



# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.  
SECRETÁRIOS DA REDACÇÃO: JOSÉ DE GOUVEIA MONTEIRO, Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos Hospitais Cívicos de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

## SUMÁRIO

M. AZEVEDO FERNANDES & F. SARMENTO PIMENTEL NEVES — **Psicoterapia de grupo na esquizofrenia.**

GUEDES PINTO — **Aspectos da semiologia funcional das vísceras ocas do aparelho digestivo: Do trânsito entérico e colónico. Defecação. Apêndice iléo-cecal.**

MOVIMENTO NACIONAL — **Revistas e boletins:** *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa* (Edema latente. Tuberculose miliar aguda. Epidemiologia e profilaxia das leishmaniasoses humanas). *Hospitais Portugueses* (Esterilização dos bisturis). *O Médico* (Hemorragias no decurso do parto). *Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana* (A anestesia no parto normal). *Revista Dental Portuguesa* (O cloreto de zinco na estomatite úlcero-membranosa. Estomatite verminosa).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — **Tratamento da oxiurase pela piperazina. Tratamento pela procaína da artrite reumatóide. Antagonismo entre cloromicetina e penicilina. A úlcera gastro-duodenal nas crianças. Paralelo clínico das úlceras gástricas e duodenais.**

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — José António Serrano, Garcia de Orta e Morato Roma. Congresso Internacional de Medicina do Trabalho. Sociedade das Ciências Médicas. Intercâmbio científico. XXI Congresso Luso-Espanhol para o progresso das ciências. Necrologia.

**Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO**  
Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO

**TERAPÉUTICA  
ANTI-HISTAMÍNICA**

TOSSE CONVULSA  
CORIZA ESPASMÓDICA

# CORIZA AGUDA

"A FRIGORE"

## NÉO - ANTERGAN

(2756 R. P.)

**GRANJEIAS**  
doseadas a 0,08 e a 0,04  
(TUBOS DE 50)

**EMPOLAS**  
de 2 cc. doseadas a 0,04  
(CAIXAS DE 10)

## FENERGAN

(3277 R. P.)

**GRANJEIAS**  
doseadas a 0,025  
(TUBOS DE 20)

**XAROPE**  
doseado a 1 mg por cc.  
(FRASCOS DE 125 cc.)

**EMPOLAS**  
de 2 cc. doseadas a 0,05  
(CAIXAS DE 5)

**VIAS BUCAL E INTRAMUSCULAR  
AEROSOLTERÁPIA**

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE

MARQUES



28, COURS ALBERT 1.<sup>er</sup>

BOITE POSTALE 1, 53 PARIS-8<sup>e</sup>

REPRESENTANTE EM PORTUGAL:  
SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.<sup>da</sup>

RUA DOS SAPATEIROS, 30 - 3.<sup>o</sup>  
LISBOA



# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXV — N.º 9

SETEMBRO DE 1951

## Psicoterapia de grupo na esquizofrenia (Fundamentos psicopatológicos de uma hipótese de trabalho)

por

M. AZEVEDO FERNANDES & F. SARMENTO PIMENTEL NEVES

*da Assistência Psiquiátrica do Norte*

*Dificuldades em abordar o problema; primeiras tentativas.*

O mundo psicologicamente impenetrável do esquizofrénico continuará por longos anos a ser tema de apreciações parcelares e até contraditórias. A gênese real do processo reside, certamente, em causas orgânicas e degenerativas sobre que importa aguçar as perspicácias e as pesquisas. Do lado psicológico muito de profundo se tem esmiuçado, mas há sempre a atender, entre outras, às seguintes causas de erro:

a) perspectiva diferente dos sistemas ou doutrinas: seja porque oferecem corpo diferente de conceitos, porque se sectorizam sobrevalorizando reacções da psique, porque dão significado e importância diferente aos fenómenos de maneira a condicioná-los hierarquia também diferente, etc.;

b) umas doutrinas que partem da apreciação do homem normal, outras da apreciação psicopatológica e outras ainda pretendem compreender o homem normal através dos fundamentos psicopatológicos (mistas);

c) circunstância de um só aspecto psicológico não comportar um processo biológico como o da esquizofrenia, por isso ela é tão proteiforme e múltipla em seus quadros clínicos — fenómeno aliás compreensível na hierarquia dos valores, conforme mais tarde esclareceremos;

d) falta de padrões apreciativos no estudo da fenomenologia que permita levar a cabo as destriças entre fenómenos patogénicos e patoplásticos (BIRNBAUM), entre sintomas estáticos e dinâmicos, sintomas deficitários e manifestações processuais (BERZE), sintomas de primeira e segunda ordem (K. SCHNEIDER);



e) falta de padrão apreciativo exacto para vários conceitos uma vez desprendidos dos seus autores como: enfraquecimento da consciência (SCHÜLE), atenção insuficiente (ZIEHEN), fragmentação do conteúdo conceptual e desagregação associativa (BLEULER), ataxia intrapsíquica (STRANSKI), hipotonia da consciência (BERZE), falta de iniciativa no pensar (GRÜHLE), falta de ordenação hierárquica nas ideias (BERINGER), regressão da personalidade (FREUD, JUNG, STORCH, STECK, etc.), perda da afectividade, perda das relações eu-mundo, autismo, despersonalização (SCHILDER, HAUG), perplexidade específica (STÖRRING), alteração geral da coordenação (KLEIST), etc.;

f) nosologia ainda em vias de intenso labor e sistematização, tenham-se em vista os múltiplos conceitos de paranóia e parafrenia desde KRÄPELIN, BLEULER, KOLLE, GAUP, FÄRGE-MANN, etc.;

g) insuficiência apreciativa dos factores de educação e ambiente na eclosão da doença;

h) despistagem e diagnóstico difíceis em formas iniciais;

i) embrutecimento frequente (VERBLÖDUNG) que estorva a fina análise da consciência e seus conteúdos;

j) descontrolo do analista perante a personalidade patológica do esquizofrénico, para a qual não está suficientemente armado em padrões ou moldes apreciativos, tão chocantes e imprevistas são as anomalias do seu comportamento e o antagonismo das suas reacções.

Como vemos é tarefa árdua pretender abordar a esquizofrenia através duma teoria psicológica que possa dizer-se satisfatória, mas verdade é que não podemos, perante os nossos doentes, abdicar de normas e preceitos psicoterapêuticos. Se houvéssemos em vista fazer uma avaliação destes preceitos veríamos que muitos deles são contraditórios. Nós não sabemos com efeito até que ponto temos de respeitar certos sintomas por dever considerá-los benéficos ou protectores da personalidade, nem tão-pouco sabemos porque mecanismo actuam certas terapêuticas consideradas benéficas!

Porque é nosso intuito encarar a psicoterapia, perguntaremos por exemplo, se a ergoterapia será uma simples psicoterapia colectiva à maneira de tantas outras (M. MÜLLER), uma participação em mecanismos biológicos e instintivos (NITSCHKE, C. SCHNEIDER), uma pedagogia (SIMON), um puro condutismo à WATSON, um simples pôr em marcha, apelo a uma participação bio-psíquica total estandardizada que excede o apelo individual isolado a cada uma das funções conforme seria compreendido na teoria da forma, etc.

Claro que para apreciações psicopatológicas parcelares pode-

mos estabelecer teorias psicoterápicas parcelares também, mas o seu desvalor é ainda mais manifesto do que o daquelas, pois a um pressuposto juntamos outros e a bola de neve cresce. Mais vale, parece-nos, apelarmos para a estrutura normal da psique, apesar do abismo existente entre mentalidade normal e mentalidade esquizofrênica.

Tivemos já em vista usar uma concepção extremamente simples que paradoxalmente se enxertava numa das mais arrojadas concepções da esquizofrenia. Referimo-nos aos grupos sindromáticos de C. Schneider. Para o grupo I, ordenado à volta do *roubo do pensamento*, caracterizado pela perda de constância, a qual se desenvolveria na primeira fase da puberdade, pretendíamos nós adivinhar uma hipersíntese que procuraríamos corrigir com temas e ocupações de análise; decomposição de frases e objectos (teórica e praticamente); para o grupo II, ordenado à volta do *carácter saltuário* do pensamento, caracterizado pela perda de organização, a qual se desenvolve na fase pré-puberal, pretendíamos ver uma falta de canalização de conteúdos mágicos e assim ensaiar contos infantis para com eles refundir o significado mágico dos personagens em significado real; finalmente o grupo III, ordenado à volta do *pensamento desconexo*, caracterizado por uma falta de permanência, função que se desenvolveria na segunda fase da puberdade, pretendíamos nós admitir uma falta de síntese, contra o que actuaríamos mediante apreciação e ajuste de provérbios e conceitos, correcção de relações significativas estranhas e dos sentimentos de valor das coisas.

Os defeitos de uma tal metodização são evidentes, contudo o nosso labor intelectual foi de certo modo produtivo e mais que a crítica nos importaria a prova experimental que julgamos não dever perder de vista.

O aspecto psicanalítico é sem favor o que primeiro deve citar-se neste *encaminhar psicoterápico*. O conceito fundamental é a regressão do «ego» com desfalecimento das várias actividades diferenciadas, que denunciariam sintomas de *deficit*, a par de outros sintomas que representariam tentativas de restauração. Aqui a tarefa psicoterápica é obrigar o doente a enfrentar a realidade interna e externa e não participar apenas nas suas fantasias irreais (OTTO FENICHEL).

SCHILDER, não obstante psicanalista, revela-nos ao tratar da psicoterapia da esquizofrenia: «estou persuadido que a esquizofrenia constitui uma doença orgânica no sentido em que o é a psicose maniaco-depressiva».

Cremos que Max MÜLLER seja dos autores que melhor coloca o problema da psicoterapia da esquizofrenia, embora vinculando-o com o cunho psicanalítico. Considera-a de pouca efi-

ciência curativa e com significado quase só sintomático. «O retirar afectivo da realidade», no sentido de BLEULER, fazendo-se com frequência equivaler às vivências de «fim do mundo» com todo o seu cortejo sintomático, é para ele tema precioso para uma compreensão psicológica da dinâmica esquizofrénica. A regressão e a libertação de conteúdos inconscientes sob forma simbólica e deformada está na base das suas concepções: «...como uma criança o esquizofrénico mostra com muita frequência, em fase adiantada, uma insegurança na destriça entre interno e externo, entre eu e mundo externo». Para que a transferência tenha seu valor é necessário que este se aperceba da personalidade real do médico e da sua acção no mundo ambiente, doutra forma a pessoa do médico é «precipitada no turbilhão do acontecer patológico». A transferência sobre o médico tem só valor para o restauo das ligações do esquizofrénico com a realidade. Muitas vezes impõe-se em lugar da transferência, que é uma psicoterapia de «descobertura», uma psicoterapia totalmente diferente, a chamada psicoterapia de «cobertura» que é fundamentalmente conservadora, onde cabem a sugestão e a persuasão. Isto tanto mais para considerar quanto é certo que negativismo e bloqueios parecem já constituir sistemas defensivos auto-reguladores no sentido de manter o equilíbrio anímico. A sequência do tratamento desenvolve-se para MÜLLER em três fases — apresentação, condução e dissolução — que correspondem a três atitudes diferentes do médico perante atitudes também diferentes do doente.

#### *Apreciação de algumas orientações da psicoterapia de grupo.*

A psicoterapia de grupo tem constituído nos últimos tempos motivo das maiores conjecturas, mesmo no tratamento dos doentes psicóticos, sem excluir os esquizofrénicos. As técnicas variam muito com os experimentadores e a própria organização dos «Social Clubs» é muito diferente de uns para outros. Não escasseiam inspirações psicanalíticas, mas atende-se muito à projecção e adaptação de indivíduo no ambiente, por isso se fazem participar indivíduos são com ou sem conhecimentos técnicos, parentes, ou muito simplesmente doentes já treinados que dão uniformidade e consistência ao grupo. Estes aspectos são encarados respectivamente por ROSS e ABRAHAM. Para GRAY cada grupo deveria comportar dois doentes activos e combativos.

Além disso alguns autores aconselham o uso simultâneo da ergoterapia e da ludoterapia. Estes mais no sentido de considerar a psicoterapia de grupo, como diz SHASKAN, um movimento social. Em apoio disto demonstra o Dr. ALLEE que a sociabilidade é essencial e instintiva em todos os animais.

Na opinião de S. R. SLAVON e EMANNUEL HALLOWITZ um grupo de psicoterapia científica deve obedecer às seguintes regras: — «1.º) cuidadosa selecção ou doentes cuidadosamente observados, aos quais tenha sido feito o diagnóstico; 2.º) estabelecimento da técnica, ou seja definição do método e fins que pretendem alvejar-se; 3.º) dosagem cuidadosa, isto é, aplicação regular; 4.º) minuciosa observação e registo dos processos empregados; 5.º) análise científica e avaliação das realizações terapêuticas».

A orientação a que nos propomos é no sentido da psicoterapia de grupo, subsidiando-nos para isso de leituras ou relato de contos à base de desenhos ou conceitos padrões, seguidos de apreciação electiva e discussão crítica, a discriminar em cada caso, como adiante veremos.

Esta orientação foi já seguida por muitos psicoterapeutas entre eles JACOBSON, EVSEFF, DREYFUS e KLINE, KLAPMAN, LAZELL, MARSCH, etc.

MARSCH preconiza, a mais que a simples leitura, que se considere o doente mental como um estudante a quem é preciso educar. Além disso também a elaboração de um jornal, onde os temas psicológicos em causa sejam debatidos, é considerada. SANDISON usa várias técnicas de discussão: com actuação dramática, leituras, pinturas e desenhos. KELNAR faz participar os acontecimentos ocorridos no grupo como tema fundamental de discussão. A terapêutica de encenação por «robortos» ou «títeres» e mais diferenciadamente o psicodrama do Dr. MORENO, constitui um dos aspectos mais curiosos desta psicoterapia. MORENO, à semelhança de muitos outros, como SCHILDER e SANDISON, começa por entrevistas individuais — primeiro monólogo e depois diálogo — para então entrar no método dramático ou de grupo.

A evolução em fases desta psicoterapia é porém considerada por muitos autores.

Assim, BETTIS considera 4 fases: 1) preparatória, 2) de conflito, 3) analítica e 4) sintética.

Outros autores são antes minuciosos na discriminação dos fins em vista. É o caso de KLINE e DREYFUS que discriminam 7 objectivos, entre os quais a criação e educação de atitudes emocionais sadias e a compreensão dos sintomas à face do sofrimento universal.

BARBARA BETZ, trabalhando, como nós, com doentes esquizofrênicos, preconiza dois postulados: 1) atender mais à pessoa com esquizofrenia do que à própria esquizofrenia; 2) visar algumas considerações estratégicas que parecem contribuir para uma resposta mais favorável do doente.

ABRAHAM, também em esquizofrênicos, atende ao desenvolvimento gradual e compreensivo da conduta.

SANDISON e CHANGE que trabalharam com três grupos, respectivamente de doentes ambulatorios, doentes internados e doentes jovens, estabeleceram para a escolha dos membros de cada grupo 4 critérios selectivos dos papéis sociais através de interrogatório apropriado.

As sessões, em número de 3 a 6 por semana, duram em regra uma hora. Cada grupo comporta, como médias mais frequentes, 6 a 15 doentes.

É de desanimar a crítica destrutiva de MAIER que considera a psicoterapia de grupo como um perigo de colectivização em contraste com a individualização: diminuindo a responsabilidade pessoal, evitando enfrentar problemas pessoais, aumentando a sugestibilidade e o desprezo pela individualidade e condicionando adições e substituições do manancial inconsciente dos membros do grupo.

Anima-nos KLAPMAN quando salienta a ideia de todos nós conhecida de que a deterioração esquizofrénica é um artefacto na maioria dos casos, crendo o mesmo autor que ela pode ser evitada pela psicoterapia.

Se atendermos ao povoamento dominante de esquizofrénicos nos nossos hospitais psiquiátricos quase não hesitaremos em ensaiar uma psicoterapia que possa beneficiar o maior número e esta é sem dúvida a psicoterapia de grupo.

O que de novo vamos preconizar e ensaiar cabe no patrocínio de STRECKER, quando diz que a psicoterapia de grupo felizmente ainda não cristalizou em técnicas rígidas.

É evidente que se torna difícil conciliar as várias orientações psicológicas da esquizofrenia com as técnicas correntes da psicoterapia.

#### *Crítica sumária aos métodos mais sugestivos: psicanalítico e pedagógico.*

Quanto ao método analítico que toma como ponto de partida a regressão, apresentamos já os pontos de vista de MAX MÜLLER. Trata-se de possibilidades muito restritas e nem sempre isentas de perigo, conforme nos refere o autor.

C. G. JUNG foi sem dúvida quem encarou dentro dos métodos analíticos, com mais profundeza de conceitos e análise exaustiva, a esquizofrenia. Não fica porém à mercê de motivações psicógenas, quer na patogenia quer na redutibilidade ou terapêutica. Diz-nos ele: — «Muitas comutações súbitas da personalidade como uma conversão súbita ou uma mudança de opinião repousam na atracção de uma imagem colectiva, a qual pode produzir uma grande *inflação* que afectará preferentemente a personalidade



[personalidade para JUNG é um compromisso entre o indivíduo e a sociedade, como que uma máscara]. A personalidade é então desfeita ou dissolvida, constituindo esta dissolução, já por si, uma doença mental de natureza passageira ou duradoura. A chamada *fragmentação anímica* ou *esquizofrenia* (BLEULER) cabe aqui. A *inflação* patológica repousa naturalmente numa debilidade congénita da personalidade em face da autonomia dos conteúdos colectivo-inconscientes».

Não estamos, por outro lado, em favor de uma exclusividade psicanalítica. Também não é altura de discutirmos os seus métodos e os seus fundamentos. Para já importa que a análise psicopatológica da esquizofrenia tem sido fecundada noutros sectores de maneira mais profunda. Se como já anunciamos não podemos servi-los a todos, não podemos também desprezar os ensinamentos reais que deles podemos colher, como não podemos ser adversos à nossa própria crítica esboçada no início, e justamente a psicanálise exclusiva falharia perante alguns dos nossos parágrafos.

A psicoterapia reduzida a uma simples pedagogia não nos parece viável. Evidentemente que não vamos meter fouce em seara alheia, analisando os métodos pedagógicos através da sua sistemática própria. As críticas que podemos formular é que a aprendizagem não é protecção demonstrável contra a esquizofrenia. Pelo contrário, o doente serve-se dos seus conhecimentos para fecundar um delírio. Poderíamos, bem o sabemos, perguntar se o delírio não é uma atitude defensiva da personalidade.

Com efeito, C. G. JUNG ao referir-se à *identificação com a psique colectiva* — que ele diz «não precisar de ser delírio de grandeza de forma directa, pois basta mesmo que seja um delírio de grandeza de forma velada como o dos reformadores, profetas e mártires», conclui por crer que ainda seja «o melhor que se pode trazer a este estado». Nós porém não podemos partir deste pressuposto por carência de dados que o demonstrem.

Outro aspecto que nos parece desmerecer o método pedagógico é que justamente ele seduz muitos esquizóides e possivelmente esquizofrénicos latentes.

Se igualmente argumentamos que é uma compensação — aliás tal fenómeno existe em tudo o que possa reduzir-se a sistema energético — tal compensação está por demonstrar.

Sobre o método pedagógico poderíamos ainda fazer alguns outros comentários. Assim, por exemplo, é de perguntar se os dados do conhecimento de aprendizagem não terão significado desintegrativo em lugar de integrativo, uma vez que, por parte da psique, falte a necessária capacidade reductora. Conforme precisamos de «assimilar» as albuminas estranhas tornando-as

«nossas», assim também os conhecimentos impostos precisam de ser «assimilados» pelas nossas funções analítico-sintéticas, seja qual for a designação pela qual melhor as compreendamos (*eu*, personalidade, etc.).

Mais um comentário desfavorável ao método pedagógico é a hipertrofia das actividades centrípetas da psique em prejuízo das actividades centrífugas (não contestamos que a ergoterapia possa enfermar pelo inverso). C. G. JUNG aliás compreende que a neurose (a citação com efeito não se refere a esquizofrenia) seja doença mais própria dos «homens proeminentes que, por qualquer circunstância, ficaram demasiado tempo num degrau primitivo, porque a sua natureza não suportou a *la longue* a perseverança num embotamento para eles desnatural». «Pouparam energia que inconscientemente se foi acumulando e finalmente explodiu sob a forma duma neurose mais ou menos aguda».

Finalmente contestaremos o método pedagógico, porque se não dirige a funções, mas a totalizações de síntese, por isso mesmo se affectam precocemente os conhecimentos de escolaridade nos processos esquizofrénicos.

Não vamos ocupar-nos em discutir a chamada «psicoterapia de cobertura», onde cabem a sugestão e a persuasão. Sendo factores indispensáveis, e talvez os que mais exigem qualidades naturais do psicoterapeuta, são sem dúvida os menos eficazes para a esquizofrenia.

#### *Apreciação de valores dimensionais, como intróito à escolha do método.*

Chegamos pois a esta encruzilhada possuídos do bom desejo de colaborar no esforço comum em favor dos temas inerentes à esquizofrenia e desenha-se-nos um panorama turvo e confuso. Se dizemos ver claro, podemos iludir os outros, mas sobretudo iludimo-nos a nós próprios. Não vamos pois partir duma concepção rígida para a interpretação da esquizofrenia ao procurarmos ensaiar nela a psicoterapia. Assim, se pretendessemos usar um metal novo ainda desconhecido, decerto iríamos caldeá-lo e fundi-lo segundo as técnicas já conhecidas para outros metais, tomando em consideração qualidades elementares que possam servir de padrão comum, como dureza, ponto de fusão, peso específico, condutibilidade térmica e eléctrica, ductilidade, maleabilidade, etc. À base destas qualidades elementares comuns a todos os metais, variáveis embora em seu grau, vamos nós dar seguimento a uma utilidade prática.

Também para a esquizofrenia nós vamos reportar-nos a qualidades elementares de variação que possam ter equivalência na psique do indivíduo normal.

Assim, por exemplo, é incontestável que no esquizofrênico, como no indivíduo normal, se desenham aptidões ou capacidades de análise e síntese, de abstracção e generalização, de consciência e inconsciência, etc. Importa porém buscar aspectos que se nos afigurem e demonstrem viáveis ou úteis para o fim que pretendemos. Ora, desde já, importa esclarecer que vamos tentar um método terapêutico e não uma interpretação psicopatológica. O nosso contento seria poder conciliar o maior número de interpretações já feitas, pois as tentativas que atrás deixamos esboçadas são uma pequena amostra do esforço genial e quase inconcebível perante o qual devemos curvar-nos. Só assim podemos fer a pretensão de fazer ciência.

Não obstante esta nossa intenção, usaremos uma vez por outra linguagem que se aparente um tanto metafórica, mas prometemos a cada passo descer à realidade.

Diz H. F. HOFFMANN, na sua monografia sobre a teoria dos estratos psíquicos, obra a que vamos dar muito cabimento nesta segunda parte da nossa exposição, que «a vida é movimento, é ritmo, e oscila entre os pólos da imutabilidade e da variação; da tensão e do relaxamento; da luta e do descanso; do receber e do dar, constituindo um jogo permanente que tem por fim a protecção do seu existir».

Ainda uma vez mais, a corroborar nesta expressão, vamos fazer uma transcrição de JUNG: — «Tudo o que é humano é relativo, porque tudo repousa no contraste interno, logo tudo é fenómeno energético. A energia reside necessariamente numa opposição prévia, sem a qual não pode existir energia. Deve sempre existir alto e baixo, quente e frio, etc., para que se possa encontrar o processo de compensação, o qual é também energia».

Desde os antagonismos do sistema vegetativo, de alcalinidade e acidose do meio interno e outros aspectos orgânicos antagonicos objectiváveis, aos antagonismos temperamentais, caracterológicos e motóricos, há um mundo inesgotável de variações. Movimentar o indivíduo segundo linhas de força assim concebidas é por certo perspectiva terapêutica, porque é um pôr-em-marcha, um vencer de inércia na posição de repouso. Ninguém poderá demonstrar que os tratamentos biológicos assim não actuam. Aliás os vagotônicos como a acetilcolina e os simpaticotônicos como a benzedrina e a tiroidina têm o seu lugar assegurado na terapêutica psiquiátrica, bem assim a alternância sono-vigília, anoxémia-oxémia (insulinoterapia), acinésia ou discinésia-hipercinésia padrão (electrochoque na catatonia, embora ele ofereça nitidamente outras polaridades).

É claro que a oscilação antagonica pode não compreender

um movimento pendular completo e tão somente metade da amplitude. É o que sucede no aspecto vegetativo com a injeção de acetilcolina que apenas tem a amplitude: ortotónico-vagotónico e vagotónico-ortotónico; em lugar de: ortotónico-vagotónico, vagotónico-simpaticotónico, simpaticotónico-normotónico.

Deixemos estas considerações, aliás interessantes e dignas de noutra altura serem desenvolvidas, como pensamos, para apenas nos fixarmos neste antagonismo, isto é, nestas funções polares. Com elas podemos desenvolver muitos factores energéticos em sentido linear e sempre unidimensional. Não pretendemos porém dos seus cruzamentos definir pontos fixos. Elas serão sempre funções de variação unidimensional que caprichosamente gozam da sua independência. Compare-se, por exemplo, a ansiedade e as funções vegetativas de um doente: lá porque a profamina desencadeia ansiedade, nem por isso a ansiedade deixa de tomar foros de proeminência patológica num indivíduo de sistema vegetativo normal. Os exemplos são fáceis de aduzir e multiplicar.

#### *A teoria das camadas psíquicas; principais orientações.*

Vamos agora procurar conciliar aspectos dimensionais. É como diz HOFFMANN: «ao proceder à diferenciação da debilidade vital numa personalidade determinada, temos de distinguir uma estruturação vertical, de acordo com os impulsos ou direcções vitais (autoafirmação-autoentrega), assim como uma estruturação horizontal segundo os diversos estratos». Estamos pois em face de um novo conceito, que é a estruturação do indivíduo por camadas. Assim como ninguém pretende definir um ponto no espaço por uma única dimensão, também julgamos vedado a quem quer que seja definir unidimensionalmente uma alteração psíquica.

Do conceito de estrutura da personalidade deriva consequentemente a teoria das camadas ou dos estratos psíquicos que ultimamente tem sido abordada por vários autores como ROTHACKER, HOFFMANN, BRAUN, etc.

A ideia de estratificação vem já da filosofia grega e, mais ou menos adoptada por várias correntes filosóficas, teve o seu incremento decisivo com NICOLAI HARTMANN na «filosofia dos valores».

Quando dentro do conceito de valor aborda os problemas antropológicos, diz-nos: «a realidade cósmica apresenta o carácter numa sobreposição de camadas óticas; o macrocosmos é, com efeito, uma construção em vários planos ou andares sobrepostos, e como o homem é, de certo modo uma reprodução em miniatura do macrocosmos, daí o participar ele desse carácter de sobreposição de camadas óticas». E conclui: «o homem é, portanto, também um ser construído em vários planos e feito, por assim

dizer, de vários estratos sobrepostos». Descreve-nos 4 planos: material, vivo, anímico e espiritual.

A camada ínfima do ser é a física, a de natureza inorgânica, a do mundo dos corpos e da matéria bruta. Trata-se do ser extenso formado por uma pluralidade de partes que ocupam uma determinada porção de espaço e pertence à ordem temporo-espacial. A segunda camada, orgânica, viva, distingue-se essencialmente da primeira, mas assenta sobre ela, contendo-a em si própria. As leis do mundo físico estendem-se ao orgânico se bem que este possua leis próprias que conformam ou sobreformam as leis físicas. A terceira camada, anímica ou psíquica, contém a consciência, vive na dependência do orgânico, mas contém leis e determinações próprias, irreduzíveis aos determinismos orgânicos. A última camada, espiritual, representa algo de novo em face do psíquico. «Na verdade», como diz HESSEN, «o reino espiritual não se resolve no do psíquico e suas leis».

A dinâmica destas camadas é explicada por leis categoriais que caracterizam e estabelecem as relações entre elas. Assim, cada uma das camadas tem os seus princípios próprios, as suas leis ou categorias específicas, e existe uma dependência sucessiva entre as diferentes camadas a partir de baixo para cima, que não anula, porém, a independência relativa, ou seja a autonomia das diversas camadas. «É uma liberdade (diz HARTMANN) que consiste em permitir reduzir a referida dependência das camadas aos seus justos limites, e que coexiste assim com esta dependência dentro da unidade duma harmónica relação categorial entre elas». «Pode exprimir-se por estes termos a lei desta relação: as categorias (camadas) mais humildes — as de baixo — são, sem dúvida, as mais poderosas e contudo, as que estão por cima, as mais nobres, conservam a sua relativa liberdade». A lei da força das camadas é compensada pela lei da liberdade.

Analisemos em detalhe as camadas e suas relações. A camada da matéria era informada ou sobreformada pela imediata — da vida orgânica, ou melhor ainda, o organismo conserva os materiais existentes no mundo da matéria e dá-lhes nova forma. É esta transformação que se designa por sobreforma (ÜBERFORMUNG). A sua autonomia fica limitada pelos elementos aglutinados na sua síntese: ela só pode sobreformar os elementos que lhe são dados — leis e átomos da matéria.

Se se mantivesse esta relação com as camadas superiores teríamos de admitir que o Espírito se compõe também de átomos e os processos vitais seriam os seus elementos.

Necessariamente a relação entre o psíquico e o orgânico é outra: é da parte do psíquico um descansar sobre o orgânico e da parte deste um sustentar o primeiro, servindo-lhe de suporte.

A vida anímica não contém em si os organismos nem são os órgãos os seus elementos ou as leis orgânicas o seu material de construção. Não é uma sobreforma (ÜBERFORMUNG) mas uma super-estrutura ou super-construção (ÜBERBAUNG) esta nova relação que consiste tão só na simples e pura relação que existe entre uma coisa que serve de suporte a outra e esta outra que é suportada pela primeira. A interdependência mantém-se: na vida anímica reflectem-se os estados orgânicos, influem sobre ela mas não lhe pertencem; a autonomia do psíquico perante o orgânico é, pois, de uma outra espécie que a do orgânico perante a matéria.

Surge assim uma nova categoria de formas que se emanciparam das categorias fundamentais e essenciais da camada sustentadora, como que feitas de outra matéria, donde nem todas as categorias subjacentes penetram na nova camada.

Os conteúdos do espírito — Ideias e Valores — apresentam uma supra-individação que se opõe, por assim dizer, ao carácter individual do psíquico que se mostra sempre intransmissível, impenetrável, pessoal.

O Espírito tem precisamente um carácter de impessoalidade, de universalidade, de objectividade, que pode ser transmissível de pessoa a pessoa.

Assim as categorias específicas do psíquico — a subjectividade e a consciência — não podem transportar-se para o ser espiritual; a relação, pois, existente entre uma e outra camada é uma sobre-construção (ÜBERBAUNG) como a existente entre o orgânico e o psíquico. É ao mesmo tempo «ser sustentado» e «ser autónomo». Como «ser sustentado» apoia-se nas camadas óticas inferiores e conserva certas determinações que lhe vêm dessas camadas, pois já por sua vez estas se acham determinadas, mas mantém a sua autonomia, não deriva delas como o composto do simples, conserva sempre alguma coisa que é específica da sua esfera, que constitui o seu *quid* característico.

Dentro do princípio da estratificação em camadas da personalidade muitos autores tem abordado o problema segundo o seu ponto de vista doutrinário e ainda que seguindo trajectórias diferentes com divergências de pormenor, verifica-se que em esquema estabelecem uma concordância nas suas grandes linhas. Assim: A genial caracterologia de KLAGES é ostensiva na estruturação da psique em camadas (Soma-Psique-Nus), a par duma apreciação valorativa de outra ordem (matéria-estrutura-qualidade).

KLEIST também não desmerece no seu exaustivo esforço anátomo-localizador uma ordenação estratificada da psique com a individualização de *eu-instintivo*, *eu-corporal* e *eu-social*. A pró-

pria sistemática *freudiana* vai de certo modo ao encontro deste mesmo ponto de vista na individualização de *inconsciente, pré-consciente e consciente*.

Através duma citação de K. JASPERS podemos também eger KRETSCHMER como valorizador da estratificação da psique com distinção do *motivo vivencial, excitação vivencial e excitação sensível*. Também nos por eles designados *mecanismos hipnóticos* se refere à teoria das camadas, citando ROTHACKER.

Creemos mesmo que KRETSCHMER seja solidário com esta orientação psicológica, ao desenvolver nos últimos anos as suas novas orientações psicoterapêuticas, por certo as que melhor resistem a uma crítica científica. Nas várias publicações que chegaram até nós bem se afirma o aspecto que pretendemos destacar na intromissão gradual do «relaxamento de SCHULTZ» que é um dos pilares da sua técnica e na «hipnose activa fraccionada» que é sua criação genial. A «hipnose activa fraccionada» diz-nos o Dr. G. KOCH, assistente de KRETSCHMER, em publicação recente, tem em vista «a dissolução encadeada e escalonada dos reflexos — a partir dos mais simples para os mais complexos... procurar a aproximação da pessoa profunda no sentido de KRAUSS».

Valiosa contribuição para a teoria das camadas encontra-se desenvolvida no 5.º volume de «Handbuch der Geisteskrankheiten», onde o problema é abordado respectiva e sucessivamente por J. H. SCHULTZ, E. BRAUN e E. KAHN.

SCHULTZ estuda na camada profunda as capacidades de reacção e estabilidade dos processos orgânicos no que se refere às manifestações físico-químicas como complemento da excitabilidade psíquica (reflexos, comportamento muscular, reacções pupilares, velocidade de sedimentação, índice anti-tríptico, etc.); na camada média são incluídas predominantemente as perturbações reportáveis ao sistema vegetativo (pressão arterial, alteração do reflexo galvano-psíquico, parestesias cranianas e cefaleias, vertigem vaso-motora, alterações do ritmo do sono, enuresis, organo-neurose duma maneira geral, etc.); na camada superior são referidos fenómenos de repercussão cortical como desmaios e perturbações vaso-motoras que vão até aos limites da epilepsia, estados crepusculares, crises vegetativas, etc.

BRAUN é menos organógeno na descrição das camadas que resume, depois de as descrever, a páginas 141 num interessante quadro. A camada I corresponde ao soma e nela se passam os mecanismos biológicos pré-formados, sendo o grau das suas reacções puramente somatógeno. A camada II (tiflopsique), abrange os afectos e os instintos, sendo as suas reacções do domínio biológico. Na camada III (sofropsique) surge sobretudo «os membros disciplinados e formados dos verdadeiros aparelhos

psíquicos». Também nela há afectos e instintos, mas «não actuam permanentemente e sem finalidade como sucede na segunda camada. Segundo BRAUN a dinâmica da psique desenvolver-se-á à custa da segunda camada pelos instintos e afectos. As possibilidades dinâmicas da terceira camada seriam sobretudo de empréstimo e à custa do reservatório temperamental da segunda camada. Esta camada tem também acção dinâmica sobre o soma, ou seja, sobre a primeira camada. O soma estenderá a sua acção às duas camadas que se lhe sobrepõem, directamente à segunda e indirectamente à terceira. Perante esta distribuição estratiforme cabe ainda afirmar com o autor que é da acção e ligação recíproca das várias camadas que nasce a noção de personalidade e «não se pense separar as várias funções na personalidade vivente sem destruir a própria vida».

KAHN aproxima-se bastante de BRAUN. Considera quatro camadas assim distribuídas de baixo para cima: corporalidade, instintos, temperamento e carácter.

O carácter é como que o *supra sumum* definido pelas outras três camadas e «significa o comando directivo da personalidade». Em cada acto da personalidade há acções ascendentes e descendentes, por forma que «a unidade da personalidade é definida em cada uma das suas vivências». A causalidade partirá sobretudo debaixo para cima; a finalidade de cima para baixo. Corpo, instintos e temperamento só indirectamente contactam o ambiente. Quem regula as funções entre a personalidade total e o ambiente é o carácter. KAHN faz caber na exposição as noções de autotelia e ortotelia da personalidade buscadas a STERN onde se compreendem desenvolvimento e maturidade num sentido construtivo. Estas noções ultrapassam o nosso interesse em vista.

Diga-se apenas que KAHN faz seguir as suas brilhantes pré-noções sobre personalidades psicopáticas da mais exaustiva descrição que se conhece sobre o assunto, classificando-as conforme o instinto, o temperamento e o carácter. Não percamos de vista este aspecto que pode fazer-nos falta.

As considerações sobre as camadas buscadas a KAHN dissemos já terem em vista o estudo das personalidades psicopáticas. As buscadas a SCHULTZ e BRAUN constituem intróito respectivamente ao estudo do nervosismo constitucional e das reacções psíquicas anormais. Sobretudo BRAUN e KAHN são bastante concordes quer na natureza das camadas quer na acção recíproca entre elas como ainda na definição de personalidade e ambos concordam de certo modo com HOFFMANN.

Dentro das várias teorias dos estratos psíquicos tem para nós especial interesse a de HOFFMANN pelos novos horizontes que abre para a psicopatologia. É evidente que o trabalho de HOFFMANN



se inspira sobretudo quanto à dinâmica dos estratos nas concepções de HARTMANN e KLAGES, perfilhando no entanto doutrinas evolucionistas no decorrer da sua exposição.

Interessam-nos, porém, sobretudo, as conclusões que vemos serem semelhantes em diferentes teorias antropológicas e, particularmente neste trabalho, aspectos analíticos de especial relevo para a psicopatologia.

Admite HOFFMANN 3 estratos psíquicos sobrepostos:

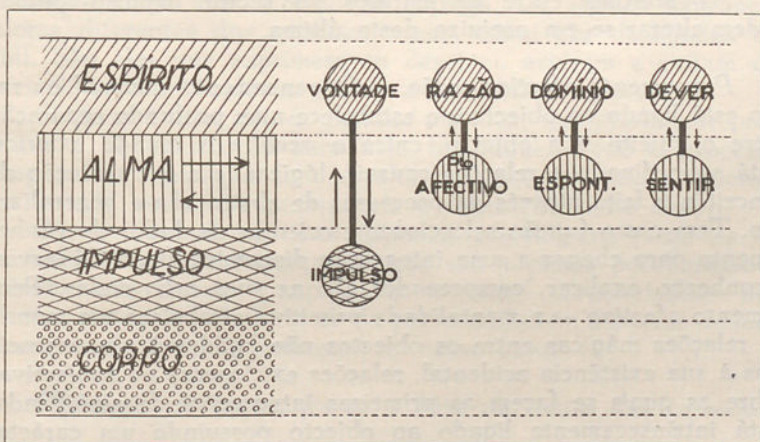
Impulso — servindo para a satisfação das necessidades vitais mais gerais e primitivas — é o estrato mais profundo.

Alma — estrato dos afectos — é o estrato médio.

Espírito — estrato da vontade, do pensamento racional, do domínio e dever — é o estrato mais elevado.

Evidentemente esta estrutura psíquica assenta numa soma formando assim uma totalidade, um ser unitário em que as partes concorrem para um fim determinado. Esta unidade substancial, dá-nos a todo o momento o perfil característico e específico do ser.

A teoria das camadas é como diz IBOR «uma teoria que serve para melhor interpretar e descrever os factos e só com este valor heurístico é tomada nestas páginas».



*Valores dimensionais buscados à teoria das camadas; antinomias psicológicas de Hoffmann.*

Examinando o homem como personalidade estratificada na sua essência psíquica e desligado de toda a corporalidade, destaca HOFFMANN em diversos grupos peculiaridades isoladas que devem compreender-se como características dos estratos superiores e inferiores da personalidade. Assim analisa certas antino-

mias psicológicas caracterizando-as e estabelecendo as respectivas relações:

*Impulso-vontade.* — O impulso constitui o estrato mais profundo servindo a satisfação das necessidades vitais mais gerais, elementares e primitivas; é característica a desinibição e ausência de apetências de tipo individual no que se refere ao objecto, bem como o sentimento do fatal e irrefreável e inclusivamente de ser dominado e ultrapassado pela tensão impulsiva, ordinariamente ligada a uma redução da consciência.

O acto volitivo, pertencente ao estrato superior, surge pelo contrário em consciência clara com o sentimento que encerra o reflexo da própria actividade daquele que o realiza. O acto de agir pressupõe um «eu quero» consciente, pelo qual nos determinamos a um querer ou obrar, a uma finalidade, mediante a reflexão. As decisões volitivas necessitam fatalmente do material dos impulsos para se plasmarem em actos enquanto o acto impulsivo pode prescindir da vontade. O estrato volitivo pressupõe, segundo HARTMANN, a existência do inferior numa dependência relativa, pois mantém a liberdade que lhe confere a sobreposição.

As relações entre os estratos no sector impulso-vontade podem alterar-se em prejuízo desta última.

*Pensamento afectivo-razão.* — O pensamento racional ou razão está ligado ao objectivo e estabelece uma profunda separação entre o sujeito e o objecto, entre o «eu» e o mundo exterior. Está subordinado a relações causais, lógicas, e a estruturação de conceitos é feita através de processos de abstracção e generalização. Tem como função seleccionar e orientar os dados do conhecimento para chegar a uma integração discursiva final. Observar, reconhecer, explicar, compreender são as suas actividades. Pensamento afectivo — a mentalidade primitiva estabelece um mundo de relações mágicas entre os objectos não ligados à sua essência mas à sua existência acidental, relações extrínsecas ou subjectivas sobre as quais se fazem as primeiras integrações de significado. Está intrinsecamente ligado ao objecto possuindo um carácter sensorial, perceptivo, de representações plásticas. Não estabelece barreiras entre o sujeito e o objecto, o real e a fantasia, é povoado de contraditório e antitético, utilizando símbolos como representação mágica num concretismo próprio. Está essencialmente determinado pelos impulsos afectivos, sentimentos dinâmicos, ocupando o estrato médio. As relações entre os dois estratos são como as existentes entre vontade-impulso, de carácter dinâmico. O equilíbrio entre os estratos pressupõe uma maior valência daquele que é hierarquicamente superior, havendo no entanto uma compensa-



ção do estrato inferior de forma que resulte um comportamento natural e adequado.

*Espontaneidade-domínio.* — A espontaneidade constitui o carácter expressivo do estrato dos afectos; é de certo modo a imagem externa que a alma oferece ao observador.

É uma imagem totalizadora, imediata, intuitiva e não de pormenor. É patente nas crianças que não aprenderam a dominar os afectos ou quando há oscilações afectivo-emocionais e desinibição impulsiva. O domínio pertence ao estrato superior; é um dom da evolução educativa, na qual se submete à disciplina da vontade o afecto e expressão. Constitui o carácter expressivo do estrato superior da vontade, do espírito.

*Sentir-dever.* — O estrato médio ou estrato dos afectos compreende os chamados móveis impulsivos de KLAGES, sentimentos dinâmicos de K. SCHNEIDER; contendo toda a vida afectiva são estes que nos merecem particular referência. Segundo KURT SCHNEIDER os sentimentos dinâmicos compreendem as tendências que servem para aumentar a autovalia não só num sentido de afirmação como num sentido de entrega. Os afectos exprimem valores diferentes dos impulsos vitais, como que desligados do vital. São eles que exprimem ou desejam, aspiram e evitam ou receiam; representando os impulsos no estrato anímico.

O dever é uma atitude perante um ideal, essencialmente projectiva e de construção para uma finalidade. Todo o processo complexo de formação de um valor pertence ao estrato superior e a atitude normativa perante ele é concretizada no dever.

São evidentemente estes aspectos psicológicos passíveis de discussão, mas não esqueçamos que são «apenas peculiaridades isoladas que devem compreender-se como características dos estratos superiores e inferiores da personalidade», aspectos dimensionais com particular interesse no nosso caso.

#### *Definição de esquizofrenia à base da teoria das camadas.*

Pressuposta a estratificação procura HOFFMANN integrar a esquizofrenia neste conceito, valendo-se das noções de desintegração de JACKSON. Diz-nos ele: «os processos de desintegração afectam de modo constante os estratos mais elevados, de tal forma que os inferiores libertados do freio e inibição que sobre eles exercem os superiores manifestam-se mais abertamente do que normalmente acontece quando se encontram constituindo parte do conjunto harmónico da totalidade dos estratos»... «os processos de desintegração são em última instância fenómenos

de regressão que conduzem a etapas anteriores do desenvolvimento».

O complexo de perturbações psicopatológicas que caracterizam o processo esquizofrénico, «alterações em que se encontra perturbada a síntese das funções psíquicas que constituem uma personalidade harmónica e unitária» (com REISS, GROSS e BERZE) resultará sobretudo por debilidade do estrato superior, o que consequentemente permite aos estratos inferiores «irromperem na esfera do espírito volitivo». Os impulsos e os sentimentos dinâmicos (pensamento arcaico-primitivo) desvirtuam a razão tomando sobre ela a autonomia, ao mesmo tempo que as vivências têm o carácter de estranhas e impostas. «Na esquizofrenia a atenuação do estrato mais elevado, a desintegração do racional é a expressão duma debilidade vital».

Adoptar esta ou outra concepção da esquizofrenia seria incorrer em faltas que pretendemos evitar; já o mesmo não se pode dizer quanto ao esquema geral explicativo atrás exposto. Podemos dizer que a designação dos estratos por impulso, alma (afecto) e espírito se ajusta ao plano geral dos vários autores.

*Apelo à camada dos afectos como primeiro ensaio terapêutico.*

Segundo BRAUN a dinâmica da psique desenvolve-se à custa da segunda camada pelos instintos e afectos. LOPEZ IBOR também diz: «os sentimentos vitais criam o clima no qual se desenvolve o homem e só a sua possibilidade de variação torna possível a sua capacidade de adaptação».

G. EWALD em recente publicação diz: — «Estes sentimentos vitais que para M. SCHELER representam a segunda camada, e que eu no entanto pretendo ver como a primeira camada da vida emocional, reflectem com muita autenticidade o momento da apetência ou impedimento instintivo, das solitações ou inibições vitais».

Podíamos acrescentar citações conciliadas à volta deste teor mas julgamos desnecessário fazê-lo. Por um de nós foi desenvolvido já tema semelhante de modo a valorizar a vida afectiva como a mais acessível à psicoterapia e à qual, sob a égide duma apreciação *gestaltista*, demos o nome de *fundos*.

É tarefa árdua procurarmos sistematizar a vida temperamental do esquizofrénico, pensando como KRETSCHMER que «o conceito temperamento se agrupa em primeira instância à volta da afectividade». Podemos, no entanto, ensaiar no esquizofrénico uma sistemática descritiva dos afectos, designando-os em suas

variações qualitativas e quantitativas, como fariamos nos indivíduos normais. Seguir-se-ia o seu apelo feito em termos descritivos, patéticos e artísticos. Por certo muitas vezes os afectos existem como vivências latentes às quais faltam os mecanismos da expressão ou do «fazer-se compreender». Também cremos que nestes doentes possa haver fonte interna que os abasteça mas não haja penetração dialéctica que os anime. A arte e o pateticismo ou encenação farão pois falta, visto que se servem de mecanismos expressivos mais tensos de emoção e mais empobrecidos de lógica racional.

Não será irreverência querer «penetrar» a vida afectiva do esquizofrénico, porquanto é certo que nós procuramos a cada passo o significado compreensivo dos elementos da última camada. Para darmos sentido de compreensão aos afectos devemos na medida do possível compará-los com os do indivíduo normal ou então com uma caricatura aberrante deste. Ninguém melhor do que o psicopata nos poderá servir de padrão. Não seria pois irreverência buscar à classificação dos psicopatas proposta por HANS HEINZE o grupo dos «desviados dos fundamentos do humor», onde estão compreendidos os «alegres constitucionais, os tristes constitucionais, os lábeis de humor e os distímicos a curto prazo». Parece-nos o quadro que KAHN apresenta para a classificação dos psicopatas, sob o ponto de vista temperamental, o melhor elemento de classificação. Esta classificação permite-nos avaliar os desvios temperamentais em: 1) hipertímicos (explosivos, eufóricos, etc.), 2) hipotímicos (fleumáticos, angustiados, etc.), 3) poiquilotímicos (sensitivos, lábeis de humor, etc.); apreciando em cada um:

a) o humor fundamental e vital e — b) a capacidade emotiva (em sua excitabilidade; curso interno; e exteriorização, esta no que se refere a tempo, força e forma).

Parece pois de considerar este esquema para fazer uma avaliação temperamental dos nossos doentes (esquema este que a experiência nos permitirá de certo aperfeiçoar) e numa segunda fase neles proceder a uma planificação de afectos percorrendo em superfície o estrato que eles definem. O estudo da constituição afectiva tem, pois, de ser tarefa individual à base duma anamnese tão perfeita quanto possível.

A psicologia compreensiva raro nos autorizará a ir tão longe que possamos ver por detrás de um impulso uma ou mais motivações afectivas. As noções de causa a efeito perdem-se a maioria das vezes nos actos dos esquizofrénicos. Se é um facto que já o verdadeiro acto voluntário, composto de motivação, decisão e execução, pode ser poderosamente influenciado pelo tempera-

mento, conforme aliás evidenciaram ACH e BOSTROEM, não é menos verdade que ele pode condicionar fortemente actos de hierarquia inferior.

Falta-nos dizer que esta planificação no estrato dos afectos está à mercê do material afectivo controlável. Quando em vez de espasmos deparamos com extensas fissuras a custo poderemos tentar uma planificação. Isto porém não deve ser estorvo a que o doente participe no grupo psicoterápico. Não é um participante activo mas é um ouvinte. Com efeito desde cedo precisamos de destrinçar os doentes activos dos passivos. Os primeiros estão em *rapport* com os nossos temas de planificação e tomam parte activa connosco. Servem de reagente e agente catalítico para a classe. Outros não participam activamente, ou porque não têm estrutura dialéctica conveniente, ou porque estão abaixo do limiar da penetração mágica-afectiva.

Em resumo, a planificação dos afectos consistirá na encenação, representação artística de outra ordem ou discussão de conteúdos mágico-afectivos vividos em determinado ambiente de classe com o fim de frutificar os afectos dando-lhes moldes de actualidade, oportunidade, aptidões de excitação e relaxamento, de domínio, etc.

Assim, por exemplo, um quadro de naufrágio pode-nos dar margem a representarmos e fazermos representar aos nossos doentes as atitudes extremas de desânimo e êxito de salvação. Naqueles em quem nós conhecemos uma hipotonia afectiva vamos fazer reviver preferentemente as situações euforizantes, mas sem desprezar os contrastes, pois, como atrás dissemos, fazem parte da manutenção dinâmica da psique. Comandar os afectos é já um esforço de maior grandeza, mas nem sempre excede a respectiva camada, haja em vista o desencadear sob comando evocativo do choro e riso espasmódicos em certos pseudo-bulbares e doentes senis.

Todos em conjunto podemos representar na aula uma cena de expectativa, medo, esperança, tédio, alegria, de forma sucessiva ou alternada; e assim ajudarmos os mais duros de emoção nas suas reacções. Se a dureza é grande podemos mesmo recorrer a drogas que ajudem a nossa tarefa. Quem de nós psiquiatras tem experimentado devidamente a reacção dos doentes às posições emocionais da nossa própria fisionomia? Podemos, no entanto, estar certos de que os doentes esquizofrénicos participam muito mais activamente nesta mímica emocional do que à primeira vista pode parecer. As provas de «dadores de sangue», de «bombom envenenado» e outras similares tem igual cabimento.

# EVANS

tem prestado uma  
forte contribuição à

## Terapêutica parenteral pelo fígado

O absorcímetro  
de Spekker



Persistentes trabalhos de investigação sobre a preparação de extractos de fígado para administração parenteral tiveram como resultado a obtenção de um produto com as características seguintes:

1. *Conservação da Vitamina B 12, no seu estado natural (\*).*
2. *Actividade terapêutica muito elevada, resultante dos processos de proteólise.*
3. *Injecções quase indolores.*
4. *Raridade no aparecimento de reacções de sensibilização.*

(\*). Cada c.c. de Neo-Hepatex contém, pelo menos, 12 microgramas de Vitamina B 12 no seu estado natural. Não se adiciona ao Neo-Hepatex qualquer quantidade de Vitamina B 12 que não seja proveniente de fígado.

## NEO-HEPATEX

TRADE MARK

EVANS MEDICAL SUPPLIES LIMITED  
LIVERPOOL E LONDRES

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:

JORGE FREIRE, LIMITADA  
TRAVESSA DAS PEDRAS NEGRAS, 8-1.º - LISBOA

FILIAIS E DELEGAÇÕES EM: AUSTRÁLIA, BRASIL, IRLANDA, ÍNDIA, PAKISTÃO, ÁFRICA DO SUL E ÁSIA DO SUDESTE

# 3

FORMAS APERFEIÇOADAS  
DA ACREDITADA DIURETINA



## **Calcio-Diuretina**

perfeitamente tolerada, sem sabor alcalino. Valioso complemento da acção da teobromina e do ácido salicílico por meio do cálcio.

## **Iodo-Calcio-Diuretina**

Combinação da Calcio-Diuretina com o Iodeto de potássio. Antiesmático e antiestenocárdico por excelência.

## **Rodan-Calcio-Diuretina**

Contra a hipertensão. Rápidas melhores dos sintomas subjectivos devidos a uma pressão sanguínea elevada.

*Encontram-se à venda em  
tubos de 20 comprimidos*

**KNOLL A.-G., FÁBRICAS DE PRODUTOS QUÍMICOS**

Representante em Portugal: **August Veith**, Rua da Palma, 146, 2.º-Esq.º/Lisboa

Representantes: **AUGUST VEITH**, Herdeiros  
Rua da Palma, 146, 2, Telefone 25137, LISBOA



*Utilização das antinomias psicológicas de Hoffmann em psicoterapia.*

Aqui temos, pois, o que significa a actuação horizontal dirigida sobre o estrato «alma» de HOFFMANN. Esta actuação é unidimensional. Temos de arranjar outras dimensões. Percorrer o estrato superior era uma psicoterapia racional, era caminhar na última instância em direcção paralela à anterior. Isto significaria a obtenção da síntese psíquica que nós não podemos almejar. Essa psicoterapia só é possível em esquizofrênicos muito diferenciados. Em regra isso não passa de uma utopia, de um passear na estratosfera tendo perdido o controle da crosta terrestre. Não obsta, porém, que nós façamos ascensão de reconhecimento ou sondagem, subindo do estrato dos impulsos ou do dos afectos até ao estrato do espírito para depois descermos sem forçar a tensão e as energias. Se aliás se afirma ser o autismo um sintoma benéfico, não lutemos nós esforçadamente contra ele que de certo não passará de luta estéril contra moinhos de vento. O que há nestas ascensões é uma trajectória que cruza as linhas de estratificação. Não caminhamos já no sentido horizontal, mas na verticalidade.

Parece-nos que uma boa aprovação do doente nos permite ter um reconhecimento dessa subida. Entra aqui o factor atenção que nos não é oportuno discutir, muito embora sujeito a controvérsias curiosas.

Os factores polares atrás designados, buscados a HOFFMANN, como tentativa lógica de sobreposição entre a camada do espírito e qualquer das duas outras subjacentes — a dos instintos ou a dos afectos — é uma sistematização vertical que podemos aproveitar para o nosso labor.

Com efeito, se é um facto que podemos por meio da ocupação ordenada canalizar o manancial dos impulsos de forma a modelá-los no sentido duma boa sistemática, não é menos verdade que do acontecer irreprímível e inevitável do impulso ao acto claro e conscientemente deliberado pela vontade, nós podemos intercalar uma mediação lógica e construtiva. Essa mediação será tanto quanto possível reportada a um acontecimento que buscamos ao relato de um conto verosímil ou até uma exemplificação *in loco*.

Como aliás em toda esta nossa actuação vertical, tomaremos para centro de discussão os doentes mais deficitários neste sector, em quem mais se impõe a concretização «impulso-vontade». É aliás aqui que reside a especificidade terapêutica.

Admitem-se as opiniões de todos os circunstantes e poderemos mesmo judiciosamente proceder a votações e apostas quando se trate de decidir uma boa situação psicoterapêutica

perante qualquer dos assistentes. A imposição categórica está fora de todo o êxito psicoterápico, salvo raras excepções. Temos antes de nos confundir com o grupo (nós outros que não contamos a história) numa aparente abdicação de chefia e com acertada intervenção à base dos protocolos individuais.

Os debates que podem oferecer mais entusiasmo são por certo os que se desenham na alternativa «pensamento afectivo-razão». As ilusões, a fantasia e o pensamento mágico, têm que enfrentar o pensamento lógico, a objectividade e a crítica.

Não pretendemos aqui como em quaisquer outros debates sair convencidos de triunfos imediatos ou desanimados pelos não obter. Quem assim pensar esquece os mais elementares preceitos da psicoterapia.

A «espontaneidade-domínio», isto é, manifestar sem dissimulação os nossos impulsos e afectos ou ter a faculdade de ocultá-los pela mímica, constitui mais uma polaridade ao nosso alcance para esta acção terapêutica de verticalidade.

Finalmente «sentir-dever», quer dizer o desnível que vai dos nossos anseios, aspirações e apetências à elevada superação espiritual dos nossos conflitos anímicos que se concretizam e dinamizam no ideal.

Se com GRUHLE admitimos que parece não haver nenhum sintoma expressivo externo patognomónico da esquizofrenia e que a atitude externa é apenas o reflexo duma atitude interna, não desmerece a nossa posição perante este ensaio terapêutico, pois com ele temos sempre em vista uma síntese construtiva modelada pelas normas padrões que a realidade nos fornece.

Não usamos artefactos tensivos nem imposições de realidade; apenas abrimos linhas de oscilação num sistema de inter-relações dinâmicas como é a psique. As linhas de força ao longo das quais pretendemos actuar podem ser artificiais mas não ilógicas.

Se também com GRUHLE pensamos que o esquizofrénico «não é um *minus* mas um *outro* motivo — vive e quer fazer notar que é diferente dos outros; é, se não anti-social, pelo menos anti-convenção» — ainda aqui o nosso critério é destituído de malefícios, pois o elevar em uma das verticalidades pode ser compensado pelas outras, visto que a psique em sua dinâmica funcional se pode homologar a um sistema inter-relacional (e tem mesmo que se homologar se queremos pensar em termos de objectividade). Sendo assim, deixamos margem para a procura desse *outro* motivo no sentido de GRUHLE, sendo parcimoniosos e modestos em querer realizar a síntese do estrato superior, pois esse *outro* motivo não pode ser aniquilado sem restituir a energia de que está carregado.

Seduzidos por esta apreciação, diríamos que a chamada demência manicomial provém justamente do desaproveitamento, desse *outro* motivo. Que em matéria de psicoterapia não escape o preceito fundamental de respeitar a personalidade do doente, não considerando evidentemente a personalidade como um requisito ideal no sentido em que KRAEPELIN e BERZE a compreendem.

#### *Eleição do conceito de tempo para a terapêutica.*

Mais um aspecto dimensional a usar neste contacto dialéctico com os esquizofrênicos e que sem dúvida pode ter valor correctivo sobre os seus sintomas é a noção de espaço. Parece-nos, no entanto, uma noção demasiado complexa se queremos usá-la abstractivamente e usá-la de forma concreta é afinal conjugá-la com os esquemas e desenhos que fazem parte integrante desta aprendizagem. Não são evidentemente de desprezar os ensinamentos sobre as alterações da noção espaço buscados a BINSWANGER, K. JASPERS e outros.

As micropsias, e dismegalopsias, bem assim vivências sobre a imensidade do espaço, são sintomas muito frequentes na *concreção* esquizofrênica. O nosso labor não é porém uma procura exaustiva e teóricamente hipertrofiada da psicopatologia.

Queremos abeirar-nos de aspectos elementares e consequentemente pouco comprometidos no emaranhado da interdependência sintomática. Porque assim é, parece-nos de rejeitar como problema de fundo a noção espaço. Outro tanto não diremos quanto à noção tempo, cujo comprometimento nos esquizofrênicos também não é raro e para a qual as possibilidades correctivas se nos afiguram mais viáveis dentro de certo aspecto.

Para KLEIST os marcos cronológicos terão a sua sede no diencéfalo. Com ele concordam BENEDEK, JUBA e EWALD. JASPERS chama a nossa atenção para as vivências esquizofrênicas da paragem do tempo, da reunião ou condensação dos tempos (*Ineinanderfliessens der Zeit*) e da aniquilação do tempo (*Zusammenbruchs der Zeit*), vivências estas que se podem transformar em inquietantes vivências metafísicas ou vivências de actualidade sexual de carácter elementar e significativo, por vezes de aparecimento transitório.

Outros autores se têm ocupado em data recente deste tema em psicopatologia, como CLIFFORD SCOTT e HEINTICK WINNIK. Isto só para demonstrar o interesse do factor tempo nos esquizofrênicos, pois com efeito não vamos sempre pretender individualizar estas vivências em seu grau de pureza e nem por isso nesses casos poremos de parte a acção correctiva sobre o factor tempo, pois o tempo é substrato indispensável ao *acontecer* de

todos os fenómenos psicológicos, o que já não sucede com o espaço. Por outro lado todas as psicoterapias analíticas percorrem o tempo no sentido do passado e todas as psicoterapias de sugestão e «reconstrução da personalidade» percorrem o tempo no sentido do futuro.

Já este aspecto psicoterápico mereceu o nosso interesse noutra altura, quando com HEINTICK WINNIK destacamos: a) percepção do tempo, consciente ou inconsciente (KOPFUHR), e b) a experiência do factor tempo.

É sobre a primeira que deve incidir preferentemente a nossa acção, visto que a segunda é difícil de isolar. Com efeito são sempre fáceis de propor aos doentes temas elementares da percepção do tempo como: relate novamente este conto em 5 minutos, diga há quanto tempo estamos aqui, concentre-se durante um minuto, diga quem falou mais tempo, quanto tempo dura uma missa, quanto tempo demora a refeição, quanto tempo demora o juramento de bandeira, etc.

Na medida do possível estes ensaios far-se-ão incidir sobre os acontecimentos do conto ensaiado e então podemos de certo modo pretender actuar sobre a experiência tempo, pois mais se trata de estabelecer percepções comparadas de duração do que de compreender «a consciência originária de um subsistir»; e diz JASPERS: «sem ser sempre igual a si mesmo no tempo não pode haver consciência do curso do tempo».

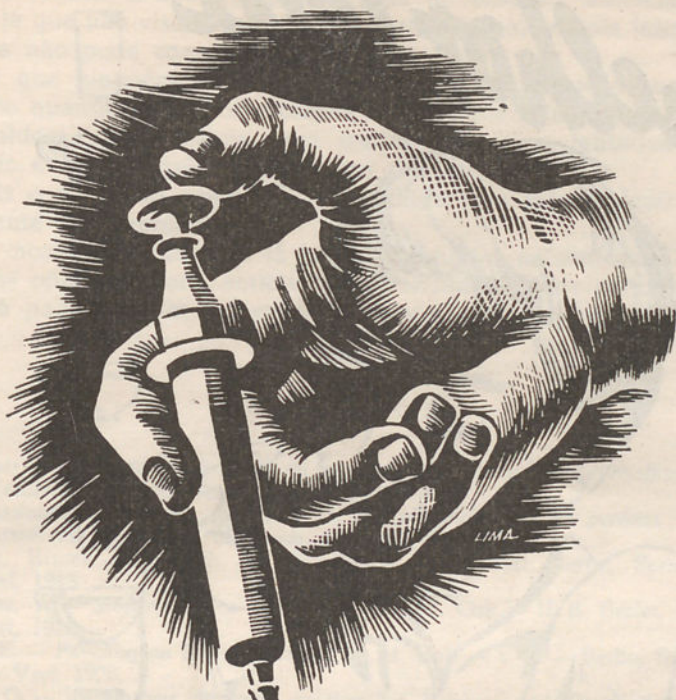
Eis uma noção que nos faz recolher à insignificância dos nossos métodos. Nós actuamos em superfície porque não vamos à «consciência originária de um subsistir» e tão somente vinculamos os factos pelos factos. Talvez por isso podemos chamar a estes nossos métodos psicoterapêuticos, aos quais não podemos emprestar mais da nossa experiência psicológica do que aquilo que «experienciamos» (perdoem o neologismo).

### *Perplexidade na escolha dos doentes e notas finais.*

Quanto à escolha dos doentes estamos certos de que usaríamos de boa prudência preferindo, como WENDER e SCHILDER, os esquizofrênicos com pouco tempo de evolução de doença, sem delírio sistematizado, sem alucinações, sem fragmentação da personalidade e sem bloqueios. Se, porém, pensarmos que STRANSKY contra-indica a psicoterapia de grupo nos esquizóides, levantamos uma vez mais a apreciação de que estamos trilhando um terreno demasiado virgem sobre que importa radicar valores psicopatológicos fundamentais. Neste sector julgamos não desmerecer com a nossa análise.

A boa selecção dos doentes só nos poderá ser ensinada pela

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.<sup>DA</sup>



# PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

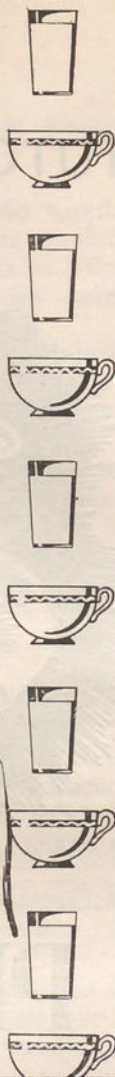
*Um produto consagrado pela experiência*

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.<sup>DA</sup>

LISBOA: R. do Quelhas, 14 - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

# Beba mais e melhor leite



*2 leites de confiança*

LEITE EM PÓ  
NÃO  
AÇUCARADO

**NIDO**

LEITE  
CONDENSADO  
AÇUCARADO

**NESTLÉ**



prática. A seu tempo voltaremos pois ao assunto, anunciando desde já que não visamos *elites* nem damos à psicoterapia latitude que ela não pode comportar.

O que ninguém tem é o direito de desprezar os pequenos recursos quando faltam os recursos radicais e a psicoterapia nestes moldes é pelo menos, sem contestação, uma tentativa de convívio e compreensão humana dos doentes.

Eis o plano do nosso labor concebido num estudo dedicado e paciente dos problemas.

A nossa experiência é já bastante longa e animadora. Dela daremos oportunamente notícia pormenorizada. A boa aprendizagem só pode fazer-se no convívio com os labores hospitalares.

#### BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAMS — Preliminary report of an experience in the group psychotherapy of schizophrenics. The Am. Journ. of Psych. 1948.
- BETZ, BARBARA — Strategic conditions in the psychotherapy of persons with schizofrenia. Am. Jour. of Psych. (vol. 107, Set. 1950).
- BLEULER, EUGEN — Lehrbuch der Psychiatrie — VII Aufl. Berlin, Springer Verl. 1943.
- BOSTROEM, A. — Störungen des Wollens — Hdb. d. Gsk. — II B. Berlin, Spr. Verl. 1928.
- BRAUN, E. — Psychogene Reaktionen — Hdb. d. Gsk. — V B. — Berlin, Springer Verl. 1928.
- EWALD, G. — Vegetatives System, emotionelles Erleben und Psychotherapie Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. 124 Bd; Heft 1/4, 1949.
- — — Vegetatives System und Psyquiatrie Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Nov. 1950, H. 11.
- FENICHEL, OTTO — The Psychoanalytic Theory of Neurosis. W. W. Norton and Company Inc. N. York.
- FERNANDES, M. AZEVEDO — O conceito de tempo em psicoterapia. Jornal do Médico — XIV (359), 1949.
- FERNANDES, BARAHONA — Perspectiva das psicoses sintomáticas e orgânicas. Actas Luso-Españolas de Neurologia e Psiquiatria, Vol. vi, n.º 4, 1947.
- GRAY — Group Psychotherapy in a state hospital. Jour. of Nerv. a. Ment. D. 108/6, 1948.
- GRUHLE, HANS W. — Die Schizophrenie Hdb. d. Gsk — IX B., Berlin, J. Springer, 1932.
- HARTMANN, N. — Das Problem des Geistigen Seins. Berlin, 1933.
- HEINZE, HANS — Psychopathische Personaliteiten. Hdb. d. Erbk. G. Thieme. Leipzig, 1942.
- HESSEN, JOHANNES — Filosofia dos valores. Arménio Amado, Ed. Coimbra, 1944.
- HOFFMANN, H. F. — Teoria de los estratos psiquicos. Ed. Morata. Madrid, 1946.
- HULSE, WILFRED C. — Psychohygiene und Gruppentherapie — Die Psychohygiene Herausgegeben von Maria Pfister Ammende/Zurich. Verlag H. Huber. Bern.
- IBOR, J. J. LOPEZ — La angustia vital. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1950.
- — — Los problemas de las enfermedades mentales. Ed. Labor. Barcelona-Madrid, 1949.

- JASPERS, KARL — Allgemeine Psychopathologie. Berlin u. Heidelberg — Springer V., 1948.
- JUNG, C. G. — Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten. V. Aufl.; Rascher Verl. Zurich, 1945.
- — Über die Psychologie des Unbewussten. VI Aufl.; Rascher Verl. Zurich, 1948.
- KAHN, EUGEN — Die psychopathischen Persönlichkeiten, Hdb. d. Gsk. VB.; Verl. J. Springer. Berlin, 1928.
- KIHN, BERTHOLD — Die Schizophrenie. Hdb. d. Erbk. — B. 2; G. Thieme. Leipzig, 1940.
- KLAGES, LUDWIG — Les Principes de la Characterologie. L. Félix Alcan. Paris, 1930.
- KLAPMANN — Group Psychotherapy Theory and Practice. New-York, KLINE and DREYFUS — Group psychotherapy in Veterans administration hospitals. The Am. Journ. of Psy., 1948.
- KOCH, GERHARD — Estudos Psicoterapêuticos da escola de E. Kretschmer. *Journal do Médico*, XVI (397), 1950.
- KRETSCHMER, ERNST — Medizinische Psychologie. IX Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1949.
- KRETSCHMER, E. e colaboradores — Naturforschung u. Medizin in Deutschland, 1939-1946. B. 83. Psychiatrie Dieterich-Wiesbaden.
- LIPKIN — Notes ou Group psychotherapy. J. of N. and Mental Dies, Vol. 107. May, 1948.
- MAYER-GROSS, W. — Die Schizophrenie. Hdb. d. Gsk, IX B.; Berlin, J. Springer, 1932.
- MIRA y LOPEZ, E. — Manual de Psiquiatria. Ed. Científica. Rio de Janeiro, 1944.
- — Manual de Psicoterapia. Ed. Aniceto Lopes, Buenos Aires, 1942.
- MÜLLER, MAX — Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. II Aufl. — G. Thieme Verl. Stuttgart, 1948.
- ROSS — Group Psychotherapy with patient's relatives. The Am. Journ. of Psy., 1948.
- ROTHACKER, E. — Camadas constitutivas da personalidade. Atlântida, Coimbra, 1946.
- SANDISON and CHANGE — The measurement of the Structure and behaviour of therapeutic groups. The Journ. of Ment. Scien., 1948, n.º 397.
- SCHILDER — Tratado de psicoterapia. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1945.
- SCHNEIDER, CARL — Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin, 1939.
- SCHULTZ, J. H. — Die Konstitutionelle Nervosität. Hdb. d. Gsk — VB. J. Springer. Berlin, 1928.
- SCOTT — Some psychodynamic aspects of disturbed perception of time. The British Journ. of Medical Psychology, Vol. XXI — 1948.
- SIMON, HERMAN — Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin u. Leipzig, 1929.
- SLAVSON, S. R. and E. HALLOWITZ — Group Psychotherapy. Progress in Neurology and Psychiatry, Vol. IV, 1949; Vol. V, 1950.
- VEGA, PABLO DE LA — Consideraciones sobre los complejos sintomaticos esquizofrenicos en Psiquiatria — Actas Luso-Esp. de Neur. e Psiq., Vol. VIII, n.º 2, 1949.
- WINNICK, HEINTICK — On the structure of the depersonalisation-neurosis, British Journ. of M. P.; V. XXI,



## CADERNOS RADIO-CLÍNICOS

I—Aspectos da semiologia funcional  
das vísceras ocas do aparelho digestivo

(Conceitos e reflexões)

por GUEDES PINTO

Radiologista (Porto)

*(Continuação)**Do trânsito entérico e colónico*

Há, nos fundamentos de todos os movimentos viscerais, uma finalidade primária: a da mistura do seu conteúdo; secreções intestinais e glandulares, e alimentos, pela agitação, por complexas movimentações das suas paredes, etc., e possuindo cada víscera particularidades próprias ao seu modo de actuar, mercê das suas formas anatómicas e das funções adstritas. Depois é a absorção, o metabolismo digestivo.

Todos estes fenómenos da desagregação e transformação da matéria necessitam de extensão intestinal e tempo de laboração. Quanto à extensão, têm no delgado campo suficiente de acção, cerca de 6 metros e meio; 2,5 para o jejunum e 4 para o iléon. Quanto ao tempo dispõe ele de uma média de 7-8 horas para o trânsito completo. Todo o trânsito entérico é anormal quando se efectua antes das 6 horas ou depois das 9. E reveste-se de tipos de movimentação extremos: desde o rápido, em jacto, do jejunum proximal, até o lento, de aparência silenciosa, do iléon pélvico, enovelado, qual serpente na sonolência digestiva.

Excluamos a primeira porção duodenal que é um segmento de transição gástrica, sem Kerkring, com silhueta idêntica à da região antral, com a qual se confunde, por vezes, quando o imprópriamente chamado esfíncter antral é vincado, e considere-mo-la apenas um pequeno estômago de acção transformadora preparatória, — fenómeno obrigatório na vizinhança dos esfíncteres — que será continuada no decurso dos segmentos seguintes. O seu tempo de continência é de poucos segundos, se não houver obstáculos mecânicos, ou alongamento excessivo. Quando encurtado até a fugacidade teremos mais um exemplo daquela regra já enunciada «trânsito rápido igual a estado irritativo».

O trânsito entérico é proporcionalmente à sua extensão visceral, de todos o mais rápido, mas de estranhos ritmos.

Transposto o «*genu superius*» duodenal, uma pequena paragem — a 2.<sup>a</sup> — no «*inferius*»; e note-se, sendo uma marcha descendente, em que o bolo alimentar acaba de receber as mais importantes secreções glandulares. É outra paragem preparatória de transição. Logo a seguir, uma corrida ascensional, particularmente rápida. De Treitz a Bauhin, um trânsito desconexo: inicialmente, a nota predominante, é a extrema rapidez, libertando-se o jejuno depressa do seu conteúdo, o que deu lugar à sua designação etimológica. É enigmático que assim aconteça nesta porção intestinal, onde se operam as mais importantes transformações do bolo alimentar.

Sem dúvida, como já tivemos ocasião de dizer, os diversos tipos de contracção que vão até a segmentação visceral, as movimentações em jacto, as paragens momentâneas, de flagrantes intermitências, visam uma finalidade: o da mistura de alimentos e secreções. Estes saltos de ansa para ansa vão em seguida abrandando; isto é, alcançado o caldeamento, nas ansas jejunais, em pouco mais de duas horas, restam cerca de quatro para o trabalho ileal, as duas últimas das quais são as mais lentas no chamado novelo pélvico.

É certo que estas deduções, transmitidas pela luz radiológica, se baseiam na observação do trânsito de substâncias sem composição alimentar, praticamente inertes. Certamente que as coisas se passarão de outro modo com matéria alimentar, sávida portanto, e conseqüentemente com decidida participação das glândulas anexas. Globalmente o trânsito será mais lento.

Também é certo que, na diversidade das composições alimentares, há aquelas que, por sua natureza, são essencialmente estimulantes de determinadas secreções, o que leva à extravagância dos horários.

Fora destes aspectos puramente alimentares que, em rigor, não estão ao nosso alcance de apreciação, contentemo-nos com o que nos pode elucidar uma mistura de alimentos e bário. Isto, no plano meramente funcional, pois sabemos que, para o conhecimento anatómico, há que eliminar toda a participação sólida.

Estamos chegados aos últimos segmentos do iléon. Do novelo pélvico, cuja actividade de contracção capricha, ao que parece, escapar-se à nossa verificação, destaca-se a porção terminal, segmento de uns dez a quinze centímetros que, dirigindo-se para a direita, vai implantar-se no cego. É o iléon terminal. O seu estudo é de particular interesse justamente porque reside na fronteira de um segmento digestivo muito diferente.

**NOVA  
TERAPÊUTICA**



**NERGODON**  
DINITRILÓ SUCCÍNICO

**NEURASTENIA**

**MELANCOLIA**

**ANSIEDADE**

**ESGOTAMENTO NERVOSO E INTELECTUAL**

Ampolas a 0,10 g. e supositórios a 0,20 g.



**LABORATÓRIOS  
DO**

**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# DUAS PALAVRAS DE TERAPÊUTICA

A frenação da hipófise por métodos directos, tantas e tantas vezes exigida pela clínica, estava, até há bem pouco, limitada aos métodos gerais da exérese cirúrgica e da radioterapia. Em 1949, descobriu-se em França um composto químico com uma acção frenadora sobre a ante-hipófise, ou melhor, sobre a produção de algumas das suas increções, abrindo assim um campo inteiramente novo à quimioterapia, onde o H-365 ainda não é mais do que uma chave e uma esperança.

Verificou-se que o novo composto, o para-oxi-propiofenona ou H-365, tem uma acção central electiva contra-hipofisária frenando a produção da gonadotrofina A e da tirotofina, ignorando-se ainda se por acção directa, se por mecanismo indirecto (frenação preliminar da F. S. H.); actua provavelmente sobre a hormona melanotropa, não tem acção sobre a GH e, pelo contrário, parece favorecer a produção de ICSH e LH. Com efeito, verificou-se experimentalmente que o carcinoma do ratinho não é inibido na fêmea e é favorecido no macho pelo composto H-365, ao passo que a secreção da FSH e da GH é enèrgicamente frenada sem que contudo a hipófise revele alterações histológicas ou ponderais. A acção do Frenantol não parece dever-se a efeitos celulares directos nem a uma acção estrogénica sobre os receptores periféricos. O certo é não se conhecer o mecanismo ou mecanismos de acção do novo farmaco, não sendo possível aceitar sem reservas qualquer das hipóteses postas.

Verificada porém a sua acção inibidora sobre a pituitária compreende-se o grande número de indicações que lhe são imputadas: Todos os casos em que seja necessária a frenação da hipófise e o restabelecimento do equilíbrio neuro-hipofisário—perturbações do metabolismo, doença de Basedow com dominante hipofisário (exftalmia), certas perturbações psíquicas de origem hormonal, excesso de mitoses celulares nos órgãos controlados pelo sistema neuro-hipofisário. Todas as indicações dos estrogénios permitindo afastar os inconvenientes destes quando não estejam formalmente indicados.

## BIBLIOGRAFIA

Perrault, Marcel et Vignalou, J.: La para-oxi-propio-phénone (H-365, *frénateur, hypophysaire de synthèse*) dans le traitement de la maladie de Basedow. *Therapic*, 1949, 4, n.º 3, 120-125.

Lacassagne, A., Chamorro, A. e Buu-Hoi, N. P.: Sur quelques actions biologiques de la 4-hydroxi-propio-phénone. *S. R. Soc. Biol.*, sessão de 28 de Janeiro de 1950.

Soulairac, A., Desclaux, P., Mlle Teyssyre, J. e Chaneac H.: Action endocrinienne du para-oxi-propio-phénone. Association des Anatomistes, Abril de 1950.

Soulairac, A. e Desclaux, P.: Action du para-oxi-propio-phénone sur le tractus génital du rat mâle et femelle. *Soc. d'Endocrinologie*, sessão de 16 de Junho de 1950.

Mabaux, J.: L'exoftalmie adémateuse basedowienne et ses symptômes associés. Rôle du principe hypophysaire thyro-stimulant. *La Science Médicale Pratique*, Abril de 1950, 79-80.

Guinet P.: Les oestrogènes dans le traitement de la maladie de Basedow et de ses complications. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 de Abril de 1950, 341-351.

Janots, P.: Les avenues de la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1950.

Grupper, Ch., M.me Plas, G. e Baudin, P.: Cinq cas de mélanose de Riebel guéris ou améliorés par le H-365 (para-oxi-propio-phénone). *Soc. Fr. de Dermato-Syphiligraphie*, sessão de 8 de Junho de 1950.

# FRENANTOL

COMPRIMIDOS DOSEADOS A 0,05 E 0,25 G.



## INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Normalmente, o seu conteúdo é despejado no cecum à 3.<sup>a</sup> hora — seja a hora a que chega ao cecum a vanguarda da coluna opaca. Todo o trânsito iléo-cecal é anormal, quando a entrada no cecum se verifica antes da 3.<sup>a</sup> hora, ou depois da 4.<sup>a</sup> Evidentemente que, este horário está subordinado ao trânsito pilórico.

Quando se pretendem focar e documentar as diversas etapas do trânsito no delgado, ou mais pròpriamente desde Treitz a Bauhin, porquanto o duodeno pode ter um estudo prèvio e à parte, nós usamos como paradigma a seguinte fórmula, de expressão vagamente algébrica

$$j(15 + 30 + 30 + 45)^m + i(1 + 1 + 1 + 1)^h.$$

Desdobrando: depois de Treitz, aos 15 minutos, aos 30, etc., igual a 2.<sup>a</sup> H. Ao fim de 2 horas deixamos a zona de transição jejunum-ileal. Em seguida, de hora em hora, até à saída do último quimo.

Evidentemente que há, dentro do normal, desvios desta fórmula, e se ao radiologista o caso apresentado for localizado o melhor possível, indubitavelmente que submeterá o seu estudo às modificações mais adequadas daquele horário. Tudo depende também do departamento visado, da particularidade do caso e das exigências do momento.

A retenção anormal no iléon terminal tem, como se sabe, duas causas: o aperto e a insuficiência da válvula iléo-cecal.

Grosso modo, no aperto há estagnação na última ansa e no iléon pélvico, com luta da víscera; há contracção e dilatação.

Na insuficiência há estagnação unicamente na última ansa, com atitude indiferente; não há dilatação, há refluxo.

Compreende-se a dificuldade na diferenciação da grande maioria dos casos em que ainda se não criaram situações extremas.

Acerca do comportamento da válvula iléo-cecal, de um modo geral a opinião prevaiente é de que, normalmente, se acha fechada e em relação combinada com a atitude do piloro. Abre-se para dar passagem ao quimo entérico, cuja presença vai criar no cego o estímulo da intrínseca regulação funcional. Esta pode ser alterada, independentemente da resposta da válvula, nos casos da chegada de um quimo insuficientemente elaborado, como acontece nos trânsitos entéricos de rapidez excessiva.

Outros factores a distância podem influenciar também o seu funcionamento: assim a válvula abre-se aquando a chegada de alimentos ao estômago e duodeno, por conseguinte em relação com o funcionamento pilórico.

Quando alimentos entram no estômago-duodeno, isto é, quando o piloro desperta e entra em função, abre-se a v. iléo-cecal (reflexo gastro-ileal) e o iléon terminal esvazia-se no cego; e dizem alguns AA. que este fenómeno não acontece nas apendicites crônicas, donde o atraso ileal terminal, sinal considerado acessório no cômputo radiológico das apendicopatias. E, inversamente, notam-se perturbações no funcionamento do piloro (v. g. estases gástricas) quando há alterações orgânicas na região iléo-cecal — inverso do reflexo. Por isso, espasmos do piloro «sine materia» de repercussão a distância devem chamar a atenção para o apêndice.

E, quantas vezes!, estados de antro-bolbites não são senão secundários e da exclusiva responsabilidade de uma apendicite. Nós, pessoalmente, chamamos àqueles estados «situações de empréstimo». A sua constatação concorre para o rastreio do problema.

Do encerramento, dado como exacto, da válvula iléo-cecal, basta citar-se o facto de, uma vez evacuado todo o iléon terminal, este não voltar a visualizar-se espontâneamente, nem por compressões manuais sobre o cego, no sentido retrógrado; com estas manobras é mais fácil impregnar-se o apêndice. Oportunamente, aqui voltaremos.

E considere-se ainda o trabalho muscular peristáltico ortógrado e retrógrado do cego-ascendente, o chamado trabalho de mescla que é intenso, embora nada espectacular, e não conduz ao refluxo ileal.

Na prova laboratorial do clister opaco, com o estudo de pressões, ou mesmo nos exames correntes por esta via, é frequente verificar-se o fenómeno do refluxo. A experiência sob pressões é prova de duvidosa certeza, porquanto há que contar com a intervenção de vários factores, entre os quais a real capacidade cecal e a tonicidade das suas paredes.

Uma pressão demasiadamente elevada pode levar a válvula à insuficiência, mesmo sendo suficiente. E, pela própria disposição anatómica dos dois lábios da válvula, prolongamentos do iléon que se invaginou na parede cecal, a pressão intra-cecal, centrífuga, favorece e determina o encerramento da válvula. Um refluxo ileal que porventura surja é um mericismo entérico.

Ao atingirmos o cego vejamos que não temos neste segmento uma forma de transição, como acontece em outros departamentos raianos, pois é nítida, é abrupta a mudança morfológica do delgado para o grosso.

Contudo, por alguma razão o ponto de implantação do delgado no grosso fica na transição do cego com o ascendente;

e é caso para algo conjecturar, dentro da lógica e da analogia com o que se passa no trânsito do bolbo duodenal, a cujas características já nos referimos.

Imaginando, por hipótese, a implantação no fundo cecal, teríamos condições de trânsito diferentes, possivelmente mais fáceis, mas sem o compasso de espera cecal e sem necessidade da sua forma ampolar, aspectos que adiante veremos são de inteira carência fisiológica; e certamente um esfíncter poderoso e autónomo, da mesma índole do piloro. Poderoso porque a sua autonomia assim o exigia. Ora Bauhin não tem autonomia, para que possamos dizer que, de facto, regula o trânsito. Não. Subordinado ao comando do piloro, recebe deste as directrizes do seu funcionamento. Da sua assinergia, já vimos as situações criadas.

Se, ainda por hipótese, imaginarmos uma implantação alta, em pleno ascendente, as condições do trânsito seriam também diferentes, como diferente seria a morfologia do segmento infra-jacente, e a sua constituição muscular, de peristaltismo única e exclusivamente ortógrado; e nunca retrógrado. Havendo normalmente, anti-peristaltismo, que faz parte do conjunto de movimentos no ascendente, teríamos uma situação semelhante à de uma iléotransversostomia no transverso proximal, onde se verifica refluxo para o cego. Já o mesmo não acontece se a anastomose for feita na porção distal.

À face dos acontecimentos normais do trânsito e das suas particularidades, tais como se nos revelam, não resta dúvida que a implantação iléo-cecal está no melhor sítio. E acreditamos que, a disposição anatómica iléo-cecal obedeça à necessidade da existência de um «trop-plein», espécie de sifão; e o cego figure de receptáculo onde estacionam com certa demora os materiais metabolizados vindos do delgado, antes de se lançarem na corrente do ascendente.

O ceco-ascendente é, depois do estômago, o segmento do tubo digestivo, onde é mais duradoura a permanência do seu conteúdo: permanência fisiologicamente necessária, para completar o metabolismo operado no delgado; conteúdo que sofre as mais variáveis e complexas pressões e movimentações, com natural perda de água e gradual e progressiva solidificação.

Dizíamos complexas pressões e movimentações. E assim é. De tudo um pouco, neste segmento direito do i. grosso. É o peristaltismo ortógrado local ou regional, com planificação das convexas bosseladuras, com espaçadas intermitências silenciosas, inaparentes, e globalmente ondulatório; é o fluxo ascendente. É o peristaltismo retrógrado, de difícil apreciação; seja o refluxo descendente, fenómeno averiguado pelo menos até a parte média

do transverso. É, no conjunto destas contracções, o aparecimento de uma corrente em «turbilhão» favorecida e condicionada pela presença das válvulas semi-lunares; válvulas que são verdadeiramente coniventes.

Juntem-se os movimentos respiratórios e a marcha que, pela contracção muscular da parede abdominal, provoca a massagem externa e teremos tudo conjugado para que seja perfeita e completa a mistura das matérias contidas neste segmento colónico proximal.

Simultaneamente, a desidratação destas matérias, que contêm elevada percentagem de água, pelos fenómenos hidrotérmicos, regulados pelo organismo.

Podemos agora fazer deduções no sentido de justificar o dispositivo anatómico iléo-cecal, qual «trop-plein» do delgado para o grosso. Logo que as primeiras porções entéricas transpõem a válvula e caem no fundo cecal, inicia-se neste segmento o trabalho que, resumidamente, é designado por mescla, sem esquecer os movimentos «em turbilhão», cujo mecanismo atrás descrevemos. E, deste caldeamento resulta que não é a vanguarda da composição que atinge em primeiro lugar os segmentos seguintes dos cólonos. É, ao fim e ao cabo, uma mistura que se encaminha, sem prioridade de chegada; e em que a porção caudal ao deixar o cecum a este pode voltar, como aliás se infere, dos fenómenos atrás mencionados.

Um exemplo de como os factos assim se passam, verifica-se quando analisamos radiologicamente o trânsito cecal, ou mais pròpriamente quando nos propomos estudar o apêndice iléo-cecal. Em dado momento o bário progrediu e abandonou o cego. A ocasião parece perdida e contudo, se as condições forem favoráveis, algum tempo depois voltamos a ver o cego plenificado e mesmo algumas vezes o próprio apêndice, a que já atribuíramos «falta de comparência».

Deu-se um refluxo, com que se deve contar em determinados aspectos do ascendente, que o favorecem, fenómeno que se alterna, como é sabido, com a progressão ascensional.

O horário do transporte das massas está na dependência do fenómeno de desidratação. Esta e aquele nem sempre marcham a par e passo; e se umas vezes uma precoce desidratação deixa cibalas pelo caminho, outras vezes a ampola rectal recebe fezes sem a devida consistência final.

Estas situações de desequilíbrio de que, inicialmente, o portador se não apercebe, não são modificadas em devido tempo, com o que se estabelecem transtornos de difícil correcção, e regresso ao «statuo quo ante».



# LACTIL-LAB

## *Caldo*

Cultura pura do bacilo  
búlgaro reactivada com o  
complexo "B"

## *Comprimidos*

Bacilo búlgaro  
Bacilo acidófilo  
Estreptococos láctico  
Complexo "B"

---

## LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES  
AVENIDA DO BRASIL, 99 — LISBOA (Norte)

# OPOTÓNICO

(Extracto de fígado, ferro, manganês, cobre, ácido glicerofosfórico, cafeína, estomáquicos)

**Hemopoiético**

**Estimulante do apetite**

**Acção electiva sobre a circulação**

**Como coadjuvante no tratamento da tuberculose**

## APRESENTAÇÃO

Frasco original de cerca de 180 gr.



FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS — DARMSTADT



Amostras e Literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.

Eduardo de Almeida & Cia.

**Lisboa**

**Porto**

Rua de Santa Marta, 64

Rua do Cativo, 22/24

Então esse flagelo da obstipação atónica, produto quase exclusivo do nosso desregramento excrementício, reconhecamos, é preço bem elevado porque pagamos os desvios, a desobediência, a regras da Natureza.

A seguir ao ascendente, o intestino nem sempre se angula e, continua-se no transverso que chegando ao hipocôndrio esquerdo forma sempre um cotovelo mais ou menos apertado, já porque toma uma direcção rigorosamente descendente, já porque se suspende de um forte ligamento — o freno-cólico. Dentro do seu fisiologismo normal o transverso pode apresentar grandes mudanças de latitude durante um ciclo de transporte colónico; e assim, é frequente verificarem-se em algumas horas de intervalo, mudanças de posição que nos espantam. Dir-se-ia que os documentos gráficos não pertenciam ao mesmo indivíduo.

Estes casos encontram-se nos indivíduos possuidores de boa tonicidade das camadas musculares do seu cólon, mercê da qual as contracções e distensões das fitas musculares longitudinais imprimem encurtamentos e alongamentos ao tubo visceral, conforme as exigências do transporte das massas.

Agora se esse poder contráctil for enfraquecendo, diminuindo, sem força de recuperação, teremos então a forma irreductível do alongamento do transverso cujo termo impróprio de ptose está consagrado pelo uso.

Alongamento que pode causar atraso do trânsito nas hipokinésias, e não nas orto-quinésias; mas sempre predispondo para as retenções, porque um trânsito que se retarda conduz à desidratação das massas; e eis que se estabelece um ciclo vicioso.

Nas variantes morfológicas dos alongamentos do transverso, o que se não explica, nem se deduz de um julgamento satisfatório, é o facto de alongamentos segmentares ou parcelares se situarem ora na sua metade direita, ora na esquerda. É certo que, a parte média em ansa, que em rigor não é possível demarcar, divide o transverso em dois segmentos específica e funcionalmente diferentes. À direita, permitindo-se ao refluxo, por contracções retrógradas e portanto com possibilidade do caldeamento das massas; à esquerda, sem refluxo, por haver a este nível peristaltismo apenas ortógrado e um conteúdo mais desidratado e por conseguinte mais consistente.

De facto, os alongamentos parcelares do transverso são mais frequentes à esquerda. Acontece também que, deste lado, a mobilidade pela palpação é mais ampla, exceptuando, claro, aquelas situações de excessiva descida na fossa iliaca; enquanto que à direita estes alongamentos mesmo em menor grau são de particular resistência à mobilização manual. As bridas e outras sequelas de ordem inflamatória, que deste lado preferencialmente se

estabelecem, devem estar na razão de uma maior cópia de entidades nosológicas que, anatomicamente, se acumulam em toda a metade direita do abdómen.

Passado que seja o ângulo cólico-esplênico, que nem sempre é tão apertado como parece, o descendente é o protótipo do tubo condutor-excretor, nem sequer recorrente ao peristaltismo, a menos que surja resistência ao trânsito. Já o cólon sigmóideo acusa variantes morfológicas muito amplas, sobretudo em extensão, designadamente à custa do ramo proximal, devendo levar-se em linha de conta que esses casos constituem meras variedades anatómicas, e reservando-se o termo «dólico» para aqueles em que a ansa proximal, subida, se acerca do ângulo esplênico e até com este se nivela.

A aérocólia é causa predisponente do alongamento do S iliaco, porque no ângulo alto se acantoa, mas não afecta grandemente o transporte das massas, visto que a coluna gasosa, pela sua incompressibilidade, se coloca na mesma sujeição «vis a tergo» da porção opaca ou maciça da composição colónica.

### *Defecação*

Chegando pouco a pouco ao recto, o conteúdo intestinal adquire neste segmento a sua consistência final. Aí se acumula e, só depois de preenchida a sua capacidade, surge o reflexo da evacuação: reflexo que desperta o peristaltismo; evacuação que se verifica para além da ampola rectal. De resto, em outras vísceras encontra-se o mesmo fenómeno, qual seja o despertar do peristaltismo apenas quando a plenitude visceral atingiu o devido grau, que é por outras palavras, a fase da desplicatura das pregas. Se o acto da defecação for realizado imediatamente, e cumprido todos os dias à mesma hora, a regularização da eliminação passa a obedecer à educação que soubemos impor ao intestino. Se, porventura, nos desviamos do horário estabelecido, em vezes sucessivas, vamos criar não só hábitos de disquinesia, primeiro passo para a obstipação, mas também perturbar as funções das vias digestivas superiores.

O indivíduo que goze de normais funções digestivas tem uma dejeção em cada vinte e quatro horas. Não quer isto dizer que, se a tiver em cada quarenta e oito horas, não possa ter normais as mesmas funções. Trata-se apenas de uma variante funcional, a que não são estranhos a composição alimentar e os resíduos com que se constituiu a matéria dejectável.

Esta dejeção deixa vazios os segmentos esquerdos; deixa restos no transversos e o ceco-ascendente mais ou menos preen-

chido. Variantes por excesso ou defeito são consideradas normais. Atente-se no facto de se verificar maior ou menor grau de plenitude cecal-ascendente, que não deve ser levado à conta de retenção de obstipação proximal, atribuição de que tanto se abusa, mas sim a uma cadência normal do trânsito, já porque é no ceco-ascendente onde vamos encontrar a maior permanência depois do estômago, já porque, como atrás dissemos, ela é de absoluta necessidade fisiológica, para complemento da transformação do quimo entérico.

Mas vejamos o que se passa depois das 24 horas, a seguir a uma nova ingestão de alimentos.

Três horas depois, o conteúdo entérico começou a entrar no cego e ascendente, que do repouso passam à contracção. E, os segmentos seguintes vão dando sinais de, sucessivamente, maior movimentação.

Agora, se a mesma massa do ceco-ascendente não dá sinais de evidente progressão, há que apontar a típica obstipação proximal.

A refeição que antecede a hora da dejecção é a que, especialmente, leva a toda uma movimentação intestinal, despertando o reflexo da evacuação, que será irreprimível, sempre que a prática do acto se exerça à hora habitual. Esta movimentação intestinal é, nesta altura, mais acentuada à esquerda, com parcial ou total esvaziamento dos seus segmentos, enquanto que à direita, há uma permanência mais prolongada, por necessidade fisiológica, como já foi dito.

Na refeição seguinte, a movimentação intestinal (no grosso, bem entendido) é mais pronunciada à direita, cujos segmentos expulsarão para os seguintes mais ou menos vazios, as massas já transformadas, e assim sucessivamente.

Com o clister opaco, já as coisas se não passam bem deste modo.

Em indivíduos de normal tonicidade peristáltica, a evacuação pode dar-se totalmente, «d'emblée», se houver o cuidado de não dilatar excessivamente o lúmen colónico. Porque exagerada pressão, ou até muitas vezes, rápida marcha retrógrada, pode despertar a contracção espástica, resultando a retenção. A movimentação intestinal foi destarte global. Os resíduos no relevo mucoso dão bem a ideia de como se reduziu o seu lúmen, e das reais dimensões e topografia dos diferentes segmentos, libertos que ficaram de pressões e deslocções. Já as retenções que se verificam em seguida à expulsão do enema, nos podem dar indicações do poder coloquinético, das suas localizações e particularidades, do obstáculo e da sua natureza.

### *Apêndice iléo-cecal*

As características morfológicas deste segmento visceral permitem várias considerações, pelo que procuraremos, tanto quanto possível, ordená-las para melhor sistematização.

Essas características anatómicas estão na base da contingência da sua visualização. Sabemos que, não obstante todos os artificios empregados com certa lógica e muita esperança, a impregnação do lúmen apendicular é de resultados incertos. E assim, a sua presença ou ausência verifica-se em estados quer normais, quer patológicos.

De forma que, frequentemente, em imagens inseguras, sem tradução categórica, os casos ficam sem resposta concreta, admitindo-se muito uma presunção. Quem quer que, porém, esteja muito habituado à leitura dessas imagens, encontrará na dubiedade dos casos, para além da luz do negativoscópio, uma expressão interpretativa, que, nada tendo de particular objectividade é essencialmente pessoal e... intransmissível, por palavras. E porque muito tem de ocasional, ligado estreitamente às condições que favorecem ou contrariam a sua visualização, o apêndice deve submeter-se à repetição do enchimento iléo-cecal, ou repartição da dose do contrastante radiológico, como aliás, é nosso hábito.

Órgão «*sui generis*». Pela sua riqueza linfóide, bem mais farta nas crianças, diga-se de passagem, foi etiquetado de amígdala abdominal. A sua exérese, porém, prejudica tanto o sistema, como a da amígdala palatina, o arco de Waldeyer.

Em vistas pois deste condicionalismo, o problema da visualização apendicular tem de ser apreciado em função das diversas formas anatómicas. Em segundo plano, em função da tonicidade cecal. Na sistematização do seu estudo, há que dar prioridade às condições anatómicas. E assim, se de nada serve uma forte tonicidade cecal, quando a redução do lúmen apendicular for impeditiva, também é incontribuente a acção do cego atónico, se o calibre for largo, na ordem de alguns milímetros.

Apreciemos pois as diversas formas anatómicas.

a) O apêndice de calibre largo, não poucas vezes de base infundibuliforme, por inacabada evaginação diverticular do cego, é o protótipo do apêndice que se visualiza por forma passiva, por consentimento, ainda mesmo sem o concurso da pressão derivada da contractilidade cecal, portanto indiferente a qualquer condição deste segmento colónico.

Os apêndices desta categoria morfológica têm o seu peristaltismo praticamente, exclusivamente, reservado para a expulsão do seu conteúdo, já que a sua repleção foi fácil, logo à primeira passagem da matéria, sob pressão contráctil imposta pelo cego,

**NOVIDADE!**

# ULCANTINA

BROMETO DE METANTELINA

**AZEVEDOS**

**Metil-brometo do ester  $\beta$ -dietil-amino-  
-etilico do ácido q-xanteno-carboxílico**

**Frascos de 40 comprimidos doseados a 50 mg.**

**O ÚLTIMO PROGRESSO NO TRATAMENTO  
DA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL!**

Bibliografia científica à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

O GAULÉS MORIBUNDO, do Museu do Capitólio, em Roma, Cópia de um original de bronze que faz parte da Consagração a Átalo I, em Pergamo - 241/225 B. C.



# Aminevan

**Promove um rápido restabelecimento nos estados de deficiência de proteínas**

1. A utilização pela economia de hidrolisados de proteína é deficiente quando existe carência de vitaminas, as quais actuam como co-enzimas na síntese das proteínas tecidulares. No tratamento da hipoproteinémia a administração de hidrolisados de proteína deve ser, por isso, acompanhada pela administração de vitaminas.

2. Na hipoproteinémia uma parte dos hidrolisados de proteína administrados pode ser consumida pelo metabolismo energético

e deste modo desviada do seu papel específico na reconstituição da proteína tecidular, a menos que se administrem simultaneamente hidratos de carbono. Esta administração simultânea evita o desperdício dos aminoácidos.

3. Quando existe um estado de deficiência proteínica é frequente coexistir anemia. Para combater esta são necessários os estimulantes hematopoiéticos, que são fornecidos pelos factores anti-anémicos do fígado proteolisado.

*O Aminevan contém hidrolisados de proteína e os princípios hematopoiéticos do fígado, vitaminas e hidratos de carbono. É agradável ao paladar e bem aceite pelos doentes. É apresentado em latas hermêticamente fechadas de 5 onças (140 gramas).*

## EVANS

Made in England by

**EVANS MEDICAL SUPPLIES LTD**

**LIVERPOOL AND LONDON**

FILIAIS E DELEGAÇÕES EM: AUSTRÁLIA, BRASIL, IRLANDA, INDIA, PAKISTÃO, ÁFRICA DO SUL E ÁSIA DO SUDOESTE



ou simplesmente por sua pressão tónica. Um clister opaco destaca-o em toda a extensão.

Na nosogenia das apendicites há que contar com este tipo morfológico, que, não revelando inicialmente nas suas paredes uma forma de carácter inflamatório (pelo menos macroscopicamente), se apresenta clinicamente com os sintomas desta última entidade. É que a facilidade com que recebe e expulsa as matérias fecais e corpos estranhos, em cadência constante, possibilita repetidos traumas e o conseqüente despertar de algias. O próprio padecente quer a sua exclusão operatória. Estas características morfológicas podem clinicamente aperceber-se, se houver oportunidade para cuidadosa e persistente observação do caso. A vacuidade coincide com uma indolência às mais fortes pressões. A dor marca o trauma, a migração do corpo mais ou menos contundente. Como é óbvio, nestas circunstâncias, a informação radiológica pode aclarar situações, fornecendo as bases de uma contemporização vigilante.

Estes apêndices, mais facilmente que os de calibre estenosado, podem preencher-se por simples pressões exercidas sobre o cego: assim como quando exercidas sobre o apêndice podem provocar o instantâneo esvaziamento deste órgão. Aliás isto só acontece nos apêndices de paredes normais.

b) O apêndice de calibre estreito oferece-nos as maiores dificuldades e não menores dúvidas, precisamente porque, além dos dois factores intervenientes atrás mencionados — contracção cecal e calibre do lúmen apendicular —, há que juntar agora a consistência e volume das formações fecais, ou eventuais corpos estranhos e o edema da mucosa, de irregular distribuição. Acrescem ainda a localização do foco inflamatório e todas as causas de carácter obstrutivo que podem «amputar» a estreita coluna opaca em qualquer altura, desde a sua origem ao fundo betesgal.

Encaradas deste modo todas as variantes, quer isoladas, quer sob formas conjugadas, por que se apresentam os apêndices deste tipo, ter-se-á uma ideia das dificuldades no seu estudo.

No plano das dificuldades temos para já: 1.º — o que se entende por calibre estreito?, sabendo que nada nos diz qual seria o calibre antes de instalado o estado patológico; 2.º — como diferenciar um lúmen estreito anatomicamente normal, de um outro de maior calibre, que pode ser patológico? Em qualquer dos casos pela análise das paredes do molde apendicular, mas mesmo assim de comprovação difícil.

Nesta altura, socorremo-nos dos elementos acessórios ou secundários, ou chamados sinais indirectos, para formarmos o nosso juízo interpretativo. Estes sinais, diga-se de passagem,

tomados isoladamente pouco ou nenhum valor possuem. O seu aparecimento conjunto, o somatório de probabilidades, pode esclarecer-nos uma situação apendicular, ainda mesmo quando não «comparece».

Ao frisar-se a determinante anatómica, importa salientar a sua composição tecidular, base da compreensão fisiológica.

Referir-nos-emos apenas ao dispositivo das fibras musculares circulares, as internas, e longitudinais, as externas; elementos que, como no-lo diz a histologia são relativamente pouco desenvolvidos, e, por faltarem em alguns pontos, descontínuos. Na constatação radiológica há porém esta particularidade: o segmento proximal é, ao que parece, o de maior poder contráctil.

Ora, não havendo qualquer referência histológica a esta particularidade do peristaltismo, tudo leva a crer que se trate de quinesia reforçada local, dentro do fisiologismo normal, como acontece na vizinhança dos esfíncteres, onde a peristalse é mais intensa.

Não são para desprezar estas analogias encontradas no funcionamento dos diversos órgãos, que os tornam basilaramente, fisiologicamente, idênticos: nos permitem decifrar um certo número de factos; nos guiam e iluminam os delicados problemas da fisiologia.

É admissível que os apêndices não obstruídos, mas apenas de lúmen mais ou menos estreito, e até capilar, obtenham a sua visualização pela pressão cecal, como força primária, e secundariamente pelo seu próprio peristaltismo, mais ou menos precário. Secundariamente porque as contracções circulares, concêntricas, e as longitudinais encurtadoras (teòricamente como o rastejar de um verme), não possuindo uma autonomia mecânica de funcionamento mas sim um carácter acessório ou completar, estabelecem fluxos e refluxos, que são de predomínio ortógrado. E simplesmente porque o fluxo recebe o auxílio da pressão cecal, com a qual se solidariza, e o refluxo é impotente para a contrariar. Cessa a força cecal porque este segmento se esvaziou e logo começa o esvaziamento apendicular, por predomínio do refluxo; e será parcial ou total, conforme as suas possibilidades fisiopatológicas. Estes apêndices são, por via de regra, doentes, de sorte que a contribuição cecal como força primária chega a ser exclusiva. As transformações operadas nas suas paredes, desde a simples hiperplasia da mucosa ao silêncio da fibrose ou letalidade da necrose, tornam-no inoperante.

Ainda no que respeita ao mecanismo da repleção apendicular, os aspectos residuais de estase podem dar-nos elementos de apreciação para reforço do juízo formado.

Por quanto tempo se conserva repleto o apêndice? Qual o significado de estase?

Há que distinguir estes dois factos aparentemente tradutores de uma mesma situação. Em condições fisiológicas normais o tempo de repleção dura o que durar a repleção cecal; é um mero incidente do trânsito iléo-cecal. Nas condições fisiopatológicas o tempo de repleção está em relação com o estado do órgão e suas possibilidades funcionais; é um acidente ligado à entidade nosológica. Com o cego vazio, toda a repleção que passe das 24 horas é suspeita; para além das 48 consideremo-la estase.

Estase cujos resíduos podem variar na forma e situação, neste espaço de tempo, condicionados que foram por trânsitos ulteriores. A sua fixidez corrobora um estado mórbido. Em todos os casos, todavia, a sua leitura é delicada.

(Conclui no próximo número).

---

## MOVIMENTO NACIONAL

---

### REVISTAS E BOLETINS

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, XV, 1951 — N.º 2: *Edema latente*, por Ayres de Sousa; *Tuberculose miliar aguda*, por R. Valadas Preto e Jorge Vieira; *Contribuição ao estudo do significado do fibrinogénio B*, por J. Celestino da Costa, G. Jorge Janz e M. Machado Macedo; *Angiografia cerebral percutânea com radiografias simultâneas em planos ortogonais*, por A. Vasconcelos Marques, E. Moradas Ferreira e A. Pais de Athayde; *Sobre o tratamento cirúrgico do cancro do esófago*, por J. Filipe da Costa; *Aspectos macro e microscópicos das doenças do sangue*, por J. de Oliveira Campos; *Panorama da hematologia clínica*, por Almerindo Lessa; *Epidemiologia e profilaxia das leishmaníases humanas*, por L. A. Cayolla da Mota; *Alguns aspectos das estenoses duodenais*, por Jaime Celestino da Costa; *Síndrome de Meigs*, por Fortunato Frazão; *Cancro múltiplo do intestino grosso*, por A. Godinho Mónica.

EDEMA LATENTE. — A acumulação excessiva de líquido, sobretudo nos interstícios dos tecidos, representa a rotura do equilíbrio na distribuição dos líquidos orgânicos pelos três compartimentos que os contêm: células, interstícios, plasma. O movimento do líquido faz-se entre esses compartimentos, num e noutro sentido, obedecendo a determinantes de

físico-química, tanto nas condições normais como nas patológicas; nestas imperam quatro factores principais, que são a redução osmótica do plasma, as variações gerais ou circunscritas da pressão sanguínea, o aumento da permeabilidade capilar, a obstrução dos capilares linfáticos. Assim, num grande número de afecções, por acção preponderante de um de esses factores, aparece o edema, para o qual pode contribuir a retenção dos iões de sódio e cloro, que acarreta a retenção do líquido necessário para a sua imobilização.

O A. refere-se especialmente ao edema que complica as varizes, ao mecanismo da sua produção e ao papel que elle desempenha na úlcera flebopática da perna; assuntos sobre os quais divergem as opiniões, quanto à relativa importância dos factores em jogo. Não interessa, evidentemente, o diagnóstico radiológico do edema clinicamente diagnosticável, mas a radiologia pode prestar valiosa contribuição para o diagnóstico do edema latente.

Sabe-se que pode haver uma apreciável acumulação de líquidos nos tecidos sem que se revele ao exame físico. Barry, Wood e Robert Silvester, por exemplo, admitem a possibilidade de edema não evidente, com um aumento de 10 % no peso do individuo. Quando se manda ingerir rapidamente 1 a 1,5 litro de água a um individuo em jejum, a absorção do líquido ao nível do intestino faz-se em 25 a 55 minutos o que aumenta o volume do sangue circulante, mas durante a primeira hora não se verifica uma paralela diminuição sanguínea o que se attribui à passagem da água para os interstícios; o armazenamento cabe a todos os tecidos embora a maior parte pertença à pele e aos músculos. O soro fisiológico injectado continuamente durante três a quatro dias numa média de 6,5 litros por dia chega a aumentar numa proporção de 90 % o volume do fluido intersticial.

Segundo Hastings é possível a acumulação de grandes quantidades de líquido sem que clinicamente se assinala a sua presença, o que criou a noção de edema preclínico, preedema ou de edema latente. Rehberg e Carrier demonstraram que mesmo num individuo normal apoiando-se este numa perna com relaxamento e imobilidade da outra pode haver edema por exclusão da função muscular que para os referidos autores teria uma importância decisiva na circulação de retorno. As perturbações circulatórias nas anquiloses das articulações dos membros, no pé plano ou na paralisia são assim facilmente explicadas.

Nos primeiros tempos da descoberta de Rontgen o fraco poder de penetração das radiações, que a aparelhagem da época permitia, dava excellentes radiogramas das partes moles, não merecendo, porém, especial interesse dos investigadores. Ainda hoje é escassa a literatura sobre o assunto. O A., reproduzindo a escala de Zuppinger, base essencial para a conduta técnica de qualquer estudo das partes moles do organismo, apresenta o aspecto normal das camadas da perna e as modificações que o edema lhe imprime; o estudo de essas modificações permite diagnosticar

# TISIO PAS Bial



## INJECTÁVEL

PARA - AMINO - SALICILATO  
DE SÓDIO . . . . . 2 gr.

Por ampola de 10 c. c.

## DRÁGEAS

PARA - AMINO - SALICILATO  
DE SÓDIO . . . . . 0,35 gr.

Por drágea

## GRANULADO

PARA - AMINO - SALICILATO  
DE CÁLCIO . . . . . 3,4 gr.

Por medida = 4 gr.

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO



o edema latente, como se verifica em observações que expõe, de doentes em que clinicamente não era possível afirmar a existência de retenção de líquidos.

TUBERCULOSE MILIAR AGUDA. — Considerações sobre a evolução da T. M. A. e seu tratamento, em 19 doentes, precedidas por noções gerais sobre etiopatogenia e terapêutica. Os 19 doentes tinham idades: de 5 a 10 anos — 2, de 10 a 15 anos — 7, de 15 a 20 anos — 6, de 20 a 30 anos — 2, de mais de 30 anos — 2. O tempo de observação variou da seguinte maneira: menos de 6 meses — 4, entre 6 meses e 1 ano — 7, de 1 ano a 18 meses — 3, de 18 meses a 2 anos — 2, de mais de 2 anos — 3. As formas da doença distribuíam-se assim: granulia de grão grosso — 4 (1 com meningite), de grão fino — 14 (8 com meningite), miliar caseificante aguda — 1.

O esquema de tratamento adoptado foi: estreptomicina na dose diária de 1,5 gr. no primeiro mês e 1 gr. no restante tempo de tratamento; em duas fracções diárias. Nos primeiros 11 doentes tratados foi empregada somente a estreptomicina; e nos 8 seguintes, associou-se-lhe o P.A.S., administrado de forma descontínua, por motivo dos fenómenos de intolerância gástrica. A dose total média de estreptomicina, nos doentes curados, foi de 170 gr.

Nos resultados notou-se, como é habitual, que a melhoria clínica precede a radiológica; esta foi nítida em prazos variáveis entre um e cinco meses, excepto em 3 doentes, que a não obtiveram. Mortes e curas se verificaram em proporções muito diferentes, segundo surgiu ou não a meningite: a) Casos com meningite — 5 falecidos, 3 vivos (mas com alteração do L.C.R. e sinais meníngeos), 1 curado (L.C.R. sem alteração); b) Casos sem meningite — 9 curados da granulia (em 5 ulterior aparecimento de tuberculose fibrocásea), 1 falecido. Sobre estas 19 observações os AA. fazem os seguintes comentários:

«Os casos que apresentámos são em número pouco elevado e têm um tempo de observação desigual. As conclusões a tirar com a indispensável prudência, são em muitos aspectos hoje já clássicas. Assim, da exposição, e do estudo dos nossos, gráficos ressalta com nitidez: a muito maior mortalidade dos casos de T. M. A. quando há ou sobrevêm, a M. T. e a importância que têm para o prognóstico iniciar precocemente o tratamento da granulia. Qualquer destes factos se verifica em todas as estatísticas.

«Nem todos os doentes têm exame sistemático dos fundos oculares, mas não deixa de ser curioso observar que os casos nos quais se encontraram tubérculos na coroideia foram seguidos de M. T. numa percentagem muito mais elevada do que os restantes. Em nenhum dos nossos casos verificámos o aparecimento de M. T. para além do 3.º mês de tratamento da T. M. A.; se exceptuarmos o sucedido a um doente no qual a M. T. surgiu depois do tratamento com 60 gr. de estreptomicina, quando

a granulia estava em via de cura clínica e radiológica, em todos os outros doentes a sintomatologia meníngea apareceu no decurso dos primeiros 45 dias da administração do antibiótico. Onze das granulias agudas foram tratadas exclusivamente com estreptomina, oito com estreptomina associada ao P. A. S. (12 gramas diários) e um ainda com promin, estreptomina e P. A. S. Não nos pareceu que os casos tratados com a associação estreptomina e P. A. S. tivessem uma evolução mais benigna do que os tratados exclusivamente com estreptomina.

«O principal interesse dos casos que referimos e o que mais particularmente nos chamou a atenção foi o aparecimento de tuberculose pulmonar fibrocaverosa em doentes curados clínica e radiologicamente de T. M. A. Observámos esta situação 5 vezes. Evidentemente que esta sequência de quadros clínicos é bem conhecida, mas não é de referência habitual. É muito mais vulgar, depois da cura da T. M. A., descrever-se o aparecimento de localizações específicas ósseas ou no parênquima renal não só porque possivelmente se trata de uma sucessão mais frequente mas também porque os doentes com tuberculose pulmonar fibrocaverosa não são em regra tratados pelos mesmos clínicos que seguiram a evolução da granulia aguda. Os 5 doentes que referimos entraram no Hospital por terem indubitavelmente uma T. M. A., com febre alta, persistente, e exame radiológico típico e não apenas disseminação hematogénica post-primária. Em 3 doentes a granulia coincidia com sinais radiológicos de primo-infecção em evolução. Tratados segundo o esquema já referido, todos curaram a T. M. A. ou apresentavam franca melhoria clínica, radiológica e laboratorial quando a doença adquiriu uma nova tonalidade clínica.

«Em dois dos doentes referidos, sem que houvesse interrupção do tratamento com estreptomina e depois de mais de 100 gr. de antibiótico, notámos nos vértices pulmonares o aparecimento de cavidades de tipo hematogénico, acompanhadas de expectoração bacilífera, ao mesmo tempo que iam desaparecendo os restantes nódulos de disseminação miliar. Apesar do repouso total a que os doentes estavam submetidos e da terapêutica com estreptomina e P. A. S. as cavidades tendiam a aumentar de tamanho e em ambos os casos tivemos de propor colapso-terapia. Um clínico que os observasse pela primeira vez, com colapso já instituído, nada mais podia supor do que tratar-se de casos banais de tuberculose do tipo de reinfeção. De facto, ambos entraram no serviço com uma típica tuberculose miliar aguda e no decurso de alguns meses, em pleno tratamento de estreptomina e P. A. S. vimos aparecer cavidades nos vértices, expectoração com bacilos ácido-resistentes, por vezes hemoptóica, e o desaparecimento progressivo dos caracteres radiológicos iniciais que permitiam diagnosticar a granulia. Outros dois doentes que observámos só não são perfeitamente semelhantes aos referidos, porque um deles quando principiou o tratamento com a estreptomina apresentava já várias cavidades hematogénicas e outro teve um intervalo de alguns meses



entre a cura radiológica da granulia e o aparecimento duma cavidade num dos vértices pulmonares.

«O 5.º doente que vimos foi uma rapariga de 13 anos que entrou no serviço com uma granulia aguda a seguir a uma infecção primária, com grandes adenopatias hilares. Foi tratada com cerca de 300 gr. de estreptomina. Melhorou lenta e progressivamente das lesões pulmonares hematogénicas, mas as massas adenopáticas hilares mantinham-se grandes e indiferentes ao tratamento. Teve alta a pedido da família quando estava clínica e radiologicamente curada da granulia, mas conservando ainda aumentados os gânglios do hilo. Quatro meses depois, reentrou no serviço com um síndrome clínico e radiológico de perfuração ganglionar na árvore brônquica. O exame broncoscópico (Dr. Campos Henriques) confirmou o diagnóstico. A lesão pulmonar desta doente evoluiu para a cavitação e presentemente está a ser tratada com pneumotórax.

«Em resumo: observámos 5 vezes o aparecimento de tuberculose pulmonar fibrocaverosa em doentes que pouco tempo antes tratamos de T. M. A. Em 4 doentes, apesar do intenso tratamento com estreptomina devem ter persistido alguns nódulos pulmonares em actividade que a pouco e pouco aumentaram de tamanho e escavaram. No outro doente a patogenia da tuberculose pulmonar evolutiva foi diferente: houve cura clínica e radiológica da T. M. A., mas a rotura na árvore brônquica dum gânglio hilar originou uma tuberculose fibrocaverosa.

«Antes do emprego da estreptomina não era possível a referência a casos como os descritos, dada a elevada mortalidade da granulia aguda. Tapia refere 150 casos de T. M. A. com 100 % de mortalidade.

«Os clínicos têm hoje obrigação de pensar no possível aparecimento duma tuberculose pulmonar do tipo de reinfeção na sequência imediata dos casos de T. M. A. em tratamento com estreptomina. Limitar os problemas terapêuticos e de prognóstico da T. M. A. ao aparecimento, sempre de temer, duma M. T. ou à evolução duma outra lesão tuberculosa extra-pulmonar (renal, óssea, etc.) é uma maneira incompleta de encarar as possibilidades evolutivas das granulias agudas tratadas com o antibiótico.

«Pode-se dizer com os novos meios terapêuticos só excepcionalmente um doente com T. M. A. não tem, pelo menos, uma acentuada melhoria clínica e radiológica. Entre os nossos 19 doentes houve cura radiológica em 16, nos quais não era possível no fim de algum tempo distinguir vestígios da anterior disseminação pulmonar. Só 3 doentes morreram sem que houvesse melhoria do quadro radiológico. Se nos limitarmos aos exames radiológicos corremos o risco dum excessivo optimismo. Entre os 16 doentes com cura radiológica só em 5 não é possível demonstrar actualmente a existência duma tuberculose evolutiva. Morreram 3 destes doentes com M. T.; outros 3 estão vivos em tratamento de M. T.; e 5 têm presentemente tuberculose pulmonar fibrocaverosa, dos quais 2 sofrem também de localizações ósseas específicas. — (NOTA — Depois de escrito

este artigo observamos um dos doentes curado há dois anos de T. M. A. e M. T. e que nos apareceu com uma osteíte costal tuberculosa.)»

EPIDEMIOLOGIA E PROFILAXIA DAS LEISHMANÍASES HUMANAS. — O problema da transmissão das leishmanias e consequentemente da profilaxia das doenças que produzem, não está perfeitamente resolvido, apesar de se saber que na sua epidemiologia intervém tanto artrópodos vectores dos agentes (inoculando-os com a forma de leptomas quando picam o homem), como o contágio efectuado directamente ou indirectamente, por meio de conspurcação com excreta ou secreções dos doentes, entrando os agentes por via oral, conjuntival, nasal, cutânea, parentérica, etc. Relativamente ao kala-azar (a leishmaníase que mais interessa no Continente) o artrópodo vector é o flebótomo, sendo a espécie aqui mais frequente a «*Phl. perniciosus*». O estudo feito por Fraga de Azevedo sobre a frequência da leishmaníase nos cães, os reservatórios do agente, em relação com a probabilidade de infecções dos flebótomos, e consequente transmissão ao homem, assim como a observação dos casos de kala-azar em locais onde não existem tais insectos, mostra que este processo de transmissão não é exclusivo.

HOSPITAIS PORTUGUESES — N.ºs 7-8 (Julho-Dez. de 1950): *Considerações sobre banco hospitalar de sangue*, por Teodoro Mendes; *A esterilização dos bisturis*, por L. Macias Teixeira; *Plantas do Hospital da Praça*, por A. Rocha Brito; *Bases e planos para um hospital*, por Vane M. Hoge; *Assistência social aos cardíacos*, por Ramos Lopes. N.º 9 (Jan.-Fev. de 1951): *O registo administrativo dos doentes*, por Coriolano Ferreira; *Falando de hospitais* (conclusão de N.ºs anteriores), por A. Lobo da Costa; *Santa Casa da Misericórdia de Ancião*, por Arménio Cardo. N.º 10 (Março-Abril de 1951): *Orçamentos e contas das instituições particulares de assistência* (conclusão do N.º anterior), por Henrique de Abreu Romão; *Necessidades actuais da traumatologia na orgânica hospitalar*, por A. Ponty Oliva; *Ainda o registo administrativo dos doentes*, por Coriolano Ferreira; *História das ligaduras*, por Alberto Mourão.

ESTERILIZAÇÃO DOS BISTURIS. — O A. expõe o processo usado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, que reputa eficaz e económico. Em tubo de vidro com rolha de porcelana presa por mola, de tamanho bastante para nele caberem dois bisturis, previamente lavado e enxuto, introduz tampão de algodão hidrófilo, que se comprime até cobrir todo o fundo do tubo, com espessura de 2 a 3 centímetros; toma-se o bisturi, bem afiado e bem limpo, sem qualquer mancha de ferrugem, e envolve-se a sua lâmina com uma pequena camada de algodão hidrófilo, para proteger o fio de qualquer contacto; introduz-se no tubo o bisturi ou bis-

# ANÁLISES GLUCO-URINÁRIAS

em segundos..... com

Os Comprimidos Reagentes

# CLINITEST

(MARCA REGISTRADA)

no NOVO estojo

MODELO  
UNIVERSAL



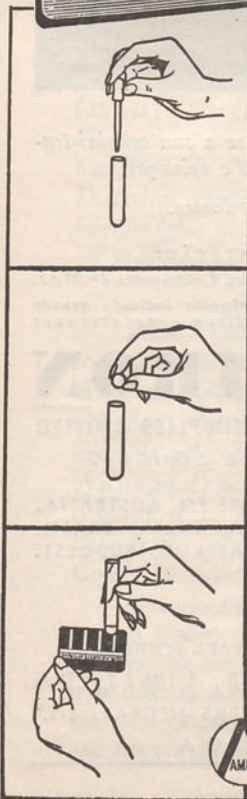
O novo estojo — Modelo Universal — contém o equipamento necessário para realizar análises gluco-urínárias. Comprimidos reagentes CLINITEST em envelopes metálicos que acompanham cada estojo, representam um método baseado na precipitação cúprica, em que todos os reagentes estão reunidos num só comprimido. Não é necessário aquecimento externo visto que, ao dissolver-se, cada comprimido gera o calor necessário.

Para efectuar uma análise, basta deitar um comprimido num tubo de ensaio contendo, previamente, urina e água nas proporções adequadas. Espere a reacção e compare com a escala colorimétrica. Trata-se duma análise gluco-urínária rápida, simples e exacta, ideal para médicos, laboratórios e doentes.

Cada estojo contém 10 comprimidos CLINITEST em cartelas metálicas. As caixas para recargas, contêm 24 destes comprimidos. Para folhetos discritivos e mais informações, é favor dirigir-se aos nossos representantes:

ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO, L.da  
LISBOA — Rua Ivens, 61 — Telef. 32191

M. LOUREIRO DO AMARAL  
PORTO — Rua Santo António, 27-1.º — Telef. 27619



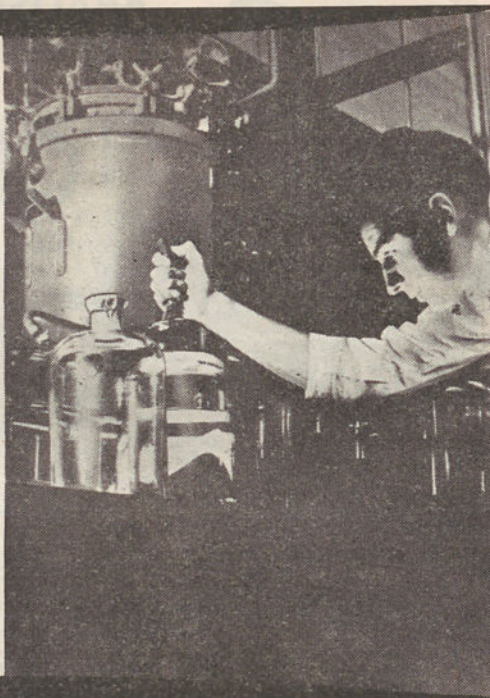
AMES COMPANY, INC.  
Elkhart, Indiana, U. S. A.

# EVANS

tem prestado uma  
forte contribuição à

## Terapêutica oral pelo ferro

Aspecto de um labo-  
ratório de verificação



O principal inconveniente da maioria dos preparados de ferro por via oral é o facto de provocarem perturbações gastro-intestinais. É assim impossível muitas vezes administrar quantidades de ferro suficientes para uma completa restauração da hemoglobina.

O hidróxido coloidal férrico, que constitui o Colliron, não tem este inconveniente pois o ferro é apresentado sob uma forma não irritante, sendo muito bem tolerado em grandes doses e por largos períodos de tempo:

AS VANTAGENS EXCEPCIONAIS DE COLLIRON SÃO:

1. *Agradável ao paladar.*
2. *Muito raramente causa perturbações gastro-intestinais.*
3. *O ferro é apresentado sob uma forma não irritante.*

4. *Pode prolongar-se a sua administração nos lactentes e crianças.*
5. *Não mancha os dentes.*

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 4 e de 8 onças. Conta-gotas de 30 c.c.

O conta-gotas é especialmente indicado quando se prescreve o Colliron para crianças

# COLLIRON

TRADE MARK

EVANS MEDICAL SUPPLIES LIMITED  
LIVERPOOL E LONDRES

FILIAIS E DELEGAÇÕES EM: AUSTRÁLIA,  
PAKISTÃO, IRLANDA, ÍNDIA, BRASIL,  
ÁFRICA DO SUL E ÁSIA DO SUDOESTE

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:

JORGE FREIRE, LIMITADA  
TRAVESSA DAS PEDRAS NEGRAS, 8-1.º  
LISBOA

turis (um recto e outro côncavo, sendo para sala de operações), com a lâmina voltada para o fundo, e enche-se completamente o tubo com álcool puro; fecha-se a rolha tendo o cuidado de que fique a menor câmara de ar possível; deixar os tubos assim durante pelo menos 12 horas, sendo para as salas de operações, bastando 2 horas sendo para os usos correntes da consulta. Os tubos assim preparados devem conservar-se nas salas de operações ao abrigo das poeiras, em cuvetes de vidro com tampa; ao fim de 7 ou 8 dias sem utilização, é de recear o aparecimento de máculas de ferrugem, devendo por isso retirar-se e colocar-se em novos tubos. O álcool que serviu nos tubos não deve voltar a ser aplicado para esterilização dos bisturis, aproveitando-se para outros usos. O gasto com o álcool é largamente compensado pela economia que resulta da duração dos bisturis e pela certeza de utilizações de estes instrumentos em óptimas condições.

O MÉDICO — N.º 22 (5-VII-1951): *O valor moral da investigação científica*, por Fernando Nogueira; *Síndrome hemofílico*, por Sérgio de Carvalho; *Introdução ao estudo da patologia renal, algumas notas sobre classificação nosológica*, por A. Ducla Soares; *A competência profissional dos subdelegados de saúde*, por Fernando Correia; *Charles Baudelaire*, por J. Castelo Branco e Castro; *A sinfonia de um eco*, por Silva Leal. N.º 23 (25-VII): *Congressos conjugados*, por Almerindo Lessa; *Cruz Vermelha Portuguesa*, por A. Maçãs Fernandes; *Notícia histórica dos Cursos Internacionais de Medicina e Cirurgia de Urgência*, por Almerindo Lessa; *Dispneias agudas*, por Fernando Nogueira; *Diagnóstico e tratamento das hemorragias no decurso do parto*, por Hubert de Watterwille; *Via óssea ou medular na semiologia e na terapêutica*, por Almerindo Lessa.

HEMORRAGIAS NO DECURSO DO PARTO. — As hemorragias graves tornam-se menos frequentes depois do emprego dos modernos poderosos ocitócicos (pituitrina, ginergina, pitocina, orastina, ergobasina e metilergobasina), ampliando a acção estimuladora das contracções uterinas, exercida pela massagem manual do útero e pelo saco de gelo; com prévia evacuação da bexiga pela sonda. Nos casos vulgares de hemorragia durante o parto, se há sinais de descolamento placentário, fazer a expressão. Se a hemorragia excede 500 cc., sem descolamento da placenta: manobra de Credé, descolamento normal da placenta.

Quando surge uma hemorragia grave antes do nascimento da criança, é raro poder diagnosticar-se e intervir antes que a criança morra por anemia; só um parto apressado poderá nalguns casos salvar-lhe a vida, e o médico actuará nesse sentido, praticando, segundo as circunstâncias, ou uma extracção por forceps ou uma versão interna com extracção pelo pé, depois de dilatação artificial do colo ou de histerotomia. As hemorra-

gias genitais no decurso do parto, provenientes da vulva ou da vagina, são susceptíveis de tratamento provisório pelo tamponamento.

Na maior parte das vezes trata-se de descolamento prematuro da placenta anormalmente inserida, com o seu hematoma retro-placentário; a atitude a tomar variará com a gravidade de cada caso, da seguinte maneira. Se o grande descolamento é de certa gravidade, mas não alarmante, morfina, anti-espasmódicos (como a espasmalgina e a epaverina), soro fisiológico e coramina se o estudo geral da doente o reclama; este procedimento convém aos casos em que o descolamento se dá com período de dilatação já avançado, e possibilidade de extracção rápida da criança por via vaginal. Nos casos graves, sobretudo quando surgem no termo da gravidez e no começo do trabalho, com feto vivo e viável, é a cesariana que dá melhores resultados, desde que seja feita a tempo e bem executada.

As hemorragias que aparecem depois da expulsão da placenta tem o tratamento clássico, de estimulação das contracções uterinas, limpeza da cavidade, tamponamento, etc.; pelo que o A. se limita neste artigo a apresentar um quadro de esses procedimentos por todos adoptados.

ACTIA GYNÆCOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA, I, 1951 — N.º 2 (Março-Abril): *As suprarrenais na clínica ginecológica*, por M. Uzandizaga; *Formas anatómicas da mastopatia fibro-cística*, por R. Sousa Santos; *Endometrioses*, por Aires Duarte. N.º 3 (Maio-Junho): *Patogenia e terapêutica da doença microcística do ovário*, por Mário Cardia; *A terapêutica pelos ultrasons na doença microcística do ovário*, por Albino Aroso e Etelvina Ferreira; *A anestesia no parto normal*, por E. Macias de Torres; *Microscopia em iluminação directa para o diagnóstico precoce do cancro do colo*, por Victor Grunberger; *As explorações clínicas no diagnóstico da esterilidade*, por Pous Puigmacia; *Métodos de laboratório em casos de leucorreia*, por Mário Cardia.

A ANESTESIA NO PARTO NORMAL. — Depois de citar os variadíssimos processos que se empregam para obter o parto sem dor, o A. conclui que nenhum de eles pode ter aplicação geral, e muitos de eles não devem utilizar-se pelo risco que acarretam para a mãe ou para a vitalidade do feto. Entende que só deve praticar-se a solicitação da mulher e exigindo-se para isso o seu internamento em clínica hospitalar, e não no domicílio, onde não há o ambiente de tranquilidade que se requer para a analgesia. Tem grande importância o estado psíquico da mulher, que deve ser preparada com adequada sugestão, e assistida pelo tocólogo; é tal o poder da sugestão que Valle fazendo um ensaio em 100 casos em que empregou a aplicação de um tampão embebido em soluto de novocaína nas fossas nasais, confrontando com outros 100 em que o tampão estava embebido

em água, obteve a mesma proporção (25 a 28 %) de resultados analgésicos. O A. procede ordinariamente da seguinte maneira, depois da preparação sugestiva, que na ocasião do parto consiste em afirmar que as dores serão muito atenuadas e não abolidas inteiramente, aproveita a calma que essa preparação psicológica provoca para os cuidados de limpeza do recto e do púbis; quando a dilatação atinge dois a três dedos, administra barbitúricos, frequentemente por via rectal, em dose que produza semi-sonolência, se os efeitos não foram suficientes, injecta espasmalgine; completada a dilatação e rota a bolsa das águas, faz inalar, pelo método aberto, éter ou protóxido de azote, apenas na ocasião das dores; quando se verifica que a apresentação desceu ao períneo, aumenta a dose do anestésico, para obter a inconsciência da parturiente durante a passagem da cabeça fetal pela vulva; logo que esta se dê, não é preciso empregar mais anestésico, salvo se houve que praticar-se uma episiotomia ou se houve laceração do períneo.

REVISTA DENTAL PORTUGUESA, I, 1950 — N.º 1 (Março): *Aspecto literário da obra do Prof. Dr. Egas Moniz*, por Alexandre Cabral; *Lesão lingual e discrase sanguínea*, por António Paul e A. Esteves Pereira; *Terapêutica pelo ultra-som nas doenças da boca e dentes*, por Karl Schoderer. N.º 2 (Junho): *Musas e doutores de braço dado*, por F. Henriques Vaz; *Acrílico de polimerização bucal*, por J. de Paiva Boléo; *Apontamento de um caso clínico*, por Guy de Oliveira. N.º 3 (Set.): *Campanha de profilaxia estomatológica nos Serviços Médicos-Sociais*, por Ruy de Lacerda; *Terapêutica das algias faciais no campo estomatológico*, por Ruy de Lacerda; *Considerações sobre a terapêutica em estomatologia*, por António Paul; *As adenopatias cérvico-faciais crónicas em estomatologia*, por Lobato Cortezão; *A assistência estomatológica de urgência nas organizações de previdência*, por Lobato Cortezão. N.º 4 (Dez.): *Acerca do ensino estomatológico em Portugal*, por Ruy de Lacerda; *Três notas sobre prótese*, por Santiago Forteza; *O cloreto de zinco na estomatite úlcero-membranosa*, por Lino Ferreira; *O papel da ortodôncia, seu valor estético e profiláctico*, por A. Esteves Pereira; *Estomatite verminosa*, por António Paul.

O CLORETO DE ZINCO NA ESTOMATITE ÚLCERO-MEMBRANOSA. — Os solutos concentrados de cloreto de zinco constituem o melhor e mais económico processo de tratamento da estomatite de Vincent; tem sobre o ácido crómico a vantagem de não afectar os dentes e de abreviar a cura, e sobre a penicilina a de ser mais económico e de mais fácil aplicação, por ser esta somente local. O soluto tem de ser muito concentrado, ao terço, para ser eficaz. A aplicação é muito dolorosa, mas conseguiu-se uma fórmula que a torna perfeitamente suportável. É a seguinte: Cloreto de

zinco 33,33; Estovaína 10; Cloreto de amónio 6,5; Mentol 2; Sulforicinato de sódio 5; Água destilada 10; Álcool absoluto q. b. p. 100 gramas. (Dissolver o cloreto de amónio e a estovaína em q. b. de água fervente; dissolver o cloreto de zinco em álcool absoluto, juntar e completar o peso de 100 gr.). Nesta fórmula o cloreto de amónio actua como estabilizador e clarificador; deste modo, obtém-se para aquela concentração de cloreto de zinco a máxima concentração de estovaína sem se dar a precipitação. A causticidade do produto foi assim diminuída, proporcionando o fácil manejo e aplicação sem recear agora que o soluto se espalhe pela cavidade bucal. Convém conservar o soluto na boca pelo maior espaço de tempo possível pelo que se não deve bochechar em seguida com água. A descamação que se verifica em alguns casos, não impede que se continue a aplicação, que se faz uma vez por dia, bastando geralmente três a cinco dias para se obter a cura.

O A. teve ocasião de verificar que, em todos os casos de pericoronarite, o cloreto de zinco actuou eficazmente com a grande vantagem de eliminar ao fim de meia a uma hora toda a sintomatologia dolorosa, permitindo que os doentes retomassem a função da mastigação. Em média foram necessárias três sessões seguidas. Em um caso de língua pilosa, duas aplicações eliminaram aquele aspecto. Nas rânulas sublinguais depois da sua exteriorização, façam-se toques sucessivos até à destruição das paredes. Nas aftas, a dor desaparece com o toque e, por vezes uma sessão basta. As estomatites de origem tartárica de igual maneira beneficiam com esta medicação. De um modo geral, a fórmula pode ser empregada em todos os casos patológicos, para os quais estão indicados os cáusticos. É de grande vantagem eliminar-se qualquer foco de infecção (raízes, tártaro, implantação viciosa dos sisos, etc.), porque se evitam as recidivas.

ESTOMATITE VERMINOSA. — Existe uma estomatite verminosa, produzida não só pelo tricocéfalo, como também pelos ascárides lombricóides (e possivelmente por mais alguns nematelmintos do tubo digestivo). O A. compara a acção tóxica dos vermes intestinais sobre a mucosa bucal, à que os mesmos vermes exercem sobre as meninges, e é de opinião de que a saliva, a qual nestes casos poderá ser modificada na sua composição e volume, desempenha também um papel importante na formação desta estomatite, que pertence às do tipo eritematoso, e cujas principais características são as seguintes: tumefacção da mucosa bucal, com manchas múltiplas, de um vermelho vivo, pequenas e por vezes recortadas nos bordos, dando a impressão de um eritema morbiliforme ou de manifestações de urticária. Alguma destas manchas confluem e chegam a ulcerar. Nos casos observados, esta estomatite foi sempre acompanhada de sintomatologia geral (febre, mal-estar, etc.), ou pelo menos de sintomatologia intestinal.



Novamente no mercado!

# TORANTIL

Preparado standardizado para o tratamento dos estados  
de intoxicação alérgicos e intestinais

Caixas de 5 ampolas de 2 cc (intramuscular) / Frascos com 20 drágeas



**FARBWERKE HOECHST**  
*vormals Meister Lucius & Brüning*  
Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal: *Mecius Ltda.*, Rua D. Pedro V, 7-1º Lisboa

Ph 208 - p

## PORTUGAL MÉDICO

**COMISSÃO CIENTÍFICA:** ALBERTO DE MENDONÇA, oto-rino-laringologista nos Hospitais Cívicos; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Porto; COSTA SACADURA, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Porto; FERREIRA DA COSTA, estomatologista nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. extraordinário de Pediatria na Faculdade de Medicina do Porto; FROILANO DE MELO, coronel-médico e prof. da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa; J. A. PIRES DE LIMA, prof. jub. da Faculdade de Medicina do Porto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Porto; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

**DIRECTOR:** ALMEIDA GARRETT, prof. na Faculdade de Medicina do Porto

Assinatura anual 40\$00: (à cobrança, 45\$00). — Número avulso, 7\$50

# REGISTO DE LIVROS NOVOS

P. BAILLIART & A. MAGITOT — **Manuel d'Ophthalmologie**. 1.168 págs., com 602 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 5.000 fr.).

Destina-se este livro a dar os conhecimentos fundamentais para a clínica da especialidade, ensinando o diagnóstico, a patologia e a terapêutica, com orientação predominantemente prática, tudo de acordo com os progressos da técnica respectiva e com as modernas noções de inter-relação com a medicina geral. De crer é, assim, que seja bem recebido, mormente pelos que iniciam o estudo da especialidade, para quem os grandes tratados são ainda indigestos.

J. MARLINAGEAS — **Guide pratique de la laborantine**. 136 págs., ilust. (Vigot Frères, Edit., Paris, 1950 — 350 fr.).

Exposição das técnicas correntes de laboratório, em bacteriologia, hematologia, serologia, histologia, química, experimentação nos animais. Trata-se pois de um manual da rotina de laboratório de análises clínicas, próprio para estudantes e médicos que queiram fazer os exames laboratoriais de uso habitual.

**Actualités chirurgicales**. 404 págs., ilustrados. (G. Doin, Edit., Paris, 1949 — 1.850 fr.).

O volume de esta colecção, relativo a 1949, insere os seguintes valiosos estudos: — *O banco de sangue do Hospital Cochin*, por B. Lascaux e P. Bay; *Tromboses venosas post-operatórias dos membros inferiores e embolias pulmonares*, por C. Frileux; *As osteoperiostites tíficas*, por J. Lelièvre; *Encavilhagem centro-medular das fracturas diafisárias*, por J. Cauchoix; *Valor semiológico e tratamento do soluço em patologia digestiva*, por Salmon-Malebranche; *Anemias nas hérnias diafragmáticas do estômago*, por Ch. Jacquelin & Lurosey; *Tratamento cirúrgico do cancro do esófago torácico médio*, por G. Thomeret; *Tratamento cirúrgico do cancro do coração*, por J. Perrotin; *500 gastrectomias por úlceras (estudo da mortalidade operatória)*, por F. Jomier; *Sobre a tuberculose do cego e do cólon segundo dez casos operados*, por J. Quénu; *Lagar da colec-*

*tomia total no tratamento das afecções do abdómen*, por J. Quénu; *Diagnóstico e indicações terapêuticas do cancro da ampola de Vater*, por C. Houdard; *A esplenectomia na icterícia hemolítica*, por R. Chevillotte; *Perturbações consecutivas à ablação de um só ovário*, por C. Béclère; *Os fibromas da vagina*, por G. Kropff; *O hematômetro depois da menopausa*, por E. Hervet; *Tumores primitivos retro-peritoneais*, por R. Tubiana; *As recidivas das hérnias inguinais*, por J. Lavarde.

JEAN QUÉNU — **Nouvelle pratique chirurgicale illustrée**. Fasc. III. 490 págs., profusamente ilustradas. (G. Doin., Edit., Paris, 1949 — 1.200 fr.).

Prosseguindo nesta colectânea de clínica cirúrgica, este tomo reúne os seguintes trabalhos: — *Tratamento dos epitéliomas pavimentosos da amígdala pelo rádio*, por J. Pierquin & G. Richard; *Técnica da tiroidectomia*, por J. Cauchoix; *Cura operatória das hérnias bilaterais, inguinais e crurais*, por J. Lavarde; *Ressecção gastro-esofágica por via torácica por cancro do coração*, por B. Lascaux & J. Perrotin; *Vagotomia dupla supradiaphragmática por úlcera péptica post-operatória*, por B. Lascaux & J. Perrotin; *Cura operatória por via abdominal de hérnia diafragmática esquerda do estômago e do cólon, secundária a traumatismo fechado*, por J. Quénu; *Esplenectomia por icterícia hemolítica*, por J. Quénu; *O ânus illaco temporário*, por J. Quénu; *Ressecção de drenagem da articulação da anca*, por J. Cauchoix.

M. ROBEY, A. TAILHEFER, J. THOYER-ROZAT & M. GALTIER — **Gynécologie et maladies du sein**. 490 págs., com 108 fig. (Éditions Heuret, Paris, 1950).

Prefacia este volume, muito bem apresentado, o Prof. Luís Portes, que destaca o valor da colaboração de especialistas em cada um dos temas que na obra são versados: anomalias congénitas, transtornos fisiológicos, anomalias da função de reprodução, síndromes tumorais, síndromes distróficas, síndromes infecciosos. Percorridos esses capítulos da ginecologia, a última parte ocupa-se das doenças do seio: abscessos, tumores, afecções diversas, cirurgia estética.

## SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

### Tratamento da oxiurase pela piperazina

Demonstrada laboratorialmente a actividade do hidrato de piperazina sobre nemátodos e oxiurídeos dos ratos, G. MOURIQUAND, E. ROMAN & J. COISNARD ensaiaram o medicamento em crianças com oxiuros. Pauta do tratamento: três vezes por dia 10 centig. de hidrato de piperazina em soluto aquoso, pela manhã, à tarde e à noite, fora das refeições; supositórios, pela manhã e à noite, com 10 centig. da droga; série de uma semana, intervalo de outra semana, nova série, e assim de seguida até completa eliminação dos vermes; os habituais cuidados de higiene, evitando a reinfestação. O tratamento é perfeitamente suportado, mesmo por lactentes. Nalguns doentes os ascaris morreram; é preciso nesse caso dar um purgante de sulfato de magnésia, para expulsar os cadáveres dos vermes (*J. de Méd. de Lyon*, 5-III-1951).

### Tratamento pela procaína da artrite reumatóide

O reumatismo muscular, não articular, é uma doença dos músculos estriados do aparelho locomotor, hoje perfeitamente caracterizada pela existência de pontos miálgicos, áreas anatómicas perfeitamente localizadas em qualquer sítio do músculo ou dos seus tendões ou ligamentos; exercendo pressão sobre esses pontos desperta-se uma dor viva e um movimento reflexo, involuntário. A dor que o doente sente não é por este referida ao ponto miálgico, mas a certa distância de este.

Perante estes factos, M. G. GOOD desde 1940 que trata eficazmente os reumatismos musculares por meio de injeção de 1 a 2 cm. c. de soluto de novocaína a 1 por cento, nos pontos miálgicos: a dor cessa bruscamente e restabelece-se a função do músculo. E reflectindo no facto de as dores musculares se agravarem com a contração e passarem com o relaxamento, admite que a causa da afecção está numa deficiência da circulação no músculo, pois o músculo em trabalho exige uma riqueza em sangue quatro ou cinco vezes maior do que o músculo em repouso; e pensa que a dor tem a mesma causa, uma hipoxia localizada, devida ou a vaso-constricção arteriolar e capilar, ou a estagnação de sangue nos capilares dilatados, como acontece na inflamação.

Estes conceitos levaram-no a uma interpretação pessoal da patogenia da artrite reumatóide, da qual decorre terapêutica semelhante à da mialgia reumática; o que tudo expõe em artigo publicado em *Bruxelles Médical* (13-v-1951).

As alterações musculares da artrite reumatóide têm sido consideradas como consequência das lesões articulares, por falta de actividade dos músculos que se atrofiaram. A observação cuidadosa dos doentes mostra que em grande parte esta dependência não é exacta, pois as mialgias coexistem com os fenómenos de artrite, e até os pontos miálgicos são os mesmos do reumatismo muscular, em grande número de casos. Partindo de esta noção emite a hipótese de ser a artrite reumatóide a sequência do reumatismo muscular; a lesão muscular, por insuficiência circulatória local, seria lesão primária, e a artrite seria a lesão secundária. Apela para os colegas, pedindo que verifiquem o que tem observado.

Diz ter visto curas espectaculares, com o seu processo de tratamento, assente neste conceito, tendo-o aplicado em mais de 80 casos, de que publica 3 observações, como exemplos. Perante um doente com artrite reumatóide procura cuidadosamente os pontos miálgicos que ele oferece, relativamente a cada articulação lesada, e uma vez determinados, em cada um de eles injecta 1 a 2 cm. c. de soluto de novocaína a 2 por cento. As injeções são intramusculares

quando os pontos miálgicos são nos músculos, e à volta dos tendões ou ligamentos quando estão situados nestes. O tratamento é diário nos casos graves e em dias alternados nos casos de média intensidade. Não observou acidentes; apenas uma doente se queixou de vertigens, passageiras, depois de injeção no trapézio. A cura vem com uma série, grande ou pequena, segundo os casos, das injeções referidas; as melhoras, porém, aparecem desde o começo. O estado geral, físico e psíquico dos doentes, apresenta melhoria que acompanha a do estado local.

Ao contrário da cortisona cujos excelentes efeitos só duram geralmente enquanto se aplica, o seu método, afirma, consegue, com menos inconvenientes, curas estáveis.

### A úlcera gastro-duodenal nas crianças

Apresentando 5 casos, CARDEMIL e colaboradores publicam (*Rev. Chilena de Pediatría*, Março de 1951) uma revisão do assunto, considerando a afecção mais frequente do que o geralmente estabelecido.

Na etiologia figuram intoxicações, infecções, transtornos do metabolismo, aperto do piloro, e divertículo de Meckel; na segunda infância talvez as carências alimentares desempenhem papel importante.

Os sintomas que preponderam e devem levar o médico ao caminho do diagnóstico são: as dores, os vômitos e a anorexia; em cerca de 40 por cento dos casos há hemorragia.

O tratamento cirúrgico raras vezes está indicado, pois os doentes curam com o tratamento médico, pelo repouso no leito e dieta de leite com farinhas, quebrando com creme a monotonia de esse regime.

### Paralelo clínico das úlceras gástricas e duodenais

O diagnóstico de úlcera deriva do esquema sintomatológico e evolutivo, classicamente estabelecido. Em que proporção, porém, haverá que contar com os casos atípicos? A resposta a esta pergunta é dada por P. CHENE, J. M. GOSSE e A. EYROLLE (*La Presse Médical*, 12-v-1951), em estudo baseado em 1.400 observações clínicas, sendo 1.200 de úlcera do bolbo duodenal e 200 de úlcera da pequena curvatura do estômago; deixaram de considerar alguns casos em jovens, as úlceras duplas, as com afecção da vesícula biliar e as do canal pilórico, para só ter em conta casos comparáveis entre si, e desprezaram algumas centenas de observações incompletas. Quanto ao sexo, no masculino 92,1% para as duodenais, e 64,2% para as gástricas; o que mostra a muito menor frequência no sexo feminino, sobretudo das primeiras. Evolução e caracteres dos sintomas são diferenciados da maneira seguinte:

*Evolução.* — Reduzidos casos de diferença do esquema típico da úlcera duodenal, de crises com duração de 15 a 30 dias, separadas por períodos de acalmia de meses, que progressivamente se encurtam com a sucessão das crises; apenas em 9 doentes se observou atipismo, quer pela curta duração das crises, quer pelo notável encurtamento das acalmias. Na úlcera gástrica o atipismo é muito mais frequente, atingindo 47,5% dos casos, quase todos por persistência das crises dolorosas, com intervalos curtos ou sem eles.

*Caracteres da dor.* — São muito variáveis, principalmente nos ulcerados gástricos. Nos duodenais a sensação de queimadura foi acusada por 8 doentes, a de dor violenta por 5, a de cólicas difusas por 1, a de empachamento e pirose por 10, e numa mulher somente a de baforadas de calor. Nos gástricos, 34 com sensação de queimadura, 26 com a de empachamento e pirose, 5 com dor brutal, 1 com sensação de ferida, 1 com cólicas, 1 com sensação de queimadura durante o dia e de contractura durante a noite.

*Sede da dor.* — Fugiam ao esquema clássico de dor epigástrica direita com irradiação para o flanco direito na úlcera duodenal, e de dor no cavado

epigástrico com irradiações frequentes para o dorso e rebordo costal esquerdo na úlcera gástrica os seguintes casos: nos duodenais, 3 com dor abdominal difusa, 1 com dor na cicatriz de apendicectomia, 1 com sensação de repuxamento na região lombar, 1 com a de queimadura retro-esternal, ou sejam apenas 6 casos atípicos; nos gástricos, 13 atípicos, sendo 3 com dor no seio esquerdo sem irradiação, 3 com dor no hipocôndrio esquerdo, 3 com sensação de queimadura ou de prisão retro-esternal, 1 com dor no seio direito irradiando para o omoplata, 3 com dor de sede normal mas com irradiação para o umbigo e para os lombos.

*História da dor.* — Se a dor dos ulcerados é ritmada pela alimentação, a distinção entre a dor muito tardia dos ulcerados duodenais e a dor menos tardia dos ulcerados gástricos não tem razão de ser em elevado número de casos, sendo muito variável o intervalo entre a ingestão dos alimentos e o aparecimento da crise dolorosa; também esta se calma com qualquer alimento, sendo excepcionais os casos de electividade alimentar. A notar, como anómalos: nos duodenais, 6 que só sofriam de noite, 10 em que os alimentos não tinham acção sedativa e entre estes 7 com dores sem qualquer horário, 8 em que as dores eram provocadas pela ingestão de gorduras, com o mesmo facto por ingestão de álcool ou de ácidos em 2, e em 1 pela de uvas ou cenouras, e 1 doente com dores exacerbadas no período catamenial (o que é portanto muito raro); nos gástricos, 12 só sofriam de noite, 12 a toda a hora, 31 em que os alimentos não calmavam a dor (sossegando esta com os vômitos em 2, com hematemeses em 1, com ingestão de açúcar em 1), 7 em que as dores eram provocadas pela ingestão de gorduras, em 2 pela de feculentos, em 3 pela de café, em 1 pela de álcool, em 1 pela de carne, e finalmente num doente as crises apareciam com as contrariedades e numa doente com a menstruação.

*Exame clínico.* — A sua importância é desigual, pois no diagnóstico da úlcera duodenal o seu interesse é principalmente para distinção com as colecistites, e no da úlcera gástrica para despistar uma complicação; embora tenham o consabido valor, quando positivos, os respectivos sinais objectivos. Em 32 casos duodenais atípicos registaram-se: 28 com exame clínico negativo, 1 com dor no ponto de Mac Burney, 1 com dor solar, e 2 em que o exame clínico ajudou o diagnóstico difícil pela sintomatologia. Em 95 casos gástricos atípicos: 27 com dor no ponto para-epigástrico esquerdo, 1 com dor no ponto duodenal direito, 1 com dor solar.

*Vômitos e hematemeses.* — Não são sintomas inteiramente característicos, como se verifica pelos seguintes números: nos casos atípicos duodenais, 7 com vômitos alimentares, 2 com suco e biliar, 3 com hematemeses; nos gástricos, a proporção é maior, registando-se nos casos atípicos 54 vezes, sendo 20 com vômitos aquosos, 12 com v. alimentares, 11 com v. biliosos, 11 com v. mistos associados a hematemeses.

*Emagrecimento.* — Como sinal predominante, apareceu 2 vezes na úlcera duodenal e 14 vezes na da pequena curvatura do estômago.

Em resumo: o atipismo é raro na úlcera duodenal, pois appareceu somente em 2,5 % dos casos, ao passo que é vulgar na úlcera gástrica, que deu 47,5 % de casos que se afastam da descrição clássica. O diagnóstico de esta é portanto mais difícil do que o de aquella, tendo a anamnese menor interesse para o estabelecer.

Os AA. notam que a doença ulcerosa tem caracteres muito diferentes dependentes da sua sede e pensam que se trata de afecções bem distintas sob todos os aspectos, pois que: são frequentes as úlceras gigantes do estômago e muito raras as do duodeno; a úlcera gástrica pode curar definitivamente, ao passo que na duodenal isto é raro; os ulcerados do duodeno, depois de operados, raramente recuperam um bom estado geral de nutrição, o que succede rapidamente nos ulcerados gástricos. A úlcera do estômago é mais uma doença local do que a úlcera do bolbo duodenal.

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

JOSÉ ANTÓNIO SERRANO, GARCIA DE ORTA e MORATO ROMA. — Por lapso de revisão, de que se pede desculpa, deram-se como realizados no mês passado os actos comemorativos dos três cientistas nascidos no concelho de Castelo de Vide, quando apenas se iniciaram, estando ainda por terminar, o que só se efectuará no próximo mês.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. — Com avultada concorrência de participantes, tanto estrangeiros como nacionais, nos dias 9 a 15 do corrente mês, reuniu em Lisboa este Congresso, que decorreu com notável elevação. Na sessão inaugural, a que presidiu o Ministro das Corporações, falaram: este membro do Governo, o Prof. João Porto, presidente da Comissão Organizadora, o Dr. T. Stowell em nome dos congressistas estrangeiros, o Dr. S. Forssman, representante da Organização Mundial da Saúde, e o Prof. Carozzi, secretário-geral da Comissão Internacional Permanente para a Medicina do Trabalho. Nas sessões de estudo, além de algumas dezenas de comunicações, discutiram-se as teses oficiais: Aspectos sociais da medicina do trabalho (Prof. P. Lambin), Higiene do trabalho (Profs. G. Pancheri e G. Aciello), Patologia do trabalho (Prof. Carlos Santos), Medicina industrial (Profs. La Fuente e Le Blond). Uma interessante exposição bibliográfica e uma rica colecção de fotografias dos serviços de protecção dos operários em grandes empresas industriais, foram exibidas durante o Congresso. Na sessão de encerramento, presidida pelo Chefe do Estado, falaram: O Ministro das Corporações, o Subsecretário de Estado do Ultramar, o Prof. P. Mozell, novo presidente da Comissão Permanente, e o secretário-geral do Congresso, Prof. Aleu Salldanha, que leu os votos da reunião, os quais vão ser apresentados aos Governos dos países participantes.

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — A direcção para o próximo ano académico ficou assim constituída: presidente — Dr. Simões Ferreira, vice-presidente — Prof. Barahona Fernandes, tesoureiro — Dr. Edmundo Neves, secretários — Drs. L. Navarro Soeiro e Carlos da Silva Ramos.

INTERCÂMBIO CIENTÍFICO. — No Instituto Português de Oncologia, conferência de J. M. Lemoine, sobre adenomas brônquicos. Na Sociedade Portuguesa de Ortopedia, o Prof. Achilles de Araújo, do Rio de Janeiro, falou sobre os progressos da especialidade. Em Madrid e Barcelona, respectivamente, o Dr. Mário Cardia deu conferências sobre algias pélvicas na mulher e Fisioterapia da dor em ginecologia.

XXI CONGRESSO LUSO-ESPAÑHOL PARA O PRÓGRESSO DAS CIÊNCIAS. — Reune em Málaga, de 8 a 12 de Dezembro próximo. As comunicações devem enviar-se, até ao dia 31 de Outubro, à secretaria do Congresso, na Praça do Príncipe Real, n.º 14-1.º, Lisboa.

NECROLOGIA. — Dr. Amândio Gonçalves Patil, nosso antigo colaborador e ilustre amigo, que depois de ter sido delegado de saúde e director do Sanatório Sousa Martins, exerceu distintamente o lugar de médico-chefe dos Dispensários de Assistência Nacional aos Tuberculosos; deixa vários estudos sobre profilaxia da tuberculose. Respectivamente em Macedo de Cavaleiros e Pinhel, os nossos estimados leitores Drs. Acácio R. de Sousa Freire Pimentel, médico municipal aposentado, e José do Nascimento Bravo, médico do partido de Azevo. Em Lisboa o coronel médico reformado Dr. Alfredo da Costa Rodrigues.





MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

Rua de Avis, 13-2.º — PORTO — Telef. P. P. C. 27583 — Teleg. «MARTICA»

# Quinarrhenina Vitaminada

## Elixir e granulado

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C  
em veículo estabilizador

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.


Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

**XAROPE GAMA** DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO  
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

**FERRIFOSFOKOLA** ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

**TRICALCOSE** SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS  
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

Depósito geral: FARMÁCIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA



NA SÉRIE DOS ANTIBIÓTICOS  
«PASTEUR»  
UM PRODUTO COM  
ACÇÃO ANTIBIÓTICA DUPLA

# MIOMICINA

Procaína-penicilina G 300.000 U.  
Penicilina G sódica 100.000 U.  
Sulfato de dihidro-estreptomicina  
<> a 1 g. de dihidro-estreptomicina  
para solução-suspensão aquosa

*Nota: Sendo conhecida a facilidade com que pequenas doses de estreptomicina provocam fenómenos de estreptomicinorresistência a MIOMICINA contém sulfato de dihidro-estreptomicina equivalente a 1 g. de dihidro-estreptomicina, diminuindo, assim, a possibilidade de ocorrerem os referidos fenómenos.*

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º