

MARÇO  
DE 1963

PUBLICAÇÃO MENSAL

# Estudos

4.ª Série

N.º 13

O Mundo está a atravessar uma fase de transformação psicológica, que se reflecte nos problemas sociais, políticos e de educação, na vida familiar e profissional. Os "Estudos" estão publicando um resumo dos estudos destes problemas, realizados em Congressos, em comunicações, etc., os quais colocarão os seus leitores a par do seu conhecimento e das soluções, que têm grande influência na vida social e familiar, na educação e futuro dos filhos, nos seus problemas escolares e sociais, etc. Com um dispêndio inferior a Esc. 2\$00 por mês (veja «Condições de Assinatura», na capa) fica-se elucidado sobre muitos destes problemas.

## Higiene mental e problemas da educação

XIII

ECOLOGIA PSIQUIÁTRICA E HIGIENE MENTAL

Influências do meio sobre o indivíduo

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS INFANTIS (Cont.)

Profilaxia e tratamento

DOENÇAS DO FÍGADO (Cont.)

Cogestões do fígado

CAUSAS DA DIABETES

A CLOROSE E A ANEMIA

### PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 193-B - LISBOA-1

Sala .....

Est. ....

Tab. ....

N.º .....

## Os «Estudos»

Continua a publicação da 4.<sup>a</sup> série dos «Estudos».

A 1.<sup>a</sup> série, foi constituída por várias monografias, já esgotadas.

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

A 3.<sup>a</sup> série foi especialmente dedicada a estudos sobre os desportos e a sua acção sobre o organismo; no entanto também se occupou de vários estudos sobre medicina.

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

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

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

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

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

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

MARÇO  
DE 1963

PUBLICAÇÃO MENSAL

# Estudos

4.<sup>a</sup> Série

N.º 13

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

## Higiene mental e problemas da educação

XIII

### ECOLOGIA PSIQUIÁTRICA E HIGIENE MENTAL INFLUÊNCIAS DO MEIO SOBRE O INDIVÍDUO

Este estudo, foi apresentado pelo Professor Joost A. M. Meérloo, à Secção de Psiquiatria Clínica, na sessão anual da Associação Americana de Psiquiatria, reunida em Abril de 1959, em Philadelphia e publicada na revista «Medicine et Higiene», de Geneve, em 20 de Janeiro de 1961.

Se na nossa época — diz Meerloo — um espírito curioso escutasse às portas de um consultório de psiquiatria, teria a estranha impressão de que a nossa nobre ciência psiquiátrica tinha entrado em uma nova fase da sua evolução; provavelmente diria que a nossa época é a dos calmantes e que se está dando uma importância desmedida à base bioquímica e hereditária das doenças mentais. Parece-me então que é necessário mostrar a necessidade de um estudo mais profundo dos factores que estão modificando as estruturas familiares e sociais, pois que são precisamente esses factores que são muitas vezes responsáveis pelas perturbações e sofrimentos do doente nervoso moderno.

Verificamos cada vez mais na prática psiquiátrica diária que o conjunto dos sintomas mórbidos resulta da combinação dos diferentes factores psicológicos provocados pelo meio em que se vive. Os médicos que se ocupam dos problemas das crianças, dos do matrimónio e da velhice estão particularmente bem situados para compreenderem quanto é indispensável a terapêutica do meio ambiente.

«Uma vez, recusei renovar a receita de calmantes para um doente de 15 anos, que sofria de gaguez e que veio ao meu consultório depois



de ter seguido durante meses um tratamento fundado sobre drogas variadas e sobre a ortofonia. Verifiquei desde a primeira consulta que ele nunca gaguejava na escola, mas somente em casa e que uma infeliz ligação da sua mãe, de que ele tinha sido testemunha, constituía a causa profunda desta enfermidade verbal; a mãe pensou que era inútil sujeitá-lo a um tratamento psicoterápico e caminhava de um médico para outro, para demonstrar, a si mesma e aos outros, que não era ela que era fraca e culpada, mas o seu filho».

Pois só com um tratamento psicoterápico seria possível curar a sua gaguez!

A «ecologia» é a ciência da interacção e das relações mútuas que existem entre o ser vivo e o meio orgânico e inorgânico em que está situado. É uma ciência muito antiga. Já na Grécia antiga, Hipocrates publicou um estudo ecológico clássico «*Ares, águas e localidades*» em que mostrava as transformações de uma pessoa colocada em um meio diferente. Pelo que respeita à ecologia contemporânea, convém citar Harold Wolff e os seus colaboradores que fundaram a «*Sociedade de estudos da ecologia humana*».

De uma maneira geral a natureza mostra-nos que o organismo, seja a que espécie pertencer, é sede de um sistema constantemente excitável reagindo com uma actividade que aumenta com a intrusão de forças estranhas. A saúde representa um equilíbrio relativamente estável entre as forças expansivas internas e as forças coercitivas exteriores; ora, toda a rotura deste equilíbrio pode traduzir-se pela morte de uma ou de muitas espécies, por uma reserva muito considerável do organismo ou por uma superpopulação, frequente no mundo das plantas e dos animais.

Na clínica, a dificuldade consiste em estabelecer uma técnica que permita estudar com objectividade segura as diferentes variáveis ecológicas. *Hendricks* e *West*, inventaram um aparelho — o *Biotron* — destinado a analisar os efeitos do clima, aparelho que permite aprofundar o estudo ecológico das plantas; em psicologia, considerações de ética profissional proibem-nos sujeitar o homem a experiências científicas semelhantes; é por isso que utilizamos para as nossas observações ecológicas, aquilo a que chamaríamos *sociotrões naturais* variáveis, que são constituídos pela família, pelo grupo escolar ou por um grupo isolado. *Eaton* e *Weil*, em um estudo clássico intitulado «*A Cultura e as Perturbações Mentais*» chegaram assim a analisar algumas seitas religiosas estreitamente aparentadas; *Bowlby* e *Spitz* foram também pioneiros nesta via de estudos.

Mas, para o médico, o facto capital é que pode enriquecer os seus conhecimentos sem ser obrigado a encerrar-se em um laboratório, para poder observar os factos isolados, de qualquer experiência artificial.

É a prática de todos os dias, com a variabilidade das influências culturais, que constitui o nosso campo de experiência.

O conceito do *equilíbrio ecológico* tem uma grande importância na clínica psiquiátrica; a terapêutica é já, por si, um processo ecológico, uma interacção de duas pessoas diferentes; as pessoas devem fazer constantemente uma verificação sensorial da *realidade* para impedir que os estímulos internos se tornem excessivamente poderosos e perturbem o seu raciocínio; conhecemos bem várias experiências clínicas que demonstram os efeitos que produz o isolamento, ou a privação de alguns elementos, sobre o pensamento e, portanto, sobre o comportamento pessoal.

É muito útil uma acção contínua entre as pessoas e os seus semelhantes, mesmo com os animais, as plantas e o mundo inorgânico que nos cerca. Tudo exerce influência sobre o nosso temperamento, boa ou má disposição e, portanto, sobre a nossa actuação. Todos sabem a influência que sobre nós tem um passeio num jardim, num parque, à beira-mar, como nos sentimos bem dispostos com este passeio, como a paisagem e a vista das flores, nos dispôs bem; para outros, o barulho e a vista do mar excitam-os ou irritam-os. Devemos pois procurar o influxo que recebemos das plantas, animais e pessoas para actuarem benêficamente sobre o nosso temperamento; da mesma forma devemos afastar da nossa convivência todos os que têm prazer na discussão, na opposição às nossas ideias, que acabam por nos irritar e fatigar.

Para se obter o equilíbrio necessário, precisamos de procurar sempre um reajustamento com o meio que nos cerca; sabemos, por exemplo, que alguns prisioneiros, apenas chegavam ao campo de concentração, caíam no mais completo abatimento, enquanto outros, pelo contrário, procuravam tirar todo o partido possível deste repouso improvisado, para estimular todos os meios de mobilização da sua agressividade, para aproveitar no momento possível, para se libertarem e desforrarem. Não se pode de forma alguma exagerar esta reacção porque, se em vários casos, a fome e as privações podem estimular a imaginação e as capacidades de criação, há também muitas pessoas em quem a fome e o terror exercem uma acção destruidora de qualquer energia (isto sucede sobretudo nas pessoas pessimistas, que quase sempre perdem a esperança e se sentem incapazes de um esforço de reacção).

O equilíbrio realizado entre a afirmação da sua personalidade e a pressão anormal dos elementos exteriores, não só no período de guerra a que nos referimos, mas durante a nossa vida normal, é sempre frágil. O grau de vulnerabilidade e de tolerância do homem depende da sua força de vontade e da personalidade criada pela hereditariedade e pelas impressões e experiências feitas durante a infância no meio familiar, na escola ou no meio que nos cerca. As reacções são influenciadas pela saúde moral e pela tolerância em face do perigo; assim, a nostalgia da

sua terra ou da pátria, frequentes nos que vão viver em outras regiões pode constituir para uns uma forma activa de combate e para outros o início de uma psicose.

O conhecimento dos problemas psicológicos criados pela deslocação para outros países — diversidade de climas culturais, de preconceitos e de hábitos sociais — estando ligados a diferenças de equilíbrio psicológico nos respectivos meios, é indispensável para que o psicoterapeuta se possa pronunciar; tem de estudar a diferença das culturas, diferenças étnicas e sociais a que a pessoa estava sujeita anteriormente, para as comparar com as criadas pelo novo meio. Por exemplo, nos casos de contágio mental ou de psicoses criadas entre duas pessoas verificamos, não somente que uma personalidade psicológica rompeu o equilíbrio da outra pela sua acção inversora e dominadora, mas também que este fenómeno se manifesta em geral em um meio tão isolado que toda a observação generalizada é quase impossível.

Se se desejar aprofundar o estudo da ecologia psiquiátrica é indispensável conhecer com precisão as variadíssimas formas de sugestão e de reacção colectiva a que o homem é sensível. Se queremos que os esforços dêem resultado, devemos escolher com cuidado o meio de acção, devendo sempre procurar conhecer os problemas da comunicação e do contágio mental. A modificação de um equilíbrio ecológico, que o médico pode estudar, pode ter um resultado terapêutico positivo.

Vamos a seguir estudar alguns factos determinantes da modificação do meio e da psicologia individual.

## I — Falta de Pai

Foi-me enviado um rapaz de 12 anos para eu tratar, porque o seu comportamento efeminado lhe causava grandes contrariedades na escola e a mãe influenciava a acentuação destas manifestações.

O pai tinha morrido quando ainda era pequenino, ficando portanto sob a acção exclusiva da mãe. Logo que principiou a ser tratado e acompanhado, renunciou à sua atitude para estabelecer uma *transferência* de atitudes emotivas para o primeiro homem com o qual ele se pôde identificar estreitamente. A sua mãe (exactamente influenciada pelas suas tendências nevróticas) tinha-o educado num isolamento quase completo, somente sob a acção dela. Eu pude seguir durante alguns anos os progressos deste doente e verificar que a sua evolução seguia uma curva perfeitamente normal.

No seio da família, o pai simboliza a função de adaptação e de libertação da simbiose com a mãe; o filho rompe pouco a pouco os laços animais que unem a mãe ao filho, o que representa o primeiro acto da *transferência*. Quando a influência exercida pelo pai não existe ou é muito fraca, ou sempre que predomina a influência materna, persiste

a identificação infantil com a mãe; as tendências latentes ou mais manifestas para a homossexualidade, podem ser corrigidas pelos conselhos de um substituto do pai, suficientemente qualificado e esclarecido.

## II — Convivência, televisão, rádio, etc.

Muito frequentemente, no decorrer dos últimos anos, pude verificar a que ponto as relações familiares mútuas podem ser perturbadas pela intrusão dos meios técnicos das comunicações adentro das nossas casas.

Quando o pai e a mãe, não afastam os olhos do aparelho de televisão, enquanto os filhos se juntam em outra sala para se entreterem, já deixa de se estabelecer a comunicação familiar indispensável. O mesmo sucede quando, por incompreensão ou por comodismo, os pais se juntam com os amigos para a convivência diária, afastando os filhos que a perturbam, ou entregando-os a terceiras pessoas que passam a influenciar os seus caracteres, adaptando-os aos seus sentimentos ou criando-lhe hábitos de oposição sistemática, que vai até à incompatibilidade ou até ao ódio e responsabilizando sempre os pais pelo seu egoísmo que os levou a este afastamento pessoal e afectivo.

Entra já nos costumes actuais, no final de um jantar de anos ou qualquer outra festa familiar, os pais e pessoas da mesma idade ficarem na sala ou seguirem para outra e os jovens juntarem-se à parte, desaparecendo o convívio familiar que existia antigamente e contribuindo assim para a descontinuidade da educação.

Está até a entrar «na moda» outro sistema, altamente censurável e prejudicial que consiste, nos dias de anos de um filho, convidarem-se todos os amigos e amigas dele para uma festa só de jovens, com a ausência dos pais, dizendo estes que assim é melhor... deixarem os jovens à vontade... Sabemos de uns convites para uma reunião destas em que os cartões terminavam com a indicação *S. B. I.* que queria indicar «Sem bagagem inútil»; a *bagagem inútil ou incómoda* eram os pais! Vejam que inconsciência dos pais que tal consentiram e que estão preparando consequências desagradáveis, que já nem mesmo poderão ser consideradas como *surpresas...* mas como *consequências lógicas...* Que responsabilidade para estes pais..., que não souberam educar e defender os filhos!...

Cria-se assim uma forma especial de afastamento, de apatia, caracterizada pelo empobrecimento de trocas afectivas de pais com os filhos e por vezes dos filhos entre si, apatia e frieza que se vai estabelecendo e aumentando. A criança acaba por preferir uma visão e uma audição passivas ao esforço dialéctico activo, que exige a compreensão directa, e mantém as relações na família.

É indispensável fazer compreender aos pais que é necessário praticar uma atitude mais activa, mais sugestiva, acariciante, mais comu-

nicativa com os filhos e é indispensável que o pai compreenda o grande valor psicológico de certos entretenimentos de sociedade, tais como as adivinhas, os enigmas, charadas, jogos variados, etc. Estes ou outros meios, adequados às idades, chegam a reajustar os contactos perdidos, com isolamento ou a blocagem pelas leituras separadamente e são muito úteis sobretudo nas crianças, quando incluem os filhos e os seus amigos, pois podemos até certo ponto controlar as suas brincadeiras. Mais tarde as viagens em comum, que permitem trocar impressões, são muito úteis para a educação pessoal e familiar.

Pelo contrário, os meios modernos de comunicação (televisão, rádio, etc.) podem facilmente, não só falsear ou prejudicar a estrutura das relações familiares, mas ainda exercer uma acção das mais perniciosas sobre o indivíduo sensível. Convém portanto que as autoridades competentes estudem os meios de influenciar a selecção dos filmes nas sessões, definindo não só o que não convém mas também o que convém que a juventude possa ouvir, ver e ler; o direito que uma pessoa tem de criar, não é mais do que o corolário da obrigação de ensinar os que criou. O que *Wertham* chama «a sedução do inocente» é a expressão de uma realidade verdadeira, para as crianças sem dúvida, mas também para as pessoas mais velhas, mas muito impressionáveis e maleáveis. Em Portugal, onde existe este problema, agravado pela mentalidade infantil da parte nativa da população das nossas províncias do ultramar, tão facilmente sugestionável, é muito aconselhável um estudo deste problema, quer sob o ponto de vista da sua acção sobre as crianças, sobre os jovens e sobre os vários meios que compõem o nosso País. Qualquer pânico semeado hábilmente, pode ser gravíssimo, como o criado por *Orson Welles* quando anunciou na rádio, a invasão súbita da Terra pelos habitantes do planeta Marte; foi uma experiência da qual se tem de tirar todos os ensinamentos.

### III — Separação do Filho

Há tempo — conta *Meerlo* — recebi a visita de uma mãe que trazia nos braços uma criança de 3 meses; mostrava-se aflita porque o seu filho recusava ser amamentado pela mãe, mas aceitava qualquer outra mulher. Ora esta mulher já tinha sido levada ao meu consultório, em virtude de um episódio esquisofrénico há alguns anos; tratei-a então tendo observado a sua hostilidade inconsciente contra o seu marido e todas as pessoas que dependiam dela; esta agressividade, que só era conhecida por mim, era sentida obscuramente pelo seu filhinho e essa era a razão porque recusava a mama, apesar de todas as meiguices aparentes, dos esforços para vencer a antipatia do filho, que ela não compreendia, mas de quem sentia a repulsa. Estudado o problema, e no interesse de todos, levei o pai a consentir em a afastar da mãe. Não são bem



conhecidas as causas e a forma como se produz a fuga, em uma esquizofrenia, contra a atitude ambivalente da mãe, mas o que é certo é que quatro anos mais tarde já se pôde estabelecer a comunicabilidade e uma certa simpatia entre a mãe e o filho, ainda que a mãe continue receosa da repulsa inconsciente que o filho possa ter por ela. A criança, com boa saúde, continua a viver em casa de parentes próximos.

Este caso requer uma atenção e estudo especiais. Com efeito, é muitas vezes extremamente difícil afastar o filho da sua mãe; é necessário contar com a ambivalência de uma mãe que vive inteiramente ligada ao filho e com a tendência da criança para reproduzir a atitude negativa da mãe para enfrentar a vida. O assistente social ou o psicoterapeuta podem modificar, com felicidade, as condições do meio existente em certas famílias, principalmente quando a mãe consente submeter-se a um tratamento ou, no caso de recusa activa ou passiva da sua parte, quando se consegue afastar a criança deste meio doentio.

Este é um caso típico; no entanto há muitos outros casos, de graus e gravidade muito diferentes, em que a cura final só sobrevirá após a mesma terapêutica de afastamento do meio.

#### IV — A luta contra o isolamento devida à velhice

É interessante indicar, ainda que brevemente, como no quadro da terapêutica ecológica, as medidas tomadas para combater o isolamento social podem ser úteis para a saúde mental das pessoas de idade.

O isolamento provocado pela velhice está ligado a causas sociológicas normais, quer seja causado pelo casamento dos filhos, com a constituição de novas famílias, pelo falecimento dos pais ou parentes mais próximos e ainda a morte ou o afastamento de antigos amigos. A estas causas de isolamento juntam-se ainda outros factores; assim, a insegurança e desconfiança podem aumentar, devido a causas orgânicas de degenerescência, decadência ou doença e em virtude das reacções que a ideia do envelhecimento produz na maior parte das pessoas, sobretudo quando a imposição de uma reforma por limite de idade ou indicada pela empresa em que se trabalha, nos afasta do meio e da profissão em que trabalhámos durante toda a nossa vida, condenando-nos a sermos inúteis ou quase inúteis à força, situação que provoca uma fase de desalento e de tristeza que acelera o isolamento. Podem citar-se muitos factores psicológicos, como a paralização da actividade mental, que referimos, que provocam a melancolia senil e podem ir até à paranoia senil; estas duas afecções mentais arrastam um isolamento progressivo, simultaneamente com um empobrecimento das funções intelectuais. Muitos destes diminuídos morrem na pobreza apesar de serem ricos ou deixam de se respeitar, apresentando-se desmazelados, sujos, repugnantes.

Ora esta situação está merecendo a atenção dos dirigentes dos vários países; um grande número de problemas da velhice podem ser

resolvidos de uma maneira positiva se o médico ou o assistente social tiverem a capacidade e paciência para interpretarem a tempo os problemas da evolução presente, se se esforcarem por manter contacto com o doente, interessando a família e os amigos na assistência a fazer ao doente, mesmo quando ele se opõe a todas as relações sociais, em virtude das suas tendências neurasténicas ou paranoicas. A experiência acumulada no domínio do trabalho social demonstrou que o problema da velhice pertence mais ao campo da ecologia do que ao da neurologia. *Meerloo* observou muitas vezes que o tacto e o interesse sincero pelos problemas dos velhos podem fazer parar um processo de degenerescência intensa e que, para muitos dos seus doentes velhos, a terapêutica pela ocupação activa, foi de grande auxílio para os auxiliar a manter o contacto com o meio e com a realidade, de que necessitam.

Pela importância que tem, publicaremos, em um número próximo, um artigo especial sobre a «Higiene mental da velhice».

## Conclusão

Como conclusão, julgo que é importante estudar qual a influência do meio sobre as pessoas, sempre que notemos qualquer anormalidade. Basta, em muitos casos, uma simples modificação da estrutura e das relações sociais para evitar o aparecimento ou para modificar as perturbações patológicas. A ecologia aplicada à psiquiatria, se esta não pretender substituir-se a uma psicoterapia intensa, põe em evidência os factores patológicos do meio sobre os quais o terapeuta tem a possibilidade de actuar eficazmente. São numerosos os exemplos, tirados de uma vasta experiência clínica, diz *Meerloo*, que sublinham a necessidade de dar, em psiquiatria, um lugar mais vasto à socio-psicologia.

Também, como conclusão, um conselho aos pais e educadores: Sempre que nos vossos filhos ou educandos notarem desvios afectivos, de trabalho, de estudo, da vida regular, estudem as suas companhias, as suas reacções perante os mestres ou chefes, perante os condiscípulos ou camaradas e procurem, com o conselho do seu médico, actuarem inteligentemente. Mas — por Deus! — não abandonem os seus filhos perturbados a uma liberdade total irracional, pois mais tarde serão eles que se revoltarão contra os pais, por os não terem sabido defender!

Pelo que respeita aos velhos, tratem-nos com *amisade*, mas sobretudo com *consideração*, que é o que mais apreciam. Procurem vencer a tristeza própria da decadência com os anos... Mais tarde os vossos filhos, educados com o vosso exemplo, pagar-vos-ão...

Consideramos os assuntos tratados neste artigo de tal importância para o equilíbrio de cada pessoa, de cada família, que lhes dedicaremos uma série de artigos, que serão publicados nos números seguintes dos «Estudos».

## PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS INFANTIS

## IV

## Profílixia e tratamento

A principal profílixia contra as perturbações digestivas infantis consiste numa alimentação bem vigiada, quer com o leite da mãe, quer especialmente com o leite de vaca, que deve ser de muito boa qualidade, preparado especialmente para a alimentação das crianças, com as exigências a que nos referimos em artigos anteriores, devendo a alimentação ser convenientemente regulada. Na alimentação das crianças desmamadas a alimentação mixta ou por *biberon* tem igualmente de ser muito bem regulada e vigiada.

Como base, lembramos que é indispensável seguir as indicações higiénicas gerais, como o quarto bem arejado e com sol, vida ao ar livre, tanto quanto possível, cuidados higiénicos corporais, banho, lavagem da boca, etc., pois todos estes cuidados contribuem poderosamente para manter em bom estado a saúde da criança. O aleitamento materno é preferível ao aleitamento por uma ama e este preferível ao *biberon*.

O aleitamento materno deve ser desaconselhado quando a mãe for tuberculosa ou quando os seus antecedentes hereditários a tornem suspeita, quando sofra de doença orgânica (cancro, cardiopatia, nefrite adiantada, perturbações digestivas graves, etc., nevrose grave, histeria) ou quando for muito fraca, sobretudo por estado de gravidez muito repetida.

Fora destas condições mórbidas, a amamentação deve sempre ser tentada pela mãe, que tem o dever de experimentar, durante o tempo suficiente, se pode amamentar o filho, porque o começo da secreção do leite pode ser tardio; do facto de uma mulher não ter leite antes de 24 horas ou mesmo 48, não se pode concluir que ele não aparecerá. O motivo, muitas vezes invocado pela mãe, para se desculpar de não querer amamentar, a insuficiência de secreção láctea é, na realidade, um dos que menos impedem a amamentação pela mãe.

Durante os últimos meses, devem lavar-se os mamilos com álcool ou pincelá-los com Sulmer, para evitar os gretamentos que se podem tornar muito dolorosos. A forma dos mamilos pode ser um obstáculo a uma fácil amamentação.

Quando a mãe não poder amamentar, deve procurar-se uma ama, verificando-se se é saudável; devem rejeitar-se as que apresentam cicatrizes de adenites supuradas no pescoço ou virilhas, as histéricas e as epilépticas; deve rejeitar-se se tiver hábitos alcoólicos. É conveniente que o parto da ama tenha sido há 2 ou 3 meses; no entanto mesmo depois dos 6 ainda pode amamentar bem; as que já tiveram filhos con-

vêm mais do que as que acabaram de ter o primeiro, porque já têm experiência de amamentar e os mamilos estão mais preparados, em geral, para a criança os fixar.

Para estudar a quantidade e qualidade de leite fornecido, além do exame directo, pode fazer-se a pesagem da criança, antes e depois da mamada ou, regularmente. Se as pesagens mostram que o aumento de peso diário, regula entre 25 a 30 grs. por dia, nos primeiros dias e se as dejeções são em número de 3 ou 4 por dia, se são suficientemente abundantes, de cor amarelo dourado, homogêneas, sem grumos, podemos confiar que a ama é boa. De contrário, se o aumento de peso é insignificante ou nulo, se as dejeções são raras ou aquosas, se contém grumos, é preciso passar ao aleitamento misto, em refeições alternadas, ou mudar de ama, depois de concluir que a alteração não é passageira, provocada por fadigas exageradas, mudança de regime alimentar ou que o retorno da menstruação não seja a causa passageira das modificações do leite.

A alimentação da mãe ou da ama deve ser vigiada com cuidado. É preciso eliminar as comidas muito temperadas, carnes não frescas, mariscos, conservas, espargos e queijos fermentados. O regime que se aconselha consiste em carnes assadas ou grelhadas, miolos, peixes, sopas, purês de legumes, hortaliças em quantidade moderada, frutas bem maduras, água ou muito pouco vinho. O bacalhau é aconselhado, não só por ser um alimento azotado forte, mas porque sendo um alimento que tem mais sal do que o normal, obriga a ama a beber água frequentemente, o que provoca aumento da quantidade do leite, que fica mais diluído, com menos gordura e que assim é mais facilmente assimilado pela criança.

Não se deve obrigar as amas que nas suas terras viviam frugalmente a encher-se de comida; muitas vezes, a insónia das crianças é provocada pela defeituosa alimentação da ama.

O reaparecimento das regras ou uma nova gravidez não são contra-indicações para continuar o aleitamento, a não ser que a criança comece a apresentar perturbações digestivas, o que sucede em alguns casos.

As mamadas devem ser dadas com regularidade, com intervalos de duas horas e meia durante os primeiros três meses e de três horas nos meses seguintes; não é útil dar de mamar durante a noite.

O *aleitamento misto* consiste em dar alternadamente de mamar e o biberon, para suprir a insuficiência temporária ou definitiva da mãe. Está indicado quando o aumento de 20 a 30 grs. de peso da criança por dia, tende para estacionar ou diminuir. O aleitamento misto é útil no período do desmame.

No *desmame* junta-se o leite da ama ou de vaca a outros alimentos, principalmente as farinhas. O período do desmame é mais fácil de atravessar para as crianças já alimentadas a leite esterilizado do que

nas alimentadas pela mãe ou ama; o desmame tem de se fazer lentamente.

Nas crianças amamentadas o desmame só deve começar quando a lactação fature a mãe ou se torne insuficiente. Os primeiros preparatos alimentares devem principiar no 9.º ou 10.º mês e segundo a regra seguinte:

— 8 a 10 meses, um caldo e cinco mamadas ou biberons — 10 a 15 meses, dois caldos e quatro refeições de leite — 15 a 18 meses, um caldo ao levantar; às 10 horas, 200 grs. de leite; ao meio-dia, leite com um ovo batido ou leite e puré de batata; às 4 horas, 200 grs. de leite e às 7 horas, caldo e 200 grs. de leite.

Aos 2 anos: — caldo ao acordar; ao meio-dia, um ovo, carne ou peixe, puré ou massas e 150grs. de leite; às 4 horas 250 grs. de leite e biscoitos secos; às 7 horas, sopa, legumes verdes, ou compota ou geleia de frutos e 150 gr. de leite.

Só se autoriza a carne a partir dos 3 anos, às crianças artríticas, sujeitas a urticária, a eczemas e predispostas para as auto-intoxicações.

### Tratamento da dispepsia inicial

O tratamento deve consistir quase exclusivamente na regulamentação das refeições e na vigilância da alimentação das crianças desmamadas. Às vezes, a dieta é suficiente para restabelecer a ordem, mas é útil começar a dar-lhes Lactosimbiosina com intervalos de 3 a 6 horas; não são aconselháveis os desinfectantes químicos.

A dispepsia pode ser devida unicamente à qualidade do leite da ama, por ser demasiadamente rico em gordura, o que se reconhece pelo aspecto das dejeções; neste caso é útil o uso de Água de Vidago, antes das mamadas, na dose de 1 a 3 colheres de chá antes de cada mamada. Em alguns casos é indispensável passar a alimentar-se com leite desnatado.

No princípio do desmame, as perturbações resultam principalmente do emprego de caldos em quantidade exagerada ou muito grossos, ou preparados com farinhas muito ricas em substâncias nutritivas.

A *prisão de ventre* com formação de cibalas (bolas), de fezes fétidas, de gases, aconselha o emprego de clisteres, por meio de tubos de enteroclise, de que se devem introduzir 15 a 20 centímetros para dentro do ânus. O uso de Lactosimbiosina restabelece o funcionamento dos intestinos; preferivelmente a Lactosimbiosina em comprimidos (1 a 3 de 3 em 3 horas), quando houver prisão de ventre.

**Infecções gastro-intestinais agudas:**— Ainda que se devam considerar como tendo certa gravidade, curam-se quase sempre, se se fizer o tratamento logo que aparecem os primeiros sintomas.

É sempre aconselhável — e deve fazer-se sempre nos casos graves — pôr a criança a dieta hídrica, isto é, substituir totalmente o leite por água fervida.

As mães receiam quase sempre pôr a criança em dieta hídrica. No entanto, a criança suporta-a bem; a quantidade de água pode ir até 1 litro aos 6 meses e litro e meio nas de cerca de um ano. A dieta hídrica não só suprime as putrefacções gastro-intestinais e deixa repousar o estômago e os intestinos, que estão irritados, mas ainda contraria a desidratação dos tecidos e mantém o funcionamento dos rins, tão necessário para a eliminação das toxinas.

*Marfan* permite a adição de pequena quantidade de açúcar à água, no fim de 12 horas; a água deve ser dada à temperatura normal, não gelada nem aquecida. Se os vômitos forem frequentes, começa-se por dar pequenas doses, uma colher de chá de quarto em quarto de hora e, mais tarde, duas colheres de sopa de meia em meia hora ou um decilitro de hora a hora; em alguns casos pode dar-se de vez em quando um pouco de água de Vidago.

A dieta hídrica deve durar de 12 a 24 horas, podendo prolongar-se até 36 ou 48 horas, mas não deve nunca ir além disso. Se no fim de 12 a 24 horas já não há vômitos, se a diarreia quase terminou, se a temperatura é quase normal, pode dar-se pequenas mamadas, de 4 em 4 horas e, no intervalo, deve dar-se água ou caldo de galinha desgordurado (passado por pano fino). Se a criança for alimentada a biberon, dá-se-lhe, de 4 em 4 horas, 40 grs. de leite esterilizado misturado com 40 grs. de água lactosada a 10 por cento.

Pode suceder que os acidentes não tenham terminado no fim das 24 horas ou que reapareçam quando se retoma a alimentação; neste caso deve voltar-se à dieta hídrica, que se pode continuar durante 24 a 48 horas.

Esta dieta, mesmo assim prolongada, é bem suportada, desde que, se for necessário, se dêem injeções de soro artificial, o que facilita muito a eliminação das toxinas.

É conveniente dar-se simultâneamente uma colher de chá de Lactosimbiosina líquida, de 4 em 4 horas, pois que combate a infecção e auxilia a desintoxicação.

As indicações de que a criança está a melhorar e que a desintoxicação está a progredir bem, são o cessar dos vômitos, as evacuações alvins começarem a rarear, menos abundantes e menos fluídas; a temperatura baixa e as urinas aumentam.

A lavagem do estômago que antigamente se usava nos casos graves é hoje desaconselhada (*Marfan*); todos os desinfectantes químicos, que antigamente se usavam, por não haver outros meios a que se recorrer, são hoje desaconselhados. Hoje recorre-se, com grande vantagem às culturas de bacilos lácticos (no número anterior apresentámos um estudo sobre bacilos lácticos e sua acção).

Nos casos graves, como dissemos, podemos ainda recorrer às injeções de soro fisiológico, feitas sob a pele do ventre ou nas massas mus-

culares da nádega e em doses de 20 centímetros cúbicos, durante cerca de 5 dias. Pode também aconselhar-se os banhos; quando há febre devem dar-se banhos frescos de 28 a 30 graus, 2 ou 3 por dia; se houver hipotermia ou algidez, devem dar-se banhos quentes a 37 ou 38 graus. *Marfan* aconselha em todos os casos os banhos a 35 ou 36 graus, durante 5 a 10 minutos, dados 3 a 4 vezes por dia, só dando banhos frescos quando a temperatura ultrapasse os 40 graus.

Quando há hipotermia, a seguir ao banho devem dar-se fricções com álcool, envolvendo a criança em flanelas quentes e colocando um saco de água quente no berço.

A volta à alimentação normal exige muitos cuidados e atenção. Se o leite, a princípio diluído e, a pouco e pouco voltando ao normal, é mal tolerado, pode aconselhar-se caldos fracos de legumes ou água de arroz ou de aveia; prepara-se fazendo ferver durante meia hora, duas colheres de chá de aveia em meio litro de água e depois passa-se ao passador; o líquido contém amido, mucilagem e uma pequena quantidade de matéria azotada. A água de arroz prepara-se fervendo 60 grs. de farinha de arroz em meio litro de água fria; depois junta-se-lhe meio litro de água quente e faz-se ferver a mistura, que se passa por um pano fino; este caldo só contém amido.

Em geral, a criança melhora e aumenta rapidamente de peso; mas se a diarreia, reaparece, volta-se à dieta hídrica e redobram-se os cuidados, devendo manter sempre a criança em regime de Lactosimbiosina, que é a sua melhor segurança.

Quando a intolerância para o leite se mantém, deve suspender o seu uso na alimentação.

No próximo artigo, desenvolveremos o estudo sobre as diarreias crónicas.

---

## DOENÇAS DO FÍGADO

### III

Antes de continuarmos a descrição das doenças do fígado, ao nível das noções gerais educativas que estão no programa dos «Estudos», para melhor compreensão das suas múltiplas e complexas funções, vamos descrevê-las em um breve resumo, quase esquemático.

Transcrevemos, para isso, a descrição resumida, publicada em termos de divulgação científica no livro «*Les Merveilles du Corps Humain*» publicado por M. Wilson e prefaciado pelo Professor *Pasteur Vallery-Radot* da Academia de Medicina de Paris:

«Os Antigos acreditavam que certas partes do corpo tinham propriedades mágicas! Os Romanos, por exemplo, pensavam prever o futuro,

examinando a forma e as dimensões do fígado de um animal que era sacrificado; isto era feito em virtude de se acreditar que era no fígado que estava instalado o centro da vida, de onde provinha o sangue e estavam situados os centros do pensamento e dos sentimentos; ainda hoje se diz que uma pessoa com *maus sentimentos* é uma *pessoa com maus fígados*.

Hoje, sabe-se que os pensamentos provêm do cérebro e que o coração é a bomba que movimenta o sangue; e o que sabemos sobre o fígado já nos permite afirmar que ele tem maior importância de que os antigos pensavam; sabemos perfeitamente que ele «não tem propriedades mágicas» mas que as suas funções nos encham de admiração pela sua complexidade e perfeição.

O fígado é quatro vezes maior do que o coração; tem cerca de 20 centímetros de comprimento, 10 de largura e 15 de espessura e está dividido em duas partes, que se chamam *lóbulos hepáticos*.

Pode imaginar-se o fígado como uma grande massa de tecido, dividida em uma imensidade de colunas de células com as dimensões de uma ponta de um alfinete; ao longo dessas colunas passam os ramos da veia porta, que conduz os alimentos absorvidos pelo intestino com o sangue da artéria hepática que traz o oxigênio.

Além dos vasos sanguíneos, acham-se no fígado um grande número de finos canais biliares, que recebem a *bilis* segregada pelas células hepáticas e a transportam para a *vesícula biliar*, onde fica armazenada até ao momento de ser utilizada.

O fígado encarrega-se das últimas transformações das proteínas, gorduras e hidratos de carbono; a glicose, que vem do intestino, é armazenada sob a forma de glicogénio, que também se acumula nos músculos; quando o organismo necessita, o glicogénio armazenado no fígado é transformado em glicose.

As proteínas são transformadas no fígado em ácidos aminados úteis ao organismo; os que não são utilizáveis são transformados, pela perda de azote, em outras substâncias úteis; este azote é enviado para os rins, de onde é eliminado. As gorduras são também transformadas em substâncias mais simples que ficam armazenadas no fígado.

O fígado não é somente um dos principais armazéns do corpo. Mas tem também outras funções; fabrica também as *proteínas* que asseguram a formação do coágulo sanguíneo e a *heparina* que impede o sangue de coagular dentro dos vasos sanguíneos; fornece o ferro necessário à constituição da hemoglobina; fabrica um líquido amarelo-esverdeado, a *bilis*, que fica armazenado na *vesícula biliar*, de onde passa para o intestino delgado, durante a digestão e ali mistura-se aos alimentos, em particular às gorduras, que saponifica, para facilitar a sua digestão.

Quando a produção da *bilis* é excessiva ou quando as células do fígado estão alteradas, a *bilis* passa para o sangue, que a transporta



para todo o corpo; a pele do doente torna-se amarelada, formando a *icterícia*, o que também sucede quando o canal biliar, que conduz a bÍlis para o intestino fica interrompido por um cálculo.

Enfim, o fÍgado contribui para a protecção do organismo, tornando inofensivos, numerosos venenos engolidos ou respirados».

Esta descrição, como dissémos é muito esquemática, mas pode ser útil como divulgação científica e facilita a compreensão dos artigos que serão publicados a seguir sobre as doenças do fÍgado.

### Congestões do fÍgado

A vascularização especial do fÍgado e a riqueza do seu duplo sistema de capilares interpostos entre a circulação venosa geral e o coração são condições eminentemente favoráveis às congestões deste órgão.

Tal como existem as congestões do fÍgado, existem igualmente as congestões dos pulmões ou de qualquer outra víscera. A *congestão* de qualquer órgão, não significa uma entidade mórbida perfeitamente definida; representa um estado mórbido que pode ser devido a manifestações das mais variadas origens e por isso apresentar manifestações diversas. Por isso, para melhor agrupar essas manifestações, costumamos dividi-las em dois grupos, o das *congestões activas (fluxões)* e o das *congestões passivas (estases)*.

**Congestão activa (fluxão).** — A congestão activa é provocada por um excesso de pressão nas *veias porta*; sob a influência da repleção destas veias, o volume do fÍgado aumenta em proporções notáveis. As refeições abundantes, os afastamentos do regime, o uso de bebidas alcoolicas, os purgantes, modificam a circulação das *veias porta*, excitam a célula hepática, provocam uma vaso-dilatação e favorecem a congestão activa; o mesmo sucede com a disenteria e infeções intestinais, que actuam sobre o fÍgado pelas substâncias irritantes que produzem (micróbios e toxinas) que vão ser transportadas para o fÍgado pelas *veias portas* <sup>(1)</sup>.

A congestão do fÍgado é frequente nas febres intermitentes, como no paludismo, de que é uma complicação frequente, sobretudo nas de forma biliosa dos países quentes; é a primeira fase de certas doenças hepáticas (hepatite, cirrose). Também pode ser provocada pela suspensão das regras menstruais. Os acessos de gota são algumas vezes precedidos de congestão hepática. Pode dizer-se que as congestões do fÍgado provocadas pelo paludismo, são todas «congestões activas».

---

(1) Por isso uma das grandes defezas, não só do fÍgado, mas de todo o organismo é o uso regular dos fermentos lactivos, que, evitando as auto-intoxicações, contrariam a degenerescência do fÍgado e de outros órgãos.

Uma das causas é também a dilatação do estômago. *Bouchard* verificou que em 389 casos de dilatação, observou 23 por cento de congestões hepáticas mais ou menos acentuadas.

A *congestão hepática*, manifesta-se por uma sensação de peso, de mal-estar, ligeiro aumento doloroso na região hepática; às vezes aparece uma cor biliosa, subictérica. A urina contém urobilina ou pigmentos biliares; o fígado aumenta de volume, passando para fora do rebordo das costelas; este estado de inflamação, aumenta ou diminui e está sujeito a recidivas.

O tratamento da congestão hepática, varia em relação com as causas que a provocaram.

Seja porém qual for a causa, o doente deve passar a ter uma dieta simples, sem vinho ou bebidas alcoólicas, poucas carnes, sobretudo de conserva; alimentação de preferência vegetariana, com farinhas e frutas bem maduras. Em geral com uma boa dieta e tratamento adequado, desde que a causa que provocou a congestão seja tratada, a cura é frequente.

O tratamento tem de visar dois fins; o mais urgente consiste em combater a congestão; o segundo, que deve ser feito simultaneamente, consiste não só em proteger o fígado contra a degenerescência da célula hepática, a velhice do órgão, que compromete a vida e a saúde da pessoa, mas procurar a regeneração da parte do fígado doente, o que se pode conseguir e a que nos referiremos no artigo que publicámos no número anterior «A Regeneração do Fígado».

Para o tratamento imediato da congestão, é indispensável manter uma dieta conveniente, com poucas carnes, sobretudo de conservas, preferindo as carnes frescas, mas consistindo especialmente em vegetais, farinhas e frutas, que devem constituir a sua base.

Tem sido aconselhado vários tratamentos medicamentosos para combater a congestão e a disquinésia das vias biliares que lhe anda associada. Os estudos apresentados por *Felix Ramon* e *P. Zizine* na Sociedade Médica dos Hospitais de Paris, e depois demonstrados por mais de vinte anos de experiência, demonstraram que o sulfato de magnésio peptonizado é o medicamento que melhor acção pode ter; o Boldo é um produto vegetal, cujos princípios activos, um alcaloide (a boldina) e um glucocido (a boldoglucina), e que actua como colagogo. A associação do sulfato de magnésio peptonizado e de boldo está feito em um medicamento, o *Agolchoson B* cujos resultados têm sido comprovados na insuficiência do fígado, na litiase biliar, quer sob a forma de lamas, de areias ou de cálculos e, fluidificando a bÍlis, exerce ao mesmo tempo uma acção laxativa, pelo estímulo que provoca sobre o fígado e vias biliares.

A forma de usar o *Agolchoson B* consiste em tomar uma colher de sepa do granulado em um ou dois decilitros de água morna, pela manhã, em jejum; conservar o doente deitado sobre o lado direito durante 15 a 30 minutos; o tratamento deve ser prolongado durante duas semanas,

seguidas de uma ou duas semanas de suspensão do tratamento, depois do que, deve ser sucessivamente renovado, até o doente se sentir melhor.

É sempre conveniente, sobretudo nos casos de grande congestão, fazer um tratamento hidroterápico nas termas do Gerez.

Para completar o tratamento, sobretudo tendo em vista o futuro do doente, está indicado o uso dos *lipotrópicos*, ou simples ou associados. Consideramos esta medicação de alta importância não só para o tratamento do fígado, mas para preparar a regeneração dos seus tecidos.

Vamos estudar detalhadamente, a acção dos vários lipotrópicos:

1. A Colina é um lipotrópico que, por estudo dos isótopos pesados e radioactivos se demonstrou fixar-se no fígado, sobre os ácidos gordos que transforma em fosfatidos o que é fase obrigatória do metabolismo lipídico. É um componente do complexo vitamínico B e da molécula da lecitina que tem papel importante em vários processos metabólicos, entre os quais a função neuromuscular e o metabolismo das gorduras e na estrutura celular. *Pode produzir-se um fígado gordo em animais com uma dieta sem colina e a degenerescência gorda assim produzida pode ser curada pela minitração de colina.*

2. A Metionina é uma aminoácido essencial metilado, assim podendo servir de fonte de radicais metilo para a síntese orgânica da colina a partir da etanolamina.

3. O Inositol que parece desempenhar a sua acção lipotrópica de maneira idêntica à da colina, por fixação sobre os ácidos para dar fosfatidos. É como a colina um elemento do complexo vitamínico B, estreitamente relacionado com a glucose e tem uma distribuição quase universal nos tecidos animais e vegetais.

Estes 3 lipotrópicos fazem parte da «Colimetina».

Como porém o tratamento é mais eficaz, quando se lhes podem associar outros medicamentos benéficos, vamos igualmente referir-nos a esses medicamentos que também lhes foram associados, e que são:

4. O complexo B, que entre as suas vitaminas conta a colina e o inositol e ao lado deles parece também conter fermentos que auxiliam a transmutação da metionina na formação da colina.

5. O Extracto Hepático, que pelo seu conteúdo em vitaminas do complexo B e possivelmente por conter elementos auxiliares da formação pelo fígado de proteínas plasmáticas, se não é um verdadeiro factor lipotrópico é pelo menos, como o complexo B, um verdadeiro factor adjuvante. Contendo o factor antianémico de Castle tão frequentemente deficiente no doente hepático, o extracto de fígado encontra mais uma razão de utilidade terapêutica.

6. Os Extractos Pancreáticos Lipotrópicos, que talvez só o sejam pela colina que contém, ou na medida em que, facilitando a digestão das proteína da alimentação, libertem a metionina. Parecem

ser de somenos importância quando comparados aos factores lipotrópicos — colina, metionina e inositol — e aos factores adjuvantes — complexo vitamínico B e extracto hepático.

A descoberta dos «lipotrópicos» e a associação daqueles elementos que vieram completar e reforçar a sua acção deu origem à descoberta da Colimetina, em que se associaram.

Na «Colimetina» associam-se os três mais poderosos factores lipotrópicos — colina, metionina e inositol — e os factores secundários indiscutivelmente lipotrópicos — complexo B e extracto hepático. Estudaram-se igualmente as doses de forma a obter da melhor forma o sinergismo terapêutico já tão bem demonstrado.

A Colimetina prepara-se em drageias e em xarope e toma-se nas doses de 3 a 10 drageias ou 3 a 6 colheres de sobremesa do xarope, diluído em água, por dia. Às crianças deve dar-se o xarope, de preferência. Os diabéticos devem preferir as drageias.

Basilarmente, os factores lipotrópicos são substâncias que favorecem o metabolismo normal das gorduras sendo assim fundamentais para a função hepática, para o metabolismo do diabético e para evitar a deposição das placas ateromatosas da arterioesclerose. Pelo que se refere à utilidade da terapêutica lipotrópica no tratamento das hepatopatias escreve Morrison em *Annals of Internal Medicine* 24, 465 (1946) que ela tem «sustido frequentemente o progresso da doença, ajudado o doente a voltar à sua actividade útil e, muitas vezes, restaurado a boa saúde e a sensação de bem estar.» A Colimetina contribui poderosamente para o processo da regeneração do fígado.

### Congestão passiva

A «Congestão passiva» do fígado é determinada por um excesso da pressão nas veias supra-hepáticas e na veia cava. Esta estase venosa é devida a causas múltiplas, ou às doenças de coração (lesões dos orifícios mitral ou tricúspido), às doenças dos pulmões, que diminuam o campo de oxigenação do sangue (enfisema, esclerose), ou aos tumores intratorácicos, que perturbam a circulação da veia cava inferior. Mas a causa mais frequente, são as lesões do orifício mitral; quando as lesões mitraes estão mal compensadas, quando o músculo cardíaco está atingido, quando a aurícula esquerda se esvazia mal ou completamente, esta situação provoca um engorgitamento que se propaga a toda a pequena circulação, aos vasos do pulmão, ao ventrículo direito e à aurícula direita; esta estase sanguínea perturba a circulação de retorno da veia cava inferior e das veias supra-hepáticas, do que resulta o engorgitamento do fígado e a congestão. Esta congestão que de princípio é passageira, acaba por se tornar permanente e provocar modificações anatómicas, cujo conjunto se designa geralmente por «fígado cardíaco».

Tem também influência, as auto-intoxicações de origem intestinal, as dispepsias gastro-intestinais prolongadas, o alcoolismo, o paludismo, a litíase biliar e a arterioesclerose mais ou menos generalizada. Estas perturbações, associadas às perturbações da circulação a que atrás nos referimos, influem poderosamente para estabelecer a *congestão passiva*, que designámos por *fígado cardíaco*.

*Sintomas*: — O quadro clínico da *congestão passiva* pode apresentar aspectos diferentes.

Vamos referir-nos aos tipos mais habituais: — Em uma variedade vulgar, a lesão cardíaca, está ainda no início; o doente queixa-se de algumas palpitações; quando sobe depressa uma escada, sente falta de ar e respiração apressada; aparece um ligeiro edema nos pés, em volta dos maleolos. Porém, de princípio, nada disto é grave; mas, a seguir a excessos de comidas ou de bebidas alcoolicas, ou mesmo sem causa muito apreciável, aparecem perturbações digestivas, gases intestinais, sensação de peso no fígado; mal-estar ou dores que podem tomar o aspecto de uma barra ou cinto no ventre; a opressão e a aritmia aumentam de intensidade. Pouco depois pode encontrar-se uma cor subictérica nas conjuntivas e mesmo na face (ou mesmo ictérica); o fígado apresenta-se volumoso e doloroso à pressão. Não há ascite, mas o edema nos membros inferiores, aumenta.

Estes são os sintomas mais comuns do «fígado cardíaco». O seu tratamento consiste no tratamento das causas que lhe deram origem e em um regime alimentar conveniente.

O tratamento medicamentoso é o que indicámos no capítulo «Congestões activas», especialmente o tratamento pelos lipotrópicos associados (Colimetina) cuja importância para a saúde do doente e para combater o progresso da doença, tem um alto valor.

Para estudar mais detalhadamente o tratamento (desde que o tratamento casual seja instituído) chamamos a atenção do leitor para os artigos «Regeneração do Fígado», publicado no número anterior e «Cirrose hipertrófica», «Cirrose e caquexia palustre», a que nos referiremos no próximo número dos «Estudos».

---

## CAUSAS DA DIABETES

O artigo que publicámos no n.º 38 dos Estudos — «A grande preocupação dos diabéticos — Como alimentar-me» — provocou de um grande número de leitores, variada e múltipla correspondência, a que procurámos responder; foram no entanto feitas muitas perguntas sobre a causa da diabêtis, hereditariedade, contágio, etc. mostrando tanto interesse, que resolvemos publicar outro artigo sobre a sua etiologia.

Tem-se procurado frequentemente estudar as causas que provocam a diabetes; no entanto, o problema de etiologia tem sido difícil de resolver. Últimamente, porém, o Professor R. Pannhorst, director da 1.<sup>a</sup> clínica médica do Hospital de Virchow, de Berlim, publicou um trabalho que foi traduzido para francês, na revista «Medicine et Hygiene» de Gêneve, de 4 de Outubro de 1961, sob o título «De l'Étiologie du diabète», de que transcrevemos, alguns períodos:

O problema da etiologia da diabetes, apresenta ainda numerosas dificuldades para ser completamente resolvido:— *Hereditariedade, influência do meio, factores endocrínicos, alteração das etapas do metabolismo, sobrecargas alimentares, doenças anteriores de origem e etiologia mais diversas?*— Qualquer destas causas, simples ou associadas, concorrem para a patogénia da doença e para a sua evolução, sem que se saiba ainda, de uma maneira satisfatória e precisa a causa da doença. Diversas opiniões desde o princípio do século, particularmente a de Naunyn, tem seguido publicadas na literatura médica da diabetes, tendo-se mantido até hoje a ideia que é hereditária e que é produzida por uma modificação genética. Se as últimas opiniões sobre as modificações do «gene» provocadas pela contaminação atómica da atmosfera, forem uma realidade, pode esta doença aumentar muito nas próximas gerações.

Todos os outros factores incriminados, na formação do quadro clínico da doença, não seriam pois mais do que variações da patogénia e da expressão clínica da entidade mórbida. Na crítica que se tem feito, considerando a diabetes somente como doença hereditária, distinguem-se muitas vezes, de uma maneira insuficiente, os factores etiológicos dos factores patogénicos.

Deve-se considerar a opinião de Barthelheimer, quando afirma que a solução do problema se torna mais fácil, considerando a diabetes como uma doença hereditária consecutiva unicamente a uma deficiência congénita dos *ilhotas de Langherhans*. Não se tem certamente o direito de identificar na etiologia da diabetes, os numerosos factores patogénicos que têm influência no estabelecimento de diversas formas clínicas daquela doença, simplesmente porque é difícil fornecer a prova genética e porque não é possível estabelecer a distinção lógica entre factores etiológicos primitivos e factores determinantes da doença.

Se tivermos a opinião que existem diabetes não hereditárias, seria também necessário demonstrar em que medida outras causas a poderiam provocar. Na linguagem do genetologista, todos os casos de diabetes não hereditária, constituem uma *phenocopia* de uma diabetes de origem autenticamente hereditária.

Nachtsheim publicou há pouco tempo em uma revista de medicina, exemplos de *phenocópias*, tiradas do reino animal, que mostraram a influência dos factores exogenos sobre certas anomalias congénitas; utili-

zando a sensibilidade térmica, pôde demonstrar que fazendo actuar um factor exógeno, como o calor — aplicado ligeiramente, no caso presente — chegou a realizar a phenocópia de um albino completo, partindo de um semi-albino. Chegou-se igualmente a obter a phenocópia da cataracta hereditária de um coelho por meio de irradiação do olho por meio dos raios X.

Nos dois casos, tanto na cataracta de origem hereditária deste tipo, como no seu phenotipo provocado pela irradiação, é a maneira pela qual se realizará a nutrição — em particular a sua composição em água — no decurso do período de desenvolvimento do cristalino, que vai decidir se a alteração parará neste estado, ou se ela tornará maior extensão e provocará uma cataracta de todo o cristalino.

Se transportármos estas observações feitas em animais para o domínio da etiologia particular da diabetes, trata-se então de mostrar quais são as causas possíveis, de natureza puramente externa e extra-hereditárias que entram em jogo na diabetes humana.

Pode cotar-se como primeiro exemplo, a diabetes de origem traumática; a seguir a uma ferida no crânio pode aparecer uma hiperglicémia e uma glicosúria interpretadas como sinais de uma irritação central; foram feitas comunicações sobre uma transformação da glicosúria semelhante, de origem neurogena, em um diabético autêntico. Para explicar este caso, admite-se a hipótese de uma fragilidade particular do sistema insular; como esta glicosuria central é em geral insulino-resistente e de natureza passageira, não se pode supor que ela possa levar um sistema insular perfeitamente integral sob o ponto de vista funcional, a provocar uma diabetes caracterizada.

Tem-se apresentado argumentos sólidos contra a concepção de uma diabetes que aparece após um traumatismo e puramente central; estudos feitos em casos de traumatismo cerebral (*Öberdisse, Tönis* e outros), não mostraram nenhuma perturbação diabética. As hiperglicemias de origem nervosa são, na maior parte dos casos, de natureza transitória; no entanto, em certas circunstâncias, é muito difícil determinar se uma diabetes pode aparecer a seguir a uma causa puramente externa, como um traumatismo accidental do pâncreas; sabemos que uma ferida do pâncreas pode provocar uma diabetes, mas neste caso, a lesão deve ser tão grave que levará em breve à morte, em grande parte dos casos.

Pode-se imaginar que uma diabetes pode aparecer depois de uma sobrecarga alimentar excessiva e prolongada, actuando sobre um pâncreas constitucionalmente frágil; mas este é um caso de uma doença latente constitucional, que se manifestou em virtude daquele abuso alimentar.

Tem-se também estudado casos em que a diabetes apareceu depois de uma actuação prolongada de cortisona mas parece que só aparecem em pessoas com grande fragilidade dos ilhotes. *Pavel e Anghelescou* são

de opinião que a diabetes pode aparecer sob a acção de influências hormonais em estados de fragilidade ainda não manifestada; observaram-na depois do casamento de diabéticos com uma mulher sã de tipo hiper-hipofisário, em que a diabetes aparece mais frequentemente do que é habitual, isto é, 46,5 por cento dos casos em vez de 21 por cento, como sucede habitualmente nas ligações entre diabéticos e normais. *Günther* demonstrou também que há um grande aumento de frequência da diabetes, nas famílias obesas.

Somos, depois de todos os estudos que se têm feito até hoje, de opinião que a diabetes deve ser considerada, na maior parte dos casos, como uma doença hereditária.

O estado actual dos nossos conhecimentos e o que sabemos sobre os estudos interessantes, sobre o ponto de vista genético, na hereditariedade da diabetes, baseia-se sobre os resultados das investigações feitas, por grupos, segundo os métodos de trabalho seguintes:

a) investigações nas famílias; b) investigações em gémeos; c) estudos de consanguinidade da diabetes conjugal (em que um ou dois dos pais são diabéticos); d) problemas de geografia médica; e) sintropias da diabetes com outras doenças hereditárias ou não hereditárias.

Apesar de se terem feito trabalhos assíduos durante dezenas de anos, não se chegou a obter um resultado concreto em qualquer daqueles grupos de investigações; ainda hoje se não sabe positivamente qual o modo de transmissão da diabetes.

Existem árvores genealógicas que parece demonstrarem a transmissão da doença. Análises detalhadas em 10 000 casos feitos por *Günther* no Instituto de Investigações Garz-Karlsburg, deixa supor com uma probabilidade, que é quase certeza, que a diabetes é hereditária, mas não forçadamente, isto é, que a descendência pode não ser diabética. Outros são de opinião, sobretudo nas diabetes familiares, que é a repetição dos vícios alimentares, associados à predisposição hereditária que facilita o aparecimento da diabetes.

Nada há pois de positivo sobre este problema. Somos pois de opinião que os descendentes dos diabéticos, bem como as pessoas que com eles convivem, devem vigiar o seu regime alimentar, que deve ser tão normal quanto possível e de tempos a tempos, como medida de prudência, devem fazer uma análise da urina, para verificarem se nela aparece o açúcar, mesmo em pequena quantidade. Se aparecer, devem então começar a tomar todos os cuidados alimentares tendentes a evitar o agravamento da diabetes e a tratá-lo imediatamente. No artigo que publicámos no n.º 38 dos Estudos, indicámos a alimentação que mais convém aos diabéticos, estudámos alguns tratamentos além da insulino-terapia e pronunciamos-nos sobre as últimas descobertas sobre o tratamento medicamentoso. Já indicámos em artigos anteriores, qual o medicamento que mais convém para tratar a diabetes que, em geral, é a Neolise.



## A CLOROSE E A ANEMIA

Denomina-se «clorose» uma anemia hipocrômica essencial, particular das jovens e que é uma das causas da diminuição ou abolição das regras mensais. A *clorose* tem diminuído progressivamente desde o princípio do século; todas as outras anemias, se denominam em comum «anemia»; o tratamento é similar, pois nos casos de amenorreia, o ferro é sempre útil.

Últimamente, os *Drs. H. P. Klotz, J. Avril e S. Witchitz*, da clínica de Endocrinologia e de Nutrição do Hospital Bichat, de Paris, fizeram uma comunicação sobre o caso de clorose na «Semaine des Hopitaux» de 14 de Outubro de 1962, a que nos vamos referir.

Trata-se de uma rapariga do campo, de 19 anos, que se empregou como caixeira e que se apresentou no Hospital Bichat em estado de anemia aguda.

A doença tinha começado há dois meses por falta das regras mensais, as quais tinham sido muito regulares até aos 15 anos, mas sempre pouco abundantes, sem durarem mais de um dia e sem manifestações pré-menstruais. Os sintomas manifestaram-se por uma paragem brusca da menstruação, seguida de um estado de fraqueza intensa, tendente para desmaios, com faltas de ar quando fazia esforços; tinha emagrecido 3 a 4 quilos em dois meses; palidez intensa com reflexos esverdeados sobre a pele; fraqueza geral acentuada; pulsações do coração, rápidas e fortes; na auscultação nota-se um sopro sistólico, às vezes também um diastólico e edemas discretos nos maleolos.

Estes sopros e edemas desapareceram rapidamente com o tratamento da anemia, que principiou por aplicações de ferro. Quinze dias depois o número dos glóbulos vermelhos, que no princípio era de 1 980 000 por cc, tinha já passado para 3 930 000 e 76% de hemoglobina; quinze dias mais tarde, já tinha 4 200 000 e 85% de hemoglobina.

Continuava no entanto a amenorreia.

A doente era uma psicasténica; escrupulosa, meticulosa, impressionava-se muito por faltar ao seu emprego, apesar de este não lhe agrada; era uma jovem idealista, acreditando na bondade humana e com muitas saudades da família, de que estava separada; tinha projectos vagos de casamento; opunha-se ao tratamento psicoterápico que se tentou. Experimentou-se a diatermia hipofisária, sem resultado. A anemia, com o tratamento intensivo de sais de ferro, melhorou, mas a amenorreia continuava, bem como o estado de recolhimento e tristeza.

Deliberou-se fixar súbitamente a sua saída próxima e, alguns minutos após esta decisão, apareceram as regras. A doente deixou o hospital com um tratamento de preparados de ferro e de gonadotropinas durante 2 meses. Três meses depois voltou à consulta; a anemia quase

tinha desaparecido, as regras tinham-se normalizado e já tinha voltado a trabalhar.

A anemia é indicadora da deficiência de ferro no sangue e pode ter causas diversas; no entanto, quando se não trate desde o princípio, agrava-se e pode provocar outras perturbações, como a fraqueza geral, inaptidão para o trabalho e um estado de nervosismo, neurastenia ou histeria que tende a progredir.

O tratamento de qualquer espécie de anemia consiste em tomar tónicos, baseados em preparados de ferro. Em Portugal, existe há mais de 40 anos um preparado que combate eficazmente a inapetência, a anemia e as suas consequências; esse preparado é o Opohemol. O Opohemol é um tónico que preenche muitas indicações das pessoas fracas; pelo ferro e cobre ataca a anemia; as peptonas de fígado e do baço formam uma verdadeira opoterápia hepato-esplénica, facilitando a sua anulação e actuando sobre o fígado e baço; o manganés, que também entra na sua composição é um verificador de nutrição; a associação de extratos da Kola, do condurango, da voz vómica, do absinto e da gençiana constitui um excelente meio de abrir o apetite e excitar os movimentos de digestão dos outros elementos e da sua associação. Verifica-se assim que o Opohemol é um excelente tónico, a empregar em todos os estados de fraqueza e de anemia. Os diabéticos devem substituir o Opohemol pelo «Opohemol D».

A posologia normal é de 3 colheres de sopa por dia antes das refeições; às crianças deve dar-se colheres de chá.

---

## CURIOSIDADES

**Saúde — A velhice e o trabalho mental** — O filósofo Teofrasto ensinou moral e compôs máximas até aos 90 anos; Demócrito, aos 95 anos, ainda satirizava os seus contemporâneos; Arquimedes, aos 91, fazia importantes descobertas nas ciências físicas; Pitágoras, Diógenes e Solon desempenhavam o seu papel de educadores públicos, na Grécia, mesmo depois dos 90 anos. Catão, aos 80 anos estudou a língua grega; Miguel Ângelo, aos 88 anos, e Ticiano, aos 90, ainda trabalhava; Newton, aos 85 anos, fazia importantes estudos astronómicos; Grebillon compôs a sua última tragédia aos 84 anos!

Voltaire conservou depois de octogenário toda a sua lucidez e actividade intelectual; Verdi, compôs as suas últimas óperas depois de ter já completado 80 anos; «lord» Brougham e «lord» Palmerston, ambos octogenários, ainda tomavam parte nos debates parlamentares; Vitor Hugo, também octogenário, causava a admiração de todos pelo vigor do seu génio.

Poderíamos ainda citar Legouvé, D'Ennery, Cladstone, Choiseul, e quantos outros, que, em idade avançadas, conservavam toda a lucidez do espírito e punham em exercício com notável vigor as suas faculdades de trabalho mental.

*Do «Diário da Manhã»*



# Assinatura dos Estudos

A 1.ª série está esgotada.

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

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

A 4.ª série terá, pelo menos 25 números; a assinatura, do n.º 1 ao n.º 25 custa Esc. 50\$00 (cerca de dois anos de publicações).

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

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

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

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

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

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

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

## COMBATA AS

### *Cólicas no estômago*

com *Espasmo-Dibar*—sупositórios,  
para a dor e *Gelumina*—comprimidos,  
para proteger a parede do estômago

### *Cólicas nos intestinos*

com *Espasmo-Dibar*—sупositórios  
para fazer desaparecer o espasmo e a dor e  
*Vitasimbiosina*—para atacar a infecção  
intestinal

### *Cólicas nos ovários*

durante o período menstrual  
com *Espasmo-Dibar*—sупositórios

### *Dores reumáticas agudas* *Lumbago*

Para diminuir as dores e, sobretudo para  
poder movimentar-se na cama para poder  
alimentar-se ou para poder fazer as dejectões  
com *Espasmo-Dibar*—sупositórios