

COIMBRA MÉDICA

ANO XII

DEZEMBRO DE 1945

N.º 10

SUMÁRIO

	Pág.
PROF. DOUTOR CARLOS LEPIERRE — dr. Serras e Silva	505
O FACTOR PSÍQUICO EM TERAPÊUTICA INFANTIL — dr. W. Belmonte	510
LES NEVROSES DE GUERRE — NOUVEAUX ASPECTS ETIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES — dr. Léon Litwinski	522
O MECANISMO ALÉRGICO COMO FACTOR DE FISIO-PATOGÉNESE DA DOENÇA INFECCIOSA — dr. Bruno da Costa.	538
A CIÊNCIA DA NUTRIÇÃO EM MEDICINA — por sir Edward Mellanby, K. C. B., F. R. S., M. D., F. R. C. P.	560
LIVROS & REVISTAS — PUBLICAÇÕES RECEBIDAS	568
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	LIII

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha—Prof. Serras e Silva—Prof. Elísio de Moura
—Prof. Alvaro de Matos—Prof. Almeida Ribeiro—Prof. J.
Duarte de Oliveira—Prof. Rocha Brito—Prof. Feliciano Guil-
marães—Prof. Novais e Sousa—Prof. Egidio Aires—Prof. Maxi-
mino Correia—Prof. João Pôrto—Prof. Lúcio de Almeida
—Prof. Augusto Vaz Serra—Prof. António Meliço Silvestre
—Prof. J. Correia de Oliveira—Prof. Luís Raposo

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz
António de Matos Beja
António Nunes da Costa
Armando Tavares de Sousa
Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
Luís Duarte Santos
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano—um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário—Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA.."

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo de Miguel Bombarda—25

COIMBRA

Em resumo, las experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bactérias pathogêneas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Alcides Teixeira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal.,

ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NUPHIAL

Alcalinésia BISMÚTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

Hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfínomania dentro de certos limites.

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

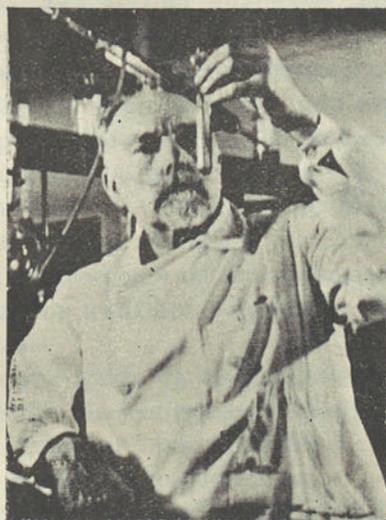
Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

CARLOS LEPIERRE



PROF. DOUTOR CARLOS LEPIERRE

CARLOS LEPIERRE



INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXACTAS
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faleceu em Lisboa, com 78 anos, o professor CARLOS LEPIERRE, que foi em Coimbra preparador do Laboratório de Microbiologia durante 20 anos. Trabalhador infatigável, ocorria aos variados serviços o seu cargo — Escola Industrial Brotero, Laboratório de Microbiologia, Serviços Municipalizados e nunca deixou de atender os alunos que o procurassem para explicações, direcção de trabalhos experimentais, e ainda os particulares, que precisavam de análise química ou bacteriológica. A criação do Laboratório de Microbiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra foi obra sua. LEPIERRE era químico, não conhecia a bacteriologia quando em 1891 tomou conta da montagem daquele Laboratório, e iniciou os primeiros trabalhos de investigação, naquele ramo de ciências biológicas.

A educação que trazia da *Escola Central* de química, habilitava-o para o estudo da bacteriologia, porque era uma educação prática, — sabia organizar uma experiência, sabia observar uma reacção, fazer o exame microscópico, etc.

Em pouco tempo os trabalhos da bacteriologia entusiasmaram alguns alunos que se distinguiram em colaboração com o mestre — o primeiro foi ÂNGELO da FONSECA com o gonococos, trabalho citado nos manuais adoptados dêsse tempo; depois foi NOGUEIRA LÓBO que acompanhou LEPIERRE, no estudo de meningococos, tendo-se exaltado a virulência dêsse germe até ao ponto de matar coelhos em doses insignificantes. O caso levantou críticos de bacteriologistas estrangeiros, que não tinham conseguido esta extrema virulência. AFONSO PINTO foi outro discípulo de LEPIERRE que fêz também honra ao mestre.

Tôda a bacteriologia de Coimbra teve em LEPIERRE o seu promotor, até à sua saída, em 1911, para Lisboa, para o Insti-

tuto Superior Técnico, onde continuou a fazer discípulos, mas só em química. A cultura da ciência com LEPIERRE, era um divertimento, não era a maçada que aborrece os estudantes com estudos abstractos e mnemónicos.

Sabia animar, dar a confiança, a esperança de uma recompensa, com a verificação de uma hipótese, com a averiguação de uma causa que explicasse um fenómeno obscuro. Entendia e ensinava que um trabalho experimental nunca era em vão, havia sempre alguma coisa que recompensava o esforço — um aperfeiçoamento de técnica, da manipulação, uma melhor visão do problema, qualquer pormenor novo e elucidativo ou ao menos a familiaridade com os instrumentos de análise. A cultura não consiste na erudição; a cultura é uma capacidade e por isso alguém disse que a cultura é o que fica depois de tudo esquecido.

Os trabalhos de laboratório são meios importantes da cultura, porque aumentam a capacidade, sem carregar a memória. Uma vez, durante o meu quinto ano de medicina, um professor entregou ao curso um frasco com filamentos brancos, de comprimento de alguns centímetros, e com dilatação aqui e acolá. Propunha aos alunos a diagnose do que era aquilo, que uma criança vomitara. Êle, professor, supunha que era de natureza vegetal.

Seria vegetal ou animal?

Como fazer a destrinça? Não sabíamos. O LEPIERRE, ouviu, disse imediatamente: é fácil, é queimar, se cheirar a corno queimado é animal. Assim se fêz e ficou assente que era animal. Era por certo um parasita, mas qual? As descrições que os livros nos davam não se pareciam absolutamente nada com o que ali estava no frasco.

Foi então que um de nós se lembrou que podia tratar-se dos intestinos da lombriga, porque aos dez anos tinha visto uma lombriga partida em dois pedaços e entre êles estendia-se uma coisa muito parecida.

Os invólucros da lombriga teriam sido digeridos no estômago, e os intestinos vomitados. Um outro estudante procurava no necrotério as lombrigas, lá estavam os mesmos filamentos, que não eram senão os ovários da fêmea.

Estava esclarecido o problema graças à intervenção do LEPIERRE e da observação de uma criança, que aos dez anos

vira e retivera a imagem de uma lombriga cortada em dois pedaços. Hoje alguns liceus têm cartões em que estão pintados os ovários das lombrigas.

LEPIERRE teve no fim da sua carreira um grande desgosto, motivado pelo zelo insensato de um tribunal que o chamou a responder pela opinião expressa em boletim de análise, em que declarou não ser a saponária em doses pequenas nociva à saúde pública. Anos depois de ter escrito aquêl boletim, o Conselho Superior de Higiene declarou a saponária nociva à saúde pública.

LEPIERRE não tinha violado, na sua declaração, nenhuma lei que ao tempo não existia e por isso não se compreendia que o chamassem ao tribunal. Fui testemunha de defesa nesse processo e conservo a dolorosa recordação de assistir a uma condenação por motivo extralegal = o juiz permitiu-se classificar de errônea a opinião da inocência da saponária, que aliás foi afirmada no tribunal por mais dois químicos, da maior competência. LEPIERRE sofreu a injúria e calou-se. Que uma Academia condenasse a sua afirmação compreendia-se, mas um tribunal que tem a seu cargo vigiar pelo espírito das leis, é coisa inédita. Depois da condenação LEPIERRE continuou a trabalhar com o mesmo ardor e com os mesmos resultados. Foi um mestre e um exemplo.

SERRAS E SILVA.

O FACTOR PSÍQUICO EM TERAPÊUTICA INFANTIL

POR

DR. W. BELMONTE

ANTIGO INTERNO DA SECÇÃO CIRÚRGICA DA CLÍNICA PEDIÁTRICA
DA UNIVERSIDADE DE LEIPZIG

É com prazer que registamos que, nos últimos anos, médicos de nome têm tratado, tanto na teoria como na prática, do bem-estar psíquico dos doentes que lhes são confiados. Nos hospitais públicos realiza-se esta influência psíquica directamente, enquanto no consultório apenas se pode fazer sob a forma de conselhos. O decurso da maior parte das doenças pode ser influenciado pela disposição psíquica do doente. A vontade do doente em recuperar a saúde é um factor essencial para a convalescença, o que é de grande importância quando há ameaças de complicações nervosas (depois de desastres, etc.).

O doente adulto trata, em geral, da sua distração e entretenimentos e, desta forma, da sua influência psíquica. Isso é muito mais difícil nas crianças internadas em hospitais públicos. Só por si, a separação da mãe e o novo ambiente estranho causam um nervosismo nitidamente perceptível. E ainda, pelo menos nos primeiros dias, impressionam-nas a disciplina inevitável, a falta de brinquedos habituais e dos companheiros, e a côr branca das salas (especialmente as crianças provenientes de famílias humildes).

O tratamento das crianças de peito é o mais fácil; com um pessoal inteligente habitua-se depressa ao novo ambiente. Com crianças de 2 a 5 anos já é mais difícil. O instinto médico, como meio de expressão da inteligência, manifesta-se, nestes anos, fortemente. Também existe uma relação muito íntima entre mãe e

FIGADINA

Granulado

drenagem biliar
associação
pepto-magnésica

COLAGOGO
HEPATO-BILIAR



TODAS AS PERTURBAÇÕES DE ORIGEM HEPÁTICA

Doutor:

SE, EVENTUALMENTE, V. EX.^a NÃO CONHECE AINDA A **FIGADINA**, OS NOSSOS SERVIÇOS DE PROPAGANDA AGUARDAM O FAVOR DAS SUAS ORDENS

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

FIGADINA

GRANULADO SOLÚVEL

PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS:

Agente de drenagem medical, actuando como colagogo.

INDICAÇÕES:

Congestão do fígado e da vesícula, Litíase biliar, Icterícia, Colecistites sub-agudas e crónicas, Perturbações digestivas de origem hepática, Doenças hepáticas dos países quentes, etc.

POSOLOGIA:

1 a 3 colheres das de chá, em meio copo de água morna, de manhã em jejum, meia hora antes do pequeno almoço.

Tratamento de 10 dias seguidos em cada mês.

PUBLICIDADE RESTRITA AO CORPO MÉDICO

Preço legal: Esc. 18\$00

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL, ILHAS E COLÓNIAS:

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

142, Rua Damasceno Monteiro, 144 • LISBOA

filho. As crianças desta idade aprenderam psiquicamente ainda pouco do mundo exterior, pouco abrangendo a esfera do seu interesse. O ambiente familiar é o centro de todo o mundo dos seus pensamentos e sentimentos. A criança levada do seio da família para o hospital pode comparar-se a uma árvore transplantada de uma floresta para um quintal. Uma tal transplantação exige compreensão e muita paciência, e muito em especial quando se trata de crianças doentes. Com a idade crescente aumentam também as impressões causadas pelo ambiente estranho no bem-estar psíquico dos jovens doentes, quando, neste caso, a gravidade da doença não seja decisiva. Deve tomar-se em conta a inteligência da criança. Precisamente a criança levemente adoe-cida perde facilmente o equilíbrio psíquico. A criança, esperta e intelectualmente activa, arrancada da sua condição individual de ser acariciada e amimada pelo interesse geral da família, ressent-se pelo internamento hospitalar. Transportaram-na da sua condição isolada para uma comunidade onde constitui apenas um «caso». Muitas vezes desperta-se desta forma a personalidade, latente, que se manifesta numa sensibilidade aumentada, em perturbações propositadas da organização hospitalar, em choros permanentes, em agravamento da doença, em obstrucionismo passivo e, frequentes vezes, em dissimulação. Também pode ter lugar uma apatia completa que pode levar até à recusa de alimentação.

A alma infantil é um instrumento sensível que reage às mais pequenas influências, podendo desequilibrar-se facilmente, por exemplo, por um choque, e sofrer danos permanentes. Uma pequena intervenção inesperada como: observação da garganta, extracção de pequeníssimas quantidades de sangue, incisões insignificantes, instilação de um colírio ou uma diminuta intervenção ginecológica, é o suficiente para levar a criança a um estado de defesa permanente contra médicos e enfermeiros. Uma palavra brusca no comêço do tratamento provoca o mesmo efeito. Um gracejo antes dessas intervenções, para o distrair, estabelecerá sempre o contacto entre o médico e o pequeno doente.

São conhecidos os fenómenos nervosos em crianças sensíveis (tiques, gaguejar, urinar na cama, insónias, falta de apetite) depois de operações cirúrgicas simples, por exemplo: extirpação das amígdalas, enquanto estes nunca se observam em crianças saúdáveis. Por isso, exige-se hoje, com razão, sendo por tôda a parte

bem acolhido, que ao dar entrada no hospital se faça um extenso exame neurológico do jovem doente, investigando ao mesmo tempo a história da família, especialmente eventuais tendências hereditárias. Ao entregar o filho, as mães costumam estar excitadas. Por isso será conveniente mandá-las voltar no dia seguinte, afim de fazer um interrogatório mais calmo. Por vezes, especialmente nas mães das classes humildes, é difícil obter as informações necessárias. O medo do médico impede-as de falar.

Abstendo-se primeiro de perguntas, fazendo-as falar à vontade, consegue-se saber às vezes mais. Quando necessário, completar-se-á o exame ulteriormente através de novas perguntas. No caso de uma fractura da bacia ou de um pé disforme, etc., pode não parecer importante saber se o avô do lado materno era alcoólico ou se a irmã do pai se suicidou. No entanto, êstes dados parecem-nos de importância para o tratamento psíquico do nosso pequeno doente. O nosso princípio é: não curar apenas, mas curar *depressa* e mitigar tanto quanto possível as dores. A anamnese da família dá-nos indícios valiosos para isso. Nós sabemos que uma criança irrequieta, só por si, pode pôr em alvoroço uma secção inteira, influindo desfavoravelmente nas temperaturas, sono e bem-estar geral das outras crianças.

A criança de tendência pouco sociável pratica obstrucionismo tanto no hospital como na escola, pela inconsciente tendência hostil a tãda a comunidade e à limitação da sua individualidade. As crianças de personalidade pronunciada a quem a mãe, que se tornou sua escrava, faz falta, as nervosas com a sua hipersensibilidade aumentada, os teimosos, e ainda os masturbantes enismados são as verdadeiras aflições dos médicos-chefes de secção e dos enfermeiros.

Mesmo a criança normal é influenciada no psíquico pelo internamento em um hospital. É, pois, tarefa do médico ajudar na transição do meio familiar para o hospitalar até à aclimação completa. Depois da separação dolorosa da mãe há um número muito grande de novas impressões que invade o pequeno cérebro. A alimentação diferente, a regularidade do dia e a disciplina inevitável exigem uma aclimação gradual. A submissão e a atitude posteriores do novo doente dependem em larga escala das primeiras impressões. A enfermeira-mor deve procurar imediatamente relações possivelmente íntimas com o recém-chegado.

Deve pedir à mãe que a informe a respeito do carácter, particularidades e tendências do doente. Para isso é necessário bom tacto e um fino dom de adaptação. Quanto mais a enfermeira souber àcerca do novo doente, tanto mais fácil será o tratamento. Naturalmente influi a espécie e a gravidade da doença e a maneira como a enfermeira-mor se ocupa nas primeiras horas da criança recém-chegada.

Crianças com febre ou gravemente doentes devem ser acalmadas. A criança doente que sente alguém junto de si, que se preocupa com ela, já acalma por si. Os pequenos doentes, quando entregues a si próprios, nas primeiras horas são invadidos de medo, saudades e sentimento de mal-estar que não desaparecem, mesmo depois de uma estadia prolongada.

Graças a uma instrução intensa há um exército de enfermeiras, inexcedíveis no seu trabalho, muitas vezes árduo, e animadas pelo espírito de sacrifício. No tratamento de crianças doentes, as exigências que lhes são feitas são especialmente grandes, pois requerem a personalidade inteira.

É por isso que só verdadeiras amigas das crianças se oferecem e suportam o difícil curso de instrução profissional. Todavia, não basta o sacrifício e o indispensável amor à criança. Tampouco bastam os necessários conhecimentos teóricos e práticos a fundo; devem andar a par com uma psicologia infantil instintiva, e devem estar ligados ao talento duma «nurse». É preciso substituir a mãe: uma elevada e difícil tarefa! O grande número de doentes internados nos hospitais e as medidas económicas impostas pela crise actual, fazem com que haja um maior número de crianças a cuidar. Desta forma será muitas vezes impossível dedicar-se durante muito tempo a uma criança só. Abandonar-se-iam outras crianças que se sentiriam ofendidas. Sob a direcção do médico da secção, muitas vezes será possível juntar, no mesmo quarto, crianças de igual idade e que se harmonizem pelos seus interesses e proveniência, caso a natureza das doenças o permita. Em grandes salas pode formar-se uma comunidade — pelo menos de dia — juntando as camas. Estas «celas» devem ser chefiadas por uma criança mais velha, e é preciso ver que elas se entretenham sòzinhas, enquanto a enfermeira conserva apenas a direcção invisível. Os entretenimentos praticáveis na cama são variados: trabalhos em papel, molduras,

pinturas, desenhos, adivinhas, quartetos, jogos de dados e ainda o canto em comum e a leitura. Embora a situação financeira de tôdas as repartições públicas mande não se fazerem mais pedidos às verbas disponíveis, deve apontar-se, até com firmeza, a necessidade de instruir mais enfermeiras para crianças, do que professoras para jardins-escolas. Ouso já hoje trazer êste problema à discussão visto que, desta forma, não haverá aumento de despesa de pessoal no orçamento dos hospitais, mas antes uma melhor utilização das fôrças existentes, como, de resto, se poderia dispor de professoras nas escolas de puericultura do Estado e dos municípios. Nos novos planos para a instrução de enfermeiras de «creches» já se incluem a distração e a educação da criança saudável; a realização prática, porém, é quasi sempre insufficiente. O Estado cuida hoje de uma maneira modelar do bem-estar psíquico dos presos, sendo por isso obrigado a dispêndios materiais consideráveis. Não será justo, portanto, que se exija igual tratamento para os hospitais públicos, quando se trata do nosso bem mais querido, os nossos filhos? Na maior parte dos hospitais não há verba sequer para distrações, brinquedos ou livros. Os brinquedos existentes — na maior parte das vezes estragados pelo uso freqüente — provêm de antigos doentes que os deixaram. Enquanto que em muitos hospitais existem bibliotecas bem providas para os doentes adultos, nos hospitais infantis faltam até os seus rudimentos.

O valor da música como estimulante psíquico tem sido recomendado repetidas vezes por autoridades competentes. Infelizmente temos que desistir desta idéia porque na maior parte dos hospitais não dispomos de uma grafonola ou de uma telefonia. Recordo-me de um canário que uma filantropa ofereceu, por ocasião do Natal, a um asilo de paralíticos, e que durante meses foi o alvo do interesse das crianças. Caixas com flores do lado exterior das janelas (flores *dentro* dos quartos dos doentes são inconvenientes!) desenvolvem o gôsto do doente pela Natureza, e embelezam a sala. Apenas é preciso cuidar que a claridade da sala não sofra. Como, hoje em dia, existem tintas a óleo de todos os tons, já não é necessário que as salas sejam pintadas de branco, embora assim fiquem mais claras pela reflexão da luz. Salas pintadas de côr têm um efeito muito mais alegre, e se as paredes forem pintadas com frescos de cenas de contos que as

crianças conheçam, os hospitais perdem logo aquêlle aspecto que causa tanto mêdo aos pequenos doentes.

O tratamento psíquico será de menor importância numa curta estadia do que no tratamento de casos demorados, que tornam necessária, muitas vezes, uma permanência de vários meses no hospital. Para um adolescente com aparelho de gesso, uma grave doença interna, na quarentena de doenças infecciosas, cada dia, no hospital, se torna um tormento. O tédio aumenta cada vez mais, por falta de novas impressões, dando-se muitas vezes um agravamento. Isso é certo para os adultos, que podem descansar espirito e corpo independentemente. Nas crianças, porém, não se verifica tal. A actividade dos pensamentos é demasiado grande sem ainda obedecer à vontade.

Por isso devemos cuidar de acalmar pelo menos esta actividade do cérebro que não podemos sustar, e afastar sobretudo a idéia da própria doença. Para isso o melhor é o trabalho. Nos últimos anos tem-se chegado a esta conclusão em sanatórios de tuberculose pulmonar e asilos para paralíticos, onde foram dados aos doentes diversos trabalhos, mesmo aos que se encontravam de cama, e às crianças, ou dando-lhes mesmo uma instrução de uma profissão manual. Nos hospitais públicos só raras vezes devemos contar com uma estadia tão demorada, mesmo porque os casos a tratar não admitiriam uma grande actividade física. Mas nada impede que as crianças na idade escolar sejam occupadas com trabalhos escolares, desde que o seu estado o permita. Fica adiada para tempos mais normais a exigência de que as crianças internadas em hospitais e sanatórios, várias vezes por semana, tenham aulas de disciplinas principais, ministradas por professores. Êste ensino não servirá apenas para que as crianças não sintam a falta do programa perdido, mas também para as distrair e ocupar. Também os padres, que por visitas frequentes tenham contacto com as crianças, têm aí uma missão muito grata, talvez até com o apoio das respectivas associações e organizações de beneficência: a de tratar da distracção e entretenimento dos nossos pequenos doentes e arranjar-lhes livros, jogos e instrumentos de música.

Outro inconveniente que se nota em muitos hospitais infantis é a falta de uma sala de estar, onde os que não se encontram na cama se possam demorar durante o dia. Não apenas porque

incomodam os gravemente enfermos, o que é muitas vezes prejudicial, quando as outras crianças brincam na mesma sala, mas também porque as enfermeiras são perturbadas na sua actividade.

O Dr. W. NIEDERLAND deu, de uma maneira intuitiva, directrizes para o tratamento psíquico da criança internada em sanatórios de tuberculose pulmonar, que gostaríamos de ver applicadas aos jovens doentes internados em hospitais. No tratamento de doentes pulmonares é indispensável a conservação ao ar livre tanto quanto possível. Desta forma já há distracção para os doentes, especialmente quando há ocasião de praticar jogos. Nos outros casos tratados em hospitais e sanatórios já não é viável, por a maior parte dos doentes se encontrar de cama. Além disso, os hospitais situados em cidades só raramente possuem um jardim suficientemente grande. O que mais falta são pessoas habilitadas para dirigir êsses jogos que também podem realizar-se, sendo preciso, em varandas em geral espaçosas. Na construção de novos hospitais deveria cuidar-se de prover os edificios de um terraço no telhado. As curas de repouso podem realizar-se ali melhor por se não estar na dependência da posição do sol. Pode instalar-se também ali um lugar de jogos para as crianças, uma sala de ginástica ortopédica e uma sala de repouso para os médicos e enfermeiros.

Para fins comparativos remontamos outra vez às cadeias penitenciárias. A execução moderna da pena tirou, dos tempos passados, o ensinamento para o combate da psicose da detenção. Com certos intervalos, oferecem aos presos concertos, teatro, desporto e trabalho. Nos doentes que se encontram por largo tempo nos hospitais regista-se um estado semelhante à psicose da detenção. Uma enfermeira-mor de LEIPZIG designou-o com justeza «doidice de cama». Tive ocasião de observar um caso típico numa rapariga de 8 anos imobilizada com um aparelho de gesso. À entrada, a criança não mostrava nenhuns sintomas de perturbações nervosa, nem a história da família indicava nada que permitisse concluir uma influência hereditária sobre o sistema nervoso. Logo, tratava-se de uma criança completamente normal. Nas primeiras 2-3 semanas a doente era extraordinariamente acanhada. Apesar de tôdas as persuasões e esforços das enfermeiras não perdia a timidez ansiosa, provavelmente em consequência do mêdo pelo que supunha lhe iria a acontecer.

Manifestava sempre saúdaes da mãe e irmãos, que nos dias seguintes aos de visita, eram ainda maiores. A isto seguiu-se um período satisfatório. A criança, psiquicamente, tinha-se aclimatado. Passadas mais cinco semanas evidenciavam-se os mesmos sintomas, como na psicose de detenção. A doente mostrava-se pouco afável e áspera, o que não era motivado pelo estado físico. Apesar de todos os convites das outras crianças e das enfermeiras, não queria brincar. Queixava-se (sem motivo!) dos outros doentes e das enfermeiras. Não gostava da comida e recusava muitas vezes tôda a alimentação; queixava-se de dores de cabeça, angústias, pesadelos e vertigens. De repente opôs-se a todos os exames médicos, começando a exaltar-se logo que avistava o médico. Foram buscar a mãe, pessoa muito sensata, mas também ela não conseguiu acalmar a criança. Nem tampouco foi possível ministrar-lhe calmantes sem recorrer à fôrça. Contávamos que, passado algum tempo, ficasse esgotada, pois que, por motivo da continuação do tratamento, não queríamos pô-la no estado de defesa por meio do emprêgo da fôrça. Depois deu-se o esgotamento esperado. Após um intervalo de descanso de duas semanas, passadas no hospital, pudemos prosseguir no tratamento da criança. Apresentava o quadro típico de uma nevrose de cama (*Krankenbett-Neurose*).

Durante esta psicose deu-se uma perda de peso de 2 kg. Em breve o desassossêgo da doente se propagou à sala tôda. Onde dantes havia harmonia, reinava agora desassossêgo. As crianças adormeciam tarde. Além disso verificou-se uma opposição geral contra as prescrições médicas. Os ânimos foram-se acalmando apenas lentamente. Haverá sempre casos dessas nevroses de cama. Uma enfermeira-mor experimentada descobriu um meio seguro para a combater. Logo aos primeiros indícios de descontentamento muda-se o doente para outro ambiente, mesmo que seja apenas um canto diferente da sala. Só há a dificuldade de evitar, quanto possível, a mudança de enfermeira. Quando, no entanto, se observa uma aversão, embora só passiva, pela enfermeira, então convém uma mudança temporária. Também é conveniente para o pessoal não se expor absolutamente aos caprichos dos doentes, mesmo que sejam resultado de excitabilidade nervosa. Desta forma, evitar-se-á também que as enfermeiras apliquem castigos. Apenas o médico e a enfermeira-mor

têm este direito, salvo pequenos castigos. Só ao médico compete decidir se se trata de pequenas grosserias ou de perturbações psíquicas. Nunca se deve fazer queixas sobre as crianças ao médico, em presença delas. A enfermeira perturba apenas as suas relações com o doente dando ao médico o papel de «autoridade punitiva». É muito melhor actuar psicologicamente por sugestão e despertar o brio dando pequenos prémios. É preciso dar sempre ouvidos mesmo às maiores caturrices e dar ocasião a uma conversa a sós. O pequeno doente, em especial, é ávido de conversa familiar que lhe trás sempre alívio. Uma influência subjectiva do estado subjectivo verificar-se-á nas crianças, sempre, após dias de visitas. Há sempre uma interrupção do dencanso tão necessário ao doente. É inevitável que o doente seja lamentado e o contacto com o mundo exterior saudável dá sempre um resultado desfavorável. O laço já íntimo com a vida hospitalar, solta-se. Não é possível proibir as visitas, pois é compreensível que os pais queiram ver o filho. Uma enfermeira achou um meio muito prático que permite aos pais verem o filho através de uma janela sem que este os possa ver. Pela visita dos pais pode obter-se, naturalmente, também um efeito favorável quando estes apoiam os esforços dos médicos. Muitas vezes deve contar-se com a falta de experiência e insensatez dos visitantes. Seria de interesse para os nossos doentes mandar entregar aos visitantes, à entrada do hospital, folhetos (que decerto poderiam obter-se gratuitamente imprimindo-lhe no verso reclames) com as seguintes prescrições:

- 1) As visitas aos doentes devem ser pouco demoradas;
- 2) Deves animar e distrair o doente;
- 3) Nunca digas ao doente coisas desfavoráveis a respeito da sua doença e aspecto;
- 4) Não leves nunca alimentos ao doente. Faltas de dieta prolongam a doença;
- 5) Flores de cheiro forte são inconvenientes nas salas de doentes;
- 6) Mais de dois visitantes podem prejudicar o doente;
- 7) Não entres no hospital com os mais leves sinais de gripe ou afecção bronco-pulmonar;

NAS CONVALESCENÇAS...

O PESO AUMENTA!
tomando



COMPOSIÇÃO :

Suco de carne crua conc	250	grs.
Oxihemoglobina	50	>
Glicerofosfato de cálcio	3	>
Glicerofosfato de sódio	3	>
Glicerofosfato de magnésio	1	>
Glicerofosfato de potássio	1	>
Glicerofosfato de quinina	0,5	>
Glicerofosfato de estrienina	0,015	>
Veículo glicerinado q. b. p.	1,00	c.c.

Frasco 22\$00

Para diabéticos — Prescrever NUTRICINA sem açúcar

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53



*Sono reparador
Despertar agradável*

COM

MÉDOMINE

Hipnótico e sedativo inofensivo
sem reacções secundárias desagradáveis

INDICAÇÕES:

Insónias de origem hipertensiva,
arteriosclerótica ou angiospástica.
Agripnias nervosas e do post-partum.
Estados de excitação, angústia e nervosismo.

Caixa de 10 comprimidos

J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suiça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PÔRTO

- 8) Não chores — excitas o doente;
- 9) Quem tem dores, quer descanso;
- 10) Traz apenas leitura alegre e não excitante.

O problema mais difícil será sempre o das relações do médico com o doente. Últimamente tem-se melhorado consideravelmente a idéia que se tinha acerca da profissão médica, mesmo entre as camadas sociais mais pobres, que antigamente, só raras vezes tinham contacto com o médico. A escola moderna exerce um papel pedagógico neste sentido. Pelo médico escolar, uma aquisição moderna, a criança, no estado de saúde, chega a conhecer o médico. Toma contacto mais íntimo com o médico em asilos e colônias de férias. Assim vai desaparecendo o nimbo do médico na fantasia infantil que o costumava equiparar ao «papão». O medo do médico deve atribuir-se ao mau costume, divulgado entre o povo, de ameaçar as crianças que chupam no dedo de que o médico lhes cortaria o dedo. Infelizmente não encontramos em toda a literatura infantil moderna nenhuma referência esclarecedoras sobre o médico. Os escritores da mocidade têm aqui um campo aberto. Deveria ser tarefa dos professores, juntamente com os médicos escolares, esclarecer a mocidade, mesmo os mais novos, acerca da actividade do médico.

Quando um médico, só uma vez, de surpresa, causou dor a uma criança, isto é o suficiente para que esta tome para sempre uma atitude hostil ao médico. Uma criança, uma vez enganada pelo médico sobre as dores ou a duração da doença a esperar, nunca mais o esquecerá. No seu subconsciente fica até à idade avançada o medo do médico e a falta de confiança. Para a extirpação das amígdalas é melhor preparar o pequeno doente para uma leve dor, do que, para o levar a abrir a boca, prometer-lhe que não sofrerá dores nenhuma, pois neste caso o choque provocado pela surpresa poderá muitas vezes dar lugar a fenómenos nervosos ulteriores, facto que muitas vezes se pode observar nessas pequenas intervenções em crianças de disposição neuropática. Em crianças normais, muito especialmente nos rapazes, deve ser-se sincero, apelando para a sua coragem masculina. Na clínica geral também já deixaram de tratar a medicina como ciência secreta. Graças à melhor instrução escolar, mesmo nas escolas de instrução primária, sobre anatomia, mas

infelizmente também por muitos artigos de médicos de renome em jornais e revistas sôbre muitos ramos da medicina, há muitas classes sociais que se informam das aquisições mais modernas da arte médica (muitas vezes antes de convir!). É por isso que pessoas humildes muitas vezes pedem uma explicação àcerca da sua doença. Resta saber se é sempre no interesse do doente. Sendo crianças não se podem dar muitas explicações. Em muitos casos, porém, será útil dar algumas instruções, em especial quando é necessário contar com a boa vontade ou a colaboração da criança. Em todo o caso, a criança prefere saber a verdade a ser consolada, para, depois, sofrer uma desilusão. É preciso adaptar tudo à compreensão da criança. Não devemos esquecer-nos de que a criança vive num mundo diferente do nosso, num mundo afastado da realidade. A alma da criança é cercada por um alto muro que a separa do mundo exterior. Se penetrarmos neste mundo dos pensamentos infantis pela fôrça da nossa autoridade, apenas se conseguirá que a criança se retraia ainda mais. Então por-se-á no estado de defesa, procurando defender-se com as suas armas mais fortes: teimosia, melancolia, fúria, etc. A criança ainda não tem uma mentalidade colectiva. Olha para o mundo da perspectiva egocêntrica. Com esta maneira de ver espera e exige um tratamento individual. Os professores têm de combater esta dificuldade entre os alunos mais novos, que se repete durante a puberdade. O sentimento da comunidade social desenvolve-se, pela escola, apenas lentamente, contanto que haja predisposição para isso, enquanto que as crianças pouco sociáveis, na maior parte das vezes com uma tara hereditária, mostrarão o seu carácter pouco sociável já em pequenas. Quando arrancarmos uma criança que já tem um sentimento social, do ambiente em que se sentia como membro da sociedade, ficará, em geral, perturbada a sua consciência colectiva. Devemos contar com isso quando uma criança dá entrada num hospital. Também o instinto natural da criança nos ensina alguma coisa. Já as crianças de peito mostram nitidamente simpatia ou antipatia por diferentes pessoas. É um sentimento semelhante ao instinto dos animais no cativeiro cães, cavalos, elefantes e outros que, no primeiro encontro, sabem distinguir entre pessoas que lhe querem bem ou mal. Para ganhar a confiança das crianças não nos devemos impor, devemos atraí-

-las. Para o médico muito ocupado, certamente, é difícil entrar rapidamente em contacto com o pequeno doente, especialmente quando os doentes mudam freqüentes vezes. Cabe às enfermeiras auxiliá-lo neste sentido por informações possivelmente completas sobre o carácter e maneira de ser dos doentes. Depois, um gracejo, uma referência especial aos interesses ou às condições da família, estabelecerá um contacto íntimo entre médico e doente.

As influências psíquicas prejudiciais da anestesia sobre as crianças têm sido já largamente referidas. Nas pequenas intervenções prefere-se, por vezes, trabalhar sem narcóticos, recomendando-se actuar por sugestão («hipnotismo pela palavra»). Devemos prescindir da anestesia local nas crianças, porque não se pretende apenas afastar a dor, mas também a excitação causada pelo medo. Basta a sala de operações com muitas pessoas estranhas, os instrumentos e todos os preparativos para a operação para aumentar a excitação. Também por este motivo se recorre modernamente à anestesia rectal, sempre que seja possível, fazendo-se também, na maior parte das vezes, fora da sala de operações. A meu ver, deve ligar-se muita importância ao acordar da narcose nas crianças. Embora os abalos psíquicos pelo corpo enfraquecido e pelos efeitos post-narcóticos se não manifestem imediatamente, poderão verificar-se, mais tarde, complicações psíquicas. A despeito de muito trabalho das enfermeiras deveria cuidar-se que o pequeno doente, ao acordar, veja uma pessoa conhecida. Um as palavras carinhosas de uma pessoa conhecida fazem muito bem. Embora mesmo nas crianças mais crescidas só muito raras vezes haja o medo da morte, existe nelas a impressão inconsciente do abandono e de uma injustiça sofrida. Afim de evitar uma psicose — conhecem-se pela literatura muitos casos de histeria infantil após operações — deve cuidar-se de um «tratamento psíquico».

Aqui não há lugar para nos referirmos ao tratamento de crianças psicopatas que requerem, naturalmente, medidas diferentes.

LES NEVROSES DE GUERRE

NOUVEAUX ASPECTS ETIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES

PAR

LÉON LITWINSKI

Sommaire: — 1. La psychasthénie et la guerre. — 2. Enseignements de la psychopathologie française née de la guerre de 1914. — 3. Tendances récentes en psychasthénie chez les psychiatres de guerre américains : rôle de l'inconscient dans l'étiologie et la thérapeutique d'après le Dr. KUBIE; «Operational fatigue» d'après le Dr. MURRAY; les névroses de paix et les névroses de guerre en étiologie et en thérapeutique d'après le Dr. RENNIE. — 4. Occupation *versus* Participation en psychologie (GORDON W. ALLPORT); en littérature (ANTOINE DE SAINT EXUPÉRY); en psychiatrie (KUBIE, RENNIE, DUNBAR, etc.). — 5. Valeur thérapeutique de l'occupation et de l'effort physique dans le traitement des névroses de guerre. — 6. Les névroses et états psychopathiques dans les pays libérés d'après le Dr. MEERLLO.

1. La psychasthénie et la guerre. — La climat de la guerre est propice au déclenchement des névroses. Sous l'influence de la fatigue ou de la terreur, des névropathes qui s'ignoraient en temps de paix se découvrent pendant les hostilités et se laissent repérer. Des états embryonnaires montent aux paroxysmes émotifs. D'après les théories courantes, l'émotivité déborde en crainte et frayeur; elle se traduit soit par l'immobilité, soit par la fuite, par le suicide ou par l'homicide. C'est que la résistance de l'homme comporte des limites. De plus, elle est inégale, c'est-à-dire qu'elle varie d'un individu à l'autre, en fonction de son état constitutionnel. L'expérience de la guerre est comparable à l'épreuve du banc d'essai.

La guerre dont nous sortons est riche en leçons psychopathologiques, mais ces leçons ne sont pas encore systématisées. Pourtant, certains enseignements se sont déjà fait jour et peuvent être signalés.

L'étiopathogénie de la guerre accuse une grande variété de troubles et de phobies. Tout en se défendant contre la tendance de donner à la notion de la névrose un sens trop étendu, la symptomatologie clinique distingue un grand nombre de types de névroses dominés par certains traits de la constitution psychique. On trouve des débiles émotifs et des débiles déprimés anxieux, des obsédés anxieux, des obsédés de la fugue, des anxieux inhibés et des anxieux diffus, des neurasthéniques et des mélancoliques, des dipsomanes et des dromomanes, des hystériques, etc.

Cette longue liste est incomplète car elle est théorique, donc simplificatrice et abstraite. La pratique psychiatrique, par contre, est concrète et complexe. Elle se montre rebelle aux tendances d'insérer la riche réalité dans de pauvres cadres rigides ou des cloisons étanches. Peu importe, il est de l'essence de tout exposé d'emprisonner son sujet dans un terrain circonscrit. Il ne sera question ici que des névroses de guerre qui sont du domaine de la psychasthénie et des états d'épuisement caractérisés par l'abaissement du potentiel nerveux. Ce genre de défaillances psychiques ou de désordres neurasthéniques et cénesthésiques sont couramment désignés sous le nom de fatigue de guerre. Ayant assumé des tâches disproportionnées à ses moyens de bord, le malade présente des troubles qui ne sont pas nécessairement graves. Ils n'accusent pas des dislocations psychasthéniques profondes. Les cas que j'aurai ici en vue se rapportent surtout à l'aviation.

2. Enseignements de la psychopathologie française nés de la guerre de 1914. — La guerre de 1914 a laissé en psychopathologie un héritage important d'observations et de traitements médicaux. La France ayant eu le triste privilège de servir de champ de bataille, les psychiatres français, avec l'esprit alerte qui les caractérise, se sont emparés de la psychopathologie de la guerre et ont produit une littérature abondante et intéressante à ce sujet. Une pléiade de théoriciens et de praticiens s'est livrée, individuellement ou collectivement, à des recherches qui ont permis, en

outre, de préciser davantage le rôle du surmenage affectif et émotionnel dans le déclenchement des accidents psychasthéniques. On cite à cet égard les études de GEORGES DUMAS, MAURICE DE FLEURY, LÉPINE, BRIAND et DELMAS, M. CLAUDE, FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER, CORMAN et VULPAS, POROT et HESNARD, BROUSSEAU et d'autres. Fidèle à ses grandes traditions, la psychologie associationniste française a exercé ici son influence féconde. D'une manière générale, la psychopathologie française n'hésite pas à associer les réactions anxieuses soit avec les troubles obsessionnels, soit avec les états dépressifs psychasthéniques.

Les troubles de l'émotivité sont associés avec les états schizoïdes. Ainsi, on peut lire dans «La pratique psychiatrique dans l'Armée» de FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER, une observation intéressante se rapportant au cas d'un officier insomniaque, subanxieux, indécis, incapable de tout résolution, qui finit par le suicide. D'après le diagnostic émis, le suicide fut déterminé par un brusque raptus anxieux lié à un syndrome obsessionnel accompagné de sentiment d'incapacité, d'idées d'humilité et de scrupules morbides qui se développa pendant l'espace d'un an, à la faveur d'un état d'hyperémotivité constitutionnelle.

L'état fut nettement aggravé par les fatigues ininterrompues du service, par de fréquentes mutations et l'absence de permission pendant de longs mois. Le surcroît de travail et d'effort intellectuel intervint aussi comme facteur indubitable d'aggravation des tendances constitutionnelles du malade (observation 49.—p. 152).

Pour FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER, ainsi que pour d'autres psychiâtres français, le parasitisme de l'idée est étroitement associé aux états psychasthéniques. Bien qu'ils reconnaissent tous deux que les noms de RAYMOND et de JANET sont étroitement associés aux beaux travaux sur la psychasthénie, ils pensent, avec DUPRÉ, RÉGIS, HARTENBERG et d'autres, que les distinctions trop tranchées entre états psychasthéniques et neurasthéniques que révèle ces travaux ne sont plus de mise.

D'après ces auteurs, la répétition des émotions violentes du combat en temps de guerre est un facteur d'asthénie nerveuse de premier ordre. Sous des appellations diverses, les psychiâtres de guerre ont signalé le syndrome qui en résulte.

Quel est le syndrome du psychasthénique?

Un ffacies aux traits allongés, son front est barré de rides remontant aux sourcils, son visage reflète le doute, la tristesse et l'irrésolution. Il se déplace lentement, ses gestes sont sobres, inachevés comme ses pensées. Il paraît inquiet, préoccupé, parle peu, évite la société autant par crainte de la fatigue que par timidité. Le doute perpétuel le ronge et le manque de confiance l'arrête au bord de tous les actes de la vie. Pourtant, remarquent les susdits auteurs, l'espoir est si profondément ancré au cœur de l'homme, que même dans sa grisaille, le psychasthénique ébauche de vagues possibilités y compris la mort. Son instinct de conservation est trop détendu pour qu'il la redoute. Aux troubles affectifs s'ajoutent les anomalies psychiques où l'asthénie domine. Elle se manifeste notamment sous forme de faiblesse de l'attention. La lecture, par exemple, devient automatique, c'est-à-dire que les lignes et les pages défilent devant les yeux sans que l'attention lassée du psychasthénique en puisse extraire l'idée et la fixer (p. 119).

3. Tendances récentes en psychasthénie chez les psychiatres de guerre américains.— Si on se tourne vers les observations recueillies au cours de la seconde guerre mondiale, on constate qu'aux Etats-Unis les psychiatres n'ont pas manqué d'en faire une récolte abondante et plus particulièrement dans l'Armée de l'Air. On sait le rôle de premier plan joué au cours de cette guerre par l'aviation. La formation technique du corps d'aviation demande des soins particulièrement exigeants et les besoins en nombre étaient sans cesse croissants et hautement pressants. Il a été révélé que les Alliés, certains jours, ont mis en ligne de combat jusqu'à 28.000 avions desservis par une armée d'environ 1.300.000 hommes. D'autre part, il fallait que les aviateurs restent le moins longtemps possible dans les hôpitaux, centres de repos et que les réformés ne soient pas nombreux. Ainsi, sous la pression des exigences de la guerre, le traitement des névroses dans ce secteur particulier a fait de grands progrès, permettant de réduire les déchets au minimum.

Parmi les travaux de psychiatres de guerre, ceux du Dr. LAWRENCE S. KUBIE, d'inspiration freudienne, ont été particulièrement remarqués et appréciés aux Etats-Unis.

Dans une communication faite l'année dernière à l'Académie de Médecine de New-York, intitulée «Motivation et Réhabilitation», ce dernier observe que la réhabilitation, qui est étudiée du point de vue biochimique et physiologique, est dominée par le problème de la motivation consciente ou inconsciente. Il insiste à la fois sur le rôle de la motivation inconsciente dans le processus de guérison et la manipulation des forces conscientes de la motivation. D'après le Dr. KUBIE, ces forces, qu'il tient pour être ubiquistes, ont déjà été dépistées et reconnues en 1918 par HARVEY CUSHING. Il a donné la description d'une confirmation expérimentale de l'hypothèse que la tension psychologique, qui dérive de processus instinctifs mal connus, joue un rôle déterminant chez le patient dans ses réactions aux blessures et aux maladies.

Dans toute expérience sur l'homme on observe l'interaction d'au moins trois facteurs. Outre le niveau du réel, il en existe deux autres: en premier lieu celui de l'imagination et du sentiment conscients et, en second lieu, celui de l'imagination et du sentiment inconscients. Dans les réactions normales, le premier joue un rôle prépondérant. C'est seulement lorsque les facteurs inconscients émergent et deviennent prépondérants que les phénomènes névropatiques apparaissent.

L'expérience considérée comme réalité concrète se réfère au corps, à la santé, aux choses que l'on peut faire ou que l'on doit éviter, aux occupations passées et à celles de l'avenir. La perte d'un doigt n'a pas le même sens pour un violoniste que pour un pianiste, pour un écrivain ou pour un maçon. L'expérience met en jeu également des sentiments et des ressources de l'imagination d'ordre conscient. C'est ainsi que le Dr. KUBIE parle d'un jeune homme qui éprouvait de la terreur et de la fureur chaque fois qu'il se cognait ou s'égratignait. Enfin, l'expérience est capable de mettre en état d'ébullition le niveau profond de la personnalité et de faire surgir des sentiments et des idées vagues enfouis au-dessous du niveau conscient (unconscious symbolic implications of experience). C'est ainsi que la perte d'une jambe s'associe, chez les uns, avec l'idée de la punition longtemps redoutée en rapport avec un tort causé, tandis qu'un autre y voit le signe d'une catastrophe à venir. Chez un troisième, la mutilation impossible à cacher s'associe à l'idée de honte. Tout cela, dit le

EUCORTONE

EXTRACTO DE CÓRTICE SUPRA-RENAL

com a hormona cortin, de êxito extraordinário na doença de Addison e de outros males, em especial na rápida restauração de apetite, pêso, fôrça e bem-estar.

Registaram-se outros êxitos na neurastenia, psoríase e hyperemesis gravidarum.

Na toxemia aguda das queimaduras os casos tratados com EUCORTONE curaram-se, a dois dos quais se prognosticara morte quási certa.

EUCORTONE, biològicamente ensaiado, de eficácia clínica assente, é praticamente isento de azoto e adrenalina, não contém substâncias irritantes nem tóxicas e é estéril.

Ministra-se em injeções intramusculares, intravenosas (em crises) e subcutâneas (casos crónicos).

FRASQUINHOS DE 10 c.c. COM TAMPA DE BORRACHA

PROSPECTOS DESCRITIVOS AOS Ex.^{mos} CLÍNICOS

Fabricantes: ALLEN & HANBURYS, LTD. — Londres

Representantes: COLL TAYLOR, L.^{DA}

R. dos Douradores, 29-1.^o — Lisboa

o tratamento arsenical

da **SIFILIS ADQUIRIDA**

(Tratamento de entretem)

da **HEREDO-SIFILIS**

das **SIFILIS ANTIGAS**

das **DERMATOSES**

associadas à sífilis

pelo

Acétylarsan

rigorosamente indolor

discreto, fácil

neurotonico e eutrofico

●

Composto arsenical d'eliminação facil
prestando-se a todas as modalidades do tratamento mixto

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques **POULENC Frères** et **USINES DU RHONE**

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

DREVILLE

Dr. KUBIE, sont choses connues des psychiâtres mais non nécessairement des médecins en général. Chacun garde en soi depuis son enfance des résidus d'expériences pas ou mal digérées, des conceptions erronées, des méprises et des malentendus au sujet de soi-même et des autres (deeply buried unconscious levels of infantile residuals). Ces résidus donnent naissance à de la peur inconsciente, à des ressentiments inconscients, à des désirs ardents et inconscients, à des sentiments inconscients de culpabilité (unconscious guilt feelings).

Bref, il faut tenir compte des différences d'ordre psychologique entre les malades. Il arrive que celui qui a perdu un doigt est plus impressionné qu'un autre qui a la jambe amputée. Certains redoutent davantage d'être sourds qu'aveugles et vice-versa. A l'opposé de ceux qui sont terrifiés par la maladie éprouvée, on rencontre des hypocondriaques et des nosophobes automatiquement guéris de la crainte par l'arrivée de la maladie redoutée. D'après KUBIE, c'est moins la réalité de la douleur qui détermine la réaction que ses implications cachées (subtle hidden and fantastic implications). L'étrangeté de ces phénomènes n'est compréhensible que si l'on aperçoit les subtilités et les différences qui existent dans l'inconscient chez les mutilés ou les malades. Elles sont d'ordre émotionnel et non organique et il est utile d'en persuader les névropathes eux-mêmes.

Dans son exposé, KUBIE insiste sur l'influence négative et positive que les facteurs de la motivation morale exercent sur l'armée. Il est entendu que l'armée ne s'occupe pas de politique, mais cela ne peut empêcher ses membres de se poser, relativement à la guerre et à la paix, des questions dont on aurait tort de négliger la portée. Ce qu'on appelle «conscious motivational forces» jouent leur rôle dans l'hygiène mentale. Il y a lieu d'en tenir compte.

Si éblouissantes que soient souvent les explications de l'école freudienne, ce n'est nullement mésestimer sa valeur que de prêter l'oreille à celles qui s'en dispensent dans certains cas. Il est intéressant à cet égard de signaler ici la position prise par le Lieutenant Colonel JOHN M. MURRAY, médecin consultant en neuropsychiâtrie. Dans «The Convalescent Care of Neuropsychiatric Patients in the Army Air Forces» (Les soins de convalescence des malades neuropathiques dans l'Armée de l'Air), le psychiâtre

américain fait une distinction utile qu'il qualifie du terme «*operational fatigue*», sorte de fatigue au combat ou surmenage professionnel, ce que d'autres que lui englobent sous un terme général de psychonévrose (psychoneurosis). En adoptant cet euphémisme, MURRAY, sans le chercher, donne satisfaction d'abord aux surmenés eux-mêmes, qui n'aiment guère l'idée d'être traités en névropathes, puis aux psychiatres qui trouvent inutiles de remonter à l'enfance du malade quand l'explication est pour ainsi dire à la porte. Le Dr MURRAY a en vue le cas d'individus ayant présenté à l'origine un état psychique relativement satisfaisant (*reasonably healthy people*) et qui ayant passé par de terrifiantes expériences ont échoué chez les cliniciens

Ces expériences ne sont pas toujours et nécessairement centrées autour d'anciens résidus émotionnels infantiles non absorbés. Sans vouloir nier que les symptômes classiques de psychonévrose puissent être d'une origine infantile, le Dr. MURRAY soutient que dans le cas des manifestations traumatiques qu'il a en vue et qu'il nomme fatigue «*operational*», cette origine n'est pas nécessairement si lointaine. Peu importe, peut-on dire, car ces manifestations dénotent la présence de prédispositions. Tout en étant de date récente, les facteurs psychologiques de base (*basis psychological factors*) peuvent se dissimuler à la faveur de la maladie ou rester dans l'ombre. Le Dr MURRAY ne prétend pas non plus que la fatigue militaire soit une fatigue spécifique. Il s'inspire de la nécessité de ne pas diagnostiquer d'une manière uniforme. Les cas qui l'occupent sont différents. Ils ont même trouvé dans l'Armée de l'Air une désignation presque pittoresque. Les aviateurs qualifient de «*flackhappy*» l'état psychologique qu'ils éprouvent.

Comment faut-il procéder pour établir cette forme de fatigue?

On suit l'histoire (de l'expérience) de l'homme au cours de son entraînement, de sa période d'essais; on note ses premières réactions dans le combat; on précise la nature et l'importance des symptômes; on évalue l'acuité des états d'anxiété du sujet au cours de son expérience, on cherche à établir en même temps les moyens de défense mis en action par le malade lui-même et sa capacité relative de maîtriser ces états. Ce n'est qu'armé de toute cette documentation rétrospective que le psychiatre est en mesure de diagnostiquer soit la psychonévrose, soit la fatigue due aux

nécessités de la lutte («operational fatigue»). Il n'est que raisonnable d'assumer que cette dernière se trouve effectivement en fonction de la dureté des expériences subies sans lesquelles le sujet pourrait être bien portant.

Au point de vue thérapeutique il ne suffit pas, d'après le Dr KUBIE... d'établir que l'anxiété est due, par exemple, à la peur de retourner au combat, cette anxiété est susceptible d'envahir en même temps d'autres compartiments de la personnalité, tels que la situation sociale occupée, les rapports avec le chef ou la femme. C'est précisément l'objet de la thérapeutique de pouvoir tenir la réaction isolée en rapport étroit avec son origine, c'est-à-dire l'expérience traumatique du combat. Si elle parvient à s'associer avec d'autres anxiétés, la névrose qui en résulte s'installe et devient difficile à déraciner.

Dans un chapitre consacré aux psychonévrose de guerre (*Psychology and Psychotherapy*), le Dr WILLIAN BROWN D'OXFORD, qui, en cette matière, est plus près de la théorie pathogénique de J. DEJERINE que de celle de BABINSKI et de ses disciples, avait à s'occuper, en 1916-1918, dans un centre neurologique en France, de deux à trois mille combattants ramenés du front, observe que la majorité de ces malades ont reçu l'assistance médicale 48 heures après la déclaration de la psychonévrose et que 70 % d'entre eux ont pu retourner au front deux semaines plus tard. Cette rapidité du roulement, que atteste un ressort remarquable chez les malades, est devenu tout à fait indispensable au cours de la seconde guerre mondiale et plus particulièrement dans les rangs des aviateurs. La constatation faite par le savant psychiâtre anglais, en marge de la guerre de 1914, a trouvé une confirmation éclatante au cours de la guerre qui vient de finir.

Grâce à l'intérêt et à l'appui du Dr. FRANK FREMONT-SMITH, Directeur Médical de la Fondation Josiah Macy, Jr., une conférence sur «Convalescence and Rehabilitation» tenue sous les auspices de l'Académie de Médecine de New-York, a été ouverte le 25 avril de 1944 par son directeur, le Dr HERBERT B. WILCOX. Lors d'une discussion consécutive à une communication sur «Motivation and Rehabilitation», le Dr THOMAS A. C. RENNIE, directeur de la «New-York Hospital Rehabilitation Clinic», a déclaré qu'il avait sous son observation des malades se rangeant

depuis les schizophréniques aigus jusqu'aux psychonévrotiques, la majorité appartenant au type des anxieux. Il n'avait que peu d'hystériques. Il constate que la guérison, chez les membres des forces armées, est comparativement plus fréquente et plus rapide que chez les civils. Le fait est tellement frappant que le Dr RENNIE soutient que les névroses de guerre diffèrent, étiologiquement parlant, de celles du temps de paix. Elles sont différentes aussi au point de vue thérapeutique. Il semblerait que les névroses de guerre se déclarent plus brusquement et qu'elles guérissent plus rapidement. Cette opinion diffère de celle de FRIBOUGR-BLANC et GAUTHIER d'après lesquels les symptômes des accidents psychasthéniques chez les combattants sont analogues à ceux de la paix, «la guerre n'y ajoute que l'occasion, la couleur et le décor» (p. 145). Elle agit sur un «moi» fragilisé par la fatigue physique et un passé riche en chocs de toutes sortes, soit en réveillant un état morbide ancien, soit en créant des états émotionnels, dont l'épilogue est trop souvent un état d'épuisement du type psychasthénique.

«Les gens d'âge moyen, disent les auteurs en question, les réservistes et les territoriaux, les miliciens de carrière plus usés que les autres en présentaient plus facilement les symptômes. Les troubles de l'attention et de la mémoire prédominaient et c'étaient des difficultés énormes dans l'accomplissement de tâches simples, des oublis d'ordres, des pertes d'armes et de matériel. Ils étaient abouliques, irritables, en proie aux idées noires, incapable d'un effort intellectuel, dominés par des obsessions hypochondriaques avec l'idée fixe d'en finir».

D'après RENNIE, c'est FREUD qui attira le premier l'attention sur la différence entre les névroses de guerre et celles de paix. Dans les névroses de guerre la lutte s'engage entre l'individu et les forces hostiles du monde extérieur. Le conflit met en jeu le sens du devoir militaire et les exigences de l'instinct de conservation. Quant le conflit devient trop accentué, il donne lieu au raptus anxieux (disrupting anxiety). Dans ce cas, certains deviennent fatalistes, tandis que d'autres se croient invulnérables. Quand ce genre de mécanismes échouent, il peut en résulter la fuite ou l'attaque. L'anxiété peut forcer l'homme à se replier vers des modes de réactions différents. Si l'état névropathique persiste, le malade peut adopter une attitude infantile à l'égard de sa

réorientation civile. Ce sont les hospitalisés chroniques qui courent ce danger. Craignant la réapparition de l'anxiété initiale, le malade fuit le contact avec la réalité. Au point de vue thérapeutique, il importe que le secours du psychiatre se manifeste avant que ces tendances inconscientes (unconscious motivations) puissent se fixer. «Il est réconfortant, dit RENNIE, de constater la rapidité avec laquelle ils se réorientent. Les statistiques de l'Administration des Vétérans accusent chez les membres des forces armées un roulement qui est de six semaines pour la moitié des hospitalisés, ce qui est loin d'être le cas chez les civils. Ceci est vrai même dans le cas des psychoses.

4. Occupation versus participation en psychologie, en littérature et en psychiatrie. — Le Dr RENNIE insiste également sur la valeur de la participation que l'on appose avec raison à la simple occupation considérée comme mode d'activité. Selon le psychiatre américain, pour échapper au danger de récurrence, il faut à tout prix éveiller ou réveiller chez le malade son sens social, lui assurer une participation active dans la société. Il faut avouer que la discipline passive de l'armée ne lui offre pas beaucoup de chances d'éprouver cette participation active. En prenant ou reprenant sa place dans la société, le malade recouvre un sens social accru, et sa santé psychique. Il est intéressant de signaler que cette constatation fait par un clinicien coïncide parfaitement avec les idées récemment émises au sujet du rôle de la *participation* comme opposée à la simple *occupation* par GORDON W. ALLPORT dans un remarquable article publié sous le titre de «Psychology of Participation» dans la «Psychological Review» de mai 1945. Ces vues sont reflétées dans l'expérience et l'oeuvre littéraire du regretté ANTOINE DE SAINT EXUPÉRY, aviateur, pilote de ligne et de guerre, essayiste et poète, qui selon ANDRÉ MAUROIS est, «après VIGNY, STENDHAL, VAUVENARGUES, et quelques soldats et marins, l'un des rares romanciers et philosophes de l'action qu'ait produit la France». Il n'a pas été seulement comme KIPLING, dit encore MAUROIS, un admirateur des hommes d'action, il a, comme JOSEPH CONRAD, participé lui-même aux actions qu'il décrit. «Pendant dix ans il a survolé tantôt le Rio del Oro, tantôt la Cordillère des Andes; il a été perdu dans le désert et

sauvé par les seigneurs des sables; il est tombé du ciel dans la Méditerranée; il s'est battu dans les airs en 1940, et de nouveau 1944... De là une authenticité qui sonne dans chaque mot; de là aussi un stoïcisme vivant, car l'action met au jour le meilleur de l'homme».

Dans les méthodes de guérison, la thérapeutique moderne reconnaît de plus en plus le rôle bienfaisant de l'activité, pris à la fois au sens de l'effort physique et du sentiment de responsabilité. La simple suggestion, l'enseignement d'idées saines ne suffit ni pour exercer la volonté du malade, ni pour le tirer de son état de dépression. Pour y arriver, il faut provoquer le mouvement, l'activité motrice, empêcher le corps de se rouiller. C'est notamment le secret de la thérapeutique que l'on obtient au moyen de ce que les Américains appellent «physical reconditioning». S'il faut penser avec ses mains, selon la formule de DENIS DE ROUGEMONT, si la vérité n'est ni une doctrine, ni un dogme et si le courage n'est pas un discours mais un fait, c'est que connaître, comme le dit de Saint Exupéry, «ce n'est point démontrer, ni expliquer. C'est accéder à la vision. Mais pour voir, il convient d'abord de participer».

Qu'est-ce que participer ?

«Les théories d'apprentissage par le mouvement du hasard, dit GORDON W. ALLPORT, celles de l'efficiencce par la tension musculaire (muscular tension theories of efficiency), les théories de la rapidité, de l'intelligence (speed theories of intelligence) et les théories motrices de la conscience (motor theories of consciousness) ne font pas la distinction qui semble être vitale, notamment la distinction entre la simple activité considérée comme telle et la vraie participation personnelle».

Pour GORDON W. ALLPORT, accomplir une tâche ne veut pas dire nécessairement avoir participé à cette tâche. «Task-involved» n'est pas «ego-involved». «Active», dans le vocabulaire anglais est davantage que «reactive».

«Quand, dans un combat, dit l'éminent psychologue américain, toutes les énergies et l'enseignement (training), toute la responsabilité personnelle dont le soldat est capable, sont en jeu, alors les *egos* sont engagés pour toute leur valeur. Les hommes sont *actifs*; ils n'ont pas le temps d'être simplement *réactifs*. Ils n'ont pas d'ailleurs raison de l'être».

Selon GORDON W. ALLPORT la guerre aura au moins ce résultat favorable pour beaucoup d'hommes qui ont fait partie d'équipes du bombardement qui ont confronté un destin commun dont la vie ou la mort étaient l'enjeu, qu'elle pourra les libérer au moins de certains préjugés et suggérer un esprit différent.

En effet, si les aviateurs se redressent relativement plus vite que les civils des névroses et même que les militaires appartenant à d'autres formations, cela ne tient pas au fait qu'ils sont l'objet d'une attention spéciale de la part du service médical, mais parce qu'étant animés à un haut degré par cette «community feeling», par cette «common destiny», — sur l'importance desquels insiste à la fois la psychiatrie, la psychologie et la littérature, — ils ont du ressort ou, si l'on veut, des ressources de l'auto-thérapeutique.

Puisque les «faits littéraires» peuvent avoir la valeur de «faits psychologiques» par la force de l'authenticité qu'ils représentent, qu'il me soit permis de citer ici, pour clore ce paragraphe, le témoignage de Saint Exupéry, à la fois aviateur et littérateur, sur la réalité de la participation. Il est tiré de son oeuvre «Pilote de guerre».

«Je ne suis pas le sceptique, dit-il, qui s'offre le luxe de se prêter à quelque coutume touchante. Je ne suis pas le citoyen qui joue, en vacances, au paysan. J'ai été chercher, une fois de plus, la preuve de ma bonne foi à Arras. J'ai essayé ma chair dans l'aventure. Toute ma chair. Et je l'ai engagée perdante. J'ai donné tout ce que j'ai pu à ces règles du jeu. Pour qu'elles soient autre chose que des règles du jeu. J'ai acquis le droit de me sentir penaud, bientôt, quand le Commandant m'interrogera. C'est-à-dire de participer. D'être lié. De communier. De recevoir et de donner. D'être plus que moi-même... D'éprouver cet amour que j'éprouve à l'égard de mes camarades... Mon amour du Groupe n'a pas besoin de s'énoncer. Il n'est composé que de liens. Il est ma substance même. Je suis du Groupe. Et voilà tout (p.185).

.....

Le métier de témoin m'a toujours fait horreur. Que suis-je, si je ne participe pas? J'ai besoin, pour être, de participer... Je savoure les obligations du métier qui nous fondent ensemble dans un tronc commun. J'aime le Groupe 2/33 (p. 183).

5. **La valeur thérapeutique de l'occupation et de l'effort physique dans le traitement des névroses de guerre.** — Sous les divers noms de «physical reconditioning», «occupational therapy», «vocational guidance», on pratique aux Etats-Unis, sur une échelle croissante, des méthodes thérapeutiques modernes et perfectionnées non seulement pour traiter les rhumatisés, les cardiaques ou autres malades physiques, mais aussi les psychonévroses. Dans une communication faite à New-York, en 1939, à la «Conférence on Convalescence», le Dr HUBERT S. HOWE a parlé de la thérapeutique physique des névroses et de l'hystérie. Cette méthode permet d'abréger la période de convalescence. Le repos au lit n'est nullement ce qu'il y a de mieux comme moyen thérapeutique. Le Colonel d'aviation HOWARD RUSK, chef de l'«Office of the Air Surgeon», et de la «Convalescent Rehabilitation Division» a constaté une avance de deux semaines dans la convalescence de ceux de ses malades atteints de pneumonie qui ont été déplacés vingt-quatre heures après que la température était redevenue normale au lieu de suivre la routine habituelle. En insistant sur la valeur thérapeutique du travail physique...

Dans «The Convalescent Training Program in the Army Air Forces», le Dr RUSK soutient qu'on a tort de se désintéresser trop vite du malade qui a quitté l'hôpital. Sa guérison complète intéresse au premier titre non seulement l'Armée, mais aussi l'industrie et les sociétés d'assurance. Des semaines, des mois peuvent s'écouler avant que le malade puisse reprendre sa vie habituelle. La période de convalescence pose des problèmes de l'occupation et exige une thérapeutique physique afin que les malades puissent reprendre leur activité dans la communauté à laquelle ils appartiennent. Cette thérapeutique suppose évidemment l'intervention des techniciens. On exige d'eux qu'ils soient sympathiques, patients, compréhensifs, sachant prendre des initiatives heureuses, possédant des qualités d'esthétique et même d'humour.

En outre, ils doivent avoir des connaissances sérieuses en matière de psychologie pathologique, s'orienter dans les problèmes de la fatigue, savoir stimuler l'intérêt et pouvoir, en général, mettre en concordance une thérapeutique spéciale avec les exigences d'un vaste programme de réadaptation («rehabilitation»).

CALGLUQUINE

(« Quinine - Calcium - Sandoz »)

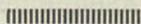


REÜNE:

1.º As propriedades anti-infecciosas, febrifugas, anti-neuralgicas e a acção uterotropa do quinino.

2.º As propriedades anti-inflamatórias e anti-exsudativas do Cálcio, seus efeitos tónicos sôbre o coração e a circulação e a sua acção reconstituente sôbre o estado geral.

Empolas 10, 5 e 2 cc.



Amostras e literatura à disposição do Corpo Médico

Representante e concessionário da

SANDOZ S. A. — Bâle-Suissa

ERNANI MOREIRA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA

NOVIDADE MÉDICA

*Formas anatomoclinicas, diagnostico y tratamiento
de la tuberculosis pulmonar*

(TOMO I)

*Segunda edición corregida y considerablemente
aumentada. 1 grosso vol. de 500 pág. e 492
radiografias Esc. 260\$00*

(TOMO II)

*Segunda edición corregida y considerablemente
aumentada. 1 grosso vol. de 548 pág. e 439
fig. e radiografias Esc. 260\$00*

Pedidos à

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25 — COIMBRA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais
de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da} 45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Le programme s'appliquant à la marine des Etats-Unis ne comprend pas moins de dix chapitres.

Dans un rapport présenté à ce sujet à la conférence dont il était question déjà, le capitaine F. A. JOSTES résume la pratique adoptée sous les points suivants :

1°. Examen psychologique permettant de classer le cas diagnostiqué (normal; troubles dus à la fatigue du combat, c'est-à-dire «operational fatigue»; psychonévrose; psychose; handicap mental); 2°. service social et confession religieuse; 3°. récapitulation des incapacités à confronter; 4°. maintien de la capacité physique; 5°. mesures thérapeutiques physiques; 6°. mesures thérapeutiques en relation avec l'occupation et le délassement (occupational therapeutic recreational measures); 7°. activités éducatrices (educational activities); 8°. délassement; 9°. enseignement pré-professionnel (prevocational training); 10°. coordination de tous les organismes intéressés en vue d'obtenir la réadaptation à la vie civile (correlation of all agencies interested in civil readjustment of men).

Dans sa réunion annuelle de 1943, l'institution américaine «The National Council on Rehabilitation», composée de médecins, chirurgiens, psychiatres, physiothérapeutes, infirmières, moniteurs d'éducation physique, organisateurs de loisirs (recreationistes), agents, d'assistance médicale, psychiatrique et familiale, guides d'orientation professionnelle, psychologues, éducateurs, spécialistes du traitement des types spécifiques d'incapacité, ainsi que des représentants du monde industriel et commercial, a adopté la définition suivante de la réadaptation (rehabilitation): «Restitution au sujet souffrant de la capacité de son maximum d'aptitude à être utile physiquement, moralement, socialement et professionnellement».

Cette définition tend à suggérer que le retour à la santé ne saurait résulter des efforts isolés et indépendants de différents spécialistes ou techniciens mais que ces efforts doivent être coordonnés.

Selon le médecin anglais Stanley D. Large la réadaptation comprend aussi bien les soins qu'exige une jambe raide à laquelle il faut rendre son agilité, qu'un cerveau fatigué qui manque de vigueur ou un esprit ébranlé qu'il faut rendre confiant. Malheureusement, on admet généralement plus volontiers la nécessité d'un redressement physique que d'un redressement psychique ou

éthique. En thérapeutique ce dernier est relativement négligé et son histoire est courte.

6. Névroses et états psychopathologiques dans les pays libérés d'après le Dr Meerloo. — Pour terminer cet exposé succinct, rappelons que les névroses de guerre ne se produisent pas exclusivement au front parmi les combattants mais qu'on les observe aussi en temps de guerre chez les civils de l'arrière.

Le Dr MEERLOO, lieutenant-Colonel de l'Armée Néerlandaise, qui après avoir vécu deux ans et demi dans son pays sous l'occupation allemande a, depuis la libération, séjourné en France, en Belgique et en Hollande non-occupée, a publié, en avril dernier, dans *The Lancet*, une note intéressante relative aux réactions psychopathologiques observées dans les pays libérés. Ces réactions révèlent trois sortes de symptômes, à savoir l'apathie, la suspicion et l'agressivité accrue. L'apathie se présente sous la forme d'une passivité générale. Vite fatigués, déprimés, souvent timides, ces paralysés psychiques, restent dans l'immobilité, attendant la suite des événements. Sous-alimentés, accusant une pression artérielle basse, ils sont impressionnables et irritables.

Le second trait symptomatique chez les libérés consiste dans la suspicion intense dont ils sont la proie. La peur profondément enracinée empêche les individus de se réadapter rapidement au régime de la liberté. Sous l'empire de l'habitude prise de chercher partout des traîtres, des vendus et des collaborationnistes, ils soupçonnent même leur propres amis. Ainsi, la manie de la persécution s'installe, les barrières entre les citoyens se dressent, englobant aussi les étrangers, et les libérés sont incapables de se défaire des habitudes de suspicion prises. Les symptômes paranoïaques apparaissent.

Le troisième état se rapporte à l'agressivité accrue se traduisant par une attitude autoritaire qui n'est, en dernière analyse, que l'acceptation inconsciente de l'attitude et de la mentalité observée chez les Allemands.

Il faut admettre, en effet, qu'il est impossible d'échapper complètement à l'espèce de fascination qu'exerce l'ennemi. On assimile d'habitude ce que l'on combat: c'est une loi générale. Le sabotage et le maquis n'ont fait que fortifier cette attitude. Tout le monde réclame des conducteurs forts et chacun croit

posséder les qualités requises. L'insensibilité et l'égoïsme s'installent et deviennent prévalants. Avant la libération, on observait une unanimité dans la haine de l'ennemi. La guerre terminée, un fond de haine persiste. Faute d'ennemi, cette haine est partiellement dirigée contre les proches sous forme de jalousie, d'envie, de convoitise, etc. L'unité dans la résistance dégénère en une compétition entre les individus et les forces qui s'opposent.

Il y a lieu de supposer que ce sont surtout les jeunes qui se ressentiront de l'influence de l'occupation, les caractères des adultes étant déjà formés avant guerre.

Comme l'observe le Dr MBERLOO, tout cela montre qu'après la guerre l'Europe souffrira profondément et longtemps des effets empoisonnants de la suspicion et de l'autoritarisme, lourd héritage de l'occupation. Les problèmes de l'hygiène mentale et de l'assainissement psychologique des masses dont dépend la stabilité et la paix si ardemment souhaitées dépasseront en gravité bien d'autres problèmes.

Les névropathes ou candidats névropathes ne doivent pas être confondus avec les pharisiens dont j'ai parlé à propos de l'objectivation des sentiments dans ma conférence faite à la Faculté de Médecine de l'Université de Lisbonne sur «La Psychologie américaine et les problèmes de la rééducation et de psychopathologie d'après-guerre». «Les paranoïaques à base d'orgueil diffèrent du pharisien hypocrite dont parle GORDON W. ALLPORT dans «Bigot in our Midst». En effet, le pharisien n'est que légèrement paranoïaque; et il n'est pas non plus nécessairement psychasthénique.

Pour conclure, rappelons que les névropathes de guerre, victimes des événements, peuvent à leur tour faire des victimes.

Aussi, l'hygiène sociale exige-t-elle doublement que ces malades soient traités et pourvus d'une occupation absorbant leurs énergies et leur rendant le goût de vivre.

D'autre part, il y a des candidats névropathes qui, ayant subi de graves secousses physiques ou morales et se trouvant soudain sur le bord d'un état morbide, y échappent parce qu'ils trouvent en eux-mêmes la force de refaire leur vie sur un plan nouveau. Il s'agit là de cas d'auto-thérapeutique dont je ne parlerai pas ici, parce que le présent exposé est consacré aux névropathes considérés sous l'angle de la psychasthénie.

O MECANISMO ALÉRGICO COMO FACTOR DE FISIO- -PATOGENESE DA DOENÇA INFECCIOSA

(POSSÍVEIS DEDUÇÕES TERAPÊUTICAS)

POR

M. BRUNO DA COSTA

(Continuação da página 504, vol. XII n.º 9)

* * *

A sensibilização alérgica é, pois, pelos exemplos que apontamos, facto comprovado nas infecções e nas infestações.

O interesse da IDR para o diagnóstico da infecção não é por vezes grande, porque quando ela é positiva, já os sintomas clínicos ou outros evidenciaram a doença. São, no entanto, bem notórios os serviços prestados pela R. de CASONI e pela R. de BURNET, respectivamente para casos de quistos hidáticos colocados em logares ou órgãos pouco acessíveis ao diagnóstico radiológico e de febres de Malta de evolução atípica.

Na apreciação da IDR para o diagnóstico da doença, deve o clínico pensar na possibilidade da *paralergia* criada por outra infecção, o que restringe por vezes o valor do teste cutâneo.

As IDR têm valor prognóstico, porquanto a sua positividade é peculiar a estados infecciosos de pouca ou média gravidade, significando boa reacção de defesa.

Se a IDR mostra positividade de média intensidade, diremos que hã euergia, isto é, reacção adequada à agressão e suficiente para vencer esta; a negatividade da IDR aparece em indivíduos caqueticos, excessivamente débeis, que não mostram qualquer reacção defensiva, e também nas formas das doenças graves

como nas ataxo-adinâmicas, septicémicas, ou colapsantes, ou nas que apresentam complicações muito sérias.

Portanto, o resultado da IDR pode orientar o clínico a estabelecer o prognóstico.

Serve ainda para bem orientar a terapêutica vacinal, quer curativa quer profilática. Lembremos que a papula (e o eritema) do teste cutâneo provém do choque alérgico celular entre o antigénio injectado e os anticorpos contidos no S. R. E. da derme, isto é, nas células mesenquimatosas e histiocitos; da copulação intracelular antigénio-anticorpo resulta a libertação de substâncias histaminoides responsáveis, primariamente das alterações vasculares, e, secundariamente, por intermédio destas, das degenerescências inflamatórias que constituem a lesão local da IDR.

A intensidade desta reacção mede pois a reactividade dos tecidos aos alérgenos agressivos. É obvio que reactividade tecidual capaz de se adaptar à causa que a provoca é o estado de *euergia*. A *hiperergia-disergia* e a *anergia-hipoergia* são modalidades de reactividades específicas anormais, quer no sentido aumentativo quer no diminutivo, e determinam má evolução da doença.

A reacção tecidual e vascular excessivamente intensa — reacção hiperérgica-disérgica — pode considerar-se como defesa ultrapassando o seu fim (P. VALERY-RADOT): há congestões, estados hiperémicos, hemorragias, edemas, transudações e degenerescências teciduais, o que pode ser causa suficiente para dificultar a boa defesa. Tais acidentes hiperérgicos no decurso de uma doença infecciosa, pelos motivos expostos, só podem embaraçar a evolução da boa defesa anti-infecciosa.

Tais acidentes hiperérgicos podem verificar-se à mais pequena causa e ser motivo de morte.

Mas inversamente, o estado de fraca ou nula reactividade correspondente ao estado hipoérgico ou anérgico, coincide com a doença infecciosa muito grave, gravemente complicada, muitas vezes com tendência septicémica.

SANCHEZ CUENCA, como já se disse, considera a alergia uma reacção de defesa patológica, entre as reacções que levam à imunidade. Seja a alergia uma reacção patológica ou não, é certo que não está na mão do homem impedir muitas vezes o seu aparecimento.

Por êste motivo, é dever do médico, orientar essa actuação reaccional (que é uma das que podem levar à imunidade), no

sentido de ela não ser prejudicial ou ser pouco prejudicial ao doente.

A terapêutica vacinal tem, especialmente, actuação no domínio dos fenómenos alérgicos. Deve, portanto, ela fazer-se, criando ou tentando criar o estado alérgico mais conveniente — que é o euérgico, ou modificando estados alérgicos de reacção aumentada ou diminuída.

Para bem conduzir a vacinação para esta finalidade bem definida, fornece-nos a IDR nas doenças infecciosas, com os seus resultados e diferentes graus destes, um bom meio de orientação.

Fenómeno de Sanarelli-Schwartzmann (alergia hemorrágica) e aspectos hemorrágicos da doença infecciosa

Em 1928, Schwartzmann regista um interessante fenómeno que hoje se designa por fenómeno de Schwartzmann. Eis em que consiste: um coelho recebe uma injeção intradérmica de 0,1 a 0,2 c.c. de filtrado de cultura microbiana, e 24 horas depois, (sempre mais de 10 horas e menos de 48 h.) uma injeção endovenosa de 1 a 2 c.c. do mesmo filtrado; verifica-se que 6 horas após a injeção endovenosa, aparece no local da injeção intradérmica, onde já nada havia, além do orifício da picada, uma reacção hemorrágica acentuada, que pode terminar pela formação de escara asséptica; no dia seguinte ou ainda no outro dia, o animal pode morrer em consequência da injeção endovenosa; a necropsia só mostra lesões hemorrágicas difusas.

SCHWARTZMANN, GRATIA e LINZ obtiveram, mais tarde, iguais fenómenos hemorrágicos em visceras.

As reacções hemorrágicas em coelhos podem aparecer também fóra do local injectado na derme, isto é, em zonas que receberam qualquer traumatismo (picada, corte, etc.).

A capacidade provocadora do fenómeno pertence, por ordem decrescente de actividade, às culturas do meningococo, colibacilo, bacilo tífico, bacilo disentérico, bacilo de SALMON, bacilo de GAERTNER, vibrião colérico, gonococo, estreptococo hemolitico, bacilo pneumosintes, pneumococo, bacilo de BORDET-GENGOU.

Não é fenómeno estritamente específico, porquanto a cultura desencadeante pode deixar de ser a preparante. A injeção preparante intradérmica tem de ser feita, na opinião da maioria dos patologistas, com um filtrado microbiano; a injeção endovenosa desencadeante pode, na verdade, deixar de ser um filtrado da cultura microbiana, e ser uma substância colóide, como peptona, gelatina, etc.

Não há relação nítida entre a toxidez do filtrado da cultura microbiana e a intensidade do fenómeno hemorrágico provocado, como claramente se tem demonstrado para as culturas de meningococos; a intensidade da hemorragia provocada depende mais da frescura e integridade do que da toxidez do filtrado.

A positividade da reacção não vacina contra reacções posteriores, isto é, o fenómeno de SCHWARTZMANN pode, se não matou o animal, provocar-se repetidas vezes, o que é oposto ao que se verifica no choque anafiláctico, que cria períodos refractários.

SANARELLI, poucos anos antes dos estudos de SCHWARTZMANN, verifica um fenómeno muito interessante, conhecido hoje pelo fenómeno de SANARELLI: *uma cobaia recebe no peritoneu, uma injeção de vibrões coléricos em dose sub-letal; algumas horas depois, é injectada na veia dessa cobaia uma pequena e inofensiva quantidade de vibrões coléricos; o animal imediatamente cai em intensa prostração, com forte diarreia sangüinolenta, estado muito semelhante ao estado algido da colera humana.* A necropsia do animal mostra gastrite descamativa, fortes e multiplas congestões inflamatórias de órgãos e sinais de nefrite aguda. SANARELLI chama a este fenómeno «epitálaxia». Prosseguindo nestes estudos de sensibilização, conseguiu obter hemorragias em todos os órgãos, exceptuados o baço, as cápsulas supra-renais e o sistema nervoso central.

Porque os fenómenos de SCHWARTZMANN e de SANARELLI se assemelham entre si, agrupam-se os dois, em regra, sob a designação de fenómeno de SCHWARTZMANN-SANARELLI. Se ao fenómeno de SCHWARTZMANN falta a estricte especificidade e a existência de períodos refractários, não há dúvida de que o fenómeno de SCHWARTZMANN-SANARELLI se assemelha, pelo menos, na aparência e no desencadeamento, aos fenómenos alérgicos, com a particularidade de se exteriorizar por hemorragias, que cabem bem dentro das manifestações de proveniência alérgica.

Seriam pois casos de *alergia hemorrágica* com base alérgica em antigénios microbianos.

Não está ainda provado que se realize a reacção antigénio-anticorpo, característica biológica do fenómeno alérgico, como base das hemorragias citadas. Não há, porém, dúvida de que as injecções preparantes são criadoras das condições propícias para que as ulteriores reacções desencadeiem as hemorragias. Não se trata pois de patergia totalmente inespecífica.

Raciocínios deduzidos por comparação ou por semelhança entre o fenómeno de SCHWARTZNANN-SANARELLI e algumas manifestações hemorrágicas da doença infecciosa podem fazer-se com lógica, pelo menos, aparente.

Com efeito, a *purpura infecciosa* não deve corresponder em regra, a embolias microbianas porque estas se não observam, em regra; e mesmo que existam algumas, duvida-se da sua suficiência para explicar as extensas e difusas manifestações purpúricas; também a acção directa das toxinas sobre o endotélio dos pequenos vasos, se bem que admitida por muitos, não está comprovada que seja o único mecanismo da génese da lesão vascular responsável da purpura infecciosa.

De harmonia com a doutrina da alergia hemorrágica, o mecanismo da purpura infecciosa seria o seguinte: os antigénios bacterianos, as toxinas ou os virus sensibilizam os endotélios dos pequenos vasos cutâneos ou das visceras; novo afluxo de sangue que traga os mesmos agentes, gera a purpura pelo conflito antigénio-anticorpo nas paredes vasculares.

GLAZMANN fala-nos de purpura anafiláctica.

É de admitir o mecanismo alérgico na fisiopatogénese de algumas purpuras infecciosas. GRATIA e LINZ já conseguiram em animais, com a técnica de sensibilização com antigénios microbianos provocar lesões purpúricas iguais às petequias, que se observam no homem.

Também certas hemorragias das serosas, como em meninges, pleura, sinoviais articulares, etc., para as quais não existe causa clara, e que designamos como *criptogénicas*, podem ter também patogénese alérgica. Os germes ou virus podem estar aninhados ou desenvolver-se longe dos locais em que mais tarde se realiza a hemorragia; a serosa ter-se-á sensibilizado com a fixação dos anticorpos; novos antigénios (toxinas, virus ou pro-

teínas microbianas lançados na via sangüinea) vêm localmente, mercê da reacção alérgica na serosa, produzir a hemorragia.

Na mesma ordem de idéias, é possível que o carácter hemorrágico desenvolvido *tardamente* em certas infecções, nomeadamente em febres eruptivas, tenha, ao lado de várias outras causas, um componente alérgico fisiopatogénico ou pode o mecanismo alérgico representar tôda a sua razão de ser.

É possível que através do mecanismo alérgico se venham a esclarecer muitos aspectos e seqüências da doença infecciosa não explicados ou mal explicados.

Eis um caso clínico do meu consultório de difícil compreensão através dos clássicos e habituais conceitos da hemorragia renal: um indivíduo de 55 anos de idade tem, desde alguns anos, e de quando em quando, hematúrias intensas. É estudado pelos melhores urologistas das três cidades universitárias, os quais afirmam nada haver, de início, nos rins e vias urinárias que justifique essas hemorragias, que se registam sob a forma de crises. Por fim, descobre-se uma infecção mixta colibacilar e estreptocócica do bacinete, com ponto de partida intestinal. É tratado com vacina anti-colibacilar e sulfamida, conseguindo-se que desapareça o colibacilo. O estreptococo, de quando em quando, reaparece, como ainda reaparecem as crises de hematúria.

No intervalo destas crises, o doente não tem qualquer sintoma renal, nem alteração da composição urinária; sente sempre, após a crise hematúrica, astenia muito profunda, anormal, estabelecendo-se depois a sensação de debilidade geral, talvez, em parte, porque a hematúria chega a ser grande. As crises hematúricas perduram 12-15-20 dias e o intervalo entre elas é de alguns meses.

Verifica o doente que as crises hematúricas são sempre secundárias a crises de sofrimento intestinal caracterizadas por dores, flatulência e meteorismo.

O exame do sangue não revelou alterações da hemogénese nem dos factores ou elementos que entram na coagulação do sangue. Emito a hipótese que êste doente tenha o epitélío glomerular e dos capilares renais sensível ao estreptococo intestinal, o qual reage de quando em quando a novos antigénios bacterianos (ou aos próprios estreptococos) desencadeando uma glomerulonefrite hemorrágica, cujo mecanismo alérgico parece patente pelas circunstâncias clínicas que se verificam.

As crises hematóricas sucedem-se sempre a crises intestinais, o que pode e deve implicar alteração ou aumento de virulência da flora intestinal.

Para haver base biológica em apoio da hipótese emitida era necessário pesquisar a sensibilidade ao estreptococo por meio da IDR, o que no momento da consulta me não foi possível fazer.

A terapêutica deste caso deve ser feita com a penicilina e com a dessensibilização por meio do antigénio estreptocócico responsável.

Vacinação e o estado alérgico

VACINAÇÃO PREVENTIVA E O ESTADO ALÉRGICO

O efeito da vacinação preventiva é fundamentalmente a produção de anticorpos pelas células; Os elementos celulares ficam, desde esse momento, com capacidade reaccional (reacção amnésica celular) para produzir anticorpos, em abundância e facilmente, nas diferentes emergências.

Esta reacção amnésica celular parece constituir a base biológica da *imunidade*; portanto, a vacinação preventiva visa e consegue criar a imunidade de maior ou menor duração.

O valor profiláctico da vacinação em algumas doenças, nomeadamente contra a febre tifoide, o tetano, a difteria, a varíola e a coqueluche está comprovado. Creio que igual afirmação se poderá no futuro fazer quanto a muitas outras doenças; o êxito deve depender de encontrar e preparar o conveniente produto vacinante. *Na vacinação preventiva* deve evitar-se o choque humoral proteínico e todos os efeitos toxicos secundários; só se deveriam registar as reacções biológicas próprias, específicas e necessárias para criar a imunidade específica e as quais, praticamente, não devem ter rebato sintomatológico clínico.

O choque humoral e as acções tóxicas secundárias são, em regra, conseqüências das impurezas proteínicas e da toxidez do produto vacinante e ainda do estado reaccional do homem que se propõe receber a vacinação.

Há também reacções por mal feita dosagem da vacina empregada, ou por anormal reactividade relacionada com o estado patérgico do indivíduo, segundo o critério de RÖSSLE.

As impurezas do produto vacinante, entre as quais, a grande quantidade de proteínas extranhas ao antigénio vacinal, e também a mal feita dosagem da quantidade empregada são deficiências que não devem hoje verificar-se.

Há finalmente reacções condicionadas por sensibilização ao antigénio vacinal, criada antigénio em anterior vacinação, ou por ser portador do gérme específico que contem êsse antigénio; pode também desenvolver-se a sensibilização no decurso da vacinação, e as ultteriores injecções vacinantes ter efeitos inesperados e desagradáveis.

De facto, há individuos que, ao serem submetidos à vacinação preventiva, ou por serem portadores ignorados dos respectivos gérmes ou virus ou por haverem estado em contacto com individuos que sofreram a doença contra a qual êles se pretendem vacinar, estão sensibilizados a êsse produto vacinal, e então reagem à injecção vacinante com efeitos altamente desagradáveis, por vezes graves, e sempre sem qualquer vantagem para o fim imunitário em vista.

Por êsse motivo, consideramos de *boa prática* pesquisar por intermédio de uma IDR com o produto vacinante, o estado alérgico do individuo a êste produto, isto é, o seu grau de sensibilização.

Em função da ausência do estado alérgico ou se existe estado alérgico, da sua intensidade, deve executar-se a vacinação com *dose inicial julgada adequada ao estado de sensibilização do individuo*. Devem empregar-se, sempre, produtos com bom e alto valor antigénico, capaz portanto de produzir grande quantidade de anticorpos.

Com efeito, para a vacinação anti-tífica convêm os *antigénios O e Vi*, por serem os respectivos anticorpos (o primeiro antitoxico, o segundo bactericida), os mais necessários para a luta anti-infecciosa na febre tifoide.

As doses ultteriores da vacina a empregar em vacinações que requerem mais do que uma injecção vacinante devem ser determinadas pelo resultado da IDR, feita antes de cada nova injecção vacinante. Com êstes cuidados, evitam-se, evidentemente, as reacções alérgicas intensas e até graves, por vezes, provocadas pelas vacinações.

Por exemplo, na vespera ou antevespera da 2.^a injecção da vacina, dever-se-á pesquisar o estado alérgico, mercê de uma IDR

com o mesmo produto vacinante e a quantidade do produto a injectar, deverá depender do resultado desta IDR. Com esta técnica, evitar-se-iam as reacções graves que, por vezes, se registam na vacinação anti-tífica.

Com a vacinação preventiva pretende-se a criação de um estado imunitário e não o alérgico; no entanto, para chegar ao primeiro, é muitas vezes necessário passar pelo segundo. Não se pode evitar totalmente o estado alérgico; deve-se porém evitar a modalidade hiperérgica-disérgica exaltada, porquanto nela são freqüentes as reacções alérgicas graves, especialmente quando nas injecções posteriores se usarem grandes doses de vacina.

No decurso e por vezes ainda no fim da vacinação, o indivíduo está alérgico ao antigénio vacinante: tal alergia que, por vezes, é inevitável se é exaltada, é inconveniente, mas não traduz grande mal, porquanto o estado imunitário virá depois, ou puro ou associado à alergia, a qual se mantém ou se vai extinguido lentamente.

Por êstes motivos, a IDR deve ser positiva, logo após a vacinoterápia; se, neste momento, é negativa, há poucas probabilidades do indivíduo haver adquirido a imunidade, conforme observações de FORCE e STEVENS, que verificaram ser êstes os casos dos vacinados em que mais freqüentemente aparecia a febre tifoide. Só 75 % dos vacinados contra a febre tifoide (antes de ser usado o antigénio Vi) se tornam alérgicos, segundo a IDR. Esta falta de alergia coexiste freqüentemente com a ineficácia da vacina reconhecida em alguns indivíduos supostos vacinados.

Com o desaparecimento ulterior do estado alérgico e aparecimento de estado imune, o indivíduo fica em condições de não contrair a doença. Acresce que a conservação do próprio estado alérgico, (desde que não seja o de hiperérgia-disérgia exaltada ou os de hipoérgia e de anérgia) pode ser útil à defesa do organismo. Dir-se-á que a vacinação teve a função de injecção preparante; à ulterior vinda do germe em quantidade excessiva, porque o indivíduo está *alérgico moderado*, os tecidos imediatamente põem em acção os meios de defesa específicos e próprios das reacções alérgicas, isto é, da euergia, de que pode resultar impedimento da doença.

As vacinações geram uma *fase negativa*, durante a qual, os mecanismos de defesa específica, tipo imunidade, estão mais ou

menos inibidos, ou melhor, em que só há fenómenos de sensibilização; esta fase negativa é de tanta maior duração quanto maior fôr a quantidade de antigénios injectados.

Durante a fase negativa, desenvolvem-se herpes, astenia profunda, reactivam-se as R. de WASSERMANN, reactivam-se paludismos latentes, etc., correspondendo tais manifestações a sinais de sensibilização ou preparados por esta.

Portanto, a vacinação deve ser sempre feita a longa distância do momento em que se pretende a imunidade. Já dissemos que esta é uma criação lenta dos tecidos e dos humores.

Os acidentes de vacinação preventiva feita por intermédio de injeções subcutâneas tomam o aspecto de fortes reacções em 0,24 % - 1,8 % dos casos e de discretas reacções em 3 %.

As reacções fortes—mais raras ainda—podem mostrar aspecto alarmante, com dispneia, cianose, hipertermia e herpes labial.

Estas reacções podem expressar o efeito proteínico, mas também podem significar exagerada reacção alérgica. Para evitar o primeiro, empregam-se hoje vacinas bem purificadas, quasi sem proteínas, além das antigénicas, ou só com alguma porção de globulinas, que como se sabe não determinam reacções tão alarmantes.

Para evitar as segundas, exige-se o conhecimento prévio, isto é, antes de cada injeção do produto vacinante, do estado alérgico específico do indivíduo, por intermédio da IDR, feita com o mesmo produto.

O médico e o higienista têm de pensar em todos estes pormenores para bem conduzir a vacinação preventiva e fazê-la bem aceitar das massas populacionais.

VACINAÇÃO CURATIVA E ESTADO ALÉRGICO

A vacinação específica no decurso da doença infecciosa tem sido terapêutica, ora acreditada ora desacreditada e até considerada nociva.

Pode-se dizer, sem receio, que na febre de Malta, em infecções crónicas localizadas, como por ex., sinusites, abcessos e mastoidites, na coqueluche quando empregada precòcemente, os seus efeitos são dignos de consideração e aprêço.

Emprega-se também com vantagem no reumatismo gonocócico; é reconhecido por todos o efeito da vacinação anti-colibacilar, por ingestão, em todos os casos de colibacilose.

Com a vacinação específica no decurso da doença infecciosa podem obter-se vários efeitos, por vezes, até efeitos contraditórios; mas o médico conhecedor, hoje, dos mecanismos reaccionais alérgicos, sensibilizantes, dessensibilizantes, imunitários e ainda inespecíficos proteínicos, pode dirigir a medicação vacinal a uma finalidade definida.

O emprêgo da vacinação específica precòcemente, isto é, nos primeiros dias da doença infecciosa, explica-se com a finalidade de favorecer a criação rápida de anticorpos, sempre mais rápida do que o faz o germe infectante.

Na coqueluche, por exemplo, os anticorpos gerados pela doença só aparecem ao 10.^o ou ao 15.^o dia. Ora, a vacinação precòce apressa a formação destes, como o provou em 1926, KRISTENSEN e LARSEM.

O antigénio vacinal gera o anticorpo com maior facilidade e mais rapidamente do que o germe infectante.

Através do favorecimento da criação de anticorpos, a vacinação contribui discretamente para a criação do estado tecido-humoral imunitário, e portanto ajuda a vencer a doença e a encurtar o seu tempo de evolução. Mas esta acção só pode ter algum valor quando a vacinação é empregada precòcemente.

Quando haja grande sobrecarga de antigénios no organismo infectado, pela grande proliferação microbiana e destruição dos germes pode e deve constituir absurdo aumentar as doses de antigénios microbianos em individuo já sobrecarregado com êles.

Sabemos, porém, que depois de alguns dias de evolução da doença aguda se pode apresentar um estado alérgico aos antigénios microbianos em causa, e com a *vacinação pode-se, deve-se e consegue-se, por vezes, modificar o estado alérgico existente* para a modalidade mais conveniente às reacções de defesa.

Em síntese, pode dizer-se que *convém às boas reacções específicas de defesa, que o estado alérgico do infectado seja do tipo euérgico ou hiperérgico moderado. Para obter tal modalidade alérgica, a vacinação do infectado deve ser orientada no sentido de diminuir o estado hiperérgico-disérgico exaltado, se existe, para evitar reacções exageradas e prejudiciais; e de aumentar a reactividade em casos de*

hipoérgia e anérgia como por vezes se verifica em casos de focos infecto-inflamatórios, com evolução tórpida e arrastada, aos quais a vacinação traz, com a criação do estado euérgico ou hiperérgico, a reactivação desses mesmos focos, com indiscutível vantagem para a cura.

Portanto, no primeiro caso, temos em vista obter a hipossensibilização específica do doente ao antigénio microbiano; no segundo caso, temos como finalidade, o oposto, isto é, a hipersensibilização específica.

Deduz-se logicamente, nesta ordem de idéias, que o emprêgo consciente e eficaz da vacinação terapêutica da doença infecciosa implica o conhecimento prévio do estado de alergia aos antigénios dos germes infectantes.

Êste conhecimento obtem-se por intermédio da IDR com êsse antigénio. *Se há hiperérgia muito acentuada, isto é, se a IDR é positiva até à escarificação, o fim da vacinação deve ser diminuir a sensibilização, o que se consegue pelo uso de pequenas doses de vacinas, bem espaçadas (48 em 48 ou 72 em 72 horas); não se deve, no entanto, pretender atingir a dessensibilização, mas o grau de sensibilização da modalidade euérgica, por ser o que mais favorece as moderadas reacções de defesa. A dessensibilização e hipossensibilização consistem biologicamente no desgaste total ou parcial dos anticorpos citossesais, feito progressivamente, mercê de doses pequenas de antigénios, sem, portanto, provocar reacções aparatosas.*

Se existe hipoérgia, isto é, se a IDR é discretamente positiva, havendo forte presunção clínica de boa capacidade reaccional do doente, devemos administrar doses de vacina mais elevadas, pouco espaçadas, no sentido de excitar ou provocar actividade euérgica ou hiperérgica moderada, a qual favorece então a cura.

Se há anérgia, isto é, se a IDR é negativa, é preciso muito cuidado na prática da vacinoterápia curativa. Se a IDR negativa coexiste com bom estado geral, forma leve da doença, e tudo indica bom prognóstico, isto quer dizer que não houve sensibilização e que as fôrças defensivas não específicas são mais do que as necessárias para obter a cura, realmente tanto mais fácil quanto é freqüente nestes casos, a pouca virulência do germe infectante; nesta hipótese, a vacinação não se fará por ser desnecessária, e se se pretender fazer, não há inconveniente de maior; mas se a IDR negativa coexiste com mau estado geral, forma grave

da doença, ou até forma do tipo ataxo-adinâmico e colapsante, significa que há anergia em todos os aspectos, isto é, específica e inespecífica, e então o emprêgo da vacinoterápia é discutível, predominando os que opinam pela contra-indicação de tal terapêutica. Com efeito, se o estado clínico é gravíssimo e não há qualquer sinal de reacção alérgica, deduz-se incapacidade reaccional perante germe infectante muito virulento e correspondente grande quantidade de antigénios.

A introdução de mais antigénios, por meio de vacinação, aumenta as acções agressivas sem probabilidade de aumentar a reactividade.

No entanto, repetimos, tanto na *hipoergia* como na *anergia*, o uso da vacinação defende-se e compreende-se em casos cujo presumido estado reaccional do doente é de molde a conceber a possibilidade de gerar-se pela vacinação aumento da capacidade reaccional, através da passagem dos estados *hipoérgico* ou *anérgico* para *euérgico* ou *hiperérgico*. *Não deve porém desconhecêr-se que um esforço grande, tipo choque humoral ou reacção alérgica mesmo leve, em doentes com tendência colapsante, pode ter consequências muito funestas e até mortais.*

Por êsse motivo, não se faz a vacinoterápia em tais situações clínicas. Em situações clínicas não colapsantes, embora de estado geral pouco satisfatório, pode empregar-se a vacinação, começando sempre por pequenas doses, aumentando progressivamente a dose, evitando sempre reacções, enquanto o estado geral do doente não indicar que as pode suportar; logo que se tenha a impressão de melhor estado geral, então as doses podem ser aumentadas rapidamente não receando reacções de intensidade média, criando-se com a vacinação a *euérgia* ou *hiperérgia* benéfica para o caso clínico que anteriormente era *hipoérgico* ou *anérgico*.

É evidente que a defesa anti-infecciosa contra a doença aguda se não faz totalmente através da reactividade celular e tecidual de criação alérgica; grande parte da defesa tem procedência não específica.

* * *

A vacinação, se é feita precòcemente, isto é, no início da doença, ainda póde visar à formação de anticorpos, e, portanto, minorar a doença, torná-la menos duradoura e mais leve.

A vacinação terapêutica empregada em plena evolução da doença infecciosa só pode visar a moderar a hipersensibilização ou a hipossensibilização criadas pela infecção.

Com efeito, as vacinas melhoram ou curam focos infecto-inflamatórios crónicos, aumentando a sensibilização dos tecidos aos germes produtores destes focos, isto é, transformando a hipoérgia em hiperérgia.

Por outro lado, também podem ordenar as defesas nos períodos agudos inflamatórios das doenças infecciosas, pela dessensibilização, isto é diminuído a hiperérgia-disérgia, o que favorece a reabsorção dos exsudatos inflamatórios.

As vacinas curam ainda infecções provenientes da sensibilização a alergenos microbianos, como certas sinusites, catarros descendentes, dispneias asmatiformes, opressões torácicas, tipo asma leve ou seu equivalente, asmae verdadeiras, urticárias provenientes dos alergenos dos microbios intestinais, por intermédio da dessensibilização ao antigénio microbiano. Esta dessensibilização comprova-se pela negativação da IDR.

Este efeito oposto — sensibilização ou dessensibilização — que se pode obter com o mesmo produto, não é de estranhar, se recordarmos que com a entrada de antigénio no meio tecido-humoral se podem neutralizar anticorpos lá existentes (dessensibilização), e se pode promover a criação de novos anticorpos (sensibilização). Tudo depende da quantidade administrada de antigénio: em pequenas quantidades e bem espaçadas para a primeira finalidade, em grandes quantidades e menos espaçadas, para a segunda.

Os efeitos terapêuticos, por vezes, bruscos da vacinação na doença infecciosa são de molde a confirmar a sua acção por mecanismos alérgicos, se se puderem excluir as reacções humorais proteínicas.

De facto, na gonococcia, DEMONCHY verifica, mercê da vacinoterápia, curas bruscas (1).

FLORAND provoca, em doentes com a febre tifoide, mercê da vacinação, verdadeiros estados anfibólicos. Com doses de vacina que ultrapassam 75 milhões de germes podem surgir

(1) Com as sulfamidas e a penicilina, a terapêutica, pela vacina na gonococcia perdeu o interesse. Fica porém o facto averiguado para demonstrar as possibilidades curativas da vacina.

colapsos cárdio-vasculares, perfurações intestinais, etc.; mas, em opposição, já também em casos de febre tifoide se tem verificado curas bruscas, mercê do uso da vacina.

A vacinação da febre tifoide só se justifica no 1.º septanário e no início do segundo septanário: durante o 1.º septanário para aumentar e apressar a formação de anticorpos; no início do segundo, isto é, no auge do período inflamatório, para, reduzindo a hiperergia, favorecer a reabsorção dos focos inflamatórios. São muito acessíveis à vacinoterápia tífica as osteoperiostites tíficas.

A vacinoterápia na febre de Malta contribui poderosamente para a esterilização dos focos esplênicos, dos quais os germes emigram para o sangue.

A vacinoterápia da sepsis, vista à luz da actuação da vacina pela modificação do estado alérgico, merece algumas considerações.

Em princípio, deve aplicar-se o mesmo critério que estabelecemos para as doenças infecciosas, tipo infecção geral.

A sepsis é doença, em que, por eleição, existe o componente alérgico patogenético. Por êsse motivo, ao lado de várias indicações, umas velhas, outras renovadas e outras novas, (sulfamidas, penicilina), parece-me razoável, a vacinoterápia com a finalidade sensibilizante ou dessensibilizante, conforme o estado alérgico verificado, isto é, de hipoérgia ou mesmo anérgia para a primeira finalidade, e de hiperérgia para a segunda.

Haveria talvez vantagem em estudar sob êste critério, a vacinação específica, com finalidade ligeiramente dessensibilizante, na doença de JACCOUD-OSLER, por ser um bom exemplo de sepsis moderada, embora já com discreta hiperérgia ou euérgia, mas em que indiscutivelmente a reactividade tecidual é elemento importante em opposição à pouca virulência do estreptococo viridans.

Três doentes de febre de Malta, por mim tratados, recentemente, pela vacina, provam à evidência a vantagem da IDR para bem regular esta terapêutica: um tem a reacção de BURNET fortemente positiva; neste, a mais pequena dose de vacina por via subcutânea gera fortes reacções gerais; dois têm a reacção à melitina negativa, e porque o estado geral era bom, empreguei a vacinoterápia que por via subcutânea não gerou qualquer reacção.

Só a via endovenosa gerou neles alguma reacção geral, havendo-se em um dêles, uma semana depois, a reacção de BURNET tornado positiva.

Se empregassemos no doente com IDR fortemente positiva, a injecção endovenosa de vacina teriamos provocado forte reacção, possivelmente de graves conseqüências.

* * *

A vacinoterápia é, como diz Nicolle, uma antigenioterapia.

O antigénio bacteriano é, como regra, uma substância albuminoide. A função antigénica está ligada à estrutura albuminoide ou à contextura micelar. Portanto, mesmo em casos de vacinas bem purificadas, quasi sem albuminas extranhas, não podemos garantir a ausência de efeito proteínico, porque o próprio antigénio é uma proteína, possível e provavelmente capaz de efeito proteínico não específico. Se a vacinação, porém, actua só *especificamente*, o efeito hipertérmico será sempre pouco elevado (PARISOT, SIMONI),

Não se pode duvidar, em certos casos, do *efeito proteínico puro*, isto é, não específico, tipo reacção humoral coloidoclasica, cujas seqüências, através das alterações biológicas humorais de que se acompanha o choque, as quais se são, por vezes, benéficas para a evolução da doença infecciosa, outras vezes são indiferentes, e em certas circunstâncias, podem ser prejudiciais.

Este choque proteínico perdura 6-8 horas, enquanto a acção específica da vacina é diferente, isto é, o efeito imediato da antigenioterapia pura é mais tardio, não se esgota a cada injecção e junta o seu efeito ao precedente, para modificar o estado alérgico ou contribuir para a criação do estado imunitário.

A acção específica da vacinação, quando bem conduzida no sentido de obter o conveniente estado alérgico, é sempre a desejar, e está adentro do melhor raciocínio permitido pelos conhecimentos da biologia da infecção.

O efeito do choque inespecífico proveniente das proteínas é muito apreciado por alguns autores, mas é indiscutível que êle representa *um verdadeiro pontapé na escuridão*, porquanto não sabemos o que provocamos com o choque, que, de resto, é sempre para cada caso clínico, uma arma de dois gumes, havendo

casos em que muito fere para o lado mau, nada fazendo para o lado bom.

É de admitir que também a labilidade específica humorotécidual de doentes alérgicos, quer a alergia exista já antes da infecção quer provenha dos alergénos dos germes infectantes durante a infecção, favoreça o aparecimento do choque inespecífico proteinico.

Tanto o choque humoral de proveniência não específica como a crise alérgica devem evitar-se sempre que o estado cárdio-vascular não ofereça boas condições de resistência.

Não se deve dar nova injeção de produto, sem que o efeito proteinico ou antigénico da dose precedente haja passado totalmente.

Após algumas vacinações, e melhor ainda, após certas doenças, o doente pode ficar refractário à infecção do germe responsável da doença, mas ficar indefinidamente alérgico às proteínas desse germe, como se verifica frequentemente para a febre de Malta e cancro mole. Iguais fenómenos se podem registar na difteria, porquanto há estados refractários ou imunes à toxina diftérica (Reacção de SCHICK, negativa, com alergia às proteínas do bacilo diftérico (Reacção de ZELLEN, positiva).

A soroterapia — Doença do soro — Estado alérgico

A soroterapia específica é recurso terapêutico de grande valor em algumas infecções como difteria, tétano, disenteria bacilar etc. Também em muitas outras doenças, o uso do soro de convalescentes, de pais do doente, de adultos sãos mas que estiverem em contacto com doentes com a mesma infecção que se pretende tratar, de portadores ou de eliminadores de germes da infecção em vista de tratamento, tem por base o mecanismo da imuno-transfusão, isto é, representa terapêutica que tem, entre outras finalidades, introduzir no organismo doente, anticorpos específicos. Por igual, as transfusões de sangue total e as de plasma de indivíduos normais provam a vantagem de introduzir no organismo alguns anticorpos naturais e, em especial, a *alexina*, com a qual em presença da sensibilizadora, se realiza facilmente a lise bacteriana.

A introdução de grandes quantidades de anticorpos e de proteínas estranhas deve favorecer dois tipos de fenómenos: os

fenómenos alérgicos e os fenómenos do choque proteínico. A soroterapia executada com grandes quantidades de sôro, em injeções repetidas, leva frequentemente à produção da *doença do sôro*. Se o sôro específico é o de cavalo e a via de administração é a endovenosa, aquela frequência vai até 90%. A frequência na doença do sôro corre paralela à quantidade de sôro injectado.

Os accidentes sericos podem surgir imediatamente após a injeção, sob o aspecto de *grave choque anafilático* (tipo experimental), por vezes, mortal. Explica-se esta grave modalidade reaccional, aparecida tão bruscamente, pela *existência de hiper-actividade constitucional inespecífica do indivíduo, ou mais frequentemente, pela sensibilização prévia do indivíduo por injeção ou injeções de sôro de cavalo, ou por alergia à caspa do cavalo, uma e outra ignoradas pelo médico*.

As outras modalidades de acção serica que constituem propriamente a *doença serica* surgem 8-12 dias (sempre mais de 3 horas e menos de 3 semanas) após a terapêutica pelo sôro. Êste prazo representa o tempo necessário para a *sensibilização*, que é, por SCHMIDT, como dissemos, comparado ao período de incubação da doença infecciosa por virus.

Os sintomas começam no local da injeção, com prurido, eritema e tumefacção ganglionar da zona satélite da região; registam-se depois, a partir do local injectado, manifestações cutâneas, do tipo urticária, eritema escarlatinoide ou morbiliforme ou exsudativo multiforme, as quais podem ocupar só algumas regiões, predominar em outras ou estender-se a todo o corpo.

Aparecem também edema da face e dos membros, febre a 39-40°; simultaneamente, surgem oligúria ligeira, hipotensão arterial; por vezes, há vômitos, diarreia, cefalgias; são frequentes as mialgias e artralgias, e com estas últimas, há tumefacções articulares por sinovite exsudativa, com certa predilecção, inicialmente localizadas nas articulações dos joelhos e ombros e depois nas do punho e dos dedos da mão.

Êste estado mórbido evolui, em regra, em um só surto que dura 3-5 dias; podem porém repetir-se os surtos, os quais terminam pela cura.

A patogénese da doença do sôro não está ainda claramente conhecida.

PIRQUET, SCHICK e recentemente SCHMIDT comparam a doença do sôro a uma autêntica doença infecciosa por vírus, com a diferença de que nesta, o agente ou antigénio é uma partícula viva que se reproduz constantemente, e naquela o antigénio é uma partícula inanimada que uma vez destruída, se não reproduz, e por esse motivo a sua evolução é rápida (3-5 dias); a existência de mais do que um surto que, por vezes, se regista, deve atribuir-se às diferentes fracções proteínicas do sôro entrarem em acção em períodos diferentes.

É, pode dizer-se, admitido hoje, por todos, que ou tóda a patogénese da doença do sôro é alérgica ou pelo menos, o mecanismo alérgico representa o principal factor fisiopatogenético.

Ela será a consequência de intensa e extensa reacção antigénio-anticorpo. SCHMIDT considera imprescindíveis as seguintes condições para que se gere a doença do sôro:

1.º — Aptidão do organismo a formar anticorpos perante as proteínas estranhas do sôro (de facto, VOSS e SCHMIDT verificaram que os indivíduos que não sofrem de doença do sôro são precisamente aqueles que perante grandes quantidades de sôro têm, como regra, fraca capacidade para formar anticorpos);

2.º — Os anticorpos ou reaginas devem ter algumas particularidades porque nem todos os indivíduos com capacidade de formar anticorpos têm a doença do sôro;

3.º — Que, pelo menos, parte dos anticorpos sejam circulantes;

4.º — Que da copulação do anticorpo com o antigénio resulte «a mise en marche» [necessária para gerar o quadro clínico, e para o qual dá valioso contributo a labilidade neuro-vegetativa.

São, portanto, os anticorpos gerados pelas proteínas do sôro (incluindo possivelmente as que têm função já de anticorpos) que, copulando com os antigénios representados por novas injecções de sôro, os responsáveis da doença do sôro.

VOSS diz que, por vezes, *se realiza na doença do sôro, o fenómeno da anafilaxia inversa*, isio é o antigénio esta fixo na célula e é o anticorpo injectado no sôro específico terapêutico que vai até à célula, copula-se com o antigénio lá existente, resultando a reacção alérgica.

Em defeza da possibilidade da génese da doença do sôro, por anafilaxia inversa, VOSS cita a observação de que a injecção

de sôro de convalescente de doença do sôro (anticorpo) em criança em período de incubação de eventual doença do sôro, desencadeia na criança *sempre é imediatamente* a doença do sôro. Foi o anticorpo do sôro injectado que copulou com o antigénio ainda retido nas células.

COCCA não considera necessária a existência de anticorpos circulantes (precipitinas hemáticas) para a génese da doença do sôro. COCCA, TUFT e RAMSDELL comparam a doença do sôro à idiosincrasia medicamentosa, na qual os medicamentos tomam a função de haptenos. Se para a génese dos fenómenos gerais registados na idiosincrasia medicamentosa, se deve ter em conta a acção farmacológica do medicamento e as características reaccionais do terreno individual, igualmente também para a doença do sôro se devem ter em conta a acção farmacológica do medicamento «sôro específico» e a reactividade natural do terreno do doente.

Pretendem COCCA e ainda mais SCHMIDT, que a doença do sôro é sempre caracterizada por hipersensibilidade e por reacções do tipo alérgico, a produtos que, para bem do doente, se deviam destruir ou eliminar, adentro das normais actuações biológicas, sem sofrimento para o doente.

Por todos estes motivos, deve fazer-se o que estiver ao alcance do médico a fim de evitar a doença do sôro, para o que se preconizam algumas medidas, preventivas.

1.º — Antes de fazer a soroterápia preventiva, dever-se-á fazer IDR. com esse mesmo sôro, para conhecer e avaliar a possível existência de alergia específica prévia. Em caso de reacção positiva, procede-se à dessensibilização rápida com inecções subcutâneas ou intradérmicas de pequenas doses (0,01—0,1—0,5—0,8—1 c.c.) desôro, de $\frac{1}{2}$ hora a $\frac{1}{2}$ hora, até que, por fim, se poderá dar a dose desejada, mas ainda assim, tomando providências para possíveis reacções imediatas, mais ou menos graves.

2.º — Empregar cada vez mais — ou mesmo só utilizar — sôros hiperconcentrados em anticorpos e desalbuminados ao máximo, de molde que o seu conteúdo proteinico seja constituído na sua totalidade, ou quási, por globulinas, isto é, só pelos anticorpos ou apenas com o seu suporte globulinico, a fim de evitar que à crise alérgica se junte o choque proteinico inespecífico.

CONCLUSÕES

I — A existência de mecanismo alérgico, como elemento fiso-patogenético da doença infecciosa, contribuindo para explicar alguns aspectos fisiopatológicos e clínicos, parece segundo os últimos avanços dos conhecimentos biológicos sobre alergia e doença infecciosa, cada vez mais evidente.

II — A grande dificuldade em destrinçar o mecanismo alérgico na produção de lesões ou sintomas, entre as actuações directas e contínuas e as tóxicas dos germes, é consequência lógica da rápida evolução da doença infecciosa aguda e da simultaneidade e multiplicidade de causas actuantes.

III — Alguns aspectos especiais da fisiopatologia, alguns sintomas e algumas complicações da escarlatina, erisipela, febre tifoide, sepsis, tuberculose, sífilis, pneumonia, febre de Malta — parecem provir de reacções biológicas de mecanismo alérgico; é, também, lógico, sob o ponto de vista biológico, estender por dedução e comparação de situações, estas idéias à fisiopatogenese das outras doenças infecciosas.

IV — As hemorragias em certas serosas (meninges, pleura etc., e mais especialmente na primeira), na pele (purpura infecciosa, purpura reumatoide, purpura anafilactica) e provavelmente em certas visceras, nomeadamente no rim, podem ter, em muitos casos, por patogénese, o mecanismo alérgico, com base etiológica em antigénios e anticorpos bacterianos.

V — Acidentes graves, insólitos, febris, relacionados e dependentes de actos operatórios nada têm por vezes com a infecção directa e só são explicáveis por mecanismos de sensibilização hiperérgica inespecífica, segundo a patergia de RÖSSLE, ou específica tendo, neste caso, por etiologia, os endoantigénios libertados pelo acto operatório ou microbiano.

VI — A vacinação preventiva deve ser orientada nas doses e repetição das injeções pelo estudo do estado alérgico prévio do indivíduo, e do desenvolvido pelas injeções vacinantes, mercê da IDR. com essa mesma vacina.

VII — A vacinação curativa deve orientar-se também e sempre pelo estado alérgico desenvolvido pela própria doença e ainda pelo criado por cada injecção de vacina que igualmente podemos conhecer por IDR. repetidas.

A vacinação com fins terapêuticos, durante a doença infecciosa tem, em regra, mais em vista a modificação do estado alérgico que a criação da imunidade: dessensibilização ou hipossensibilização no hiperérgico exaltado mercê de pequenas doses; criação de reacções hiperérgicas moderadas (sensibilização) no lipoérgico ou anérgico em boas condições gerais de resistência, mercê de doses fortes ou moderadas de vacina, freqüentemente repetidas; obtenção em todos os casos, quando possível, de euergia sólida e equilibrada.

VIII — A soroterapia preventiva ou curativa deve ser precedida de IDR. ao sôro que se pretende usar, para, conhecendo o estado alérgico, se evitarem acidentes e reacções graves, os quais sem beneficiar o doente, o fazem correr, por vezes, sérios riscos.

(Serviço de Doenças infecto-contagiosas.
Director: Prof. Dr. BRUNO DA COSTA).

A CIÊNCIA DA NUTRIÇÃO EM MEDICINA

POR SIR

EDWARD MELLANBY, K. C. B., F. R. S., M. D., F. R. C. P.

As investigações sobre nutrição ocupam na actualidade uma posição dominante no estudo dos problemas sanitários e da ciência biológica. No que se refere à doença, o estudo dos problemas da nutrição principiou, como uma pequena chama, em 1879, quando Eijkman relacionou as suas observações no béri-béri entre os prisioneiros javaneses com os resultados experimentais por êle obtidos na «polineuritis gallinarum», descobrindo que estas afecções do homem e das aves eram ambas devidas ao consumo de arroz polido e podiam ser prevenidas pela adição do pericarpo do cereal. A chama foi aivada por Holst e Frölich em 1907, quando estudaram o escorbuto dos cobaios e verificaram que êle pode ser evitado e curado por «alguma coisa» existente nos vegetais e frutos frescos. Como tanto o béri-béri como o escorbuto eram raramente observados nas regiões ocidentais, estas descobertas clínicas não despertaram o interêsse do médico prático. Só em 1918 — quando se demonstrou, por experiências em cachorros, que o raquitismo, uma das doenças mais comuns na Europa, era devido à ausência na dieta de uma substância lipossolúvel associada com as gorduras dos peixes e animais de sangue quente — é que a importância da dieta em relação à saúde e à doença do homem foi devidamente apreciada.

Reconhecimento da deficiência dietética como causa da doença

De 1920 em diante, a chama da investigação sobre dietética e nutrição tornou-se num incêndio abrangendo tôdas as regiões do globo. Em especial, a idéia de «doenças carenciais» — isto é, doenças devidas à ausência, no organismo, de substâncias químicas específicas — foi geralmente aceite. Reconheceu-se que, para a manutenção da saúde, algumas vitaminas e outros factores acessórios devem estar presentes nos alimentos em quantidades suficientes, visto que o organismo animal ou é incapaz de as sintetizar, ou, se o consegue, é com um poder de síntese limitado.

Sabe-se agora que esta idéia de «doenças carenciais» nem sempre foi tão simples como quando Grijns pela primeira vez a enunciou em 1901, e que há outros factores dietéticos e de nutrição que freqüentemente determi-

nam o desenvolvimento de tais doenças. Assim, a quantidade de aneurina necessária para prevenir o béri-béri e as doenças afins depende das quantidades de hidratos de carbono ou de álcool consumidas; de maneira similar, a quantidade de vitamina D necessária para produzir uma perfeita calcificação dos ossos e dos dentes está condicionada pelas quantidades (e pela relação entre estas) do cálcio e do fósforo existentes na alimentação. Por outras palavras: há, nestas doenças, algumas vezes, factores positivos que, como os negativos, devem ser tomados em linha de conta.

Ao registar os sucessos que se seguiram ao estabelecimento da «doença carencial» como factor na vida do homem e dos animais, seria injusto esquecer que a idéia de uma tal etiologia já tinha sido há muito, em 1850, apresentada por Chatin, depois de extensas determinações do iodo nos alimentos, ao relacionar o bócio simples com uma ingestão deficiente de iodo. Esta hipótese, todavia, foi formalmente suprimida pela Academia das Ciências francesa em 1860.

O reconhecimento, como resultado das descobertas de Pasteur, Lister e Koch, de que a invasão do corpo por microorganismos era uma causa importantíssima de doença, originou uma maneira de ver que tornava difícil, e ao tempo aparentemente impossível, imaginar como causa de doença a deficiência ou a falta de «algo» necessário ao organismo. Foi sómente em 1895 que a descoberta, feita por Baumann, da existência do iodo na glandula tiroidea, permitiu a ressurreição da hipótese original de Chatin sobre a causa da hipertrofia tiroidea, e a investigação, a partir desse momento, cada vez confirmou mais os seus pontos de vista.

Se o único efeito supressivo, atribuível à obra notável de Pasteur, houvesse sido o menosprezo da carência dietética como factor de doença, isto não seria provávelmente de importância bastante para o acentuarmos aqui; mas devemos também lembrar que ela teve uma influência similar na atitude tomada em face da hipótese de Claude Bernard, que considerava muitas doenças devido ao curso anormal de processos orgânicos, que, quando fisiológicos ou óptimos, resultam em perfeita saúde. É bom recordar que Claude Bernard pretendia, sobre esta base, que a ciência médica era essencialmente fisiologia experimental. Isto era igualmente um exagêro, mas o êxito da hipótese da *materies morbi*, conseguido por Pasteur, Lister e Koch, mais uma vez atrasou, ainda que não evitasse, a aceitação final da hipótese de Bernard. Na realidade, o desenvolvimento da investigação nas «doenças carenciais» sómente tem contribuído para realçar a verdade do ensino de Bernard.

Perigos de um ponto de vista especializado

Há, seguramente, uma lição a tirar destes factos históricos — e é que devemos evitar que o êxito das investilhações sobre as relações entre nutrição e doença venha a ocultar, e possivelmente ainda a presumir, temporariamente pelo menos, outras hipóteses e teorias patológicas. O especialista é a pedra basilar da investigação médica, como de tôdas as outras, mas a concentração que conduz à descoberta tende muito a associar-se com a

cegueira a respeito de outros pontos de vista, e contra isto se deve estar prevenido. É provável que hoje em dia, com o número muito mais elevado de homens e mulheres trabalhando em investigação médica, e com a publicação de resultados fácil e generalizada, este perigo não seja tão grande como era, mas bom seria que fôsse mais geralmente reconhecido. O que mais provavelmente sucede na actualidade não é a supressão de novos pontos de vista e novas linhas de investigação médica, mas sim o desenvolvimento demasiado rápido e a adopção como um feitiço, por um público incitado pela propaganda, das novas descobertas da medicina. Esta reacção inconveniente, que deve ser combatida por todo o homem de ciência, deu-se em vários países com as vitaminas. Excepto na primeira e na segunda infâncias, poucos casos há em que a saúde não possa ser mantida comendo alimentos criteriosamente escolhidos, sem necessitar da administração constante de preparados vitamínicos.

Problemas biológicos

Examinando agora o campo geral da ciência da nutrição, que encontramos nós? Vemos que fisiologistas e bioquímicos, principalmente por meio de experiências sobre o crescimento de ratos jovens, têm descoberto um grande e crescente número de substâncias químicas que deverão existir na dieta, muitas vezes em quantidades mínimas, para que a vida se mantenha, ou para que o crescimento seja normal. Conhece-se a constituição química da maior parte das vitaminas. O êxito dos químicos tem sido grande, na verdade. Mas, que se passa no campo biológico? Pode dizer-se porque é que estas substâncias são essenciais e (ou) de que maneira actuam? Sob este ponto de vista o êxito não tem sido notável: um problema biológico é normalmente muito mais difícil que um problema químico, porque a célula viva e o organismo animal não têm as suas acções limitadas pelas conhecidas regras e regulamentos de laboratório do químico. Além disso, a técnica fisiológica que conduziu à descoberta de muitas destas substâncias, principalmente o crescimento de animais jovens, é tão grosseira, e os factores que intervêm são tantos e tão complexos, que pouco conhecimento da função biológica pode deles deduzir-se.

Assim, pouco se sabe da forma como as vitaminas actuam no desempenho das suas funções. Mesmo quando se conhece a acção final de uma vitamina, como no caso da vitamina D, cuja principal função é decerto o contrôle do metabolismo cálcio-fósforo e a produção da calcificação nos ossos e nos dentes, não se sabe ainda, na realidade, como ela actua. Limita-se a efectuar a absorção pelo intestino de suficiente cálcio e fósforo para manter estes elementos a um nível óptimo no sangue, deixando que os tecidos calcificáveis satisfaçam as suas necessidades a partir da corrente sangüínea? ou preside efectivamente ao processo de calcificação nos ossos e nos dentes? Mesmo quando haja prova evidente de que a vitamina D actua de uma ou de ambas estas maneiras, ainda resta o problema de como executa estas funções. Por exemplo: formará ela parte de um complexo enzimático análogo à co-carboxilase, no qual se sabe que participa a vitamina B₁? No caso

da vitamina D, e o mesmo podemos dizer da vitamina K, atingimos pelo menos a etapa em que se formula o problema, mas, com a maior parte das outras vitaminas, nem este ponto, sequer, foi ainda atingido. Evidentemente, é isto um grande desafio lançado a todos os que se interessam por biologia experimental — fisiologistas, bioquímicos, patologistas e clínicos. Para os patologistas a «atracção» é particularmente forte, mesmo para os que se dedicam à anatomia patológica, porque um dos resultados notáveis dos modernos trabalhos sôbre nutrição é o estar transformando gradualmente este assunto numa ciência experimental. Poucas coisas há mais interessantes do que ver como, passo a passo, se está tornando possível reproduzir, mediante condições dietéticas experimentais, as clássicas e de há muito conhecidas alterações tecidulares mórbidas, sendo uma das mais inteveissantes dos últimos tempos a infiltração gorda, necrose e cirrose do fígado, produzidas por dietas deficientes em colina e amino-ácido metionina.

Nutrição e infecção

Nada há que pareça mais certo do que considerar os defeitos da nutrição como, pelo menos, parte da base etiológica de muitas das doenças mais comuns — e, todavia, na maioria dos casos, trata-se sômente de uma convicção sem prova satisfatória. Provavelmente virá a encontrar-se, por exemplo, que um factor dietético ou de nutrição se encontra implicado na etiologia da hipertrofia das amígdalas e dos adenóides, da úlcera péptica, da diabetes mellitus, da anemia perniciosa, da arteriosclerose e das doenças reumáticas. A relação entre nutrição e infecção é um problema ainda não resolvido, mas não há que duvidar da existência dessa relação. A tuberculose e outras doenças infecciosas aumentam quando desceu grandemente o estado de nutrição de uma população. E o que é ainda mais certo é que as infecções por microorganismos são muito mais mortíferas nas populações mal alimentadas do que nas que se alimentam bem.

No grande campo de investigações que diante de nós se estende, devemos manter uma visão equilibrada da importância relativa dos dois factores — infecção e resistência à infecção — na medida em que são influenciados pela nutrição. O bacteriologista e o epidemiologista podem, às vezes, ser inclinados a insistir muito no processo infeccioso e na patogenicidade dos microorganismos; o nutricionista, por seu lado, insistirá na resistência do organismo. A importância relativa destes factores variará sem dúvida grandemente em cada processo infeccioso particular em estudo, mas é indubitável que ambos devem ser considerados como de suma importância em muitos casos. Vimos recentemente como tem sido frutífero o estudo de alguns agentes quimioterapêuticos, especialmente as sulfamidas, quando encarado sob o ponto de vista da química das bactérias sôbre as quais actuaem, e não podemos duvidar que o conhecimento dos processos químicos que estão na base da acção tóxica dos microorganismos patogénicos e da resistência que os tecidos lhes oferecem, virá a lançar grande luz nas doenças infecciosas. Em alguns casos, poderá ainda vir a descobrir-se que a passagem de um agente infeccioso através de uma série de indivíduos em

bom estado de nutrição diminui a patogenicidade dos microorganismos invasores.

Nalguns tipos de infecção encontrar-se-á, provavelmente, que a dieta actuando durante o período de desenvolvimento e depois da formação dos tecidos afectados, é o principal factor de contróle da doença, como, por exemplo, na cárie dentária, gengivite e doenças do ligamento alvéolo-dentário. Noutros casos, as boas condições de nutrição podem modificar sómente a gravidade da doença pelo aumento da resistência do organismo ao agente infectante (como se passa, por exemplo, na tuberculose), ao passo que, em alguns tipos de infecção, a dieta e o estado de nutrição podem ter pouco ou nenhum efeito sôbre a incidência e a gravidade da doença.

Até que ponto se estenderá a acção anti-infecciosa específica dos factores dietéticos (se é que êles têm alguma), eis o que é um problema para investigação futura. Alguns investigadores de nutrição, que já tiveram experiência na busca dêste Eldorado, olham, por isso, o problema com mais respeito. Nada podia ter sido mais prometedor que as indicações de uma acção anti-infecciosa específica da vitamina A nos ratos jovens, que, quando privados desta vitamina, morrem quási sem excepção com focos infecciosos múltiplos, e que rápidamente se curam se em devido tempo se acrescenta à dieta vitamina A ou caroteno. Ao tentar aplicar êstes factos à infecção bacteriana nos sêres humanos, dois pontos houve com que se não contou. O primeiro é o lugar especial que os ratos ocupam entre os animais da sua susceptibilidade à infecção quando privados de vitamina A, graças à sua grande tendência para sofrer, nessa situação, hiperplasia e metaplasia das superfícies epiteliais. O segundo é o de que raramente acontece serem privados os sêres humanos de vitamina A em grau comparável ao experimentalmente produzido no rato. Ainda que seja indubitavelmente verdade que uma grande deficiência do organismo em vitamina A baixa a resistência do homem à infecção bacteriana, é improvável que um certo grau de deficiência desta vitamina, tal como se observa na Grã-Bretanha e países comparáveis, seja um factor etiológico de grande significado nas doenças infecciosas, excepto, possivelmente, entre os lactantes. Nem há qualquer prova substancial, no caso desta vitamina, de que a sua administração em dose superior à fisiologicamente necessária aumente a resistência à infecção. Na verdade, poucas indicações há de que a administração de qualquer vitamina em doses superiores às fisiologicamente necessárias torne o organismo mais eficiente nas suas funções. Faz uma excepção a isto a nicotinamida, a qual, em doses maiores que as suficientes para um equilibrio saudável, parece produzir, no homem, um certo efeito no mecanismo neuro-muscular, efeito que diminui o tempo necessário para a execução de exercícios violentos que exigem uma boa coordenação.

Ciência da nutrição e política da alimentação

As condições de guerra na Grã-Bretanha, tornaram essencial, para a manutenção da saúde, que os novos conhecimentos sôbre nutrição, que a investigação forneceu, desempenhassem uma parte importante na formação

de uma política da alimentação. O que neste campo fez, entre nós, o Ministério da Alimentação, é descrito num artigo especial, adiante publicado (1). Seria interessante dizer alguma coisa sob o ponto de vista cientista nesta questão. Desde já se pode dizer que os peritos de nutrição na Grã-Bretanha têm tido, durante o tempo de guerra, oportunidade para exprimir os seus pontos de vista e dar o seu conselho através do *Medical Research Council* ou por intermédio da Comissão de Política de Alimentação do Gabinete de Guerra. De uma forma geral, a actuação do Ministério da Alimentação tem obedecido às linhas gerais deste conselho, umas vezes porque havia nisto vantagens para a nutrição da nação, de tempos a tempos porque as condições económicas e de transporte marítimo forçavam a adoptá-las. Como o conselho dos cientistas em política alimentar em tempos de guerra se baseava em ambos estes factores, o resultado final era o mesmo, mas isto não continuará forçosamente a ser assim quando chegar o momento de adoptar uma política a longo prazo para os tempos de paz. Quando chegar a essa altura, a política baseada em factos científicos divergirá muitas vezes da que assenta em factores económicos, e a não ser que as necessidades de nutrição do povo tenham precedência sobre as exigências económicas, poderão perder-se muitos dos progressos feitos no nível de saúde da população. A guerra fez realçar a lição de que nos países industrializados há dois alimentos que exigem, em primeiro lugar, um contróllo nacional. O primeiro é o leite e o segundo os cereais, especialmente o pão. No que se refere ao leite, a política da Grã-Bretanha é satisfatória e provavelmente continuará a sê-lo em tempo de paz. As medidas adoptadas pelo Governo para assegurar a todas as grávidas, crianças e mulheres em lactação, desde que o desejem, uma quantidade razoável de leite, só merece louvores. É certo que em tempos de guerra muito adolescentes e adultos têm recebido pouco leite especialmente durante os meses de inverno, e é também verdade que uma proporção muito elevada do leite nem é limpo nem bacteriológicamente seguro. Para aumentar a produção e melhorar a qualidade é necessária uma acção resoluta, e o governo parece inclinado a tomar as medidas precisas em ambos os sentidos.

O problema do pão

No caso dos cereais e seus produtos a situação não é tão satisfatória. O pão de trigo constituía no passado, e da mesma maneira constituirá de certo no futuro, uma parte substancial da dieta britânica. O pão que se comia antes da guerra era feito com uma farinha de baixa extracção (70 a 73% do grão), e consistia inteiramente em endosperma, ao passo que o farelo, a camada de aleurona, o escutelo e o embrião eram extraídos na moagem e vendidos para alimentação de gado, dos porcos e das aves de capoeira. Assim, a maior parte do canteúdo de minerais e vitaminas do grão de trigo, que se consideram essenciais para a saúde, ia para os animais,

(1) (Veja-se *BMB* 492).

enquanto que o resíduo formava uma parte substancial da dieta humana. Os nutricionistas concordaram em considerar errônea esta medida, mas há, infelizmente, duas escolas, representando dois critérios, acerca da melhor maneira de resolver este importante problema nacional. Uma das escolas, representada por cientistas britânicos, pensa que o pão para consumo humano deve ser feito com farinha contendo tudo o que no grão de trigo é fisiologicamente absorvível, isto é, todo o grão menos o farelo grosseiro exterior. A segunda escola, representada por alguns investigadores norte-americanos, pensa que a farinha utilizada deve ser a anteriormente usada (baixa extracção, tipo branco), adicionando-lhe aquelas vitminas (preparadas por síntese ou por outros processos) que se sabe existirem no grão de trigo original. Este segundo método baseia-se na hipótese de serem conhecidos os principais conteúdos dos cereais em vitaminas, e compreendida a sua importância fisiológica no organismo. Muitos fisiologistas devem achar estas hipóteses difíceis de aceitar. É provável que a política de tempo de guerra do Ministério Britânico da alimentação, no que se refere à produção do pão, e em especial a de produzir uma farinha de 85 % de extracção com um mínimo de fibra e um elevado conteúdo em vitaminas B, e ferro, tenha dependido mais das dificuldades de transportes marítimos que dos conceitos de nutrição. Por conseqüência, quando melhorar a situação dos transportes marítimos, haverá uma poderosa tendência para regressar às atracções enganadoras do antigo pão branco para consumo humano, entregando assim ao criador de gado e de aves, e ao fabricante de produtos alimentícios registados, para seu benefício, os preciosos desperdícios do trigo. Possivelmente, por contemplação para com os conhecedores da nutrição, acrescentarão ao pão aneurina, nicotinamida, riboflavina e ferro, como actualmente se faz na América do Norte.

Esta solução do problema do pão, que consiste essencialmente em privar a farinha da maior parte das entidades químicas que são necessárias para a vida, e repor, depois, algumas destas substâncias, parece, em princípio, errada. De facto, o método também tem seu erro, porque a farinha branca de baixa extracção terá, decerto, cada vez mais consumo nos trópicos e em outras regiões onde não lhe serão adicionadas vitaminas. Repetir-se-á a história do arroz pulido, mas desta vez com um pão sem alma.

Necessidade de um acôrdo internacional

É óbvio que os cientistas dos diferentes países não podem permitir-se discordar neste importante problema da melhor utilização dos alimentos disponíveis. No caso dos cereais, e em especial do pão, é muito de desejar que se reúnam e vejam se poderão chegar a acôrdo sôbre a composição óptima, quer sob o ponto de vista nutritivo quer sob o ponto de vista estético, dos preparados de cereais que formam uma grande proporção da dieta normal. O caminho para um tal acôrdo numa política comum foi já traçado pela Secção de Higiene da Sociedade das Nações. Este organismo realizou o empreendimento notável de estabelecer a standardização internacional das vitaminas e também de determinar padrões de nutrição baseados nos

géneros alimentícios comuns. Depois da guerra, provavelmente, ou este organismo ou o seu sucessor será capaz de realizar nova cooperação internacional em matéria de dieta e nutrição, e, entre outras coisas, chegar a acôrdo sôbre uma política comum no que se refere à composição óptima do pão e outros produtos de cereais. Pode ser que novas técnicas de moagem sejam introduzidas para assegurar, em tempo de paz, o fabrico de um pão que satisfaça plenamente os princípios defendidos pelos cientistas britânicos; a saber: pão feito com uma farinha que possua todos os elementos de importância nutritiva contidos no grão de trigo, e que, ao mesmo tempo, seja esteticamente excelente.

Tudo o que se pretende é que o primeiro factor a controlar a constituição do pão seja a saúde do consumidor, e que a moagem e outros interesses sejam considerados secundários a ela. Na verdade, nenhuma política de nutrição adoptada pelos govêrnos pode ser má, se tomar como princípio primordial e orientador a saúde e as necessidades da comunidade.

(Do *Boletim Médico Britânico*, vol. 2.º 10-11 (1944).



CONSELHO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

LIVROS & REVISTAS

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

Boletim de Assistência Social — n.ºs 31 e 32, Setembro e Outubro 1945, págs. 33-34.

Boletim Médico Britânico — Vol. 2 (1944) n.º 10-11.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic — Vol. 20 n.ºs 25 e 26. Vol. 21, n.º 2.

Boletim Pecuário — 1944, Ano XII, n.º 4.

Brasil Médico-Cirúrgico — Ano VII, Maio-Junho, n.ºs 5-6.

Revista de Medicina Veterinária — Vol. xv, Out.º a Dez.º 1945, n.º 315.

Boletim Clínico e de Estatística dos Hospitais Cíveis de Lisboa — Ano 6.º, Julho a Setembro 1945, n.º 27.

Revista da Sociedade Portuguesa de Estomatologia — Vol. III n.ºs 3-4 1945.

Lisboa Médica — Ano XXII, n.ºs 7-8, Julho-Agosto de 1945.

Amatus Lusitanus — Vol. IV, n.º 8, Outubro de 1945.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. I, n.ºs 4 e 6, Outubro e Dezembro de 1945.

Boletim do Sanatório São Lucas — Vol. VII, Agosto, Setembro, Outubro e Dezembro de 1945.

J. T. Montalvão Machado — *Rega, Defesa e Enxugo da Veiga de Chaves* — Tip. Atlântida, Coimbra, 1944.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

As comemorações do centenário de Röntgen

Em Lisboa, no Pôrto e em Coimbra realizaram-se sessões comemorativas do centenário do nascimento de Röntgen e do cinquentenário da sua imortal descoberta.

À primeira das conferências realizadas em Coimbra, presidiu o vice-reitor da Universidade, sr. Prof. José Carlos Moreira, secretariado pelos srs. Professores drs. Rocha Brito e Vaz Serra.

Foi conferente o sr. dr. Aires de Sousa, presidente da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, que afirmou ter sido a Universidade de Coimbra a primeira em Portugal e uma das primeiras da Europa, que fez a investigação sobre Raio X, poucas semanas depois da descoberta de Röntgen.

Foi o Prof. dr. Teixeira Bastos, continuou, então professor de física da extinta Faculdade de Filosofia, que fez as primeiras radiografias no vivo e pouco depois era o saudoso Prof. dr. Daniel de Matos que applicava o descobrimento assombroso ao diagnóstico e ao ensino e ainda em Coimbra, prosseguiu, que, a seguir, o Prof. dr. Álvaro Basto, então professor de química se serve cientificamente deste instrumento notável de investigação.

Daqui, de Coimbra saíram os primeiros artigos de carácter científico e actualização sobre Raio X, na revista «Coimbra Médica» antepassada da actual, artigos que antecederam os publicados nas revistas científicas da América do Norte.

Foi ainda em Coimbra, disse o sr. dr. Aires de Sousa, que se imprimiu a primeira tese sobre o invento que revolucionou a arte do diagnóstico.

Os srs. Prof. dr. Carlos Moreira, em nome da Universidade, e Prof. dr. Rocha Brito, pela Faculdade de Medicina agradeceram ao sr. dr. Aires de Sousa as referências feitas à Universidade e à Faculdade.

O sr. dr. António Fernandes Ramalho que dissertou acerca «A história do Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra», afirmou também que foi Coimbra a primeira cidade de Portugal onde se fizeram experiências sobre a descoberta de Röntgen e evocou os nomes do Prof. dr. Teixeira Bastos que fez as primeiras radiografias e do Prof. Daniel de Matos que as utilisou clinicamente.

Também pronunciaram conferências nessa comemoração os srs. Prof. dr. Correia de Oliveira, «O valor do radiodiagnóstico na encefalopatia traumática»; dr. Moura Relvas, «O diagnóstico diferencial em radiologia»; Prof. dr. Vaz Serra,

«Importância da radiologia em alguns problemas da tuberculose pulmonar»; dr. Almeida Santos, «Alguns resultados da aplicação dos Raios X ao estudo das estruturas»; Prof. dr. João Pôrto, «Os raios de Röntgen nas afecções do coração e pedículo vascular», e dr. Manuel Pinto «A Radiologia e a Oto-rino-laringologia»

As conferências foram promovidas pela Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica em colaboração com a Faculdade de Medicina.

Quinzenas Médicas da Faculdade de Medicina de Coimbra

No dia 6 de Dezembro, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, recommençaram as Quinzenas Médicas da Faculdade de Medicina, com uma conferência do sr. Prof. dr. Rocha Brito, à qual presidiu o sr. Prof. dr. Almeida Ribeiro, em representação do director daquela Faculdade, secretariado pelos srs. Professores drs. João Porto e Michel Mosinger.

«Hemo-osteopatias» foi o titulo da brilhante conferência, começando o sr. Prof. dr. Rocha Brito por ler a história clínica de um doente que estava internado numa das enfermarias dos seus serviços. Tratava-se de um individuo, de cerca de 50 anos, que fôra internado por sofrer de anemia e dores lombares intensas.

Os exames laboratoriais, imediatamente realizados, revelaram uma formula hemo-leucocitária que fundamentava o diagnóstico de anemia.

Como as dores lombares não cedessem à terapêutica anti-anémica foi resolvido fazer-se um estudo radiográfico da coluna que mostrou existir um sofrimento vertebral do tipo carcinomatoso metastático. Feitas mais radiografias de outras regiões, em tôdas se encontrou o mesmo aspecto. Tentou-se a punção esternal mas não foi possível perfurar a tábua anterior e assim foi pedida a colaboração do sr. Prof. dr. Nunes da Costa que fez uma biopsia de uma costela.

O fragmento foi estudado no Laboratório de Química Biológica e Físico-Química e no Instituto de Anatomia Patológica pelo sr. Prof. dr. Mosinger, tendo-se chegado à conclusão que se tratava de metastases carcinomatosas osteo-medulares.

No entanto o foco inicial, o cancro primitivo, ainda não estava descoberto porque se mantinha silencioso.

O sr. Prof. dr. Rocha Brito pediu então ao sr. Prof. dr. Zamith que fizesse um exame urológico ao doente e... fez-se a revelação: existia um carcinoma da próstata.

Em conferência resolveram tratar o doente pelos métodos mais modernos e assim o sr. Prof. dr. Luís Zamith procedeu a uma orquidectomia, ajudado pelos drs. Abilio de Moura e Trajano Pinheiro. As seqüências post-operatórias foram excelentes e a três semanas da intervenção o conferente verifica, com satisfação, terem desaparecido as dores osteoscópicas-lombares e haver uma nítida melhoria da fórmula hemo-leucocitária e do estado geral do doente.

O sr. Prof. dr. Rocha Brito fez em seguida um extenso resumo das actuais noções sobre as osteo-hemopatias e sobre as últimas descobertas do tratamento das metastases carcinomatosas.

A leitura da história clínica foi ilustrada com projecções de preparações, explicadas pelo sr. Prof. dr. Mosinger.

Depois da conferência, o sr. Prof. dr. Zamith fez um resumo dos métodos de tratamento do cancro da próstata e o sr. Prof. dr. Mosinger referiu-se às descobertas das substâncias cancerígenas e anti cancerígenas, dizendo que as últimas investigações parecem demonstrar ser o baço o principal órgão de produção da substância anti-cancerígena natural.

A sessão foi encerrada pelo sr. Prof. dr. Almeida Ribeiro que agradeceu em seu nome e no dos presentes a brilhante lição do sr. Prof. dr. Rocha Brito e as explicações dos srs. Profs. drs. Zamith e Mosinger.

Congresso de Biologia

Na Faculdade de Medicina de Lisboa realizou-se o Congresso de Biologistas Portugueses que reuniu uma centena de cientistas portugueses e o Prof. dr. Jean Verne, da Sociedade de Biologia de Paris, que veio expressamente tomar parte nesta reunião magna, pronunciando uma conferência sobre «Problemas histofisiológicos postos pela derivação biliar».

O sr. Prof. dr. Flávio Resende e o sr. dr. J. Serra apresentaram relatórios sobre «Cariocinese e mitose».

Foram também discutidas comunicações sobre bacteriologia, parasitologia e imunologia.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Nos dias 3 e 4 de Dezembro prestou as provas para o seu doutoramento, o licenciado sr. Henrique de Oliveira, às quais presidiu o reitor da Universidade sr. Prof. dr. Maximino Correia.

A primeira prova constou da defeza da dissertação intitulada «Novos aspectos na serologia da febre tifoide», tendo argumentado o sr. Prof. dr. Meliço Silvestre.

O segundo dia de provas versou sobre as teses em que se discutiram o certificado pre-nupcial e anemia aplásica, tendo sido arguentes, respectivamente, os srs. Professores drs. Fernando de Almeida Ribeiro e João Pôrto.

O candidato foi aprovado com 19 valores.

— Foi renovado o contrato do licenciado sr. Manuel Gomes de Matos Beja, para 2.º assistente além do quadro.

— O sr. Prof. dr. Meliço Silvestre foi nomeado para exercer interinamente as funções de director dos serviços anti-rábico e vacínico de Coimbra.

De Lisboa — Foi aprovado o termo do contrato do sr. dr. Manuel Reimão da Cunha Pinto para 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Foi exonerado de director do serviço neurológico do Hospital Escolar, o sr. dr. Manuel de Almeida Lima.

— Por ter sido nomeado professor catedrático da cadeira de neurologia foi exonerado, a seu pedido, de professor catedrático da cadeira de Psiquiatria, o sr. dr. José António Pereira Flores.

— Fez o seu doutoramento na Faculdade de Medicina de Lisboa, o licenciado sr. Frederico Correia Medina, assistente da clínica médica do Hospital Escolar. A dissertação intitulava-se «A prova da galactose».

Foi aprovado com 20 valores.

— Também foi aprovado no concurso para professor agregado de fisiologia e química fisiológica, o sr. dr. Eurico Pais.

De Porto — Foi colocado na situação de inactividade permanente, aguardando a aposentação, o sr. dr. José de Oliveira Lima, professor catedrático da Faculdade de Medicina e reitor da Universidade do Porto.

Conferências

O sr. dr. René Leriche, professor do Colégio de França e doutor «honoris causa» da Universidade de Coimbra, pronunciou no dia 15 de Dezembro, na Faculdade de Medicina desta cidade, uma notável conferência sobre a cirurgia do esplâncnico.

À conferência, que se realizou nos Hospitais da Universidade, presidiu o sr. Prof. dr. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina que, em termos muito calorosos, fez a apresentação do conferente, sendo ladeado pelos srs. dr. Sarrautte, que representava o Instituto Francês em Portugal e Prof. dr. Michel Mosinger.

O sr. Prof. dr. Leriche também realizou conferências no Pôrto e em Lisboa.

— O sr. Prof. dr. D. Pedro Garcia Grás, director da Escola de Estomatologia da Universidade de Madrid pronunciou duas conferências em Lisboa, sobre «O problema da articulação em prótese dentária» e «História do desenvolvimento da estomatologia em Espanha desde o século V antes de Cristo até à data».

— Na Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o sr. Prof. dr. Leonardo de Sousa Castro Freire, proferiu uma conferência subordinada ao tema «O negativismo e as suas relações com as neuroses infantis».

Várias notas

Os srs. Professores drs. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina de Coimbra; Elísio de Moura, Fernando de Almeida Ribeiro, Rocha Brito, Feliciano Guimarães, João Porto, Egidio Aires, Augusto Vaz Serra e Meliço Silvestre avistaram-se com o sr. Ministro da Educação Nacional de quem solicitaram a construção de um hospital escolar nesta cidade.

— O sr. dr. Marek Athias, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, onde regia a cadeira de Fisiologia abandonou a cadeira por ter atingido o limite de idade.

Por determinação do Governo, o sr. Prof. dr. Marek Athias continuará a fazer parte da comissão directora do Instituto Português de Oncologia, onde tem exercido desde a sua fundação, a direcção da investigação científica.

O Conselho da Faculdade de Medicina prestou homenagem ao ilustre Professor. O director do Instituto, sr. Prof. dr. Francisco Gentil também prestou uma homenagem ao sr. Prof. Marek Athias à qual se associaram os médicos que ali prestam serviço.

— No Hospital dos Capuchos foi prestada homenagem ao director de serviço, sr. dr. Carlos Gomes da Silva, por atingir o limite de idade.

— O sr. dr. Jorge Correia Reis foi nomeado professor de higiene da Escola do Magistério Primário de Évora.

— Foi nomeado, interinamente, delegado de saúde do concelho de Pêso da Régua, o sr. dr. Alvaro Azevedo de Gouveia Pinto Leite, facultativo municipal do mesmo concelho.

— Foram condecorados com o Grau da Ordem Militar de Aviz, o capitão médico, sr. dr. Carlos Augusto Aleixo da Silva e com o Grau de Comendador da Ordem Militar de Cristo, o tenente-coronel médico, sr. dr. Mário Alberto Pegado Pereira Machado.

— O sr. dr. Manuel João Xavier Morato, médico dos Hospitais Cíveis de Lisboa, foi nomeado para exercer em comissão, as funções de professor da Escola de Enfermagem de Artur Ravara.

Relato resumido da 5.^a sessão ordinária da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realizada em 18 de Dezembro de 1945.

Ordem da noite — Prof. Almeida Lima: Considerações sobre o valor neurológico de reflexo de Rossolimo e outros frequentemente considerados como sinais de «vias piramidais».

Prof. Diogo Furtado e dr. Orlando de Carvalho: Miotonia—considerações sobre um caso clínico.

Prof. Almeida Lima e dr. Joaquim Imaginário: Um novo sinal arteriográfico.

Depois de lida a acta da sessão anterior e com a presença de um numeroso auditório foi dada a palavra pelo Presidente, sr. Professor dr. Egas Moniz, ao Prof. dr. Almeida Lima para a sua comunicação. O conferente afirmou que o sinal de Rossolimo é apontado na maioria dos tratados correntes de neurologia como indicando a lesão, ou a sua existência, das vias piramidais, as suas observações sistematicas convenceram-no porém que esse sinal se pode encontrar em indivíduos normais. Esta afirmação não é original mas as publicações dos autores que as fizeram foram esquecidas e o erro tem-se perpetuado nos manuais, que se encontram em geral nas mãos dos estudantes e clínicos gerais, daí a importância de chamar a atenção para este pormenor da semiologia do sistema nervoso.

Algumas considerações sobre o mecanismo dos reflexos tendinosos reforçam a interpretação dada ao sinal de Rossolimo apenas com um reflexo tendinoso dos flexores dos dedos do pé.

Do estudo realizado podem tirar-se as seguintes conclusões principais:

- 1.º — O reflexo de Rossolimo não é um sinal da via piramidal.
- 2.º — O reflexo de Rossolimo não é um reflexo osteo-articular nem cutâneo como alguns autores o classificam, é um reflexo tendinoso.
- 3.º — Tódas as considerações feitas a propósito do sinal de Rossolimo são igualmente applicaveis ao de Mendel Bechterw e outros semelhantes.

A comunicação foi depois interessadamente discutida pelos Prof. drs. António Flores, Prof. Diogo Furtado, Prof. Barahona Fernandes e Prof. Victor Fontes.

Continuando na ordem da noite, tomou em seguida a palavra o Prof. dr. Diogo Furtado. Apresentou um caso clínico de que o dr. Orlando de Carvalho leu a história completíssima e largamente documentada com um minucioso estudo laboratorial, electro-cardiográfico, e radiográfico, electro-miográfico e fotográfico (fotografias e filmagens). Discutiu-se o diagnóstico do caso em que existe uma rigidez muscular generalizada, uma hipertrofia muscular e perturbações graves da marcha e da mimica numa criança de seis anos. Segundo a opinião do autor tratar-se-ia de uma miotonia atípica ou de um tétano crónico cujo diagnóstico definitivo vai tentar definir com o doseamento de toxinas e anti-toxinas tetânicas e com a prova terapêutica. Apresentou por fim o doente antes da terapêutica, que prendeu demoradamente a atenção de todos os presentes. Falaram sobre o caso dando as suas opiniões, por todos considerado de excepcional interesse, e sem que se tenha chegado a qualquer interpretação útil dos sintomas sob o ponto de vista do estabelecimento dum diagnóstico definitivo os Professores drs. António Flores, Castro Freire, Almeida Lima e Egas Moniz.

Por fim e devido ao adiantado da hora o sr. Presidente anunciou que a terceira comunicação da ordem da noite ficava transferida para uma das próximas sessões, encerrando os trabalhos.

Professor Dr. Arthur Stoll

A Sorbonne de Paris acaba de prestar uma significativa e honrosa distinção a um dos mais conhecidos cientistas suíços, o Professor dr. Arthur Stoll, bem conhecido em todo o mundo pelos seus numerosos trabalhos científicos.

Em sessão solene realizada no dia 15 de Dezembro último, em presença do General de Gaulle, a Sorbonne concedeu-lhe o título e as insígnias de «Doutor honoris causa».

A honra deste novo título honorário, consagra uma vez mais a importância dos seus trabalhos científicos que tanto têm contribuído para o desenvolvimento da moderna terapêutica e para elucidar os vários problemas ainda obscuros da química vegetal. De resto, não é a primeira vez que a produção científica do Professor Stoll tem reconhecimento público porque já em 1937 foi nomeado «Professor Real da Baviera», em 1935 a Universidade de Basileia concedeu-lhe o título de «Doutor honoris causa» da Faculdade de Medicina, em 1942 a Universidade de Berne também lhe concedeu o título de «Doutor honoris causa» pela Secção de Farmácia, em 1943 a Sociedade Suíça de Farmácia concedeu-lhe a mais alta distinção Suíça destinada a honrar a investigação neste domínio — a «Medalha de Ouro Fluckiger» e ainda nesse mesmo ano, apesar de não ter feito o respectivo acto de candidatura, foi-lhe concedido o «Prémio Mareel-Benoist» destinado a recompensar a invenção, descoberta e trabalhos científicos que possam ser úteis à Humanidade.

Falecimentos

Faleceram, no Porto, os srs. dr. Artur Rezende Pinto Barrote, e dr. João Casimiro Barbosa; em Vila Real, o capitão médico reformado, sr. dr. José Tiburcio Monteiro, pai do sr. dr. António Monteiro, director clinico da Creche-Lactário «Madame Carmona»; em Nova Goa o sr. dr. José Erasmo Jaques, que fazia parte do quadro de saúde de Angola; em Coimbra, o sr. António Maia, pai do sr. dr. António Maia Junior, médico interno dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e em Alvorge, Ancião, o sr. dr. Abilio Dias de Andrade, tio dos srs. dr. Artur Vieira da Mota, médico em S. Tiago da Guarda, e dr. Adriano Vieira Pimenta, médico em Soure.

As famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica* sentidas condolências.



Livros de Medicina, à venda na

LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES

ALBAJÉS y PUJOL CASAS — <i>El Laboratorio en las Enfermedades del Aparato Digestivo.</i> 1 vol., 220 pág., 53 fig., encad. (M. S.)	150\$00
BOAS — <i>Treatment of the Patient past fifty.</i> Second edition. 1 vol., 414 pág., 30 fig., encad.	120\$00
BONET — <i>Prolapso Uterino.</i> 1 vol., 100 pág., ilustrado, 66 fig.	100\$00
CAÑIZO y GARCIA — <i>Estudio Clínico y Terapeutico de la Hipertensión arterial de sus accidentes y complicaciones.</i> Segunda edición. 1 vol., 156 pág. (S)	60\$00
<i>Conferências de Pediatria na Clínica Médica Pediátrica do Hospital D. Estefânia.</i> 1 vol., 253 pág., ilustrado, encad.	180\$00
CORCORAN — <i>Arterial Hypertension. Its Diagnosis and Treatment.</i> 1 vol., 352 pág., 10 fig., encad.	130\$00
DOGLIOTTI — <i>Tratado de Anestesia.</i> 1 vol., 565 pág., 238 fig., encad.	360\$00
<i>Estudios sobre Tuberculosis y Silicosis.</i> Primer Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis de Mexico. Publicado pela Sociedad Mexicana de Estudios sobre Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio. 1 vol., 639 pág., 33 fig.	200\$00
FERNANDEZ — <i>Enfermedades del Intestino y del Paritoneo.</i> 1 vol., 567 pág., ilustrado, encad.	300\$00
GREENHILL — <i>Obstetrics in General Practice.</i> Third edition. 1 vol., 451 pág., 111 fig., encad.	112\$50
GREENHILL — <i>Office Gynecology.</i> Fourth edition. 1 vol., 440 pág., 114 fig., encad.	105\$00
GYENIVAL LONDRES — <i>Hipertensão arterial. Patologia, Clinica e Terapeutica.</i> 1 vol., 572 pág., 116 fig., encad.	220\$00
<i>Gould's Medical Dictionary.</i> Fifth edition. 1 vol. 1527 pág., encad.	245\$00
HERRELL — <i>Penicilina e outros Agentes Antibióticos.</i> 1 vol., 329 pág., 45 gravuras, encad.	220\$00
HERZEN — <i>Guide Formulaire de Thérapeutique.</i> 16 ^e . edition. 1 vol., 1085 pág.	58\$00

Livros de Medicina, à venda na

LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES

HOYOS — <i>Los Problemas del Cardíaco</i> . 1 vol., 153 pág., encad.	100\$00
ISELIN — <i>Chirurgie de la Main. Livre du Chirurgien. Chirurgie Réparatrice des Traumatismes de la Main</i> . 1 vol., 239 pág., 81 fig. (M.).	58\$00
JANNEY — <i>Medical Gynecology</i> . 1 vol., 389 pág., 97 fig., encad.	175\$00
KOLMER — <i>Penicilin Therapy including Tyrothricin and other anti-biotic Therapy</i> . 1 vol., 302 pág., encad.	175\$00
KORTH — <i>Electrocardiografia Clinica</i> . 1 vol., 323 pág., 161 fig., encad.	240\$00
LAUBENTHAL — <i>Neurologia</i> . 1 vol., 417 pág., 83 fig., encad. (M. S.)	210\$00
PALLARES — <i>Nuevas Bases de Electrocardiografia</i> . 1 vol., 221 pág., 155 fig., encad.	240\$00
PROF. A. PINTO — <i>Lições de Farmacologia Clínica e Bio-Experimental. Curso de Medicina</i> . 6. ^a edição. 1 vol., 448 pág., encad.	180\$00
REINALDO DOS SANTOS — <i>Lições de Patologia Cirurgica Geral</i> . 1 vol., 424 pág., 73 fig., encad.	200\$00
SEVRINGHAUS — <i>Endocrine Therapy in General Practice</i> . Fifth edition. 1 vol., 253 pág., 49 fig., encad.	90\$00
1 — SMOUT — <i>Anatomia de la Pelvis Femenina</i> . 1 vol., 242 pág., 170 figuras en negro y colores, encad (S)	260\$00
SOLER — <i>La Obesidad y su Tratamiento</i> . Con un estudio sobre las Lipodistrofias. 1 vol., 325 pág., 18 fig. (E. M.)	150\$00
SPINK — <i>Sulfanilamide and Related Compounds in General Practice</i> . Second edition. 1 vol., 376 pág., encad.	105\$00
<i>Terapeutica de Bolsillo. Indicaciones terapeuticas. Formulario terapeutico</i> . 1 vol., 223 pág. (M. S.)	36\$00
WEISS — <i>Clinical Lectures on the Gallblader and Bile Ducts</i> . 1 vol., 504 pág., 125 figs., encad.	165\$00