

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

**SUMÁRIO:** **A enxaqueca**, por A. DA ROCHA BRITO. **Da preparação para as colecistografias**, por M. DA SILVA LEAL.

**Movimento nacional** — *A Medicina Contemporânea* (Mieloma múltiplo). *Imprensa Médica* (Asomatognosia). *Clínica, Higiene e Hidrologia* (Displasia polioestótica fibrosa. As vitaminas hidrosolúveis na alimentação dos portugueses. A sífilis adquirida na infância e na senilidade. Hidrologia e Climatologia). *Amatus Lusitanus* (Evolução da concepção patogénica do Mal de Bright. Osteocondrite dissecante. Otorragias. Penicilina intra-arterial). *Arquivos de Clínica Médica* (Aracnoidites espinhais adesivas. Lepra aguda). *Boletim de Assistência Social. Livros e apúsculos* (Formas palúdicas; a cura da malária. A medicina termal portuguesa na época da Restauração. *Lobelia urens*). *Sociedades e Congressos* (XI Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa. Hospitais da Universidade de Coimbra. Instituto António Aurélio da Costa Ferreira. Serviço de Oto-rino-laringologia dos H. C. L. Serviço de Pediatria Médica do Hospital Estefânia. Sociedade Portuguesa de Estomatologia. Sociedade de Dermatologia e Venereologia. Academia das Ciências de Lisboa).

**Revista geral** — **Etiologia da sífilis nervosa**, por J. LÓPEZ IBOR.

**Notas científicas e práticas** — Tratamento das perturbações nutritivas agudas do lactente. Classificação clínica das dispneias. Farmacoterapia da angina de peito. Dicumarina, novo anti-coagulante. Vôos em aeroplano para tratamento da coqueluche. Tratamento da tosse convulsa por vôo artificial em câmara de hipopressão

**ANEXOS** — Pax. **La paranoia collective et le problème de la sécurité**, por LEON LITWINSKI.

A redacção de esta revista responde a tôdas as perguntas que os srs. assinantes lhe dirijam. Está ao dispor para enviar esclarecimentos sôbre assuntos de carácter científico ou profissional sem qualquer encargo.



PARASITÓSES  
ESPIRILÓSES

# Stovarsol

ÁCIDO OXIACETILAMINOFENILARSÍNICO

AMEBIOSE  
CRÓNICA  
ENTEROCOLITE  
LAMBLIOSE  
SIFILIS, PIÂN  
FEBRES RECORRENTES  
ÚLCERA FAGEDÉNICA

ODOTTE  
LEAU

MEDICAÇÃO EUTRÓFICA REGLOBULIZANTE

Comprimidos doseados a:  
0gr.01 - 0gr.05 - 0gr.25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES  
ET USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8<sup>e</sup>)

Representante para Portugal  
SOC. COM. CARLOS FARINHA L.<sup>DA</sup>  
Rua dos Sapateiros, 30, 3.<sup>o</sup>  
LISBOA



# P A X

Com a rendição do Japão terminou a tragédia guerreira que durante seis anos ensanguentou o mundo. Se o coração de todos os homens exulta com tal facto, a nossa alma de portugueses particularmente se alegra, porque com êle volta à mãe pátria o torrão de Timor.

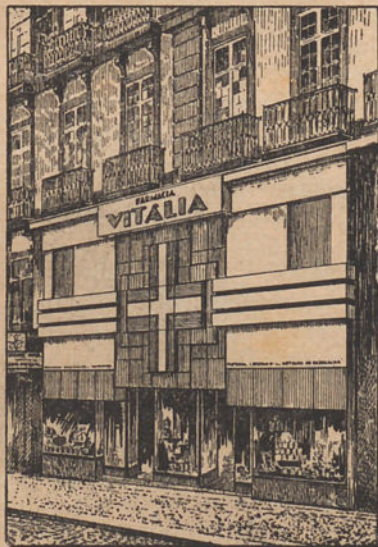
Agora os nossos votos anseiam pela paz, na larga acepção da palavra. Paz que existirá quando do espírito dos homens desaparecer a ambição de predomínio violento de povos e de grupos, e nêle se radicar um verdadeiro espírito de cooperação fraterna.

Tudo o que se fizer para conseguir êste ideal será obra de profilaxia do pior de todos os males, em tarefa da mais vasta medicina social. Por isso fica bem nesta revista médica o trabalho com que Leon Litwinski, ilustre psicólogo, antigo ministro plenipotenciário da Polónia, honra hoje as páginas do «Portugal Médico». A doutrina geral nêle contida pode aplicar-se a qualquer nação conquistadora, e confirma plenamente a indispensabilidade de uma educação psicológica, como factor primacial da prevenção das guerras.

## FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO RIBEIRO DA CUNHA 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÓRTO Telef.: 828 e 4134  
Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises  
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados  
de reconhecido valor terapêutico :

**Cálcio Vitália** — Ampolas de 2,5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

**Cálcio-Vitacê** — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

**Vitabê** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

**Vitabê forte** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

**Vitacê** — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

**Vitacê forte** — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola).



# La paranoïa collective et le problème de la sécurité

par LEON LITWINSKI

SOMMAIRE: I — *Diagnostic neuropsychiatrique d'un cas spécial de paranoïa collective: l'Allemagne.* — 1. Explications historiques, économiques, etc versus les diagnostics psychiatriques. — 2. La peur comme psychose de guerre. — 3. La psychopathologie des collectivités; caractère fictif des divisions dichotomiques. — 4. Conception de la tendance culturelle paranoïaque allemande d'après le Dr. Richard M. Brickner et le Dr. William Brown. — 5. Les symptômes de la paranoïa collective allemande considérés du point de vue psychiatrique élargi. — 6. Les non-paranoïaques. Méthode de mainmise des paranoïaques sur les non-paranoïaques.

II — *Les menaces de la paranoïa collective allemande et le problème de la sécurité* — 1. Mesures immédiates. — 2. Mesures à longue échéance. — 3. Les cliniciens, les psychopathologistes et le public.

## I — Diagnostic neuropsychiatrique d'un cas spécial de paranoïa collective: l'Allemagne.

1 — *Explications historiques, économiques, etc., versus les diagnostics psychiatriques.* — J'ai exposé d'une manière générale dans une étude précédente, intitulée «La Psychologie américaine et les problèmes de la rééducation et de psychopathologie d'après-guerre», les anticipations de la science américaine quant aux problèmes psychologiques et psychopathologiques d'après-guerre. Je me limiterai à présent à la question de l'application qui a été faite aux Etats-Unis, du point de vue neuropsychiatrique pris dans son acception étendue, au problème particulier de diagnostiquer l'agression allemande et d'en donner une thérapeutique.

Politiciens et historiens tendent à expliquer l'agression allemande qui a mis le monde à feu et à sang par des raisons d'ordre politique et économique. Les psychiatres dont il sera question ici reconnaissent l'existence et la portée de ces raisons, mais ils croient qu'elles ne suffisent pas à expliquer la catastrophe qui s'est abattue sur notre planète. Ils estiment que des facteurs comme l'insuffisance d'accès aux matières premières, la pression démographique ou l'encerclement géographique ne sauraient, à eux seuls, expliquer l'agressivité, non seulement de l'Allemagne, mais de n'importe quelle autre nation.

«Si, dit le Dr. Richard M. Brickner, professeur de neurologie clinique à l'Université de Colombie et auteur de «Is Germany incurra-



# CARDIAMINA

*Jaba*

... POSSUI TODAS AS  
PROPRIEDADES  
da CÂNFORA

ampolas  
e  
gotas

*... com vantagem de uma  
acção mais rápida  
podendo aplicar-se  
por via oral, subcutâ-  
nea ou endovenosa.*

O ÚNICO CARDIO-TÓNICO NACIONAL

*À base de Dietilamida do ácido  
piridino- $\beta$ -carbónico.*

Preparação dos:

**LABORATÓRIOS JABA**  
R. ACTOR TABORDA, 5. LISBOA

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:  
R. Mártires da Liberdade, 120.  
DEPÓSITO EM COIMBRA:  
Avenida Navarro, 53.



ble», l'on pouvait expliquer l'agressivité allemande rationnellement, en homme d'affaires (business-like), on n'arriverait pas à comprendre que d'autres peuples ne le soient encore davantage que ne l'est l'Allemagne (The American Journal of Orthopsychiatry, Oct. 1942).

En effet, d'autres peuples que l'Allemagne, ont vécu sous la férule de traités d'un poids plus écrasant que celui du traité de Versailles, sur des territoires encore plus exigus et dans une détresse économique totale. Et cependant, ces peuples ne se sont pas montrés aussi agressifs que l'Allemagne.

Selon le même psychiatre, il ne faut pas perdre de vue que dans la conduite antisociale, les raisons économiques ou politiques ne jouent souvent qu'un rôle d'excuse voilée ou cachée. Ces raisons ne sont rationnelles qu'en apparence. Elles sont sujettes à caution. La pauvreté à elle seule n'incite pas au crime; tout dépend de qui est le pauvre. Deux frères passent toute leur jeunesse sous le même toit, l'un devient gangster et l'autre professeur au collège!

Comme, sauf la bombe atomique, peu de choses sont entièrement neuves sur cette terre, il n'est pas déplacé de rappeler ici ce qu'écrivait le Dr. Gustave Le Bon au sujet de la susdite tendance dans «Hier et Demain».

Selon le sociologue français, en attribuant aux intérêts économiques un rôle prépondérant, les théoriciens oublient que ces intérêts se trouvent facilement balayés par des forces psychologiques dont les plus puissantes seront toujours les impulsions mystiques. Les forces psychologiques sont redoutables, les forces psychologiques sont invincibles. La guerre est un frappant exemple de la puissance des forces psychologiques qui mènent les hommes. Elle montre avec quelle facilité la crainte de la mort et les intérêts personnels s'effacent dès qu'agissent ces forces.

A côté des forces économiques, telles que la surproduction industrielle suscitant des rivalités, Le Bon distingue les forces biologiques et affectives comme les ambitions et la jalousie, les forces mystiques, qui déterminèrent dans le passé les invasions musulmanes, les croisades, les guerres de religion, la guerre de trente ans et la guerre de 1914. C'est en exploitant ces forces mystiques que les dirigeants allemands réussirent à rendre la guerre populaire en Allemagne, en alléguant la nécessité de se prémunir contre l'invasion russe, puis contre le désir supposé de revanche des Français; enfin contre la menaçante rivalité économique de l'Angleterre.

Examiné au point de vue de la raison pure, la guerre mondiale apparaît à sa naissance et durant son évolution comme un chaos d'invéraisemblances. D'après Le Bon, elle contribuera à montrer aux théoriciens qui en doutaient encore le faible rôle joué par la raison sur les actions des peuples. La raison se borne à servir les forces effectives, mystiques ou collectives qui sont les vrais moteurs des grands conflits. Les sentiments les plus actifs dans la genèse des



guerres sont l'orgueil, l'ambition, la méfiance et la haine. Le rôle du savant ne consiste pas à rechercher la valeur rationnelle des mobiles qui font agir les hommes, mais l'influence que ces mobiles exercent.

Comme Le Bon, les psychiatres américains s'insurgent contre la tendance d'expliquer l'extrême complexité des causes au moyen d'un facteur isolé. Ils disent plaisamment qu'il ne viendrait jamais à l'idée d'un psychiatre d'expliquer uniquement par le New Deal ou par l'insécurité économique les troubles qu'éprouve son patient. Pourquoi donc un examen qui est d'une complexité infinie quand il est question d'un individu isolé deviendrait-il simple dès qu'on a affaire à deux individus ou à un groupe. En conséquence, les psychiatres américains défendent le point de vue psychobiologique, qui tient compte de tous les facteurs, de leur ensemble. Cette tendance existe sans doute aussi bien ailleurs qu'aux Etats-Unis, mais il ne faut pas la confondre avec les diagnostics tendancieux qui nient les faits ou les dissimulent.

2. — *La peur comme psychose de guerre.* — Après la guerre de 1914, on a prétendu en Allemagne que les crimes et les atrocités dont les Alliés l'accusaient n'existaient que dans l'imagination fertile des accusateurs. Afin de se disculper, les psychiatres allemands, tout au moins ceux qui étaient au service de l'armée ou de la propagande, diagnostiquaient sans ambages chez les ennemis de l'Allemagne une épidémie de psychose de guerre (Kriegspsychose). En effet, pendant toute guerre, la crédulité générale augmente. On voit partout des espions et des traîtres et l'on va jusqu'à accuser d'innocents compatriotes avec une facilité remarquable. Ce qui est plus grave, ce sont les accusations larvées, l'atmosphère de suspicion créé autour des victimes (1).

A propos des atrocités commises en Belgique, en France et ailleurs, on disait en Allemagne que la peur est susceptible de provoquer chez les envahis des atrophies nerveuses à telle enseigne que ceux qui en sont la proie font preuve d'une imagination délirante leur faisant exagérer les faits ou en inventer de toutes pièces.

Grâce aux photographies et aux films pris, ainsi qu'à d'autres documents soigneusement accumulés durant et après la guerre dont le monde sort à peine, l'Allemagne d'aujourd'hui ne pourra plus nier avec la même effronterie les accusations formulées contre elle.

Cette fois-ci, elle a été prise la main dans le sac et les preuves sont confondantes, irréfutables.

3. — *La psychopathologie des collectivités; caractère fictif des divisions dichotomiques.* — Une autre différence, quant à la situa-

(1) Celle-ci n'est pas d'ailleurs observable uniquement en temps de guerre. Lire à ce sujet une page consacrée par François Mauriac dans son *Journal* (II, pag. 208) à la mémoire du ministre socialiste français Salengro que des diffamations criminelles accablèrent au suicide.



tion d'il y a un quart de siècle, c'est que la psychopathologie d'alors bornait en général ses explications aux diagnostics des états psychopathologiques d'ordre individuel. La psychopathologie d'aujourd'hui, telle qu'elle s'exprime aux Etats-Unis par exemple, est plus ambitieuse, et soulève la conception des états collectifs. En le faisant, elle se rapproche de la philosophie et de la sociologie qui l'ont devancée à ce point de vue particulier. Dans une lettre publiée dans la «Revue des Deux Mondes» (15 mai 1916), sous le titre «L'Allemagne et la Guerre», le philosophe Emile Boutroux, auteur d'une thèse célèbre sur la «contingence des lois de la nature», constate que l'idée de la conscience transcendante, une et universelle dont les consciences particulières ne sont jamais que des expressions inadéquates, forme le fond de l'âme allemande. Et il se pose cette question angoissante: «Est-il possible que des idées aussi étranges aient une valeur pratique; et si, effectivement, une philosophie nourrie de telles idées gouverne aujourd'hui la pensée, non de quelques esprits bizarres, mais du peuple allemand lui-même, considéré dans son ensemble, pouvons-nous voir dans ce phénomène autre chose qu'un cas de folie, non plus seulement individuelle, mais collective: manifestation, certes, fort intéressante pour le psychologue et le médecin, mais incapable d'exercer une influence réelle sur les destinées de l'humanité?

Emile Boutroux répond: «Il serait, au plus haut point imprudent de transformer ainsi une réalité donnée en un simple sujet d'étude médicale ou de discussion académique. Peu importe que ces idées soient plausibles ou absurdes, peu importe que les cerveaux qui en sont imprégnés soient sains ou dérangés: ces idées ne sont pas demeurées à l'état d'idées. Par le dressage psychologique, par l'application savante et continue d'une organisation, non seulement matérielle, mais morale, ces idées sont, véritablement, devenues des êtres, des forces, des principes d'action. L'âme s'est faite corps, selon le mot de Heine. Or, un corps, c'est proprement un faisceau d'instincts, de tendances, d'habitudes fixées, emmagasinées et organisées, de telle sorte qu'il possède désormais une aptitude résistante à se conserver et à se déployer. L'Allemagne, aujourd'hui, et, avec elle, une grande portion de l'Autriche-Hongrie, est pénétrée, jusque dans ses profondeurs, par la manière de penser, de juger, de vouloir, de sentir, que lui a inculquée la domination prussienne. Prétendre la ramener à l'état intellectuel et moral où elle se trouvait, alors qu'elle n'avait pas succombé à cette influence, est un rêve... Au lendemain comme à la veille de la guerre, ce type immanent d'intelligence et de volonté, qui, comme une sorte d'âme commune, a créé le germanisme, subsistera. L'Allemagne ne changera, si elle doit changer, que par une révolution morale et intérieure. Cette révolution, qui peut dire si elle se produira?»

En sociologie, la distinction entre l'individuel et le collectif est si fondamentale que nombre de sociologues en ont fait presque leur



raison d'être. Parlant de la «Psychologie des Foules», Le Bon constate qu'au point de vue psychologique l'expression «foule» prend une signification tout autre qu'au sens ordinaire. Dans certaines circonstances, une agglomération d'hommes possède des caractères nouveaux fort différents de ceux des individus qui la compose. La personnalité consciente s'évanouit, les sentiments et les idées de toutes les unités sont orientés dans une même direction. Il se forme une âme collective, transitoire sans doute, mais possédant des caractères très nets. Faute d'une expression meilleure, Le Bon appelle cette foule organisée et soumise à la loi de l'unité mentale des foules, une «foule psychologique».

Les psychiatres américains ont tenu à préciser que leurs conceptions en cette matière n'ont rien de commun avec les conceptions telles que l'âme collective, l'âme nationale et d'autres conceptions plus ou moins métaphysiques.

Sous l'influence de la conception de la responsabilité du groupe, les anciennes distinctions entre bons citoyens et mauvais gouvernements, entre disciples passifs et leaders actifs, entre mauvais Nazis et bons Allemands non-Nazis sont sujettes à caution et demandent à être revisées. Ceci ne revient pas à dire que tout le monde doit être mis sur le même pied, mais que les classifications dichotomiques en vigueur sont fictives et ont perdu toute valeur. Il n'y a pas de cloisons étanches entre les mauvais et les bons: les uns sont fonction des autres. On dit ainsi que les peuples n'ont que le gouvernement qu'ils méritent. C'est la thèse qui a prévalu lors de la réunion à New York, l'an dernier, de la Conférence sur l'Allemagne d'après-guerre. Cette conférence, qui a duré du 29 avril au 4 juin 1944, avait été organisée par la Sous-Commission du «Post-War Planning». Elle a réuni des délégués des associations suivantes, représentatives du mouvement psychiatrique: American Association on Mental Deficiency, American Branch of the International League against Epilepsy, American Neurological Association, American Orthopsychiatric Association, American Psychiatric Association, American Society for Research in Psychosomatic Problems et The National Committee for Mental Hygiene.

Les membres de la Conférence se sont mis d'accord pour déclarer que la responsabilité de la culpabilité en cette guerre (war guilt) ne doit pas être limitée aux dirigeants de l'Allemagne et que les partisans (supporters) du régime ne doivent pas en être exonérés. On ne peut pas se borner à traduire les gouvernants en justice et absoudre tous les autres. Jugement et châtiment doivent s'appliquer d'une façon verticale à une certaine partie de la population, afin de faire bien comprendre que les partisans des vieilles traditions culturelles ne sont pas considérés comme étant innocents simplement parce qu'ils n'étaient pas des chefs en vue ou parce qu'ils ne donnaient pas d'ordre.



Toutefois, le châtement ne saurait être égal pour tous. Dans la mesure du possible, les sanctions doivent être en rapport avec la nature du crime, le degré de responsabilité dans son accomplissement et la cruauté individuelle manifestée par ses auteurs. C'est aussi l'avis de certains collaborateurs de la « Society for the Psychological Study of Social Issues ». On peut lire à ce sujet dans le troisième « Annuaire » de la susdite société : « Nous ignorons encore en quelle mesure les Allemands vont se solidariser avec Hitler et ses aides après la guerre. L'attitude des masses à l'égard des accusés doit être prise en considération. Il ne faut pas qu'elles s'en détachent psychologiquement au point de créer l'impression que le procès des criminels ne les regarde pas, ce qui ne veut pas dire qu'on veut les identifier avec les délinquants traduits devant les tribunaux » (p. 65).

Revenant sur la psychologie de la foule, qui est transitoire et qui, par conséquent, devrait différer de celle du groupe constitué, il est intéressant de rappeler ici que, d'après Le Bon, une foule étant dominée par l'inconscient, elle peut être criminelle légalement mais non psychologiquement. Les foules ne connaissent ni le doute ni l'incertitude. « L'individu en foule est, dit-il, un grain de sable au milieu d'autres grains de sable que le vent soulève à son gré ». La servilité des foules devant une autorité forte ressemble à celle des Nazis.

#### 4. — *Conception de la tendance culturelle paranoïaque allemande.*

— Contrairement à Herbert Spencer, mais d'accord avec Le Bon, le Dr. Richard M. Brickner soutient la thèse que le groupe se distingue par des traits propres, c'est à dire non accusés par ses membres pris individuellement (The German Cultural Paranoid Trend, 1942). Il leur manque à cet effet, soit le courage, soit le pouvoir, soit le prestige. Si le groupe est un tout, ce tout est plus grand que la somme des parties dont il se compose.

Selon les psychiatres américains, parler de l'Allemagne au sens collectif, ce n'est nullement penser à un tout mystique, mais à un groupement organisé d'individus, groupement uni par une tradition et une langue commune. Comme le dit le Dr. Brickner, la politique de l'Allemagne est faite, certes, par des individus en chair et en os. Ce sont eux qui écrivent des notes diplomatiques, qui prennent des décisions auxquelles ils donnent des cadres appropriés ; ce sont eux aussi qui groupent des individus en une variété d'associations particulières. Même des attitudes aussi unanimes que celle, par exemple, adoptée à l'égard du Traité de Versailles, n'est pas une « attitude du groupe », mais simplement une attitude que partagent la plupart des membres formant la nation allemande. Un groupe de mineurs pris dans une galerie souterraine, lors d'une explosion dans un charbonnage, fait preuve d'une attitude commune pour sortir d'une situation également commune. Ainsi, on peut toujours identifier et abstraire l'élément commun dans le comportement des individus. Cet



élément commun discernable constitue la participation de l'individu dans la communauté ayant les mêmes traditions sociales. C'est cet aspect immatériel de la participation individuelle que Brickner désigne comme « cultural ». Afin de se perpétuer, les attitudes culturelles s'intègrent dans des institutions.

« Quand on dit, observe Brickner, que la culture allemande révèle des caractères paranoïaques, cela signifie que, durant plusieurs générations, les valeurs congénitales aux individus paranoïaques ont été mises en relief dans cette culture et qu'elles ont agi sélectivement sur les individus à tendances paranoïaques les plus prononcées et ont contribué à définir les valeurs en question dans la culture » (p. 618).

Les tendances paranoïaques n'étant pas héréditaires mais acquises par le dressage et l'éducation, on devrait, pour les déraciner, s'attaquer aux institutions dans lesquelles l'individu a l'occasion d'exprimer son moi (self-expression).

Parlant des thèses américaines sur les problèmes de politique internationale dans leurs rapports avec la psychothérapie, il n'est pas hors propos de signaler que la science britannique a trouvé, dans la personne de William Brown, Directeur de l'Institut de Psychologie Expérimentale de l'Université d'Oxford, un précurseur de la conception de la paranoïa appliquée aux groupes. Dans la Préface de la cinquième édition (1944) de sa « Psychology and Psychotherapy », le psychiatre anglais se réfère aux conceptions qu'il a appliquées pour la première fois en 1933 aux problèmes des luttes entre les individus ou entre les nations. Inspiré par Sigmund Freud et d'autres analystes, Brown se déclare aujourd'hui encore plus confiant dans la pertinence de ces conceptions qu'au début de ses études. D'après lui, les tendances paranoïaques expliquent le fanatisme des conflits de nos jours. Mais il croit que le perfectionnement des méthodes d'introspection et la sublimation de l'agressivité primitive permettront d'extirper ces tendances. Il faut suivre à cet effet une ligne de conduite vraiment humaine et spiritualisée.

Dans son ouvrage « War and the Psychological Conditions of Peace » (1942), puis dans une conférence faite en avril 1943 à Oxford devant la « British Psychological Society » et intitulée « The Psychology of Modern Germany », le distingué psychiatre anglais a précisé ses vues sur la paranoïa collective. Bien qu'il convienne avec Edmund Burke qu'il n'est pas possible d'accuser la nation toute entière des méfaits commis par ses citoyens on ne parle de la psychologie d'une nation comme on parle de la psychologie d'un individu, W. Brown croit que le psychiatre doit envisager les problèmes d'ordre collectif avec la même sollicitude qu'il témoigne aux malades individuels. « Le malade, dit-il, qui vient le consulter dans sa clinique, est d'habitude loquace, prêt à se confier, et à étaler son mal. S'il arrive, fait assez rare, que ce malade ait une crise au cours de la consultation, le psychothérapeute ne le fait pas immédiatement enfermer ou



passer une camisole de force ; il le place dans une maison de santé, reste en contact avec lui, cherche à découvrir les forces mentales qui se sont révélées. Il ne considérera pas l'incident comme un interlude désagréable qu'il y a lieu d'oublier, mais comprendra qu'il serait dangereux de laisser le malade courir le monde et qu'il y a lieu d'approfondir son cas afin de prévenir la possibilité d'une récurrence ».

Dans le cas d'un malade individuel, le psychiatre a confiance en la *vis medicatrix naturae*, dans la tendance qu'a l'esprit de revenir à l'état normal d'équilibre. L'analyste se borne à encourager son malade à faire retour au passé, à sublimer ses énergies réprimées.

D'après Brown, il y a ici un parallèle instructif à faire au point de vue de la politique internationale.

5. — *Les symptômes de la paranoïa collective allemande considérés du point de vue psychiatrique élargi.* — En proie à la peur paranoïaque des cambrioleurs, le père vérifie soigneusement chaque soir les serrures de la maison. S'il parvient à transmettre cette habitude à sa femme et à ses enfants, une habitude paranoïaque se fixe comme caractère particulier de la famille toute entière.

Si un certain nombre de chefs de famille se mettent en tête que l'Allemagne a reçu une mission divine dans le monde, qu'elle est encerclée et qu'elle est l'objet d'un complot de la part d'un monde hostile, ces croyances paranoïaques ont tendance à se transmettre aux jeunes. Au bout d'un certain temps, elles deviennent des articles de foi nationale. On dit alors qu'elles se sont « institutionnalisées ».

C'est ainsi qu'Henri Focillon, auteur d'une théorie originale sur les « familles spirituelles », a pu dire que l'homme allemand est incapable de réfréner ses tendances. Il a la mollesse de l'esprit et la dureté des mœurs. Et Focillon ajoute, en pensant à la France : « C'est le contraire chez nous : douceur des mœurs et exigeante dureté de l'esprit ».

Afin que les tendances paranoïaques restent dynamiques, c'est à dire toujours présentes à l'esprit de la masse, chaque génération trouve ses conducteurs (leaders). Ce sont eux qui tiennent ces idées-forces, comme dirait Alfred Fouillée, en état d'ébullition permanente et même de violence (« tout ou rien », « qui n'est pas avec nous est contre nous », etc.)

Contrairement à ceux qui classent Hitler comme type schizophrénique, c'est à dire accusant une discordance entre l'état intellectuel et l'état affectif, Brown le tient pour un type à la fois hystérique et paranoïde. Hitler était donc paranoïaque, les dirigeants nazis l'étaient temporairement et toute la conduite de l'Allemagne donne une forte impression de paranoïa collective, car la tendance paranoïaque devient, dans certaines circonstances, hautement contagieuse. C'est ainsi que les tendances paranoïaques si manifestes chez Hitler trouvent leur contre-partie dans les réactions de la nation allemande toute entière.



Dans sa conférence d'Oxford, W. Brown convient que «Allemagne est une nation malade. Après une phase de dépression profonde, elle a fait une crise de folie. Elle s'est démoralisée en s'apitoyant sur elle-même, en se laissant dominer par des idées de persécution. Il faut espérer qu'en agissant sur l'inconscient de l'Allemand individuel par un traitement cathartique (psycho-catharsis ou abreaction), il comprendra ce qu'il a fait et recouvrera sa santé mentale.

Des neurologues, des psychiatres, des psychologues et des anthropologues, tels que Lasswell, Kardiner, Murphy, Mead, Bateson, Benedict, Gorer, Brickner, Lyons et d'autres, se basent, dans leurs analyses relatives aux symptômes de paranoïa collective, non seulement sur les observations faites chez les nazis contemporains, mais aussi chez les Allemands du siècle passé. Ce sont la mégalomanie systématisée, la suspicion, le mysticisme, le sentiment de la persécution, la croyance à l'investiture divine ou surnaturelle, le manque d'humour et de jugement critique, la projection des sentiments, l'art de fausser l'histoire, le mensonge, la fourberie, l'irrationalité dans l'agression, etc. C'est ainsi que les Allemands se complaisent dans des protestations incessantes d'avoir été injustement traités, encerclés, privés d'espace vital, etc. Le fait que ce sont eux qui ont envahi les prétendus persécuteurs ou agresseurs, après avoir organisé sur le globe entier un système d'espionnage et de complot sur une échelle inconnue auparavant, ne touche nullement le sens critique d'un Allemand moyen, car comme l'a dit Emile Boutroux dans la lettre déjà citée, les Allemands sont seuls juges de leur sincérité, comme de leur responsabilité en général. Des jugements que peuvent porter sur eux les autres hommes, ils ne sauraient avoir cure.

La Conférence de New York dont il a été question, a relevé que ce sont surtout les préoccupations de rang et de supériorité qui absorbent les Allemands et qui se traduisent par des sentiments exagérés d'autorité, de hiérarchie et de subordination. L'Allemand commande et rampe alternativement. Le fait est observable au sein même de la famille, à l'école, au bureau, à la caserne et dans l'Etat en général. Il existe dans le caractère allemand un dualisme qui a retenu l'attention de la Conférence. Il y a d'ailleurs lieu de rappeler que les Français l'ont étudié longtemps avant les Américains. Emile Boutroux, dans une conférence faite à l'Université de Berlin le 16 mai 1914, disait que pour certains Français le réalisme allemand ne serait qu'accidental et transitoire, destiné à disparaître devant une renaissance triomphante de l'idéalisme, tandis que d'autres voient dans le réalisme le fond du génie allemand. Le romantisme ne serait pas un produit du sol allemand, mais un virus inoculé par l'étranger. Enfin, certains soutiennent que l'Allemagne aurait deux cerveaux séparés coexistants, l'un réaliste, l'autre idéaliste.

Pour les Américains, l'individu allemand, comprimé dans un monde rigide de domination et de rang, aspire à une détente roman-



tique qu'il croit trouver au pôle opposé de sa vie quotidienne. Cet abandon est d'autant plus aisé que le romantisme allemand, expliqué surtout par Schlegel, peut passer, comme l'a remarqué Albert Thibaudet, pour un racisme littéraire. Pour atteindre cette détente, l'Allemand ne recule pas devant les excès les plus sauvages en les justifiant par un haut idéal. Sa sentimentalité, son culte pour la musique s'expliquent par ce dualisme surprenant. Il est prêt, comme le dit le poète Verhaeren, à bondir « vers la gloire ou vers le crime ». Chez les Allemands, on observe les alternatives extrêmes : domination ou soumission, victoire ou défaite, gloire ou déshonneur. L'idéal de la coopération avec des égaux, la formule « give and take », les laissent indifférents. Ce comportement national présente des analogies avec le comportement des individus paranoïaques. Le paranoïaque, en effet, est obsédé par la hantise de « l'ennemi ». Pour avoir raison de ce dernier, il faut être plus fort que lui. Dans la mentalité allemande, ce n'est jamais l'image d'un monde d'égaux, avec lequel on devrait pouvoir coopérer, qui prévaut. La paix n'est pas un état stable. C'est un état de tension dans lequel on pense et on se prépare à la guerre. C'est ainsi que, de l'avis de la Conférence, on devrait chercher à aider les Allemands à se débarrasser de ces idées obsédantes et malades, et à se faire une autre image du monde, c'est à dire, remplacer la tendance à vouloir dominer le monde par la volonté de coopérer avec les autres nations.

En envisageant la mentalité collective allemande dans une perspective aussi vaste et aussi multicolore, les psychiatres américains dont il est question ici échappent au reproche souvent fait aux historiens, de ramener les caractéristiques de cette mentalité uniquement à des causes d'ordre économique ou politique. Il serait injuste cependant de généraliser ce reproche sans discrimination. C'est ainsi que l'académicien et historien Le Nôtre, dans son ouvrage « Prussiens d'hier et de toujours » (1917), signale un nombre d'indices malades de la mentalité allemande qu'il intitule « Leur démence » et qui coïncident avec les symptômes paranoïaques relevés par les psychiatres.

Le terme de paranoïa semble avoir été introduit dans le vocabulaire scientifique en 1879 par Kraft-Ebing comme équivalent de *Wahnsinn* ou *Verrücktheit*. Pris au sens large, il s'applique, suivant les psychiatres, aux troubles psychiques les plus divers : la psychose systématisée progressive, certains délires de dégénérés, les obsessions, des cas de confusion mentale hallucinatoire, et même la démence paranoïde. Au sens plus restreint, la paranoïa s'applique aux psychoses interprétatives dépendant de la constitution paranoïaque dont les caractéristiques sont : l'égoïsme exagéré, la susceptibilité, la méfiance, et la perversion des facultés logiques.

Pour Pierre Janet, il y a de nombreux phénomènes communs entre les psychasthéniques et les paranoïaques, et la séparation entre les deux reste vague. Le problème consiste à distinguer les états



psychasthéniques qui ont tendance à évoluer vers les délires systématiques et ceux qui resteront à l'état d'obsessions. Pour lui, l'autophilie, l'orgueil, la susceptibilité, le caractère autoritaire montrent une disposition à objectiver les troubles psychologiques, à rendre les autres responsables de tous les phénomènes de l'insuffisance psychologique (Les Obsessions et la Psychasthénie, p. 570).

La tendance à systématiser évolue vers cette variété particulièrement dangereuse qu'est le délire systématique de persécution. Les caractères inverses, la douceur, l'humilité, la tendance à l'analyse subjective, font plutôt prévoir les obsessions du doute et du scrupule. Ce n'est que l'analyse des divers symptômes qui permet de donner quelque précision au diagnostic.

Le paranoïaque, loin de donner l'impression de confusion mentale, se distingue par une grande cohérence. Le processus par lequel le paranoïaque arrive graduellement à former des idées obsédantes de persécution, de grandeur ou d'ambition, en partant de croyances ou convictions originales mais erronées, s'appelle précisément systématisation et l'état qui en résulte est une psychose ou délire systématisé.

La cohérence en question, trait si caractéristique dans la paranoïa, est mise en relief dans les définitions classiques de cette dernière. E. Kraepelin conçoit la paranoïa comme le développement insidieux, dû à des causes internes, d'un délire systématique (Wahnsystem) compatible avec la conservation complète de la lucidité dans le pouvoir de penser, de vouloir et d'agir (mit vollkommener Erhaltung der Klarheit im Denken, Wollen und Handeln). D'après le Dr Adolf Meyer, directeur du *Henry Phipps Psychiatric Clinic Johns Hopkins Hospital*, «les phénomènes paranoïaques et paranoïdes apparaissent du moment que l'affirmation de la personnalité se présente sur des bases logiques et que le raisonnement s'édifie sur des prémisses fausses et malades sans que le sujet se rende compte du besoin d'une correction» (with inadequate realization of need of correction).

Une fois rappelées ces généralités relatives à la paranoïa, disons que la paranoïa collective diffère de la paranoïa individuelle.

Il résulte d'un tableau présenté en 1942 par l'Académie de Médecine de New York que l'attitude culturelle allemande, ou disons simplement la paranoïa collective allemande, n'a rien de commun avec les conceptions telles que «âme nationale», «caractère national», etc. Bien que les attitudes qu'on rencontre dans la paranoïa individuelle se retrouvent dans la paranoïa collective, cette dernière n'est nullement une psychose. De plus, toute l'Allemagne n'est pas nécessairement paranoïaque. Il est à remarquer cependant que, si les tendances paranoïaques existent ou ont existé ailleurs qu'en Allemagne, elles ont pris chez les Allemands une forme institutionnalisée et acceptée par les dernières générations.

D'après un autre tableau présenté en Mai 1943 par la «American Neurological Association», la paranoïa collective, au même titre que



la paranoïa individuelle, est chronique; elle est caractérisée par un manque de sens critique (insight) et des tendances meurtrières. De plus, elle est contagieuse et, ne poursuivant pas simplement un avantage économique, elle est ambitieuse.

Pour pouvoir exalter leur *ego*, les Allemands ont besoin d'avoir des inférieurs et, faute de les trouver, ils n'hésitent pas à les créer. De là leur impulsion d'asservir les peuples.

L'Association Américaine Neurologique a dressé la liste des institutions qui incorporent et perpétuent en Allemagne les valeurs paranoïaques. Dans l'ordre intérieur, la liste comprend la mégalomanie, le mysticisme, l'obsession par l'idée «supérieur-inférieur» et «force-faiblesse», l'obsession du rang social, du prestige militaire, de la fonction civile, etc. Dans l'ordre extérieur, la liste comporte des obsessions dont il a déjà été question.

6. — *Les non-paranoïaques. — Méthode de mainmise des paranoïaques sur les non-paranoïaques.* — Loin de soutenir que toute l'Allemagne est paranoïaque, les psychiatres américains admettent expressément l'existence de non-paranoïaques. Ce sont notamment les émigrés, ceux des camps de concentration et ceux qui, volontairement isolés, s'abreuvent à la source spirituelle de gloires nationales comme Goethe, Schiller, Lessing, Schubert, Schumann, etc. De plus, ces psychiatres admettent que l'on peut être paranoïaque partiellement et à des degrés divers. Toute société peut avoir un certain pourcentage de ces malades. Ce n'est que lorsque le pourcentage dépasse la mesure que la situation s'aggrave. Toute société est susceptible de produire des meneurs imbus d'esprit paranoïaque, mais c'est seulement quand la masse les suit avec une foi religieuse que le «paranoid leadership» devient une menace. Une fois les chefs démis de leurs postes de commandement, par suite de la défaite militaire ou de la révolution, les masses sont ébranlées dans leur foi, mais la paranoïa collective n'est ni morte ni enterrée de ce fait. Elle reste en germe, en puissance. Pour renaître, elle s'applique à éveiller dans la conscience des démocrates non-paranoïaques le sentiment de leur culpabilité en face du traitement jugé injuste infligé aux paranoïaques ennemis et justifiant, par conséquent, l'éveil du sentiment de la revanche conduisant à la guerre. Les non-paranoïaques qui se laissent duper par de tels procédés appliqués au moyen d'une technique savante, se privent de la possibilité d'administrer une thérapeutique utile aux vaincus.

Chaque pays comprend un grand nombre de gens qui répugnent vivre dans une tension perpétuelle, qui oublient vite, qui croient facilement; ce sont notamment les «wishful thinkers».

«Quand arriva l'année 1930, dit Brickner, la tendance paranoïaque devint à nouveau unifiée et vociférante en Allemagne; ses voisins se penchèrent sur elle juste comme au sein d'une même famille on observe anxieusement l'attitude d'un membre paranoïaque».



La Conférence de New York a jugé opportun de mettre le monde en garde contre certaines tendances observées et notamment sur le fait que, la guerre gagnée, il faut s'attendre à ce que les démocrates des pays vainqueurs ressentent certains sentiments de culpabilité (*guilt feelings*), qu'ils accueillent trop aisément les plaintes de l'ennemi vaincu criant à l'injustice. Ils auront tendance à traiter l'ancien ennemi avec pitié et à avoir la mémoire courte à l'égard de ses crimes. Les Allemands exploiteront cet état d'esprit une fois vaincus, et il est indispensable de pouvoir déjouer leur calcul dans l'intérêt même de la coopération avec la future Allemagne.

## II — Les menaces de la paranoïa collective allemande et le problème de la sécurité

1. — *Mesures immédiates.* — Après avoir diagnostiqué le mal, les psychiatres américains se sont attachés à proposer une thérapeutique capable de prémunir le monde contre une récurrence allemande. La Conférence de New York a reconnu l'utilité fondamentale d'une série de mesures immédiates résumées ci-après :

1) Les armées allemandes doivent être totalement et complètement vaincues, leur prestige étant de ce fait anéanti.

2) Il ne doit pas avoir de marchandage relativement aux conditions d'un armistice ; il faudra exiger l'obéissance absolue à la volonté du vainqueur.

3) Le terme de capitulation sans conditions doit comprendre non seulement la reddition des armées proprement dites, mais aussi la capitulation de la souveraineté allemande, c'est à dire l'admission que le gouvernement et l'empire allemande ont cessé d'exister et que leur reconstitution éventuelle comme entité indépendante et souveraine dépendra de l'existence d'institution et de personnalités suffisamment autorisées et responsables, possédant un prestige et un esprit de coopération tels que le reste du monde civilisé puisse se fier à elles, leur idéal concernant la civilisation mondiale étant reconnu comme universellement acceptable.

4) Les Alliés ne prendront aucun engagement concernant la durée de l'occupation de l'Allemagne par leurs armées.

5) Les Allemands responsables d'outrages contre l'humanité et le droit international seront traduits en justice.

La question de la désignation des criminels de guerre ne peut être résolue qu'en envisageant dans son ensemble le problème des motifs qui ont fait agir l'Allemagne.

6) La réglementation des mesures de secours devra être confiée aux autorités militaires alliées et leur exécution aux autorités civiles allemandes. Seuls des civils étrangers prêts à collaborer avec des organisations allemandes seront admis à participer à ce travail. Il a



été suggéré de faire appel à des collaborations prises notamment dans les rangs des Quakers.

7) Il devra être tenu compte de la possibilité d'une guerre civile, comportant des désordres et des révoltes sanglantes ou d'une révolution souterraine bien organisée. Il ne faut pas oublier que les Allemands sont particulièrement inventifs quand il s'agit de tromper leurs ennemis et de susciter des boucs-émissaires.

Une révolution véritable pourrait jouer, en ce qui concerne le caractère allemand, le rôle d'un cathartique, mais tout symptôme d'activité révolutionnaire doit être considéré *à priori* avec méfiance, comme pouvant masquer d'autres activités clandestines.

8) La durée des mesures à courte échéance ne sera pas fixée d'avance, mais dépendra de l'attitude des Allemands eux-mêmes.

2. — *Mesures à longue échéance.* — La réintégration d'une Allemagne épurée dans le monde doit faire l'objet d'une politique à longue échéance basée sur les principes suivants au sujet desquels la Conférence s'est mise d'accord :

1) Il est essentiel que le peuple allemand conserve un sentiment réaliste de dignité (realistic self-respect) sur lequel pourront être établis les nouveaux fondements visant la reconstruction institutionnelle, sociale et politique.

2) Le travail de reconstitution du caractère allemand et des institutions allemandes doit être accompli par les Allemands eux-mêmes et non par les vainqueurs.

3) Il serait vain de se contenter d'amener les Allemands à accepter une formule purement idéologique de la démocratie. Le changement nécessaire dans le caractère et les institutions allemandes ne sera obtenu que lorsque la communauté allemande elle-même désirera, comprendra et créera des valeurs démocratiques.

4) L'ensemble du système d'instruction, d'institutions et de conceptions militaires doit être aboli.

5) Tout le système d'éducation doit être refait dans le sens de la décentralisation et de l'abolition de la hiérarchie dictée par l'Etat.

6) L'enseignement doit tendre à développer l'indépendance de la pensée, le respect pour le progrès social et le mépris du rang comme tel. L'importance de l'unité mondiale et de la coopération devrait être soulignée.

7) Des centres pour l'éducation des adultes seront établis avec des programmes approuvés par les autorités alliées de l'éducation.

8) Un programme pour la formation du personnel enseignant devra être appliqué immédiatement. Il sera bon de prévoir dans les cadres des établissements d'instruction une plus forte proportion de femmes.

9) Le folklore, l'art local (concours, danse, musique), et les sports doivent être favorisés.



10) L'école devra devenir un centre de consultation et d'aide pour les mères de manière à accroître leur confiance dans le nouveau système d'éducation.

11) Des changements dans le domaine social et politique doivent correspondre à l'introduction d'un système d'éducation plus libéral.

12) Il conviendra de combattre toute tendance au retour à un gouvernement trop centralisé et hiérarchique.

13) La suprématie ou l'indépendance totale de l'Allemagne dans n'importe quel domaine économique doit être évitée.

14) La presse, la radio, le théâtre, le film et l'église doivent rester en dehors du contrôle gouvernemental.

15) Le câble, la radio, l'aviation, la marine marchande et autres moyens de communications internationales doivent rester sous le contrôle d'une commission interalliée pour une période indéterminée.

16) La formation professionnelle et l'emploi des femmes devront être généralisés, afin d'ébranler davantage le prestige du rang et de faire dépendre les possibilités de gain de la capacité personnelle et non du sexe.

17) Elargissement quantitatif des cadres d'occupations effectives et diminution correspondante des cadres purement formels surtout dans la paysannerie et la classe moyenne.

18) L'autorité dirigeante au sein de ces divers programmes devra être inter-alliée, et les Allemands auxquels leur exécution sera confiée, qui seront soumis à l'agrément de la Commission, devront pouvoir être révoqués en cas de manque de bonne volonté.

19) Les irréconciliables devront être identifiés, internés, englobés dans des bataillons de travailleurs ou même bannis.

20) Le personnel auquel sera confiée l'exécution de la politique de réglementation arrêtée par la Commission de Contrôle des Nations Unies doit être soigneusement choisi et préparé à sa tâche. Il devra observer, prendre note et rapporter, en se gardant des conclusions hâtives. Il agira libre de préférences ou de sympathies. L'idéal de la force doit être remplacé par celui du pouvoir bienveillant, celui de la supériorité par la reconnaissance et le respect des différences, et celui de l'honneur par le désir d'être apprécié éthiquement.

Comme le remarquent Richard M. Brickner et L. Vosburgh Lyons, dans un article publié conjointement au sujet du régime à appliquer à la future Allemagne (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, Sept. 1943), la mise à exécution du programme thérapeutique dépend surtout de cette fraction de la communauté culturelle allemande que constituent les non-conformistes par rapport à ceux qui représentent l'attitude culturelle dominante. Les principes que les psychiatres et les juges appliquent chaque jour aux individus en conflit avec la société devraient pouvoir être appliqués aux groupes sociaux à titre d'hygiène mentale.



Pour prendre des mesures immédiates, il y a lieu de distinguer conformistes et non-conformistes et de priver les premiers de pouvoir et d'influence. Ils représentent la partie dominante et la plus agressive de la communauté.

Quant aux mesures à longue échéance, il y a lieu de donner le pouvoir et l'influence aux non-conformistes et de modifier de fond en comble le climat culturel des institutions et des modes de pensée de l'Allemagne conformiste, de manière que les valeurs culturelles paranoïdes deviennent aussi détestables pour les Allemands qu'elles le sont pour les citoyens des pays démocratiques. Ainsi, à l'école, on insistera sur la coopération et non sur la concurrence, sur la discipline consentie et non l'obéissance aveugle, sur le respect de la dignité individuelle.

Le fait de pouvoir établir qui a appartenu avant 1933 au parti social-démocrate et qui, après cette date, a adhéré au parti nazi, permettra de tracer une première ligne de démarcation entre conformistes et non-conformistes.

La République de Weimar a tenté d'établir cette démarcation après la guerre de 1914, mais elle a commis des erreurs graves et notamment celle de conserver les institutions, les symboles et les influences conformistes dans le secteur de l'enseignement et dans la famille. Elle s'est préoccupée trop exclusivement du pouvoir politique.

Il ne faut pas croire qu'il suffit de traiter les Allemands raisonnablement pour les amener à raison. Du point de vue neuropsychiatrique, le prétendu désespoir dans lequel les Alliés ont plongé l'Allemagne n'a nullement été la cause de la naissance du nazisme.

L'insécurité économique doit être combattue si l'on veut que les carrières civiles deviennent aussi attrayantes que la carrière militaire.

Bref, à la conception courante, mais dépassée et discréditée, qui distingue les gouvernements et les peuples, les psychiatres dont il est question ici, opposent celle de deux groupes antagonistes de citoyens: conformistes et non-conformistes. Dans l'intérêt général de la paix, les démocrates devraient, à leur avis, s'identifier avec ces derniers.

3. — *Les cliniciens, les psychopathologistes et le public.* — Avant de clore cet exposé, qui concerne non seulement les psychiatres mais aussi les économistes, les politiciens, les sociologues, les historiens et surtout les éducateurs, il y a lieu de rechercher qu'elle est plus exactement la part que s'attribuent les psychiatres à proprement parler. D'après Brickner, le psychiatre a l'unique ambition de mettre son expérience clinique à la disposition des spécialistes et des experts dans d'autres domaines, de faire servir l'expérience acquise au contact des malades individuels et qu'il offre d'appliquer par analogie aux manifestations de la paranoïa culturelle de la communauté allemande, avec cette réserve expresse toutefois que l'individu ou le groupe sont choses différentes malgré les parallèles utiles qu'on peut établir entre eux.



Au risque de heurter la modestie du Dr. Brickner comme professeur de neurologie clinique, il est à propos de rappeler ici l'opinion du Dr. Charles Blondel, exprimée il y a vingt ans, que seule la clinique peut permettre à la psychopathologie de se constituer comme science, en lui fournissant les cadres fautes desquels elle divaguerait dans l'individuel ou dans l'abstrait, oscillant entre l'anecdote romanesque et la dissertation philosophique.

Dans une conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 février 1925, le regretté professeur de psychologie de l'Université de Strasbourg, soutenait la thèse que la psychopathologie prendra pour objet de son étude le groupe et non les individus qui le composent ou, du moins, c'est le groupe qu'elle étudiera à travers les individus. Ce ne sont pas des oxygènes que le chimiste recherche, mais l'oxygène. Ce qui nous intéresse dans un symptôme ce n'est pas ce qu'il a de bizarre et de pittoresque, mais ce qu'il comporte de révélateur. Aux yeux de Blondel, la psychologie pathologique est impossible sans une clinique qui, dans la mesure de ses moyens, lui permet de savoir où elle est, où elle va et, au fond, de quoi elle parle.

Il en résulte que les cliniciens prennent ici une situation à la fois privilégiée et pleine de responsabilité.

Dans l'article déjà cité, Brickner et Lyons constatent avec regret que les diagnostics neuropsychiâtriques n'ont qu'une influence très limitée sur l'opinion publique. L'ignorance générale qui prévaut, la prévention superstitieuse à l'égard de ce genre d'études, en est sans doute la cause principale.

L'Europe, qui compte un grand nombre de psychiatres d'une réputation mondiale, et en plus une pléiade admirable de moralistes, connaît à cet égard les mêmes difficultés que le Nouveau Monde, patrie de tant de praticiens éminents. Elle se trouve aujourd'hui devant un problème pratique d'éducation et de conduite des masses. Nous croyons que l'Amérique, avec son génie particulier, peut apporter une contribution décisive à l'élucidation des questions dont dépend non seulement la félicité des peuples mais la vie même de notre civilisation commune.

Psychiatres, psychologues, sociologues, économistes ou politiciens sont tous sensés être animés par une philosophie morale plus ou moins lucide, à moins d'être des cyniques purs. Toute action ou oeuvre de paix s'inspire nécessairement en dernière analyse de préférences morales.

En cette année de paix qui, par une coïncidence curieuse, est celle du troisième centenaire de la mort de Grotius, jurisconsulte et diplomate hollandais, fondateur du droit international, la pensée se tourne vers le génial auteur du *Droit de Guerre et de Paix*, qui voyait dans les solutions moyennes une garantie de paix durable. Cette idée féconde s'allie au relativisme constructif dont il a été question dans les remarques finales de ma conférence précédente sur «La psychologie américaine et les problèmes de rééducation et de psychopathologie d'après-guerre.»



## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

**Portugal Médico.**— Pelo facto de se juntarem no presente fascículo os n.os 8 e 9 desta revista, não será diminuído o número de páginas da colecção anual, que conterá o mínimo de 600, como foi anunciado no começo do ano, apesar das excepcionalmente onerosas condições da publicação, pela extraordinária carestia do papel e do trabalho tipográfico.

**Ordem dos Médicos.**— O Conselho Regional do Pôrto chama a atenção dos médicos que ainda não enviaram as minutas dos contratos que desejem fazer ou tenham realizado com as diversas entidades, no sentido de cumprirem esse dever com a maior brevidade possível.

**Serviço médico em colégios.**— O Conselho Geral da Ordem dos Médicos aprovou as seguintes normas:

«Os serviços médicos de assistência aos alunos dos Colégios particulares podem ser prestados em regime de avença ou individual. Todos os médicos devem subordinar-se às seguintes normas, quando os Colégios se não destinem a pobres que nada paguem.

Em regimen de avença, os médicos dos Colégios não podem receber menos de 7\$50 por mês ou fracções de mês e por aluno compreendido na avença; dentro da avença, estão apenas incluídos os serviços que todo o policlínico pode prestar, sendo o médico obrigado a ir ao Colégio, de dia ou de noite, sempre que algum aluno necessite de assistência clínica.

Em regime de serviços avulsos, o estudante doente paga pela tabela geral.

Se o médico avençado para a assistência clínica fizer, ao mesmo tempo, serviços de medicina preventiva, deve receber integralmente a importância atrás mencionada acrescida do vencimento que se vier a estipular para os últimos serviços.

Estas disposições entram em vigor no dia 1 de Outubro de 1945, devendo, antes, os médicos dos Colégios apresentar aos Conselhos Regionais da Ordem as normas do contrato.»

**Cursos de revisão de conhecimentos médicos.**— Sobre a exposição enviada pelo Conselho Geral da Ordem dos Médicos, o Sr. Sub-secretário de Estado das Corporações e Previdência Social lançou o seguinte despacho: — «Submeta-se à consideração de Sua Ex.<sup>a</sup> o Sub-Secretário de Estado de Assistência Social. Plenamente aprovo a iniciativa da Ordem dos Médicos de criar cursos de revisão de conhecimentos clínicos para os seus associados que exercem a profissão fora dos grandes centros e que carecem

## 4 REVISTAS

mensais publicadas  
pela

*Empresa Editorial*

de

*Revistas Médicas*

## MEDICINA ESPAÑOLA

Revista de Medicina,  
Cirurgia e Especialidades

*Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía*

*Revista Española de Obstetricia  
e Ginecología*

*Revista Española de Traumatología  
y Ortopedia*

Gran Vía de Fernando El Católico, 27

**VALENCIA (ESPAÑA)**

**Preço de assinatura anual — 100 pesetas.**  
**Assinatura conjunta de 20 u mais revistas,**  
**por cada — 80 pesetas.**



de actualizar a sua preparação. Integra-se esta ideia no quadro geral dos objectivos designados aos Sindicatos Nacionais (Art. 12.º alínea c) do Decreto-Lei n.º 23.050, de 23 de Setembro de 1933 e muito especialmente na actividade natural de um organismo como a Ordem dos Médicos, portadora de tão eminentes responsabilidades científicas. Assim, faço votos por que, no interesse do aperfeiçoamento profissional a que está vinculado o progresso da assistência sanitária, se removam os obstáculos que possam dificultar a realização da iniciativa.»

**Rações de géneros para doentes.** — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos resolveu publicar na imprensa médica a seguinte notícia: — «Por diferente vezes a Intendência Geral dos Abastecimentos têm feito saber à Ordem dos Médicos que o número de suplementos de racionamento concedidos por doença têm atingido cifras muito elevadas, pondo em risco o equilíbrio do racionamento normal. Tal facto têm-se verificado particularmente em determinados concelhos do país. Por êsse motivo vê-se o Conselho Geral na necessidade de insistir junto dos Colegas para restringirem a concessão dos aludidos suplementos de racionamento aos doentes que dêles imprescindivelmente careçam.»

**Faculdade de Medicina de Lisboa.** — Depois de aprovação nas respectivas provas públicas, foi nomeado professor agregado de Urologia o sr. dr. António Carneiro de Moura. Doutorou-se o sr. dr. Mário Cordeiro, assistente de Pediatria.

**Aviso sôbre medicamentos novos.** — A Direcção Geral de Saúde informa que as especialidades farmacêuticas que, sob diversas designações, contêm neoarsafenamina ou sulfarsafenamina devem trazer etiqueta de aferição oficial, visto êste serviço já estar a funcionar para os arsenobenzóis.

**As transfusões de sangue na guerra.** — Entre os serviços de ordem sanitária que na guerra tomaram notável desenvolvimento figura o de transfusões de sangue conservado. Nos Estados Unidos, foi a Cruz Vermelha quem se encarregou de organizar a colheita e preparação do sangue. Ao dar-se a participação do país na guerra constituíram-se 30 centros de colheita, que, ao começarem as operações na Europa obtinha

## ÁGUA PARADA

POEMAS POR  
MAYA VILAÇA

«Êste livro de poemas de Maya Villaça é a preciosa credencial do seu estro e do seu espirito.

«ÁGUA PARADA é um livro de versos que perdurará, na nossa literatura poética, como uma obra de luminoso valor».

(Da crítica)

I artística broch. em papel offset e em cartolina couché Esc. 20\$00

## DESENFADO

NOTAS E IMPRESSÕES  
POR MIRANDA MENDES

«DESENFADO não é, sòmente, em livro agradável de ensinamento e de estímulo, de fé e de confiança na vida: é também um depoimento sentido e vivido em que o aspecto humano ocupa lugar predominante».

(Da crítica)

Uma elegante brochura

Esc. 14\$00

À venda nas Livrarias

ENVIAM-SE Á COBRANÇA

10 % de desconto aos Snrs. Assinantes do PORTUGAL MÉDICO



47.000 litros por semana. A dotação para os exércitos em luta contra a Alemanha era de 43.000 litros, que depois da capitulação se reduziram a 22.000 litros. Estas quantidades compreendem sangue total e plasma.

**Centenários de datas célebres na história da cirurgia.**—Prosseguem as comemorações do centenário do nascimento de Roentgen; a parte do Pôrto efectuar-se-á em Novembro próximo.

Passa este ano o quarto centenário da publicação do célebre livro de Ambroise Paré — O método de tratar as feridas feitas pelos arcabuzes e outras armas de fogo —, que marcou o começo de uma série de obras notabilíssimas publicadas através de trinta anos, tendo imortalizado o nome de Paré com a descoberta da laqueação das artérias, que substituiu a cauterização pelo ferro em brasa, depois das amputações.

Faz cem anos que foi introduzida na arte médica a seringa hipodérmica. Mal sonhava Francis Rind, ao imaginar o pequeno instrumento, a enorme importância que havia de ter no futuro, concorrendo notavelmente para o progresso da cirurgia e da terapêutica.

**Vôos de aeroplano para tratamento da tosse convulsa.**—Relizaram-se pela primeira vez em Portugal, a começar em 30 de Agosto, por iniciativa do Secretariado de Aeronautica Civil e do jornal «O Século». Em cada voo, subiram umas 36 crianças. A partida foi do aeródromo de Sacavém, arredor de Lisboa. Os vôos duraram perto de uma hora, a alturas de 2 a 3 mil metros. Acompanhou as crianças, como clínico, o dr. Ruben de Carvalho. Cada doente teve 2 ou 3 vôos, consoante os resultados colhidos, que foram bons em mais de 80 por cento dos casos, segundo informes da imprensa noticiosa, pois não há ainda relatório médico comprovativo.

**A população de Portugal.**—Estão publicados os volumes do censo da população, de 1940. Por êles se vê que, ao findar desse ano, a população se distribuía pelo seguinte modo.

Distritos: Aveiro—429.870, Beja—275.441, Braga—482.914, Bragança, 213.233, Castelo Branco—299.670, Coimbra—411.677, Évora—207.952, Faro—317.628, Guarda—294.166, Leiria—353.675, Lisboa—1.070.103, Portalegre—186.373, Pôrto—938.288, Santarém—421.996, Setúbal—268.884, Viana do Castelo—258.596, Vila Real—289.114, Vizeu—465.563, Angra do Heroísmo—78.109, Horta—52.731, Ponta Delgada—156.045, Funchal—250.124. Total do continente—7.185.143. Total das ilhas adjacentes—537.009. Total de Portugal—7.722.152. (Por sexos: varões—3.711.748, fêmeas—4.060.404).

População da cidade de Lisboa—709.179; do Pôrto—262.309.

Os censos anteriores haviam dado, para a população da metrópole portuguesa, os seguintes números: em 1864—4.188.410, em 1878—4.550.699, em 1890—5.049.729, em 1900—5.423.132, em 1911—5.960.056, em 1920—6.032.991, em 1930—6.825.883.

**Médicos portugueses agraciados em Espanha.**—Foi concedido o grau de grande oficial da Ordem de Afonso X o sábio, ao nosso ilustre colaborador prof. dr. Amândio Tavares. Como reconhecimento pelos serviços prestados ao intercâmbio luso-espanhol, foram contemplados com a medalha Rodrigues Marin, da Real Academia Espanhola, o nosso presado amigo e director do «Jornal do Médico» dr. Mário Cardia, e os seus colaboradores drs. Armando Pombal e F. Pires de Lima.

**Sanatório D. Manuel II.**—Com um donativo de 500 contos, dados pela Rainha D. Amélia, vai construir-se neste sanatório, cujas obras vão muito adiantadas, um novo pavilhão.

**Necrologia.**—Dr. Tristão Ilídio Ribeiro, professor catedrático na Faculdade de Medicina de Coimbra e director clínico da Estância da Curia. Em Praia da Vitória, Açores, o nosso estimado assinante, dr. Ramiro Machado, considerado clínico, delegado de saúde e presidente da Câmara Municipal daquele concelho. No Pôrto, o dr. Vitorino de Sousa Magalhães, tenente-coronel médico reformado. Dr. José Luis dos Santos Moita, que não exercia clínica, sendo lavrador em Almeirim. Em Santiago de Cacém, o médico municipal dr. Augusto Felix da Cruz. Em Vizeu, o nosso presado leitor, dr. João Maria da Fonseca, distinto médico municipal.

**Prof. Teixeira Bastos.**—Ao fechar o presente número chega a notícia do falecimento do dr. Álvaro Teixeira Bastos, mestre de clínica cirúrgica, que há três anos se havia jubilado por doença. À Faculdade de Medicina do Pôrto, de que o saudoso extinto foi professor ilustre, apresenta o «Portugal Médico» respeitosos pêsames.



# VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

**Dr. P. ASTIER**

## COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTÁVEL  
FILTRADO

## PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS  
ENTEROCOCOS  
ESTAFILOCOCOS

## STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTAVEL  
FILTRADO

---

Laboratórios do **Dr. P. ASTIER**  
PARIS ——— BARCELONA

Representantes para Portugal e Colónias

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>**

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA



*Nestogéno*

*Completa ou substitui o leite materno,  
em caso de necessidade, desde a nascença.*

É UM LEITE EM PÓ  
MEIO-GORDO, AÇUCARADO,  
DA

**NESTLÉ**



# PORTUGAL MÉDICO

(3.<sup>a</sup> SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA  
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 37.º)

1945

N.º 8-9

## A ENXAQUECA

Conferência inaugural pronunciada no Curso de  
Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra (1945)

pelo Prof. A. DA ROCHA BRITO

Colega e velho amigo, que conheço muito bem desde que me conheço, contou-me a história da sua enxaqueca ou da sua *Migrania*, como por vezes a designa, afirmando-me ter encontrado esta designação nos livros antigos, por exemplo, no «Reportório de 1522» editado por Germão Galharde em Lisboa, espécie de «Borda de Agua» daqueles tempos. No capítulo das Sangrias lá vem:

«A vea que está no meyo da fronte val para a dor de cabeça, migranea e apostema dos olhos».

Curiosa afirmação onde ao mesmo tempo aprendemos que não confundiam a migrania com a dor de cabeça e tratavam-na pela sangria da veia frontal.

Alegre por índole e por educação, dotado duma grande dose de bom humor, tempêra com sal e pimenta os pratos insôssos, que são os mais vulgares no banquete da vida e assim acha maneira de tirar partido do próprio sofrimento. Esta atitude combativa aprendeu-a com Montaigne, que, sofrendo a valer de calculose renal, explorava a sua pedreira de modo a não ser êle o mais sacrificado. Diz-se isto para explicar o tom gracioso da sua história clínica que afinal não tem graça nenhuma e constitue a introdução da minha conferência.

—«Lembro-me bem, como se fosse agora, da primeira visita que me fêz a aborrecida e indesejável matrona. Andava no primeiro ano do Liceu portuense e de então para cá durante cinqüenta estradados anos nunca mais deixou de frequentar-me com uma fidelidade rara numa média de duas visitas por mês. Apenas última-





mente, não sei se como efeito do tratamento, se porque com o tempo tudo cansa, até a doença, têm-se espaçado os surtos e os últimos já não têm o mesmo vigor. Se assim é, triste é o preço das melhoras: a enxaqueca e eu vamos envelhecendo juntos. Tinha ido com os meus assistir a uma corrida de touros em Matozinhos. Dia de sol e moscas como requerem os «aficionados» para êste género de espectáculos. A corrida estava em meio quando de repente deixei

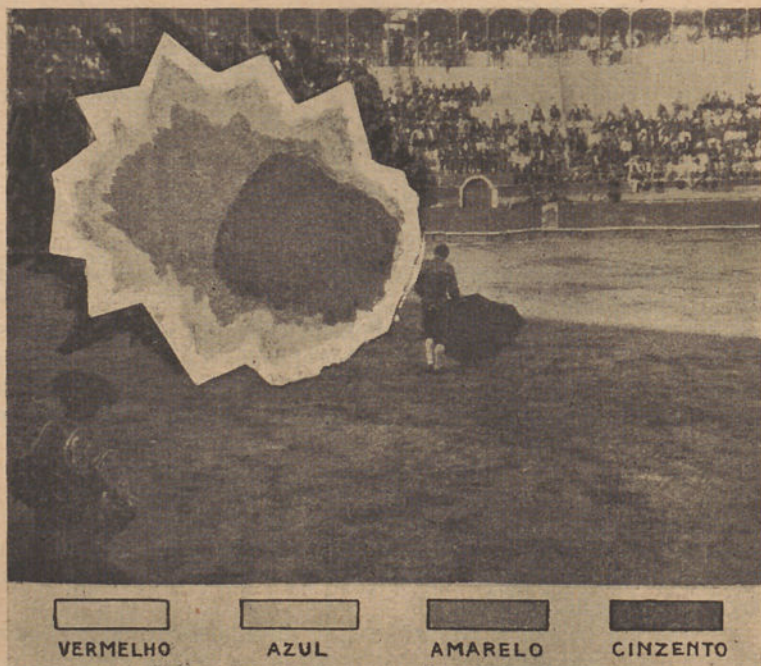


Fig. 1 — Escotoma cintilante (esquema)

de ver parte do redondel, que se apresentava como que roído numa boa porção. Esta ia alastrando, ao mesmo tempo que à sua periferia ostentava uma cercadura intensamente brilhante e colorida, cercadura em linha quebrada, *zig-zagueante*, crescendo para fora, trémula oscilante, e emitindo fogachos multicôres.

A certa altura, cheio de medo e numa ansiedade justificada, já não vendo senão metade dos objectos, fecho os olhos para não ver êste desagradável *fogo de artificio*, expressão de que se serviu CHARCOT ao contar o seu primeiro acesso de enxaqueca, mas êle



teimava em manter-se mesmo com os olhos cerrados. Já não podia guardar só para mim a surpresa e segredei a minha mãe: estou cego; não vejo o seu rosto. Foi uma tragédia no pequeno sector... Voltamos para casa. De caminho já no carro, encostado ao ombro de minha mãe, a *cegueira e as luzes* iam desaparecendo e à chegada já não restava daquelas perturbações desagradáveis mais do que certa obnubilação escura e pouco nítida. Preparava-me para gozar êste consolador alívio, quando surgiu um enjôo insofrível, acompanhado de freqüentes vômitos amargos e duma dôr de cabeça desesperada.

Chamado o vêlho médico da família, o nosso bom Dr. Baptista, não soube (ou não quis) dizer do que se tratava, apesar dos desenhos com que acompanhei a descrição e durante muito tempo guardei como lembrança dessas horas desgraçadas.

Atirado para cima da cama, incapaz de raciocinar, impondo a todos o mais rigoroso silêncio, fechadas as janelas, enjoado e vomitando, consegui finalmente conciliar o sono. No dia seguinte levantei-me, alegre e confiado, como se nada tivesse acontecido na véspera, espécie de convalescença rápida duma doença aguda, agradável como tôdas as convalescenças. Era a bonança após a tempestade, tempestade... num copo de água. Felizmente depressa nos esquecemos dos sofrimentos passados e estes estavam bem esquecidos, quando volvido apenas um mês se desencadeou um novo paroxismo em tudo semelhante, mas sem a ansiedade do mistério e o medo da cegueira. Os surtos foram-se repetindo com certa freqüência durante os sete anos do liceu, sem me darem remédio à doença aborrecida e desmoralizante. Eu é que me fui observando melhor, fazendo clínica sem o saber, como o outro fazia prosa, tudo à minha custa. Assim aprendi vários pormenores sôbre a minha enxaqueca, que em meio da perturbação dos primeiros acessos tinham passado despercebidos, presa como estava a atenção nos distúrbios mais aparatosos. Antes de mais nada aprendi que algumas vezes os surtos não eram tão completos. Podiam faltar os fenómenos oculares, ou a cefaleia, ou os vômitos e enjôos, e às vezes dois dos sintomas faltavam no cortejo. Em compensação notei que noutras crises surgiam perturbações novas ou eu não tinha dado por elas: formigueiros e dormências nos lábios ou na ponta da língua, nas extremidades dos dedos; salivação abundante, que obrigava a cuspinhar continuamente, chegando a escorrer em fio; abundante sudação; palidez inicial do rosto, seguida de vermelhidão, e baforadas de calor; não poucas vezes uma coisa desagradabilíssima: queria lembrar-me dum nome de pessoa conhecida, duma citação trivial e não havia esforço que mos trouxesse à memória; uma certa depressão psíquica, a abulia, que contrastava com a minha habitual, quási exuberante actividade psíquica. Estas últimas perturbações,



eram-me sumamente penosas pelo receio de que pudessem surgir inesperadamente ao dar uma lição, na altura dos exames, o que felizmente nunca sucedeu, como nunca tal aconteceu quando já na Universidade tive de falar em público nas aulas, nos actos, no concurso para o professorado, nas conferências. O caso é de considerar-se porque tendo tido centenas de paròxismos migranosos e centenas de vezes tendo falado publicamente, não faltavam ocasiões para que se desse ao menos uma coincidência, que nunca se deu e isto não parece obra do acaso.

Fui descobrindo, sempre à minha custa, que muitos dos acessos de enxaqueca eram desencadeados pela ingestão de chocolate, café, ovos estrelados, — note-se bem o capricho destas coisas — certos mariscos, o tabaco. Em regra mal acabava de tomar o último gole de chocolate ou café, ou de deglutir as últimas garfadas de marisco ou ovos estrelados, o cigarro ainda não estava no fim, e *uma nuvem que os ares escurecem* prenuncia a borrasca próxima. Forçoso me foi deixar essas coisas gostosas com saúde sempre viva, sobretudo do delicioso café, que há uma dúzia de anos só vejo e cheiro, substituído por uma bebida quente, preta e doce, tomada na companhia dos amigos, à qual por ironia chamamos café... de cevada, e por desprêso *cevadé*.

Mas logo outros desencadeadores da crise surgiram, como certos cheiros, principalmente quando muito activos, tais as essências de rosas e cravos; a ingestão de bebidas alcoólicas; a umidade; o nevoeiro; a mudança brusca de temperatura; o sol muito luminoso. Enfim passei a ser um multisensibilizado às mais variadas causas agressivas, para mim porque para os outros não eram, das quais nem sempre era fácil defender-me. Bem pesada ia sendo a cruz durante êstes cincoenta anos. O que vale é que nem sempre pesa com a mesma força, nem do mesmo modo: umas vezes não é completa, como dissemos, outras nem tão duradoiras ou intensas, sobretudo a um tempo para cá, coincidindo o rareamento das crises e a sua menor intensidade com a subida da minha tensão arterial, hoje de 18 na máxima, quando fôra de 14. Simples coincidência? Ou porque, conforme afirmam certos autores, a hipertensão contribue para a melhora e mesmo desaparecimento do morbo? Seja assim ou porque tenha evitado, dentro do possível, as causas desencadeadoras, a verdade é que sinto uma real melhora nos últimos tempos.

Nem sempre fujo à tentação e em certas ocasiões, perdôo o mal que me fazem o café, a lagosta, o champanhe, o marisco, e vingo-me das longas e prolongadas abstinências, comendo e bebendo de tudo. Isto acontece nos dias natalícios, nas reuniões de Curso e nos banquetes... dos congressos. Disponho-me a aceitar as consequências, mas nem sempre a enxaqueca surge vingativa



e chego a pensar se tantas asneiras juntas se não neutralizariam umas às outras...

A propósito direi que nestas grandes ocasiões, perante as minhas queixas e no louvável intuito de me consolarem, visto me não poderem curar, os colegas me lembram que médicos eminentes sofreram do mesmo mal e até mais intensamente do que eu. TISSOT, TROUSSEAU, HALLER, DU BOIS-REYMOND, CHARCOT, MÖBIUS, JOLLY, SANTENOISE, aos quais poderiam acrescentar outros nomes médicos e não médicos: PASCAL, MIRABEAU, GUY DE MAUPASSANT, o astrónomo inglês HUBERT-AIRY, que nos deixou desenhos coloridos dos seus escotomas cintilantes, o notável caso do físico PLATEAU, que, tendo cegado depois de vários acessos de enxaqueca, continuou ainda durante quarenta anos a... ver os desagradáveis escotomas cintilantes; o médico SERRE d'ALAIS, que contou a frequência das vibrações luminosas dos seus escotomas — 190 a 200 por minuto; o caso do médico berlinense SPAEDING a quem devemos uma boa descrição da agrafia, companheira da sua enxaqueca; a tragédia de LASÈGUE, reprovado em concurso por lhe ter surgido no decorrer das provas a migrânia, desencadeada por um bocado de chocolate, que momentos antes comera e por completo o inutilizara.

Sempre com o mesmo louvável intuito poderiam ter acrescentado uma longa lista de nomes ilustres portugueses no professorado, na medicina, na literatura, na arte, na política — *gente das élites*, como se o sofrimento alheio pudesse aliviar o nosso.

De resto, o facto de ser a enxaqueca tão freqüente na *finis flor*, isso não lisongeia o orgulho de ninguém, pois que muitos pobres de espírito lhe pagam pesado tributo e a enxaqueca nem mesmo nos intelectuais é uma marca da inteligência, mas do abuso que dela fazem, num esforço constante e intenso, ao qual devemos juntar, como causa de maior relêvo, a sobrecarga emotiva, posta em jôgo e tão malbaratada por todos.

O que até certo ponto nos pode consolar é sabermos que a enxaqueca, sobretudo quando principiou na infância, ou na adolescência, é uma afecção funcional, melhorando com a idade e raras vezes organizando-se. Ainda nos pode consolar o facto interessante de que após cada paroxismo as causas desencadeadoras não são actuaes, durante um certo tempo de acalmia. Dir-se-ia que cada novo acesso necessita para eclodir dum dado período de incubação, durante o qual o organismo refaz as suas possibilidades de reacção violenta e desproporcionada ao contacto daquelas causas insignificantes e inoperantes para a quasi totalidade das criaturas. Este fenómeno uma vez mais vem demonstrar a maior importância do terreno pessoal do que a da causa aggressiva. Há um tempo a esta parte tenho tido alternâncias da enxaqueca com o prurido, com



a urticária e com a coriza espasmódica, esta provocada pela mais ténue corrente de ar ou resfriamento. Coisa curiosa, nunca tive a coriza dos fenos e à medida que se me vão repetindo os acessos de rinite espasmódica, vão-se rareando os da enxaqueca, com júbilo meu porque... do mal o menos.

Tenho lido quanto há sôbre o assunto e tenho experimentado um rôr de medicamentos e medicações. De tudo parece-me que o melhor é o *Ginèrgeno*, que aconselho aos meus doentes e de que me sirvo por conselho do illustre Colega Prof. CORREIA DE OLIVEIRA a quem devo a cura dum cunhado, cuja enxaqueca erradamente fôra diagnosticada como nevrálgia do trigémio.

Ao Ginèrgeno costumo associar a autohemoterápia.

Aquêlê medicamento julgo dever a suspensão de algumas crises quando tomado logo no início dos escotomas e creio que alguns jantares deliciosos, com mariscos, champanhe e café, tenho últimamente podido saborear, graças ao estratagemma de ingerir no princípio, no meio e no fim da refeição, um comprimido da abençoada droga, que como se sabe é o tartarato de ergotamina, alcalóide da cravagem do centeio. Há dias, após um *copo de água*, que de água só foi para mim, esqueci-me de levar o Ginèrgeno... profilático. Não obstante, comi de tudo. Horas depois, senti-me tão alegre e bem disposto que desconfiado da fartura, tomei o pulso: 110 pulsações. Admirado tirei a temperatura, 40°,5, que jamais tivera. Vi a língua: ótima; o apetite esplêndido; magnífico o estado geral. Passados 5 a 6 horas esta hipertermia sem febre desaparece de repente, como de repente apareceu. Diagnostiquei: um equivalente da enxaqueca, com o que concordou o Prof. LÚCIO DE ALMEIDA que conta alguns casos semelhantes na sua clínica infantil.

Quero dizer ainda que durante o meu curso médico apanhei dois sustos de respeito: uma vez ao ler que a enxaqueca, próxima parente da epilepsia, freqüentemente alternava ou se associava a esta, facto felizmente nunca verificado cômigo e creio que relativamente raro; outra vez quando nas lições de CHARCOT deparei com a afirmação de ser a paralisia geral o remate vulgar da enxaqueca repetida, como aconteceu com MAUPASSANT.

Aqui termina a história clínica do nosso côlega que durante cincoenta anos teve tempo para se observar. Pena é que deixe para nós o estudo dos problemas levantados por tão curiosa doença, que, não obstante a sua extraordinária freqüência, só nos últimos anos tem solicitado a merecida atenção de patologistas e clínicos e por tal forma a tornar-se impossível o conhecimento da sua bibliografia.



\*

## DEFINIÇÃO CLÍNICA

O diagnóstico do nosso caso impõe-se, tão rico se apresenta de sinais característicos. Trata-se mesmo da modalidade oftálmica.

Quando completa, a enxaqueca é de fácil diagnóstico, mas casos há, sobretudo nas crianças, em que faltando com frequência a cefaleia, a diagnose oferece sérias dificuldades. Porisso mesmo convém pintar-se o quadro no máximo das suas tintas.

É uma doença paroxística, que surge repentinamente num indivíduo em estado de saúde aparente e do mesmo modo desaparece, não deixando vestígios durante o intervalo que precede um novo surto. O sintoma dominante ou central do acesso é a cefaleia. Esta é anunciada algumas horas antes pelos prodromos e alguns minutos pela aura que já faz parte do acesso. A cefaleia por sua vez faz-se acompanhar ou seguir-se de novos distúrbios, quasi sempre digestivos, mas podendo ser nervosos, psíquicos ou outros. A cefaleia, com caracteres próprios de localização e com a subitaneidade, pois do seu aparecimento e desaparecimento, é o elemento capital do quadro.

Indivíduos há, mais felizes, que durante a vida apenas teem um acesso, como outros menos felizes vêem repetir-se as crises umas atrás das outras, subintrantes, constituindo o chamado estado de mal migranoso, por analogia com o que pode acontecer na asma, na epilepsia, etc., onde não é raro encontrarmos o estado de mal epiléptico, mal asmático, etc., nem era de estranhar uma tal possibilidade que tôdas estas enfermidades teem evidentes afinidades patogénicas.

Mas, na maioria dos casos, os intervalos entre as crises são sufficientemente espaçados para que os doentes se suponham saudáveis como também os surtos nem sempre se repetem com a mesma intensidade de duração, como nem sempre é completo o quadro sintomático, podendo até haver enxaqueca sem... enxaqueca, embora com os seus equivalentes, casos de grandes dificuldades diagnósticas que aliás se acabam por vencer.

Estudemos os elementos principais do quadro embora resumidamente.

## PRODROMOS

Nem sempre existentes, costumam preceder a eclosão da enxaqueca com algumas horas de antecipação, variáveis de pessoa para pessoa, e por vezes na mesma pessoa, de acesso para acesso. A criatura que já foi experimentada por várias crises e sabe obser-



var-se, ao vê-los surgir prevê que a tempestade não vem longe, renunciando o surto, mais ou menos brutal a desenrolar-se durante cêrca de vinte e quatro horas.

Entre êstes sinais prenunciadores tem-se descrito: o cansaço fácil, a instabilidade de humor, a tristeza sem motivo, o torpor intelectual, a irritabilidade fácil, o pèssimismo infundado, a excitação psíquica, a loquacidade, os fenómenos vaso-motores, como sensação de baforadas de calor na cara, o síndrome de RAYNAUD, os formiguesiros, e as dormências, as perturbações digestivas, como inapetência, sensação de pêso no abdómen, pirosis, diarreia ou constipação, distúrbios êstes que levaram os autores antigos a atribuir à enxaqueca uma origem gástrica, e a dar-lhe o nome de *gastroxince*. A lista podemos ainda acrescentar as palpitações, taquicardia, mesmo paroxística, as lipotímias, a amnesia e a afasia, as parecias, felizmente passageiras, etc., cujo aparecimento por vezes é tão próximo da eclosão que podem ser descritas entre as auras e como tais consideradas por alguns.

#### AURAS

Anunciam com alguns minutos de antecipação o surto migranoso, mas fazem já parte da crise. São extremamente freqüentes, pois na estatística de JIMENEZ-DIAZ não faltam em 61 % dos 137 casos bem estudados pelo professor espanhol. Quási sempre a aura é visual.

*Aura visual típica* (Enxaqueca ou migrânia oftálmica).—Quando menos se espera deixa-se de ver súbitamente uma certa porção do campo visual; esta parte cega ou escotoma negativo, espécie de buraco no campo da visão, pode ser escura ou pelo contrário intensamente luminosa, ou ainda ambas as coisas, escura na parte central, luminosa na periferia; no primeiro caso é o escotoma simples, no segundo o escotoma cintilante. O escotoma vai aumentar de tamanho, estendendo-se excêntricamente, podendo atingir tôda a metade do campo visual, mais raramente três quartos, mais raramente ainda todo o campo. Em regra é poupada a *visão macular*, argumento a favor duma origem central; na quási totalidade dos casos são tocados os dois campos visuais, homonimamente, de modo a manter-se a visão em parte do campo, mas embora com raridade extrema o escotoma pode ser binasal ou bitemporal; a hemianopsia pode ainda afectar a metade superior ou inferior do campo visual e até pode interessar, como fenómeno acrescentado, a região macular.

A mancha luminosa alarga-se como a franja duma vaça ao espriar-se na areia, conforme a feliz comparação de GALLOIS. Esta cercadura ou orla luminosa, brilhante, ondulatoria, tem sido descrita e comparada de diferentes maneiras pelos doentes: às sa-



liências e reintrâncias duma fortaleza à VAUBAN, a um zig-zague fosforescente, aos mosaicos multicores, ao tabuleiro dum jôgo de xadrez, às rodas de fôgo prêso, despejando para a periferia penachos luminosos, a losangos, quadrados, estrêlas, faíscas. Nêste momento, quando os escotomas cintilantes atingem o máximo de intensidade e grandeza, o aspecto clássico descrito e até pintado por médicos, pintores, etc., atingidos pelo morbo é êste: uma mancha cega, maior ou menor, por vezes muito grande, interessando uma porção homónima dos dois campos — a zona cega — que pode abranger tôda a área visual; em volta desta zona há uma cercadura, orla ou franja luminosa, trémula e ondulatória, móvel, extremamente fatigante. Quando queremos fixar a nossa atenção sôbre esta zona cega, para melhor a descrevermos, não nos é possível vê-la com nitide porque está cega e a visão macular não.

Por outro lado um fenómeno aparentemente paradoxal costuma não faltar: a presença de turbilhões e ondulações visíveis no interior da zona cega; a zona cega em regra não afecta a visão macular, permitindo assim ao doente que veja o objecto fragmentariamente em diferentes situações de modo a poder, por somação, reconstituir a imagem total e orientar-se no espaço. Isto mesmo é por vezes impossível, porque a fadiga luminosa acaba por não permitir que se olhe com fixidez e o desgraçado não tem outro remédio senão fechar os olhos, procurando a escuridão e uma cama para onde se atire. A fobia atingiu o alvo nesta altura. Esta descrição-tipo pode revestir muitas modalidades de pessoa para pessoa e na mesma pessoa de crise para crise. Assim tudo pode reduzir-se a uma visão, pouco nítida, total ou parcial, como quando olhamos através o nevoeiro ou por entre lágrimas, *sem cintilações*; o escotoma cintilante, por sua parte, pode traduzir-se por simples traços, faíscas, fogachos, estrêlas luminosas, moscas volantes. Pode, muito raramente, afectar um dos olhos apenas e até pode mesmo primar pela ausência. A enxaqueca surgiria então sem aura visual. Esta pode também ser substituída por verdadeiras alucinações ópticas equivalentes às observadas nalgumas epilepsias por distúrbios do cortex.

A aura óptica pode durar desde alguns minutos até meia hora, em regra não mais, costumando desaparecer depressa, mas não súbitamente.

A cegueira vai desaparecendo gradualmente ao mesmo tempo que os fenómenos luminosos se vão apagando. Nesta altura a visão ainda um pouco obnubilada dá a impressão de que se vê atravez de vidros esfumados. A consolação que se sente é de pouca dura, ou mesmo nenhuma, porque o doente sabe por experiência própria que vai entrar em cena novo comparsa (se já não entrou) — a cefalalgia.



*Outras auras* têm sido descritas com sede noutros sectores: sensorial, nervoso, psíquico, isoladas ou coetaneas com a aura visual. Assim há a aura olfactiva, auditiva, gustativa, nervosa, psíquica. Como expressão duma aura auditiva embora rara, é curiosa a vertigem labiríntica, tipo Menière.

Como na modalidade oftálmica, terminada qualquer destas auras, instala-se a cefaleia.

### CEFALEIA

Não é como outra qualquer esta dor de cabeça. É uma dor paroxística abrangendo metade da cabeça, donde o seu nome de *hemicrânia*, que deu *migrânia*. É uma dor que atinge rapidamente o máximo da intensidade, insuportável, obrigando o paciente a fugir da luz e a buscar o silêncio; em regra o desgraçado estende-se na cama e fica incapaz do menor esforço físico e intelectual; a abulia é então de tal ordem que me diz um colega lisboeta que se visse a casa arder não daria um passo para o impedir. Dura horas, um dia ou mais, cedendo em regra ao fim de um sono prolongado e profundo, e então sucedem-lhe horas de optimismo e euforismo que não compensam contudo o que se sofreu. Pode apresentar muitas modalidades na duração, na intensidade, na sede, mas é sempre paroxística. Assim, casos há em que apenas se esboça, é mais uma sensação de peso do que propriamente de dor; pode durar pouco tempo, como pode ter a sua sede não em metade do crânio, mas abrangê-lo na totalidade, ou ser apenas frontal, temporal occipital ou só orbitária, localização por vezes intolerável e que os doentes comparam a um prego enterrado na cavidade orbitária, quasi sempre no quadrante supero-interno. Era talvez para casos destes que o tal Reportório de Germão Galharde, de 1522, aconselhava a sangria na veia do meio da fronte; também pode saltar dum lado para o outro.

Em regra nasce e morre na mesma região, mas já tem sido encontrada irradiando para o pescoço ou para o braço. Esta dor, que já é de respeito, pode fazer-se acompanhar ou seguir de náuseas e vómitos.

### NÁUSEAS E VÓMITOS

Nos casos mais graves podem por tal forma constituir a dominante clínica que tem merecido a designação de enxaqueca abdominal e em certos casos, onde os outros sintomas se apagam, ou são de pouco relêvo, se tem errado o diagnóstico, confundindo-o com o abdomen agudo, chegando-se a aconselhar a operação e até a operar-se, êrro desagradável, quando demais a mais não é raro



haver hipotensão, colapso periférico e dor abdominal, vesicular ou cólica.

Quem já passou pelos transe nauseosos da enxaqueca sabe o que êles são de insuportáveis, assim como os vômitos, alimentares ou não, biliosos ou não, freqüentes ou não, vômitos que podem aliviar a dôr de cabeça ou pelo contrário aumentá-la pelos esforços vomitivos reiterados, tantas vezes sem efeito.

*Outros fenómenos digestivos* podem acompanhar ou suceder-se à cefaleia, principalmente por parte do fígado e anexos — aumento do volume do órgão — que pode estar doloroso — por disquinésias vesiculares e do colédoco, ou do estômago e do piloro, do duodeno ou dos colones; por *crises diarreicas, etc.*

Também são freqüentes os sinais e *sintomas circulatórios*: bradicardia, mais raramente taquicardia, mesmo taquicardia paroxística, hipotonia, lipotímias.

*Sintomas renais*, como a polaquiúria, e *glandulares*, como a sialorreia são relativamente freqüentes como também não são raros os *fenómenos neurológicos e mesmo psíquicos*, uns e outros podendo aparecer independentemente da cefaleia. Êste facto é mesmo a favor dos que sustentam serem os sintomas psíquicos e nervosos que acompanham a cefaleia, não uma conseqüência desta, mas autónomos como próprios por si do quadro enxaquecoso.

\*

Antes de entrarmos no estudo absorvente e aliciante da etiopatogenia, queremos salientar três factos a respeito da verdadeira enxaqueca não acompanhada, não sintomática.

Primeiro. — Ê um verdadeiro paroxismo funcional, pois até hoje ainda não se encontrou lesão orgânica a que se possa atribuir a doença, como era, de resto, de esperar. Isto não quer dizer que numa longa existência de crises, o syndroma funcional não acabe, à custa de tanto se repetir, por tornar-se orgânico, como parece estar demonstrado: há enxaquecosos que acabaram por ficar definitivamente hemianópsicos e outros com nistagmo, vertigens e outros distúrbios auditivos, e que antes foram só funcionais.

Segundo. — Ê uma doença da infância e sobretudo da adolescência, quadra das «tempestades neurovegetativas». Quem tem a pouca sorte de ser enxaquecoso, é-o antes dos 30 anos (86,4 % em 118 casos de Oya) porque depois desta idade é muitíssimo rara a enxaqueca. Antes assim porque a enxaqueca que sobrevem passados os trinta anos é quasi sempre secundária a lesões orgânicas do sistema nervoso central. Já não é bem a enxaqueca clássica ou banal; é a que se acompanha de oftalmoplegia, facioplegia e de



outras manifestações graves. Conforme a estatística de OYA SALGUEIRO, cuja tese inaugural ainda não foi impressa mas da qual teve a gentileza de enviar-me a cópia dactilografada, que muito agradeço, conclue-se ser o máximo de frequência do aparecimento da enxaqueca nas idades compreendidas entre os 11 e os 20 anos (39,8% em 118 enfermos cuidadosamente estudados). Mas, também encontrou uma frequência alta até aos 10 anos. Nesta década da vida, sobretudo nas primeiras idades, não é fácil diagnosticar-se a enxaqueca, pela obvia razão de faltar com extrema frequência a cefaleia, sintoma dominante do acesso nas outras idades. O diagnóstico faz-se, todavia, por sabermos há um tempo a esta parte que naquêles 10 anos, são vulgares os equivalentes: os vômitos periódicos, os vômitos biliosos em jejum, o desmaio fácil, após pequenas emoções, paroxismos febris (Prof. LÚCIO DE ALMEIDA), cuja análise arguta levou muitos tratadistas a considerá-los como ligados a um estado de labilidade neurovegetativa, base da enxaqueca vulgar, que, mais tarde, com a idade escolar e a adolescência, fará a sua eclosão com uma sintomatologia mais característica. OYA SALGUEIRO cita na sua estatística um caso de enxaqueca clássica numa criança de três anos.

Terceiro. — A hereditariedade tem sido desde sempre considerada como desempenhando um papel preponderante no aparecimento da doença.

### ETIOPATOGENIA

E agora, abordemos o complexo problema da etiopatogenia. Apesar da sua alta frequência, dos sofrimentos a que obriga, apesar dos seus problemas patogénicos e terapêuticos oferecerem aspectos interessantíssimos, a verdade é que a enxaqueca só nestes últimos cinquenta anos tem feito alguns progressos nesses domínios, pondo à prova a sagacidade dos patologistas e clínicos. Uma boa doutrina etio-patogénica deve tentar explicar aquêles aspectos fundamentais da afecção.

Não tem enxaqueca quem quer e por mais que queira. Pode um indivíduo pôr em contacto com o organismo uma ou várias das muitíssimas causas hoje conhecidas como desencadeadoras da enxaqueca; pode mesmo repeti-las uma e muitas vezes; pode até aumentar-lhes a intensidade. A enxaqueca não surge. Nem o chocolate, nem o café, nem os ovos, nem as mudanças bruscas da temperatura, nem a umidade, nem os cheiros, por violentos que sejam, nem o excessivo e esgotante labor intelectual, nem as emoções fortes e reiteradas, nem os excessos sexuais, capazes são de a desencadear.

Porquê? porque há muito tempo se sabe ser necessária para a



eclosão do acesso a existência dum terreno especial, constituição específica, sem a qual as causas desencadeantes não actuam. A doença é a resultante dum binário mórbido: o terreno e a semente.

Terreno hereditário ou adquirido?

Hereditário diziam já os antigos. Hereditário dizem as mais modernas estatísticas. Entre estas é particularmente interessante a de JIMENEZ-DIAZ e OYA, (90,5 % em 127 casos) feita com todo o rigor e abrangendo grande número de observações. A herança é umas vezes directa e os descendentes de migranosos são, em número notável, migranosos também; outras vezes os prediostos para a enxaqueca, têm nos seus antepassados, não doentes de enxaqueca, mas de outras doenças afins e do grupo, como a asma, a urticária, a coriza espasmódica, etc., estados mórbidos ligados por um laço patogénico comum. A exegese destas estatísticas leva os autores à conclusão de que se trata duma hereditariedade mendeliana de tipo dominante. E, continuando na mesma crítica rigorosa, conclue o autor espanhol OYA que o sexo feminino não tem uma intervenção mais marcada do que o sexo masculino na transmissibilidade do morbo, muito embora haja mais mulheres migranosas do que homens (2,7:1). Esta relação não deve ser na realidade tão alta, diz OYA, e dá a razão plausível de que vêm à consulta menos homens do que mulheres queixando-se da enxaqueca, visto esta ser menos intensa naqueles do que nestas. Por outro lado o sexo feminino está mais sujeito àquela doença, não pelo mecanismo genético, mas por na mulher haver duas quadras da vida que facilmente lhe desequilibram o sistema neurovegetativo — a da menstruação e a da menopausa. É muito possível que a hereditariedade ainda pese mais do que aqueles 90,5 %. AUERBACH encontrou nos seus doentes de enxaqueca antecedentes que lhe permitiram afirmar ser a hereditariedade a responsável pelo terreno migranoso em 100 % dos casos.

Seja como fôr, a hereditariedade é a grande responsável pela genese dêsse terreno especial, que reage desproporcionadamente ao contacto da causa ou causas desencadeadoras.

Também curioso é o facto de a maioria das crianças e jovens migranosos serem hipotensos <sup>(1)</sup>, transformando-se em hipertensos à medida que a idade avança, mas então a enxaqueca diminui de intensidade e frequência, podendo chegar a desaparecer por completo. Nesses mesmos indivíduos é vulgar a instabilidade das suas tensões arteriais.

Não se esqueça também que, num mesmo doente de enxaqueca,

---

(1) RENARD e MEKDJIAN encontraram 89 % de hipotensos nos jovens migranosos.



esta pode acompanhar-se, alternar-se ou substituir-se por outras doenças do grupo paroxístico, como a asma, a urticária, o edema de Quincke, a coriza espasmódica, segundo alguns ainda a epilepsia, que na opinião de muitos autores, é, como aquelas uma afecção do grupo alérgico.

**Coincidencia de enfermedades alérgicas  
en los enfermos de jaqueca (OYA)**

ENFERMEDAD	N.º de casos	%
Asma. . . . .	70	29
Urticaria . . . . .	16	5,8
Asma y urticaria. . . . .	13	4,7
Catarró habitual descendente . . . . .	6	2,1
Bronquitis espástica . . . . .	6	2,1
Coriza espasmódico . . . . .	4	1,4
Urticaria e Edema de Quincke. . . . .	3	1,0
Asma y coriza espasmódico . . . . .	1	0,3
Catarró eosinófilo . . . . .	1	1
Asma y eczema . . . . .	1	1
Asma y colitis . . . . .	1	1
Urticaria y catarró hab. desc. . . . .	1	1
Urticaria y coriza espasmódico. . . . .	1	1
Bronquitis crónica asmática . . . . .	1	1
NO TIENEN ALERGIAS. . . . .	150	54,6

De los 275 enfermos: 125 (45,4 %) apresentaron otras alergias.

Na bem elaborada estatística de OYA em 275 casos 125 apresentaram outras manifestações alérgicas, ou sejam 45,4 %.

Não admira que seja tão alta a percentagem destas associações, o que era de esperar, pois a enxaqueca pode ser como aquelas uma afecção alérgica. Isto em nada prejudica o conceito em que hoje se tem aquelas doenças filiando-as num terreno de instabilidade ou distonia neurovegetativa, porquanto o sistema autónomo tem sob a sua jurisdição vasos e fibras musculares lisas, que é onde se passam em último lugar as perturbações alérgicas ou atópicas.

Muitos dos desencadeadores da enxaqueca contam-se entre os alergenos e atopenos, mas também se conhecem causas que nada têm que ver com êstes e são capazes de desencadear a crise: mudanças bruscas de temperatura, umidade, o sol, as emoções, os excessos sexuais, as perturbações endócrinas e digestivas, mas casos há onde por mais que se procure não é possível responsabilisar nenhum factor desencadeante.



## PATOGENIA

Aceitando que o acesso de enxaqueca resulta duma reacção violenta, excessiva, subitânea do organismo hereditariamente predisposto, quando posto em contacto com as causas e circunstâncias desencadeadoras, inócuas para o comum dos humanos, é óbvio perguntar-se:

- 1.º Em que consiste afinal êsse terreno hereditário?
- 2.º Como actuam os desencadeadores?
- 3.º O que é em última análise essa reacção exagerada, dis-reacção para empregarmos um termo hoje muito em moda, que tende a substituir o de sensibilização por mais compreensivo?

Esta herança revela-se desde as primeiras idades por uma super-reatividade no domínio psíquico e neurovegetativo. Em regra estas crianças são inteligentes, atreitas a terrores noturnos, urinando na cama, vomitando com facilidade, de manhã sobretudo; não raramente têm vômitos cíclicos, também chamados cetónicos, diarreia, disquinésias cólicas, lipotímias em jejum, outras vezes provocadas pela emoção, capazes aliás de provocar as outras perturbações referidas; a maior parte dêstes indivíduos são hipotensos e se bem analisarmos êstes distúrbios depressa concluímos que são meramente funcionais e assentam em última análise numa notável labilidade do neurovegetativo. Em equilíbrio permanentemente instável está sempre na eminência de se desequilibrar esta labilidade, ou esta instabilidade do neurovegetativo que afinal se herda, e que para a hipótese da migrânia foi denominada por JIMENEZ DIAZ de «neurodistonia migranoide», e que duma maneira mais geral podemos dizer neurodistonia vegetativa.

Esta labilidade ou instabilidade neurodistónica existe, evidentemente, em estado potencial ou latente prestes a explodir, se uma causa ou circunstância desencadeadora se põe em contacto com ela, como a dinamite que detona quando com ela contacta o fogo lançado ao rastilho. É difícil que numa vida inteira esta neurodistonia se mantenha oculta ou silenciosa, tantos e tantos são os factores capazes de a revelar, uns já muito nossos conhecidos outros ainda por desvendar, quantos gerados dentro do próprio organismo. Com o fugir dos anos esta labilidade do neurovegetativo, esta frescura do sistema autónomo das primeiras idades, da mulher nas alturas do cataménio, vai-se esfumando e perdendo o viço acabando por curar-se. A enxaqueca, que é uma marca dessa *soupplesse* vegetativo-vascular, já não volta, mas também já não volta a mocidade e a cura ficou por bom preço.



As causas desencadeadoras actuam, pois, desequilibrando o neurovegetativo, aliás em eminência permanente de desequilíbrio.

Mas, pergunta-se, como é que êste desequilíbrio desencadeia o surto? Responde-se, em face de quanto hoje sabemos, é por intermédio da vasomotricidade que sob a sanção do sistema neurovegetativo, quer esquemiando, quer hiperemiando certos sectores da economia, no primeiro caso por vasoconstricção, no segundo por vasodilatação, dá lugar ao surto exaquetoso: as auras, as cefaleias, as náuseas, os vômitos, os distúrbios hepáticos, vesículo-coledócicos, gástricos, abdominais, nervosos e psíquicos, ou qualquer dos seus equivalentes. E mais um elo da cadeia patogénica se descobre: o elo vasomotor.

Vejamos se podemos explicar os principais sintomas e se na realidade o seu paroxismo está na dependência do mecanismo vasomotor.

*Aura visual.* — O escotoma, para quási todós, traduz a existência dum processo isquémico, portanto deve resultar duma vasoconstricção passageira e dizemos quási todos, porque alguns autores, cada vez em menor número, continuam negando a constricção dos vasos cerebrais; quem leia imparcialmente a soma de argumentos histológicos, fisiológicos, clínicos e terapêuticos a favor, filia-se no grande grupo. Onde se dá a vasoconstricção anemiante? Dada a bilateralidade homónima da hemianópsia, forçoso é aceitar que a vasoconstricção, e conseqüente *déficit* circulatório, se realize nas veias ou centros corticais da visão para traz do quiasma. As artérias e arteríolas que os irrigam e promanam do polígono de WILLIS, por serem terminais, podem entrar com facilidade em espasmo, como acontece, por exemplo, na doença de RAYNAUD, onde aquelas também são terminais.

Está bem para o escotoma negativo, mas para a cintilação que o cerca, isto é, para o escotoma cintilante? A cintilação, essa, seria devida, pelo contrário, a fenómenos de vasodilatação, que na região bordejante podem coexistir ou alternar com os de vasoconstricção. Traduziria até uma reacção vasodilatadora à vasoconstricção do sector visinho isquemiado. Segundo WILSON, poderia mesmo haver transitóriamente numas zonas vasoconstricção, noutras vasodilatação. As outras auras podem explicar-se semelhantemente. O difícil é explicar como numas enxaquecas os fenómenos tem a séde neste sector, noutras naquela. Questão de meiopragia local ou de espinha irritativa, diz-se. De acôrdo, mas que traduzem patogénicamente estas expressões?

*A cefaleia.* — Esta seria também devida a paroxismos vasomotores. Por constricção ou por dilatação? Intracraniana ou extracraniana?





# 1865-1945

**80 anos de actividade e progresso científicos**

1865 . . . . . 1 Fábrica

1945 . . . . . 15 Fábricas

Em todos os continentes

Produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos  
da mais alta qualidade e pureza

**DR. A. WANDER S. A., BERNE (SUÍÇA)**

REPRESENTANTES EM PORTUGAL :

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

RUA DOS CORREIROS, 41-2.º

LISBOA



*Os Laboratórios Dr. A. Wander S. A. de Berne, têm a honra de informar o Ilustre Corpo Clinico que acabam de reabastecer o mercado portugêes com todos os seus produtos, esperando poder manter a continuação dêstes fornecimentos, visto a melhoria nas comunicações se ter últimamente acentuado.*

*Por intermédio dos seus representantes em Portugal, devem V. Ex.<sup>as</sup> receber a comunicação das disponibilidades presentes.*

**DR. A. WANDER S. A.**

Representantes em Portugal:

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correeiros, 41-2.<sup>o</sup>

**LISBOA**



Não faltam doutrinas e para todos os paladares.

Já em 1860 Du BOIS-REYMOND, criador da doutrina vasomotora na enxaqueca, o qual em si mesmo estudara a desagradável enfermidade, atribuiu os paroxismos à vasoconstrição e esta à exaltação do simpático cervical, inspirando-se nos notáveis trabalhos de CLAUDE BERNARD. A cefaleia e sintomas concomitantes — palidez da face, midríase, lacrimejamento, deficit de sudação, traduziam o superfuncionamento do simpático. Era uma espécie de «tétano da membrana vascular das artérias da metade da cabeça que sofre.»

Alguns anos depois (1867) MÖLLENDORF attribue à inibição do simpático uma outra série de acidentes da enxaqueca: a vermelhidão da face no lado doente, com baforadas de calor, a miosis, a conjuntiva congestionada, o aumento térmico no ducto auditivo, a sudação abundante, a dilatação da artéria temporal (esta aproveitada modernamente para fundamento duma doutrina patogénica), a turgidez das artérias da retina.

LATHAN, em 1873, com uma mais clara visão do problema, reuniu os dois tipos, attribuindo a aura à isquemia, a cefaleia à hiperemia. Para uns estas crises vasculares de vasodilatação seriam intracranianas, para outros extracranianas.

BRAMWELL, GARCIN e HALBRON, ROGER e SARRADON aceitam que sejam intracranianas, resultando a dor da respectiva irritação meníngea. Para outros a vasodilatação, realizada também dentro do crâneo, originaria a produção dum exsudato, cuja compressão ocasionaria o paroxismo migranoso, ao qual não seria estranha a acção do trigémio. Como se sabe a injecção da histamina é capaz de provocar, em certas doses, o aparecimento da cefaleia; como por outro lado se sabe que a histamina provoca a dilatação das artérias cerebrais, não foi difficil concluir que a cefaleia da enxaqueca era devida a uma dilatação das artérias cerebrais, isto é, a enxaqueca seria devida, um mais, um menos, a um acréscimo paroxístico da histamina sanguínea. Curiosa doutrina logo combatida por outros autores categorisados que chegaram à conclusão contrária: *a cefaleia histamínica nada teria que vêr com a cefaleia migranosa*. Aquela, por exemplo, cura-se dessensibilizando o organismo com doses pequenas e repetidas de histamina, o que não acontece na enxaqueca. Mais: a cefaleia histamínica é uma dor difusa, enquanto é hemicraniana na enxaqueca; a injecção de ginérgeno, a laqueação da artéria meníngea média, a compressão da artéria temporal melhoram e suprimem a enxaqueca, enquanto não tem a menor influência na cefaleia histamínica. Em compensação esta melhora com a compressão da veia jugular e com o aumento directo da pressão intracraniana. Destes e doutros argumentos concluem os autores americanos GRAHAM e WOLFF que enquanto a cefaleia histamínica teria por base a dilatação das artérias cere-



brais, ramos da carótida interna, da basilar e da vertebral, a dôr na enxaqueca proviria da vasodilatação dos ramos da carótida externa, isto é dos tegumentos cerebrais, fundamentalmente da temporal e da meníngea média.

A «tempestade neurovegetativa», que numa primeira fase daria a vasoconstricção das artérias cerebrais por excitação do simpático, originando as auras, daria numa segunda fase a vasodilatação das artérias extracranianas, pelo predomínio vagal talvez como reacção à primeira, donde a cefaleia, os vômitos, os enjôos, etc..

JIMENEZ DIAZ, arauto da doutrina americana, explica a patogenia dolorosa do seguinte modo:

A maior responsabilidade neste mecanismo cabe à artéria temporal distendida, embora não ponha de lado a parte que pode tocar aos outros ramos da carótida externa.

Da parede vascular distendida partiria um largo reflexo, que caminhando pelo plexo perivascular, atingiria o trigémio, origem do fenómeno doloroso, que pelas suas fibras eferentes chegaria ao núcleo solitário, segundo FOERSTER. A «criação de impulsos dolorosos» a partir da árvore arterial nada tem de estranho desde que foi demonstrada a sua existência até mesmo nos vasos médios do cérebro—cerebral anterior, média, posterior, basilares, vertebral, carótida interna, bem como nos vasos do sistema extracraniano da pele e tecido subcutâneo. De resto, acrescentamos, não é caso único na economia: sabemos há muito que a distensão dos órgãos ôcos é dolorosa: coração, bexiga, colédoco, etc., doem quando distendidos, o que não sucede quando dilatados.

Na verdade os autores americanos já tinham observado que quando comprimiam o vaso, durante o paroxismo cefalálgico, êste se atenuava ou mesmo desaparecia por momentos. Seria por um mecanismo até certo ponto equivalente — a expoliação sangüínea — que actuaría a flebotomia da veia frontal, aconselhada no Repertório de 1522? Assim não seria de todo desacertada a terapêutica empírica, dos velhos séculos.

Os autores americanos comprimiam não só a temporal, mas a carótida externa do mesmo lado da hemicrania, e do mesmo modo verificaram que diminuía a intensidade dolorosa, o mesmo acontecendo pela compressão da occipital; outras vezes a dôr desaparecia ou deixava um resíduo insignificante. Que a artéria temporal está turgesciente durante a crise migranosa é um facto incontestável e que essa turgescência vai diminuindo até desaparecer à medida que a dôr de cabeça diminue e desaparece, é outro facto bem averiguado por GRAHAM e WOLFF, que estudaram e mediram as amplitudes do pulso temporal em 32 crises de enxaqueca durante as quais se fizeram os respectivos registos fotográficos. Com paciente rigôr observaram que nos casos em que a dôr diminuía ràpi-



damente sob a acção duma injeccção endovenosa de tartarato de ergotamina ( $0^{mg},4$ ), com igual rapidez diminuia a amplitude do pulso temporal, como também verificaram que a uma acção mais lenta da ergotamina sôbre a cefaleia correspondia uma queda mais lenta da amplitude da pulsação, tendo concluído que a baixa na amplitude do pulso da artéria temporal atinge 50 % da que era no princípio do paròxismo. Os mesmos autores demonstraram que distendendo a artéria temporal provocavam o surto doloroso. Para isso comprimiam, por exemplo, a artéria num ponto e injectavam sôro fisiológico sob pressão a montante do ponto comprimido: o acesso migranoso surgia imediatamente. A experiência contrária, isto é, a vaso-constricção que se obtém com a injeccção endovenosa de ergotamina (poderoso vaso-constritor) faz diminuir rapidamente e até desaparecer, ao fim duns dez minutos e por completo, a enxaqueca, que estava no auge da sua violência, tendo verificado a vaso-constricção não só da artéria temporal, mas da meníngea média, ramo da carótida externa.

Destas curiosas experiências, concluem os autores que o paroxismo cefaleico da enxaqueca é devido à distensão das artérias cranianas — temporal à frente — e que a diminuição e cessação da dôr pelo tartarato de ergotamina são devidas à função vaso-constritiva desta droga admirável sôbre as artérias provenientes da carótida externa, sobretudo temporal e meníngea média distendidas, cujas pulsações chegam a diminuir a sua amplitude de 50 %.

Pergunta-se naturalmente, por que mecanismo a distensão dessas artérias se traduz na dôr tão característica da enxaqueca? O ponto de partida seria essa distensão, o caminho seguido seria o dum largo reflexo, onde colaborariam o gânglio geniculado, o

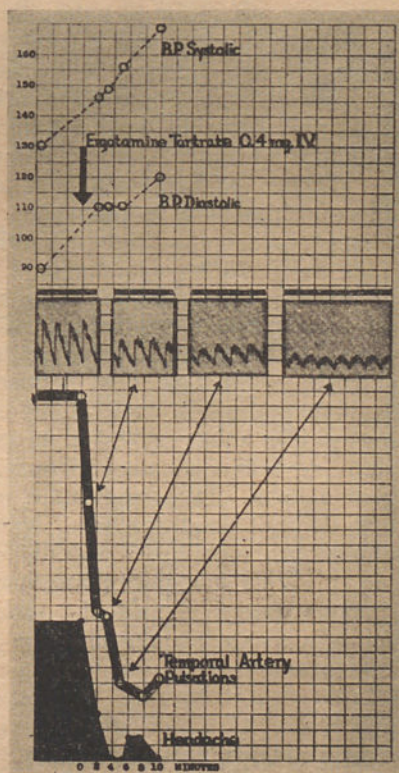


Fig. 2 — Esquema de Graham e Wolff



intermediário, o trigémio, cuja secção na parte mais alta e interna da raiz central suprime a dôr (ROWBOTHAM, citado por JIMENEZ-DIAZ).

O problema vai-se esclarecendo e os trabalhos da escola espanhola parecem ter descoberto mais o seguinte elo da cadeia. E' hoje conhecida a doutrina dos mediadores químicos na transmissão do influxo nervoso, chamemos-lhe assim. São êles que no sistema autónomo permitem a transmissão através da sinapse, espécie de articulação (e não continuidade) das extremidades neurónicas, de neurone para neurone e destas para os órgãos efectores. Essas sinapses banham nos mediadores químicos, agentes de ligação, que são principalmente dois, a adrenalina especificamente para o simpático, a acetilcolina especificamente para o vago.

DALE, de harmonia com a doutrina, propoz a designação de adrenérgicas para as fibras nervosas que na sinapse transportam o influxo com o auxílio do mediador adrenalínico, e a de colinérgicas para as fibras cujo mediador é a acetilcolina. Aquelas pertencem ao sistema simpático, estas ao parasimpático, convindo no entanto ter bem presente que no simpático preganglionar também existem fibras colinérgicas. Relembra estas noções vejamos em que consiste a hipótese dos cientistas espanhóis. Se a enxaqueca é fundamentalmente uma «tempestade vagal paròxística» não será lógico que uma excessiva quantidade do mediador acetilcolínico sirva de fundo a essa tempestade? A hipótese é na verdade lógica e levou JIMENEZ-DIAZ e colaboradores a pesquisar na urina dos doentes enxaquecosos, antes, durante e após o paròxismo, o que acontece quanto à acetilcolina. Principiaram por obter extractos urinários que permitissem actuar sôbre os reagentes biológicos daquele ester — o músculo dorsal da sanguessuga, o recto anterior da rã, a tensão arterial do gato cloralosado e o coração de *Straub*. Todos sabem como são difíceis estas experiências, a principiar pelo fabrico dos extractos. Os resultados foram muito interessantes, sobretudo nas experiências com o músculo dorsal da sanguessuga e recto abdominal da rã, e revelaram que a urina colhida durante os paròxismos migranosos contém na realidade em dose bastante uma substância de propriedades biológicas idênticas às da acetilcolina, o que não aconteceu com as urinas das pessoas normais. Mais tarde, melhorando a técnica para a obtenção dos extractos, concluíram que nas urinas dos indivíduos sem enxaqueca sempre existe uma substância igual ou semelhante à acetilcolina, mas de efeitos biológicos muito menos intensos. Comparando êstes resultados com os obtidos a partir de solutos doseados de acetilcolina, chegaram a idênticos resultados e até puderam medi-los. A conclusão salta aos olhos: havia nas urinas dos enxaquecosos em crise uma substância ou substâncias com as mesmas qualidades bioló-



# LACTANO

FERMENTOS LÁCTICOS E COMPLEXO VITAMÍNICO B

Frasco de 130 cc. de caldo • Caixa de 3 tubos de 20 comprimidos

## TERAPÊUTICA

### CAUSAL

Os fermentos lácticos, que entram na composição do Lactano, são constituídos por culturas puras de «*Lactobacillus bulgaricus*, *Lactobacillus acidophilus* e *Streptococcus lactis*», cujo poder acidogêneo e enzimático exerce acção terapêutica eficaz num grande número de afecções gastrintestinais, como: Enterites, colites, enterocolites, intoxicações alimentares, etc., etc. Os bacilos lácticos actuam, também, sobre as bactérias patogénicas do intestino, por concorrência vital.



**LABORATÓRIO FIDELIS**

DIRECTOR-TÉCNICO: FERREIRA PINTO • 77, RUA D. DINIS, LISBOA



## Alcalinésia BISMUTICA

*Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.*

## "Aseptal,"

*Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-collite, etc.*

## Bromovaleriana

*Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia histeria, etc.*

## 'Diaspirina,

*Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes neuralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

*Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.*

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculoses, litíatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.*

## hepatodynamol

*Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.*

## "NARCOTYL,"

*As indicações da morfina. Previne a habitação e morfínomania dentro de certos limites*

## Proteion

*Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.*

## PULMÃO-SORO

*Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.*

## SUAVINA

*Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.*

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quilínoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*



gicas da acetilcolina, mediador químico do vago, embora não seja o único, e vasodilatadora. O facto deve, pois, traduzir a presença em excesso de acetilcolina no sangue dos migranosos por ocasião do acesso, a menos que houvesse um *déficit* da coíinesterase, fermento inibidor da acetilcolina.

A esta objecção respondem aqueles autores com uma série de experiências probatórias de que há na realidade uma super-produção de acetilcolina e não uma deficiência do respectivo fermento.

Êste predomínio funcional das fibras colinérgicas no desequilíbrio neurovegetativo paroxístico explica ainda outros sintomas desta segunda fase da enxaqueca, fase que sucede às auras.

Como parece assente as fibras colinérgicas presidem a duas séries de efeitos, uma à chamada acção muscarínica da acetilcolina, outra à acção nicotínica, esta devida à excitação das fibras colinérgicas preganglionares do simpático. Pois, segundo JIMENEZ-DIAZ, os vômitos, o espasmo pilórico e o espasmo gástrico, que o citado autor observou durante o acesso migranoso, condicionando porventura os vômitos, a disquinésia do duodeno e do colédoco, a disquinésia cólica, a miosis, a superdiaforese, a sialorreia, a hiperquilia, a polaquiúria, explicam-se pela acção muscarínica, enquanto os fenómenos de vasodilatação e a taquicardia se poderiam explicar pela acção nicotínica daquela ester.

A patogenia vai-se enriquecendo à espera de novas investigações e descobertas que lhe esclareçam certas obscuridades íntimas. Parece-nos que JIMENEZ-DIAZ, uma vez descoberto êste filão, dever-nos-ia, dispondo como dispõe de um instituto tão bem dotado, realizar investigações semelhantes quanto ao catião potássico, por um lado e por outro ver o que acontece durante a fase anterior á da vaso-dilatação, procurando na urina durante a aura se nela existem substâncias vaso-constritoras do tipo adrenalínico. No trabalho que temos diante de nós não se refere ao facto, mas o seu discípulo OYA na tese tantas vezes citada, diz textualmente:

«Trabajos, interrumpidos por el ALZAMIENTO NACIONAL, efectuados per JIMENEZ-DIAZ, MORAU, LORENTE y SCIMONE (aún no publicados) habian demostrado la eliminación por la orina, en enfermos con jaqueca, de substancias simpaticomiméticas de tipo vaso-pressor en los dias previos al acceso, entanto que en los dias siguientes aparecian en la orina cuerpos que se comportaban en las diferentes pruebas blológicas como ésteres colínicos.»

De tudo quanto dissemos e se foi sabendo, talvez possamos resumir assim a patogenia da enxaqueca:

Sob a influência de causas desencadeadoras das mais variadas categorias, o organismo hereditariamente predisposto reage violentamente.



Na constituição dêste terreno avulta a instabilidade neurovegetativa, por ventura dependente de disendocrinias. Numa primeira fase a resposta à causa desencadeadora é dada pela vasoconstrição intracraniana sob o domínio do simpático e excesso da adrenalina. São os ramos da carótida interna a séde do angiospasmu responsável e temos a *aura*.

Numa segunda fase aparece a vaso-dilatação ou melhor a vaso distensão, talvez como reacção à primeira fase, agora comandada pelo parasimpático, por ou com excesso de acetilcolina; as artérias que sofrem agora e são o ponto de partida do *reflexo doloroso* são ramos da carótida interna, particularmente a artéria temporal, que se apresenta túrgida, distendida, e ainda a meningeia média.

Como se acaba de ver esta doutrina é já hoje um todo complexo, e coerente, sujeito ao aperfeiçoamento. Nada sabemos, por exemplo, a respeito dessa chamada espinha irritativa (os antigos, grandes intuitivos, chamavam *locus minoris resistentiæ*) e que localiza a vasoconstrição intracraniana inicial a êste ou aquêle sector do cortex cerebral.

Esta doutrina é a que hoje tem mais aceitação, mas muitas outras têm aparecido com o decorrer do tempo. HIPÓCRATES conhecia a enxaqueca oftálmica pois descreveu, pelo menos, um caso, mas foi GALENO quem primeiro esboçou uma doutrina patogénica, atribuindo a migrânia ao sangue que leva ao cérebro líquidos e vapores de má qualidade, provenientes de certas partes do organismo, traduzindo assim um mau funcionamento geral. O nosso *Borda de água* de 1522, mandando sangrar na veia do meio da fronte, também parece basear-se em qualquer distúrbio geral, visto que manda sangrar, mas localisa o efeito do processo, pois que a sangria há-de ser feita na fronte. Os empíricos nem sempre erravam.

Para TISSOT (1813) a enxaqueca era uma nevralgia do trigémio de origem reflexa, cujo ponto de partida estava no estômago; para outros no útero, na vesícula biliar, nos seios nasais, etc.; mas ninguém pôde demonstrar a existência de tais reflexos.

Depois era uma *mialgia* de cabeça por miosite, miogelose, hipertonia muscular por artrites cervicais: por certo que existem cefaleias desta origem, mas não são as da enxaqueca.

Para MÖBIUS tratava-se de lesões celulares do cortex e das meninges; outros autores atribuíam a uma localização no IV ventrículo, na região onde está o núcleo do trigémio, na do VIII par, e não faltou quem inventasse um centro especial migranoso no núcleo sensitivo do trigémio, conceitos fáceis de rebater porquanto as perturbações da enxaqueca são meramente funcionais. Alguns responsabilisavam a congestão súbita da hipófise para explicar as



cintilações dos escotomas, sem se lembrarem, como argumentam RENARD e MEKDJIAN, que então as heminopsias não seriam laterais homónimas, mas bitemporais.

Para AUZIAS-TURENNE tratava-se da compressão do ramo oftálmico do trigémio por excesso de sangue nos seios da base, e para BABONNEIX e DAVID a enxaqueca é uma radiculalgia. Seria para SPITZER devida a um edema cerebral e êste resultaria do apêrto temporário do buraco de MONRO. QUINCKE supunha-a devida a um processo angioneurótico, com exsudato cerebral, processo que teve o aplauso dos clínicos VALERY-RADOT, KAMMERES, BALYCAT e RINKEL, para os quais a exsudação seria devida a distúrbios anafilácticos. Finalmente a alergia foi a grande moda patogénica para explicar esta e outras doenças de carácter paroxístico. Sabe-se que um grande número de enxaquecas não são desencadeadas por alergenos ou atopenos, e que aquelas cuja eclosão pode ser devida à introdução de alergenos, são devidas, como os distúrbios alérgicos, a desequilíbrios neuro-vegetativos. É verdade que nem sempre se poderá dizer, quando se não conhecem os alergenos responsáveis, se estes podem gerar-se no organismo: endoalergenos...

#### TRATAMENTO

Actuar sôbre o terreno, tentando modificá-lo no sentido favorável. Para isso proceder a um exame minucioso de todo o organismo e, onde houver uma função deficitária ou exuberante, restitui-la à normalidade. Corrigir todos os erros higiênicos e alimentares. Dessensibilizar o organismo, se concluirmos pela existência duma sensibilização, *desideratum* tão fácil de dizer-se, quão difícil de atingir-se. Tratamento pelas águas minerais, que estiverem indicadas em cada caso particular, não esquecendo as suas injeções quando se possam fazer: exemplo Vidago.

Actuar sôbre a causa, se houver a sorte de a encontrar. Suprimi-la, o que nem sempre é fácil, ou vacinar o organismo contra ela, o que me parece mais um ponto de vista teórico do que realidade prática.

Finalmente tentar a suspensão da crise, quando ela se inicia, o que já é um grande bem. Mas, haverá algum medicamento capaz desta pequena maravilha? Há. A questão é administrá-lo o mais cedo possível e então podemos esperar que a crise não vá ao fim, ou seja muito menos intensa. É a:

*Ergotamina*, — um dos alcalóides da cravagem de centeio, que se emprega sob a forma de tartarato de ergotamina.

Pode-se administrar por via oral, em comprimidos ou em soluto, ou por injeção subcutânea, intramuscular ou endovenosa, sendo



esta última via excepcional e só em casos onde se requeira uma imediata acção, ou se as outras falharem, ou se a elas se acostumou o organismo.

Por via sublingual pode-se empregar em *tabletas*, devendo-se administrar logo de entrada na dose de três e quatro miligramas de hora a hora, sem se exceder nunca a dose total de dez miligramas.

Empregando a via oral a dose inicial pode ser de quatro a cinco miligramas, não mais, e a total nunca se excederá a de dez miligramas. Convém não exceder as doses indicadas, pois é a sobredosagem a causa principal dos funestos efeitos da ergotamina.

Este tratamento não deve ser repetido na mesma semana. Tomada a droga o doente deita-se por duas horas num quarto escuro e silencioso. O efeito é tanto melhor, quanto mais precocemente se administrou. O ótimo seria durante a aura ou mesmo nos prodromos, e então não seriam necessárias doses tão altas. A causa por que a via oral exige doses mais altas é que o tracto intestinal absorve lentamente o produto.

A via subcutânea e intramuscular permite uma acção mais rápida e mais intensa, porisso é reservada para os casos em que a crise é logo de entrada muito violenta, ou quando os resultados benfasejos tardam se foi empregada a via oral e ainda se houve uma adaptação ou acostumação à droga dada pela bôca; a dose é de um quarto a meio miligrama, podendo ser repetida se não houve alívio ou se a crise voltar. A dose máxima nas 24 horas é de um miligrama.

A vida endovenosa só excepcionalmente será usada, reservando-se para os casos de habituação à droga. A dose então será de um quarto de miligrama, meio miligrama no máximo, que não será ultrapassado nas vinte e quatro horas.

Contra-indicações:— Nos processos infecciosos, visto terem-se registado casos de gangrena com a ergotamina. Nas arterites, na arterioesclerose, nas coronarites, tromboflebitas, nos syndromas de RAYNAUD e BÜRGER. Tem-se registado sérios accidentes com o uso dêste medicamento em individuos pruridosos, sobretudo se o prurido é hepático; nas grávidas não se deve empregar, dada a sua difícil absorção.

Mecanismo de acção:— O tartarato de ergotamina, correntemente empregado com o nome de «Ginèrgeno», é sem dúvida um medicamento de grande categoria para a terapêutica da enxaqueca, além de outras indicações. Estudada por um grande número de investigadores, cuja bibliografia ocupa já páginas e páginas das revistas, vamos dar um breve resumo do que hoje se supõe ser o seu curioso mecanismo de acção na enxaqueca.



# LABORATÓRIOS AZEVEDOS

## VITAMINA A AZEVEDOS

Frasco conta-gotas com 10 c. c. de solução oleosa de Vitamina «A» natural a 50.000 U. l. por c.c.

## VITAMINA B<sub>1</sub> AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos de 5 miligrs. (1.650 U.I.)

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 10 miligrs. (3.300 U.I.)

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 25 miligrs. (8.250 U.I.)

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 50 mtligrs. (16.500 U.I.)

## VITAMINA B<sub>2</sub> AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos de 2 miligrs.

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 5 miligrs.

## VITAMINA C AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos de 50 miligrs. (1.000 U.I.)

Caixas de 6 Ampolas de 2 c.c. a 5% (2.000 U.I.)

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 5% (1.000 U.I.)

Caixas de 3 Ampolas de 5 c.c. a 10% (10.000 U.I.)

## VITAMINA D AZEVEDOS

Frasco conta gotas de 10 c.c. a 0,5 miligrs./c.c. (20.000 U.I.)

Caixas de 1 Ampola a 2,5 miligrs. (100.000 U.I.)

Caixas de 1 Ampola a 15 miligrs. (600.000 U.I.)

## VITAMINA E AZEVEDOS

Frascos com 20 comprimidos a 20 miligrs. (20 U.I.)

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 20 miligrs. (20 U.I.)

## VITAMINA K AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos a 5 miligrs.

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 5 miligrs.

## VITAMINA PP AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos a 100 miligrs.

Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 50 miligrs.

**SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA**





## ESPECIFICO DA SARNA

*Feliz combinação de :*

NAFTOL B  
BÁLSAMO DE PERÚ  
RESORCINA  
ÁCIDO SALICÍLICO  
SALICILATO DE METILO EM  
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

*Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor*

*Os incomodativos aracnídios da sarna,  
seus ovos e outras doenças parasitárias da pele,  
encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal  
para a sua rápida destruição.*

*Um produto  
de reconhecido valor terapêutico  
à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>*

---

# LABORATÓRIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

**COVILHÃ**



Principiamos por afirmar com LOUIS GERDMAN e ALFRED GILMAN, que nem é sedativa, nem analgésica, nem tem qualquer influência sobre outras modalidades dolorosas, que não sejam as da enxaqueca.

A sua especificidade nesta foi descoberta por acaso quando se experimentava noutros tipos de cefaleias. Como se sabe é um inibidor do simpático e um vasoconstritor enérgico, pensando êstes autores que é sobretudo por esta acção vasoconstritora que o medicamento actua.

Quer nos indivíduos normais, quer nos migranosos, a droga provoca um aumento da pressão do líquido céfalo-raquídeo e da onda sanguínea no cérebro, efeitos que são possivelmente secundários à subida das tensões arteriais periféricas, ao mesmo tempo que decrescem o volume e a frequência do pulso. Mas a adrenalina, e a inalação de CO<sub>2</sub>, são capazes de provocar os mesmos ou ainda mais marcados efeitos sem exercerem, contudo, nenhuma acção benéfica na dôr de cabeça.

GRAHAM e WOLFF, como ficou dito, desde 1938 notaram os belíssimos efeitos da ergotamina sobre as artérias temporais distendidas durante a crise de enxaqueca. Mediram-lhes as tensões, fizeram-lhes os traçados e notaram que ao fim de poucos minutos — em dez — havia uma descida naqueles distúrbios de 50 % ou mais, ao mesmo tempo que diminuía e por completo desaparecia a dôr de cabeça. A ergotamina nestas experiências é dada por via endovenosa, na dose de 0<sup>mg</sup>r 4.

Os citados autores nada dizem sobre o efeito da ergotamina sobre as auras, mas é indiscutível que o tem, mórmente se foi administrada logo que aquelas surgiram. Como se explicará tal efeito? Será, inibindo o simpático, pois que a ergotamina goza da função simpaticolítica?

A ser assim, e nada impede que o seja, só aparentemente a droga, actuando sobre ambas as fases da enxaqueca, seria uma droga paradoxal. Na realidade o Ginérgeno actuaría — sem haver nada de mistério — na 1.<sup>a</sup> fase da doença, que é vasoconstritora, como simpático-lítico, e na 2.<sup>a</sup>, que é vasodilatadora, como enérgico vasoconstritor.

Seja como fôr. Abençoada droga! (1)

---

(1) Ultimamente tem-se experimentado a *Profamina*, (sulfato de  $\beta$  feniliso-propilamina), mas ainda é cedo para se tirarem conclusões, que se anunciam favoráveis.  
N. R. — Seguiu-se extensa bibliografia, que se não publica por falta de espaço.



## Da preparação para as Colecistografias

por M. DA SILVA LEAL

Gastro-enterologista  
e radiologista

O estudo dos doentes do Aparelho Digestivo impõe, por vezes, a necessidade de se fazer observações seriadas e demoradas, cuja vantagem nem sempre é compreendida pelos doentes, principalmente na clínica privada. Outras vezes o tempo gasto acarreta transtornos e agravamentos monetários que são de ponderar em doentes que se deslocam de suas terras, em busca de alívio para os seus males.

No entanto, as doenças do Aparelho Digestivo impõem uma observação cuidadosa e detalhada dos vários órgãos e raras vezes o médico pode cingir-se a uma região ou órgão abdominal, antes precisa de fazer um estudo clínico, radiológico e muitas vezes laboratorial, que o esclareça sobre a correlação e interpretação dos vários sinais e lhe permita chegar a um diagnóstico seguro.

Hoje já não se compreende que numa suspeita de apêndicite o radiologista se limite ao estudo da fossa ilíaca direita, antes se exige que explore os cólones, que verifique se algo há de patológico no delgado — especialmente nas suas últimas ansas — que estude com particular atenção o duodeno e o tempo de esvaziamento gástrico e da travessia do intestino; torna-se ainda necessário muitas vezes — e parece-me que cada vez mais se deve generalizar esta prática — um estudo mais ou menos pormenorizado da vesícula biliar.

Se, porém, estamos em face de um hepato-vesicular, as exigências que acabo de anotar, surgem também e o estudo seriado do Aparelho digestivo precisa de ser completo para melhor e mais seguramente se orientar o caso.

É, pois, notória a conveniência dos exames completos nos doentes do fôro digestivo, mas isso exige um dispêndio de tempo que não raras vezes é mal aceite pelo doente e que se deve encurtar tanto quanto possível. Daí empregar já há uns anos um método de preparação para as Colecistografias que me tem dado tão bem como os processos de coloração habitualmente usados e que diminua bastante tempo das observações completas.

Para os Colecistografias dava a preferência, até há pouco, ao Biliselectan «Schering» que se apresenta sob a forma de granulado e que o doente ingere facilmente, sem mastigar, auxiliando a ingestão com um ou dois decilitros de água. Depois que êste produto desapareceu do mercado voltei a usar indistintamente o Oral-Tetragnost «Merck», o Foriod «Specia» ou o Colegraf dos «Laboratórios Azevedos».

Quando ao doente não faz transtôrno dispôr de dois dias para



a preparação, começa-se na ante-véspera do dia do exame, indicando, se é um obstipado, o uso de um enêma de limpeza pela manhã ou antes do jantar e mandando tomar no fim desta refeição um dos medicamentos atrás citado; no dia seguinte, também no final da refeição da noite, tomará a segunda dose de medicamento.

Se houver no mercado o Bilisectan «Schering» basta que o doente engula o granulado de uma dose — sem o mastigar — auxiliando a deglutição com um pouco de água.

Se tivermos que optar pelo Oral-Tetragnost, pelo Foriod ou pelo Colegraf mandamos preparar o medicamento antes do início da refeição da noite, juntando-lhe 250 gramas de água e mexendo demoradamente; inicialmente a água toma uma côr azul carregado, clareando depois para passar a cinzento e por fim tomar uma côr branca. Para simplificar basta que depois de juntar a água ao produto e de mexer bem se ponha o copo de parte enquanto o doente janta, tomando o medicamento no final da refeição.

Não podendo o doente dispôr de tempo para esta preparação, limito-me a dar-lhe apenas uma dose na véspera do exame, sempre a seguir à refeição da noite, que deverá ser feita dentro do regimen dietético em que o doente se encontra.

Há sempre conveniência em se fazer a preparação com a dose dupla, não só porque as probabilidades de coloração são maiores, mas principalmente porque é freqüente, a seguir à primeira dose, haver dejecções diarreicas, não permanecendo o medicamento no intestino o tempo necessário para se fazer a sua assimilação; daí, nas provas de Gram & Cole negativas com dose única, serem muitas vezes errôneas as conclusões. Mas tenho observado que sendo freqüentes estas crises diarreicas com a primeira dose ingerida, são raras com a segunda, donde ser conveniente empregar-se a dose dupla pela segurança que nos dá quanto às conclusões.

O exame radiológico da vesícula preparada daquela forma costumo fazê-lo 15 horas depois da ingestão do medicamento, mas para ser possível observar mais do que a vesícula preparo ainda o doente com uma dose de Gastrobário «Bial», podendo fazer-se com qualquer outro produto baritado que se encontre no mercado. Se o doente além de um hepato-vesicular é essencialmente um gástrico, mando tomar a refeição baritada 6 horas antes do exame radiológico, para neste já poder observar se há ou não um esvaziamento normal do estômago.

Se pelo estudo clínico não suspeito de estase gástrica, dou a preferência à ingestão desta refeição baritada 12 horas antes do exame radiológico, isto é, 3 horas depois da ingestão do côrante biliar.

Desta forma, além de Colecistografias tão boas como as que obtinha com os outros sistemas de preparação, consigo observar na mesma sessão, o trânsito no delgado e a invasão dos cólones, permitindo a opacificação dêstes o seu estudo detalhado e habitual,



especialmente da fossa ilíaca direita. E hoje já me abstenho de fazer a prova de Gram & Cole de contrôle, pelos métodos clássicos, quando por aquêl sistema se apresenta negativa, porque os resultados são idênticos.

O Sulfato de bário é uma substância inerte em relação à musculatura vesicular, pelo que a sua ingestão não perturba, de forma alguma, o exame colecistográfico a fazer daí a umas horas, desde que se empregue a água e não o leite como meio de suspensão.

Se ao estudo do doente interessam mais pormenores pode-se simultaneamente observar o tempo de evacuação vesicular e a progressão da substância baritada nos cólones por exames sucessivos que costumo fazer de 24 em 24 horas. Assim obteem-se elementos sôbre o tempo da travessia da substância opaca no fígado, porquanto autorizando a alimentação usual ao doente, a vesícula vai fazendo o seu esvaziamento no ritmo que lhe é próprio, para se voltar a encher depois e assim sucessivamente, até que deixa de se apresentar opacificada.

Em casos que exigem maior pormenorização convém fazer novo exame radiográfico umas 4 ou 5 horas depois da refeição que o doente faça a seguir à primeira observação. Desta forma obteem-se dados sôbre o grau de contractilidade da vesícula em presença da refeição habitual do doente.

Mas se o cronodiagnóstico precisa de ser mais cuidadosamente observado, consegue-se uma boa prova de contractilidade vesicular, fazendo o doente ingerir uma refeição baritada preparada com leite, à qual se juntarão dois ovos.

Habitualmente depois da Colecistografia faço o doente ingerir uma refeição baritada vulgar ou preparada como agora referi, depois do que se fazem 4 ou mais radiografias gastro-duodenais, espaçadas 5 minutos umas das outras. Desta forma obteem-se imagens sucessivas do duodeno, nas suas relações com a vesícula, se a Colecistografia foi positiva; e como os cólones, pelo menos os seus segmentos direitos, estão quasi sempre cheios, seguindo a técnica atrás indicada, é-nos possível, numa só sessão, conseguirmos elementos completos sôbre o *carrefour* infra-hepático.

Os resultados obtidos nestes últimos três anos e as vantagens de encurtamento do tempo de observação e, principalmente as possibilidades que desta forma temos de obter imagens de conjunto, levam-me a adoptar êste processo de preparação simultânea da vesícula, do intestino e depois do estômago e duodeno, com as modalidades que referi e a que dou preferência segundo o estudo clínico e os informes radiológicos de que careço para melhor e mais perfeita interpretação do caso clínico. Em Gastro-enterologia, mais do que em qualquer outro capítulo da patologia, os exames radiológicos têm que ser condicionados e orientados segundo um critério rigorosamente clínico, para que sejam úteis e esclarecedores.



## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORANEA, LXII, 1944.— (O n.º citado, no nosso n.º 7, como n.º 21/22 é o n.º 17/18).— N.º 21/22 (17 de Nov.): *Sobre um caso de mieloma múltiplo*, por Barros Amaral; *Um caso de Sódoku*, por Manuel Pinto e J. Oliveira.

**Mieloma múltiplo.**— Duas chapas radiográficas, obtidas em doente de 43 anos, nas quais se via a 2.<sup>a</sup> vértebra lombar em forma de cunha de vértice anterior, tinham levado ao diagnóstico provável de Mal de Pott; mas o pedículo vertebral apresentava-se corroído e notavam-se lesões aréolares, pequenas, espalhadas pela coluna e pelos ilíacos. Isto levou a pensar em metástases carcinomatosas, pelo que a doente foi internada, para se poderem fazer os exames clínicos e laboratoriais (entre os quais tem importância relevante o mielograma) necessários para estabelecer com segurança o diagnóstico. Êles permitiram definir o caso como de doença de Kahler, ou seja um conjunto de tumores que se formam na medula óssea, doença de marcha lenta e de terminação fatal.

A tuberculose dos corpos vertebrais, no adulto, é geralmente de tipo anterior periférico, algumas vezes com extensão ao centro, raras vezes de tipo epifisário. No caso descrito, o aspecto era diverso, como acima se indica. Depois, as zonas de menor densidade afastavam tal hipótese. Em casos com lesões de êste género, radiográficas, o diagnóstico diferencial tem de fazer-se com: metástases carcinomatosas, doença de Recklinghausen, endotelioma de Ewing, e doença de Paget.

IMPRESA MÉDICA, XI, 1945. — N.º 7 (10 de Abril): *Asomatognosia*, por Diogo Furtado; *Teorias da menstruação*, por F. Cabral Sacadura; *Heminefrectomia por pielite colibacilar em rim duplo*, por Carneiro de Moura e Dias Viegas; *Litíase renal bilateral operada numa só sessão*, por Carneiro de Moura. N.º 8 (25 de Abril): *Facetas do jornalismo médico português*, por Costa Sacadura. N.º 9 (10 de Maio): *Sobre o valor de um centro de colapsoterapia na luta anti-tuberculosa*, por J. Nunes de Almeida; *Sobre a presença da histamina no sangue menstrual*, por F. Cabral Sacadura; *Notas sobre o 1.º Congresso Português de Urologia*, por Conceição e Silva Júnior. N.º 10 (25 de Maio): *Cancerização da próstata complicando adenoma do colo vesical*, por L. Ravara Alves; *O heroísmo dos médicos no mato africano*, por Carlos Selvagem.

**Asomatognosia.**— São casos curiosos os relativos a doentes que negam perturbações para todos evidentes, ou não reconhecem como suas partes do seu corpo, casos que, pouco a pouco, de há sessenta anos para cá se tem vindo coleccionando, sendo últimamente muito valiosas as contribuições que para o estudo dêste aspecto da patologia cerebral tem



dado a medicina norte-americana. Verificou-se que a casuística registrada permite classificar os doentes em 3 grupos: *a)* o de aquêles que, tendo perturbações graves (cegueira, surdez, paralisias) se comportam como se as não tivessem, — anosognosia; *b)* o de aquêles que, sem paralisia ou anestesia, ignoram os membros de um lado, geralmente o esquerdo, não os reconhecendo como seus, — asomatognosia; *c)* o dos doentes em que as duas formas anteriores estão associadas, e que é aquêle em que os casos são mais comuns. Trata-se de fenómenos em geral devidos a alterações circulatórias (tromboses ou hemorragias) e transitórios, durando em regra alguns dias ou poucas semanas.

O A. relata um caso interessante de hemiplegia esquerda com hemianestesia, a que se une a perda do sentimento da propriedade do membro com a ignorância da perturbação apresentada, e a rara particularidade da interpretação mórbida a que dava lugar a estranheza do próprio braço, supondo-o pertencente ao cadáver de uma filha que lhe morrera anos antes. Tendo ocasião de estudar minuciosamente a regressão do fenómeno, o A. tira dos factos observados deducções para o conceito patogénico da perturbação.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XI, 1945. — N.º 1 (Jan.): *O Congresso de Córdova*, por Diogo Furtado; *Displasia poliostótica fibrosa*, por J. Andresen Leitão. N.º 2 (Fev.): *Alguns casos de cirurgia do rim anómalo*, por João de Bastos; *Sobre um caso de quistadenoma pseudo-mucoso do ovário*, por L. Dias Amado; *Águas minerais da Península*, por Ascensão Contreiras. N.º 3 (Março): *As vitaminas hidrosolúveis na alimentação dos portugueses*, por Gonçalves Ferreira; *As vitaminas em terapêutica e dietética*, por R. Oliveira Feijão. N.º 4 (Abril): *A sífilis adquirida na infância e na senilidade*, por Armando Narciso; *A lepra e as gafarias*, por Fernando Correia; *Prof. Lopes Martins*, por Almeida Garrett. N.º 5 (Maio): *A criança no mar e na montanha*, por Armando Narciso. N.º 6 (Junho): *O 13.º Congresso Internacional de Hidrologia e Climatologia*, por Armando Narciso. N.º 7 (Julho): *Localizações vertebraes da febre de Malta*, por Diogo Furtado e Domingos Machado; *Alguns aspectos da patologia do disco intervertebral*, por A. Vasconcelos Marques.

**Displasia poliostótica fibrosa.**— É uma anomalia do desenvolvimento do esqueleto, afectando usualmente alguns ou vários ossos, com predomínio unilateral, embora possam surgir lesões do lado oposto do corpo; é mais frequentes nas mulheres, sendo quasi sempre na infância ou na juventude que aparecem os primeiros sinais. A afecção tem uma marcha lenta, através de anos ou décadas, com tendência para deformações, fracturas e dores nos ossos atingidos. Anatomopatologicamente parece ser uma perturbação do desenvolvimento do mesenquima, da qual resulta o enchimento da cavidade medular por tecido fibroso, no qual aparecem zonas de formações ósseas, colagêneas e cartilaginêas. Rela-



ta-se um caso típico, em rapariga de 16 anos, no qual não se verificou puberdade precoce (facto frequente) mas sim desenvolvimento prematuro do esqueleto e um exagêro dos caracteres sexuais secundários e do libido; o diagnóstico primeiramente feito foi o de lipoidose óssea, mas o exame histológico permitiu corrigi-lo.

**As vitaminas hidrosolúveis na alimentação dos portugueses.**—

Depois de passar em revista a distribuição dêsses princípios nos alimentos de uso corrente e o grau da sua utilização conforme a composição das refeições, estuda as rações alimentares de grupos de indivíduos que vivem em meio rural e no meio citadino, uns com alimentação pobre, outros com alimentação rica; o que permite fazer ideia da possibilidade de aparecimento de estados de hipovitaminose. As conclusões gerais são as seguintes:

1.<sup>a</sup> — a hipovitaminose B<sub>1</sub> não deve ser freqüente no nosso país e só aparecerá, nas condições alimentares comuns, em consequência do consumo muito elevado de bebidas alcoólicas ou de açúcar. A primeira hipótese pode verificar-se nos regimes rurais pobres, com pão de milho e pequena quantidade de batata, e nos regimes citadinos com pão de 1.<sup>a</sup> ou 2.<sup>a</sup> qualidade e pequena quantidade de produtos animais. A segunda hipótese poderá verificar-se nos regimes citadinos com as características apontadas;

2.<sup>a</sup> — a hipovitaminose B<sub>2</sub> deve encontrar-se nos regimes pobres, que não contêm ou contêm quantidade mínima de leite, carne ou peixe. A vitamina B<sub>2</sub> parece ser a menos abundante das vitaminas hidrosolúveis dos regimes alimentares comuns;

3.<sup>a</sup> — a hipovitaminose PP deve encontrar-se nos regimes pobres, com pão de milho e sem batata. Parece ser, clinicamente, a mais freqüente das hipovitaminoses dos portugueses, de acôrdo com os dados que diferentes trabalhos têm estabelecido;

4.<sup>a</sup> — a hipovitaminose C só poderá aparecer nos regimes em que a batata e os vegetais ou os frutos existem em quantidade reduzida ou os vegetais são demasiado cozinhados;

5.<sup>a</sup> — existe grande dissemelhança na estrutura dos regimes das famílias pobres e abastadas, tanto rurais como citadinos, que se acentua nos últimos;

6.<sup>a</sup> — nos regimes pobres a quantidade de alimentos de origem animal é muito escassa. A sua insuficiência é particularmente importante para a criança.

**A sífilis adquirida na infância e na senilidade.** — Na criança, o acidente primário da sífilis adquirida é geralmente cefálico (sendo-o mais freqüentemente nos lábios) e pode passar despercebido, por ser muita vez pouco perceptível; por isso o diagnóstico pode escapar, tanto mais que o contágio pode provir de pessoas estranhas à família. O prognóstico é tanto mais sério quanto a criança é mais nova. Mais ainda esta característica é acentuada nos velhos (que também tem geralmente o



acidente primário fora da área genital), em que a evolução da doença é muito mais rápida e grave do que nos indivíduos novos ou de meia idade, levando em pouco tempo às mais sérias manifestações viscerais e nervosas; mas, ao contrário do que sucede nas crianças de pouca idade, o cancro é em regra exuberante e fadegénico, e logo se lhe sucedem lesões de grande malignidade, dentro de semanas ou de poucos meses. Isto não quer dizer que seja preferível adquirir a sífilis quando se é mōço, pois a doença encurta sempre a vida; se entre os 60 e os 70 anos há uns 10 por cento de sífilíticos, entre os 70 e os 80 já só há 4 por cento, e depois dos 80 não existem.

**Hidrologia e Climatologia.** — Notícia do congresso reunido em Lisboa, em Outubro de 1932, com resumos dos relatórios apresentados, entre os quais os de médicos portugueses: *A crenoterapia nos espasmos musculares lisos*, por Cascão de Anciães, Marck Athias e Heitor da Fonseca; *As variações sangüíneas durante o tratamento hidromineral*, por Moraes Sarmento; *Sifilíticos e águas minerais*, por Rocha Brito; *Assistência social hidrológica*, por Belo Moraes; *Tratamento das doenças gastro-intestinais pelas águas medicinais*, por Armando Narciso; *Elementos meteorológicos e seus efeitos físico-terapêuticos*, por Lopo de Carvalho.

AMATUS LUSITANUS, IV, 1945. — N.º 1 (Jan.): *A evolução da concepção patogénica do Mal de Bright*, por Eduardo Coelho; *Implantação extravesical do útero em rim duplo bilateral*, por A. Carneiro de Moura; *Possibilidades de êrro na interpretação das pielografias dos tumores renais*, por Cândido da Silva; *Fibroma calcificado do rim*, por Reynaldo dos Santos e F. Wohlwill; *Dois casos de corpos estranhos na bexiga do homem e um caso de carcinoma primitivo da próstata num doente de 15 anos*, por Moraes Zamith; *Cálculo gigante do bacinete*, por Óscar Moreno e Jacinto de Andrade; *Útero anómalo em rim pélvico*, por Pinto Monteiro; *Resultado de uma operação de Coffey nove anos depois*, por Reynaldo dos Santos; *Uma vespa na bexiga*, por Machado Macedo. N.º 2 (Fev.): *Osteocondrite dissecante*, por José Botelho; *Vantagens e indicações da cesariana extraperitoneal por artifício de técnica*, por A. Castro Caldas; *Sequelas miocárdicas de enfermidades infecciosas*, por Arsênio Cordeiro; *O valor semiológico da otorragia*, por Meireles do Souto; *Um caso de rutura uterina*, por Ibérico Nogueira. N.º 3 (Março): *Penicilina intra-arterial*, por Augusto Lamas; *A ressecção transuretral na disectasia cervical tuberculosa*, por A. Carneiro de Moura; *Considerações àcêra do momento óptimo para laquear o cordão umbilical*, por A. Castro Caldas; *Sobre o exame cardiológico da selecção nacional de futebol*, por Arsênio Cordeiro, Mesquita Guimarães e Carlos Barbosa; *O professor Sena e o problema da assistência psiquiátrica*, por Barahona Fernandes; *Nevo verrugoso hiperqueratósico sistematizado*, por Mário Trincão; *A propósito de um caso de doença de Nicolas-Favre*, por Mário Trincão.

**Evolução da concepção patogénica do Mal de Bright.** — Quando



**Um excelente tónico do sistema nervoso  
Modificador activo da nutrição  
Remineralizador geral**

# **FOSFANDRA**

## **A N D R A D E**

**F Ó S F O R O O R G A N I C O  
N A T U R A L E V I T A M I N A C**



**CAIXAS COM 30 COMPRIMIDOS: 34\$00**



**Agradecem o pedido de  
amostras os:**

**Representantes no Norte de Portugal:**

**MARTINHO & C.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**

**TRAVESSA DA FÁBRICA, 13  
Telefone P.B.X. 7583  
P Ô R T O**



# Quinarrhenina

ANEMIAS  
PALUDISMO  
OU  
SEZÕES  
CONVALESCENÇAS  
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminue a febre, facilita a digestão.  
Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

---

## KOLEINA «GAMA»

GRANULADO DE KOLA E CAFEÍNA

Mais activa que todos os outros granulados de kola, em estados depressivos, sobretudo na hipotonia cardíaca, pela acção cardiotónica da cafeína.

---

## ALLYLO-MENOL

Base: — Iodeto de alilo, ácido hidro-fluosilícico e gomenol

Fórmula aconselhada pelo prof. A. Robin no tratamento por inalações da tuberculose pulmonar, afecções da laringe, bronquites e bronco-pneumonias.

---

## NEVROSINA GAMA

**BASE:** BROMOVALERATOS ALCALINOS,  
MAS MELHOR TOLERADOS QUE OS SIMILARES  
**CONTRA:**  
EPILÉPSIA, HISTERISMO, INSÓNIA, ETC.

---

Depósito geral: Farmácia GAMA  
Calçada da Estrêla, 130 — LISBOA



Bright, há mais de um século, fundou a patologia renal, dividiu os casos observados em 3 grupos: o dos doentes que hoje se classificam como portadores de nefrose amiloide, e dos que tinham glomérulo-nefrite aguda, e o dos casos de glomérulo-nefrite crónica com rim contraído. Em todos êles, as lesões renais explicavam a doença.

Depois, e no decurso do século passado, o conceito patogénico segue várias fases, que podem reduzir-se esquemáticamente a 3: a da escola de Widal, que deu realce à fisiopatologia, classificando os síndromes do mal de Bright (albuminúrico, cárdio-vascular, cloretémico e azotémico), e atribuindo a retenções de substâncias da urina o mecanismo essencial das perturbações; a seguir vem a concepção de Volhard, na qual assumem importância preponderante as alterações circulatórias locais e gerais; finalmente, vem o conceito humoral ou das alterações do metabolismo (de que Munk foi principal arauto), pelo qual as modificações químicas do sangue não seriam consequência da insuficiência renal, mas sim as lesões do rim proviriam das alterações metabólicas, que se repercutiriam no órgão, por via do sangue e do sistema neuro-vegetativo. Cada uma destas concepções tem a sua parte de verdade, e é pela combinação dos conhecimentos em que assentaram que é hoje possível fazer-se ideia, em cada modalidade da doença, da sua patogenia.

**Osteocondrite dissecante.**—Trata-se de uma doença em que um fragmento da epífise de certos ossos longos se necrosa, separando-se, total ou parcialmente, do resto da extremidade óssea, que se mantém intacta e sem alterações na sua estrutura e morfologia; a porção necrosada (o sequestro) é geralmente formada por cartilagem articular e ósso subcondral. Aparece, em regra, em adolescentes ou adultos jovens, sobretudo nos vigorosos, que praticam desportos ou exercem profissões que exigem esforços. A articulação mais frequentemente lesada é o joelho, e nesta a lesão reside quasi sempre no côndilo interno do fémur. O diagnóstico só pode fazer-se pela radiografia, e nem sempre é fácil, pois depende da visibilidade do sequestro. Só a remoção cirúrgica de êste, pode curar o doente; sem ela, estabelece-se a artrite crónica.

**Otorragias.**—De causas muito variadas, gerais e locais, a otorragia tem significado muito diverso, segundo os casos. Quando post-traumática, nem sempre pode considerar-se ligada a fractura da base do crânio. O que o clínico deve fazer, sistematicamente, é colocar um penso asséptico no canal auditivo, e enviar o doente ao especialista para ser devidamente examinado.

**Penicilina intra-arterial.**—Ensaio em 4 casos. Os dois primeiros, de osteomielite, uma do fémur e outra da tibia, foram injectados com 82.000 e 60.000 unidades; os resultados foram apenas uma pequena melhoria na evolução. O terceiro caso foi de fleimão do antebraço, por estreptococo, e levou 60.000 unidades; houve nítida melhora, por localização do processo, com desaparecimento do edema. O último caso foi de fleimão da região hipoténar da mão, devido a estafilococo dourado,



com edema a estender-se ao antebraço; fizeram-se em 24 horas 3 injeções de 15.000 unidades cada e no dia seguinte outra igual, sendo o resultado excelente, pois a infecção foi dominada sem ser preciso abrir o abcesso. O processo deve ter largo futuro, pois permitirá tratar infecções locais com economia de tempo e de medicamento; associado a injeção da droga no foco infeccioso, deve ainda actuar melhor.

ARQUIVOS DE CLÍNICA MÉDICA, IV.— N.º 1 (Dez. de 1944): *Prof. Tiago de Almeida*, por Rocha Pereira; *Dr. Fernando Fernandes*, por Manuel Ferreira; *Tetralogia de Fallot*, por Rocha Pereira; *Angina de esforço e suas características electrocardiográficas*, por Aureliano Pessegueiro; *O baço nas mieloses hiperplásticas*, por Fernando Fernandes; *Estudo comparado da constante de Amard & Moreno e do índice de Van Slyke*, por Pereira Viana; *Aracnoidites espinais adesivas*, por A. Ferraz Júnior; *Síndrome simpático basedowiforme*, por Carlos Alberto da Rocha; *Ação do álcool endovenoso num caso de delirium tremens*, por Acílio Carvalho; *Ação da vitamina D superconcentrada em 4 casos de afecções pleurais*, por Acílio Carvalho; *Meningite sífilítica ou de ultra-vírus?*, por Pereira Viana; *Lepra aguda*, por Pereira Viana; *Leucemia subaguda de predomínio linfóide, com anemia perniciosa, púrpura e síndrome de Mikulicz*, por Carlos A. da Rocha; *Doença poliquística dos rins, com insuficiência aórtica, num sífilítico*, por Carlos A. da Rocha; *Icterícia, cancrosecundário do fígado e linite plástica*, por Carlos A. da Rocha; *Anorexia nervosa*, por Emídio Ribeiro; *Xantomatose e sífilis terciária*, por Emídio Ribeiro.

**Aracnoidites espinais adesivas.**— Conquanto, por um lado, haja formas análgicas ou com sintomatologia remittente, e por outro certas afecções (por exemplo, a forma dolorosa da esclerose em placas) possam simular a sintomatologia das compressões medulares, o diagnóstico de estas é geralmente fácil. Determinar, porém, a causa da compressão, já é mais difícil, sobretudo quando fôr preciso decidir entre tumor e aracnoidite. O quadro clínico de estar é o das compressões medulares, com certas particularidades: perturbações da sensibilidade subjectiva que apparecem por acessos, em zonas radiculares extensas e com carácter migratório; imobilização difusa da coluna vertebral; por vezes discordância entre as perturbações das sensibilidades subjectiva e objectiva; resultados variáveis de exames feitos em diversos dias; diferenças entre os estados dos reflexos e do tono muscular; raridade das amiotrofias; etc. Em dois casos, relatados, a evolução foi favorável (apesar de num deles haver paraplégia completa), não sendo preciso recorrer à cirurgia, que, aliás, não dá nestes doentes resultados tão brilhantes como nos casos de tumor; a terapêutica reduz-se aos anti-infecciosos, geralmente.

**Lepra aguda.**— Caso irregular pela forma evolutiva, e que merece registro para mostrar a necessidade de praticar o exame bacteriológico do muco nasal e pequenas biopsias da pele, em todos os casos em que



manifestações cutâneas ou perturbações polinevriticas não encontrem fácil explicação.

Tratava-se de uma mulher de 20 anos que dois meses e meio depois de um parto eutócico foi hospitalizada, por motivo de se agravarem as queixas apresentadas no puerpério: anorexia, astenia, dores nas pernas e nas regiões plantares; na Maternidade apurara-se reacção fibrosa bilateral, de partida hilar, com predomínio no pulmão direito, e presença de raros bacilos de Koch na expectoração. Alguns dias depois de ter regressado a casa tivera arrepios, e apareceu-lhe na face, antebraços e pernas uma erupção máculo-papulosa, de que ainda tinha vestígios ao ser hospitalizada; notara também diminuição da força muscular nos membros, principalmente nos inferiores, e atrofia dos mesmos. Queixava-se ainda de parestesias nas plantas dos pés, vertigens, mau sabor na bôca, e cefaleias frontais à tarde.

Ao exame da doente verificou-se: Emaciação muito acentuada com amiotrofias simétricas de predomínio distal que davam às mãos aspecto simiesco e eram mais acentuadas nos membros inferiores. Massas musculares dolorosas à pressão. Mucosas descoradas. Língua saburrosa, úmida. Pela sêca, de côr terrosa, áspera, com descamação furfurácea, caracteres êstes mais acentuados nas extremidades. Lesões pápulo-eritematosas, nos joelhos, antebraços e face, circulares ou ovais, com 1 a 2 cm. de diâmetro, indolores espontâneamente ou à pressão, e não pruriginosas. Melanodermia em manchas irregulares, dispersas. Micropolidemia inguinal. Paralisia muito acentuada dos membros inferiores, quasi completa nos pés, que se encontravam em equinismo. Nos membros superiores há intensa diminuição de força muscular (mão direita, 6,5 kg.; mão esquerda, 4 kg.; tracção bimanual, 10 kg. ao dinamómetro). Reflexos tendinosos e cutâneos abolidos nos membros inferiores; nos membros superiores conservava os reflexos tendinosos. Reflexos cutâneo-abdominais normais. Hipostesia térmica e dolorosa em ambos os pés. Febre remitente de fastígio vespéral. Pulso pequeno, rítmico e taquicárdico: freq.=114/m., T=11/7 cm. de Hg, I. O.=3 na umeral direita (Pachon-Gall.). Exame cardíaco e pulmonar nada revelaram digno de nota. Sem expectoração nem tosse. Diurese normal. Urinas de côr acentuada (n.º 3-4 da escala de Vogel), ácidas, com vestígios de albumina. Amenorreica desde o parto (antes da gravidez, menstruações regulares, pouco abundantes).

Não se apurou qualquer intoxicação aguda ou crónica do conhecimento da doente. Suspeitava vagamente ser sifilítica e tomara injecções de benzoato de mercúrio. Teve sarampo e varíola (?) em criança. Vida sexual desde os 16 anos. Os pais e três irmãos, assim como o pai da filha, nada têm apresentado de anormal.

Radiografia torácica (em decúbito): Alargamento das sombras dos hilos, e refôrço geral do desenho pulmonar.

Hemocultura em caldo — negativa. Reacção de Wassermann — negativa.



Exame histológico de um nódulo cutâneo do antebraço: Atrofia e esclerose da pele e tecido celular subcutâneo, pequeninos abscessos dérmicos, acentuados fenómenos de panvasculite e de nevrite e infiltração inflamatória difusa ou nodular.

Exame hematológico: Hemoglobina — 40 ‰. Eritrócitos—2.800.000. Valor globular — 9,71. Leucocitos —11.400. Fórmula leucocitária: neutrófilos — 85,5; eosinófilos — 0,0; basófilos — 0,0; Monócitos — 3,5. Linfócitos —11,0.

Após a entrada na Enfermaria (9-XI) o estado da doente continuou a piorar progressivamente. A adinamia acentuou-se, transformando-se rapidamente em prostração e, de certo grau de euforia que apresentava inicialmente, foi caindo em desinterêsse cada vez maior. Em 27-XI apareceram escaras de decúbito que se agravam rapidamente apesar de todos os esforços de tratamento. Em 28 notaram-se, pela primeira vez, edemas dos membros inferiores. A 4-XII, ulceração de um dos nódulos do antebraço, fenómeno que depois se repetiu em muitos outros. Verificou-se, porém, que nem todos os nódulos sofrem a mesma evolução: alguns, como os que apresentou a princípio, regressam ao fim de poucos dias deixando apenas certa pigmentação. O aparecimento destes nódulos deu-se sempre por surtos irregularmente espaçados. Em 9-XII queixou-se de tosse e dispneia, mas continuou sem expectoração. Em 18-XII notou-se ulceração da mucosa jugal do lado direito, o que dificultava os movimentos da bôca. Em 30-XII expeliu um fragmento de ténia. A partir de 31-XII a prostração tornou-se máxima, deixando a doente de falar e de se alimentar, apenas realizando pequenos movimentos. Faleceu às 9 h. de 4-I-1942.

A terapêutica, que se mostrou completamente ineficaz, consistiu essencialmente na vitaminoterapia (principalmente B<sub>1</sub>) e sulfamidoterapia (sulfatiazol de 25-XI a 4-XII) além de analepticos e do tratamento local das úlceras e escaras.

Foi a autópsia que veio esclarecer o diagnóstico: mostrou lesões variadas, devidas a séptico-piemia, e a coloração, pelo método de Ziehl, de cortes de pele, pulmão, feixos vasculo-nervosos e fígado, revelou numerosos bacilos de Hansen. Esta verificação bacteriológica constituiu surpresa, dada a atipia do quadro histológico do nódulo biopsado, que não levava a pensar na lepra.

BOLETIM DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.— N.º 17-19 (Julho-Set. de 1944): *O conceito social moderno da instituição Misericórdia*, por Fernando da Silva Correia; *A origem dos grandes hospitais portugueses*, por Fernando da Silva Correia; *O Hospital do Salvador, da Misericórdia de Abrantes*, por Emílio Salgueiro; *Alguns aspectos do problema hospitalar em Portugal*, por Fernando da Silva Correia; *O papel da saúde escolar na medicina preventiva e educação higiênica da adolescência*, por A. Cortez Pinto. N.º 20-22 (Out.-Dez. de 1944): *Bases e indicações climatológicas*



ALGUNS PRODUTOS DOS  
LABORATÓRIOS

“RAUL LEITE”

ANTIPIOVACIN

ASMO-COTICAN

BRONCOFAGINA, ORAL

COLIFAGINA, ORAL

DUCREYVACIN

ENTEROBIL

ESTOMATOFAGINA, ORAL

GENITOVACIN, FORTE E FRACA

GUARAINA

INTESTINOFAGINA, ORAL

INTO-CLIMAN

INTO-GYNAN

INTO-HEPATAN

INTO-NUTRAN

OVARIUTERAN

PLURIFAGINA, ORAL

PROTIJECTOL A e B

PURGOLEITE

QUINTOVACIN FORTE E FRACA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

**BACELAR & IRMÃO, LDA.**

RUA DO CARMO, 8—TEL. 5672

**P O R T O**



”  
**Ceregumil**  
**Fernández**  
 Alimento vegetariano completo á base  
 de cereais e leguminosas  
 Contém no estado coloidal  
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
 e principios minerais (fosfatos naturais).*  
 Indicado como alimento nos casos de intolerân-  
 cias gástricas e afecções intestinais — Especial  
 para crianças, velhos, convalescentes e  
 doentes do estomago.  
 Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.  
**FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA**  
 Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
 240, Rua da Palma, 246  
**LISBOA**

## PORTUGAL MÉDICO

**DIRECCÃO CIENTÍFICA:** AYRES KOPKE, prof. jub. do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa; J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Fac. de Medicina do Pôrto — **REDACTOR PRINCIPAL.**

**REDACÇÃO:** ALBERTO DE MENDONÇA, Oto-rino-laringologista nos Hospitais Cívics; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, Estomato-  
 logista nos Hospitais Cívics de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

**Condições da assinatura (por ano — série de 12 números):**

Metrópole — 30\$00

Colónias — 40\$00

Número avulso — 5\$00

Redacção e Administração: Rua Cândido dos Reis, 47 — PÔRTO



*das colónias de férias*, por Armando Narciso; *Campos hidroclimáticos*, por J. Teixeira de Araújo; *Doze anos de luta desamparada em Pombal*, por A. da Cunha Mora; *O recenseamento torácico colectivo e a sua importância nas actuais directrizes da luta antituberculosa*, por Casanova Alves. N.º 23 (Jan. de 1945): *A assistência aos antigos combatentes*, por Fernando Correia; *Extensão às populações rurais da assistência materno-infantil*, por M. Tavares de Sousa; *A medicina social dos reumatismos*, por L. Costa e Silva; *A assistência das Casas do Povo*, por M. Ferrari de Almeida; *A contribuição da medicina escolar para a defeza da saúde pública*, por Carvalho Viegas. N.º 24 (Fev. de 1945): *Formação técnica dos agentes sociais* (conclusão dos n.ºs anteriores), por J. Lopes Dias. (Em vários números, relatórios de instituições, notícias, documentos e diplomas oficiais).

### **LIVROS E OPÚSCULOS**

**Formas palúdicas; a cura da malária**, por *J. Menezes de Almeida*. (554 pag. — Pôrto, 1945). — Depois de algumas páginas dedicadas ao hematozoário de Laveran e às normas para combate à doença, estuda sucessivamente os vários tipos de febres e respectivas derivadas: terças, quartãs, quinentárias, sextenárias, septenárias e poli-septenárias, novenárias. Todos êstes tipos e suas várias modalidades são expostos sôbre observações pessoais. Finalmente indica o tratamento, tal como a sua larga prática aconselha, concluindo por afirmar que os doentes podem ser radicalmente curados se a cada forma se aplicarem os agentes apropriados, seguindo-se o horário estabelecido para cada uma delas, e persistindo no tratamento tanto tempo quanto fôr preciso para aniquilar definitivamente o parasita. A terapêutica assim conduzida, se fôr seguida por tôdos os médicos, será o melhor meio de combater a endemia palúdica.

**A medicina termal portuguesa na época da Restauração**, por *Jorge de S. Paulo*. (248 pag., Lisboa, 1944). — Escrito em 1655 êste curioso livro foi agora publicado pelo Dr. Fernando da Silva Correia, que o prefacia e anota.

**Lobelia urens**, por *A. C. Correia da Silva*, (300 pag., Pôrto, 1944). — Estudo farmacológico desta espécie europeia, pelo qual se verifica possuir actividade semelhante à da *Lobelia inflata*.

### **SOCIEDADES E CONGRESSOS**

XI REUNIÃO DA SOCIEDADE ANATÓMICA PORTUGUESA (Lisboa, 30-V a 1-VI). — *Monstros deródimos*, por Alvaro Moitas; *A concepção das facomatoses e inclusão nestas dos pulmões quísticos*, por F. Wohlwill; *Três tumores raros do útero e Cistecercose do coração*, por Arsênio Nunes; *O prognatismo em crânios humanos e de carnívoros*, por Barbosa Sueiro e Herculano Vilela; *Notas sôbre o metopismo*, por Bar-



bosa Sueiro; *Doenças esclerosantes experimentais de origem folicul-nica*, e *Efeitos das extirpações no cortex prefrontal da cobaia*, por M. Mosinger, João Novo e Oliveira Firmo; *Anatomia comparada das artérias coronárias cardiacas*, por A. de Lencastre; *Corioepitelioma do testículo com ginecomastia*, por Jorge Horta; *Estudo do músculo redondo pronador*, por Cesina Bermudes; *Efeito das simpaticectomias sobre a irrigação do nervo ciático*, por Lino Rodrigues e Joaquim Bastos; *O aparelho neuro-muscular da via biliar principal*, por Joaquim Bastos; *Acção do simpático sobre o curso da linfa no canal torácico*, por Hernâni Monteiro e Silva Pinto; *Efeitos da injeccção simultânea de benzopireno, estradiol e extractos hipofisários*, por M. Mosinger; *Relações linfáticas entre a vesícula biliar e o duodeno*, por Tristão Ribeiro; *Fusões dentárias*, por J. A. Pires de Lima e António Paúl; *Variação da crosse da aorta*, por V. Bruto da Costa; *A desigualdade dos dedos da mão*, por O. Teixeira Bastos; *Acção morfo-genética do órgão vitelino no embrião de cefalópode*, por F. Sacarrão; *Monstro autósito*, e *O esquema corporal e o desenho infantil*, por Vítor Fontes; *Micramiloidoses*, por M. Mosinger e João Novo; *Paramiloidose parencefálica*, por Oliveira Firmo e M. Mosinger; *Quadros especiais da amiloidose generalizada*, por Amílcar Gonçalves; *Os bordos da fenda pituitária*, e *Estudos cariológicos do tuber cinereum*, por Oliveira e Silva; *Hidrocefalia por mutação no coelho*, por F. M. Rosa; *Formação de gónades agaméticas nos insectos*, por A. Aboim; *Sobre as células claras das vias biliares*, por Dias Amado; *Alterações das artérias na intoxicação ergotamínica*, por J. Celestino da Costa; *Monstro porcino*, por Costa Guerreiro; *Sobre a histopatologia da tiroideia*, por M. Mosinger e Micaela Proença; *Significado do parênquima compacto do corpo tiroideu*, por Geraldês Barba; *Efeitos das doses repetidas de sulfato de cobre na cobaia*, por Teixeira Cardoso e Oliveira Firmo; *Variação da ansa do hipoglosso*, *Arco axilar muscular*, e *Relações entre o comprimento do 2.º e 4.º dedos da mão*, por Abel Tavares; *Mecanismo fisiopatológico do choque*, por Alvaro Rodrigues e Silva Pinto; *Sobre uma substância fucsínófila nas células da glândula tiroideia*, *Deteccção do glicogénio em cortes de parafina*, e *Coloração do condrioma e outras estruturas celulares*, por Correia Madeira; *Aspectos de brônquios de pulmão embrionário cultivados in vitro*, por Pires Soares; *Teratoma dermoide da abóbada faríngea*, por Tomaz Vieira; *Placódio olfativo e prosencéfalo*, por A. Celestino da Costa; *Variações dos músculos tibial anterior, extensor próprio do dedo grande e extensor comum dos dedos do pé*, por H. de Vilhena.

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.— *Interpretação de uma imagem lacunar gástrica*, por Rocha Brito; *Doenças esclerosantes experimentais*, por M. Mosinger (19-VI). *Um caso de loa-loa*, por Rocha Brito; *A vida sem paratiroides*, por Oliveira e Silva; *Um caso de*



*cancro da laringe tratado cirurgicamente*, por Guilherme Penha; *Os compostos sulfurados na terapêutica do hipertiroidismo*, por Luis Providência (17-V).

INSTITUTO ANTÔNIO AURÉLIO DA COSTA FERREIRA.— *O negativismo e as suas relações com as neuroses infantis*, por L. Castro Freire (4-V). *Testes mentais, sua história e valor*, por Carrington da Costa (7-V). *Os reflexos condicionados e a psicologia*, por Vitor Fontes (9-V).

SERVIÇO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA DOS H. C. L.— *A morfologia da mastoideia e as otites médias colesteomatosas*, por Jeremias da Silva (2-XII-44). *Tratamento das tromboflebitis do seio lateral*, por Carlos Larroudé (11-I-1945). *O síndrome alérgico do seio maxilar e as sinusites maxilares crônicas*, por C. Larroudé; *Sobre um caso de cancro do esófago*, por A. Sant'Ana Leite (8-II). *Revisão de conjunto sobre o problema das osteomielites do frontal*, por C. Larroudé (8-III). *Revisão dos casos de otites médias observadas no serviço no ano de 1944*, por C. Larroudé (11-IV). *O problema da infecção focal*, por C. Larroudé; *Um caso de abscesso do cérebro otogéneo, sem sinais, sobrevivendo no post-operatório, em doente operado de colesteatoma e manifestado repentinamente por afasia sensorial e motora*, por Silva Alves (10-V).

SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA DO HOSPITAL LESTEFANIA — *Aspectos hematológicos nas infecções tíficas nas crianças*, por Pereira Leite (12-IV). *A imunização contra a tosse convulsa*, por Maia Loureiro (19-IV). *O factor Rh e a doença hemolítica do recém-nascido*, por Carlos Trincão. *Hepatites*, por Mário Moreira (3-V). *Lesões obstétricas do recém-nascido*, por Silva Nunes (17-V). *Aspectos clínicos e sociais da paralisia infantil*, por Abel da Cunha (24-V). *Alguns aspectos da tuberculose infantil*, por Manuel Tapia (7-VI). *Escarlatina*, por Fernando da Fonseca (14-VI). *Dermatoses alérgicas da primeira infância*, por Carlos Salazar de Sousa (21-VI). *Anemia hemolítica aguda, tipo Lederer*, por Cordeiro Ferreira (28-VI).

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA.— *Um caso raro de inclusão dentária*, por Tiago Marques; *Alguns casos clínicos*, por Clarimundo Emílio (13-VII-44). *Casos de clínica dentária*, por Pereira Varela; *Notas de uma viagem a Espanha*, por Paiva Boléo; *Casos anatomopatológicos seleccionados com a estomatologia*, por Lobato Cortezão; *Utilidade da radiografia na prática estomatológica*, por Tiago Marques (14-VII-44). *Um caso de hemiressecção da mandíbula*, por Ferreira da Costa (21-VI-45). *Inclusões dentárias múltiplas*, por Lobato Cortezão (26-VII-45).

SOCIEDADE DE DERMATOLOGIA E VENÉREOLOGIA.— *Reumatismo psoriásico*, por Norton Brandão; *Sífilis congénita activa*, por



Caeiro Carrasco e Elias da Costa (22-II-45). *Dois casos de necrobiose lipoidica em diabéticos*, por Bonja Finkler; *Hiperqueratose ictiosiforme*, por Norton Brandão (26-IV). *Queratose pilar e avitaminose-A*, por Arnaldo Tanissa; *Tratamento da linfogranulomatose inguinal pelas sulfamidas*, por Meneses Sampaio e José Roda; *Tumores malignos do pénis*, por Sá Penela e Vergílio Nunes (31-V).

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA.— *Cefaleias*, por Almeida Lima (23-III-45). *Trombose da carótida interna de etiologia traumática*, por Egas Moniz; *Contribuição para o estudo da etiologia da eclâmpsia*, por Joaquim Fontes (5-VII).

---

## REVISTA GERAL

---

# Etiologia da sífilis nervosa <sup>(1)</sup>

Outrora pensava-se que toda a sífilis do sistema nervoso era uma sífilis tardia, tese sustentada principalmente por Fournier e Heubner. Modernamente sabe-se que não é assim, e que, geralmente, metade dos casos de neuro-lues se apresentam nos três primeiros anos. A arterite luética é frequente em períodos precoces da doença, e casos de paquimeningite hipertrófica gomosa e de meningite gomosa basilar surgem pouco tempo depois da roséola.

Também se pode afirmar que o conceito de metalúes perdeu os seus fundamentos. Continua a empregar-se o termo porque é cómodo, para agrupar a paralisia geral e o tabes. Mas a concepção que motivou tal expressão deve abandonar-se. Desde que Noguchi encontrou espiroquetas no sistema nervoso, perdeu validade a hipótese formulada por Strümpell, de ser a sífilis nervosa produzida por uma toxina do espiroqueta. Em todo o caso, note-se que Hauptmann, reconhecendo embora a presença de espiroquetas no sistema nervoso dos tabéticos e paralíticos gerais, pensa que a toxina sífilítica desempenha notável papel no determinismo do quadro clínico.

Em 1913, no Congresso Internacional de Londres, definiu-se anatomo-patologicamente o conceito de neuro-sífilis, circunscrevendo-a às duas afecções (tabes e paralisia geral) consideradas como lesões da ectoderme, ao passo que a sífilis cérebro-espinal assenta em lesões da mesoderme, isto é, dos vasos sanguíneos e do tecido conjuntivo.

---

(1) Excerto de «Recentes avanços nos conhecimentos da sífilis nervosa», de J. LÓPEZ IBOR. (In *Acta Médica*, II, n.º 2-3, 1943).



Para evitar erros de conceito, Jahnel propôs que àquelas duas doenças se desse a designação de eti-sifilíticas (ainda sifilíticas).

A freqüência da neuro-sífilis conjugal deu lugar à ideia de que um tipo especial de espiroquetas seria o responsável pelo aparecimento da metalúes. Mas a acumulação posterior de experiências desfez esse erro. Há casos de cônjuges em que um deles é tabético e outro é paralítico, ou um tem tabes e sífilis aórtica o outro, ou um tem paralisia e o outro tem lesões de tipo cérebro-espinal, ou de qualquer forma visceral. Registam-se casos de neuro-lúes congênita, com progenitores que só apresentavam sífilis visceral. Por outro lado, descreveram-se muitos casos de indivíduos infectados na mesma fonte e que vieram a sofrer formas variadas de sífilis. Também fala claramente a coexistência de aortite em muitos paralíticos gerais; haveria que pensar, como diz Nonne, que os indivíduos nessas condições se infectaram com espiroquetas aortótropas e neurótropas. O tabes também pode coexistir com meningite gomosa.

Menze opina que a chamada sífilis ectodérmica é devida à existência de formas filtráveis do espiroqueta, provenientes das não-filtráveis, por transformação provocada pela defesa do organismo nos períodos anteriores da doença. Mas Jahnel, autoridade no assunto, contesta tal hipótese. Certo é que os espiroquetas que jazem no cérebro dos paralíticos gerais tem menos poder infectante de animais de laboratório do que os provenientes de outras formas da doença, inclusive de meningites secundárias (Bessemans). Neste ponto de vista, maior probabilidade tem a hipótese de Hoffmann, que admite uma mudança nas propriedades biológicas do agente em determinadas estirpes, como consequência de quebras das qualidades da pele, como defensora contra as infecções; assim se criariam germens com especial apetência vasoneurótropa. Mas tudo isso são idéias teóricas, sem qualquer base experimental.

Um ponto de grande transcendência prática é a tão debatida questão da influência dos tratamentos feitos nos períodos primário e secundário da doença sobre o desenvolvimento da metalúes. Pensou-se, durante muito tempo, que a paralisia geral e o tabes eram mais freqüentes na Europa porque os tratamentos empregados impediam a adequada defesa do organismo; dizia-se que no Oriente, nos países em que não tinha penetrado a moderna terapêutica, eram muito raras essas afecções, e, entre outros viajantes, Kraepelin verificara que em Java mal existia a metalúes. Wilmanns foi um dos que mais sustentaram esta tese, e por sua iniciativa se organizou uma expedição a Burgato, na Mongólia, a qual levou como neuro-psiquiatra o seu discípulo Beringer; verificou este que ali existe a metalúes com freqüência igual à dos países europeus, e apenas notou, como particula-



ridade, maior número de casos com sintomas de sífilis terciária e quaternária no mesmo doente, o que não pode atribuir-se à falta de tratamento, pois no Japão, onde se usam os salvarsânicos, o mesmo facto se dá. Deve, pois, tratar-se de carácter racial ou constitucional, e não de influência quimioterápica. De resto, verificou-se que as informações dadas pelos viajantes eram falsas: Em Java, onde Kraepelin quasi não vira casos de metalúes, Brero descobriu muitos; o mesmo succedeu com Fleischmann na Turquia, onde His não encontrara caso algum; na China, Pfistir rectificou os errados informes de Maxwell.

Se o tratamento não influi no sentido de favorecer a produção da metalúes, também não pode atribuir-se-lhe influência profilática. Há uma experiência única no mundo, e que decerto se não repetirá, e é a do dermatólogo norueguês Boeck, que, no período 1890-1910, tratou 2.181 doentes com sífilis recente, por diversos processos terapêuticos, exceptuando os medicamentos específicos; recentemente, Saethre pesquisou o destino desses indivíduos, e verificou que nêles a neuro-sífilis apparecera nas seguintes proporções: 2,34 % de sífilis cérebro-espinal, 1,28 % de tabes, 0,6 % de paralisia geral (proporções inferiores às encontradas nos indivíduos tratados com medicamentos específicos). Seria disparate, em face disto, afirmar a inutilidade do tratamento precoce da sífilis; basta pensar na absoluta e imprescindível necessidade de abolir a contagiosidade dos doentes.

Em suma: a experiência actual não consente attribuir aos tratamentos específicos uma intervenção no posterior desencadeamento da metalúes; mas também ensina que elles não são suficientes para a evitar, e que por isso se vê o apparecimento de tabes e de paralisia geral em sífilíticos tratados às vezes com grande intensidade, assim como em sífilíticos que ignoravam ter a doença e que nunca haviam feito qualquer tratamento.

Postas as coisas nestes termos, foi preciso buscar outras explicações para a aparição da metalúes, porque o facto certo é o de só se mostrar nuns tantos por cento de sífilíticos. Nos últimos tempos, procuraram os investigadores outros caminhos, e dirigiram-se para o estudo da constituição dos doentes. Á primeira vista, parece ser falso o caminho, visto tratar-se de uma doença nitidamente infecciosa; mas os estudos sobre a importância da constituição e da hereditariedade nos tuberculosos (Werschuer, Dietl), e noutras doenças infecciosas, bastam para se comprehender que talvez esteja aí a chave do enigma. Há mais de 80 anos, Ricord escreveu: «Chacun fait sa verole». Nesta frase vai implicita a idéia de que a constituição do individuo é factor determinante do decurso e das manifestações clínicas da doença. Spielmeyer dizia que há familias em que a paralisia geral se encontra como em sua casa. Maggendorfer apontou uma familia na qual, de nove varões que nela havia, quatro alcançaram idade sufficiente para



adoecer com paralisia geral; de um dos nove pôde apurar-se que não se tinha infectado, e, admitindo que os outros quatro falecidos sem paralisia eram sifilíticos (o que já é supor muito), resulta que metade dos homens desta familia foram paralíticos gerais, ao passo que, habitualmente, só 5 a 10 por cento dos sifilíticos o são. Exemplos como êste falam a favor de uma predisposição familiar. Esta predisposição já fôra assinalada por outros autores: Marc descreveu uma familia com paralisia em quatro gerações sucessivas; com Riger publicou vários casos de familias com paralisia em três gerações; Kraepelin e Kalb também notaram a presença familiar da paralisia geral. Entre os trabalhos mais recentes figura o de Curtius e Schlotter, que neste sentido investigaram os casos de tabes juvenil, encontrando em 10 casos cinco vezes a existência da doença na geração dos pais, e em 21 casos havia seis vezes o tabes em irmãos; números êstes que adquirem maior valor ao notar que o tabes juvenil é afecção rara.

Tudo isto leva à convicção de que há uma disposição constitucional para o tabes e para a paralisia geral; falta apurar em que consiste. O estudo da existência de outras doenças de foro mental, nas familias dos paralíticos gerais, mostrou que estas se não encontram nelas com maior frequência do que na população média (Kalb e Perreti). Não se pode sustentar que genes esquizofrênicos, epilêpticos, maniacodepressivos ou psicopáticos, sejam a base de uma predisposição à paralisia geral.

Muito mais possível é que na aparição do mal intervenha, por qualquer modo, uma certa inferioridade orgânica do cérebro. Que êste mecanismo é provável foi demonstrado por Curtius, ao verificar que as malformações valvulares predispõe às endocardites. Já Reichardt chamou a atenção para a frequência nos paralíticos da microcefalia relativa (desproporção entre os tamanhos da caixa craniana e do cérebro). Abzheimer descreveu malformações congénitas em cérebros de paralíticos. Sven Doner fez investigações sobre os pregenitores dos paralíticos e mostrou que êstes sofriam mais frequentemente de arteriosclerose e de apoplexia do que outras espécies de doentes mentais. Mas, ultimamente, foi Patzig quem indicou uma senda nova para o apuramento desta questão, a qual pode dar no futuro grandes resultados. Eis do que se trata. Sabe-se que, de todos os sifilíticos, só uns 4 a 10 por cento adoecem com paralisia geral. Que teria acontecido a êstes individuos se não se tivessem infectado de sífilis? Eis o ponto importante. Sabe-se que os homens sofrem a paralisia geral em número duplo do das mulheres; segundo a estatística alemã, de 1732 a 1936, morreram 10.769 pessoas com paralisia geral, das quais 7.221 eram varões e 3.548 eram fêmeas. O facto não pode explicar-se por maior frequência da infecção do sexo masculino, porque isso estaria em contradição com a correspondente estatística dos infectados por sífilis. Fôrça é pensar noutros factores. A estatística de doenças



mentais, dos mesmos anos, mostra que, se os homens adoecem e morrem em maior número com paralisia geral, nas mulheres são mais freqüentes que nos homens as demências pré-senis e senis; de tal modo que os números conjuntos das três doenças são sensivelmente iguais para os dois sexos. E assim, haveria que pensar num radical genético comum para a paralisia geral e para as demências senis e pré-senis. O que leva a concluir que os homens que têm predisposição para a demência senil, se fôrem sífilíticos sofrerão preferentemente de paralisia geral. No entanto, deve haver alguma diferença entre os dois processos, a explicar as divergências de invasão nos dois sexos. Provavelmente, os factores hereditários que intervêm em ambas as doenças são modificados por genes secundários. Comuns à paralisia geral e à demência senil seriam os processos sineréticos e histéricos, que acarretariam lesão difusa do parênquima. A mesma relação se encontraria entre a forma de Lissauer da paralisia e a atrofia de Pick.

Pelo resumo que acaba de fazer-se, se vê que, por enquanto, só há indícios relativamente à influência da constituição sobre a aparição da metalúes. Mas estes indícios tem robustez suficiente para permitir pensar-se que, quando se estudar o problema com o mesmo afinco com que se tem trabalhado noutros, serão decifrados muitos enigmas da patogenia da sífilis nervosa.

---

## NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

---

### **Tratamento das perturbações nutritivas agudas do lactente**

Em revisão do assunto, CARLOS RUIZ expõe os conhecimentos essenciais para o clínico tratar as dispepsias agudas e toxicose (*El Dia Médico*, Buenos Ayres, 8-V-44), que vamos resumir.

As causas desses estados são constitucionais, infecciosas e alimentares, a que se juntam factores do ambiente: calor, excesso de roupa, falta de higiene, etc. Se a constituição condiciona as reacções orgânicas, o elemento desencadeador é alimentar ou infeccioso. Não é este apenas intestinal, pois a infecção pode partir de outro ponto: faringite, otite, etc. Contudo, o que primeiro deve preocupar o clínico não é a causa do processo, mas o estado de desidratação da criança, com as suas graves conseqüências, de diminuição da massa sanguínea e da diurese, anoxemia tecidual e acumulação de produtos tóxicos.

A terapêutica deve subordinar-se ao grau da desidratação. Pode não ser suficiente a introdução de água por injeção subcutânea de soro; se o colapso vascular periférico já é muito acentuado, o líquido não se absorverá com a rapidez necessária; é preciso recorrer à via venosa.



O ideal será injectar plasma sanguíneo, que restaura a normalidade humoral; com êle produzem-se verdadeiras ressurreições. Se não se dispõe de plasma, injectar a mistura de soro de Ringer e soro glucosado em partes iguais, nas veias pericrânicas ou do dorso da mão, do tornozelo, ou em último caso no seio longitudinal), 20 a 30 cc. por quilo de pêso, muito lentamente; antes, injectar um quarto ou metade de c. c. de coramina ou cardiazol, e depois, cada 4 ou 5 horas, durante 24 horas, um quarto de mgr. de adrenalina, para manter o tono cardiovascular. Repetir o plasma ou o soro artificial, de modo a administrar entre 100 e 400 c. c. nas 24 horas, conforme o pêso e o estado da criança.

Como dieta, isenção completa durante algumas horas (até 6); depois, às colherinhas, a mesma mistura de soros, se fôr preciso adoçada com sacarina, de modo a que, no redor das 24 horas, a quantidade de líquido, injectado e ingerido, some o correspondente a 200 gr. por quilo de pêso do doente. As pequenas refeições de água serão intervaladas de 10 a 30 minutos, conforme a tolerância observada.

Simultaneamente, desde o começo, dar sulfamida, na dose diária de 0,15 ou 0,20 por quilo, repartida por forma a ser dada cada 3-4 horas.

Estas são as três medidas terapêuticas fundamentais. Se, passado o primeiro dia, persistem os sinais de gravidade (obnubilação, vômitos, etc.), continuar o tratamento. Quando tais sinais abrandam notavelmente, diminuir a quantidade de líquido injectado, aumentando em correspondência a do líquido ingerido, e começar neste a introduzir o cozimento de arroz, a 5 por cento, a que pode juntar-se dextrino-maltose; manter a sulfamidoterapia. Quando o estado geral se normaliza, sem ligar grande atenção às dejecções e caracteres das fezes, introduzir alimentos reparadores: babeurre e leite albuminoso, com cozimento de arroz. Então já poderá suspender-se a introdução de soro por injeção, e a sulfamida se já não há febre; isto sem que deixe de se atender a possível foco de infecção parenteral, que deve tratar-se. Assim, gradualmente, se caminha para uma alimentação mais aproximada da normal para a idade da criança, sendo apropriados para a transição os alimentos indicados, com hidratos de carbono não fermentescíveis. A quantidade de líquido nas 24 horas não deve descer abaixo de 150 por quilo de pêso. A lentidão das mudanças de regimen evitará as recaídas.

Algumas indicações complementares úteis consistem: na injeção de prostigmina para combater o meteorismo, sendo também proveitosa a introdução no recto da sonda de Nelaton n.º 18 para dar saída aos gases; em evitar medicações inúteis, deixando em sossêgo a criança; em impor à família a colocação do doente em boas condições higiênicas, quarto arejado e com pouca gente dentro dêle, roupa apenas a suficiente, etc. Estas disposições têm grande importância, tanto durante a doença como na convalescença.

Em suma: as 3 grandes indicações terapêuticas são: hidratação, anti-infecciosas, realimentação progressiva. Tudo o mais, embora útil, é secundário.



### Classificação clínica das dispneias

P. FARRERAS VALENTI apresenta (*Rev. Clin. Esp.*, 15-VIII-1944) uma classificação dos estados de dispneia, baseada na coloração da pele, da qual pretende colher elementos valiosos para o diagnóstico etio-patogénico. Faz 3 grupos:

1 — Dispneias pálidas, que são devidas aos seguintes estados: endocardite lenta, anemias graves, hipertensão maligna nefrótica, insuficiência aórtica, pneumotorax espontâneo, enfarto do miocárdio, intoxicação pela morfina (quando se suspende o tóxico):

2 — Dispneias vermelhas, provocadas por: hipertensão essencial, policitemia, doença de Cushing, intoxicação pelo óxido de carbono.

3 — Dispneias cianóticas, correspondentes a: doença de Ayerza, assistolia congestiva, estenose pulmonar, congénita, tuberculose ou carcinoma miliares do pulmão.

Se o diagnóstico de cada uma destas entidades mórbidas tem de fazer-se pelos respectivos sinais, a coloração da pele pode dar indicações úteis. Nas dispneias pálidas, a cor da pele toma os seguintes tons: na endocardite lenta — branco sujo e um pouco amarelado, na anemia por hemorragia interna — muito branco, na anemia perniciosa — leve tom amarelado, na anemia por endocardite reumático — branco baço atrigueirado, na hipertensão maligna — pálido intenso, na insuficiência aórtica — levemente acastanhado, no pneumotorax espontâneo e enfarte do miocárdio — tom um pouco cianosado, no morfismo — palidez amarelada. Nas dispneias vermelhas: na hipertensão essencial — cor de carne, na policitemia — vermelho carregado, na doença de Cushing — vermelho cianótico, na intoxicação pelo óxido de carbono — cor de cereja. Nas dispneias cianóticas, a intensidade da coloração violácea-azulada depende mais da dificuldade circulatória que em cada doente existe do que da entidade mórbida que a provoca.

### Farmacoterapia da angina de peito

Em estudo de conjunto sobre a angina de peito, OTILIO CIABURSI detém-se sobre o processo de tratamento que emprega e louva (*Semana Médica*, Buenos Ayres, 1943, n.º 48). Consiste na administração, por via intramuscular, de soluto com 4 centigramas de papaverina e 1 gr. de sulfato de magnésia, por ampola, a que se junta novocaína como anestésico local. Conclui:

1 — A dor pode mitigar-se imediatamente. Se tal não ocorrer, pensar no infarto do miocárdio, e recorrer logo à morfina ou seus similares.

2 — Mantendo a medicação durante algum tempo (12 a 15 dias, como mínimo), o doente pode trabalhar sem grande risco, sempre que não se lhe exijam grandes esforços.

3 — Quando surge uma crise angustiosa durante o tratamento, não apresenta a severidade algica ou angustiosa das primeiras crises, e é mais fácil debelá-la.



4 — O tratamento não cria o hábito. Num doente que recebeu 25 ampolas, quasi diariamente, a sua supressão não produziu qualquer transtôrno.

5 — Num caso em que se fizeram electrocardiogramas seriados antes e depois da prova de esforço, o desnivelamento do segmento S. T. não foi influenciado pelo medicamento.

6 — Em nenhum caso se observaram perturbações importantes que pudessem atribuir-se à combinação papaverina-sulfato de magnésio; apenas, leve obstipação e sonolência.

7 — Nos doentes hipertensos notou-se descida da Mx e da Mn, que só se manteve durante a administração do medicamento. Suspenso êste, a pressão voltava gradualmente às cifras anteriores, e por vezes descia mais; não é possível dizer se êste facto se deveu ao medicamento ou às prescrições higiênico-dietéticas estabelecidas.

8 — Num doente com concomitância de angina de peito e doença de Reynaud, o beneficio foi total.

9 — Dos 12 doentes tratados, 7 obtiveram incontestáveis beneficios (58 %). Nos restantes, em 1 houve algumas melhoras, e em 4 a medicação foi aleatória. As melhoras referem-se ao elemento dor, que abrandou ou desapareceu; e às crises, que se espaçaram notavelmente.

10 — Enfim, não deve atribuir-se ao medicamento outra acção que não seja a espasmolítica sedante, e, portanto, os seus efeitos só serão efficientes quando o factor espasmódico ou psicogénico tome a maior parte na etiopatogenia do angor.

### **Dicumarina, novo anti-coagulante**

Desde 1941 que em Inglaterra se vem usando um novo anticoagulante, a que se deu o nome de «Dicumarin», e que é o princípio activo de uma planta, cuja ingestão pelo gado provoca estados de hemorragia. DAVIS & PORTER ensaiaram o produto em obstetrícia, em 43 casos de trombose puerperal, com os seguintes resultados: geralmente melhora a dôr e o edema diminue rapidamente, a percentagem de embolias baixou de 9 para 4. Notaram ser muito variável, de mulher para mulher, a acção do medicamento; e que a dose diária útil (200 a 300 miligr.) se aproxima da dose tóxica, pelo que é preciso tactear a susceptibilidade individual. A dicumarina administra-se por via oral, sendo a dose diária repartida em três, dadas de oito em oito horas. Os efeitos só começam a manifestar-se ao fim de 24 horas e persistem dois a três dias depois de cessar a administração. (*British Med. J.*, 27-V-44).

### **Vãos em aéroplano para tratamento da coqueluche**

Os vãos em aéroplano como terapêutica da tosse convulsa foram empregados nos Estados Unidos, antes da conflagração mundial. Em diversos países foi o processo ensaiado; a guerra cortou mais larga prática. A referência mais recente que encontramos é a do trabalho de H.



BROEKEMA, feito na Holanda (*Am. J. of Diseases of Children*, Set. de 1940) que experimentou o processo em seis crianças de idades até 3 anos. Em nenhuma delas obteve a cura completa, com três vôos em que se alcançou a altura de 3.000 metros.

Como modificação fisiológica interessante notou um aumento do número de leucocitos. Durante o vôo não houve acidentes, mas com a aterragem observou os seguintes: otorragia num caso, e noutro irregularidades do pulso e da respiração.

### **Tratamento da tosse convulsa por vôo artificial em câmara de hipopressão**

O tratamento da coqueluche pelos vôos em aeroplano tem sido diversamente apreciado: favoravelmente por Clamann e Becker-Freyseng, S. Rober, Lauener e Maeder, etc.; desfavoravelmente por Messeri, Pflug e Kujath, etc. Semelhantes discordâncias se consignaram relativamente ao processo terapêutico na modalidade de câmara de hipopressão, em que se estabeleciam condições atmosféricas idênticas às existentes nos vôos.

Acabam de publicar-se (*Rev. Esp. de Pediatria*, 1945, n.º 3) as investigações de J. POU DIAZ, do Instituto de Medicina Aeronáutica, de Sevilha, que tratou 52 crianças, 22 com a doença em período convulsivo, e as restantes em período catarral. A depressão foi regulada como se as crianças subissem à velocidade de 500 metros por minuto, com pausas de um minuto em cada 1.000 metros até aos 3.000, e de um minuto em cada 500 metros depois dos 3.000; isto nas primeiras aplicações, pois nas seguintes, já conhecida a tolerância das crianças, as pausas eram menores. O limite de depressão foi o correspondente à altitude de 4.000 a 4.500 metros. O regresso à pressão normal fez-se lentamente, em vinte minutos. Cada sessão durava uma hora. Cada criança fez geralmente 5 sessões, em dias alternados. A temperatura foi a do ambiente, por falta de funcionamento do aparelho refrigerador.

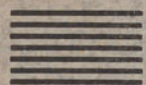
As reacções fisiológicas foram mais pequenas do que as observadas nos adultos; apenas num lactente houve ameaça de colapso, e várias crianças, durante uma hora, depois de sair da câmara, tiveram tonturas e dureza do ouvido. Psicologicamente, umas mostram-se eufóricas, outras adormeciam, talvez por efeito do ruído do motor.

Durante a sessão, as crianças não tossiam. Os resultados clínicos podem exprimir-se assim: a) c. em período catarral — 15 curas completas, 10 transformações em formas benignas, 3 melhorias temporárias, 2 fracassos; b) c. em período convulsivo — 7 curas completas, 5 transformações em forma benigna, 5 melhorias temporárias, 5 fracassos.

O mecanismo de acção d'êste processo terapêutico é complexo. Não pode explicar-se por mera diminuição do tono vagal ou pela carência de oxigénio, devendo intervir o conjunto de factores físicos que incidem sobre o organismo nas condições de vôo a grandes alturas.







# SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

## ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINÁRIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJECCÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.  
INJECCÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.  
INALTERABILIDADE em presença do ar. (Injecções em série).  
MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais  
de blenorragia, metrite, salpingite, etc.

Preparado pelo laboratório de

*BIOQUÍMICA MÉDICA*

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.<sup>ª</sup>, L.<sup>DA</sup>

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA



# **PENICILINA**

## **«LILLY»**

O Instituto Pasteur de Lisboa tem a honra de comunicar à Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica do país que se encontra à venda nas suas farmácias a

# **PENICILINA**

## **«LILLY»**

Por determinação superior, a Penicilina «Lilly» só poderá ser vendida mediante prescrição e responsabilidade médicas.

**PENICILINA «LILLY»**

**Laboratórios de Eli Lilly and Company, USA**

**Representante exclusivo para Portugal**

**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

