

## DISTÚRBIOS FISIOGÊNICOS REFLEXOS

NELSON PIRES \*

Vence atualmente, neste país e neste continente, uma tendência a um tempo comodista e equívoca: recorrer o clínico ao psicólogo ou ao psiquiatra quando desespera do êxito terapêutico frente a “enigmáticos” distúrbios funcionais; tornou-se, nos Institutos de Previdência e nos Hospitais Gerais, “último recurso” (às vêzes mero lance engenhoso ou dilatatório) pedir a “explicação” médico-psicológica para casos com decursos evolutivos inesperados e rebeldes, sobretudo em síndromes onde se apregoa o largo papel do fator psíquico, tais como enxaquecas, cólon irritável, colite mucomembranosa e ulcerativa, vômitos rebeldes em acessos freqüentes, úlcera gástrica, mericismo, dispepsia, hiperfagia, enurese noturna e disúrias nervosas, dismenorréias, eczemas simples, “neuroses cardíacas”, “distúrbios neurovegetativos”, soluços paroxísticos e em crises demoradas, discinesias várias, asma, hipertensão arterial, etc.

Temos atendido considerável massa desses pacientes. Metódicamente estudamos, mediante extensas análises e debates com os clínicos, esse material de “neuróticos” como os presume o serviço de triagem hospitalar após metucioso e negativo exame internístico. Após cinco anos de experiência fomos depurando muitos falsos truísmos que, sobre neuroses, são correntes no meio brasileiro e na literatura médica comum entre nós. Verdade é que há também psiquiatras e psicólogos convencidos desses truísmos, o que aumenta o equívoco dos clínicos. Estamos certos de que se impõe revisão de alguns postulados circulantes sobre o tema cada vez mais atual e mais revolvido das neuroses.

Exprime êste trabalho o pensamento da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia; êle nasceu num Serviço Psiquiátrico sediado em Hospital Geral e por isso será exposição de questões de investigação clínica suscitadas pelos neuróticos. É evidente, mas será expressamente manifesto aqui, que êste ponto de vista atual poderá evoluir e modificar-se, como é curial em Medicina.

Fixamos preferencialmente nossas visadas sobre síndromes que incluem disfunções somáticas, ou seja exatamente aquelas que são mais encontráveis nas Clínicas não psiquiátricas. Os “neuróticos” que ocorrem aos hospitais gerais diferem da clássica clientela psiconeurótica dos consultórios de psicoterapeutas; em Clínica Médica são conhecidos, agora, como portadores de “desordens psicossomáticas”, nomenclatura que abriga numerosos mal-en-

---

\* Catedrático de Psiquiatria na Fac. Med. da Univ. da Bahia.

tendidos e equívocos, entre outros um crucial que diz respeito à onipresença e à onipotência do fator psíquico. Apressadamente dizem-no presente e até genético de muitas síndromes somáticas só porque, na fisionomia clínica delas, há enigmas onde se identificam fatores psíquicos. Os famosos *slogans* — unidade psicossomática, unidade psicofísica, unidade corpo-alma, integração do psíquico e do somático como um todo no organismo — serão examinados aqui. Um dos sentidos do trabalho é clarificar *certo setor* deste capítulo das neuroses, coisa que já teria ocorrido a outros se fôssem mais comuns no Brasil os Serviços de Psicologia Médica e Psiquiatria em hospitais gerais, forçando o exame de fenômenos ditos “neuróticos”. À Medicina norte-americana, na qual muito se inspiram os brasileiros, devemos muito conceito espúrio.

Freqüentemente nossos pontos de vista parecerão polêmicos, outras vezes teóricos, outras vezes extremados ou aventureiros. Mesmo assim, teremos feito algum saneamento de outros tantos pontos de vista teóricos, extremados, aventureiros e polêmicos, mas... opostos. Vale a aferição de ambos e talvez, só então, a possível correção de ambos levará a assumir posição intermediária, quiçá a certa. As deduções são apontadas com apóio em material ora largo, ora escasso. Note-se: são *apontadas*, isto é, *indicadas*. Não são conclusões e, ainda menos, definitivas. A casuística de base ora será apenas mencionada, ora será explícita com dados necessários ou úteis. Mas sempre haverá casuística inspirando o que iremos dizendo.

1 — Para os autores pròpriamente psiquiatras (e muitos psicólogos) neurose subentende reação a conflitos ou a traumatismos afetivos. Paradigmática é a definição de Kurt Schneider: “Neuroses são reações a conflitos internos”. Para Frankl: “Neurose é o adoecimento psicógeno *primário*”.

Esse conceito preciso de neurose não é o que corre em Medicina Interna. Mesmo autores do porte de Kroll empregam expressões como “angio-neurose” e, todos, “neurose” gástrica, cardíaca, etc. Observe-se o que aí está contido: pensa-se aí em adicionais ou em interferência do elemento psicorreativo na função ordinariamente expungida de enxertos psíquicos molestos. Enxerto psicógeno, entretanto, não significa causa psicógena primária. Não temos qualquer dúvida que o conceito de *neurose* tem tais compromissos que o melhor seria usá-lo apenas na acepção de Schneider. Com tal conceito muitos dos distúrbios que a Clínica Médica aponta como tais só seriam neuróticos se subsidiados por conflitos internos, conflitos psíquicos que resultassem em conversão somática como Freud ensinou; ou então, que o conflito psíquico fôsse *causa* de vício funcional. Não seriam neuroses muitos daqueles conjuntos sintomáticos denominados “neuroses experimentais”, artificialmente produzidas em animais e dos quais há similares humanos. Conhecemos casos em que vícios funcionais e desregulações de função surgidos de golpe são mantidos por algum tempo.

Um oficial do Exército, com 26 anos de idade, certo dia, por ocasião de um exercício físico, foi acometido de alterações do ritmo cardíaco com extrassístoles

que foram vividas com sensação desagradável. Por largo tempo, quando fazia esforços, mesmo mínimos, era acometido dessas modificações rítmicas. Nenhuma anomalia significativa foi encontrada pelo cardiologista. No curso de electrocardiografia, a nosso pedido, foi procedida a pesquisa do reflexo oculocardiaco, ocorrendo pronunciado acesso vasovagal que levou o paciente à hipotensão grave e à inconsciência. O traçado electrocardiográfico objetivou fortíssima alteração funcional do ritmo cardiaco, que se reproduzia ao menor esforço. Extinguiu-se o distúrbio no curso de meses, progressiva e espontaneamente.

Essa disfunção não era psicógena e o paciente não era portador de conflitos internos. Ocorrido e fixado o distúrbio, é claro que o paciente se atemorizou e adquiriu uma sobrecarga psíquica. Mas, ao próprio vício funcional não se poderia, quando se constituiu, chamar de neurose (neurose cardiaca), embora depois tal disfunção convocasse a concentração ansiosa do paciente sobre ela. Essa desregulação funcional condicionada e fixada em série de reflexos é, para nós, um vício funcional e compõe um circuito condicionado reflexo (estímulo condicionador, o esforço mesmo mínimo; resposta condicionada, acesso vagal com disritmia e extrassístoles). Só no sentido de Kroll isto seria uma "neurose"; não no conceito de Kurt Schneider.

Não importa que o *adicional psicógeno* viesse depois (como de fato veio sob forma de "neurose de renda", pois o oficial invocava o distúrbio para obter transferência para a sua cidade natal), já que se constituíra um ciclo funcional condicionado, estereotipado em hiperreatividade e iniciado com *etapas somáticas*.

O que trouxe êste doente à consulta foi o distúrbio circulatório (na realidade neurocirculatório, não psicocirculatório). Por analogia com o que Babinski ensinou poderíamos chamá-lo *distúrbio fisiogênico ou fisiopático de origem reflexa*, em possível parentesco com a *astenia neurocirculatória* e talvez identidade com a *síndrome de esforço*, conhecida dos desportistas e das campanhas militares. Quando o paciente pleiteou a transferência para sua cidade natal alegando tal doença, essa era a atitude neurótica, a reação psíquica ao distúrbio legítimo, fisiogênico ou fisiopático de origem reflexa: invocar neurose e psicogenia para o todo é um manifesto equívoco, no entanto corrente entre clínicos e psicoterapeutas.

Tampouco a fixação e manutenção é sempre psicógena (vantagem ou refúgio na doença), de vez que freqüentemente o distúrbio reflexo (ou circuito fisiopático reflexo) fere os interesses do pleiteista, é-lhe sinceramente indesejável mas nem por isso facilmente curável.

Um motorista, com 39 anos de idade, sofre acidente grave, rolando em uma ribanceira com o seu carro. Instala-se, depois, intensíssimo cortejo de sintomas vegetativos: abundante sudorese, extremidades frias, cianóticas e úmidas, taquicardia e ansiedade, tudo ocorrendo espontaneamente. Foi-lhe reiteradamente negado o auxílio da previdência social sob a alegação de ser tudo "neurose", subentendendo intencionalidade finalista. Sem dúvida, o doente, ao final, acabara por incluir componentes psicógenos e pleiteistas; mas largo tempo lutou aplicadamente pela recuperação total, porque, mesmo obtido o auxílio da previdência, o déficit econômico era opressivo e humilhante. Nem por isso a neurose vegetativa reflexa se atenuava. Só muito lentamente veio a melhorar por extinção gradual dos circuitos fisiogênicos de origem reflexa. Neste caso, como se vê, os componentes psicógenos só vieram a posteriori, secundariamente.

2 — Mesmo quando não seja psicógeno, o distúrbio funcional pode ser atenuado ou silenciado por via psicoterápica.

Tivemos sob assistência direta 8 mulheres portadoras de enxaqueca, nas quais não tiveram êxito as terapêuticas mais variadas: dietética, correção de desvios funcionais digestivos, higiene de vida, tartarato de ergotamina, ácido nicotínico, analgésicos. Os acessos ora eram espontâneos, ora psicologicamente desencadeados. Na maioria dos casos obtínhamos, com a psicoterapia, aumento dos intervalos intercríticos ou atenuação vivencial das crises dolorosas. Não conseguimos debelar a doença que, de modo algum, é psicógena, embora possam *incluir-se momentos psíquicos* em sua evolução. Também o uso prolongado da clorpromazina auxiliava o êxito terapêutico que, às vezes, era obtido exclusivamente com o medicamento, sem psicoterapia; em um caso, todavia, houve piora. Simples placebos livraram uma das doentes das crises por vários meses. O fato foi descoberto por acaso: a doente adquirira, por troca de receita, outra medicação que, embora não tivesse ação legítima sobre a enxaqueca, libertava-a por grande espaço de tempo, como o fizera o Bellergal anteriormente ministrado com êxito.

Três mulheres portadoras de colite mucomembranosa nos foram enviadas após longa série de exames (inclusive a retossigmoidoscopia) e tratamentos, sempre inoperantes ou só transitariamente benéficos. Empreendemos de novo a terapêutica, a higiene alimentar e psíquica sem resultados; depois a psicoterapia, os sedativos, as duchas e o sono, com benefício transitório. Em uma das doentes empregamos o hipnotismo com tamanho resultado imediato que parecia remitido o distúrbio que, entretanto, semanas depois retomava seu curso oscilante e engravescente. Em duas doentes a influência da psicoterapia também era nítida e fugaz; mesmo em período de piora uma delas tinha tão grande receptividade ao médico e à psicoterapia que o background psíquico se mantinha excelente, em discordância com a piora somática. Na realidade, as agravações sobrevinham ora autóctone, ora psicogenamente. Como ocorreu em certos casos de enxaqueca, também em certos casos de colites logramos, com a psicoterapia, melhora do "ambiente interno", que diminuía a repercussão vivencial da dor, do mal-estar difuso geral; mas sem cura.

3 — Distúrbios indiscutivelmente psicógenos podem ser rebeldes à psicoterapia e debelados com recursos extrapsicológicos, o que vem a ser uma relação inversa à assinalada no item 2.

Um oligofrênico atemoriza-se com os vômitos rebeldes, provocados por indigestão ocasional e contrai uma inibição condicionada à alimentação. Nestas condições entra, no decurso de meses, em grave emagrecimento (doente de 20 anos de idade chega aos 28 quilos de peso) e "fixa" os vômitos quando ingere alimentos. Foi hospitalizado e investigado do ponto de vista clínico (sobretudo endócrínico) com conclusão negativa. Recursos psicoterápicos, assistência desvelada de enfermagem, compulsão a comer, subseadação com tranquilizadores, tudo foi em vão. Submetemos o doente à sonoterapia superficial e ao eletrochoque, com sucesso absoluto e definitivo. O doente readquiriu mais de 12 quilos, estando livre de distúrbios há três anos.

Em duas portadoras da enigmática anorexia mental encontramos o que é habitual: imaturidade psíquica, hábitos recessivos e sedentários, timidez, pouca expressividade e autonomia, baixa vitalidade instintiva, extrema dependência aos familiares, hipoplasias somáticas (mulheres pequenas, gráceis, delicadas, vulneráveis), inteligência pouco exercitada. Quanto à gênese psíquica, nada de muito definido: anorexia e náuseas facilmente provocáveis. Em ambas, a psicoterapia armada e desarmada foi inoperante. Uma teve remissão completa e parece que definitiva, pois dura há 4 anos, com sonoterapia e eletrochoque; a outra não melhorou com essa mesma terapêutica e suas oscilações de melhora e piora são autóctones, aí se percebendo por vezes discreta interferência psicógena, interferência todavia não exclusiva e nunca preponderante.

Mulher casada, 39 anos, com neurose e graves conflitos conjugais que lhe pioram os eczemas de ambos os pés de que sofre há 20 anos, e que também pioram por motivos extrapsicológicos e jamais cederam aos tratamentos dermatológicos. Tratamentos anteriores, com diversos clínicos e psiquiatras (inclusive 10 eletrochoques) foram sem efeito prático tanto sobre a neurose, quanto sobre os eczemas. A longa psicoterapia que empreendemos melhorava-a de modo passageiro. Optamos então pelo bloqueio dos gânglios simpáticos paravertebrais correspondentes com xilocaína (3 vezes ao dia) durante 6 dias. O êxito foi espetacular, pois os eczemas logo desapareceram e não ocorreram durante um ano, mau grado os conflitos sempre graves; entretanto, retornaram depois.

4 — Qualquer que tenha sido a gênese das síndromes ocorridas nos 7 pacientes abaixo referidos, é evidente que se estabeleceu o que chamamos um ciclo funcional reflexo, ou seja, uma disfunção composta de reflexos em cadeia, dotada de dominância, isto é, desencadeando-se por estímulos mínimos ou habitualmente inócuos. Evitamos falar em reflexos condicionados porque nem sempre havia estímulo psíquico, sempre patente nos experimentos de Pavlov.

Chamam-se a estes distúrbios “psicossomáticos” mas não são primariamente *psicógenos*. Também não havia clara sintomatologia mental, apenas “micropsíquica”, como diria Frankl, que se nega a chamar de neuróticos tais doentes. Ainda que em alguns houvesse possível *desencadeamento* psicógeno, não havia *causalidade primária* psicógena: pelo contrário, o adicional psicógeno claro era *ulterior* ao “distúrbio fisiogênico reflexo”. Também a paralisia geral pode eclodir a partir de um momento psicógeno; a causalidade dela, todavia, não é psíquica.

Seis pacientes, sendo três portadores de vômitos rebeldes, dois de mericismo crônico, um de soluções em acessos, foram submetidos à sonoterapia profunda. Nuns doentes a síndrome foi psicogenamente *desencadeada*, noutros o elemento psíquico-reactivo era adicional e noutros mal se percebia qualquer fator psíquico, nem desencadeador nem adicional. Em todos a mesma terapêutica somática teve êxito duradouro.

Adicione-se a esses 6 casos um outro de hiperfagia com a seguinte história: após largo período de alcoolismo, o doente teve, ao amanhecer de noite de libações, uma crise de vômitos e subseqüentes estados de mal-estar vivenciados como fraqueza. Atendeu-se a si mesmo, superalimentando-se; a vivência de fraqueza repetia-se e o paciente renovava a ingestão de alimentos. Aos poucos esse circuito funcional se fixara e adquirira tonalidades de reflexos coordenados condicionadamente: sensação iterativa de fome e ingestão de alimentos, que passou a levar consigo numa valise por onde quer que fosse. Apresentava volumoso epigastro e veio à consulta quando, por muito que se alimentasse, não debelava mais a sensação de fome e fraqueza tornadas permanentes. Foi examinado pelos clínicos, sendo procedida a rotina de laboratório visando sobretudo aos glicídeos e prótidos, sem anomalias objetivas. Foi então submetido à psicoterapia por pouco tempo, sem êxito e, logo, à sonoterapia profunda e prolongada com eletrochoques adicionais, com remissão total por 3 meses, tudo retornando depois.

Também a *influenciabilidade psíquica*, tanto para o agravamento como para a terapêutica, nestes, como nos doentes mencionados nos itens 2 e 3, era oscilante; maior em certas ocasiões, menor em outras. A nós pareceu que a influenciabilidade à psicoterapia se fazia maior exatamente quando

o fator autóctone era menor. Em outras palavras: tanto mais acessível à psicoterapia quanto mais, nas oscilações, o doente se aproximava da normalidade somática e psíquica. A influenciabilidade psíquica (que é normal) reaparecia quando a dominância *somática* da síndrome se atenuava.

Mau grado tôdas essas singularidades da casuística apresentada até agora neste trabalho, mau grado as características neurosiformes fisionômicas e evolutivas (sensibilidade à psicoterapia, por vêzes nítida interferência do fator psíquico no desencadeamento e curso, adicionais psíquicos, inexistência de causas somáticas objetivamente demonstráveis), não são *neuroses* êsses distúrbios, porque não são primariamente psicógenos nem mantidos exclusivamente por via psíquica. Há momentos psíquicos mas não *causalidade* psíquica. Desencadeamento psíquico é uma coisa e causalidade psíquica é outra, como no caso mencionado do paralítico geral.

Para nós, mesmo que com simples psicoterapia obtivéssemos a remissão total da síndrome, *isso não demonstraria que ela era psicogenética*; é banal a supressão de sintomas não psicógenos, por via psíquica, sugestiva. Só com a velha acepção da neurose, subentendendo organicidade, ou pelo menos, supostas alterações estruturais (químicas, sinápticas), conseguiríamos alcançar estas síndromes. No entanto, aquelas características neurosiformes impressionam ordinariamente o observador desarmado de conceitos que, no caso, podem ser decisivos para a compreensão da síndrome. Mas assim como verificamos influência psicoterapêutica sôbre distúrbios legitimamente somatógenos, também verificamos nenhuma influenciabilidade psicoterápica sôbre distúrbios indiscutivelmente psicógenos, como a clínica psicológica todo dia mostra e nós, os psiquiatras, temos escrúpulos de dizê-lo.

Enfim, o fato de tais distúrbios fisiogênicos (ou fisiopáticos) se coordenarem reflexamente também não significa que êles sejam sempre passíveis de remissão ou cura. Certos dêles se cronificam, são incuráveis ou mesmo mortais, o que pode ocorrer inclusive com distúrbios compostos de autênticos reflexos condicionados (incluindo aí o fator psíquico), como o demonstrou Max Desmont experimentalmente em animais.

Nosso caso de anorexia nervosa mencionado no item 3 documenta tese do decurso crônico oscilante dêste distúrbio fisiogênico reflexo. Êste outro documentará a tese do curso mortal:

Paciente de 18 anos, com retardo sexual, faltando alguns caracteres sexuais secundários. Após indigestão, inaugurou-se e fixou-se anorexia a que se adicionava mêdo de cólicas e, depois, vômitos se ingeria algo. Tivemo-lo sob assistência em Serviço fechado por mais de um ano, debaixo de contrôle de endocrinologistas, internistas e de neurologista. Nada se encontrou de anormal ao mais detalhado exame. Quando, por desnutrição, chegou aos 26 quilos de pêso — patenteado que não era decisiva tôda a psicoterapêutica, o orientado desvêlo de enfermagem, a anestesia curativa (bloqueio ganglionar simpático com Impletol), o emprêgo de tranqüilizadores, de sonoterapia e de medicamentos antieméticos reiterados — utilizamos o eletrochoque (8 ao todo) com surpreendente êxito. Em um mês o doente readquiriu 9 quilos de pêso, desaparecendo tôda a síndrome que, entretanto, reapareceu três meses depois, nenhum recurso sendo então eficiente; apesar da administração hidrossalina, vitamínica, transfusões de sangue, clisteres alimentícios, novos eletrochoques e tôda a escala terapêutica, o doente foi a êxito letal, em

caquexia, ao cabo de um ano. Para nós, a anorexia neste caso era claramente subsidiada por uma cadeia de reflexos fisiogênicos fixados, dominantes, condicionados e irreversíveis.

Nossa experiência quanto à anorexia nervosa (5 casos, 3 remetidos) impôs-nos sancionar esta patogenia: *trata-se de distúrbio fisiogênico reflexo*. Às vezes, a cadeia reflexa é indissolúvel e para isso contribui também o fator psíquico que se inclui de ordinário *secundariamente*, mais raramente de modo *primário*; fixe-se que a própria terapêutica somática no curso da mesma síndrome e do mesmo doente, ora tem êxito, ora não tem, conforme o momento evolutivo.

5 — Agora é tempo de examinar a questão, a nosso ver sistematicamente mal colocada, das relações do psíquico e do somático, integrados, como se diz, na “unidade psicossomática”, ou “como um todo” no organismo.

Psíquico e somático são, na verdade, aspectos diferentes de um só indivíduo, ou todo único, mas são *dimensões* (Frankl) diversas; entre eles não há identidade, ipseidade (Selbstigkeit). Kurt Schneider fala em “dualismo empírico” e com êle ficaremos. Não exageraríamos dizendo que, na *prática médica*, somos freqüentemente compelidos a tratar desses dois fatores como o fariamos com duas grandezas individualizadas ou distintas.

Os experimentos da hipnose demonstram como a influência do psíquico sobre o somático diverge de pessoa a pessoa, como psíquico e somático se individualizam, comprovando que estas duas dimensões, embora integradas num todo, têm “espaço” próprio e agem, uma sobre a outra, com valência variável de homem a homem. Em alguns hipnotizados conseguiu-se até produzir flictenas na pele (J. H. Schultze) por contacto com objeto frio, graças à sugestão de queimadura; influi-se sobre a menstruação, sobre fatores imunológicos (F. Hoff); com o método dos reflexos condicionados influi-se sobre a cicatrização, sobre a filtração renal (Marinesco), sobre a fisiologia digestiva (Bykow). Entretanto, em outros pacientes consegue-se interferência psíquica só em processos orgânicos muito menos íntimos, menos recessivos. Em outras palavras: o psíquico intervém no somático mas em graus inteiramente diversos, a depender do concreto indivíduo.

Da nossa casuística constam fatos marcantes a êsse respeito. Na doente eczematosa, mau grado as piores psicógenas, obtivemos larga remissão do eczema, agindo na etapa vegetativa, alterando-lhe a sudorese e o trofismo, e não agindo sobre o comando mental do circuito psíquico-vegetativo. Nas doenças enxaquecosas, pelo contrário, agíamos sobre a esfera psíquica e atenuávamos a intensidade vivencial dolorosa, sem agir sobre os fatores somáticos causais diretos.

A individualização, às vezes extrema no empirismo clínico, destas duas dimensões — psíquica e somática — é de tal evidência que não há negá-la. Estas dimensões fazem parte de uma unidade psicofísica, mas não é indiferente para a terapêutica que se acione uma ou outra. Sem que saibamos até agora porque, em alguns casos psicógenos a melhor terapêutica é a somática e em outros casos somatógenos, é a psíquica; em certos casos, con-

forme o *momento evolutivo*, uma terapêutica ou outra é a mais útil e depois se mostra inoperante. Quer a influenciabilidade psíquica, quer a somática oscilam no curso do distúrbio. Vimos, no caso de anorexia nervosa relativo ao paciente que faleceu, que os vínculos fisiogênicos reflexos, que habitualmente se extinguem até espontaneamente, se podem fixar indissolúvelmente, não sendo mais influenciáveis quer psíquica, quer somaticamente. Mais que isso: nasce (psicógena ou somatôgenamente desencadeado) um distúrbio e, no curso evolutivo, o comando inicialmente psicógeno passa a somatógeno e vice-versa. Ou então sobrecargas adicionais psicógenas num distúrbio somatógeno (caso do militar com acessos vasovagais) ou sobrecargas somatógenas em caso psicógeno (anorexia nervosa e vômitos que remeteram no caso de débil mental) desfiguram de tal maneira a significação do distúrbio e sua compreensão que não se pode negar a nítida individualização das duas dimensões: a psíquica e a somática. Pode, inclusive, ser indispensável fazê-lo para dirigir com êxito ou alguma inteligência o tratamento.

*E isto tudo significa que neurose, distúrbios psicossomáticos, distúrbios fisiogênicos reflexos não são a mesma coisa, como se pensa correntemente.* A entrada da psicologia médica na Medicina geral trouxe esta imprecisão conceitual, com repercussões de enorme importância na apreciação diagnóstica, na terapêutica e nas concepções médicas atuais, ao menos nos países americanos.

Meras semelhanças fenomênicas no desencadeamento, no curso evolutivo ou na terapêutica não autorizam equivalência das três classes de distúrbios (neurose, distúrbios psicossomáticos e fisiogênicos reflexos), nem o apagamento da distinção entre psíquico e somático. Muita síndrome tida como *neurose* na Medicina Interna só tem de neurose a inclusão do fator psíquico, ainda que *sem* papel causal ou mesmo de preponderância. Outras nem mesmo isso: são distúrbios fisiogênicos reflexos em estado puro. Há o distúrbio fisiogênico reflexo e não há sequer dano visível psíquico: o doente sequer procura médico ou tratamento extramédico.

6 — Capitularíamos sem muita dificuldade como *distúrbios fisiogênicos reflexos* grande parte das enureses noturnas, das dismenorréias enigmáticas há muito conhecidas dos ginecologistas, muita frigidez sexual masculina e feminina, certas “disúrias nervosas”.

A muitos desses distúrbios se atrelam fatores psíquicos, mas ordinariamente a psicoterapia influi pouco nêles: a estrita gênese psíquica é pouco convincente, a tenacidade e as oscilações de intensidade sintomática são ora autóctones, ora psicógenas, o curso é crônico, o laboratório esclarece pouca coisa, a perplexidade dos investigadores é constante, a hormonioterapia é precária. Nas enureses noturnas o recurso terapêutico mais eficiente ora é a psicoterapia, ora é a supressão de líquidos a partir de certa hora vespertina, ora o controle do despertar durante o sono para o esvaziamento da bexiga, ora é o comando sobre o doente que dorme, ordenando-lhe, mesmo no sono, ou que controle a bexiga, ou que se erga e vá urinar. Todos êles são recursos que solicitam efetores e condicionamentos reflexos, psíqui-



cos ou vegetativos, em sono ou vigília, salvo o de restrição de líquidos, que é recurso dirigido ao funcionamento somático.

Caberia investigar outra questão: a aptidão para tais distúrbios fisiogênicos reflexos significa aptidão para a neurose? Ou mais precisamente, a aptidão para as disfunções vegetativas significa aptidão para as neuroses? Responderíamos que não, conquanto não raramente o distúrbio fisiogênico reflexo vulnere o perfeito balanceamento psíquico. A razão dessa repercussão dos distúrbios reflexos sobre o psiquismo nem sempre é biológica ou constitucional. Pode ser meramente psíquica ou mesmo existencial.

Um distúrbio reflexo, como o do vômito, costuma, no sexo masculino, ter menos repercussão psíquica que uma inibição reflexa sexual, mesmo originariamente explicável (indisposição momentânea, agravo psíquico por parte da parceira, susto, etc.). A repercussão dependeria da natureza do reflexo perturbado e da valência na tábua pessoal de valores. Aquê que supera uma crise reflexa de soluços, pode sucumbir aos temores provocados por um surto de taquicardia ou uma falha sexual, também reflexas. Aqui é importante não só a base biológica constitucional, que dá solo e possibilidade à organização dos distúrbios fisiogênicos reflexos; também a escala pessoal de valores dinamiza as defesas psíquicas e movimenta a psicodinâmica dos afetos.

Todavia, parece-nos importante o fato de serem mais freqüentes êstes distúrbios fisiogênicos reflexos em indivíduos com desordens endócrino-vegetativas, desordens não caracterizáveis como síndromes completas, mas vagas, difusas e gerais; exatamente desordens manifestas como disregulação dos comutadores psicofísicos. Vem sendo isso apresentado desde Czerny com suas "neuropatias", até Kretschmer, que viu distúrbios da maturidade sexual, puberdade tardia (diríamos também: puberdade tempestuosa ou assinalada por desordens difusas) na maioria dos neuróticos. Isto que dizemos é mais claro nas dismenorrêicas, muitas vêzes portadoras de infantilismo psíquico ou sexual, ou misto. O tipo físico hipoplásico é visto com freqüência nos portadores dêstes distúrbios; Kretschmer há tempos o disse.

Ainda uma pergunta e uma tentativa de resposta: por que, em certos indivíduos, uma única experiência fixa e às vêzes condiciona o circuito funcional reflexo, o distúrbio fisiogênico reflexo? Sabemos que existem indivíduos que, após *uma* incidência dêste tipo — *um* vômito, *uma* crise taquicárdica, *uma* inapetência, *uma* crise de impotência — fixam o distúrbio.

A resposta se desdobra: ora é necessário um "determinado tipo de sistema nervoso", como Pavlov diz a propósito de animais apropriados à aquisição de reflexos condicionados, ora é o tipo do distúrbio reflexo que encerra valência específica (por exemplo impotência, de ocorrência reflexa por inibição condicionada) para o portador. Ou seja: ora é a base *constitucional* (Pavlov falava em tipos de temperamento nos seus animais), ora é a dos *valores existenciais* e a pura *base psíquica*. E aqui novamente se individualizam as dimensões psíquica e somática. Aliás, o próprio Kretschmer, depois das "constituições psicofísicas", pronunciou-se sobre as "reações da personalidade" subentendendo sempre constituição psíquica sem dar-lhe base corporal.

À nossa tentativa de resposta queremos adicionar outras considerações: ocorrendo um distúrbio fisiogênico reflexo — como, por exemplo, o distúrbio vasovagal da nossa primeira observação — os adicionais psíquicos ulteriores (o paciente pleiteava transferência para a cidade natal, alegando doença) podem tornar reverberantes os circuitos funcionais reflexos. Kretschmer diria: “intensificação voluntária dos distúrbios” reflexos motores, sensitivos ou vegetativos.

*Reverberante*, aqui, visa mais ao aspecto do rendimento funcional e menos ao aspecto psicológico, já que essa intensificação nem sempre é claramente voluntária e intencional, mas é claramente impeditiva do rendimento e nem sempre precede, em cronologia perceptível, a última fase, a da “objetivação” de que fala Kretschmer; tudo pode passar-se, segundo este autor, no plano de “esfera”, ou seja, no plano instintivo, nos estratos profundos da “alma”, antes da etapa da plena consciência. Falamos em reverberação com as vistas voltadas para a neurofisiologia vegetativa e seus circuitos suscetíveis de intensificação de acôrdo com a lei dos valores de partida (*Ausgangswertgesetz*): a um alto nível de partida simpático (ou parassimpático) corresponde, em tentativa de compensação, um alto nível reequilibrador parassimpático (ou simpático). A intervenção do fator psíquico neste balanço reflexo vegetativo em alta tensão abre uma via (Kroll) suscetível de ainda melhor reverberação, com a atitude de espera ansiosa, desde Bleuler chamada de “neurose de espera” (*Erwartungsneurose*).

Aqui, nova e última consideração. O circuito nervoso reflexo (distúrbio inicialmente “fisiogênico de origem reflexa”), aparente como disfunção autônoma, pode acabar por incluir etapas psíquicas: o enxaquecoso (ou o disúrico, o anorético, etc.) atribulado pelas crises dolorosas e insólitas, preocupa-se, atemoriza-se, torna-se tenso e expectante, instalando-se uma “neurose de espera” de base psico-vegetativo-endócrina. Reverbera o circuito reflexo com a parcela psíquica. O que a clínica mostra é que tanto o recrudescimento do distúrbio pode fazer-se por via vegetativa como por via psíquica. Em outras palavras: o distúrbio reflexo “neurotiza-se” depois de ser “neural” puro. Ambas as etapas — a psíquica e a neural — conservam possibilidades desencadeadoras e ora o distúrbio parece primordialmente psicógeno, ora parece ser somatógeno; o abrandamento do fator psíquico pela psicoterapia influi sôbre o circuito psicovegetativo (etapa reverberante). Mas a etapa vegetativo-visceral conserva a autonomia que lhe é intrínseca e reconquista logo o seu poder efetor, como é curial, por exemplo, na simpatectomia periarterial, ou na vagotomia com que se pretendia suprimir elos neurais na patogenia da úlcera péptica.

Segundo pensamos, os sucessos que obtivemos com a sonoterapia, com o eletrochoque ou com o bloqueio ganglionar simpático, são devidos à interrupção do circuito, ora no nível cortical e no tronco encefálico (sonoterapia com barbitúricos e clorpromazina), ora no nível ganglionar simpático (bloqueio extradural com Impletol ou xilocaina), ora maciçamente pelo apagamento difuso funcional cerebral (eletrochoques). Extinguimos a coordenação reflexa, inibindo elos funcionais em qualquer dos níveis de conexão.

Recuperavam-se funcionalmente depois, autônômamente, alguns circuitos vegetativos.

7 — Até aqui nossa casuística se compôs sobretudo das impròpriamente chamadas “organoneuroses” e de elos funcionais neuroviscerais evidentes. Agora vamos ver *autênticos neuróticos*, nos quais distúrbios fisiogênicos reflexos comparecem com destaque no quadro sintomático.

Três pacientes (dois homens e uma mulher), apresentaram agorafobia de forma subaguda, em dois com irrupção mais ou menos autóctone (num, o desencadeador foi mínimo, uma indisposição digestiva com vômitos e taquicardia; noutro, sem qualquer fator imediato determinável). O terceiro fizera exame vestibular em escola médica e lograra alguns centésimos abaixo do mínimo para a matricula; recorreu ao judiciário, que lhe deu ganho de causa e ingresso na Faculdade; outro recurso judiciário, seis meses depois, partido da Faculdade, reformou a primeira sentença e motivou a exclusão do aluno, já monitor de química. Estes três doentes tinham grau superior de instrução. A agorafobia em poucas semanas os invalidou para atividades comuns. Todos tinham aumento do metabolismo basal (entre +15% e +19%) e em todos havia sinais de hipertireoidismo: taquicardia, tremores, irritabilidade emocional, vivacidade dos reflexos tendíneos. Em todos, ao sair à rua, ocorria tempestade vegetativa que os levava à marcha trôpega, pânico, concentração tensa e coacta no sentido de explicar-se a si mesmos, sem resultado, o porque dessa insólita sintomatologia. Em condições de proteção — na companhia de certas pessoas — a agorafobia era facilmente dominável e os doentes saíam à rua com um mínimo de sofrimento.

Todos êles haviam sido supermimados até a adolescência ou mesmo depois; dois dêles tinham sido as “grandes esperanças” de seus pais e parentes durante o curso secundário e todos os três eram estudantes de bom nível econômico. Em um, a agorafobia perdura há 22 anos, em outro há 4; na moça há meses. Em todos os três é absolutamente cabível a interpretação de que o medo de sair à rua decorra de seus sentimentos de incapacidade frente à vida, inépcia na auto-suficiência, falta de confiança em si, fome de proteção, ânsia de eternizar a situação infantil, de estar sempre sob a guarda de mãe e pai; nenhum tinha anseio de emancipação, de viver como adulto e de aceitar o seu destino. Em todos, era clara a “vantagem” da doença”; em dois, a doença, além de ensinar-lhes proteção em estritos moldes infantis, prestava o serviço de excusá-los de porém à prova, na vida prática, as excelências de seus próprios méritos, que as famílias proclamavam a quantos as ouvissem.

Todos três foram psicanalisados, sem o menor resultado prático. Inteligentes, esclarecidos, superinformados sobre suas dinâmicas afetivas conscientes e inconscientes, adquiriram imenso “insight” mas continuaram inalterados agorafobos. Todos coincidiam, com variantes, em dizer, após análises exaustivas, que o fato irremovível era “que não podiam evitar, conquanto conhecida a psicodinâmica da síndrome, os efeitos emocionais do sair à rua”, com suas concomitâncias somáticas e psíquicas. Noutras palavras, não conseguiam, mau grado a imensa ilustração adquirida com a análise de sua “neurose”, remover os distúrbios reflexos (aqui reflexos condicionados literais), evidentemente indiferentes à penetração empática.

Tal “insight” era correto: êsses distúrbios tinham uma fundamentação *neural* e não *psicológica*; as interpretações psicanalíticas, a penetração empática, a compreensão genético-psicológica esbarram aqui numa intransponível barreira, pois há uma causa fisiopática e não pura motivação psicológica a desmontar.

Em tais casos a metodologia adequada não é a psicológica mas a neurofisiológica. Não é por acaso que os três agorafóbicos eram disendocrínicos.

Hoje se sabe — com Bleuler e Kretschmer, entre outros — que disendocrinias frustras são encontráveis entre os neuróticos, com frequência acima da média. *Para nós, é exatamente nesses disendocrínicos frustrados que se encontram comumente distúrbios fisiogênicos reflexos sólidamente fixados.* Também a maior parte das conhecidíssimas impotências fixadas duradoura e reflexamente cabem aí, pois não raro há discreta insuficiência sexual, manifesta no pouco desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, na hipoplasia genital discreta, na maturidade psicosexual inacabada. Poderíamos dizer que, nêles, a função falha por uma conjugação convergente de fatores: a disendocrinia e a disregulação vegetativa preparam o solo para que os erros de educação e os complexos ganhem valência patogênica. A *fixação* da perturbação funcional, irrompida reflexamente, às vêzes com uma só experiência desagradável, é encontrada sobretudo em tipos psicofísicos assinalados por disregulações neurendocrínicas; não há uma síndrome endocrínica individualizada, há uma claudicação na perfeita regularização neural e endocrínica, às vêzes com repercussão psíquica, *mas não obrigatoriamente neurótica.* E, no que tange a nosso trabalho, digamos que nêles é freqüente uma aptidão a fixar êsses distúrbios fisiogênicos reflexos.

O que fica por explicar é o seguinte: dêsses três agorafóbicos, um foi impotente total enquanto durou nossa observação (10 anos) e ignoramos se continua a sê-lo; outro, há um ano, não busca vida sexual ativa (em parte como consequência de agorafobia); a mulher é casada e tem vida sexual normal. E mais: outros doentes com igual síndrome frustra de hipertireoidismo não apresentam agorafobia; outros têm a síndrome neurofisiológica, fixam reflexamente disfunções (taquicardias, crises ansiosas, crises de impotência, distonias vegetativas), *mas não se tornam neuróticos,* superando sem auxílio os episódios anormais.

Aqui cabe recapitular o que foi dito no item 6, isto é, que da escala pessoal de valores existenciais depende a repercussão vivencial da disfunção: aquêle que supera uma disfunção digestiva reflexa pode “neurotizar-se” se a disfunção é cardíaca ou sexual, e vice-versa. A razão da escolha do órgão ou do sintoma não fica sempre esclarecida, nem pela neurofisiologia, nem pela investigação dos valores existenciais, nem pela análise psicológica. Apela-se então para a obscura “disposição constitucional”, que é um arremêdo de explicação cabal.

A propósito do que disseram Bleuler e Kretschmer sôbre a frequência de disendocrinias frustras nos neuróticos, cabe apresentar um outro achado nosso, na clínica dos distúrbios fisiogênicos reflexos: *também encontramos tais distúrbios em numerosos oligofrênicos.* E entre os oligofrênicos que padecem de distúrbios psicossomáticos, com imensa frequência tais distúrbios podem ser classificados como típicos distúrbios fisiogênicos reflexos. A massa dêsses doentes (mais de 30) que atendemos pauta-se pela seguinte história clínica, sempre singela e transparentemente organizada:

Após indigestão (outras vêzes surto, abortamento, parto, resfriado forte, decepções amorosas, indisposição com vizinho ou parente, sessão espírita, perda de animais de estimação, prejuízo econômico, etc., isto é, após episódios somáticos ou

psicotraumáticos ordinariamente superáveis, *fixam-se*, como reflexos condicionados, disfunções digestivas, circulatórias, disestesias, distúrbios do sono, inapetência, crises distônico-vegetativas intempestivas ou provocadas por mínimos estímulos, perda da libido ou mesmo impotência. Esses distúrbios revelam-se rebeldes à análise, à medicação somática, aos tranqüilizadores, à sugestão direta e, às vêzes, ao hipnotismo.

Os distúrbios instalam-se, o mais das vêzes, bruscamente; tornam-se “facilitados” progressivamente. A aptidão dêsses oligofrênicos e disendocrínicos para fixar desordens reflexas já fôra registrada por Fr. Mauz em seu antigo e famoso livro — “A predisposição aos ataques convulsivos” — onde, voltado para a epilepsia, lembrava as “histerias reflexas” e as “histerias orgânicas” de Sioli. Coincide o que diz Mauz com o que dizemos aqui: certos desregulados vegetativo-endocrínicos, sem terem uma doença completa e individualizada, padecem de disfunções e têm particular aptidão a tornarem *fixas* e *reflexas* estas disfunções. São talvez “microformas” de doenças que não chegam a se caracterizar definitivamente; a claudicação funcional, fácil de provocar e de fixar, não tem, todavia, a correspondência morfológica (anátomo-patológica ou bioquímica) que a identificaria, em definitivo, como doença. *Mas não se trata, aí, de neurose, ainda que adicionais psíquicos ou momentos psicógenos facilmente ocorram.* Ignoramos porque, nesses doentes, ora é a ação sôbre o vegetativo a que decide o êxito terapêutico, ora é o amestramento (reeducação, formação de novos hábitos, psicagogia), ora é a sedação prolongada, ora é o eletrochoque.

Não estamos aqui a dizer que distúrbios fisiogênicos reflexos só incidem em disendocrínicos, distônicos vegetativos e em oligofrênicos. Dizemos que nêles não é rara a aparição de disfunções reflexas fixadas e é claríssima a sua organização.

8 — Há que contar, nestes distúrbios fisiogênicos neurais de origem reflexa, não só com os largos circuitos (que vão da periferia visceral ao córtex ou ao tronco encefálico) como com os curtos circuitos segmentares (que vão da periferia visceral aos gânglios simpáticos e parassimpáticos), como ainda (e isto é mera suposição baseada em símiles da neuropatofisiologia) com os circuitos *viscero-viscerais*. É possível que circuitos vegetativos segmentares e viscero-viscerais expliquem disfunções que a clínica mostra cotidianamente: desordens gastrobiliares onde a disfunção gástrica é solidária ou sinérgica da biliar, e vice-versa (vômitos de colecistopatias, disfunção da vesícula biliar nas duodenites). A doutrina do sincício terminal permite pensar assim. Doentes nossos tinham aparatosas manifestações vegetativas de início pós-prandiais, aliviadas pela emissão de gases, por eructação ou pelos intestinos. O acúmulo dêsses gases nas clausuras digestivas excitava, pensamos nós, as terminações esplâncnicas do sistema vegetativo e convocava uma resposta generalizada, visível na circulação (taquicardia, resfriamento, palidez), na respiração (polipnéia, respiração suspirosa), no domínio das sensações gerais (mal-estar pronunciado), na sudorese (das extremidades) e na esfera psíquica (vivência de colapso e morte iminente), afetando às vêzes os centros termostatores (elevação ou

baixa de temperatura) e vasopressores (elevação ou baixa da tensão arterial). É provável que o reflexo gastrocólico contribua para os fenômenos vegetativo-circulatórios, movimentando os lagos sanguíneos epiplóicos justacólicos, lançando, sob extemporâneo estímulo vegetativo, massas de sangue à circulação.

Speransky, em seus experimentos, mostrava como, com a irritação de fibras terminais parietoviscerais, se produzia não só resposta universal do sistema vegetativo, como ainda lesões de células ganglionares ao nível dos plexos e gânglios simpáticos. Parece que, depois da lesão de certo número de células ganglionares, é impossível a higidez funcional vegetativa segmentar. É bem verossímil que, então, eventual interferência do psíquico venha a turvar ainda mais a função mal regulada. A influência reverberante do psíquico se faria sobre uma função vegetativa já claudicante. *O distúrbio parecerá neurótico mas será originariamente neural.*

Temos para nós que muita expressão de hiperreatividade vegetativa com sintomas gerais (na vasomotilidade, na cenestesia, na tonicidade muscular lisa e estriada, etc.) de certos portadores de úlcera gástrica, de colopatias, de colecistopatias, decorre de irritação vegetativa parietovisceral ao nível do órgão doente, com resposta neural generalizada. E, neste caso, a síndrome de irritação vegetativa, que é idêntica à de muitos neuróticos, é *secundária* à doença orgânica. Portanto, a coexistência de úlcera péptica, de colopatia, de discinesias várias com síndromes vegetativas “neurosiformes”, *é explicável sem a necessidade, tantas vezes forçada, de buscar a explicação neurótica primária para a gênese dessas desordens.*

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos enfeixar em preceitos neurais a explicação de muitos distúrbios, tidos e havidos como *neuróticos* pelos clínicos mas também por psicólogos e psiquiatras. Nessa concepção há lugar para o fator psíquico, sem violentar o empirismo clínico.

O material casuístico promana da clínica internística e isso forçou considerações pouco habituais ao psicólogo e ao psiquiatra. Não constam da casuística as neuroses tramitando na pura esfera psíquica, algumas vezes entrevistadas neste trabalho, no qual é feita incursão larga da clínica na neurofisiologia vegetativa, às vezes onerada de hipóteses e de visadas teóricas. Nossas visadas são suscetíveis de verificação e obrigam a reconsiderar a ligeireza, hoje corrente, com que se avistam distúrbios do tipo dos aqui examinados, que se dizem “neuróticos”, subentendendo clara psicogenia. O esforço de enquadrar êstes distúrbios em ditames fisiológicos visa a contrabalançar a orgia do psicologismo atual.

#### RESUMO E CONCLUSÕES

1 — Os fatores psíquico e somático, conquanto dimensões de um só organismo, na prática clínica podem impor-se como grandezas individualiza-

das, não sendo indiferente ao sucesso que a ação terapêutica se faça predominantemente sobre um deles, nem sempre o mais previsto. Assim, em alguns casos em que o fator psicógeno era preponderante, somente houve sucesso quando se insistiu na terapêutica somática; ao contrário, alguns distúrbios onde o fator somatógeno era preponderante, tiveram solução quando se insistiu na terapêutica psíquica.

2 — Os fatores psíquicos, *envolvidos a posteriori* num distúrbio somatógeno, não só podem determinar a reverberação do distúrbio somatógeno, como podem alcançar proeminência ou dominância no desencadeamento do distúrbio fisiogênico reflexo.

3 — Distúrbios neurofisiogênicos reflexos, embora adquiridos, podem perpetuar-se.

4 — No curso evolutivo de um distúrbio neurofisiogênico reflexo ocorrem oscilações na influenciabilidade: em certos momentos evolutivos o distúrbio é mais acessível às influências psíquicas (no sentido do agravamento ou no do abrandamento); em outros momentos é mais nítida a influenciabilidade somática.

5 — Frequentes vezes a síndrome “neurofisiogênica reflexa” (pelo seu desencadeamento psicógeno, pela influenciabilidade face aos fatores psíquicos, pelas nítidas exteriorizações vegetativas, pela negatividade de exames subsidiários esclarecedores, pela irredutibilidade à terapêutica somática) estimula o diagnóstico de *neurose*. Se, entretanto, reservamos tal diagnóstico para os distúrbios *causados primariamente por via psíquica*, a mera semelhança não levará o clínico a tais injustificadas suposições e extravios na apreciação clínica.

6 — O êxito psicoterapêutico frente a uma síndrome não garante ser ela psicogênica.

7 — Tampouco o *desencadeamento* psicógeno assegura a integral psicogenia do distúrbio, que pode ser fundamentado somaticamente e desencadeado psiquicamente.

8 — A psicogenia de uma síndrome não significa que ela seja necessariamente suprimível pela psicoterapia, pois tal síndrome pode ser incurável ou pode ser curável por via somática.

9 — A aptidão para fixar ciclos reflexos funcionais anormais não significa obrigatoriamente aptidão ao desenvolvimento de reações neuróticas. Bases constitucionais para uma e outra destas aptidões são necessárias; mas isso não quer dizer que essas bases sejam as mesmas.

10 — A significação valorativo-existencial da disfunção em causa é de importância decisiva para que uma disfunção reflexa evolva para a neurose; muitos pacientes com distúrbios reflexos vegetativos não se tornam neuróticos.

11 — Na clínica dos distúrbios fisiogênicos reflexos encontramos com frequência oligofrênicos e portadores de desregulações vegetativo-endócrinas vagas e difusas, ainda não individualizadas como doenças em síndromes

completas; existem poucos dados objetivos de laboratório, poucos sinais autenticadores de uma síndrome definida e completa, ao lado de abundantes vícios funcionais ou disfunções reflexas fixadas. Ainda não temos para elas bases morfológicas humorais ou hormônicas conhecidas e por isso não podemos atribuir-lhes papel causal. Mas os distúrbios fisiogênicos reflexos podem ser expressão de defeituosa coordenação e regulação funcional por defeito estrutural de base, *mas não são neuroses*, apesar da interferência psíquica claramente evidente.

12 — Concebida como o foi neste trabalho a estruturação destes distúrbios fisiogênicos reflexos, indicações terapêuticas mais precisas são adquiridas. Entretanto, há ainda lacunas que não permitem saber porque, em alguns casos, o melhor êxito é obtido pela psicoterapia, em outros por via vegetativa e em outros por ação terapêutica sobre o órgão ou tecido efector. Inferências apoiadas no raciocínio clínico frequentemente são refutadas pela realidade, ou não, do êxito terapêutico.

13 — Há neste trabalho, ora com apoio em dados clínicos, ora com interpretações doutrinárias e teóricas, tentativa para esclarecer certas síndromes sob o primado da patofisiologia neural. Isto não significa, é claro, abastardamento dos fatores psíquicos, mas procurou-se evidenciar a primazia da neurofisiologia em numerosos distúrbios assemelhados ou mesmo confundidos com a neurose. Parece-nos tal esforço tão legítimo quanto oportuno, atualmente, no Brasil.

#### SUMMARY

##### *Reflex physiogenic disturbances.*

Certain functional disorders, inadequately classified as neurosis, arise from a pure reflex mechanism, not a psychogenic one; only later on the evolution psychic elements appear and complicate the clinical picture. Illustrating this concept the author presents and comments cases of vasovagal disorders following cranial trauma, colitis, incoercible vomiting, hyperfagia and anorexia, in which the initial vegetative reflexes created conditions for the installation of psychic disturbances. It is pointed out how these reflex disorders are established and complicated with neurotic symptoms, depending on the patient's personality and on the existential value of the vegetative reflex disturbance. The relationship between constitution and the aptness to acquire reflex dysfunctions is outlined. Patients with mental defectives and/or with endocrine disorders are prone to present such disturbances.

The author thinks that many cases of nocturnal enuresis, dysmenorrhoea, nervous urinary disorders, impotence and frigidity seem to be originally simple "reflex physiogenic disturbances".