

A B R I L
D E 1 9 6 3

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.ª Série

N.º 14

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

Higiene mental e problemas da educação XIV

OS «INADAPTADOS», OS «REVOLTADOS»,
OS «DESTRAMBELHADOS» E A SUA READAPTAÇÃO
COMO SE MANTÉM A VIDA

Os ciclos da Vida

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS INFANTIS (Cont.)

Infecções crónicas. Diarreias crónicas

DOENÇAS DO FÍGADO (Cont.)

Cirrozes do fígado

A MAGREZA E A FRAQUEZA

A FALTA DE APETITE TEM, EM GERAL, UMA ORIGEM
NERVOSA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 132-B - LISBOA-1

Salda _____

Es: _____

Tab. _____

N.º _____

Os cabelos brancos

Os cabelos brancos podem não ser um indicador da velhice. Há pessoas de 20 a 30 anos que já têm muitos cabelos brancos.

A degenerescência da cor é devida principalmente a insuficiências glandulares; no entanto choques nervosos, desgostos, podem provocar um embranquecimento em período curto, provocado pelas alterações glandulares produzidas por esses choques nervosos ou tendo qualquer outra causa.

Seja porém qual for a razão, a aparência de velhice causa sempre prejuízos.

Quando se vai a um estabelecimento, sobretudo de artigos de moda, artigos para senhoras, estas nunca se dirigem ao patrão, a um empregado com cabelos brancos, mesmo a uma empregada antiga. São «pessoas antigas, sem o gosto moderno, estão velhas...» e assim, os patrões vêem a vantagem de empregar pessoas novas, bem falantes, atraentes. Uma vaga não será preenchida por um homem de idade, mesmo com prática.

Na vida das relações sociais, foge-se ao aspecto da velhice; as raparigas e os rapazes afastam-se das pessoas de idade, agrupam-se, combinam excursões, divertimentos, etc., em que não incluem, senão raramente e por interesse, as pessoas de idade.

Um empregado que se queira colocar, sobretudo em lugares que tenham contacto com o público, *tem que ser novo e vestir bem*. Um grisalho é sempre preterido por um novo! E esta maneira de pensar faz com que um desempregado grisalho tenha dificuldade em se colocar ou em se valorizar.

Mesmo as pessoas que estejam empregadas em uma empresa há muitos anos, têm vantagem em parecer novos para os não deslocarem para serviços de armazém, de ajudante de escritório, etc., em que não tenham contacto com o público.

Um actor que começa a envelhecer, vai perdendo os melhores papéis e sómente se mantém se tiver muito talento.

Empregadas de casas de chá, de restaurantes, vendedoras, que comecem a *grisalhar*, começarão a ser deslocadas pela preferência do público pelas outras.

Secretários de empresas, secretários de ministros ou de chefes de serviço, do Estado ou de empresas particulares, têm sempre vantagem em parecer novos.

É esta a razão porque tanto as senhoras como os homens se defendem, pintando o cabelo, usando fatos ligeiros, fazendo a cultura física, fazendo ginástica, entrando em competições desportivas, dançando, etc.

Assim, não se sentirão tão afastados dos outros e chegarão a ser incluídos nos seus grupos.

Estas defesas têm tanto mais razão, quanto é certo que as preocupações deste meio século cheio de acontecimentos e de transformações políticas e sociais, tem determinado um embranquecimento precoce dos cabelos e a sua queda.

Como primeiro expediente, recorre-se à pintura dos cabelos.

Ora, a pintura tem os seus inconvenientes, dos quais destacamos a qualidade das tintas que, em geral, prejudicam a saúde dos cabelos, apressando a sua queda. Uma das causas da falta de cabelo nas senhoras é o abuso das tintas.

Outro processo consiste em procurar restituir a cor ao cabelo por meio de líquidos que, sob a acção da luz, lhes vão restituindo, a pouco e pouco, a cor.

Estudos e experiências levaram à descoberta do «Renovador 215», que resolveu o problema.

Na fórmula do «Renovador 215» entra o extracto de jaborandi, que tem a propriedade de excitar o bolbo piloso, aumentando a secreção das glândulas sudoríferas; provoca assim uma melhor nutrição do cabelo, aumentando a sua tonicidade e contrariando, portanto, a sua queda.

A prática tem demonstrado que muitas pessoas que tinham o cabelo seco e quebradiço, muito fino, caindo com facilidade, o transformam, tornando-o mais fixo e resistente. Nos casos em que a queda do cabelo se dá durante um período da fraqueza geral ou na convalescença de uma doença, o que muitas vezes acelera o embranquecimento, está indicado o emprego do «Renovador 215».

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

Higiene mental e problemas da educação

XIV

A DELINQUÊNCIA INFANTIL

OS «INADAPTADOS», OS «REVOLTADOS», OS «DESTRAMBELHADOS» E A SUA READAPTAÇÃO

O Dr. *Aimée Racine* director científico do «Centro de Estudos sobre a delinquência juvenil na Bélgica fez uma comunicação sobre este problema, da qual extraímos o seguinte:

Enquanto a maioria dos países estudavam com inquietação as curvas ascendentes das estatísticas sobre delinquência juvenil, a Bélgica, em 1957, ainda se felicitava por ser um dos países mais poupados; no entanto a situação mudou logo, em 1958 e 1959.

Se se considerar o ano de 1939 como o ano de referência do «período antes da guerra» e o de 1942 como o ponto culminante da delinquência do período da guerra (ano em que tinha atingido duas vezes e meia o número de casos de «antes da guerra») verifica-se que em 1959 os números destes casos já não estão longe dos números de 1942.

O Dr. Racine diz que o número de casos sobe constantemente; a percentagem verificada nos registos da polícia foi de 216% (em relação a 100 de 1942), já não longe dos números mais altos, de 1941 e 1942; a percentagem de casos que foram até ao tribunal, pelo contrário, não está longe da do ano de 1942.

Na Bélgica, como em outros países, alguns magistrados assinalam um aumento de «elementos sintomáticos» tais como, infracções em bandos, precocidade dos culpados, extensão para novas camadas sociais ou para novas regiões e nítido agravamento das infracções às leis sobre os costumes...



Actualmente, dizia o Dr. Racine em 1959, estamos já em crise e seria vão esperarmos uma solução, mesmo parcial, de uma nova baixa do volume dos casos a resolver porque, pelo contrário, diversos indícios levam a crer que os casos não retomarão uma marcha descendente e que a delinquência juvenil se vai estabilizando, por algum tempo, pelo menos, em um nível sensivelmente superior ao de antes da guerra...

Os números de 1960 confirmam este prognóstico.

Não só as «relações sexuais» se estabelecem e se tornam mais íntimas desde a puberdade, sem que se trate na maior parte dos casos de uma «ligação», mas na Bélgica, como em outros países, particularmente na Nova Zelândia, *práticas imorais* estão-se agora organizando de uma maneira como nunca sucedia anteriormente.

A realidade de esta evolução dos costumes, não só da liberdade, mas da licença e mesmo da desvergonha, acha uma confirmação nas estatísticas relativas à delinquência no adulto. Assim, na Bélgica o número de condenações por crimes contra os costumes (isto é, atentados contra o pudor e violações, corrupção da juventude e prostituição, ultrages públicos aos costumes) aumentou perto de 60% entre 1946 e 1959, com um ponto culminante em 1950 e uma nova alta depois de 1956; a evolução é tanto mais chocante, que se aproxima dos números da «delinquência», no seu conjunto. Na Grã-Bretanha o aumento é mais importante ainda; em 1944 o número de crimes sexuais foi de 6 965, em 1947 de 9 018 e em 1954 de 15 636..., isto é, em um país que tinha orgulho na educação moral da juventude!

Estudando uma política social mais bem adaptada à defesa da juventude, o Dr. Aimée Racine preconiza, no plano do tratamento dos delinquentes, uma descongestão dos estabelecimentos prisionais por meio de uma diminuição da duração do internamento. Conhecem-se particularmente os Centros de Detenção inglesa, em que o regimen de uma duração máxima de 6 meses, especialmente concebido para dar um «short Shape Shock» é aplicado a alguns jovens delinquentes que não têm precisão de um tratamento institucional de longa duração, mas em que a multa e a colocação sob vigilância não é suficiente para criar o respeito pela Lei. Segundo os estudos do «follow-up» este regime parece particularmente apropriado às pessoas que não apresentam, nem perturbações importantes da personalidade, nem meio familiar muito desfavorável e que estão sujeitas a um primeiro tratamento em meio isolado.

Nos Estados Unidos estão-se fazendo experiências diferentes, em parte, segundo se diz, sob a pressão das dificuldades que encontra a gestão dos internatos. Aqui também, o fim é elaborar um tratamento de pequena duração, mas fora de toda a preocupação de intimidação e com a utilização intensiva de técnicos de terapia e orientação do grupo. Sabe-se que, pelo que respeita às personalidades fortemente perturbadas, as técnicas de tratamento só podem ser aplicadas por psiquiatras ou psicoana-

listas, enquanto que as políticas de orientação pessoal ou de grupo podem ser feitas por educadores ou assistentes sociais especialmente preparados para esta missão.

Estes técnicos, utilizados ora no quadro dos internatos, ora em estabelecimentos onde as pessoas vão passar somente uma parte do seu tempo, tem obtido resultados tão impressionantes que a *Ford Foundation* estabeleceu uma importante subvenção com o fim de estender a experiência a outros centros e de seguir metódicamente, o seu desenvolvimento e os seus resultados. Em Highfields, a instituição do Estado de Nova Jersey em que nasceu este método, o tratamento dura em média quatro meses, ou seja cerca de 3 vezes menos que nas outras organizações tradicionais. Em tão pouco tempo, obtém-se «resultados espectaculares que ultrapassaram, em muito, as previsões iniciais» e calcula-se que «se o sucesso se confirma nas experiências que estão decorrendo, ter-se-á realizado, um avanço considerável no caminho do tratamento dos jovens delinquentes».

Mesmo quando «em virtude da observação se imponha um internato (diz um relatório oficial francês) um centro bem organizado deve poder fazer uma observação em um prazo de três meses».

Os indivíduos e os bandos associiais ou anti-sociais: — À margem da política social oficial, existem em França interessantes iniciativas privadas em favor da juventude delinvente e, mais especialmente, para evitar a delinquência.

As experiências relatadas pelo Abade *Marc Oraison*, doutor em medicina, com a colaboração de *Jean Claude Barreau* e *Jacques Rochefort*, foram relatadas no livro «Os Filhos Pródigos» que ultimamente foi publicado pelas *Editions Fayard*.

O Dr. Marc Oraison, dedicou-se ao problema dos «bandos associiais». O seu livro é simultaneamente o resultado e a tentativa de mostrar o resultado de uma experiência, que já dura há mais de três anos, sobre o lodo da sociedade juvenil «a malta» e que foi feita pelo estudo de mais de trezentos rapazes de um bairro de Paris.

O autor observa particularmente: — «Muitos destes rapazes têm uma vida afectiva muito perturbada e é este um dos traços comuns que condicionam a formação do grupo, da «malta». Mas é preciso não psiquiatrisar o facto; os grandes psicopatas só são realmente uma pequena minoria e, muitas vezes são espontaneamente eliminados do grupo no fim de algum tempo, em virtude de um reflexo fundamental e (talvez da hereditariedade familiar, de defesa) ou são neutralizados pelas alcuhas de *maluco*, *retorcido* ou *destravado*.

A «malta dos rapazes» é em geral um grupo especial de iconoclastas, que toma designações diversas, conforme o país ou a região, de pseudoespíritos-livres, que troçam de todos os afectos ou respeito por princípios ou pessoas; a «horda dos modernos», sem preconceitos apre-

senta-se a um observador atento como um reagrupamento espontâneo de adolescentes, em que a crise é mais difícil e mais dramática do que normalmente, em virtude de várias causas. 99 por cento deles, para não dizer, todos, cresceram em um clima deficiente, pelo que respeita às relações afectivas indispensáveis à formação do carácter dos futuros homens ou mulheres.

No momento em que estes têm de se enfrentar com o mundo dos adultos, sobretudo no período da passagem da escola para o trabalho profissional, o conflito tem de se dar, por vezes bruscamente. Haverá tentativas desesperadas para se encontrarem a si mesmos, para ocuparem bem o seu lugar, muitas delas votadas a insucessos, mas que se refletem no seu mundo social, produzindo uma situação de instabilidade no trabalho; as primitivas experiências que fez durante a sua infância e que nunca foi capaz de resolver, produziram uma situação de instabilidade, em relação à família. E a transformação não se resolve com facilidade, precisamente, porque a sua evolução afectiva, desde o nascimento até, sobretudo, à idade escolar, nunca pôde ser desenvolvida e realizada em condições satisfatórias. As suas primeiras tentativas, ainda às cegas, de actividade afectiva e que vem desde os primeiros anos, foram sempre mais ou menos rejeitadas por um meio familiar que vivia em um constante mal-estar. O desejo de enfrentar ou comunicar bem com os pais, com as suas etapas sucessivas do conflicto e da identificação — o que é normal — nunca se estabeleceu, ou pelo menos, nunca se resolveu...

Outro género de conflitos que em geral aparecem nesta idade, são os que resultam do choque de educações. Há muitos pais, de origem humilde, que fazem os maiores sacrifícios para que os filhos ascendam a uma situação social mais elevada, diferente da vida pesada de trabalho, que sempre tiveram; os pais são pedreiros, carpinteiros, motoristas, polícias, etc.; as mães são serventes de escolas ou de repartições, continuas, mulheres a dias, porteiras, vendedeiras na praça, etc. Com o seu amor pelos filhos sacrificam-se, trabalhando horas extraordinárias, aceitando todos os serviços para que os filhos possam continuar na escola; além disso, lavam-lhes a roupa, concertam-na, procuram alimentos bons para que eles se mantenham, gastam quanto podem para que se vistam decentemente...

Mais tarde, porém, à medida que os filhos vão avançando nos estudos, mudando de escola, sucede que muitas vezes, sobretudo nas raparigas, elas se envergonham da condição humilde dos pais; não dão as suas moradas às colegas, para que estas não saibam que a sua mãe é uma porteira, ou tem outro lugar sem categoria; as mães, no orgulho das posições que as filhas já vão ocupando nos estudos, continuam a mostrar-se como se fossem suas criadas, não as obrigando a arrumarem o quarto, lavarem a roupa, auxiliá-las durante as férias, etc.; este é o maior erro, que se paga sempre caro. Mais tarde, na ansiedade de liber-

tação própria da puberdade, os pais e as mães, que sempre foram honestos, querem dar conselhos aos filhos, que estes sempre recebem de má vontade ou que repelem abertamente. Como esse período é o período dos sonhos e das ambições, eles sonham com as suas colocações e elas, além disso, com o encontro do seu «príncipe encantado», sempre rico ou ganhando bem para que as tire da miséria oculta em que se debatem. Veem depois os apetites dos bailes e das reuniões, e, muitas vezes, o desastre final...

Os conflitos durante este período são muito frequentes, salvo quando um grande amor de família vai mantendo a união; mas é indispensável que os filhos assistam a uma vida íntima calma e dignificada dos pais. Há muitos casos em que os filhos se sentem agradecidos pelo sacrifício dos pais e a sua humilde situação não os diminui, antes se orgulham deles que, com tanto sacrifício, preparam a sua felicidade futura. Estes casos porém, hoje são quase excepcionais e mais frequentes nos rapazes do que nas raparigas. Seria bom que os pais conhecessem o estado psicológico dos jovens neste período da vida, para mais facilmente actuar e procurarem ligar pais e filhos.

Mas, sejam quais forem a situação dos pais, e a forma como são educados, os choques entre o impulso natural do jovem e a necessidade educativa dos pais são inevitáveis; por vezes os pais estão em oposição permanente, pensando mal que isso é uma forma de educação; deve ser mais agradável para o pai dizer «sim» do que dizer «não»; mas o «não» este deve ser afirmado, ainda que procurando a maneira de o dizer, desde que se trate de princípios de honra, ou de educação basilar; outra orientação dos pais, a mais comoda, é, a de nunca se oporem, deixando seguir tudo como os filhos querem, dizendo que «essa é a educação natural, que os desenganos é que os educarão, e frequentemente ainda dando-lhes por vezes maus exemplos; isto não é muitas vezes mais do que uma manifestação de egoísmo; «pago-lhes tudo, dou-lhes de comer e de vestir, satisfação quase sempre os seus caprichos; faço tudo quanto posso, mas, por Deus, não me massem!...» Estes pais nunca gozam nem a admiração nem a amizade dos filhos e em geral são responsáveis por terem criado um revoltado (sempre que os seus caprichos não são satisfeitos), um mal educado e, frequentemente, um delinquente.

Os jovens, quando teem de enfrentar a vida, encontram-se muitas vezes em uma situação aflictiva; estão desnordeados; sentem-se por vezes em um estado de angústia que comporta fatalmente esta luta neste jogo real das relações inter-humanas.

Na sua maioria trata-se de naturezas «ricas» isto é, de pessoas constitucionalmente bem dotadas de valores naturais. A evolução afectiva da sua personalidade, desde o nascimento, pode revelar, desenvolver ou abafar, estiolar, estes «dons virtuais». Pode também fazer uma *distorsão* das suas manifestações; e é isto o que se passa, em geral, para criar os

«blousons noirs», os «teddy-boys» ou outros com reacções similares pessoais ou de grupo. O que é preciso é, para evitar estes estados, ir criando pessoas em que se procure destacar o seu valor humano virtual suficiente... animando-os nos bons propósitos e corrigindo-os nas más orientações.

Quando se estudam as causas da delinquência, verificamos que elas se encontram reunidas em um número de jovens bem maior dos que constituem os agrupamentos, as «hordas dos *teddy-boys*, dos *blusas negras*, etc. O fenómeno destes grupos ou «hordas» como lhes chama o Dr. Marc Oraison é um fenómeno-limite (limite pela sua gravidade, limite pela sua importância, 5% dos adolescentes masculinos de 14 a 20 anos no sector estudado pelo Dr. Oraison, segundo um recenseamento muito bem feito sobre o anuário estatístico, por zonas na cidade de Paris. E calculamos que estes 5% que franquearam as fronteiras da delinquência, representam o estado de abandono e da falta de *enquadramento*, de regras de educação, da terça parte da juventude do bairro.

A tentativa do Dr. Oraison consistiu, primeiramente em entrar em contacto com o «grupo» e a fazer admitir junto deles, o adulto *amigo*, que representava para cada um a equivalência da imagem do pai normal ou do irmão mais velho, a qual está ausente ou se apresenta distorcida no seu espírito.

Este método consistia em estabelecer a primeira relação com um mundo adulto *que os admitia tais como eles eram*; depois, procurou que fossem recebidos por famílias *normais*, que os considerassem como *pe-soas normais*; esta era a segunda etape e os resultados foram quase sempre eficazes.

O elemento da personalização psicológica, aparecia na experiência como um dos mais fecundos.

Era maravilhoso verificar o resultado que se obtinha com a aplicação de um método racional pré-estudado em que se conseguia a colaboração de famílias constituídas por pessoas inteligentes e interessadas na recuperação moral e profissional de tantos jovens. Todos se encantavam por conseguirem salvar assim almas e homens; e os rapazes que acabavam por reconhecer que tinham valor próprio e que passavam a constituir valores sociais, sentiam-se profundamente gratos pelos educadores, incluindo as famílias que os ajudaram a reencontrar-se, de quem ficavam amigos fervorosos.

Muitos adultos, obsediados pela importância que o trabalho tem na normalização do indivíduo, aconselham principiar por procurar disciplinar os jovens por meio do trabalho dirigido; no entanto parece mais aconselhável o caminho inverso; o trabalho não é de facto uma questão secundária mas é a segunda na ordem; parece-nos que, para poder trabalhar regularmente, é necessário que o jovem tenha primeiro

encontrado o seu lugar na sociedade, na vida dos adultos. É inútil pedir a um vagabundo que execute um trabalho regular; pelo contrário, o trabalho regular será o sinal de uma readaptação social satisfatória...

COMO SE MANTÉM A VIDA

Os «Ciclos da Vida»

Na continuação dos artigos sobre propaganda de conhecimentos gerais aconselhada pelo *Prof. Pasteur Vallery-Radot* e realizados por *Wilson* e colaboração médica de *A. W. Seligmann* (*Ed. des Deux Coqs d'or*) transcrevemos um dos seus capítulos, «Os ciclos da vida»:

As criaturas que vivem sobre a terra são todas, através dos séculos, aparentadas entre si e também com as plantas. Toda a matéria viva apesar da divergência dos seres e plantas, é composta essencialmente só por quatro elementos, que são o oxigénio, o hidrogénio, o carbono e o azoto; no entanto no mundo mineral, a variedade dos elementos componentes é variadíssimo. Cada célula do corpo tem necessidade, para continuar viva, de consumir grande quantidade de oxigénio; o coração e os pulmões trabalham para tomar este oxigénio do ar, para o fazer passar para a corrente sanguínea, onde os glóbulos sanguíneos o tomam novamente, para o transportarem para todas as partes do corpo. O hidrogénio e o carbono entram no corpo trazidos pelos alimentos, com os hidratos do carbono.

Fala-se menos do azoto do que do oxigénio, hidrogénio e carbono; no entanto ele é tão necessário à vida como os outros três elementos; sem ele, os tecidos que se vão desgastando e eliminando, não poderiam ser substituídos por novas células no processo constante de renovação da vida de um organismo.

Com excepção dos glóbulos do sangue, todas as células tem um *núcleo*, sem o qual elas não poderiam viver nem reproduzir-se, porque é o núcleo que, dividindo-se em dois, dá origem a novas células e esta divisão e multiplicação estão-se realizando permanentemente. A substância mais importante do núcleo é uma variedade particular de *proteína* e são as proteínas que contém o azoto.

Elas são-nos fornecidas pela carne, peixe, clara de ovo, leite, queijo e o pão. As proteínas devem-nos ser fornecidas diariamente porque não podem, como as gorduras, ser armazenadas no organismo. Os tecidos atingidos por uma pancada ou uma ferida, tem que ser reparados e eliminados; mas, mesmo normalmente todos os tecidos vão sendo elimi-

nados e renovados constantemente, com excepção de alguns muito especiais, como o tecido nervoso.

Toda a matéria viva tem necessidade de azoto; as plantas tiram-no da terra, através das suas raízes; os animais herbívoros obtêm-nos das plantas de que se alimentam, transformando-os depois, de proteínas vegetais em proteínas animais; os animais carnívoros fabricam as suas próprias proteínas à custa dos animais herbívoros de que se alimentam.

O homem come, tanto as plantas como os animais. Os agricultores ajuntando os adubos à terra, fornecem-lhe um suplemento de azoto que activa o crescimento das plantas cultivadas.

O oxigénio e o azoto estão em movimento constante nos ciclos que são da mais alta importância para a vida dos homens e dos animais. O azoto constitui quatro quintas partes do ar que respiramos, mas não pode ser assimilado directamente; só pode ser assimilado pelas plantas, depois de certas bactérias da terra os transformarem em *nitratos*. Estes nitratos são sais que se dissolvem na água e são assim absorvidos pelas plantas.

Quando morre uma planta ou um animal, os seus tecidos apodrecem e o azoto que continham volta para a terra onde torna a ser novamente transformado. É assim que se forma o «ciclo do azoto».

Os animais, quando respiram, tomam o oxigénio do ar e combinam-no com o carbono para ser rejeitado sob a forma de *gáz carbónico*; desta combinação extraem a energia necessária à manutenção da vida; por um mecanismo de *fotosíntese*, as plantas absorvem o *gáz carbónico*, decompondo-o, fixando o carbono e rejeitando o oxigénio para o ar, a fim de ser novamente recuperado; é assim que as plantas contribuem para manter a vida sobre a terra, fornecendo aos animais o oxigénio de que necessitam; se desaparecessem as plantas, desapareceriam todas as reservas de oxigénio e a vida desapareceria do mundo; isto explica como nos sentimos bem, quando respiramos ao ar livre e como nos sentimos deprimidos quando respiramos o ar viciado, não renovado pelas plantas, nas grandes cidades e nos locais fechados.

Existe também um «ciclo do carbono». As plantas extraem o carbono do *gáz carbónico* durante a operação da *fotosíntese*; os animais obtêm-no das plantas de que se alimentam; quando o animal morre, o carbono do seu corpo elimina-se sob a forma de *gáz carbónico*, que passa novamente a ser captado por uma planta. É assim que as plantas e os animais são seres vivos que se completam mutuamente para manterem a vida no mundo.

Em uma série de artigos, que publicaremos nos próximos números, fazemos um estudo da vida e do nosso organismo, para melhor se compreender, como somos e como actuamos nesta marcha incessante que constitui a vida do homem no mundo.

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS INFANTIS

V

Infeções crónicas. Diarreias crónicas

Continuamos neste número, o estudo das perturbações digestivas das crianças.

Geralmente, as diarreias crónicas sobreveem à repetição de ataques de infeções agudas, quando a alimentação continua a ser viciosa e mal regrada; mas há circunstâncias em que as perturbações digestivas passam rapidamente do estado agudo ao estado crónico. Vamos estudar os vários casos que se apresentam ao clínico:

Crianças de mama:— Verifica-se a existência de uma diarreia persistente, caracterizada por quatro ou cinco dejeções, com alguns grumos; as digestões são penosas, com cólicas, meteorismo e produção de gazes.

Quando se regularam as mamadas, a causa da diarreia pode ser a de o leite ser muito aquoso e muito abundante ou demasiadamente rico em gordura; mas se o leite é bom, a persistência das perturbações digestivas pode ter uma causa hereditária, que se manifesta desde os primeiros meses; isto sucede em filhos de dispépticos, de nervosos ou de artríticos.

É aconselhável substituir o leite puro por leite desnatado, podendo dar-se em refeições alternadas com as de leite puro; mas se a irritação continuar deve passar a usar-se só leite desnatado.

Para regular as digestões é aconselhável empregar a Água de Vidago na dose de uma ou duas colheres de chá antes de cada refeição.

Crianças alimentadas a biberão:— As perturbações digestivas crónicas são mais frequentes e graves nas crianças alimentadas a biberão; as regurgitações e os vômitos juntam-se à diarreia; deste estado passa-se rapidamente para a dilatação do estômago e para a produção de fermentações anormais.

Nestes casos é útil a água de Vidago e um quarto a meio comprimido de Gelumina esmagado no final de cada refeição. Para combater a diarreia deve recorrer-se à Lactosimbiosina (uma colher de chá antes das refeições, até 10 meses e uma de sobremesa depois dessa idade).

Diarreias do período do desmame:— Quando a seguir ao desmame se dão alimentos grosseiros, legumes, frutos e mesmo carne, e aparece diarreia, deve voltar-se imediatamente ao regime lácteo puro ou desnatado, com Lactosimbiosina para combater a infeção e actuar sobre a irritação das paredes dos intestinos por meio do ácido láctico nascente, fabricado pelos bacilos lácticos (uma colher de sobremesa no princípio

de cada refeição, em água açucarada). Mas, mais conveniente do que a alimentação láctea é a feita com farinhas, que constituem um meio desfavorável ao desenvolvimento das bactérias proteolíticas; exercem uma acção antiputrída e diminuem o trabalho digestivo; as farinhas ficam melhor se forem previamente metidas no forno, até ficarem alouradas; os caldos preparados com estas farinhas digerem-se muito melhor. Mais tarde junta-se a esta alimentação, puré de batatas.

Colites crônicas: — As colites crônicas aparecem principalmente depois dos 2 anos; sucedem a uma enterite aguda de forma mucosa ou disentérica; podem também instalar-se insidiosamente nas crianças que têm habitualmente prisão de ventre. Em geral são crianças vítimas de erros de alimentação, especialmente alimentação cárnea ou abuso da alimentação láctea em crianças que se dão mal com ela (o que é mais frequente nos filhos de hepáticos).

As fezes são raras, muitas vezes em cibalas, o que indica que tiveram uma permanência exagerada nos intestinos; são frequentemente acompanhadas de glaras (aspecto de clara de ovo crua). A prisão de ventre habitual é entrecortada por descargas diarreicas, por fazes agudas, de enterite com febre, dores abdominais, etc.; a língua apresenta-se geralmente saburrosa; o apetite é caprichoso e variável; as digestões são lentas, penosas, seguidas do mal-estar habitual dos dispépticos, afrontamentos de calor, sonolência, fadiga. O sono é agitado, perturbado por sonhos e pesadelos; durante a noite podem aparecer suores abundantes. As urinas escuras, esverdeadas, contêm indican (sinal de intoxicação). O fígado aumenta de volume. A pele apresenta frequentemente irritações, eczemas, urticária (novos sinais de intoxicação).

O estado geral, sofre frequentemente; aparece a palidez; os olhos apresentam-se com olheiras cinzentas e as crianças têm um ar de sofrimento, começam a emagrecer e este estado tem influência no seu crescimento.

O prognóstico pode ser grave se se não fizer o tratamento desde o início; as crianças abandonadas, sem tratamento, quando chegam à idade adulta tornam-se neurasténicos, fracas e tristes.

Para o tratamento deve ter-se cuidado com o regime alimentar, que deve ser constituído por caldos, com ou sem ovo, massas, arroz e frutas cozidas ou em compota. Como bebida, só é permitida a água pura; o leite só será permitido em pequena quantidade na composição dos caldos.

É aconselhável a vida ao ar livre, tanto quanto for possível, de preferência nas montanhas.

Como medicamento é aconselhável a Lactosimbiosina (uma colher de sobremesa antes de cada refeição); quando houver prisão de ventre, deve preferir-se os comprimidos de Lactosimbiosina, que se podem mastigar; nos casos intensos devem tomar-se 3 comprimidos de 3 em 3 ho-

ras; quando os intestinos se forem normalizando, a dose passa para 2 e quando passarem a funcionar bem, bastam 3 ao levantar e outros 3 entre o almoço e o jantar. O regime prolongado e começado muito cedo é uma garantia apreciável de um bom desenvolvimento da criança, que crescerá sem diarreias, intoxicações, etc., com um aspecto normal de saúde. Quando a criança é pouco robusta é aconselhável misturar nos caldos, uma colher de chá de Calcina Tríplice em pó a cada refeição. Quando tiver sinais de linfatismo, de escrofulismo (palidez, caroços no pescoço e nas virilhas) é aconselhável um tratamento iodado com a Iodopeptona (tantas gotas no princípio de cada refeição, quantos anos tiver a criança) que se deve manter durante três semanas, seguidas de uma semana de descanso em cada mês.

ATREPSIA — CATARRO GASTRO-INTESTINAL

A «atrepsia» é um estado de miséria orgânica que muitas vezes arruína a criança e que frequentemente termina pela morte, se não for atacada desde o princípio. Muitas vezes é resultante da ignorância dos pais.

A «atrepsia» manifesta-se nas crianças por diarreia e vômitos rebeldes, pela formação de um enduto branco na boca e lábios, por ulcerações na boca, eritema da pele, por adenopatias (gânglios volumosos e moles; os gânglios escrofulosos e tuberculosos são pequenos e duros; facilidade para formação de abscessos. Com carácter permanente, aparece o emagrecimento e a desidratação dos tecidos; as fontes parecem deprimidas; os doentes estão quase sempre mergulhados em um estado de torpor, de indiferença, interrompido às vezes por pequenos gritos, choros; os olhos encovam-se e estas crianças parecem pequenos velhos; a temperatura é geralmente baixa (36-35,5) e o pulso atrasado (80 a 85 em vez de 130 a 135).

Nas crianças mais velhas, verificam-se sinais de raquitismo; ventre inchado com emagrecimento do tórax e dos braços e pernas e uma anemia muito acentuada.

É necessário distinguir entre a caquexia derivada das infecções intestinais e a ligada à tuberculose. Na ligada à tuberculose, as perturbações digestivas são ligeiras ou nulas, as fezes são normais, a palidez é mais acentuada; o sistema piloso é mais desenvolvido e verifica-se a existência de gânglios duros, espalhados por toda a parte. Na adenopatia ligada à enterite os gânglios são, como atrás dissémos, mais volumosos e encontram-se sobretudo nas virilhas, muitas vezes em relação com a existência de ulcerações nas regiões anal e nadegueira.

Para combater a atrepsia nas primeiras idades é necessário dar uma ama à criança, ou então substituir o leite da ama, por leite de burra, farinhas lácteas diluídas ou leite desnatado, conforme os casos; mas a alimentação com caldos de legumes constitue o melhor meio de lutar

contra a desidratação. Também estão indicados os clisteres com água do mar.

Quando a criança está muito abatida, com sinais de intoxicação, são úteis as injeções de soro fisiológico, mas não se devem habituar as crianças às injeções, que a princípio lhes dão uma sensação de bem-estar, mas de que começam a sentir a sua falta, obrigando os pais a pedir novas injeções.

O enduto esbranquiçado da boca combate-se com água de Vidago e deixando derreter os comprimidos de Lactosimbiosina na boca; seis a vinte por dia.

É indispensável o uso regular da Lactosimbiosina, para combater a infecção e auxiliar a desintoxicação.

O eritema combate-se por lavagens frequentes com água bórica morna, principalmente depois de cada dejectação ou emissão de urina.

Quando sobrem uma bronco-pneumonia em uma atrepsia o prognóstico é mau. Os banhos quentes a 38 graus, frequentes, parece serem com o chá e injeções de soro, o melhor tratamento a fazer. O Pneuquinol em dose a aconselhar pelo médico, em relação com a idade, é o melhor tratamento contra a bronquite ou bronco-pneumonia.

DOENÇAS DO FÍGADO

IV

CIRROSES DO FÍGADO

As *cirroses do fígado*, que também são designadas por *hepatites crónicas*, são as doenças mais frequentes deste órgão; são constituídas pela transformação do tecido hepático em tecido conjuntivo, que se vai estendendo até ao interior dos lóbulos hepáticos. No primeiro período desta evolução, o tecido de esclerose é um tecido embrionário que se torna fibroso e retractil; a cirrose segue o caminho das veias, dos canaliculos biliares e das arteriolas.

O agente escleroso, tóxi-infeccioso, vai atacando os elementos próprios do fígado, as células hepáticas, produzindo alterações diversas, transformando-as em tecido escleroso. O estado doentio manifesta-se por uma dupla lesão: — Uma, intersticial, cuja origem deriva do tecido conjuntivo do órgão e a outra, a *hepatite parenquimatosa*, ou *cirrose visceral*, que tem a sua origem nas células hepáticas.

São estas diferentes modalidades na origem, na extensão, na topografia e na evolução do *tecido conjuntivo mórbido*, que representam a morte da função hepática, na parte em que substituiu o *tecido hepático*, que se esclerosou.

As escleroses do fígado podem ser *parciais ou gerais, primitivas ou secundárias, isoladas ou associadas* a outras doenças, como o paludismo ou o alcoolismo, que são as causas mais frequentes no nosso país, sobretudo a paludismo, que é a causa mais frequente no ultramar, mas também à diabetis, à arterioesclerose e às doenças do coração e dos rins.

As *escleroses parciais* são lesões secundárias, em grande número de doenças do fígado; encontra-se tecido escleroso, junto às manifestações sifilíticas (gomas) e nos quistos hidáticos; são exemplos de esclerose parciais, pouco frequentes.

A *esclerose geral* evolue, em muitas circunstâncias, a seguir a outras lesões do fígado; encontram-se *fígados gordos*, que estão igualmente esclerosados; estes fígados apresentam-se duros, volumosos, com invasão do tecido conjuntivo que chega a atingir os lóbulos hepáticos. Existem outras cirroses ligadas às lesões do coração e do rim.

A *cirrose hipertrófica biliar* é de origem biliar e, é a mais frequente em Portugal continental e ultramarino; principia por uma angio-colite dos pequenos canais biliares; o fígado pode aumentar muito de volume, mas não se apresenta deformado. Os caracteres clínicos são os seguintes: — Icterícia progressiva e persistente, aumento pronunciado e por vezes muito grande, do volume do fígado; o baço apresenta-se grande; ausência de ascite e poucas hemorragias; a duração média da cirrose hipertrófica biliar no estado evolutivo, é de 3 a 8 anos; depois deste tempo, se não for devidamente tratada passará ao estado crónico.

Quando a auto-intoxicação gastro-intestinal não for devidamente tratada vai dando origem a uma cirrose, atrófica, cuja marcha é insidiosa.

Em geral, o doente só sente nesta forma indecisa, algumas perturbações digestivas sem grande significação, como a falta de apetite, náuseas, sensação de peso na parte inferior direito do abdómen e alternativas de diarreia e de prisão de ventre; as comichões nos locais variados, hemorragias nasais e as hemorróidas, fazem parte desta parte inicial (o que mostra a importância que se deve dar a estes sintomas não alarmantes, mas que dão a prevenção). Em alguns doentes, a cirrose anuncia-se por ataques congestivos e dolorosos, do fígado, sem ascite.

Em resumo, os sintomas do *período pré-cirrótico*, tão bem estudado por Hanot, na «*Semaine Medicale*» e por Glennard que lhes chamou «os pequenos sinais do hepatismo», são os seguintes: — perturbações digestivas, prisão de ventre, cor amarelo-esverdeada da pele, glicosuria alimentar, pruridos, hemorragias nasais, hemorragias gengivais, hemorróidas e crises de diarreia. Não quer dizer que estes sintomas se manifestem sempre num quadro patológico; podem aparecer somente alguns, mas esses mesmos devem servir de prevenção, para se iniciar o tratamento e procurar evitar que a cirrose ligeira se torne crónica, grave.

Sejam quais forem os sintomas iniciais, o doente vai tomando um aspecto característico: — a pele mostra-se seca, terrosa, aparecem algumas veias na pele da cara, o emagrecimento progride, as perturbações digestivas aumentam progressivamente; o ventre dilata-se sobretudo pela formação de gases; começam a aparecer edemas nos membros inferiores, as urinas começam a aparecer carregadas, ricas em sedimentos uráticos e pobres em ureia. Mais tarde, precocemente ou tardiamente, conforme os casos, aparecem os três sintomas mais graves, a que nos vamos referir mais detalhadamente e que são, a «ascite», o «desenvolvimento de uma circulação complementar» e a «diminuição do volume do fígado».

Ascite: — É um sintoma que nos deve preocupar; a ascite é quase sempre precedida ou acompanhada de um timpanismo abdominal, que por vezes toma tal importância que relega a ascite para o segundo lugar; a percussão dá uma sonoridade exagerada que dificulta a limitação exacta do fígado. A ascite leva em geral muitas semanas para se estabelecer e cresce lentamente; no entanto, o seu aparecimento é às vezes tão brusco que se desenvolve rapidamente, dentro de uma a duas semanas. Quando a ascite é muito grande (de 10 a 18 litros), o abdómen toma uma forma particular; fazendo deitar o doente, o umbigo faz saliência e os flancos, alargados, lembram o ventre dos batráquios. Um choque ligeiro, um abalo em um dos lados do abdómen, quando se coloca uma mão no lado oposto, faz-nos sentir nitidamente a ondulação do líquido. A auscultação do abdómen permite-nos às vezes ouvir os ruídos cardíacos e pulmonares que se transmitem nestes doentes até à parede inferior do ventre.

O povo designa geralmente a *ascite* por «barriga de água», «hidropisia do fígado».

À medida que o líquido aumenta, os sintomas tornam-se mais penosos; perturba-se a respiração e os movimentos. No entanto, a ascite chega às vezes a desaparecer sob a acção de diuréticos; também pode desaparecer a seguir a várias punções do abdómen.

A ascite aparece algumas vezes, ainda que raramente, como sintoma inicial da cirrose; esta pode também percorrer toda a sua evolução até ao período da grande atrofia, sem nunca se ter produzido qualquer pequena ascite.

A cirrose pode também aparecer, como complicação da tuberculose.

Atrofia do fígado: — É um sintoma constante num período avançado da cirrose, mas esta atrofia é por vezes difícil de se perceber, sobretudo quando existe ascite e timpanismo.

Em geral, além da ascite e da atrofia, aparecem outros sintomas, que tem grande valor. O baço aumenta de volume em cerca de metade dos casos (*Frerichs*), mas pode também atrofiar-se. Os edemas são frequentes nos membros inferiores.

As *hemorragias* são frequentes, quer sejam nasais, pelos pulmões, pelos intestinos ou ainda na pleura e no peritoneo. As mais terríveis são as *hemorragias gastro-intestinais*. O vômito hemorrágico pode ser fulminante; mas em muitos casos, as hematemeses são pequenas e repetem-se muitas vezes no mesmo dia, ou com poucos dias de intervalo, ou podem reaparecer muito mais tarde.

A cirrose atrófica, não é fatalmente mortal; em muitos casos, quando é tratada, pode retroceder e curar. Os hepáticos devem ter sempre presente esta possibilidade.

A *cirrose atrófica* é uma doença da idade adulta. A causa mais dominante nos países do norte é o alcoolismo; entre nós é o paludismo. Mas outra causa, muito frequente e que muitas vezes passa despercebida é a *Cirrose por auto-infecção gastro-intestinal*: — Os venenos que são fabricados pelos micróbios durante todo o percurso gastro-intestinal, provocam frequentemente auto-intoxicações que se reflectem directamente sobre o fígado. Já vimos em outros artigos qual a acção destes micróbios.

Boix fez estudos muito interessantes sobre a influência da auto-intoxicação gastro-intestinal sobre o fígado. Em algumas destas experiências fez ingerir a alguns animais alguns desses venenos, quer em doses altas, quer em doses pequenas, mas durante muitos dias. A ingestão de ácido butírico, que se produz frequentemente nos intestinos, pode provocar a cirrose atrófica; a ingestão dos ácidos láctico e valerianico, provoca igualmente lesões cirróticas; a ingestão de ácido acético ainda provocou lesões esclerosas mais acentuadas. Obteve resultados análogos aplicando culturas vivas dos micróbios intestinais e toxinas do colibacilo. *Boix* e *Hanaut* chegaram à conclusão que os ácidos orgânicos da digestão, podem produzir quando ingeridos, cirroses hepáticas.

No estado normal o fígado resiste, pelas defezas naturais, a estes envenenamentos normais; mas se ele enfraquece ou já está enfraquecido, mesmo de nascença, produz-se uma cirrose hepática por intoxicação de origem gastro intestinal. Aquelas experiências confirmaram a necessidade de se propagar os meios de combate às infecções gastro-intestinais, que são frequentemente a causa da ruína de vários órgãos, como o fígado e rins e que provocam a velhice precoce.

No entanto, estas alterações não provocam imediatamente a cirrose. Em geral passam-se situações intermediárias de *Congestões hepáticas*, que podem ser tratadas evitando a *cirrose*.

O *tratamento* das cirroses, deve ser sobretudo, preventivo. Devemos procurar evitar que a cirrose se estabeleça e isso é possível segundo o tratamento que indicámos no artigo «Congestão do Fígado», publicado no n.º 13 dos «Estudos».

Mas, se não foi possível evitar o aparecimento da cirrose, devemos procurar tratá-la, tanto mais que não devemos esquecer que é possível fazer a regeneração do fígado (veja n.º 12 dos «Estudos») (1).

O doente deve manter-se em regime lácteo ou regime alimentar simples. Deve, quando houver congestão, fazer o tratamento apropriado e, como medida de combate à cirrose e preventiva do seu agravamento, deve manter-se no regime de lipotrópicos, que aconselhámos no mesmo artigo.

Se aparecer a ascite, devemos procurar, além do tratamento geral, provocar diurese abundantes.

Quando a ascite se mantém ou aumenta, temos de recorrer à paracentese, com esvaziamento do líquido abdominal, que produz um grande alívio, mas a ascite pode renovar-se no fim de alguns dias, o que exige nova paracentese.

Como dissémos, seja qual for o tratamento dos acidentes, o tratamento geral, sobretudo pelos lipotrópicos, é indispensável.

CIRROSES HIPERTRÓFICAS

O estudo das «Cirroses hipertróficas» interessa muito no nosso país, visto ser a forma mais comum, sobretudo a «cirrose hipertrófica palustre». Também se designam estas cirroses por «cirrose hipertrófica biliar». Vamos tratar mais detalhadamente das suas variedades mais comuns:

1.º — A *cirrose hipertrófica palustre* sobrevem à infecção e intoxicação palustres; verificou-se no fígado de pessoas que morreram de *febre perniciosa*, onde não só os vasos porta e os capilares dos *ilhotas hepáticos* tinham glóbulos brancos pigmentados, mas também as próprias células hepáticas continham pigmento negro. Nos doentes que morrem a seguir a febres palustres ou a um estado adiantado de caquexia palustre, verificaram-se formas diferentes de cirrose, geralmente com hipertrofia do fígado, com lóbulos hepáticos em degenerescência.

2.º — A *cirrose alcoólica hipertrófica* é aquela que descrevemos no artigo «Cirroses do fígado» ou «Hepatites crónicas», que são devidas ao abuso do álcool e em que é mais frequente a formação de *ascite* e que leva mais frequentemente à *cirrose atrófica*. Por isso não nos referiremos detalhadamente neste artigo a esta cirrose, visto a termos já tratado devidamente no capítulo das «Cirroses do fígado».

3.º — Outro tipo de cirrose hipertrófica é a cirrose bivenosa, provocada pelas *intoxicações de origem intestinal*, a que nos referimos, pelo que respeita à etiologia e tratamento, nos artigos sobre «auto-intoxicação intestinal» e «Velhice precoce».

(1) Tomando 2 cápsulas de Colimetina a cada refeição durante 3 semanas seguidas de 1 semana de descanso.

4.º — Existe ainda a *degenerescência gordurosa do fígado*, com aumento do volume do órgão e que, frequentemente é acompanhada de lesões cirróticas, o que permite classificar, como variedade diferente a *Cirrose hipertrófica gordurosa*. Esta variedade encontra-se mais geralmente nos alcoólicos, ou nas pessoas que são simultaneamente alcoólicos e impaludados ou alcoólicos e tuberculosos.

5.º — Existe ainda outro estado patológico, a «*degenerescência amilóide do fígado*, geralmente provocada pela sífilis e a «*cirrose hipertrófica pigmentar* que aparece mais frequentemente nos diabéticos (diabetes bronzeada).

CIRROSE HIPERTRÓFICA BILIAR

Como é mais frequente entre nós esta variedade de cirrose, por ser a que ataca mais os impaludados ou os seus descendentes, vamos referir-nos mais detalhadamente a esta cirrose.

Enquanto o fígado não estiver aumentado de volume, ou não se estabelecer uma icterícia permanente, é muito difícil diagnosticar esta cirrose. As dores, associadas à icterícia simulam cólicas hepáticas e os acessos de icterícia com perturbações digestivas simulam a icterícia catarral; esta confusão é tanto mais compreensível quanto é certo que há icterícias catarrais que podem durar até dois meses e às vezes mais, com hipertrofia do fígado e icterícia persistente (quadro clínico designado por *icterícia catarral prolongada*). É certo que na icterícia catarral as dejeções em regra aparecem descoloridas, sintoma que é excepcional na cirrose hipertrófica.

Os doentes com «caquexia palustre» podem ter o fígado e o baço hipertrofiados como na cirrose hipertrófica; mas os acidentes de icterícia são menos intensos.

Entre a *cirrose hipertrófica típica* e a *cirrose alcoólica típica*, há tantas diferenças que não se justifica um erro de diagnóstico (*Dieulafoy*); na primeira o fígado está volumoso, o baço aumenta de volume, a icterícia é constante e não existe ascite, nem circulação complementar abdominal; na segunda, o fígado torna-se pequeno, não aparece a icterícia e são frequentes a ascite e a circulação complementar abdominal. No entanto entre estas duas variedades, existem frequentemente as formas mistas, dos impaludismos alcoólicos ou sífilíticos ou diabéticos, em que é difícil estabelecer o diagnóstico preciso, pelos sintomas comuns que apresentam. Isto porém não tem uma importância fundamental para o tratamento, como adiante veremos.

Forma hiperesplenomegálica — É uma forma da cirrose palustre, com características especiais. O baço, em alguns casos toma proporções maiores do que as que se encontram normalmente nas formas palustres.

A atenção do médico é mais solicitada pelo aumento do baço do que pelo aumento do fígado; o baço chega a ocupar a parte esquerda do abdómen, em correspondência com o fígado aumentado na parte direita.

Há casos em que aparecem quase iguais. *Landrieux* e *Milian* citam um caso em que o fígado pesou 2000 grs e o baço 1900; *Guillain*, outro em que o fígado pesou 2150 grs e o baço 1900 e *Smith* outro em que o fígado pesou 1840 grs e o baço 2180! Depois de estudar vários casos similares é que foi proposta por *Gilber* e *Fournier* a designação de «*cirrose biliar hiperesplenomegálica*», na qual todos os outros sintomas são iguais aos da «*cirrose hipertrófica palustre*».

A cirrose hipertrófica é uma doença dos adultos.

O tratamento é o mesmo que descrevemos detalhadamente nos artigos «Congestão do Fígado» e «Cirroses do fígado».

O tratamento das «cirroses mistas» é o tratamento das cirroses, associado ao tratamento, respectivamente, do paludismo, da auto-intoxicação intestinal (que deve sempre fazer-se para protecção ao fígado e combate à velhice precoce), do alcoolismo e da sífilis.

Seja qual for a doença do fígado, o doente deve sempre ter em vista, o problema da regeneração do seu fígado, o único que o poderá salvar de um declínio geral progressivo e ao qual nos referimos mais detalhadamente no n.º 12 dos «Estudos».

A «MAGREZA» E A «FRAQUEZA»

A «magreza» anda quase sempre associada à «fraqueza geral», de que é uma das manifestações. Existe no entanto um *estado de magreza*, que representa uma insuficiência do organismo para manter o equilíbrio do balanço azotado, de que necessita; e esta magreza por insuficiente assimilação das proteínas, pode ser constitucional ou patológica.

Perante um estado prolongado de magreza tem de se verificar se é proveniente de um estado de fraqueza geral (que é o caso mais vulgar), de um estado de depressão nervosa (grandes choques nervosos, neurastenia, histeria) ou se é resultante de convalescências difíceis (doenças infecciosas graves ou prolongadas, no período a seguir a operações ou a seguir ao parto).

Muitas vezes começa por um período de falta de apetite, a que se segue a fraqueza geral, por insuficiente alimentação (1).

Mas se eliminadas todas as causas a que acabámos de nos referir e continua a manter-se sempre (magreza congénita), então teremos de

(1) Veja o artigo seguinte.

pensar em uma magreza por falta de assimilação dos elementos azotados da alimentação. Conhecemos muitas pessoas que se alimentam bem e que, com a preocupação da sua magreza, se alimentam mais do que é normal, mas continuando sempre magras. São portanto uns deficientes azotados.

Quando existe uma diminuição do peso normal, no adulto ou na criança, temos igualmente de pensar nesta deficiência.

A mesma doença prejudica a fixação de cálcio pelo organismo e por isso está indicado o seu tratamento, durante a consolidação das fracturas ou durante períodos de verificação da densidade do osso (osteoporose) frequentes no período da menopausa e na velhice, o que explica a dificuldade da consolidação das fracturas nestes períodos.

A ciência descobriu ultimamente um novo produto cujo nome químico, complicado, é um *17-alfa-metil-17 beta-hidroxi-androsta-1,4 dieno-3 ona*, mas que é designado em medicina por «Deltinar», que foi submetido a estudos demorados e detalhados, cuja descrição não cabe neste artigo, por ser demasiadamente especializada, mas de que referiremos as conclusões finais, aprovadas e comprovadas largamente pelo seu emprego na clínica de muitos países.

O trabalho fundamental no domínio da farmacologia do princípio activo do Deltinar foi realizado por *P. A. Desaulles* e colaboradores e publicado no *Schw. Med. Woch* (89, 50, 1959).

Estes estudos demonstraram que o Deltinar é um excitante do sistema anabólico perfeito e por isso foram determinadas as suas propriedades em vários aspectos de deficiências do organismo, dos quais os principais são:

1. *Tratamento da magreza*: — O Deltinar tem uma acção anabolizante nítida e imediata, aumentando rapidamente o peso e melhorando o apetite. Encontra-se igualmente indicado em todas as formas de magreza:

a) na magreza constitucional — *b)* na anorexia mental — *c)* nos hipercatabolismos proteicos das infecções graves, das doenças tumorais, do post-operatório e pós-parto, etc. — *d)* em outras magrezas patológicas, em que o tratamento da causa, tireotoxicose por exemplo, não arrasta a normalização do peso corporal — *e)* na preparação pré-operatória dos doentes magros, de mau estado geral, facilitando a recuperação post-operatória — *f)* Em Pediatria, nos prematuros, débeis congénitos e lactentes distróficos, e ainda nas crianças e adolescentes subdesenvolvidos, o Deltinar melhora o crescimento e o peso, sem que se encontrem registados na literatura notícias de efeitos indesejáveis, por exemplo sobre o desenvolvimento do esqueleto.

Na osteoporose senil, na osteoporose incipiente do síndrome da menopausa, tão frequentemente causa de dores lombares intensas, o efeito do Deltinar é em geral extraordinariamente rápido, melhorando a

sintomatologia subjectiva mesmo antes de se poder demonstrar melhoria radiológica.

O tratamento pode fazer-se contínuo ou intermitente. Particularmente em Pediatria e no tratamento de adolescentes, aconselha-se ministrar o medicamento só de dois em dois ou três em três dias e não fazer períodos terapêuticos de mais de quatro semanas, intercalados com período de pausa terapêutica iguais ou um pouco mais longos.

2. *Efeitos sobre o colesterol*: — Provoca a diminuição do colesterol na aorta e no fígado, sem contudo alterar, ao que parece, a taxa do colesterol no sangue. Tem pois, além da sua função de equilibrar o balanço do azoto no organismo, a de ser um profilático contra a arterioesclerose.

3. *Tolerância* — O Deltinar tem sido sempre bem tolerado, mesmo em doentes com perturbações das funções renal ou hepática; se porém aparecer icterícia é prudente suspender o seu uso.

Todos os estudos experimentais e as observações clínicas demonstraram a inexistência prática de efeitos secundários indesejáveis quando o medicamento é usado nas doses terapêuticas aconselháveis.

4. *Indicações*: — Todos os casos em que se pretende melhorar o crescimento e o peso, tornar positivo o balanço do azoto, facilitar a fixação do cálcio pelo esqueleto e, através destes efeitos, melhorar a astenia, corrigir a magreza e proporcionar aos doentes melhor bem-estar e condições mais propícias a uma total e rápida recuperação. Osteoporose, osteoporose da menopausa e osteoporose senil. Tratamento adjuvante nas fracturas.

5. *Doses*: — O Deltinar é apresentado em comprimidos de 1 mgr. e de 5 mgr. e em frascos de 10, 20 e 100 comprimidos.

As doses, sua fraccionação, ritmo contínuo ou intermitente da terapêutica e duração do tratamento serão indicadas pelo clínico de acordo com as necessidades de cada caso. Em princípio podem aconselhar-se como doses correntes:

Crianças até 2 anos	0,1 mg/Kg de peso	por dia
Crianças de 2 a 5 anos	0,2 mg	por dia
Crianças de 5 a 15 anos	0,5 mg	por dia
Adultos (dose inicial)	10 a 25 mg	por dia
Adultos (dose manutenção)	5 a 15 mg	por dia

Em geral não é necessário utilizar doses superiores às indicadas, nem esse aumento traz efeito metabólico nitidamente melhor.

A dose diária pode ser ministrada de uma só vez ou repartida em duas doses parciais durante o dia, de acordo com o nível posológico escolhido e a maior comodidade do tratamento.

Com o Deltinar conseguiremos melhorar a saúde dos deficientes da assimilação azotada e até o seu aspecto estético.

A FALTA DE APETITE TEM, EM GERAL, UMA ORIGEM NERVOSA

Há muitos casos de falta de apetite (*anorexia*) pertinaz, que não resultam de uma doença orgânica mas que são manifestações de doença nervosa, psicológica. O estímulo que provoca o apetite, ou a sede, pode partir de uma necessidade de sangue ou de plasma sanguíneo, o que é normal, mas pode ter uma origem mais profunda.

A fome é um estímulo originado nos tecidos e transmitido por via nervosa; pode também ser originada pela descida da percentagem da glucose no sangue; é por isso que alguns diabéticos sentem frequentemente fome; a baixa da glicose no sangue produz uma acção sobre o estômago, semelhante à sensação da fome; *Karlson* estudou os movimentos do estômago que traduzem a consciência da necessidade de comer.

Uma doença orgânica pode suprimir o apetite e dar origem a uma *anorexia*, o que sucede frequentemente nas dispepsias, nas gastrites crónicas e nas pessoas com preguiça digestiva (*atonía*); mas esta *anorexia* aparece também frequentemente em várias doenças do fígado, especialmente nas insuficiências hepáticas, nos doentes dos rins e na tuberculose crónica; é frequente e quase constante nos estados anémicos.

A *anorexia* traduz em geral uma depressão orgânica provocada por qualquer doença, em que se produzem substâncias que actuam sobre o mecanismo nervoso da fome, travando-o por uma acção que parte sobretudo do córtex cerebral.

Existem *anorexias nervosas*, mas devemos distinguir entre a *anorexia nevrótica* ou *psicogénea* e a *anorexia nervosa funcional*, independente dos conflitos psíquicos. A *anorexia nervosa* tem sido estudada por *Knud-Faber*, *Richardson Magendantz* e outros cientistas. Podem distinguir-se os seguintes tipos de *anorexia*:

A *anorexia psicogénica*, ou de conflito, que é o caso frequente nos jovens contrariados pelos educadores, na maioria das crianças que não têm apetite ou que comem muito devagar, o que obriga a uma insistência dos pais enquanto estão a comer, insistência que pode aumentar o estado de *anorexia nervosa*. Essa *anorexia* infantil, com preguiça de engolir é uma das manifestações mais frequentes da histeria infantil; a criança acentua neste caso a característica da sua personalidade que pode persistir em algumas e exacerbar-se posteriormente até chegar a constituir um tipo especial de personalidade psicopática, de chamar sobre si a atenção dos outros; nestas crianças ou jovens, a *anorexia* chega a constituir a arma mais fácil de esgrimir para vencer os pais (e às vezes, mais tarde, os maridos...) e conseguir o que se deseja...

O Dr. *Jimenez Dias* conta o caso de uma rapariga de 14 anos que levaram à sua consulta, com um aspecto esquelético; era uma menina

muito inteligente, com um ar muito afectado e com sintomas evidentes de uma personalidade psicopática; a sua magreza era devida à ausência total de apetite; toda a insistência da família para que ela comesse, resultava inútil; teve de ser internada em uma clínica, para se fazer um aumento lento e progressivo da sua alimentação; nos primeiros dias, não se obteve nenhum progresso e só com as instâncias de uma boa enfermeira (e talvez com uma bem disfarçada ameaça de continuar internada até que engordasse...) foi possível aumentar progressivamente a alimentação até chegar a alimentar-se bem e engordar. A falta da presença das pessoas da família, de pessoas afectivas a quem pudesse *arreliar* para vincar bem a sua personalidade e a acção quase passiva da enfermeira, constituíram o *clima* óptimo para o tratamento. Essa jovem era a mais nova da família onde havia muitos filhos e pensando que ninguém lhe dedicava a mínima atenção, a sua atitude negativa em presença dos alimentos era uma reacção puramente psíquica para chamar a atenção de todos os membros da família.

Outra espécie de *anorexia por conflito* é a que aparece em jovens nervosos, no período da puberdade, quando são contrariados pelos pais; estão muitas vezes ligados a conflitos originados pelo namoro. Outra ainda é a gerada na vida familiar por conflitos entre os cônjuges; nestes casos, umas vezes a falta de apetite é uma verdadeira *anorexia por conflito*, mas outras vezes é uma *anorexia de habilidade* para forçar o outro cônjuge a ceder...

Outro tipo de anorexia, geralmente das pessoas fracas é o *tipo asténico*; nestes casos a investigação mostra haver quase sempre uma atonia gástrica; a atonia dá uma falsa sensação de plenitude que inibe o apetite; a pouco e pouco vai-se acentuando a desnutrição que por seu turno acentua mais os fenómenos da «fraqueza geral», da *atonía* e portanto da *anorexia*, que andam sempre ligados. Este tipo é mais frequente na mulher e, na maioria dos casos a doença começou no período que precede a puberdade; até então o ser humano vai tomando contacto com a vida, interessando-se pela descoberta de novas coisas e é no período da pré-puberdade que, com maior frequência uma pessoa começa a *conhecer-se a si própria*; então, e com maior intensidade em algumas personalidades psíquicas, descobrem que estão em uma situação inferior àquela que desejariam, e no seu auto-exame podem julgar que essa situação é devida a ser pouco inteligente ou com falta de atractivos, que chama pouco a atenção dos outros e se sente insignificante. A este estado psíquico, sucede uma série de pequenos desencantos do mundo que se traduz por uma espécie de abandono.

Em uma pessoa com uma constituição normal estas reacções têm em geral uma pequena duração; efectua-se uma reacção orgânica e desaparece a anorexia por si própria ou quando neste período é auxiliada por tónicos e estimulantes do apetite. Realiza-se então uma melhoria

sensível no estado geral físico, um avanço sensível no estado geral e, simultâneamente, uma transformação na situação psíquica.

As vezes, no entanto, a constiuição do organismo ou a sua modificação por uma desnutrição prolongada, originam um estado de inadaptação, entre outros, do aparelho digestivo e forma-se este círculo vicioso de *fraqueza geral* — *falta de appetite*, que pode durar muito tempo ou estabelecer-se definitivamente, com períodos de melhoria, causados quase sempre por situações psíquicas agradáveis seguidas de períodos em que volta ao estado anterior, mais ou menos acentuado.

A situação posterior depende muito do estado da pessoa física e da personalidade psíquica. Algumas pessoas nervosas, estão constantemente em auto-análise, queixando-se do «estômago cheio», de digestões demoradas, com prisão de ventre, queixando-se de que se sentem intoxicadas, etc. Este tipo de anorexia tem um prognóstico pior do que o anterior; naquele, a persuasão ou a sugestão são fáceis, sem quase nunca ser necessário chegar à análise das causas; pode-se facilmente fazer projectos e obter resultados com tratamento terapêutico geral e sintomático. No segundo tipo, chega-se a formar um tipo psíquico neurótico, obsessivo, com a preocupação que os médicos não entendem o seu mal e que não há medicamentos que os curem...

Outro grupo de anorexias nervosas digestivas, é o que se baseia nas sensações de peso e de aerofagia.

A aerofagia reulta muitas vezes de uma posição defeituosa do estômago; a necessidade de eructar (arrostar) é a sensação que uma pessoa tem, em virtude de sentir o estômago cheio. Normalmente, uma pessoa que trabalha habitualmente e que tem um temperamento normal, não se preocupa com o grau de contenção do seu estômago, pois sabe que ele trabalhará por si e se esvaziará na ocasião própria; mas a pessoa que tem a atenção introvertida para o funcionamento do seu estômago, sente facilmente que ele está cheio, que a digestão não vai bem... e, por isso, se sente fraco e mal disposto.

Outras pessoas com relaxação do diafragma, estômago hipertónico, pletora abdominal por excesso de gordura e com um estômago em forma de alforge, com uma câmara de ar grande, os gases acumulam-se na parte mais alta e, a seguir à introdução de alimentos, vem uma sensação de peso; esta sensação de peso mostra a necessidade de expulsar alguma coisa e faz por expulsar o ar; mas, para o expulsar, tem primeiro que o pôr sob pressão e, para isso, tem de o engolir. Muitas destas pessoas julgam que estão a fazer um movimento de deglutição de ar; isto observa-se frequentemente aos raios X.

A maior parte dos sintomas de que estes doentes se queixam, só uma pequena parte se pode atribuir ao ar acumulado; o resto são sintomas gerais de uma preocupação angustiosa da pessoa sobre a sua doença.

Como vemos por esta exposição, a falta de apetite é um síndrome que deve ser tratado psicologicamente; só nos casos graves se deve recorrer ao internamento em casa de saúde apropriada, onde uma boa assistência médica, no casos de anorexia nervosa, pode sempre obter resultados positivos.

Nos casos, porém, do binómio *fraqueza geral— anorexia*, que são os mais frequentes, há toda a vantagem, sem deixar de se praticar a terapêutica psicoterápica, recorrer ao emprego de um medicamento que seja, ao mesmo tempo, tónico e estimulante do apetite.

Um medicamento que reúne essas qualidades, pelos elementos que entram na sua composição, é o Opothemol; de resto o seu emprego, há cerca de 40 anos, sempre com bons resultados, demonstra a preferência dos médicos por este tónico eupéptico.

Efectivamente, o Opothemol é um preparado de extrato concentrado de fígado e de baço com peptonatos de ferro e de manganéz preparados com peptonas do fígado e do baço, com proteinato de cobre, glicerosfosfatos e extratos de quina, kola, conlurango, noz vômica, absinto e gençiana.

Assim constituído, o Opothemol cumpre as premissas postas para a concepção de um tónico completo. Rico em proteínas, rico em metais, com elementos antianémicos, beneficiadores do metabolismo, e eupépticos, o Opothemol, já em uso e estudo constante desde há trinta anos, pode realmente ser considerado um tónico completo.

O Opothemol D é uma fórmula do Opothemol, em que o xarope de casca de laranja amarga foi substituído por sacarina, glicerina, etc.

Não tendo açúcar, pode ser tomado pelos diabéticos, para os quais constitui um tónico de eleição.

Efectivamente reúne todas as qualidades necessárias para ser um excelente tónico para diabéticos: — além de excitar o apetite é um constituinte completo.

Contribuindo com os elementos necessários para a regeneração do sangue, cria um estado em que é possível, além de melhoria da diabetes, um levantamento do estado geral dos doentes.

Tanto o Opothemol como o Opothemol D, devem tomar-se na dose de 2 a 3 colheres de sopa, por dia, às refeições; as crianças, até 8 anos, substituem-nas por colheres de chá e dos 8 aos 18 por colheres de sobremesa.

Devemos lembrar que o melhor preventivo contra as auto-intoxicações intestinais, com as suas consequências—enterites, congestões, e degenerescências do fígado e do rim, velhice precoce, etc — consiste em tomar regularmente, desde criança, 6 a 12 comprimidos de Lactosimbiosina, diàriamente. Contitui a melhor garantia de boa saúde.



Como cora o cabelo?— Já dissemos que o «Renovador 215» não é uma tintura. A coração dá-se lentamente. Contém em solução e em suspensão várias substâncias que, applicadas sobre o cabelo, sob a influência da luz, se oxidam, contribuindo assim para restituir ao cabelo a sua cor primitiva.

A restituição da cor primitiva faz-se mais ou menos depressa, conforme a cor natural e a percentagem do cabelo branco. Os cabelos de cores louro ou castanho obtêm uma renovação mais perfeita dentro de menor espaço de tempo; a cor negra é mais lentamente renovável, sobretudo o preto retinto.

Não julgamos conveniente, sobretudo nas pessoas cujo cabelo já esteja muito embranquecido, procurar obter uma transformação rápida da cor. É conveniente ir habituando as pessoas à mudança que se vai efectuando.

Realmente, se uma pessoa de 60 ou 70 anos, que há já muito tempo se apresentava com o cabelo branco, aparecer de repente com o cabelo louro ou negro, todos verão que usa qualquer preparado. Porém se, sobretudo nas fontes, em volta das orelhas, o cabelo continua a ser grisalho, justifica-se plenamente a cor loura, castanha ou negra da cabeça; vê-se que não há pintura, o que representa a vantagem do sistema de coloração pelo «Renovador 215».

Se o bigode mudar de cor muito rapidamente também convém evitar que a mudança seja total.

Se a cor se apresentar muito acentuada, convém diminuir a applicação do Renovador, sobretudo quando se reconheça que vai passando de castanho a preto; basta, para isso, passar a fazer as applicações de dois em dois dias e empregar menor quantidade de liquido.

A defesa contra o embranquecimento dos cabelos, deve principiar cedo, quando comecem a aparecer os cabelos brancos; assim, não se dará conta do embranquecimento progressivo. No entanto, os que já tenham o embranquecimento adiantado, ganharão muito em renovar a cor primitiva. Dentro de pouco tempo, as pesesoas com quem convive, esquecer-se-ão da cor anterior, para o sentirem como se fosse muito mais novo.

O «Renovador 215» encontra-se à venda em todas as farmácias, perfumarias e drogarias. Quando não for encontrado, pode requisitar-se à Farmácia Sanitas, em Lisboa (Praça Luís de Camões, 24), que é a depositária deste produto.

Assinatura dos Estudos

A 1.^a série está esgotada. A 2.^a série está quase completa e será oferecida aos assinantes da 3.^a ou da 4.^a série. A 3.^a série comprehende 40 números; o seu preço, completo é de Esc. 80\$00.

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

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

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

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

Os «Estudos»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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