

ELYSIO DE MOURA

Anorexia Mental

(1947)

Edição fac-similada



Coimbra • Imprensa da Universidade • 2005

(Página deixada propositadamente em branco)

ELYSIO DE MOURA

Anorexia mental

(1947)

Edição fac-similada



Coimbra • Imprensa da Universidade

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Imprensa da Universidade de Coimbra

CONCEPÇÃO GRÁFICA
António Barros

PAGINAÇÃO
António Resende
[Universidade de Coimbra]

DIGITALIZAÇÃO
DOCMA-Gestão Documental Lda.

EXECUÇÃO GRÁFICA
G.C. - Gráfica de Coimbra, Lda.
Palheira • Assafarge - Apart. 3068
3001-453 Coimbra Codex

ISBN
972-8704-42-9

ISBN Digital
978-989-26-0333-9

DOI
<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0333-9>

DEPÓSITO LEGAL
227282/05

© MAIO 2005, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

OBRA PUBLICADA COM O PATROCÍNIO DA:



ANGELINI

OBRA PUBLICADA EM COLABORAÇÃO COM A:



www.spesm.pt

Presidente: Duarte Osório • Vice-Presidente: J. Fidalgo Freitas
Tesoureiro: Palmira Bernardino • Secretário: Helder Lourenço
Vogais: João Redondo; Beatriz Pena e Maria dos Prazeres Francisco

Edição: versão fac-similada da edição de 1947, a qual é precedida de uma foto do Doutor Elysio de Moura, de uma nota prévia, e de uma apresentação.



(Página deixada propositadamente em branco)

NOTA PRÉVIA

(Página deixada propositadamente em branco)

Constitui preocupação da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental contribuir para uma história do pensamento e prática psiquiátrica portuguesa.

A direcção desta sociedade elegeu a 1ª edição da *Anorexia Mental*, do Prof. Doutor Elysio de Moura, como primeiro documento de antologia psiquiátrica a divulgar.

Contactada a Direcção da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura — na pessoa do seu Presidente, Prof. Doutor Aníbal Pinto de Castro —, no sentido de nos ser concedida autorização para tal, recebemos a resposta de que «*na qualidade de sua herdeira universal e representante legal, tem o maior gosto em autorizar a reedição da obra Anorexia Mental, da autoria do seu Patrono*».

Contactada a Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra merecemos do seu Director, Prof. Doutor Carlos Fiolhais, o seguinte despacho «*Autorizo com todo o gosto a reedição. Sugiro co-edição com a Imprensa da Universidade*».

Contactada a Imprensa da Universidade de Coimbra — na pessoa do seu Director, Prof. Doutor Fernando J. Regateiro — foi acordada a edição (*fac-simile*) da obra de Elysio de Moura sobre a Anorexia Mental.

Uma proposta aliciante que está, em nosso entender, muito para aquém da merecida homenagem ao mestre; por se tratar de uma obra com cerca de 60 anos, irá permitir leituras e/ou releituras por todos aqueles que nesta área trabalham.

A parceria com a Lepori-Angelinni permitiu concretizar o projecto.

A todos estamos gratos

A Direcção da Sociedade Portuguesa
para o Estudo da Saúde Mental

(Página deixada propositadamente em branco)

APRESENTAÇÃO

(Página deixada propositadamente em branco)

A Direcção da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental solicitou-me que escrevesse uma curta nota de apresentação para esta reedição de «Anorexia Mental» do Professor Doutor Elysio de Moura.

Confesso que me sinto honrado com esse pedido e é com grande gosto que respondo ao solicitado; e isto, por fortes razões.

Primeira razão:

Reeditar esta singular obra é, em meu pensar, prestar justa e oportuniíssima homenagem tanto ao insigne Mestre de Psiquiatria que a escreveu como à Universidade de Coimbra que ao tempo e em tão boa hora a editou.

Outras razões:

A reedição deste legado que Elysio de Moura nos deixou não se justifica apenas pelo seu valor simbólico de homenagem nem por nos proporcionar a possibilidade de ler ou reler este fulgurante texto que é com certeza do que melhor pode haver em termos de antologia clínico-psiquiátrica; justifica-se também pela extrema oportunidade de trazer à ribalta a mensagem do pensamento epistemológico e metodológico do Mestre.

Elysio de Moura, na verdade, fiel à grande tradição médica, nutrido pela experiência de toda uma vida clínica dedicada à Psiquiatria e profundo conhecedor dos grandes clássicos da Psiquiatria e Neurologia franceses (com alguns dos quais polemiza a propósito da definição, delimitação, diagnóstico diferencial e terapêutica da «anorexia mental») demonstra-nos à evidência que não se pode conceber e praticar a clínica psiquiátrica sem o contributo básico da Psicopatologia estrutural e diferencial. Mais ainda: sem que se interroguem os sentidos possíveis do sintoma ou sintomas em evidência. Recorde-se a propósito que o Mestre, após passar em revista a diferenciação psicopatológica da recusa do alimentar-se

própria do anoréctico (por anorexia mental) em relação às significações das sitiofobias próprias das psicoses e de certas neuroses fóbicas graves assim como de algumas personalidades farsantes, enumera nada menos do que quarenta e oito sentidos possíveis para a recusa voluntária de alimentos!

Outra dimensão do pensamento epistemológico de Elyσιο de Moura presente nesta sua obra em reedição: para ele o diagnóstico não pode dispensar-se de se centrar tanto numa análise psicopatológica compreendida na dinâmica da relação intersubjectiva concreta como numa análise diferenciada das constelações etiopatogénicas pertinentes. E, informado que ele é da sua longa experiência psicoterapêutica, confere proeminente valorização à dimensão do dinamismo psicológico tendo em subjacência o conceito da interconexão complexa entre o psicológico e o somático. A «Anorexia Mental» apresenta-se-lhe assim como paradigma clínico a ilustrar eloquentemente esta dimensão do seu pensamento; e tanto mais que o tratamento por ele preconizado e praticado com fulgurante eficácia é, basicamente, psicoterapêutico. Recorde-se: ciente da indispensável necessidade de retirar o doente do meio relacional em que está mergulhado, usa da sua «autoridade médica» para o conseguir; e no isolamento da relação dual, com «suavidade e firmeza», leva-o a alimentar-se encenando, se necessário, os preparativos para uma sondagem alimentar — e é tudo. Se o diagnóstico estiver correcto, se o médico for firmemente persuasivo e se o doente não tiver atingido o estado biológico de irreversibilidade a eficácia é garantida e evidente em poucos dias.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Nota curiosa: quando nos anos 60 estagiei como «assistente estrangeiro» no Serviço de Delay e Deniker em St. Anne pude constatar que era aí verdade nova e motivo de júbilo o terem chegado à conclusão de que o método eficaz (e único) para tratar a anorexia mental era nada mais e nada menos o que Elyσιο de Moura tinha concebido e usado décadas atrás.

Uma nota final: a leitura actual desta obra pode surpreender pelo tom autoritário do Mestre na maneira como polemiza, no modo como afirma os seus pontos de vista, no estilo e método do seu trabalho psicoterapêutico — para o entender e para além da singularidade da sua personalidade, há que lembrar que Elysio de Moura privou de perto com as escolas de Nancy e Charcot e que viveu num tempo sociocultural muito diferente daquele que estamos a viver. Mas convém sublinhar que a sua «psicoterapia autoritária» não era exercida à toa nem com todo e qualquer doente: ele exercia-a com base em diagnósticos psicopatológicas precisos e na sua experiência longamente provada; Elysio de Moura foi médico, não foi um taumaturgo; esta sua obra agora em reedição assim o documenta.

Bráulio de Almeida e Sousa⁽²⁾

⁽²⁾ Psiquiatra, Presidente da Mesa da Assembleia Geral da SPESM (triénio 2004-06).

(Página deixada propositadamente em branco)

ACTA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Elysio de Moura

Anorexia mental



POR ORDEM DA UNIVERSIDADE

1947

(Página deixada propositadamente em branco)

ACTA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Elysio de Moura

Anorexia mental



POR ORDEM DA UNIVERSIDADE

1947

(Página deixada propositadamente em branco)

À MEMÓRIA

DOS MEUS MESTRES

E DOS MEUS DISCÍPULOS

(Página deixada propositadamente em branco)

ADVERTÊNCIA

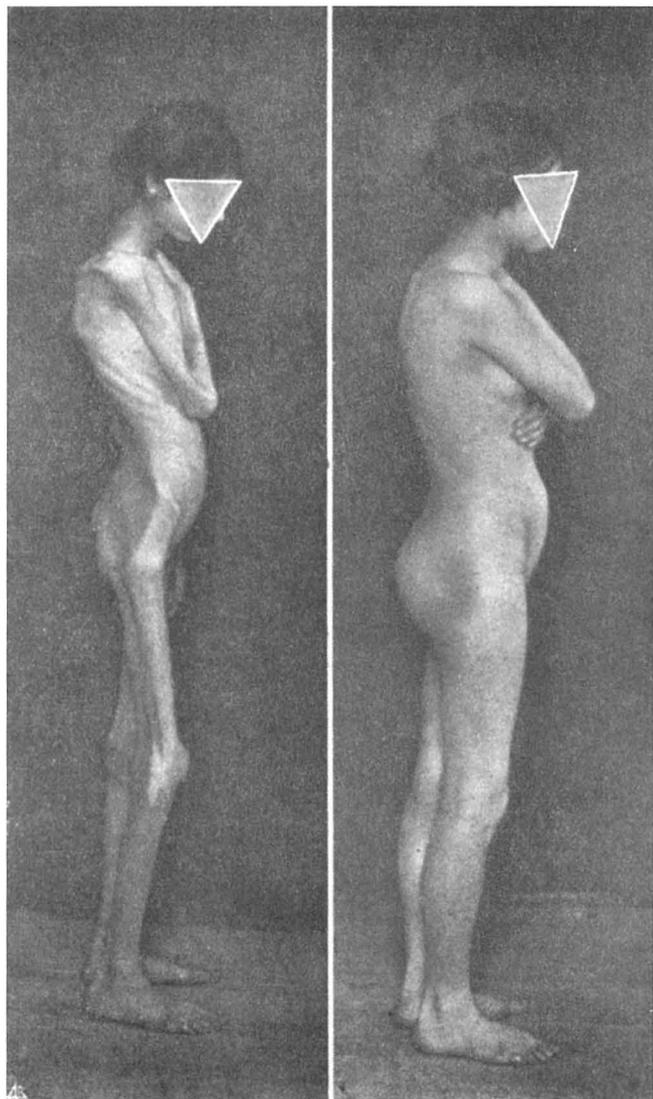
Este trabalho não foi escrito para ser publicado.

Apressadamente redigido para a minha colaboração num dos Cursos de Férias anualmente organizados pela Faculdade de Medicina de Coimbra, satu excessivamente longo por falta de tempo para o condensar.

Daqui resultou o dever, que se me impoz, de omitir muitos dos seus passos quando pronunciei a lição sôbre o tema nele versado.

A instância de colegas e de alunos é agora dado à estampa na integra.

(Página deixada propositadamente em branco)



(Página deixada propositadamente em branco)

ANOREXIA MENTAL E SITIOFOBIA

Que deve entender-se por *Anorexia mental*?

Como a palavra anorexia significa, etimològicamente, inapetência, perda mórbida, total ou parcial, do apetite, ocorre naturalmente uma resposta, categórica ou, pelo menos, conjectural — que envolva a ideia duma equivalência sinonímica entre estas duas expressões: anorexia mental, inapetência de origem psíquica.

A verdade, porém, é que na chamada anorexia mental não há, habitualmente, como sintoma primário — nem no decurso dum período mais ou menos longo — inapetência, anorexia.

O que nunca falta — fenómeno cardinal, basilar — é uma minguada alimentação.

A isto acresce que superabundam os casos de verdadeira inapetência de origem psíquica, estranhos ao domínio nosográfico da *anorexia mental*.

Esta expressão — anorexia mental — é, portanto, menos feliz: induz a um conceito destoante da verdade.

Para a substituir foi proposto, há já bastantes anos, um vocábulo novo, de origem grega, isento do inconveniente referido.

Tem, todavia, prevalecido a denominação criada, ao que parece, por Huchard, no século passado, não simplesmente por império do uso, mas porque o neologismo — *sitiergia* — é insatisfatório, por insufficientissimamente expressivo. É tão latitudinário e vago, que significa apenas — repúdio dos alimentos — isto é, um sintoma observável em estados mórbidos profundamente dessemelhantes.

Fracassada esta tentativa de alteração terminológica, continuou a ser universalmente adoptada a primitiva designação, de tão flagrante impropriedade, que subordina, numa relação de causalidade, a penúria alimentar constante e contínua, na anorexia mental, à inapetência eventual, em regra inexistente.

É o que se verifica em frases como esta, devida a um velho e consagrado autor:

«Não é raro encontrar doentes totalmente anoréxicos, que recuperam o apetite logo depois da sua entrada numa Casa de Saúde» (HAYEM).

«Totalmente anoréxicos»!

Como se a simples mudança de local, de cenário, possuisse o valor inestimável, taumatúrgico, de um aperitivo de efeito fulminante, promotor da readquirição instantânea do apetite extinto...

Locuções similares, maculadas pela mesma lastimosa confusão, encontram-se exaradas em publicações recentes.

Numa delas lê-se o seguinte:

«Le début de l'anorexie mentale se fait par l'anorexie.

L'amaigrissement n'est que secondaire à la restriction de l'apport alimentaire». (COUNJON et HECAEN).

A segunda destas afirmações é incontestável, para mim, mas não pode sê-lo para quem a emitiu a propósito de «um caso de anorexia mental curado pela opoterápia ante-hipofisária».

Com efeito, se o caso era realmente de anorexia mental, o emagrecimento provinha da deficiência alimentar e a cura não é atribuível à opoterápia.

Se havia um emagrecimento sintomático dum hipopituitarismo anterior, acessível a uma terapêutica hormonal específica, o diagnóstico da anorexia mental não está certo.

Seja como for, o que é indubitável é que, na anorexia mental, o emagrecimento é precedido da restrição alimentar, que é a sua causa.

Das duas afirmações transcritas, não posso, como se infere do que deixo dito, dar o meu assentimento à que fora enunciada em primeiro lugar, uma vez que a anorexia (inapetência) é proclamada como manifestação inicial da anorexia mental e lhe é conferida a importância de factor determinante da restrição alimentar e do conse-

quente emagrecimento, quando a realidade dos factos, tantas vezes patente à minha vista, a princípio com surpresa, opõe a esta maneira de ver um desmentido formal.

Essa afirmativa implica uma opinião falsa, ofusca a limpidez da linguagem médica, apaga a diferença, que importa vincar, entre a verdadeira inapetência (anorexia) e a repulsão alimentar.

É comuníssima a coexistência dos dois fenómenos, por isso que o primeiro ocasiona e importa o segundo, mas a recíproca não é verdadeira: a conservação do apetite é conciliável com a proscricção da alimentividade.

Apagada aquela diferença, chegar-se-ia, por coerência, ao absurdo de chamar anoréxicos a quaisquer indivíduos banidores da alimentação: ascetas orientais, jejuadores profissionais, grevistas da fome, e tantos outros, de mentalidade normal ou não.

Insisto neste ponto: uma das características habituais da chamada anorexia mental é a falta... da falta de apetite. É uma anorexia... sem anorexia.

Por outro lado, como já assinalei, inapetência de origem psíquica, não quer dizer anorexia mental.

É trivialíssima — quem a não conhece? — uma acentuada inapetência em casos de justificada tristeza: e os inumeráveis indivíduos de mentali-

dade hígida que tem experimentado e sofrido, uma ou mais vezes, esta anorexia, essencialmente transitória, no transcurso da sua vida, de forma alguma constituem outros tantos exemplares de anorexia mental.

Não vai longe o dia em que, por motivo de grande emagrecimento, resultante de uma escassa alimentação, fora trazida à minha presença uma rapariga de 19 anos, tristonha e molenga, que, quando criança, era linda, saudável, lesta. Não se tratava, contra o que presumira o colega que me enviara, duma anoréxica mental.

Um acidente obstétrico orfanara de mãe, no próprio dia do seu nascimento, esta desventurada adolescente; e, por uma forma totalmente inesperada, a morte arrebatara-lhe o pai havia pouco tempo ainda. De chofre, descaradamente, fora então arremessada para uma situação contrastante a todos os respeitos com a que anteriormente fruira, como filha única, na companhia de um pai extremosíssimo.

Últimamente passara a receber caritativo e carinhoso amparo. Foram postos à sua disposição alimentos apropriados em quantidade e qualidade. Persistia, todavia, a sua insuficiência alimentar.

Anorexia mental? Não. Inapetência de origem psíquica, simplesmente.

E o facto da apetência não se ter já restabelecido não deve causar estranheza. As múltiplas

perturbações vegetativas de ordem emocional, com alterações humorais e histo-químicas, não são necessariamente fugazes.

Esta pobre e taciturna rapariga nada tem de insincera — e esta circunstância tem assinalado valor diagnóstico — ao exprimir o desejo de se alimentar reparadamente, para poder grangear pelo seu trabalho o necessário para viver, mas não está inteiramente dissipada a influência depressora da emoção brutal suscitada pelo falecimento repentino do pai, que ela estremecia; e conserva bem viva a recordação acabrunhadora do primeiro período da sua vida de completo desamparo familiar.

Estão claramente fora do âmbito da anorexia mental os doentes que, embora sem perda do apetite, são cerceadores voluntários, teimosos, da sua alimentação — não são muito raros — com intuito preventivo. Lembrarei apenas os que, cientes da sua hipertensão arterial, aterrados com a expectativa de graves, mortíferos, acidentes circulatórios, reduzem, com excessiva e prejudicial severidade, o regime alimentar que lhes fora prescrito.

Os anoréxicos mentais abstêm-se da ingestão de alimentos como se assim lhes fosse possível a consecução de uma lipodistrofia exclusiva, ou,

quando muito, lipomuscular, ou como se tivessem abolida a necessidade consciente de alimentação, ou patologicamente suprimido o tão tenaz e primitivo instinto da conservação individual.

No entretanto, esta abstenção é por vezes tão difícil, que só a muito custo resistem à tentação de comer. Há anoréxicos mentais que cedem aos apelos do seu apetite, e, seguidamente à ingestão de um ou de outro alimento da sua maior predilecção, provocam o vómito, para, sem se privarem do prazer da mesa, alcançarem o seu objectivo supremo — o emagrecimento

Conservada, pois, a desejável sensação estimulante das funções digestivas, que tem o nome de apetite, e subsistente a fome — tradução subjectiva, indefinível, da necessidade vital de restauração dos elementos anatómicos e do estado físico-químico do meio interior, de onde promanam centripetamente as excitações que, destinadas aos centros cerebrais reguladores das funções metabólicas indispensáveis ao equilíbrio aquoso, químico, nutritivo, vão dar origem a essa sensação interna que nos propelle a buscar fora de nós os princípios alimentares que em nós escasseiam — que é que constitui o quadro clínico da *anorexia mental*?

São essencialmente as manifestações objectivas, físicas, e as perturbações funcionais (não totalmente desprovidas, como sempre, de uma mais ou menos subtil base orgânica) resultantes de uma

pronunciada e prolongada hipo-alimentação, que—desacompanhada, de sinais clínicos e laboratoriais de uma afecção orgânica do aparelho digestivo, com um exame neurológico e visceral negativo, sem um nítido síndrome neuro-psíco-físico de avitaminose (o que não exclui uma avitaminose fruste, uma precarência inaparente)—tende a assumir as mais temerosas proporções. É, todavia, esta alteração corrigível mediante uma terapêutica psíquica apropriada, permissiva da alimentação salvadora, se... não for inútil por ser instituída tardiamente, depois de uma perda de peso superior a 50%, quando o anoréxico já tiver resvalado num estado de caquexia, que, impossibilitando-o de fazer face às irreduzíveis exigências das funções vitais primordiais, tem por epílogo fatal a perda da vida.

· Ermo dessa ridente aspiração para o animar e exortar ao sacrifício, o anoréxico mental — esqueleticamente descarnado — mas de espírito tranquilo, faz lembrar o crente de alma cândida e heroica humildade franciscana, que, de costas voltadas para todos os prazeres mundanos, contempla, dia a dia, com místico deleite, o corpo devastado de penitências e acaba, em êxtase beatífico, a vida terrena, como antegozando a bemaventurança celestial.

*

*

*

No exercício da clínica psiquiátrica, quotidianamente se nos deparamos doentes que diminuem e abolem a alimentação em consequência do seu estado de morbidez mental, e não merecem ser capitulados de anoréxicos mentais. São os sitiofóbicos.

O melancólico que tem inibida, pela sua dor moral, a agradável sensação ligada normalmente à ideia de comer, e se nega a alimentar-se, ou condescende, sem prazer algum, em ingerir uma quantidade mínima de um alimento que dispensa mastigação — não é anoréxico mental.

O melancólico, que, pelas suas ideias de ruína económica, totalmente isentas de apoio na realidade e em flagrante contraste com elas, julga irremediavelmente perdidos todos os seus haveres e os da sua família; que, sendo um argentário, opulento e avaro, com acrescentamento ininterrupto de bens materiais, se julga reduzido à extrema pobreza, sem possibilidade de pagar sequer uma pequena porção da substância alimentar mais simples e do preço mais módico e, consequentemente se recusa a comer — não é um anoréxico mental.

O melancólico amedrontado, que vive a desejar morrer, para se livrar de acontecimentos funestos, calamitosos, que antevê próximos, iminentes, inevitáveis, e que (impedido de suicidar-se por outra forma, por ser atenta e permanentemente vigiado, ou por falta de decisão para se matar violentamente) deixa de se alimentar; o melancólico com outro delírio triste — o de criminalidade, que o faz considerar-se réu de inclemências crudelíssimas, de crimes horripilantes, de atrocidades incontáveis, inqualificáveis e, por isso indigno de comer; o melancólico que, numa apreciação ética, estupidamente falsa, das suas palavras e dos seus actos só vê blasfêmias, sacrilégios e profanações em palavras anódinas e em insignificantes episódios da sua vida pretérita e presente, e transmuda os mais perdoáveis pecadilhos em hediondos pecados, e, anatematizado por um complexo psíquico individual, que se isolara para se erigir em censor tirânico da parte restante da pessoa, passa da auto-acusação à auto-punição, e se condena como réprobo a reduzir a sua alimentação até a exiguidade, ou a suprimi-la plenamente — por mortificação expiatória, sempre à espera de tremebundas cominações do julgamento divino — não são anoréxicos mentais.

O mesmo pode dizer-se do melancólico com síndrome de COTARD, que, em razão das suas ideias de enormidade, se dispensa de se alimentar, porque crê, irredutivelmente, na sua condenação

à immortalidade como o máximo castigo:— a sua inenarrável desgraça, sem limites de intensidade, será ainda acrescida, pois sobrevirá, por tempo sem fim, a extinção de todos os outros seres vivos.

O hipocondríaco, mórbidamente autoscópico, que, gratuitamente, se atribui a impossibilidade de digerir, e, coerentemente, adopta um regime profundamente depauperante, só aceitando água em quantidade ínfima, uma espécie de gota a gota esofágico; e o hipocondríaco que, illusòriamente, vê um perigo letal na alimentação corrente, pela suposta tenuidade das paredes do seu estômago, prestes a romperem-se, ou pela estulta convicção de que o seu intestino está apodrecido ou desaparecera por haver sido eliminado com um clister; o hipocondríaco que pela concepção delirante, inabalavelmente firmada, de estar affectado de múltiplas doenças do mais tenebroso prognóstico — múltiplas neoplasias da maior malignidade, o corpo em decomposição, gangrenado, etc.— delibera não comer por não valer a pena, pelo presentimento, para ele infalível, de que nada pode obstar ao seu decesso a breve trecho — não são anoréxicos mentais.

O delirante que nega a existência da boca e do ânus, e de todas as vísceras, e da própria vida, e por isso, lógico no erro, não quer comer, não é um anoréxico mental.

O possesso demoníaco que, em vez de introduzir alimentos na sua boca, assopra e expulsa, ruidosamente, através dela e do nariz, o ar pulmonar, por sentir o cheiro do chamosco e do enxofre queimado — emanações do inferno, primícias dos tormentos que o esperam — não é um anoréxico mental, como o não é o delirante místico, que se contenta e consola com os olores e sabores de inefável doçura que os anjos lhe propiciam, e o megalomístico, que não toca nos alimentos porque se julga Deus — imaterial e sempiterno.

Os exemplares, que felizmente rareiam, do tão grave síndrome psiquiátrico denominado delírio agudo e delírio hiper-agudo, em que há conjuntamente confusão mental onírica e agitação motora, recusam todos os alimentos sólidos e todas as bebidas, mas não são anoréxicos mentais.

O esquisofrénico inafectivo que menospreza os interesses vitais, e nada come e nada bebe; o negativista, que opõe aos nossos rogos instantes para abrir a boca e alimentar-se, uma resistência obstinada, que recresce paralelamente ao nosso esforço para a vencer — não é um anoréxico mental; (e é curioso que uma tal resistência à abertura passiva da boca, cerrada com a maior energia — forma activa do negativismo, isto é, execução de acto contrário ao solicitado — pode coexistir com a sugestibilidade motora com uma

docilidade permissória dos movimentos passivos dos membros).

Também não é anoréxico mental o negativista, que, sem se apresentar sob a forma de desobediência sistemática, é indeciso, só obedece morosamente, incompletamente, e que, uma vez começado o movimento com que deve levar o alimento à boca, logo o interrompe, para depois o recommençar com perplexidade, o corrigir, o interromper e suspender de novo, isto várias vezes, não por uma hesitação desconfiada, mas por colisão de ideias contraditórias, porque no seu espírito se conjuntam ideias que entre si contendem.

Os indivíduos com alucinações auditivas diferenciadas, verbais, imperativas, que não tocam nos alimentos por submissão a ordens que injuntivamente lhes impõem o mais rigoroso jejum; ou com alucinações olfativas e gustativas, geralmente conjuntas (ou melhor, com percepções ilusórias desagradáveis procedentes de impressões reais, não identificadas com o verdadeiro estímulo periférico), que emprestam aos alimentos, respectivamente, as propriedades odoríficas mais enjoadoras, uma fetidez repelente, ou um sabor nauseabundo, e, por isso, os rejeitam — não são anoréxicos mentais.

O parafrénico fantástico, que, com as alucinações mais extravagantes, as ideias delirantes mais absurdas, uma desconfiança que abrange tudo e todos, repele os alimentos, por se lhe afigurar, por exemplo, que eles contêm sangue de gente — não é um anoréxico mental.

O maníaco que passa o tempo numa actividade impetuosa, desordenada, tumultuária, estéril, destruidora — ateadada por qualquer estímulo sensorial; o maníaco exaurido e intoxicado por uma prolongada e violenta agitação psico-motora; o doente imóvel, inerte, como nos casos de melancolia atónita ou de estupidez confusional; o delirante metabólico que se diz feito de porcelana, de borracha ou de cristal, ou estar petrificado, ou pulverizado, ou ter passado ao estado gasoso, não são, posto que deixem de se alimentar, anoréxicos mentais. O zoantrópico que só quer consumir alimentos inadequados à espécie humana; o delirante que crê na sua conversão num arbusto e só aceita água... para ser regado, quando instado para se alimentar — não são anoréxicos mentais.

Também o não é o idiota, da mais baixa craveira oligofrénica, em quem a fome deixa de se fazer sentir.

O doente que repulsa os alimentos por motivo da perda da consciência de personalidade e assiste,

como espectador estranho, aos fenómenos da sua vida subjectiva; que se comporta como se o seu corpo lhe não pertencesse, estivesse despojado da sua pessoa somática, os seus actos fossem alheios, sem participação do seu eu; o indivíduo com normalidade anátomo-funcional do aparelho digestivo, que apresenta este estranho estado mórbido de desagregação dos elementos da consciência, esta ruptura do eu com as sensações, esta excepcional dissociação psicológica, este *to be and not to be*: de *ser*, por ter sensações, de *não ser*, pela impossibilidade de as fazer suas — não é anoréxico mental.

O hiperestésico moral, atribulado por escrúpulos doentios, para quem uma ração alimentar normal é abominável, por ser um acto de intemperança; e, não se cingindo à sobriedade recomendada pela higiene, pela moral, pela religião — ultrapassa-a e descai num regime de privações e, assim, para evitar um pretenso excesso pecaminoso — peca por defeito, não é anoréxico mental.

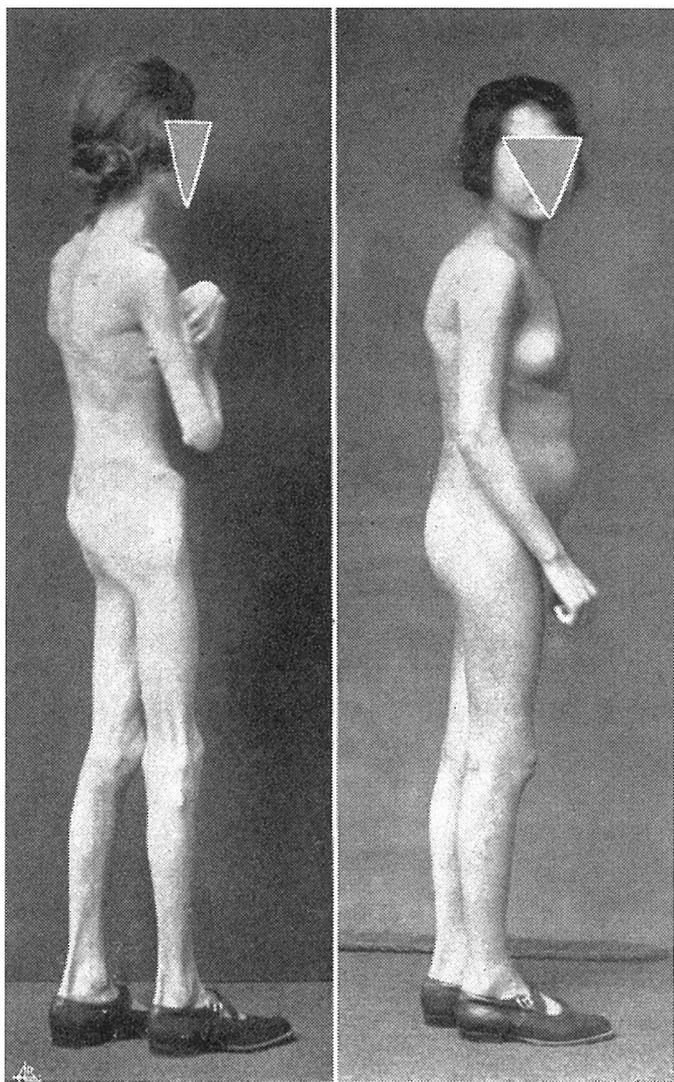
Um afã de purificação anímica, pela renúncia a todo o prazer palatal, pode conduzir a um estado de grande miséria orgânica sem haver anorexia mental.

A abstenção da alimentação constitui uma atitude reacional, perante a forma mais vulgar da

actividade delirante — as ideias de perseguição, tantas vezes entretidas por ínfimas ocorrências.

É um meio de preservação, de defesa, na variedade física do delírio persecutório, contra as tentativas de venefício perpetradas por imaginários inimigos. E se alguns destes delirantes estadeiam as suas desconfianças, oralmente ou por escrito, em reiterados e veementes protestos, outros, igualmente indignados, mas reticentes, não as dão nitidamente a perceber, mas no tocante à alimentação conduzem-se semelhantemente, para não serem vitimados de um modo brutal, ou subreptício, por alguma substância nociva, propinada pelos tais inimigos, odientos, implacáveis . . . ; ou, quando muito, aceitam alimentos naturalmente providos de um envólucro protector: ovos, avelãs, nozes, etc.

Perseguidos há que vão mais longe nas suas atitudes protectoras e defensivas: — imputando, delirantemente, à malevolência, à malvadez dos seus traíçoeiros perseguidores, os incómodos, de qualquer outra origem, que realmente sentem, recorrem a processos, pelo menos ingénuos, criados pela sua fantasia, nuns indigente, noutros desbordante, para expulsarem do seu corpo os tóxicos ministrados por processos acobertados e acobardados, no tempo em que se alimentavam desprevenidamente . . . É o caso da doente admitida recentemente na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra, a forcejar desintoxicar-se, eructando profusa e profundamente . . .



(Página deixada propositadamente em branco)

Em todos estes doentes, convencionalmente denominados sitiofóbicos — (e a enumeração não ficou completa) — a parca sustentação, a sua redução a proporções infinitesimais, ou o repúdio total dos alimentos, derivam fundamentalmente de um estado de anormalidade mental, e não de uma verdadeira inapetência, como a que pode resultar, em indivíduos psiquicamente normais, de causas de ordem vária, desde uma doença infecciosa aguda à tuberculose crónica, desde a diabetes, no começo das complicações da acidose, até uma intoxicação exógena, desde uma insuficiência tireóideia ou supra-renal até à caquexia hipofisária, etc., etc.

Seja-me permitido recordar neste momento que os mencionados sitiofóbicos não são fóbicos; em nenhum deles existe um medo conscientemente mórbido da alimentação, uma fobia no sentido psiquiátrico do termo, uma obsessão fóbica, uma monofobia: a fobia dos alimentos (sucessora, ou não, de um estado fóbico vago, difuso).

O medo, constituído subjectivamente pela consciência de que passa no interior do organismo, é um fenómeno emocional inerente ao instinto de conservação.

É uma reacção afectiva reflexa, desafiada por tudo o que pode pôr em risco a nossa vida, lesar a nossa integridade física, ou moral. É pro-

porcional ao perigo conscientemente corrido, adaptado à situação tal como nós a imaginamos.

No medo normal a nossa atenção é dirigida preponderantemente para o exterior, concentra-se na sua causa e não nas múltiplas manifestações objectivas, na série de fenómenos neuro-vegetativos, que em nós se produzem: modificações na musculatura lisa e estriada; vaso-construção com arrefecimento das extremidades e palidez facial; imobilidade ou fuga desarvorada; agitação inútil ou atitude humilde e suplicante; respiração fraca, superficial, lenta, com pausas ou fortemente acelerada, entrecortada de gritos; cabelos erectos; boca entreaberta; tremor (exageração da imperceptível oscilação normal permanente, como permanente é o estado emotivo nas condições normais); perturbações secretoras, boca seca, por falta de saliva, sede local; mãos e rosto, principalmente, perlados de suor frio; poliúria; diarreia; abaixamento da temperatura central; dilatação pupilar; hiperglobulia por contracção do baço; alterações de natureza química e hormonal no meio interno, especialmente no respeitante à adrenalina, cuja acção se difunde por toda a economia; hiperglicemia e hipercolesterolemia, desaparecimento das ondas alfa nos exames electro-encefalográficos, etc., etc.

No medo mórbido, a parte subjectiva é preponderante; o que avulta é a reacção ansiosa, a

angústia, que, por exemplo, no indivíduo com a fobia dos gatos (ailurofobia) é sensivelmente a mesma quando ele lobriga um objecto que se assemelha ao pelo dum bichano ou quando um gatarrão, acossado por um galgo ou perdigueiro, haja roçado pelos seus pés nús.

Não obstante estas discriminações, não há uma opposição diametral entre o medo mormal e o medo mórbido. Em psicologia, como no domínio físico, não há ponto crítico rigoroso.

A fobia, compatível com o desenvolvimento normal das funções ditas intellectuais, é um medo fixo, que parece inamovível, subjugante, associável à poltronaria, mas também ao destemor, à intrepidez, à heroicidade (diz-se que Napoleão era um felinofóbico, ou, melhor, ailurofóbico, como o nosso Latino Coelho, e Alexandre Magno um... ginecofóbico); um medo deformado, altamente inquietante, tiranizador, tão injustificável, que o próprio doente o considera como um fenómeno patológico, contra o qual reage, expulsivamente, a sua personalidade consciente, numa luta ansiosa em que ela — vacilante, tibia — confessa a impossibilidade de triunfar e cai vencida.

Os meios empregados para afugentar, esvaír, esse medo indissimulável só prestam para o tornar mais intenso, incrementar os seus efeitos, e provocar a revolta do doente contra ele próprio, sob a falsa aparência de acessos de mau humor.

O fóbico é assim levado ao afastamento e à proscricção de tudo o que possa, paroxisticamente, exacerbar o penoso estado afectivo inerente a essa luta intrapsíquica a que ele não pode obstar. Por uma espécie de degradação da actividade volitiva (posto que os fóbicos sejam essencialmente doentes da sensibilidade e não do que se chama a vontade, com a sua dupla função frenadora e executória) o fóbico tende a organizar a sua vida à volta desse medo parasitário, que lhe invadiu a consciência e se implantou despòticamente no seu primeiro plano; é coagido a fazê-la girar em torno daquilo que ele não pode desalojar, mas também não encorpora no seu eu e que aos seus próprios olhos é um absurdo, e que tanto o inibe de realizar o que ele sabe ser acertado e útil, exequível com extrema facilidade para uma pessoa psiquicamente normal, como o impulsa à prática de actos desarrazoados ou caricatos.

É o caso do meu doente, com a fobia da raiva, que na hospedaria onde se instalara não se utilizava nem queria sequer aproximar-se de uma cadeira onde vira sentado, por uns instantes, meses antes, um co-hóspede, que era caçador e possuinte de um lebreu. A certeza de que o cão e o dono se encontravam em estado de saúde, não anulava o receio de que o cão pudesse veicular impunemente germes da raiva, de infindo poder mortífero, e os tivesse espargido sobre as calças do caçador... É a minha doente com a fobia da

tuberculose, que, pressurosa e aflitivamente, foi lavar-se com alcool e fez remover para longe e encafiar num baú fechado à chave e lacrado, todas as peças de vestuário, e ainda o relógio de pulso, os anéis, os brincos, as travessas do cabelo... que usara no dia em que inadvertidamente apertara a mão a um indivíduo trajado de luto pelo falecimento de um filho, num sanatório estrangeiro...

De fugida direi que nos fóbicos (uns vagotónicos, outros simpaticotónicos, e há variabilidade destas reacções no mesmo indivíduo) e de uma maneira geral nos obsessivos, fóbicos ou não, mas puros, quero dizer não adulterados por factores constitucionais, como a perversidade, ou por factores accidentais, como a intoxicação alcoólica, não são para temer actos anti-sociais de grande gravidade, a não ser, talvez, o suicídio.

Nos chamados *sitiofóbicos* que, como assinalei, não são fóbicos, pode também haver medo. É o caso, evidentemente, dos delirantes perseguidos. Este medo, porém, mórbido pelo estado mental originário, não é uma verdadeira fobia, isto é, um medo insólito, disparatado, contra o qual o doente se insurge: é a consequência de uma ideia delirante a que o perseguido dá plena aquiescência. Mas perguntar-se-á: nunca a palavra *sitiofobia* será empregada com propriedade? Quero dizer: nenhum *sitiofóbico* será verdadeiramente fóbico?

Há psicasténicos — (e não atribuo à palavra

psicastenia um sentido que não seja o de neuro-psicose obsessional) há psicasténicos, dizia eu, que, por motivo mórbido, de natureza fóbica, só conseguem alimentar-se — e não raro muito mal — com um ritual de precauções complicadas e extravagantes, mas para eles imprescindíveis.

Foi minha doente uma psicasténica com a fobia das sardaniscas e de outros répteis. Preferiria morrer à míngua a sustentar-se com alimentos que lhe fossem levados por alguém que ela suspeitasse ter um dia posto a mão num desses animais, morto ou vivo. Nem era preciso tanto: bastaria que quem lhe transportasse a comida tivesse uma vez, fosse quando fosse, arredado um deles com um pé ou lhe tivesse tocado com a ponteira de uma bengala ou de um guarda chuva... e ela o soubesse.

Sou médico de uma dama que não tem propriamente a fobia dos alimentos, mas uma modalidade de fisiofobia, isto é, a fobia de uma função orgânica: a fobia da deglutição.

Os seus reflexos velopalatino e faríngeo são normais, há integridade anatómica e funcional da língua, da faringe, da laringe e do esófago; nada existe da sintomatologia das lesões bolbares ou pseudo-bolbares, prejudicadoras do automatismo da deglutição; está intacta a enervação craneana.

Esta fobia teve a sua origem e o seu princípio, refere a doente, numa engasgada sufocativa, com um grão de arroz, que, num terreno cons-

titucionalmente predisposto, claro está, gerara o receio angustioso de que ele tivesse ido ter ao coração e... formasse uma embolia.

Passaram a ser diminutas, irrisórias, as porções de alimento que ela introduzia através dos finos lábios, de factício rubor, na sua boca, cautelosamente entreaberta. Por isso enfraqueceu, e, quando a conheci, o seu peso havia baixado de 56 para 46 quilos.

Dava um demoroso e entrecortado trabalho à sua língua e aos seus dentes; a deglutição fazia-se com grande timidez e sombrias e téticas apreensões, quando chegava a efectuar-se, pois o minúsculo bolo alimentar frequentemente expellido da boca para o prato (mastigado, como dizem as crianças, e nem só as crianças).

É bem a fobia de um acto fisiológico e não pròpriamente a fobia dos alimentos.

Não passam de rudimentares, como era de fácil previsão, os conhecimentos anatómicos desta senhora, que é ilustrada; contudo bastam e são de sobejo, para estar ciente de que nenhum canal estabelece comunicação entre a glote e o coração, mas o medo mórbido, como tal reconhecido pelo doente, sobrepujou a posse desta elementaríssima noção e o desejo, sempre vivo, de uma alimentação normal. A sua perda de peso (10 kilos) chegou a inquietar a família, e esta fisiofóbica, para escapar a um risco irreal, ia correndo um perigo real.

Importa acentuar que não se tratava, neste caso, da perda da normalidade de uma função por efeito de uma insistente auto-observação de carácter hipocondríaco; não era uma perturbação da execução automática da deglutição pelo facto de sobre ela incidir, concentradamente, a atenção voluntária de uma psicopata de constituição emotiva. Havia uma verdadeira fobia, uma obsessão inibitória, a tal ponto dissaboreadora da vida desta senhora, que é verosímil que, para a conservação da sua vida, tenha grandemente contribuído outra fobia concomitante: a fobia da morte. É presumível que não opusesse uma resistência insuperável ao designio de pôr um trágico ponto final na sua inquietude ansiosa, despertada pela simples ideia de engolir uma parcela de alimento, se a não amparasse, preservadoramente, a tanatófobia.

O deflexo da deglutinação, isto é, a série de reflexos simples, normalmente coordenados de tal sorte que, dado começo ao primeiro deles, os demais sucedem-se por uma ordem constante e adequada à transposição buco-esofágica dos alimentos, era perturbado, impeditivamente, por um medo mórbido.

A ter caído a referida senhora numa debilidade originadora da perda da vida (creio bem que a fobia da deglutição nunca foi causa incontroversa da morte) não haveria suicídio — auto-homicídio intencional — mas sim o trágico remate de um receio quimérico.

Nunca nela houve, porém, uma obsessão suicida, a única, segundo penso, que sem deixar de ser pura poderá impulsar a uma reacção anti-social séria.

As obsessões impulsivas, irresistíveis, de carácter criminal, estereotipadamente descritas por numerosos autores, não me tem sido dado observá-las. É grande o meu cepticismo a respeito da sua autenticidade.

Não creio na existência de assassínios perpetrados em consequência de uma obsessão impulsiva.

Num emotivo, psicasténico, pode irromper o temor apavorante de tirar a vida a alguém, mas isso é diferente de uma tendência obsessiva para matar, que, impossível de represar, arraste à consumação do acto.

O que é para recear é que aquele temor, pela sua persistência, crie no obsessivo um estado de incapacidade social e o leve a matar-se a si próprio.

E a cleptomania existe?

O cleptómano será o indivíduo impossibilitado de refrear a tentação de se apoderar de um objecto, em consequência, como na obsessão homicida, de um especial desdobraimento da sua personalidade psíquica.

A ideia de furtar, de grande ressonância afectiva, de aparecimento involuntário e reiterado na

consciência de um indivíduo constitucionalmente desequilibrado, de tipo psicasténico, poderá — e só então será executável — aniquilar a resistência que ele ansiosamente lhe oferecera, por ser contrária aos sentimentos éticos pessoais, e dar-lhe após o cometimento do furto, uma desopressão e um alívio, que doutra forma não podia conseguir? Poderá?

Os poli- e os monò-cleptò-coleccionadores, entre os quais ocupam lugar de relevo os feiticiastas, que se apossam de objectos apropriados para a satisfação da sua perversão sexual (luvas, meias, etc.), não são cleptómanos, como não resultam de obsessões impulsivas os furtos praticados, tantas vezes sem móbil utilitário, por oligofrénicos, epilépticos, paralíticos gerais, dementes senis, toxicómanos, amorais, vagabundos...

O furto — a reacção anti-social mais frequente nos estados demenciais — pode ser a primeira manifestação reveladora de uma paralisia geral no período prodrómico; e os débeis mentais facilmente suggestionáveis, são aproveitados por gatumos profissionais para actos delapidadores da propriedade alheia.

É certo que a obsessão é por vezes invocada em defesa de infractores da lei penal, mas quando a infracção é da gravidade do homicídio, por exemplo, é indispensável que no obsessivo assassino concorram outros factores, que ao alienista, na

qualidade de auxiliar técnico da justiça, compete descortinar e pôr em evidência.

Não só por se conceder indevidamente o nome de sitiofóbicos a doentes que, na quase totalidade dos casos, são isentos de fobia, no sentido técnico do termo, senão também pelo emprego, imperdoavelmente abusivo, de termos de origem grega ou latina identicamente sufixados, para a apelação de sintomas destituídos de carácter obsessional, criou-se no campo da nomenclatura fóbica uma extensa série de etiquetas eruditas.

A lista mais completa de fobias, passante de 200, minha conhecida, elaborada por um psiquiatra brasileiro, não arrola todas as já descritas, e podia ser acrescentada com outras, que nunca vi citadas, por exemplo, a fobia da aguardente, de que há um exemplar na Clínica Psiquiátrica de Coimbra. É um antigo vinolento, com epilepsia tardia, que, segundo ele conta e a sua mulher confirma, não se fazia rogado para no espaço dum mictémero enxugar um litro de bagaceira. Hoje não tem apenas a mais estranha aversão a este líquido alcoólico; apossou-se do ex-beberrão uma perfeita fobia.

Que dizer da hidrofobia, termo sinónimo de raiva canina? Os cães raivosos são polidípsicos, bebem os líquidos que encontram e até um líquido excrementício, a urina. Se, no caso de

raiva humana, o doente repele as bebidas e nem as quer ver, não é por ser hidrofóbico, é porque a experiência lhe fez saber que as tentativas de deglutição são provocadoras de um dolorífico espasmo constritor da faringe, acompanhado de um tremor generalizado, da suspensão inspiratória da respiração, etc., e que os mesmos fenómenos aflitivos podem irromper à simples vista da água, mesmo da contida numa pequenina colher, ou ouvindo-a cair, ainda que só seja gotejada, compassadamente, duma torneira mal vedada.

Não há pois verdadeira fobia, no sentido psiquiátrico do termo, uma obsessão inibitória, nessas crises horríveis de uma disfagia especial, que podem aparecer até pela evocação de uma crise anterior.

E a fotofobia?

Quando, por motivo de conjuntivite, queratite, irite, enxaqueca, meningite, etc., a luz, fortemente incomodativa, provoca uma reacção defensiva, onde está a obsessão, a fobia?

E a chamada pantofobia dos alcoólicos crónicos num acesso de *delirium tremens*?

Estes doentes podem, como os afectados de psicoses agudas tóxicas ou tóxico-infecciosas, ter medo de tudo, por motivo das alucinações terroríficas que vêem desfilar cinematograficamente, mas não têm fobia alguma.

Em que é que a sitiofobia se diferencia da anorexia mental?

Na sua essencialidade, a resposta a esta interrogação encontra-se nas páginas anteriores, donde ressalta à evidência, em primeiro lugar, que a sitiofobia não tem o menor direito a ser elevada à categoria de entidade mórbida autónoma. É ver a multiplicidade dos estados psicopatológicos em que se torna manifesta e de que constitui um valioso elemento revelador; e essa disparidade de psicoses indutoras norteará o procedimento do alienista ao pretender combatê-la.

Ora, na actualidade, a anorexia mental merece ser individualizada como uma figura sindrómica.

Inversamente do que sucede com os sitiofóbicos, os anoréxicos mentais não são delirantes, nem alucinados, nem há neles negativismo cata-tónico. (que pode cessar espontâneamente ou sob o influxo de factores que nos passam despercebidos) nem são inertes, estuporosos, nem encefalopatas de qualquer espécie...

Os doentes mentais sitiofóbicos — pessoas novas ou velhas, de qualquer dos sexos — podem perder o apetite por efeito de causas idênticas às que tornam fastientos os indivíduos psiquicamente normais. Quando tal facto se der, notar-se-á uma repulsão alimentar involuntária, sitiofóbica, reforçada por uma verdadeira inapetência.

Na anorexia mental—que quase só atinge as donzelas—um superveniente mau estado das vias digestivas, sempre possível, será também causador duma anorexia insofisticada, que fortuitamente virá substituir ou complicar a abstenção alimentar denunciadora—tudo leva a crê-lo—dum estranhável empenho no descomedido adelgaçamento do corpo.

Se não fora o inconveniente de emaranhar a tão confusa nomenclatura psiquiátrica, poder-se-ia dizer, com a mesma, ou menor impropriedade com que se emprega a cada passo a palavra sitiofobia, que os anoréxicos mentais são lipofóbicos; mas não é costume chamar-lhes assim e não vejo apreciável vantagem em alterar por esta forma a terminologia consagrada.

É incalculável o número de raparigas e de mulheres adultas, que nos tempos actuais se horrorizam com os efeitos inestéticos ocasionados por uma alteração das funções adipo-reguladoras.

Nas anoréxicas mentais, porém, a execração da adipose descarna-as, deixa-as com a pele sobre os ossos, como que mumificadas e dá-lhes a morte por consumpção, quando não sucumbem a uma doença infecciosa intercorrente, cujo prognóstico fora engravecido pelo definhamento.

A anorexia mental tem quase sempre um começo insidioso e imperceptível. Por via de

regra, a alimentação vai sendo reduzida gradativamente e um mais ou menos largo período de hipo-alimentação, dissimulada com o auxílio dos mais variados estratagemas, das mais hábeis fraudes, antecede um emagrecimento evidente.

A redução alimentar pode ser global, mas, primordialmente, não costuma incidir, sem distinção, sobre quaisquer alimentos.

Vão sendo abolidos, sucessivamente, os que são reputados mais nutrientes ou especialmente favorecedores da formação de gordura.

Alguns anoréxicos mentais pretendem sustentar-se com um alimento único, como se assim fosse possível ao organismo humano obter energia mecânica, energia calórica e reconstruir a sua matéria.

Estas anorexias parciais, digamos assim, são de temer, pois conduzem subrepticiamente a uma sub-alimentação qualitativa, de indiscutível gravidade; e, se uma terapêutica adequada não vem opor-se, eficientemente, a um intento, horrivelmente porfiado, de emagrecimento, o anoréxico mental pode chegar a recusar-se a ingerir tudo o que, em estado sólido ou líquido, se lhe afigure possuir valor alimentar, e limitar-se a lamber os dedos que esfarelaram miolo de pão, ou a humedecer os lábios com um pincel molhado em água açucarada. . .

A descida ponderal acompanha o decréscimo da alimentação, e o anoréxico mental,

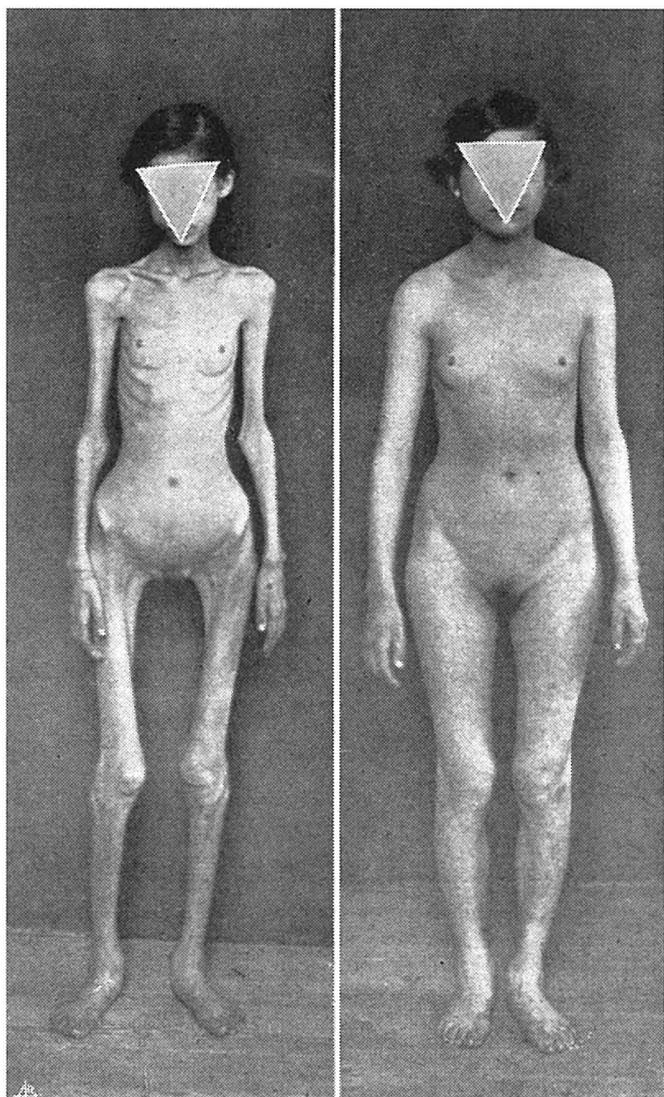
sem pânículo adiposo — (esse envoltório contínuo entre a pele e a *fascia superficialis* de tão alta importância na morfologia individual) — vai sofrendo uma diminuição de peso que pode igualar e porventura exceder 50,0%.

Mas — facto notável — o genuíno anoréxico mental não atenta na indispensabilidade da alimentação, não reconhece que um perigo mortal o espreita; não o atemoriza o destino que o espera e, longe de dar mostras do desejo de conjurar aquele perigo e de se furtar a este destino, que fundadamente desassocega e assusta a sua família, continua, impávidamente, a denunciar este estranho estado de espírito, numa exibição de tranquilidade e de impassibilidade em face do desfalcamento incessantemente progressivo do seu peso e do seu volume (nutrição endógena), que faz lembrar a de certos tuberculosos, já cerca da sepultura.

Proclamam o seu bem estar e a dispensabilidade de melhor alimentação.

À parte isso, a sua vida intelectual dá aparências de normalidade. Podem numa fase evolutiva avançada apresentar um aspecto triste, mas sem a dor moral ou qualquer das ideias delirantes da melancolia.

Indiferente perante as consequências visíveis da sua formidanda insuficiência alimentar, ou, mais que isso, satisfeito com o seu aspecto físico, o anoréxico mental não se considera doente, não se queixa de



(Página deixada propositadamente em branco)

livre vontade, e é pela sua opposição inflexível, que parece inelutável, a uma alimentação normal, que a família solicita a intervenção do médico. Recurso inútil, como tantas vezes se tem verificado—(a anorexia mental é quase sempre tardiamente diagnosticada)—ou de certa maneira prejudicial, se o médico não souber—(não há quem saiba tudo de tudo)—que a anorexia mental existe, e prescrever um regime dietético draconiano e carenciado, que, lamentavelmente, costuma servir de gostoso pretexto para uma ainda mais pronunciada restrição alimentar; ou se fizer consistir toda a sua interferência como terapeuta em injeções de preparados de cálcio, vitaminados ou não, ou quejandas inutilidades. . .

*

*

*

O anoréxico mental mostra-se ordinariamente retraído, reservado. Esquiva-se a elucidar-nos sobre os motivos justificativos da sua hipo-alimentação. Mostra-se enleado e contrafeito, ou agastado, quando se estranha a sua pertinácia na recusa dos alimentos, mesmo os mais apetecíveis e pelos quais manifestara anteriormente a mais rasgada preferência; ou, então, invoca, com enfado e a mais duvidosa sinceridade, a falta de apetite, ou os incómodos sentidos depois da introdução dos alimentos no estômago. Ora se limita a dizer, com secura, que pode sem prejuízo algum pres-

cindir de melhor alimento, ora engravita-se e declara, petulantemente, ser ele quem sabe como há-de alimentar-se. Não há ardil de que não lance mão para o encobrimento da insignificância ou pouquidade da sua ração alimentar: — ocultando, engenhosamente, os alimentos que afirma ter ingerido, falsificando o resultado da pesagem quando sabe que é levado periódicamente, em dias certos, à balança (pela retenção voluntária de urina e de fezes, por uma fita de chumbo à volta da cintura ou circularmente enrolada na coxa como se fora uma liga, por discos de chumbo forrados de pano à guisa de botões, etc). Numa das minhas doentes foi encontrado um peso de ferro de 250 gramas ligado a uma das peças interiores do seu vestuário.

Quando já está reduzido a uma sombra, é, ainda, em regra, de má sombra que acolhe quem se importa com a sua saúde. Todavia, às vezes, presta-se, complacientemente, a todos os exames médicos, na antevisão deleitável de que não se chegará a pôr em evidência um estado organopático, que torne claro e facilmente compreensível o seu despiciendo regime alimentar.

Efectivamente a exploração clínica mais minuciosa não logra descortinar uma afecção orgânica cabalmente esclarecedora da patogenia deste mal *sui generis*.

Nem sequer a língua saburra a impedir a penetração de substâncias sápidas nos corpús-

culos epiteliaes das papilas, órgãos receptores, periféricos, do paladar, ponto de partida da sensação gustativa, só possível se essas substâncias são naturalmente líquidas, ou, quando sólidas ou gasosas, dissolvidas na saliva.

Poderá causar estranheza e parecer temerária a afirmação de que não é por ter perdido o apetite que o anoréxico mental vai apoucando nefastamente a sua alimentação.

Como averiguar se ele tem ou não fastio?

Dois factos, que repetidas vezes tenho observado, merecem ser postos em relevo.

1.º Há doentes — são raros — que confessam, desrebuçadamente, como foi e porque foi que passaram à repulsa dos alimentos e o grande esforço a que se obrigaram para o pertinaz abandono da alimentação normal.

2.º Mesmo quando o anoréxico mental já tem uma longa história e está horrivelmente emagrecido, uma vez colocado em condições diferentes daquela em que decorrera últimamente a sua vida, pode, de uma hora para outra, começar a realimentar-se satisfatoriamente, ingerir uma succulenta refeição, o que não era de prever, não só pelo facto de as manifestações da fome fisiológica poderem deixar de se fazer sentir nos indivíduos que se entregam ao jejum prolongado (o que não é inteiramente equiparável às restrições alimentares obrigatórias), senão também pela insuficiência

motora e secretória do estômago, pelo desuso, nos inaniciados.

Que diferença entre o que se passa com os anoréxicos mentais e os verdadeiros anoréxicos de causa orgânica, como são, em regra, os cancerosos gástricos. Que contraste entre a propositada e tantas vezes contrariante escassez alimentar, nos primeiros, e os enternecedores esforços dos segundos, na enganadora esperança de superarem a sua inapetência; nestes, realmente inapetentes, mantém-se intacta a consciência da imprescritível necessidade de alimento e o correlativo desejo de lhe dar satisfação.

É bem conhecida a locução francesa: *l'appétit vient en mangeant*. Sim, nos indivíduos normais ou subnormais; reciprocamente, o apetite declina em quem se tiver submetido a um regime, cada vez mais comprimido, de hipoalimentação.

Por via de regra, bastam poucos dias de jejum para que as sensações penosas da fome e da sede, as contracções da porção terminal do esófago, localizadas falsamente no epigastro, e a secura da boca, da base da língua, da abóbada palatina, da faringe, estejam atenuadas.

Experimentalmente, prova-se que, para o seu desaparecimento, é efectiva a injeccção intravenosa de sangue de um animal em pleno período digestivo.

A anorexia mental observa-se com enorme predominância no sexo feminino, no período da adolescência, no 1.º sexénio post-puberal.

Recordo-me de ter visto um caso de anorexia mental masculina num adolescentúculo, pouco atilado e efeminado, que só queria alface...

Poder-se-ia dizer um mal... de mulheres, se tal designação não evocasse o significado pejorativo atribuído pelo vulgo a estas palavras; e seria de uma injustiça arrepedadora denominar assim um mal que é quase apanágio de raparigas virginalmente castas.

Não é sempre muito fácil, longe disso, que elas se nos abram com uma simplicidade arcan-gélica, para entrarmos no seu convívio espiritual e perscrutarmos o mecanismo psicológico da sua oposição a uma razão alimentar racional; para, em suma, recebermos as suas confidências.

Claro está que temos em vista verdadeiros e puros anoréxicos mentais.

É azado o momento para dizer que tenho contraditado diagnósticos problemáticos de toxi-infecção bacilar, em casos de emagrecimento por anorexia mental; e, mais raramente, tenho impugnado diagnósticos de histerismo (vocábulo horrível!), em casos de inapetência rebelde, sintomática duma tuberculose desconhecida por ser

antecessora de lesões pulmonares reconhecíveis clínica ou radiologicamente.

No penúltimo caso de anorexia mental por mim observado, coexistia a tuberculose pulmonar, que não devia influir, apreciavelmente, no determinismo da sua bem escassa alimentação, porquanto, isolada que fora da família, passou a alimentar-se admiravelmente, o que não impediu que, volvidos alguns meses, fosse vítima da sua bacilose.

Que é que poderá esclarecer-nos, cabalmente, sobre a etiopsicogenia da anorexia mental?

Como é que um indivíduo, por via de regra uma donzela, sem passado patológico digno de menção, com um exame neuro-psiquiátrico negativo, sem a menor dificuldade em mastigar, deglutir, digerir e sem que se logre descortinar o mais leve estado organopático—delibera recusar os alimentos, desprezar o apetite e refrear um instinto tão vivaz, tão profundamente radicado como o da nutrição?

Instinto englobado na memória da espécie, legada a todos os seres pelas gerações antepassadas, instinto primário que entra a manifestar-se quando passamos da vida intra-uterina aquática, parasitária, para a vida aerea.

O recém-nascido da espécie humana, diversamente do que acontece com os outros mamíferos, não recebeu da natureza a possibilidade de se deslocar à procura da teta materna, mas logo que

esta lhe é introduzida na boca entra a executar os movimentos complexos da sucção, sem prévia educação, sem saber para que o leite serve e, quando começa a sugá-lo pela primeira vez, sem conhecer o gosto que ele tem, e ignorando totalmente que ele constitui o protótipo do alimento ideal nos primeiros meses da vida.

Subposta a uma tal ou qual uniformidade de aspecto exterior, é crível que haja, na anorexia mental uma diversidade etiológica de factores psíquicos.

—Será um esquisito desejo de se salientar, de despertar interesse, de captar e reter a atenção e a curiosidade alheias, até à custa do sacrificio da saúde e da vida?

—Haverá o propósito de exhibir um mal que coloque o clínico em grandes embaraços, quando procurar debelá-lo com prescrições medicamentosas?

—Pretenderá a anoréxica aviventar a solidão familiar e ver-se colocada numa situação de privilegiada?

—Será por ter notado a predilecção dos pais por outro filho, do mesmo sexo ou não, e querer forçá-los a volverem para ela, compensadoramente, os seus desvelos e carinhos?

—Será porque este sentimento de inveja se conjugue maldosamente com o desejo de preocupar, inquietar a sua família?

(Não há somente uma inveja aberta, declarada, há também, mais frequentemente, uma inveja surda, oculta, subconsciente, geradora de um sentimento de hostilidade, cuja origem não é clara e completamente reconhecida pelo invejoso).

—Será porque na altura da vida em que começa (em concorrência com outras raparigas ao casamento, ou antes, ao namoro preliminar) a olhar para a sombra, a anoréxica, por ter notado, com dissabor e despeito, a preferência dos rapazes por outras raparigas mais esbeltas e trêfegas, se tornara almeiante do adelgaçamento do corpo, na esperança de adquirir maiores atractivos?

—Será porque havendo na roda das suas relações pessoais uma ou mais pessoas corpulentas, atarracadas, brancas e desajeitadas, a horroriza a ideia de poder vir a engordar exuberantemente, e a tornar-se, fisicamente, desgraciosa e, intelectualmente, medíocre?

(Uma antiga anoréxica mental, que fora minha doente há mais de 20 anos, ainda hoje não pode lembrar-se plácidamente, de uma gravura representativa de um caso de polisarcia feminina que se lhe deparara numa publicação médica).

— Poderá uma adolescente, intelectualmente bem dotada, hiperestésica, no período internubilo-pubertário de incubação da personalidade adulta, rebelar-se contra a rotina, a insipidez, a taca-
nhez, as ideias antiquadas das pessoas com quem co-habita, em antimonía frisante com as suas estuantes inclinações e anelos ferventes, e, depois de ter sido mais ou menos dócil, comprazer-se na desobediência, tornar-se impaciente, intolerante para admoestações, intemperante de linguagem, altercadora e arrogante, protestadora contra os hábitos caseiros e abstinente da alimentação usual?

— Poderá o viver derrancado duma donzela quesilenta, incapaz de aceitar de boa mente um defeito físico, por vezes insignificante, congénito ou não, inextinguível ou intransformável, impulsá-la à depreciação sistemática das raparigas isentas desse defeito, subjugá-la por um sentimento de inferioridade, e assim levá-la a afear-se como uma faminta, quando seria de bom conselho tentar realçar os dotes naturais, para colher uma vantagem compensadora?

— Será porque, desagradavelmente surpreendida por uma ligeira e passageira adiposidade, coincidente com os prenúncios da puberdade, receie que ela tenda a desenvolver-se por forma a torná-la menos lépida, a prejudicar o seu porte

elegante e desempenado, e a toldar a harmonia das linhas corporais?

Já com uma magreza arripiante, não é raro que a anoréxica mental continui, como se fosse macró-psica, a julgar-se muito volumosa, reboluda, enxundiosa...

Fazem contraste com certos obesos exógenos, por excesso de alimentação, que não se julgam comilões.

—Será em resumo, uma preocupação de estética plástica, levianamente alçada ao extremo?

—Será pela persistência de necessidade infantil de protecção e apoio, na antevisão das responsabilidades na fase da vida consecutiva à ultimate da diferenciação sexual?

—Será um plano pueril de retardar o crescimento (uma vez que não pode regressar à infância) para não ter figura de mulher, para continuar a ser acarinhada, amimada como em criança, manter-se no aconchego protector e defensivo da casa dos pais, com medo do futuro, do casamento, do amor físico, dos desejos carnis dos homens?

(Uma ou outra anoréxica mental deixa transparecer o seu pesar pelo facto do seu crescimento não ser impedido pelo descenso ponderal e volumétrico, principalmente quando houver

uma hipertrofia estatural, fisiológica, na altura da puberdade).

— Será um sentimento de pudicícia despertado pelo efeito das hormonas sexuais hipofisárias, que desenvolvem os caracteres sexuais secundários, entre os quais a menstruação é o mais tardio e o mais específico?

— Poderá uma rapariga que não transija com os mênstruos, por considerar impuro e abominoso tudo o que se relacione com a sexualidade, esperar (e essa esperança é fundada) que a redução da alimentação a liberte dessa amofinadora, nojenta, hemorragia periódica?

— Será por ver alguma coisa de vergonhoso e imoral na rotundidade adiposa dos seios e das nádegas?

— Será por um particular melindre a uma atmosfera de desarmonia e discórdia, às desavenças domésticas, nomeadamente às dissensões entre os pais, com a circunstância de se ir reflectir, electivamente, na esfera digestiva tudo o que escandaliza a sua excessiva sensibilidade?

— Será por uma requintada susceptibilidade para a grosseria e rudeza dos modos e da linguagem de seu pai, que uma rapariga, tão deli-

cada, mimosa e cortês como a mãe, se sinta inibida de se alimentar quando ele está presente?

— O gosto intenso da solidão e do silêncio numa adolescente impregnada do mais puro idealismo, contrariada por viver entre pessoas azafamadas e barulhentas, desejosa, contra a vontade dos pais, de abraçar a vida conventual— poderá levá-la a limitar cada vez mais a alimentação, para aniquilar essa atitude opositiva à sua aspiração?

— Poderá, numa rapariga bondosa, amorável e tímida contribuir para uma prejudicial restrição alimentar a suposição, obcecante e acanhadora, de que a sua manutenção é incomportavelmente dispendiosa para quem tem de a custear?

— Será porque uma torturante e secreta mágoa, como a causada por algum contacto hetero-sexual, numa aventura pre-conjugal, a prive, desoladoramente, do gosto de viver e a deixa seduzir-se pela ideia de perder a vida a pouco e pouco, por alimentação decrescente, enganadoramente embalada pela maga esperança de uma morte serena e suave?

— Será porque um feitio idealista, sonhador, a faça viver enlevada na contemplação imaginativa

da flexibilidade grácil de uma heroína de lillal finura, encarnação fantasista de um tipo ideal de suprema beleza feminina, descrita nalgum romance favorito ou nalguma novela do seu particular agrado, e tenha resolvido adoptar como paradigma essa estilizada figurinha?

—Será porque na impossibilidade, profundamente arreliante, de se tornar interessante pelo chiquismo do indumento ou pelos primores do espírito, procure singularizar-se por particularidades de mau gosto, como a simulação dos incómodos gástricos e uma fingida relutância pela alimentação comum à grande maioria das pessoas?

—Será por ter ouvido dizer que o bom e sempre saciado apetite fez desaparecer a alguma rapariga o donaire, a agilidade ondulante dos movimentos e atitudes, a facilidade das inflexões lânguidas do corpo, a leveza quase flutuante do andar?

—Será porque depois de se sentir desluzida pelo cometimento de faltas contra a castidade integral, por pensamentos libidinosos ou actos provocativos de prazeres solitários ou homo-sexuais—sinta fremir o desejo reparador de materializar aos seus próprios olhos, pelo emagrecimento, o remordimento e a contrição?

—Será o propósito de se consagrar a uma vida intensamente espiritual que a leva ao esquecimento das exigências do corpo, instrumento indispensável do espírito?

—Será um acto de penitência, explicável por um sentimento de culpabilidade nascida dum antagonismo conflituoso entre uma moralidade inatingível e pulsões instintivas, nomeadamente de natureza sexual, julgadas culposas?

—Será numa rapariga de intolerância mimalha e piegas para as sensações incómodas o facto de ter sentido alguma perturbação dispéptica de ordem neuropática, como uma ligeira hiperclo-ridria, relacionada com uma hipervagotonia constitucional, o *primum movens* dum cerceamento da razão alimentar?

A amamnese mostra-nos de facto a existência de perturbações digestivas e subjectivas nalguns casos de anorexia mental: sensação de peso e plenitude post-prândio, vómitos totais, parciais ou electivos, eructações, morosidade da digestão estomacal, etc. Quando estas perturbações de aparecimento episódico ou com grande regularidade seguidamente a cada refeição, tendem ao desaparecimento rápido mediante uma grande redução da alimentação, poderá o desmedido e sobressaltante receio do seu reaparecimento contribuir para a instalação da anorexia mental?

As úlceras gástricas e duodenais, infrequentes nas duas primeiras décadas da vida, são mais raras ainda nas raparigas que nos rapazes, mas há anorexias mentais falsídicas, que se queixam de abolição do apetite associada inconsequentemente a dores como as dos ulcerosos gastro-duodenais, para se desculparem da repulsa dos alimentos.

— Será porque desgostosa da ração alimentar normal, que lhe proporcionara uma ligeira adiposidade e o arredondamento das formas juvenis, se convertera numa fiel observadora de um regime de indesejáveis consequências obstipantes, e depois, para não se sentir forçada a recorrer a substâncias laxativas e a enemas embirrativos, delibera minorar mais e mais a sua alimentação, na suposição de que tornará inócua, pela sua insignificância, a retenção fecal?

Não são poucos os pais que porfiam em inculcar à sua progenitura os próprios gostos alimentares e insurgem-se contra as preferências, com eles discordantes, manifestadas pelos filhos. Seja num propósito de combate à gulodice, seja em obediência a noções científicas embrionárias ou a preconceitos absurdos e contraditórios, forcem-nos ao consumo de certos alimentos e à proscrição doutros.

Ora, a adolescente que se limita a um fugitivo e desdenhoso volver de olhos, ou nem isso, para

todos os alimentos que lhe são oferecidos, e de que é veementemente solicitada a servir-se com inteira liberdade de escolha—fá-lo-á por um recôndito mas imperativo espírito de desforra, não inteiramente isento de ostentação?

Há na verdade anoréxicas mentais bem lembradas que no período anterior da sua vida foram contrariadas desamorosamente, tanto na sua queda para certas substâncias alimentícias (porventura as mais adaptáveis fisiològicamente às necessidades do seu organismo) como na sua grande aversão em relação a outras.

— Poderá numa menina excepcionalmente afectiva, no limiar da patologia emocional, ferida pela separação brusca da família, que tardiamente a fizera aluna interna de um colégio — sobrevir um estado nostálgico, com perturbações dispépticas e elanguescimento das funções assimiladoras, que sejam o ponto de uma restrição alimentar revestida do aspecto da anorexia mental?

— Acaso existirá numa rapariga que se recusa a alimentar-se uma aversão mal disfarçada contra a mãe com quem vive, e, conexamente, uma inclinação ardorosa para o pai ausente, que ela, ardentemente desejosa de o ver regressar ao lar, para fruição de todos os seus carinhos e da plenitude da sua ternura, recorra ao expediente de se debilitar impressionantemente?

— Haverá algumas vezes que invocar na perscrutação do fundamento da anorexia mental esse escabroso e tão falado (tantas vezes fora de propósito) «complexo» que tem o nome de um mal-aventurado Rei de Tebas (Edipo) imortalizado na tragédia da autoria de um célebre escritor grego SÓFOCLES?

— Será fundamentalmente a revelação de um feito insubmisso? Há adolescentes que se não conformam com a autoridade dos pais, como há as que procuram eximir-se aos seus mimos e meiguices, por não se considerarem já crianças. Há as revoltadas, que vêem, na disciplina da escola e na austeridade do ambiente familiar, um empecilho às suas veleidades de independência.

— Será com um intuito amofinador, arreliante, que uma donzela, arguidora dos pais, por se julgar oprimida, se decide, vindicativamente, a abster-se de comer?

— Será por querer fazer-se passar por vítima da família?

— Será a anoréxica mental um espécime de tirana doméstica?

Pretenderá entristecer os pais com o seu aspecto famélico, justamente pelo facto de terem

de continuo vivido raladoramente preocupados com a alimentação dela?

—Será por sentir uma tristeza, embotadora do apetite, proveniente de uma inclinação amorosa encoberta, sem possibilidade de desenlaçamento decoroso?

—Poderá uma rapariga ter desdem pela alimentação por se sentir incompreendida no seio da família que ela não pode abandonar?

—Será o expediente manhoso de uma donzela, para extorquir aos pais, atemorizados com o seu definhamento, a transigência com uma união nupcial até então recusada continuamente?

—Será um desejo de adoecer, padecer, imolar a sua vida para abnegadamente demonstrar o seu indefectível amor a um pretendente escorraçado pelos seus pais?

—Será numa jovem recém-casada e já com amargas decepções, o pretexto airoso para se desviar, por necessidade de tratamento, do marido que aborrece, ou mesmo para ser deslocada para outro meio onde encontre admiradores e galanteadores que lisonjeiem a sua vaidade?

—Será um amor platónico, puramente imaginativo, que leve uma rapariga a finar-se na adoração de um ídolo inabordável?

—Será uma reacção anti-vital, um disfarçado processo abreviativo da existência, numa crente de amortecida e indouta religiosidade, que pensa não ofender a Deus quando o suicídio é efectuado com lentidão?

—Será o propósito de deixar-se morrer, mas não de se matar, para não transgredir a lei divina?

Conheci uma doente com este modo de pensar.

Não era uma melancólica; se o fora, não se deixaria influenciar pelas palavras demonstrativas de que se enganava supondo enganar Deus; de que, se ela se abstinha de comer para ir morrendo estiolada, lentamente, pecava por dois modos: atentando contra a própria vida, e não acreditando, na omnisciência de Deus, que tudo vê, tudo sabe, e não conhece apenas os actos, mas também as intenções.

— Poderá haver na anoréxica mental persistência do sentimento infantil de castração, que faça com que a rapariga pesarosamente se julgue incompleta, por se ver desprovida de um órgão de que são dotados os rapazes?

— Poderá o despertar latejante da sexualidade, constringido por um exalçado culto da pureza, infelicitar a vida de uma adolescente, que, para acalmar a clandestina tempestade interior, delibera castigar o corpo alimentando-se mal?

— Que papel caberá na génese duma contumaz restrição alimentar — ao estado eufórico, às representações mentais de conteúdo agradável, às visões gososas de tonalidade erótica, dificilmente confessáveis, que o jejum inaniciante pode produzir?

— Haverá realmente uma espécie de onanismo mental, que causa vergonha à donzela com eretismo sexual e a torna recalcitrante, ao mesmo tempo que lhe proporciona um prazer libidinoso, que a incita a não comer?

— Poderá haver hedonismo na anorexia mental, um mixto anómalo de emoção genital e sofrimento corpóreo? Acaso a abstenção alimentar num indivíduo de intenso apetite provocará a agridoce volúpia de um masoquismo encapotado?

— Será o desejo de experimentar as impressões de levitação, propícia às meditações místicas em que se comprazem os ascetas fanáticamente dados ao jejum?

— Que relações poderá haver entre a anorexia mental e uma continência que, limitada à privação dos prazeres sensuais, deixa subsistir uma ardente insatisfação, por lhe faltar uma iluminação espiritual, uma sublimação transfiguradora dessa privação em alegria e gozo?

*

* *

Julguei não dever omitir nenhuma das interrogações que acabo de formular, porque nenhuma delas se me afigura descabida, reportando-me ao muito que tenho visto, a despeito da dificuldade de acesso à intimidade espiritual das anoréxicas mentais. A estas, como aos sitiofóbicos, contra-põem-se os bulímicos e os polifágicos: os bulímicos, pela fome que neles se faz sentir com desusada e desmedida frequência; os polifágicos, porque só se saciam com desmarcadas quantidades de alimento.

As donzelas anoréxicas mentais, transigindo sem desprazer com o seu aspecto arripiante, fazem lembrar os rupofóbicos que, com a fobia, que os assedia e ilaqueia, das coisas sujas, manchadas ou conspurcadas, vivem aliviadas na imundície, não tocam na roupa lavada de imaculada alvura que são convidadas a vestir, e deixam apodrecer, cair em farrapos sujos e mal cheiro-

sos a roupa que, pela sordidez, muito tempo antes deixara de ser branca.

E eis aqui uma comparação que não parece sem cabimento: sendo insinceras tantas vezes, as anoréxicas mentais, ao afirmarem que não sentem necessidade de alimento, acaso serão sinceras quando confessam a impossibilidade de comer?

No caso afirmativo, será esta impossibilidade de ordem fóbica, uma abulia motora sistematizada, entorpecedora e paralisante?

Haverá por ventura um estorvilho inibitório da execução desse acto tão simples e agradável para as pessoas normais, e indispensável para todas? Não sendo fóbicos os chamados sitiofóbicos, sê-lo-ão, afinal, as anoréxicas mentais?

Seremos injustos ao afirmarmos que não comem porque não querem? Alegarão elas, para encobrimento dessa impossibilidade com a qual se sintam, talvez, humilhadas, uma inapetência, que não existe, e um mal estar, na verdade nunca sentido, após a ingestão alimentar? Não.

1.º A anoréxica mental jamais exterioriza o desejo e a necessidade de alimentação;

2.º Nunca manifesta a menor mágoa pela sua insuficiência alimentar;

3.º Ao ter de começar a sua realimentação, nada se observa que, mesmo de longe, se assemelhe à formidável reacção emotiva dos obsessivos fóbicos, quando são forçados à realização de

um acto oposto ao retraimento e à inacção em que os coloca, opressoramente, a sua fobia.

Nos anoréxicos mentais observa-se correntemente um facto que, por inesperado e insólito, bem merece ser posto em relevo.

Quero referir-me sobretudo à desleixação no resguardo contra o frio e à sua actividade muscular.

Longe de preguiçosos, indolentes, apáticos, mostram-se exageradamente activos e é de espantar a sua resistência à fadiga.

A escassa alimentação e a oligodipsia não os inclinam à quietude.

A astenia, que seria de prever acompanhasse o emagrecimento, só tardiamente se manifesta. A obstinação que os leva a uma tão estranha redução da sua alimentação, faz-se também sentir quando se entregam, com freima, a múltiplas ocupações, designadamente trabalhos manuais, se empregam azafamadamente em novas tarefas caseiras, dançam com frenesi, fazem ginástica, praticam diferentes exercícios desportivos.

Além de não proverem as despesas, variáveis e contingentes, do organismo, vão-se entretendo em as multiplicar tanto quanto lhes é possível.

Procuram estar sempre de pé e não falta a macambuzice e rabugem quando convidadas, mesmo brandamente, a sentarem-se, ou quando se lhes prova que as suas necessidades alimen-

tares são agora maiores do que quando a sua actividade era menor. E já tenho visto os pais não desaprovarem a vida movimentada ao ar livre e até aplaudirem-na, fiados na declaração da mocinha, que, hipòcritamente, lhes insinua que uma vida repousada a torna fastienta.

Nalguns anoréxicos há uma grande propensão para a deambulação, dão longos passeios, como se o seu vigor físico se não encontrasse diminuído. Mais que isso: como se a pouquidão do alimento, levada a um grau funesto, aumentasse a sua resistência à fadiga.

Recorrem, em suma, aos meios de lícito emprego quando se pretende combater racionalmente uma tendência constitucional para uma lipofilia exagerada, que sobrecarrega de células adiposas as estruturas conjuntivas do organismo: restrição alimentar, aumento das combustões orgânicas.

Habitualmente longilíneos, sem factor genotípico de obesidade, minoram num grau inverosímil a energia intrínseca da sua alimentação; e por uma agilidade e destreza desmarcadas, ou pela imobilidade activa na atitude vertical, os hidratos de carbono dos músculos são queimados mais rapidamente e em maiores proporções, o que vai estimular a mobilização destrutiva das reservas adiposas, activar a oxidação dos lipídeos.

É bem conhecida a adaptabilidade do nosso organismo (excepto na velhice) a uma redução

regularmente progressiva da alimentação, como é maravilhoso o mecanismo mantenedor da personalidade humoral e do equilíbrio físico-químico, nos chamados anoréxicos sociais, que, pelo império de circunstâncias, inerentes à sua miséria pecuniária, vivem com uma alimentação diminuta. O organismo hipoalimentado trabalha em conjunto o mais economicamente possível. Mas como se poderá explicar esta clamorosa discrepância, entre o estado de desnutrição do anoréxico mental e a sua actividade?

Importa não esquecer que, na anorexia mental pura, a desnutrição é devida unicamente à hipoalimentação de causa espiritual: não é a expressão sintomática dum estado mórbido de carácter orgânico, que o exame clínico e o laboratorial possam desvendar.

¿A actividade motora dos anoréxicos mentais será explicável pelo seu propósito de demonstrarem que passam bem com a sua alimentação exígua e que, por isso, dispensam uma quantidade superior de alimento?

Pretenderão com a sua actividade desmarcada em relação à sua pressuposta resistência muscular, aumentar o ambicionado emagrecimento?

Qualquer destas interpretações é plausível.

Há anoréxicas que só se sentam às escondidas e ficam muito atarantadas e abespinham-se quando são surpreendidas a descansar, o que, na

verdade, elas só fazem quando as suas decaídas forças tornam o exercício prontamente cansativo e extenuador.

Desejo ainda referir-me à circunstância de as famílias, de alguns doentes, certificarem que eles já se mostravam hiperactivos, num mais ou menos dilatado período predecessor da restrição alimentar.

Mas será realmente acertado fazer retrotrair tal hiperactividade ao período preanoréxico, a uma época em que não havia ainda mudança na alimentação habitual ou ter-se-ia já inaugurado um discreto, quase imperceptível, mas contínuo, regime deficitário de alimentação, que houvesse passado despercebido? Ou tudo se limitava a uma tentativa de provocar simplesmente por um excesso de actividade motora, sem oligofagia nem oligopatía, um emagrecimento?

Frustrada essa tentativa, verificado que, por essa forma, o escopo alvejado não era atingível, tornar-se-ia tal malogro um incentivo para a abolição dos alimentos?

Caberá outra interpretação a esta hiperactividade preambular, caso realmente tenha existido?

Deverá ela ser considerada como uma mais ou menos velada fase de excitação, precursora de uma também mais ou menos disfarçada fase depressiva, por forma a constituir a anorexia mental um equivalente psicossomático de um estado ciclotímico?

Por outras palavras:

Poderá algumas vezes a anorexia mental representar uma modalidade da psicose excito-depressiva?

Respondo por uma forma peremptòriamente negativa a esta interrogação.

Nada se opõe a que a anorexia mental se encontre associada a uma forma mais ou menos mitigada da referida psicose, que constitui uma das vastas sínteses da nosografia psiquiátrica; mas não dou, como corolário lógico do que já disse, o meu aplauso à opinião dos que pretendem ver, na anorexia mental, uma modalidade da psicose intermitente na sua fase depressiva, o substituto de uma crise de atenuada depressão melancólica.

Para esta identificação, já vi com assombro invocada a curabilidade da depressão melancólica e da anorexia mental. Dificilmente se poderia aduzir razão mais fútil e desprezável, tanto mais que a depressão melancólica é de curabilidade espontânea e, por vezes, termina rapidamente, bruscamente, ao passo que a anorexia mental, abandonada, propende para o agravamento ininterrupto até à morte.

Na anoréxica mental com a sua vida intelectual e actividade motora conservadas, por vezes com grande agilidade intelectual e actividade motora excedente em relação ao que era antes do amarelecimento da sua rósea juventude, —

que há de equiparável ao afrouxamento, ao velamento, à inibição psíquica do melancólico? A vivacidade psíquica ainda se mantém no anoréxico mental, quando as forças físicas se encontram já no mais franco e patente abaixamento.

Como não repudiar então a opinião de quem vê, na anorexia mental, uma depressão melancólica monossintomática, reduzida à recusa dos alimentos?

Diz-se que a melancolia e a anorexia mental tendem igualmente a recidivar. Supunhamos, por um momento, que assim é. Que valor teria tal carácter evolutivo para nos levar a integrar a anorexia mental na ciclotimia ou na psicofrenia? A verdade, porém, é que se a recidiva de certos estados melancólicos é facto de observação corrente, em todos os tempos e em todos os lugares, não acontece o mesmo com a anorexia mental, não obstante o que se encontra exarado em livros que parecem redigidos por quem nunca a observou; em manuais e tratados de Psiquiatria que aludem, tão de fugida, à anorexia mental e lhe dedicam considerações tão perfunctórias e falsas que quem pretender conhece-la, pela sua leitura, fica sem a conhecer.

Ora, em toda a minha vida de clínico, já longa e prestes a findar, apenas me recordo de ter visto num caso de anorexia mental, entre dezenas deles, um começo de recidiva, que foi, imediatamente, jugulado.

E não se diga que são casos recentes e que algum tempo volvido a recidiva pode dar-se, ou que já se tenha dado em casos antigos sem o meu conhecimento.

Em primeiro lugar, de algumas minhas ex-doentes, hoje já encanecidas, tenho tido repetidas informações. Por outro lado, a anorexia mental, síndrome climatérico, não aparece na segunda metade da idade adulta, e menos ainda na fase última da vida. Finalmente, não é crível que depois de um primeiro e retumbante êxito por mim obtido, fosse escolhido outro clínico para dispensar a sua assistência à mesma doente, a quando de uma recidiva.

Devo por fim advertir que a psicoterápia, em confronto com o seu maravilhoso poder na anorexia mental pura, pode dizer-se inoperante na melancolia.

Nada se opõe a que num anoréxico mental se formem concepções delirantes de conteúdo melancólico, e que a rejeição dos alimentos seja parcialmente imputável a um intento sacrificial adstrito a um sentimento de culpabilidade. Esta associação fortuita, — anorexia mental e melancolia com sitiobofia — importa fatalmente para a anorexia mental a perda da sua pureza, indispensável para a análise dos seus caracteres semióticos, obscurecidos, nublados, na anorexia mental acompanhada.

Há estados hipocondríacos que têm aparência com a anorexia mental. Mas é vedada à minha compreensão a opinião dos autores que pretendem ver, na anorexia mental, a expressão de ideias hipocondríacas.

Que diferença entre o estado psíquico arrevezado do anoréxico mental e o dos hipocondríacos! Os primeiros são desprezadores da saúde, os outros preocupam-se com ela por uma forma inexcedivelmente exagerada; e se aqueles ficam de lábios pregados, estes são extremamente minudentes na descrição dos males de que se crêm afectados.

Anoréxicas mentais há que, não obstante o seu definhamento ter atingido proporções graves, dispõem o que resta das suas forças em cuidados incongruentes com o embelezamento da sua pessoa. Recordo-me duma doente, cujo depauperamento era tal que, sem qualquer déficit paralítico dos membros inferiores, nem ser astásica-abásica, não lhe era possível dar um pequeno passo ou ter-se em pé sem o amparo doutra pessoa. Ostentava as unhas (dos dedos manuais pelo menos) de côr de sangue, pintadas por ela própria. Aconselhei-a a deixar tal trabalho para quando tivesse desaparecido a debilidade que a obrigava a manter-se no leito, recuperado o frescor da juventude; para quando, enfim, sendo moça, deixasse de pare-

cer uma velha encarquilhada. Ela retorquiu, formalizada; então eu não me havia de pintar?

Ao lado deste coquetismo, pode ver-se outro bem mais extravagante, e também mais raro, verdadeiramente mito-maniaco. Há, com efeito, anoréxicos mentais horrorosamente desnutridos, que parece verem beleza na fealdade e, não se contentando com o seu já tão desgraçoso e conflagrante aspecto, lançam mão de vários artificios destinados a darem maior vulto aos ultrajes físicos da escassez alimentar. Com o emprego dum pó amarelado, procuram conseguir que as suas faces pareçam mais escavadas; e outras alastram descompassadamente, as suas olheiras, arroxando com papel químico uma larga área circundante dos seus olhos encovados.

Estes casos não são, evidentemente, de anorexia mental solitária.

*

* *

Houve também alguém, e foi um grande psiquiatra francês, que emitiu a proposta de integração de certos casos de anorexia mental na Esquisofrenia de sintomatologia simplificada, na psicose discordante, como ele dizia, e é uma expressão defensável.

Refiro-me a SÉGLAS, que escreveu algures estas palavras ou outras do mesmo: «há sindro-

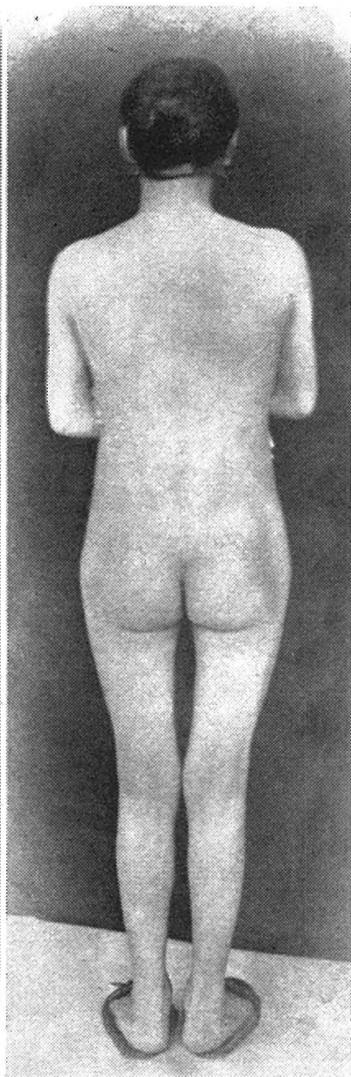
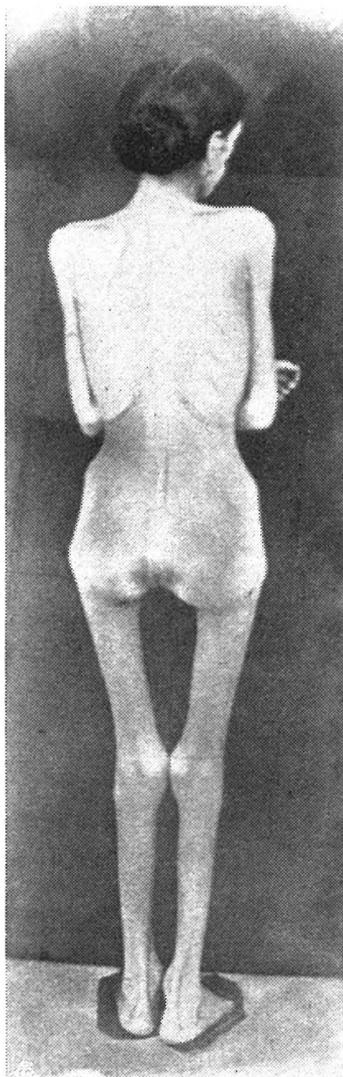
mas de anorexia mental que evoluem para um estado esquisofrénico». Parece-me uma maneira inaconselhável de fazer saber que a anorexia mental é confundível com uma esquisofrenia incipiente.

A destriça faz-se correntemente sem grande embaraço, mas alguma vez terá sido erradamente qualificado de anoréxico mental um indivíduo em quem a recusa dos alimentos constitua um sintoma isolado, único, de negativismo.

Os esquisofrénicos não desenvolvem aquela actividade coerente e propositada dos anoréxicos mentais. Emudecidos e imobilizados ante os alimentos, nunca chamam em seu auxílio, para encobrimento da falta de ingestão alimentar, os subterfúgios, de toda a ordem, utilizados pelos anoréxicos mentais; e ninguém consegue fazer desaparecer esta ou qualquer outra manifestação negativista pela forma por que se cura a anorexia mental, o que não quer dizer que a sitiofobia negativista não possa cessar subitanea e inopinadamente mesmo ao cabo de longos meses de alimentação artificial.

Mas nada há que impeça que um anoréxico mental venha a ser um esquisofrénico.

Durante a gravidez é normalmente mais económico o metabolismo nutritivo, mas há gestantes que, sem serem rigorosamente anoréxicas mentais, apoucam, por uma predisposição advinda dum fundo constitucional psicopático, a sua alimentação



(Página deixada propositadamente em branco)

por uma forma intensamente selectiva, ou tem apetências singulares, que acarretam deficiências na formação das reservas nutritivas necessárias ao filho.

(Página deixada propositadamente em branco)

ANOREXIA MENTAL E SINDROMA DE SIMMONDS

Há patologistas que têm querido ver na anorexia mental uma forma atenuada da doença ou, melhor, do síndrome de Simmonds.

Este síndrome anátomo-clínico foi atribuído por Tamborini e, posteriormente, pelo seu mais perfeito descritor, Simmonds, a uma lesão da glândula pituitária, designadamente do seu lóbulo anterior. De origem endodérmica, não tem este lóbulo a mesma origem embriológica do lóbulo posterior, derivado da ectoderme, nem é das mesmas dimensões, pois corresponde aproximadamente a quatro quintos da glândula total. A sua estrutura é também inteiramente diferente.

Segrega substâncias (tireo-estimulina, gónado-estimulina, córtico-estimulina...) incitadoras, por um mecanismo desconhecido; do funcionamento de quase todos os outros agrupamentos celulares, altamente especializados, acumuladores e transformadores de energia, que são as glândulas de secreção interna: tiróide, paratiróide, suprarenal...

Conjuntamente actua sobre as glândulas mistas, endócrinas e exócrinas, como o pâncreas, o

ovário, o testículo . . . Reciprocamente, todas elas exercem influência sobre o ritmo secretório da glândula hipofisária, que ainda toma parte activa no metabolismo dos glúcidos e dos lípidos e tem um papel essencial no crescimento do organismo.

É irrigado por ténues ramúsculos da carótida interna e das artérias comunicantes anterior e posterior.

Pelo seu descomunal valor fisiológico, pela sua sobrelevante importância vital, pela propriedade endocrinótropa das suas hormonas, que regulam a secreção das outras e harmonizam a sua acção, a hipófise cerebral — pequeno órgão elipsoide, de volume comparável ao de um caroço de cereja, maravilhosamente protegido no interior do crâneo — já foi julgada merecedora do singular epíteto de super-glândula.

Não faltou quem transbordasse de entusiasmo com a suposta descoberta de uma origem hipofisiária para a anorexia mental, até então sem substrato orgânico: era a confiança no seu corolário terapêutico, era a esperança de uma terapêutica etiológica.

De facto, com o advento desta doutrina organicista, endócrina, pulularam perigosamente os diagnósticos de hipopituitarismo e a opoterápia passou a ser precipitadamente aplicada na anorexia mental, que, diga-se de passagem, devia ser crismada, se fosse irrefutavelmente demonstrável

a essencialidade da hipofunção ante-hipofisiária na sua génese.

Que ponderosas razões poderão ter incitado os endocrinologistas a fazerem da anorexia mental uma hipofisopatia, uma expressão clínica de disfunção hipofisária?

Há inegavelmente certas parecenças sintomatológicas entre o síndrome hipo-hipofisário e a anorexia mental, mas nada invalida nem destrói as discrepâncias de ordem vária que obstam a que lhes seja reconhecida uma origem unívoca, e se mostram logo nos iniciais aspectos fenoménicos dos respectivos quadros clínicos.

1.º — A anorexia mental instala-se, em regra, como já foi dito e redito, sem precedência de inapetência. O síndrome de Simmonds abre habitualmente por uma anorexia intensa: é o seu sintoma primaz.

2.º — Na anoréxica mental, o emagrecimento é manifestamente ulterior à hipo-alimentação, que é a sua causadora. Nos insuficientes hipofisários, o emagrecimento rápido, generalizado e a perda global do apetite são coetâneos; e até já se tem observado, como noutras insuficiências endócrinas, não só uma perda de peso preceder a inapetência, senão também manifestar-se apesar do doente ter aumentado a sua já suficiente alimentação habitual.

Casos destes, embora excepcionalíssimos, vem fornecer-nos a decisiva demonstração de que nos hipofisários não é a escassez alimentar a originadora do emagrecimento.

Na doença de Adisson pode outro-sim produzir-se uma análoga diminuição de peso, antes de se apresentarem os sintomas característicos; e no cancro do estômago o emagrecimento preludia um sintoma de tanto vulto, como é a perda do apetite.

3.º — O estado psíquico e a hiper-actividade dos anoréxicos mentais estão em frisante antítese com a apatia, a astenia e o desalento dos anoréxicos hipofisários.

Se os primeiros se mantêm indiferentes ao progredimento da sua desnutrição, se assistem imperturbáveis ao espectáculo do seu descarnamento, que encaram com optimismo, nada de semelhante se regista nos anoréxicos hipofisários, que ao sentirem relutância pelos alimentos ficam pesarosos e esmorecidos.

4.º — A terapêutica vem pôr em resplandecente evidência a origem psíquica da anorexia mental. Com efeito, a sua cura — completa, definitiva — é exclusivamente do domínio da psicoterápia, inoperante no síndrome hipofisário, no qual uma terapêutica endócrina específica e intensiva, para contrabalançar a falta de hormonas pituitárias, reforçada com a opoterápia pluriglandular, está imperiosamente indicada, ainda que o resultado

favorável desta terapêutica seja não raramente passageiro ou nulo.

(O triunfo da hormonoterápia é o emagrecimento de origem supra-renal).

Neste trabalho estão reproduzidas fotografias de algumas das minhas mais antigas doentes, duas de cada, uma tirada num dos primeiros dias do tratamento, a outra quando as melhoras já eram notáveis. Todas curaram admiravelmente antes do aparecimento desta doutrina endócrina.

São casos esquemáticos de anorexia mental. Há um emagrecimento sintomático e não magreza, que é o estado normal de certos indivíduos, estado constitucional, muitas vezes familiar.

Diz-se arbitrariamente emagrecido todo o indivíduo cujo peso se tornou inferior a 15% do correspondente à sua estatura.

Para avaliarmos o emagrecimento destas doentes desnecessário é recorrer à balança, não carecemos de conhecer com exactidão ou aproximadamente o seu peso (nem de apreciar, mesmo com a simples pinça digital, a espessura do pânículo adiposo) para ficarmos certos de que ele é considerável.

A inspecção, simples e rápida, é suficiente para nos dar uma ideia nitente do seu grau: malares salientes, costelas em relevo, apófises espinhosas à vista, o contorno da bacia bem desenhado, a rotundidade bilateral das regiões gluteas substi-

tuída pela proeminência da ossatura central do sacro, com um fosso infracoccigeo, etc., etc.

Através da parede abdominal, despojada de gordura, uma leve pressão basta para tatear a coluna lombar.

A terapêutica psíquica tornou rapidamente possível a realimentação restaurante e salvadora.

A eficácia magnífica da psicoterápia, em perfeito acordo com o velho aforismo — *natura morborum curationes ostendunt* — é demonstração irrefragável da origem psíquica da anorexia mental, posto que a tão insignificante alimentação, que a um tempo ia entretendo e apagando a chama trémula e bruxuleante da sua vida, não devesse respeitar a integridade funcional do seu sistema nervoso vegetativo e das glândulas endócrinas.

Eu sei que em casos rotulados de anorexia mental, tem sido aplicada com êxito a opoterápia hipofisária. Mas não nos precipitemos a apresentar esses casos felizes para, com a invocação daquele mesmo adágio, proclamarmos a origem glandular da autêntica e simples anorexia mental.

Podem ser casos de diagnóstico errado, e a facilitar esse erro há múltiplos elementos comuns à anorexia mental e ao síndrome de Simmonds nas suas formas benignas, curáveis; e a confusão tem-se dado. É inegável que alguns exemplares clínicos de formas discretas do síndrome ante-hipofisário têm sido considerados como de ano-

rexia mental (posto que o erro inverso suplante este em frequência por ser bem conhecido o enorme poder influidor das hormonas hipofisárias sobre o apetite) e, por conseguinte, indevidamente tratados por meios psíquicos, com exclusão de quaisquer outros.

Em doentes com pseudo anorexia-mental, os benefícios colhidos com a opoterápia específica têm o mesmo nulo valor que os inêxitos da psicoterápia como elemento de prova da origem hipofisária da verdadeira anorexia mental.

E não arvoremos a tão falível sentença — *post hoc ergo propter hoc* — como testemunho insofismável dessa origem, quando uma terminação favorável houver porventura coroado o emprego da opoterápia.

Tal máxima é inaplicável com seriedade não só quando tiver havido emprego simultâneo de outros preparados glandulares (suprarenais, ováricos, etc.) mas ainda e muito principalmente quando não houver sido descurada a psicoterápia. Desnecessário dizer que, nestas condições, a opoterápia pode ter sido simplesmente inútil. E se tivesse sido proveitosa? Dever-se-ia daí inferir uma etiologia hipofisária para a anorexia mental? De forma alguma.

Ninguém pensa em atribuir uma origem langeransiana aos tão heterogêneos estados psicopatológicos em que a insulina revela utilidade terapêutica.

Inútil dizer que não denota necessariamente um erro de diagnóstico o facto de um doente se mostrar ininfluenciado por extractos hipofisários quando applicados consequentemente como terapêutica causal.

Tal ineficácia é explicável por uma lesão irreparável do lóbulo anterior da glândula ou pelo emprego de produtos inactivos, ou administrados em doses apequenadas ou *per os*.

O tratamento pode também ser inútil por ser serôdio. Os doentes chegados à fase terminal da emaciação têm perdida definitivamente a propriedade de utilização das hormonas hipofisárias e de restabelecimento do metabolismo normal.

São complexas, de constituição química ainda imprecisa, estas hormonas; e os produtos que se encontram no comércio não têm uma composição e, portanto, uma actividade constante.

Além do emagrecimento, há nos anoréxicos mentais os seguintes testemunhos contestes da hipo-alimentação.

— obstipação ou falsa obstipação, que pode conduzir (sem desgosto do anoréxico, antes com o seu júbilo) à prática execrável de laxantes e clisteres;

— hipoglicémia, insuficiente para fazer ressurgir a fome, ligeiramente inferior a 0,95, mas que certamente se intensifica na fase terminal;

— hipercolesterolemia, banal no jejum voluntário ou forçado;

— hipotensão arterial, com uma diferencial normal;

— ligeira bradicardia; pulso rápido no período caquético;

— descimento da temperatura central; quando a situação se torna irremediável, produz-se uma queda rápida da temperatura;

— abaixamento do metabolismo de base (sempre mais elevado na criança e no adolescente que no adulto, e mais elevado no adulto que no velho);

— perturbações vasculares periféricas, acrocianose; as extremidades distais dos membros dão ao contacto a impressão de frialdade húmida;

— oligúria, explicável pela oligo-hidropotia e pelo insignificante consumo de alimentos ricos em água;

— oligomenorreia e amenorreia, refractárias a toda a terapêutica endócrina, mesmo pluriglandular, mas cedentes à realimentação, sem qualquer opoterápia adjuvante; e os extractos injectáveis de foliculina são, de quando em quando, mal suportados;

— a anemia é discreta; a fórmula sanguínea não é muito destoante da normalidade; o valor globular é ligeiramente inferior à unidade;

— absolutamente negativo o exame radiológico da sela turca.

Na parede do ventre da maioria das anoréxicas vê-se a cicatriz da apendicectomia. Tenho conhecido algumas multi-operadas.

No penúltimo dos meus casos havia sido praticada uma apendicectomia e meses depois uma incisão na região epigástrica, com fim sugestivo...

É na adolescência, no sexémio imediatamente consecutivo à instalação da puberdade que, como é sabido, a anorexia mental ordinariamente se observa. Só me recordo de ter visto um caso típico, de data recente, numa senhora casada, muito nova ainda e nulípara. Quando a conheci, a abstenção alimentar havia atingido rapidamente um grau atemorizador, mas não havia verdadeira inapetência, como o provou a facilidade com que ingeriu uma refeição normal, no momento por mim escolhido.

É a adolescência uma época da vida em que continua a evolução construtiva, o apetite é ordinariamente aumentado, rápida a digestão, principalmente nas raparigas. As exigências alimentares do organismo são mais elevadas que na idade adulta e é maior a sensibilidade à hipoalimentação.

É um período de profundas modificações no sistema glandular endócrino. Por motivo de misteriosas influências hormónicas, morfogenéticas e

dinamogénicas, sobrelevando a todas as de origem hipofisária, gónado-estimulantes, o organismo vai-se mostrando apto para a procriação, pela presença de espermatozides activos no líquido espermático e do óvulo no fluxo menstrual; período de activa secreção hormonal das glândulas genitais, e infiltração erótica da personalidade; período crítico, prolongável, proceloso, quando o adolescente está mal preparado física e mentalmente para enfrentar a ultimação da diferenciação sexual, a instauração da função reprodutora e sua integração no potencial vital; período de grande e difusa labilidade fisiológica, de mutações de humor, de peculiar transformação psicológica, de acentuação das nativas particularidades caracteriológicas, de exaltação imaginativa, de confusas, nebulosas aspirações e vago sentimentalismo, de devaneios romanescos, de passageiras distracções do mundo objectivo e substituição deste por outro mais aprazível, de propensão ao sonho vigil, ao automatismo mental fisiológico, à relembração de imagens deleitosas e a representações fantasmagóricas.

A actividade imaginativa deste período de transição da infância para a idade adulta difere radicalmente do onirismo confusional e da introversão automática, passiva, dos grandes autistas esquisofrénicos, que vivem retraídos e encapsulados psiquicamente, num mórbido isolamento do mundo circundante.

A inadaptabilidade social, a falta de comunhão espiritual com outras pessoas e de actividade pragmática, estão adstritas a construções imaginativas monótonas, estereotipadas, estéreis, elaboradas com os elementos residuais e subsistentes do período premórbido, por um espírito dissociado, sem conexão lógica entre a ideia, o sentimento e a acção, espírito desvalorizado, embora sem a degradação maciça de um demente senil ou de um paralítico geral que liquidara na ruina mental.

Este desprendimento, esta emancipação da realidade, por estarem desagregados ou desfeitos os liames afectivos que formam a trama da vida psicológica normal, não é o «refúgio na doença» como o psicasténico obsessivo, abúlico, tímido, escrupuloso, consciente da sua anormalidade, em quem o contacto com a realidade ambiente, longe de interceptada, produz hiperes-tesicamente reacções emotivas. É também inconfundível com a vida interior digna deste nome: repousante ou meditativa ou profícua e criadora; com a interiorização voluntária, a introspecção lúcida e sagaz de um espírito equilibrado ou eleito, de afectividade normal ou supranormal e correcta perceptibilidade do mundo exterior.

Não são para invejar os adolescentes de individualidade abortada ou mutilados psíquicos que atravessam sem actividade imaginativa esta fase,

por todos os títulos tão interessante, da trajectória hemicíclica da vida humana; como são para lastimar as donzelas solitárias que não encontram quem acolha afagosa e sensatamente as suas mais íntimas confidências.

E que se passa no síndrome de Simmonds?

Costuma ter um começo rápido e ser observado na idade média da vida, por altura dos 40 anos e depois, especialmente na vizinhança da menopausa.

Parece que é factor determinante de remontada importância a gravidez, levada a termo ou não, seguida de uma complicação séptica ou hemorrágica. Efectivamente, nos antecedentes pessoais das doentes exemplificativas deste síndrome, há comumente uma infecção post-partum ou post-abortum, ou uma copiosa perda de sangue, por implantação viciosa da placenta ou inércia uterina.

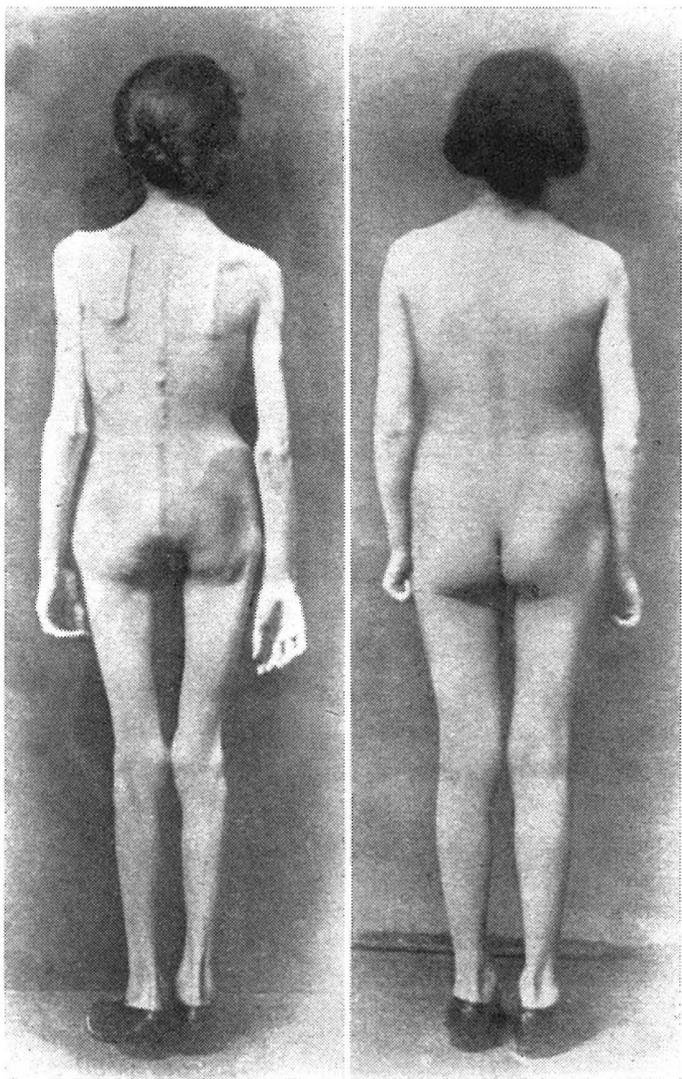
Por que mecanismo se formará a lesão hipofisária de origem puerperal? A observação princeps de Simmonds, publicada em 1914, diz respeito a uma mulher afectada de uma complicação séptica do seu último parto. O síndrome hipofisário foi atribuído a um acidente embólico, com ponto de partida no útero infectado, localizado no lóbulo anterior da hipófise, cujas arteríolas são terminais.

Extravagante electividade esta da embolia na puerpera infectada...

É mais admissível a hipótese de uma trombose, facilitada conjugadamente pela espoliação sanguínea (ligada à expulsão do feto e à dequitação) e pelas modificações histológicas antepofisárias próprias da gestação, e que são reproduzíveis pela injeção de grande quantidade de folliculina.

Nos casos em que a análise anamnésica é negativa no concernente a infecções ou a hemorragias profusas, é invocada a sífilis, a tuberculose, tanto primitiva como secundária a uma meningite ou a uma osteíte da base do crâneo, um quisto, um neoplasma, a esclerose post-inflamatória, a fixação de tóxicas por ocasião de uma doença infecciosa hiperpirética numa hipófise mioprágica ou congênitamente frágil e de particular receptibilidade, etc. O que é excepcional aspecto normal da glândula na caquexia de Simmonds, que pode ser a terminação doutros síndromas hipofisários: síndrome de Froelich, acromegalia, diabetes insípida...

Na ausência de lesões apreciáveis da prehipófise, deve haver diminuição, alteração ou supressão das estimulinas, visto que as glândulas endócrinas, que estão sob a dependência da hipófise, apresentam alterações semelháveis às observadas quando ela é a sede de uma lesão. Nunca a integridade aparente de uma glândula é garantia de normalidade do seu funcionamento. Por vezes estão lesadas as regiões adjacentes do infundíbulo.



(Página deixada propositadamente em branco)

Não esqueçamos que em casos de diabetes da maior gravidade, as ilhotas de Langerhans podem apresentar-se histologicamente indemnes.

A lesão habitual do síndrome de Simmonds na sua forma típica, extremamente rara, mortal, é de ordem esclerótica. Atingidas electivamente as células eosinófilas (parece que as células de difícil coloração, e por isso, chamadas cromofóbicas, não são hormonogénicas) o parênquima altera-se e desaparece no meio de abundante tecido fibroso, que reduz o volume e aumenta a consistência da glândula.

No síndrome de Simmonds (onde, como já disse, o emagrecimento, ainda que com a maior raridade, pode manifestar-se sem prévia redução alimentar) a anorexia é em regra tão pronunciada e tão intensa como é imperiosa e devorante a sede nas poliúrias insípidas.

A nutrição deficitária acelera naturalmente os progressos do síndrome de Simmonds, que se acompanha de esplanchnomicria, (mais pronunciada que em qualquer outro estado caquético) oposta à macroesplanchnomicria provocada por fortes doses de extrato pre-hipofisário e à observada na acromegalia (síndrome hiper-ante-hipofisário).

— Há hipoglicémia, sujeita — e isso não se vê na anorexia mental — a exacerbações paroxísticas, comatogénicas.

— É geralmente grande a tolerância para o açúcar; a sua ingestão em dose inabitual não produz hiperglicémia nem glicosúria. A sensibilidade à insulina é variável, mas quase sempre anormalmente exacerbada; o seu emprego, que exige grande prudência, deve ser abandonado, pelos acidentes que pode provocar e pela sua quase constante infrutuosidade.

— Por falta de hormona tireotrópica, há hipometabolismo basal, mais notável ainda que em qualquer outra endocrinopatia, o mixedema incluído.

Na anorexia mental o decrescimento do metabolismo básico corrige-se sem opoterápia, o que não quer dizer que a sua ascensão acompanhe em rigoroso paralelismo o acréscimo ponderal. Depois de uns dias de alimentação abundante o metabolismo eleva-se. Na anorexia hipofisária, não se modifica semelhantemente.

Outras manifestações sintomáticas completam o síndrome de Simmonds, que reproduz os efeitos da ablação experimental da hipófise e onde não há uma semiologia estritamente hipofisária mas pluriglandular, que põe termo às hesitações diagnósticas:

— Perda do apetite genésico, nos dois sexos: atrofia dos testículos, das vesículas seminais e da próstata, e, em menor escala, dos seios, tanto nos raros emagrecimentos hipofisários juvenis, do período prepúberty, como nos sobreviventes ulteriormente; *impotência coeundi*, aspecto de enve-

lhecimento precoce pela falta de actividade gonadotrópica do lóbulo ante-hipofisário.

— Amenorreia, tanto nos casos em que o síndrome é consecutivo a metrorragias e infecções puerperais, como naqueles em que não há antecedentes desta natureza.

— Placas de hiperpigmentação, semelhantes ao cloasma, no tegumento — descorado, atrofiado e engelhado — na linha branca, na cavidade axilar e nas pregas de flexão. Em certos pontos do corpo a pele é de uma alvura alabastrina.

— Perda dos pêlos púbicos e axilares, rarefacção das pestanas e das sobrancelhas e da barba e até queda do cabelo, aos tufos, mesmo nas mulheres, habitualmente refractárias à calvice.

— Atrofia dos maxilares como nalguns velhos.

— A fisionomia tem por vezes um aspecto mumificador.

— Hipocalcemia.

— Hipercriatinemia.

— Dentes deteriorados com tendência a saírem dos seus alvéolos.

— Unhas estriadas e quebradiças, com sulco e rachadelas. (A anorexia mental não é isenta de alterações tróficas das unhas, mas tardias e ligeiras).

— Lassidão geral, adinamia, movimentos vagarosos;

— Palidez.

— Hipotensão arterial.

— Fácies átono, parado, inexpressivo, fazendo lembrar por vezes, pela cor, o dos adissonianos.

— Palavra monótona.

— Hiposonia frequente, mas de onde a onde pode observar-se uma acometida de hipersonia, uma sonolência invencível, porventura imputável a uma danificação da hormona bromada da hipófise, de influência reguladora sobre o centro diencefálico do sono.

— Hipocloridria ou anacloridria.

— Insuficiência da musculatura lisa do aparelho digestivo, dependente da concomitância de um funcionamento deficitário do lóbulo posterior da hipófise — atonia gástrica, intestinal, vesicular e tiflo-cólica com aumento de sensibilidade à pressão — o que tem motivado laparotomias inúteis; diminuição das secreções digestivas, certamente por serem também atingidas as fibras vasculares.

— Não é respeitado o aparelho pilo-sebáceo e o reflexo pilo-motor enfraquece e extingue-se.

— Crises abdominais agudas, seja de tipo cólico, com manifestações circulatórias e nervosas intensas, seja do tipo do íleo paralítico.

— Edema (hipo-proteinemia? retenção de água por excesso de hormona pre-hipofisária anti-diurética?)

— Temperatura central sub-normal, instável, com permanente sensação de frio.

— A astenia nas fases avançadas é extrema e imobilizadora, por deficiência hormonal corticó-

tropa, mas, no começo, nem sempre é tão apreciável como a de origem supra-renal.

— Hipotensão com agravamento ortostático e sensações vertiginosas a quando da passagem do decúbito à posição vertical.

— Anemia hipocrômica com hipoleucocitose.

— Hálito forte, acetónico, no período caquético.

— Astenia física e psíquica, tendência à depressão de tom melancólico, letargia, a que pode seguir-se um coma profundo, final.

— Urina sem elementos anormais.

— Meteorismo por paresia intestinal; íleo paralítico muito excepcionalmente.

— Síndrome de desidratação, sobretudo nas fases finais, com insuficiência supra-renal concomitante, diminuição do sódio hemático e aumento da sua excreção pelo rim (hiposodemia e hipersoduria).

— É muito variada a imagem radiográfica da sela turca, que se mostra intacta nuns casos e com deformações de aspecto destrutivo noutros.

A tríade sintomática essencial do síndrome de Simmonds é constituída por:

a) anorexia; as tentativas de alimentação forçada produzem náuseas e vômitos;

b) amenorreia;

c) abaixamento do metabolismo básico, que noutras caquexias se pode mostrar normal ou acrescido.

Na falta de sinais típicos de lesão hipofisária (tumor, diabetes insípida, estatura anãica, discromias, etc.) bem compreensível é a dificuldade da diferenciação entre o estado caquético por insuficiência pré-hipofisária e o resultante de uma anorexia mental.

Se habitualmente é o anoréxico mental que exerce intencionalmente uma acção repressora e, por fim, talvez, extintora do seu apetite, também poderá vir a haver inapetência de causa psíquica e perda ulterior, consecutiva, da fome subjectiva, consciente, desde que pelas conexões anátomo-fisiológicas inter-córtico-diencefálicas seja atingida a actividade funcional dos centros vegetativos da região infundíbulo-tuberiana.

De fugida direi que, em face de exames histopatológicos empreendidos em data posterior à descrição, feita por Simmonds, do síndrome que recebeu o seu nome, este natural agregado sintomático pode faltar em doentes com grandes lesões do lóbulo hipofisário anterior, como existe em casos em que se encontra respeitada a *pars glandularis*; equivale isto a dizer que o seu substrato anátomo-patológico não tem invariavelmente uma sede ante-hipofisária. De facto, pode resultar de uma lesão destrutiva do *tuber cinereum* (que com o infundibulum e a haste pituitária liga o pavimento da 3.º ventrículo à hipófise) e zonas adjacentes ou duma lesão parietal do ventrículo médio; mas,

quer provenha de uma alteração ante-hipofisária e do correlativo deficit funcional da sua actividade hormonal (e a hipofisectomia experimental é capaz de dar origem à inapetência e a quase todos os elementos constitutivos do sindroma de Simmonds), quer promane duma lesão dos centros vegetativos mesodiencefálicos reguladores dessa actividade, (que formam com a hipófise o indissolúvel bloco funcional hipófiso-hipotalâmico, dotado de relações conexivas anátomo-funcionais com o cortex cerebral e do poder de exaltar, enfraquecer, abolir ou perverter o instinto da alimentação) — o que é incontestável é a origem orgânica do sindroma de Simmonds, tanto na sua forma grave, mortal, a mais antigamente conhecida, de extrema raridade, como nas formas ligeiras que cedem à terapêutica hormonal ou radiológica. É bem um sindroma organopático; provam-no, exuberantemente, alguns dos elementos sintomáticos a que já fiz alusão e no qual colaboram múltiplas glândulas endócrinas: pâncreas, corpo tireóide, supra-renais, ovário, testículo, etc.

Os estudos endocrinológicos não esclareceram a patogenia da anorexia mental, nem trouxeram progresso apreciável à sua terapêutica. Nenhuma razão decisiva há, nem a que se baseia nos chamados testes de Aron, para colocar, sob a dependência essencial de uma hipofunção hipofisária, o emagrecimento na anorexia mental.

A opoterápia só pode constituir uma terapêutica adjuvante, quando haja razões para acreditar na associação de uma tal ou qual insuficiência endócrina ao primário factor psíquico.

Direi ainda que a designação de «anorexia caquetisante da nubilidadade» dada à anorexia mental pelo grande psiquiatra francês Régis, deixa claramente transparecer a ideia de uma influência glandular endócrina na anorexia mental, designadamente de uma insuficiência ovárica, que certos patologistas têm arbitrariamente considerado como o seu fenómeno primitivo e capital.

Há sempre uma fragilidade glandular e do sistema vegetativo na altura da puberdade e na adolescência. Esta fragilidade pode ser tal que, por intermédio e como consequência da hipo-alimentação, o quadro clínico da anorexia mental sofra a perda da nitidez e seja impurificado pela adjunção de novos sintomas.

E como a vida psíquica actua sobre o funcionamento endócrino (as emoções intensas encontram-se na etiologia da quase totalidade das disfunções glandulares, as quais, por sua vez, através da via humoral, influenciam a psique) pode haver casos de anorexia mental com interferência precoce de um factor glandular, de uma funcional e transitória deficiência endócrina de origem afectiva, redutível e dissipável pela psicoterápia.

Nada surpreende que mais ou menos tardiamente, um elemento hormónico se conjugue sinergicamente com o factor psíquico primordial, quando, dimanado da privação de alimentos, um desequilíbrio hormonal, se faça sentir; quando a desnutrição alterar, enfraquecendo-a, a actividade secretora das estimulinas endócrinas da hipófise cerebral.

Considerar, porém, a anorexia mental como a expressão clínica de uma insuficiência endócrina e reduzi-la a um síndrome representativo de uma disfunção pituitária mais ou menos esbatido, é aventar uma hipótese que, a meu ver, só pode encontrar apoio numa inadmissível desvirtuação dos factos.

Em resumo e em conclusão:

Mesmo nas suas formas atenuadas (magreza hipo-hipofisária de Bicker) o síndrome de Simonds é em todos os seus aspectos — etiopatogénico, sintomatológico e terapêutico — distinto da simples e pura anorexia mental.

Para vincar a disparidade, para pleitear a causa da anorexia mental psicógena, bastaria o argumento terapêutico.

(Página deixada propositadamente em branco)

ANOREXIA MENTAL E PITIATISMO

Hoje, como há 40 anos, é com desagrado que leio, articulo ou escrevo a palavra Histeria, porque nascida, há milhares de anos, de um erro grosseiro, é inculcadora de uma patogenia horrorosamente errónia, culpada de tantas práticas indefensíveis, desde a forte e danosa compressão dos ovários até à clitoridectomia e à ovariectomia em raparigas virgens e de aparelho sexual normal.

Para a definição deste vocábulo rejeitável, banível, não recorramos à etimologia helénica, evocativa de um órgão — útero — do aparelho genital feminino, nem à autoridade dos lexicógrafos.

Devia ter desaparecido do vocabulário médico e estar substituído por um neologismo criado por Babinski: Pitiatismo, designativo do mais saliente atributo dos únicos fenómenos, de origem sugestiva, a que ainda poderá ser dado o nome de histéricos (se os aferrenhados conservantes deste

qualificativo arcaico se não decidirem a renunciar ao seu emprego)— a curabilidade por uma contra-sugestão.

Babinski, que se assinalou entre os mais notáveis neurologistas de todos os tempos, com a sua fecunda concepção do Pitiatismo cerceou o âmbito da velha, indemarcada e heteróclita Histeria, assinou-lhe um limite preciso, reduziu-a a um síndrome nítido e inconfundível com qualquer outro. Demonstrou não haver caracteres objetivos que permitam uma diferenciação segura entre os fenómenos pitiáticos e os produzidos voluntariamente e deu-nos uma fórmula sedutora pela sua simplicidade, admiravelmente acomodável à realidade clínica e de um alcance prático — diagnóstico e terapêutico — incomensurável.

Volvidos mais de 4 decénios, ainda não apareceu um adversário, um contraditor, um só, que propusesse outra delimitação da Histeria e definisse com mais felicidade os fenómenos que ele apelidou de pitiáticos e que, em todos os tempos, foram unânimes considerados de maior realce e de mais empolgante interesse entre as multiformes e desconcertantes manifestações da outrora «grande neurose».

Pelas suas condições genéticas e nímia acessibilidade à psicoterapia sugestiva, são irredutivelmente diversos dos que com eles andavam amalgamados na Histeria tradicional. Acertado era que lhes fosse dada autonomia, acreditados

como os seus representantes legítimos e distinguidos com uma denominação especial.

À sua doutrina, incisivamente depuradora, Babinski sobreviveu o tempo bastante para tomar conhecimento da forma, verdadeiramente estupefactiva, como ela, de uma simplicidade linear, rectilínea, enrareceu, em toda a parte onde fora aceite, os fenómenos pitiáticos, por ele descritos imperfectivamente; e tão estupendo enrarecimento comprovou-a e firmou-a inabalavelmente.

Discípulo e chefe de Clínica de Charcot (anátomo-patologista que, mercê do emprego do método anátomo-clínico, immortalizou o seu nome como neurologista) Babinski deixou-se imbuir das ideias do Mestre, e perfilhou, sem hesitação e sem reserva, a opinião de que a Histeria era capaz de se revelar sob os mais variados aspectos. Efeito em grande parte de inumeráveis erros de diagnóstico, inevitáveis antes da obra crítica e construtiva com que Babinski contribuiu inegavelmente para o progredimento da neuropatologia nas últimas décadas (e acode logo à lembrança a semiologia das afecções piramidais e a da ataxia cerebelosa) o campo da arqui-proteiforme histeria tinha sido gigantescamente ampliado. Assalteado por dúvidas que o insubordinaram contra a rotina dormente, a que alguns ainda rendem preito servil, o espírito exigentíssimo de Babinski legou à humanidade uma obra imorredoura de semiologia neurológica.

De posse de sinais objectivos que não podem ser exactamente reproduzidos pela vontade ou pela sugestão e que são denunciativos de alterações orgánicas do sistema nervoso central ou periférico, o insigne semiologista efectuou a demonstração de que muitos dos fenómenos denominados histericos eram a imitação, sempre defeituosa, de sintomas com substrato anatómico.

Desta arte foi principiado o desmantelamento da Histeria clássica, que depois de eliminar também do seu domínio os fenómenos fraudulentos (fictícios como a anúria e a hipertermia, reais como as hemorragias, as flictenas, as úlceras, as escaras, os edemas, etc.) e de ter relegado para outros capítulos da patologia todas as manifestações desprovidas das características dos fenómenos pitiáticos, acabou por fazer coincidir retractivamente as fronteiras da Histeria com as que delimitam o Pitiatismo, onde só cabem as perturbações funcionais, móveis, produtíveis e prontamente extinguíveis por uma influência sugestiva.

Seria absolutamente indefensável colocar lado a lado, no mesmo plano e sob a mesma rubrica, os fenómenos de carácter pitiático e os que não podem ser sugestivamente provocados, nem rápida, integral e definitivamente esvaecidos por um procedimento da mesma natureza e que na era pre-babinsquiana andavam com eles emaranhados caòticamente, v. g.: exageradas reacções da hiper-

-emotividade constitucional ou de estados emotivos entretidos por traumas psíquicos subintrantes; descargas motoras desopressoras; labilidade mórbida do humor; ligeira ciclotimia; apreensões hipocondríacas; debilidade mental desarmónica; grande desequilíbrio do sistema neuro-vegetativo, cuja representação cortical é tão indiscutível como a sua grande influência na vida psíquica; perturbações vaso-motoras, como o dermatografismo; endocrinopatias frustes; manifestações alérgicas, cenestopatias; ideias de influência; hebefrenia incipiente, maneirismo que parece simulação; certas modalidades de epilepsia (estática, convulsiva ou psíquica) de atitudes antálgicas; de mitomania com tendências natas para invencionices, fabulações maliciosas ou perversas, difamantes ou caluniadoras; de psicopatia ostentativa e excêntrica; de pseudologia; de psicastenia abúlica ou impulsiva; de síndrome ansioso; de catalepsia catatónica; de cataplexia orgânica; de picnolepia; de sonhos proféticos; de demonopatia interna ou externa; de estigmatização cutânea, de ferimentos incruentos; de neurose cardíaca; de discinésias funcionais; de seqüelas somáticas de encefalite epidémica ou de alteração do carácter post-encefalíticas; de vaginismo psíquico; de narcisismo, de erotomania, de hiper-erotismo (ninfomania) que para alguns é sinónimo de histeria, quando afinal as pitiáticas não são mais lúbricas que quaisquer outras doentes, nem mais eróticas que as mulhe-

res normais, e se nalgumas há um exaspero da sensualidade, há em muitas mais uma exuberantemente provada frigidez, etc.

Posto isto, vejamos se será aceitável a maneira de dizer dos autores que indistintamente se servem destas duas expressões: anorexia mental, anorexia histérica. É certo que:

1.º — A anorexia mental observa-se quase sempre na juvenilidade.

2.º — Longe de aparecer indistintamente nos dois sexos, é no sexo feminino que quase exclusivamente se manifesta.

3.º — À tristeza, ao sobressalto e à aflição dos pais das anoréxicas mentais, opõem estas doentes espantosa tranquilidade. A indiferença habitual dos histéricos pelos seus acidentes, sem um queixume verdadeiramente sentido, corresponde analogicamente a esta quietude de espírito, a esta impassibilidade com que as anoréxicas mentais encaram as consequências patentes, horripilantes, da deficiência ou da supressão alimentar — como se não tivessem consciência do perigo que correm; como se não acreditassem que se morre de fome, ou como se estivessem certas de que o seu mal acabaria quando lhes aprouvesse.

4.º — Os acidentes histéricos (pitiáticos) com o seu determinismo psíquico, sem sintomas organocistas, são como a anorexia mental indistinguíveis objectivamente dos fenómenos voluntários.

5.º — Na anorexia mental como na histeria (pitiatismo) pode obter-se rapidamente um êxito triunfal pela psicoterápia.

Serão razões concludentes para a demonstração de que a anorexia mental possui os caracteres do Pitiatismo e, consequentemente, para chamarmos à anorexia mental anorexia histérica (pitiática)?

1.º — Nunca vi qualquer manifestação tipicamente histérica (pitiática), nas anoréxicas mentais por mim examinadas e tratadas, nem me consta que a tivessem apresentado antes ou depois. É certo que o pitiatismo é correntemente monossintomático e, assim, a anorexia mental podia constituir uma manifestação pitiática isolada, única, sem precedência, concomitância ou sequência de qualquer outra da mesma natureza. Além disso, o aparecimento, numa anoréxica mental, de fenómenos inequivocamente pitiáticos, de maneira alguma, como é óbvio, nos podia assegurar que ela fosse somente uma pitiática.

Seria absurda uma dúvida sobre a possibilidade da coexistência da anorexia mental e do pitiatismo.

Nada mais frequente que as associações mórbidas na patologia do espírito.

As combinações, nas mais diversas proporções, das entidades mórbidas ou dos síndromas didactamente descritos nos livros de patologia

mental são o que habitualmente se observa no exercício da clínica psiquiátrica.

Ainda mais que em qualquer outro dos ramos mais velhos da patologia humana, as espécies mórbidas não se apresentam ordinariamente com a hirta esquematização das taxinomias artificiais. No período áureo da histeria tradicional, antes de individualizado o pitiatismo, as associações histero-orgânicas eram de observação corrente.

2.º — Para a fixação das relações entre a anorexia mental e o pitiatismo, atenda-se, acima de tudo, a que a sugestão imperativa, que afirma sem provas e não admite discussão, tem o poder de gerar acidentes pitiáticos (uns, modestos e pacatos, outros ruidosos e teatrais), e a contra sugestão (de forma verbal ou apoiada em instrumentos eléctricos) extingue-os com rapidez admirável, qualquer que seja a função orgânica que eles perturbem.

Ora, não há poder sugestivo que baste para levar alguém a abolir os alimentos até à morte por inanição; e também não é pela sugestão persuasiva que os anoréxicos mentais obtêm a cura.

O clínico que invocar, autoritariamente, o direito de se fazer obedecer, ou pretender debelar pela persuasão razoante a anorexia mental, confiado no poder convincente de um raciocínio impecável, malbaratará tempo e energia em detrimento do seu prestígio e em prejuízo do doente.

Nos pitiáticos, bastam em regra umas palavras, ora doces, ora intimidativas, sem testemunhas, para o regresso à normalidade. É de toda a conveniência não beliscar o amor próprio do pitiático, poupá-lo à humilhação, ao desdouro duma cura rápida, total, sem electricidade, sem fármacos, sem duches...

Nada mais despropositado, ridículo, que apresentar a uma anoréxica mental a mais apetecível iguaria ou o mais delicioso manjar e ordenar-lhe que se sirva.

Ainda que os cílios olfativos sejam atingidos por partículas voláteis proporcionadoras da mais gostável sensação, reflexamente excitante da secreção dos sucos digestivos; ainda que a baixela seja finíssima e rica, a mesa artisticamente decorada, a sala de uma sumptuosidade rara, a música deliciosa..., a anoréxica mental comportar-se-á como se um mendigo chagado, sórdido e andrajoso se prontificasse a partilhar com ela, num cortelho, os restos babujados de uma côdea de pão bolorento...

Babinski escreveu algures que por uma influência meramente sugestiva, ninguém seria capaz de fazer aceitar a uma rapariga um vestuário desgracioso, ou um penteado que lhe ficasse mal...

Pergunto: quem poderia, por idêntico meio, fazer germinar e perdurar no espírito duma don-

zela bonita - e louçã, o propósito de trocar os encantos da sua fisionomia, de mimosa e velutínea cútis, com róseas tonalidades, pela fealdade duma cara de pele abaçanada, seca, áspera, pulverulenta, penujenta, engelhada, a inculcar uma idade trípla, ou quádrupla, da idade real?

É que diferença prognóstica entre os inocentes acidentes pitiáticos (estrebuchação, tremor, paralisia, astasia-abasia, anestesia, mutismo, afonia, surdez, ambliopia, bletarospasmo, etc.) e a hipo-alimentação da anoréxica mental, que morre com o corpo horrivelmente transformado num esqueleto movente forrado de pele!

Nenhum daqueles acidentes implica perigo de vida e todos são rapidamente curáveis, com integral retrocesso ao estado anterior, ao passo que a anoréxica mental, terapêuticamente desamparada, ou se não for tempestiva e judiciosamente combatida, tem como negro remate a morte.

O anoréxico mental empenha-se, astuciosamente, habilidosissimamente, em dissimular a sua escassez alimentar e, ainda para mais, não raramente vomita em segredo.

Os pitiáticos são falsos anoréxicos: comem às escondidas, furtivamente.

Os anoréxicos mentais escondem-se ou inventam pretextos de toda a espécie e recorrem a todos os subterfúgios imagináveis para que os deixem sem comer.

Os pitiáticos puros, quando querem fazer-se passar por abstinentes da alimentação, uma vez sujeitos a uma vigilância atenta e sem intermitências, impedidos de se alimentarem a ocultas, sabem egoistamente parar a tempo, para não sofrerem as consequências mortais de um jejum radical.

A anoréxica mental persevera na repulsa da alimentação e deixa-se descarnar completamente, caquetizar e morrer...

Em face, sobretudo, das suas exigências terapêuticas, conexas naturalmente com o seu determinismo psíquico, e impostas pelo perigo de vida, a anorexia mental, apesar do êxito sensacional da psicoterápia, deve ser descrita à parte do pitiatismo, cujas manifestações ainda de vez em quando aparecem, e, pela demora de um diagnóstico indiscutível, por falta de um tratamento ajustado ou por frouxidão combativa por parte do clínico, podem ser duradoiras.

Por 13 longos anos se arrastou a paraplegia pitiática, flácida, de um velho apresentado aos alunos do Curso Livre de Neurologia no ano em que o inaugurei, 1907. Ao cabo de poucos minutos foi-me possível pô-lo de pé e fazer-lhe dar alguns passos. Seguidamente ficou completamente restabelecida a motilidade voluntária dos dois membros inferiores até que a morte o levou quando estava prestes a ser octogenário.

Diante de um anoréxico mental — não é permitido um encolhimento de ombros, negligente, desprezativo, como poderia fazer-se, posto que não seja uma atitude recomendável, em face de uma manifestação pitiática não incomodativa para as outras pessoas.

Não quero deixar de declarar que as crises motoras de feição pitiática, que nas últimas décadas me têm aparecido — poucas são, graças a Babinski — não se repetiram depois de uma conversa a sós com o doente, invariavelmente terminada pela sua declaração ajuramentada de que... o meu desejo seria satisfeito.

No ano transacto fui solicitado para observar um homem que durante mais de 20 anos se comportara como um doente atreito a crises paroxísticas de perda da consciência acompanhadas de automatismo motor...

Epilepsia? Não: pitiatismo ou, mais claramente, comédia.

Após breves palavras minhas, o comediante asseverou-me que não voltaria a fazer o mesmo.

Levei-o a repetir momentos depois idêntico prometimento diante do eminente colega e querido amigo Fernando de Almeida Ribeiro, que casualmente me procurava quando eu me preparava para mandar em paz o farsante.

A família diz-me que o seu comportamento é o de quem tem sabido honrar o compromisso

que perante nós assumira: pôs termo às pantomimices.

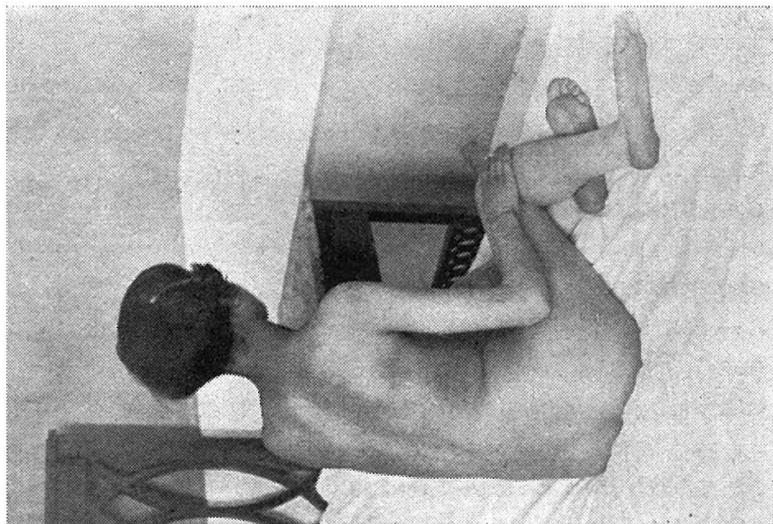
Será tudo simulação no pitiatismo? A julgar pelo que constantemente tenho presenciado desde há mais de 40 anos propendo a admiti-lo, apesar de os acidentes pitiáticos não aparecerem em quem quer.

Quando não houver motivo para a suspeita de que uma manifestação pitiática é fraudulenta — a expressão materializada dum propósito utilitário de qualquer natureza — que pensar do indivíduo que a apresenta?

Como explicar o seu desaparecimento total, com uma instantaneidade miraculoide, por uma acção psicoterápica?

Poderá admitir-se que uma insuficiência volitiva e uma anormal psico-plasticidade permissivas da produção de um acidente indesejado... o deixaram persistir até que a vontade, revigorada por uma influência alheia, adquiriu a possibilidade de uma auto-reacção eliminadora?...

(Página deixada propositadamente em branco)



(Página deixada propositadamente em branco)

TRATAMENTO DA ANOREXIA MENTAL

Como tratar a anorexia mental?

Quando o doente se encontra no seu domicílio, dificilmente o clínico obtém informações precisas sobre os alimentos ingeridos. A família não anota, dia a dia, com exactidão o que se passa: o doente engana de má fé a família; a família, enganada, engana de boa fé o clínico; o clínico, se estiver afeito às mentiras dos anoréxicos mentais, não se deixa enganar.

O isolamento da anorexia mental é, portanto, a primeira medida terapêutica a adoptar, e sem delongas: isolamento rigoroso, no sentido psicoterapêutico do termo, entende-se. Não é a solidão celular, mas o afastamento do ambiente físico habitual, e, bem assim, das pessoas da sua convivência, algumas das quais podem ter de longa data influído prejudicadoramente no seu espírito.

Afastado o anoréxico mental do meio familiar, o clínico, meigo e enérgico, afável e intransigente — mão de ferro, luva de veludo — demonstrar-lhe-á que não será cúmplice na ruína da sua

saúde e na perda da sua vida; far-lhe-á sentir o seu poder coactivo por forma a pôr termo imediato à sua morbífica e mortífera abstenção alimentar. E é de pasmar a prontidão com que se passa do jejum para uma alimentação satisfatória, que ordinariamente não está contra-indicada, apesar do estômago se ter mantido inactivo, em desuso, desde que fora posto em prática um regime consumptivo de auto-antropofagia.

Com efeito, era de presumir uma motricidade gástrica diminuta, uma actividade secretora claudicante, uma evolução digestiva lenta, uma evacuação estomacal tardia...

A cura só se obtém com uma adequada realimentação, em regra facilmente conseguível, devendo todavia o procedimento do psicoterapeuta ser judiciosamente individualizado, em atenção às condições peculiares de cada doente.

Quando a doente tiver reduzido a nada a sua alimentação e se encontrar esqueléticamente emagrecida, tão depauperada que por assim dizer quase não ousamos mexer-lhe, é da mais resplandecente evidência que, tem de ser efectuada prudentemente a realimentação, associada ao repouso no leito, que uma das minhas doentes, tão apreciadora da liberdade ambulatória, qualificava de «estagnante».

A alimentação passiva, por meio de sonda naso-esofágica, deve ser evitada sempre que possível, por motivos óbvios, e por não favorecer,

tanto como o alimento normalmente ingerido, o renascimento do apetite; mas pode tornar-se indispensável para evitar a morte, ou para aniquilar, de chofre, a resistência de uma doente recalcitrante, quando ela, já isolada — caso raríssimo — continui a negar-se a alimentar-se.

Às vezes bastam os preparativos para a alimentação artificial, para que toda a resistência termine. Quando a doente, à vista da sonda, do funil, da vasilha com leite açucarado e com ovo, do abre-bocas (é sem dúvida preferível a introdução da sonda por uma narina) e do pessoal auxiliar, declara que vai comer — tanto melhor.

O que é indispensável, como em presença dos morfinomaniacos, e dos toxicomaniacos de uma maneira geral, é que o médico, na sua dominação, com exclusão de toda a brutalidade, não tenha intermitências de enfado ou de esmorecimento, e não se preste a complacências, que pareçam fraquezas, diminuentes da sua influência pessoal. Perante a anoréxica mental isolada deve, sem perder a paciência, ser tão inflexível como ela própria, quando, em sua casa, rodeada de pessoas suplicantes e choramigas, procedia como se presentisse que a maior concessão da sua parte poderia fazê-la baixar da categoria de doente à de uma menina caprichosa e birrenta.

É efectivamente inglória, infalivelmente votada de antemão ao insucesso, a luta contra a oligofagia

da anoréxica mental, nas condições de vida habitual. Depois de contendas mutuamente molestas entre médico e doente, é a doente que leva de vencida o médico.

As mais ardentes obsecrações deixam-na tão impertubável como perante os ultrages antiestéticos de que é responsável a falta de alimentação.

Inconquistável pela doçura dos modos, indomável pela ternura, de nada servem os rogos da família — óptimo meio de cultura para a anoréxia mental; são contraproducentes os gracejos, os remoques; inúteis as ameaças e as violentas intimitativas, infrutíferas as tentativas de persuasão dialéctica e de apelo ao bom senso; desacatados todos os ensinamentos comprovativos de que o indivíduo da nossa espécie é um animal omnívoro por excelência, e de que há preceitos incontrovertidos de higiene alimentar que ninguém infringe impunemente.

Vãos todos os impecáveis rociocínios demonstrativos de que as funções orgânicas são impossíveis sem transformação ou dispêndio de energia, para a qual o protoplasma não tem poder criador; perdido o tempo consumido a provar-lhe que o organismo humano se gasta pelo simples facto de viver, seja a vida mais pachorrenta, remansada, letárgica, estuporosa que se possa conceber, e que a falta de alimentos dinamóforos e plásticos origina o definhamento de progressão incessante até à morte.

Ela continua a proceder como se ignorasse que o jejum sem intercadências tem fatalmente um desfecho trágico.

Debalde se procurará incutir-lhe a ideia, para lhe infundir terror, de que um dia voltará a sentir desejo de se alimentar e que então reconhecerá, desoladora e desesperadamente, quanto fora traiçoeira e illusória a anterior sensação de bem estar.

Não quer saber do que se passa na intimidade dos tecidos vivos e dos humores. Está certa de que a exiguidade de alimentação a faz emagrecer e isso lhe basta.

Importa fazer-lhe ver que o seu caso, porventura reputado excepcional, singular motivo de gloriola pueril capaz de lhe dar um certo lustre, deixou de provocar indagativo interesse, por nada ter de estranho e ser idêntico a muitos outros.

Uma vez isolada, verificará que desapareceram da sua frente e para sempre os olhos admirativos e as mãos crispadas; que deixará de ouvir exortações frementes, lamentos e choradeiras de pessoas pesarosas e atormentadas; que o ar circundante não mais será cortado por suspiros, gemidos, ais e vaticínios de morte.

É deveras condoída e inesquecível a cena que um dia me foi dado presenciar entre mãe e filha: a mãe, de joelhos e mãos em prece, trespassada de pena, postada em adoração defronte da

filha, pavorosamente emagrecida, a suplicar-lhe que a não fizesse morrer de dor por vê-la morrer de fome.

E a filha? Mantinha-se impassiva, desprezativa, altaneira e... sem comer.

As coisas tomaram o rumo conveniente. A correção não se fez esperar. Ficou logo derrubada a sua arrogância, quando a donzela me foi confiada com plenos poderes... O êxito terapêutico foi triunfal.

Num meio desconhecido, longe da família, e sem possibilidade de comunicar com ela, a doente, colocada na dependência imediata da autoridade do médico, sentir-se-á imbele e ver-se-á obrigada a render-se sem condições.

A questão é que a família apoie o clínico, o que por vezes acontece duma maneira deploravelmente tardia, e pode mesmo — ai do doente e da família! — nunca acontecer...

A família facilmente reconhece o perigo que impende sobre a doente, pois bem sabe que a alimentação constitui uma necessidade vital, mas, diversamente do que era de esperar, nem sempre é igualmente fácil levar ao seu espírito a convicção de que há um meio simples e seguro de obstar a um desenlace funéreo: o isolamento; e insta, impertinentemente, pelo tratamento no próprio domicílio ou quando muito condescende na transferência para um estabelecimento hospitalar

ou para uma Casa de Saúde, desde que lhe faça companhia permanentemente ou ao menos a vá visitar quando lhe aprouver.

Algumas vezes a perplexidade dos pais em concederem a permissão para um sequestro temporário, apesar de advertidos da gravidade do mal e da necessidade do isolamento, é explicável pelo receio entorpecedor de que a anoréxica mental, forçadamente transferida para um meio desconhecido, onde vai submeter-se às determinações do clínico, efectui alguma tentativa séria para pôr termo abrupto à própria vida.

Há já muitos anos, quando eu ainda tinha férias, fui solicitado para visitar no mês de Agosto, numa povoação das proximidades do Porto, uma doente muito definhada que vivia com a mãe e não sei se com mais algumas pessoas de família. O pai estava ganhando a vida no estrangeiro. Observada a doente, verifiquei estar em presença de um caso inconfundível de anorexia mental.

Disse à mãe ser urgentemente necessário que saísse de junto dela a sua filha, cuja vida correria tremendo risco se o seu mal não fosse atalhado; que se impunha que a mãe e a filha deixassem por algum tempo a vida em comum, para que a vida da filha fosse salva.

— Mas eu não quero apartar-me da minha filha, retorquiu a mãe.

Mostrei-lhe pacientemente que não me surpreendia que fosse esse o seu querer, pela dupla circunstância de ser mãe e de nunca ter visto um caso análogo. Entretanto, fiz-lhe ver que ela devia volver a atenção para o facto, bem patente, da inutilidade completa dos variados remédios que até então tinham sido prescritos por vários clínicos durante largo tempo à sua filha, que cada vez comia menos e emagrecia mais.

— Mas o senhor doutor vai-me dar um remèdinho para a minha menina.

— Nenhum remédio lhe receitarei, não só por estar certo de antemão da sua inutilidade, mas porque o mal vai suficientemente adiantado para não ser permitida maior perda de tempo.

Como a mãe insistisse na declaração de que não se separava da filha, asseverei-lhe terminantemente que a separação era certa — ou transitória ou perpétua. A ela competia escolher. E acrescentei, explicativamente: ou se separa já, por algum tempo, no interesse de sua filha doente, que voltará um dia para a sua companhia com a saúde restabelecida, ou então a separação será para sempre, porque ela irá para o cemitério. E lamentei que lhe fosse respeitado o direito de optar pela segunda alternativa.

Em vez dum dócil acatamento, ela permaneceu impenetrável a este meu aviso, que nada tinha de exagerado, e voltou a pedir-me um «remèdinho», que «abrisse a vontade de comer» à sua filha.

Fiz-lhe saber mais uma vez que os remédios de botica para nada serviam contra males daquela natureza.

A mãe, sem deixar perceber um vislumbre de amoldamento, sem entremostrarmos o menor recuamento na sua casmurrice, continuou, como numa litania monótona, a assegurar-me que não se apartava da sua filha.

Essa atitude de irreduzível intransigência levou-me a dizer-lhe pouco mais ou menos o seguinte:

— Quando sua filha morrer há-de sentir remorsos por ter impedido que ela fosse devidamente tratada, e há-de ser acusada de cumplicidade na sua morte.

Que contas há-de dar do seu procedimento a seu marido, quando ele voltar a esta casa, não encontrar a filha e souber que a perdeu por uma má compreensão dos seus deveres de mãe?

As autoridades poderão chamá-la ao tribunal, julgá-la e condená-la pela sua oposição a que fosse feito à sua filha o tratamento apropriado para restituir-lhe a saúde.

¿E como foi que ela replicou? Insistiu no pedido do remédio para a filha e, contrariando, com incrível persistência, o meu empenho no isolamento da doente, mais uma vez me garantiu que não se afastaria dela.

Repeti-lhe pela forma já exposta, pausadamente, com firmeza, sem azedume, mas certa-

mente de olhar acendido, que o afastamento se havia de dar fatalmente: por algum tempo ou para sempre.

Cheio de paciência, fiz-lhe saber que, no caso de aceitar o meu conselho, como lhe cumpria (porque não tinha competência para o discutir e ninguém competente podia ter uma opinião diversa) se a doente fosse por mim tratada, ser-lhe-ia permitido, para lhe mitigar o desgosto da separação, ver a filha todos os dias e até mais de uma vez em cada dia, mas punha, para esta concessão, uma condição irrevogável e que era a de que a filha não visse a mãe, nem soubesse que a mãe a via a ela.

A mãe permaneceu inabalável. Despedi-me condoído da rapariga e também da mãe, de tão tacanha mentalidade.

Transposta a porta da sala onde ocorrera o que acabo de referir, já ao cimo da escada exterior da residência da doente, acalentado ainda por uma ténue esperança de subjugar a caturrice da mãe (tão ignara e ronqueira como digna de compaixão) fiz-lhe saber que, se o tratamento recomendado fosse posto em prática por mim, em Coimbra, não seria feita com o médico despesa alguma, pois sentir-me-ia amplamente recompensado com a alegria de ver salva e sã a sua inditosa filha.

Tudo baldado.

Ao retirar-me, depois da troca de algumas palavras com um indivíduo que me havia acom-

panhado e era das relações de amizade da família da doente, não sei se aparentado, ainda admiti a possibilidade de ver findar a teimosia da mãe, por uma reconsideração . . .

Não aconteceu assim:

As férias não eram acabadas quando o companheiro da aldeia anunciou com o seu dobre de finados o fim da vida desta pobre rapariga.

Ainda se morre de anorexia mental!

Longos anos são decorridos desde que à minha antiga enfermaria de Neurologia nos Hospitais da Universidade de Coimbra fora transportada, dum terreola próxima, numa maca improvisada, uma rapariga moribunda. Pelo seu exame e pelos dados concordantes colhidos pelo interrogatório das pessoas que a acompanhavam, concluí que estava em presença de um caso perdido de anorexia mental. Disse que não valia a pena hospitalizá-la: tudo quanto se fizesse seria inútil, por ser tarde.

A particular insistência com que, em oposição à minha maneira de ver, uma pessoa, alquebrada e anelante, das que constituíam a comitiva, implorava a hospitalização, incitou-me a fazer-lhe em voz baixa esta pergunta macabra: qual a vantagem da morte da doente em Coimbra?

Sem dizer palavra, a minha interlocutora desatou a chorar.

Era a última hora, na fase terminal do período grabatário, num estado marasmático e de fácies

hipocrática, com a vida a acabar, que se pretendia uma transferência, para as minhas mãos, de mais uma vítima dos curandeiros e das bruxas. . .

Reconduzida ao seu domicílio, ainda lá chegou com vida, mas finou-se pouco depois.

Na hora presente a anorexia mental continua a ser causa de morte.

Custa muito pronunciar esta verdade degradante.

É indubitável que o organismo sub-alimentado economiza o mais possível, reduz ao mínimo o seu metabolismo; mas se as substâncias formadoras dos tecidos orgânicos, consumidas pelos processos vitais, não forem substituídas, a sua composição modifica-se, o protoplasma torna-se impróprio para o exercício da sua actividade, normalmente incessante.

O isolamento sem adjução de qualquer outro agente terapêutico, ao mesmo tempo que proporciona a cura, confirma o diagnóstico. *Natura morborum. . .*

Ainda me não vi obrigado a recorrer à tubagem duodenal.

Não perco tempo com a administração dos chamados fortificantes nem com a dos aperitivos.

Não costumo recorrer às vitaminas do comércio nem sequer à vitamina C, de tão largo emprego

nos indivíduos asténicos mais ou menos carenciados, nem à vitamina B, apesar do valor terapêutico, anti-anoréxico, que generosamente lhe é atribuído.

Algumas das minhas mais recentes anoréxicas mentais tinham consumido grandes doses desta vitamina. O efeito não foi talvez senão uma perturbação na harmonia total vitamínica, um desequilíbrio hormonal.

Não descuro a pesquisa de algum conflito afectivo para o liquidar, nunca, porém, me deixei guiar pela doutrina da psicanálise concernente à necessidade de fazer a sondagem exploradora (com a técnica especial, que está longe de ser de uma inocuidade absoluta) dos recessos tenebrosos do inconsciente para desvendar pretensas origens insuspeitadas da anorexia mental, para integrar na anamnese da doente a história secreta da sua vida, a que havia sido banida da consciência clara.

Certos partidários fanáticos da psicanálise, que tendem a reduzir prejudicialmente o papel da hereditariedade patológica, têm a opinião de que as meninas citadinas são mais atreitas à anorexia mental que as moçoilas campestres, de ascendência rústica, por virtude de uma maior repressão — pela educação, pela etiqueta, pelas conveniências sociais — das tendências sexuais instintivas, quando a sua vida decorre recatadamente, com inteireza de costumes, em desafoço e sem desaforo...

Creio bem assente que não é condensável nesta fórmula simplificativa, neste conceito rigidamente unitário, a causalidade da discrepância numérica entre os casos urbanos de anorexia mental e os casos rurais.

Há que pensar nas múltiplas interrogações formuladas quando fiz menção dos motivos que me parece poderão levar um indivíduo, na quase totalidade dos casos uma adolescente, a privar-se da alimentação.

É de irrecusável vantagem a regularidade horária das refeições. Se ela faz voltar o desejo de alimento a horas certas nos indivíduos normais, também é crível a sua contribuição para o reaparecimento do apetite nos que tenham deixado obliterar esta sensação. A fisiologia ensina-nos que não há nas condições normais um repouso completo para os órgãos digestivos fora dos períodos da digestão, mas sim uma mitigada actividade: movimentos ritmados de curta duração, precedidos de uma exígua secreção das glândulas gástricas, intestinais, biliar e pancreática. Quando se aproxima a hora habitual das refeições, esta activada secretória e motora acentua-se.

Eu bem oiço — ouço-as, mas não as acato — vozes que proclamam que nunca nos deveremos declarar satisfeitos com o diagnóstico de anorexia mental sem previamente termos tentado durante algumas semanas, pelo menos, a opoterápia hipo-

fisária, em doses elevadas, por via parenteral. O que a minha observação demonstra é que é possível fazer, confiadamente, o diagnóstico de anorexia mental, pela anamnese e pelo exame semiótico actual do doente; e que a administração dos extractos hipofisários é inteiramente prescindível para a obtenção da cura. A terapêutica endócrina é dispendiosa e, de uma maneira constante, quando exclusiva, ineficiente em tais casos; e é perigosa, se nela se resumir a acção do clínico, porquanto, retardando o começo da realimentação, prolonga o período do perigo vital.

A hormonoterapia ante-hipofisária intensa não é tratamento a aconselhar de ânimo leve.

«Primum non nocere».

Não é indiferente a administração de fortes doses de uma hormona específica, activa, quando não houver déficit funcional da glândula correspondente. Talvez seja possível formar-se uma anti-hormona.

Reservemos a opoterapia ante-hipofisária e a pluriglandular contra a macilência e a emaciação, de origem hipofisária, a não ser num ou noutro caso, mas só como terapêutica adjuvante, quando houver motivo que leve a incriminar uma intercorrente insuficiência endócrina.

As injeções de insulina, mal suportadas nos casos de síndrome de Simmonds, mas que, em certos casos de insuficiência alimentar, com ver-

dadeira inapetência, nalguns estados psicóticos, podem estimular o apetite, nunca as empreguei na anorexia mental.

No entretanto, apesar da hipoglicemia parecer contrariar o emprego da insulina, quando não se suspeitar de uma intoxicação bacilar, é admissível o emprego de um pequeno número de unidades, 2 ou 3 vezes por dia antes das refeições, porque favorece a assimilação da água e, seguidamente, em substituição das reservas líquidas, a formação de reservas sólidas, adiposas, pela sua acção directa sobre os hidratos de carbono. Está, todavia, demonstrado que uma restrição alimentar de muito larga duração pode dificultar enormemente e até impossibilitar a regeneração do tecido adiposo. É admissível e até recomendável a terapêutica suprarrenal em anoréxicos mentais já pronunciadamente asténicos e hipotensos.

Julgo desnecessária a ingestão, em jejum, quantidade excessiva de açúcar, para que uma hiperglicemia suceda, por excitação de secreção de insulina, um estado hipoglicémico gerador de sensação da fome.

E a opoterápia ovárica? Há quem a preconize e quem apregoe, rasgada e entusiásticamente, as suas vantagens.

Não direi que sejam de todo inúteis os extractos ováricos, a foliculina, o prolam, etc., quando combinados com a insubstituível psicoterápia.

Sem recorrer a qualquer terapêutica glandular, tenho visto a menstruação reaparecer em doentes que alcançaram um aumento de peso superior a 12 quilos; e na minha última doente o cataménio voltava antes de atingida essa diferença. Mas se, a despeito desse acréscimo ponderal, a amenorreia subsistir, é caso para pensar numa opoterápica adjutória.

Uma hormona terapêutica deve ser aplicada quando o organismo a não segregar suficientemente. Se não tiver necessidade dela, a sua presença no sangue em dose excessiva vai exercer uma acção impiedante, frenadora sobre a glândula encarregada de a segregar. É esta uma noção mais segura que a da formação de anti-hormonas.

Para estimular o apetite ou, antes, para provocar uma sede intensa, que impila o doente a beber leite e assim facilitar a sua realimentação, é utilizável a injeção intravenosa, lenta, de 10 c. c. de soro salino hipertónico a 10,0/° que auxiliará a modificar um estado cloropénico favorecedor da inapetência.

Nunca segui o conselho de Déjerine concernente à alimentação estritamente láctea.

Não pensei uma vez sequer em recorrer à terapêutica convulsiva—violenta, brutal, cega—provocada por uma corrente eléctrica transcerebral, apesar da excitação eufórica e do reapare-

cimento do apetite que podem seguir-se a uma aplicação desta natureza.

Um prematuro regresso ao seio da família pode conduzir rapidamente a uma recaída.

É inteiramente aconselhável que o isolamento se não limite ao tempo necessário (algumas vezes alguns minutos apenas) para o recomeço da alimentação. Preferível será prolongá-lo até haver reacquirição do peso perdido.

A psicoterapia raciocinante, a princípio inoperante, logrará consolidar os benéficos resultados obtidos, modificará o estado de espírito do doente e será impedidora de uma recaída, ia a dizer de uma... reincidência.

Na generalidade dos casos, a vida psíquica ulterior das anoréxicas mentais cabe nos limites adentro dos quais oscila a mentalidade feminina no estado hígido.

Há anoréxicas mentais — são raras — com o peso já restabelecido, que continuam a manifestar repugnância temporária por certos alimentos: pão, manteiga, etc., algumas não bebem água.

Antigas anoréxicas mentais, que foram minhas doentes há duas ou três dezenas de anos, estão casadas, têm uma vida familiar normal, ou uma actividade profissional que nada deixa a desejar.

O mais que há a fazer a uma anoréxica mental que por motivos fisiológicos e psicológicos se encontra na primeira idade crítica da vida, é a

continuação da obra, inexcedivelmente meritória, começada na infância:

1.º formação educativa segundo os preceitos da ética cristã;

2.º instrução sexual individualizada, a começar na criança impúbere, que, ao rezar a Avé-Maria, pronuncia estas palavras: «Bendita sois vós entre as mulheres, bendito o fruto do vosso ventre».

Desgraçadamente, tudo se passa como se fosse admissível um puro psitacismo em todas as crianças quando dizem: «Maria foi concebida sem pecado».

Tanto na recitação da saudação angélica, como na oração dirigida à Virgem, de tão delicada inspiração, da autoria de um Bispo francês, denominada Salvé-Rainha, a criança profere numa das invocações estas palavras: «Jesus é o fruto do Vosso ventre»; e desde a mais tenra infância o Menino Jesus é mostrado no presépio representativo do seu nascimento num curral, sem canastra parisiense, sem uma cegonha, sem uma couve repolhuda...

O acto pedagógico do valor descomunal, que é a educação sexual, deve ser confiado principalmente ao progenitor do mesmo sexo, esquecido já da crise por que passara. Emancipado de anacrónicos e danosos preconceitos, substituirá pelos seus prudentes esclarecimentos as descabidas reprimendas, as toscas mentiras, as injustas punições, as fases ambíguas, as reticências, o silêncio,

que de forma alguma anulam a natural curiosidade infantil, o desejo inquietante de saber, que incide com particular intensidade sobre as coisas sexuais, antes exaltam esse desejo e concorrem para a criança perder a confiança nos seus educadores, que deviam evitar que fosse esclarecida por alguma companhia viciosa, ou pela leitura dalgum execrável livreco pornográfico, ou abandonada às suas fantasias arriscadas, quando procura rasgar o véu que encobre o mistério do seu nascimento, da sua vinda a este mundo;

3.º Amor ao trabalho — fácil de conseguir, pois consiste em desenvolver uma tendência inata — desde que não seja puramente passivo e demande um pequeno esforço que proporcione prazer;

4.º Distracções aproveitáveis para o descobrimento e valorização de insitas aptidões artísticas (desenho, música. . .);

5.º Evitar os desregramentos da imaginação, espicaçadora de desejos lúbricos, seleccionando as leituras e combatendo a sua acção por exercícios físicos, racionais, variados e agradáveis, que consomem energia física disponível e oferecem um salutar derivativo ao erotismo da juventude.

Estes exercícios serão de grande valimento na higiene nervosa e psíquica, se, pela compreensão das suas vantagens, não redundarem numa obrigação enfadonha, que pareça arbitrariamente imposta. Entre estes exercícios — sem emoções patogénicas, sem competições esfalfantes, sem

fadigas tóxicas, — destacam-se inconfundivelmente, pela sua utilidade, os atinentes à educação respiratória medicamente orientada, pois é ao médico, conhecedor do mecanismo normal da respiração, atento aos dados da clínica, o educador competente duma função adstrita aos únicos órgãos esplâncnicos providos de músculos estriados; função por intermédio da qual podemos actuar sobre a circulação e sobre todas as vísceras; função iniciada instantaneamente, reflexamente, após o nascimento.

O acto motor respiratório — e a respiração é a mais extensa e constante das actividades musculares do organismo — é o primeiro da nossa vida extra-uterina em que intervêm músculos estriados; mas viciado por tantas causas, é correntemente mal executado, apesar de tão influenciável pela educação.

É temeraria a inclusão da anorexia mental no número das manifestações pitiáticas, mas há pitiáticos que se declaram incapazes de engolir os alimentos.

Não se me apagou a lembrança do primeiro caso desta ordem que me passou pelas mãos em 1910. A disfágica, residente em Coimbra, era noiva de um discípulo meu.

Juntamente com a disfagia para as substâncias sólidas e líquidas, havia uma monoplegia braquial direita e mutismo pitiáticos.

Em poucos instantes fiz desaparecer a paralisia; o mutismo foi substituído por afonia.

Com o auxílio de um aparelho de corrente galvânica, a que recorri simplesmente para reforço da persuasão verbal, passou a engolir prontamente o que me aprouve oferecer-lhe. Ao mesmo tempo a sua voz readquiriu os caracteres acústicos anteriores ao aparecimento da tríplice sintomatologia pitiática.

Ela engolia a saliva, sem dar por isso, e também, sem dar por isso, engoliu a espessa camada de açúcar de uma amêndoa, que lhe introduzi na boca como se fosse uma pilula volumosa, graúda.

Provado que podia engolir saliva com açúcar, ficou persuasivamente vencida a disfagia.

Este foi, como disse, o primeiro caso de supressão da alimentação por disfagia pitiática, sem agora poder recordar-me quanto tempo havia, provavelmente um ou dois dias apenas, que ela não engolia quando a visitei.

Curou de pronto, sem a esçopolamina, sem a cloralose, aconselhadas recentemente por Baruk, o criador, creio eu, da expressão — neurose disfágica —, que abrange estados dispare: pitiatismo, hiperemotividade, fobia...

Casos há de hipo-alimentação, não por falta de deglutição, mas por imediata rejeição, pelo vômito, dos alimentos ingeridos, quaisquer que sejam, inclusivamente a água.

As famílias aterraram-se mais com os vômitos incoercíveis que com a restrição, mais ou menos dissimulada, dos alimentos. Por isso não se desleixam, o que nos inibe, em casos desta natureza, de sabermos até onde poderiam chegar as consequências desta incoercibilidade vomitiva.

Longos anos são passados, talvez 45, depois que fui convidado a observar um exemplar de «intolerância gástrica absoluta de origem indeterminada». Era uma quarentona.

Foi o primeiro da minha vida de nóvel clínico.

Nada havia que se parecesse com as náuseas matutinas dos dispépticos hepato-biliares, nem com os vômitos, de regularidade horária, dos ulcerosos pilóricos ou justa-pilóricos, nem com os abundantes vômitos de estáse nas estenoses orgânicas etc. Também não se tratava de vômitos gravídicos. Não havia qualquer manifestação pitiática nos seus antecedentes pessoais.

No dia em que a vomitadora solteirona foi, por meu conselho, hospitalizada e sequestrada, os vômitos passaram, e não se repetiram.

O penúltimo caso desta natureza e o mais sério, (o último, sem importância, observei-o há-de haver pouco mais de 15 dias) que fui chamado a tratar —foi no dia 6 de Maio de 1944— num ladino rapaz de 11 ou 12 anos, residente no Porto, sobrinho de um distinto clínico bracarense. Durante

7 ou 8 semanas, este menino rejeitou, por vômitos e regurgitações, tudo que comeu e bebeu, no dizer dele, corroborado pelos pais. Visitei-o numa aldeola do Minho.

Uma conversa à porta fechada entre nós dois, teve como resultado a supressão dos fenómenos expulsos dos alimentos.

O êxito foi além do que se podia prever, pois era de temer a coexistência de uma intoxicação bacilar, neste rapaz que, pelo seu debilitamento, passava os dias na cama ou reclinado numa poltrona ou numa cadeira de rodas, e acusava uma febrícula vesperal, numa altura da vida em que afrouxam as resistências à bacilose, e, o que é mais, seu pai, segundo me afirmaram, é um antigo tuberculoso pulmonar.

A perda de peso neste rapaz deve ter sido grande, porquanto, ao cabo de algumas semanas de alimentação normal, ainda faltavam, segundo me informaram, alguns quilos para ser atingido o seu anterior peso máximo.

Não perdi tempo à espera dos efeitos da atropina ou de qualquer outro antiespasmódico, num caso que tinha zombado de toda a terapêutica farmacológica por tempo passante de mês e meio.

Em resumo e em conclusão:

Os sitiofóbicos quase nunca são verdadeiros fóbicos.

Os anoréxicos mentais não são habitualmente anoréxicos.

Os sitiofóbicos são alienados. A sitiofobia é um fenómeno sintomático, cuja evolução depende fundamentalmente da psicose indutora.

A anorexia mental — em oposição à hiper-orexia mental, que se revela pela ingestão alimentar a toda a hora, com o contacto de debelar uma astenia subjectiva e uma illusória sensação de desfalecimento iminente — é um síndrome *sui generis*, psicógeno, de expressão somática. A restrição alimentar, que constitui a sua primária manifestação aparente, tende a atingir proporções mortais, se não for reprimida por uma psicoterapia oportuna e adequada.

O quadro psico-somático do síndrome de Simmonds, que aparece no *post-partum*, por efeito de lesões hipofisárias atróficas e degenerativas, ao qual pertence, como sintoma obrigatório, a inapetência, e o da anorexia mental sem sequer hipo-orexia são, etiológica e patogênicamente, inunificáveis e discrepantes no respeitante à terapêutica: glandular num caso, psíquica no outro, sem embargo da eventual conveniência de uma terapêutica mixta na anorexia mental, se a escassez alimentar, levada a um alto grau, se repercutir na actividade funcional da pre-hipófise, e se manifestarem fenómenos biológicos que o jejum não explique completamente, por não serem a sua consequência directa e inevitável, como a

hipoglicemia, ou quando a ordem de aparecimento de certos fenómenos (precessão da amenorreia em relação ao emagrecimento por olifagia) fizerem presumir a associação de um elemento hypo-hipofisário.

Inegavelmente, a histeria (Pitiatismo) e a anorexia mental são aproximadas pela eficácia de uma psicoterapia simples, que sobre excede em eficácia tudo o que pode observar-se em qualquer outro síndrome neuropático ou psicopático.

Mas esta aproximação tem limites, assinados por este duplo facto:

É o efeito maravilhoso da terapêutica sugestiva, a pedra de toque do Pitiatismo.

Não há injunção autoritária nem psicoterapia dialética que leve uma anoréxica mental a realimentar-se curativamente.

A anorexia mental foi descrita pelos clássicos sob a designação de anorexia histérica, nos tempos em que imperava a ideia obsoleta da Histeria faz-tudo.

Reputo imprópria tal denominação.

Poder-se-ia chamar-lhe nervosa (mas este qualificativo anda um tanto ou quanto desacreditado) ou psíquica. Mas valerá a pena dar-lhe um nome diferente do actual, universalmente adoptado?

Já observei dois casos de anorexia mental na mesma família, em duas raparigas irmãs, com uma

diferença de idade de 4 ou 5 anos. Foram confiadas no mesmo dia à minha assistência médica.

A mais velha, com desnutrição moderada, restabeleceu-se rapidamente. O estado da mais nova era grave, mas foi salva; a sua realimentação começou alguns minutos depois de hospitalizada. Nunca vi a anorexia mental em duas gerações.

O mais notável caso de anorexia mental pura tratado por mim, foi o de uma adolescente muito bonita, que vivia em Coimbra com seus pais.

Deveras lamento não a ter fotografado na hora em que começou o seu isolamento hospitalar e, simultaneamente, a sua realimentação.

De cara chupada e engelhada como a de uma velha, tinha-se tornado reservada, sonsa, trapaceira e respondona.

Voltou a ser jovial, expansiva, sociável, afável, radiosa de juventude e de graça, as faces coloridas de róseas tonalidades, a alma aureada de flóridas esperanças — como fora antes de ter posto em prática a resolução de se alimentar com a própria carne.

Insólita aberração espiritual a que, na fase da vida apropriada para a ultimação da diferenciação sexual, adormenta nas raparigas a garridice e o desejo de agradar, tão arraigados trivialmente, que uma ou outra vez degeneram em práticas repreensíveis.

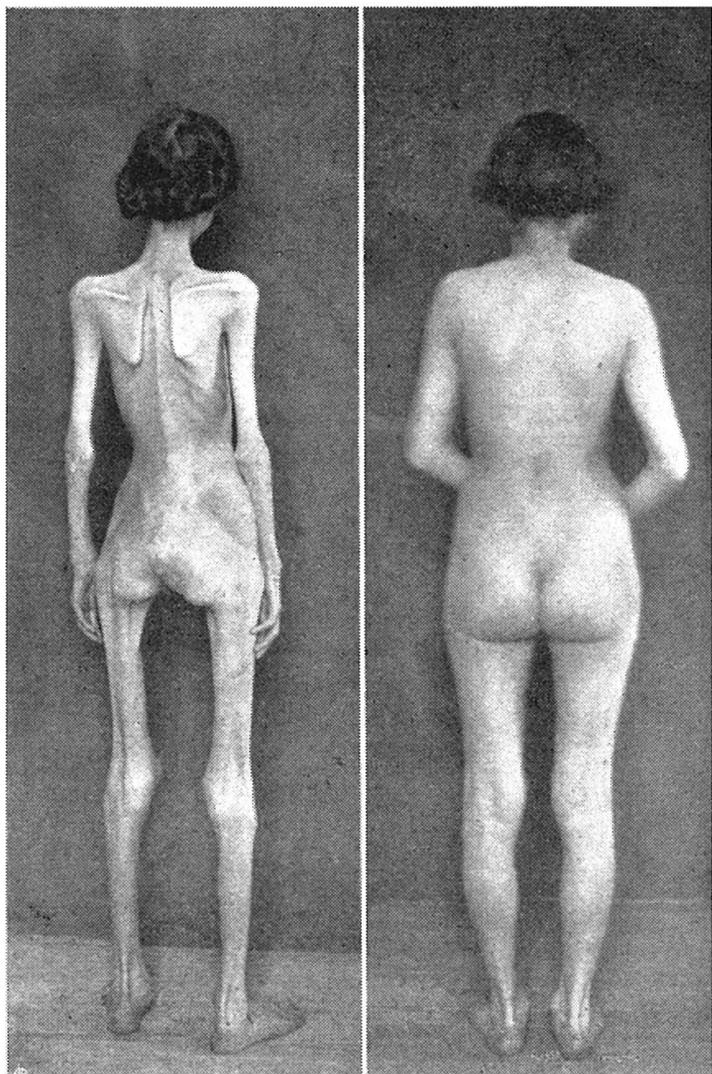
Uma das características da adolescente normal é justamente o gosto do belo, a aptidão para as emoções estéticas, a intuição de que ao seu destino não é indiferente o poder de atracção e de seducção.

Os cuidados com o semblante, com o vestuário, com tudo o que possa ser posto ao serviço do seu íntimo desejo de parecer bem, ocupam em regra um logar proeminente nas preocupações da juvenildade, por maiores que sejam a formosura e a graça naturais. É a idade da cópia servil dos modelos em voga, por mais extravagantes que sejam, da sujeição increterosa aos caprichos da moda.

Pois bem. Sob o influxo de um pretexto mais ou menos frívolo, a anoréxica mental desfeia-se, expõe-se à espoliação dos mais atraentes predicados, afronta serenamente as consequências das privações que, depois de a terem convertido num esqueleto fórrado de pele, a irão propelindo para a sepultura, se a psicoterapeuta não intervier a tempo.

Um conselho aos principiantes.

Não convém formular um diagnóstico de anorexia mental na presença do doente, nem de pessoa de sua família ou de outras das suas relações e estranhas à classe médica. A palavra *mental*, no enunciado de um diagnóstico, é chocante... O que importa é que seja reconhecida pela família a necessidade do tratamento psíquico. O diagnóstico nada lhe diz a este respeito.



(Página deixada propositadamente em branco)

Sei bem, por uma dilatada experiência, quanto é alegrador para o clínico fazer renascer numa doente — a definhar-se, despreocupadamente, a olhos vistos — o gosto salutífero de viver.

Nada pode proporcionar ao médico um êxito tão revigorante e consolador como a cura de uma anoréxica mental: rapidamente, sem a administração de medicamento algum, sem nenhuma prescrição dietética, sem a aplicação de qualquer agente físico, sem a mais insignificante intervenção sangrenta, sem sequer roçarmos, ao de leve, com a polpa de um dedo meeminho no corpo da doente, podemos salvar-lhe a vida.

Que êxito semelhante pode a clínica proporcionar-nos?

Nenhum.

Também são instantaneamente e integralmente curáveis os acidentes pitiáticos, mas a anorexia mental mortífera não suporta confronto com esses acidentes inocentes.

(Página deixada propositadamente em branco)

ÍNDICE

	Págs.
Anorexia mental e sitiofobia	9
Anorexia mental e síndrome de Simmonds	75
Anorexia mental e pitiatismo	99
Tratamento da anorexia mental	113

Série

Documentos

•

Coimbra
Imprensa da Universidade

2005