João Viana

N.º 73

A SUGESTÃO
NO
HISTERO-PITIATISMO

18614 FMP

VIANA
Tip. do "Correio do Minho"
1920

-:- A SUGESTÃO -:-
-:- NO -:-
HISTERO-PITIATISMO

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

A SUGESTÃO NO HISTERO-PITIATISMO

POR

João Martins Viana

VIANA

Tip. do "Correio do Minho"

1920

PORTO
OUTUBRO — 1920.

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO

Álvaro Teixeira Bastos

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatamia descritiva.....	Dr. Joaquim Alberto Pires Lima.
Histologia e Embriologia.....	Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia geral e especial.....	Dr. António de Almeida Garrett.
Farmacologia.....	Dr. José de Oliveira Lima.
Patologia geral.....	Dr. Alberto P. Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica.....	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão.
Bacteriologia e Parasitologia..	Dr. Carlos Faria M. Ramalhão.
Higiene.....	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior.
Medicina legal.....	Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Medicina operatória e pequena cirurgia.....	Dr. António J. de Sousa Júnior.
Patologia cirúrgica.....	Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clínica cirúrgica.....	Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia médica.....	Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clínica médica.....	Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapêutica geral.....	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clínica obstétrica.....	Vaga. *
História da medicina e Deontologia médica.....	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e Sifiligrafia...	Dr. Luís de Freitas Viegas.
Psiquiatria.....	Dr. António de Sousa Magalhães e Lemos.
Pediatria.....	Vaga. **

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias.
Dr. José de Andrade Gramaxo.

---

* *Cadeira regida pelo professor livre* **Dr. Manoel António de Morais Frias.**

** *Cadeira regida pelo professor ordinário* **Dr. António de Almeida Garrett.**

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação

(Art.º 15.º, § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de janeiro de 1920).

A minha tia a Senhora

D. Maria Neves
da Silva Monteiro

COM A MAIOR DEDICAÇÃO
-:- E RECONHECIMENTO -:-

PRÓLOGO

NESTA TESE *debatemos o velho e sempre novo problema da histeria no que tem de mais interessante e discutível.*

Nela procuramos verificar e confirmar o rigor da solução que lhe achou o sábio neurologista J. Babinski e, ao mesmo tempo, pôr em relêvo o papel da sugestão na sua vida clínica—fazendo salientar quam grande intervenção toma em todas as suas múltiplas manifestações e fazendo resaltar quam grande importância toma o seu conhecimento na prática corrente.

Não fizemos uma cópia corrida, nem tão pouco um estudo original: fizemos unicamente uma síntese e uma compilação, uma adaptação e uma generalisação de alguns dados que bebemos na leitura de uma pequena parte do muito que ha escrito sôbre histeria.

Daqui uma das origens dos muitos defeitos e dos muitos pontos fracos que eivam êste trabalho de principio a fim.

Chamando á discussão sómente os factos que nos pareceu trazerem um argumento em favor da «tese» que nos propuzemos defender, não conseguimos ocultar muitos dos saltos que, no decorrer da exposição, fômos

forçados a dar a cada passo, para ganharmos, talvez, em homogeneidade doutrinária, mas para perdermos, com certeza, em naturalidade descritiva.

Procurando congregar opiniões de vários autores sôbre o assunto, é natural que não tenhamos, também, sabido evitar uma ou outra contradição de pouca monta, porque se é certo que todos estão de acôrdo nos pontos mais gerais e essenciais, não é menos verdade que se encontram em divergência nalguns outros mais particulares e secundários.

Visando atingir um único objectivo, não pudemos, emfim, obstar a que os diferentes capítulos perdessem as boas proporções que certamente deveriam manter entre si; na parte teórica demos bastante desenvolvimento à «etio-patogenia» e na parte prática à «terapêutica», em manifesto prejuízo das restantes, — porque uma e outra se conjugam mutuamente nas suas deduções e mutuamente confirmam as conclusões que tivemos em mira.

Assim procuramos levar mais facilmente a cabo a nossa tarefa e pôr, afinal, em destaque o extraordinário alcance social das doutrinas babinsquianas, — que todos os dias colhem novos adeptos e novos triunfos, recuperando dezenas de indivíduos para a luta pela vida, como ultimamente na guerra, recuperaram milhares de soldados para a luta pela Pátria, conquistando em ininterruptos sucessos a sua melhor coroa de louros.

Além das faltas próprias aos trabalhos desta na-

tureza, espontâneamente confessamos ao ilustrado Júri que nos vai julgar, que de mais estas enferma a presente Tese—confiando, porêm, que não nos recusará perdoá-las, atendendo à boa intenção com que as cometemos, porque se é certo que fómos bem modestos nas nossas pretensões, nem por isso mesmo fômos menos diligentes em procurar cumprir esta nossa última prova tão honesta e decentemente quando no-lo permitiram os nossos fracos recarsos intelectuais e scientificos e quanto no-lo consentiu o acaso dum achado. E' que êste este estudo não representa quaisquer inclinações individuais por um ou outro ramo da medicina, mas apenas aquêle que mais nos agradou dentre os poucos assuntos que de ocasião se nos ofereceram para tratar.

+

Para terminar cumpre-nos agradecer penhoradamente ao Ex.mo Dr. Gomes de Araújo a cortesia com que nos recebeu—facultando-nos a observação dos seus doentes, a consulta dos seus livros e os ensinamentos do seu saber—e ao amigo Dr. Faria e Vasconcelos a amabilidade com que nos deu a conhecer a S. Ex.a.

Finalmente, ao distintissimo Prof. Dr. Teixeira Bastos apresentamos, com as maiores homenagens, os protestos do mais profundo reconhecimento pela honra que nos concedeu em aceitar a presidência desta Tese e pelos repetidos favores com que generosamente nos tem obsequiado e avassalado em gratidão.

Outubro de 1920.

CAPITULO PRIMEIRO

DEFINIÇÃO

Concepção antiga e concepção moderna da histeria.

A histeria tem através de todos os tempos afligido a humanidade e apaixonado vivamente o mundo médico.

Hoje como outrora e como sempre, continúa a ser fonte de acesas discussões, entre todos aqueles que são arrastados a interpretar os fenómenos da vida; não tem passado pelo campo da neurologia individualidade marcante que não tenha tentado prescutar a sua natureza íntima.

Também aqui não procuraremos enumerar, sequer, os conceitos que dela teem sido feitos desde o alvorecer da medicina, com Hipócrates, Platão, Demócrito, Celso, etc., até aos nossos dias, com Charcot, Bernheim, Sollier, Janet, Grasset, Claparède, Breuer, Freud, Ziehen, etc., etc.

Simplesmente diremos, para estabelecer noções basilares, que ha um quarto de século era assente que se manifestava por duas ordens de acidentes: — uns trânsitórios, podendo durar muito tempo, podendo associar-se e substituir-se entre si e podendo ser bruscamente provocados, modificados ou suprimidos por diferentes influências psíquicas e por certas causas físicas; outros permanentes, latentes e

patognomonicos—que eram os conhecidos «estigmas» — representados por diversas alterações da sensibilidade geral e especial.

Quer uns quer outros dêstes acidentes repercutiam-se muito pouco sôbre a saúde geral e sôbre o estado mental dos doentes, mas emquanto que os últimos lhe deixavam inteira liberdade de acção—a ponto de os desconhecerem—, os primeiros podiam condená-lo á mais estricta impotência, pois, como já dizia Sydenham, a histeria era capaz de imitar «quasi todas as doenças que atacam o género humano» e tão perfeitamente que «se o médico não tem sagacidade e experiência, enganar-se-ha fácilmente e atribuirá a uma doença essencial e própria a esta ou àquela parte os sintomas que dependem unicamente de afecção histerica».

Era «uma especie de Proteu» da neuropatologia; era «a grande simuladora»—que só a procura e o reconhecimento dos «estigmas» permitia desmascarar.

Tornada assim senhora de domínios duma vastidão sem limites, nêles encontrava campo bastante para escapar às aturadas investigações dos neurologistas e para conservar intangível o seu caracter enigmatico. Nenhum dêles, com efeito, logrou desvendar o problema da sua razão de ser, que, a despeito das mais engenhosas teorias e dos mais diversos lados porque o encaravam, continuava sempre confuso e insolúvel, perturbante e misterioso.

Foi o que fez dizer a Dubois: «ha qualquer coisa de demoniaco no quadro clínico desta psiconevrose...»; foi, tambêm, o que fez dizer a Lasègne: «a histeria nunca foi nem jámais será definida».

*

O scepticismo destas palavras esteve durante largos anos sem ser desmentido. Era a natural conseqüência de se ter feito da histeria um conjunto artificial e heterogénico, que ninguêm achava necessario simplificar e tornar homogéneo.

Foi Babinski o primeiro que teve o mérito de o reconhecer e de o realisar, após minuciosas observações e penetrantes estudos comparativos que terminaram por retribuir às afecções orgânicas muitos dos sintomas que parasitavam a psiconevrose e lhe mascaravam a individualidade.

Estabelecendo assim a delimitação precisa do grupo dos fenómenos histéricos, apontou-lhes, também, as origens, as características e os efeitos e por fim, numa memorável conferência feita a 28 de Junho de 1905 na «Sociedade do Internato dos Hospitais de París», apresentou a seguinte definição:

«A histeria é um estado psíquico especial que se manifesta principalmente por perturbações que se pódem chamar primitivas e acessoriamente por perturbações secundárias.

O que caracteriza as perturbações primitivas, é que é possível reproduzi-las pela sugestão em certos indivíduos com uma exatidão rigorosa e de as fazer desaparecer sob a influência exclusiva da persuasão.

O que caracteriza as perturbações secundárias, é que são estreitamente subordinadas ás perturbações primitivas».

Estava operada uma grande revolução no velho conceito da nevrose, tão radical e tão inovadora que ia até mexer com a sua propria designação. O nome de «histeria» já não podia corresponder, pelo seu sentido etimológico, à verdade dos factos apurados; apenas reduzido a um significado histórico e a um êrro doutrinario, tem pouco-a-pouco caído em desuso para dar logar á nova denominação de «pitiatismo», mais evocadora e mais scientífica, porque exprime justamente uma das qualidades fundamentais dos acidentes: — a possibilidade de curarem pela persuasão.

CAPITULO SEGUNDO

ETIO-PATOGENIA

A influência das ideias sôbre o indivíduo normal e sôbre o histérico — O «ar» histérico — As características e a freqüência das anomlias mentais nos histéricos. — A intensidade e a qualidade da emoção na etiologia da histeria — Perturbações histéricas por hetero e por auto-sugestão — Histeria e simulação — Fixação dos acidentes histéricos.

O princípio que fundamentalmente sintetiza a influência da sugestão sôbre o organismo físico e moral, é assim estabelecido por Bernheim, o eminente iniciador da terápia psíquica: — «*Toda a ideia aceite pelo cérebro tende a transformar-se em acto*». Quere dizer a ideia duma sensação, dum sentimento, dum movimento, tende a realizar esta sensação, êste sentimento, êste movimento, — adentro dos limites de possibilidade que lhe fôrem permitidos pelas correspondentes condições orgânicas.

Dia-a-dia novos factos clínicos e terapêuticos fornecem, na máxima generalidade da sua aplicação, outras tantas provas demonstrativas desta lei, — quer sob o ponto de vista em que a ideia é o produto directo da própria elaboração intelectual, quer para o caso em que germina secundáriamente a causas extrínsecas de substracto sugestivo. Também

Ribot, entre outros autores, mostrou, com muita clareza, que mesmo as ideias puras, as mais abstractas, correspondem sempre, psicológicamente, a uma determinada realidade e possuem um certo coeficiente de afectividade que, por débil e furtivo que seja, é, todavia, o bastante para as fazer preferir momentâneamente, àquelas que, porventura, se apresentem à razão a disputar-lhes a primazia. Assim, uma ideia triunfará doutras pelos mais fortes sentimentos que suscitar, pelas mais amplas satisfações que deferir ás inclinações individuaes da ocasião, pelo mais elevado grau de afectividade que, numa palavra, envolve o seu conteúdo.

São, por isso mesmo, as ideias mais ricas em elementos afectivos sistematizados, aquelas que mais fácilmente desencadeam este trabalho imaginativo que tende a determinar, mais ou menos conscientemente, a sua correspondente realisação plástica, — são tambêm aquelas que aqui exclusivamente nos interessam.

*

Não encontrará, pois, condições de aceitabilidade cerebral no indivíduo dotado de normalidade psíquica, uma ideia que, sugerida no curso dos pensamentos ou pelas circunstâncias exteriores, tente impôr a convicção dum estado mórbido inexistente.

Outro tanto, porêm, já não acontecerá nos histéricos, cujo estado mental particular que os sobrecarrega, oferece um campo mais ou menos largo de laboração a estas interpretações essencialmente erróneas, como, desde ha muito, Charcot o fez notar, dizendo: «o histérico em virtude duma predisposição hereditária ou adquirida do seu sistema nervoso, sente e reage a seu modo».

Uma tal mentalidade traduz-se, segundo Janet, por uma tendência pronunciada para a sugestibilidade, emotividade, mitomania, orgulho, pusilaminidade, egoísmo, etc. e imprime à personalidade dos doentes uma fisionomia própria, uma maneira de ser mais ou menos típica, que se exterioriza d'uma

forma vaga e silenciosa, senão permanentemente, pelo menos durante largas temporadas da vida por um certo «ar», difícil de abranger numa descrição de conjunto, mas quási sempre de fácil reconhecimento pelo clínico experimentado.

Eis como o Dr. Gomes de Araújo, a título meramente convencional, o descreve: — «Os histéricos são criaturas, que pela sua sugestibilidade e emotividade deixam aperceber uma certa hesitação nos seus actos, um pouco de incoerência nas suas acções, uma impulsividade brusca, mudança súbita de humor, passando de triste a alegre, sem motivo aparente, um pouco atreitos à fantasia e geralmente dotados de qualidades acentuadas de carinho e atenção.

A histérica acentuada é geralmente um pouco pretenciosa no tocante à bondade e na sua afectividade, que, longe de ser volúvel, como se supõe, arreiga-se como em ninguêm mais. A sua grande emotividade torna-as um pouco desconfiadas e apreensivas e a sua sugestibilidade leva-as ao máximo de representação mental, e daí um pouco à idealização, ao romance, chegando, por vezes, a roubar-lhe a frenação que a educação determinou e a dar-lhe um aspecto, que ante a sociedade inculta se torna repreensível, sem contudo resvalarem, fora de casos excepcionais, para a perda, para a abominação.

Já nas crianças... ha um pouco mais de volubilidade e inconstância do que habitualmente, caprichos variáveis com a condição educativa e então aí se patenteia mais nítido o criminato de que nos fala Lombroso (mentira, embuste, expedientes, roubo e até agressão)».

Outras vezes as taras mentais são tão acentuadas que entram no quadro nosológico que define a ***debilidade mental, o desiquilíbrio psíquico*** ou, mesmo, ***os estados hipocondríacos crónicos.***

Então, manifestam-se por um cortejo sintomático mais ruidoso que, ***na debilidade mental,*** começa a afirmar-se logo desde a infância por uma insuficiên-

cia escolar, por uma dificuldade de raciocínio e um atraso de memoria, por uma indigência de imaginação que mais tarde, ao detonar a neuropsicose, se traduz «numa sintomatologia terna e uniforme, e na pobreza de argumentos invocados para explicar a persistência da doença». *

Ao contrario, os *desiquilibrados* fazem os estudos, adequados á esfera social em que vivem com uma relativa facilidade, dispondo mesmo, por vezes, duma inteligência aparentemente viva e penetrante, mas que, na realidade, é quási estéril e só floresce caprichosamente à volta duma aptidão, qual oásis no deserto; muito verbosos, tendo a réplica fácil e encontrando explicações múltiplas para justificarem as suas afirmações ou modos de proceder—não raro tradutores de inclinações morais perversas—, são, tambêm, fantasiosos até á mitomania, são «fabuladores em actos e em palavras». **

Quanto aos *hipocondríacos crónicos*, provaveis candidatos a psicópatas mais sistematizados, êsses estiolam-se á sombra duma inércia psíquica profunda, que lhes rouba toda a actividade e energia; vivem constantemente preocupados com os males passados ou em sobresaltos contínuos pela saúde futura e até, por vezes, atormentados por verdadeiras obcecações ou fobías,—que aliás não confessam. Por isso são por natureza perseveradores, reagindo obcecadamente perante a ferida ou doença que os atingir; perseveradores são em geral, ainda, os *débeis* cuja fraqueza mental não póde alimentar a imaginação mais engenhosa, embora bem extravagante, dos *desiquilibrados*,—que dão à psiconevrose «aspectos clínicos inéditos e por vezes surpreendentes». ***

---

* Roussy, Boisseau e d'OElsnitz—Traitement des psychonévroses de guerre, pag. 160.
** Ibid., pag. 160.
*** Ibid., pag. 160.

Estas perturbações mentais mais violentas, são sobretudo apanágio dos casos onde as desordens histéricas surgem isoladamente, no estado esporádico, e, pelo contrario, são bem menos comuns quando estas manifestações se desenrolam sob a forma epidémica. Trata-se então, como adeante veremos, dum simples contagio susceptivel de atingir um grande número de indivíduos, dotados de um equilíbrio psíquico pouco inferior ao nível médio e que sintetiza, elementarmente, o estado mental do pitiatico; a partir dêle formam, em escala ascendente de morbidade, um grande número de outros estados psíquicos anómalos, — cujos tipos principais acabamos de analisar com Long e Jacquin, e que para Roussy, Boisseau e d'OElsnitz englobam a mentalidade dos acidentados de trabalho e, mesmo, a dos reivindicadores — sinostrosados de Brissaud.

✣

A amplificar a importância dêste elemento predisponente * de primeira grandeza, veem-se, geralmente, juntar uma série de outros factores adjuvantes, que são filhos das circunstâncias do acaso ou inerentes ás condições de vida dos doentes; de ordem física ou moral, mais modestos ou mais proeminentes nas suas relações mútuas, actuam, comumente, enfraquecendo o tonus psícologico individual e, a êste título, entram em regra na etiologia das outras nevroses.

Também, não nos quedaremos na sua descrição, salvo para o que diz respeito á *emoção* — alma mater de psiconevrose para uns, méro agente preparador, senão inibitório, para outros. *

---

* Com Devaux e Logre consideramos: «... *causa determinante,* por exemplo: o bacilo de Kock na tuberculose pulmonar; *causa predisponente,* por exemplo, o temperamento linfatico isto é o terreno oposto á semente, a predisposição, que é, segundo as palavras de Hanot, «os dois terços da etiologia»; *causa ocasional,* por exemplo, o resfriamento, na tuberculose pulmonar, ou mesmo a emoção, que não é sem influência...», etc. — *Les anxieux*, pag. 164.

De facto, o choque emotivo comporta fisiologicamente, entre outras, certas determinações psíquicas, que estão na razão directa da sua intensidade e são função da constituição nevropática individual. Assim, as suas manifestações não só são, no estado normal, em grande parte refreadas pela vontade, mas também caem depressa no esquecimento —«apagadas como são pelas percepções, as preocupações, os sentimentos inspirados pela vida real» * —e, mais, determinam pela sua repetição um maior ou menor grau de hábito, que couraça a susceptibilidade pessoal perante as emoções ulteriores. Bem diferentemente, no pitiático, em geral já emotivo constitucional, a vontade alcança menos preza sobre o desenvolvimento dos acidentes e, além disso, á causa emocional sobrevive quasi sempre uma certa reminiscência e uma crescente vulnerabilidade que exaspera os efeitos dos traumatismos psíquicos ulteriores.

A conseqüência directa deste fenómeno anafilactico é um correspondente exaltamento na sugestibilidade, graças a um enfraquecimento do sentido crítico, e, por vezes mesmo, o desenvolvimento de verdadeiros estados de confusão mental,—que, diga-se de passagem, podem figurar no quadro sintomático de uma única emoção.

Assim o concluiu Georges Dumas, perito psíquiatra do exército francês, após uma minuciosa análise da mentalidade do grande emocionado; segundo êle, quási todos êstes feridos psíquicos são portadores dum sindroma confusional mais ou menos acentuado e que afora as perturbações mentais conhecidas—indo desde o delírio onírico, até uma certa dificuldade na compreensão e na fixação—se traduz também, na forma ligeira, por «uma sugestibilidade particular, uma ausência de iniciativa, uma tendência para exagerar todas as dificuldades de esfôrço e transformá-las em acidentes permanentes».

* Roussy e Lhermitte—Psychonévroses de guerre, pag. 5.

Estas condições de espírito—dantes ignoradas ou, pelo menos, indevidamente apreciadas—permitem ao doente o exercício duma actividade funcional especial que, visando profundar os efeitos do choque sôbre organismo, favorece em alta escala um trabalho de sugestão mórbida cuja finalidade imediata é, como adiante estudaremos, a eclosão das correspondentes desordens pitiáticas.

São êstes os motivos porque a nevrose se declara tão freqüentemente a seguir às emoções, mas que, de modo nenhum, querem dizer, que ela faça parte integrante e necessária do aglomerado físio-psícológico que define o sindroma emocional. Não só a histeria póde nascer sem a sua intervenção, como também, as manifestações pitiáticas que, porventura, envolvam os estados emotivos não são mais que um acessório mascarando a sua físionomia—«acessório muitas vezes estrondoso sem dúvida, e primordial na aparência, mas na aparência sómente». *

Sabe-se, com efeito, por modernos estudos estatísticos, que as fileiras da histeria veem-se mostrando, desde ha tempos, desfalcadas nos seus efectivos—pelo menos nos meios hospitalares—e que alguns dos seus aspectos clínicos mais característicos—tais como as grandes epidemias de coreia rítmica ou o desencadeamento simultâneo, numa mesma enfermaria, de várias crises em arco de círculo e convulsões de clown—foram rareando tanto à observação, que teem hoje um interêsse puramente histórico.

Ora esta mutabilidade na forma e na freqüência da nevrose, segundo as épocas e os logares, não se puderá conceber desde que se teime em filiar a histeria na emoção; muito pelo contrário, só a fixidez e a invariabilidade das manifestações pitiáticas se coadunaria com uma tal etiologia,—«porque as triste-

* A. Léri—Commotions et emotions de guerre, pag. 125.

zas da vida não teem cessado de provocar comoções morais», nem «o coração humano é em nossos dias mais preservado aos choques morais do que o era outrora». *

De resto, para se ter absoluto direito de invocar a emoção como causa eficiente da histeria seria preciso provar que, pelo menos nalguns casos, as respectivas perturbações se lhe seguiam sem solução de continuidade, que entre o abalo psíquico e a objectivação dos acidentes pitiáticos não havia a recear o intercalamento do verdadeiro ou pretendido factor determinante.

Não é isto, porêm, o que até aqui tem sido demonstrado pelos numerosos inquéritos realizados junto de pessoas que, fortuítamente ou por dever de profissão, teem estado em contacto com um grande número de indivíduos sacudidos pelas mais vivas emoções, colhidos imprevista e desabridamente entre mil perigos.

Assim, Babinski interrogando vários médicos que tinham assistido a grandes catástrofes ferroviárias, obteve dêles a afirmação unânime que, em tais circunstâncias, jamais constataram quaisquer manifestações histéricas.

Identicamente Néri, que no terrível terremoto de Messina — onde a emoção atingiu o seu sumum de intensidade — teve ocasião de socorrer mais de dois mil sobreviventes e de examinar cuidadosamente uns seiscentos sob o ponto de vista da sensibilidade e do retraímento do campo visual, — declara não ter encontrado em nenhum dêles perturbações de natureza pitiática, a-pesar dêstes últimos doentes apresentarem alguns sintomas nervosos muito pronunciados, inerentes ao ámbito da «nevrose emotiva».

Ao lado destas observações, muitas outras, nas-

* Babinski e Dagnan-Bouveret — Emotion et Hysterie — Journal de psychologie, Março-Abril de 1912.

cidas de conjunturas semelhantes e por igual concludentes, vinham de quando em quando atestar a sua rigorosa generalidade, até que a conflagração europeia amontoou, pelas excepcionais circunstâncias que revestiu, desde o primeiro ao último dia de luta, um sem número de dados para o definitivo solucionamento da questão.

No mar, por exemplo, o torpedeamento do « Provence II» oferece um caso típico, de que Jean Clunet, médico de bordo, faz uma impressionante narração,—donde vamos extrair os mais interessantes pormenores.

Estava-se pelo meio da tarde, quando se ouviu uma pequena explosão que fez estremecer ligeiramente o barco, como se tivesse batido contra um rochedo. Logo as máquinas param e os passageiros correm ansiosos para a ponte e escadas, onde se comprimem desesperadamente; todos, no entanto, manteem uma relativa compostura, quedando mudos de pavor ou passando, simplesmente, de bôca em bôca a sinistra nova:—Fomos torpedeados, fomos torpedeados...

Todavia, esta aparente calma não havia de durar muito tempo; apenas decorridos uns cinco minutos, um vento de loucura trespassa a multidão de-lés-a-lés,—que entra a agitar-se e a praticar os actos mais extravagantes e desordenados, muito embora o navio imóvel, parecesse suportar bem a sua avaria. Então, no meio do mesmo silêncio inicial, sómente entrecortado pelos gemidos das pessoas abafadas ou esmagadas pelas outras, começa a desenrolar-se a tragédia:

Ha homens pregados ao chão, tomados de estupor, e ha outros que se atiram a êsmo para dentro dos salva-vidas, sem sequer os procurar pôr na água; ha outros ainda que trepam aflitivamente peovêns dos mastros, emquanto um certo número se suicida a tiros de revolver ou se precipita ao mar de grande altura.

E a-pesar-de tudo, Clunet não notou, nêste império da emoção, nem um único acidente pitiático; só no dia seguinte, após uma noite cheia de incertezas e de riscos à espera de salvação, é que no torpedeiro, que recolheu seiscentos dos náufragos se declararam certas perturbações nuns trinta ou quarenta dêles, — que aliás foram de fácil e rápida cura.

Em terra então, os ensinamentos trazidos pela guerra ao problema, não sendo menos eloqùentes, foram sem conta, quási até, pode dizer-se, do testemunho de todos os médicos que serviram nas linhas de fogo.

«Aí onde os projecteis chegam numerosos, — diz C. Vincent, director do Centro Neurológico de Tours —, fazem mortos e feridos, não tenho visto nunca fenómenos histéricos tais como crises, contracturas, paralisia num ou vários membros. Não tenho visto senão fenómenos emotivos, de que os mais freqùentes são: as lágrimas, o trémulo, um estado de entorpecimento no qual o homem não se move, não responde às preguntas, a taquicardia, a taquipneia, a micção». *

André Léri acrescenta: — «Se ha necessidade dum argumento poderoso que prove que a emoção por si só não determina as manifestações histéricas, a guerra o fornecerá. Nunca, com efeito, se observam acidentes histéricos quando o indivíduo não es-

* Eis uma observação muito lucidativa de Roselle e Oberthur sôbre os efeitos do mêdo:

«... Num dia de bombardeamento violento, alguns *comocionados,* descem confusamente para o pôsto de socorros; não ha feridos aparentes, aspecto horrorisado, como é habitual, titubeantes; nenhum responde às preguntas que se lhe fazem, nem reconhece ninguêm. Um de nós dirige-se para aquele que parece mais atingido e tenta, aliás sem nenhum resultado, fazer-se conhecer; por fim, leva-o pelo braço para o pôsto de socorros para o poder examinar mais à vontade. No momento em que o ferido ia a atravessar a porta, repara nos estragos recentes dum obus, que tinha penetrado no cimo da fachada. Logo o nosso homem recua, debate-se e exclama:

tá em segurança, pelo menos relativa: jamais se viu uma crise histérica no meio dum tiro de barragem!»

E' verdade que Dejerine quis outrora explicar esta falência pela própria natureza da emoção que sendo antecipadamente concebida pelo soldado, presentida, por assim dizer, nos seus detalhes mais gerais, perdia, por êsse motivo, toda a sua fôrça pitiatogénica.

Mas perante o raio da acção de guerra moderna, perante o enorme alcance de artilharia pesada e da extraordinária potência do obus de grande calibre, vindo sem se saber de onde, arrebentar inesperadamente sôbre as tropas, tantas vezes em pleno acampamento de repouso, perante os horrores dos seus estragos, só comparáveis aos duma explosão de grisu,—é impossível continuar a aceitar esta opinião, é impossível deixar de admitir que semelhantes situações não constituem bem emoções-choques na mais forte acepção da palavra.

Se, pois, a análise aprofundada dos factos, não nega às emoções um importante papel predisponente na génese da histeria, se mesmo lhes não nega um logar de valor como seus elementos ocasionais, obriga também, por sua vez, a reconhecer que para lá de certos limites de intensidade são incompativeis com o desenvolvimento da nevrose e a tal ponto

---

Não meu major, eu não quero entrar, os obuses também caem aqui, ontem não havia aí isso!

Impossível fazê-lo dar mais um passo. Imediatamente largado, corre com os seus camaradas de infortúnio, a aninhar-se num pequeno *blockaus* que mandamos cavar para abrigar os feridos durante os bombardeamentos, emquanto não podiamos evacuá-los.

Estes homens ficaram aí acocorados, trémulos, não respondendo a nenhuma pregunta, incapazes na aparência de todo o acto voluntário. Mas quando chegaram as viaturas que deviam conduzi-los, não houve necessidade de lhes dar explicações; compreenderam bem depressa; instalaram-se sem nenhuma ajuda da maneira mais normal.

A viagem efectuou-se sem o menor incidente».

Revue neurologique — 1916.

que, segundo Babinski e Dagnan-Bouveret, apagam momentaneamente a florescência das suas manifestações.

«*Quando uma emoção sincera, profunda, abala a alma humana, não ha mais logar para a histeria*».

Está aí a tradução natural duma das grandes leis que regula a vida afectiva:—a extrema violência do abalo psíquico inibe e paralisa a maior parte das suas determinações mais comuns. Tal qual a emoção do mêdo cessa no horror dum assombro extremo, «corta os braços e as pernas ao indivíduo», petrificando-o sôbre o logar e obstando á realização dêste habitual e instintivo movimento de defesa que constitue a reacção da fuga, semelhantemente uma emoção poderosa e profunda, de qualquer ordem, esmaga o sentido crítico, «paralisa a imaginação e corta-lhe as ásas», * aniquila todo o trabalho sugestivo—antecedente incondicional da histeria.

Por isso, não são as emoções-máximas aquelas que mais interessam à genealogia da psíconevrose, nem tão pouco as emoções-mínimas,—que sendo impotentes para exaltar o automatísmo imaginativo não pódem também enfraquecer o exercício do «contrôle» pessoal que o reprime e corrige; são, em geral, as emoções-médias aquelas que pela sua *intensidade*, mais satisfazem a estas duas condições etiológicas e, tanto melhor, quando pertencem a determinadas categorias de *qualidade*,—são as emoções-óptimas de Devaux e Logre.

Óptimas na qualidade, são em regra aquelas de caracter espalhafatoso, quási teatral, cuja exteriorização longe de se exercer discretamente a bom recato, se expõe a público, agita e impressiona vivamente a «entourage», fazendo-lhe sentir um pouco da sua dor; são, por exemplo, as emoções nascidas do menosprêzo do amor-próprio, da contrariedade, do despeito amoroso, etc.

* Devaux e Logre—Les anxieux, pag. 166.

Óptimas na intensidade porque de ordinário as emoções-médias dão à imaginação vida e alma, que tantas vezes tem ganhado a imortalidade em maravilhas de literatura, * e, pelo mesmo dom, facilitam e estimulam o desenvolvimento do complexo processo de «fabulação de tema médico e meios de expressão mímicos e plásticos», ** que, em súmula, simboliza a histeria.

*

Sim, porque o histérico por esta aptidão que deriva na mitomania, por esta tendência para a alteração da verdade e para a simulação, póde comparar-se a um grande actor que representa inconscientemente, mas com convicção e com naturalidade, um episódio de entrecho mais ou menos dramático que o seu próprio espírito compôs, também inconscientemente, sôbre um motivo patológico.

Como o bom comediante que pelo gesto, pela atitude e pela mímica interpreta com sentimento e compenetração uma personagem imaginária e se integra tão sinceramente no seu papel que chega a vivê-lo numa certa medida e por um certo tempo, esquecendo a sua verdadeira personalidade, assim o doente, repassado duma ilusão semelhante, põe em scena a sua ficção mitopática,—cujo enrêdo se estende preferivelmente pelos domínios da patologia interna.

Como o escritor quando se inspira num facto real para escrever uma obra evidentemente imaginativa—um romance histórico por exemplo—ou quando introduz nas suas descrições o colorido local, põe em jôgo, duma maneira predominante, a

---

* Veuillot apelidou Victor Hugo de «Mau Pai!» após a publicação das ***Contemplações*** que o génio do escritor bordou à volta da morte de sua filha; acusação injusta, porque a elevação d'estas «variações prosódicas» não significa que a sua dor de pai tivesse sido menos dura, mas tão sómente que se tinha aplacado com o decorrer do tempo.

** Devaux e Logre—Les anxieux, pag. 162.

imaginação reprodutora,—identicamente o histérico para conceber o sindroma fictício, para contrafazer uma doença, vai buscar documentação e ensinamentos á caudalosa fonte da sugestão exogénea.

Daí a vulgaridade das associações hístero-orgânicas; a afecção somática desperta e vigoriza a tendência mitopática, até aí muitas vezes latente, e dirige a actividade do correspondente trabalho imaginativo que finalizará por converter tal monoplegia, dependente duma lesão física averiguada, numa paraplegia ou numa hemiplegia pitiática, tal paralisia motora numa paralisia sensitivo-motora mixta, tal entorse das articulações társicas num pé bôto psiconevropático, etc.

Duma maneira análoga o factor emotivo, objectivo e autêntico, poderá provocar esta reacção pitiatogénica e sugerir-lhe as respectivas determinações; então, como a perturbação orgânica, a perturbação emocional «colabora no romance que inspira, e a histeria não terá mais, a bem dizer, do que tomar o seguimento da emoção». *

Assim uma crise de nervos poderá degenerar pela adjunção dum elemento sugestivo, numa crise histérica; assim a imobilização brusca devida ao mêdo, se tornará numa paralisia, a opressão da garganta caírá no mutismo, o titubeamento das pernas ou a tremulação duma outra parte do corpo, motivará um trémulo persistente, etc.—e com tantas mais probabilidades de freqüência, quanto é certo que um grande número de histéricos apresenta pelo menos parcialmente, como já vimos, os atributos duma constituição emotiva de que o dermografismo, a hiperreflectividade rotuliana e a «bola» são a expressão mais usual das correspondentes manifestações vasculares, motoras e espasmódicas.

São, por sua vez, associações histero-emotivas,

* Loc. cit., pag 169.

—associações de curta duração é verdade, porque a parte emotiva desagrega-se em geral do conluio sintomático depois de ter fornecido todo o seu esfôrço á psiconevrose, depois de ter exaltado a sugestibilidade pessoal e de ter insinuado a forma a intensidade e a localização do acidente á sugestão.

Por motivos congéneres, compreende-se que qualquer efeito dum pequeno traumatismo local, como seja o entorpecimento dum membro devido a um simples estupor dos nervos e provocado, por exemplo, pelo choque dum projéctil animado duma grande velocidade inicial,—possa vir a ser fixado pelo nevrópata sob a forma duma impotência sensitivo-motora completa, ao passo que se desvanece rapidamente nalguns minutos, no indivíduo normal.

Compreende-se ainda que os sintomas duma doença que, em regra, absorvem toda a atenção do doente e dão logar a uma série de meditações e de inquietações sôbre a saúde futura, tantas vezes compartilhadas pela «entourage»,—possam, tambêm, vir a ser complicados, avolumados e até substituídos, total e enganadoramente, por idénticos sintomas funcionais, * á maneira que os verdadeiros vão batendo em retirada.

E' no momento da convalescença que se dá esta mutação e que se vê tal atitude antalgica, tal sciática médica, tal claudicação reumatismal, etc. serem fixadas psíquicamente e eternizarem o mal que na realidade já não existe.

E', semelhantemente, no momento em que o grande emocionado ou comocionado começa a readquirir o conhecimento, que sobreveem as complicações pitiáticas; então o doente, por um impulso instintivo, entrega-se a investigar o estado lesional dos seus diversos orgãos, faz sugestões negativas no

* Sintomas e perturbações histéricas, pitiáticas, funcionais, nevropáticas, psiconevrósicas e inorgânicas teem aqui a mesma significação clinica.

exercício das respectivas funções e ao mínimo obstáculo que encontre, logo se julga surdo, paralítico, etc. e com tanta mais facilidade quanto é certo que as suas faculdades de crítica são obscurecidas por um véu de confusão mental que, mais espêssa ou mais diáfanamente, envolve o seu espírito. E ainda não é tudo: é preciso acrescentar com G. Dumas que além desta credulidade e desta «tendência para exagerar todas as dificuldades de esfôrço e transformalas em acidentes permanentes», estas condições de mentalidade conferem também ao doente uma grande sugestibilidade, que só por si basta para dar largo impulso á inclinação mitopática, para lhe permitir achar a cada pretexto e a cada canto um tema a desenvolver.

Efectivamente o sindroma fictício é muitas vezes realizado pela *imitação* de doenças cujo espectáculo tem impressionado o indivíduo ou cuja observação tem podido ser, por qualquer circunstância, demorada e minuciosa. Ha, nêstes casos, um verdadeiro contágio directo de ferido-a-ferido, de doente-a-doente, que transmite o acidente com tamanhas particularidades de analogia, com tamanha flagrância de pormenores que, dizem Roussy, Boisseau e d'OElsnitz, «ao vêr desfilar à sua chegada os psíconevrosádos que são evacuados para o nosso centro de Salins, sucede-nos muitas vezes poder, sem interrogar os doentes, dizer de qual região, de qual Centro Neurológico veem!» *

Noutras conjunturas é nas *indicações* fornecidas pelas leituras, pelas conversas, por toda a sua experiência anterior que o histérico se funda para interpretar e alterar patológicamente a menor perturbação que o aflija; «da simples fadiga dum membro à sua impotência relativa, diz A. Léri, não vai senão um passo, desta à paralisia e à anestesia não

* Rossy, Boisseau e d'OElsnitz — Traitement des psychonévroses de guerre, pag. 46.

vai ainda senão um passo, e êstes passos são tão pequenos e tão depressa dados, ainda que da melhor boa fé, pelos temperamentos nevropáticos...»

Com muita maior razão o médico pela autoridade que lhe assiste e pela confiança que inspira, póde oferecer durante o seu exame, sob a forma interrogativa ou duvidativa, a imagem dos sintomas que o histérico a seguir converterá em manifestações objectivas e categóricas.

E' sobretudo na esfera da sensibilidade, geral ou especial, que se revela a sua influência, mas também se pode encontrar na origem de certas perturbações motoras. Desde as anestesias e hiperestesias superficiais, até ás diferentes desordens ao nível dos orgãos dos sentidos, a que dantes chamavam os «estigmas» da psiconevrose, a sua acção ocasional ocupa um logar de destaque na história semiológica da histeria, senão arca mesmo com a sua exclusiva responsabilidade.

As suas palavras, os seus gestos, os seus processos de diagnose, são fôrças de grande poder sugestivo, que dominam a imaginação dos doentes e a guiam por vias muitas vezes imprevistas, quando inadvertidamente empregadas.

Não é bom nos histéricos, escreve o professor Dubois, «investigar os sintomas físicos», porque «constatá-los é fazê-los nascer» e o professor Raymond ajunta: «como o fonógrafo êles registram, mas lembrando-se e pensando».

*

Mas nem sempre é possível encontrar pela anamnesia uma sugestão exterior tendo servido de ponto de partida à organização psicopática. Nêstes casos, a maior parte das vezes, a afecção apresenta uma sintomalogia muito indivídual, quando não inteiramente nova e surpreendente.

Então, da mesma maneira que o escritor, por essencial interferência da *imaginação criadora*, arquitecta personagens, meios e acontecimentos que

jamais existiram ou o artista modifica linhas, côres e sons de modo a formar conjuntos inéditos e harmoniosos, assim o histérico, transformando mais ou menos profundamente e mais ou menos inconscientemente, os conhecimentos armazenados na sua memória, fantasia e realiza o acidente pitiático.

E' no que consiste a etiologia por *auto-sugestão* que, tal e qual a devida á *hetero-sugestão* carece, para se desenvolver, duma ideia,—sustentada, é certo, por elementos afectivos sistematizados, sem o que não lograria condições de vitalidade e, muito menos, potência de realização plástica.

*

Por isso mesmo, quando o doente apreende a ideia dum estado patológico e a põe em prática, é porque ela lhe desperta «o desejo de certas vantagens, ou de inquietações obsecantes, ou uma necessidade anormal de admirar, de chamar a atenção, numa palavra, os móveis infinitamente variados que podem solicitar a vontade fácil dêstes indivíduos». *

Vontade bem estranha sem dúvida, mas incontestável perante a evidência dos factos.

Sim; não se sabe hoje que as pretendidas gangrenas dos histéricos não eram mais do que a natural conseqüência de extensas ulcerações, de certo bem dolorosas, que os doentes espontâneamente provocavam em si próprios?

Não é bastante extraordinário que alguns dêles tenham persistência para se privar durante anos do uso dum membro, até que uma simples conversação persuasiva, ou um banal artifício terapêutico, lhes venha impôr uma decisão em contrário?

Não se viu ultimamente nos campos de batalha quam raras eram as manifestações histéricas nas primeiras linhas, em relação á sua grande freqüência nas zonas da rectaguarda?

---

* Babinski e Dagnan-Bouveret Journal de psychologie, etc Emotion et Hysterie—Março-Abril de 1912.

E' que emquanto o soldado compreendia a necessidade de se manter sob uma certa forma, resistia por um esfôrço de vontade a qualquer perturbação que o afligisse e, ao mesmo tempo que a tolerava, furtava-se aos efeitos da sugestão mórbida. Mas logo que fosse evacuado, ou logo que serenasse a intensidade das operações, o seu porte mudava por completo; não julgando mais preciso o seu esfôrço, abandonava-o, entrava a consentir e a avolumar o seu mal e, tornado um joguete das suas próprias sensações, ia sair no pitiatismo.

Na clínica civil também é corrente observar quanto pode uma vontade inconvenientemente dirigida na evolução de psiconevrose.

Não é excepcional, por exemplo, vêr hísterotraumatizados, quando trazem pendentes a concessão duma indemnisação, arrastarem durante longos mêses as suas perturbações, peorando pouco-a-pouco, para, afinal, entrarem rápidamente a melhorar após a solução do litígio.

Mais; interne-se êste crisador inveterado, que todos os dias a uma hora e num logar determinado tem a sua crise, faça-se-lhe recomendar pelo pessoal de enfermagem que elas não são bem vistas pelo director, assegure-se-lhe a seguir, com firmeza, que querendo as poderá evitar e não mais as fará, pelo menos emquanto estiver sob a vigilância médica.

Assim, graças a esta influência frenadora da vontade, graças ainda à primitiva aceitabilidade da ideia mórbida, nos aparece o processo psíquico que preside à sugestão histerogénica a participar da simulação «numa medida variável, de resto, com os indivíduos e segundo as circunstâncias do meio em que aparecem os fenómenos histéricos». * Também, não ha nenhum caracter objectivo que permita distinguir a histeria da simulação integral; só razões

* Loc. cit.

de ordem moral, embora de valor irrecusável, permitem concebê-la como «uma simulação inconsciente, ou seja uma semi-simulação». *

*

E' precisamente num afastamento progressivo do sub-consciente para o inconsciente que está o motivo porque os acidentes psiconevropáticos são tanto mais tenazes, quanto são mais antigos; nêle colaboram uma multidão de factores de difícil descriminação no número e nas suas relações mútuas, mas de que se pode dar uma descrição esquemática.

Logo a princípio é a solicitude da «entourage» com as suas compaixões, com os seus carinhos e cuidados cheios de delicadeza e feminilidade, que contribue para que o doente melhor vá suportando a sua enfermidade.

Vem depois o médico consultado que, levado pelas aparências, coloca a diagnose duma afecção orgânica e lança mão, para a combater, dos meios terapêuticos ordinários. As melhoras colhidas não são nenhumas e a «entourage» mais se inquieta, mais compartilha dos sofrimentos do doente,—que agora já se vai habituando ao seu mal, muito embora deseje e espere ainda uma cura.

Acorda, por isso, em submeter-se a novos tratamentos, mais enérgicos e demorados, que, da mesma maneira, não lhe trazem nenhum alívio; a ideia de incurabilidade começa a ganhar terreno no seu espírito.

Os mêses passam e as medicações sucedem-se, falhando sistemáticamente e levando-lhe quási todas as esperanças de melhoras. Mas, entretanto, aparece um amigo, um vizinho, um desconhecido que lhe aconselha com entusiasmo a tratar-se com um certo clínico, que opera maravilhas com a electricidade.

---

* Loc. cit.

E' um último recurso que realmente ainda não experimentou e de que se lembra ter ouvido dizer ser duma inocuidade e duma eficácia que deixa a perder de vista os agentes da «velha» terapêutica.

Decide-se a fazê-lo e, então, das duas uma: ou a acção psíquica do tratamento determina uma cura rápida, quási miraculosa, ou, pelo contrário, tudo fica na mesma, — quer porque o médico fatigado e mal disposto, não tenha podido ganhar a sua confiança, quer porque a atmosfera moral do meio seja defeituosa para a conquistar.

Os tratamentos psico-electricos doces ficarão infrutíferos e as correntes fortes não determinarão senão a dor, — que o doente talvez ache bem mais incomodativa de suportar que a própria enfermidade.

Fala-se-lhe em novas tentativas terapêuticas e rejeitá-las-ha terminantemente; já fez tudo quanto tinha a fazer, — é um desiludido da medicina e dos médicos. Não se sujeitará voluntariamente a nada mais, sobretudo quando se considerar uma vítima com justos direitos a uma indemnização ou a uma reforma...

Assim a ilusão que a princípio abarca o seu espírito se vai enraizando e se vai tornando, com o correr do tempo, numa convicção cada vez mais sincera e inabalável. Da flôr da sub-consciência a perturbação ganha as profundezas da inconsciência e cai no automatismo, a tal ponto que, em muitos casos de cura retardada, é preciso lembrar freqüentemente ao doente para que não se esqueça de exercitar a função recuperada.

CAPITULO TERCEIRO

SINTOMATOLOGIA

Paralisias e contracturas — Perturbações tróficas, térmicas e vaso-motoras — Alterações do regimen dos reflexos e das reacções electricas e mecânicas dos músculos e dos nervos — Claudicações — Trémulos — Anestesias e algias — Blefarospasmo e nistagmus — Fotofobia, ambliopia e amaurose — Retraímento visual, discromatopsia, poliopia monocular e miopia espasmódica — Surdez — Mutismo, gaguez, balbuciamento, etc. — Crises.

Uma vez assente que as perturbações histéricas se modificam e modelam de harmonia com as ideias em curso nos doentes, explicado está o motivo do grande número de aspectos clínicos e morfológicos que pódem tomar em qualquer dos sentidos sôbre que se desenvolvam.

Não ha, com efeito, afecção do sistema nervoso que o histérico não possa imitar, desde o momento que, em princípio, seja realizavel pela acção da vontade consciente.

«Tudo o que a histeria, o pitiatismo é capaz de fazer, dizem Babinski e Froment, a simulação pode reproduzi-lo. Tudo o que é interdito à simulação tambem o é à histeria».

Forçosamente, pois, a par das analogias exis-

tentes entre as perturbações nervosas ligadas a uma lesão material e as correspondentes perturbações funcionais, ha-de haver algumas diferênças a atraiçoar a sua natureza, ha-de haver, quando mais não seja, pequenas falhas ou imperfeições a denunciar os sintômas pitiáticos dos orgânicos seus similares, —quer porque os doentes os não possam representar rigorosa ou demoradamente, quer porque pela sua obscura ou passageira objectivação, tenham escapado à sua análise menos avisada.

E' o que principalmente vamos procurar salientar, ao passar em revista alguns dos caracteres etiológicas e sintomáticos das mais importantes manifestações histéricas, pondo assim em relêvo o seu fundo sugestivo.

Perturbações da motilidade

Paralisias e contracturas.—As paralisias e contracturas histéricas, tanto pódem interessar um ou mais membros, como se pódem localisar ao nível duma região circunscrita tal como o tronco, a espádua, a face, etc. ou apenas sôbre um único grupo muscular.

Conjugando a sua acção ou actuando isoladamente, imitam um grande número de tipos organopáticos, quando não revestem modalidades inteiramente novas que fogem a qualquer comparação e, muito mais, a uma descrição de conjunto.

Ora reproduzem as linhas gerais das hemiplegias, paraplegias ou monoplegias crurais ou braquiais, ora determinam plicaturas, lordoses e escolioses do tronco ou provocam uma série de deformações de mão e do pé, tão numerosas como caprichosas; mais raramente incidem exclusivamente sôbre os pelvi-trocanterianos ou os esterno-mastoideus, os trapézios e os músculos da nuca, trazendo a confusão com a coxalgia e o torticolis, ou fazendo

lembrar o mal de Pott sub-occipital, a meningite ou o próprio tétano, tanto mais quando se acompanham de trismus masseterino.

As circunstâncias etiológicas que cercam a sua instalação são, a bem dizer, comuns a umas e a outras e, às vezes, totalmente obscuras.

Todavia, é mais vulgar vêr as perturbações nascerem na convalescença duma doença infecciosa ou serem precedidas por dores vagas ou ligeiras artralgias, limitadas à área interessada; por vezes ainda, vêem-se sobrevir a um traumatismo, bastante leve para não produzir senão uma simples escoriação ou, embora mais forte, insuficiente quási sempre para determinar um ferimento grave.

Não existe, efectivamente, proporcionalidade entre a intensidade do traumatismo e a intensidade dos respectivos desarranjos funcionais, que até, muito pelo contrário, parecem mostrar certas preferências por aqueles mais insignificantes. Tão pouco o seu ponto de aplicação decide, com rigor, o logar e o desenvolvimento das paralisias; a impotência do membro inferior, que o enrija numa contractura de aço ou o invade duma flacidez inerte, tanto póde suceder a uma ferida da anca como a uma ferida do pé, e, da mesma maneira, um choque na mão tanto póde originar uma monoplegia braquial, como uma das mil variedades das garras psiconevrósicas.

Esta modelação mostra-se muito mais influenciada por outras causas extrínsecas. Assim, na guerra as paraplegias e monoplegias, de qualquer dos tipos, excederam notávelmente o número de hemiplegias, ao envés do que se observa na prática corrente, e cuja razão está para A. Léri, no facto dos doentes encontrarem mais amiudadamente na vida corrente hemiplegias para imitar e paraplegias e monoplegias, devidas a feridas dos membros, na vida de campanha; por idénticos motivos as perturbações acro-motoras tiveram ali o seu máximo

florescimento, — tal qual muitas das manifestações sensitivo-sensoriais, como depressa veremos.

Estas irregularidades são a conseqüência e a expressão da sua natureza imaginativa, como aliás o são também os aspectos tomados pelas diversas atitudes viciosas. Não só na sua grande maioria são duma grande semelhança com as provocadas pela acção requerida da vontade, como também são tanto mais freqüentes quanto mais faceis são de manter pelo doente (Roussy e Lhermitte) ou melhor se adaptam a determinadas conveniências pessoais. *

E quando porventura tomam modalidades menos naturais, nem por isso mesmo são tão embaraçantes ou inimitaveis como aparentam, porque ou são o produto dum treino que pouco-a-pouco as leva a um grau de excessividade, primitivamente insustentavel ou irrializável — o que é evidente em algumas hiperflexões ou hiperextensões dos dedos, das mãos e dos pés — ou são motivadas por predisposições individuais músculo-tendinosas, constitucionais ou adquiridas, — como seja a hipotonicidade electiva de certos grupos musculares, certas laxidões articulares, etc. **

São estas aptidões anatómicas, nem sempre bi-

---

* A única diferença que, por exemplo, distingue uma camptocormia duma incurvação fisiológica do tronco é que, nêste caso, a cabeça também se flecte com o corpo, ao passo que ali se mantem estendida, — pelo que a nuca aparece encurtecida, apresentando vários sulcos transversais e ocultando a proeminência cervical. Mas, dizem Souques e Mme Rosanoff-Saloff, esta posição é provocada pela necessidade que os doentes teem de vêr ao longe, para melhor se dirigirem, e, de resto, mande-se ao indivíduo normal, assim flectido, erguer a cabeaça e a analogia será absoluta.

Acrescentemos que se as lordoses são mais raras do que estas plicaturas, é porque em regra as contracturas produzem a deslocação no sentido dos aparelhos musculares mais poderosos, e se as escolioses são excepcionais como acidentes primitivos e vulgares a seguir a sciáticas antigas é porque emquanto foram atitudes antalgicas ganharam gradualmente em tolerância, para chegar mesmo a cair no hábito do doente.

** Sabe-se, por exemplo, que nem quem quer pode pôr os dedos

laterais que, levadas ao máximo pelo exercício, permitem a alguns doentes tornar-se verdadeiros acrobatas (Roussy, Boisseau e d'OElsnitz) e realizar deformações que, por mais violentas que pareçam, não saem todavia de dentro do campo das possibilidades fisiológicas de cada um,—que a histeria cegamente respeita.

Daí a origem de novas diferênças que mais veem distancia-las das perturbações orgânicas correspondentes e que essencialmente se resumem numa série de faltas que não podem ser evitadas pela simulação ou que, sendo-o, escapam contudo ao doente nos movimentos voluntários inconscientes ou subconscientes.

De facto, as contracturas não só desaparecem durante o sono (Roussy e Mme Grutzhaendler-Judelson), como também se modificam duns dias para os outros e até, muitas vezes, de instante para instante.

Mais; procurem-se vencer pela fôrça e notar-se-ha que a sua resistência oferece intermitências, que ha momentos em que diminuem para logo se acentuarem, deixando aperceber quebras e altas de intensidade, que serão tanto mais nítidas, quanto o doente estiver mais fatigado. Ver-se-ha mesmo, nestas condições, que a imobilidade articular se mantem à custa de visiveis esforços dos músculos antagonistas que, contraíndo-se, desenham ondulações sob a pele, exactamente como se vê contraírem outros, que logicamente deveriam ficar inertes, quando se ordena a um monoplégico flácido, por exemplo, para executar qualquer movimento com os membros.

---

em bico de corvo — hiperextensão da segunda falange sôbre a primeira, e flexão da terceira sôbre a segunda —, nem tão pouco conseguir esta sub-luxação especial que põe o polegar em Z ou reproduz uma anca de mola com resalto do fascia-lata, e, no entanto, sabe-se também com quanta facilidade algumas pessoas o fazem — ora dos dois, ora dum único lado —, graças precisamente a uma insuficiência músculo-ligamentar electiva.

Da mesma maneira, ha paraplégicos que se conservam na cama com as pernas constantemente em extensão, mostrando-se impotentes para as flectir sequer ligeiramente e, muito mais, para as deslocar sem o auxílio dos braços; todavia, quási sempre podem andar com moletas e, então, não só executam com toda a regularidade os movimentos necessários à progressão, mais ou menos fracamente é certo, mas ainda accionam, com bastante energia, músculos que no decúbito dorsal eram incapazes de obrigar à menor contracção.

Ao lado dêles outros ha que quando deitados manteem os membros numa absoluta flacidez, deixando executar toda espécie de movimentos passivos, mas uma vez postos de pé e segurados por duas pessoas, enrijam fortemente as pernas e marcham com os membros inferiores em extensão completa, sem flectir os joelhos, nem descontraírem as massas musculares, ha pouco ainda inertes.

E' que as paralisias histéricas são caracteristicamente sistemáticas.

Assim, emquanto que a alteração das linhas fisionómicas é permanente no hemiplégico central—onde é devida a uma hipotonia muscular—, no hemiplégico pitiático—sendo produzida por um espasmo tónico glosso-labial—só existe para os movimentos unilaterais da face, apagando-se por completo nos movimentos bilaterais sinérgicos (rir, beijar, soprar, etc.); emquanto que ali o doente contráe com mais fôrça o cuticular da metade ilesa, sempre que abre a bôca ou encontra uma resistência ao abaixamento da cabeça (sinal do cuticular de Babinski), emquanto que flecte espontâneamente a coxa sôbre a bacia quando, estando sentado, se lança bruscamente para a retaguarda (s. da flexão combinada da coxa e do tronco de Babinski) ou, ainda, apoia mecânicamente o membro sam sôbre o colchão, quando se lhe pede para elevar o membro paralisado acima do plano do leito (s. da oposição complementar de Hoover),—aqui, no paralítico fun-

cional, não se observam nenhuns dêstes movimentos automáticos, como aliás também não se observa o exagêro do balanço passivo do braço—isto é, as oscilações que executa, como se fosse um corpo inerte, quando o doente faz com rapidez meia volta —entretanto que o balanço activo da marcha pode persistir, pelo menos em esbôço.

Não é para estranhar, pois, que as perturbações tróficas e as correlativas modificações no regimen dos reflexos e nas reacções electricas e mecânicas dos músculos e dos nervos, também faltem nas paralisias e contracturas puras.

Mas é preciso notar, que a inanição a que a nevrose condena os membros, junta freqùentemente à acção compressora e isoladora de aparelhos ou enfaixamentos de contenção, a que se submetem com fins terapêuticos, pode acarretar, com o tempo, alterações da pele e das faneras, hipotonicidade e atrofias musculares e, mesmo, aderências ou retracções fibro-tendinosas, descalcificação com rarefacção das trabéculas ósseas e lesões articulares,—que difundindo-se, nunca se acantonam a um território nervoso determinado, e que sendo proporcionais à intensidade das perturbações motoras, são muito mais pronunciadas sôbre as extremidades e nomeadamente sôbre a mão, onde a motricidade fisiológica é muito mais diferenciada que ao nível do pé, e apagam-se progressivamente com a recuperação dos movimentos activos.

Esta imobilização prolongada pode ainda em certos indivíduos predispostos, segundo Roussy, Boisseau e d'OElsnitz, repercutir-se sôbre o sistema vascular e termo-regulador e gerar hiperidrose, cianose e hipotermia e, com ela, superexcitabilidade mecânica e electrica dos músculos e dos nervos ou, por outra, uma ligeira subexcitabilidade farádica e galvánica—mas nunca reacção de degenerescência —e abolição dos reflexos cutáneos e tendinosos (Babinski, Froment, Vincent, etc.),—filiação que é

claramente atestada pelo seu desaparecimento transitório pelo reaquecimento artifícial e pelo facto da constricção dum membro pela facha de Esmarch provocar uma anareflectividade, mesmo nos casos patológicos em que ha hiperreflectividade e trepidação epliptoide.

Pelo contrário, a atrofia muscular a sós, sem a colaboração dêstes desarranjos circulatórios que trazem o arrefecimento, provoca em geral uma exaltação da reflectividade, exatamente como todas as outras amiotrofias simples ou de ordem reflexa, secundárias às artropatias, fracturas, coxalgias, sciáticas médicas, etc.

De resto, é preciso estar precavido para não tomar por reflexos exagerados os movimentos executados voluntáriamente pelo doente, nem tomar por tal os reflexos *vivos*, vulgares nos nevrópatas. Nêles «as respostas às solicitações mecânicas são mais rápidas, mais *vivas* do que nos normais», * ao passo que naqueles esta resposta é brusca, forte, ampla e policinética (Babinski e Gomes de Araújo).

Babinski distingue-os dos primeiros pela inversão do reflexo cutáneo plantar — fenómeno dos dedos — ou pela presença de clono do pé ou de dança da rótula, e Gomes de Araújo aconselha, para o mesmo fim, o emprego do seguinte artifício, pelo que respeita à classificação do reflexo rotuliano — o mais evidenciável, acessivel e constante de todos, segundo Oppenhein: — «Ordene-se, diz, ao doente que se oponha firmemente ao movimento reflexo, ordem bem mais fácil de cumprir do que a contrária, (o relaxamento muscular para a sua pesquisa habitual); convide-se a impedir êsse movimento a todo o custo. Pois bem. Se se tratar de reflexos exagerados, tal não é possível, o abalo produz-se *múltiplo*, menos amplo, é certo, mas em todo o caso de bem visiveis oscilações. Se, porêm, se tratar dum reflexo

* Gomes de Araújo — Histeria-Pitiatismo, pag. 22.

vivo, como o dos histéricos, ou o abalo não se dá, ou, a dar-se, êle é *único*, ou de oscilações imperceptiveis».

Portanto, assim entendidas, as modificações dos reflexos e as perturbações tróficas, não evitam que as paralisias histéricas continuem em franca contradição com as leis da fisiologia-patológica, — contradição que se afirma ainda nos caprichos da sua evolução.

Com efeito, estas paralisias tanto podem ficar indefinidamente flácidas, como podem tomar desde o princípio a forma espasmódica ou, diga-se de passagem, manter num mesmo indivíduo um membro em contractura violenta e o outro na mais absoluta lassidão, senão até conservar simultâneamente num e noutro dêstes dois estados, os diferentes músculos duma ou mais regiões confinantes e circunscritas, como é vulgar suceder na face.

Acrescentemos, para terminar, que umas e outras são susceptiveis de se agravarem ou atenuarem alternativamente, sem regra nem motivos razoáveis, e que em qualquer dos seus períodos jamais interessam os músculos da vida vegetativa, e tanto bastará para pudêrmos concluir que entre as paralisias pitiáticas e as paralisias orgânicas só existem semelhanças morfológicas.

Claudicações. — As claudicações histéricas são muito freqüentes e tão variádas, que é impossível não sómente descrevê-las, mas também enumera-las.

Desde a característica marcha de Todd em que, segundo a expressão do eminente clínico inglês, a hemiplégica «arrasta após ela o membro paralítico como se fosse um objecto de matéria inanimada», sem executar nenhum movimento de circundação, nem fazer nenhum esfôrço para o levantar do solo; desde as perturbações, não menos típicas, da astazia-abazia, em que o doente estando sentado ou deitado, pode mover os membros em todos os sentidos

e direcções e pode ainda, com a mesma facilidade, andar, saltar, correr e trepar «a quatro patas», mas não pode marchar normalmente, nem sustentar-se de pé; desde as suas variedades atáxica ou tabética, saltatória ou coreiforme e trepidante ou polinevrítica, imitando os respectivos tipos organopáticos, até às formas exclusivas a uma determinada região devidas ao contágio hospitalar (Roussy, Boisseau e d'OElsnitz) ou aqueloutras individuais inéditas e paradoxais,—ha uma infinidade de modalidades de deambulação a considerar, cuja descrição, diz Babinski, pertence, pelo menos para o que respeita a algumas, «mais à coreografia do que à neurologia».

Assim, por exemplo, êste «soldado ferido no membro inferior direito, que flecte os dois joelhos a cada passo e, desta maneira, reproduz os movimentos próprios a certas danças russas», ou êste outro «que representa durante a marcha os gestos do ciclista que pedala»... *

Aparecendo por vezes espontâneamente, andam em geral intimamente ligadas a algumas das paralisias precedentemente estudadas, ou são atitudes viciosas provocadas por uma perturbação orgânica passageira e fixada pelo hábito,—porque «o hábito, diz Meige, cria a aptidão para a atitude».

Irmanadas então, no seu início, com certas algias e impotências funcionais do tronco e dos membros inferiores—que atenuam ou remedeiam—, sobrevivem ao seu desaparecimento, continuando a manter a mesma naturalidade e, na aparência, a mesma justificação.

Por isso, o seu carácter histérico é muitas vezes de difícil apreensão; todavia, a uma análise atenta, quási sempre nelas se consegue descobrir alguns sinais de marcha ilógica—não em relação com a dor ou fraqueza alegada—, quer do lado do

* Babinski e Froment—Hystérie-Pithiatisme, etc. pag. 58

acto principal—irregularidades no tamanho dos passos ou no tempo de apoio sôbre um dos membros, falta de utilização fisiológica duma articulação cuja amplitude é simplesmente limitada e não abolida, etc.—, quer do lado dos actos secundários —modificações várias nos movimentos reguladores ou de equilíbrio do tronco, da cabeça e dos braços, etc.—que teem um real valor orientador para a sua classificação.

Mas mais claro e mais decisivo ainda, embora também não constante, é o facto do exame mais minucioso, feito estando o doente em repouso no leito, não encontrar nada em que possa filiar estas atitudes viciosas ou alterações motoras,—que assim injustificadamente, surgem mal êle se levanta ou começa a marchar.

Este «ilogismo», comum a todas as manifestações histéricas e um dos seus melhores caracteres, é posto em evidência por diversos processos de exploração,—cuja descrição guardaremos para o capítulo consagrado à diagnose.

Trémulos.—Porventura menos importantes, mas não mais excepcionais que os outros acidentes motores, os trémulos histéricos não teem também, como êles, uma causa física que lhes fixe a modalidade ou lhes dirija a evolução.

Sobrevindo umas vezes espontâneamente, figurando outras vezes como a conseqüência aparente dum traumatismo, duma comoção ou duma emoção, —aproximam-se mais ou menos dos observados nas afecções tremogéneas conhecidas ou, pelo contrário, são «inteiramente imaginados pelo doente que parece regular à sua vontade os seus efeitos e os seus modos de exteriorisação». *

Então, no seu atipismo trazem marcada a sua natureza pitiática, exactamente como, quando imi-

* Roussy e Lhermitte—Les psychonévroses de guerre, pag. 63.

tados, as falhas que constantemente nêles transparecem a uma análise aprofundada, não os deixam confundir com os devidos à doença de Parkison ou de Basedow, à paralisia geral ou à esclerose em placas, às perturbações cerebelosas ou tóxicas, etc.

Assim, adentro dos seus inúmeros aspectos, são mais ou menos generalizados a todos os músculos da economia ou são localizados a uma pequena região, são desordenados e intraduziveis na complexidade dos seus movimentos — como alguns trémulos coreiformes —, ou, mais vulgarmente, são mais cadenciados e regulares — como acontece na coreia rítmica — pôsto que não menos extravagantes, nem muito mais simples. «Ha, como se diz no Hamlet — escreve Charcot — método, ainda que seja de loucura».

Perturbações da sensibilidade

Anestesias — As anestesias histéricas são devidas na sua maior parte à sugestão médica.

Daí a sua grande freqüência, pois sendo da prática comum investigar nos nevrópatas o estado da sua sensibilidade, não se tomam contudo durante o exame as necessárias precauções para evitar os gestos ou reflexões capazes de lhe insinuar a ideia do seu enfraquecimento.

Para isso, eis como convem proceder segundo Babinski: — Depois de vendar os olhos ao doente ou, simplesmente, de lhe recomendar para os manter fechados, não lhe preguntar nunca se sente melhor nesta ou naquela região, mas pedir-lhe apenas para indicar rapidamente com o dedo o ponto tocado ou para traduzir verbal e concisamente a natureza da sensação experimentada.

Nalguns poder-se-ha ainda, com vantagem, apelar indirectamente para o seu amor-próprio, dizendo por exemplo, para os circunstantes de maneira a

ser-se ouvido, que a avaliar pelo «ar» do doente, êle deverá ser bastante inteligente para prestar com o máximo rigor todos os esclarecimentos necessários ao diagnóstico,—como depressa vão ter ocasião de verificar.

Logo, sem mais divagações, se encetará a investigação, fazendo todo o esfôrço por o «desnortear», isto é, operando como se se tratasse de o apanhar em flagrante delito, mas tão habilidosa e naturalmente que isso nem por longe lhe dê a entender o menor juizo de suspeição ou de simulação.

Então, aqui tocar-se-lhe-ha muito ao deleve esta parte do corpo, ali picar-se-lhe-ha ou pinçar-se-lhe-ha a pele, acolá, ainda, comprimir-se-lhe-hão os tecidos,—alternadamente e sem ordem aparente, para não mostrar obedecer a qualquer plano preconcebido.

A seguir, far-se-ha o doente apalpar objectos redondos, cúbicos, cilíndricos, esféricos e ovalares, flectir-se-lhe-hão e extender-se-lhe-hão os braços e as pernas, afastar-se-lhe-hão e cruzar-se-lhe-hão os dedos uns sôbre os outros e aplicar-se-lhe-hão sôbre os tegumentos corpos quentes e corpos frios,—ora à direita ora à esquerda, ora na raiz ora na extremidade dos membros.

Ao mesmo tempo notar-se-hão com discreção todos os gestos e movimentos que a surpreza pode nêles despertar, reprimir-se-hão aqueles que pareçam hesitar nas suas indicações e sómente se lhes preguntará, se não o disseram espontâneamente :— Que sente agora ?—Que é que eu faço ?

Em tomando todas estas cautelas, diz Babisnski, «convencer-nos-hemos da raridade e da instabilidade das anestesias histéricas» e Roussy e Lhernitte acrescentam: «muitas vezes acontece-nos não encontrar anestesias notadas em observações de doentes, como tendo existido alguns dias ou algumas semanas antes», e concluem que «se os médicos renunciassem a procurar sistemáticamente estas perturbações sen-

sitivas ou ainda se quisessem explorar a sensibilidade como convem, a freqüência das anestesias histéricas diminuiria consideravelmente, para não dizer mais».

Com efeito, elas não só se apagam e tendem a desaparecer desde que se afecte não lhes ligar importância, mas modificam-se ainda dum instante para o outro, segundo o que o observador sugere consciente ou inconscientemente (Babinski e Froment) ou segundo a atitude que toma: — «Se, na grande maioria dos casos — afirmam Roussy, Boisseau e d'OElsnitz — a anestesia não resiste a uma aplicação do pincel farádico (bobina de fio fino levada a fundo), temos visto várias vezes indivíduos que depois de terem resistido um quarto de hora, até mesmo meia hora a uma tal faradização, sem interrupção, acabam por ceder quando tomam conta que a nossa tenacidade seria maior do que a sua, e acusar desde então a menor sensação de contacto dum pincel de algodão...».

A esta grande mobilidade na intensidade das anestesias pitiáticas, corresponde uma não menor variedade nas suas modalidades morfológicas.

Não obedecendo a regras bem precisas, tanto tomam a forma dimidada ou segmentar, como se disseminam em ilhotas irregulares ou imitam mais ou menos grosseiramente, as anestesias de tipo periférico.

Raro aparecendo isoladamente, andam quási sempre associadas às diversas perturbações motoras — hemiplegias, monoplegias, trémulos, etc.; sendo de ordinário mais intensas que as anastesias orgânicas e interessando todos os modos de sensibilidade superficial — contacto, dor, temperatura — e profunda — noção das atitudes, percepção estereognóstica — nem por isso mesmo constituem um intolerável embaraço funcional para o doente.

Assim é que êles podem executar com toda a facilidade os mais delicados movimentos de palpação e de preensão, para os quais é preciso um tacto

muito apurado, e jamais se queimam como o faz, por exemplo, o portador duma lesão do cubital ou do mediano ou um seringomiélico.

Algias. — Contrariamente às anestesias, as algias histéricas são para o doente uma fonte de grandes sofrimentos e de grande número de impotências funcionais do tronco e dos membros.

Nascendo por vezes sem causa aparente, são na sua maior parte a conseqüência dum traumatismo ou duma ferida qualquer, duma infecção ou duma artrite reumatismal da nuca, dum joelho ou dum pé ou a prolongação duma outra afecção dolorosa.

Localizando-se sôbre os braços e as pernas ou sôbre a cabeça, o tórax ou o abdómen, revestem no seu modo de exteriorização uma infinidade de tipos clínicos que, em geral, reproduzem «os aspectos dos sindromas conhecidos nos quais a dor goza um papel primordial». *

Assim imitam as nevrites, as sciáticas, as crurites, as coxalgias ou outras artrites, ao nível dos membros, assim provocam raquialgias gerais ou locais, fazendo lembrar o lumbago, o mal de Pott e outras espondilites, ou determinam, embora mais excepcionalmente, cefaleias, pleurodínias, nevralgias intercostais e até falsas apendicites, etc. Todavia, a sua fisionomia histérica transparece num conjunto de sinais, que nunca faltam e que são quási sempre de fácil captação.

De facto, não é raro encontrá-las em franco desacôrdo com a sua causa ocasional, nem pouco constantes nos seus efeitos; um choque sôbre o flanco esquerdo pode provocar indiferentemente uma pseudo-coxalgia dêste lado ou do lado oposto (Roussy e Lhermitte), como uma mesma algia pode variar de

* Roussy e Lhermitte — Psychonévroses de guerre, pag. 75.

agudeza, sem motivo justificado, duns dias para os outros e até no decorrer dum exame mais prolongado.

Móveis na sua intensidade, são também móveis e ilógicas na sua localização; não residindo sôbre o trajecto anatómico dos nervos periféricos ou dos plexos, não se acompanham de pontos dolorosos sôbre os cordões nervosos ou sôbre as interlinhas articulares, nem provocam midríase quando se comprime a zona doente.

Demais, os indivíduos que pretendem sofrer dum membro, fazem esforços extraordinários para o manter imóvel, quando se pretende desloca-lo — «esforços que deveriam despertar dores, o que se não produz»; * os anestésicos, tais como a morfina, a cocaína, a estovaína, etc., podem não lhes levar nenhum alívio, senão mesmo exarcebar-lhe as dores (Roussy e Lhermitte), e nêles é constante a ausência dos sinais somáticos que pertencem às correspondentes afecções orgânicas, — afora, claro está, aqueles que podem ser devidos à longa inactividade funcional e de que já falamos.

Assim é que na sciática histérica — a mais vulgar das algias desta classe, segundo Babinski e Froment — os doentes opõem-se tenásmente a todas as tentativas de mobilização do membro doloroso, mesmo àquelas que tendem a relaxar o sciático (Roussy e Lhermitte), e, todavia, não apresentam quando solicitados, como os verdadeiros sciatalgicos, sinal de Laségue — dor provocada pela flexão da coxa combinada à extensão da perna —, nem sinal de Néri — flexão do joelho, quando o doente estando de pé inclina o tronco para diante —, nem sinal de Bonet — dor provocada pela aducção da coxa —, a não ser que estejam educados por observações médicas anteriores (Roussy e Lhermitte).

---

* Loc. cit., pag. 88.

Perturbações sensoriais

Perturbações de visão.—Na etiologia das perturbações visuais de natureza histérica, a sugestão médica ocupa um logar predominante. Se é certo, como se viu na guerra, que uma explosão a maior ou menor distância, não provocando mais que uma simples deslocação de ar que projecta o doente ao chão ou lhe atira alguma poeira aos olhos, sem todavia lhos ferir; se é certo que um traumatismo banal, não arrastando a menor comoção nem a mais leve lesão orgânica, ou que uma afecção ocular superficial e passageira, como seja a alteração do epitélio córneo provocada pela acção de vapores irritantes ou pela introdução dum corpo estranho entre as palpebras e o globo, etc.—pode gerar um blefarospasmo, um nistagnus, uma fotofobia, uma ambliopia ou uma amaurose pitiática, não é menos verdade que estas perturbações são extremamente raras na clínica civil, como o foram nos campos de batalha—segundo o afirma o Dr. Morax, antigo oftalmologista dos serviços de Charcot—«a-pesar da freqüência dos traumatismos cefálicos e gerais, a-pesar da intervenção de meios novos, tal como o uso de gazes lacrimogénios próprios para agir sôbre a imaginação e provocar a sugestão visual».

Esta escassez explica-se em grande parte, pensam-no Roussy e Lhermitte, pelo facto dos doentes dos olhos serem «dirigidos mais cedo e mais depressa aos serviços especializados e assim melhor escaparem aos perigos de sugestão médica» e ainda pela segurança e facilidade com que os oculistas podem despistar a natureza funcional dos desarranjos visuais, parando a tempo a sua evolução e entravando a sua propagação.

A contrastar com ela está a relativa vulgaridade daqueloutra espécie de manifestações a que dantes davam honras de estigmas da nevróse,—porque sendo ignoradas pelo indivíduo, só uma observação me-

tódica «podia ou antes parecia pôr em evidência» (Morax). Parecia pôr em evidência porque, em boa realidade, melhor se diria que criava, como o prova a sua ausência nos indivíduos que nunca foram examinados num tal sentido e nos quais se tomam as necessárias medidas para não perturbar a espontaneidade das indicações requeridas, e como o prova, ainda, a sua variabilidade dumas ocasiões para outras, segundo os processos de análise empregados ou as sugestões que o observador pratica voluntária ou involuntariamente, e que são outras tantas causas de êrro que, como muitas mais, podem vir falsear os resultados.

Assim, quando se compara o *retraimento do campo visual,* medido dum lado com o perímetro e do outro com objectos familiares ou com o dedo — o que não é menos exacto (Morax) — chega-se sempre a conclusões bastante discordantes.

Ora se êste exame, feito assim com index brancos, é impreciso e difícil, com index corados — para avaliar a pretendida *discromatopsia histérica* entre o vermelho e o azul — é «duma dificuldade tal que poucos oculistas o teem conseguido, em vistas da quási impossibilidade de fazer uma prova com index da mesma claridade» (Morax).

Quanto à *poliopia monocular,* como é devida a deficiências acomodativas, é certo que pode defender da chamada *miopio espasmódica,* — espécie de miopia, parece que peculiar à histeria, produzida por um aumento da refracção ocular, análoga à que realiza o cristalino, e que cessa mediante a paralisia da acomodação pela atropina; mas é preciso saber-se, diz o Dr. Morax, «que se trata duma perturbação rara e que se não deve procurar senão em abstendo-se com cuidado de sugerir a resposta pela maneira de colocar a pregunta».

Procedendo com tais cautelas, diz ainda o Dr. Morax, não haverá nenhumas probabilidades de achar os supostos estigmas visuais da histeria e, como corroboração, acrescenta: — «... notei outro-

ra muitos retraímentos do campo visual em histéricos da Salpêtrière; mas depois de ter adquirido uma maior experiência dêste exame, não receio dizer que nenhuma das minhas conclusões antigas me pareça escapar hoje à crítica...».

Para finalizar diremos que nestas perturbações como naquelas que não são da responsabilidade médica, o exame oftalmoscópico não encontra qualquer modificação patológica que as possa explicar e que é fácil, usando de determinados artifícios, que adiante enumeraremos, apanhar os doentes em contradição.

Perturbações da audição — Quási desconhecidas antes da guerra, mesmo após as grandes catástrofes, estas perturbações tiveram ali, pelo contrário, um tão grande florescimento que, pode dizer-se, constituiram um dos acidentes nevropáticos de mais freqüente observação.

Essencialmente representadas pela surdez bilateral e na aparência completa, compreende-se que assim fosse quando olharmos para as excitações múltiplicas que continuamente abalavam o aparelho auditivo, e que lembravam e fixavam uma tal modalidade mórbida, ou quando atendermos à carência de meios de que os otologistas dispõem para as identificarem com precisão e rapidez,—o que não é sem importância para a sua profilaxia. (Roussy e Lhermitte)

Assim é que sobrevindo geralmente em seguida aos bombardeamentos violentos, às explosões de minas, de torpedos ou de obuses de grande calibre na proximidade ou alguma distância—não determinando quási nunca ferimentos exteriores aparentes, mas roubando quási sempre o conhecimento ao ferido por algumas horas ou até por alguns dias,—eram, muitas vezes, filiadas numa comoção labiríntica e tomadas como definitivas, incuraveis.

Todavia, se é verdade que as lesões labirínticas são bem mais dificeis de diagnosticar do que as le-

sões do ouvido médio,se é verdade ainda que elas não dão completo direito a afirmar que a surdez seja de origem orgânica, não é menos verdade, tambêm, que a integridade do sistema vestibular é um sinal de grande valor para as considerar de natureza psíquica e como tal as tratar, e que a sua alteração pode ser reconhecida sem dificuldades de maior e com grande segurança, pelas provas giratórias de Mach e Egger, pelas calóricas de Barany ou voltaicas de Babinski. A idéntico resultado conduz, ainda, a desorientação e o desiquilíbrio provocado pelo exercício das marchas de Stein, de Babinski e Weill, de Monre ou de Cestan, Descomps e Sauvage.

Uma outra particularidade clínica importante, que por igual e por si só já pode bastar para caracterizar a surdez inorgânica, consiste na falta destas variações bruscas e inoportunas que tornam a voz «mal conduzida» nos surdos verdadeiros e que são devidas à supressão do «contrôle» auditivo pessoal que, em cada um, regulariza a tonalidade dos sons emtiidos durante a fonação.

E' que—sintoma capital—os doentes são bem pouco embaraçados pela sua surdez: «tudo se passa, dizem Roussy e Lhermitte, como se ella não existisse senão no momento onde, em a procurando, se chama para ela a atenção do indivíduo».

Assim depressa o veremos.

Perturbações da fonação.—De todas estas perturbações a mais vulgar é o *mutismo,* que raro aparece isoladamente, mas de preferência associado à surdez.

Reconhecendo por isso as mesmas causas condicionadoras, é contudo de mais simples caracterização muito embora algumas vezes tenha sido tomado pela afasia. Mas emquanto que aqui os doentes podem pronunciar algumas palavras ou algumas sílabas, emquanto que podem chegar mesmo a articular a totalidade ou a quási totalidade dos fonemas

constituitivos da linguagem oral (Froment e Monod), ali, no mutismo histérico, os doentes mostram-se incapazes de emitir o mais pequeno som, o menor ruído laríngeo.

Todavia, nem por isso estão impossibilitados de comunicar as suas ideias e pensamentos, porque a linguagem escrita mostra-se nêles perfeitamente indemne e a mímica descritiva é notavelmente rica, fácil e inteligente, precisamente ao contrário do que sucede nos afásicos, que só muito difícil e grosseiramente se podem exprimir, tanto por um como pelo outro modo. «Pode-se quási dizer, escrevem Babinski e Froment, que um indivíduo atingido de perturbações da linguagem que consegue fazer compreender, por uma sucessão de gestos variados e expressivos, as diversas circunstâncias que acompanharam o seu ferimento não é um afásico, mas um mudo».

De resto, não é excepcional que o caracter histérico das perturbações se revele espontânea e inesperadamente: por vezes, no decorrer dum sonho ou dum pesadelo o mudo começa a falar ou a gritar, acorda ao ouvir a própria voz e declara-se curado.

Ao lado do mutismo deve-se enfileirar, como variedades da mesma perturbação nevropática, a gaguez, o balbuciamento, o «falar de negro» e outras disfonias, que embora mais raras, não devem nunca ser consideradas como afecções dissemilhantes: «temol-as visto, escreve A. Léri, suceder no mesmo doente que, embebido das ideias da reeducação da palavra tão largamente espalhadas no público, não julgava poder curar imediatamente e sem variar os seus efeitos!»

Crises

As crises histéricas resumem todos os sintomas da psiconevróse, «conteem-nos a todos em gérmen»,

diz Raymond; tambem marcam melhor que nenhuma das outras perturbações a natureza e a instabilibade da histeria.

Desencadeadas em geral no meio familiar por uma pequena contrariedade, por uma alegria ou um pesar mais intenso ou por qualquer outro motivo que pretexte uma excitação de nervos, surgindo mesmo sem razões apreciaveis, reconhecem, bem diferentemente, nos modernos meios hospitalares quási que uma única causa: a sugestão médica praticada com fins diagnósticos.

E' que desde que os neurologistas se aperceberam que eram uns grandes cultores da histeria, desde que lhe oposeram uma profilaxia contra - sugestiva sistemática, os primeiros efeitos colhidos foram reflectir-se precisamente sôbre as crises, os paroxismos convulsivos.

Começando desde logo a empobrecer no seu cortejo sintomático, o chamado «grande ataque» — «histeria de escola, episódio sensacional no decurso duma apresentação de doentes ou duma sessão de hipnotismo» *—, foi dando logar ao «pequeno ataque» que, por sua vez, foi rareando mais e mais à observação até passar a ter um mero interêsse especulativo nos serviços bem organizados e regulados. Pelo contrário, fora dêles jamais deixou de desenrolar-se, mostrando-se sempre brutal e espalhafatoso nos seus modos de exteriorização, variando sempre em pormenores duns doentes para os outros: «cada indivíduo faz a sua crise à sua maneira e imprégna-a da sua personalidade» ** —«cada histérico fa-la como pode», *** muito embora lhe imprima um certo aspecto geral, mais ou menos característico e por demais conhecido.

Lembrando vagamente ou muito de perto as crises comiciais, não se acompanha, porêm, de

---

* Devaux e Logre — Les anxieux, pag. 168.
** Roussy Lhermitte — Les psychonévrose de guerre, pag. 119.
*** Raymond — Névroses et psychonévroses, pag. 145.

cianose da face com lividez dos lábios, nem de hemorragias conjuntivais e de piquetado hemorrágico subcutáneo, nem de reflexo cutáneo plantar em extensão. Não ha também grito inicial, queda brusca, mordedura da língua, presença de espuma sanguinolenta nos lábios, emissão de urinas, abatimento consecutivo, nem perda de conhecimento.

O doente em pleno ataque é na aparência estranho a tudo que o cerca, ouve no entanto distintamente o que se diz em volta dêle e, contrariamente ao epiléptico, é raro que saia contusionado das convulsões claunicas, que teem assombrado a assistência. Tam pouco cai em crise junto dum precipício ou dum outro qualquer logar que possa ser um risco para a sua vida, como aliás quando presa de alucinações terrificantes, nem por isso comete, á maneira dum alcoólico alucinado, actos perigosos para si.

E' que aqui, como em tudo o mais, o «histérico comporta-se como se fosse em parte senhor da sua doença e como se a sua sinceridade não fosse absoluta». *

* Babinski e Froment — Hystérie-Pithiatisme, etc., pag. 208.

CAPITULO QUARTO

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico geral pelo pulso pitiático e pela provocação de crises convulsivas — Diagnóstico das perturbações motoras pelo exercício de vários movimentos automáticos, pela anestesia geral e pelos métodos de exploração positiva — Diagnóstico das perturbações sensitivas e sensoriais por diversos artifícios pondo em jôgo o automatismo fisiológico do doente — Prova psicoterápica e seus ensinamentos diagnósticos.

Vemos pois, que a par das diversas manifestações da psiconevrose que logo à primeira vista revelam a sua natureza histérica — como sejam o grande ataque, a coreia rítmica ou a astazia-abazia, o mutismo e certas paralisias sistemáticas, etc. —, quási todas as outras apresentam um conjunto de sinais que não sendo menos característicos, são apenas mais discretos na sua exteriorização. Por isso só resaltam a um exame minucioso, e por isso requerem que o clínico esteja de sobreaviso para os poder reparar ou provocar a tempo e naturalmente e, a seguir, contraprovar.

E' ao que conduz o conhecimento dos anamnésticos hereditários e pessoais do doente, principalmente na parte que respeita à evolução das pertur-

bações, é ao que conduz o reconhecimento do «ar histérico», a que já nos referimos e que já vimos não ser de difícil captação, e é ao que conduzem, ainda, alguns processos de diagnóstico geral — entre os quais se salienta a prova do «Pulso pitiático» do Dr. Gomes de Araújo pela sua clareza, precisão e facilidade de obtenção.

Assim denominada pelo seu autor «por comparação com a constância das alterações do pulso nas cardio-arteriopatias», esta prova pode determinar-se sempre que os doentes sejam portadores dalgum sindroma funcional, não tem qualquer contra-indicação e consiste na criação, imposta por sugestões do experimentador, duma perturbação visivel e transitória que, uma vez colhida, vem atestar duma maneira evidente e irrecusável a natureza histérica do terreno, — a tal ponto que, afirma o distinto neurologista, «se nem todas as perturbações coincidentes com o pulso pitiático são necessária e fatalmente histéricas, aquelas que dêle andam afastadas, é que *não o são*».

Trata-se da provocação duma paralisia dum membro ou dum seu segmento, — o que às vantagens de nitidez e de inofensividade para o doente alia esta outra de lhe calar fundamente no espírito, o que não é indiferente para o sucesso terapêutico, como adiante havemos de vêr.

Eis como o Dr. Gomes de Araújo procede e aconselha a proceder e eis quais as variantes que se podem observar duns para outros casos:

«Geralmente, diz, deitamos o doente em decúbito dorsal, com a face voltada contra os assistentes, afim de evitar as distracções. Anunciamos-lhe a necessidade impreterível de um exame inteiramente novo, que nada o vai incomodar, insistindo porque receio algum tenha.

Quando nos apercebemos da curiosidade acentuada, em alguns quási ansiosa, do observando, notificamos-lhe bruscamente que vamos paralisar-lhe tal ou tal membro ou segmento mediante a compres-

são metódica de *determinados* pontos scientificamente conhecidos, e que, obtido o resultado desejado, logo restabeleceremos a motricidade pela compressão de pontos antagónicos, também préviamente determinados.

Nesta altura temos o doente no grau de sugestão preciso.

Começamos a compressão do mediano no punho, do radial na goteira humeral, do sciático poplitio externo no colo de peróneo, etc., etc., consoante o membro ou segmento escolhido. E' curioso o facto dos doentes mais sugestionaveis acusarem logo sensações de frio, de entorpecimento, de comprimento demasiado, de pêso e até de ausência do membro. Convidamo-los a tentarem (inutilmente dizemos-lhes) mover o membro em experiência, ou pelo menos a comparar a fôrça motriz com a do lado simétrico não experimentado.

Em alguns, a paralisia é rápida e completa logo após as primeiras tentativas... Em outros, um pouco mais longe deve ir o nosso esfôrço, e às vezes para conseguir-se só apenas uma paresia bem manifesta.

Quando o pulso é negativo, todo o nosso esfôrço é vão, mesmo que todas as condições de receptividade estejam realizadas.

O estado de paralisia conserva-se emquanto não provocamos a sua desaparição».

Estas diferenças que podem ser condicionadas pelo grau de ilustração ou pela convivência do doente, pela sua própria disposição psíquica no momento e, sobretudo, por análogas experiências anteriores, antes devem roubar o valor diagnóstico da prova, do que colocar o clínico na indecisão, porquanto só deverá aceitar como *pulso pitiático* aquele que fôr franco e rápido,—dado o facto conhecido de que todas as pessoas são mais ou menos sugestionaveis.

Mas só num histérico se poderá determinar uma paralisia em tais condições, como só nêles, também,

se poderá criar, modificar e fazer desaparecer, por meios congéneres, uma anestesia demidada, uma hemiagueusia ou uma hemianosmia (Roussy e Lhermitte), um retraímento do campo visual (Morax) ou despertar e apagar um trémulo intermitente (G. Araújo)...

Poder-se-ha mesmo, à maneira do que até aqui, e com idénticos fins, teem feito os neurologistas francêses, desencadear uma crise,—o que sendo bem mais rude, não é evidentemente menos ilucidativo.

Para isso, Babinski e Froment, começam por convencer o doente de que é absolutamente necessário prestar-se a que lhe reproduzam um ataque, para que daí possam tirar as precisas indicações para o tratamento a estabelecer. Asseguram-no da inocência dos resultados e ajuntam que a electricidade é quási infalível em semelhantes casos, principalmente quando se aplicam os tampões da máquina farádica em tal ou tal logar bem fixado.

Logo depois colocam os electrodos em posição e declaram-lhe que a crise vai começar e como se vai debater, para evitar que caia ou se fira, pedem-lhe para se deitar no chão ou no leito. Não será então necessário empregar correntes fortes; por vezes mesmo, dizem, bastará aplicar os tampões sem estabelecer a ligação, para logo se verem manifestar os efeitos da sugestão. Imediatamente se verá os membros enrijarem-se, o corpo contorcer-se e a crise desenvolver-se, com modalidades variadas segundo os indivíduos, até que se lhe ponha côbro.

Então, afirmar-se-ha em voz alta que ha um meio infalível para a parar e, a seguir, aplicar-se-hão de novo os electrodos sôbre uma outra região ou, por outra, far-se-hão pressões sôbre o abdómen ou sôbre o tronco, dizendo sempre em tom firme que dentro em alguns instantes tudo vai cessar.

Efectivamente assim sucederá e o doente, voltado a si, de novo estará pronto para responder a

todas as preguntas, bem disposto e preparado para aproveitar da terapêutica a instituir.

*

E' evidente, porêm, que estas provas são essencialmente orientadoras e raramente decisivas. Mas tanto basta, para que sejam uma indicação preciosa para se lançar mão daqueloutras que põem em cheque o automatismo dos doentes, que lhes confundem e desviam a atenção levando-os a contradizer-se plenamente perante o clínico e muitas vezes perante si próprios—desmascarando-lhe a natureza das perturbações e trazendo-lhes uma cura tão instantánea como inesperada.

Imaginemos, por exemplo, êste portador duma contractura em flexão dos dois últimos dedos da mão, fazendo lembrar uma garra cubital. Vendem-se-lhe os olhos, para que não possa verificar com a vista a situação exacta dos dedos e ordene-se-lhe para executar com as mãos movimentos repetidos, rápidos, simétricos e síncronos e constatar-se-ha que a amplitude dos movimentos dos dedos do lado contracturado varia em proporções muito notaveis duns momentos para os outros,—o que não teria logar se não se tratasse dum ferido funcional.

Mais: segure-se o braço paralisado dêste hemiplégico e levante-se para em seguida o abandonar ao seu próprio pêso. Repita-se esta operação várias vezes e, ao mesmo tempo, façam-se-lhe preguntas diferentes, procurando distraí-lo natural e astuciosamente de sorte a desviar-lhe o sentido do que se está a fazer.

Nestas condições observar-se-ha, por vezes, que o membro levantado conservará mais ou menos tempo no ar, sem o auxílio de nenhum apoio, a atitude que se lhe tiver imprimido. A paralisia terá assim transitóriamente desaparecido, o que nunca sucederia se o doente fosse um hemiplégico orgânico.

Ainda um outro processo para caçar este carácter patognomónico:—Agarre-se o membro inerte

e erga-se também até uma certa altura; numa tal posição, obdecendo às leis da gravidade, dará à mão sôbre que repousa a sensação dum certo pêso, produzirá um determinado esfôrço estático que será sempre o mesmo num hemiplégico central e que, pelo contrário, será susceptivel de variar num hemiplégico histérico, senão mesmo de desaparecer completamente por alguns segundos.

Outro tanto se póde conseguir sôbre as contracturas puras.

Assim, por exemplo, não é excepcional que examinando por surpreza uma contractura em flexão do joelho ou do braço, que antecipadamente resistia com tenacidade a todo o esfôrço de correcção, se consiga num rasgo de agilidade reduzir a atitude viciosa, sem empregar nenhuma fôrça.

E' claro que uma tal manobra exige rapidez e brusquidão, para que o doente não possa chegar a precaver-se; é um golpe de improviso que, por isso mesmo, é conhecido pela designação de «sinal da pantera» e que a mais leve hesitação, a mais pequena falta comprometerão. Mas, então, não será menos característico nem menos freqùente, ver retesarem-se instantâneamente sob a pele os músculos e os tendões, como se o doente se pusesse em guarda contra o ataque, para voltarem a distender-se mal o observador se afaste ou finja dirigir o exame para o membro oposto.

Pela surpreza ainda, poder-se-ha, a maior parte das vezes, pôr a descoberto a natureza desta espécie de paraplégicos em contractura que, quando deitados, se mostram incapazes de executar o menor movimento voluntário, a despeito de todas as tentativas que se façam e dos melhores desejos que aparentem. Pois bem: bruscamente, com o auxilio dum ajudante, arranquem-se para fora do leito e, segurando-os de modo a evitar-lhes uma queda, impilam-se com energia para diante; apanhados assim desprevenidos, quási sempre darão, como por ins-

tinto, algumas passadas para manter o equilíbrio e evitar caír, como se o seu mal tivesse cessado rápida e momentâneamente.

E' que, repetimos, aqui como em tudo o mais o histérico assemelha-se, até certo ponto, com um actor que está em scena: um choque moral, um susto, a simples influência dum acidente inprevisto, são susceptiveis de lhe modificar as ideias em curso e de lhe fazer esquecer o papel que representa.

A própria confusão advinda das preguntas sucessivas e das ordem múltiplas, a emoção causada pelas provas a que se submete, por todos êstes ritos médicos a que cerca um pouco de mistério,—são o bastante, muitas vezes, para lhe distraír o espírito do objecto da sua sugestão e para o levar por um instante a executar, por exemplo, alguns movimentos com a perna ou com o braço paralítico.

E' um momento que é importante não deixar escapar e que logo se aproveitará para lhe fazer notar que já deixoude ser um impotente, que já não é mais um doente.

Mas é evidente que as cousas nem sempre correrão tão satisfatóriamente, como evidente é tambêm que os mesmos processos diagnósticos anteriores falharão muitas das vezes. Restará, então, ao clínico um último recurso para se confirmar da natureza pitiática das perturbações: restar-lhe-ha ainda o socôrro dos métodos de exploração positiva.

Por um lado o exame feito sob anestesia geral vir-lhe-ha mostrar que a contractura desaparece na primeira fase da narcose com a perda da consciência, e que a flexão e a extensão do membro tomado é fácil e completa ou, pelo menos, muito menos reduzida do que durante a vigília; por outro lado os exames radioscópicos ou radiográficos e as punções lombares revelar-lhe-hão a ausência de qualquer alteração óssea, vertebral ou articular e, alêm disso, repercutir-se-hão beneficamente sôbre a mentalidade

dos doentes, cimentando-lhes a confiança no médico e predispondo-os para a cura.

*

Por maneira idéntica se poderá desmascarar a filiação de muitas das alterações da marcha. «E' suficiente por vezes, escrevem Babinskí e Froment, que a pessoa que sustenta o doente passe bruscamente da direita para a esquerda ou da esquerda para a direita para que a claudicação sôfra uma inversão». A necessídade de levar o pêso do corpo sôbre um outro lado desorienta o indivíduo que, sem dar conta, transporta para a perna oposta a claudicação, desvendando assim a sua origem.

Outros artifícios permitem ainda, e com mais segurança, colher iguais resultados. Tal a *marcha de joelhos* para os claudicadores por contractura dos músculos da coxa e superelevação da bacia (Meige), tal a *marcha decomposta* — marcha em decompondo os passos —, *a marcha para a rectaguarda* ou a *marcha e corrida sôbre o logar,* etc. (Roussy Lhermitte), — para os demais claudicadores. E' que o automatísmo criado de repente por estas novas espécies de progressões viciosas, não está bastante instalado no domínio do sub-consciente para se adaptar espontâneamente a êstes actos motores complexos e insólitos, donde o desconcertamento do doente — pelo menos no princípio da experiência — e o subseqüente «esquecimento» da primitiva perturbação funcional.

*

Este «ilogismo» verifica-se também, como é natural, sôbre as manifestações sensitivas e sensoriais.

O portador duma anestesia completa e profunda dum dos membros superiores, por exemplo, que não seja acompanhada de desarranjos de ordem motora, poderá facilmente executar com os olhos fechados todos os pequenos movimentos, para os quais o auxílio da sensibilidade superficial é indispensável, — tais como o acto de abotoar ou desabotoar um

botão, agarrar sôbre uma mêsa um objecto miúdo como um alfinete, etc.

Tão pouco segurará, até se queimar, qualquer corpo que esteja quente, exactamente como o portador dum retraímento do campo visual, por muito pronunciado que seja, deixará de contornar e de evitar todos os obstáculos que se lhe deparem.

Idénticamente o histérico com discromatopsia para uma côr — v. g. para o vermelho —, nem por isso será menos capaz do que qualquer outra pessoa normal de reconstituir a côr branca num disco de Newton pintado de vermelho e verde. Um outro com discromatopsia monocular para o verde, por exemplo, também não deixará de ver essa côr distintamente com o ôlho amblíope na visão binocular. Coloque-se, com efeito, diante do ôlho sam um prisma que faça ver duas imagens dum papel verde e o histérico ve-las-ha ambas desta côr, — ao passo que deveria ver em cinzento a correspondente ao ôlho doente (Parinaud) se a sua afecção fôsse real.

A' mesma conclusão se póde chegar com a caixa de Flees, — dispositivo onde uma combinação de espelhos faz com que os objectos colocados à esquerda só sejam vistos pelo ôlho direito e vice-versa, permitindo assim descobrir os simuladores que se queixam de cegueira unilateral e os histéricos que, como o dissemos, não passam duns simuladores inconscientes.

*

E' precisamente o que se passa com os surdos-mudos. Quando um barulho arrebenta inesperadamente, não é raro surpreender no doente um movimento involuntário, muitas vezes depressa reprimido, que mostra que a sua surdez não é verdadeira.

E' no que se funda o diagnóstico pelo reflexo cocleo-orbicular de F. Gault: uma excitação acústica média — como a produzida por uma corneta de bicicleta tocada a uns dois metros de distância — determina no surdo histérico, como no indivíduo

normal, uma contracção do orbicular das palpebras, que faz constantemente falta nos surdos orgânicos totais.

Um outro meio de diferenciação aplicável àqueles dêstes doentes a que ensinaram a fazer a leitura pelos lábios, consiste em tapar ao falar-se-lhes, durante alguns instantes e como por inadvertência, os movimentos da bôca; se o gesto fôr feito habilidosamente e se o surdo não estiver bem precavído, continuará a seguir a conversação como se nada tivesse vindo impedi-la.

E' sôbre êste mesmo facto que assenta a engenhosa prova de B. Thollon, inspector do «Instituto de surdos-mudos de França»:—o doente deverá repetir as sílabas ou as palavras pronunciadas diante dêle e escolhidas entre aquelas que os surdos orgânicos muitas vezes confundem quando lêem pelos lábios.

Sabe-se com efeito, escreve êste autor, «que a cada elemento da palavra corresponde um desenho da bôca, cujo conhecimento fornece a chave da leitura sôbre os lábios, do mesmo modo que o conhecimento das letras do alfabeto fornece a chave da leitura dos textos impressos ou manuscritos». Mas emquanto que aqui o sinalamento é completo, outro tanto já não acontece com o fornecido ao surdo pela exclusiva observação dos movimentos dos lábios, porquanto esta maneira de sinalamento dos sons implicaria, para ser rigorosa, o conhecimento simultâneo de outros caracteres provenientes da acção das cordas vocais, do véu do palatino, etc. Assim, a expressão perfeita e inconfundível dos diversos fonemas cabe não só à vista, mas também ao toque; ora, estando-se reduzido num tal sistema às indicações fornecidas apenas pelo jôgo dos lábios, da língua—muitas vezes invisível—, do maxilar inferior e da fisionomia,—é evidente que os dados colhidos serão muitas vezes insuficientes e que, por conseguinte, os enganos serão não sómente possíveis, mas faceis e inevitaveis.

A leitura física sôbre os lábios nem sempre permitiria ao surdo-mudo entender as frases que lhe fossem ditas se a leitura psíquica não viesse socorrê-la de contínuo, esclarecendo-lhe, pelo sentido geral, os sons e as sílabas que não pôde chegar a distinguir.

Esta confusão interessa às consoantes e às vogais pertencentes aos grupos fonéticos seguintes: — p, b, m *— t, d, n — c, g, nh — f, v — s, z — ch, j — l, r — a, ai, an, am — e, ei, en, em — i, in, im — o, oi, on, om — u, ui, un, um. Quere dizer, uma mesma mesma imagem bocal pode, por exemplo, traduzir: peijo e beijo, mó e pó, bôbo e momo, tia e dia, tôrno e torto, data e nata, feia e veia, cassa e casa, etc. etc.

Por isso o surdo verdadeiro cometerá inevitavelmente êrros na distinção destas palavras, quando forem pronunciadas isoladamente ou quando não não fizerem parte dum todo cujo sentido os guie; outro tanto, porêm, já não sucederá com os surdos histéricos que não só as entenderão em conjuto mas tambêm isoladamente,— o que tanto bastará para pôr a descoberto a natureza psíquica do seu mal.

*

Vemos, portanto, que ao agrupamento de sinais por todos conhecidos e em parte enumerados, que permitem individualizar as perturbações histéricas, ha a juntar uma série de processos que, num abrir e fechar de olhos, podem conduzir ao mesmo fim, —pondo em evidência o seu substracto imaginativo e fazendo, não raro, caír o doente da sua ilusão.

Então atingirão o mais alto valor, porque dispensarão o corroboramento dado pela psicoterapia. E' que todas as manifestações histéricas devem, em

---

* Só com o auxílio do tacto o surdo poderá estabelecer a distinção entre estas diversas consoantes reconhecendo o *b* pela presença de vibrações laríngeas e o *m* pela presença de vibrações nasais que a sua pronunciação provoca. Idênticamente para os outros grupos fonéticos homólogos.

príncipio, ceder prontamente à contra-sugestão. Por isso a prova terapêutica é um complemento precioso do seu diagnóstico,—é a «pedra-de-toque» da psiconevróse. Mas só quando positiva porque, infelismente, muitas causas podem concorrer para a tornar negativa e obscurecer o problema que, de contrário, ficaria completa e definitivamente esclarecido.

CAPITULO QUINTO

PROGNÓSTICO

Importância morfológica dos acidentes no tratamento— A duração dos acidentes nos anormais e nos deprimidos do sistema nervoso — A antiguidade dos acidentes e os êrros de diagnóstico na sua fixação — Vontade, ascendente moral e estado mental dos doentes na manutenção dos acídentes.

Os caracteres e a natureza dos acidentes histéricos, não sendo condicionados por uma lesão estrutural mais ou menos grave, em nada decidem do seu grau de curabilidade. O que o prova é que uns neurologistas supõem as paralisias mais faceis de tratar do que as contracturas ao passo que outros são de opinião contrária, da mesma maneira que duma parte temem mais os trémulos e os tics do que as surdi-mudezes, emquanto que doutra parte afirmam não encontrarem dificuldades apreciaveis e regulares no tratamento dumas para outras perturbações.

E' que qualquer delas se desenvolve à custa duma ideia patológica, que pode estar mais ou menos profundamente enraizada no espírito do doente, segundo um grande número de circunstâncias que vamos estudar e, entre as quais, sobresai a boa ou

má qualidade do terreno que a alimenta. Por isso, não é ao aspecto morfológico das perturbações, mas ao estado mental do psiconevrosado que importa, antes de tudo, atender em matéria de prognóstico; é êle que permite a *eclosão*, é êle que explica a *fixação* e é êle, ainda, que regula a *evolução* do acidente pitiático.

Vimos já que muitos doentes eram portadores de taras psíquicas pronunciadas, — que uns eram debeis ou desiquilibrados, que outros eram anormais vivendo à margem da sociedade. Compreende-se bem que, em tais condições, o raciocínio melhor conduzido nem sempre logrará triunfar de sugestão mórbida que os domina e martiriza. São indivíduos que não sabem decidir-se por uma resolução libertadora que não podem sequer «aspiral-a» — o que é essencial para o sucesso terapêutico e o que os torna, tantas vezes, perseveradores invenciveis.

E', até certo ponto, o que se passa com esta outra categoria de feridos de sistema nervoso muito menos carregado, mas martelado por sucessivos choques físicos e morais, que lhe fazem flectir as fôrças vivas e lhe atingem em particular o seu estoicismo; de actividade intelectual muito enfraquecida, por vezes quási completamente aniquilada, êstes doentes vivem reduzidos a uma grande impotência, inteiramente absorvidos na exclusiva preocupação do seu mal. Descrentes da cura, da medicina e dos médicos, é dificil arranca-los da sua inércia, mas não é impossível chegar a consegui-lo, como tambêm não é impossível chegar a melhorar o próprio terreno nervoso que os sobrecarrega, colocando-os em meios especiais.

A' depressão, à incrédulidade e à inveteração, sua irmã gémea, tende a conduzir por si só a antiguidade do acidente.

Primeiramente porque a perturbação nevropática pela sua longa persistência — patocultura —, exalta a susceptibilidade mental do doente e quebra-lhe a resistência moral; depois porque, com o cres-

cer do tempo, o automatismo mais e mais intervem para a manter nos domínios do inconsciente. Assim, por exemplo, emquanto que uma contractura, um trémulo, etc., requerem de início toda a atenção do indivíduo para serem entretidos, mais tarde tornam-se actos automáticos e, então, o doente agita-se ou enrija as pernas e os braços sem quási pensar nisso, da mesma maneira que marcha mecânicamente. Charcot dizia já: «é preciso não deixar treinar as contracturas»; Babinski acrescenta: «isso é verdade para todas as manifestações histéricas».

E' o motivo porque os doentes «novos» oferecem, em conjunto, um prognóstico muito mais desanuviado do que os doentes «velhos», sobretudo quando nunca foram examinados, nem tratados.

A duração das perturbações é enormemente influenciada pela maneira como forem encaradas a príncipio; um primeiro êrro de diagnóstico implicará uma primeira «falha» no tratamento e uma outra tentativa já não dísporá da primitiva confiança do ferido e já terá de lutar contra uma maior ou menor falta de vontade de sua parte que, grande ou pequena, será mais um obstáculo a vencer.

E ha obstinações que valem pela peor das mentalidades. A espera duma indemnização, o simples desejo de aproveitar da situação trazida pelo desarranjo funcional, — bastam, muitas vezes, para eternizar o mal.

Não é raro ver o solucionamento dum litígio, provocar uma verdadeira resurreição. Varridos os temores do futuro ou apagadas as últimas esperanças em proventos compensadores, a mentalidade entra a melhorar e a deixar florir no doente a fé, a energia e o amor pela saúde, que o incompatibilizarão com a vida e o desenvolvimento das perturbações histéricas.

E' que elas não teem senão uma individualidade mínima ou mesmo nula; são as condições ambientes que as regulam numa larga medida, são as influên-

cias morais boas ou más que animam ou que cercam o doente, que as sustentam ou estiolam.

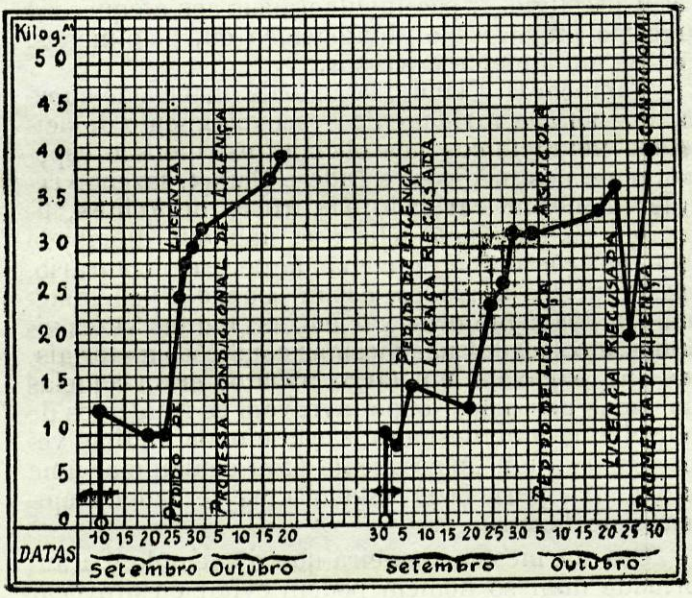
Por isso, os intelectuais de profissão, que teem as faculdades de crítica e de raciocínio bem desenvolvidas, ou aqueles que pelo logar que ocupam são obrigados a sustentar uma linha afectiva alevantada e inflexível — sob pêna de verem rolar por terra todo o seu prestígio —, são invulneraveis aos ataques da sugestão imperiosa e pitiatogénica ou, pelo menos, são lhe nitidamente adversos.

Também H. Claude, falando de histeria de guerra, faz notar a raridade do desenvolvimento de acidentes nevropáticos nos oficiais instruidos e especialmente nos médicos, e Dide e Clunet, fazendo resaltar a mesma raridade nas tropas de «élite», filiam-na na influência feliz e estimulante dimanada pela elevação moral do comandante. Pelo contrário, ao lado destas unidades, assim poupadas pela histeria, era freqüente observar outras, muitas vezes vizinhas e colocadas nas mesmas condições materiais, que lhe pagavam um largo tributo; eram aquelas mal tidas nas mãos, onde lavravam os fermentos de indisciplina e de desmoralização e onde, muitas vezes, bastava um único doente para contaminar uma companhia, para fazer estalar uma verdadeira epidemia de histeria.

Ora da mesma maneira que o exemplo e a autoridade dum só homem podem evitar ou provocar o desencadeamento das manifestações sôbre uma pleiade de predispostos, da mesma maneira muitas outras causas extrínsecas, dificeis de enumerar mas faceis de conceber, poderão actuar, colectiva ou individualmente, e poderão, ainda, interferir na consolidação e perfectibilidade da cura.

Assim, nos hospitais militares francêses não se sujeitavam os surdos-mudos, integralmente recuperados, a uma vigilância prolongada e cedo se abandonavam aos seus próprios cuidados, ao inverso do que se fazia com alguns outros doentes, porque se sabia bem que êles sentiam que uma recidiva os fa-

ria tomar por simuladores; assim, ainda, no gráfico junto—tirado a Roussy, Boisseau e d'OElsnitz—poder-se-hão ver as variações da progressão dinamométrica manual em dois «poilus» portadores de «garras», após o seu tratamento e sob a influência de diversos factores psíquicos...



E' que uma vontade bem orientada é o fruto dum estado psicológico bom, que é um mau campo de cultura para a germinação e o florescimento da sugestão mãe da histeria.

*

E' preciso, pois, não ligar uma importância de maior aos sintomas mais salientes, porque em si pouco ou nada representam como valor prognóstico. E' preciso mas é investigar com cuidado os fenómenos gerais e menos aparentes, que traduzem o estado da mentalidade do paciente. E' êste o factor de

gravidade que domina todos os outros, porque dêle depende, em grande parte, a obtenção duma cura rápida, longa ou demorada e progressiva, porque dêle depende a tendência para as recaídas ou para a estabilidade das melhoras colhidas, como, afinal, é dêle que depende a razão da infinita variedade das manifestações histéricas e o que teem de tão perturbante nas suas múltiplas expressões clínicas.

CAPITULO SEXTO

TRATAMENTO

Profilaxia dos acidentes, suas regras e resultados — Processos terapêuticos e suas bases comuns—Persuasão e seus adjuvantes—Sessões únicas e fraccionadas, suas vantagens e indicações — Métodos psicoterápicos e suas preferências—Exemplos de tratamento de acidentes motores simples e secundários, sensitivos e sensoriais, recentes e antigos.

No tratamento da histeria, como na maior parte das outras afecções, o médico deve propor-se por um lado a impedir o desenvolvimento das desordens (Profilaxia) e pelo outro a faze-las desaparecer uma vez que estejam constituidas.

São estas duas tarefas de igual importância, e cuja possibilidade de realização resalta das noções precedentes, que vamos estudar nas suas linhas mais gerais, para conclusão do nosso estudo.

Profilaxia

Os acidentes histéricos, vimos, tomam a sua origem na dupla fonte da auto e da hetero-sugestão.

No primeiro caso são o resultado dum trabalho

surdo de imaginação e surgem inesperadamente sem nenhuma causa apreciável.

Nestas condições compreende-se que a luta profilaxica assumirá proporções bem reduzidas e bem pouco compensadoras; limitar-se-ha a manter a um nível conveniente de resistência o ascendente moral de cada indivíduo, para o furtar, tanto quanto possível, a interpretações patológicas do seu estado de saúde, que o menor motivo poderá pretextar.

Outro tanto, porêm, já não sucederá ne segundo caso, isto é, quando as perturbações se desenrolem à volta duma contusão, duma ferida, duma doença, etc. que chamem de início a assistência médica.

Então, reconhecer-se-ha francamente a realidade do mal, mas ao mesmo tempo procurar-se-ha insinuar ao doente a impressão e, depois, a convicção duma cura proxima e completa, sem todavia fazer promessas que o futuro possa vir a desmentir.

Simultâneamente, exercer-se-ha uma rigorosa vigilância sôbre as pessoas que cercam e tratam o ferido, para evitar preguntas e atitudes inconvenientes, para moderar solicitudes exageradas e para obstar às naturais demonstrações de sentimentos de emoção, de compaixão, de inquietação, etc., que constituem poderosos agentes de sugestão.

Nos hospitais e nos meios que a isso se prestem, tirar-se-hão os doentes do contacto doutros que lhe possam incutir a ideia de sofrimentos similares àqueles que os apoquentam e que os possam industriar pelo exemplo; era vulgar outrora ver desencadearem-se em conjunto ou sucessivamente uma série de crises numa mesma enfermaria e ainda modernamente nos campos da batalha, se viu quanto eram comuns estas manifestações de histeria colectiva e que grau de apuramento podia atingir a imitação em tais epidemias.

Mas o médico não se terá de importar apenas com os outros; ter-se-ha de importar, e muito, consigo mesmo, porque pela autoridade que lhe dá a

sua profissão, pode ser um veículo de sugestão muito mais perigoso que qualquer outra pessoa.

Acautelar-se-ha de fazer gestos, de proferir reflexões, de proceder a investigações, etc., que possam impressionar maléficamente o espírito dos doentes, sempre muito atentos e influenciaveis.

Não tomará nunca por um estado organopático grave o que não é senão uma perturbação nevropática passageira; mostrará não ligar importância a um fenómeno orgânico de pouca monta, e muito menos a um caso de hístero-traumatismo, e antes se esforçará por habituar o doente à esperança e ao desejo de melhoras radicais. Evitará os exames que sejam capazes de produzir uma educação clínica, como a procura das alterações da sensibilidade, do sinal de Lasègue, etc., e com tantas mais vantagens, quanto é certo que muitos indivíduos não ignoram o seu significado semiológico.

Tratará com urgência todas as desordens que possam ser imediatamente recuperaveis e será parcimonioso no emprego dos próprios meios terapêuticos de que tiver de lançar mão, para indiretamente não dar a nota duma gravidade inexistente; assim, por exemplo, não submeterá um membro a uma imobilização prolongada, senão quando isso fôr absolutamente necessário, para obstar ao instalamento de fixações psíquicas, e nem sequer abusará do tamanho dos pensos: — «A extensão e o volume do penso, diz Broca, tornam o pensador importante e o pensado simpático».

Emfim, no momento da convalescença redobrará de vigilância e de precauções, porque, como vimos, os sintômas orgânicos ao bater em retirada, podem ser substituidos por idénticos sintomas funcionais, que eternizem o mal. Suprirá, por isso, com oportunidade, nas lesões cirúrgicas, as «écharpes», as talas, as bengalas, as moletas, etc., para dar logar a exercícios de reeducação motora e de maneira semelhante procederá nas afecções médicas.

Tais são os pontos essenciais em que deve as-

sentar o combate contra a histeria, que deverá ser encarniçado e sem tréguas; mesmo assim não logrará, nem pretenderá feri-la de morte, mas tão sómente entravar a eclosão e a propagação das suas manifestações, nas quais o contágio mental goza um papel tão importante.

Terapêutica

A terapêutica das perturbações histéricas decorre do conhecimento da sua natureza. Assente que é uma *ideia* que as produz, impõe-se naturalmente à razão recorrer a uma outra *ideia* para as combater, — o que as fez, poderá também desfaze-las.

Tal é o fim que realiza uma *persuasão raciocinada e bem dirigida,* base comum dos modernos métodos psicoterápicos.

Os modos de a pôr em prática variam muito segundo os casos, os indivíduos e as opiniões dos neurologistas. Assim como cada doente pode fazer o seu acidente desta ou daquela maneira e pode imprimir-lhe um certo cunho pessoal, assim cada médico poderá adoptar tal processo de preferência a tal outro e poderá imprimir-lhe, também, uma nota individual; por isso, não poderemos aqui enumera-los nem descreve-los em minúcia, mas ei-los nos seus traços mais gerais e mais essenciais.

Cada psiconevrosado será sempre que as circunstâncias o permitam ou exijam, submetido a um tempo de *preparação* que terá por objectivo principal fazer-lhe entrever a possibilidade da sua cura e fazer-lhe aceitar de bom grado o tratamento a instituir.

Para isso, nos meios hospitalares, os enfermeiros não se cançarão de enaltecer, desde a sua entrada e a cada pretexto, a competência do clínico que os ha-de tratar, nem perderão a menor ocasião de lhes dar a justificação das suas afirmações.

Ao mesmo tempo far-se-hão tirar o máximo aproveitamento do contágio do exemplo:—os inveterados, os septicos, os recalcitantes, etc. serão misturados com os bons doentes e os casos dificeis serão colocados ao lado doutros semelhantes que estejam em pleno restabelecimento ou que devam ser curados em primeiro logar.

Graças a esta psicoterapia indirecta, que na clínica corrente é em geral substituida pelos conselhos de pessoas amigas e pelos incitamentos dos antigos recuperados junto dos quais buscaram informações, —o estado psíquico dos doentes sofre uma feliz modificação e, por vezes mesmo, uma completa reversão que os leva a reclamar com insistência o tratamento que até aí recusavam com tenacidade.

Ter-se-ha, assim, conquistado a sua inteira confiança; tanto bastará para os denominar e vencer nas suas maiores apreensões, para ter entre mãos o seu restauramento funcional.

Então, proceder-se-ha a um exame tão completo quanto possível para evitar que qualquer duvida lhes assalte o espírito sôbre o rigor do diagnóstico colocado, e vá comprometer as promessas a fazer, e para evitar que seja cometida qualquer falta que possa ser o ponto de partida duma sugestão inversa.

A seguir, afirmar-se-ha a rápida curabilidade da afecção; explicar-se-ha sôbre dados exactos a verdadeira natureza dos sofrimentos; dir-se-ha que êles não são devidos a uma lesão orgânica, mas que são simplesmente o produto duma crença errónea compatível com uma inteligência muito sã e com um excelente moral, e terminar-se-ha por declarar que tudo depende duma vontade forte e bem orientada. Logo, sem mais delongas, convidar-se-ha o ferido a desenvolver este esfôrço; impor-se-lhe-ha com benevolência a empreender o despertamento da função adormecida, animando-o, emprestando-lhe energia e perseverança, não o abandonando sem que o triunfo seja total.

Tal é a *persuasão* na sua forma mais simples e

concreta; feita com «*convicção e com coração*» poderá colher optimos resultados nos indivíduos ilustrados e dotados duma boa mentalidade; mas nos espíritos simples, menos preparados para aceitar um raciocínio scientifico e que, de-mais-a-mais, pretende inculcar uma cura com um discurso,—é preciso confessar que falhará quási fatalmente.

Mas vencerá, desde que se reforce com um meio material próprio para ferir a imaginação do paciente e para a abrir à credulidade. Obrigadamente será um meio de sugestão: servirão as injecções hipodérmicas de medicamentos corantes ou dolorosos, como o azul de metileno e o éter, servirão também os duches frios em jacto quebrado ou contínuo, etc., mas nada valerá como a electricidade; a princípio pelo prestígio terapêutico de que goza entre os profanos, depois pelas reacções motoras que provoca e que muito contribuem para desfazer a ideia das impotências musculares, e, finalmente, pela acção física e moral que desprende sôbre todos e nomeadamente sôbre os nevrópatas, bem própria para determinar a distracção e a surpreza de que já vimos as utilíssimas conseqüências.

E' o motivo porque haverá sempre todas as vantagens em recorrer aos diversos exercícios que põem em jôgo o automatismo fisiológico individual; é o motivo, ainda, porque o neurologista terá sempre mais facilidade em obter efeitos decisivos no primeiro contacto, no primeiro corpo-a-corpo com o doente, porque, então, êle não só terá uma fé mais viva no seu poder, mas, em geral, estará tomado duma espécie de apreensão, de emoção, de ansiedade que secundarão altamente as tentativas curativas.

Daí uma das razões porque se diligenciará chegar ao fim numa única sessão e o mais depressa que se puder. Apenas se operará por «sessões fraccionadas» quando se houver cometido uma falta que se perceba ter enfraquecido a confiança do doente, ou quando se estiver tão mal disposto que se lhe não

possa comunicar aquela íntima convicção que o obrigará a pensar como se deseje e não como quere.

Assim mesmo só depois de se ter alcançado o máximo de melhoras é que se abandonará, sob o pretexto de o fazer descançar e tendo o cuidado de o isolar para que mais livre e profundamente possa reflectir nos prometimentos que lhe se tiverem feitos.

E' esta uma das principais indicações do isolamento, — donde se vê que será duma aplicação restricta, porquanto o médico-psicoterápa sómente quando se sentir em «forma» é que deverá encetar o tratamento, que tanto poderá durar alguns minutos, como algumas horas.

Com paciência, sem palavras de censura, sem dar mostras de cansaço nem de enervamento, procurará a todo o custo restabelecer o doente. Não olhará a energia nem a sistemas; será prudente sem ser timorato; será autoritário sem ser duro; será delicado sem ser condescendente e actuará sempre com «mão de ferro sob luva de veludo».

«Querer curar um psiconevrópata, dizem Roussy e Lhermitte, é travar com êle uma luta moral da qual se deve saír vitorioso. Tal é em última análise o segrêdo de psicoterapia».

*

E' à volta dêstes pontos que gira toda a terapêutica da histeria. Nos seus diversos modos de combinação está a origem dos diversos *métodos psicoterápicos*.

Nenhum dêles é um modêlo a preferir, porque qualquer dêles conduzirá em definitivo a resultados igualmente bons; nenhum dêles é imutável, porque qualquer dêles deverá adaptar-se instantâneamente às condições imprevistas do momento.

Cada qual saberá optar por aquêle que mais confiança lhe merecer e poderá alterá-lo de harmonia com as suas inclinações individuais. Mas para assentar ideias práticas e para firmar noções teó-

ricas, vejamos com Roussy, Boisseau e d'OElsnitz, algumas modalidades da marcha a seguir, em frente dos diferentes casos e das diferentes circunstâncias, nos seguintes

Exemplos de tratamento de doentes recentes e de doentes antigos

Surdi-mudez — Acidente de guerra por excelência.

Um soldado depois de sofrer uma «comoção» por explosão duma mina ou dum obus na proximidade, é conduzido a uma ambulância indiferente a tudo que o cerca, sem dar grande acôrdo de si, sem responder às perguntas que se lhe fazem e parecendo mesmo não as ouvir.

Perante o seu estado de obnubilação o médico decidirá deixá-lo repousar por algumas horas, para só depois empreender o respectivo tratamento.

Então, por vezes, conseguirá com algumas preguntas breves, precisas e insistentes arrancar-lhe as primeiras palavras e, prolongando a conversação, chegar a faze-lo falar convenientemente dentro de pouco tempo.

Mas nem sempre as cousas correrão tão satisfatòriamente e o doente continuará a comportar-se como um verdadeiro surdo-mudo.

Nem por isso mesmo o clínico mostrará a menor surpreza para não o sugestionar, mas antes, conservando a maior naturalidade, se apressará a afiançar-lhe a grande benignidade das perturbações, por qualquer das seguintes fórmas: — ou dizendo-lhe por escrito, em frases curtas e muito afirmativas, que elas cederão dentro em instantes à injecção dum determinado medicamento muito activo, que não tem outro inconveniente senão ser um pouco doloroso, ou, indirectamente, fazendo estas mesmas declarações em viva voz a uma outra pessoa, como se pretendesse esclarece-la e como se o paciente pudesse entende-las. A seguir injectar-lhe-ha algum éter, por exemplo, muito lentamente, parando mesmo se fôr necessário para que a persuasão possa agir, e a dada altura dir-lhe-ha com firmeza, como se estivesse certo de ser ouvido, para emitir um som, para gritar.

Geralmente o doente obedecerá e com grande júbilo verá o seu primeiro esfôrço ser coroado do melhor êxito. Imediatamente o neurologista lhe notará que já não está surdo, porquanto acaba de satis-

fazer uma ordem verbal, e logo depois far-lhe-ha proferir uma palavra, depois uma frase e depois expôr a história do seu acidente.

Com mais ou menos clareza, tudo contará, gaguejando por vezes ou falando em linguagem de «pequeno negro»; mas a correcção será habitualmente muito simples e dois ou três dias bastarão para que tudo volte à normalidade e para que, já como soldado, possa voltar para o regimento. Todavia, se o choque nervoso tiver sido muito violento, haverá todas as vantagens em fazer prolongar êste tempo de repouso, evacuando-o para qualquer hospital de convalescentes, acompanhado duma nota detalhada da natureza da afecção tratada, para evitar da parte do respectivo pessoal qualquer descuido que a deixe recidivar e instalar duma maneira mais durável.

Este processo psícoterápico só excepcionalmente falhará.

Em tal caso o doente deverá ser baixado a um *centro neurológico*, onde novamente será examinado por um outro especialista que, por seu turno e por qualquer dos meios citados, lhe fará compreender que a sua mudez é banal e passageira. Explicar-lhe-ha que é devida a uma «contracção» anormal dos músculos do pescoço, causada pela intensa emoção a que foi submetido, mas que uma única aplicação electrica os reporá no seu logar, «descontraindo-os» por completo e em poucos momentos.

Então, mandando-o sentar, começará por fazer uma faradização fraca, colocando os tampões de cada lado da laringe, e, apenas forem decorridos alguns minutos, anunciar-lhe-ha que os músculos atingidos principiam a deslaçar-se e que, portanto, dentro em breve poderá falar e que mesmo agora já poderá emitir um som. Insistindo para que o faça verá, em geral, o doente corresponder da maneira mais satisfatória e, só muito raramente, continuar em silêncio, como se nada tivesse ouvido.

Não será isso razão bastante para consentir na sua inércia; logo, por gestos, lhe fará compreender a ordem dada e lhe fará tentar os precisos esforços para a executar. Perante êles afiançar-lhe-ha com convicção que outras tentativas análogas trarão o resultado desejado, passeando-lhe, ao mesmo tempo, os tampões pelos músculos do pescoço, pelos músculos peri-bocais e pela vizinhança das orelhas.

Assim chegará a conseguir um primeiro som, rouco. Exortá-lo-ha a redobrar de energia e persistirá, sem descançar, numa persuasão intensiva, prometendo-lhe novos e maiores êxitos.

Logo o som de rouco se tornará claro, — motivo que aprovei-

tará para lhe fazer manifestar a sua alegria e para lhe fazer notar que, tendo-o ouvido, a sua audição já também voltou à normalidade e que prestes a cura estará terminada.

Deixar-lhe-ha expandir à vontade o acesso de natural contentamento que o invadirá e, aproveitando esta satisfação, pedir-lhe-ha para proferir uma palavra. Obedecerá pronunciando-a, em regra mal a princípio; obrigá-lo-ha a repeti-la tantas vezes quantas forem necessárias para a articular perfeitamente, para logo o fazer passar a dizer uma pequena frase que, do mesmo modo, de início poderá saír defeituosa, mas que a repetição tornará absolutamente correcta.

Cessando a faradização, o neurolagista declarar-lhe-ha que nada mais tem a fazer, porque já fala e ouve como toda a gente e, a qualquer propósito continuará habilmente o diálogo.

Admitindo ainda um insucesso com esta forma de tratamento, recorrer-se-ha vantajosamente a um isolamento mais ou menos prolongado ou, como preferem Roussy, Boisseau e d'OElsnitz, aos duches frios em jacto que, segundo afirmam, dão sempre excelentes resultados nesta classe de rebeldias.

Identicamente se deverá proceder com qualquer das outras perturbações do ouvido ou da palavra—surdez, mutismo, etc.—que, da mesma maneira, poderão desaparecer em poucos instantes ou só ao fim duma sessão prolongada, senão mesmo depois de alguns dias de isolamento, que levem o doente a meditar e a exercitar-se no que se lhe tiver dito e pedido, e a votar ao médico a confiança que, por qualquer motivo, lhe negou de entrada.

Para terminar acrescentemos que a-pesar-de muitos dêles serem portadores de lesões do tímpano—perfurações, etc.—, não se devem fazer examinar por um aurista sem que tenham sido recuperados na maior totalidade—para evitar toda a espécie de sugestão negativa—e só então dar começo ao tratamento local.

Com mais forte razão dever-se-ha banir da terapêutica os longos e complicados métodos de reeducação auditiva e de leitura pelos lábios que não sómente são inúteis, mas também nocivos porque fixam a atenção dos feridos sôbre os males de que se julgam atingidos e, assim, comprometem ou retardam a cura.

Plicaturas—Eis um outro acidente filho das circunstâncias da guerra.

Um soldado é também apanhado por uma explosão violenta e fi-

ca soterrado sob os escombros duma trincheira. Contusionado, sofrendo de todo o corpo, é evacuado deitado para um hospital, onde permanece no leito durante um período de tempo mais ou menos largo.

Quando se levanta não pode manter o tronco senão curvado para diante, nem marchar com regularidade — é um «plicaturado».

Todas as tentativas de correcção a que o teem sujeitado teem falhado totalmente; a plicatura agrava-se pouco-a-pouco e o doente imagina-se inutilizado para toda a vida.

Obrigam-no ou convencem-no a experimentar uma nova espécie de tratamento; submete-se mal disposto ou acede sem nenhumas esperanças de melhoras.

O diagnóstico de pitiatismo é porêm, desta vez, colocado com precisão. Prepare-se, então, cuidadosamente antes de o tratar; diligencie-se modificar-lhe o seu estado mental e captar-lhe a sua confiança.

Imaginemos que se trata dum indivíduo de inteligência mediana. A' entrada no hospital mostrem-se-lhe, se fôr possível, camaradas que conheceu doentes como êle e que vê agora conservarem uma postura absolutamente normal, estarem alegres e reconhecidos.

Coloque-se a seguir numa enfermaria entre plicaturados em pleno restabelecimento e outros que deverão ser tratados em primeiro logar. Os optimismos dos primeiros, serão confirmados pelo testemunho dos segundos: — vê-los-ha saírem curvos para o gabinete médico e vê-los-ha entrarem direitos a exultarem de satisfação.

Amimam-no, mostram-lhe como se pódem flectir bem para a rectaguarda e asseguram-no da inofensividade do tratamento. Também já não descrê na sua cura, mas antes a espera; será até o primeiro a pedir para o tratarem; nada mais será preciso para se estar certo da sua recuperação.

Serão boas horas de a emprender. A sós, examine-se com a maior minúcia e, no fim, afirme-se-lhe que se trata duma afecção absolutamente benigna e de que só sofre quem quere, porque jamais deixou de ceder a uma terapêutica apropriada.

Imediatamente contestará, dizendo que da sua parte tem empregado todos os esforços para melhorar e que só por último, em vista de todos os insucessos, é que tinha desesperado da cura em que agora volta a ter as melhores esperanças, graças ao que tem observado e admirado nos seus companheiros.

Confirme-se que assim lhe acontecerá, porquanto apenas se trata

duma simples contractura de alguns grupos musculares, que cede sempre à electricidade e com tanta prontidão que êle próprio vai ficar surpreendido com a facilidade com que dentro em breve se poderá endireitar, curvar para a retaguarda e andar.

Em seguida, faça-se deitar numa posição cómoda, sôbre um lado por exemplo. Depois, faça-se-lhe uma faradização muito ligeira e muito curta sôbre a região lombar, só para lhe mostrar que a corrente não é dolorosa, e diga-se-lhe que é todo o mal que terá de aturar, Replicará que isso nada lhe custará e que todos os tratamentos que tem feito são bem mais penosos de suportar.

Coloque-se, então, um dos tampões na parte inferior dos músculos lombares e o outro na parte superior e, após um ou dois minutos, mudem-se de lado. Ao mesmo tempo diga-se-lhe que nada tardará para que os músculos se comecem a deslaçar e recomende-se-lhe para nessa altura não fazer a menor resistência, para fazer o «corpo morto».

Provoquem-se alguns choques lentos e afirme-se-lhe imediatamente que os músculos princípiam a descontraír-se como o deverá sentir. A maior parte das vezes responderá que assim é com efeito. Insista-se na persuasão nêste sentido: diga-se-lhe, por exemplo, que se trata duma coisa muito banal, que não tem nada de extraordinário, que tudo depende de saber tratar convenientemente uma tal doença para jamais se deixar de a curar.

Imprima-se uma grande convicção a estas afirmações, mostre-se possuir a maior certeza nos resultados, procure-se mergulhar o doente na mesma confiança e tudo estará acabado em poucos instantes. Uns dez minutos quási sempre bastarão para atingir êste momento que se deve saber prevêr, que se deve saber sentir e que se deve saber esperar sem ultrapassar. E' nêste momento que o plicaturado estará pronto para se endireitar sem hesitação; é nêste momento que se devem levantar os tampões e pronunciar a frase decisiva.

Será, por isso, da maior vantagem colher da bôca do próprio doente a sua indicação, levando-o a dizer, por exemplo, que se sente absolutamente transformado, que já não é o mesmo homem, etc.

Logo se lhe replicará que assim deve ser, a avaliar pela maneira como se contraem e descontraem os diferentes músculos e, ao mesmo tempo, exprima-se-lhe a satisfação que se tem por dentro em pouco se ir vêr alegre e feliz. Ordene-se-lhe, então, para pôr os joelhos sôbre o bôrdo do leito, para enganar o seu automatismo: assim me-

lhor se poderá endireitar do que estando de pé. Afirma-se-lhe mais uma vez, entretanto se ajoelha, que vai ficar admirado com a facilidade com que se poderá pôr direito e para lhe dar uma prova desta convicção, não se ajude de qualquer maneira e antes se deixe entregue às suas próprias fôrças, emquanto se finge ir em busca de qualquer objecto. Aparente-se mesmo não o observar, mas nem por isso se deixe de lhe fazer preguntas sucessivas acêrca do alívio experimentado, e de tal sorte que as respostas não possam ser senão afirmativas.

Ao voltar será quási certo encontrá-lo já numa atitude normal, mas fazendo um maior ou menor esfôrço para a conservar. Será ocasião do neurologista se aproximar para o assegurar da perfectibilidade da cura e para o obrigar a fazer alguns movimentos de lateralidade com o tronco e, logo depois, flexões para a retaguarda, sem lhe prestar nenhum auxílio ou, quando muito, guiando-o apenas na sua êxecução.

Ao fim mande-se levantar e diga-se-lhe que já também poderá andar normalmente, pois que assim sucede sempre a todos os plicaturados endireitados. Mande-se experimentar e, se tanto fôr necessário, corrija-se esta ou aquela falta, observando-lhe que se trata duns restos de hábito que acabará com mais algumas passadas.

A maior ou menor inquietação, que até aqui se percebia preocupar o seu espírito, dará logar a uma franca expansão de alegria, que se aproveitará, habilidosamente, para mais uma vez o fazer repetir movimentos em todos os sentidos. Prestar-se-ha a isso com toda a boa vontade, mas, não raro, declarará serem um pouco dolorosos; achando o caso muito natural, afiance-se-lhe que tais dores passam sempre num período de 24 a 48 horas e tanto mais depressa quanto mais exercícios fazem os doentes.

Nada mais restará senão dar-lhe por terminado definitivamente o tratamento e acompanha-lo a tomar o seu logar na enfermaria. Assim, ficar-se-ha seguro que se apresentará a marchar correctamente e ter-se-ha ocasião para o fazer executar mais alguns movimentos com o tronco diante dos seus camaradas, sem lhe mostrar tomá-los por testemunhas, mas sob o pretexto de lhe ensinar uma última vez o que terá de fazer durante o dia.

Quási sempre serão escusados cuidados de maior com o paciente que, pelo contrário, ficará muito contente e reconhecido e será um excelente auxiliar para a cura dos companheiros que se lhe seguirem.

Tudo, terá durado vinte minutos a uma meia hora apenas; o menos tempo possível será o melhor.

Mas é preciso confessar que a cura total nem sempre é realizada tão rápida e brilhantemente. Pode ser um pouco mais demorada ou pode ser, mesmo, muito lenta e progressiva, devido à existência de «reliquats» das primitivas lesões orgânicas à volta das quais se desenvolveu a plicatura.

E' um processo mixto, que por sua vez exige uma terapêutica mixta. A' psicoterapia caberá recuperar a parte funcional da deformidade — o que conseguirá imediatamente —, à fisioterapia caberá fazer o restante — o que conseguirá vagarosamente.

Os doentes terão de ser treinados durante bastante tempo sob a vigilância médica e só deverão ser abandonados quando se estiver bem seguro que não teem qualquer tendência para relembrar a atitude viciosa, — o que se manifesta sobretudo após as fadigas.

E' um motivo para profilaxia pitiática e um caso a endereçar aos agentes físicos, com que aqui nada temos que ver.

Garras. — Eis um doente que fez uma ferida numa das mãos.

Um médico faz-lhe o primeiro penso, bastante volumoso para lhe tornar os movimentos menos dolorosos, e coloca-lhe, com o mesmo fim, o braço ao peito; depois confia-o aos cuidados dum enfermeiro.

A ferida cicatriza-lhe em poucos dias, mas sem que as dores hajam cessado e sem que as funções motoras tenham voltado à normalidade.

O doente evita servir-se da mão; é apresentado de novo ao médico, que não constata nada digno de nota, a não ser uma pequena dificuldade no mover dos dedos. Prescreve-lhe massagens, mobilização passiva, etc., que não lhe trazem nenhumas melhoras. Pouco-a-pouco vai-se habituando a nada fazer com a mão e cada vez vai deixando augmentar mais a sua impotência funcional.

As paralisias e contracturas musculares fixam-se definitivamente e as peoras acentuam-se com o aparecimento das perturbações secundárias.

Umas vezes são as rigezas articulares, outras vezes são as perturbações caloricas, vaso-motoras, tróficas, etc.

Imaginemos ser num dêstes estados que, após uma preparação conveniente, o doente vem pedir para o tratarem.

A psicoterapia será ainda o grande remédio, muito embora directamente não possa determinar senão uma parte da cura. Também nunca se prometerá ao doente mais do que aquilo que ela puder realizar de momento, sob pena de se perder num futuro proximo toda a

sua confiança; mas também nunca se receiará prometer-lhe tudo quanto dela se puder esperar, — o que dependerá das diferentes circunstâncias.

Assim, se houver retracções músculo-tendinosas ou anquiloses articulares fibrosas, a motilidade não poderá ser retomada senão na medida que os embaraços mecânicos o permitirem; previna-se por isso o doente de que os resultados vão ser parciais, expliquem-se-lhe as respectivas razões e trate-se com convicção porque não é raro obter uma melhoria inesperada e ver o «reliquat» orgânico reduzir-se a um mínimo imprevisto.

Identicamente se deverá proceder quando as lesões músculo-tendinosas e articulares forem pequenas ou nulas, mas as perturbações térmicas e vasculares acentuadas e acompanhadas duma correspondente diminuição da fôrça muscular, duma meiopragia independente da perturbação motora pitiática.

Já diferentemente, porêm, se terá de proceder quando houver rigezas articulares sómente susceptiveis duma redução progressiva e despertando, à menor tentativa de movimento, uma dor mais ou menos viva, bastante para comprometer toda a acção psicoterápica mais bem dirigida. Em tais condições forçoso será recorrer, durante alguns dias, aos exercícios de mobilização passiva — para habituar o doente a bem tolerar os necessários deslocamentos articulares a provocar oportunamente — mas tendo-se o cuidado, para evitar despeita-lo, de lhe observar que não se trata dum novo ensaio de quinese-terapia — quando tenha sido empregada anteriormente — e fazendo-lhe crer que se trata unicamente de lhe eleminar o elemento doloroso.

Só então, conseguindo êste resultado e feitas as respectivas reservas, é que se atacará franca e decididamente o factor funcional.

Como em qualquer dos outros casos, começar-se-ha por advertir o doente de que os músculos tomados vão ser «estimulados» ou pelo contrário «deslaçados» e, a seguir, apoiar-se-ha estas afirmações por meio correntes tetanizantes farádicas.

No momento psicológico far-se-lhe-ha abrir e fechar a mão várias vezes, mover os dedos apressadamente, apertar um dinamómetro, agarrar e levantar uma cadeira, etc., insistindo e lutando sempre até obter, ao máximo possível, a volta à normalidade tanto na amplitude e na rapidez dos movimentos, como na intensidade da fôrça muscular.

Só depois é que estará indicada a fisioterapia sob qualquer das suas modalidades, porque então já não terá por efeito prender o espí-

rito do doente à ideia duma rebeldia inexistente, e mesmo porque a recuperação dos movimentos activos voluntários é o mais perfeito agente fisioterápico a que se pode recorrer. Quanto mais freqüentes forem, quanto mais se aproximarem da função fisiologicamente normal, tanto mais depressa se atenuarão as perturbações que lhe andam subordinadas, seja qual fôr a sua natureza e a sua extensão. Assim como só nascem após o adormecimento da actividade motora, assim também só desaparecem após o seu despertamento,— que a psicoterapia realiza inicialmente melhor do que tudo e que, posterior e indirectamente, mantem de colaboração com a fisioterapia, vigiando e exortando sem cessar o paciente a servir-se da mão doente.

Crises—As crises histéricas reclamam e justificam, como nenhum outro acidente, um tratamento profilaxico.

Logo a príncipio porque são extremamente contagiosas como, ultimamente, o mostraram nos campos de batalha desenvolvendo-se com exuberância em determinadas regiões e escasseando por completo noutras — sujeitas às mesmas condições materiais — e como, noutros tempos, e mostraram diariamente, desenvolvendo-se nuns hospitais com muito mais freqüência que noutros e, no mesmo hospital, em tal andar ou enfermaria de preferência tal outra dependência.

Depois porque a vontade do doente tem uma incontestável influência sôbre a sua eclosão como o demonstra o facto de não só as terem em logares especiais, mas também a certas horas e em certas ocasiões — sobretudo quando são observados — e com certos médicos que as acolhem mais benevolentemente, por menos avisados, e nunca com aqueles que, estando menos desprevenidos, tomam perante elas uma atitude mais ríspida e conveniente.

E' precisamente no que se funda o seu tratamento preventivo.

Logo após a entrada do doente no hospital, previna-se de que ali as crises lhe são absolutamente interditas porque querendo as poderá evitar com um pouco de diligência e de fôrça de vontade, junte-se a seguir com outros crisadores que estão obedecendo com fidelidade a identico aviso e fique-se na espectativa, porque, em geral, sob a dupla influência desta simples conversação e desta boa atmosfera moral, obter-se-hão os melhores e mais prontos efeitos.

Todavia, tratando-se de indivíduos de mentalidade deficiente será muito vantajoso apoiar a persuasão com um pouco de faradização sôbre a nuca, o dorso e as mãos, por exemplo, e até, naqueles mais re-

beldes, recorrer ao isolamento e, mesmo, ao regimen lacteo durante algum tempo.

Procedendo assim, raramente se terá de lutar contra qualquer recidiva que, a dar-se, deverá ser imediatamente tratada com aspersões de água fria e com aplicações electricas dolorosas, até que o doente volte à normalidade. Então, dever-se-ha admoestar severamente e isolar por um ou dois dias, para que melhor se possa compenetrar da necessidade e da possibilidade de dominar-se e de evitar novas crises.

Desta vez os resultados serão tão satisfatórios como duradoiros, muito embora ainda não sejam terminantes, porque é preciso confessar que, em geral, com o levantamento da vigilância médica, surgem as recaídas por negligência do doente, única e exclusivamente, pois uma crise histérica uma vez curada, jamais se deverá reproduzir — como aliás a maior parte dos outros acidentes — se tal é a sua firme vontade.

CAPITULO SÉTIMO

CASOS CLINICOS E CONCLUSÃO

Sintomas, evolução, diagnóstico e tratamento duma paraplegia simples e duma paraplegia sobreposta a uma mielite sifilitica — A sugestão e a emoção na génese da histeria.

Observação I

Paraplegia pitiática simples *

J. M., natural da Foz-do-Douro, de 28 anos, empregado contabilista, de alguma cultura, de bons antecedentes pessoais e hereditários, êstes de tara nervosa.

Ha dois anos perturbação da marcha, incerteza, vacilação, estados vertiginosos, ilusão de abaixamento ou elevação do solo.

* A observação e as notas para o relato dêstes casos devo-as ao Ex.mo Snr. Dr. Gomes de Araújo.

Progridem êstes sintomas, o doente vai para o leito algum tempo. Melhora, volta ao primeiro estado e nestas alternativas caíra definitivamente de cama havia cinco mêses.

Wassermann negativo, Landau positivo.

Marcha galinacea, espasmódica, quando amparado por duas pessoas. Só cai, dobra os membros inferiores, não dá um passo.

Deitado, esboça movimentos; membros inferiores rígidos em extensão.

Reflexos vivos, esfíncteres bons. Babinski, Oppenheim, Rosenbach, etc., ausentes.

Fazem diagnósticos de mielite tranversa. Inteuso tratamento mercurial e iodado. Resultados negativos.

Consulta o Dr. Gomes de Araújo. Vem de carro, sobe numa cadeira, não dá um passo.

Aspecto perfeito de mielite; o «ar» do doente põe de sobreaviso. Faz-se o «pulso pitiático». E' franco, completo, rápido.

Diagnóstico firme de «paraplegia pitiática».

Acto contínuo, psicoterapia enérgica, imponente.

Cura completa, perfeita, mantida ha onze mêses.

Observação II

Paraplegia pitiàtica sobreposta a uma mielite sifilítica -:- -:- -:- -:-

A. X., natural do Pôrto, empregado comercial, de 24 anos, robusto, saudável, bons anamenésticos.

Ha quinze mêses dor raquídea, fadiga, claudicação medular, dores erráticas nos membros inferiores, frigidez genésica, disúria, obstipação.

Wassermann de intensidade média, mercúrio

e 914, em larga e longa escala, ineficazes. Iodeto pouco suportável.

Progride a doença até o doente não poder quási andar, mormente descer.

Ao duodécimo mês de doença consulta o Dr. Gomes de Araújo.

Reflexos exageradissimos : clono da rótula esquerda intenso e interminável, trepidação espinhal, Babinski, Rosenbach, Oppenheim, etc., evidentissimos dos dois lados.

Diagnóstico : «mielite transvêrsa sifilitica», sem contestação.

Prognóstico : incurável.

Tenta-se de novo o iodeto em doses lentamente progressivas. Suporta-o e chega a seis gramas por dia durante uns vinte dias.

Exame: muito melhorado. Repete o iodete mais vinte e um dias. Novo exame : os diverses reflexos atenuados, clono da rótula desaparecido. As melhoras são de molde a esperar a cura breve. O doente mantem-se, *quanto a si, na mesma. Êle não sente melhoras, vai acabrunhando.*

Faz-se o «pulso pitiático». E' positivo e fácil. Psicoterapia. O doente em três ou quatro dias sente melhoras; voltou o *signus salutis,* já pensava em reatar o noivado interrompido, anda, corre, desce bem; ha ainda um pouco de falta de agilidade. Era a imagem do sofrimento antigo, que vincou fundo na memória e custava a apagar-se.

Conclusão:

A sugestão é a única causa determinante da Histeria.

A emoção incidindo sôbre o terreno comum do desiquilíbrio emotivo e imaginativo, pode figurar na etiologia de sugestão histérica, ao mesmo título que pode participar na maior parte das reacções imaginativas em geral: não é nunca a causa eficiente, mas é muitas vezes a causa predisponente e a causa ocasional.

FIM.

Visto,

Teixeira Bastos.

Póde imprimir-se

Maximiano Lemos.

Bibliografia

André Léri..... — *Commotions et Emotions de Guerre*

A. Devaux e J. B. Logre — *Les Anxieux*

J. Babinski..... — *Exposé des Travaux Scientifiques*

J. Babinski e Froment. — *Hystérie-Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordré réflexe*

J. Roussy, J. Boisseau e M. d'Œlsnitz..... — *Traitement des Psychonévroses de Guerre*

J. Roussy e J. Lermitte. — *Psychonevróses de Guerre*

H. Gomes de Araújo... — *Histeria-Pitiatismo. etc., etc.*

Indice

PAG.

Dedicatória 5
Prólogo 7

Capítulo I — Definição

Concepção antiga e concepção moderna da histeria 11

Capítulo II — Etio-Patogenia

A influência das ideias sôbre o indivíduo normal e sôbre o histérico. — O «ar» histérico. — As características e a freqüência das anomalias mentais nos histéricos. — A intensidade e a qualidade da emoção na etiologia da histeria. — Perturbações histéricas por hetero e por auto-sugestão. — Histeria e simulação. — Fixação dos acidentes histéricos 14

Capítulo III — Sintomatologia

Paralisias e contracturas. — Perturbações tróficas, térmicas e vaso-motoras. — Alterações do regimen dos reflexos e das reacções electricas e mecânicas dos músculos e dos nervos. — Claudicações. — Trémulos. — Anestesias e algias. — Blefarospasmo, ambliopia e amaurose. — Retraimento visual, discromatopsia, poliopia monocular e miopia espasmódica. — Surdez. — Mutismo, gaguez, balbuciamento, etc. — Crises 35

Capítulo IV — Diagnóstico

Diagnóstico geral pelo pulso pitiático e pela provocação de crises convulsivas. — Diagnós-

PAG.

tico das perturbações motoras pelo exercício de vários movimentos automáticos, pela anestesia geral e pelos métodos de exploração positiva. — Diagnóstico das perturbações sensitivas e sensoriais por diversos artifícios pondo em jôgo o automatismo fisiológico do doente. — Prova psicoterápica e seus ensinamentos diagnósticos..... 58

Capítulo V — Prognóstico

Importância morfológica dos acidentes no tratameuto. — A duração dos acidentes nos anormais e nos deprimidos do sistema nervoso. — A antiguidade dos acidentes e os êrros de diagnóstico na sua fixação. — Vontade, ascendente moral e estado mental dos doentes na manutenção dos acidentes..... 70

Capítulo VI — Tratamento

Profilaxia dos acidentes, suas regras e resultados. — Processos terapêuticos e suas bases comuns. — Persuasão e seus adjuvantes. — Sessões únicas e fraccionadas, suas vantagens e indicações. — Métodos psicoterápicos e suas preferências. — Exemplos de tratamento de acidentes motores simples e secundários, sensitivos e sensoriais, recentes e antigos..... 76

Capítulo VII — Casos clínicos e Conclusão

Sintomas, evolução, diagnóstico e tratamento duma paraplegia simples e duma paraplegia sobreposta a uma mielite sifilitica. — A sugestão e a emoção na génese da histeria..... 96

Bibliografia..... 98