

JANEIRO
FEVEREIRO
DE 1964

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.ª Série

N.º 22

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

XXII

A PSICOLOGIA E A PSICOTERAPIA NAS
CRIANÇAS

AS COMPLICAÇÕES VISUAIS DA DIABETIS

O SANGUE A LINFA

COLEMIAS, ICTERÍCIAS LIGEIRAS, ICTERÍCIAS
GRAVES

AS NECESSIDADES DO ORGANISMO EM CÁLCIO
E EM IODO

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, 132-B - LISBOA - 1

Sala _____

Est. _____

Tab. _____

N.º _____

Os «Estudos»

Continua a publicação da 4.^a série dos «Estudos».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

Higiene mental e problemas da educação

XXI

A PSICOLOGIA E A PSICOTERAPIA NAS CRIANÇAS

Não se pode falar ou escrever sobre educação sem nos dedicarmos a conhecer a psicologia das crianças; é a única maneira de podermos conhecer a sua maneira de pensar, que nos dará os elementos para intervir na formação do seu carácter, da sua educação e na correcção dos seus desvios.

Como julgamos muito interessante uma conferência feita em 12 de Outubro de 1960 na «Casa Internacional dos Estudantes», de Genebra, por ocasião da Assembleia Geral do Centro Psico-educativo, pelo Dr. *Jean Sarkisoff*, vamos dar, a seguir, um extracto dessa conferência.

De uma certa maneira, cada progresso decisivo da ciência fere o nosso amor-próprio, em virtude do choque que produz sobre os nossos conhecimentos. Desde Copernico e Galileu, quando nos tiraram a ilusão de que vivíamos no centro do Universo, até à descoberta de Darwin, quando demonstrou o nosso parentesco com os animais e, mais tarde, Einstein, que nos fez duvidar de nós próprios, das nossas noções sobre o mundo e sobre o tempo, o estudo da psicologia vem agora revelar-nos que não somos *essencialmente* diferentes daqueles a quem antigamente chamávamos «primitivos» ou mesmo «loucos».

E a psicologia ensina-nos que nós não podemos sempre e em todas as circunstâncias, ser senhores das nossas emoções e do nosso equilíbrio mental. A ilusão da nossa força, desaparece a pouco e pouco. Porém esta ferida no nosso amor próprio é felizmente compensada por enormes vantagens.

O sistema *Coué* era útil quando não dispunhamos de outro auxílio eficaz; hoje, pelo contrário, é um sinal de força e de coragem, ousar



encarar as suas fraquezas ou as suas doenças, para procurar encontrar o remédio oportuno. A política do não querer ver o mal, tal como ele é e nega a sua própria existência é a atitude desesperada de certos doentes, que não querem encarar a sua doença por acreditarem não ter cura possível; é ainda a atitude de certos cancerosos, que morrem por não terem querido encarar a doença e deixarem passar o período em que ela ainda seria curável.

Hoje, que é conhecida a ciência psiquiátrica, não devemos cometer este erro, quando sabemos os resultados que podemos obter, e que foram sendo acumulados progressivamente nos últimos cinquenta anos.

É possível procurar na criança, a existência de um estado latente de numerosas doenças do espírito e do corpo, que em geral só vêm a manifestar-se na idade adulta. A psicoterapia infantil pode realizar uma profilaxia científica destas afeições. — Sabeis que, somente em Genebra, se suicidam anualmente mais de 50 pessoas? — Pois fiquem sabendo que são muito mais numerosas as que sobrevivem a uma tentativa de suicídio ou que ruminam ideias de auto-destruição. Estes doentes viviam até então uma existência que parecia normal aos parentes e amigos, mas do que o suicídio foi a revelação brutal de um estado doentio latente, por vezes de sofrimento mental que passou despercebido.

Em geral, nunca se tiram as consequências que deviam ser tiradas destes dramas. A família fica desorientada perante esta morte que não previu e que não compreende; se a tentativa deu resultado, se o suicida morre, a família sente um sentimento de vergonha ou mesmo de desonra, que se segue à sua morte; mas se o doente não morre, vai tentar evitar a repetição por meio de medidas sociais, médicas e psicoterápicas; mas em geral, nem a família nem o médico compreendem que se trata de um sintoma de uma doença latente que talvez pudesse ter sido investigada, diagnosticada com rigor e tratada a tempo.

E é durante a infância quando o psiquismo está ainda maleável e em desenvolvimento, que são ideais as condições para um tratamento psicoterápico. O médico deve desculpar a família, mesmo que as pessoas sempre prontas a amar, encontrem pretextos para isso; mas deve também procurar ter uma acção essencial de profilaxia, estudando as crianças das famílias de que é assistente, sempre que encontre um estado depressivo, uma auto-acusação, um complexo de inferioridade, que é necessário estudar e tratar e deve convencer os pais, da importância desta sua acção, que pode prevenir muitas outras doenças e perturbações no comportamento evolutivo da criança.

Tratando hoje a criança, evitaremos talvez grandes sofrimentos no seu futuro. Há numerosas vidas falhadas, divórcios, choques profissionais e muitas doenças corporais, que podem ser evitadas, não só ao doente em questão, como às gerações futuras, se se fizer um bom estudo da criança que apresente alterações nervosas ou psíquicas. *Sar-*

kissof considera que 25 a 50 por cento da clientela adulta dos médicos é constituída por casos em que os males físicos são a consequência de perturbações emocionais que não foram nem diagnosticadas nem tratadas a tempo. Os pais são responsáveis pela falta de tratamento destas crianças e pelos seus resultados no futuro.

Os centros de psicoterapia infantil, criados em vários países ou em alguns centros escolares, procuram fazer beneficiar toda a população das recentes descobertas neste sector; é importante esta actuação pois o equilíbrio mental das gerações que se seguem à nossa, depende do que fizermos actualmente neste sentido.

É necessário chamar a atenção dos pais para este prolema e vemos como eles se sentem aliviados, quando diagnosticamos o mal e propomos fazer um tratamento. É sempre fácil fazê-los reconhecer que o desenvolvimento do seu filho está perturbado e sentem-se felizes quando se lhes indica o tratamento curativo, no qual eles cooperam sempre, pois que muitas vezes já tinham pressentido qualquer deficiência no seu filho. Durante as consultas é frequente os pais não quererem confessar ou mesmo abordar a existência de deficiências da afectividade infantil, que são um dos sintomas que devem ser considerados como alarmantes para que se recorra ao médico.

Somos de opinião que o psiquiatra moderno, vem preencher uma lacuna no campo das especialidades médicas; a psiquiatria saiu dos limites do empirismo e começa a compreender e a curar muitas doenças psicossomáticas, em que o corpo e o espírito sofrem simultaneamente.

O psicoterapeuta por vezes é evitado pelos pais, que receiam vagamente o exame afectivo da personalidade do seu filho, como se isso fosse uma violação da sua alma. E certos aspectos da psicoterapia, ainda mal conhecidos, conservam um aspecto mágico que assusta por vezes; o campo de acção da psiquiatria infantil situa-se ao lado da pediatria. Sempre que o pediatra não for um psicoterapeuta, o que seria para desejar, é útil a cooperação dos dois, a qual é sempre indispensável quando a afectividade interfere com as funções físicas.

A propósito da psicossomática — Ao passo que os problemas postos por numerosas doenças acham a sua solução, graças ao trabalho dos clínicos, dos investigadores especializados, dos patologistas, etc., vão-se conhecendo e delimitando melhor as zonas de exploração. Por entre estas, o cérebro, com a sua gigantesca massa de neurones, com as suas numerosas interconexões, constitui um campo de exploração, de que a amplidão é muito mais vasta do que podemos supor na fase actual dos nossos conhecimentos. O conhecimento dos múltiplos funcionamentos enzimáticos e neuro-endocrínicos, cuja importância é imensa, está ainda nos seus primeiros passos. O problema é de tal complexidade que os métodos actuais de investigação, anatomo-patológica, histológica, electro-encefalográfica, neuro-fisiológica, microquímica, etc., completam-se por

uma aproximação suplementar, para a qual, a geração actual dos clínicos, propôs uma nova designação: a psicossomática.

Se os estudos e experiências forem feitos com base científica, as descobertas não se poderão encontrar realmente em desacordo com as que são encontradas por meio de outros métodos de investigação; pelo contrário o acoplamento das descobertas feitas por uns e por outros é de absoluta necessidade para fazer trabalho científico.

É com as doenças psicossomáticas (asma, gaguez, cefaleias, nevrodermites, anorexia, úlceras do estômago e do cólon, etc.) que a importância capital da constituição da hereditariedade, do *substractum neurológico* comum a todas as doenças psiquiátricas infantis, aparece com a maior clara evidência. Cremos que nunca será possível compreender a patogenia destas afecções, de uma maneira exaustiva, sem recorrer a um estudo e a uma investigação pluridimensionais de cada caso.

Tanto o aspecto somático como o psicológico constituem dois aspectos diferentes deste fenómeno único: a *doença psicossomática (corpo e espírito)*. O estudo destas afecções psicológicas quando aparecem precocemente na infância é da mais alta importância; é na criança pequena que melhor se pode pressentir o fundamento neurofisiológico das forças instintivas; nesta idade, o «*psique*» e o «*soma*» estão ainda pouco diferenciados e é frequente que uma perturbação neurofisiológica se manifeste ao mesmo tempo por uma perturbação psicossomática (por exemplo, a asma e a gaguez) e por perturbações do carácter, ou afectivas.

Quando estas perturbações psicológicas aparecem na primeira infância, pode produzir-se um círculo vicioso de repercussões múltiplas psicossomáticas e somatopsíquicas.

Nestes casos, que são os mais tenazes, uma forte disposição constitucional (alérgica, por exemplo, no caso da asma) acha-se reforçada pela descarga instintual (agressiva, por exemplo) que se realiza no próprio sintoma psicológico. Esta descarga opera-se por uma via aberrante, a via normal da expressão agressiva, de que a cólera ou a crise da raiva são as expressões normais nas primeiras idades; quando esta agressão segue pelo sistema neurovegetativo e se descarrega em um sistema muscular liso, que não é destinado a canalisá-la, provoca os sintomas das diversas doenças psicossomáticas; ela cessa então de participar na evolução normal dos instintos e estes equivalentes de agressão tão primitiva, vão talvez ficar permanentes e traduzir-se pela vida fora por uma afecção psicossomática crónica.

A psicoterapia infantil acha assim um novo terreno de aplicação e realiza uma profilaxia importante de numerosas doenças psicossomáticas do adulto. Rompendo aquele círculo vicioso, permite às tensões instintuais em jogo num sintoma, de reintegrar a via normal da evolução do indivíduo. Desde que a criança seja curada, terá novamente à sua disposição — e livremente — a totalidade das suas enérgicas instintivas

em uma personalidade forte (a posição teórica que adoptamos comporta, como corolário obrigatório, que cada tratamento psicoterápico de uma afecção psicossomática, seja qual for, só se pode realizar em estreita colaboração entre o pediatra e o psicoterapeuta).

Centros de guia infantil e a sua actividade terapêutica — Vê-se portanto a importância da psicoterapia infantil e para desenvolver a sua acção criaram-se vários Centros na Europa.

Deve afirmar-se que no psiquismo humano existe uma tendência biológica que tende para a auto-cura.

Existem centros de guia infantil em cada uma das cidades universitárias da Suíça e nas grandes aglomerações da Europa ocidental. Os centros psicológico-educativos, como os suíços, trabalham em colaboração com os pais, parentes, professores, médicos, etc., que se interessam pela cura da criança. Os motivos da consulta são muito variados — atrasos frequentes escolares, preguiça, ciúme, turbulência, apatia, depressão, enuresis, mentiras constantes, roubo, gaguez, distração, terrores nocturnos, fobias, desadaptação, etc.

A criança é examinada por diversos psicólogos. Se for necessário fazem-se testes sobre o seu desenvolvimento intelectual e afectivo. Faz-se um diagnóstico preciso em cada caso, baseado sobre a estrutura global da personalidade e sobre o conjunto de todos os exames. Muitas vezes as crianças que são enviadas por causa de um sintoma, aparecem na investigação aprofundada, como totalmente diferentes e comportando prognóstico e tratamento muito diversos. Se for necessário, a criança será tratada. A cura leva geralmente muitos meses, com algumas sessões de uma hora por semana em psicoterapia individual ou por grupos.

Papel profiláctico da psicoterapia infantil — Os resultados do tratamento profiláctico de uma criança obtêm-se progressivamente; é no decurso de semanas ou mesmo meses que se verificam as melhoras; o trabalho foi-se efectuando em profundidade e só é observada a evolução do tratamento, o desaparecimento dos sintomas, a sensação de «à vontade» e bem estar da criança, o alargamento do campo dos seus interesses e, o que é essencial, a intensificação, mesmo no seu íntimo, da sua capacidade de amar. Reciprocamente, a tensão familiar vai desaparecendo e o clima das relações afectivas melhora. Há no entanto um aspecto que fica sempre invisível, que é o papel profiláctico do tratamento.

Não se pode calcular quais os sofrimentos que este tratamento vai evitar durante todo o resto da sua vida. Quando se descortinam em um pequeno doente, o que é frequente, vestígios de depressão, indícios de doença mental ou psicossomática, não se pode nunca prever com precisão se, no decurso da sua vida, encontrará circunstâncias exteriores muito dolorosas, que excitarão esses vestígios mórbidos, até então latentes e levarão à produção de perturbações graves, tais como tentativas de

suicídio, depressão grave, menopausa difícil e incômoda, velhice melancólica ou longos sofrimentos psicossomáticos, etc.

Este aspecto psicossomático, que é sem dúvida essencial, fica sempre invisível e escondido.

Com os anos tem-se revelado que a psicoterapia das crianças tem um papel consideravelmente mais importante do que se tinha suspeitado quando começou a aplicar-se esta terapêutica, nos começos deste século; sabe-se hoje que a psicoterapia já não se limita a curar os sintomas que a criança apresenta; por detrás destes sintomas muito frequentes, dissimula-se o futuro da geração de adultos que nos sucedem e de que recai hoje sobre nós a responsabilidade. Em cada caso de psicoterapia infantil, deve procurar integrar-se toda a personalidade da criança e não somente, fazer desaparecer o sintoma para o qual foi chamado a nossa atenção.

O que evidencia o incomensurável valor da psicanálise das crianças é que a sua acção pode ser essencialmente etiológica, pois que se situa na origem das perturbações.

Tratando a criança segundo as regras, com uma técnica precisa resultante das investigações continuadas há mais de 50 anos, dar-se-lhe-á a base sólida que condicionará o seu equilíbrio corporal e mental para toda a sua vida futura.

O futuro — O futuro individual e social depende muito do estudo e aplicações das regras da higiene mental e de higiene geral. Temos tratado, em vários artigos publicados nos números anteriores, de vários estudos sobre higiene mental, a que se seguirá uma série de artigos sobre educação, sobre o drama da inferioridade e sobre psicologia da criança, na casa, na escola e nos desportos.

Os que estão esclarecidos sobre os problemas inconscientes da infância e da juventude sabem diagnosticar as causas de sofrimentos e dos numerosos entraves à expansão e firmação da personalidade, de que o profano nem suspeita.

O campo de acção da psicoterapia infantil não está ainda suficientemente explorado ou estudado; há ainda muita falta de especialistas e de assistentes de psicoterapia; é indispensável que esta admirável vocação para-médica seja mais conhecida e valorizada.

As disciplinas médicas exigem de cada vez mais especialistas; em psicoterapia infantil, o clínico geral não pode preencher toda a tarefa, de exame e de acção permanente; necessita de colaboradores e de colaboradoras e o trabalho da equipa deve fazer-se em uma organização, em que se faça simultaneamente a investigação e uma terapêutica, ambas delicadas e complexas. O campo de estudos é praticamente limitado, mas a sua acção é das mais interessantes, pois que se dirige à pessoa humana, no seu conjunto e na sua projecção sobre o futuro.

Temos felizmente em Portugal, um grande número de médicos muito competentes a quem os pais podem recorrer quando verifiquem anormalidades psicológicas nos seus filhos; os professores podem aconselhar os pais a fazerem estas consultas quando encontrem algumas dessas anormalidades. Julgamos no entanto de alto interesse, a organização de casas de saúde ou de colégios especiais em que colaborem os médicos especializados com os professores, constituindo um núcleo de «educadores» para se estudarem e tratarem estas anormalidades incipientes que com o tempo se poderiam transformar em casos graves.

A evolução da educação e da psicoterapia aconselha a formação de um instituto desse género no nosso país, ao qual estará garantido um interessante futuro, se o tempo mostrar que os educadores se dedicam devotadamente ao tratamento dessas crianças. Esperamos que este voto tenha realização em um futuro muito próximo, pois também estamos convencidos de que esse instituto terá um progresso rápido se for bem dirigido.

As complicações visuais da Diabetis

Já nos referimos em artigos anteriores aos «Colóquios» entre médicos, que se fazem regularmente nos «*Entretiens de Bichat*», em Paris. Vamos transcrever alguns dos problemas discutidos em um destes colóquios, já realizado em 1963 e que vem transcrito na «*Semaine des Hopitaux*», de 8 de Janeiro de 1963.

Pergunta — *Há cerca de vinte anos que nos ocupámos do problema das complicações oculares da diabetis. A sua gravidade tem aumentado desde então?*

Resposta — Não há dúvida que a frequência das complicações oculares da diabetis é hoje maior do que antigamente. É pouco elevada a percentagem dos diabéticos que passam a sua vida sem surgirem complicações oculares; no entanto este aumento de frequência está ligado à maior longevidade dos diabéticos nos últimos tempos, que se tem conseguido em virtude dos progressos da terapêutica e do mais largo conhecimento do regime dietético.

P. — *Então, se este aumento de percentagem está em relação com o aumento da longevidade, estas complicações encontram-se de preferência entre os velhos diabéticos?*

R. — O que conta, no aparecimento das complicações oculares é mais a duração da evolução da diabetis do que a idade fisiológica do diabético. *Howells* fez em 1953 uma comunicação sobre as doenças da retina dos diabéticos em que mostrou que 67 por cento dos casos se

encontram 10 anos depois do aparecimento da diabetes; só então é que os doentes consultam o médico, impressionados com a falta de vista. No entanto este prazo é inferior aos 10 anos nos diabéticos jovens; a juventude é um factor de agravamento visual dos diabéticos.

P. — *Estas complicações aparecem sempre nos doentes, cuja diabetes já estava diagnosticada?*

R. — Habitualmente, sim; mas não é uma regra absoluta.

A diabetes pode ter evoluído até então com uma sintomatologia atenuada e ser ignorada pelo doente. É a complicação da falta da visão que alerta o doente e o obriga a consultar o médico; o mesmo sucede com as supurações das pálpebras repetidas, com uma miopia que aparece de repente, com uma parésia acomodativa, que faz ver as imagens pouco nítidas ou em duplicado e, sobretudo, o aparecimento de hemorragias da retina.

P. — *As alterações oculares provocadas pela diabetes podem atingir todas as estruturas do olho e os anexos?*

R. — Todas as estruturas do olho e dos seus anexos podem ser atingidas (pálpebras, glândulas, e vias lacrimais). Só são poupadas, geralmente, a esclerótica e a coróide.

Algumas destas complicações surgem por via indirecta; são complicações infecciosas, favorecidos pelo terreno hiperglicémico (abscessos da pálpebra, dacriocistites).

P. — *Então, todas as complicações oculares podem ter a mesma origem, isto é, são favorecidas pelo terreno hiperglicémico?*

R. — Não. Sob o ponto de vista clínico podemos distinguir na diabetes ocular, dois fenómenos importantes: — as complicações de natureza tóxica e as de natureza essencialmente vascular; no entanto os dois fenómenos estão estreitamente ligados e influenciando-se mutuamente.

Entre as complicações em que domina o *fenómeno tóxico*, é necessário incluir as alterações do humor aquoso, as da membrana pigmentada da íris, as perturbações do cristalino, as lesões nervosas (paralisias oculo-motoras e nevrites ópticas) e as variações do *tonus* ocular. Entre as lesões em que domina o *fenómeno vascular*, estão todas as lesões do epitélio, as alterações da íris e da retina.

P. — *Quais são as complicações mais frequentes e que arrastam uma consequência funcional importante?*

R. — Toda a alteração da transparência dos meios oculares (irite, catarata, perturbação do vítreo), dos receptores sensoriais periféricos (retinite) ou das vias de transmissão do influxo nervoso (nevrites ópticas) terão, em relação com a sua intensidade, uma consequência fun-

cional mais ou menos importante, que pode ir desde uma redução da agudeza visual até uma cegueira, temporária ou definitiva.

Pela sua frequência, a catarata e a retinopatia diabética são as complicações que dominam no diabético, as outras complicações oculares.

P. — Todas as cataratas que aparecem nos diabéticos são devidas à hiperglicemia?

R. — O terreno diabético é sem dúvida um terreno predisponente ao aparecimento e ao desenvolvimento das opacidades do cristalino. A hiperglicemia, pela sua duração, provoca lesões de involução orgânica. Sobretudo a diabetes não tratada, mal equilibrada, vai produzindo o seu mal lentamente o que provoca uma catarata, mais frequente nos velhos, do que no normal. Mas, além das precauções operatórias que impõe a diabetes, as cataratas diabéticas não apresentam morfológicamente nenhuma diferença com as cataratas senis.

Pelo contrário, existe morfológicamente um tipo de opacidade do cristalino que se pode verdadeiramente chamar «catarrata diabética». Aparece habitualmente nas pessoas novas e caracteriza-se particularmente, como mostrou Schyder em 1923, pelo aparecimento de uma perturbação das regiões infracapsulares anterior e posterior, formada por uma infinidade de pequeninos grãos que se aglomeram em pequenos focos nas regiões polares. Evoluciona para uma catarata total, branca, habitual.

P. — A catarata diabética, tratada desde os primeiros sintomas poderá melhorar ou, pelo menos, ficar estabilizada, por uma terapêutica médica local com regulação da glicemia?

R. — Se for iniciado o tratamento, desde que aparecem os primeiros sintomas, a catarata diabética já hoje é rara, o que mostra que o seu tratamento é sobretudo preventivo. Porém, desde que a perturbação da lentilha apresente uma certa extensão, não existe tratamento médico geral ou local da catarata diabética. Se o doente não apresentar nenhuma lesão da retina ou se esta for muito discreta, só o tratamento operatório está indicado para se tentar uma recuperação funcional apreciável.

P. — Oferece a cirurgia da catarata diabética dificuldades técnicas particulares e dá resultados funcionais satisfatórios?

R. — Sob o ponto de vista da técnica cirúrgica, a extracção da catarata tem as dificuldades particulares à idade habitual dos doentes ainda jovens.

Pelo que respeita aos resultados funcionais, desde que esteja passado o perigo das complicações do acto operatório, são essencialmente condicionados pelo estado da retina e pela transparência do vítreo.

Devem operar-se sistematicamente todas as cataratas dos diabéticos que não apresentem a retina afectada. A intervenção deve proporcionar-lhes uma melhoria apreciável da sua visibilidade.

P. — *As doenças da retina são constantes durante a evolução de uma diabetes? — São mais frequentes na diabetes das pessoas novas?*

R. — A retinopatia é muito frequente no decurso da evolução de uma diabetes; para dar uma ideia desta frequência e da relação que existe entre ela e a idade do doente, citamos uma estatística de *Dolfuss* publicada em 1954 e feita sobre 1.300 diabéticos:

De 10 a 20 anos	— 11,3 %	de lesões da retina				
20 a 30 »	— 16 %	»	»	»	»	»
30 a 40 »	— 20 %	»	»	»	»	»
40 a 45 »	— 43,8 %	»	»	»	»	»
45 a 88 »	— 51 %	»	»	»	»	»

A idade média da maior frequência da retinopatia diabética oscila cerca dos 55 anos.

P. — *O aparecimento de lesões da retina no decurso de uma diabetes permite suspeitar a existência de outras alterações vasculares: — coração, rim e membros inferiores?*

R. — A observação oftalmoscópica da retina no decurso de uma diabetes, tem a grande vantagem de permitir *ver* os vasos importantes; a sua alteração deve fazer suspeitar de que existem alterações vasculares em outras regiões do corpo; mas o coração, o rim e os membros inferiores, territórios de predilecção das doenças vasculares dos diabéticos, não são observáveis directamente, de modo que as alterações já devem ter um certo grau de importância para se manifestarem por sinais clínicos indirectos, como as perturbações oscilométricas e as alterações da secreção urinária.

P. — *Qual o tratamento aconselhável?*

R. — 1.º Fazer o *tratamento* geral da diabetes. Principiar por manter o regime alimentar que convém aos diabéticos e que temos descrito em artigos anteriores.

Pelo que respeita ao tratamento geral medicamentoso, da diabetes, repetimos o que já dissemos em artigos anteriores. O tratamento geral tem evoluído muito, sobretudo nos últimos 50 anos; no entanto, a descoberta de dois novos medicamentos, a Glicolise e a Neolise, veio facilitar o tratamento da diabetes e o tratamento preventivo das suas complicações.

Von Holt e colaboradores, estudando a acção hipoglicemiante e anti-diabética de várias substâncias na diabetes provocada do coelho e do cão, mostraram que a Glicolise é capaz de curar ou atenuar considerável-

mente a diabetes experimental destes animais: atenuação progressiva da doença experimental, evolução da glicémia para o normal, com desaparecimento da glicosúria de maneira definitiva, em certos casos, enquanto noutros se constatava redução mais ou menos profunda da sintomatologia.

A velocidade de recuperação dos animais de experiência, tornados diabéticos pela aloxana e tratados pela Glicolise, é tanto mais rápida quanto mais recente for a diabetes, sendo a recuperação também possível em casos de diabetes de mais longa evolução, com a condição de se prolongar a terapêutica.

Para Mirsky o mecanismo de acção das sulfonamidas hipoglicemiantes (Glicolise e Neolise) põe-se de maneira diferente.

A Glicolise (carbutamida) é facilmente absorvida pela via digestiva, é lentamente eliminada pelo rim (cerca de 20 % do ingerido às 24 horas). A maior parte da substância é excretada em estado livre e uma pequena parte sob a forma acetilada.

Através de uma experimentação clínica que se prolonga por mais de 1.000 doentes, a substância foi sempre bem tolerada.

Nos diabéticos sujeitos a tratamento pela insulina, a terapêutica pela Glicolise pode, sem inconvenientes, associar-se, procurando progressivamente baixar as doses de insulina. Esta técnica (baixa progressivamente da insulina sob controle laboratorial) é isenta de riscos, ao contrário da supressão súbita da insulina e sua substituição pela sulfonamida, que poderá ocasionar acidentes.

De maneira geral poderá articular-se o seguinte esquema de tratamento pela Glicose: 5 a 8 comprimidos no 1.º dia; no 2.º dia 3 a 4 comprimidos e nos dias seguintes 3, 2 ou 1 comprimido, na dependência dos resultados da glicémia e glicosúria. Doses mais altas não trazem habitualmente maiores benefícios.

A medicação poderá ser distribuída ao longo do dia, ingerida com as refeições ou ser tomada de uma só vez, atendendo à permanência do medicamento no organismo e à lenta eliminação.

Em doentes sob tratamento pela insulina deve operar-se de maneira a baixar progressivamente as doses à medida que o tratamento pela sulfonamida vai prosseguindo, sempre sob assíduo controle. O esquema terapêutico poderá ser repetido e prolongado sem inconveniente.

As contra-indicações são: diabetes descompensadas, acidose, pre-coma, operações, glomeronefrite crónica.

A Neolise é o último dos anti-diabéticos estudados. É o mais eficaz e aplicável em todas as formas, em qualquer idade, tipo de diabetes ou grau de gravidade. Na verdade, demonstrou-se útil em formas de diabetes do obeso, do adulto magro e do jovem.

Vamos agora referir-nos à terapêutica pela Neolise.

A Neolise é preparada em comprimidos de 0,025 de fenformina.

Pode ser aplicado como único medicamento hipoglicemizante, ou ainda em associação com a insulina.

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

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

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

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

4. Não há contra-indicação em se utilizarem doses superiores a 150 mg (6 comprimidos/dia). No entanto, quando tal aconteça, os efeitos acessórios tornam-se mais frequentes.

5. A dose terapêutica habitual oscila entre os 100 e 150 mg diários.

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

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

1. A dose de Neolise deve ser gradualmente aumentada, à medida que se vai baixando a ministração de insulina

2. A dose diária inicial, não deve ultrapassar os 50 mg (2 comp.). Será aumentada de 25 mg (1 comp.), para 3 ou mais por dia, na medida do que se for mostrando necessário.

3. Em adultos com diabetes estável, que não necessitem de mais de 30 unidades de insulina diárias, a insulina pode ser suprimida de vez ou reduzida gradualmente, consoante o caso. Quando porém, as necessidades diárias ultrapassem 30 unidades, a dose de insulina não deve ser reduzida de mais de 25 %, de cada vez, na medida em que se vai aumentando a Neolise.

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

É de notar que, em muitas situações clínicas, nomeadamente nas formas lábeis e juvenis, a medicação exclusiva com Neolise pode não ser eficaz, pelo que se deve manter a insulino-terapia.

Resta agora um problema: — *Quas dos dois medicamentos se deve preferir para fazer o tratamento da diabetes?*

De uma maneira geral, pode fazer-se o tratamento, indiferentemente, com a Neolise ou com a Glicolise. No entanto, a Neolise está mais indicada para as pessoas até aos 30 anos e a Glicolise, depois desta idade.

P. — Qual é o tratamento sintomático ou preventivo (além do regime dietético) aconselhável?

R. — Como tratamento preventivo contra as hemorragias da retina, bem como para todas as outras hemorragias internas, e medicação anti-trombótica estão indicados a rutina, a vitamina C, a hirudinase, heparine e lipotrópicos.

A rutina tem um papel protector contra a fragilidade dos vasos e portanto, contra as hemorragias da retina. A vitamina C também é potenciada na sua acção, pela rutina. Está portanto indicado o Rutinicé Fortíssimo, que devemos considerar como um excelente protector, não só contra as hemorragias, mas também contra qualquer infecção; a dose é de 2 a 6 comprimidos por dia, conforme o conselho médico.

P. — Qual é o prognóstico visual dos diabéticos?

R. — A cegueira provocada pela catarata diabética é uma cegueira temporária enquanto a retina for utilizável. A cegueira por retinopatia diabética é devida às formas tardias: — hemorragias pré-retinianas, retinite proliferante e glaucoma tardio. Os diabéticos jovens, mais expostos aos accidentes hemorrágicos, têm um prognóstico visual mais sombrio; no entanto, hoje, nos doentes que se tratam cuidadosamente, pode afirmar-se que o prognóstico melhorou muito; as curas são frequentes.

O Sangue e a Linfa

Continuamos neste artigo, o estudo sobre o sangue, a que se segue outro sobre a linfa, da série respeitante à difusão de conhecimentos gerais sobre o nosso corpo.

Se o sangue não tivesse a propriedade de se poder coagular, a mais pequena ferida seria mortal, porque através dela, o corpo se esvaziaria do seu sangue. Ora sabemos que nem mesmo é preciso aplicar um penso sobre um ferimento ligeiro para que o sangue pare; forma-se rapidamente um coágulo que faz parar a sangria.

A coagulação é uma operação muito complicada em que intervêm, pelo menos, quatro substâncias, que são o *fibrinogéneo*, a *protrombina*, a *tromboplastina* e o *cálcio*.

A operação efectua-se sempre que um vaso sanguíneo for ferido; o sangue entra em contacto com os tecidos do ferimento e a *protrombina* que estes tecidos contêm, une-se ao cálcio e à *tromboplastina* que o sangue contém. A *protrombina* transforma-se então em outra substância, a *trombina* que se une com o *fibrinogéneo* que o sangue contém para dar origem a uma nova substância, a *fibrina*. Esta dispõe-se em uma

rede apertada de finos filamentos, que contém nas suas malhas, as células do sangue. Forma-se assim, como que, uma rolha, que tapa os vasos e que servirá de base para a formação de novos tecidos que vão curar a ferida. As pessoas que não conhecem este mecanismo, podem mais uma vez admirar-se por se aperceberem de um novo mistério entre a grande quantidade deles que encerra a complexidade do corpo humano! Que máquina maravilhosa, onde tudo funciona automaticamente numa imensidade de acções e de reacções que constituem o trabalho de manutenção e defesa da vida!

A formação do coágulo, como vimos, é um fenómeno muito complexo e que necessita da cooperação de muitos factores; basta que um destes não funcione bem, para que a coagulação se realize mal ou não se possa realizar! Há muitas doenças do sangue que provocam hemorragias, por falta dos meios de coagulação.

O coágulo sanguíneo só se forma quando o sangue está exposto ao ar e é essa a razão porque felizmente ele não coagula nos vasos. Quando isso acontece, em algumas doenças, é um acidente perigoso para o organismo.

Outro acidente grave pode ser o caso de uma hemorragia importante. Os homens procuraram durante séculos um meio de substituir o sangue perdido, saído de uma ferida; o meio que se empregou durante muitos anos, foi o das injecções de soro sanguíneo artificial, para restituir o volume normal do sangue e dar tempo a que as células se multiplicassem até se normalizar a qualidade do sangue.

O ideal, no entanto seria a possibilidade de substituir o sangue perdido por outro sangue, de terceira pessoa. No entanto os estudos sobre a substituição do sangue perdido só se consideraram completos quando os sábios descobriram que os sangues dos homens não são iguais e que na realidade há quatro variedades de sangue (*grupos sanguíneos*) que não são compatíveis entre si. Se forem misturados dois grupos aglutinam-se entre e os resultados são muito perigosos. Para saber se duas pessoas têm sangues compatíveis, mistura-se uma gota do plasma de cada um com os glóbulos vermelhos do outro, sobre uma lâmina. Se, depois de alguns instantes, os glóbulos vermelhos se não aglutinam, os dois sangues são do mesmo grupo ou de grupos compatíveis.

Há pessoas que pertencem a um grupo sanguíneo que não aglutina os glóbulos de qualquer outro grupo; assim, em caso de urgência, o sangue destas pessoas pode ser utilizado para uma transfusão em qualquer ferido, seja de que grupo for. No entanto, sempre que for possível, é preferível utilizar o sangue de uma pessoa do mesmo grupo sanguíneo.

Os hospitais têm já organizado um *serviço de transfusão de sangue*, em que se recolhe o sangue de várias pessoas saudáveis, os *doadores*,

que se pode conservar durante algum tempo, em reservatório próprio. Este sangue pode servir para uma transfusão em qualquer ferido ou doente grave, durante uma operação. A *transfusão sanguínea*, que tem salvo milhares de vidas, é uma das mais preciosas descobertas da medicina moderna.

A linfa — Vimos nos artigos anteriores que as células são essencialmente feitas de líquidos e devem estar banhadas em um líquido de onde retiram a sua alimentação.

A composição da linfa é muito semelhante à da água do mar; contém os mesmos sais, mas em menor quantidade. Este facto não deve ser considerado como uma coincidência... A vida começou há milhões de anos, nos mares que, nesse tempo, eram menos salgados do que hoje; a quantidade dos sais que a linfa contém é provavelmente a da água do mar primitivo.

A *linfa* é uma parte do sangue, a que sai dos vasos capilares, em que só ficam os glóbulos; ela banha as células que estão nos espaços dos tecidos e depois vai passar para os pequenos vasos linfáticos que se vão reunindo progressivamente, para formar vasos mais grossos que se lançam nas veias; no seu caminho ela é filtrada em pequenas bolas de células, que se chamam os «ganglios linfáticos».

Os ganglios representam no organismo, «estações de limpeza» onde são eliminados os micróbios e os dejectos das células. As amígdalas são uns desses ganglios, mas como há muitos outros no organismo elas quando for necessário, podem ser extraídas, sem que essa operação prejudique muito o *trabalho de limpeza* da linfa.

Nos ganglios linfáticos formam-se muitas células brancas; elas têm provavelmente um papel na defesa do corpo contra as infecções, mas a sua função exacta ainda não é completamente conhecida. É provável que algumas das substâncias que o corpo utiliza nesta luta são fabricadas nestas células. Em todo o caso, elas não se deslocam como os glóbulos brancos do sangue, para poderem englobar os micróbios.

O *baço* é um dos órgãos do sistema linfático; é um pouco mais pequeno do que um punho fechado e encosta-se ao estômago, no lado esquerdo do abdómen; é feito de cachos de células brancas, semelhantes às que se encontram nos ganglios e deixando entre si espaços, nos quais circula o sangue.

As funções principais do baço, são a fabricação dos glóbulos brancos e a destruição dos glóbulos vermelhos gastos e inutilizados; actua também como reservatório de sangue. Apesar desta actividade tão importante não é um órgão absolutamente indispensável à vida e pode ser retirado sem uma grande perturbação.

O corpo tem muitos mais vasos linfáticos do que vasos sanguíneos. Começam na pele, sob a forma de capilares muito finos e vão seguindo

para o coração, juntando-se em ramos mais largos, chamados troncos linfáticos.

Sucede que alguns organismos não têm possibilidade de eliminar todos os dejectos dos ganglios, que se acumulam ali, inflamando-os e organizando assim *caroços*, que aparecem geralmente nas pessoas pálidas, fracas, classificadas como linfáticas; estes *caroços*, actuando como filtros, deixam às vezes estagnar dentro deles, micróbios que os podem inflamar, tornando-os palpáveis e mesmo visíveis; são as *escrófulas*.

Como as *escrófulas* podem ser devidas a causas diversas, não se estabeleceu ainda um tratamento específico. No entanto, aconselha-se aos linfáticos a estadia à beira-mar, em virtude da influência do ar iodado e muitas dezenas de anos de experiências, mostraram que os medicamentos que melhor resultado davam para normalizar a composição do sangue e da linfa, eram o iodo e o ferro, este último quando há anemia, o que é frequente. O preparado mais aconselhável de iodo, que não produz iodismo e pode ser tomado em doses relativamente elevadas é o peptonato de iodo, ou Iodopeptona. A dose normal, nas crianças é de tantas gotas quantos os anos de idade, até aos 18 anos e daí por diante 20 gotas, em água ou leite, às 3 refeições; estas doses podem ser aumentadas até mais 5 gotas por dose, quando a pessoa for muito ou tiver *caroços* muito desenvolvidos.

O tratamento pela Iodopeptona é sempre benéfico e pode ser adicionado a qualquer outro. No entanto é conveniente ter uma semana de descanso, depois de cada três semanas de tratamento e diminuir a dose, no caso, excepcional, de aparecerem sinais de iodismo.

Doenças do fígado

XIII

Colemias, icterícias ligeiras e icterícias graves

A «*Colemia*» é um estado bilioso mais atenuado do que a icterícia.

Há doentes que apresentam uma cor subicterica, mas em que se não encontram pigmentos biliares na urina, situação que tem o nome de *icterícia acolorica*. Em outros doentes, cuja cor é normal ou ligeiramente amarelada, as urinas não têm pigmentos biliares, que só se encontram no sangue; é a este quadro patológico que se chama «*Colemia*».

O sintoma principal da *colemia* é fornecido pelo exame do sangue; o soro tem geralmete uma cor azeitonada; a urina não é icterica mas contém urobilina.

A *colemia* pode ser acompanhada de *perturbações secundárias*, como as perturbações digestivas, dores no estômago e diarreias; perturbações renais, albuminuria, hemoglobinuria; pseudo-reumatismo biliar, subagudo ou crónico; alterações cutâneas, eritema, urticária, erupções com formação de empolas, lentigo, papulas escuras da pele (xantelasma), pigmentação, manchas escuras da pele, sobretudo na cara; hemorragias viscerais e cutâneas; fenómenos cardio-arteriais, como a bradicardia, intermitências da pulsação, hipotensão; perturbações psíquicas, como a melancolia, hipocondria e neurastenia. A predominância de um dos grupos daquelas perturbações deu origem às classificações de «*colemia dispéptica*», «*colemia hemorrágica*» e «*colemia nervosa*»; as alterações cutâneas aparecem em qualquer das *colemias* e, algumas vezes são o sintoma que alerta o doente.

A *colemia* predispõe o doente para as afecções hepáticas mais graves. Pode aparecer a título de manifestação sintomática de numerosas afecções hepáticas primitivas ou secundárias; pode também aparecer em vários membros da mesma família, geralmente descendentes de um doente que teve ou tem doença hepática intensa; em Portugal, o caso de *colemia* familiar é frequente, sobretudo em pessoas que estiveram muito tempo em África ou no Brasil.

A *colemia* pode manifestar-se, como dissemos, por perturbações digestivas, nervosas ou circulatórias; um hepático que se julga já curado ou muito melhorado, ou um filho ou neto de hepático a quem apareçam aquelas perturbações, dores hepáticas, digestões muito morosas, cor amarelada ou escura, perturbações nervosas ou manchas na pele, deve mandar fazer uma análise das urinas ou do sangue, a fim de investigar se ali existem pigmentos biliares, pois que esta verificação, afasta grande número de suspeitas sobre outras causas dos seus males. Deve pois fazer o tratamento dos sintomas e o tratamento geral do seu fígado, como indicámos nos artigos «*Congestão do Fígado*» e «*Litíase biliar*» (n.ºs 13 e 15 dos «*Estudos*»). Para procurar fazer desaparecer as manchas negras da pele, deve tratá-las com aplicações de Coralva, como indicamos no artigo publicado no n.º 6 dos «*Estudos*».

Não se deve dar menos atenção a estas manifestações que, interpretadas a tempo, podem evitar o agravamento de um estado hepático que se vai agravando insidiosamente; pelo contrário, um bom tratamento poderá principiar por parar o processo patológico e depois fazê-lo retrogradar até à cura e à regeneração hepática «que será o fim para que devem tender todos os esforços dos hepáticos» (veja n.º 12).

Icterícias graves, primitivas e secundárias

A icterícia ligeira é geralmente um sintoma passageiro e, portanto, benigno. Há muitos casos em que os tecidos podem aparecer impregnados de bilis, sem perigo. É frequente vermos doentes que tiveram cólicas hepáticas ou um catarro das vias biliares com obliteração passageira do canal coledoque, que tiveram uma icterícia que durou algumas semanas e que se curaram completamente. Há mesmo doentes que tiveram cirrose hipertrófica biliar e que durante um período importante da sua doença tiveram uma cor icterícia ou subicterícia, conservando sempre o apetite, o seu vigor e uma boa saúde aparente.

Nestes casos, a benignidade relativa da icterícia resulta, por um lado, do estado satisfatório dos seus rins, que eliminaram bem os pigmentos e os ácidos biliares (substâncias tóxicas); mas por outro lado, e sobretudo, pelo bom estado das células hepáticas que conservaram sempre o seu bom funcionamento. O perigo de muitas icterícias não provém da própria icterícia; o perigo vem da degenerescência das células hepáticas e a designação de *icterícias graves* corresponde a um grupo mórbido, mal limitado de que as características principais se verificam nos exemplos seguintes:

Uma pessoa está em plena saúde; alguns dias depois aparece com febre, mal estar, dores de cabeça, dores musculares, prostração, sintomas que simulam o princípio de um ataque de gripe, ou com perturbações gastro-intestinais; poucos dias depois aparece uma icterícia insignificante ou, em outros casos, muito acentuada, com febre mais ou menos intensa. A seguir aparecem as hemorragias, gengivais, nasais, do estômago ou com as dejeções, com as urinas, em equimoses ou mesmo pura; estes sintomas são acompanhados ou seguidos de perturbações nervosas, como vômitos, soluços, faltas de ar, delírios a que pode mesmo sobrevir o estado comatoso e a morte.

Neste caso a «icterícia grave» atacou uma pessoa em plena saúde e teve a aparência de uma doença infecciosa, e como estas, pode manifestar-se em um estado de epidemia.

Mas, diferentemente desta *icterícia grave primitiva*, podem aparecer outros casos, em que a icterícia grave, não aparece como *primitiva*, mas sim como *secundária*, que sobreveio no decurso de outra doença, como a febre tifóide, a pneumonia ou um ataque maligno de sífilis, durante uma gravidez, ou no decurso de uma doença do fígado, de uma cirrose, de litíase biliar, de cancro, etc.; nestes casos a icterícia grave é um *episódio* grave da doença hepática em evolução.

A «icterícia grave» é sempre devida à destruição rápida da célula hepática, com ou sem atrofia do fígado; as suas funções múltiplas alteram-se ou suprimem-se, originando uma queda grave nos sistemas nervoso, vascular e muscular; a célula hepática já não tem capacidade

para fazer parar na sua passagem os venenos e as toxinas que lhes são trazidos pela veia porta, os produtos da digestão são sujeitos somente a uma elaboração incompleta; as substâncias extractivas não atingem a sua última oxidação, sob a forma de ureia e os ácidos biliares são incompletamente elaborados; em resumo, a função hepática tende a desaparecer, o fígado deixou de constituir uma fortaleza contra a infecção e, pelo contrário, passa a facilitar infecções secundárias. A todas estas causas de queda orgânica juntam-se frequentemente outras causas de infecção urémica, porque o rim pode ser atingido no seu epitélio.

Vimos que as *ictericias graves* são o resultado da destruição, da degenerescência das células hepáticas. Mas serão simplesmente devidas a esse facto ou ele será agravado por outras causas, como por exemplo, a acção de substâncias tóxicas ou de micróbios?

Os estudos bacteriológicos mostraram que há vários micróbios que podem associar-se às lesões e ao syndroma da *ictericia grave*, como o estafilococcus, o colibacilo, o pneumococcus e o proteus vulgaris, o que prova que a célula hepática colocada em certas condições de receptividade mórbida, pode ser atacada por vários micróbios, agravando o mal. As lesões hepáticas da *ictericia grave* são sobretudo causadas pelas toxinas microbianas⁽¹⁾; estas toxinas atacam também a célula hepática agravando o mal dos intoxicados pelo fósforo ou outros tóxicos químicos.

A *sintomatologia da ictericia grave primitiva* é a seguinte: — O começo é geralmente insidioso; alguns doentes parecem atacados de uma simples ictericia catarral e só alguns dias depois aparecem os sintomas alarmantes. Às vezes a doença principia por um arrepio violento (*Worms*) acompanhado de uma queda súbita de todo o organismo, grande prostração, rauialgia, vômitos; mas este começo brusco é mais raro do que o insidioso. Como atrás dissemos a ictericia apresenta todas as côrções, desde o aumento pálido até ao acastanhado ou esverdeado, na pele, nas conjuntivas, nos tecidos.

As hemorragias são quase constantes, ou desde o começo da doença ou no seu último período e manifestam-se pelas formas mais variadas a que atrás nos referimos; estas hemorragias são facilitadas pelo estado de dissolução do sangue. Já atrás nos referimos às perturbações nervosas, do pulso e da temperatura.

A exploração do fígado nem sempre é dolorosa e permite verificar a sua atrofia.

O prognóstico é preocupante; não se deve porém desanimar e, pelo contrário, devem multiplicar-se os meios de ataque à doença.

(1) Por aqui mais uma vez se verifica que um dos cuidados que todo o hepático deve ter é evitar ou atacar as intoxicações intestinais pelos bacilos lácticos, problema que tem sido largamente tratado em vários artigos dos «Estudos».

A cura anuncia-se às vezes por uma melhoria brusca, em uma verdadeira crise de cura, com os seguintes sintomas: — Aumento da diurese, aumento da quantidade de ureia, suores abundantes, grande diarreia. O estado dos rins tem grande influência para o prognóstico; o perigo é menor quando se faz bem a secreção urinária. Por vezes, com a cura aparecem inflamações supuradas da parotida.

No próximo número trataremos dos problemas «Icterícia e puerperalidade», «Icterícias benignas, simples e infecciosas» e «Icterícia catarral».

As necessidades do organismo em Cálcio e em iodo

A «moda» é um fenómeno que atinge os costumes, o vestuário, as atitudes de andar e de falar, etc.; todos se lhe escravizam e, ainda que não concordem, quando ela aparece, a pouco e pouco as pessoas vão-a tolerando, apreciando e, por fim, ... obedecendo.

Ainda que, logicamente, os medicamentos devessem estar fora desta onda psicológica, o que é facto é que também são atingidos; e, como, alguns anos depois de uma «moda» ter passado, ela volta a renascer conquistando novamente as pessoas, há medicamentos que conquistaram uma aura extraordinária, ao ponto de toda a gente os conhecer e aconselhar; mais tarde começaram a *passar de moda* e alguns ou muitos anos depois, renasceram, verificada a sua necessidade e a falta que faziam em muitos casos.

Este facto verificou-se com vários medicamentos, especialmente o iodo e o cálcio que em certa época chegaram quase a constituir panacea universal.

Inquérito mundial sobre o consumo do cálcio

O cálcio era um dos medicamentos que mais se usava em Portugal, há cerca de 30 anos e que caiu em desuso; todas as crianças, pelo menos, o tomavam; e isto tanto se deu em Portugal, como nos países estrangeiros. A sua falta fez-se sentir tanto que determinou um inquérito, cujos resultados foram comentados por *Earl Dunn* no «Diário de Notícias», de 22 de Dezembro de 1963 e que a seguir transcrevemos.

«Qual é a quantidade de cálcio necessária diariamente a um ser humano para manter o seu equilíbrio ósseo, satisfazer a necessidade de

renovação de uma parte do seu organismo e evitar a aparição de graves enfermidades como a osteoporosis?

— A esta pergunta procuraram responder alguns notáveis especialistas em osteologia, reunidos por conta do conselho de Alimentação e Nutrição. Desgraçadamente, os resultados a que se chegou não estiveram à altura das esperanças porque o campo de estudo sobre as necessidades de cálcio do organismo humano está em grande parte inexplorado e os resultados a que se chegou até agora são insuficientes para traçar um quadro completo dos mecanismos ligados à ingestão e secreção de cálcio.

Entre outros pontos esclarecidos na reunião conta-se a comprovação de que não há motivo para preocupação quando o nível de ingestão diária de cálcio oscile entre a cifra limite de 300 e 2000 miligramas. Com efeito, a experiência demonstrou que também nas zonas onde o consumo de cálcio é relativamente baixo (entre 300 e 500 miligramas diárias) não aparece nenhuma evidência de uma situação de carácter epidemiológico que possa de momento atribuir-se à carência de cálcio no organismo.

Naturalmente, trata-se sem dúvida, de dados médios, que não têm em conta um dos factores predominantes no consumo de cálcio, ou seja, que a necessidade deste elemento varia grandemente conforme a idade; é francamente alto para as crianças, parturientes e amas de leite, e em comparação é relativamente baixo para o adulto, embora a sua carência possa abrir a porta a gravíssimas enfermidades dos ossos. Segundo alguns cálculos verificados sobre base empírica, o dr. Mark Hegsted, de Boston, defendeu, por exemplo, uma sua tabela que prevê um consumo diário variável de 600 a 800 miligramas diários para crianças até 12 meses; 1000 miligramas para crianças até 9 anos; de 1200 a 1400 miligramas para os adolescentes até 15 anos; 1400 para os jovens até 20 anos (rapazes) e 800 miligramas (ou ainda menos) para os adultos, homens ou mulheres. As raparigas de 16 a 19 anos apresentariam, segundo essa tabela, uma absorção diária levemente inferior à dos rapazes, pelas diferenças de construção do esqueleto; mas as grávidas apresentariam índices de absorção de 1500 miligramas diários, que se elevam até 2000 durante o período de amamentação.

Na realidade, estes dados são de natureza estritamente indicativa, porque as técnicas até agora elaboradas para calcular os índices de absorção e secreção de cálcio não correspondem plenamente ao objectivo.

O ideal seria dispor de uma vastíssima gama de exemplos, especialmente no que respeita aos jovens de idade e condições diferentes, com diversos regimes alimentícios.

Com este fim, o Congresso decidiu realizar um primeiro passo, fazendo um inquérito profundo sobre o consumo de cálcio nas crianças de regiões que tradicionalmente têm diversos consumos, do mínimo ao máximo, e em estreita relação com a manifestação de deficiências, enfer-

midades ou regressões que, embora indirectamente, se possam relacionar com a presença ou carência de cálcio no organismo.

Trata-se de um vastíssimo inquérito em plano mundial que exigirá vários anos e contínuos e pacientes «contrôles» para ser levado a cabo. Só quando estiver completado saberemos qual é a quantidade de cálcio que necessita um organismo infantil e as consequências da sua falta ou do seu excesso; e até que ponto o organismo é capaz por si só de eliminar os excessos ou manifestar por sintomas exteriores a sua carência.

A necessidade de voltar a usar-se o cálcio e o problema da sua carência, tem de tal forma preocupado os homens de ciência e interessado de tal maneira o público, que há poucos dias, lemos um artigo de propaganda de higiene, escrito em um estilo próprio para provocar a atenção e que transcrevemos do «Diário de Lisboa»:

«O Cálcio escasseia nos alimentos da Europa»

Vitaminas contra resfriados! Vitaminas contra o cansaço! Vitaminas contra a queda do cabelo! O que é que não se poderá curar com vitaminas? Comemos pão integral, requeijão, alface, cenouras e rabanetes, aplicamos ao rosto talhadas de pepino e gema de ovo, tragamos óleo de fígado de bacalhau e passamos dias seguidos a comer exclusivamente uvas — tudo isto para sermos ainda mais saudáveis, mais belos e termos ainda maior êxito.

Comprimidos de vitaminas: vermelhos, amarelos, brancos e verdes aparecem por todos os lados — nas mesinhas de cabeceira, nos armários de remédios nos quartos de banho, nas bolsas das senhoras e nos bolsos dos casacos dos homens. É incalculável o número daqueles que a todas as horas do dia engolem esses comprimidos. Esquece-se, no entanto, um elemento importante da alimentação. Nesta preocupação excessiva com as vitaminas que, como é sabido, podem constituir um grande perigo, esquece-se o cálcio. Sobretudo os europeus têm uma alimentação pobre em cálcio. Este facto foi recentemente confirmado por um grupo de investigadores alemães no domínio da dietética. Estudaram o regime alimentar de inúmeras famílias, cantinas e restaurantes e verificaram uma autêntica «subnutrição» em relação ao cálcio.

Este facto é tanto mais lamentável quanto o cálcio desempenha um papel essencial no organismo humano, papel este que não se pode atribuir a outras substâncias. O organismo humano precisa, diariamente, de cerca de 1 grama de cálcio. E a ração das crianças e de pessoas idosas tem de ser consideravelmente maior. O organismo precisa de cálcio no período do crescimento. Além da ração diária de 1 grama o organismo exige ainda cerca de 50 gramas suplementares no decorrer de um ano. Em idade avançada a maior necessidade de cálcio é uma consequência das capacidades reduzidas dos órgãos digestivos. Caso não se

preste devida atenção ao regime de cálcio, observa-se uma debilitação dos ossos. As futuras mães e as lactantes precisam de muito cálcio. Os recém-nascidos têm cerca de 20 grãmas de cálcio no organismo, quantidade esta que lhes é fornecida em nove meses pelo organismo materno. Caso a futura mãe não aumente nesse período o nível de cálcio, os perigos inerentes afectam-na directamente, pois a natureza dá, por assim dizer, a preferência à vida futura. As consequências são, muito frequentemente, a perda de dentes. Quando amamenta um filho, a mãe fornece-lhe quantidades apreciáveis de cal: a criança precisa de 10 gramas mensais para se desenvolver devidamente.

Há dois alimentos com alto teor de cálcio (1200 miligramas por litro; 700 miligramas em 100 gramas de queijo do tipo «camembert») o leite e o queijo estão à frente de todos os elementos susceptíveis de dar cálcio ao organismo. Como o leite e o queijo contêm ainda grandes quantidades de proteínas e de gordura, assim como numerosas vitaminas, eles figuram na primeira categoria dos alimentos de alto valor.

De todos os preparados de cálcio, o que os estudos demonstraram ser preferível, em virtude da sua facilidade de assimilação pelo organismo é o «Calciorgan», que é um medicamento preparado com cálcio orgânico, mais facilmente assimilável do que o cálcio mineral que antigamente era receitado, associado à lecitina e de que as crianças devem tomar 1 a 2 colheres de chá a cada refeição e os adultos 1 a 2 colheres de sopa, conforme as necessidades de cálcio.

As crianças fortificam-se e desenvolvem-se mais rapidamente quando tomam regularmente o cálcio pelo menos, até cerca dos 12 anos; é conveniente no entanto, interromper o tratamento durante uma semana, depois de cada três semanas seguidas, para depois voltar a tomar o Calciorgan por períodos de 3 semanas seguidas de uma de repouso.

O Calciorgan também está indicado para usar durante um longo período depois de uma fractura, para ajudar a consolidação dos ossos e é aconselhado aos velhos, que têm frequentemente osteoporose, que é a causa das fracturas, sobretudo da cabeça do fêmur, bem como nas mulheres grávidas para auxiliar a formação do esqueleto do futuro filho.

O iodo é um medicamento de grande utilidade

Há cerca de 5 anos o iodo era o produto de indicação mais generalizada. Era o medicamento de eleição para o escrofulismo, linfatismo, sífilis terciária, nevrites; o melhor preventivo contra a aterosclerose, *moscas volantes* dos olhos, etc. Era uso receitá-lo para as crianças pálidas, durante o período de banhos de mar, para reforçar o tratamento, e o *Xapore iodo-Tânico* teve grande voga.

Sempre que uma doença estava mal identificada, receitava-se o iodo ou o iodeto de potássio e, quase sempre com resultado, pois o longo

período de aplicação destes produtos, com bons resultados, justifica a escolha dos médicos. Era mesmo o medicamento a aconselhar depois dos 45 ou 50 anos, como preventivo das perturbações devidas a aterosclerose ou a heredo-sifilis.

A descoberta de novos preparados, especialmente indicados para cada um daqueles casos, foi restringido, a pouco e pouco, o uso do iodo. A descoberta do peptonato de iodo (Iodopeptona) permitiu a sua boa tolerância, sobretudo para as pessoas sensíveis ao iodismo e, como era mais bem tolerado sob esta forma, veio um novo período de simpatia e larga aplicação da Iodopeptona que teve uma voga na terapêutica mas... como tudo na vida... *passou de moda*, afastada por centenas de novos medicamentos.

De há cerca de dez anos para cá, voltou a reaparecer na clínica a simpatia pela Iodopeptona, verificados os seus efeitos benéficos como preventivo contra a aterosclerose, como tónico geral, para combater os sintomas de vertigens e as *moscas volantes* do cristalino, enfim, como medicação geral, tónica e preventiva.

Últimamente recomeçou o seu uso, mesmo como adjuvante dos outros tratamentos e é nas crianças e nas pessoas de mais de 45 anos que o seu emprego se está alargado mais.

E eis a razão porque um medicamento que *passou de moda* há cerca de 30 anos volta a recuperar os seus créditos e a *entrar largamente na moda* de hoje...

Em virtude da sua perfeita tolerância, a posologia modificou-se, pois actualmente é de 20 a 40 gotas por refeição, duas a três vezes por dia; as crianças devem tomar tantas gotas quantos os anos de idade a cada refeição (2 a 3 vezes por dia) em água ou leite. É conveniente parar com o tratamento durante uma semana em cada mês.

CURIOSIDADES

Enfartes do miocárdio — O dr. F. Cole, da Universidade de Manchester, chama a atenção para a raridade do enfarte do miocárdio no sexo feminino. Em 95 000 mulheres com idades inferiores a 40 anos, apenas se diagnosticaram 9 enfartes. Em mulheres com idades superiores a 40 anos, a percentagem é também muito inferior à do chamado «sexo forte» que, neste caso particular, se revela muito «fraco»...

Elas... é que os provocam... a eles.

★ ★ ★ — Acatando os relatórios médicos recentes sobre os perigos do tabaco, muita gente pretende deixar de fumar e pede conselhos sobre substitutos inócuos ou drogas «anti-vício» ou até mesmo hipnotismo. A esse respeito lembramos que um estudo, publicado em 1963 na Grã-Bretanha, apontava como método mais válido a «psicoterapia», salientando em conclusão final que «de longe, o modo mais fácil e seguro de deixar de fumar é cortar com o tabaco completamente e de um dia para o outro».



(Do Diário de Lisboa)

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

Toda a correspondência sobre assinaturas deve ser dirigida a:

Apartado 2219 — Lisboa — ou à Rua Custódio Vieira, n.º 1.

Assinaturas das Províncias Ultramarinas — Em virtude de estarem suspensas as cobranças para algumas destas províncias, podem as importâncias serem enviadas para os nossos correspondentes:

— ANGOLA — Sucursal do «Sanitas» — Luanda — R. Pereira Forjaz, 227 — C. P. 158.

— AFR. ORIENTAL — » » — Lourenço Marques — Prédio Nauticus — C. P. 12.

— GUINÉ — Proquil — Bissau — C. P. 28.

— S. TOMÉ — Farmácia Império — C. P. 5.

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

PREVENTIVO CONTRA A SURDEZ

Provocando a eliminação do cerumen dos ouvidos e mantendo a membrana do tímpano em funcionamento perfeito, consegue-se aplicando regularmente uma vez por semana ou por mês (conforme a faculdade individual de produzir o cerumen) *com* **Otoceril**

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