Batalha com prejuízo da sua educação moral”. *Jornal de Notícias*, 31-3-1928

“... as vendedeiras de leite, hortaliça e peixe, são as pessoas mais dadas a este género de desporto. Os próprios mendigos conseguem andar bem, ou mal calçados. Logo, se um mísero pedinte consegue, com os seus ínfimos recursos, andar calçado...” *Abel Ribeiro, O Comércio do Porto*, 3-1928

“Vêm-se inúmeras pessoas descalças que não são obrigadas a trazer os pés nus por lhes escassearem os meios de adquirir qualquer espécie de calçado. O ouro que trazem e outros atavios o demonstram. Dá-se até o caso de, em ocasiões festivas, se calçarem...” *O Século*, 10-5-1928

“... o pé descalço não é sinónimo de pobreza. (...) Também a compra de roupa pode representar um sacrifício e ninguém se lembra de andar nú pela ruas... Ou não é assim ?” *O Primeiro de Janeiro*, 12-5-1928

“... na visita aos Olivais de vários ranchos de aldeias próximas desta cidade, notaram-se algumas moças de cordões de ouro ao pescoço, vestidas de tecidos caros e com os pés descalços”. *O Despertar (Coimbra)*, 7-6-1947

“...camponesas com as suas blusas de seda cobertas de cordões de ouro, com brincos de preço pendentes das orelhas, revestidas de bons panos, e os pés soltos, sem mesmo a leve chinela...” *O Primeiro de Janeiro*, 31-3-1951

“... passámos por um grupo de moçoilas, tipo lavradeiras, aliás asseadas, mas todas, santo Deus, de pés descalços ! (...) algumas levavam ao pescoço pesados cordões de ouro, outras, fios desse mesmo metal, e todas, mas todas de verdade, relógios de pulso!!!” *Costa Candal, Correio do Vouga*, 3-12-1955

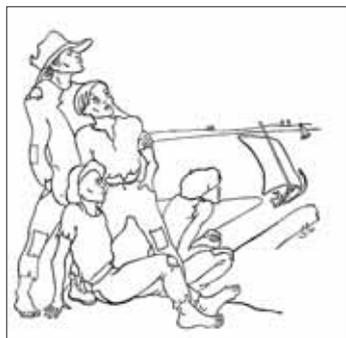
Crianças e Escolas

Na primeira metade do século XX, as crianças descalças chocavam pouca gente. Algumas fotografias de Alberto



Cardeal Cerejeira de visita a um asilo. Ferreira da Cunha, 1929 © Câmara Municipal de Lisboa

Marçal Brandão mostram-nos bem essa realidade. Em 1929, o Cardeal Cerejeira deixava-se fotografar na companhia de um grupo de rapazes descalços, e a sua expressão não parecia denotar nenhum particular desconforto.



Desenho de Álvaro Cunhal para "Esteiros" © Editorial Avante!

Em "Esteiros" (1941), de Soeiro Pereira Gomes, obra emblemática do neo-realismo português, o drama de João, impotente para evitar o abandono da escola, também passa pela falta de calçado: "-Não posso ir descalço pra

escola, pois não? (...) Talvez o Arturinho me empreste umas botas- balbuciu a medo.- É meu amigo". Álvaro Cunhal desenha meninos descalços em todas as ilustrações que faz para a 1ª edição do livro.



Alvito, Eduardo Gageiro, 1958 © Eduardo Gageiro



Filho de Alfaiate. António Guimarães©Foto Anthony

A segunda fase da campanha da Liga começou em 1952. A professora Etelvina Costa e Silva, da Escola Primária nº 77 do Porto, denuncia a morte de um aluno "muito inteligente e aplicado", vitimado por tétano, depois de ter espetado um prego num pé. A propósito deste caso, a Liga pediu ao Bispo do Porto e ao Director do Distrito Escolar que sensibilizassem os padres e os professores. Em parceria com a Federação dos Amigos da Escola Primária, promoveu, em Novembro de 1952, uma conferência sobre o pé descalço infantil. Nessa sessão foram reveladas estatísticas oficiais: mais de 3000 crianças frequentavam descalças as escolas primárias da cidade do Porto. O Governador Civil e médico Dr. Domingos Braga da Cruz, que estava na sala, aceitou a criação de uma comissão "de carácter semi-oficial" para combate ao problema. Em consequência o Dr. António Emílio de Magalhães encontrava-se aos sábados com os

directores das escolas primárias, em tentativas de sensibilização, mas "sendo sempre permitida a controvérsia". Numa segunda fase, todas as Quintas-feiras, a comissão deslocava-se às escolas para falar aos alunos. Os resultados terão sido animadores.

Em 2 de Dezembro de 1955, a Liga solicitou ao Sub-Secretário de Estado da Educação Nacional a proibição de entrada de crianças descalças nas escolas de todo o país. Baltazar Rebelo de Sousa terá prometido "dedicar ao assunto a sua melhor atenção".

Em Julho de 1958, D. António Ferreira Gomes, que todos os dias observava crianças vagueando no terreiro da Sé, escreveu a Salazar a carta que lhe custaria o exílio. Lembrava ao ditador, ainda nesta época, o "exclusivo privilégio português do mendigo, do pé descalço, do maltrapilho, do farrapão...".

Em algumas escolas do distrito do Porto, nos anos 50, só era permitido entrar com sapatos ou descalço. Os portadoras de chancas ou socos eram convidadas a deixá-los à porta, prevenindo eventuais danos no soalho, irmanando-se dentro da sala com os "descalços genuínos". Em livros escolares dos anos 60, encontramos diversas ilustrações mostrando, com grande naturalidade, crianças descalças. Apenas em meados dos anos 70, o pé descalço terá desaparecido em definitivo das nossas escolas primárias.

Pé descalço feminino

Uma das preocupações recorrentes dos articulistas era a prevalência feminina do hábito. Além da deformação física do pé, admitia-se o alastramento dos estragos, a um plano sistémico (físico e social).

"... é anti-estético, é grosseiro, é um atentado contra a beleza, sobretudo da mulher. É uma picada de fealdade que rapidamente se alastra por todo o corpo. O pé feminino, descalço espalma-se, masculiniza-se, incha, torna-se nodoso... vem, mais tarde ou mais cedo, reflectir-se em todo o seu porte" *Repórter X*, *O Século*, 21-2-1928

"Esse costume produzia, na mulher, um desfeimento lento, espalmava-lhe os pés, quebrava-lhe a graça, masculinizava-a". *Primeiro de Janeiro*, 12-5-1928

"No dia 1 de Maio vimos nós um rancho de rapazes e raparigas ... Eram umas dezenas de belos pares de raparigas dainarasas, com os seus oiros, impecáveis na sua elegância garantida pelo admirável e prodigioso equilíbrio de floridos potes que traziam à cabeça, e eles garbosos e sólidos na

sua marcha forte. Mas eles bem calçados e elas descalças... Era ridículo. Não fazia sentido". *Voz da Justiça*, 7-3-1934

"Não é admissível que as mulheres do povo, não importa de que mister, bonitas como são quase todas elas, de boa e apetitosa plástica, se vangloriem de um pé disforme, arroxeadado, de unhas denegridas, de calcanhares córneos e enlameados ou empoeirados..." *Eduardo Noronha, Jornal de Notícias* 2-7-1937

"As lindas raparigas minhotas, moçoilas fortes e sadias, não respirando miséria porque apresentam o colo e as orelhas transformadas por vezes em montras de ourivesaria, só se calçam nos dias festivo, contrastando a deformação dos seus pés sujos com a esbelteza dos seus bustos ou a frescura dos seus rostos mimosos" *Correio do Vouga*, 17-12-1955.

Vergonha

O fenómeno do pé descalço, não sendo exclusivamente português, teria entre nós um expressão extrema no contexto europeu. O embaraço e a vergonha perante os visitantes e turistas estrangeiros começaram a reflectir-se na imprensa.

"Não faz sentido que, por exemplo, na linha 1, tão frequentada por turistas que, desembarcados dos paquetes em Leixões, se dirijam a visitar a cidade, se venham sentar a seu lado, leiteiras, carrejões, moços de lavoura, etc., que, além de se apresentarem descalços inspiram repugnância, pelo estado de pouca limpeza em que geralmente trajam. A proibição, para surtir bons efeitos, deve, portanto, estender-se aos carros eléctricos, sem exclusão das linhas suburbanas". *O Comércio do Porto*, 23-3-1928

"Admirados ficamos, portanto, por não encontrar através a numerosíssima população de Berlim, Hamburgo, Bremem, ou qualquer outra cidade alemã, criança ou adulto algum que não andasse devidamente calçado". *O Comércio do Porto*, 17-4-1928

"Há tempo estivera S. Exa (Dr. Daniel de Matos) no Buçaco e ali conversara com um inglês que costumava vir a Coimbra acompanhar excursionistas do seu país. Pelo amor que tem a Coimbra, perguntou-lhe quais eram as impressões que lhe deixava a visita a esta cidade. O interrogado respondeu que magníficas (...), mas que todos os excursionistas manifestavam o seu desgosto por verem aqui tanta gente descalça". *Gazeta de Coimbra*, 4-11-1933

"Uma pobre mulher descalça que levava os sapatos à cabeça! O inglês ria, ria a bandeiras despregadas. E tinha razão". *Voz da Justiça*, 7-3-1934

"Há algumas semanas tivemos a pachorra de parar o automóvel em que seguíamos, para evitar que um grupo de excursionistas alemães fotografasse em Lisboa, como documento inédito, um grupo de petizes descalços, engraxadores aos 10 anos, que posava para os estrangeiros. Ameaçamos com um guarda de polícia e a garotada fugiu" *Leitão de Barros, O Século*, 23-10-1938.

"Dizia-nos uma senhora estrangeira, que não compreendia o motivo porque se viam muitas pessoas descalças, entre elas lindas raparigas, muitas das quais ornamentadas com ouro. Se em muitas terras já acabou esse antiquado hábito, porque não havemos nós de fazer o mesmo sendo. a nossa terra zona de turismo e a nossa praia das melhores de Portugal? *O Comércio do Porto*, 22-10-1953

Regiões

Admitiu-se, e provavelmente com razões, a existência de assimetrias regionais: o litoral norte, em particular o Porto, seriam os campeões do pé descalço. A própria Liga chegou a admitir a existência de regiões isentas (Trás-os-Montes, Algarve e Alentejo). Em entrevista ao "Jornal de Notícias, em 23-3-1928, um director afirmou "... olhe que em Lisboa não anda ninguém descalço e deve haver por lá muita miséria. É que o problema não é de miséria".



Douro. Casa Alvão © Centro Português de Fotografia/MC

Mas, em "O Século" de 10-5-1928, podia ler-se que "em Lisboa, o pé descalço topa-se por toda a parte e a toda a hora". E, na "Gazeta de Coimbra", em 10-10-1933, escrevia-se "...é um costume por tal forma enraizado em certas regiões do país, e nomeadamente na de Coimbra, que se torna assaz difícil combatê-lo." E, ainda, o "Correio do Vouga" de 3-12-55, oferecia-se para a campanha "... sendo o distrito de Aveiro uma das regiões de Portugal onde esse hábito rotineiro e incivilizado ganhou raízes mais profundas."



António Guimarães©Foto Anthony



Alfama, Eduardo Gageiro, 1966 © Eduardo Gageiro



Coruche, Fotografia Beleza (Porto) ©Douro Azul, SA



Estiva no Cais do Sodrê, Eduardo Gageiro, 1966© Eduardo Gageiro

Na verdade, encontramos fotografias e ilustrações antigas que mostram crianças e adultos descalços em todo o país. A legislação repressiva limitou-se, durante décadas, às barreiras das grandes cidades. Apenas em 1955, quase trinta anos depois do Porto, a proibição alastrou aos concelhos vizinhos de Matosinhos e Vila Nova de Gaia. "O Comércio do Porto", em 15-8-1941, falava de dois mundos separados pela ponte de D. Luís contando-nos que "as leiteiras costumam, ao chegar fora da ponte, em Gaia, tirar os "chinelos" e metê-los dentro dos canados... e só os voltam a calçar ao entrar no Porto".

Polícia e tribunais

Os comandantes da PSP do Porto manifestaram empenho na campanha, por vezes com imaginação. Em 1941, o Comandante da PSP do Porto ordena que "seja distribuída a cada Esquadra um par de sócos que servirá para mostrar às famílias dos menores retidos por pé descalço, a fim de que elas os vão adquirir, indicando-lhes que o preço não poderá ser superior a 1\$50".

Mas, em geral, as autoridades policiais e judiciais tinham dificuldades em lidar com o "vanguardismo legislativo" dos Governos Cívicos. Os guardas de polícia não compreendiam a lei e abrandavam a vigilância; alguns admitiam mesmo prevaricar, fora das horas de serviço. A hierarquia relembra e ameaçava, aparentemente com resultados transitórios. A PSP do Porto facultou-nos uma cópia da "Circular às Esquadras" nº 25/1942, em que o Coronel Namorado de Aguiar verificava "com desprazer que as

Directivas recentemente dadas sobre repressão do pé descalço não são tomadas por todos os elementos na devida consideração", acrescentando que "será penoso recorrer à acção disciplinar por tal motivo" e exortando os chefes das Esquadras a que "expliquem novamente ao pessoal e insistam".

Em 11 de Abril de 1955, em Anexo à Ordem de Serviço, o Major Santos Júnior lembra que a despesa do Hospital Joaquim Urbano com o tétano era, em média, de 5.000\$00 por cada doente e promete repressão mais activa.

Os juizes do Tribunal de Policia, no início, eram sensíveis à miséria e mandavam os faltosos em paz. A imprensa relatou algumas cenas de tribunal entre o hilariante e o dramático.

"Numa sala do Palácio da Justiça, a do tribunal das transgressões, condenam-se, e muito bem, as pessoas que ali são levadas por uso e abuso do pé descalço. Pois nas salas de outras audiências vêem-se frequentemente, assistentes ou interessados nos respectivos julgamentos, com os pés à mostra, em condições da tal chamada transgressão". *O Despertar (Coimbra)*, 23-11-1946

"Uma parte do povo interpretou sabiamente os dizeres da lei: se ela proíbe o pé descalço, calça-se um deles... calça-se um deles e cumpre-se a lei". *Demócrito, Jornal de Notícias*, 10-8-1951

"Em Oliveira de Azeméis, o juiz da Comarca proibiu a entrada a pessoas descalças no edifício do Tribunal". *O Comércio do Porto*, 22-5-1954

"- Provou-se que a ré é uma pobre de Cristo que ganha apenas 11\$00 por semana e com esse dinheiro tem de sustentar-se. Perante tal miséria, justifica-se inteiramente que ande descalça, pois tem outras necessidades mais instantes a satisfazer como seja a da alimentação, para a qual dispõe apenas da referida importância. Pelo exposto, tratando-se de um caso de necessidade, absolvo-a e mando-a em paz" *Jornal de Notícias*, 20-5 -1954

"Ontem, no Tribunal dos Pequenos Delitos, foram condenadas treze mulheres por andarem descalças. (...) "- De futuro, quantos aparecerem aqui por este motivo, serão condenados. O choque de compaixão que a princípio tive, supondo o «pé descalço» uma consequência da necessidade, era um erro meu. Corrigo-o graças ao Sr. Dr. António Emílio de Magalhães, que me deu uma grande lição. Destas lições, aceito-as e agradeço-as. A luta contra o «pé descalço» tem agora mais um elemento a seu favor: o

juiz do Tribunal de Polícia. Absolvi, anteriormente, várias pessoas. Estava em erro. Reconheço-o e não me custa declará-lo, publicamente” *Diário do Norte*, 4-6-1954

O fim de século

Nos anos 50 e 60, fizeram-se fotografias muito belas de pessoas descalças, nos seus afazeres, em diversas regiões de Portugal. Destacamos os trabalhos da “volta a Portugal” do francês Jean Dieuzaide, mas também as fotografias de Agnès Varda, Eduardo Gageiro, António Gonçalves Pedro, Gérard Castello Lopes, Jorge Henriques e António Guimarães.



Postal de instituição de caridade. Anos 70 ?

A partir de meados dos anos 70, os cenários das fotografias ganham cor e passam a ser sempre marinhos, fluviais ou de outros lazeres...

A análise objectiva dos factos mostra que, lamúrias à parte, a partir de meados dos anos 70, o país conheceu um notável progresso económico e social (9). A democracia e a integração europeia traduziram-se em indicadores objectivos de saúde e bem estar. No final do século, a taxa de mortalidade infantil era 1/8 da de 1975. Os cidadãos descalços eram raridades nas ruas ou nos caminhos. O tétano apresentava incidências residuais (15 casos em 2000). O tétano neo-natal tinha sido extinto. O Dr. António Emílio de Magalhães morreu em 1973, não chegando a conhecer estas realidades.



LPPS e Café Majestic, Porto

A Liga Portuguesa de Profilaxia Social assume agora outros desafios, mantendo a sua actividade em prol da saúde pública com projectos de informação e prevenção social, em áreas como doenças cardiovasculares, terceira idade, sida, comportamentos aditivos, prostituição e ambiente. ■

Agradecimentos:

A Liga Portuguesa de Profilaxia Social (LPPS) facultou-nos o acesso ao seu arquivo histórico e, inclusivamente, confiou-nos temporariamente os manuscritos originais da campanha.

Agradecemos ainda a colaboração de: Direcção Nacional da PSP, Governo Civil do Porto, Biblioteca Pública Municipal do Porto, Biblioteca do HGSA, Biblioteca do Hospital Joaquim Urbano, Casa do Infante e Arquivo Distrital do Porto.

Obtivemos autorização para reprodução de fotografias e outras ilustrações de: Centro Português de Fotografia do Ministério da Cultura, Arquivo Fotográfico Municipal de Lisboa, Mário Ferreira/ Grupo Douro Azul, SA (detentor dos espólio da Fotografia Beleza), Fotografia Anthony (Penafiel), Editorial Avante!, Casa Museu Abel Salazar e LPPS. Um agradecimento especial a Eduardo Gageiro.

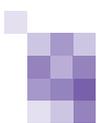
Bibliografia

1. Debord T, Lapeyre E. Tétanos. *Encycl Méd Chir (Paris-France), Maladies Infectieuses*, 8-038-G10, Urgences, 24-135-A-10, 1995, 6p
2. Srikiatkachorn A, Hemachudha T. Tetanus. *Medlink Neurology* 1993-2004 ©MedLink Corporation.
3. Saavedra J. O Tétano e o seu tratamento pela colestérina. Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Pôrto. Julho de 1913.
4. Boletim Clínico do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Pôrto 1928; Ano 1, nº 1: 118-121.
5. Miranda Monteiro AV; Fragoço Tavares E. Tétano- considerações sobre casos de tétano tratados no Hospital do Rêgo, no Serviço do Prof. Nicolau de Bettencourt. *Clínica, Higiene e Hidrologia* 1935 (separata): 3-29
6. Conferências (6ª série) da série doutrinária da Liga Portuguesa de Profilaxia Social. Imprensa Social. Porto, 1947.
7. O Pé Descalço- uma vergonha nacional que urge extinguir. Liga Portuguesa de Profilaxia Social. Imprensa Social. Porto, 1956
8. Padre Américo. O Barredo. 2ª Edição. Editorial da Casa do Gaiato, Paço de Sousa, 1974.
9. António Barreto. A situação social em Portugal 1960-1999 : Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia / António Barreto (org.).- Lisboa : Imprensa de Ciências Sociais, 2000.

Contactos da Liga Portuguesa de Profilaxia Social: Rua de Santa Catarina, 108, 4000-442 PORTO, www.lpps.pt

Correspondência:

José R Barros
Serviço de Neurologia
Hospital Geral de Santo António
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
josebarros.neuro@hgsa.min-saude.pt



História da pesquisa da sensibilidade

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia; Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Texto baseado em comunicação apresentada em "O Momento da História" (Congresso de Neurologia; Praia da Granja, Novembro de 2004)

Durante largos séculos a sensibilidade foi apanágio dos filósofos: Aristóteles descrevia os cinco sentidos clássicos, René Descartes (1596-1650) mencionava o reflexo de fuga ao calor ¹.

Cabe aos físicos italianos Girolamo Cardano (1501-1570) – também matemático, o primeiro a resolver a equação cúbica – e Giovanni Filippo Ingrassia (1510-1580) a descrição do sentido vibratório ¹. Charles Bell, em 1826, refere a propriocepção como o *sexto sentido* ².

Ao conhecimento dos sentidos segue-se o das fibras: Johannes Mueller postula a *Teoria da irritabilidade específica* ³: "o mesmo estímulo provoca sensações diferentes quando aplicado a nervos conduzindo formas diferentes de sensibilidade" (1838), Max von Frey determina que "a especificidade dos neurónios sensitivos depende do seu comprimento" ^{4,5} (1894), Henry Head cria a *Teoria da especificidade das fibras* ⁶ diferenciando as sensibilidades protopática e epicrítica (1920).

Quanto às vias da sensibilidade, em 1890, não existe um conhecimento exacto, apenas a noção de proximidade das vias térmica e dolorosa. Só em 1898, baseado em casos de siringomielia, Arthur van Gehuchten posiciona a via térmica e dolorosa no cordão antero-lateral, a postural no cordão posterior ⁷. A decussação sensitiva é descrita por Charles-Édouard Brown-Séquard ⁸ (1852) e Ludwig Edinger ⁹ (1889). Apenas em 1903 Rydel e Seiffer localizam as sensibilidades vibratória e proprioceptiva nos cordões posteriores da medula ¹.

Moritz von Romberg (1795-1873) é um dos pioneiros da pesquisa da sensibilidade. No seu tratado *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen* ¹⁰ (1840) – o primeiro na História da Neurologia – descreve, para a tabes dorsal, o sinal hoje conhecido com o seu nome, modernamente interpretado como sinal de lesão cordonal posterior. Passa também à posteridade pela descrição da decussação sensitiva e pela prova de Romberg.

Outro dos precursores desta semiologia é Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894); estuda as lesões infligidas pelos apaches de Paris aos seus inimigos: quando estes estavam curvados ou acorados enfiavam-lhes um punhal afiado justa-vertebral, provocando o síndrome de

hemi-secção medular, objecto da sua Thèse de Paris ¹¹ (1846).

Charles Sherrington (1857-1952), delinea os mapas de dermatomas em macacos e a rede neuronal sensitiva ¹². Henry Head (1861-1940) além de se dedicar ao estudo dos dermatomas baseado nas observações sobre o herpes zoster ¹³, investiga a distribuição sensitiva dos nervos periféricos, para o que executa cortes nos ramos superficiais do seu próprio nervo radial ¹⁴. Otfried Foerster (1873-1941) estuda a sobreposição dos territórios nervoso ¹⁵ e a localização topográfica das fibras consoante a sua função ^{5,15} – *doutrina da energia específica*; cria também o conceito de "gate-control": inibição das pequenas pelas grandes fibras ^{15,16}.

Herbert Gasser (1888-1963) e Joseph Erlanger (1874-1965) introduzem uma nova forma de pesquisa da sensibilidade com a análise dos limiares de excitação e velocidades de condução ¹⁷, bem como dos efeitos dos anestésicos nas fibras de diferentes calibres ¹⁸.

Como evoluiu o exame da sensibilidade? O tratado de Gowers ¹⁹ (1888) refere quatro formas de sensibilidade e o material usado para a sua exploração: táctil (barbas de uma pena, compasso de Sieveking), térmica (água em tubos de ensaio ou em colheres), dolorosa (ponta de uma pena de ganço, correntes farádicas) e muscular (pesos).

Jean Martin Charcot (1825-1893) pesquisa a sensibilidade dolorosa com alfinete, beliscão ou estimulação eléctrica, a proprioceptiva com movimentos de torção e extensão das extremidades, a térmica com um termómetro da sua invenção ^{20,21}.

Maurice de Fleury ²² (1904), um dos seus discípulos, grande divulgador de assuntos médicos e amigo pessoal de Zola, descreve os meios exploratórios e discrimina a sensibilidade em superficial – táctil (pincel, crina, papel enrolado), térmica (conta-gotas com água a várias temperaturas, deixando cair uma gota a 1 cm da pele), dolorosa (alfinetes) e eléctrica (correntes galvânicas ou farádicas); e em profunda – pressão (pilhas de moedas de alturas variáveis), óssea (diapasão 128 vibrações), atitudes segmentares, muscular ou dos movimentos activos (pesos suspensos de um fio), dolorosa (picadas profundas ou torções violentas), estereognosia.

Para Oppenheim²³ (1908) existem cinco tipos de sensibilidade, explorados dos seguintes modos: tátil – pincel; térmica – tubos de ensaio com água; dolorosa – alfinete, pincel farádico; força – pesos; é o primeiro a pesquisar a sensibilidade *postural*, fazendo-o do mesmo modo como hoje se pratica.

Pierre Marie²⁴ (1911) também divide a sensibilidade em dois tipos, descrevendo os meios para a explorar: sensibilidades superficiais – tátil (pincel, dedo, papel enrolado, estesiômetro de Verdun), térmica (tubos de ensaio), dolorosa (picada, algessiômetros), eléctrica (correntes galvânicas ou farádicas), círculos de sensações de Weber ou limiar extensivo da sensibilidade (compasso de Weber); sensibilidades profundas – pressão (dedo, dedal, baroestesiômetro), óssea ou vibratória (diapasão 128 vibrações), muscular, articular (não pesquisável), sensibilidade dos troncos nervosos e estereognosia.

Para a investigação da sensibilidade tátil utilizaram-se vários métodos: dedo, pena, papel enrolado, crina, pincel, algodão, estesiômetros e os cabelos de von Frey.

Existiam vários modelos de estesiômetros, sendo os mais utilizados na clínica o de Verdun (figura 1): tinha duas extremidades intermutáveis, um pincel e uma rodela, cuja pressão se regulava através de uma mola inserida na extremidade contrária (também era usado como baroestesiômetro), e o de von Frey (figura 2): continha uma crina inserida num tubo, susceptível de ser aplicada na pele com pressões diferentes; media-se o ângulo feito pela crina (cabelo) necessário para desencadear uma sensação tátil. O modelo de Ebbingaus (figura 3) também funcionava como compasso de pontas, o de Roundt era usado apenas em experiências. Os estesiômetros modernos, derivados do modelo de von Frey, constam de um tubo transparente com

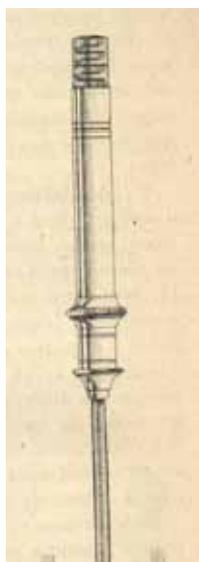


Figura 1. Estesiômetro/baroestesiômetro de Verdun.



Figura 2. Estesiômetro de von Frey.

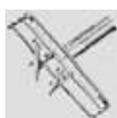


Figura 3. Estesiômetro de Ebbingaus.



Figura 4. Sensibilidade de dois pontos.

um orifício onde se fixa, a 90 graus, um monofilamento de nylon. Para o mesmo fim existem "canetas" em que um dispositivo faz aparecer um monofilamento na ponta, cuja pressão se pode regular em gramas, o mesmo sucedendo com alguns modelos de martelos de reflexos, contendo no cabo um filamento de plástico. Há ainda embalagens contendo monofilamentos de vários tamanhos e espessuras.

Para a pesquisa da sensibilidade de dois pontos empregaram-se primeiramente engenhos com duas pontas separadas (figura 4), mas é o compasso de Weber, provido de uma escala, que mede o afastamento das suas extremidades o mais utilizado na clínica. Uma variante é o modelo concebido por Barré, com as pontas recurvadas, destinadas a procurar o sinal do seu mestre Babinski. Hoje em dia, existem pequenas rodas providas de pontas colocadas a distâncias diferentes, um modelo em que um cursor com várias pontas desliza numa régua, outro com interface para computador permitindo quantificar a pressão exercida.

Primitivamente a sensibilidade térmica explorava-se com cubos de gelo, para o frio, com termômetros para o calor. Destes, existiam dois tipos: o de Charcot²¹ (figura 5) e o de von Frey. No primeiro o termómetro inseria-se numa base metálica, formada por dois cilindros, estando o interior cheio de limalha de cobre, a qual era aquecida a 100 graus com uma lamparina de álcool, antes de ser colocada sobre a pele. No segundo o termómetro estava colocado num dispositivo metálico aquecido pela passagem de água quente. Nos tempos correntes existem pequenos cilindros, quentes numa extremidade, frios na outra, máquinas que mantêm a temperaturas diferentes dois cilindros destinados ao mesmo fim e aparelhos com um terminal capaz de produzir várias temperaturas.

Para a semiologia da sensibilidade dolorosa utilizaram-se vários métodos: alfinete, ponta de pena de ganso, beliscão, correntes eléctricas, picadas profundas, torções

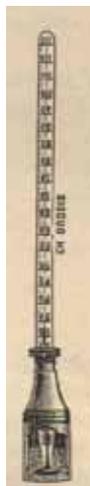


Figura 5. Termómetro de Charcot.



Figura 6. Diapasão de Rydel e Seiffer.

violentas, algesiômetros/algómetros (engenhos semelhantes a uma caneta ou seringa, com uma ponta afilada retráctil – modelos de Catel – 1895, Pennstate e de Univmich, entre outros) e a roda de Wartenberg. Hoje, além do usual alfinete, agulhas, pedaços de espátulas, usam-se pequenas agulhas descartáveis ("Neurotips"), aparelhos manuais ou eléctricos onde se gradua a pressão exercida pela ponta necessária para desencadear a sensação dolorosa. A roda de Wartenberg sofreu uma evolução no seu feitio, surgiram os modelos de plástico. É publicitada em vários portais da Internet para práticas sadomasoquistas.

A exploração da sensibilidade postural evoluiu rapidamente dos movimentos de torção e extensão das extremidades, praticado por Charcot, para o método contemporâneo concebido por Oppenheim.

Para a sensibilidade à pressão recorria-se ao dedo, a um dedal, ao barostesiómetro ou empilhavam-se pesos ou moedas sobre o local a explorar. Contemporaneamente, existem embalagens com vários pesos e uma roda metálica onde se inserem cilindros com diversos calibres permitindo variar a pressão exercida.

O primeiro diapasão é construído pelo tocador de trompa e alaúde John Shore (1711) com a finalidade de afinar os instrumentos musicais. O seu uso na clínica deve-se a Rumpf²⁵ (1889) e a Rydel e Seiffer²⁶ (1903). O modelo destes últimos comporta acessórios incorporados nas hastes que permitem excluir as dissonâncias com uma escala graduada de 0 a 8 para se determinar o limiar de excitação e uma base para o poder apoiar no crânio (figura 6). Os diapasões evoluíram quanto ao metal de que são feitos e nas suas cores, alguns apresentando desenhos menos convencionais. Existe na Internet uma grande oferta, não só no referente a actividades musicais, também para variados usos esotéricos. São ainda disponibilizados martelos ou almofadas destinados à percussão do diapasão.

Para a pesquisa dos vários tipos de sensibilidade existe o "Neurotool", um pequeno aparelho portátil onde estão embutidos diversos utensílios destinados a esse fim. ■

Bibliografia

1. Freeman C, Okun MS. *Semin Neurol* 2002;22(4):399-408.
2. Bell C. On the nervous circle which connects the voluntary muscles with the brain. *Phil Trans* (part 2) 1826;116.
3. Mueller J. *Handbuch der Physiologie des Menschen fuer Vorlesungen*. 2nd ed. Coblenz: J. Hoelscher; 1840.
4. Frey MV. *Beitraege sur Sinnesphysiologie der Haut*. Saechsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig. *Math-Phys Cl* 1895;47:166-184.
5. Sinclair DC. Cutaneous sensation and the doctrine of specific energy. *Brain* 1955;78:584-611.
6. Head H. *Studies in Clinical Neurology*. London: Hodder & Stoughton; 1920:334-728.
7. Gehuchten A. *Anatomie du système nerveux de l'homme*. Louvain: Imprimerie des trois rois; 1898.
8. Brown-Séquard CE. *Experimental researches applied to physiology and pathology*. Medical Examiner. Vol. 8. Philadelphia: Baillière; 1852:481-504.
9. Eninger L. *Anatomie des Centres Nerveux*. Paris: J.B. Bailliere et Fils; 1889.
10. Romberg M. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menchen*. Berlin, 1840.
11. Brown-Séquard CE. *Recherches et expériences sur la physiologie de la moelle épinière*. Thèse de Paris, 1846.
12. Sherrington C. Experiments in the examination of the peripheral distribution of the fibres of the posterior roots of some spinal nerves. *Philosophical Transactions B* 1898;190: 45-186.
13. Head H, Campbell AW. The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localization. *Brain* 1900;23:353-523.
14. Head H, Rivers WHR. A human experiment in nerve division. *Brain* 1908;31:323-450.
15. Foerster O. The dermatomes in man. *Brain* 1933;56:1-39.
16. Foerster O. The motor cortex in man in the light of Hughlings Jackson's doctrines. *Brain* 1936;59:135-159.
17. Erlanger J, Gasser HS. The compound nature of the action current of nerve as disclosed by the cathode ray oscilloscope. *Am J Physiol* 1924;70:624.
18. Gasser HS, Erlanger J. The role of fiber size in the establishment of a nerve block by pressure or cocaine. *Amer J Physiol* 1929;88:581-591.
19. Gowers WR. *A Manual of Disease of the Nervous System*. Vol. 1. London: Churchill; 1888:6-10.
20. Charcot JM. *Lessons du Mardi à la Salpêtrière*, Lecrosnier & Babé éditeurs. Paris 1887-89.
21. Charcot JM. *Lessons du Mardi à la Salpêtrière*, Lecrosnier & Babé éditeurs. Paris 1888-89:507.
22. Fleury M. *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux*. Félix Alcan éditeur. Paris, 1904.
23. Oppenheim H. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende*. Verlag von S. Karger. Berlin, 1908.
24. Marie P. *La pratique neurologique*. Masson et Cie éditeurs. Paris, 1911.
25. Rumpf H. Ueber einen Fall von Syringomyelie nebst Beitrag zur Untersuchung der Sensibilitat. *Neurologisches Zentralblatt*; 1889.
26. Rydel A, Seiffer W. Untersuchungen uber das vibrationsgefuhl oder die sog. "Knockensensibilitat" (Pallasthesie). *Arch Psychol Nerven Krankheiten* 1903;37:487-536.
27. Pesquisa na Internet com os motores de busca Google e Vivisimo

Correspondência:

Francisco Pinto
 Serviço de Neurologia
 Hospital de Santa Maria
 Av. Prof. Egas Moniz
 1649-028 LISBOA
 Correio electrónico: fjpinto@netcabo.pt

Morte Aparente nos Finais do Séc. XVIII

António Leite Carneiro

Serviço de Neurologia, Hospital Militar D. Pedro V, Porto.

Texto baseado em comunicação apresentada em "O Momento da História" (Congresso de Neurologia 2004; Praia da Granja, Novembro de 2004)

Introdução e aviso aos leitores

Nestas andanças pelos meandros da história alguém me facultou acesso a um pequeno livro editado em 1790 pela Academia Real das Ciências (Fig. 1). Tratava-se da tradução de uma publicação da Sociedade Humana de Inglaterra, e logo na primeira leitura me apercebi que os conceitos eram já muito elaborados, havia claras preocupações pedagógicas, interessantes conceitos de saúde pública e de medicina do trabalho bem como noções muito pertinentes de primeiros socorros.



Figura 1. Frontispício do livro (cópia).

À medida que fui lendo com mais atenção os diferentes capítulos da obra, foi crescendo o meu espanto e a consciência de como ignorava em absoluto que nos finais do século XVIII já se procediam a manobras de ressuscitação cárdio-respiratória básica, já se utilizavam instrumentos, como iremos ver, que permitiam essas mesmas manobras, outros com desi-

gnações e funções espantosas como a máquina fumigatória; havia preocupações de protecção e socorro a determinados grupos profissionais e noções que constituíam autênticos princípios fundamentais de saúde pública e de medicina laboral.

Perante tudo isto, senti-me compelido a partilhar convosco as fascinantes descobertas a que a leitura das páginas daquele pequeno livro, amarelecidas pelo tempo, me levaram.

Havia a noção de que certas enfermidades ou estados aparentes de morte repentina poderiam levar à suspensão das funções vitais independentemente da absoluta extinção da vida. Era máxima estabelecida que o frio do corpo, a insensibilidade dos membros e a falta de sentidos externos eram sinais de morte muito duvidosos e enganadores. Nesta conformidade, haveria que fazer um esforço para identificar os casos mais frequentes em que

esses fenómenos ocorriam e, sobretudo, pensar na melhor forma de os prevenir. Caso acontecessem, havia que os remediar da maneira mais eficaz, isto é, tratá-los.

O texto que se segue percorre uma série de situações que vão dos afogados aos intoxicados por gases de turfeiras e pântanos, passando pelos mineiros, produtores e trabalhadores agrícolas, limpadores de fossas até ao golpe de calor e às lesões causadas pelo frio excessivo.

Recuemos, então, aos finais da época setecentista, pelo que desde já se avisa que este texto, em algumas partes, será escrito na ortografia da época.

I - Do modo de administrar aos afogados socorros necessários para os restabelecer



Antes de descrever os cuidados gerais e procedimentos nestas situações, importa referir que em muitas comunidades ribeirinhas e aldeias piscatórias britânicas, existia uma Caixa

de Afogados cujo conteúdo era constituído por: aguardente alcanforada animada; líquido espirituoso; água pura; grãos de emético; ataduras; sal de amoníaco (*alkali fluor*); panos de lã; pedaços de pão; rolos de papel; uma colher; uma tenaz; cânulas de boca; penas de ave e a famigerada Máquina Fumigatória. Em cada comunidade havia um responsável pela caixa e, no caso de ocorrer um afogamento em sítio desprotegido, o responsável pela caixa mais próximo do acidente obrigava-se a fazer chegá-la ao local.

Cuidados Gerais: despir, limpar e enxugar. Em seguida, colocar um barrete de lã e cobrir o corpo. O sinistrado deve ser transportado com cuidado, sem molestar ou pegar com violência, em carro de feno com a cabeça um tanto levantada; não transportar aos ombros com a cabeça para baixo e nunca rolá-lo pelo chão ou sobre um barril nem pegar pelos pés para lançar água. Colocar o afogado em lugar com calor moderado mas longe de fogo activo, abrindo as janelas e correndo com os curiosos. Deve-se aquecer a cama com um cobertor de papa aquecido, bem como colocar garrafas de água quente na sola dos pés, juntas dos

joelhos e sovacos dos braços. Se houver falta de roupa, usar roupa dos assistentes obrigando-os a despi-la.

Procedimentos (pelo menos duas pessoas): esfregar o corpo brandamente com aguardente alcanforada animada com espírito volátil de sal amoníaco; inclinar de tempos a tempos a cabeça para expelir a água; se não houver aguardente, usar um ladrilho quente envolvido por um pano; massajar sem violência, sendo que no peito e ventre deva ser feita sempre no sentido da cabeça; introduzir o ar no peito do afogado – *"ou affoprando pela cannula de boca, apertando com os dedos a fua porção flexível, para evitar as exahalações que sahem do estomago dos affogados quando principiaõ a tornar a si; ou, o que he muito mais util, applicando-lhe por huma venta, ou pela bõca o tubo do folle, e fazendo affoprar com força bastante a introduzir-lhe o ar no bofe. Outra pessoa dos affitentes deve apertar-lhe com os dedos o nariz, para que o ar em quanto se affopra se não perca; e obfervando-fe que o bofe está cheio de ar, deve com as mãos carregar-lhe o peito, para tornar a expelir o ar; e continuar alternativamente esta operação, para imitar a respiração natural quando he possivel"*. Se os dentes estão cerrados, abrir a boca com o auxílio do cabo da colher ou, em alternativa, uma tenaz. Esta permite manter a boca aberta, acção a desenvolver com cautela para evitar deslocamento da queixada. Os ferimentos da língua evitam-se colocando pedaços de pão da grossura da cânula, conservando os dentes afastados; fazer respirar ao doente o espírito volátil do sal amoníaco introduzindo no nariz mechas de rolo de papel nele embebidos. Repetir muitas vezes esta operação. Em o doente dando sinais de vida fazê-lo beber algum liquor espirituoso servindo para o efeito aguardente alcanforada animada de espírito de sal ammoniac; se não vomita mas tem revoluções do estômago três grãos de emético em três ou quatro colheres de água pura; se vomita, facilitar o vômito com água quente.

Se depois de tudo efectuado não houver resultados, entra em acção a fantástica Maquina Fumigatoria: *"encha-fe de tabaco que se deve humedecer antes estando secco, fem o que se consumiria de preffa e o pouco fumo que faria não teria actividade: e accendendo-fe com panno, ou com huma brazza, quando se veja bastante fumo unindo-lhe o folle e a Cannula fumigatoria flexivel, em cuja extremidade se fixa hum bico, que se introduz no annus se faz affoprar o folle e por este modo entra o fumo pelos intestinos do affogado. Pode succeder que o bico da cannula fumigatoria se tape encontrando fezes no inteftino; o que se conheceria pela refiftencia que faria o folle, e sahida do fumo por todas as juncturas: neste cafo se tira, e faz limpar; e para não perder tempo se ufa do outro bico que há de fobrexcellente. Tendo affim introduzido o fumo nos inteftinos quafi hum quarto de hora, se despega a Maquina da cannula, e chegando aquella ao nariz e boca do affogado, se lhe deita fumo pelo nariz, e garganta, para fazer irritação neffas partes e logo se continúa outra vez a fumigaçãõ nos inteftinos e a introduçãõ das mechas de papel molhadas em alkali pelo nariz. Tambe*

póde ter utilidade o fazer com huma pena coegas dentro do nariz e garganta". Ao mesmo tempo, e no caso do afogado se apresentar de vasos cheios, face roxa e olhos afogueados, proceder-se-á a sangria. Todos estes socorros devem ser continuados por duas ou três horas. É essencial que cada um dos assistentes saiba como proceder e não embarace a acção dos outros. Porém, ontem como hoje, há casos em que não é possível a recuperação do doente. Como reconhecer, então, que ocorreu a morte? *"Fe lhe abraõ as palpebras, e fe os feus olhos parecerem brilhantes, fe continuaraõ os remedios; mas se os olhos eftiverem opacos, e de todo extinctos, fe póde abandonar a cura, e fuppôr o affogado já morto."*

Os preceitos e manobras descritos eram os propostos para os afogados resgatados às águas a partir da costa. Mas, havia o problema dos barcos pesqueiros que já naquela época procuravam bancos de pesca longe da costa. Assim, havia procedimentos previstos para essa eventualidade destinados aos arrais e companhas na falta da Caixa de Afogados: *"Affoprar-lhe o ar na boca, fechando-lhe alternativamente o nariz, por meio de huma penna, ou canna, papel enrolado, ou coufa femelhante; introduzir-lhe o fumo do tabaco nos inteftinos por meio de dois cachimbos unidos, dos quaes introduzido o cannudo de hum no anus com precaução, para o não ferir, se affopra o fumo pelo outro; fazer-lhe coegas no nariz, e garganta com huma penna; affoprar-lhe algum tabaco o fumo delle no nariz, e garganta; fazer-lhe as fricções com afpreza por todo o corpo, mas no ventre e peito fazellas fomite para a parte da cabeça, para não enfraquecer estas viçeras; procurar aguardente e Alkali fluor para friccionar e dar à colher de meia em meia hora; e principalmente não afrouxar nem descansar em administrar estes foccorros"*.

II - Do modo de remediar nas asfyxias caufadas pelo vapor do carvão ou outros mefytismos

Procedimentos: os que socorrem devem ter o cuidado de não entrar na casa sem abrir todas as portas e janelas, deitar bastante água pela casa para distrair a mofeta e, se for caso disso, usar um gancho comprido para retirar as vítimas e transportá-la para um lugar arejado com uma corrente de ar fria. O doente deve ser despido e sentado numa cadeira lançando-se-lhe, ininterruptamente, água fria para o rosto assim continuando por várias horas, sem afrouxar, até surgirem sinais de vida – soluços. Em isto acontecendo, abrir-lhe a boca e conservá-la aberta com pedaços de pão; fazer ingerir água fria com algumas gotas de espírito volátil de sal amoníaco e colocar na língua sal comum em pó; introduzir no nariz mechas de papel embebidas em espírito volátil continuando a lançar água sobre o rosto até o doente balbuciar as primeiras palavras; é suposto que aos soluços suceda um tremor universal e, se o doente continuar com conhecimento, deve-se deitá-lo em

lugar arejado e dar-lhe a beber aguardente alcanforada. Como medidas finais, continuar a fazê-lo respirar espírito volátil de sal de amoníaco, administrar cristeis purgativos com tamarindos e água de sabão, repetindo várias vezes as purgas. Se o doente, após recobrar os sentidos e o calor, for de constituição forte e sanguínea, tiver pulso desigual e se queixar de peso na cabeça, proceder a sangria no braço e administrar pediluvios.

II.a Caufadas pelo vapor de carvão accefo

Estas situações preveniam-se colocando sobre as brasas um vaso de abertura larga cheio de água com uma pequena quantidade de vinagre. Eis a explicação: *... "a agoa aquecendo fe reduz em vapores, os quaes espalhando-fe na cafa, e confundindo-fe com o ar corrigem a sua elasticidade, e impedem que feja funesto... ..estabelecer uma corrente de ar proporcionada á quantidade de vapores, para facilitar a fahida do ar elastico, ainda combinado com os vapores aquofos..."*

II.b Caufadas pelo vapor do vinho quando fermentado

...succede muitas vezes nos mefmos lagares aonde se pizaõ as uvas; nas adegas sendo em casas fechadas aonde não haja corrente de ar; e nos toneis que tem tido vinho quando se querem allimpar encontrando-fe dentro delles...quando levando huma luz ella fe apaga...

II.c. Caufadas por cheiros fortes como os dos óleos, efpeciarias, flores, drogas

...cahirem fuffcados as peffoas que abriaõ caixas, e fardos de femelhantes fazendas por muito tempo fechadas...

...O mesmo succede abrindo barris de agoa corrupta, ainda mais fendo de agoa salgada; o que succede principalmente nas viagens...

II.d Caufadas por vapores juntos nos lugares fubterraneos

As cloacas são as mais perigosas, sobretudo se têm água de sabão, da cozinha, lixos e cacos. O modo de prevenir o perigo quando se limpam é pôr sobre a abertura mais alta um forno aberto no fundo; ao arder aspira o ar da cloaca mefitizado que é renovado à superfície. Nas minas de terras aluminosas ou sulfúreas ou que têm arsénico e nas minas de carvão, há vapores inflamáveis. Prevenir as erupções e mofetas por meio de ventiladores.

Os poços de água e muito mais os que estão fechados têm o mesmo perigo de mefitismo. Neste caso renovar o ar por meio de um forno ventilador que aspire o ar por um tubo colocado a cinco ou seis pés do fundo do poço. Se houver lodos deve-se deitar cal. Nas lagoas, montes de esterco, lamas a céu aberto, deve-se evitar tirá-las com vento do sul e deitar cal com abundância...*"a faude dos habitantes convizinhos deve preferir a qualquer despeza..."*

II.e Caufadas por moffetas que exhalão de alguns terrenos

Desconfiar dos terrenos nevoentos, sobretudo na Primavera. Evitar estar deitado em prados húmidos ao nascer do sol naquela estação do ano. Muito cuidado no socorro aos sufocados por semelhantes causas.

II.f Caufadas nos lugares cujo ar não he renovado

São exemplos as cobertas e porões dos navios, as igrejas, as casas de espectáculos, as prisões, os hospitais e os grandes concursos. Devem prevenir-se os efeitos destes mefitismos por meio de ventiladores que renovem continuamente o ar, para evitar o escorbuto e as febres podres e malignas.

III - Do modo de remediar nas asfyxias caufadas por calor exceffivo

Os que têm dormido ao sol, os que trabalham com os grandes calores do estio, os que trabalham nas forjas, estufas e fornos. Deve fazer-se a prevenção evitando o grande calor, não passando repentinamente para o frio e bebendo água com um pouco de vinagre.

IV - Nas caufadas por frio exceffivo

"...aquelles que faõ fupreendidos da neve, fentem um fono taõ grande que fe deitaõ fobre a mefma neve e ao fono fe segue a morte. Deve prevenir-fe, evitando o grande frio quando for poffível, e vencer o fono que caufa, pelo exercicio, tabacco, fricções e meios poffiveis: evitando a aguardente, e liquores, porque efte meio augmenta o fono, e faz cahir mais facilmente no torpor que constiue a asfyxia. Se o efeito do frio tem gelado alguma parte do corpo, fe deve molhar e banhar em agoa fria até tomar a cor natural e então embrolhalla em pannos de vinho alcanforado. A agoa quente faria gangrenar. Meter o doente em agoa muito fria até recobrar a côr natural e fó então esfregallo com panos embebidos em aguardente alcanforada... fó depois se aquece ao calor pouco a pouco..."

V - Dos meninos recém-nafcidos

As causas são: pelo aperto do cordão umbilical; por fraqueza; pela compressão nos partos difíceis; por convulsões, choro ou cólicas; por serem suspensos pelos braços; por serem muito tempo deitados de costas ou abafados; pelas bexigas.

"Os socorros neftas ultimas especies, tem muita femelhança com os que fe fazem geralmente nas asfyxias: porém deve recorrer-fe aos Profeflores da Arte, para dirigirem os remedios".

Comentário

Do conteúdo deste trabalho ressalta o facto de, em finais do século XVIII, haver conceitos e práticas admiráveis, como

os princípios e normas da ressuscitação cárdio-respiratória com o recurso a instrumentos para respiração boca-a-boca, regras de conduta para determinadas profissões de forma a minimizar os efeitos dos acidentes de trabalho, princípios que se poderão considerar percursos do que se designa, actualmente, por Protecção Civil, conceitos estratégicos para acudir a vítimas sem pôr em risco a vida dos socorristas, responsabilização hierarquizada desses mesmos socorristas e, até, rudimentos de Medicina de Catástrofe. A propósito dos intoxicados em galerias e subterrâneos, impressionou-me o conceito de não haver lugar a poupança de recursos financeiros quando está em causa a saúde das populações, isto é, a saúde pública acima de tudo. Por último, um conceito curioso a propósito da asfixia nos recém-nascidos quando se afirma que os remédios devem ser orientados pelos Professores da Arte. Espero, sinceramente, que a leitura deste artigo vos dê tanto prazer como a mim me deu elaborá-lo. ■

Glossário

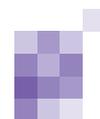
Mefitismo – s. m. Doença ou estado mórbido ou doença resultante de exalações fétidas; pestilência; impaludismo.

Mofeta – s. f. Manifestação atenuada da actividade vulcânica. Fig. Emanação, vaporização.

Pedilúvio – s. m. Banho aos pés, com fins terapêuticos.

Agradecimento: Ao Doutor Cardia Lopes, engenheiro químico, homem da Informática, colecionador, leitor compulsivo e curioso das coisas da Ciência, por me ter facultado o acesso a tão interessante opúsculo.

Correspondência:
António Leite Cameiro
Serviço de Neurologia
Hospital Militar D. Pedro V
Avenida da Boavista
4050-113 Porto
Correio electrónico: amlca@sapo.pt



Primeira intervenção neurocirúrgica praticada por médico português ou Primeira intervenção neurocirúrgica praticada em território português

Sebastião Silva Gusmão

Faculdade de Medicina e Serviço de Neurocirurgia do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – Brasil.

Introdução

Em recente publicação, Pinto F (1) relata a primeira intervenção neurocirúrgica praticada em Portugal, em 1898. Acreditamos que tal primazia possa retroceder no tempo por quase dois séculos desde que o espaço de Portugal englobe também as colônias portuguesas do século 18. O primeiro procedimento neurocirúrgico realizado por médico português foi em 1710, no Brasil, então colônia portuguesa.

Transcrevemos, com grafia atualizada, o relato desse procedimento, realizado pelo cirurgião Luis Gomes Ferreira e publicado em Lisboa, em 1735, no livro Erário Mineral (2).

Transcrição do relato

"Observação maravilhosa de um caso grande, curado com aguardente, em uma ferida da cabeça penetrante.

No ano de 1710, me mandou chamar Dom Francisco Rondon, natural de São Paulo, estando morador nas Minas de Paraopeba, em um ribeiro minerando; e andando os seus escravos trabalhando, caiu na cabeça de um, um galho, ou braço de um pau, que, casualmente, se despregou de seu natural, e logo ficou o tal escravo em terra e sem acordo, nem fala: fez-lhe alguns dos seus remédios caseiros, mas sem efeito algum; no fim de três dias, cheguei a vê-lo e o achei do mesmo modo, sem responder uma palavra, com uma pequena ferida; nestes termos, considerei que algum osso quebrado estava carregando sobre a dura-máter, e ofendendo o cérebro; abri praça em cruz com uma tesoura e, afastando bem a carne e o pericrânio, logo com os dedos achei ossos fraturados para várias partes; tomei o sangue com lequinos de fios molhados em clara de ovo, e sendo junto da noite, antes da hora da ceia, descobri a cura, e, estando o sangue parado (que quer Deus dar o frio conforme há a roupa), porque não tendo mais que clara de ovo e teias de aranha para tomar o sangue, por serem matos gerais, muito distantes de povoado e de vizinhança, parou o sangue, não sendo pouco; e, logo assim que meti os dedos dentro da ferida, achei um osso submerso; e entendo, que aquele era o que fazia o dano, me não enganei, porque, metendo o levantador com melhor jeito que pude, alguma coisa o

levantei; e porque o doente estava com um peso notável na cabeça e muito sonolento, depois de ter trabalhado bastante tempo, lhe lancei em cima das fraturas umas pingas de aguardente, tépida somente, para confortar a fraqueza que tinha recebido e a contusão; depois disto curei com todo o ovo, misturado e batido com umas pingas da dita aguardente; no outro dia já o doente falava alguma coisa, e nesse mesmo dia ordenei fosse o doente para a Vila Real de Sabará em uma rede, onde eu era morador, para lhe assistir, e o curei do modo seguinte.

Depois de chegar o doente, fiz um digestivo de terebintina lavada e misturada com um pouco de óleo de aparício e umas pingas de aguardente, com o qual fiz a primeira cura, molhando nele fios, e curando a circunferência da carne que tinha levantado e afastado, lançando primeiro umas pingas de aguardente morna, somente em cima das rachaduras dos ossos, e pondo-lhe em cima delas fios secos; no outro dia tirei a cura, e meti o levantador outra vez e levantei mais o osso, e daí por diante, foi o doente falando muito bem, mas não com todo acerto; pelo tempo foram saindo os ossos quebrados, curando sempre do mesmo modo, até que saíram todos e ficou o cérebro à vista com um buraco quase do tamanho de uma laranja; pus-lhe um pedaço de casco do cabaço, limpo por dentro e por fora, forrado com tafetá encarnado e seguro, bem justo com as paredes dos ossos em redondo, lançando dentro, antes de o pôr, umas pingas de aguardente quebrada somente da frieza, e por cima do cabaço curava com o sobredito digestivo, carregando bem nos lábios da chaga para ter mão na carne que não crescesse e cobrisse as paredes do osso, que iam em redondo criando poro; e, assim que este ia crescendo, ia eu também aparando e diminuindo o cabaço em roda com um canivete para ir sempre ficando certo com o osso, para ter mão nos apósitos da cura, que é o de que serve o casco de cabaço, com a qual cura continuei sempre, até de todo se fechar o buraco; e não lancei dentro leite, nem óleo rosado onfacino, como mandam os antigos, por ver que com a aguardente ia sucedendo bem desde o princípio; e algumas vezes toquei a carne dos lábios com espírito de vitríolo e outras com pó de pedra-ume queimada, para ter

mão nela, enquanto a natureza ia criando o poro e tapando o buraco, por onde se estavam vendo os miolos palpitar claramente; e, assim que o buraco se acabou de fechar, acabei também de lançar fora o casco de cabaço e acabei de curar a chaga com aguardente somente, até de todo encarnar e cicatrizar; falando o doente em toda a cura muito bem e comendo melhor; e, por fim, como em algumas ocasiões o doente falava alguma palavra com menos acerto, mas servindo muito bem, disse a seu senhor o não mandasse carregar na cabeça peso algum.

Esta observação me lembrou ainda a tempo e a quis escrever para doutrina dos modernos e para melhor crença da maravilhosa virtude da aguardente. Quem dissesse aos antigos que em cima das membranas do cérebro e em cima do mesmo cérebro se lançava aguardente, sendo um medicamento tão cáldo, que diriam eles, quando encomendam tanto os benignos? É certo que o haviam de reprovar com a espada na mão, e também é certo que eles não podiam saber tudo".

Comentários

No século 18, a medicina em Portugal e seus domínios dividia-se em dois ramos: um erudito, exercido por médicos formados, e outro mais prático, exercido por cirurgiões e barbeiros. As poucas informações existentes sobre a vida de Luís Gomes Ferreira foram quase todas fornecidas por ele mesmo ao longo do livro *Erário Mineral* (2). Era português, natural da Vila de São Pedro de Rates. Ainda jovem foi para Lisboa, onde aprendeu a arte de cirurgião-barbeiro com Francisco dos Santos, cirurgião da enfermaria Real de Dom Pedro. Completou sua formação no Hospital Real de Todos-os-Santos, em Lisboa. Realizou várias viagens à Índia e ao Brasil como cirurgião. Em 1708 instala-se em Salvador, capital do Estado da Bahia, onde permanece até 1710. Neste ano, muda-se para Minas Gerais, instalando-se, sucessivamente, nas cidades de Sabará, Mariana e Vila Rica. Em 1711, integrou-se, como cirurgião, ao exército recrutado para expulsar a esquadra francesa que invadira a cidade do Rio de Janeiro. Em 1731 retorna para Portugal e, em 1735, publica o livro *Erário Mineral*, no qual relata sua experiência médica de 23 anos no Brasil.

O *Erário Mineral* é o quinto livro médico escrito no Brasil, sendo o primeiro tratado geral de clínica, terapêutica e cirurgia. Dividido em 12 capítulos, denominados no livro de *Tratados*, descreve as doenças mais comuns na região no começo do século 18 e a respectiva terapêutica, baseada principalmente em plantas locais e procedimentos cirúrgicos.

A primeira intervenção neurocirúrgica relatada em território português e transcrita acima, trata-se de trauma

cranioencefálico, com fraturas expostas e afundamento ósseo, causado pela queda de galho de árvore sobre a cabeça de um escravo, na região de Sabará, em 1710. Ferreira retirou os fragmentos ósseos afundados, fez hemostasia, protegeu a falha óssea e aplicou aguardente na ferida, até a cicatrização completa. O paciente recuperou-se, voltando ao trabalho e permanecendo como seqüela o fato de "falar alguma palavra com menos acerto".

O tratamento cirúrgico do trauma craniano com fratura conta com razoável documentação desde os tempos pré-históricos. As intervenções sobre o crânio, executadas até o surgimento da neurocirurgia com especialidade, na segunda metade do século 18, se restringiam quase apenas ao tratamento das fraturas e à drenagem de possível hematoma extracerebral associado (3,4). Assim, Littré (5), em 1898, define trepanação como "a aplicação do trépano, que se pratica ordinariamente sobre o crânio, particularmente para tratar os acidentes de compressão cerebral por fragmento ósseo afundado ou por coleção de sangue".

Apesar de a maioria das trepanações (abertura intencional do crânio) realizada no período neolítico eurasiático e na América pré-colombiana apresentar provável motivação mágica ou religiosa (6,7,8), parece que, em alguns casos, principalmente no Peru incaico, eram realizadas para tratamento de fraturas cranianas com afundamento (8,9). Falam a favor dessa hipótese muitos crânios trepanados encontrados no Peru com fraturas adjacentes à abertura óssea artificial (10).

No papiro de Edwin Smith, datado do século 17 a.C., são referidos onze casos de fratura, sendo aí, pela primeira vez, mencionado o cérebro em documento escrito (11). Mas não se encontra nem no antigo Egito, nem na Mesopotâmia, registro de tratamento cirúrgico das lesões traumáticas do crânio, e não se conhecem múmias trepanadas (12).

Hipócrates (460-377 a.C.) preconizava o tratamento cirúrgico de algumas fraturas de crânio e descreveu a técnica da trepanação (13). Celsus (25 a.C. – 50 d.C) e Galeno (131 – 201) pormenorizaram as indicações e a técnica cirúrgica referentes às fraturas de crânio (4).

Até a primeira metade do século 19, o tratamento cirúrgico das fraturas do crânio, especialmente daquelas com afundamento ósseo, e dos hematomas extracerebrais e coleções purulentas associados, continuou a ser realizado pelos cirurgiões com poucos melhoramentos em relação à antiguidade clássica. Os critérios mais precisos para as indicações cirúrgicas no trauma cranioencefálico e o aprimoramento da técnica operatória, só foram possíveis no final do século 19, graças à melhor compreensão das funções do sistema nervoso e aos desenvolvimentos técnicos reunidos pelos pioneiros, quando estabeleceram

a neurocirurgia como especialidade (14).

Tendo por referência a evolução do tratamento do trauma craniano com fratura e afundamento ósseo, pode-se afirmar que o procedimento praticado por Luis Gomes Ferreira, ou seja, a retirada dos fragmentos ósseos afundados, era o preconizado na época e é, em essência, o realizado nos dias atuais. É surpreendente, diante das precárias condições da medicina em Portugal, e especialmente em suas colônias, no início do século 18, que o procedimento realizado por Luis Gomes Ferreira corresponda ao que era preconizado pela elite dos cirurgiões europeus da época e insere-se na tradição da medicina científica desde Hipócrates. ■

Bibliografia

1. Pinto F. A primeira intervenção neurocirúrgica praticada em Portugal. *Sinapse*. 2002; 2:56-58.
2. Ferreyra LG. Erário mineral. Lisboa, Oficina de Miguel Rodrigues, 1735: 345-347.
3. Bakay L. An early history of craniotomy. Springfield, Charles C Thomas, 1985.
4. Horrax G. Neurosurgery: an historical sketch. Springfield, Charles C. Thomas, 1952.
5. Littré E. Dictionnaire de Médecine. Paris, Librairie JB Baillière et Fils, 1898, ed. 18.
6. Broca P. La trépanation chez les Incas. *Bull Acad Méd* 1866; 32:866-871.
7. Osler SW. The evolution of modern medicine. New Haven, Yale University Press, 1921.
8. Rogers. The history of craniotomy. *Ann Med Hist* 1930; 2:495-541.
9. Horsley V. Brain sugery in the stone age. *Br Med J* 1887; 1:582.
10. Tello JC. Prehistoric trephining among the Yauyos of Peru. *Proc 14th Internt Cong of Americanists* 1913: 75-83.
11. Breasted JH. The Edwin Smith Papyrus. Chicago, Univ. Chicago Press, 1930.
12. Campillo D. La enfermedad en la prehistoria: introduccion a la paleopatologia. Barcelona, Salvat Editores, 1983.
13. Hippocrate. Des plaies de tête. *Oeuvres completes*. Paris, Littré, 1841.
14. Ballance SC. A glimpse into the history of the surgery of the brain. *Lancet* 1922; 22:111-116 e 165-172.

Correspondência:

Prof. Doutor Sebastião Silva Gusmão
Faculdade de Medicina e Serviço de Neurocirurgia
do Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Minas Gerais
Rua Padre Rolim, 921 – Apt. 21
30130090 Belo Horizonte – Brasil
E-mail: gusmao@medicina.ufmg.br

Nota editorial

Há três anos publicamos um artigo do Dr. Francisco Pinto intitulado "A primeira intervenção neurocirúrgica praticada em Portugal" [Sinapse 2002; 2 (2); 54-56], aliás referido pelo Prof. Sebastião Silva Gusmão. Pedimos ao Dr. Francisco Pinto um comentário. Oxalá esteja aberta uma polémica.

Comentário de Francisco Pinto

Pede-me o Conselho Editorial da Sinapse um comentário ao interessante artigo do Prof. Sebastião Silva Gusmão, onde Luís Gomes Ferreira descreve os procedimentos a quando de uma ferida penetrante do crânio provocando fractura com afundamento, assacando ao mesmo a primazia da primeira intervenção neurocirúrgica praticada em território português ou a primeira intervenção neurocirúrgica praticada por médico português (desculpem-me a liberdade de inverter o título).

Discordo de tal afirmação por várias razões:

1. Indubitavelmente a primeira intervenção "neurocirúrgica" conhecida praticada em território português deve-se aquele longínquo antepassado, do período calcolítico, autor da trepanação num crânio de um adulto, desenterrado na gruta da Galinha, cuja cicatrização indica ter-se realizado em vida.
2. Amato Lusitano, na Segunda Centúria de Curas Médicas (1551), Cura II, "Em que se trata duma fractura occipital", relata o caso da abertura do occipital até à "dura meninge", com aplicação de óleo onfacino e gema de ovo, posteriormente de unguentos de mel rosado colatício; a fractura consolidou em trinta e cinco dias. Infelizmente não refere o nome do cirurgião.
3. O mesmo João Rodrigues de Castelo Branco na Terceira Centúria (1554), Cura XLII, "De um ferimento na cabeça e da razão porque, sendo contusa uma parte, a outra pode ficar lesada" descreve a abertura do crânio até ao cérebro, onde se encontrou pus.
4. Durante muitos séculos as intervenções cranianas respeitaram as estruturas nervosas, limitando-se à abertura das meninges. Neste sentido a operação princeps de Sabino Coelho, com o intuito de curar uma nevralgia do trigémio, é verdadeiramente a primeira digna desse nome, a ser realizada em Portugal.
5. Finalmente não concordo com o título "A primeira intervenção neurocirúrgica praticada por médico português", pois os médicos, ao tempo, tinham aversão ao trabalho manual, esse era exclusivo dos "quirurgiões" (de quiros = mão).

Correspondência:

Dr. Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
Avenida Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA, Portugal
E-mail: fjpinto@netcabo.pt

Os muitos nomes da epilepsia

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia; Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Texto baseado em palestra da sessão "Momento da História" do Fórum de Neurologia 2005; Luso, Maio de 2005.

A epilepsia é, certamente, a doença neurológica que foi alvo das mais variadas concepções, conhecendo múltiplas designações e terapêuticas. Variados nomes derivaram de causas sobrenaturais, invocadas pelos homens para "explicarem" o para eles inexplicável, imputando-a a deuses, demónios, espíritos ou astros, os quais actuariam por si próprios ou condicionariam os fenómenos naturais. Outras denominações provieram da patogénese, sintomas, características e circunstâncias de aparecimento da doença, bem como de personagens históricos ou lendários.

1. Nomes provenientes de causas sobrenaturais

1.1. Os deuses. Na Mesopotâmia chamava-se *Anta_ubbû*, seria provocada pela mão de Sin, deus da Lua e tratada com exorcismos¹. As designações de *morbus divinus*, *morbus sacer* ou *doença sagrada* significavam que seria enviada ou causada por um deus², as de *Lues deifica* e *Seleniasmus* ao pecado contra Seleno, deusa da Lua^{2,3}; outros "...pensam que quem cai repentinamente é atingido no seu espírito por Pan ou por Heikate (divindade ctónica, das profundezas)"⁴. Estas divindades ctónicas poderiam ser influenciadas magicamente por: vestuário preto, gestos (cruzar as mãos ou os pés), peixes (enguia, mugem), carnes (cabra, veado, porco e cão), aves (galo, abetarda, rola) e vegetais: hortelã, alho, cebola.

No entanto, a origem do termo *doença sagrada* se dever à provocação pelos deuses é posta em dúvida por vários autores: para Hipócrates seria pela in experiência e assombro populares perante uma doença diferente das outras⁵; para Platão por perturbar as divinas "revoluções" da cabeça⁶; Areteu de Capadócia achava que a cura não era humana, mas divina³, Temkin põe a hipótese de o facto de uma afecção "provocada pelos deuses ou demónios" ser "sagrada" por inspirar medo¹.

Os deuses são imputados através de várias outras designações: *Hieronosus*, *Yeronosus* – doença sagrada, *Ira Dei* – ira de Deus, *Ignis divinus* – fogo divino, *Ignis Dei* – fogo de Deus, *The rod of Christ* – o castigo de Cristo⁷. *Ignis persicus* ou *sacer* – fogo persa ou sagrado, apontado como sinónimo de epilepsia⁷, estaria relacionado com as epidemias de ergotismo.

O termo *epilepsia* vem do grego *epilambaneim*: (επιλαμβάνειμ) significando "agarrar", "atacar", a pessoa com a doença seria "agarrada" ou "atacada" por deuses ou demónios. Para Célio Aureliano "ataca" os sentidos e a mente², para o bizantino Alexandre de Trales apenas "os sentidos"⁸.

1.2. Os demónios. A moléstia era designada pelo nome dos entes maléficos que a provocavam: no Egipto *Njst* era o demónio ou pessoa morta que entrava no corpo de alguém⁹ (figura 1), na Babilónia (2890 a.C.) *Labasu*⁷ – a primeira conotação com a sintomatologia – causaria a queda, na Índia (600 a.C.) *Apasara*⁷ (figura 2). Inclusive, São Gregório – teólogo de Bizâncio – e a medicina primitiva bizantina usavam o termo *Demonio*¹⁰.



Figura 1. Njst.



Figura 2. Apasara.

Na Antiguidade acreditava-se que os demónios podiam contagiar os entes sãos: "Quando vê um louco ou epilético cospe-lhe no peito para afastar o demónio"¹¹, Plínio¹² referia: "Em casos de epilepsia cuspiamos, isto é, afastamos o contágio" – *Morbus insputatus*, preconizando o uso de uma unha

de ferro para fixar o demónio. Para Séneca "A brisa (= aura) anuncia que o demónio se aproxima... é útil para se suprimirem os seus poderes antes de se espalharem"¹³. Apuleu relatava: "Ninguém se atreve a comer do mesmo prato ou beber do mesmo copo"¹⁴, a escola de Salerno também admitia o mesma contaminação¹⁵ denominando a doença de *Pedon* ou *Pedicon* ("doença das crianças").

O conceito de possessão por intrusão de um deus,

demónio ou espírito, o qual causaria por si próprio a afecção, era próprio das religiões orientais, sendo pouco importante na filosofia Grega com excepção de Praxágoras de Cós¹⁶. Esta ideia muda um pouco com o advento do Cristianismo. Na Bíblia, em Mateus, xvii, 14-20, descreve-se um caso: "O espírito grita... (grito epiléptico). Durante o ataque o rapaz espuma, range os dentes, tem convulsões... Depois fica em coma". Exorcizado por Cristo o espírito imundo saiu do corpo do epiléptico (figura 3). Denominados de *demoniacus* ou *lunaticus* (designação



Figura 3. Cristo exorcizando o espírito impuro.

estendida a algumas doenças mentais) passaram a ser tratados com exorcismos.

Para Santo Hildegardo de Bingen (1098-1179) a acção do demónio sobre a alma, "pelo sopro da sua sugestão", só era possível quando os humores se excitavam e o cérebro era afectado¹⁷. O mesmo conceito prevaleceu durante o Renascimento:

provocaria o bloqueio dos ventrículos pelos humores, provocando a *opilação*, a que Dante alude na Divina Comédia:

Quem tomba sem saber porquê
Obra do demo que puxa pr'a terra
Ou por opilação amarrado¹⁸.

Noutra interpretação contemporânea a *epilepsia* dever-se-ia ao bloqueio dos ventrículos pela matéria já existente no cérebro, enquanto a *analepsia* se deveria à oclusão daqueles pela matéria do estômago e a *catalepsia* pela matéria dos mãos ou pés¹⁹. O medo de se dizer directamente o nome do diabo conduziu a outras denominações: *le beau mal* ("André Guilbretea qui paravant pou de temps avoit esté détenu du mal caduc, appellé vulgairement le Beau mal" – 1404)²⁰, *ignis Gehennae* – fogo do Inferno, *la male passion* – paixão diabólica, *ser diabólico*, *doença má*, *aquela doença*. Mesmo com outros nomes, com outras origens – *Morbus grossus*, *morbus major*, *gros mal*, *grand mal* – prevaleceu a noção de "contágio": "Dès le temps de sa nascion le suppliant a esté entachié d'une maladie contagieuse, que l'en appelle le Grant Mal ou le Mal S. Jehan – 1415"²⁰, "Nunca falar ou tomar banho com eles, pois a sua respiração pode infectar as pessoas" (século XV – Sigmund Albich)²¹, proibição, pela Câmara de Basileia, das pessoas com epilepsia venderem alimentos²¹. A única nota discordante era Fernelius, físico de século XVI: "Quem tome veneno ou sofra de epilepsia não pode contaminar os outros, seja pela sua respiração ou pelo seu contacto"²².

Durante o Renascimento levantaram-se grandes questões sobre a possessão: o diabo e os demónios actuam como uma força física ou o seu poder restringe-se à mente humana? Agem através de bruxas ou feiticeiros? Através de objectos? (ex. ovos enterrados junto a cadáveres de bruxas)²³? São repelidos através de exorcismos ou encantamentos ou pela fé? No século XVI opinava-se que: "Nem Deus nem o demónio operam sem intermédio de causas naturais e é apenas com estas que um físico deve estar preocupado"²⁴, mas quando é possuído "se um padre pedir que desperte os vapores saem do cérebro voltando ao local onde se originaram"²⁵.

A epilepsia tomou o nome de santos pois estes poderiam provocá-la ou evitá-la. Assim, o príncipe que presidiu à execução e ao enterro de São Tomás foi atacado por um demónio, tornou-se epiléptico, só se curou quando os seus servos o cobriram com terra da sepultura do santo – doença de *São Tomás*²⁶; um bispo invejoso teria expressado os seus sentimentos junto à tumba de São Lupi, pelo que se tornou epiléptico, mas curou-se quando se arrependeu – *doença de São Lupi*²⁷. *Doença de São João* – devido ao facto da cabeça deste ter caído para o chão ao ser decapitado?²⁸.

Mais divulgada é a doença de São Valentim, o padroeiro



Figura 4. São Valentim.

dos epilépticos. Patrono de um mosteiro na Alsácia onde se curavam os peregrinos com epilepsia (figura 4). Para Lutero esta designação deve-se apenas a uma analogia

fonética em alemão, entre "Valentim" (pronunciado "Falentin") e "não cair" (fall net hin)²⁹.

1.3. Os astros – morbus astralis. A epilepsia seria provocada pela conjunção entre Vénus e Saturno³⁰ ou pela Lua. A crença pagã era de que a doença se devia à vingança dos deuses da Lua, surgindo em algumas das suas fases: "A Lua é chamada a mãe dos epiléticos – surge nos nascidos ou concebidos durante a Lua nova" (212 d.C.)³¹ – *lunáticos*, *morbus lunaticus*, ou nados durante a conjunção da Lua cheia com Saturno ou Marte³⁰.

Para alguns autores, o aquecimento da atmosfera pela Lua crescente provocaria a liquefacção do cérebro³²; para outros, a Lua e do cérebro teriam temperamentos iguais, quando a Lua aumentava de humidade o cérebro arrefecia³³. A Lua também poderia ser influenciada magicamente: a pedra de Carystos era uma espécie de asbestos, usados em pavios de velas, com a propriedade de aumentar com a Lua cheia, cujo odor provocaria a epilepsia³⁴; o azeviche dado a cheirar, processo comum quando se compravam escravos – se a pessoa caía era epilético³⁵; para Artemidoro Daldiano, o autor do primeiro tratado sobre o sono – sonhar com o cinocéfalos (babuíno): "Significa o mesmo que o macaco mas provoca a doença sagrada"³⁶. O animal que exercia maior influência sobre a Lua era a cabra, consagrada à deusa da Lua e a Hekate, deus da noite: era proibido vestir ou deitar-se sobre a sua pele, os sacerdotes romanos evitavam o seu contacto, "De todos os animais, a cabra é a mais atacada por epilepsia, a qual transmite a quem a coma ou toque"³⁷.

2. Nomes provenientes de causas naturais

2.1. Patogénese. "A *epilepsia major* (*grande mal*) deve-se à obstrução completa dos principais ventrículos cerebrais.

As pessoas caem rapidamente... A epilepsia minor (*pequeno mal*) deve-se à obstrução incompleta... As pessoas não caem mas desmaiam"³⁸. Do latim "gutta" derivou a palavra gota, significando ribeiro e, na medicina medieval, o fluxo ou catarro responsáveis pela etiologia de várias doenças. A *gota caduca* era assim chamada "porque causa queda" (Robertus de Tumbalenisa, século XI)²⁰, na *gota coral* (ou *mal de corazón*) o fluxo preveniria do coração. A epilepsia designava-se ainda por *gotinha*.

2.2. Os sintomas originaram várias denominações: *pedon* – de saltar⁷, *ieracionem* – de gritar como um falcão⁷, *regma* devido à respiração estertorosa (Hipócrates)⁷, *ignis volatilis* – fogo transitório⁷, *ignis agrestis* ou *morbus agrestis* – fogo/doença agreste⁷ (pela fugacidade das manifestações), *doença brutal* (pelo aparecimento repentino). O termo *morbus caducus* designa a queda a quando de uma crise, sendo reproduzido em várias línguas: *mal*

das quedas, *falling sickness* ou *falling evil*¹, *fallendes Siechtum*³⁹, *padovica*⁴⁰ (eslavos), *Choli nophel*⁴¹ (hebreus). O epilético era chamado de *caducus*¹⁴, a epilepsia de *caducarii*⁴². A vertigem foi inicialmente tomada como sintoma de epilepsia; do latim "vertiginem" derivou, em francês, *Esvertin*, depois *Avertin*, daí *mal de Esvertin* ou *mal de Avertin* – Estava "entachié d'une maladie d'Avertin de teste, nomée goute, dont il cheoit volentiers par intervalles" (século XV)²⁰.

2.3. Características. Apuleu apelidava-a de *morbus detestabilis* – "Aquele burro é um desgraçado, pois é um bruto preguiçoso, tem mau carácter e, o que é pior, sofre de uma maldita doença"¹⁴, Aulo Gélvio de *morbus sonticus*⁴³ (conotado com qualquer doença grave e debilitante, para Plínio sinónimo de epilepsia¹²), *morbus pituosus* significava doença lastimosa. No Roman de Renart (1170-1250)⁴⁴ é *la male passion* devido ao seu carácter grave. Foi ainda conhecida por *morbus iniquus* – doença injusta, *grievous disorder* – doença mortificante⁷, *foul ill* – doença imunda⁷, *morbus puerilis*⁷, *pedon*, *pedicon* – predominância nas crianças.

2.4. Circunstâncias de aparecimento. *Morbus convivialis*⁷ referia-se aos banquetes, *morbus vinicus* à ingestão alcoólica. O *morbus comitialis* ou *mal comicial* provém do ataque estragar a realização dos comícios, havendo necessidade de purificar o local da sua realização para evitar o contágio⁴⁴, bem como da tendência para as crises surgirem em locais muito concorridos³¹.

3. Nomes ligados a personagens históricos ou lendários.

3.1. O mal de Hércules atribui-se aos seus trabalhos lhe terem provocado epilepsia⁴⁵, concepção posta em dúvida por Eurípedes que a designa por loucura⁴⁶ – Hércules, enfeitado por Hera, ao voltar a casa, mata a mulher e os filhos que não reconhece; Séneca prefere apelidá-la de fúria⁴⁷, para Galeno o nome do herói era usado para definir "a enormidade da doença"⁴⁸.

3.2. Quanto ao mal de Maomé existe a dúvida de ter existido uma crise epilética na sua juventude contada como um facto maravilhoso pela tradição maometana⁴⁹, o Alcorão (Alcorão. Sura 17,1) refere o transporte do Profeta, durante a noite, de Meca para Jerusalém⁵⁰, interpretado para uns como experiência mística, para outros como sonho, alucinação ou crise epilética. Um dos seus biógrafos⁵¹ refere: "A face adquiria um matiz sombrio, durante uma hora parecia bêbado, suava profusamente, o anjo Gabriel falava-lhe directamente ou a mensagem surgia como um som de uma campainha", facto passível de ser interpretado como crise focal. Os autores bizantinos, no sentido de desacreditarem o Profeta, afirmam que este é

epiléptico: "...tinha a doença da epilepsia... [Tenho a visão de um anjo chamado Gabriel, mas não aguento, enfraqueço e caio]" – Teofanes, 817 d.C.⁵². No entanto, é o próprio Maomé a pedir ao Senhor para o livrar "do dano provocado pela Lua quando esta se eclipsar" e "dos danos das mulheres que sopram nos nós"⁵⁰ (Alcorão, Capítulo cxiii). A referência à Lua implica uma alusão à epilepsia, as "mulheres que sopram nos nós" são as feiticeiras, as quais poderiam influenciar magicamente aquele astro.

Estes factos fizeram com que os árabes e sírios ligassem a epilepsia ao poder de profetizar – *devinatio*⁵³.

3.3. O *morbus regius* deve-se à epilepsia de que Júlio César padecia, pondo-se a hipótese deste termo ter sido criado apenas para impressionar o povo⁵⁴.

Mais termos existem para designar esta doença, a origem de vários deles perdeu-se no tempo (*morbus papici*⁷ – doença dos papas, *aura sacra fames*⁷ – designação usada por Virgílio, *mater puerorum*, *effulgencia*, *piscis sacer*, *gutta salsa*, *ignis sylvester*, *holy grief*). Mais surgirão? ■

Bibliografia

1. Temkin O. The Falling Sickness, 2nd Ed. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London, 1971.
2. Célio Aureliano. On Acute Diseases and on Chronic Diseases. Ed & transl. I E Drabkin. The university of Chicago Press. Chicago, 1950.
3. Areteu. The Extant Works of Areteus, the Cappadocian. Ed & transl Francis Adams. The Sydenham Society. London, 1856.
4. Scholia in Euripidem. Schwartz ed, vol II. Berlin, 1891.
5. Hipócrates. Oeuvres complètes d'Hippocrate. Trad. Émile Littré. J. B. Baillière, Paris, 1839.
6. Platão. Timeu. Hemus, 2002.
7. Whitwell JR. Historical notes on Psychiatry. Lewis. London, 1936.
8. Alexandre de Tralles. Alexander von Tralles. Vol. I, Vienna, 1878.
9. Schneble H. Krankheit der ungezählten Namen. Huber-Verlag, 1987.
10. Keenan ME. St. Gregory of Nazianzus and the early Bizantine Medicine. Bull.Hist. Med. 9:8-30, 1941.
11. Teofrasto. The characters of Theophrastus. Edmonds JM ed. Loeb, 1929.
12. Plínio. Naturalis historia. Vol I. Leipzig, 1870.
13. Séneca. Moral Essays. Transl. Basore JW. Loeb, 1928.
14. Apuleu. Apulei apologia. Clarendon Press. Oxford, 1914.
15. Renzi S. Collectio Salernitana. Nápoles, 1852-59.
16. Steckerl F. The Fragments of Praxagoras of Cos and His School. Brill. Leiden, 1958.
17. Santo Hildegardo. Causa et curae. Kaiser P ed. Teubner. Leipzig, 1903
18. Dante Alighieri. A Divina Comédia. O Inferno.
19. Bartholomaeus Angelicus – De proprietatibus reum. Nuremberg, 1483.
20. Du Cange. Glossarium mediae et infimae latinitatis, editio nova. Niort, 1883-87.
20. Suddoff K. Suddoff Arch 6:449-55, 1913.
20. Fernelius J. Universa medicina. Frankfurt, 1577.
20. Institoris H. Malleus maleficarum. Lyons, 1596.
20. Alsarius V. De morbus capitis frequentioribus. Gulielmus Facciottus. Roma, 1617.
20. Guazzo FM. Compendium Maleficarum.
20. Budge EAW. The Book of the Saints of the Ethiopian Church. Cambridge U.P., 1928.
20. Kerler DH. Die Patronate der Heiligen. Ulm: Kerler, 1905.
20. Littré E. Dictionnaire de la langue française. Paris, sem data.
29. Höfler M. Deutsches Krankheitsnamen Buch. München, 1899.
30. Maneto. Apolesmatica. Koehly ed. In Poetae bucolici et didactici. Paris, 1862.
31. Quinto Sereno. Medicina praecepta. Haan, 1528.
32. Gundel W. Neue astrologische Texte des Hermes Trismegistos. Munich, 1936.
33. Autor cristão anónimo. Hermippus, de astrologia dialogus. Kroll G e Vierick P, eds. Leipzig, 1895.
34. Apolónio. Historia mirabilis in Rerum naturalium scriptores Graeci

- minores. Vol. I, ed. Keller O. Leipzig, 1877.
35. Orfeu. Orphica et Procli hymni. Rec E. Abel E. Leipzig-Praga, 1885.
36. Artemidoro Daldiano. Artemidori Daldiani onirocriton libri V. Rec. Ercher R. Leipzig, 1864.
37. Plutarco. The Roman Questions. English transl. Loeb, 1927.
38. Serapion J. Pratica brevis. Veneza, 1530.
39. Höfler M. Deutsches Krankheitsnamen Buch. Munich, 1899.
40. Hovorka O, Kronfeld A. Vergleichende Volksmedizin. Strecker und Schröder. Stuttgart, 1908.
41. Preuss J. Biblische-talmudische Medizin. Karger. Berlin, 1923.
42. Santo Agostinho, cit. Dölger FJ. Der Einfluss des Origenes auf die Beurteilung der Epilepsie und Mondsucht im christlichen Altertum. Antike und Christentum, 1934,4:95-109.
43. Aulo Gélio. The Attic nights of Aulus Gellius. Transl. Rolfe JC. Vol III. Loeb, 1928.
44. Sexto Pompeio Festo. De verborum significatu. Lindsay WM ed. Teubner. Leipzig, 1933.
45. Diógenes, Macário et al. Paroemiographi Graeci. Leutsch EL e Schneidewin FG ed. Göttingen, 1839-51.
46. Euripedes. In Euripidis, Madness of Hercules. Way AS transl, vol II-III. Loeb, 1929-30.
47. Séneca. Tragedies. Miller FJ transl, Vol I. Loeb, 1927.
48. Galeno. Opera omnia. Kühn CG. Leipzig, 1821.
49. Muir W. The life of Mahomet. Londres, 1861.
50. Alcorão.
51. Ibn Saad. Biographie Muhammads bis zur Flucht. Trd. Von Eugen Mittwoch. Brill. Leiden, 1905.
52. Theophanes. Chronographia. Rec. Boor C. Leipzig, 1883-85.
53. Serapion J. Necessarium ac perutile opus totius medicine practice, profundissimi ac antiquissimi Arabis domini Joannis filii Serapionis. Practica etiam brevis Domini Joannis Platearij Salernitani utilissima. Veneza, 1530.
54. Donnadieu. La prétendue épilepsie de Jules César. Mémoires de la Société Nationale des Antiquaires de France 80:27-36, 1937.

Correspondência:

Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
Avenida Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA, Portugal
E-mail: fjpinto@netcabo.pt

O "neurologista" Miguel Bombarda, ou... a epilepsia nos finais do século XIX

Rosalvo Almeida

Serviço de Neurologia do Hospital de São Sebastião de Santa Maria da Feira.

Um divertimento semi-especulativo apresentado em "Momento da História" do Fórum de Neurologia 2005; Luso, Maio de 2005.



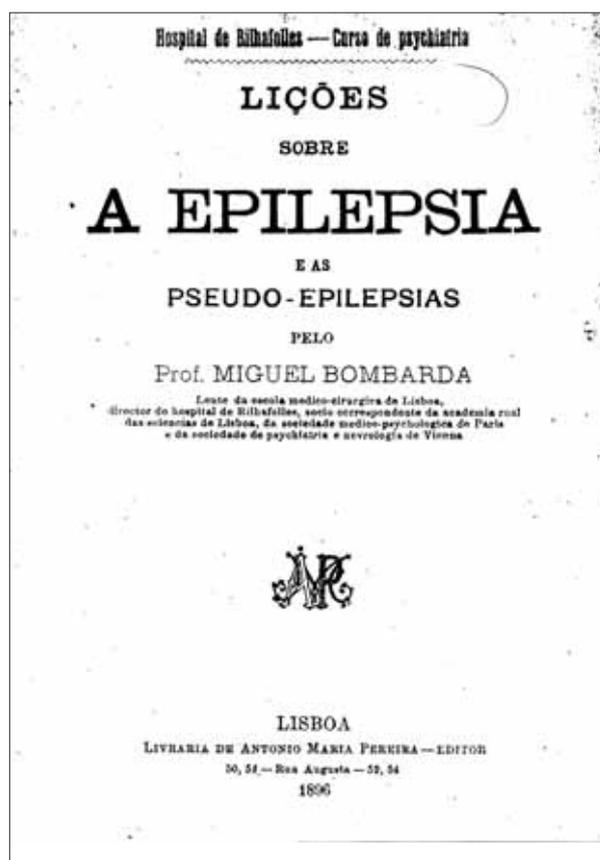
Em 1896 foi publicado um livro com “**as lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias**” proferidas pelo lente da escola médico-cirúrgica de Lisboa, director do hospital de Rilhafolles, sócio correspondente da academia real das ciências de Lisboa, da

sociedade médico-psicológica de Paris e da sociedade de psiquiatria e nevrologia de Viena – o alienista Miguel Bombarda (1851-1910).

Naquele tempo a neurologia não tinha existência como especialidade médica autónoma. As doenças do sistema

nervoso cabiam todas na psiquiatria. Isso não significa que não hou-vesse já a noção clara do orgânico face ao funcional.

A separação, para efeitos práticos, entre doenças nervosas funcionais e orgânicas que mais tarde servirá de base à “independência” da Neurologia, é, afinal, a mesma que hoje per-mite falar em *software* e *hardware* ou distinguir o psíquico do físico. Na época havia uma outra distinção fundamental – o espiritual e o material. Bombarda era, em tudo, um materia-lista e, por isso, me atrevo a acreditar que era um neurologista *avant la lettre*. A sua bibliografia é, aliás, muito sugestiva do seu pendor organicista. Esta classificação não tem nada de valorativo e a demonstração do carácter materialista de Bombarda acaba até por ser algo prejudi-cial à imagem que se possa ter do eminente médico e professor, vista aos olhos de hoje.



Do delírio das perseguições

Dos hemisferios cerebraes e suas funções psychicas
Das dystrophias por lesão nervosa: esboço de pathogenia

A vaccina da raiva

Traços de physiologia geral e de anatomia dos tecidos
Microcephalia

O hospital de Rilhafolles e os seus serviços em 1892-1893

Contribuição para o estudo dos actos puramente automaticos dos alienados

Os estados maniacos e traumatismos da cabeça

A consciencia e o livre arbitrio

Os regicidas de Rilhafolles

Álcool e paralisia geral

A ciência e o jesuitismo. Réplica a um padre sábio

A Medicina Contemporanea: hebdomadario portuguez de sciencias medicas

O livro é uma pérola. Contém descrições deliciosas e revela conhecimentos assentes numa vasta experiência e num cuidadoso estudo das autoridades científicas vigentes. O seu autor discorre sobre o que hoje chamamos as epilepsias idiopáticas ou primárias (as “verda-deiras”) e as sintomáticas ou secundárias (as pseudo-epilepsias). O materialismo exacerbado de Bombarda revela-se na expli-

cação que tem para a ocorrência da epilepsia – é uma degeneres-cência que urge detectar e combater. [*De todas as doenças mentaes, é a epilepsia que menos incompatibilidades offerece com a vida social commum. Todos os dias nos cruzamos com epilepticos. A apparencia de absoluta normalidade do seu espirito deixa admittil-os na sociedade das pessoas de juizo e todos os dias esta mistura envolve os mais graves perigos, que, por isso mesmo que andam occultos, tanto mais são para temer.*] Lição I].

A fim de situar os nossos leitores na época da publicação das Lições, permito-me recordar, no quadro anexo¹, algumas personalidades marcantes da história com a idade que tinham em 1896, assinalando também o ano do respectivo falecimento. Verifique-se que Berger, o inventor da electroencefalografia, e o futuro Prémio Nobel português eram uns jovens provavelmente desconhecidos enquanto o grande Hughlings Jackson era já um respeitado epileptologista. É nesse ano que são atribuídos os primeiros Prémios Nobel e que circula o primeiro Ford em Detroit. Em Atenas correm os primeiros Jogos Olímpicos da era moderna e em Nova Iorque é inaugurada a estátua da Liberdade.

Miguel Bombarda, certamente mais por ter falecido no decurso dos acontecimentos revolucionários demolidores da monarquia, sendo ele próprio um activo conspirador republicano, adquiriu estatuto de herói nacional. Tanto ele como o almirante Cândido dos Reis (que se suicidou por rezear que a revolução tivesse fracassado) foram escolhidos para designar numerosas ruas, praças e avenidas por esse

Portugal fora. No *top ten* da toponímica portuguesa estão acompanhados pelo “25 de Abril”, a República, Camões, Humberto Delgado, Sá Carneiro, Fernando Pessoa, Afonso Henriques e Gulbenkian².

O carácter materialista de Bombarda fica amplamente demonstrado em variadas passagens das Lições que acentuam o organicista que não podia deixar de ser. [*As causas das pseudo-epilepsias tambem devem ser distinguidas em dois grupos. Ora é uma doença cerebral, uma infecção, uma intoxicação, que se acompanha de phenomenos convulsivos que imitam a epilepsia – e então a pseudo-epilepsia não é mais que um symptoma do estado morbido, que abrange directamente o cerebro na esphera da sua acção. Ora, pelo contrario, a alteração morbida reside fóra do cerebro e apenas a distancia maior ou menor vem a actuar sobre elle, immediatamente ou por inter-medio dos nervos.*] Lição VI].

A sua fama perdura durante, pelo menos, cinco décadas. A revista que fundara com Manuel Bento de Sousa e Sousa Martins ainda se publica regularmente em 1952. A Medicina Contemporânea, agora dirigida por Egas Moniz, homenageia então o homem que deu o seu nome ao hospital que dirigira. Num número especial do denominado *Jornal Português de Ciências Médicas*³ vários autores ainda se referem em termos encomiásticos às teses de Bombarda sobre a personalidade epiléptica. Luís Navarro Soeiro cita-o e elogia: «Ouçam este trecho: “O epiléptico é obsequioso, meigo, mesmo servil, acariciador e nas manifestações das suas afeições chega ao extremo da

1896								
			Idade	†			Idade	†
Salazar			7	1970	Freud		40	1939
Hitler			7	1945	João Franco		41	1929
D. Manuel II			7	1932	Cândido dos Reis		44	1910
Picasso			15	1973	Miguel Bombarda		45	1910
Egas Moniz			22	1955	Guerra Junqueiro		46	1923
Churchill			22	1965	Edison		49	1931
Hans Berger			23	1941	Eça de Queirós		51	1900
Lenine			26	1924	Sarah Bernhardt		51	1923
Gago Coutinho			28	1959	H. Jackson		61	1911
António Nobre			29	1900	Nobel		63	1896
Marie Curie			29	1934	Florence Nightingale		76	1910
D. Carlos			33	1908	Verdi		83	1901



pieguice; a voz é suave e adocicada, o olhar é de veludo, o gesto é festeiro e chega até à inconveniência; finalmente derrete-se no uso e abuso da palavra enfeitada com diminutivos picarescos (...) Há porém sentimentos que são absolutamente fixos no epilético e lhe dão feição especial no carácter... São a irascibilidade, a susceptibilidade, a insociabilidade; são também a reserva e a tenacidade". Eu não conheço descrição mais justa e exacta da personalidade epilética.» Valha a verdade que, com mais outros cinquenta anos em cima destas afirmações, ainda se sente os seus efeitos!

Mas Bombarda revelou outras facetas do seu materialismo. Referindo-se às mulheres, considera-as um defeito da natureza e, nas Lições, diz: *"A mulher é uma degenerada, disse eu. Está claro que a phrase não aspira a mais que exprimir sob uma fórmula paradoxal uma grande verdade, qual é a inferioridade psychica da mulher, sua estreita dependencia do homem e um certo grau de anatomia mental que a torna meio antagonica com o ambiente social. (...) A esta inferioridade anatomica corresponde evidente inferioridade funcional. E a prova está em que nunca se encontrou mulher que se tornasse notavel em artes manuaes, nem na industria se viu nunca que fosse justo equiparar ao do homem o salario da mulher; não é só questão de força muscular, é tambem e muito de habilidade manual, que tanto depende da perfeição do toque e de bem dispostos arranjos de coordenação nos centros medulares." Lição VII].*

É porém nas suas manifestações fora do campo científico que o materialismo de Bombarda atinge o paroxismo. O seu republicanismo leva-o ao anticlericalismo e

envolve-se numa polémica com o Padre Santana e os jesuítas em geral. José Eduardo Franco⁴ cita-o: *"É de admitir a necessidade do predomínio no resultado final de um cérebro congenitamente tarado. Eu penso que não pode ser jesuíta quem o queira; há cérebros predispostos para esse mal, como os há feitos para o crime vulgar, como os há talhados para a loucura ordinária."* E acrescenta: *«Dada a gravidade da situação clínica dos jesuítas, estes requeriam um tratamento específico que Miguel Bombarda não tem pejo em receitar: "Os jesuítas sinceros deveriam ir para o manicómio, porque sofriam de loucura religiosa em elevado grau. Os jesuítas hipócritas deveriam ser exilados numa ilha juntamente com os criminosos comuns, de modo a serem impossibilitados de contaminarem a sociedade com a sua doença hereditária".»*

A sua morte violenta, vítima do disparo de um alegado doente mental, pode encontrar alguma explicação num fanatismo de sinal contrário. Aliás na época, e ainda por largos anos, o atentado homicida constituiu uma forma assaz frequente de "resolver" certos problemas.

Miguel Bombarda materialista está bem sintetizado nesta sua frase: *"O neuronio move-se e, porque se move, pensa e sente."* A imagem é bonita. O seu autor tem de ser visto com os olhos da época. Esta memória não quer nem o pode diminuir. ■

Bibliografia

1. Pesquisa baseada em <http://en.wikipedia.org> e <http://www.google.pt/>
2. Descarregado de http://www.ctt.pt/CTTsite/ctt_particulares_00.jsp?idioma_id=1&it emmenu=42
3. A Medicina Contemporânea, Jornal Português de Ciências Médicas, Ano LXX, n.º 3, Março 1952.
4. Antijesuitismo em Portugal: História e Mito, em http://www.triplov.com/letras/eduardo_franco/jesuistas_02.html

Correspondência:
Dr. Rosalvo Almeida
Serviço de Neurologia
Hospital de São Sebastião
Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 SANTA MARIA DA FEIRA
E-mail: rosalvo@netcabo.pt

Persas e Cefaleias

António Leite Carneiro

Serviço de Neurologia, Hospital Militar D. Pedro V, Porto.

Texto baseado em palestra da sessão “Momento da História” do Fórum de Neurologia 2005; Luso, Maio de 2005.

Introdução



Na Idade Média a Europa vivia mergulhada nas trevas, presa de lendas e superstições, agarrada a uma religiosidade fundamentalista onde a perseguição aos que se atreviam a delinear caminhos novos era a regra. Tudo o que saía da explicação dogmática

era visto como obra do demónio ou acto de bruxaria. Em oposição a este cenário, no mundo islâmico, para além de se respeitarem as diferenças culturais e religiosas, vivia-se uma época de autêntico Renascimento em que pontuavam o estudo da Filosofia clássica, da Matemática, da Astronomia, da Botânica, da Música. Também as tradições médicas do Egipto, da Índia, da Grécia eram estudadas e ensinadas, nomeadamente na Pérsia medieval. Na verdade, a Medicina Persa daquela época marcou a medicina europeia durante muitos séculos acrescentando às teorias de Hipócrates e Galeno as suas próprias teorias e experiências. Como se verá, vários médicos persas dos séculos X e XI ficaram para sempre na História da Medicina tal foi a obra produzida e os conhecimentos que evidenciaram. Em relação às cefaleias, a medicina medieval persa tinha uma abordagem clínica e terapêutica prenhe de modernidade e excelência quando analisada nos dias de hoje. Aliás, a terapêutica analgésica com plantas, usada pelos médicos persas de antanho no tratamento das cefaleias, tem despertado a curiosidade e o estudo por parte da Ciência contemporânea usando modelos experimentais. É o caso, entre outros, da mirra, que interage com os receptores cerebrais dos peptídeos opióides, do alho que suprime a agregação plaquetar inibindo o tromboxano A_2 , a prostaglandina E_2 e o ião Ca^{2+} , da cannabis sativa que tem um efeito modelador nos circuitos medulares e do tronco cerebral.

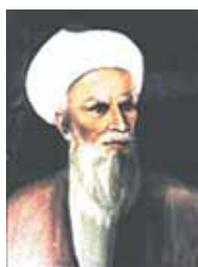
Médicos

Ali Ibn al-Abbas-al-Majusi conhecido como **Haly Abbas** (949-994) foi um médico famoso de Bagdade onde exerceu



as funções de director do hospital Adud-Dawlah. A sua obra mais conhecida é o "Kitab-al-Maliki" traduzida para latim com o nome de "Liber Regius" ("Livro completo da arte

médica"). Nesta obra básica do ensino médico de então, tratavam-se temas como a anatomia, sintomas e diagnósticos, classificação e causas das doenças, estudo da urina, catarro, saliva e do pulso como meios auxiliares de diagnóstico. Também as chamadas manifestações externas (visíveis) das doenças e as internas como a febre, a epilepsia, as dores de cabeça, os sinais indicativos da recuperação ou da morte aí eram tratados. Ainda faziam parte do conteúdo do "Liber Regius" noções de higiene, dietética, terapia com drogas simples incluindo para a febre, noções de ortopedia e cirurgia, o tratamento com medicamentos compostos e as doenças da respiração, da digestão e da reprodução.



Abu Bakr Muhammad Ibn Zakariya Al Razi conhecido como **Rhazes** ou **Al Rhâzi** (865-930), nasceu em Ray, na periferia de Teerão. Começou por se interessar pela música, tornando-se num exímio tocador de alaúde. Mais tarde, interessou-se pela medicina, mate-

mática, astronomia, química e filosofia, estudando os sistemas antigos da medicina grega, persa e indiana. Praticou e adquiriu experiência no Hospital Muqtadari, factor decisivo na escolha da profissão de médico, tornando-se bem jovem num perito em medicina e alquimia. Por essa razão era procurado por estudantes e doentes de toda a Ásia. O primeiro cargo de destaque que ocupou foi o de médico da corte do príncipe Abu Saleh Al-Mansur, Califá de Khorasan. Mais tarde, mudou-se para Bagdade onde, para além de assumir a chefia do hospital, foi médico da corte. Quando o designaram para escolher o local de construção do novo hospital, espetou paus com peda-

ços de carne crua por vários locais da cidade, elegendo aquele onde a decomposição da carne foi menor. Por este facto pode ser considerado o primeiro médico a inferir que a putrefacção está ligada a factores ambientais do ar no estabelecimento das infecções. Há notícia de 56 trabalhos atribuídos a este médico e homem de ciência, de que se destacam, na área da medicina: "Kitab al-Mansuri" dedicado ao Califa Al-Mansur, "Kitab al-Hawi" (Contínens) e "Kitab al-Judari wa al-Hasabah". O primeiro é composto por dez tratados onde versa todos os aspectos relacionados com a saúde e a doença. Engloba três áreas da Medicina – Saúde Pública, Medicina Preventiva e Tratamento de Doenças Específicas. Nele eram enunciados sete princípios para a preservação da saúde: moderação no comer e no beber; moderação e equilíbrio no repouso e no movimento; eliminação dos excessos; bons locais de habitação; evitar ocorrências muito nocivas para que não se tornem incontrolláveis; manter a harmonia nas ambições e resoluções; aquisição de resistência através de bons hábitos incluindo o exercício. A última obra referida, al-Judari wal al-Hasabah, é o primeiro tratado acerca da varicela e da varíola, distinguindo-as com precisão. Já a obra "Contínens" foi, ao tempo, a maior enciclopédia médica reunindo toda a informação disponível a partir de fontes greco-árabes. O nome deste notável cientista está perpetuado em Teerão através do Instituto Rhâzi.



Abu Ali Al-Hussain ibn Abdullah ibn Sina, conhecido por **Avicena** (980-1037), nasceu em Afsina na província persa de Jurasán. Durante a infância viveu na capital Bujara onde, desde logo, demonstrou os seus dotes extraordinários. Aos dez anos sabia o Corão de cor e pelos

quinze tinha conhecimentos profundos de física, matemática, lógica e metafísica. Aos dezasseis anos iniciou o estudo e a prática médicas. Pelos dezassete anos já gozava de grande prestígio como médico e é chamado pelo emir de Bujara, Nun ibn Mansur que sofria de uma grave intoxicação pelo chumbo provocada pelo hábito de beber por uma taça de terracota pintada com pigmentos minerais. Avicena conseguiu salvar-lhe a vida e, como recompensa, pediu-lhe que fosse autorizada a sua entrada na biblioteca real, famosa pelo grande número de livros que a constituía. Durante dois anos Avicena aprofundou os conhecimentos de matemática, astronomia, filosofia, música e jurisprudência. Aos vinte anos, a pedido do jurisconsulto Abú Bakr al-Barjuj, redigiu um conjunto de dez volumes – "Tratado do Resultante e do Resultado"

bem como um estudo sobre os costumes da época – "A Inocência e o Pecado".

A partir daí, a sua fama estendeu-se a toda a Pérsia e, nos anos seguintes, Avicena viajou exercendo o seu mister nas diferentes áreas que dominava. Um dos seus discípulos, Abú Obeid al-Jozjani, a quem salvara a vida fazendo-lhe uma traqueotomia no decurso de uma angina diftérica, conta como Avicena, em três dias, lhe ditou de memória um comentário à Metafísica de Aristóteles. Aos 32 anos, começou a escrever a obra que o imortalizou: "O Cânone de Avicena", um tratado de todos os conhecimentos médicos existentes na época. Constava de cinco livros específicos: o primeiro era consagrado às generalidades sobre o corpo humano, a saúde, o tratamento e as terapêuticas gerais; o segundo compreendia a matéria médica e a farmacologia simples; o terceiro descrevia a patologia por órgãos e por sistemas; o quarto começava com um tratado sobre as febres, sinais sintomas, diagnósticos e prognósticos, pequena cirurgia, tumores, feridas, fracturas e venenos; o quinto volume continha uma farmacopeia. Este tratado foi traduzido para latim e durante séculos foi a referência nas escolas médicas europeias e asiáticas. Avicena é considerado, por muitos, o maior médico de todos os tempos.



Designação das cefaleias

Na Idade Média, os médicos persas usavam diferentes designações para descrever e caracterizar as cefaleias. "**Seda**", designa a dor de cabeça simples, não recorrente, pouco intensa e não acompanhada de outros sintomas; "**Bayzeh**" é a designação da cefaleia em capacete, de longa duração, bilateral e recorrente estendendo-se, por vezes, até às órbitas, habitualmente de grande intensidade. Avicena referia-se-lhe como sendo sensível aos pequenos movimentos acompanhada de fonofobia e, por vezes, com hipersensibilidade do couro cabeludo. "**Shaqhiqheh**" é uma cefaleia unilateral recorrente, pulsátil, acompanhada de mal-estar gástrico, náuseas, soluços. Alguns sofrem de alucinações visuais, perturbações oculares e pupilas alargadas. Al Râzi descreveu uma cefaleia acompanhada da paralisia e parestesias do lábio, que poderá corresponder a uma enxaqueca basilar. Noutra caso o mesmo médico descreveu uma jovem com cefaleias intensas e o que poderá ser interpretado por afasia, tendo-lhe resolvido o problema lavando-lhe a cabeça com água morna.

Etiopatogenia



Na Idade Média prevalecia a Teoria dos Humores e a sua influência na saúde e na doença. Todas as doenças resultavam de um desequilíbrio nos quatro humores: **Dam** (sangue), **Balgham** (flegma), **Safra** (bile amarela) e **Sauda** (bile negra). Como causas desses desequilíbrios e susceptíveis de causar dores de cabeça eram apontados a ingestão de certas bebidas e alimentos como cogumelos, mel, vinho, cerveja, leite, etc., os cheiros intensos agradáveis ou desagradáveis, as lesões da cabeça (inclusivé os traumatismos banais), a menstruação, o parto, o aborto, a menopausa, a fome e a gula, as mudanças de tempo, a falta de sono, a depressão, o exercício físico, a desidratação, a exposição ao calor e ao frio, as doenças do nariz, dos ouvidos e dos olhos. Para Al Râzi, a shaqhiqeh tinha origem no interior do crânio, e como o cérebro tem dois hemisférios, se a intensidade do fluxo fosse maior num deles havia um desequilíbrio nos humores e era aí que se instalava a dor de cabeça; já Avicena defendia que a cefaleia resultava de uma alteração súbita dos humores ou de uma dissociação das conexões do cérebro pelo que a dor de cabeça tinha origem no tecido cerebral, meninges, vasos ou nas extensões extra-cranianas das meninges, concluindo que qualquer dos 16 tipos de desequilíbrio entre os humores podia causar cefaleias.

Como já foi referido a homeostasia resultava do equilíbrio perfeito dos quatro humores. Todas as doenças – incluindo as cefaleias – eram resultado de uma distribuição irregular desses humores. A análise macroscópica da urina era considerada de primordial importância para o diagnóstico. Se a urina fosse acinzentada a cefaleia era causada pelo flegma; se fosse espessa era causada pelo sangue e se fosse fina e fluida era causada pela bÍlis.

Diagnóstico

Eram considerados sinais favoráveis ao diagnóstico dos diferentes tipos de cefaleias a amnésia, tonturas, vertigens, febre, catarro, parestesias, sede, pulso forte, pulso rápido, olhos vermelhos e tremor.

Eram considerados sinais favoráveis ao diagnóstico dos diferentes tipos de cefaleias a amnésia, tonturas, vertigens, febre, catarro, parestesias, sede, pulso forte, pulso rápido, olhos vermelhos e tremor.

Classificação das cefaleias

1. *Cefaleias da inflamação do cérebro* – muito graves, irradiando para as regiões supra-orbitárias e associadas a ilusões e exoftalmia; 2. *cefaleias resultantes de tumor ou obstrução* (Al Râzi) – pulsáteis, acompanhadas de alucinações, visuais, confusão e tinnitus; 3. *cefaleias resultantes da*

perturbação do Dam (Avicena e Al Râzi) – veias jugulares túrgidas, tinnitus contínuos, escotomas cintilantes, olhos vermelhos, pulso forte e peso na cabeça; 4. *cefaleias críticas* (Avicena) – não acompanhadas de febre, epistaxis, vômitos, confusão, alucinações; 5 – *cefaleia do coito*; 6. *cefaleias da ansiedade e da depressão*; 7. *cefaleias do "amor apaixonado"* (Avicena e Al Râzi); 8. *cefaleias do exercício* (Aly Abbas).

Terapêutica

O tratamento das dores de cabeça repousava em medidas gerais dependendo dos factores identificados como possíveis causas. Assim, na cefaleia do coito era recomendado evitar a actividade sexual excessiva e mesmo a abstinência; no caso de factores alimentares era recomendado o não consumo das bebidas ou alimentos implicados e medidas dietéticas como evitar alimentos produtores de gás, o excesso de sal e consumo de produtos como a romã, o ruibarbo, as uvas, as lentilhas, a salada, carne de frango, óleo de amêndoas doces, pão, ovos entre muitos outros.

A flebotomia era recomendada nas cefaleias com origem no Dam e na hiperémia. Geralmente, a sangria era feita nas artérias retroauriculares ou temporais.

Para além das medidas sumariamente descritas, a medicina medieval persa usava produtos de origem vegetal, animal e mineral por via tÓpica (couro cabeludo), oral, rectal e nasal no tratamento das cefaleias. São exemplo de remédios por via tÓpica a artemísia, a atropa belladonna, a mandrágora, a camomila e a cannabis; por via oral e rectal usavam, entre outros, a mirra, o ruibarbo, a lavanda espanhola (profiláctico das cefaleias pós-traumáticas), a papoila dormideira (dores violentas), a romã; a via nasal era usada com a manjerona, o sésamo, óleo de salgueiro, vesícula de boi, arruda. Algumas destas substâncias, para além do efeito analgésico tinham efeito sedativo e relaxante, constituindo uma mais-valia na terapêutica das dores de cabeça.



Conclusão

É notável o conhecimento evidenciado pela medicina medieval persa no capítulo das cefaleias. Desde a caracterização até à terapêutica, passando pelo diagnóstico e explicação dos diferentes tipos de dor de cabeça, tudo obedece a uma grande agudeza na observação e interpretação dos sintomas e sinais dos doentes. Verifica-se que homens de grande inteligência e, certamente, de espírito inquieto conseguiam praticar uma medicina de grande

qualidade e precisão, o mesmo tempo dando à estampa obras perenes e que marcaram a prática médica durante séculos partilhando, assim, as suas descobertas e o seu modo de interpretar a doença e o doente. Impressiona o uso de substâncias com efeito terapêutico – algumas delas já testadas pela medicina dos nossos dias – numa base totalmente empírica sempre com a intenção, se não de curar, pelo menos de aliviar o sofrimento do doente, afinal fim último da actividade do médico prático. ■

Bibliografia

- Clifford Rose, F. The history of migraine from Mesopotamian to Medieval times. *Cephalalgia Supp* 15 1995: 1-3.
- Friedman, Arnold P. The headache in history, literature and legend. *The Headache* vol. 48, n.º 4, May 1972: 661-81.
- Ali Gorji, Maryam K. Ghadiri. History of headache in medieval Persian medicine. *The Lancet Neurology* 2002; 1: 510-15.
- D. Cassano and C. Colucci d'Amato. "The moon" and "the blood": two emblematic symbols in headache and epilepsy according to scientific traditions of the Salerno Medical School and popular medicine in southern Italy. *J Hist Neurosci* 1992; 1: 97-110.
- Pharmacological treatment of headache using traditional Persian medicine. Ali Gorji. *TRENDS in Pharmacological Sciences* vol.24 n.º 7, July 2003: 331-4.

Correspondência:

António Leite Carneiro
Serviço de Neurologia,
Hospital Militar D. Pedro V, Porto
Avenida da Boavista,
4050-113 Porto
E-mail: amlca@sapo.pt

Egas Moniz e Corino de Andrade

José Barros

Comemoramos o centenário do nascimento de Corino de Andrade no cinquentenário da morte de Egas Moniz.

Mário Corino da Costa Andrade nasceu em 1906, no Baixo Alentejo. Na época António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz tinha 32 anos, era deputado às Cortes pelo Partido Progressista e publicara a segunda edição de “A Vida Sexual”.

Egas Moniz e Corino de Andrade são dois nomes da história da medicina portuguesa com grande notoriedade. Egas Moniz é o único “Nobel” da ciência portuguesa e um dos pais da neurologia vascular. Corino de Andrade viu o apelido no epónimo da polineuropatia amiloidótica familiar de tipo português e o seu artigo “*A Peculiar Form of Peripheral Neuropathy*” é a principal referência bibliográfica de largas centenas de artigos científicos.

Tiveram vidas longas e povoadas, testemunhando acontecimentos grandes do século XX. Egas Moniz desfrutou da turbulência física e intelectual associada ao advento e à consolidação da República. Corino de Andrade viveu pouco desse tempo, conhecendo ainda na juventude a quietude social duma ditadura remansosa. Em contrapartida, teve a alegria de testemunhar os progressos da ciência e da humanidade na segunda metade do século.

Egas Moniz e Corino de Andrade foram figuras e personalidades singulares, aparentando poucas semelhanças, mas com algumas coincidências curiosas. Mantiveram contactos ao longo da vida, apesar das diferenças de idades.

Viveram a infância e adolescência na província; Egas Moniz em Avanca, Covilhã e Viseu; Corino de Andrade em Moura e Beja.

Não desenvolveram as suas vidas nas universidades onde se formaram, ao contrário da velha tradição académica portuguesa, migrando para outras paragens. Egas Moniz foi de Coimbra para Lisboa, levado pela política. Corino de Andrade foi de Lisboa para o Porto, via Estrasburgo e Berlim.

Tiveram ligações fortes à neurologia e à civilização francesas. Egas Moniz foi íntimo de Joseph Babinski, e amigo de outros neurologistas parisienses. Corino de Andrade foi estagiário e amigo de Jean Alexandre Barré. Há dias apreciamos um convite endereçado a Corino de Andrade para o “*Diner du 8 Septembre 1953, chez le Prof. Egas Moniz*” integrado no “*V^{ème} Congrès International de Neurologie, à Lisbonne*”. O estilo, o requinte gráfico e o “*Canard à la Marie-Thérèse*” denotam uma francofonia orgulhosa.

Experimentaram a privação da liberdade. Egas Moniz foi preso na Monarquia e na República, por conspirações e alegada participação em atentado. Corino de Andrade foi detido pela PIDE em 1951, na Estação de São Bento, permanecendo preso durante alguns meses por “actividades subversivas”.

Os interesses de ambos não se esgotaram na neurologia. Egas Moniz, além de político, foi biógrafo (Pedro Hispano, Ricardo Jorge) etnógrafo, colecionador de arte e estudioso de escritores e artistas (Gil Vicente, Camilo, João de Deus, Júlio Dinis, Guerra Junqueiro e Júlio Dantas; Malhoa e Silva Porto). Corino de Andrade manteve fortes ligações a Abel Salazar e Ruy Luís Gomes. Formaram uma tertúlia que Abel Salazar baptizou de “Grupo dos Tezos”. Corino de Andrade participou na vida do Ateneu Comercial e deu-se com gentes de interesses muito diversos. Frequentou os meios matemáticos vanguardistas de meados do século; a sua palestra de intervenção cívica mais conhecida foi editada pelo Centro de Estudos Matemáticos do Porto. Curiosamente Egas Moniz chegou a pensar cursar matemática em vez de medicina.

Vivendo em épocas de ténues distinções entre o Estado e a Igreja Católica, assumiram-se agnósticos. No entanto, ambos eram dotados de grande tolerância religiosa. Egas Moniz foi muito influenciado por um tio abade, casou pela Igreja e não alinhou na onda anti-clerical do início do século. Corino de Andrade era mesmo versado e interessado em religiões. O geneticista e padre jesuíta Luís Archer escreveu: “*sabia mais da história dos jesuítas do que eu próprio*”.

Egas Moniz teve na juventude acções políticas radicais e antagonismos pessoais robustos, designadamente com Afonso Costa, mas demonstrou também qualidades de negociação e diplomacia. Foi um opositor contido ao Estado Novo, o que não o isentou de alguns incómodos. Corino de Andrade, a quem não se conheceram acções políticas espectaculares, manteve uma oposição clara e permanente ao regime, criando pontes estratégicas a personalidades da “situação” na defesa dos seus projectos e das suas equipas. Manteve boas relações com homens do regime como por exemplo Bissaya Barreto, a quem por vezes acompanhava no comboio entre Coimbra e Lisboa, ou com Domingos Braga da Cruz, provedor da Misericórdia do Porto. Nos anos sessenta chegou mesmo a envolver Américo Tomaz na inauguração de um projecto inovador de socorrismo para as ruas do Porto, posteriormente inviabilizado em Lisboa pela hierarquia da polícia.

Creemos que as relações entre Egas Moniz e Corino de Andrade não foram ainda estudadas e desconhecemos se haverá documentos ou memórias que o permitam. Corino de Andrade teria uma preferência por António Flores, de quem foi aluno e com quem estagiou no Hospital de Santa Marta em 1930, a seguir à licenciatura. Partiu para Estrasburgo em 1931, provavelmente por influência do seu mestre, regressando sete anos mais tarde. À partida, não pensaria ficar tanto tempo. Logo em 1933 Egas Moniz escreveu-lhe *“Infelizmente a situação não é de forma a obtermos mais um lugar. Tenho pedido o aumento do meu Serviço o que a conseguir será limitado a obras insignificantes. Conte com a nossa boa vontade...”*. A ideia de fundar a neurologia no Porto poderá ter sido considerada já nesta época; em Agosto do mesmo ano António Flores escreveu-lhe dizendo que *“está neste momento mais uma reforma do ensino na forja. (...) Diz-se que no Porto não haverá neurologia. Esta informação não é, contudo, definitiva”*.

Em 1938 foi para o Porto chefiar a *“Enfermaria dos Imundos e Agitados”* do Hospital de Alienados do Conde Ferreira. No ano seguinte assinou um contrato com Santa Casa da Misericórdia como neurologista do Hospital de Santo António *“por um ano e sem vencimento”*. Em 1940 fundou o Serviço de Neurologia em sala emprestada pela Homeopatia.

Corino de Andrade manteve ligações à *“Escola de Egas Moniz”*, deslocando-se frequentemente a Lisboa, muitas vezes em comboios de fim-de-semana, para participar em reuniões e assistir a operações de Pedro Almeida Lima e outros neurocirurgiões. A demonstração de substância amilóide na polineuropatia familiar foi feita por Jorge Silva Horta, discípulo de Joachim Friedrich Wohlwill, em tecidos recolhidos no Porto por João Resende e levados para Lisboa por Corino de Andrade. Cultivou particulares amizades com João Pedro Miller Guerra e João Alfredo Lobo Antunes. Na crónica *“O amigo do meu pai”* António Lobo Antunes dá-nos uma imagem dessa relação *“Sabia-se que chegava porque o telefone tocava à sete da manhã e acordava a casa inteira. No meio de gritos do telefone ouvíamos os passos do meu pai do quarto para a sala, a tropeçarem de sono, e a sua voz furiosa*

– Aposto que é o chato do Corino

Levantava o auscultador e para surpresa minha a voz passava de furiosa a entusiástica, numa metamorfose surpreendente

– Então você está cá, homem?”

Na época natalícia de 1951 Egas Moniz escreveu a Corino de Andrade para a prisão: *“Sei da infâmes restrições de que, além da prisão, tem sofrido. Mas nada posso infelizmente fazer. E na hora em que ia apresentar em Paris um dos mais belos trabalhos clínicos que se têm realizado em Portugal e que imortalizará o seu nome! Mas que fazer? Agora chegou a*

vez dos médicos. Um horror!”. Nesta época Egas Moniz continuava afastado da política activa, mantendo contactos com a oposição, possivelmente através da maçonaria. José Pacheco Pereira escreveu recentemente que em 1947 António Sérgio terá sugerido em reuniões clandestinas a sua candidatura à Presidência da República. Norton de Matos terá mesmo feito uma proposta, com vista às eleições de 1951, que foi declinada por Egas Moniz. Nesse ano a candidatura de Ruy Luís Gomes, amigo de sempre de Corino de Andrade, seria vetada pelo Conselho de Estado.

Durante o tempo de prisão de Corino de Andrade, João Alfredo Lobo Antunes ajudou a esposa Gwen Andrade a traduzir para inglês o manuscrito original sobre paramiloidose. Finalmente o artigo foi publicado na *Brain* em 1952.

As associações de Egas Moniz à angiografia cerebral e à leucotomia pré-frontal e de Corino de Andrade à poli-neuropatia amiloidótica familiar de tipo português, sendo naturais e justas, são redutoras das dimensões de suas vidas e de suas obras. Ambos foram capazes de precipitar acontecimentos, de motivar ou espicaçar pessoas, de avançar sem excessivas lamentações ou desculpas. Criaram escolas, multiplicaram seguidores, desenvolveram horizontes para além dos seus gostos pessoais ou das suas aptidões naturais. Foram cidadãos intervenientes, incómodos, carismáticos, possivelmente não isentos de defeitos ou a salvo de polémicas, que marcaram indelevelmente a neurologia, a medicina e a sociedade portuguesa do século XX.

Vivemos num tempo livre, melhor e mais fácil. Um tempo em que os estilos de viver e de mandar de Egas Moniz ou de Corino de Andrade provavelmente não seriam viáveis. Mas, nada nos impede de caldear com os seus exemplos as nossas tentações de desenhar a vida a régua e esquadro (ou a *corel draw*), limitando as margens para o erro, mas também os lugares para a surpresa. ■

Figuras e datas: Egas Moniz (1874-1955), Corino de Andrade (1906-2005), Jean Alexandre Barré (1880-1967), Joseph Babinski (1857-1932), Ruy Luís Gomes (1905-1984), Afonso Costa (1871-1937), Bissaya Barreto (1886-1974), Domingos Braga da Cruz (1899-1986), Américo Tomaz (1894-1987), António Flores (1883-1957), Pedro Almeida Lima (1903-1985), Miller Guerra (1912-1993), João Alfredo Lobo Antunes (1915-2004), Jorge Silva Horta (1907-1989), Joachim Friedrich Wohlwill (1881-1958), João Resende (1913-2003), António Sérgio (1883-1969), Norton de Matos (1867-1955), Gwen Andrade (1914-1983).

Correspondência:

Dr. José Barros
Sociedade Portuguesa de Neurologia
Rua D. Manuel II, 33, S. 41
4050-345 PORTO
Portugal
josebarros.neuro@hgsa.min-saude.pt

As primeiras Sociedades Neurológicas Portuguesas

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Texto baseado em comunicação apresentada em “O Momento da História” (Congresso de Neurologia, Lisboa, Novembro de 2005)

A Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia (SPONO) foi a primeira a surgir, seguida da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria (SPNP).

A sessão inaugural da SPONO realizou-se em 12 de Março de 1948 no Salão Nobre da Faculdade de Medicina de

Lisboa (figura 1). “Presidiu o Subsecretário de Estado da Educação Nacional, Dr. Leite Pinto, que tinha à sua direita o Prof. J. A. Barré, catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina de Estrasburgo, o Prof. António Flores, presidente da Sociedade, e o Dr. Henrique Moutinho, tesoureiro da



Figura 1.

mesma, e à sua esquerda o Prof. Henrique de Vilhena, Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Dr. Alberto de Mendonça, vice-presidente da Sociedade, e o Prof. Diogo Furtado, secretário¹. Este leu a acta da sessão preparatória da fundação da Sociedade, anunciando a aprovação oficial dos estatutos. Seguiu-se uma alocução do Prof. António Flores, tendo sido outorgado ao Prof. Barré o título de Presidente de Honra, tendo este agradecido a honra, salientando os laços de afeição que o ligavam a Portugal (Barré fora o fundador da primeira Sociedade Europeia de Oto-Neuro-Oftalmologia, discípulo de António Flores e professor de Corino de Andrade e de Miller Guerra).

Esta primeira direcção integrava dois neurologistas – o Prof. António Flores, catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, e o Prof. Diogo Furtado, director do Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António dos Capuchos – um oftalmologista, o Dr. Henrique Moutinho, e um otorrinolaringologista, o Dr. Alberto de Mendonça.

A primeira sessão científica efectuou-se em 23-4-1948, na Ordem dos Médicos. Dela constavam temas abrangendo as três especialidades: um caso de doença de von Hippel Lindau com hemangiomas cerebrais e retinianos, apresentado pelos Drs. Vasconcelos Marques e Francisco Alvim; uma comunicação do Dr. Miller Guerra: Perturbações labirínticas na esclerose em placas; um caso de doença de Stürge-Weber com glaucoma congénito a cargo do Prof. Diogo Furtado e dos Drs. Henrique Moutinho e Albuquerque de Freitas².

Em 1949 muda a direcção: presidente – Dr. Alberto de Mendonça, vice-presidentes – Dr. Sertório Sena (oftalmologista) e Prof. António Ferraz Júnior (professor de Medicina Interna da Faculdade de Medicina do Porto, encarregado da regência da Neurologia), tesoureiro – Dr. Henrique Moutinho, secretário – Prof. Diogo Furtado³. Em 25-3-1949 realizou-se a primeira reunião no Porto, na Ordem dos Médicos, subordinada ao tema “Aracnoidites opto-quiasmáticas”, com os seguintes temas: “Dr. Corino de Andrade – Notas sobre a estrutura da aracnoide normal; Drs. Henrique Moutinho e Monteiro Grilo – Aspectos oftalmológicos da aracnoidite opto-quiasmática; Dr. Barata Salgueiro – Sinusites e aracnoidites; Drs. António Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira – Nossa experiência do tratamento das a. o. q; Prof. Diogo Furtado – Estado actual do problema das a. o. q.”³

É difícil estabelecer a periodicidade das sessões, mas em Outubro de 1950 realiza-se, no Porto, a 16^a sessão ordinária⁴, o que perfaz de Abril de 1948 a Outubro de 1950: 16 sessões em 18 meses, sinal da profícua actividade desenvolvida.

Em 1951 o Prof. António Ferraz Júnior é eleito para presidente, o Dr. António de Assis Brito para vice-presidente⁵. Nesse ano a SPNO comemora o I Centenário da oftalmoscopia⁶, em 1952 promove a realização da conferência “Dislipidoses (paraproteinoses) do cérebro” pelo Dr. Ivan Bertrand⁷ e do Congresso Internacional de Oto-neuro-oftalmologia: “De harmonia com o programa que oportunamente anunciámos realizou-se em Lisboa e no Estoril de 22 a 26 de Abril, o esperado Congresso Internacional de Oto-Neuro-Oftalmologia, que decorreu com grande brilhantismo e reuniu cerca de 300 congressistas nacionais e estrangeiros (figura 2).

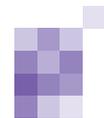


Figura 2. à direita os Profs. Barré e Diogo Furtado.

O Prof. Diogo Furtado principal organizador e devoto impulsor deste importante congresso, soube imprimir-lhe um cunho verdadeiramente internacional, devendo registar-se e louvar-se o facto de ter quebrado ousadamente uma velha rotina, ao promover sessões científicas no Casino do Estoril. Esta circunstancia, inédita entre nós mas vulgar no estrangeiro, onde se efectuam congressos em casinos, hotéis, navios, etc., chocou um pouco alguns espíritos menos afeitos a inovações salutaras, os quais, aliás, depressa reconheceram as vantagens da iniciativa, traduzidas na fácil concentração dos congressistas, no carácter prático das sessões, na maior assiduidade de assistência aos trabalhos apresentados e, sobretudo, no ambiente acolhedor e convidativo em que se desenrolou a reunião⁸. Facto inédito, em Portugal, inaugurou-se o modo de apresentação em cartaz.

Os congressistas tiveram uma recepção na clínica de oftalmologia do Dr. Henrique Moutinho recentemente inaugurada. Visitaram os Serviços de Neurologia e de ORL dos Hospitais Civis de Lisboa, Setúbal e a Arrábida⁸. Houve festa em Vila Franca de Xira com “uma derriba e apartação de touros e uma corrida de campinos a cavalo” servido de “um almoço conduzido em carretas de quatro rodas, puxadas em duas juntas de bois e servido por campinos e ceifeiras, o qual decorreu no meio do maior entusiasmo, tendo-se apresentado várias danças regionais”: “Esta festa foi muito apreciada pelos visitantes estrangeiros”⁸.

Em 1953 os encontros passam a realizar-se na sala de



sessões da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa⁹, por vezes em conjunto com esta Sociedade¹⁰. O presidente passa a ser o brigadeiro médico Dr. Pinto da Rocha (simultaneamente oftalmologista e otorrinolaringologista) e o vice-presidente o Dr. Miranda Rodrigues (neurologista dos Hospitais Cívicos de Lisboa); o Prof. Diogo Furtado mantém-se como secretário-geral¹¹. Volvidos três anos há notícia de reuniões no Hospital Geral de Santo António¹² e na Faculdade de Medicina de Coimbra¹³.

A partir de 1959 as sessões passam a efectuar-se no Instituto Português de Oncologia^{14,15} (devido a Diogo Furtado ter pedido a demissão dos Hospitais Cívicos por zanga com Vasconcelos Marques e ido para o IPO?). Nesta instituição, sob os auspícios da SPONO, Henri Gastaut proferiu a conferência “Recentes aquisições para o diagnóstico dos tumores cerebrais”¹⁶.

Existiu o Boletim da Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia, cujo 6º tomo, com 172 páginas, foi publicado em 1960¹⁷ e cujo teor era o seguinte: Henrique Moutinho – *Estrabismo convergente concomitante agudo do tipo Franceschetti*; Henrique Moutinho e João dos Santos – *Fundamentos psicoterapêuticos da reabilitação de estrábicos e ambliopes*; Diogo Furtado – *Problemas clínicos e terapêuticos das trombozes cerebrais*; Paul Brégeat – *O diagnóstico dos falsos edemas papilares*; Jacques Lemoyne – *Os tumores glômicos jugotimpânicos*; A. Barata Salgueiro e Henrique Moutinho – *Tumor de Ewing da órbita*; Diogo Furtado – *Aspectos otoneurooftalmológicos dos plasmocitomas*¹⁷.

Após 1960 nenhum dos periódicos médicos (Medicina Contemporânea, O Médico, Portugal Médico e Jornal do Médico,) publica qual referência à SPONO, perdendo-se o seu rasto.

A Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria (SPNP) cujos objectivos: eram: “Cultivar, investigar e divulgar entre os interessados os diferentes ramos da ciência médica no campo da Neurologia e da Psiquiatria, tanto no ponto teórico como aplicado, incluindo nas suas actividades a Neuro-cirurgia, a Psiquiatria Forense, a Higiene Mental, a Psicologia Médica e a Psiquiatria Infantil.”¹⁸, vê os seus Estatutos aprovados em 20-4-49¹⁸. Para o primeiro biénio (1950-51) foi eleita a seguinte direcção: presidente – Prof. António Flores, vice-presidente: Prof. Almeida Lima, tesoureiro: Dr. Miranda Rodrigues, secretário: Dr. Américo da Assunção (psiquiatra)¹⁸.

Os encontros realizavam-se no salão nobre do Hospital Miguel Bombarda, onde também teve lugar a sessão inaugural (21-1-1950), presidida pelo Dr. Trigo de Negreiros, subsecretário de Estado da Assistência Social e pelo Dr. Veiga de Macedo, subsecretário de Estado da Educação. Discursaram o Dr. Almeida Amaral, director do Hospital

Miguel Bombarda, o Prof. António Flores e o Dr. Trigo de Negreiros (figura 3). A oração inaugural “Conceitos neurológicos em Psiquiatria” foi proferida pelo Prof. Egas Moniz¹⁹.

Os relatos dos jornais médicos contemporâneos não



Figura 3. Discurso do Dr. Almeida Amaral; à direita os Profs. António Flores e Almeida Lima.

permitem, estabelecer a periodicidade das sessões ordinárias, apenas referenciam os vários protagonistas estrangeiros das extraordinárias: Lopez Ibor²⁰, Franceschetti²¹, van Bogaert²¹, Koch²², Cairns²², Espagne²³, Sal y Rosas²⁴, Freeman²⁵, Hollingshead²⁶, Tooth²⁷, Walsh²⁸, Mollaret²⁹, Thiébaud³⁰, Obrador Alcalde³¹, Durand³², Caballero Goás³³, Christensen³⁴, Cloutier³⁵, Fanchamps³⁶, Kohl³⁷, Laboucarié³⁸, Subirana³⁹, Carter⁴⁰, Sargent⁴¹, Heuyer⁴², Llavero⁴³, Janz⁴⁴, Pacheco e Silva⁴⁵.

A 28-6-1951 celebra o 25º aniversário da primeira angiografia cerebral com uma homenagem a Egas Moniz⁴⁶.

Para o biénio 1952-53 são eleitos: presidente – Prof. Barahona Fernandes (psiquiatra), vice-presidente: Prof. Almeida Lima, tesoureiro: Dr. Miller Guerra, secretário: Dr. Baeta Neves (psiquiatra)¹⁸.

Em 1953 promove a realização do V Congresso Internacional de Neurologia e da Liga Internacional contra a Epilepsia. “O Congresso inaugurou-se com uma sessão solene na Sala «Portugal» da Sociedade de Geografia, sob a presidência ...do sr. general Craveiro Lopes, que era ladeado, na mesa de honra, pelos Drs. Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional; Monrad – Krohn, vice – presidente do Congresso e Professor da Universidade de Oslo, e pelos Profs. Correia de Oliveira, vice-presidente da Comissão da presidência; Egas Moniz; António Flores e Almeida Lima, os dois últimos, respectivamente, presidente e secretário-geral do Congresso.

Aberta a sessão, falou em primeiro lugar, exprimindo-se em francês, o Prof. António Flores⁴⁷, seguindo-se o discurso do Prof. Egas Moniz. A recepção, oferecida pela Câmara Municipal de Lisboa efectuou-se na Estufa Fria. As sessões tiveram lugar em vários anfiteatros do Hospital de Santa Maria, inaugurado para esse fim. Organizaram-se

duas excursões: Fátima, com visita aos mosteiros de Alcobaça e Batalha; Portinho da Arrábida, Setúbal e Palmela. O banquete oficial foi no Casino do Estoril e houve uma recepção em São Julião da Barra patrocinada pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros. No final do congresso boa parte dos participantes “embarcou” para Madrid para a sessão de homenagem a Ramon y Carral⁴⁷.

O biénio 1954-55 conhece nova direcção: Presidente, Prof. Correia de Oliveira, de Coimbra; vice-presidente, Dr. Corino de Andrade, do Porto; Tesoureiro, Dr. Parada Leitão, de Lisboa; e Secretário, Dr. João dos Santos, também de Lisboa⁴⁸ (os dois últimos psiquiatras).

Para o 4º biénio (1956-57) a nova direcção era assim constituída: presidente, Prof. Almeida Lima; vice-presidente, Dr. Manuel de Almeida Amaral; 2.º secretário, Dr. Fragoso Mendes; tesoureiro, Dr. Pimentel das Neves, do Porto. Pela primeira vez é eleita uma comissão de admissão de novos sócios, cuja constituição era a seguinte: Drs. José Pedro Horta Nunes da Costa e Orlando de Carvalho, de Lisboa; Drs. Alberto de Mesquita e Elias Vicente, de Coimbra, e Drs. Henrique Gregório Pereira e Vítor Ramos, do Porto⁴⁹. Em 1956 a SPNP presta uma homenagem solene à memória de Egas Moniz⁵⁰.

Nova direcção em 1958-59: presidente, Dr. Almeida Amaral; vice-presidente, Dr. Vasconcelos Marques; tesoureiro, Dr. Rui da Cunha Clímaco; 2.º secretário, Dr. Joaquim Pereira da Silva. Para as comissões de admissão foram eleitos os Drs. António Nunes da Costa, José Pedro Horta e Orlando de Carvalho, para a de Lisboa; Drs. Henrique Gregório Pereira e Vítor da Cunha Ramos, para a do Porto⁵¹. Neste último ano a SPNP pronuncia-se sobre o plano decenal da assistência psiquiátrica⁵².

O 6º biénio (1960-61) tem, como corpos gerentes: presidente, Dr. António Vasconcelos Marques; vice-Presidente, Prof. Miller Guerra; secretários, Drs. Orlando de Carvalho, Eduardo Cortesão e Fragoso Mendes. Nas comissões de admissão: Lisboa, Drs. Nunes da Costa, José Pedro Horta e Baeta Neves; Porto, Drs. Henrique Gregório Pereira e Vítor da Cunha Ramos; Coimbra, Drs. Alberto Mesquita e António Henrique Nunes Vicente⁵³. Em 1960 as reuniões realizam-se também em outras cidades: “Cumprindo o estabelecido nos seus Estatutos, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria teve a sua reunião anual no Porto, no passado dia 17 de Dezembro. Presidiu o Dr. Vasconcelos Marques, que convidou para a mesa da presidência os Drs. Vítor Ramos e Corino de Andrade, estando também presentes os secretários da Sociedade, Drs. Orlando Carvalho e Eduardo Cortesão”⁵⁴.

Para 1962-63 foram eleitos: presidente, Dr. Joaquim Seabra Dinis; vice-presidente, Dr. Miranda Rodrigues; 1º

secretário, Dr. Orlando de Carvalho; 2º secretário, Dr. Fernando Medina; tesoureiro, Dr. Lobo Antunes. Como os dois primeiros renunciaram aos cargos nova votação elegeu para presidente o Prof. Barahona Fernandes, para vice-presidente o Dr. Corino de Andrade⁵⁵.

Surge, nessa altura, a secção de Grupo-Análise: “Sob a presidência do Dr. Eduardo Luís Cortesão, secretariado pelo Dr. Fernando Medina e pela Dr.ª D. Isabel Maria Ataíde, reuniu-se, em 6 de Novembro, no Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa, a Secção de Grupo-Análise da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. Os trabalhos iniciaram-se com a eleição dos corpos directivos da respectiva Secção, que ficaram constituídos da seguinte maneira: presidente, Dr. Eduardo Luís Cortesão; secretário, Dr. Carlos Alcântara; secretário-adjunto, Dr.ª D. Maria Rita Mendes Leal; e tesoureiro, Dr.ª D. Maria Alice Malva do Vale. Seguidamente, foi eleita a Comissão Didáctica, que ficou assim constituída: Secretário, Dr. Fernando Medina; Vogais, Drs. João de Azevedo e Silva e Orlando Silva Santos”⁵⁶.

Nova direcção para 1964-65: “Presidente, Prof. Miller Guerra; vice-presidente, Dr. Pimentel das Neves (do Porto); 2º secretário, Dr. Baptista Coelho; e Tesoureiro, Dr. Nunes da Costa. As funções de 1º Secretário, continuam a ser desempenhadas pelo Dr. Orlando Carvalho. Foram também eleitas as comissões de admissão, que ficaram assim constituídas: de Lisboa, Drs. Lobo Antunes, Gonçalves Leitão e Mendonça e Silva; do Porto, Drs. Henrique Gomes de Araújo e Rocha e Melo; de Coimbra, Drs. Domingos Vaz Pais e Amaral Gomes”⁵⁷. Iniciam-se as reuniões conjuntas com a Sociedade de Pediatria⁵⁸.

A direcção do 9º biénio (1966-67) integrava: presidente, Prof. Pedro Polónio; vice-presidente, Dr. António Nogueira da Rocha Melo; 2º secretário, Dr. Eduardo Baptista de Matos; tesoureiro, Dr. Mário Augusto de Mendonça e Silva. Quanto às comissões de admissão, ficaram constituídas do seguinte modo: de Lisboa, Drs. Lobo Antunes, Fragoso Mendes e Cunha e Sá; do Porto, Drs. João Resende e José Maria Borges Quedes; de Coimbra, Drs. Frederico Fernandes e Amaral Gomes⁵⁹.

Para o biénio (1968-69) seguinte foram eleitos: presidente, Dr. António Nunes Vicente; vice-presidente, Dr. Pompeu de Oliveira e Silva; 1º secretário, Dr. Lobo Antunes; 2º secretário, Dr. Cunha e Sá; tesoureiro, Dr. Amorim Ferreira. Para as comissões de admissão: Lisboa – Drs. Fragoso Mendes, Eduardo de Matos e Cunha e Sá; Porto: Drs. João Resende e José Maria Borges Guedes; Coimbra: Drs. Frederico Fernandes Gomes e Amaral Gomes⁶⁰.

Em 1970-71: na direcção – presidente, Dr. João Resende; vice-presidente, Dr. Parada Leitão; 2º secretário,

Dr. Orlando Leitão; tesoureiro, Dr. Benedito Sampaio Ferreira. De acordo com as disposições estatutárias, o Prof. Lobo Antunes mantém-se no desempenho das funções de 1.º Secretário, transitando assim da Direcção cessante para a nova Direcção eleita. Nas comissões de admissão – Lisboa: Drs. Eduardo Cortesão, Artur do Céu Coutinho e Ermelinda Santos Silva; Porto: Drs. José Borges Guedes e António da Rocha e Melo; Coimbra: Drs. Carlos Alvim Dias e Costa e José Forjaz de Freitas Ribeiro⁶¹.

Em 1970, segundo o relatório do Prof. Lobo Antunes o número de sócios passa de 87 para 120⁶² e surge nova secção: “Sob a presidência do Dr. Nunes da Costa, ladeado pelos Drs. Sampaio Ferreira, Afonso Ribeiro e Guilherme Ferreira e pela assistente social Sr.ª D. Margarida Severino de Melo, reuniu-se em Lisboa, no Hospital Miguel Bombarda, no dia 15 de Outubro, a Secção de Psiquiatria Social da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria.

Em primeiro lugar, o Dr. Nunes da Costa proferiu a sua anunciada alocução presidencial, subordinada à epígrafe «Psiquiatria Social — Algumas reflexões»⁶³.

No mesmo ano atribuem-se, pela primeira vez, os Prémios Sandoz de Neurologia e Psiquiatria: “Em fins de Novembro, reuniu-se em Lisboa, no Hospital Miguel Bombarda, o júri encarregado de atribuir os Prémios SANDOZ a trabalhos de Neurologia e Psiquiatria, constituído pelo Dr. João Resende, do Porto, pelo Dr. Fernando Amaral Gomes, de Coimbra, pelo Prof. Pedro Polónio, de Lisboa, e pelos Drs. Parada Leitão e Orlando Leitão, também de Lisboa. O júri resolveu não atribuir o Prémio relacionado com trabalhos de Psiquiatria.

Quanto ao Prémio respeitante à Neurologia no valor de quarenta mil escudos, foi resolvido galardoar, em posição cimeira, o trabalho intitulado «Ensaio clínico com a Levodopa no tratamento da doença de Parkinson», da autoria dos Drs. João Lobo Antunes, Carlos de Macedo e António R. Damásio.

Deliberou-se também distinguir com uma menção honrosa o trabalho intitulado «Nova orientação terapêutica nos derramas subdurais em lactentes», da autoria dos Drs. Freitas Ribeiro, A. Nunes Vicente, J. Silvino Fernandes e A. Raimundo C. Fernandes⁶⁴.

Em 1971 “O ... júri, constituído pelos Drs. João Resende, Parada Leitão, Pompeu de Oliveira Silva, Pimentel Neves, José de Freitas Ribeiro e João Lobo Antunes, resolveu atribuir o 1.º Prémio de Psiquiatria ao trabalho intitulado «O sintoma encoprese», da autoria dos Drs. João dos Santos e Natália Caldas; e o 1.º Prémio de Neurologia ao trabalho sobre «Hemorragias intra-cerebrais espontâneas», da autoria do Dr. Serafim Paranhos Gomes, do Porto. Além disso, foi ainda atribuída uma «menção-

honrosa» ao trabalho intitulado «Gamagrafia cerebral pelo ião Pertecnetato Tc-99m» que teve como autores os Drs. Artur do Céu Coutinho, António Manuel Baptista e Fernando Godinho Rodrigues⁶⁵.

No 12.º biénio (1972-73) a direcção era assim formada: presidente, Dr. Parada Leitão; vice-presidente, Dr. Amaral Gomes; 2.º secretário, Dr. Orlando Leitão; tesoureiro, Dr. Américo da Assunção. De acordo com os estatutos, o 1.º secretário, Prof. Lobo Antunes, continua em funções. Nas comissões de admissão: para Lisboa, Drs. Eduardo Cortesão, Baptista Coelho e José Castelão; para o Porto, Drs. Henrique Gomes de Araújo e Luís da Carvalho; para Coimbra, Drs. Dias e Costa e Freitas Ribeiro⁶⁶.

1972 vê a proposta de ser criada a secção de Encefalografia ser aprovada por unanimidade⁶⁷. O júri dos prémios “constituído pelo Prof. Lobo Antunes e pelos Drs. Parada Leitão, Eduardo Luís Cortesão, Miranda Rodrigues e Henriques Gomes de Araújo, resolveu atribuir o Prémio de Neurologia ao trabalho intitulado «Fisiopatologia das alexias adquiridas», da autoria dos Drs. António Rosa Damásio, Alexandre Castro Caldas e Eduardo Sousa Calhau. Quanto ao Prémio de Psiquiatria, foi concedido ao trabalho «Contribuição para o «estudo pedopsiquiátrico da descendência do alcoólico», da autoria da Dr.ª Maria Manuela de Mendonça e da assistente social D. Henriqueta Frazão (de Coimbra).

O júri decidiu ainda atribuir uma «menção honrosa» ao Dr. Carlos Silva e ao Prof. Celso Cruz, ambos do Porto, pelo seu trabalho subordinado à epígrafe «Hiperglobulinorraquia-gama»⁶⁸.

Conquanto em 1971 tivesse sido discutido o anteprojecto de remodelação dos estatutos visando a criação de secções autónomas de Neurologia e de Psiquiatria⁶⁹, esta separação só se concretiza em 1973. “...Seguiu-se a eleição dos corpos gerentes para o biénio 1973-74, os quais ficaram assim constituídos: Direcção - presidente, Dr. Parada Leitão; secretário-geral, Prof. Lobo Antunes; tesoureiro, Dr. Américo de Assunção. Classe de Psiquiatria – presidente, Dr. Eduardo Luís Cortesão; secretário, Dr. Amorim Ferreira; vogais, Drs. Eugénio Cruz Filipe e António Guilherme Ferreira. Classe de Neurologia – Presidente, Dr. Amaral Gomes (Coimbra); Secretário, Dr. Luís Fonseca de Carvalho (Porto). Seguiu-se a discussão do regulamento da Secção de Electroencefalografia, que foi aprovado.”⁷⁰

As actividades como classe independente iniciaram-se em fins de 1973: “A Classe de Neurologia da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria inaugurou as suas actividades do corrente ano académico, no dia 8 do passado mês de Dezembro, com uma sessão que decor-

reu, como habitualmente, no Hospital Miguel Bombarda, e principiou com uma mesa-redonda sobre «Mielopatia espondilítica cervical». Serviu de moderador o Dr. Vasconcelos Marques, tendo os diferentes aspectos do tema sido focados, a título introdutório, pelos médicos do Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Drs. Jorge Manaças, Silva Santos, Pais da Ataíde, Costa Oliveira, Correia de Almeida e Lucas dos Santos. Seguidamente, o Dr. Paulo Mendo, do Porto, falou sobre «A experiência do Serviço de Neurologia do Hospital Geral de Santo António». Depois, os Drs. Luís de Carvalho e Rocha Melo, também do Porto, ocuparam-se da experiência cirúrgica do mesmo Serviço, após o que o Dr. Campos Marçal se referiu à experiência do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria.⁷¹

Para os prémios: “O respectivo júri, constituído pelos Profs. Lobo Antunes e Fernandes da Fonseca e pelos Drs. Parada Leitão, Nunes da Costa e Orlando Leitão, reuniu-se recentemente para atribuir os prémios relativos ao ano académico de 1972-1973.

O Prémio de Neurologia foi concedido ao trabalho intitulado «Electroforese e electroimunodifusão das proteínas do líquido cefalorraquidiano – Determinação de valores normais e aplicação ao estudo das reacções imunitárias no sistema nervoso», da autoria dos Drs. António Magalhães, Mário Simões, Fernando Morgado, Maria Antonieta Alves, Rui Serrão e Carlos Sebroza.

O Prémio de Psiquiatria coube ao trabalho «Análise multidimensional e comparativa das depressões neuróticas», da autoria dos Drs. J. L. França de Sousa, M. Pais de Sousa, J. Souto Lopes, Sara Ferro, César Vieira Dinis, A. Bracinha Vieira, Luísa Figueira, J. Neves Cardoso e Daniel Sampaio.⁷²

E: “Reuniu-se no passado dia 27 de Janeiro, no Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa, o júri encarregado da atribuição dos Prémios Sandoz – 1974, destinados a galardoar trabalhos de Neurologia e de Psiquiatria, presentes nas sessões da Sociedade, constituído pelo Dr. Parada Leitão, Profs. Lobo Antunes e Fragoso Mendes e Dr. Baptista Coelho. O júri resolveu atribuir o prémio de Neurologia ao trabalho «A audição dicótica na investigação e na clínica», da autoria dos Drs. Hanna Brudt Damásio, Jorge Teixeira Grosso, José Maria Bravo Marques, José Manuel Ferro, Alexandre Castro Caldas e Prof. António João Rosa Damásio.

Com o prémio de Psiquiatria foi galardoado o trabalho «Loucura e criação artística: Angelo de Lima, Poeta de Orpheu», da autoria dos Drs. António Lobo Antunes e Maria Inês Silva Dias.⁷³

Para 1975-76 novos corpos gerentes: “Sob a presidência

do Dr. Parada Leitão, reuniu-se no passado dia 6, em assembleia-geral, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, que admitiu novos sócios e elegeu seu presidente o Dr. Rocha Melo, do Porto.

Seguiu-se a eleição dos corpos gerentes das classes de Neurologia e Psiquiatria, que teve o seguinte resultado: Classe de neurologia – presidente, Dr. Cunha e Sá; secretário, Dr.^a Ermelinda Santos Silva. Classe de psiquiatria – presidente, Prof. Fragoso Mendes; secretário, Dr. Silveira Nunes; vogal da secção ao Grupo-Análise, Dr. Saldanha de Azevedo; e vogal da secção de Psiquiatria Social, Dr. Silva Neves.⁷³

Em relação ao prémio de 1975: “O júri, constituído pelo Dr. António Nogueira da Rocha Melo, Prof. Lobo Antunes e Drs. Seabra Diniz, Orlando Leitão e Sampaio Ferreira, resolveu atribuir o prémio de Neurologia ao trabalho sobre «Potenciais sensitivos, potenciais de nervo e velocidade de condução sensitiva em Neurofisiologia Clínica», da autoria dos Drs. Maria de Lurdes Pacheco de Sales Luís, M. de Assunção Vital Mendes e Rui Xavier Vieira.

Com o prémio de Psiquiatria foram galardoados ex-aequo os trabalhos «Contribuição para a classificação em Psiquiatria com a utilização do método da Taxonomia Numérica», da autoria dos Drs. Manuel Paes de Sousa, Luísa Figueira e Jaime Souto Lopes, e «Biofeedback do ritmo cardíaco no tratamento de doentes fóbicos por exposição in vivo», da autoria do Dr. Júlio Silveira Nunes.⁷⁴

No concernente ao de 1976: “O júri, constituído pelos Profs. António Fernandes da Fonseca e João Manuel Fragoso Mendes e pelos Drs. Manuel Paes de Sousa, António Santos Magalhães e Eduardo Baptista de Matos, resolveu atribuir o prémio Sandoz de Psiquiatria ex-aequo aos trabalhos «A Personalidade pré-psicótica das Timopatias», da autoria do Prof. Pedro Polónio, e «Doença Mental, criatividade e algumas relações com as condições materiais em que ambas se processam», da autoria do Dr. João de Carvalho Azevedo e Silva. Por sua vez, o Prémio Sandoz de Neurologia foi atribuído ao trabalho «O tratamento prolongado da doença de Parkinson com a Levodopa», da autoria dos Drs. Alexandre Castro Caldas, Alice Levy e José Manuel Ferro. Decidiu ainda o júri atribuir menção honrosa ao trabalho «Infiltrados Celulares perivasculares do Sistema Nervoso Central: contribuição experimental para o seu estudo», da autoria dos Drs. Carlos Alberto Silva e Maria José Sá.⁷⁵

Em 1977 é eleita outra direcção: “Direcção da Sociedade: presidente, Dr. António Fernandes da Fonseca; secretário-geral, Dr. Manuel Joaquim Pinhão Pais de Sousa, e tesoureiro, Dr. Francisco José de Araújo Pinto; Direcção da classe de Neurologia; presidente, Dr. Artur do

Céu Coutinho; secretário, Dr.^a Maria Helena Pereira Coelho; Direcção da classe de Psiquiatria: presidente, Dr. Adriano Supardo Vaz Serra; secretário, Dr. António Manuel Bracinha Vieira; vogal da secção de grupo-análise, Dr. João Lúcio do Rio França de Sousa; vogal da secção de psiquiatria social, Dr. Gumerzindo da Silva Neves.⁷⁶

O ano de 1979 conhece a última direcção da classe de Neurologia: presidente, Dr. Orlando Leitão; secretário, Prof. António Trindade e, também, a extinção da SPNP. O prémio referente a 1977 só então é entregue: "... Prémio Sandoz de Psiquiatria, ao Prof. Fernandes da Fonseca, Dr.^a Maria Luísa Figueiredo e matemática Dr.^a Maria Helena Nicolau, autores do trabalho «Comportamento suicida na esquizofrenia»; Prémio Sandoz de Neurologia, ao Dr. António Santos Magalhães, autor do trabalho intitulado «Proteínas reactantes de fase aguda do soro de líquido céfalo-raquidiano, em doentes de esclerose múltipla».

Foi, ainda, entregue uma Menção Honrosa de Psiquiatria, atribuída ao trabalho sobre «Psicodinâmica de doentes com galactorreia não puerperal, com e sem evidência de tumor da pituitária», da autoria dos Drs. Arminda Grilo, psiquiatra, Elvira Furtado Henriques, endocrinologista, João França de Sousa, psiquiatra, Luís Gonçalves Sobrinho, endocrinologista, Maria do Amparo Santos, física, Maria do Carmo Silva, psiquiatra, e assistente social Maria João Matos.⁷⁷

A ideia da cisão em sociedades independentes de Neurologia e de Psiquiatria, foi defendida pelos psiquiatras, na altura empenhados em integrarem uma sociedade internacional de Psiquiatria de Língua Portuguesa. Nessa altura o autor destas linhas negociou a divisão dos haveres. A Psiquiatria ficou com o mobiliário de escritório e a velha máquina de escrever, à neurologia coube o dinheiro existente – quinze mil escudos, destinados a formar uma nova associação.

Formou-se uma comissão instaladora presidida pelo Prof. João Alfredo Lobo Antunes, constituída pelos Drs. Orlando Leitão, Francisco Pinto, Cabral Beirão e Prof. António Trindade, a qual elaborou os novos estatutos – nasceu assim a Sociedade Portuguesa de Neurologia. ■

Fontes consultadas

Medicina Contemporânea 1948-1972
O Médico 1950-1975
Portugal Médico 1948-1966
Jornal do Médico 1948-1975
Factos presenciados

Bibliografia

1. Jornal do Médico, 1948; XI:420-425.
2. Jornal do Médico, 1948; XII:74-76.
3. Jornal do Médico, 1949; XIII: 370.
4. Jornal do Médico, 1950; XVI: 395.

5. Jornal do Médico, 1951; XVII: 564.
6. Jornal do Médico, 1952; XIX: 96.
7. Jornal do Médico, 1952; XIX: 460.
8. Jornal do Médico, 1952; XIX: 1061-1072.
9. Jornal do Médico, 1953; XXI: 888.
10. Jornal do Médico, 1953; XXI: 1272.
11. Jornal do Médico, 1953; XXIII: 391.
12. Jornal do Médico, 1956; XXX: 522.
13. Jornal do Médico, 1956; XXXV: 137.
14. Jornal do Médico, 1959; XL: 503.
15. Jornal do Médico, 1960; XLI: 62.
16. Jornal do Médico, 1960; XLII: 53.
17. Jornal do Médico, 1960; XLIII: 852.
18. Grande Enciclopédia Luso-Brasileira.
19. Jornal do Médico, 1950; XV: 267-269.
20. Jornal do Médico, 1950; XVII: 1112.
21. Jornal do Médico, 1951; XVIII: 267-269.
22. Jornal do Médico, 1952; XIX: 872.
23. Jornal do Médico, 1954; XXIII: 889.
24. Jornal do Médico, 1955; XXVIII: 962.
25. Jornal do Médico, 1957; XXXII: 54.
26. Jornal do Médico, 1958; XXXV: 576.
27. Jornal do Médico, 1959; XL: 75.
28. Jornal do Médico, 1960; XLI: 540.
29. Jornal do Médico, 1960; XLIII: 1028.
30. Jornal do Médico, 1961; XLV: 386.
31. Jornal do Médico, 1961; XLV: 541.
32. Jornal do Médico, 1961; XLV: 684.
33. Jornal do Médico, 1961; XLVI: 544.
34. Jornal do Médico, 1962; XLVII: 108.
35. Jornal do Médico, 1965; LVI: 569.
36. Jornal do Médico, 1965; LVI: 580.
37. Jornal do Médico, 1967; LXII: 260.
38. Jornal do Médico, 1969; LXIX: 416.
39. Jornal do Médico, 1956; IV: 599.
40. Jornal do Médico, 1958; VIII: 327.
41. O Médico, 1951; 22: 285.
42. O Médico, 1952; 49: 339.
43. O Médico, 1953; Anexos: 679.
44. O Médico, 1954; Anexos: 806.
45. O Médico, 1956; Anexos: 599.
46. Jornal do Médico, 1951; XX: 1172.
47. O Médico, 1953; I: 805-812.
48. Jornal do Médico, 1954; XXIII: 330.
49. O Médico, 1956; IV: 94.
50. Jornal do Médico, 1956; XXX: 47.
51. O Médico, 1958; VIII: 446.
52. Jornal do Médico, 1959; XL: 444.
53. Jornal do Médico, 1960; XLI: 120.
54. Jornal do Médico, 1960; XLIV: 145.
55. Jornal do Médico, 1962; XLVII: 340.
56. Jornal do Médico, 1962; XLIX: 920.
57. Jornal do Médico, 1964; LIII: 234.
58. Jornal do Médico, 1964; LIII: 889.
59. Jornal do Médico, 1966; LVIX: 924.
60. Jornal do Médico, 1968; LXV: 230.
61. Jornal do Médico, 1970; LXXI: 748.
62. Jornal do Médico, 1970; LXXI: 632.
63. Jornal do Médico, 1970; LXXIII: 441.
64. Jornal do Médico, 1970; LXXIII: 980.
65. Jornal do Médico, 1971; LXXV: 358.
66. Jornal do Médico, 1972; LXXVIII: 409.
67. Jornal do Médico, 1972; LXXIX: 528.
68. Jornal do Médico, 1972; LXXX: 673.
69. Jornal do Médico, 1971; LXXV: 659.
70. Jornal do Médico, 1973; LXXXI: 372.
71. Jornal do Médico, 1974; LXXXIV: 226.
72. Jornal do Médico, 1974; LXXXIV: 95.
73. O Médico, 1975; LXXIV: 297.
74. O Médico, 1976; LXXVIII: 542.
75. O Médico, 1977; LXXXIV: 121.
76. O Médico, 1977; LXXXII: 373.
77. O Médico, 1979; XCI: 314.

Correspondência:

Dr. Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
Avenida Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA, Portugal
fjpinto@netcabo.pt

A Escola Médica de Salerno

António Leite Carneiro

Serviço de Neurologia, Hospital Militar D. Pedro V, Porto.

Texto baseado em comunicação apresentada em “O Momento da História” (Congresso de Neurologia, Lisboa, Novembro de 2005)

Introdução

A cidade de Salerno está situada na baía de Pestum, região da Campânia, perto de Nápoles e é banhada pelo Mar Tirreno. Em 194 A.C. foi colónia Romana, sendo sucessivamente ocupada pelos Godos e pelos Gregos. Desde sempre sofreu a influência das civilizações mediterrâneas e daí a atribuir-se a criação da Escola Médica de Salerno a quatro Sábios de diferentes origens foi um pequeno passo. Na verdade, diz a lenda que aquela escola foi criada pelo latino Salernus, pelo grego Ponto, pelo árabe Adela e pelo judeu Helinus, fazendo jus ao entrecruzamento de culturas, desde a autóctone de raiz latina até à árabe com origem no norte de África e médio Oriente, passando pelas Bizantina e Judaica. Aliás, a própria localização geográfica da cidade e o facto de ser um porto de mar, tornou-a um importante entreposto comercial entre a África, o Médio Oriente e o Sul da Europa.

Na realidade, a Escola Médica de Salerno parece ter sido fundada no séc. VIII a partir de uma comunidade de médicos que ensinava, estudava e publicava, obtendo o título de *Civitas Hippocratica* a partir do séc. XI com Constantino o Africano. No início, esta escola sofreu influências directas da medicina monástica, sobretudo do Mosteiro de Montecassino, mas a pouco e pouco foi-se autonomizando e criando as suas próprias doutrinas e modos de proceder. No séc. X (969) já tinha fama fora das fronteiras pois tratara o bispo de Verdun, Adalberto II, de uma litíase renal com sucesso. Esta escola conheceu o apogeu entre os séculos XI e XIII, decaindo progressivamente até ser encerrada por Joaquim Murat em Novembro de 1811, por ordem de Napoleão Bonaparte.



Regimen sanitatis salernitarum



O *Regimen Sanitatis Salernitarum* ou *Flos Medicinæ Scholæ Salernitanæ* constituía o pilar sobre o qual assentava a praxis da Escola. De origem desconhecida mas composto por vários mestres, era um poema didáctico com cerca de 300 versos leoninos relativos a higiene e saúde.

Integrava dez secções versando a higiene, drogas, anatomia, fisiologia, etiologia, semiologia, patologia, terapêutica, classificação das doenças, prática clínica e, por fim, um epílogo. Era um prontuário, um *Vade Mecum*, e não um tratado.

Diz a tradição que Roberto II, Duque da Normandia e futuro rei de Inglaterra, aportou a Salerno vindo da I Cruzada. Estava ferido num braço por uma seta envenenada, e sobreviveu graças à intervenção da esposa, Sibila de Conversano, que sugou o veneno da ferida, acabando por morrer. A gravura mostra isso mesmo: à esquerda vê-se Sibila exalando o último suspiro enquanto Roberto II solicita aos médicos da cidade de Salerno que lhe facultem o *Vade Mecum* em uso. Corria o ano de 1103.



Daqui nasceu a origem da dedicatória do *Regimen* ao Rei dos Ingleses. Aliás, o texto abre com a frase “*Anglorum regi scribit schola tota Salerni*”, provando isso mesmo. O *Regimen* foi traduzido, no séc. XIII, pelo médico catalão Arnaldo de Villanova, professor em Salerno antes de se mudar para Montpellier.

A primeira edição oficial foi publicada em Pisa, em 1476, para mais tarde, em 1607 ser traduzida para inglês por John Harington. À guisa de exemplo, eis alguns dos princípios do *Regimen: Se te queres sentir bem e viver com saúde larga as preocupações; Uma lauta ceia é a pena máxima para o estômago; Para que a noite te seja leve, tua ceia será parca; Se tens falta de médicos, sejam eles mente alegre, descanso e dieta moderada; Os vinhos brancos e doces são os mais nutritivos; Os melhores vinhos geram os melhores humores; o vinho deve ser límpido, idoso, delicado, amadurecido; O coração é digerido tardiamente, o pulmão com facilidade, o melhor é o cérebro de galinha; A sangria alegre os tristes, acalenta os coléricos, impede os amantes de se tornarem insensatos; Há bons meses para a sangria: Maio, Abril e Setembro são meses lunares e dias da Hidra; não se deve sangrar no primeiro dia de Maio e no último de Setembro e Abril.*

Os notáveis

Rogério II, rei da Sicília e Nápoles – considerou Salerno a segunda capital do reino. Determinou que era necessário um exame feito perante professores de Salerno para exercer o mister, e que quem exercesse ilegalmente medicina seria preso e os seus bens arrestados e vendidos em hasta pública. A Medicina integra-se no conjunto do sistema universal do saber e da filosofia.

Frederico II – neto de Rogério II e de Frederico Barba Ruiva; daí dizer-se que tinha sangue metade normando, um quarto francês e um quarto italiano. Foi um grande patrono da Escola. Teve uma educação ecléctica, contactando com as cultura greco-latina, árabe e judaica; foi homem de grande cultura e poliglota; contactou com Pedro Hispano Portucalense. Era bisavô da rainha Santa Isabel, pois tivera um filho bastardo, Manfredo, avô da esposa do nosso rei D. Dinis. Ordena que os aspirantes a médicos deveriam estudar 3 anos preparatórios (Lógica) e 5 anos de Medicina em Salerno. Seguiu-se um ano de prática junto de médico conceituado. Mais afirma o decreto que “la chirurgia est pars medicinae”, conferindo um estatuto científico à prática da cirurgia. Em 1224 torna público o exame final e, em 1240, publica o Édito de Melfi onde reafirma a obrigatoriedade de um curso superior para os médicos em Salerno, proíbe qualquer sociedade entre médicos e farmacêuticos, determina que estes tenham de fornecer os remédios de acordo com a receita médica e com as normas da Arte de Salerno, introduz o princípio do controlo dos preços dos remédios e do licenciamento e inspecção da actividade farmacêutica, o que é notável mesmo nos dias de hoje. Eleva o *Antidotarium* de Nicolau

Salernitano (1110-1150) a farmacopeia, posteriormente usada em toda a Europa. A separação da Medicina da Farmácia foi um passo importante e decisivo para acabar com os vendedores ambulantes de remédios, indivíduos sem qualquer preparação técnico-científica, a quem os árabes chamavam “especieiros” por venderem, também, especiarias. Foi, sem dúvida, uma medida de grande alcance na protecção e melhoria dos cuidados médicos prestados às populações do reino.

Os mestres

Garioponto ou Guarimpoto (970-1050) – monge de origem lombarda, escreveu *Passionarius Galeni*, onde descrevia as doenças “da cabeça aos pés”, indicando a sua cura. Esta obra serviu de ensino na Idade Média.

Mauro Salernitano – autor de *Regula Urinarum* onde ensina como se realiza a uroscopia em frasco de boca larga, através da observação da cor, quantidade e aspecto do sedimento. É considerado, por alguns, o autor do primeiro exame laboratorial.

Constantino o Africano (1020-1087) – natural de Cartago e negociante de drogas, viajou entre o Oriente e a Europa até se instalar em Salerno trazendo manuscritos médicos árabes. Recebido no mosteiro de Montecassino, converteu-se ao Cristianismo em 1067. Traduziu do árabe para o latim cerca de três dezenas de textos médicos. Por indicação de Alfano, escreveu *De Stomachi Affectionibus*. Organizou o *Studium Salernitanum* à imagem das escolas islâmicas do Oriente e do Al Andaluz em que as aulas eram leccionadas na biblioteca e no hospital, e os alunos orientados por professores. Entre as obras traduzidas, destaca-se o livro de Ali Abbas *Al Malek* – tratado constituído por dez volumes de teoria e dez volumes de prática médicas – a que deu o título *Pantegni* omitindo, contudo, o nome do autor.

Alfano (1015-1085) – médico e monge oriundo de Montecassino, de forte influência bizantina e greco-síria, eleito Arcebispo de Salerno, autor de *De Quattuor Humoribus de Pulsibus*. Traduziu *De Natura Homine* de Nemésio de Emesa e *Premnon Physicon*.

Benevenuto Grafeo (o Gordo) – escreveu um tratado de Oftalmologia *Ars Probatissima Oculorum*, largamente divulgado na Itália e na Europa. Atribui-se-lhe o uso das lentes.

Petrus Musandinus (Pedro de Musanda) – escreveu uma súmula sobre dietas *De Cibis et Potibus Febricitantium*.

Rogierus Salernitanus – levou a Cirurgia a ser considerada Ciência por se basear na Anatomia; escreveu *Chirurgia Magistri Rogerii* (1170), primeira obra medieval de Cirurgia, onde fala das trepanações nos traumatismos cranianos; escreveu ainda *Pratica Chirurgiae*.

Bartolomeu Anglicus – autor de *Pratica* com ênfase para a observação da urina e do pulso no diagnóstico, e sangrias e dieta nas terapêuticas.

Matheus Platearius, o Jovem (1120-1161) – filho de Trotula Abella. Escreve *De Simplici Medicina* ou *Circa Instans*, cerca de 250 tópicos referentes a drogas medicinais.

Hugo de Lucca (1160-1257) – pode ser considerado pioneiro da Medicina e Cirurgia de urgência. Fez parte da V Cruzada participando no assalto a Damietta (1219). Usava ligaduras na oclusão das feridas.



Trotula Abella (1090?) – citada como **Sapiens Matrona**, é considerada a primeira ginecologista da história. Publicou um tratado intitulado *De Passionibus Mulierum Curandorum ante, in, post partum* com 63 capítulos, também conhecido por *Trotula Major*. Esta obra perdurou por cerca de 700 anos. Aqui se aconselha a protecção do períneo durante o parto e a sutura das rasgaduras. Descreveu as manifestações externas da sífilis e aponta-a como causa de infertilidade no homem e na mulher. Aconselha o uso de opiáceos no parto, indo contra o preceito cristão “parirás com dor”. Interessou-se pelos cosméticos colecionando-os sob o nome *Ornatum Mulierum* ou *Trotula Minor*.

O declínio e o fim

A decadência da Escola de Salerno, após a afirmação com Frederico II e o esplendor com Constantino o Africano, inicia-se no séc. XIII, coincidindo com o surgimento das Universidades de Bolonha e Montpellier. Contudo, a inveja e a pequenez dos homens também contribuíram para a perda de influência pois se Conrado, filho legítimo de Frederico II – dizem que por vingança - extinguiu os Estudos de Nápoles considerando Salerno a verdadeira Escola Médica, já Manfredo (filho bastardo de Frederico II), quando chegou ao poder, decretou Nápoles como a única Escola do reino em detrimento de Salerno. Depois, foi a fuga dos mestres mais conceituados para outras paragens da península Itálica e de França. Perdida a influência e ultrapassada por novas universidades nos séculos seguintes, a Escola Médica de Salerno foi encerrada

em 29 de Novembro de 1811. Napoleão ordenou e Joaquim Murat executou.

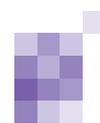
Mas, o que os séculos não conseguiram demolir, a II Guerra Mundial conseguiu-o. Em 1943, desaparecia para sempre o edifício da velha Escola sob as bombas dos Aliados. ■

Fontes

- de Divitiis, Enrico M.D., Cappabianca, Paolo M.D., de Divitiis, Orestes M.D. The “Schola Medica Salernitana”: The Forerunner of the Modern University Medical Schools. *Neurosurgery*, 55 (4), 722-745, October 2004
- C. Colucci D’Amato. Headache and Migraine in the Scientific Traditions of the Salerno Medical School. *Acta Neurologica*, 1992, 14 (4-6): 270-4
- <http://www.scuolamedicasalernitana.it>
- <http://www.medarus.org>
- <http://etext.library.adelaide.edu.au/g/gibbon/edward/g43d/index.html>
- www.sobiografias.hpg.ig.com.br/Trotulla.html
- <http://www.fcm.unl.pt/sgl/shm/escola%20medica%20salerno.pdf>
- <http://www.sobiografias.hpg.ig.com.br/RSIRFri2.html>
- http://www.mulheres.org.br/parto/mestrado_3.html
- http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/epoca_medieval.htm

Correspondência:

Dr. António Leite Carneiro
Serviço de Neurologia
Hospital Militar D. Pedro V
Avenida da Boavista
4050-113 PORTO, Portugal
amlca@sapo.pt



Apontamentos históricos sobre a doença de Alzheimer em Portugal

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa e Serviço de Neurologia do Hospital Fernando da Fonseca, Amadora.

Texto baseado em palestra de “O Momento da História”; Fórum de Neurologia, Luso, Maio de 2006.

A literatura popular não contém referências à demência, os velhos são os detentores dos segredos e da sabedoria ou estão imbuídos de certos poderes como os de curar; utilizam-se os termos “velho” e “velha” para designar entidades sobrenaturais (1).

As velhas são “ladinas/gaiteiras”:

Já uma velha estava
Debaixo de uma figueira
Até os figos bailavam
Ao som da velha gaiteira! (2)

Os contos populares ridicularizam as velhas, sobretudo as que querem casar, serem novas ou bonitas e apelida os velhos de “sentimentais, amorosos e namoradeiros” (3):

Era uma vez uma velha a mijar
Sete moinhos fazia andar
Sete frades afogou...
E, ainda diz que não mijou!... (4)

Eu caso contigo, ó velha
Mas é numa condição:
Eu dormir em boa cama
Tu, velha, no meio do chão. (4)

Aliás, já em 1528 Gil Vicente, no *Triunfo de Inverno* e no *Auto da Festa*, faz alusões à velha que quer casar (5).

O termo *demente* é utilizado na poesia em sentido metafórico, as mais das vezes como sinónimo de loucura, insanidade:

Fernando Pessoa pela pena do seu heterónimo Alexander Search:

Quem sabe se, no mero escrever,
A loucura em mim não está inteira?
Quem sabe se julgando-me a sonhar,
Mas inconsciente, eu, ao passar
Não dizem: «Lá vai o jovem *demente*»... (6)

Ary dos Santos dá-lhe outro significado:

O poeta que nasce é a matança
da palavra *demente* e enjeitada
que o chicote do poema torna mansa
depois de possuída e mal amada. (7)

Para Herberto Helder o sentido é mais profundo:

... A *demência* lava
a sua queimadura desde os seus recessos negros
onde se formam
as estações até ao cimo,
nas sedas que se escoam com a largura
fluvial
da luz e a espuma, ou da noite e as nebulosas
e o silêncio todo branco... (8)

Os escritores usam estas expressões no sentido real ou figurado. Almeida Garrett, nas “Viagens da minha terra” escreve assim: “Havia lá esta velha, com a sua moça mais moça, não menos nojenta de ver que ela, e um velho meio paralítico, meio *demente*, que ali estava para um canto com todo o jeito e traça de quem vem folgar agora na taberna porque já bebeu o que havia de beber nela.” (9)

Camilo Pessanha na dedicatória a Ana de Castro Osório, onde lhe manifesta o seu amor (1893), confessa ter levado: “Vinte e dois anos de vida *demente*, sem intuítos, nem disciplina, nem utilidade, com largos períodos de embrutecimento apático e intermitentes agitações de furor desconexo, entre visões delirantes” (10)

Para Eça de Queiroz, na Cidade e as Serras, “Paris parecia *demente*. Já havia uns desgarrados que tendiam para o Luciferismo.” (11)

É um escritor com formação médica, Júlio Dinis, em Uma Família Inglesa, quem usa o termo no seu sentido real: “Catarina ou Kate, segundo a familiar abreviatura inglesa, era uma criada octogenária, que tinha sido ama de Mr. Richard, e jazia agora, paraplégica e *demente*, num dos quartos da casa vigiada com carinho pela família Whitestone e com impaciência, a custo reprimida, por os criados e criadas. Em certos dias os acessos da velha eram furiosos e as suas imprecações, em língua mestiça de por-

tuguês e inglês, e os seus gritos horripilantes punham em alvoroço toda a casa. Em momentos assim era difícil apaziguá-la; tão violentas gesticulações fazia, que poucos eram os braços para impedir-lhe que se maltratasse.” (12)



Figura 1. Júlio de Matos.

Passando à literatura médica, Júlio de Matos (fig. 1), no seu “Manual de Doenças Mentaes” (1884), afirma: “Na linguagem jurídica portuguesa (Código civil) a palavra demencia é synonymo de alienação mental: comprehende todas as espécies de loucura, todas as desordens do espírito.

Esta significação, abusivamente latitudinaria, demonstra o nosso atraso em matéria de doenças mentaes”. (13)

Em “A Loucura” (1889) refere: “A estatística do asylo em que sirvo (Hospital Conde de Ferreira), abrangendo até ao momento em que escrevo 39 criminosos em toda a população de alienados do sexo masculino...” (14) mostra que o “crime” cometido por um demente foi o de “offensas corporaes”, o menor constante de um quadro que contempla vários delitos desde o furto ao homicídio!

O capítulo III dos “Elementos de Psychiatria” (15) (1911), onde trata das Cerebropsychopathias, considera três tipos de demência: “paralytica, senil e post-apoplectica”. A demência senil seria uma “cerebropsychopathia de involução, tendo por substracto anatómico uma atrophia dos hemispherios e manifestando-se essencialmente por uma decadência primitiva e progressiva de toda a mentalidade. A doença póde reduzir-se, do lado psychico, a symptomas de enfraquecimento (demencia senil apathica); sucede, porém, frequentemente que aos symptomas de simples degradação mental se sobrepõem delírios, erros psycho-sensoriaes e manifestações de sobreexcitação motora (demência senil delirante, anciosa, agitada”. Discute a idade de início: “Assim os 60 annos, geralmente considerados como marcando a idade própria do começo da demência senil, representam uma simples média estatística: muitos casos são anteriores e muitos posteriores aquelle limite.” Quanto à etiologia: “A predisposição é indiscutivel: estudando a história dos dementes senis descobre-se que elles pertencem a famílias tocadas pelo *arthritis*, pelas congestões e *hemorrhagias cerebraes*, pelas demências, ou que fizeram elles proprios, excessos alcoolicos ou contrahiram *infeções* que collocaram os seus vasos em situações de especial vulnerabilidade.

Os *excessos venereos* e as *emoções depressivas*, muito violentas ou muito repetidas, são as mais importantes causas occasionaes d’esta psychopathia”.

Compara-a com a senilidade: “Tal é a velhice, de que a

demencia senil representa um exagero pathologico”.

Descreve o quadro clínico: “Das *funções intellectuales* são profundamente comprometidas a *atenção* e a *memoria*. A *atenção* é *diffusa* e facilmente *fatigavel*. Os mais ligeiros cálculos, exigindo a fixação do espirito, põem em evidencia quanto esta essencial função se encontra enfraquecida. A *memoria* é *deficiente* e comporta-se de um modo particular: enquanto os factos remotos, as noções abstractas e os nomes geraes se conservam por longo tempo, os factos recentes, as noções concretas e os nomes proprios são perdidos, segundo a lei da amnesia regressiva (Th. Bibot). O demente senil, que refere com precisão factos da sua juventude, é põe vezes incapaz de evocar acontecimentos da véspera ou apenas de algumas horas. A amnesia dos nomes proprios (de pessoas, de ruas d’objectos) obriga-o a longas periphrases ou corta-lhe constantemente o discurso, hesitante e lacunar. O demente senil não dirá, por exemplo, Pedro ou Paulo, mas *aquelle que tem um filho advogado, aquelle que mora n’aquella rua larga e que é empregado no correio*. Para substituir nomes que não lhe lembram, de objectos de uso common, dirá umas vezes as suas qualidades, outras empregará substantivos da máxima generalidade: assim, querendo dizer *faca*, dirá *aquillo que corta* ou, mais imprecisamente, *aquella coisa*.

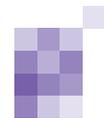
A percepção, implicando a memoria, é difficil e infiel; d’aqui as frequentes *illusões* do demente senil. A *associação das ideias* é muito lenta e sofre por vezes uma verdadeira estagnação; d’este facto e da amnésia verbal resulta uma *incoherencia*, por vezes muito accentuada nos periodos avançados da doença.

Do lado da *affectividade* nota-se tambem um embotamento progressivo. O demente senil confina-se dentro dos limites cada vez mais estreitos do egoismo, acabando por perder os mais fortes e resistentes sentimentos de familia. A *versatilidade affectiva* é de regra: as mesmas pessoas são alternativamente estimadas e repellidas.

Entretanto, o demente senil é muito emotivo, chorando e rindo com extrema facilidade.

O *nivel moral* baixa constantemente; a *perda do pudor e das conveniencias* é constante e faz por vezes com o estado anterior do doente um contraste dos mais chocantes; o exhibicionismo e os attentados aos costumes são frequentemente resultados da demencia senil.

A *vontade* diminue constantemente nos dementes senis até desaparecer. As decisões calmas e racionadas são substituidas por impulsos nascidos da *irritabilidade*, por *caprichos* que nada explica, por *teimosias* que fazem lembrar o espirito de opposição e o negativismo de outros psychopathas.



... e o demente, incapaz de querer, abulico e indiferente, torna-se uma coisa malleavel nas mãos dos que o cercam; é então que elle faz as doações e os testamentos mais extranhos e mais surprehendentes em favor de cynicos exploradores e em prejuizo da propria familia. Os padres sabem tirar partido d'esta situação mental, conseguindo pela astucia ou pelo terror toda a sorte de concessões”.

Subdivide a demência senil em “*apathica*” – “constituída exclusivamente á custa dos symptomas constantes de ordem mental; representa a doença na sua essencia e na sua maxima simplicidade”; e em “*delirante*”, “tambem chamada *anciosa*, porque os delirios que mais vezes a complicam se acompanham de estados angustiosos ou de anciedade, e *agitada*, porque n'ella dão frequentemente reacções psychomotoras. Os delirios mais frequentes da demencia senil são os melancolicos ...

O delírio melancolico póde levar o demente senil a tentativas de suicídio, ás vezes coroadas de êxito; e a anciedade que frequentemente o acompanha, póde ser seguida de actos violentos contra as pessoas ou de destruição de objectos.

Dissociados delirios de *perseguição* ou de *grandeza* surgem frequentemente.

Tenho observado alguns casos de *delirio ciumento* ou de infidelidade conjugal.

O delirio de negação não é raro. As illusões e allucinações, sobretudo da vista e do ouvido, provocam, associando-se á amnesia, um estado secundario de *confusão mental*, que leva os doentes a perderem-se dentro da propria casa e a não reconhecerem as pessoas de familia”.

Quanto à evolução: “na marcha da demência senil reconhecem-se tres periodos: prodromico, de estado e terminal”.

O prognóstico “sempre progressivo e implacavelmente mortal”.

Conquanto Alzheimer já tivesse relatado a sua observação, sobre a anatomia patológica põe a tónica na atrofia cerebral e nas alterações vasculares.

O tratamento “é exclusivamente higienico e symptomatico”, preconiza o isolamento na forma delirante ou agitada e o ópio para combater a insónia.

Nos três volumes da sua obra “Os alienados nos tribunales” (16) descreve dois casos de impugnação de doações

e de testamento, um por “offensas corporaes”, outro de impugnação de casamento, implicando pacientes com demência senil.

Miguel Bombarda (fig. 2), nas “Licções de Psychiatria” (17), pinta o

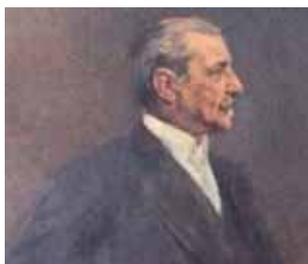


Figura 2. Miguel Bombarda.

quadro clínico: “D'aquella cabeça não sahe cousa com cousa, as palavras são soltas, destacadas, e pronunciadas umas em seguida ás outras, não constróem phrases nem representam ideias. É como se de dentro de uma urna, onde estivessem as palavras de um dictionario, as tirassem ao acaso, collocando-as umas em seguida ás outras. Formariamos phrases? Haveria uma incoherencia completa como a que se dá n'este doente.- É curioso que o doente acompanha os seus discursos d'uma mimica tão viva, d'uma gesticulação tão bem accentuada que, quem de longe assistisse a um arrasoado do doente, pensaria tratar-se d'um individuo são d'espírito”.

Distingue as demências em agudas e crónicas. Como causas principais da primeira aponta os traumatismos cranianos (para os quais indica necessidade do trépano), as “impressões morais” (emoções) e as doenças infecciosas: impaludismo, reumatismo articular agudo, febre tifóide e fases de convalescença da gripe.

Nas segundas dá grande relevo à paralisia geral ou *demencia progressiva*: “... a demencia é sufficiente para o diagnostico da paralyisia geral, mesmo na ausencia dos symptomas physicos... Um enfraquecimento progressivo da intellectualidade declara a demência. As faltas de memoria que se podem tornar graves e revestirem o aspecto de verdadeiras lacunas; a diminuição do tom affectivo, ouvindo os doentes noticias tristes, como a da morte de uma pessoa querida, com a maior indiferencia suportando sem emoção o facto da quebra do estabelecimento que dirigem ou a do seu internamento n'um manicomio; a perda das noções ethicas, que não são substituidas pela inversa, esquecendo as affeições, mas não vindo o odio; a dificuldade, que marcha até á completa impossibilidade, de fixar a attenção, são outros tantos signaes porque se assignala a demencia, que pode apparecer desde o começo da doença e persistir durante muitos annos sem delírio.” No entanto, reconhece que, na ausência de sinais fisicos, é difficil distinguir a paralisia geral da demência senil.

Virgílio Machado, autor do primeiro livro de semiologia neurológica publicado em Portugal (18), não menciona a avaliação do estado mental nem a demência.



Figura 3. Baharona Fernandes.

Barahona Fernandes (19) (fig. 3), em 1972, propõe *reunir num grupo único e geral as psicoses orgânicas e as desordens não psicóticas associadas a afecções fisicas que se designaria por perturbações psíquicas de base somática*, inclusive ampliar

esta denominação para *perturbações psíquicas em relação com doenças somáticas*, pois a *etiologia* das perturbações psíquicas está *noutras doenças orgânicas independentes* que “podem observar-se sem participação psicopatológica”. Precisa: “... são *diferenciáveis*, como doenças da restante Medicina (não psiquiátrica) e *diagnosticáveis* como tal, ou com lesões cerebrais conhecidas e *identificáveis* na clínica (demência arteriosclerótica, senil, paralisia geral, etc.). Esta espécie de perturbações mentais deve ser considerada a *consequência* (embora mediante «elos intermediários») das afecções somáticas.”

Seis anos mais tarde comenta: “As psicoses senis são das raras doenças mentais com lesões encefálicas bem conhecidas e exaustivamente descritas e analisadas. Topa-se a objectivação «material» dos *fundamentos orgânicos da perda das aptidões intelectuais e da deterioração da Personalidade* – um carácter bem «médico» da gerontopsiquiatria que parece andar muito esquecido, quando não «negado» pelos que, por ignorância, combatem a “psiquiatrização» (tida por deprimente) das perturbações psicológicas”.

Ao tempo definiam-se as demências como “processos mórbidos, acompanhados de alterações orgânicas, que levam a uma deterioração progressiva das estruturas somáticas e das funções psíquicas”, os quais teriam uma evolução típica: 1º - Início insidioso com diminuição progressiva da memória e das capacidades psíquicas. 2º - Deterioração fixa, progressiva e irreversível das funções da personalidade. 3º - Incapacidade generalizada, incontinência dos esfíncteres, conservando-se, apenas, as funções vegetativas mais simples”.



Figura 4. Carlos Garcia.

O grande obreiro da era actual foi o Prof. Carlos Garcia (fig. 4), cuja obra deve ser salientada. Regressado do seu estágio nos EUA, defende a tese de doutoramento “A doença de Alzheimer – problemas do diagnóstico clínico” (1984).

Em 1986 funda o Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demência e, em 1988, sempre preocupado com os problemas dos seus doentes, a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer. Em 1990 cria e dirige, no Hospital de Santa Maria, a primeira Consulta de Demências do nosso País.

Não posso terminar estas linhas sem deixar para este meu querido “compagnon de route” uma palavra de saudade. ■

Bibliografia

1. Vasconcelos, JL. Etnografia Portuguesa, vol. VIII:191. Lisboa, 1982.
2. Soromenho AS, Soromenho PC. Contos populares Portugueses. Vol. II. Lisboa, 1986.
3. Vasconcelos, JL. Contos Populares e Lendas, Vol. II, 1964.
4. Vasconcelos, JL. Etnografia Portuguesa, vol. IX, 1985.
5. Vicente G. As obras de Gil Vicente, volumes I-V. Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2002.
6. Dionísio J. Edição crítica de Fernando Pessoa. Poemas Ingleses Tomo II. Poemas de Alexander Search. INCM, 1997.
7. Santos JCA. - O Sangue das Palavras. Lisboa, 1979
8. Hélder H. A Carta da Paixão. 1995.
9. Garrett JBA. Viagens na minha terra. Lisboa, 1846.
10. Osório A. O Amor de Camilo Pessanha. Colóquio/Letras nº 155/156, 2000
11. Queiroz JME. A Cidade e as Serras. Capítulo 6. Porto, 1901.
12. Diniz J. Uma Família Inglesa. Scenas da vida do Porto. Capítulo IV. 3ª Edição. Porto, 1875.
13. Mattos J. Manual de Doenças Mentaes. Porto, 1884.
14. Mattos J. A Loucura. Estudos Clínicos e Medico-Legaes. São Paulo, 1889.
15. Mattos J. Elementos de Psychiatria. Porto, 1911.
16. Mattos J. Os alienados nos tribunales. Lisboa, 1902, 1903 e 1907
17. Bombarda M. Licções de Psychiatria. Lisboa, 1916
18. Machado V. Elementos de Neurossemiologia Clínica. Lisboa, 1919.
19. Fernandes HJB. Classificação das perturbações psíquicas de base somática. Jornal do Médico, 1972. LXXVIII (1507):359-367.
20. Fernandes HJB. Patologia clínica, antropologia da senescência, saúde mental. Gerontopsiquiatria, HJ Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa, eds, 1978:27-70.
21. Silva M. Conceito de demência e formas clínicas mais importantes. Gerontopsiquiatria, HJ Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa, eds, 1978:351-358.
22. Garcia CADB. A doença de Alzheimer – problemas do diagnóstico clínico. Lisboa, 1984.

Correspondência:

Dr. Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria
1649-028 LISBOA, Portugal
fjapinto@netcabo.pt

A prática neurológica nas Centúrias de Amatus Lusitanus

Paulo Fontoura

Serviço de Neurologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal; Departamento de Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Texto baseado em comunicação apresentada ao Congresso de Neurologia 2006.

*Qui toties fugientem animam sistebat in aegro
Corpore, Lethis aut reuocabat aquis
Gratus ob id populis, & magnis regibus aequè
Hic iacet, hanc moriens pressit Amatus humum...*

Aquele que tantas vezes detinha a alma em fuga no corpo

Sofredor, ou a trazia de volta das águas do Lethe,
Querido, por virtude disso, dos povos e dos reis igualmente,
Aqui jaz, neste solo, Amatus na morte...

Epitáfio por Diogo Pires, *Cato minor* (1592-1596).

1. Introdução. A diáspora da medicina ibérica.

No princípio do século XVI, Portugal assumiu o papel de primeira potência marítima global, e de primeiro império comercial à escala planetária (1); de facto, nos 100 anos antecedentes, os marinheiros portugueses tinham empurrado as fronteiras do mundo conhecido à América do Sul, toda a costa africana, e às civilizações que bordejavam o oceano Índico. Em consequência deste alargamento geográfico, vários novos fármacos foram introduzidos na prática médica europeia, trazidos pelos exploradores e mercadores que, tanto quanto os navegadores que conduziam as naus e caravelas, contribuíam para estender as fronteiras do conhecimento do mundo.

No resto da Europa, a revolução renascentista, trazendo consigo a redescoberta das obras dos autores clássicos, provocou modificações fundamentais da ciência médica. Talvez a mudança mais radical de paradigma tenha consistido na vitória da nova doutrina da observação directa dos fenómenos naturais, sobre a crença dogmática nos escritos das eminências do passado. Durante este período, e em parte devido ao seu protagonismo como centro comercial, a Península Ibérica experimentava o que seria um dos maiores florescimentos das suas escolas médicas, produzindo mestres como os castelhanos Miguel Servetus (1511-1553), o primeiro proponente da circulação sanguínea (no *Restitutio Christianismi* (1553)), ou Juan Valverde de Amusco (c.1525-c.1564) (*Historia de la composicion del cuerpo humano* (1556), e os portugueses Cristovão da

Costa (c.1512-c.1580) (*Tractado de las Drogas y Medicinas de las Indias Orientales* (1578)) e Garcia de Orta (c.1499-1568), cujos “Coloquios dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia” (*Aromatum, et simplicium aliquot medicamentorum apud Indos noscentium historia* (1563)) foi considerada uma das obras de referência mais importantes na botânica renascentista (Figura 1) (2, 3).



Figura 1. Frontispícios das obras de Miguel Servetus (*Restitutio Christianismi*), Cristovão da Costa (*Tratado de las Drogas y Medicinas de las Indias Orientales*) e Garcia de Orta (*Coloquios dos Simples, e drogas he cousas medicinais da India...*).

O desenvolvimento das ciências médicas em Portugal foi devido, em grande medida, à proeminência da sua comunidade judaica. Exemplos disso são os médicos reais Moises Navarro, médico de D. Pedro I (1357-1367), Gedaliah ibn Yahia ha-Zaken ben Solomon, médico de D. Fernando (1367-1382), e Gedaliah ibn Yahia ben Solomon (Mestre Guedelha), astrólogo da corte e médico de D. João I (1385-1433). Este “período dourado” chegou ao fim no reinado de D. Afonso V (1438-1481), em que Isaac Abravanel (1437-1508), o “último cabalista de Lisboa”, alcançara elevado estatuto na Corte (4). À expulsão dos judeus de Portugal, ordenada por D. Manuel I a pedido dos seus sogros Fernando e Isabel de Espanha, seguiu-se a instauração da Inquisição, em 1531, por édito de D. João III. Os médicos judeus, dada a sua importância social, foram dos grupos mais atingidos; nos registos da época, entre os que estavam sujeitos a punição encontram-se não menos de 240 médicos de origem judaica (4). Em virtude destes factos, comunidades judaicas inteiras emigraram para o norte da Europa (especialmente Antuérpia e Amsterdão), o Médio Oriente

dominado pelos turcos, os Estados Papais (onde os papas Medici Leão X, Clemente VII e, depois Paulo III e Júlio III protegem a comunidade mercantil de Ancona), ou as colônias ultramarinas. Quem permanece em Portugal é forçado a converter-se – pelo menos nominalmente, mantendo em segredo as suas tradições – ao cristianismo; estes cripto-judeus, chamados de conversos, cristãos-novos ou marranos, continuaram a sofrer discriminações e suspeitas, e não podiam adoptar abertamente a prática da Medicina (4).

2. Amatus Lusitanus, o judeu errante.

João Rodrigues de Castelo Branco (1511-1568), conhecido pelo seu pseudónimo Amatus Lusitanus (provavelmente uma alusão ao seu nome judaico Habib, ou Amado), é considerado, por alguns autores, como um dos mais representativos médicos da Renascença, e é, certamente, o paradigma do médico judeu errante (5, 6) (Figura 2). Várias excelentes

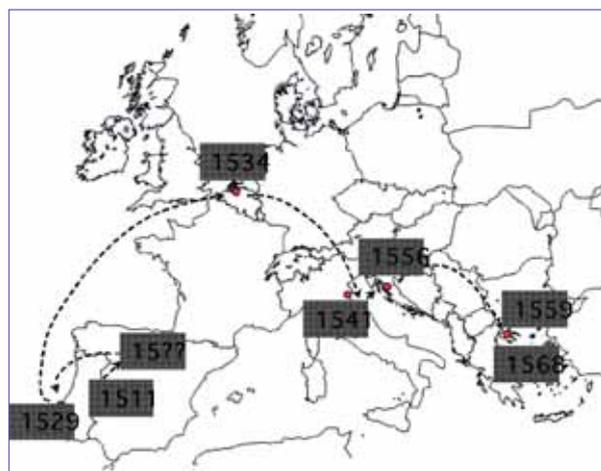


Figura 2. Itinerário de Amatus Lusitanus. Castelo Branco, 1511; Salamanca 15??; Lisboa 1529; Antuérpia 1534; Ferrara 1541; Ragusa 1556; Salónica 1559-1568.

biografias foram já escritas sobre esta personagem, entre as quais se destacam os trabalhos de Maximiano Lemos ou de Ricardo Jorge (7, 8). Nascido de uma família marrana em Castelo Branco, estuda Medicina e Cirurgia em Salamanca onde, logo após terminar o curso, fica responsável pelo tratamento de doentes em dois hospitais dessa cidade; regressa a Lisboa por volta de 1529, viajando pelo Reino a cuidar de doentes. Entre as suas intervenções mais famosas, consta a sua participação na doença terminal de D. Manuel I, conforme relatado anteriormente nesta revista (9). Amatus emigra para Antuérpia em 1534; os Países Baixos, sob o governo do Imperador Carlos V (1500-1558) receberam, nesta altura, várias importantes famílias de marranos, como os Mendes-Nasi, ou os Pires, com os quais Amatus teria, possivelmente, laços familiares (10, 11). Durante este período, Amatus leva uma vida clínica activa, contando, entre os seus doentes, o

cônsul português e o presidente da câmara, e escreve os seus comentários à botânica de Dioscorides (*Index Dioscoridis. En candide Lector, Historiales Dioscoridis campi, etc. Joanne Roderico Casteli albi Lusitano autore* (1536)). Neste livro, corrige alguns erros na obra de Andrea Mattioli (1500-1577), o que, mais tarde, se revelaria prejudicial.

Em 1541, muda-se para Ferrara a convite do duque Hércules II d'Este, começando o seu período mais produtivo (12, 13). Viaja frequentemente pela Itália, sendo chamado a Veneza para tratar o embaixador de Carlos V, e a Roma para tratar o papa Júlio III (conjuntamente com Andrés Laguna (1499-1559)) e a irmã; e dedica-se à anatomia e botânica, colaborando com António Musa Brassavola (1500-1555) e Giovanni Batista Cannano (1515-1579), com o qual compartilha o mérito da descoberta das válvulas venosas (Figura 3). No entanto, a ascendência ao papado de Paulo IV (Giovanni Pietro Carafa, papa de 1555-



Figura 3. Retratos de António Musa Brassavola (esquerda), Giovanni Batista Cannano (meio) e Andrés Laguna (direita).

1559), altera a situação política e religiosa nos Estados Papais; o novo Papa implementa a Inquisição, e os médicos judeus são proibidos de tratar doentes cristãos; nos motins anti-judaicos de 1556, a casa de Amatus em Ancona é assaltada, e várias dos seus trabalhos destruídos (incluindo o seu comentário a Avicena). Amatus foge para Pesaro e, dali, para Ragusa (Dubrovnik), uma república independente, à semelhança de Veneza, cujo senado o tinha convidado para ser médico da cidade (14). Dura apenas dois anos esta permanência em Ragusa; a nomeação de Amatus nunca chega a concretizar-se, e, em 1558, Mattioli publica a sua *Apologia adversus Amatam Lusitanum* (1558), em resposta ao *Índex Dioscorides*, na qual o acusa de ser um cripto-judeu. Amatus resolve fugir, novamente, desta vez para Salónica, onde, sob a protecção do sultão turco, é livre de assumir publicamente o seu judaísmo. Morre nesta cidade em 1568, a combater uma epidemia de peste (7, 8, 12, 13).

3. A importância da obra de Amatus - *Curationum Medicinalium Centuria*.

O século XVI encontra-se repleto de figuras importantes para a história da Medicina; vultos como Realdo

Colombo (1516-1559), François Rabelais (1494-1553), Ambroise Paré (1509-1590), Andreas Vesalius (1514-1564), ou Jean-François Fernel (1497-1558) revolucionaram as ciências da Anatomia, Fisiologia, e a prática da clínica médica e cirúrgica. Neste contexto, a importância de Amatus como clínico-cientista pode ser medida pela forma como é encarado pelos seus contemporâneos; Loys Le Roy (Ludovicus Regius), no seu tratado de 1575, “A Excelência desta Era”, elege-o ao lado de Fernel, Guillaume Rondelet (1507-1566), Jacobus Sylvius (1478-1555), Vesalius e Martin Acakia (Martin-sans-malice, 1497-1551) como sendo os médicos representativos da Renascença (15). Certamente, os seus comentários a Dioscorides, e a controvérsia com Mattioli, foram publicamente notórios; é, como tal, irónico, que um dos dois únicos retratos existentes de Amatus o coloque ao lado de Mattioli, na *Historia Plantarum Universalis* (1650-1651) do suíço Johann Bauhin (1541-1613) (Figura 4).



Figura 4. Frontispício da *Apologia Adversus Amatus Lusitanus* de Mattioli, e da *Historia Plantarum Universalis* de Bauhin; em cima, retrato de Andrea Mattioli; em baixo, detalhe do frontispício da *Historia Plantarum* (óculo inferior do lado esquerdo), com as imagens de Mattioli (à esquerda) e Amatus (à direita). Esta é a única representação contemporânea de Amatus.

No entanto, é, sobretudo, pelas suas colecções de casos clínicos que Amatus é mais conhecido; as sete *Curationum Medicinalium Centuriae* (Centúrias de Curas Mediciniais), publicadas a partir de 1551, e compostas entre 1546 e 1559. Cada Centúria é composta de 100 casos clínicos, abrangendo diversas patologias, e sem ordem aparente. Nos melhores casos, é feita uma descrição detalhada da situação clínica e da abordagem terapêutica, seguida de uma discussão (*Scholia*), na qual o autor revela a sua erudição, citando autores greco-romanos (Hipócrates, Galeno, Celsus, Plínio, Soranus), bizantinos (Paulo Aeginata, Aetius de Amida, Alexandre de Tralles, Ruphus de Éfeso, Oribasius), árabes (Rhazes, Avicenna, Averrois) e modernos (Vesalius, Cannano, Brassavola, Curtius, Struthius, Fuchsius, Andrés Laguna, Vidius) (Figura 5).

A participação activa de Amatus nas controvérsias clí-

nicas da época é evidenciada quando o autor não hesita em criticar Vesalius pela sua ignorância dos usos da madeira de guaiaco, ou raiz-da-China (*Guaiaicum officinale L.* e/ou *G. sanctum L.*, trazida para a Europa por mercadores portugueses em 1549) (Centúria I, *Curatio* 90 *De dolore coxendico & radice chinaram*), que ele próprio descreve em pormenor (Centúria II, *Curatio* 31 *In qua agitur de Methodo & vera regula propinandi decoctum radicis cynarum...*). A famosa descrição de válvulas na veia ázigos é feita no *scholia* de um caso, datado de 1547, no qual é debatida a questão, na altura importante, sobre de que lado fazer a sangria nas pleurisias, e em que Amatus se declara um apoiante de Pierre Brissot (1478-1522) (I-52 *De pleuritide, ac de vera ratione propter quid in secunda vena sit axillaris eiusdem brachii ubi dolor est*), reconhecendo o contributo de Cannano para a descoberta destas estruturas anatómicas (11, 12, 16).

As *Centuriae* são um trabalho de erudição médica, com



Figura 5. Frontispício da edição de 1554 (Paris) da primeira e segunda *Centuriae*; dedicatória da primeira *Centuria* ao príncipe Cosimo I de Medici, de Florença; índice das primeiras 21 curas da primeira *Centuria*.

descrições clínicas originais, e propostas terapêuticas por vezes inovadoras. No entanto, os méritos de uma colecção de casos deste tipo é questionável, e Sprengel terá dito que Amatus “deixou-nos uma volumosa colecção de observações, algumas excelentes e instrutivas, mas outras medíocres e misturadas com vã ostentação de erudição, e a maioria demonstrando a credulidade e superstições do autor” (12, 13). Vários investigadores analisaram as *Centuriae* procurando descrições originais de doenças, tendo sido atribuídas a Amatus as primeiras descrições da púrpura trombocitopénica idiopática (*morbus pulicaris absque febre*, *Centuria* III, *Curatio* 70) (17) e da encefalite letárgica (mal de modorra, *Centuria* II, *Curatio* 15, 26, e 27) (proposta por Ricardo Jorge (18)).

No entanto, as *Centuriae* representam, também, a actividade clínica de rotina de um importante médico do século XVI com uma clientela diversificada, incluindo vários dignitários importantes. Como tal, uma análise

f N.A. Encontra-se em fase avançada de elaboração um trabalho, de nossa autoria, contendo a lista exaustiva de todos os casos neurológicos nas *Centuriae*, conjuntamente com a sua descrição pormenorizada, cuja extensão nos impede a sua inclusão neste trabalho.

exaustiva dos casos neurológicos nelas descritos, bem como da sua abordagem, poderia ser elucidativa do estado dos conceitos fisiopatológicos e terapêuticos da época. Utilizámos, para esse fim, uma tradução integral das *Centuriae*, a partir da edição completa de 1620 de Bordeaux, feita por Firmino Crespo entre 1940-1970, e publicada pela Universidade Nova de Lisboa (19). Seleccionámos, após leitura atenta, todos os casos cujas manifestações pudessem ser integradas em alguma categoria nosológica relacionada com a neurologia ou neuropsiquiatria. Apresentamos aqui, brevemente, alguns desses casos, com comentários sobre o seu interesse para a compreensão da prática neurológica no século XVI.

4. Casos neurológicos seleccionados das *Centuriae*.

De todos os 700 casos publicados por Amatus, e utilizando os critérios acima descritos, conseguimos seleccionar 100 casos nas seguintes categorias: infecções (25 casos), neuro-psiquiátricos (23 casos), trauma crânio-encefálico (13 casos), cefaleias (11 casos), doença cerebrovascular (5 casos), patologia medular (5 casos), convulsões (3 casos), tumores (3 casos), vertigens (3 casos), envenenamento (2 casos), paralisias cranianas (2 casos), doenças do movimento (1 caso), malformações (1 caso), e Anatomia ou Fisiologia (3 casos) (19). Iremos, de seguida, descrever, brevemente, alguns dos mais relevantes.

As doenças infecciosas constituem o maior grupo de casos, e incluem descrições de raiva canina e felina (VII-41, VII-65), tétano (VII-10, VII-66), mal de Pott (I-84, V-47), paralisia do nervo recorrente por goma sífilítica do pescoço (II-70), e neurolabirintite sífilítica (VI-25, afectando o poeta croata Sabo Bobaljevic Glušac (14)). Em VI-42 (*In qua citatur casus mirus de quodam nobili Gallo, imaginatricem corruptam habende, et eiusdem curatione facta*) é descrito um caso de provável sífilis terciária:

“O francês Jacob, representante do rei Henrique de França nas regiões orientais [...] estava a sofrer da doença pátria, isto é, morbo-gálico [...] Delirava e tinha contínuos desarranjos mentais [...] Com efeito, tinha corrompidas as faculdades, salvo, no entanto, a da imaginação [...]” (VI-42).

Lembre-se que, apenas pouco tempo antes, havia Ruy Diaz de Ysla publicado o seu *Tractado contra el mal serpiente* (1539), um dos primeiros estudos exaustivos desta nova doença, a qual tinha sido baptizada, apenas nove anos antes, por Girolamo Fracastorio (1483-1553) (20). No caso I-9 (*De sphacelismo depascente*), Amatus descreve um caso de gangrena (*sphacelon*) cerebral, com febre, cefaleias, convulsões e estupor a que se seguiu a morte:

“O hebreu Alizalaín, de vinte e sete anos, foi atacado duma doença gravíssima e mortal, no dia 4 de Setembro

de 1546, tempo a partir do qual nos propusemos escrever estas Curas. [...] fatigado pelas longas vigílias e atacado por aqueles cheiros repugnantes, caiu na corrupção do cérebro que os gregos chamam sphacelismo. Confirmam a existência da doença estes sinais: a sensação dolorosa do sinciput da cabeça e da parte anterior da testa, a permanência também de um torpor tal que, picado com força, não reagia; uma grande lassidão do corpo; além disso, febre intensíssima, tal como é habitual nesta doença. Por fim vieram, com os sinais referidos, tremores que o sacudiam todo e prenúncios fatais, de modo que no espaço de dois dias morreu [...]” (I-9).

Após a dissecação do cérebro deste e outros doentes semelhantes (*quorum capite dissecuimus*), Amatus terá encontrado um abscesso cerebral purulento “[...] encontrámos o cérebro corrompido [...]” (I-9). Para além da notável descrição clínica do caso, salienta-se a prática da dissecação para confirmar a patologia, uma prática incomum na época. Outros casos de infecção incluem várias febres com cefaleias, alterações da consciência e sonolência excessiva (II-15, II-26, II-27, II-76, III-81, IV-26, IV-47, VII-29, e VII-40), correspondendo a prováveis meningoencefalites. As curas dos casos II-15 (*In qua agitur de catocho, id est, sopore vigilante, sive dormitione vigilante, dicto morbo*), II-26 (*In qua agitur de caro.i. veterno morbo: quem Arabes subet appellat*) e II-27 (*In qua agitur de comate febrem sanguineam comitante*), serão, segundo Ricardo Jorge, as primeiras descrições da encefalite letárgica, como acima mencionámos (18):

“Com muita oportunidade veio um dia consultar-me a mulher [...] atacada, na opinião dos médicos, duma febre maligna e pestilente, sobrevivendo-lhe a doença *catochos*. Com efeito, dormia e vigiava, pois tinha os olhos fechados, mas se era interrogada, abria-os e falava irreflectidamente, não respondendo direito [...] as zonas posteriores do cérebro são mais atacadas pela *catochê* [...] aparece muitas vezes em ocasião de peste. Os italianos chamam-lhe mal de mazucho; os de Espanha chamam-lhe *mal de modorrilla*. Esta doença situa-se, como disse, entre o frenesi e a letargia [...] o alemão Leonardo Fuchsius na sua *Prática de curar doenças* discorreu com grande inadvertência sobre catalepsia e *catochê*, no mesmo capítulo, como se se tratasse apenas duma única doença” (II-15)

À parte as questões sobre a precisão diagnóstica de Amatus, ou a interpretação de Ricardo Jorge, fica-nos a riqueza da descrição clínica e a extensão dos conhecimentos do autor, que, anteriormente, já tinha encontrado a doença em Portugal (por exemplo, no caso da morte de D. Manuel I (9)). Igualmente, Amatus diferencia a catalepsia do mal de modorra, e faz uma das primeiras descrições de

cataplexia na literatura médica moderna; Philip Barrough só viria a mencioná-la em 1583 no seu *On Congelation or Taking* (21):

“Fomos um dia ver [...] um rapaz que estava deitado e como que mergulhado num sono. Tinha os olhos abertos, mas as pálpebras não se moviam. [...] Não respondia às perguntas dos circunstantes, nem se mexia [...] Estava rígido e frio de modo que é lícito dizer-se que este rapaz sofria um ataque de catalepsia ou *congelatio*” (II-14).

São descritos casos de epilepsia, como em IV-22, no qual sobreveio uma paralisia pós-crítica prolongada (*In qua agitur de puero detento symptomate epileptico, & posteam paralysis im brachi & cruris dextra devent*), bem como vários casos de melancolia com manifestações orgânicas, incluindo pseudocrises epilépticas (V-75, *In qua agitur de morbo gravissimo, & savissimo: ex quo agrotans, bis, ter, & pluries, in die corripiebatur: & ita save, ut a mulierculis assistentibus ab spiritu demoniaco cam vexari crederetur*). Ambas as situações são causadas por excesso de bÍlis negra que, na epilepsia, atacaria o cérebro e, na melancolia, a alma. A paralisia pós-crítica surge na medida em que, na sequência das crises convulsivas, os nervos ocluem os seus poros, impedindo a passagem dos espÍritos animais. O oposto ocorre na apoplexia e paralisia. De acordo com a teoria ventrículo-pneumática, à qual Amatus adere completamente, nestas situações o fluxo de pneuma psÍquico dos ventrÍculos cerebrais para os nervos é parado por obstrução dos poros ventriculares, privando todo o corpo (apoplexia) ou metade dele (paralisia) de movimento e sensação (22, 23) (Figura 6). Em casos de

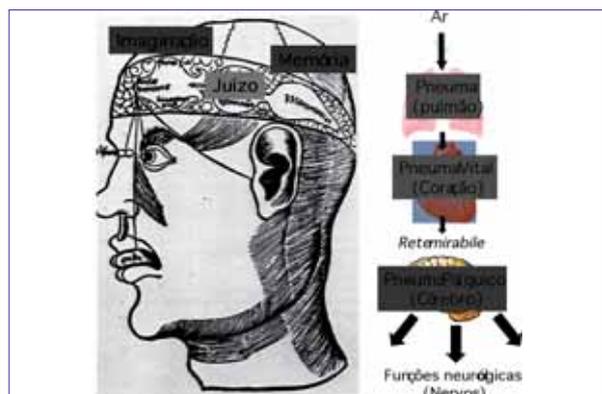


Figura 6. Teoria ventrículo-pneumática. Representação dos três ventrÍculos cerebrais (Gregor Reisch, *Marginata Philosophica* 1512) com as suas funções de imaginação, juízo ou raciocínio, e memória. Esquema da transformação do ar respirado em pneuma vital (por combustão no coração), e este em pneuma psÍquico após passagem na *rete mirabile*, por sua vez distribuído a todo o corpo pelos nervos.

apoplexia, o autor menciona vários testes para confirmar a morte (palpação dos pulsos metacárpicos e carotÍdeos, colocação de um copo de água no peito do doente, ou uma

superfície de metal polido nas narinas), e recomenda esperar sempre 72 horas até à sepultação (IV-23, *In qua agitur de apoplexia illico interficiente, & de apoplectico paroxysmo, tres dias perdurante*), uma vez que a renovação dos ciclos humorais a cada três dias, poderia levar à recuperação da vítima após este período.

Existem, naturalmente, numerosos casos de trauma crânio-encefálico nas *Centúriae*: pequenos acidentes (I-19, II-2), trauma grave resultando em coma ou défices neurológicos, incluindo alterações cognitivas (III-19, III-41, IV-6), agressões e assaltos (III-42, VI-100), resultando num caso em surdez, cegueira e amenorreia (VII-44), e feridas provocadas por armas brancas (II-83, IV-6, VII-32). Até então, o principal contributo para a traumatologia craniana no século XVI devia-se a Berengario da Carpi (1465-1527), cujo *Tractatus de fractura cranei* (1535) dividia os traumas cranianos em categorias (lacerações, contusões e perfurações), elaborava o conceito de concussão cerebral (*commotio cerebri*) e descrevia as cefaleias pós-concussão bem como os padrões de défice neurológico após lesão da dura e pia-mater (24) (Figura 7).



Figura 7. Frontispício do *Tractatus de fractura cranei* (1535) de Berengario da Carpi, e frontispício e primeira página do *Dialogo nel cual se trata de las heridas de cabeza con el casco descubierto* (1588) tradução de Gerónimo de Virués da cura VI-100 (Falando GRADI: Señores, pues sois cirujanos de mi casa, hazedme plazer devenir ambos luego conmigo, porque tengo al patron de mi Nave malamente erido de un golpe en la cabeça que cierto hòbre de nuestra terra le a dado, de tal manera que entiendo morira del en breve).

Nesta área, a contribuição mais interessante de Amatus encontra-se na cura VI-100 (*In qua agitur de capitis vulneribus...*), um diálogo com três outros personagens (o cavaleiro ragusino Gradius, e os cirurgiões Paolo Celetano de Nápoles, e Batista Vannuccio de Florença), que constitui um pequeno tratado sobre traumatologia craniana. De facto, esta cura seria traduzida, logo em 1588, para castelhano, por Gerónimo de Virués (Figura 7). Neste trabalho, Amatus discute exaustivamente a anatomia craniana, factores de prognóstico como a localização e tipo de trauma (contusão, fissura, fractura), a presença de projectéis ou sujidade na ferida, e a apresentação clínica (perda imediata de consciência, vertigem, cegueira, cefaleia, vómitos ou

delírio); ao contrário de Carpi, Amatus acredita em lesões por contragolpe, provocadas por laceração das veias durais, ou por contusão do parênquima encefálico. A sua capacidade como cirurgião (tinha estudado com Pontano e Olivares em Salamanca) torna-se evidente na descrição detalhada e personalizada que faz dos instrumentos cirúrgicos: *modiolus* ou *chynicidium* (brocas), *terebellum* ou *terebrum* (perfuradores) e *ciclyscos* (obturadores) incluindo um tipo de *terebra* desenhado por si mesmo, com uma cabeça cônica contendo pequenos buracos, como uma lima (*in quod ut aliud & aliud ferramentum inseri solet, excidendo ossi accommodatum, ita clavus habens turbintum caput crebis foraminibus fabris ut in lima cernitur compundum illia adaptur*). Descreve, também, o uso recente de água-de-rosas morna, terebentina e clara de ovo nospensos (à semelhança de Ambroise Paré).

Ainda em relação ao trauma craniano, Amatus é dos primeiros autores a afirmar a importância do parênquima encefálico nas funções neurológicas, contrariando, desta vez, a teoria ventrículo-pneumática. Em VII-32 (*In qua agitur de miris quibusdam capitis vulneribus, ex quibus & memoria & visus facultates amissa sunt*):

“Aquele indivíduo a quem infligiram um ferimento profundo no *occiput*, perdeu uma pequena porção das duas membranas, dura e leve, com certa substância medular, e ficou são. Perdeu, no entanto, toda a memória [...]” (VII-32)

Este caso seria citado, logo em 1584, por Johannes Schenk (*Observationes medicae de capite humano*), e é considerado uma das primeiras observações de sequelas cognitivas pós-lesão encefálica (25).

Para além de clínico, Amatus teve, igualmente, grande prática como anatomista, sobretudo nos anos de Ferrara. De entre várias considerações anatomo-fisiológicas, a propósito de outros casos, na cura III-40 (*In qua docetur, quomodo musculi moveantur suo motu voluntario, simulque quomodo perditur motus membri manente sensu, & contrario*), dá-nos a sua versão da anatomia Galénica, e crítica as alterações que Vesalius vinha a propor-lhe. Concorde com a existência de 7 pares de nervos cranianos, mas, aqui, ao contrário de Galeno, afirma que o nervo óptico não é oco:

“[...] o primeiro par de nervos moles chamam-se visuais [...] e [são] como quer Galeno, cavos, embora hoje tanto às pessoas aplicadas como aos que têm muito interesse por estes assuntos, nunca lhes tenham parecido cavos ou perfurados, mesmo num animal recentemente morto, e vistos aos raios do sol [...]” (III-40).

Curiosamente, nega o cruzamento de fibras no quiasma óptico: os nervos só se contactam para tornar possível a junção dos seus poros, de forma a tornar possível a visão normal com a oclusão de um olho. Descreve a exis-

tência de quatro veias que nutrem o cérebro (as *sphagittidas*), bem como de duas artérias (VI-100), mas não menciona a *rete mirabile*, que tinha sido negada, recentemente, por Vesalius.

5. Considerações históricas.

A obra científica de Amatus Lusitanus revela a dedicação e o esforço de um verdadeiro clínico-cientista, na melhor tradição renascentista. Amatus não se limita a descrever os casos que encontra, ou a sua terapêutica; na maioria deles, baseando-se numa extensa erudição, clássica e moderna, procura explicar a sintomatologia com base nos conceitos fisiopatológicos então vigentes, como a teoria humoral ou a teoria ventrículo-pneumática. Em algumas circunstâncias, como vimos, desvia-se delas para afirmar a sua própria opinião; aliás, em mais do que uma circunstância, faz uso da sua experiência como anatomista para fundamentar as suas conclusões. Esta é, talvez, a principal mudança paradigmática da Renascença, aqui encarnada em Amatus: a prova objectiva e o confronto da teoria com a realidade. Na terapêutica, Amatus é inovador com frequência, quer na cirurgia, onde inventa novas técnicas e instrumentos, quer na medicina, onde é pioneiro na introdução de novos fármacos, como a já mencionada raiz-da-China, introduzida na Europa apenas 2 anos antes da data da publicação da primeira Centúria, e que Amatus utiliza correntemente (por exemplo, para tratar as cefaleias, como em III-36 e IV-99).

Dado o seu âmbito e variedade, esta colecção de casos neurológicos, dispersos pelas *Centuriae*, constitui uma fonte de conhecimento sobre o estado da neurologia no século XVI e é, também, um dos primeiros contributos importantes de um autor português para a então nascente disciplina da Neurologia. No século XVI surgiu o primeiro livro dedicado inteiramente à Neurologia geral, o *De Cerebri Morbis...* de Jason Pratensis (1549), um trabalho original na sua organização, e que prefere a discussão de entidades patológicas individuais, baseadas em conjuntos de sintomas, independentemente da sua localização (26). Somente em 1664, quase 100 anos depois da morte de Amatus a palavra “Neurologia” seria utilizada pela primeira vez, por Thomas Willis (1621-1675), no seu *Cerebri Anatome*. Amatus é, como tal, um dos precursores desta nova ciência, com contribuições clínicas e científicas importantes e que merecem ser recordadas.

Sendo o trabalho de um médico converso tão famoso, as *Centuriae* apareceram, a partir de 1581, nos índices de livros proibidos em Portugal, Espanha e Itália, e tiveram de ser modificadas pelo menos em três locais: os casos IV-36, IV-51 e a supressão do Juramento de Amatus, que aparecia

no final da sétima Centúria (27). Infelizmente, o século XVI – o “siglo de Oro” – no qual a Ciência tanto avançou, tirando partido da primeira globalização, também viu a destruição de uma escola médica que tinha florescido no sul da Europa desde os tempos do Al-Ándalus (28). A tradição médica judaica, erradicada de Espanha e, depois, de Portugal, originou uma diáspora sefárdica que se veio a revelar de suma importância para o desenvolvimento da Medicina noutros países, em detrimento de ambas as nações peninsulares. ■

Bibliografia

- Mahan, A. 2003. The influence of sea power upon history, 1660-1783. Pelican Publishing Company.
- Paweletz, N. 2002. Birth of the life sciences in Spain and Portugal. *Nat Rev Mol Cell Biol* 3:795-800.
- Martin Araguz, A., C. Bustamante Martinez, D. Toledo Leon, M. Lopez Gomez, and J.M. Moreno Martinez. 2001. [The neuroanatomy of Juan Valverde de Amusco and medicine at the time of the Spanish renaissance]. *Rev Neurol* 32:788-797.
- Friedenwald, H. 1944. History of the Jewish physicians of Spain, Portugal and Southeastern France. In *The Jews and Medicine. Essays*. Johns Hopkins Press, Baltimore. Págs. 691-701.
- Withington. 1964. Medical practice in the sixteenth century. In *Medical history from the earliest times*. Holland Press, London. Págs. 289-298.
- Pelner, L. 1969. Amatus Lusitanus (1511-1568). A prophetic physician of the 15th century. *JAMA* 208:732-733.
- Jorge, R. 1908. Amato Lusitano: comentários à sua vida, obra e época. Instituto de Alta Cultura, Lisboa.
- Lemos, M. 1907. Amato Lusitano, a sua vida e a sua obra. Eduardo Tavares Martins editor, Porto.
- Pinto, F. 2004. A morte do Rei D. Manuel I. *Sinapse* 4:43-44.
- Tucker, G. 1998. To Louvain and Antwerp, and beyond: the contrasting itineraries of Diogo Pires (Didacus Pyrrhus Lusitanus 1517-99) and João Rodrigues de Castelo Branco (Amatus Lusitanus 1511-68). In *The expulsion of the Jews and their migration to the Southern Low Countries (15th-16th C.)*. Leuven University Press. Págs. 83-113.
- Tavares de Sousa, A. 1972. La valeur de l'oeuvre scientifique de Amatus Lusitanus, quatre siècles après sa mort. *Clio Med* 7:69-79.
- Ferreira de Mira, M. 1947. Capítulo VIII. In *Historia da Medicina portuguesa*. Empresa Nacional de Publicidade, Lisboa. Págs. 190-122.
- Friedenwald, H. 1944. Amatus Lusitanus. In *The Jews and Medicine. Essays*. Johns Hopkins Press, Baltimore. Págs. 332-381.
- Dürriegl, M.-A., and S. Fatovic-Ferencic. 2002. The medical practice of Amatus Lusitanus in Dubrovnik (1556-1558) - a short reminder on the 445th anniversary of his arrival. *Acta Med Port* 15:37-40.
- Le Roy, L. 1575. The Excellence of this Age. In *The portable renaissance reader*. J. Ross and M. McLaughlin, editors. Viking Press, New York. Págs. 91-108.
- Baas, J. 1889. The modern era. In *Outlines of the history of medicine*. H. Handerson, editor. J.H. Vail & Co, New York. Págs. 351-385.
- Imbach, P., T. Kuhne, and E. Signer. 2002. Historical aspects and present knowledge of idiopathic thrombocytopenic purpura. *Br J Haematol* 119:894-900.
- Jorge, R. 1921. A encefalite letargica e a epidemiologia dos quinhentos em Portugal e Hespanha. *Med Contemp Suppl*:1-29.
- Crespo, F. 1980. Centurias de Curas Mediciniais, vols 1-7. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- de Ricon-Ferraz, A.A. 1999. Early work on syphilis: Diaz de Ysla's treatise on the serpentine disease of Hispaniola Island. *Int J Dermatol* 38:222-227.
- Fink, M., and M. Taylor. 2003. Catatonia: a history. In *Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment*. M. Fink and M. Taylor, editors. Cambridge University Press, Cambridge. Págs. 1-18.
- Riese, W. 1959. The history of the doctrine of cerebral localization. In *A history of neurology*. MD publications Inc, New York. Págs. Págs. 73-117.
- Rocca, J. 1997. Galen and the ventricular system. *J Hist Neurosci* 6:227-239.
- Rose, F. 1997. The history of head injuries: an overview. *J Hist Neurosci* 6:154-180.
- Luzzatti, C., and H. Whitaker. 1995/6. Johannes Schenck and Johannes Jakob Wepfer: Clinical and Anatomical Observations in the Prehistory of Neurolinguistics. *J Neurolinguistics* 9; 157-164.
- Pestronk, A. 1988. The first neurology book. *De cerebris Morbis...*

(1549) by Jason Pratensis. *Arch Neurol* 45:341-344.

- Front, D. 2001. The expurgation of medical books in sixteenth-century Spain. *Bull Hist Med* 75: 290-296.
- Martin-Araguz, A., C. Bustamante-Martinez, V. Fernandez-Armayor Ajo, and J.M. Moreno-Martinez. 2002. [Neuroscience in Al Andalus and its influence on medieval scholastic medicine]. *Rev Neurol* 34:877-892.

Correspondência:

Paulo Fontoura
 Serviço de Neurologia
 Hospital de São Bernardo
 Rua Camilo Castelo Branco
 2910-446 SETÚBAL, Portugal
 pfontoura@netcabo.pt
 pfontoura@igc.gulbenkian.pt

Genialidade e Epilepsia

Francisco Pinto

Serviço de Neurologia, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.

Texto baseado em comunicação ao Congresso de Neurologia 2006

Desde a Antiguidade as entidades sobrenaturais foram consideradas as causadoras de epilepsia: Sin, deus da Lua, provocaria o Antasubbû, tratado com exorcismos na Mesopotâmia¹; os termos *morbus divinus*, *morbus sacer* ou doença sagrada referem-se a ser enviada ou provocada por um deus². Os demónios também poderiam ter um papel na sua génese: o Njst era o demónio ou pessoa morta que causaria a epilepsia³; Labasu, na Babilónia (2890 a.C.), provocaria a queda⁴.

Na Índia, na Atreya (1.000 a.C.), discordava-se destes conceitos, opinião corroborada por Hipócrates (460 – 360 a.C.): “A epilepsia não é mais sagrada que as outras doenças... A sua sede está no cérebro”⁵.

A natureza das crises e o seu simbolismo sugeriram uma relação com a criatividade ou com capacidades invulgares. Aristóteles (384 – 322 a.C.) faz o catálogo dos “grandes epiléticos”, iniciado com Sócrates (470 – 399 a.C.). Há quem tenha uma opinião contrária: “A coexistência entre epilepsia e génio é uma casualidade”⁶, ou a confirme: “A actividade anormal encontrada na epilepsia do lobo temporal tem um papel no pensamento criativo e na produção de arte”⁷ ou “Por vezes as mesmas coisas que causam epilepsia resultam em talento. Se uma área cerebral for lesada cedo na vida, a área correspondente do outro lado tem uma oportunidade para se desenvolver”⁸ e “A actividade cerebral anormal da epilepsia do lobo temporal pode desempenhar um papel no pensamento criativo e na produção artística unindo a sensibilidade, a percepção e a atenção crítica”⁹. Para André Gide (1869-1951) “... a doença é uma arte que pode abrir certas portas para nós”.

Certo é, nos variados portais da Internet, dedicados à epilepsia, abundam as alusões a génios ou personalidades com epilepsia.

O primeiro escritor a ser referenciado como epilético foi Dante Alighieri (1265-1321), pois na jornada para o Inferno cai três vezes e fica inconsciente por um curto período de tempo:

Quem tomba sem saber porquê

Obra do demo que puxa pr’a terra

Ou por opilação amarrado¹⁰

(Opilação designava o bloqueio dos ventrículos pelos

humores, desencadeado pelo demónio, sendo sinónimo de epilepsia).

Molière (1622-1673) teve várias síncope da tosse, a qual seria consequência da tuberculose¹¹, a última a quando da quarta representação de *Le Malade Imaginaire*, falecendo uma hora depois.

Já o poeta e romancista escocês Sir Walter Scott (1771 – 1832) parece ter sofrido da doença, a qual menciona no capítulo 42 de *The Tale of Old Mortality*¹².

Possivelmente, Jonathan Swift (1667-1745) sofreria de crises liliputianas e dismorfopsias, as quais terá transposto para as suas *Viagens de Gulliver*¹³.

Edgar Allan Poe (1809 – 1849) refere-se à epilepsia em Berenice: “crises que terminavam em transe”, interpretadas por privação alcoólica ou como crises focais complexas¹⁴.

Charles Dickens (1812-1870), provável epilético, faz uma descrição pormenorizada das crises, as suas causas e consequências nos seus personagens Monks, Guster e Bradley Headstone¹⁵.

Lewis Carroll (1832-1898) registou as suas crises no seu diário e, em *Alice no País das Maravilhas*, descreve a sensação de queda ou de variações súbitas no tamanho, sintomas de crises focais complexas¹⁶.

Fyodor Dostoevsky (1821-1881) experimentou a primeira crise aos 9 anos, com remissão até aos 25 e posterior recidiva: crises de grande felicidade, mudando para angústia ou terror, seguidas de visão de uma luz e perda do conhecimento por 1-2 segundos (teve cerca de 400), por vezes seguidas de convulsões. Relata: “Ataque intenso às 8 e 45: fragmentação do pensamento, mudança para outros anos, estados de sonho, pensamentos meditativos, culpa. Deslocamento de um disco vertebral ou uma lesão muscular”¹⁷.

A epilepsia é um dos temas centrais dos seus livros *Irmãos Karamazov*, *Crime e Castigo* – 30 dos seus personagens têm epilepsia. No *Idiota* descreve as crises de felicidade do Príncipe Myshkin (Capítulo V): “Que importa... se quando relembro e analiso o momento, parece existir uma harmonia e beleza no mais alto grau, um instante de sensação profunda, transbordante de alegria ilimitada e arrebatamen-

to, de uma devoção empolgante e de uma vida perfeita?”¹⁸.

Descreveu várias características da epilepsia e de certos estados anormais antes de qualquer descrição médica: estados de sonho, percepção anormal do tempo, múltiplas cambiantes de *déjà vu*, actividades automáticas prodrómicas, tremor pré-crítico, pensamento forçado, fuga de ideias, sentimento de se tornar psicótico¹⁹.

Leo Tolstoy (1828-1910), o autor de Guerra e Paz e Ana Karenina não teria crises epilépticas mas sim episódios de privação alcoólica.

Gustave Flaubert (1821-1880), criador da Madame Bovary (heroína com epilepsia) tinha crises iniciadas por uma sensação de morte eminente, com uma insegurança crescente, como se fosse transportado para outra dimensão “como um redemoinho de ideias e imagens no meu pobre cérebro, durante as quais parece que a minha consciência naufraga como um navio numa tempestade”²⁰, interpretadas por Gastaut como “crises do lobo temporal”²¹.

Charles-Pierre Baudelaire (1821-1867), Em 1866 a quando de uma visita à igreja de Saint Loup em Namur, teve uma crise de epilepsia... atingido por hemiplegia, perdeu o uso da palavra, pronunciando apenas três: *Non, cré nom!*²² (abreviatura da jura “Sacré nom de Dieu”).

O escritor sueco Bjørnstjerne Martinus Bjørnson (1832-1910), Prémio Nobel em 1903, teve epilepsia após um acidente vascular cerebral²³.

O brasileiro Machado de Assis (1839-1908) ocultava a sua enfermidade. O seu amigo Carlos de Laet descreve a crise que presenciou: “... quando de nós se acercou o Machado e dirigiu-me palavras em que não percebi nexos. Encarei-o surpreso e achei-lhe desmudada a fisionomia. Sabendo que de tempos em tempos o salteavam incômodos nervosos, despedi-me do outro cavalheiro, dei o braço ao amigo enfermo, fi-lo tomar um *cordial* na mais próxima farmácia e só o deixei no bonde das Laranjeiras, quando o vi de todo restabelecido, a proibir-me que o acompanhasse até casa”²⁴.

Em relação a Agatha Christie (1890-1976) há um episódio misterioso de ter desaparecido durante vários dias, e, posteriormente, sido encontrada num hotel registada com o nome da amante do marido, sofrendo de amnésia. Quanto a Truman Capote (1924-1964) não há evidência de epilepsia, mas de abuso álcool e consumo de drogas.

Graham Greene (1904-1991), também escondeu a sua doença, com medo de transmissão aos filhos, tendo pensado em suicidar-se, só a conseguindo discutir 40 anos depois do início aos 16 anos. Justificava-se: “Epilepsia, cancro e lepra - são três termos médicos que despertam o maior dos medos no inculto e, aos 22 anos, não se está preparado para tal veredicto”²⁵.

Quanto a poetas com epilepsia, John Galt descreve que

Lord Byron (1788-1824): “Queixou-se subitamente de fraqueza numa perna... caiu numa convulsão violenta durante a qual a face estava distorcida, ao fim de alguns minutos a convulsão cessou, começou a recuperar os sentidos, a fala voltou, levantou-se, aparentemente bem”²⁶.

Percy Bysshe Shelley (1792-1827) tinha alucinações²⁷: uma criança a emergir das águas, batendo as palmas; um casal de amigos ensanguentados; o seu próprio fantasma a falar com ele – autoscopia epiléptica? Teria epilepsia ou crises nervosas?²⁸.

Alfred Lord Tennyson (1809-1892) tinha uma história familiar de epilepsia²⁰. Relata: “Subitamente, a própria individualidade parece dissolver-se num ser sem limites e isto não é um estado confusional, mas o mais transparente dos transparentes, o mais claro dos claros, o mais estranho dos estranhos, absolutamente para além das palavras”²⁰. Doença mental?²⁸

Laurence Edward Alan Lee (1914-1997) ficou com epilepsia após queda de bicicleta; manteve disso segredo até os seus escritos terem sido lidos pelos seus biógrafos após a sua morte²⁹.

Dos personagens históricos, Alexandre, o Grande (356-323 a.C.) parecia sofrer de crises de fúria, ao invés de Júlio César (100-44 a.C.) que teve crises nos 2 últimos anos de vida (tumor cerebral?), duas crises enquanto trabalhava (Gaius Suetonius Tranquillus), uma na batalha de Tapsus (Plutarco). É conhecido o facto de um episódio ter ocasionado uma queda no rio Tibre.

Joana d’Arc (1412-1431) teria crises reflexas desencadeadas pelo repicar dos sinos – experiências agradáveis “nas quais o mundo se ia revelar”, vozes de santos, visões de anjos³⁰. A hipótese de serem devidas a um tuberculoma do lobo temporal, no contexto de tuberculose crónica disseminada (levantada pelo contacto com tuberculose bovina, amenorreia e o coração e os intestinos encontrados nos resíduos da fogueira que a vitimou serem incombustíveis) é refutada devido ao facto desta doença ser incompatível com a actividade desempenhada por aquela heroína³¹.

A doença que afligia o Cardeal Richelieu (1585-1642) foi atribuída a febres, nevralgias, cefaleias e epilepsia. Seriam apenas acessos de lacrimejo²⁸?

Napoleão Bonaparte (1769-1821) quando estava na escola militar, ao ser punido a comer ajoelhado, por insubordinação, teve uma crise, foi dispensado desse castigo. Como refere Talleyrand, em 1805: “Gemia e babava, tinha uma espécie de convulsões que demoravam um quarto de hora”.

No concernente a figuras religiosas com epilepsia, São Paulo (3-67) sofreria de crises sensitivo-motoras da face seguidas a crises de êxtase. Quanto a Maomé “A face

adquiriria um matiz sombrio, durante uma hora parecia bêbado, suava profusamente, o anjo Gabriel falava-lhe directamente ou a mensagem surgia como um som de uma campainha³². O Profeta pede ao Senhor para o livrar “do dano provocado pela Lua quando esta se eclipsar”³³ (epilepsia) e “dos danos das mulheres que sopram nos nós” (feiticeiras).

No caso dos compositores, George Frederick Handel (1685-1759) sofreu dois acidentes vasculares cerebrais, pondo-se a hipótese de sofrer de epilepsia de etiologia vascular. As perdas do conhecimento de Niccolò Paganini (1782-1840) seriam devidas a fraqueza ou exaustão²⁸. A pretensa epilepsia de Ludwig van Beethoven (1770-1827) dever-se-ia a ter um familiar ou amigo com esta doença²⁷. Mais modernamente foi encontrado um alto teor de chumbo nos seus cabelos, o qual era usado para conservar o vinho, bebida de que o compositor abusava, o que explicaria a surdez e as cólicas abdominais³⁴.

Pyotr Ilyich Tchaikovsky (1840-1893) tinha história familiar de epilepsia do lado materno³⁵ e crises nas horas que antecederam a sua morte²⁷. Seriam as “suas pequenas crises apopléticas”³⁵ crises nervosas devidas a problemas com a sua homossexualidade?

Hector Berlioz (1803-1869) descreve os episódios que o atormentavam: “E o acesso declarou-se com toda a força, sofri atrozmente, deitei-me na terra, gemendo, estendendo os meus braços dolorosos, arrancando convulsivamente punhados de ervas e de inocentes margaridas que abriam em vão os seus grandes olhos surpreendidos, lutando contra a ausência, contra o horrível *isolamento*”³⁶. A sua noiva foi avisada pelos amigos do compositor de que este sofreria de epilepsia, diagnóstico posto em causa, em detrimento de “crises de *spleen*”²⁸.

Na sua crise inaugural, George Gershwin (1898-1937) tentou abrir a porta de um carro em movimento e esmagou uma caixa de chocolates, ficando com amnésia para este acontecimento³⁷; foi seguida de crises uncinadas (cheiro a borracha queimada), sintomas de um glioblastoma multiforme³⁸, de que veio a falecer.

Quanto a cientistas, Blaise Pascal (1623-1662) – filósofo, físico e matemático - teve uma experiência mística em que “sentiu a mão de Deus” durante duas horas; seria epilepsia devida a prováveis metástases cerebrais de neoplasia gástrica^{28, 39}

Isaac Newton (1642-1727) teve dois “colapsos nervosos”, não epilepsia²⁸; modernamente põe-se a hipótese de sofrer de síndrome de Asperger⁴⁰.

Emanuel Swedenborg (1688-1772) que se distinguiu em variados campos (anatomia geologia, astronomia, hidráulica e filosofia) sentia-se designado pelo Senhor, que lhe

apareceu em 1744, para a missão de ser o porta-voz da revelação do sentido espiritual da Bíblia, até então oculto, tendo sido testemunha ocular do Juízo Final⁴¹; teria epilepsia do lobo temporal⁴² ou uma psicose⁴³?

A Gregor Mendel (1822-1884) uma “doença psicossomática (?) tornou-o incapaz para as actividades pastorais”⁴⁴ a qual o acamava durante semanas: Epilepsia? Ansiedade?

Alfred Nobel (1833-1896) teve convulsões febris: “O meu berço parecia o leito da morte... as convulsões sucediam-se”⁴⁵.

Vários pintores foram considerados como epiléticos. Leonardo da Vinci (1452-1519) tinha crises de pânico e “espasmos quando os discípulos eram negligentes”⁴⁶. Michelangelo Buonarroti (1475-1564), aos 86 anos, teve uma lipotimia devida ao calor⁴⁷. Eugène Delacroix (1798-1863), membro do Clube Francês de Haxixe, consumia esta droga⁴⁸, talvez a razão por lhe ser atribuída uma epilepsia do lobo temporal⁷.

Edward Lear (1812-1888), ilustrador e poeta, tinha epilepsia desde criança, que ocultou, mas registou em diário⁴⁹. George Inness (1825-1894) tinha igualmente epilepsia desde a infância⁵⁰.

Mais complicado é o caso de Vincent Van Gogh (1853-1890). Em 1888 muda-se para Arles para a Casa Amarela, onde se lhe junta Paul Gauguin. A 23 de Dezembro ataca Gauguin com uma navalha e mutila a própria orelha que oferece à prostituta que amava – Rachel, juntamente com a notícia do acontecimento. Põem-se duas hipóteses pelo ataque a Paul Gauguin: imaginar que este desejava ter um romance com sua amada Rachel ou ter um sentimento possessivo sobre Gauguin e procurar evitar que este cumprisse as ameaças de se ir embora da “Casa Amarela”⁵¹. É suturado no Hospital de Arles pelo Dr. Félix Rey que diagnostica epilepsia psicomotora e trata com brometo de potássio. Em 1889 é internado, voluntariamente, no asilo de Saint-Rémy. Posteriormente vai para Auvers-sur-Oise, onde é tratado pelo Dr. Paul Gachet, que diagnostica epilepsia e medica com digitalina. Dias depois de pintar “O campo de trigo com corvos”, retorna ao mesmo, desfere um tiro no tórax, volta para casa; quando o acontecimento é descoberto os cuidados ministrados pelo Dr. Gachet são infrutíferos.

Van Gogh descrevia as crises como uma “tempestade interior” – alucinações, raiva, confusão e medo e um dilúvio de memórias, que o perturbavam porque não as controlava, mas o pessoal hospitalar presenciou crises generalizadas tónico-clónicas.

Põem-se várias hipóteses para explicar a epilepsia deste pintor: o Dr. Paul Gachet acha-a devida a uma intoxicação crónica por terebintina, aliada a lesão cerebral pela luz solar intensa do sul da França¹⁷; intoxicação pelos terpenos:

absinto - a sua “fada verde” (tujona), cânfora (impregnação do travesseiro e do colchão para combater a insônia), terebintina (solvente e secante de tintas e pigmentos) – hábito de comer as pinturas⁵². Gastaut acha que Van Gogh tinha uma epilepsia do lobo temporal precipitada pelo uso do absinto na presença de antiga lesão límbica com sintomatologia de emocionalidade aumentada, viscosidade e hiposexualidade⁵³. Aventa-se ainda a possibilidade de uma encefalopatia saturnina, com delírios e crises psicomotoras⁵⁴.

Outra incógnita é a predileção em pintar quadros em tons de amarelo. Devido à intoxicação pelo absinto, provocando xantopsia? Intoxicação digitalica^{55, 56}? Percepção de cores mais brilhante e imagens mais vividas, consequência de lesões temporais⁵⁷? Glaucoma^{56, 58}?

Afinal de que doença sofreria? Porfíria aguda intermitente 59, 60? Epilepsia? Esquizofrenia com alucinações auditivas? Doença de Menière? Absintismo? Intoxicação por terpenos? Encefalopatia saturnina? Doença da personalidade⁶¹? Psicose ciclóide⁶²? Doença bipolar⁶³? Esquizofrenia⁶³?

Kyffin Williams (1918-2006) tinha epilepsia em criança. Tornou-se pintor por conselho médico: “Como você é, na realidade, anormal, é boa ideia refugiar-se na arte”⁶⁴.

No fundo, é necessária uma certa precaução em aceitar o rótulo de epilepsia em muitas personagens. O diagnóstico era impreciso nos tempos mais recuados, a melancolia “predispunha” a epilepsia, situações não epiléticas eram confundidas com epilepsia, o termo “crise” não significava sempre epilepsia, as atitudes/actos menos comuns eram mal interpretados, existe a tradição em apontar figuras célebres como pessoas com epilepsia.. ■

Bibliografia

1. Temkin O. *The Falling Sickness*, 2nd Ed. Johns Hopkins University Press. Baltimore and London, 1971.
2. Célio Aureliano. *On Acute Diseases and on Chronic Diseases*. Ed & transl. I E Drabkin. The university of Chicago Press. Chicago, 1950.
3. Schneble H. *Krankheit der ungezählten Namen*. Huber-Verlag, 1987.
4. Whitwell JR. *Historical notes on Psychiatry*. Lewis, London, 1936.
5. Hipócrates. *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Trad. Émile Littré. J. B. Baillière, Paris, 1839.
6. Engel J Jr. *Seizures and Epilepsy*. FA.Davis Co., Philadelphia, 1989.
7. LaPlante E. *Seized*. HarperCollins Publishers, Nova Iorque, 1993.
8. Spiers P. Citado por Steven C. Schachter. www.epilepsy.com/epilepsy/famous.html
9. Bear D. Citado por Steven C. Schachter. www.epilepsy.com/epilepsy/famous.html
10. Dante Alighieri. *A Divina Comédia. O Inferno*.
11. Walker H, Molière. Twayne, New York, 1971.
12. *Tales of My Landlord*. Collected and Arranged by Jedediah Cleishbotham, Schoolmaster and Parish-clerk of Gandercleugh. In Four Volumes. Vol. I (II-IV). Edinburgh: Printed for William Blackwood, Prince's Street: and John Murray, Albemarle Street, London, 1816.
13. Swift J. *As Viagens de Gulliver*. Adaptação livre de João de Barros. Livraria Sá da Costa.
14. Bazil C. *Seizures in the life and works of Edgar Allan Poe*. *Archives of Neurology* 1999;56 (6): 740-3.
15. Cosnett J: Charles Dickens and epilepsy. *Epilepsia* 1994;35:903-905.
16. Krasner N. *Epigraph* 2002; 1:7.
17. Yacubian E. <http://www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep19.htm>
18. Dostoevsky F. *O Idiota*. Editorial Presença. 2001.
19. Lovell J. *Epilepsy and art of F M Dostoevsky*. *Aust Fam Physician* 1997;26 (1): 62-63.
20. C. Schachter SC. www.epilepsy.com/epilepsy/famous.html
21. Gastaut H, Gastaut Y, Broughton R. Gustave Flaubert's illness: a case report in evidence against the erroneous notion of psychogenic epilepsy. *Epilepsia* 1984;25 (5): 622-37.
22. web.uvic.ca/french/courses/french446/opium/1.html
23. Aarli J. Medical treatment abroad. Why Bjørnstjerne Bjørnson died in Paris 1910. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995; 115 (30): 3740-4.
24. Lopes JL. *A psiquiatria de Machado de Assis*, 2ª edição. Agir Editora, Rio de Janeiro, 1981.
25. Reynolds EH. The impact of epilepsy on Graham Greene. *Epilepsia* 2001;2(8):1091-3.
26. Galt J. *The Life of Lord Byron*. Chapter XLVI. 1830.
27. Mondragon BC 1997-2006. www.neuroticpoets.com/shelley/
28. Hughes JR. Did all those famous people really have epilepsy? *Epilepsy & Behavior* 2005; 6 (2): 115-39.
29. Knight J. Laurie Lee: Myth and Reality. 2000.
30. Bayne L. www.epilepsy.com/epilepsy/famous.html
31. Nores JM, Yakovlev Y. A historical case of disseminated chronic tuberculosis. *Neuropsychobiology*. 1995;32(2):79-80.
32. Ibn Saad. *Biographie Muhammeds bis zur Flucht*. Trd. Von Eugen Mittwoch. Brill. Leiden, 1905.
33. Alcorão, Capítulo cxiii.
34. Martin R. Os cabelos de Beethoven. *Temas e Debates*. 2002
35. Newmarch R. "Tchaikovsky. His life and works, with extracts from his writings..." Greenwood Press, 1969.
36. Berlioz H. *Mémoires*, cap. XL, 1848-1854. Michel Lévy Frères, Éditeurs, Paris, 1870.
37. Sloop GD. *Journal of Medical Biography* 2001; 9:28-30.
38. Teive HAG, Germiniani FMB, Alexander B, Cardoso AB, Paola L, Werneck LC. The uncinated crisis of George Gershwin. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. Junho 2002; vol.60 nº.2B São Paulo .
39. http://www.moorecad.com/standardpascal/blaise_pascal.html
40. <http://rarediseases.about.com/cs/aspergerssyndrome/a/041003.htm>
41. Swedenborg E. *Apocalypsis Revelata* (1766).
42. Foote-Smite E, Smith TJ. Emanuel Swedenborg. *Epilepsia* 1996 Feb;37(2):211-8.
43. Johnson J. Henry Maudsley on Swedenborg's messianic psychosis. *Br J Psychiatry*. 1994 Nov;165(5):690-1.
44. Weiling F. *Am J Med Genet*. 1991 Jul 1;40(1):1-25; discussion 26.
45. Shaplen R. *Annals of science: adventure of a pacifist II*, 1958. New Yorker: 41– 89.
46. Taylor RA. *Leonardo the Florentine*, Viking Press, New York, 1952.
47. Bull G. *Michelangelo*, St Martin's Press, New York, 1995.
48. http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/aus/can_ch3.htm
49. <http://www.charge.org.uk/htmlsite/lear.shtml>
50. Klos SL. <http://virtualology.com/GEORGEINNESS.NET/>
51. http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/belas_artes/cap14.htm
52. Arnold WN. Vincent van Gogh and the thujone connection. *JAMA* 1988; 260: 3042-3044.
53. Gastaut H. La maladie de Vincent van Gogh envisagée à la lumière des conceptions nouvelles sur l'épilepsie psychomotrice. *Ass Med Psychol* 1956;114: 196-238.
54. González Luque FJ, Montejo González AL. Vincent van Gogh y los colores tóxicos de Saturno. *Salamanca*, 2004.
55. Yacubian, E. M. T. *Epilepsia, da antiguidade ao Segundo milênio: saindo das sombras*. Lemos Editorial e Gráficos, São Paulo, 2000.
56. Lee TC, Van Gogh's vision. *Digitalis intoxication*, *JAMA* 1981; 245:727-729.
57. Khoshbin S. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/837632.stm>
58. Maire FW. Van Gogh's suicide. *JAMA* 1971; 217 (7): 938-939.
59. Loftus LS, Arnold WN. Vincent van Gogh's illness: acute intermittent porphyria. *Br Med J* 1991; 303:1589-1591.
60. Kienin RA. Discussion of van Gogh: Ménière's disease? *Epilepsy? Psychosis?*, *JAMA* 1991; 265: 722-724.
61. Mehlum L. Suicidal process and suicidal motives: suicide illustrated by the art, life and illness of Vincent van Gogh. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996; 116:1095-1101.
62. Strik WK. The psychiatric diagnosis of Vincent van Gogh. *Nervenarzt* 1997; 68: 401-409.
63. Blumer D, The illness of Vincent van Gogh. *Am J Psychiatry* 2002; 159:519-526.
64. http://www.bbc.co.uk/wales/arts/sites/art/pages/kyffin_williams.shtml

Correspondência:

Francisco Pinto
Serviço de Neurologia
Hospital Fernando Fonseca, IC 19
2720-276 AMADORA, Portugal
fjapinto@netcabo.pt

Literatura em Língua Portuguesa e Neurologia¹

Francisco Cardoso

Setor de Neurologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

1) Contém parte de material apresentado em conferência com este título apresentada no Congresso de Neurologia 2006, ocorrido no Porto, Portugal, em 25 a 28 de Novembro de 2006.

Introdução

Inicialmente, gostaria de agradecer à Sociedade Portuguesa de Neurologia, em particular ao Prof. António Freire Gonçalves e à Dra. Cristina Januário, pela gentileza do honroso convite. Foi um imenso prazer comparecer à cidade do Porto que saúdo com as palavras de Murilo Mendes (1901-1975), mineiro de inescapável destino de poeta pois qual outra profissão se espera de alguém casado com a Saudade (filha do grande Jaime Cortesão) e agora habitante do lusitaníssimo Cemitério dos Prazeres:

*A óptica da chegada ao Porto pelo trem
Foguete projeta-nos logo na atmosfera de rigor
ibérico que sem rodeios indica, através da
arquitetura e do urbanismo, a problemática
humana: tudo relacionado à situação natural
do lugar. O golpe, digamos, toledano, das
rochas, o casario monumental oposto ao casa-
rio serial da correnteza cotidiana, o recorte das
pontes alternadas, o Douro trajando aparecen-
tes ou desaparecentes barcos rabelos de matéria
e sonho a ligar o vinho do Porto (ou da Grécia?)
à inexaurível sede ecumênica, a torre atenta
dos Clérigos em alerta, as pessoas lá embaixo
movimentando-se a modo de insetos, os pontos
de interjeição do verde interrompido entre
pedras fatigadas, todo o conjunto refere-se,
duro, de cara fechada, ao esquema apologético
do andarilho Teixeira Gomes quando anuncia:
“o Porto, a cidade mais pitoresca do mundo”.*

Janelas Verdes

As relações entre neurologia e literatura compreendem três aspectos: o estudo das doenças neurológicas que afetam escritores; a representação de doenças neurológicas em obras literárias; e a influência que enfermidades neurológicas possam ter sobre a obra de escritores. O primeiro tópico é particularmente de interesse do historiador. Exemplo clássico neste item é a epilepsia de Dostoiévsky. É

verdade que ainda existem dúvidas se suas crises seriam ou não psicogênicas (isto é, não de origem neurológica mas sim resultantes de distúrbio psiquiátrico). O segundo aspecto, por sua vez, pode envolver tanto a ocasional presença de sintomas de doenças neurológicas em personagens pertencentes a obras literárias, como textos inteiramente dedicados a representar portadores de enfermidades neurológicas. Este último estilo tem alcançado certa popularidade nos últimos anos, em especial com a proliferação de textos escritos por médicos. Trata-se, porém, de caminho perigoso, na medida em que quase invariavelmente estes escritos contêm incorreções técnicas e, pior, transformam-se em *freak-shows*. Isto é, mesmo com uma aparente superfície de bonomia e solidariedade, comumente cedem à tentação de trazer ao público leigo a bizarrice de situações que quase sempre são muito raras. Mais interessante é a terceira forma de relação, por sugerir a possibilidade de que doenças neurológicas de escritores interfiram na sua obra. Esta faceta é mais claramente estudada em psiquiatria. Um exemplo já clássico é James Joyce, que seria portador de psicose a qual teria determinado características importantes de sua obra. A literatura de língua portuguesa contém exemplos que nos permitem discutir estes três aspectos. Naturalmente que, devido a limitações de espaço e de meus conhecimentos, o tema não é exaurido neste artigo, centrado em apenas alguns autores, selecionados de modo algo arbitrário. Foi feito, porém, esforço para escolher exemplos suficientemente expressivos dos aspectos que se pretende discutir no texto. Além disto, ziguezaguearei entre os dois lados lusófonos do Atlântico.

Luiz Vaz de Camões

Já em “Os Lusíadas”, Camões alude a numerosos aspectos médicos. Ele registra, por exemplo, que a primeira escola de Medicina em língua portuguesa foi instalada em Coimbra. Pedro Nava², em discurso proferido no Real Gabinete Português de Leitura no Rio de Janeiro, sugere que a descrição do gigante Adamastor foi inspirada na observação de um portador de gigantismo secundário a tumor de hipófise:

2) Primeiro reumatologista brasileiro, nascido em Minas Gerais (1903), suicidou-se no Rio de Janeiro (1984) depois de criar obra memorialista, inspirada em Eça de Queiroz e Marcel Proust, e por muitos considerada como a mais significativa deste gênero no Brasil.

*Não acabava quando uma figura
Se nos mostra no ar robusta e válida
De disforme e grandíssima estatura;
O rosto carregado a barba esqualida,
Os olhos encovados, e a postura
Medonha e má e a cor terrena e pálida;
Cheos de terra e crespos os cabelos,
A boca negra, os dentes amarelos.*

Os Lusíadas, V, XXXIX

Devo admitir que isto me parece certa licença poética. Inequívocas, porém, são as descrições detalhadas que faz Camões de problemas não-neurológicos, como escorbuto (enfermidade por carência vitamínica que afligia os tripulantes dos navios das grandes navegações) e ferimentos de guerra. Aproveito a menção a Camões, para registrar sua descrição do estabelecimento em Coimbra da primeira Faculdade de Medicina de língua portuguesa:

*Fez primeiro em Coimbra exercitar-se
O valeroso ofício de Minerva;*

Os Lusíadas, III, XCVII

Machado de Assis

Em vários pontos de sua obra Machado de Assis (1839-1908) documenta a presença de enfermidades neurológicas. Este mulato carioca, filho de Francisco José de Assis e da açoriana Maria Leopoldina Machado, é unanimemente percebido como o maior escritor em prosa no Brasil.

No romance Quincas Borbas, o personagem principal acaba seus dias em Barbacena³, apresenta características clínicas muito sugestivas de paralisia geral progressiva, uma das formas neurológicas de sífilis: quadro demencial com delírios de grandeza. É também notável a descrição do *delirium* de Brás Cubas (capítulo VII), onde se descrevem as alucinações visuais, tão típicas desta condição:

“Que me conste, ainda ninguém relatou o seu próprio delírio; faço-o eu, e a ciência me agradecerá. Se o leitor não é dado à contemplação destes fenômenos mentais, pode saltar o capítulo; vá direto à narração”

“Primeiramente, tomei a figura de um barbeiro chinês, bojudo, destro, escanhoando um mandarim, que me pagava o trabalho com beliscões e confeitos: caprichos de mandarim.

Logo depois, senti-me transformado na Summa Theologica de São Tomás...”

“Ultimamente, restituído à forma humana, vi chegar um hipopótomo, que me arrebatou. Deixei-me ir, calado, não sei se por medo ou confiança; mas, dentro em pouco, a carreira de tal modo se tornou vertiginosa, que me atrevi a interrogá-lo, e com alguma arte lhe disse que a viagem me parecia sem destino. – Engana-se – replicou o animal –, nós vamos à origem dos séculos”

Memória Póstumas de Brás Cubas, Cap. VII

Eça de Queiroz admirava particularmente este trecho, havendo registros confiáveis que ele o sabia de cor e o repetia em voz alta em sua casa em Paris. Machado estava bem familiarizado com o fato de que portadores de *delirium* têm amnésia referente ao episódio: ele inicia o capítulo comentando que este seria o primeiro registro desta condição neurológica feito de próprio punho pelo paciente. Este ponto reforça a peculiaridade da situação do narrador de “As Memórias Póstumas de Brás Cubas”, um defunto que redige sua autobiografia.

Sabe-se há muito que Machado de Assis era epiléptico. Cartas do próprio escritor e relatos de terceiros mostram com clareza que a epilepsia causava-lhe vergonha. A partir de relatos de testemunhas de suas crises, diagnosticou-se que suas crises epilépticas tinham origem no lobo temporal. Muitos autores relacionam este tipo de epilepsia com presença de alterações do humor como depressão. Para alguns, a melancolia que permeia boa parte da obra de Machado poderia ser relacionada, então, à sua doença neurológica. Isto, no entanto, encontra-se aberto a discussão. Há, inegavelmente, evidência que estabelece relação entre epilepsia do lobo temporal e depressão. No entanto, a interpretação dos estudos precisa se feita com cautela, pois eles apenas mostram que essa mudança do humor é mais freqüente em portadores de epilepsia do lobo temporal. Provavelmente mais importante, este tom da literatura de Machado parece refletir certo *zeitgeist*, presente em vários autores contemporâneos, como Henry James e Eça de Queiroz, que não tinham epilepsia.

Eça de Queiroz

Hoje menos popular no Brasil e em Portugal, durante sua vida e na primeira metade do século XX, Eça (1845-

3) Cidade no interior do estado de Minas Gerais desde o século XIX conhecida por abrigar várias instituições psiquiátricas.

1900) gozou de imenso prestígio nos dois lados do Atlântico. Em relato delicioso para uma publicação lusitana, o crítico brasileiro Antonio Candido rememora a obsessão quanto ao Eça (“ecite”) que grassava aqui no Brasil durante sua juventude. De interesse ao artigo, são aspectos médicos da vida do Eça e sua família. Ainda permanece desconhecida a causa da morte do escritor. De qualquer modo, seu último ano de vida foi passado em desesperadas tentativas de conseguir algum alívio para sua enfermidade através de peregrinações a estações de curas e a médicos famosos europeus. Ele correspondia-se, no entanto, com sua esposa, Emília, que ficara com os filhos do casal em Paris. O que há de notável nesta correspondência é Eça utilizar-se de seu poderio técnico como escritor para descrever em detalhes várias características da coréia reumática ou de Sydenham (por vezes conhecida popularmente como doença de São Vito) que afetou o filho José Maria D’Eça de Queiroz, o Zezé (1888-1928), ignoradas pela medicina de então. Através destas cartas, em especial uma escrita por Eça a D. Emília, possivelmente em 24 de junho de 1900, ficamos sabendo que as crianças haviam sido infectadas pela bactéria estreptococos, causadora da escarlatina e deste tipo de coréia. À época, a neurologia mais avançada concentrava-se em Paris, no serviço de Jean Martins Charcot em *La Salpêtrière*. Mesmo neste centro, os especialistas tinham dificuldades em definir o que era coréia e como separá-la de outros movimentos anormais. Em contraste, a carta de Eça à esposa descreve o movimento anormal, enfatizando a presença de fluxo de contrações musculares contínuas e ao acaso. Estas características, hoje amplamente aceitas para definir coréia, viriam a ser reconhecidas pela medicina apenas quase um século mais tarde. A ineficiência de medicações em resolver a coréia e sua tendência à cura espontânea são também registradas na carta à esposa. A carta é tão notável que não posso deixar de citá-la ao menos em parte aqui:

“Em quanto aos movimentos não tem gravidade, nem importância que eles tenham se tornado mais desconexos. Na coréia o fato desagradável é que os movimentos se desconsertem at all: porque o serem apenas ligeiramente desconsertados, ou loucamente desconexos, a ponto da criança não poder andar, não tem importância não agrava nem prolonga a doença. A intensidade depende do temperamento da criança; e os movimentos são sempre mais saccadés e desencontrados em crianças que já tinham antes uma extrema vivacidade – como o Zezé. O mesmo a respeito da fala, que se pode

entaramelar de todo sem que isso tenha importância na marcha da doença.”

“A coréia não tem remédio específico – e o que dá muito resultado nalgumas crianças, é noutras inteiramente ineficaz. O costume é fazer sucessivas experiências. O Hilário (segundo disse o Prado) preferia o arseniato de ferro. O Melo Viana, creio que prefere os calmantes. Todos eles (estes remédios) têm feito curas. Mas quem as faz sobretudo é o repouso e bom ar. Em todo o caso (diz o Melo Viana), agora, é necessário dar à antipirina a fair-trial.”

“Em quanto à duração da doença. Os 15 dias prometidos pelo Raymond foram para te sossegar (o mesmo disse o Hilário ao Prado). Raramente a doença passa tão depressa. Pelo menos seis semanas ou dois meses.”

Carta a D. Emília (24 de Junho de 1900?)

Pelo livro de memórias da filha mais velha de Eça, Maria, ficamos sabendo que em poucos meses a coréia do Zezé desaparecera. Uma curiosidade é ter sido o Zezé um monarquista fervoroso, havendo, inclusive, acompanhado D. Manuel II, em seu exílio em Londres. Envolvido em tentativas de restaurar a monarquia, precisou exilar-se várias vezes, numa delas tendo morado por quatro anos no Rio de Janeiro.

João Cabral de Melo Neto

Na minha opinião, este recifense (1920), que morreu no Rio de Janeiro em 1999, é o maior poeta brasileiro de todos os tempos, tendo sido distinguido com o Prêmio Camões em 1990. Ele perseguiu carreira diplomática, a qual o levou a morar em vários países da América Latina, África e Europa. Aliás, por alguns anos foi Cônsul Geral do Brasil no Porto. Na Espanha, morou prolongadamente em Sevilha (junto com Recife, a cidade da qual mais gostou na vida) e Barcelona. Ao longo da vida sofreu intensamente com dor de cabeça, possivelmente enxaqueca. Na Catalunha, numa tentativa desesperada e fracassada de livrar-se deste problema neurológico, ele se submeteu a cirurgia de remoção de gânglio esfenoplatino. Há uma extraordinária entrevista concedida à televisão brasileira, pouco antes de sua morte, em que João Cabral continuamente verifica a hora para saber se já pode tomar mais um comprimido de analgésico. Tão grato à medicação de uso habitual, no livro *A Educação pela Pedra* (1962-1965), ele escreve poema em sua homenagem:

Num Monumento à Aspirina

*Claramente: o mais prático dos sóis,
o sol de um comprimido de aspirina:
de emprego fácil, portátil e barato,
compacto de sol na lápide sucinta.
Principalmente porque, sol artificial,
que nada limita a funcionar de dia,
que a noite não expulsa, cada noite,
sol imune às leis de meteorologia,
a toda hora em que se necessita dele
levanta e vem (sempre num claro dia):
acende, para secar a aniagem da alma,
quará-la, em linhos de um meio-dia.*

A Educação Pela Pedra (1962-1965)

Apesar de ter atormentado o autor por toda a sua vida, afora este poema, desconheço alguma outra influência da enxaqueca sobre a obra de João Cabral.

José Cardoso Pires

À diferença do ocorrido com João Cabral, uma doença neurológica foi mais importante na obra de Cardoso Pires (1925-1998). Este Alentejano, homem de educação formal relativamente pequena, produziu obra constituída especialmente por romances e considerada das mais importantes no século XX em língua portuguesa. Dois livros que me agradam muito são *O Delfim* e *A Balada da Praia dos Cães*. Ambos abordam a vida política do país, refletindo o engajamento do autor, que durante o Estado Novo salazarista foi obrigado a exilar-se algumas vezes, numa delas aqui no Brasil. De modo nenhum, porém, são panfletários seus livros. Pelo contrário, invariavelmente oferecem registro da fragmentação da alma humana. *A Balada da Praia dos Cães* é um belo exemplo disto: descrevendo episódio anterior à Revolução dos Cravos, foi escrito logo depois da queda do regime salazarista. Os protagonistas mostram que sexo e amor têm precedência à ideologia. De interesse neurológico, porém, é seu penúltimo livro, *De Profundis. Valsa Lenta*. Em 1995 o autor sofreu um acidente vascular cerebral no hemisfério cerebral esquerdo que, durante alguns dias, produziu afasia no autor. Durante este período de tempo, ele foi levado ao Santa Maria, que, gosto sempre de frisar, situa-se não muito longe da Torre do Tombo, onde fica guardada boa parte da memória brasileira. Dois anos após recuperar-se, ele escreveu o livro. Seguramente não é sua melhor obra sob o aspecto técnico. Mas, neurologicamente, é um texto de grande importância. Não tanto por ser um dos poucos textos escritos por afásicos sobre afasia. Ou ainda por reiterar características da

afasia de compreensão já bem conhecidas desde o trabalho clássico de Wernicke no século XIX: o paciente não compreende linguagem verbal falada ou escrita, desenvolvendo fala fluente mas permeada de neologismos e jargões. O grande interesse do livro de Cardoso Pires é de outra ordem. A partir da notícia, errônea, dada pela imprensa portuguesa que ele estava em morte cerebral, o autor diz que sofreu, na verdade “morte branca”. Incapaz de recordar por si de quase tudo que lhe ocorrera, seu texto se constrói a partir de três lembranças (a pulseira vermelha do relógio da neurologista que lhe atendia; o vagar pelos amplos corredores do Santa Maria ocupados por fantasmas sem rosto; e um inscrição críptica, quiçá em algum idioma cirílico, no umbral de uma porta cuja função ele ignorava completamente) e das informações dadas por Edite, sua esposa.

Os nomes. A preocupação de se reconhecer vivo, identificando-se pela identificação dos outros. Durante a travessia da trevas brancas os diálogos com a Edite foram em grande parte uma busca de referências, um inquérito em total inconsciência na tentativa de se se recapitular para voltar a ser indivíduo com passado. A família e os visitantes que lhe apareciam quem eram? Donde vinham e que ligações tinham com ele? O pior é que rarissimamente se preocupava em os situar na sua vida (tinha aceitado que não era capaz, foi a impressão com que eu fiquei até hoje) e, quando muito, punha-se a olhá-los sem os ver.

Andar sempre a andar. (...) Passos. Os passos dele: perdidos. Para a frente e para trás, perdidos. O Costume. Se voltar ao televisor, os doentes que irá encontrar diante do ecrã estarão todos sem rosto ou é como se estivessem porque os esquecerá assim que os tocar com o olhar se é que os toca. (...) O mesmo lhe acontece com os dois companheiros de quarto entregues aos seus diálogos de vultos.

Incomunicabilidade, pois. Incomunicabilidade total. Nem voz nem escrita e nem leitura tão-pouco. Morte cerebral, foi com esta expressão que a Agência Lusa passou a notícia à Imprensa para o outro lado dos muros do Hospital de Santa Maria. Morte branca, aponto eu ao alto desta página em que estou a reconstituir passo a passo esse Outro (...).

De Profundis, Valsa Lenta (1997)

Este vazio não apenas inspirou a metáfora “morte branca”, talvez inspirada na novela *Noites Brancas* de Dostoiévsky, mas uma conclusão equivocada de Cardoso Pires, que sofrera perda de memória. Na verdade, sua experiência revela que a linguagem verbal é muito mais do que um rótulo acessório acolado a objetos e pessoas: o nome é a pessoa, o objeto. Por exemplo, a expressão cirílica mencionada acima era, descobriu ele logo após a recuperação, o prosaico nome “Casa de Banhos”. A reversão da afasia, tão abrupta como seu início, teve um efeito epifânico. Cardoso Pires voltou da Casa dos Mortos: não só os nomes como os objetos (porta), lugares (a porta dava acesso aos banheiros) e pessoas (os fantasmas eram seus colegas de internação) voltaram a existir. Ele que durante a doença neurológica, mesmo sem qualquer paralisia, não conseguia ir ao banheiro a não ser pela mão de Dona Edite, readquiriu sua autonomia habitual. Uma outra conclusão que se pode fazer da afasia de Cardoso Pires é que doença neurológica grave tem efeito silenciador sobre a produção literária. Fenômeno semelhante ocorre em termos de produção musical, ainda que sua representação cerebral seja diversa da linguagem verbal. Maurice Ravel (1875-1937), por exemplo, que sofreu de enfermidade degenerativa em seus últimos anos de vida, teve sua carreira de compositor interrompida. Na ocasião, planejava compor a ópera *Don Quichotte à Dulcinée*. Conforme Colette, que havia escrito libreto para a ópera *L'Enfant et les Sortilèges*, Ravel apontava sua cabeça, dizia que a música estava toda ali mas não saía. Seu esforço gerou uma última obra, três breves e simples canções. Voltando à literatura, pouco depois de concluir o livro, Cardoso Pires sofreu lesão anóxica cerebral que o deixou em coma, morrendo ao fim de alguns meses.

Autran Dourado

Nascido em Patos de Minas (cidade no interior de Minas Gerais) em 1926, vive no Rio de Janeiro há décadas, onde continua a escrever ativamente. Em 2000, recebeu o Prêmio Camões. De sua extensa obra, agrada-me em particular *Os Sinos da Agonia*, a Hélade transposta para a Vila Rica. Numa entrevista generosamente concedida em outubro de 2006, Autran falou sobre seu tremor essencial e a possível influência desta doença sobre sua obra. Como é bem sabido, tremor essencial é o movimento anormal mais comum na população geral, ocorrendo em cerca de 5% das pessoas a partir dos 40 anos de idade. Em geral é uma enfermidade hereditária, caracterizada por tremor nas mãos, presente durante a ação, resultando em dificuldade para escrever, comer e outras ações. Comumente confundido com doença de Parkinson (isto já aconteceu,

aliás, com jornalista que entrevistou Autran Dourado há não muito tempo), ao contrário deste, em tremor essencial não ocorre bradicinesia ou outros sinais cardinais de parkinsonismo. Há pelo menos 20 anos Autran percebe intenso tremor de ação nas mãos, havendo familiares pelo lado da sua mãe com problema semelhante. Nos últimos cinco anos, porém, sua intensidade aumentou de modo que parou de fazer textos à mão. Anteriormente ele habituara-se a escrever usando taquigrafia, a qual lhe dava a possibilidade de ser muito rápido. Com a piora do tremor, passou a fazer uso de computador, o que resultou em considerável redução do seu ritmo de escrita, atualmente na ordem de duas páginas ao dia. Afora esta consequência, o tremor essencial não causou qualquer mudança nas preocupações estéticas ou literárias do autor.

Pode-se concluir, então, que, a exemplo do ocorrido com João Cabral de Melo Neto e Autran Dourado, doenças neurológicas são um achaque na vida de escritor sem implicações maiores em suas obras ou, quando graves (José Cardoso Pires, por exemplo) silenciam os escritores por completo. ■

Correspondência:

Francisco Cardoso
Av. Pasteur 89/1107
30150-290 Belo Horizonte MG
Brasil
cardosofe@terra.com.br

Índice de autores

Autor	Artigo	Pág.
António Leite Carneiro	Neurologia sem Neurologistas: a propósito de três “contas” clínicas	4
	Das Therapeuticas	14
	Morte Aparente nos Finais do Séc. XVIII	49
	Persas e Cefaleias	63
	A Escola Médica de Salerno	76
Francisco Cardoso	Literatura em Língua Portuguesa e Neurologia	96
Francisco Pinto	A Primeira Intervenção Neurocirúrgica praticada em Portugal	7
	História do Martelo de Reflexos	9
	A Morte do Rei D. Manuel	22
	Crenças e Superstições em Neurologia	33
	História da Pesquisa da Sensibilidade	46
	Os muitos nomes da epilepsia	56
	As Primeiras Sociedades Neurológicas Portuguesas	69
	Apontamentos Históricos sobre a Doença de Alzheimer em Portugal	81
Genialidade e Epilepsia	92	
José Barros	A Síndrome - no Brasil e em Portugal	17
	Tétano e Pé Descalço no Porto do Século XX	37
	Egas Moniz e Corino de Andrade	67
Paulo Fontoura	A Prática Neurológica nas Centúrias de Amatus Lusitanus	85
Rosalvo Almeida	O “neurologista” Miguel Bombarda, ou... a epilepsia nos finais do século XIX	60
Sebastião Silva Gusmão	Primeira intervenção neurocirúrgica praticada por médico português ou	53
	Primeira intervenção neurocirúrgica praticada em território português	
Vitor Oliveira	Egas Moniz Revisitado	24
	Egas Moniz Revisitado (II- O Homem de Ciência)	29

