

SÔBRE A PSICOGÊNESE DO "MAL DE ENGASGO"

DURVAL MARCONDES *

Este trabalho visa chamar a atenção para o lado psicológico da etiologia do cardiospasma, assunto até agora não abordado nos meios científicos brasileiros. Sem pretender afastar outros elementos causais que tenham sido, porventura, verificados e que poderão, talvez, agir concomitantemente, estou convencido de que o cardiospasma ou "mal de engasgo", como vulgarmente é chamado entre nós, é um distúrbio funcional condicionado psiquicamente, cujas conseqüências orgânicas se tornam irreversíveis depois de certo tempo. Dar-se-ia aqui fenômeno semelhante ao que já foi verificado por Alexander^{1,2} e outros com respeito à úlcera péptica. Sabe-se hoje que esta afecção é o resultado final — por assim dizer, o precipitado anatômico — de uma disfunção motora e secretória do estômago, em cuja determinação entram fatores emocionais.

Compreende-se fãcilmente a importância das vias digestivas como meio de expressão neurótica, quando se considera o papel fundamental que elas representam nas primeiras relações do indivíduo com os objetos do mundo exterior. Nascendo a criança num estado de inteira dependência, a primeira sensação de segurança e bem estar lhe é trazida pela inclusão do alimento, a qual passa a ter, para ela, a significação de uma prova de amor. A primeira satisfação afetiva da criança assenta, portanto, numa situação de receptividade oral, cuja frustração leva, por seu lado, a uma atitude oral agressiva, que constitui a primeira manifestação de hostilidade do indivíduo.

A zona oral, que, como faz notar Editha Sterba³, se estende, de acôrdo com sua significação libídica, desde os lábios até o piloro, representa,

Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Inter-Americano de Medicina realizado no Rio de Janeiro, de 7 a 15 de setembro de 1946 e à Associação Paulista de Medicina (Seção de Medicina) em 20 novembro 1946. Entregue para publicação em 8 janeiro 1947.

* Diretor da Seção de Higiene Mental do Serviço de Saúde Escolar de São Paulo. Professor de Psicanálise e de Higiene Mental na Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo. Docente de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1. Alexander, F. e col. — The influence of psychologic factors upon gastro-intestinal disturbances. *Psychoanal. Quart.*, **3**, 1934.

2. Alexander, F. — *The Medical Value of Psychoanalysis*. Ed. 2, W. W. Norton & Co., New York, 1936.

3. Sterba, E. — An important factor in eating disturbances of childhood. *Psychoanal. Quart.*, **10**, 1941.

pois, o primeiro campo dos conflitos afetivos e, conseqüentemente, é usada mais tarde para exprimi-los, na medida em que as experiências infantis tenham deixado uma fixação oral que facilite o deslocamento, para êsse nível, das frustrações da idade adulta.

A psicogênese do cardiospasmo tem merecido a atenção de diversos autores, entre os quais R. Schindler e L. Alkan, citados por Dunbar ⁴. Faulkner ⁵ teve oportunidade de estudar a influência do estado psíquico num caso de espasmo esofágico, por meio da observação direta, através da esofagoscopia, tendo notado que a presença do espasmo ou o relaxamento eram determinados por fatores emocionais. Idéias de segurança e de frustração produziam o espasmo, enquanto que sugestões de um ambiente ameno e desejável causavam o relaxamento do esôfago.

Weiss ⁶ considera o cardiospasmo como um distúrbio psicossomático, mas faz ver que, como em outros distúrbios psicossomáticos ligados ao sistema neurovegetativo, o fator psíquico não abrange todo o problema. Salienta o fato do início coincidir habitualmente com um conflito emocional, muitas vezes durante a puberdade, num indivíduo cuja vida anterior revela embaraços da personalidade. Como seria de esperar, as relações com os pais e os irmãos estão seriamente perturbadas. Diz ainda que, às vezes, o cardiospasmo se manifesta com intermitências, para fixar-se depois de modo permanente. As exacerbações se relacionam com insultos psíquicos recentes, que atingem o complexo particular do indivíduo. Para Weiss, o distúrbio físico, que traduz um conflito inconsciente, parece ser um compromisso entre a gratificação de certos impulsos e sua rejeição por outra parte da personalidade. Superficialmente, um significado importante do distúrbio pode, algumas vezes, firmar-se em certos termos simples, como: "Eu não posso engulir essa situação". Num nível mais profundo, o distúrbio parece representar um desejo agressivo de incorporar algum objeto, resultando daí o espasmo ou a incapacidade de relaxar a extremidade inferior do esôfago. "Qualquer que seja o modo de encarar essas forças mentais, diz o mesmo autor, é indispensável ter em vista que estudar pacientes com cardiospasmo olhando tão somente mecanismos fisiológicos e tratar êsses indivíduos por meio de recursos mecânicos, sem fazer nenhum esforço para entender seu acabamento emocional, constitui uma tentativa unilateral e inadequada de lidar com o distúrbio".

No Brasil, onde se apresenta com bastante freqüência, sobretudo em certas regiões do interior, o "mal de engasgo" deu lugar a valiosos e in-

4. Dunbar, H. — Emotions and bodily changes. Ed. 2. Columbia Univ. Press, New York, 1938.

5. Faulkner Jr., W. B. — Severe esophageal spasm. An evaluation of suggestion therapy. *Psychosomatic Med.*, 2, 1940.

6. Weiss, E. — Cardiospasm: a psychosomatic disorder. *Psychosom. Med.*, 6, 1944.

interessantes estudos, que puzeram em foco seu mecanismo patogênico e sua associação com outras manifestações mórbidas. Segundo essa linha de idéias, inspirada inicialmente nas concepções de alguns autores estrangeiros (Hurst, Rake, Lehmann), o megaesôfago, assim como o megacólon, que se lhe associa muitas vezes, nada mais é que a expressão local de uma moléstia de caráter geral, com manifestações ainda em outros órgãos e aparelhos e cuja incidência nas vias digestivas se traduz pelo fenômeno que Hurst denominou acálase, que significa "falta de relaxamento". Essa acálase, que se pode localizar em qualquer esfíncter, constitui um obstáculo ao trânsito e acarreta a estase e a dilatação. A acálase do cárdia é responsável pelo megaesôfago, a dos esfínteres do cólon determina o megacólon, assim como a do piloro pode produzir a estenose pilórica.

Alípio Corrêia Netto, que foi o primeiro a encarar o problema por esse aspecto entre nós, estudou, juntamente com Moacyr Amorim, a histopatologia do megaesôfago e do megacólon, encontrando, como já haviam notado autores estrangeiros, lesões degenerativas das formações nervosas intraparietais do tubo digestivo, às quais foi atribuída a existência da acálase. Esses achados foram confirmados por Etzel. Outros autores (Etzel, Ramos, Oria, Vasconcelos, Dutra de Oliveira, Botelho) estudaram os fenômenos para o lado do coração, os quais já haviam sido assinalados muito antes por Neiva e Pena, em associação um tanto freqüente com o "mal de engasgo". Clinicamente, têm sido observadas crises de palpitações, assim como bradicardia e hipotensão sistólica e diastólica, não havendo, porém, dispnéia de esforço nem aumento da área cardíaca. As alterações eletrocardiográficas, que são várias e freqüentes, estão em contraste com a boa capacidade funcional do miocárdio. Os exames histopatológicos demonstram lesões no simpático intracardiaco, muito semelhantes às que têm sido descritas nos plexos intraparietais do canal digestivo. Em associação com a fenomenologia digestiva, têm sido ainda apontados outros distúrbios, como diminuição do metabolismo básico e modificações do quimismo gástrico.

A etiologia geralmente aceita pelos autores nacionais é a sugerida por Etzel⁷, que vê em todo esse complexo mórbido o resultado de uma falta vitamínica, hipótese que já havia sido anteriormente admitida por Paranhos, citado por Parisi⁸, com relação ao megaesôfago. Tratar-se-ia, para Etzel, de um estado de carência alimentar filiado à deficiência da vitamina B₁, o qual seria responsável pela degeneração nervosa intrapa-

7. Etzel, E. — A avitaminose como agente etiológico do megaesôfago e do megacólon. *Bol. Soc. Med. Cir. S. Paulo*, 18, 1935.

8. Parisi, R. — Contribuição ao estudo do mal de engasgo e seu tratamento cirúrgico. Tese de doutoramento, Fac. Med. S. Paulo, 1925.

retal. Ramos e Oria⁹ acham, porém, que a causa dessa lesão é “ainda desconhecida” e afirmam não estarem convencidos de que os distúrbios decorrem da avitaminose B₁.

No que respeita aos fatores psíquicos, nada de positivo se encontra na literatura brasileira sobre o assunto. É curioso assinalar que Parisi⁸, em sua monografia escrita em 1925, refere-se, embora para rejeitá-la, à hipótese de “os engasgados já terem sido neuropatas em que perturbações mínimas, pela falta de cuidados higiênicos e médicos, tenham evoluído para a entalção definitiva” (pag. 174).

De minha parte, venho estudando com grande interesse os mais variados distúrbios neuróticos da deglutição e do apetite, valendo-me de material fornecido não só por alguns pacientes em tratamento psicanalítico que apresentam fenômenos disfágicos, como também por diversos casos das clínicas de orientação infantil, entre cujos problemas se acham incluídas, além da dificuldade de engulir, a anorexia e a bulimia. Os casos das clínicas de orientação infantil têm um valor todo especial porque proporcionam, através da investigação da assistente social psiquiátrica, uma idéia completa das condições do ambiente familiar numa fase bastante precoce do desenvolvimento do quadro mórbido.

Todo esse material me permitiu formular algumas conclusões a respeito das atitudes emocionais típicas que formam o substrato psicológico do “mal de engasgo”. O ponto fundamental está numa posição ambivalente em face dos objetos do mundo exterior ligada ao conflito que envolve, de um lado, intensos desejos passivo-receptivos, os quais, segundo Alexander^{1, 2}, se acham também na base das neuroses gástricas, e, de outro lado, impulsos agressivos de rejeição. O engasgo representa, pois, um compromisso, expresso no nível oral, entre tendências passivo-receptivas e ativo-expulsivas, o que está de acordo com as conclusões de Weiss a que já tive ocasião de me referir.

A essa situação psíquica correspondem condições de ambiente, atuais ou pretéritas, que, de modo contraditório, favorecem uma atitude de dependência infantil, ao mesmo tempo que acarretam repetidas frustrações. Trata-se, em geral, de mães dominadoras que, enquanto superprotegem a criança, agem para com elas com demasiado rigor. A superproteção centraliza-se sobretudo no que se refere aos alimentos, que se investem, assim, de grande significado emocional.

Esse quadro subjetivo e ambiental do engasgado corresponde, em suas linhas gerais, aos de dois outros tipos mórbidos opostos entre si: a anorexia e a bulimia. Em seu substrato psicodinâmico, ambas as afecções estão relacionadas com o problema do apêgo e da emancipação e gi-

9. Ramos, J. e Oria, J. — Clínica e histopatologia do coração em portadores de megaesôfago e megacôlon. Arq. Cir. Clin. e Experim. (S. Paulo), 4, 1940.

ram em torno da pessoa da mãe e da função alimentar. A solução do conflito é, porém, diversa, fazendo-se, num dos casos, pela rejeição do alimento e, no outro, pela avidez. Adotam-se, dêsse modo, recursos extremos. O mal de engasgo constitui o meio termo entre os dois.

As neuroses gástricas e sua conseqüência direta, a úlcera péptica, diferem também do mal de engasgo pelo gênero da solução que se oferece ao conflito. Conforme mostrou Alexander, existem igualmente aqui desejos oral-receptivos que são fortemente rejeitados, por incompatíveis com as aspirações de independência do indivíduo. A solução escolhida é, porém, uma reação caracterológica que consiste numa atitude de empenhamento e de responsabilidade ante os demais. O tipo gástrico de Alexander é, como se vê, mais complexo e menos primitivo: enquanto que os outros tipos mencionados buscam resolver seus problemas no plano digestivo, êle tenta fazê-lo no plano social. Não o consegue, porém, integralmente, e a expressão de seu fracasso está nos distúrbios corporais que apresenta.

O parentesco psicológico entre o engasgado e o ulceroso gastroduodenal ressalta muito bem no excelente estudo feito por Garma¹⁰ sobre a psicogênese da úlcera péptica. Nos casos de Garma, evidencia-se, do mesmo modo, a sujeição familiar intensa, com exagerado apêgo à mãe dominadora, expresso através de caracteres orais definidos. A psicanálise pôs ainda em evidência forte agressividade de tipo oral, cuja origem se acha nas frustrações recebidas da família, especialmente da mãe, em conseqüência da submissão infantil e da renúncia forçada às satisfações no ambiente extrafamiliar, necessárias a uma evolução normal.

A fim de dar um exemplo concreto, passo a resumir a observação de um caso de mal de engasgo, matriculado na clínica de orientação infantil de meu serviço particular.

A. V., 14 anos, sexo masculino, brasileiro, filho único de pais abastados. Foi trazido à consulta por motivo de falta de aproveitamento na escola. Tem, além disso, grande dificuldade de engulir, que se tem manifestado desde os 10 anos de idade. Este distúrbio se apresenta com intensidade diferente, conforme a época, aumentando nas ocasiões em que tem alguma contrariedade. Em condições habituais, necessita sempre forçar um pouquinho a deglutição, com auxílio de goles d'água. Quando está pior, acontece regorgitar os alimentos. Várias radiografias, feitas em épocas diversas, acusam restrição esofágiana ao nível do cárdia, com retenção do contraste na parte superior. O exame físico revela uma síndrome de Frölich discreta. Há fimose incompleta. Q. I. = 107 (testes de Binet-Simon).

O paciente foi desmamado aos 10 meses, iniciando-se aos 6 meses a alimentação mista. Dormiu no quarto dos pais até a idade de 1 ano e meio. Roeu unhas até os 12 anos. É muito obediente e se mostra muito afeiçoado aos pais. É um pouco indolente. Segundo a opinião da mãe, é muito infantil em suas atitudes,

10. Garma, A. — Psicogênese de la úlcera péptica. Rev. Psicoanal. (Buenos Aires), 2, 1945.

parecendo não ter malícia. Quando fica doente, reclama a presença da mãe a todo instante, parecendo muito apegado a ela. Sempre se alimentou bem, tendo sido muito guloso. Foi muito gordo: com 12 anos pesava 83 quilos. Por prescrição médica, passou, então, a fazer regime alimentar, com o fim de emagrecer.

A investigação no lar revelou que a mãe superprotege o filho, fiscalizando-o em excesso e coibindo-lhe a capacidade de iniciativa. Até há pouco tempo, despertava-o pela manhã, ajudando-o a vestir-se e o acompanhava no trajeto da escola, tanto na ida como na volta. Até hoje, tem o cuidado de examinar a pasta, antes do menino sair para as aulas, a fim de verificar se ele esqueceu a merenda e os utensílios escolares. Por ocasião das refeições, pica-lhe a carne e descasca-lhe a laranja. Dava-lhe banho até recentemente, o que deixou de fazer por oposição do próprio filho. Fiscaliza-lhe os gastos e os telefonemas. Tem medo de que o menino seja vítima de sedução homossexual, pelo que procura evitar que tenha muita intimidade com os outros. Conta que sua própria mãe foi muito severa e fiscalizava demasiadamente os filhos. O excesso de cuidado para com o paciente iniciou-se quando aconteceu perder um filho, que tinha 3 anos de idade. Desde então, voltou-se toda para o paciente, que contava, nessa época, 5 anos. Para auxiliar o paciente em seus estudos, a mãe tomou uma professora particular, que é sua prima e que se tem mostrado muito exigente. A mãe ouve as queixas da professora e procura fazer o paciente obedecer, o que o irrita bastante. O paciente frequenta o 4.º ano ginasial. O mau aproveitamento na escola está ligado ao fato de haver ingressado no curso secundário sem base suficiente.

Em suas entrevistas comigo, o paciente diz que gosta muito dos pais, mas que estes lhe fazem repreensões injustas, principalmente a mãe. Quando não as merece, fica revoltado e então "aquilo retrai" e passa a engulir com muita dificuldade. O engasgo é mais freqüente quando tem emoções fortes. Revela sentimentos de inferioridade pela situação de dependência a que a mãe o obriga e tem grandes desejos de emancipação.

Foram consultados vários médicos, por causa da dificuldade da deglutição, tendo sido prescrita vitamina B₁.

Importante questão fica fora do âmbito de meu material: a da associação do megaeosôfago com o megacólon. Embora eu não tenha elementos concretos para afirmá-lo, é justo admitir que o megacólon corresponde psicodinamicamente ao "tipo constipação" de Alexander¹, no qual o conflito se exprime por uma atitude intestinal negativista. Este tipo se opõe ao "tipo colítico" do mesmo autor, no qual a diarreia traduz, de modo ativo, uma compensação aos impulsos orais de incorporação. É aliás, de grande significação o problema da eletividade dos diversos níveis do tubo digestivo para a expressão do conflito entre as tendências receptivas e expulsivas. Não é, sem dúvida, por acaso, que a barreira se localiza na boca, na faringe, no cárdia, no piloro ou no intestino terminal. Alexander diz que a extremidade superior do tracto gastrointestinal é, de acordo com sua função normal, apropriada para exprimir as tendências de receber e de tomar, enquanto que a extremidade inferior se presta mais à expressão das tendências de dar e de reter (pag. 535). Como quer que seja, a base do conflito é a mesma e a dificuldade psíquica pode traduzir-se em mais de um nível ao mesmo tempo, predominando neste ou naquele.

Acredito que o megaesôfago e o megacólon correspondam a fases diversas da evolução libídica, em que entram, em diferente dose, elementos orais e anais. Há evidente necessidade de um estudo psicanalítico comparativo dos dois fenômenos, para o que não falta, entre nós, material clínico apropriado.

Um dos caraterísticos mais importantes do erotismo anal é, como acentua Alexander¹¹, o de satisfazer, ao mesmo tempo, ambas as tendências passivo-receptiva e ativo-expulsiva. Isso acontece também na estruturação afetiva do cardiospasma, o que, sem dúvida, traduz, até certo ponto, uma componente anal, que falta, na mesma proporção, em outras afecções das vias digestivas superiores. É bem conhecido o fato de que conflitos de várias esferas libídicas são canalizados regressivamente para o terreno da oralidade, o que é reafirmado por Sterba³ quando diz que, nos problemas típicos da alimentação da criança, quantidades de outras zonas erógenas podem ser deslocadas para a região oral. "A rebelião anal contra o fato de dar", diz essa autora, "torna-se, na boca, invertida na recusa a se apropriar" (pág. 367).

Esse "deslocamento para cima", no caso do mal de engasgo, tem sua semelhança com o que se dá na gagueira, que é também um distúrbio da atividade oral com acentuada participação anal-erótica.

Meu material, que é de natureza muito restrita, nada esclarece quanto aos distúrbios cardíacos, apontados como presentes algumas vezes no mal de engasgo. O mesmo se dá com as manifestações que têm sido descritas em outros órgãos e aparelhos. Estudos posteriores, que devem obedecer a uma orientação mais precisa e sistemática, poderão, talvez, evidenciar alguma verdade a respeito.

Não posso entrar aqui na interpretação das alterações histopatológicas. Cabe-me dizer apenas que não há nenhum contrassenso em encará-las como fenômenos meramente secundários, o que, segundo Weiss⁶, constituiria mesmo a opinião dominante.

A multiplicidade e a variedade de suas manifestações, que se prendem, certamente, a circunstâncias etiológicas de ordem geral, fazem da moléstia em aprêço um terreno magnífico para a investigação psicossomática. O fato de que ela tenha sido estudada até agora, entre nós, com desprezo absoluto por seu aspeto emocional, é uma conseqüência da falta de serviços de psicologia médica ligados aos ambulatórios e hospitais comuns. Muitos dos atuais pontos obscuros que perturbam a compreensão dêsse importante capítulo da patologia serão, sem dúvida, afastados quando, junto aos demais estudiosos do assunto, estejam psiquiatras e assistentes sociais orientados psicanaliticamente.

11. Alexander, F. — The relation of structural and instinctual conflicts. *Psychoanal. Quart.*, 2, 1933.

RESUMO

O A. ressalta o aspecto psicológico da etiologia do cardiospasma ou mal de engasgo, assunto até agora não abordado nos meios científicos brasileiros. Sem pretender afastar outros elementos causais que tenham sido, porventura, verificados e que poderão, talvez, agir concomitantemente, o A. é de opinião que o mal de engasgo é um distúrbio funcional condicionado psicicamente, cujas conseqüências se tornam irreversíveis depois de certo tempo.

As conclusões apresentadas baseiam-se no material fornecido por pacientes em tratamento psicanalítico que apresentam fenômenos disfágicos, e por vários casos das clínicas de orientação infantil entre cujos problemas se incluem, além da dificuldade de engulir, a anorexia e a bulimia.

Com respeito às atividades emocionais típicas que formam o substrato psicológico do mal de engasgo, o ponto fundamental está em que êste representa um compromisso, expresso ao nível oral, entre tendências passivo-receptivas e ativo-expulsivas. A essa situação psíquica correspondem condições de ambiente, atuais ou pretéritas, que, de modo contraditório, favorecem uma atitude de dependência infantil, ao mesmo tempo que acarretam repetidas frustrações. Trata-se, em geral, de mães dominadoras que, enquanto superprotegem a criança, agem para com ela com demasiado rigor. A superproteção centraliza-se sobretudo no que se refere aos alimentos, que se investem, assim, de grande significado emocional. O A. apresenta o resumo de uma observação clínica que apoia seu ponto de vista.

Também a anorexia e a bulimia, em seu substrato psicodinâmico, estão relacionadas com o problema do apêgo e da emancipação e giram em torno da pessoa da mãe e da função alimentar. A solução do conflito faz-se, porém, num dos casos, pela rejeição do alimento e, noutro, pela avidez. O mal de engasgo constitui o meio termo entre os dois extremos.

Existem, igualmente, nas neuroses gástricas e em sua conseqüência direta, a úlcera péptica, desejos oral-receptivos que são fortemente rejeitados, por incompatíveis com as aspirações de independência do indivíduo; a solução escolhida é, porém, uma reação caracterológica que consiste numa atitude de empreendimento e de responsabilidade ante os demais. O tipo gástrico é, pois, mais complexo e menos primitivo: enquanto que os outros tipos mencionados buscam resolver seus problemas no plano digestivo, êle tenta fazê-lo no plano social; não o consegue, entretanto, integralmente, e a expressão de seu fracasso está nos distúrbios corporais que apresenta.

Importante questão fica fora do âmbito do material do A.: a da freqüente associação entre megaesôfago e megacólon. Acredita, porém, que ambos correspondem a fases diversas da evolução libídica, em que entram, em diferentes doses, elementos orais e anais. Refere-se, a seguir, à componente anal que existe, até certo ponto, na estruturação afetiva do cardiospasmó e que falta, na mesma proporção, em outras afecções das vias digestivas superiores.

O material utilizado nada esclarece quanto aos distúrbios cardíacos e demais manifestações descritas em outros órgãos e aparelhos. O A. acredita não haver qualquer contra-senso em encarar as alterações histopatológicas como fenômenos meramente secundários. Muitos dos atuais pontos obscuros desse capítulo da patologia serão, sem dúvida, afastados quando, junto aos demais estudiosos do assunto, estejam psiquiatras e assistentes sociais orientados psicanaliticamente.

SUMMARY

The object of this paper is to call attention to the psychological side of the etiology of cardiospasm, or choking ("mal de engasgo"), a subject which has not yet been approached in Brazilian scientific circles. Though not putting aside other causal elements which may have been verified and which may act concomitantly, it is the Author's opinion that choking is a psychically conditioned functional disturbance, the organic consequences of which become irreversible after a certain time.

The conclusions here presented are based on material furnished by some psychoanalysed patients with dysphagic phenomena, and several cases from the child guidance clinics, amongst the problems of which there are, besides the difficulty in swallowing, anorexia and bulimia.

Regarding the typical emotional attitudes forming the psychological substratum of cardiospasm, the fundamental point consists in an ambivalent position toward the objects of the exterior world, linked to the conflict that includes, on one hand, intense passive-receptive desires — which according to Alexander are also at the basis of gastric neuroses — and, on the other hand, aggressive rejection tendencies. Choking represents, then, a compromise, expressed on the oral level, between passive-receptive tendencies and active-expulsive tendencies. To this psychological situation there correspond ambiental conditions, past or present, which in a rather contradictory manner favour an attitude of infantile dependence, while at the same time they bring repeated frustrations. In general the situation is one in which a dominant mother, while overprotecting the child, is too severe with him. The overprotection centers on everything concerning food, which in this way takes on

a great emotional significance. The Author reports a case which supports his point of view.

This subjective and environmental picture of cardiospasm corresponds, on general lines, to two other morbid types, which are opposed to each other: anorexia and bulimia. From the psychodynamic aspect, both conditions are related to the problem of attachment and emancipation and center on the mother and on food. However, the conflict is solved, in one case, by the rejection of food, and in the other, by greed. The means here chosen are extreme. Cardiospasm (choking) is a middle way between the two.

Gastric neuroses and their direct consequence, the peptic ulcer, differ from choking in the way the conflict is solved. As Alexander showed, here also there are oral receptive desires which are strongly rejected as being incompatible with the individual aspirations of independence. The solution chosen, however, is a characterological reaction which consists in an attitude of enterprise and responsibility before others. Alexander's gastric type is, therefore, more complex and less primitive: while the other types mentioned try to solve their problems on the digestive level, he tries to do it on the social level. Though he does not succeed, the expression of his failure lies essentially in the bodily disturbances which occur.

An important question remains outside the scope of the Author's material: the association, which often occurs, between the megaesophagus and the megacolon. Nevertheless, he believes that both correspond to different phases of libidinal development into which enter, in different proportions, oral and anal elements. Then, he refers to the anal component which exists, to a certain degree, in the emotional structure of the cardiospasm, and which is missing in the same proportion in other disorders of the upper digestive tract.

The material does not elucidate anything on heart disorders and manifestations of other organs and systems. The Author does not enter into the interpretation of the histopathological alterations, saying only that there is no contradiction in considering them merely as secondary phenomena. He ends up by mentioning that he feels that many of the obscure points which interfere with the understanding of this important chapter of Pathology will, no doubt, be cleared up when psychoanalytically orientated psychiatrists and social workers collaborate with the other students of this subject.