

DEZEMBRO
DE 1964

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.ª Série

N.º 21

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

XXI

HIGIENE MENTAL E PROFILAXIA DA
DELINQUÊNCIA

OS FENÓMENOS DA RESPIRAÇÃO — Bronquites
A ALIMENTAÇÃO E A NUTRIÇÃO

DOENÇAS DE FÍGADO (IX)

Infecção das vias biliares, angiocolite, coleciste,
hepatite e endocardite biliar

A "FADIGA DOS ESTUDANTES"

A INFLUÊNCIA DO SISTEMA NERVOSO SOBRE AS
DOENÇAS DA PELE

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

COMPOZIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA-1

Sala _____
Est. _____
Tab. _____
N.º _____

Os «Estudos»

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

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

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

A 3.^a série foi especialmente dedicada a estudos sobre os desportos e a sua acção sobre o organismo; no entanto também se 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 convêm à mulher; a educação física na mulher e na criança; a dança, desde a mais remota antiguidade; efeitos dos exercícios na «segunda idade»; o envelhecimento normal e a velhice precoce; progresso da saúde dos últimos anos e insuficiências físicas dos desportistas e recuperação para o desporto.

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

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

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

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

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

Higiene mental e problemas da educação

XX

HIGIENE MENTAL E PROFILAXIA DA DELINQUÊNCIA

É este um novo aspecto da profilaxia da delinquência e é curioso notar que a consciência do problema enunciado neste artigo, que é baseado no estudo do Professor *P. A. H. Baan*, director da clínica psiquiátrica de Gronigue (Holanda) só nasceu há poucos anos.

Com efeito, a luta contra a criminalidade exerceu-se sempre em um terreno diferente do da «higiene mental» e como os conhecimentos deste problema especializado, que tem despertado a maior atenção em todos os meios cientistas de sociologia e psicopatia do mundo, vieram abrir um novo campo na profilaxia, foi essa a razão que nos levou a completarmos, com este artigo, a série que temos publicado sobre o problema da «Higiene Mental».

Até aqui considerava-se geralmente que os criminosos sabiam perfeitamente o que faziam, ou que decidiam fazer, o roubo, o atentado contra os costumes, ou qualquer outro crime que iam praticar depois de uma deliberação interior e que, por isso, eram plenamente culpados. Os códigos penais clássicos foram fundados sobre a noção de culpabilidade das pessoas plenamente responsáveis e conscientes da natureza dos actos que praticaram. No estanto, já nos fins do século passado começou-se a duvidar daquilo que, até então era considerado como um axioma. É curioso que na instrução de um processo ou durante o julgamento, muitas vezes as opiniões dos médicos e dos juristas divergiam profundamente e essa divergência era sempre baseada nas diferenças de concepção da génese do crime; o jurista, considerando responsável o réu, procurava apenas qual o artigo do código que deveria ser aplicado, enquanto que o médico procurava as razões que tinham presidido



à concepção e realização do crime; daí resultou a opinião que só o estudo profundo e perfeito, tanto quanto possível, marca a graduação da culpabilidade e, portanto, da pena a aplicar. Hoje, depois de um novo período de grande evolução, começado há mais de 50 anos, as concepções sobre a pena modificaram-se muito e o factor psíquico entra já largamente nas considerações sobre as penas a aplicar. Já *Lombroso* e a sua escola insistiram sobre o facto de que o criminoso não é um «homem livre» no sentido amplo da palavra, isto é, não tem a liberdade completa para escolher e decidir as suas acções; o criminoso seria então, uma espécie de «sub-homem», às vezes mais comparado a um animal, com os seus instintos e raciocínios intuituais, do que a um verdadeiro elemento, mentalmente livre, da espécie humana.

Foi durante os primeiros decénios deste século, que se desenrolou a luta entre aquelas duas concepções. Os penalistas, os legistas, os psiquiatras, os criminologistas, os psicólogos e os filósofos discutiam as suas opiniões, muitas vezes em oposição total. Tratava-se então de noções gerais, de doença e saúde, de determinismo e de liberdade. Chegámos a um período em que mudou o tom do combate e se vão voltando todos para, depois de afastarem as opiniões pre-concebidas, estudarem em conjunto, em colóquios ou congressos, os problemas práticos. O Professor Baan não quis detalhar em que consistiu a sua experiência pessoal em colaboração com os seus assistentes e outros colaboradores, em um hospital psiquiátrico com alguns milhares de recidivistas, de criminosos contra a propriedade, de criminosos sexuais, de agressivos, mas também de criminosos políticos, tratados por uma equipa de psiquiatras, de psicólogos, de assistentes sociais, de criminologistas e de peritos das penitenciárias; vai no entanto expôr a seguir, como foi levado a estabelecer certas concepções, talvez inesperadas e surpreendentes.

É curioso verificar que o número de delitos de direito comum é muito elevado, mas que poucos culpados acabam os seus dias numa prisão ou num hospital. Podemos partir do princípio que os Mandamentos da Lei de Deus têm valor real para todos; assim, o código penal, que se baseia sobre esses dez mandamentos, deve estar organizado para assegurar o seu cumprimento por todos os membros da sociedade; no entanto, se pensarmos que cada homem comete, pelo menos, um delito na sua vida, pelo menos no campo económico, é curioso verificar que em um país, como a Holanda, onde foram feitas as experiências, 85 por cento das pessoas nunca entraram em contacto com os tribunais, por razões de crimes; só 10 por cento das pessoas têm uma vez na sua vida de tratar de problemas nos tribunais, mas somente uma vez; em geral isso termina com uma reprimenda, uma multa ou, no máximo, uma pena de «prisão com suspensão da pena».

Como 85 por cento das pessoas conseguem evitar nunca serem «apanhados», esta única confrontação com a justiça penal parece suficiente

para manter esta proporção de 10 por cento na correcção da percentagem, quase fixa. Finalmente, são apenas 4 a 5 por cento da população que têm necessidade de uma correcção grave, os que vão para as prisões, para aí ficarem um período de tempo, mais ou menos longo, mas que conseguem evitar uma segunda visita à cadeia. No entanto seria muito difícil afirmar que estes 90 por cento da população, definitivamente em regra com a justiça humana, tenha uma vida perfeitamente em conformidade com os «Dez Mandamentos».

Seguindo o nosso exame da estatística criminal, verificamos que menos de 1 por cento da população é de pessoas recidivistas e entre estas as mulheres entram só na proporção de 1 mulher para 10 homens. Os contactos que o Prof. Baan e os seus colaboradores tiveram com aquelas pessoas, mostraram-lhes que aquele «resíduo da humanidade» não poderia ser julgado em função de critérios iguais de responsabilidade e de culpabilidade, com os da população restante.

Os recidivistas podem ser comparados, pelo seu comportamento, aos nevrosados com caracteres graves que até há pouco eram designados por «psicopatas», que não sabíamos como os havíamos de tratar, a não ser que pertencessem já ao domínio das psicoses. É a ocupar-se deste pequeno grupo que a polícia e os magistrados ocupam a maior parte do seu tempo. É esta pequena percentagem que povoa as prisões.

Actualmente as prisões holandesas albergam, cerca de 2.000 prisioneiros adultos, dos quais *70 por cento são recidivistas e mais de metade são multirecidivistas*. Ainda que a polícia da Holanda (tal como sucede em Portugal) conheça perfeitamente todos estes últimos e grande parte dos penúltimos, apesar de possuir as impressões digitais de todos, que ela conheça os seus passos e a sua especialidade na forma de efectuar os crimes e até as psicologias individuais de muitos, apesar de estas pessoas sofrerem amargamente com a sequestração e, em muitos casos, deixarem a prisão animados das melhores intenções de se regenerarem, voltam para a cadeia, mais ou menos rapidamente, duas, cinco, doze, trinta vezes depois de terem cometido um novo delito, quase sempre igual aos anteriores ou com variações pequenas, o que facilita a descoberta do seu autor. Existe então uma verdadeira *obsessão do delito*, que descobrimos quando falamos com estas pessoas que podemos justamente comparar com os «obcecados impulsivos», os quais se transformam facilmente em doentes psiquiátricos.

A polícia e a magistratura podem orgulhar-se justamente de poderem *manter*, pela acção da sua presença, *oitenta e cinco por cento* dos homens no seu caminho recto; de *recuperar outros dez por cento* por uma simples admoestação ou um castigo muito ligeiro e de corrigir os outros 4 a 5 por cento, defendendo a sociedade, não só da acção destes mas defendendo-os contra si próprios e de serem nocivos à sociedade.

No entanto, a polícia e a magistratura devem reconhecer humildemente que não são capazes de auxiliar estes 4 a 5 por cento, para conseguirem incluí-los na população normal, quer corrigindo-os ou castigando-os com a detenção. É também necessário reconhecer que estes «obcecados» que ameaçam a sociedade são incapazes de fazer parte da ordem social, enquanto continuarem a cometer delitos. Sòmente um aprisionamento não tem significação para estes recidivistas obcecados e visto à luz da psicologia, chega a ser injusto.

Talqualmente como os víamos na «*Clinica Penitenciária de Observação Psiquiátrica Van der Hoeve*» em Utrecht, assim denominada em honra do pioneiro da psiquiatria legal holandesa, e que está ligada ao «*Wilhelm Arntsz Sticking*», hospital psiquiátrico que já tem 500 anos, estes recidivistas parecem-nos verdadeiros doentes mentais. O Professor Baan com Madame Roosenburg applicaram-lhes um tratamento baseado sobre uma hipótese de trabalho pessoal.

O «*Van Der Hoeve Kliniek*» tem um pavilhão destinado a 100 recidivistas, escolhidos entre os mais gravemente perturbados e perigosos do país; tem um pessoal numeroso, formado por equipas de psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos-clínicos, sociólogos, assistentes sociais, enfermeiros e chefes de grupo (homens e mulheres, especialistas); a percentagem é de «um médico para quinze doentes» em uma comunidade psicoterápica de um carácter semi-interno. Este tratamento compreende:

1.º — Sessões de terapêutica individual ou em grupo, repetidas 3 a 5 vezes por semana, em que são utilizados todos os métodos modernos de psicoterapia e de assistência medicamentosa.

2.º — Uma socioterapia, isto é, a direcção dos trabalhos quotidianos da clínica com os doentes, com o fim de estimular os seus sectores sãos e a sua faculdade de aprenderem a endossar responsabilidades. Nenhuma decisão é tomada nesta associação de estudos psíquicos e socioterápicos sem que ela seja aprovada por uma *opinião geral dos doentes e da equipa de tratamento*.

3.º — Um treino adequado ao trabalho, durante o qual os doentes aprendem a fazer um trabalho *normal* recebendo um salário *normal*, que possa auxiliá-los a reparar os prejuízos que causaram com o seu crime, a financiar o seu tratamento, a sustentar a família, etc.

4.º — A participação dos pais e por vezes mesmo dos parentes mais próximos, na obra psico e socio-terapêutica. Não é possível pôr em liberdade, todos os 2 ou 3 anos, uma pessoa obcecada, que recai doente pela influência do seu meio, no mesmo meio, sem se ter igualmente procurado modificar esse meio.

5.º — A participação das famílias sãs e normais da cidade, sobretudo as de pessoas amigas do doente que consintam em recebê-

-lo uma ou várias tardes ou à noite, ou um dia por semana, em lugar de ficarem presos na clínica, a fim de encontrarem, talvez pela primeira vez na sua vida, uma família unida, por vezes pode provocar um choque emocional, altamente benéfico no doente-delinquente. É claro que, para isto, é indispensável um contacto interno e permanente entre essas famílias e a «equipa de tratamento».

6.º — Depois de algum tempo e em virtude das informações sobre a sua readaptação à vida, procurar uma ocupação profissional do doente na sociedade livre, conservando a sua permanência na clínica, onde o doente se alimenta, dorme e continua a receber o tratamento psico e socio-terápico.

7.º — A preparação muito cuidadosa da reintegração na sociedade, reforçada, em primeiro lugar, com o tratamento aplicado na clínica, e mais tarde com os «conselheiros terapêuticos» estabelecidos no sector a que pertencer o domicílio do doente.

8.º — Uma assistência, ampla, intensiva e consultiva a todos os empregados da empresa que, como os doentes, têm necessidade de auxílio porque hoje geralmente estão trabalhando sob uma tensão constante, uma situação de «Stress».

É inútil insistir sobre todos estes pontos e seria altamente útil, fazer um amplo desenvolvimento de cada um deles. No entanto, pode afirmar-se que o *tratamento moderno* deste pequeno grupo (em relação à população de um país) de recidivistas gravemente doentes, no plano mental, ficará sem sentido se não se tiver atenção, *simultaneamente*, para aqueles 8 pontos que têm de se praticar. É indispensável que estas 8 condições do plano de reconstituição do indivíduo sejam observadas e que a responsabilidade terapêutica seja deixada às «*equipas unidas dos diversos especialistas*» que têm atingido um alto grau de qualificação. Verificar-se-á assim que muitos indivíduos, antigos criminosos recidivistas, se tornaram perfeitamente sociáveis, quando antigamente se consideravam casos perdidos, porque é necessário pôr em evidência que «*por detrás da máscara da loucura, subsistem intactas muitas faculdades mentais*».

Se quisermos considerar *devidamente* o problema da profilaxia da delinquência, verificaremos claramente que a «higiene mental» tem uma função especial e capital a desempenhar para a educação dos pais, dos professores, chefes de empresa, etc. Ela tem igualmente por fim, despertar em cada homem o sentimento da sua própria responsabilidade. Pelo que respeita ao último grupo de «associais» a que nos referimos neste artigo, a «higiene mental» deverá antes de tudo, aplicar-se aos educadores e aos membros da equipa terapêutica, que devem ser pessoas sãs, escolhidas por um júri exigente, fortes e os melhor armados para

uma tarefa difícil a que devem entregar-se, tentando recuperar para a sociedade os delinquentes, de quem o estado mental, por vezes, aparentemente pelo menos, sem recuperação é ainda muitas vezes o resultado, não de uma perturbação constitucional, mas de uma *insuficiência da higiene mental*.

Se algumas das considerações e resultados dos estudos que aqui apresentámos pudessem influir os juristas, sociólogos e psicoterapeutas de algum país onde esta organização ainda não esteja estabelecida, sentir-nos-emos compensados porque só assim poderá surgir a organização que poderá salvar tantos homens e a nossa sociedade. De resto, é uma questão de tempo, porque a compreensão das nossas necessidades... há-de obrigar a fazer estas organizações.

OS FENÓMENOS DA RESPIRAÇÃO

III

BRONQUITES

A primeira fase da bronquite é o resfriamento, a que se segue o catarro agudo a que nos referimos no artigo anterior e que afecta geralmente a mucosa que forra as cavidades nasais e a faringe e, num estado mais avançado, a laringe, a traqueia e os brônquios, constituindo a bronquite; às vezes e em geral posteriormente atinge a mucosa da trompa de Eustáquio, com a inflamação do ouvido médio.

Esta marcha da doença mostrará que ela era infecciosa e Pfeiffer chegou a descobrir o germen infeccioso, que denominou *micrococcus catarrhalis*, mas que pode associar outros germens. Continuando os estudos chegou-se à conclusão que é a flora nasal, que varia de uma pessoa para outra, tornando-as assim mais ou menos sujeitas ao ataque e à virulência do ataque. Estes agentes vivem normalmente no nariz; em virtude de uma acção exterior, geralmente o frio, um desses agentes desenvolve-se e propaga-se rapidamente, inflamando a mucosa e dando origem à formação de exsudados (o corrimento nasal); originam assim uma irritação da mucosa que provoca o espirro e a tosse, expulsando esses agentes, em uma situação de virulência aumentada, o que origina o contágio da doença às outras pessoas.

A irritação da mucosa nasal provoca uma sensação de constricção, de obstrução, que se acompanha frequentemente de dor de cabeça, em geral na região da testa, que se explica por uma inflamação dos seios nasais.

Se a doença não for contrariada, aparece uma reacção febril, que pode ir até aos 40 graus, acompanhada de sintomas da infecção geral e dores musculares mais ou menos intensas, geralmente nos músculos lombares e que desaparecem em pouco tempo.

Outras vezes, como nas recaídas, a temperatura pode elevar-se pouco, mas mantendo-se os sintomas de enfraquecimento da infecção geral;

os espirros podem ser acompanhados de arrepios e de congestões vasculares externas, pele avermelhada, especialmente na cara, etc.

Posteriormente aparece uma tosse irritativa, com repetição, que é a tosse da *traquite*; é uma tosse insistente, com picadas na garganta e com uma expectoração, a princípio quase nula e mais tarde grossa e que posteriormente, quando a inflamação desce para os brônquios, se pode converter em muco-purulenta raiada e com carácter de maior fluidez. Nesta altura, se a bronquite for tratada, pode começar a melhorar e desaparecer rapidamente; às vezes, porém, surgem complicações, umas vezes por inflamação da mucosa dos seios nasais, produzindo a *sinusite*, e outras vezes pela propagação à trompa de Eustáquio, dando origem a *otites*.

É este o quadro clínico do *catarro infeccioso agudo*; como dissemos, é normal a cura não demorar, em geral, com uma restauração completa das mucosas. No entanto, há muitos casos em que segue uma evolução diversa; o processo infeccioso mantém-se, a virulência microbiana aumenta, a afecção dos brônquios torna-se mais intensa e estabelece-se o quadro sintomático de uma bronquite aguda, caracterizada não somente por uma acção catarral da mucosa dos brônquios, mas por uma reacção inflamatória, com infiltração celular por debaixo da camada mucosa, a qual às vezes chega a ser muito intensa e se acompanha de uma reacção do tecido pulmonar, junto dos brônquios. A seguir, a bronquite toma um aspecto francamente purulento, com temperaturas mais elevadas, a tosse é menos persistente e com expectoração mais líquida, mais fácil que, em lugar de ser simplesmente mucosa, passa a ser muco-purulenta e transformando-se em purulenta.

Esta bronquite aguda com peribronquite evoluciona, podendo progredir dos grossos brônquios para os brônquios mais finos. Quando todos os brônquios, os grossos, os médios e os finos e os capilares estão afectados, a bronquite toma uma forma mais ou menos grave, conforme as bactérias que se associam; pode passar da forma simples, a uma gripe aguda, a uma broncopneumonia ou a gripes infecciosas com associação do *streptococcus* ou de pneumococcus, a *gripe pneumónica*, muitas vezes mortal.

O catarro que evoluciona sem dar lugar a nenhuma destas perturbações, deixa no entanto uma certa perturbação nos tecidos do aparelho respiratório, o que facilita a recaída, e cria uma certa predisposição para as bronquites.

Estas bronquites repetem-se frequentemente, especialmente na Primavera e no Outono. O doente aparece de repente com inflamação do nariz, geralmente com eliminação de muco muito fluído, seguido de picadas na garganta, com tosse, simples ou sibilante e rouca e que se cura dentro de 10 a 20 dias; basta uma mudança brusca de temperatura, uma atmosfera pulverulenta para pôr em marcha o acesso.

O que devemos fazer, primeiramente para evitar o aparecimento de uma bronquite, desde que os primeiros sintomas do corisa ou do catarro, é fazer o tratamento preventivo; mas se a bronquite se estabelece, o que devemos fazer para a tratar?

As primeiras manifestações de inflamação das fossas nasais, indicam que apareceram os prodromos da bronquite, que continuarão pelo progresso descendente da inflamação, para os brônquios e para os pulmões.

Os primeiros cuidados serão pois proteger as fossas nasais introduzindo-lhes, como dissemos em outro artigo, um pouco de Efe-Clor; se a congestão for intensa, devemos preferir duas a três gotas de Nazsan algumas vezes durante o dia, sobretudo se as narinas tiverem tendência para se taparem.

Mas a entrada da infecção faz-se em geral, simultâneamente pela boca e pelo nariz e as manifestações locais são já os primeiros sintomas de uma infecção bronquítica, gripal ou pneumônica. Devemos pois tomar imediatamente dois a quatro comprimidos de Casfen, por dia, sempre acompanhados de um copo de água morna, agasalhando-se em seguida e, sobretudo, evitando as correntes de ar. O Casfen tem uma acção múltipla: — *Ataca a infecção no princípio*, podendo mesmo fazer parar a marcha da doença em início; *protege a laringe e os brônquios* contra a irritação que provoca a tosse e combate a febre.

Se aparece a tosse, esta deve combater-se imediatamente. Pode combater-se por meio de vários xaropes em que entrem medicamentos para fluidificar a expectoração, como o benzoato de sódio e terpina, tornando-a mais fácil; outros, para combater a irritação dos brônquios e da laringe, como a codeína; e o medicamento ficará completado se se lhe associar um desinfectante dos brônquios e pulmões; este desinfectante tem por fim destruir os bacilos que vão entrando com a respiração e que, encontrando superfícies inflamadas, se multiplicam, formando colónias que depois dão origem ao prosseguimento de uma gripe, de uma bronquite, de uma pneumonia ou da tuberculose, com todas as suas consequências. Um xarope que reúne todas estas qualidades é o Xarope Labsan que, pelo benzoato de sódio e terpina, fluidifica a expectoração, pela codeína combate a tosse e pelo gaiacol ataca e destrói os bacilos; quando a inflamação é intensa é mais útil o Xarope Efe-Labsan. Qualquer deles se toma na dose de 3 a 6 colheres de sopa por dia.

Os diabéticos devem preferir os comprimidos de Tossifedrina (3 a 6 por dia) que também muitas pessoas, sobretudo as que tenham de se deslocar, preferem.

Se a febre se mantém ou aumenta de intensidade, o doente deve permanecer na cama, tomar o Casfen, aplicar uma injeção diária de Pneuquinol, continuando com o Xarope e com a protecção das fossas nasais.

Este tratamento deve manter-se até o doente se sentir completamente bem, porque as recaídas são sempre mais graves e as complicações futuras, sobretudo a tuberculose, tanto de reccar nas pessoas que mantêm o estado inflamatório sem o tratar convenientemente. Uma bronquite pode ser uma doença ligeira, sem importância ou pode dar origem a doenças crónicas se não se lhe der a importância que tem de facto, desprezando-a no início.

A ALIMENTAÇÃO E A NUTRIÇÃO

Por vezes empregam-se indistintamente estas duas palavras que no entanto têm significado diferente.

Alimentação é o acto de introduzir no organismo os alimentos; *nutrição* é um conjunto de complicadas operações e funções tendentes a tirar dos alimentos todos os princípios que, transportados pelo sangue, vão levar a vida e a energia a todas as células do organismo.

O estudo da manutenção do organismo compreende pois o estudo dos alimentos em relação com o que cada um pode fornecer e o mecanismo da nutrição.

As funções do organismo estão em tão grande colaboração e dependência entre si, que o mau funcionamento de um órgão doente se repercute em muitos outros que estejam em correlação com ele e, a seguir, em todo o organismo, produzindo uma perturbação na saúde.

Muitas doenças atribuídas a um *órgão* são na realidade doenças de um *sistema*, o que é evidente nas *doenças da nutrição*.

A incorporação das matérias estranhas, alimentos e ar, é-nos indispensável para a conservação da matéria viva, para a produção da energia necessária para o nosso esforço e trabalho diário, para manter a vida de relação entre os órgãos e ainda para as necessidades de crescimento.

O ser vivo caracteriza-se justamente pelo facto fundamental da incorporação constante das matérias à custa das quais vive e se mantém. O processo pelo qual a matéria se incorpora e é utilizada para viver, chama-se *metabolismo*, que é afinal, a *nutrição*.

Como já escrevemos em outro artigo, vamos referir-nos às trocas de energia no mundo inerte, para melhor compreendermos como se forma a energia, no organismo. As transformações químicas produzem sempre energia livre e energia que se transforma em calor; o elemento principal destas transformações, no nosso organismo, é o oxigénio cujo consumo varia, aumentando quando está frio e também em proporção com o trabalho exigido. O equilíbrio da matéria no organismo mantém-se em virtude das combustões resultantes da transformação dos alimentos e da sua destruição.

Queimando 100 grs. de proteínas em um calorímetro, produzimos 430 calorias; queimando essas proteínas no nosso organismo, só produzem 400 calorias utilizadas e 30 calorias que são eliminadas pelas urinas; 100 grs. de hidratos de carbono produzem aproximadamente 400 calorias. Foi fazendo o estudo das proteínas, das gorduras e dos hidratos de carbono, que se chegou ao estudo do valor energético dos alimentos. Chegou-se assim à conclusão que cada grama de hidrato de carbono tem o valor energético de 4 calorias; cada grama de proteína, tendo em conta o que se perde pela urina, vale outras 4 calorias e cada grama de gordura vale 9 calorias.

As reacções químicas de transformação, como dissemos, vão até à destruição das moléculas dos princípios que entram com os alimentos; hoje já se conhece como é grande o potencial de energia que se consegue com a cisão do átomo, porque toda a gente tem hoje conhecimento dos estudos sobre energia atômica e assim se pode compreender como essas operações passadas dentro do nosso organismo, são geradoras da energia necessária para a vida.

As reacções químicas metabólicas são, sucessivamente, demolidoras, catabólicas e geradoras de calor e de energia.

Para fazer um estudo da alimentação que convém a cada pessoa, é conveniente estudar as necessidades de calorías que essa pessoa tem, que diverge conforme o género da vida que leva. Para fazermos um cálculo médio, dividimos os homens nos quatro grupos de actividades, indicando as necessidades normais para cada grupo.

a) *Profissões sedentárias* — Intelectuais, advogados, médicos, empregados de escritório, etc. A necessidade para uma pessoa de 65 a 70 quilos é, em média, de 2.500 calorías.

b) *Actividades médias* — Trabalhos persistentes, mas sentados ou de pé com bastante movimento; Caixeiros, porteiros, sapateiros, etc. A necessidade média é de 3.000 calorías.

c) *Grande actividade* — Pedreiros, metalúrgicos, carpinteiros, etc. Precisam de 3.500 calorías.

d) *Esforços grandes* — Mineiros, cavadores, carregadores, desportos violentos, etc. Precisam de mais de 4.000 calorías.

É claro que devemos entrar em linha de conta para cada caso com as condições particulares de trabalho de cada um.

É fundamental considerar que o trabalho digestivo tem muita importância na assimilação dos alimentos; já nos temos referido mais circunstanciadamente às perturbações da digestão, que é necessário vigiar para que a assimilação seja boa ⁽¹⁾.

(1) Veja os artigos: «Embaraço gástrico — Más digestões» (n.º 6 dos «Estudos») — As Dores do Estômago (n.º 7) — As perturbações digestivas das crianças (n.ºs 9, 10 e 13) — Resumo das Funções Digestivas (n.º 16).

Vamos a seguir dar alguns números indicadores da composição dos principais alimentos, em proteínas (P), gorduras (G) e hidratos de carbono (HC), bem como o valor das calorías produzidas por cada um. Estes números referem-se a 100 grs. de cada alimento, depois de separados os ossos, peles, carços, etc.

Para o estabelecimento da alimentação que convém é conveniente que esta seja mista, com maior ou menor predominância dos elementos, conforme a constituição da pessoa.

ALIMENTOS	P	G	HC	Calorias
<i>CARNES</i>				
Carne de vaca (magra)	20,6	3,5	0,6	120
Id., meio magra	19,9	7,8	0,4	156
Id., gorda	18,9	24,5	0,8	307
Carne de vitela, magra	21,7	3,1	0,5	120
» » porco, magra	20,1	6,3	0,4	143
» » » gorda	15,1	35,0	0,3	389
» » carneiro, magra	20,1	6,3	0,4	143
» » » gorda	17	28,4	0,3	335
Fígado	19,9	3,7	3,3	130
Rins	18,4	4,5	0,4	110
Presunto	25	35	—	428
Galinha	20	4,5	—	125
Pato	22,2	30	—	345
Pombo	22,1	1	0,5	102
Foie-Gras	14,4	43,5	1,9	471
<i>PEIXES</i>				
Enguias	12,2	27,5	—	306
Trutas	19,2	2,1	—	98
Pescada	16,9	0,3	—	71
Linguado	14,6	0,5	—	65
Sardinhas em azeite	23,9	14,4	1,3	244
Carne da lagosta	14,5	1,8	0,1	77
<i>LEITE E DERIVADOS</i>				
Leite de vaca	3,4	3,6	4,8	67
» » cabra	3,6	3,9	4,7	70
Nata	3,5	20	3,5	215
Queijos gordos	16	37	1,7	415
Coalhada	17,2	1,2	4	98
<i>GORDURAS E ÓLEOS</i>				
Manteiga de vaca	0,7	83,7	0,8	785
» » porco	0,3	99,5	—	925

ESTUDOS

Margarina	0,5	84,6	0,4	791
Azeite	—	99,4	0,2	925

OVOS

Ovo de galinha (1 = 50 gr.)	5,6	5,3	0,3	74
Gema (1 = 15,5 gr. apr.)	2,5	4,9	0,04	57
Clara (1 = 29,5 gr. apr.)	3,8	—	0,2	16

PAO, FARINHAS, ETC.

Farinha de trigo fina	10,7	1,1	74,7	360
» » centeio	5,5	0,4	80,6	357
Amido de milho (maizena)	1,2	—	85,5	358
Arroz	7,9	0,5	77,5	356
Semola	11	0,5	77,8	364
Flocos de aveia	13,5	5,9	67	347
Tapioca	0,7	0,2	84,4	351

FRUTOS, SEMENTES E TUBÉRCULOS

Lentilhas	26,4	1,9	52,8	341
Ervilhas secas	23,4	1,9	52,7	330
Feijão branco	25,7	1,7	47,3	315
Batata	2	—	20	90
Nozes (sem casca)	16,7	62,6	7,2	682
Amêndoas secas	21,4	53,2	13,2	637
Castanhas (sem casca)	6,1	4,1	39,7	226

FRUTAS

Maçãs	0,4	0,65	13,3	59
Peras	0,4	0,27	13,6	59
Cerejas	0,8	0,68	16	62
Laranjas	0,8	1,35	12,6	71
Tangerinas	0,8	1,42	8,5	44
Bananas	1,3	0,38	22,8	100
Azeitonas	3,2	39,6	8,6	417
Morangos	1,3	2,35	7,5	45
Uvas	0,7	0,77	17,7	79
Melão	0,8	0,1	6,4	30

HORTALIÇAS E VERDURAS

Couve	4,9	0,9	10,3	71
» lombarda	1,7	0,2	4,8	29
Couveflor	2,5	0,3	4,6	32
Tomate	1	0,2	4	26
Abóbora	1,1	0,1	6,5	32

Cenouras	1,3	0,1	6,8	34
Espinafres	2,3	0,3	1,8	20
Alfaces	1,4	0,3	1,8	16
Feijão verde	1,8	0,2	3,9	35
<i>VÁRIOS</i>				
Chocolate	5,5	20	70	500
Cacau em pó	22,3	26	31	465
Mel	0,4	—	81	334
<i>BEBIDAS</i>				
Vinho branco (médio)	7,5	0,1	60	
» tinto (médio)	8,2			
» do Porto	16,2	6	141	
Champanhe seco	10,4	0,53	81	
» doce	9,5	10,95	110	
Conhaque	48	—	336	
Whisky	49	—	343	
Licor (Benedictine)	38,5	32,6	403	
Cerveja (média)	3,5 a 5	4,7	45 a 70	

DOENÇAS DO FÍGADO

IX

INFECÇÃO DAS VIAS BILIARES. ANGIOCOLITE, COLECISTE, HEPATITE E ENDOCARDITE BILIAR

No estado normal, os canais biliares, a vesícula biliar e a bilis são asépticas, não contêm qualquer micróbio, tanto no homem como nos outros animais. Mesmo que a bilis se derrame para o peritoneu, não provoca peritonite.

A bilis não é antiséptica, não é microbicida, mas é um meio de cultura muito favorável para os micróbios, que se desenvolvem admiravelmente nela.

Como se efectua a infecção das vias biliares? — Os canais biliares são geralmente asépticos, o que não sucede na última porção do canal coledoque, onde se têm encontrado numerosos bacilos que vêm do duodeno, onde existem em grande quantidade e, por isso, o duodeno representa sempre um perigo de infecção dos canais biliares (1). A infecção

(1) Mais uma razão para procurar manter sempre o duodeno livre das infecções, o que se consegue, em grande parte com o uso regular da Lactosimbiosina, tão aconselhável nos doentes dos intestinos e do fígado.

faz-se sempre por via ascendente, dos canais para a vesícula e para o fígado; pode no entanto fazer-se por via sanguínea.

Gilbert, Netter e Girode fizeram um estudo experimental da infecção biliar, laqueando o canal coledoque; a laqueação provocou a paragem da circulação da bilis e um traumatismo das paredes do coledoque, duas condições que favoreciam a penetração dos micróbios. Esta experiência mostrou que o mesmo estado se pode produzir quando se dá a obstrução do canal coledoque por um cálculo; com efeito, o cálculo opõe-se assim à circulação da bilis e provoca traumatismo e erosão na mucosa da parede do canal; desde então, o terreno está preparado e a porta fica aberta para uma infecção; é assim que nascem as lesões supurativas dos canais (*angiocolite*), da vesícula (*colecistite*) e do fígado (*hepatite e abcesso*).

A infecção calculosa das vias biliares (*angiocolite, colecistite e abcesso do fígado*) aparecem geralmente nas pessoas que já tiveram outros acidentes da litíase biliar ⁽¹⁾, cólicas hepáticas ⁽²⁾, icterícia, congestão e tumefacção do fígado ⁽³⁾, cirroses ⁽⁴⁾, dores no abdómen direito, etc. Por vezes faltam estes acidentes; não existem ou apareceram há tanto tempo que o doente não os liga com a infecção actual.

A febre é em geral o sintoma mais evidente (*Chauffard*); não é a *febre satélite* das migrações calculosas ⁽⁵⁾, mas sim uma febre de infecção, intermitente e caracterizada, como a febre satélite, por arrepios mais ou menos violentos, com elevação de temperatura que pode ir até 39° ou 40° e com grandes suores a seguir ao acesso. Estes acessos reaparecem à tarde, à noite, todos os dias ou de 2 em 2 dias, com aparência de febres palustres. O período sem febre que separa os acessos ou é completo (forma intermitente) ou incompleto (forma remitente); a febre pode mesmo persistir, tendo apenas ligeiras remissões (forma contínua) o que é de um prognóstico mais grave.

A febre intermitente bilio-sética pode acompanhar todas as localizações da infecção biliar; é, sobretudo, com a infecção hepática que ela atinge maior intensidade; é pequena ou pode mesmo não existir na colecistite.

ANGIOLITE - HEPATITE:—A angiocolite pode atingir os vasos biliares extra ou intra-hepáticos; neste último caso, dominam as lesões do fígado, com formação de abcessos disseminados. *Chauffard* descreveu os abcessos que se formam em todo o tecido do fígado, com o nome de *abcessos areolares*, com formas e dimensões diversas e podendo ter origens diferentes; uns são formados nas dilatações cilíndricas ou empo-

⁽¹⁾ Veja o n.º 15 dos «Estudos».

⁽²⁾ Veja o n.º 16 e 18 dos «Estudos».

⁽³⁾ Veja o n.º 13 dos «Estudos».

⁽⁴⁾ Veja o n.º 14 dos «Estudos».

⁽⁵⁾ Veja o n.º 18 dos «Estudos».

lares dos canais biliares e não devem ser classificados como verdadeiros abscessos; outros, verdadeiros abscessos, muito mais frequentes, formam-se no tecido conjuntivo que cerca os canais (*peri-angiocolite supurada*). A rotura de um canal biliar dilatado no tecido do fígado, pode também dar origem a um abscesso volumoso.

O líquido purulento dos abscessos biliares é esbranquiçado, amarelo esverdeado ou acastanhado; contém areias biliares e detritos de tecido hepático.

COLECISTITE CALCULOSA: — Os cálculos biliares podem formar-se excepcionalmente no fígado, mas nascem quase sempre na vesícula biliar. O número dos cálculos pode ser considerável, mas pode também existir só um, com as dimensões de uma avelã, de um ovo ou mesmo maiores. Os cálculos podem permanecer durante muito tempo na vesícula, sem provocarem colecistite, mas quando a vesícula se infecta esta calculose transforma-se em «colecistite calculosa».

A *colecistite calculosa* pode apresentar-se sob vários aspectos. O tipo mais frequente é aquele em que a vesícula está diminuída de volume, como que atrofiada, podendo atrofiar-se a parede de tal maneira que parece ter a aparência de um volume pequeno, uma bola irregular. Em outro tipo, mais raro, da *colecistite calculosa*, o volume por vezes, é grande; as paredes da vesícula mostram-se esclerosadas, como se fossem feitas de cartão, hipertrofiadas, espessas e a sua cavidade aumenta. O volume não é devido ao líquido que, em geral, é pouco, mas sim à enorme espessura das paredes.

Estas colecistites calculosas chegam a formar uma grande saliência no fígado, que se apalpa quando se explora o seu bordo inferior.

Além dos dois tipos a que nos acabamos de referir, da «colecistite esclero-atrófica», que se encontra frequentemente e da «esclero-hipertrofica» que é muito rara, encontra-se um terceiro tipo, representado por uma grande dilatação da vesícula com adelgaçamento das suas paredes e acumulação de uma grande quantidade de líquido dentro; esta *hidropisia da vesícula* está habitualmente associada a uma obliteração do canal cístico; o líquido é incolor ou corado pela bilis; forma-se um volume pediculizado, para o que contribui o canal cístico; este volume desce para o abdomen, onde pode simular um tumor abdominal.

Podem estabelecer-se aderências entre a vesícula e os órgãos vizinhos (intestino, piloro, canal cístico, etc.), ulcerações, perfurações ou fístulas, dando origem a complicações a que já nos referimos.

O tratamento aconselhável é a operação, mas os doentes hepáticos devem sempre fazer o tratamento preventivo a que nos referimos em artigos anteriores, para evitarem, tanto quanto possível, a colecistite e as suas complicações.

Pode também aparecer a obliteração constante do canal coledoque, por grandes cálculos, e que indica uma operação que, muitas vezes, conduz à cura; mas a operação é aconselhável ser precoce e não tardia.

Sempre que aparecerem dores, deve fazer-se o tratamento aconselhado nos artigos sobre a «Cólica hepática» que publicámos no n.º 16 dos «Estudos».

Nos próximos artigos ocupar-nos-emos das *ictericias*.

«A FADIGA DOS ESTUDANTES»

As queixas dos alunos, dos professores e dos pais dos estudantes contra os programas excessivos e, ao que lhes parece, exagerados em relação à finalidade dos estudos, não são frequentes somente em Portugal, mas em muitos países; por isso este problema tem sido objecto de estudos de especialistas da educação e deu origem a um colóquio organizado pelo «Centro Nacional da Infância», em Paris, entre 13 e 15 de Dezembro de 1962, que julgamos ter muito interesse e ao qual nos vamos referir.

A «fadiga» é o resultado de um esforço. Mas a importância do esforço, isto é, o grau de fadiga, estará em proporção com o trabalho do esforço realizado? — Até que ponto se poderá indicar qual é o limite que nos indica a necessidade de intervir? — De que maneira se manifesta essa fadiga? — Em que condições se pode temer a sua irreversibilidade, isto é, o aparecimento do esgotamento?

Foram estes os problemas postos à consideração dos especialistas que tomaram parte no colóquio, que tinha como finalidade:

a) Tomar conhecimento, em primeiro lugar, de algumas experiências notáveis que estão neste momento a fazer-se em vários países da Europa.

b) Desenvolver, a seguir, a complexidade do síndrome «fadiga», não só nas suas manifestações, mas mais ainda nas suas causas.

c) A chamar a atenção, por um lado, dos médicos e igualmente dos pedagogos sobre a necessidade de organizar equipas mistas de estudo do problema, constituídas por fisiologistas, psicólogos e sociólogos.

d) Por fim, a mostrar quais as melhorias que poderão vir a actuar útilmente, sejam de que natureza forem, com o fim de procurar evitar os efeitos nocivos das causas mais evidentes e mais generalizadas.

A seguir, vamos dar um resumo dos debates de alguns problemas e das conclusões a que se chegou.

Métodos e resultados: — Analisando as respostas a um questionário de 4 páginas distribuído a cerca de 10.000 alunos das escolas, primárias, técnicas e secundárias, em Paris e nas províncias, com idades entre os 11 e os 18 anos, *Mme. H. Gratiot-Alphandéry*, do Laboratório de Psicologia da Criança, de Paris, obteve os seguintes resultados:

— Diferenças notadas entre as respostas de rapazes e de raparigas; estas são mais expostas à fadiga, do que os rapazes.

— A fadiga aumenta em proporção com a idade.

— Há muitas variações nos sintomas, quer da constituição física ou psíquica, nos casos mais avançados e nos remédios propostos por cada aluno.

Paralelamente, distribuíram-se outros questionários aos professores, a fim de fazer um estudo comparativo.

O Dr. *E. A. Sand*, do Laboratório de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Bruxelas, interpreta os resultados de um inquérito efectuado igualmente por questionários enviados a 322 casais de pais de alunos, na região de Bruxelas; fez uma estatística, baseada sobre certo número de verificações, independentemente das causas e efeitos e concluiu que nos alunos fisicamente e mentalmente sãos, os sinais de fadiga observam-se essencialmente nos alunos externos ou naqueles em que os factores extra-escolares intervêm com certa intensidade.

O Dr. *F. Janda*, de Praga, pôs em evidência o esforço estático que representa para a musculatura, a manutenção, quer da posição imobilizada em um banco ou cadeira da aula, quer da posição especial para escrever ou para a leitura, que produz em pouco tempo uma fadiga sensível, a qual pode chegar a ser intensa, sobretudo nos alunos de menor idade; esta fadiga desaparece se passarem a praticar uma actividade física, sobretudo ao ar livre.

Os estudos feitos por vários observadores em vários países, levaram às seguintes conclusões:

A — *A fadiga é acompanhada de baixa do rendimento escolar.*

O Dr. *Janda* diz que tanto no meio escolar como em qualquer outro, toda a baixa de capacidade de trabalho provocado pela fadiga (ou pela saturação provocada por uma actividade passiva e receptiva em excesso) traduz-se nas experiências feitas, por uma baixa da velocidade e da precisão, do raciocínio ou do trabalho, por um aumento do número de erros e das dificuldades da compreensão da concentração e da atenção.

B — *A fadiga do aluno, manifesta-se igualmente por perturbações do comportamento psicomotor. O estudo destas perturbações pode fornecer resultados apreciáveis, mesmo sob o ponto de vista quantitativo.*

M. J. Naeslund do Instituto Psicológico de Estocolmo, apresentou um estudo demonstrado por fotografias, mostrando os resultados obtidos

quando a lição é «pronunciada» pelo professor ou quando este requer a participação mental activa de cada um. A atitude dos alunos nos seus bancos varia completamente em qualquer dos casos.

O estudo foi feito com uma técnica de observação por fotografias ou por filmes, obtidas em um aparelho dissimulado na parede da aula.

Takala diz que a fadiga ou a saturação pode manifestar-se por duas atitudes opostas do aluno, que são a baixa da atenção, bocejos, vontade invencível de fechar os olhos e sonolência em alguns deles e manifestações contrárias em outros, que apresentam aumento da actividade psico-motora, com agitação, muitas vezes ritmada, nas pernas.

CAUSAS: — As causas da fadiga dos estudantes são muito variadas.

Entre as causas physio-patológicas, foram verificadas:

a) a *tuberculose*, na sua fase primária, de invasão do organismo.
 b) *insuficiências alimentares*, mais evidentes nos países sob-desenvolvidos, mas que também são frequentes em alguns países considerados como desenvolvidos (conclusões do *Dr. Borjeson* de Estocolmo e *Dr. Zembrano*, de Roma).

c) *insuficiência do sono* (observações do *Dr. Doumic*, de Paris), que afecta o psiquismo da criança ou do adolescente e que se repercute no rendimento escolar.

No decorrer do colóquio entre os vários cientistas foi frequentemente considerada como uma causa, o crescimento e a instalação do período da puberdade; no entanto o *Prof. Tunner* de Londres, afirma que nunca ninguém, nos colóquios, o pôde demonstrar cabalmente.

Das outras causas, foram verificados muitos relatos referentes à influência dos pais (observações feitas pelo *Dr. Christians*, de Lille), do meio e das actividades extra-escolares (*Dr. E. Sund*, de Bruxelas), das condições do trabalho no meio escolar (*Mme. E. Hatinguais*, de Sévres e *M. Langeland*, de Oslo), de excesso dos trabalhos escolares (*Mme. Brunschwig*, de Paris), incoerências persistentes no equilíbrio entre o trabalho e os recreios (*Dr. Douady*, de Paris).

Se algumas destas causas provocam muitas vezes a fadiga, foi aceite pela maioria o relato do Ministério da Educação Nacional de França, que aponta como causa máxima, a má divisão dos tempos entre o trabalho e o recreio, sobretudo nas crianças fracas ou de constituição nervosa.

REMÉDIOS: — Basta a divergência apresentada por alguns cientistas, sobre as causas em virtude das dificuldades de diagnóstico, para se concluir que é difícil estabelecer um sistema regular dos remédios a aplicar.

Debré e *Douady* consideraram com aplauso geral, que tal como sempre que é difícil ter certezas sobre as conclusões do estudo científico de uma doença, devemos estudar a aplicação das medidas provisórias mais próprias para melhorar o doente; mais tarde, à medida que os

estudos progredirem, modificaremos o tratamento, se for necessário. Ora, se é relativamente utópico contar com uma reforma completa do ensino, tal como os pedagogos o desejam, podem e devem esperar-se algumas medidas, aparentemente simples, tendentes a melhorar a situação. Foram consideradas como as mais importantes, as seguintes:

1 — No «plano médico», velar pelo respeito das regras elementares de saúde, sobre a alimentação, o sono e a actividade espontânea: acompanhar atentamente a vigilância médico-pedagógica sistemática das crianças fracas, sobretudo no período da preparação para os exames.

2 — No «plano pedagógico», aumentar a participação activa dos alunos na aula, procurando evitar o aborrecimento, a lassidão, a sensação de saciedade e desinteresse. Estabelecer previamente o horário e o calendário escolar, em relação com a idade e com o adiantamento mental e motor. Devemos esforçar-nos para procurar evitar a ansiedade ligada aos exames e planificar cuidadosamente os exercícios a fazer em casa.

O sistema das lições em diálogo ou colóquio é muito útil. A lição em discurso é sempre fatigante e não mantém o interesse do aluno; a feita em diálogo, aqui e além, já interessa mais os alunos; a feita em colóquio interessa muito mais e mantém às vezes a curiosidade e o interesse pelo curso e pela forma como decorre o colóquio.

É conveniente estudar o género que mais convirá ao assunto a ensinar e à psicologia do curso. Como média, será interessante, uma lição até 20 minutos o máximo, mais 20 a 40 minutos de diálogo e de colóquio, excitando o brio dos mais atentos e que dão mostras de maior instrução e inteligência, destacando a propriedade e rapidez das respostas; este destaque aumenta o interesse.

CONCLUSÃO: — Pelo que acabámos de descrever se conclui que não é possível estabelecer regras fixas, mas sim estudar o sistema que melhor resultado dará, em relação com a matéria a ensinar e a psicologia do grupo que constitui o curso.

É sempre conveniente que o director da escola organize colóquios entre os professores, três a seis vezes durante o ano, para apresentarem o resultado das suas observações e assentarem sobre as modificações a fazer para melhorar o ensino na sua aula. É este uma das funções inteligentes do director, que deve requerer a colaboração dos professores e combater as opiniões pré-formadas fixas, que exprimem sempre orgulho e falta de ginástica mental.

Além deste sistema geral têm de trabalhar em conjunto, o professor e o médico, no intuito de melhor conhecerem os alunos e tirar deles o melhor rendimento sem exigir esforços mentais exagerados.

Verificar-se-á se uma das causas de preguiça será uma insuficiência tiroideia; se há fraqueza geral deve procurar-se tratá-la. Lembrar sempre

a regra «o monólogo fadiga, o diálogo interessa a atenção e excita o raciocínio».

Muitas vezes, a falta de atenção corresponde a uma fadiga cerebral, a falta de resistência para manter a atenção e excitar a memória. Como explicámos em artigos anteriores, nestes casos está aconselhado um tónico cerebral; e o que melhores resultados tem dado há muitos anos consiste em fazer a opoterapia cerebral, por meio do Opocer (uma colher de sopa de Opocer em pó) ou 2 a 5 comprimidos de Opocer no princípio de cada refeição. A dose pode aumentar-se nos períodos que antecedem os exames. Quando a fadiga cerebral aparece como um sintoma local de fraqueza geral, está aconselhado o Opohemol na dose de 1 colher de sopa a cada refeição, que se pode juntar com o Opocer.

A INFLUÊNCIA DO SISTEMA NERVOSO SOBRE AS DOENÇAS DA PELE

Sabemos que muitas doenças de pele estão ligadas a manifestações de perturbações nervosas. Este problema deu origem a um dos colóquios das *Sessões de Bichat*, que foi dirigido pelo professor de dermatologia e de sifilografia, *Daniel Colomb* e que vem referido no número 74 da «*Semaine Medicale*» (38.º ano) de 8 de Outubro de 1962, de que transcrevemos as principais perguntas (P) e respostas (R):

P. — *Pretende-se que a dermatologia é uma das especialidades em que se encontram mais afecções psico-somáticas e em que o papel dos factores emocionais e psíquicos se encontra frequentemente, às vezes como motivo fundamental. Qual é a opinião e experiência neste sentido?*

R. — A experiência permite-me ligar a estes problemas, uma importância, progressivamente maior; quando se tem o hábito de interrogar sistematicamente os doentes, verificamos a frequência com que os factores psico-emocionais intervêm na causa e aparecimento das doenças da pele. O funcionamento das consultas hospitalares e as necessidades do ensino, obrigam-nos a interrogar e a examinar os doentes, na presença de muitas pessoas, o que evidentemente torna difícil a evidência dos factores de origem nervosa; o resultado é muito melhor nas consultas particulares.

P. — *Quando se encontra um factor psico-emocional, pode este ser o causador da dermatose?*

R. — Não; é preciso evitar o excesso que leva a querer explicar tudo pela psico-somática. Mesmo quando estes factores parecem ter um papel primordial, há outros factores etiológicos que provocam a doença; os factores psico-emocionais só foram um elemento que sobreveio e que

determinou o aparecimento do mal. Segundo a nossa opinião, os factores psico-emocionais intervêm perturbando o terreno e tornando possível a intervenção de outros factores que, só por si, não eram suficientes para provocar a manifestação da doença.

P. — *Quando aparecem perturbações neuro-psíquicas e dermatológicas ao mesmo tempo, a causa determinante do aparecimento da dermatose é sempre de origem psíquica?*

R. — Não. É necessário eliminar uma simples coincidência; em seguida é preciso saber que a relação entre a causa e o efeito pode ter um sentido diferente, sobretudo nas mulheres e particularmente nas jovens, em quem a existência de uma dermatose extensa, inestética, que resiste aos medicamentos, pode originar complexos de inferioridade pelos reflexos que provoca e contribuir para a manter e tornar inacessível aos medicamentos, criando então um círculo vicioso que torna ainda mais imperativa a necessidade de actuar sobre o factor psíquico.

P. — *Como é que poderá explicar qual é o meio de acção dos factores psíquicos para provocarem uma dermatose orgânica?*

R. — A maneira de compreender o mecanismo elementar que liga a perturbação emotiva à doença da pele, consiste em estudar aquilo a que se pode chamar as reacções dermatológicas emotivas elementares. Elas não constituem doenças pròpriamente ditas, ainda que em certos casos as pessoas podem ter um incómodo tão grande que exijam um tratamento; estes reflexos emotivos, que parece serem de origem central e que aparecem em pessoas com debilidade nervosa, vago-linfáticos, manifestam-se por sinais vaso-motores e sudorais acompanhados de taquicardias, modificações da tensão arterial e do ritmo respiratório, espasmos digestivos, diarreia, lágrimas e modificação da secreção salivar.

As principais destas reacções emotivas são o eritema emotivo, um eritema púdic, em geral menos conhecido e que pode levar a erros de diagnóstico, os suores (hiperidrose emotiva), quedas de cabelo (calvicie emotiva) e, em uma fase mais adiantada, cai-se nas dermatoses pròpriamente ditas, como por exemplo a dermatografia ou a urticária emotiva aguda.

A possibilidade do aparecimento de manifestações orgânicas sob a influência de perturbações emotivas agudas, está amplamente demonstrada. É fácil compreender que um aumento permanente de uma tensão emocional gerada por situações conflituosas pode provocar perturbações que caminhem para a cronicidade, perdendo a intensidade aguda e que podem ser a causa de lesões dermatológicas duráveis.

P. — *Além destas reacções dermatológicas elementares, quais são as grandes dermatoses orgânicas em que esses factores podem intervir?*

R. — Em um grande número de doenças da pele, pode verificar-se a influência de um factor psico-emocional no aparecimento de um ata-

que evolutivo, mas estes factores não são a causa determinante, mas sim acessórios. As doenças dermatológicas onde parece terem um papel importante são, por um lado, o lichen plano e a nervo-dermite da nuca, onde sobrevêm frequentemente pruridos, a seguir a qualquer embaraço mental; a seguir vêm a pelada e a psoríasis, em que a intervenção daqueles factores, é menos evidente. Os pruridos a que nos referimos, podem aparecer em qualquer parte do corpo e mantêm-se, pelo menos enquanto dura o estado emocional agudo, como na resposta a uma pergunta difícil ou o ser encontrado de repente em uma situação desagradável.

P. — Para a formação das «peladas» têm grande importância os factores emocionais?

R. — Sim, ainda que o facto de os procurar investigar sistemáticamente, não nos dispense de tentar pôr em evidência os outros factores causadores da pelada, que são numerosos. Quando exibem perturbações de ordem psico-emocional, elas não se apresentam sempre com evidência à primeira vista, como, por exemplo, no decurso de um lichen plano ou de uma neurodermite, porque os doentes atingidos de pelada, em geral não se abrem facilmente.

P. — É sobre a psoríasis, qual é a sua opinião?

R. — Não podemos ligar somente a estas perturbações psíquicas, o problema tão mal conhecido da etiopatogenia da psoríasis, em que intervêm muitos outros factores, ou constitucionais, ou diatésicos e, particularmente, metabólicos. Julgo no entanto que é muito importante o papel dos factores psico-emocionais na eclosão da psoríasis ou nas manifestações ulteriores das suas exacerbações.

O estudo do terreno mental dos psorisiacos deve ser feito com um grande espírito de crítica. É especialmente quando se estudam as psoríasis infantis que se dá conta da importância dos factores psico-emocionais nesta doença.

P. — Que devemos pensar das manifestações cutâneas da histeria e o que é que V. entende, quando está em presença de certas manifestações dermatológicas?

R. — Acerca do problema das manifestações cutâneas que aparecem no decurso de uma grande crise de histeria e que já eram descritas nos livros antigos, só posso dizer que nunca tive ocasião de as observar. Pelo contrário, muitas vezes durante o ano, tenho classificado e discutido o diagnóstico, em presença de lesões que não se enquadram pelo seu aspecto clínico e evolutivo, no quadro das dermatoses orgânicas conhecidas. O termo «patomania» foi criado por *Diculafoy*, para designar as dermatoses criadas pelo próprio doente. No plano psiquiátrico, o grupo mais interessante é o dos simuladores não interessados, que criam lesões ou doenças sem a isso serem levados por um interesse material, ou pelo menos sem que este interesse seja absolutamente consciente e evidente no primeiro plano; no entanto, o psiquiatra

poderá às vezes pôr em evidência os motivos mais obscuros, às vezes totalmente inconscientes; em geral são inadaptados à sua situação, pessoas com falsas vocações, antigos doentes não readaptáveis, o desejo de se tornarem interessantes ou meio de assegurar os seus desígnios sobre uma pessoa querida. Em outros casos, quando não se encontra qualquer razão é porque o doente é um mitomano puro.

P. — *Que tratamento aconselha?*

R. — Se o diagnóstico demonstrar a influência psíquica na causa ou no agravamento da dermatose, devemos actuar, procurando o tratamento psicoterápico para afastar a preocupação, o motivo que determina o estado psíquico causador ou agravador do mal. Localmente devemos empregar os sedativos clássicos e, preferivelmente, a rica gama dos tranquilizantes modernos, que prestam indiscutivelmente, grandes serviços ⁽¹⁾.

Nos outros casos, ou quando o estado nervoso foi precedido ou seguido por qualquer dermatose, deve procurar-se tratar esta. É grande o número de dermatoses e são inúmeros os medicamentos aconselhados. No entanto para o tratamento local dos eczemas, psoríase, herpes, impingens e, em geral, de todas as dermatoses, um medicamento aconselhável é o Cadichtiol, que é um preparado de ictiolamónio, óleo de cade, óxido de zinco e ácido salicílico.

Constitui assim uma pomada de grande utilidade no tratamento dermatológico, em virtude da nitidez de acção dos seus constituintes e da multiplicidade de acções terapêuticas. Deve aplicar-se uma a quatro vezes por dia, conforme a intensidade da dermatose.

Muitas vezes a dermatose é provocada ou entretida pelo uso de sabões irritantes.

Por isso todas as pessoas cuja pele não seja sã, seja áspera, devem usar o sabonete Sanoderma, que tranforma a pele áspera, descamativa, em lisa e aveludada; é especialmente indicada para as crianças, cuja pele muito sensível, é facilmente atingida, dando origem a erupções e a dermatoses.

⁽¹⁾ Destes, o que julgamos aconselhável por ser isento de perigos e poder tomar-se simultaneamente com qualquer outro tratamento, é o Probamato na dose de 1 a 3 comprimidos por dia, até desaparecer por completo a excitação ou a preocupação. Nas mulheres é preferível o Probonar, que é uma associação de Probamato a hormonas ováricas, que são a causa frequente das perturbações nervosas das mulheres, sobretudo nos períodos mensais e mesmo depois da menopausa.

CURIOSIDADES

A pele respira e num banho normal absorve 50 gramas de líquido —

No 86.º Congresso da Sociedade Alemã de Balneologia, Bioclimatologia e Medicina Física, recentemente realizado em Munique, discutiram-se alguns resultados fundamentais da investigação neste domínio. Os principais temas do Congresso, no qual também participaram investigadores e especialistas de numerosos países europeus, foram a «Aplicação de Isótopos Radioactivos na Medicina Física e na Balneologia», assim como «Bases e Aplicação da Electromiografia». Ambos os temas referem-se a problemas que hoje estão no fulcro da investigação e terão grande importância para o desenvolvimento da medicina física, segundo constatou o especialista de Munique dr. Hans von Braunbehrens.

Para a medicina são de importância decisiva as conclusões a que se chegou sobre a maneira e a forma em que a pele humana absorve da água as substâncias medicinais dos banhos minerais ou radioactivos. A experiência ensina que os banhos exercem influência sobre todo o estado do paciente. Marcando radioactivamente substâncias minerais contidas em determinados banhos, os cientistas puderam seguir o caminho destas substâncias através da pele. Mesmo os especialistas ficaram surpreendidos ante o resultado que a maior parte das substâncias só penetram no organismo em quantidades mínimas; a maior parte das substâncias minerais depositam-se nas células vivas da epiderme. Os efeitos terapêuticos dos banhos só são explicáveis pelos processos químico e físico extremamente complicados dentro das células da pele. Desempenha papel decisivo neste processo a troca de iões na forma de osmose e de difusão.

A pele humana não respira apenas, também «bebe»! Num banho normal, a pele absorve cerca de 50 gramas de água. Por medições exactas provou-se que dentro de poucos minutos a pele absorve cerca de metade de todas as substâncias contidas na água. Os processos químicos dentro das células exercem forte efeito estimulante sobre os fermentos e sobre as enzimas contidas na célula. É este um dos efeitos essenciais de um banho. Durante este processo químico dentro das células, o organismo expede certas substâncias, facto este que até agora era desconhecido como expôs o dr. Drexel, do Instituto Balneológico de Munique.

O facto de se terem reconhecido estes processos extremamente complicados é motivo para os médicos prosseguirem nas suas investigações. É preciso averiguar, por exemplo, qual o banho mais adequado para uma determinada doença.

É evidente que a marcação radioactiva das substâncias contidas na água significa uma ajuda essencial.

A electromiografia, ou seja a medição de correntes eléctricas em determinados músculos, abre novas possibilidades à medicina. Por meio do electromiograma podem-se determinar estados de cansaço, assim como também o funcionamento de determinados músculos. É de crer que a miografia desempenhará dentro em breve um papel importante em numerosos diagnósticos.

★ ★ ★ — **Um remédio** — Um professor da célebre universidade de Harvard disse na aula:

«A moralidade é uma questão de geografia. Em certos países os homens têm o direito de possuir um número infinito de mulheres, mas é-lhes proibido o álcool. Nos Estados Unidos nós estamos condenados a não ter mais duma mulher, mas, para a podermos suportar, somos autorizados a beber o álcool necessário.

★ ★ ★ — Doutor, quer examinar o nosso bebé?

— Certamente. Mas ele tem um excelente ar de saúde.

— Sim, mas oferecem-nos um carrinho de criança em muito boas condições e nós queremos saber se vale a pena.



Assinatura dos Estudos

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

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

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

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

Toda a correspondência sobre assinaturas deve ser dirigida a:

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

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

- ANGOLA — Sucursal do «Sanitas» — Luanda — R. Pereira Forjaz, 227 — C. P. 158.
- AFR. ORIENTAL — > > — Lourenço Marques — Prédio Nauticus — C. P. 12.
- GUINÉ — Proquil — Bissau — C. P. 28.
- S. TOMÉ — Farmácia Império — C. P. 5.

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

A melhor maneira de procurar contrariar o ataque da gripe consiste em reforçar as defesas do organismo contra as infecções tomando o Rutinicê Fortíssimo (2 a 6 comprimidos por dia).

A Vitamina C fortalece as defesas do organismo e a rutina combate a fragilidade dos vasos e, portanto, as hemorragias tão prejudiciais nos brônquios, no nariz e, sobretudo, nas artérias cerebrais ou da retina, que tão graves são.

Combatei a

HIPERACIDEZ DO ESTÔMAGO

com comprimidos de *Gelumina*

DIGESTÕES DEMORADAS

com *Neo-Digestina* que facilita a digestão e *Gelumina* que combate a irritação das paredes do estômago e facilita a expulsão do bolo alimentar

DIGESTÕES DOLOROSAS

com *Gelumina* para proteger a parede do estômago e evitar a formação da úlcera

com *Sanul* no caso de já existir úlcera ou tendência para a sua formação

com *Espasmo-Dibar*, supositórios, para combater qualquer dos resultados dos espasmos dolorosos provocados pela inflamação das paredes do estômago.