



PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
SECRETÁRIOS DA REDACÇÃO: JOSÉ DE GOUVEIA MONTEIRO, Assistente
na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos
Hospitais Cívicos de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

ALMEIDA GARRETT — Sobre o sarampo.

F. A. GONÇALVES FERREIRA — Duas notas sobre Dietética.

IGNÁCIO DE SALCEDO — Vitíligo hipofisário.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa* (O tratamento das toxicoses pela cocarboxilase. Tosse convulsa. Salmoneloses). *Ação Médica* (Dicotomia). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Métodos de exame e diagnóstico urológico em pediatria. Artrite reumatóide e cortisona. A hidrazida no ácido isonicotínico na meningite tuberculosa). *Imprensa Médica* (Prognóstico da meningite tuberculosa. Clínicas de diabetes e racionamento alimentar). *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* (O podofilino no tratamento dos papilomas venéreos. Tratamento da tuberculose cutânea com a hidrazida do ácido isonicotínico). *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia* (Alterações hormonais no cancro do colo uterino). *Jornal do Médico* (Resultados do pneumotórax associado à estreptomicina na tuberculose pulmonar escavada). *O Médico* (Dificuldades e erros na interpretação radiológica. Toxicidade do D. D. T., Tinha tonsurante depois da puberdade).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Tratamento das hemorróidas. Redução da luxação do cotovelo. Estreptomicina em perfusão venosa.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Sociedades Médicas, Intercâmbio, Prémio Nobel, Instituto Oftalmológico, Núcleo português para o estudo do quisto hidático, Instituto Português de Oncologia, Faculdade de Medicina do Porto, Faculdade de Medicina de Lisboa, Prémios Sánitas, A Ordem dos Médicos e o conflito entre a Federação dos Serviços Médicos-Sociais e os radiologistas, Necrologia.

Registo de livros novos (em face da pág. 711). — ÍNDICE do Volume xxxvii (1953).

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO

Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO



Assegura ao lactente privado do leite materno um crescimento normal e regular e uma eficaz protecção contra as infecções.

Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO ACIDIFICADO
TIPO MARRIOTT
PARA A ALLMENTAÇÃO REGULAR DO LACTENTE

NESTLÉ



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 12

DEZEMBRO DE 1953

Sobre o sarampo

por ALMEIDA GARRETT

Prof. na Faculdade da Medicina do Porto

É o sarampo doença tão vulgar e tão conhecida, desde há muito, que escrever sobre ela tem um ar de futilidade. No entanto, ela pesa ainda consideravelmente no obituário, sobretudo no da infância. E porque se antevê a possibilidade de o reduzir a quase nada, não serão despropositadas as notas que se seguem, nas quais, de caminho com a indicação dos procedimentos a adoptar para se conseguir esse objectivo, citarei algumas noções que, embora não sejam de recente aquisição, não andam muito vulgarizadas, e são interessantes.

O sarampo é uma virose cujo agente vem sendo estudado de há cerca de vinte anos para cá; mas é conhecida desde o século XVII como doença contagiosa.

Depois que SYDENHAM, pelo que observara nas epidemias londrinas de 1661 e 1675, separara nitidamente o sarampo da variola e esboçara a distinção entre a escarlatina e o sarampo, a individualização da doença, como entidade bem definida no campo da epidemiologia, ficou estabelecida mercê das esplêndidas descrições de alguns dos componentes (RILLIET & BARTHEZ, CADET DE GASSICOURT, RAYER, etc) da plêiade dos mestres franceses que em meados do século passado edificaram a maior parte dos quadros nosológicos correntes. Entre eles está o grande TROUSSEAU, que na memória publicada em 1843 sobre uma epidemia ocorrida no Hospital Necker nos legou uma exposição completa dos caracteres dos períodos de incubação, invasão, erupção e descamação, à qual, para condizer com os textos actuais, apenas faltam certos pormenores, mais tarde observados; tais a precedência do enantema sobre o exantema, e a aparição mais precoce de pequenas pontuações hemorrágicas na mucosa bucal e das manchas características, já assinaladas em 1860 por FLINDT, a que se ligou o nome de KOPLIK, por ter sido este quem, em 1896, lhes marcou carácter patognomónico.



No ponto de vista clínico não há pois noções de conhecimento recente. Apenas convém notar que, mais do que se julgava, existem formas frustes da doença, explicando as aparentes imunidades observadas nalgumas crianças sujeitas a contágio e em cuja história patológica não figurava o sarampo; embora em escala muito menor do que noutras doenças epidémicas, pois poucas são as que, mais cedo ou mais tarde, não oferecem o seu quadro clínico.

Também, sobre complicações, pouco se acrescentou às descrições clássicas, que põe à cabeça, como as de hoje, a broncopneumonia, a maior causa da mortalidade pelo sarampo; para esta contribuem muito menos as formas graves por si só, pouco frequentes. Veremos o que se pode fazer contra essa temível complicação, devida a associações microbianas que vêm agravar os fenómenos congestivos da árvore respiratória, próprios da doença.

Não deve esquecer-se outro aspecto de gravidade, e vem a ser o da eclosão de uma tuberculose aguda, em criança portadora de forma latente. O facto é conhecido de há muito. Já RILLIET & BARTHEZ em França e WIDERHOFER na Alemanha o haviam assinalado, no passado século, e eu, como tantos outros, o vi confirmado quando fazia serviço na consulta de lactentes do Instituto de Puericultura.

Assim, os números indicadores da mortalidade por sarampo não representam a verdadeira gravidade da doença, pois haveria que adicionar-lhes os que vão ao rol do obituário com o rótulo de broncopneumonia post-eruptiva e aqueles em que a tuberculose vitimou crianças que sem o sarampo não morreriam pela infecção bacilar.

Vem a propósito a inserção de um quadro estatístico do obituário em Portugal, do qual se podem deduzir algumas notas de interesse. Seriando esse obituário por idades, de 1941 para cá (Quadro I), verifica-se que a maior parte das defunções pertence a crianças de idade até aos 3 anos, diminuindo depois progressivamente, sendo escassos os óbitos de menores com mais de 10 anos e raros os de adultos.

Esta graduação não está inteiramente de acordo com a morbilidade, pois é bem sabido que o sarampo começa a ser mais frequente nas crianças com dois ou mais anos, por motivo da maior possibilidade de contágios fora de casa. Nas da primeira infância, em regra o contágio é levado para casa por adultos infectantes, contactos de doentes, e mais ainda por irmãos mais velhos, que fora contraíram a infecção. O que sucede é que, como é bem sabido, a doença é geralmente tanto mais grave quanto menos idade tem a criança por ela atacada, e assim umas dezenas de óbitos na primeira infância correspondem a menos de outras tantas

Quadro I — Obituário pelo sarampo em Portugal — Por idades

| Anos | De menos de 2 meses | De 2-3 meses | De 4-6 meses | Até 6 meses | De 7-11 meses | Até ao ano | De 1 ano | De 2 anos | De 3 anos | De 4 anos | Até aos 5 anos | De 5-9 anos | De 10-14 anos | De 15-19 anos | De 20 ou mais anos | Total geral |
|--------|---------------------|--------------|--------------|-------------|---------------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------------|-------------|---------------|---------------|--------------------|-------------|
| 1941 | 43 | 26 | 55 | 124 | 178 | 302 | 500 | 292 | 179 | 98 | 1.371 | 190 | 33 | 9 | 3 | 1.616 |
| 1942 | 18 | 16 | 31 | 65 | 111 | 176 | 270 | 123 | 71 | 44 | 684 | 70 | 20 | 2 | 8 | 784 |
| 1943 | 6 | 15 | 12 | 38 | 94 | 132 | 155 | 74 | 44 | 21 | 426 | 84 | 14 | 5 | 5 | 484 |
| 1944 | 14 | 8 | 20 | 34 | 67 | 101 | 172 | 54 | 36 | 16 | 379 | 86 | 5 | 7 | 9 | 436 |
| 1945 | 14 | 5 | 19 | 38 | 42 | 80 | 110 | 56 | 21 | 10 | 277 | 28 | 5 | 1 | 6 | 317 |
| 1946 | 3 | 5 | 12 | 20 | 48 | 68 | 97 | 40 | 10 | 5 | 220 | 17 | 4 | 2 | 3 | 246 |
| 1947 | 2 | 5 | 13 | 20 | 32 | 52 | 58 | 36 | 20 | 12 | 178 | 15 | 5 | — | 4 | 202 |
| 1948 | 20 | 15 | 29 | 64 | 94 | 158 | 186 | 97 | 42 | 19 | 502 | 39 | 6 | 1 | 7 | 555 |
| 1949 | 9 | 18 | 30 | 57 | 82 | 139 | 180 | 109 | 37 | 22 | 487 | 88 | 2 | 2 | 5 | 534 |
| 1950 | 9 | 3 | 13 | 25 | 60 | 85 | 100 | 40 | 10 | 13 | 248 | 17 | 1 | 1 | 2 | 269 |
| 1951 | 5 | 4 | 12 | 21 | 38 | 59 | 60 | 35 | 19 | 4 | 177 | 19 | 3 | 1 | 4 | 204 |
| 1952 | 4 | 2 | 5 | 11 | 21 | 32 | 47 | 17 | 8 | 6 | 110 | 14 | 1 | 1 | 3 | 129 |
| Totais | 144 | 122 | 251 | 517 | 867 | 1.385 | 1.935 | 973 | 497 | 270 | 5.059 | 517 | 99 | 32 | 69 | 5.776 |

centenas de casos, ao passo que, na segunda infância, estão por certo em relação com uns milhares de infectados.

É de notar que, ao contrário do que dizem todos os livros, a doença não é muito rara antes dos seis meses de idade. E não é lícito atribuir o número de óbitos nos primeiros meses de vida a erros de diagnóstico, pois se trata de quadro clínico bem conhecido, até de muitos leigos na medicina. Ora os óbitos de crianças com menos de 7 meses foram cerca de metade dos registados em crianças do segundo semestre de vida, e de eles também quase metade ocorreu no primeiro trimestre. Quer dizer, há recém-nascidos que muito precocemente perdem a imunidade herdada, que habitualmente dura quatro ou cinco meses, pelo menos.

Quanto à evolução quantitativa da endemia vê-se no Quadro que em 1941 se estava em franco surto epidémico, que foi esbatendo-se até que novo acesso veio em 1948-49, menos intenso, pelo menos em gravidade, descendo o número de óbitos à mais baixa cifra até hoje registada, em 1952. A clássica periodicidade das recrudescências da endemia, com intervalos de quatro a seis anos, também cá se verifica, olhando a totalidade do País. E também se nota, tal como por toda a parte, que nos meios urbanos essa periodicidade não é nítida; assim se vê no Quadro II, para as cidades de Lisboa e Porto, nos anos com dados estatísticos publicados. O que nele ressalta, melhor que no Quadro I, apesar da irregularidade das cifras obituárias no decorrer dos anos, é que há tendência para diminuição da mortalidade pelo sarampo, que acompanha, aliás, a quebra da mortalidade geral.

Algumas palavras sobre a terapêutica. Nas suas formas vulgares, sem complicações, o tratamento deve, em meu entender, limitar-se a cuidados higiénicos e medicação dirigida ao catarro das vias respiratórias. Não é preciso injectar antibióticos contra a virose, nem administrar sulfamidas, porque a acção sobre o vírus é praticamente nula. Mesmo que a exercesse, era ainda para reflectir a indicação do seu emprego para cortar a evolução de um processo infeccioso quando este é benigno; diminuir-se-ia a duração da imunidade, que para o sarampo é por toda a vida, salvo raríssimas excepções. Mas isto é assunto que levaria longe, e não é meu intento estudá-lo agora. Injectar, repito, é em tais casos banais, um incómodo para o doente e uma inútil despesa. Quando, porém, dá sinal qualquer associação de piogénicos, o procedimento é evidentemente de adoptar, e também nas idades em que abundam as complicações, como adiante se dirá.

O que me parece ter importância máxima, em todos os casos, é a parte relativa à higiene, destacando quatro pontos: boa atmos-

fera, liberdade das funções da pele, dieta conveniente, limpeza das mucosas.

Boa atmosfera de quarto, quer dizer aposento com arejamento suficiente, embora evitando fortes deslocções do ar. Há nas famílias o preconceito de que o sarampo requer muito agasalho, e vá de calafetar frinchas, de colocar a cama do doente no canto mais escuro do compartimento; é um erro, comum aliás na terapêutica de todas as doenças, mormente nas infecciosas, porque a excitação das funções orgânicas que a deslocção do ar provoca é elemento importante para a boa evolução do morbo.

Quadro II — Obituário pelo sarampo nas cidades de Lisboa e Porto, em crianças de idades até aos 5 anos completos

| Anos | Lisboa | Porto |
|-----------|--------|-------|
| 1942 | 42 | 35 |
| 1943 | 43 | 40 |
| 1944 | 48 | 36 |
| 1945 | 20 | 11 |
| 1946 | 13 | 28 |
| 1947 | 17 | 4 |
| 1948 | 21 | 28 |
| 1949 | 13 | 12 |
| 1950 | 12 | 49 |
| 1951 | 14 | 14 |
| 1952 | 7 | 7 |
| Total . . | 250 | 264 |

Esse preconceito leva a agasalhar demasiadamente o doente, a vestir-lhe camisolas, a cobri-lo de cobertores, impedindo aquela necessária acção do ar, e fazendo aumentar a hipertermia e a fluxão cutânea. Este indesejável resultado já os clássicos (que lamentavelmente são tanta vez esquecidos) o notaram; como, por exemplo, BOUCHUT, que foi auxiliar de TROUSSEAU no estudo da referida epidemia hospitalar.

Em matéria de dieta não interessa evitar a redução, por se tratar de doença de curta duração, mas importa muito não diminuir

a ração de água, de acordo com as necessidades fisiológicas habituais, grandes nas crianças pequenas entre 150 e 100 centímetros cúbicos por quilo de peso, segundo a idade. É bem que o médico assistente se não esqueça de recomendar a quantidade de água a administrar no decurso das vinte e quatro horas, porque não pedindo a criança de beber, pode a família não lhe dar o liquido preciso, com gravame da função renal, tão imprescindível em qualquer processo agudo; e isto é sobretudo importante na primeira infância, em que é vulgar estabelecer-se uma tenaz anorexia.

E, finalmente, a frequente limpeza de olhos, nariz e boca evitará molestas infecções; cuidado banal, de uso corrente, importante sobretudo contra as conjuntivites.

Em suma: na terapêutica do sarampo, salvo complicações, a acção do médico deve consistir, mais do que no receituário, no ensino do que as famílias têm de fazer em matéria de hygiene e de cuidados de enfermagem.

Tratemos agora, do respeitante à profilaxia clínica, precedendo-o de breves notas sobre o contágio.

O vírus do sarampo, disse de entrada, vem sendo estudado de há cerca de vinte anos para cá; mas os trabalhos experimentais datam já de 1911, com inoculação de sangue de doentes a macacos, feitas simultaneamente por NICOLLE & CONSEIL e ANDERSON & GOLDBERGER, e repetidas por outros empregando mucosidades nasais e faríngeas. Depois, numerosos trabalhos laboratoriais apuraram dados sobre dimensões e resistência do vírus à dessecação e às mudanças de temperatura (BLAKE & TRASK, SLOKES, TANIGUCHI, etc.), e cultivaram-no na alantoideia do embrião de galinha ou em meios com o respectivo tecido (UEDA, TANIGUCHI, TORRES & TEIXEIRA, etc.).

Está assente que o vírus entra por via bucal, proveniente das partículas húmidas saídas pela boca e pelo nariz dos doentes, infectantes desde o início do período catarral da invasão até dois a quatro dias depois da aparição do exantema. Este contágio directo é o mais importante, mas os contactos dos doentes, insusceptíveis, podem transportar o vírus e, pelo mesmo mecanismo, transmitir o agente. A propagação a distância, pelo ar, só muito excepcionalmente pode ocorrer; tal o curioso caso, citado por MORO, de transmissão por um tubo de ventilação. Na mencionada epidemia estudada por TROUSSEAU já se havia visto que uma sala do Hospital, com crianças, não foi infectada, ao passo que na sala contígua, onde entrara um contagioso, quase todos os internados adoeceram.

A receptividade é geral, passado o período de imunidade adquirida pelo feto, a que já se aludiu. Em todas as idades o

organismo humano é receptivo, e se a doença rareia nos adultos é porque sofreram já a infecção, com forma fruste ou francamente diagnosticável; pois os casos de imunidade congénita persistente são raríssimos, se é que existem. Há contudo, se bem que em escassa proporção, imunidades temporárias, reveladas por primeiros contágios inoperantes, seguidos mais tarde por infecção eficaz.

Quadro III — Obituário pelo sarampo em Portugal. — Por meses do ano

| Anos | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Total anual |
|---------|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|-------------|
| 1941 | 431 | 299 | 129 | 137 | 108 | 87 | 83 | 68 | 79 | 47 | 72 | 76 | 1.616 |
| 1942 | 64 | 99 | 93 | 60 | 47 | 47 | 56 | 94 | 1 | 53 | 60 | 50 | 784 |
| 1943 | 35 | 21 | 51 | 57 | 40 | 62 | 50 | 58 | 33 | 22 | 25 | 30 | 484 |
| 1944 | 28 | 33 | 46 | 44 | 66 | 41 | 48 | 48 | 14 | 18 | 21 | 29 | 436 |
| 1945 | 36 | 11 | 26 | 27 | 23 | 44 | 33 | 32 | 18 | 23 | 16 | 28 | 317 |
| 1946 | 18 | 25 | 40 | 31 | 38 | 27 | 18 | 18 | 3 | 7 | 9 | 12 | 246 |
| 1947 | 14 | 12 | 9 | 4 | 7 | 17 | 26 | 19 | 14 | 22 | 19 | 39 | 202 |
| 1948 | 25 | 15 | 44 | 33 | 47 | 36 | 40 | 42 | 36 | 78 | 95 | 64 | 555 |
| 1949 | 40 | 57 | 55 | 40 | 40 | 64 | 100 | 60 | 29 | 12 | 20 | 17 | 534 |
| 1950 | 15 | 22 | 29 | 22 | 39 | 17 | 15 | 16 | 16 | 15 | 22 | 41 | 269 |
| 1951 | 26 | 28 | 26 | 15 | 23 | 18 | 12 | 8 | 7 | 20 | 8 | 13 | 204 |
| 1952 | 9 | 10 | 11 | 19 | 12 | 9 | 16 | 7 | 9 | 9 | 4 | 14 | 129 |
| Totais. | 741 | 632 | 559 | 489 | 490 | 469 | 497 | 470 | 319 | 326 | 371 | 413 | 5.776 |

As variações na intensidade da endemia dependem das condições do viver dos habitantes, com maior ou menor frequência de contactos (diferença entre meios urbanos e rurais) e de condições meteorológicas mais ou menos favoráveis à disseminação do vírus e à receptividade individual (variações sazonais). Sobre o primeiro ponto não há discrepâncias entre os epidemiologistas. Sobre o segundo, já os pareceres deixam de ser em todo o ponto concordantes.

Assim, como por exemplo, SMILLE (com a generalidade dos autores) diz que as ondas epidémicas se manifestam geralmente

nos fins da primavera, de Março a Junho, e BOYER, com dados da morbidade em Paris, assinala o inverno como a quadra mais propícia à expansão da doença, afirmando que esta quebra com a chegada do tempo quente. As discordâncias devem depender mais de factores ocasionais dos períodos de observação do que da maior ou menor facilidade de transmissão, embora esta seja naturalmente aumentada nas épocas em que abundam as afecções catarrais das vias respiratórias, ou seja no tempo frio e húmido e nos começos da primavera.

Por este motivo, também é natural que a mortalidade seja relativamente mais alta nessas temporadas. A distribuição pelos meses do ano do obituário português confirma este asserto (Quadro III); as cifras mais altas são as de Janeiro a Março, as mais baixas são as de Setembro a Novembro.

Uma vez introduzido o agente, em quantidade operante, na faringe do são, dá-se a septicemia; após um período de incubação que geralmente é de 10 a 12 dias, mas por excepção pode ir até perto de três semanas, surgem os sintomas de invasão. A doença vai seguir o seu curso, mais ou menos segundo os termos clássicos, com a erupção a surgir uns quatro dias mais tarde, etc.

Poderá evitar-se a doença ou modificar-se em sentido favorável o seu curso, quando pela idade da criança ou circunstâncias particulares de seus antecedentes mórbidos, seja provável um aspecto grave?

O problema da imunização contra o sarampo foi primeiramente atacado por meio de tentativas de inoculação do vírus, à semelhança da imunização contra a variola; tentativas de há mais de cem anos, com bons resultados no ponto de vista da imunidade, mas variáveis na intensidade de essa infecção provocada, o que levou a não se falar mais no procedimento, durante várias décadas.

Em 1915, HERMAN, tendo em conta a imunidade existente nos primeiros meses de vida, inoculou 40 lactentes de essa idade por meio de introdução nas fossas nasais de muco nasal colhido em doentes de sarampo, no dia da erupção; 15 tiveram febre ligeira e apresentaram algumas máculas, os restantes não ofereceram qualquer sinal de reacção; todos porém obtiveram imunidade duradoura. O ensaio, muito interessante, talvez sirva como ponto de partida para futuro método, quando se puder dispor de vacina preparada industrialmente, e de aquisição acessível à generalidade da população.

A inoculação da cultura de vírus, por escarificação da pele, produz (como mostrou TANIGUCHI, 1935) viva reacção no ponto de entrada e exantema generalizado, semelhante ao da doença

natural. Esta experiência foi renovada, com inoculações do agente por vias subcutânea, intradérmica e intranasal, por STOKES e por RACKE, IRAISHI & OKAMOTO, anteriormente (1921) tentaram provocar imunização activa por meio de injeccção de sangue de doente no período eruptivo, em dose pequeníssima, de um a dois centésimos de centímetro cúbico, para não ser perigosa; com pequena reacção ou sem ela, dizem ter obtido a desejada imunidade.

Em 1925 SINDONI, com vacina preparada com cultura de vírus inactivada pelo formol, vacinou 539 crianças, injectando em dias alternados quatro ou cinco doses de 2 c.c., escolhendo para tal crianças que mostraram receptividade mediante a intradermo-reacção de Pollitzer; afirmou que só nove contraíram a doença.

Resultados tão animadores não lograram a adopção da imunização activa, o que se compreende por se tratar de doença tão generalizada e geralmente benigna, como é o sarampo.

Os dados epidemiológicos levam à conclusão de que o problema da imunização tem de encarar-se sob dois pontos de vista: atenuação da gravidade da virose, prevenção das complicações.

Com destino ao primeiro ponto alvitram-se injeccões de sangue, de soro sanguíneo, de globulinas.

A injeccção de sangue foi posta de lado por ser mais cómoda, menos perigosa e de mais rápida acção, a injeccção de soro; este deve ser de convalescentes, ou na sua falta de indivíduos que já tiveram a doença. O método foi lançado, em tentativas hesitantes, há perto de cinquenta anos, entre outros por NEISSER e BOZZOLO, e adquiriu foros de applicabilidade, alguns anos mais tarde, com os ensaios de NETTER, LEVADITI, KLING, FLEXNER, etc. A finalidade foi sobretudo profiláctica, para evitar a eclosão do sarampo, em indivíduos ainda não contagiados, ou que o haviam sido há pouco tempo, mas viu-se que servia para modificar o curso da doença.

A eficácia ficou firmemente demonstrada, sobretudo pela observação de DUNGAL, na epidemia de 1943, em Reykjavik, capital da Islândia. Esta ilha havia sido devastada em 1846 por uma epidemia que vitimou mais de um terço da sua população, atacando indivíduos de todas as idades, porque a doença era nela desconhecida. Com o sangue obtido dos convalescentes, arranjou-se soro para injectar, nas doses de 1 c.c. por cada ano de vida, a todos os expostos ao contágio, até ao máximo de 20 centímetros cúbicos. As crianças pequenas, injectadas por prevenção obtiveram imunidade perfeita e puderam assim ultrapassar a onda epidémica, sem sinais de doença. As que excediam a primeira infância foram injectadas depois de decorrida cerca de uma semana sobre a data do contágio, e nelas verificou-se aumento da duração do período de incubação e benignidade habitual da doença. Não

há dúvida, pois, que o procedimento tem utilidade, mormente nas crianças de pouca idade, em casos de epidemia extensa, nos focos epidêmicos de internatos, e na clínica particular quando uma de essas crianças esteve em contacto com caso de sarampo, o que ocorre por vezes quando este estava em incubação ou na fase cataral, portanto ainda sem diagnóstico. As doses preconizadas por vários autores aproximam-se das empregadas por DUNGAL; preferivelmente por via intramuscular.

Muito interessantes foram os estudos feitos pelo patriarca da pediatria portuguesa, o PROF. JAIME SALAZAR DE SOUSA, sobre o emprego do sangue da placenta, publicados em 1932, seguidos pelos de KARELIZ & GREENWALD em 1935; e antes de estes pelo de MAKHAN & CHU (1933) sobre as globulinas da mesma procedência. O sangue da placenta proporciona tantos anticorpos como o sangue da mãe, e é mais fácil de obter em grandes quantidades do que por punções venosas, para conservação do soro e seu largo uso.

O emprego de globulinas-gama, a fracção proteica do plasma mais rica em anticorpos, não é processo utilizável, dado o seu custo elevado e difícil aquisição.

A combinação da imunidade temporária fornecida por estes procedimentos de imunização passiva com os de imunização activa foi tentada por DEGKWITZ, fazendo seguir à injeccção de soro a exposição directa ao contágio, por RICHARDSON & CONNOR, simultaneamente por injeccção de soro e inoculação nas fossas nasais de muco infectante, e por NICOLLE & CONSEIL, injectando sangue de doente no dia seguinte ao da injeccção de soro.

A imunização preventiva e a atenuação da doença só tem grande interesse nas circunstâncias indicadas para o uso do soro. Fora de elas, porque a doença é geralmente benigna, dependendo a gravidade, em regra, das complicações, é para a profilaxia de estas que mais deve incidir a atenção.

Mas ainda, como medida profiláctica da doença, nos internatos, hospícios e hospitais, impõe-se o isolamento dos doentes, só aconselhável na clínica particular em relação a lactentes provavelmente ainda não contagiados por criança da casa que adoeceu com sarampo.

Usaram-se as sulfamidas para evitar as complicações sépticas; hoje, por não haver o prejuízo de possível intoxicação, é geral o emprego da penicilina. Há quem a administre sistematicamente, desde que a doença pode ser diagnosticada ou começando um pouco mais tarde ao iniciar-se a fase eruptiva, correspondente ao declínio da fase vírica e ao possível estabelecimento de uma fase infecciosa; o que me parece mais lógico.

O uso sistemático, em todo e qualquer caso, não se me afigura justificável. Quando a doença se apresenta com aspecto benigno, sem forte hipertermia e erupção intensa (denunciadoras de particular susceptibilidade ao agente e de correlativas lesões teciduais) é desnecessário molestar doente e familiares com injeções preventivas de complicações que não aparecerão. Mas tratando-se de um lactente, e mesmo de criança até perto dos três anos de idade, a não ser que se trate de caso com feição de grande benignidade (o que é excepcional), convém adoptar a profilaxia medicamentosa, nos mencionados termos.

A sua eficácia está provada por grandes balanços hospitalares, como o dos hospitais de doenças infecciosas de Londres publicado por BANKS; a mortalidade por sarampo, que neles havia sido, em 1931 de 5,6 por cento, reduziu-se a 0,38 por cento em 1942, diferença tão notável que não pode atribuir-se apenas a diversa virulência de surtos epidémicos. Pequenas colectâneas de autores, de toda a parte, referem semelhantes benefícios; apraz-me citar uma de recente publicação (1953), a de MATOS AGUILAR & CASADO DE FRIAS, que confronta 40 doentinhos tratados com penicilina em que apareceram apenas três complicações sépticas (1 broncopneumonia, 1 otite, 1 conjuntivite purulenta) e 44 sem esse tratamento e com 24 complicações (2 pneumonias, 2 broncopneumonias, 11 otites e 9 conjuntivites purulentas).

A descida da mortalidade pelo sarampo em Portugal, nos últimos anos, certamente se deve, em grande parte, ao uso da penicilina, ultimamente facilitado pelo seu menor preço de compra.

Para rematar, creio que o sarampo deixará de contribuir, como o tem feito, para os róis do obituário, se sistematicamente se adoptarem as seguintes normas:

1 — Preservar quanto possível do contágio as crianças com menos de três anos de idade.

2 — Perante um contágio certo ou quase certo, de tais crianças, procurar impedir o desenvolvimento da virose por meio de sero-profilaxia precoce, ou, não podendo actuar-se tão cedo, instituir a sero-profilaxia como medida tendente a retardar a invasão e a tornar mais benigno o curso da doença.

3 — Tratar os doentes olhando principalmente aos procedimentos higiénicos, de cujas vantagens devem as respectivas famílias ser perfeitamente inteiradas, para que cuidadosamente os observem.

4 — E nas crianças da primeira infância, assim como nos casos de feição severa em crianças de mais idade, fazer durante cinco ou seis dias a administração de penicilina, começando quando se iniciar a erupção, como preventivo de complicações sépticas.

Duas notas sobre Dietética

por F. A. GONÇALVES FERREIRA

Do Inst. Sup. de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Dos assuntos relacionados com a alimentação do Homem, a Dietética é dos que presentemente tem carácter de maior actualidade, tanto para o clínico que tem a seu cargo a vigilância dum certo número de doentes ou mesmo de indivíduos considerados não doentes que precisam de alguns cuidados alimentares e é, até certo ponto, responsável pela indicação da alimentação mais adequada às suas necessidades e mais conveniente sob o ponto de vista económico, como para os estabelecimentos hospitalares e outros serviços com alimentação colectiva em que os novos conhecimentos sobre indicação, preparação e distribuição dos alimentos levantam problemas complexos ainda não resolvidos ou mesmo não estudados entre nós. O conceito de Dietética, palavra que significa o estudo ou aplicação da alimentação à capacidade funcional do organismo humano, quer se trate de regimes normais ou de regimes dietéticos, isto é, empregados como terapêutica funcional passiva, evoluciona muito nos últimos anos e esta evolução foi a consequência do progresso dos nossos conhecimentos no campo da Nutrição, os quais abriram novos horizontes a todo o problema da alimentação humana, particularmente ao do equilíbrio e da adequação da alimentação ao homem doente.

Paralelamente, a experiência adquirida no capítulo organização de serviços dietéticos colectivos e sobretudo dos hospitalares permitiu que se realizasse uma verdadeira revolução construtiva no que até há pouco era o caótico e primitivo sistema de alimentar doentes.

Embora muitos dos conhecimentos adquiridos no passado em dietética continuem válidos, não há dúvida que alguns dos conceitos que pareciam mais sólidos e que chegaram a ter a maior aceitação estão hoje abandonados por se reconhecer a sua falta de fundamento. Dentre eles sobressaem os referentes à indicação de regimes especializados ou dietas tipo, habitualmente indicadas com o nome do autor ou do alimento fundamental, sempre muito desequilibrados em relação ao regime alimentar exigido pelo organismo humano, e dos quais se procurava obter efeitos terapêuticos à custa destes desequilíbrios acentuados. Hoje sabemos que quase todos estes regimes têm pouco valor e que o seu uso prolongado os torna nocivos. Toda a importância dos regimes

alimentares resulta da sua elaboração e aplicação judiciosas, que consistem em modificar o menos possível a composição da ração normal e adequada, manter as alterações convenientes apenas durante o tempo necessário, completar estes regimes modificados pela administração mais apropriada dos componentes básicos que estejam em falta não deliberada e ter sempre presente que não é possível prescrever uma dieta específica para todos os indivíduos sofrendo da mesma doença. Considera-se hoje ponto fundamental em dietética que, além das condições patológicas, é preciso atender ao estado fisiológico de certos órgãos e aparelhos (digestivo, circulatório, renal) e às características individuais do paciente (gostos e hábitos alimentares). Por outro lado, a experiência tem demonstrado que o estudo e a preparação dos regimes alimentares implicam cada dia maior soma de conhecimentos e, portanto, maior especialização, pelo que se tornou indispensável nos estabelecimentos com alimentação colectiva de doentes organizar serviços próprios de dietética a cargo de pessoal especializado, ao qual passa a competir tudo o que diz respeito à alimentação, incluindo o planeamento das dietas, de acordo com as indicações médicas, a recolha, acomodação, preparação e distribuição dos alimentos.

Por que entre nós o interesse pela dietética prática tem sido muito pequeno e está limitado a núcleos restritos do campo médico e nestes à organização de regimes normais ou de regimes dietéticos segundo normas pouco actualizadas, não havendo técnicos preparados nem escolas para os preparar, parece-nos que é indispensável procurarmos conhecer as novas ideias e realizações de forma a podermos colher neste campo os benefícios que outros países conhecem já e que sendo o fruto de experiências demoradas e realizadas em larga escala têm um valor que ninguém pode contestar.

Em resumo, poderíamos dizer que a questão da dietética aplicada apresenta hoje para nós dois aspectos que precisamos de conhecer e que, sendo fundamentalmente diferentes embora intrinsecamente relacionados, se sobrepõem a todos os outros pela sua importância prática. O primeiro refere-se à técnica da organização dos regimes alimentares e especialmente dos dietéticos; diz respeito mais directamente ao médico clínico e aos dietistas; exige da parte destes certa soma de conhecimentos actualizados e será objecto da primeira nota deste pequeno artigo. O segundo relaciona-se com a dietética colectiva de doentes e particularmente com a hospitalar; implica a organização de serviços especiais de dietética e a formação de técnicos especializados que os tomarão a seu cargo e será objecto da segunda nota deste artigo.

1.^a NOTA — SOBRE TÉCNICA DIETÉTICA

A elaboração correcta de dietas obedece a regras, das quais umas dizem respeito aos regimes equilibrados ou normais e outras aos regimes dietéticos ou terapêuticos. Por regime normal deve entender-se o que é constituído pelos alimentos ou componentes necessários para manter a composição química própria do organismo (tecidos e humores) e tem a consistência e outras características que permitam o funcionamento normal dos diferentes órgãos e aparelhos. De acordo com a terminologia de Escudero, este regime deve ser suficiente, completo, harmónico e adequado. Regime dietético é o destinado a servir como agente terapêutico, quase sempre profiláctico ou passivo, e das quatro características apontadas por Escudero para o regime normal mantém obrigatoriamente apenas a de ser adequado; as outras três, isoladas ou em conjunto, estão modificadas. O regime normal não pode ser uniforme para todos os indivíduos, havendo necessidade de o adaptar para a idade (lactentes, crianças, velhos) e para diversas condições fisiológicas (actividade, gravidez) ou de doença. As quatro características deste regime correspondem às quatro leis gerais da alimentação enunciadas por Escudero. A 1.^a, ou da quantidade, diz-nos que a alimentação deve ser dada em quantidade suficiente para cobrir as exigências calóricas do organismo e manter o equilíbrio do seu balanço. As exigências calóricas variam com as necessidades dos indivíduos, pelo que precisam de ser calculadas, e são cobertas pelos alimentos energéticos: hidratos de carbono, gorduras e proteínas. O balanço, isto é, a relação entre as substâncias ingeridas e eliminadas pelo organismo, refere-se aos alimentos chamados plásticos ou protectores: azoto, minerais, água e vitaminas. A 2.^a, ou lei da qualidade, diz-nos que o regime deve ser completo na sua composição, de modo a oferecer ao organismo, indivisível, todas as substâncias que o compõem. A 3.^a lei, ou da harmonia, diz-nos que as quantidades dos diversos princípios que compõem a dieta devem manter entre si determinadas proporções. São fundamentais: o quociente proteico (calorias totais-calorias das proteínas) que deve ser da ordem de 10 nos primeiros meses de vida, de 15 a 18 na idade adulta e de 12 a 13 na velhice, o qual por vezes se reduz à relação hidratos de carbono-proteínas, da ordem de 4 na criança e de 4 a 6 no adulto; a relação proteínas animais-proteínas vegetais, que oscila entre 100, no lactente, e 40 a 50 no adulto. Esta relação de ordem muito empírica pretende salvaguardar a satisfação das necessidades em determinados ácidos aminados essenciais que existem em quantidade insuficiente nas proteínas vegetais; o quociente grama-caloria que relaciona o volume, ou melhor o

peso do regime, com o valor calórico. Normalmente, é vizinho da unidade, mas pode baixar a 0,8; a relação cálcio-fósforo, que deve ser da ordem de 1,3 a 1,5 na criança e pode descer até 0,8 no adulto; a relação ácido-base, que habitualmente se exprime pela diferença entre as valências ácidas de certos alimentos (cereais e derivados, carne, peixe, ovos) e as valências alcalinas doutros (vegetais verdes, frutos, leite, queijo); a relação hidratos de carbono, proteínas e álcool-vitamina B₁, que deve ser da ordem de 3×10^{-5} . Para as restantes vitaminas não estão estabelecidas relações de harmonia e o critério do cálculo é baseado em padrões; a relação ceto-anticetogénica, ou seja, dos compostos fornecedores de corpos cetónicos (gorduras e parte das proteínas) e dos anticetogénicos (hidratos de carbono), que deve oscilar normalmente entre 0,25 e 0,35. Outras relações se poderiam estabelecer, mas são menos conhecidas. A 4.^a lei ou da adequação, diz-nos que a finalidade da alimentação deve ser subordinada à sua adequação ao organismo. Esta adequação ou adaptação diz respeito em primeiro lugar ao estado do aparelho gastro-intestinal e em segundo lugar às perturbações funcionais dos órgãos doentes.

Para se passar do campo teórico, a que servem de base as regras precedentes, para a prática da organização de regimes, há que calcular as necessidades alimentares, escolher os alimentos mais convenientes, conhecer a sua composição e percentagem da parte utilizável e prepará-los de forma a satisfazerem o gosto e a capacidade digestiva de quem os vais utilizar.

Os regimes terapêuticos devem ser elaborados de forma a modificar o menos possível a ração normal. As modificações a introduzir referem-se na maior parte dos casos à quantidade, consistência, condimentação, proteínas, hidratos de carbono, gorduras, água e sal. Estas modificações obedecem a princípios que se podem chamar os princípios essenciais da dietética na doença.

Assim, a quantidade de alimentos a administrar diariamente depende do apetite do doente e todos os esforços devem ser feitos, a não haver razão especial que o contra-indique, para que cubram as necessidades deste.

A consistência deve variar com a capacidade dos diferentes órgãos do aparelho digestivo para ingerir ou digerir; todos os manuais de dietética indicam hoje, ou devem indicar, a maneira de preparar dietas em 4 consistências: normal, mole, semilíquida e líquida.

A questão da condimentação, que deve compreender as especiarias e as variações de sabor que a técnica culinária permite, é condicionada pelo estado das secreções gástrica e biliar.

Desde que as proteínas são absolutamente indispensáveis,

pois não podem ser substituídas por nenhum outro alimento, há que as administrar na quantidade óptima. Um indivíduo normal em jejum perde diàriamente 1 grama de proteínas dos seus tecidos por quilo de peso. Com dieta rica em hidratos de carbono e gorduras, mas desprovida de proteínas, esta perda baixa para 0,3 a 0,5 gr. Nas doenças febris e em certos estados (queimaduras, fracturas) a perda de proteínas chega a atingir 3 gr. ou mais. Estas perdas podem ser evitadas ou diminuídas com dieta contendo quantidades apropriadas de proteínas. É sabido que as perdas de proteínas pelo organismo têm a maior importância, pois fazem-se em grande parte e desde o início à custa do fígado e de outros órgãos fundamentais e quando atingem cerca de 40 % das proteínas totais todos os mecanismos de defesa orgânica estão perturbados e há possibilidade de aparecimento de edema nutricional. Por tal razão, os dietistas devem fazer todo o esforço para elaborar regimes para doentes e feridos com 100 gr. ou mais de proteínas por dia e nunca menos de 1 gr. por quilo de peso, compreendendo alimentos com proteínas de alto valor biológico (leite, ovos, carne, peixe fresco). Raros são os casos (nefríticos) em que este princípio não pode ser aplicado integralmente.

Quanto aos hidratos de carbono, é ponto geralmente aceite que há necessidade de administrar, por dia, um mínimo de 100 gr. para evitar a cetose. Em doenças, como a diabetes, ou a obesidade, em que a quantidade de hidratos de carbono da dieta tem de ser geralmente baixa, este mínimo é suficiente para evitar que o organismo metabolize as proteínas para obter hidratos de carbono indispensáveis, além das calorias. Sabe-se que esta pequena quantidade de hidratos de carbono, em indivíduos bem nutridos, desde que a dieta contenha quantidade suficiente de proteínas, permite um metabolismo satisfatório durante períodos largos de tempo, sendo as calorias fornecidas em grande parte pelas reservas de gordura. Não havendo contra-indicação, os hidratos de carbono podem ser dados até quantidades da ordem de 500 gr. por dia, devendo ser acompanhados da quantidade harmónica de vitamina B₁.

As gorduras são elementos pouco importantes da dieta. A sua redução pode fazer-se quase sem limite, mas é prudente no entanto, fornecer gorduras contendo ácidos gordos essenciais, sobretudo nas crianças. O seu aumento é condicionado pela tolerância digestiva e nível cetogénico desejado.

A água deve ser dada em quantidade suficiente para permitir a perspiração normal (da ordem de 1.000 a 1.500 ml. por dia) e a produção de urina indispensável para a eliminação dos produtos de excreção, sem o que as reservas essenciais de água do organismo diminuem progressivamente. A sua administração com

ALARGANDO O EXPECTRO ANTIBIÓTICO
DA OMNACILINA PELA ASSOCIAÇÃO
D A E S T R E P T O M I C I N A

OMNACILINA «E»

A Z E V E D O S

- ACÇÃO ANTIBIÓTICA ESPECÍFICA, DA ASSOCIAÇÃO PENICILINA + ESTREPTOMICINA.
- ACÇÃO IMUNIZANTE INESPECÍFICA, DO LISADO BACTERIANO DE ESTIRPES SELECIONADAS.
- ACÇÃO BIOCATALIZADORA, MODIFICADORA DO TERRENO, DUM COMPLEXO DE ESSÊNCIAS ANTI-SÉPTICAS E BALSÂMICOS VEGETAIS.

“...combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença modificando o terreno e prevenindo as recaídas...”

A P R E S E N T A Ç Ã O

I N F A N T I L — 0,25 g. de Estreptomicina + 150.000 U. O. de Penicilina

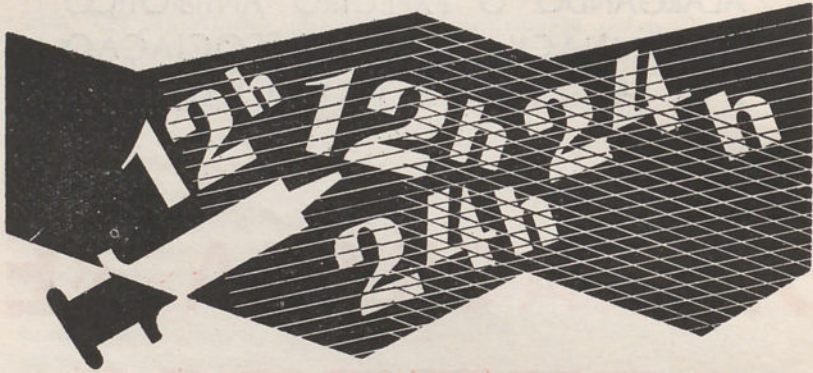
N O R M A L — 0,50 g. de Estreptomicina + 400.000 U. O. de Penicilina

F O R T E — 0,50 g. de Estreptomicina + 600.000 U. O. de Penicilina

Em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

M E D I C A M E N T O S D E S D E 1 7 7 5



LONGACILINA

N,N'-dibenziletlenodiamina-dipenicilina G
Composto de absorção muito lenta

LONGACILINA A (suspensão aquosa estável para injeção)

600.000 U — actividade: 14 dias

300.000 U — actividade: 7 dias

LONGACILINA (comprimidos para administração oral)

150.000 U por comprimido

Actividade por cada 2 comp.: 6 a 8 horas



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

os alimentos ou sob outras formas deve ser feita sem provocar sofrimento ou diminuição do apetite, podendo-se promover a sede pela ingestão de sal quando houver necessidade sem contra-indicação. Dos critérios utilizados para regular esta administração, podem considerar-se clássicos: a) manter o volume da urina superior a 1.000 ml. por dia, mesmo nos doentes febris; b) manter a densidade da urina das 24 horas inferior a 2,020; c) manter a elasticidade normal da pele e tecido celular subcutâneo e o aspecto húmido da língua; d) evitar a sensação desconfortável de sede.

As perdas de sal (cloreto de sódio, principalmente) fazem-se pela urina, pelo suor (não há perda de sal pela perspiração), exsudatos, vômitos, etc., havendo necessidade de as compensar. Exceptuando os casos de edema nefrítico, de insuficiência cardíaca congestiva, etc., a dieta deve conter pelo menos 5 gr. de sal por dia.

No que se refere a vitaminas, sabe-se que o organismo perde rapidamente as vitaminas hidrossolúveis que contém, especialmente por eliminação (urina, suor) desde que a ingestão seja nula ou baixe a um nível insuficiente. No caso das vitaminas solúveis nas gorduras, tanto quanto se conhece para as vitaminas A e D, como não há eliminação e o organismo pode constituir reservas importantes, os perigos de carência durante a doença são menores nos indivíduos anteriormente bem nutridos. A vitamina C e as vitaminas B₁, B₂ e PP são as que mais frequentemente devem ser administradas como meio de compensar as deficiências dos regimes que não puderem ser equilibrados nestes nutrientes.

Com base nestes conhecimentos, o clínico ou o dietista procurará elaborar regimes alimentares adequados e satisfazendo todas as necessidades nutritivas. Quando isso não for possível, e só então, recorrerá à suplementação da dieta com os elementos em falta. Hoje é fácil fazê-lo, tanto para os princípios energéticos como para os minerais e vitaminas, utilizando as vias digestiva ou parentérica.

Embora o número de regimes alimentares que é possível organizar seja praticamente ilimitado, os regimes padrões podem reduzir-se a poucas dezenas. Assim, as dietas básicas (normal, mole, semilíquida e líquida) podem ser modificadas para mais ou para menos no que diz respeito ao valor calórico total, à quantidade de hidratos de carbono, proteínas e purinas, gorduras e colesterol, celulose, minerais e vitaminas. Desta maneira, muitos dos chamados regimes especiais, incluindo os alcalósicos, acidósicos, cetógenos, podem ser elaborados a partir dos regimes básicos.

2.^a NOTA — SOBRE ALIMENTAÇÃO COLECTIVA

Os problemas criados pela aplicação das normas da Dietética nos organismos com alimentação colectiva de doentes, e também de crianças, velhos, trabalhadores, soldados, etc., têm sido convenientemente estudados em diversos países e em todos se chegou à conclusão de que esses organismos têm necessidade de criar serviços especializados de dietética que tomem a seu cargo todas as questões referentes à alimentação, de maneira que os alimentos sejam preparados e servidos de acordo com as necessidades dos indivíduos que os vão consumir e estes possam aproveitá-los no máximo da sua potencialidade e propriedades nutritivas. Para isso, os alimentos precisam de ser escolhidos e preparados tendo em vista as duas características fundamentais de qualquer dieta: ser nutricionalmente adequada e suficientemente sávida para se tornar agradável ao paladar, o que só se pode conseguir com alimentos de boa qualidade, prescrições correctas e preparação e distribuição convenientes. A questão foi considerada e estudada com detalhe principalmente nos hospitais, onde o problema da alimentação se tem apresentado sempre difícil, pela razão de se tratar de organismos com uma população grande de doentes com necessidades, gostos e hábitos alimentares diferentes. A solução encontrada foi a da organização dentro do hospital do chamado serviço dietético, pequeno ou grande conforme o número de doentes a atender, ao qual incumbe dar realização integral às prescrições ou planos alimentares estabelecidos pelos médicos.

Um serviço dietético hospitalar deve compreender o armazém ou despensa com aparelhagem de refrigeração e instalação para conservação de produtos secos, cozinha e zonas anexas de preparação de certos alimentos (vegetais, carne, peixe), locais de preparação das dietas especiais e da distribuição de toda a alimentação, zonas de limpeza (lavagem, desinfecção, etc.) e secções de acomodação do material. A sua organização no que se refere a pessoal deve obedecer a um esquema geral: um chefe (dietista chefe, que nos grandes hospitais será um médico nutrólogo ou nutricionista), dietistas, que constituirão o pessoal profissional, e pessoal não profissional (cozinheiro, ajudantes, padeiro, etc.) em número variável de acordo com as necessidades.

O serviço dietético, a quem, de acordo com as indicações médicas, competem várias funções bem definidas: plano dos regimes alimentares ou dietas, escolha dos alimentos, preparação culinária destes e distribuição, trabalha sob a orientação administrativa do economato e baseia-se numa nova categoria de funcionário técnico, ainda estranho aos nossos hospitais, o dietista.

O dietista apareceu no elenco do funcionalismo hospitalar no princípio deste século, mas apenas nos centros mais desenvolvidos. Nas duas últimas dezenas de anos o seu número aumentou enormemente à medida que se verificou o progresso da orgânica hospitalar em todos os países. Nos hospitais dos E. U. A. em 1950, por ex., trabalhavam mais de 7.000 dietistas, o que, proporcionalmente à população, daria para o nosso País cerca de 350 ou 400. Ora, pelo menos até há pouco, nem os próprios hospitais escolares portugueses, que deveriam estar em condições de poder ser considerados modelares, tinham um único dietista nos seus quadros e muito menos um serviço dietético organizado.

Para a preparação de dietistas foram ou estão a ser criadas em todos os países escolas próprias de ensino, cujos cursos com programas distribuídos por 2 ou 3 anos habilitam para o respectivo título. A profissão de dietista é desempenhada, pode quase dizer-se exclusivamente, por mulheres, que pelas suas habilitações e categoria podem comparar-se às enfermeiras. Não há que confundir os médicos especializados em assuntos de nutrição e dietética, que poderão ser chamados nutricionistas ou nutrólogos e cujas atribuições dentro do hospital ou noutros serviços são de carácter científico (estudo dos factores dietéticos, dietoterapia, etc.), de ensino ou direcção, com os dietistas, funcionários de habilitação muito mais restrita e que são apenas técnicos em condições de cumprir as missões que lhes são confiadas. Dentro do hospital o dietista pode ainda ter uma função educativa importante, principalmente ligada à divulgação das normas da alimentação normal e da alimentação equilibrada e adequada, nas suas relações com o crescimento, certos estados fisiológicos (gravidez, velhice, etc.), doença e profilaxia. Nos organismos não hospitalares, as funções do dietista, embora tenham finalidade semelhante, podem revestir modalidades diferentes, de acordo com as necessidades daqueles.

Dada a renovação a que se está a assistir em Portugal em matéria hospitalar, tanto nas instalações e apetrechamento como nas ideias sobre administração, parece-nos oportuno fazer algumas considerações sobre as modalidades e maneira como deve funcionar o serviço de alimentação de doentes dentro dum hospital moderno e eficiente. Podemos considerar três tipos fundamentais: centralizado, completamente descentralizado e misto. No tipo centralizado, que é o existente em Portugal, os alimentos são preparados e distribuídos a partir do mesmo local. Há apenas uma cozinha que prepara o regime comum e os diferentes tipos de regimes dietéticos ou, como acontece nos serviços mais modernos, junto da cozinha há um ou mais compartimentos chamados

cozinhas dietéticas, que se destinam com o seu pessoal e aparelhagem próprias, à confecção dos regimes especiais. Este sistema tem algumas vantagens gerais: economia de espaço, de equipamento em serviço e de alimentos; fiscalização mais fácil do pessoal em serviço; diminuição dos cheiros e ruídos, que ficam localizados a uma zona limitada, e desvantagens muito salientes: necessidade de localizar a cozinha próxima dum meio rápido de transporte; grande área que esta precisa de ocupar; dificuldade de distribuir os alimentos a temperatura conveniente; dificuldade de preparação das dietas individuais; maiores perturbações causadas pela interrupção de transporte ou pela inutilização dos alimentos transportados. Neste sistema, a cozinha dietética pela distância a que se encontra habitualmente das enfermarias não pode satisfazer todos os pedidos nas condições necessárias. Para remediar tais inconvenientes foram criadas mais tarde, nalguns serviços, pequenas cozinhas dietéticas para fins especiais, como preparação de regimes bem calculados (diabetes, por ex.), localizadas junto das respectivas enfermarias. Dos bons resultados obtidos com estas cozinhas, que preparavam alimentos mais aceitáveis pelos doentes e mais de acordo com as indicações médicas, surgiu a ideia de substituir a cozinha central por cozinhas periféricas, tendo cada uma a seu cargo a alimentação dum serviço, enfermaria ou grupo de doentes. A experiência foi feita na Alemanha, em Stettin, mas não teve o êxito desejado pelos inconvenientes de ordem administrativa que apresentava. As vantagens deste sistema eram: possibilidade de preparação das refeições e pratos segundo os desejos individuais; maior facilidade de servir os alimentos com gosto, aspecto e temperatura convenientes; pequenas perturbações causadas por qualquer desarranjo no sistema de transporte; e as desvantagens: maior possibilidade de cheiros e ruídos; maior necessidade de pessoal e maior gasto de alimentos; dificuldade de fiscalização. Este sistema, completamente descentralizado, não é hoje adoptado.

Parece ter sido na Hungria, por volta de 1928, que começou a ser estudado o sistema misto, a que também se tem chamado descentrado ou parcialmente descentralizado, no qual há uma cozinha central e pequenas cozinhas periféricas junto dos serviços. É nestas que são preparados os regimes dietéticos e distribuídas em porções as dietas normais. Neste sistema todos os pedidos de alimentos são feitos pelos serviços às cozinhas periféricas e são estas que os transmitem à cozinha central depois de reterem os que lhes compete preparar. Desta maneira, parte da alimentação, a geral, vem da cozinha central e parte, regimes especiais e pratos individuais de preparação rápida e consumo imediato, é preparada na cozinha periférica. Cada cozinha periférica é diri-



*Forte
sedativo
da tosse*

Dicodid



10 comprimidos a 0,005 gr.



KNOLL A.-G. Fábricas de Produtos Químicos **ALEMANHA**
Ludwigshafen/Reno

Representantes: AUGUST VEITH, Herdeiros · Rua da Palma, 146 · Lisboa

Supronal

Solu-Supronal

combinação de 2-(4'-aminofenilsulfonamido)-4-metilopirimidina
com o sal de 4-aminofenilsulfotiocarbamida da 4-aminometilofenilsulfonamida, em partes iguais.

para a
terapêutica sulfamídica
extensa das infecções mistas
com aeróbios e anaeróbios
Polivalente

Embalagens originais

Supronal: tubos com 20 comprimidos

Solu-Supronal: caixas com 5 ampolas de 10 cm³ cada



» *Bayer* « Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

» *Bayer* « Limitada

L. do Barão de Quintela, 11, 2º

Lisboa

gida por uma dietista e esta é responsável pela alimentação de todo o seu sector, atendendo às prescrições dietéticas dos clínicos, elaborando os regimes individuais dos doentes e planeando a lista de pratos que deve pedir à cozinha central. As cozinhas periféricas e central entendem-se, neste sistema, directamente com a despesa ou armazém de víveres do hospital, a quem fazem as suas requisições em separado. Embora o sistema predominante, sobretudo nos países pouco desenvolvidos, seja ainda o centralizado, verifica-se acentuada tendência para a organização de serviços mistos, que deve ser a solução mais acertada para o caso português. Não obstante, nos hospitais médios ou com uma configuração muito favorável e a situação da cozinha bastante central, com uma boa cozinha dietética anexa e o indispensável sistema de copas, uma junto de cada enfermaria, o tipo centralizado pode satisfazer por muito tempo ainda.

Calcula-se que num hospital clínico geral com dietas básicas bem planeadas apenas 10 a 15 % dos doentes precisam de regimes dietéticos, percentagem que nalguns serviços especiais pode elevar-se a 50 e noutros baixar a 5 ou menos, e que por cada 10 doentes necessitando regime individual é precisa uma dietista. Para um hospital médio de 600 doentes, por ex., haverá, portanto, necessidade de, pelo menos, 6 dietistas. Estamos certos de que o regime de ensaio de serviços dietéticos poderá fazer-se entre nós em condições razoáveis com uma dietista para cerca de 150 doentes e nos serviços mais favoráveis com uma para cerca de 300 doentes, desde que os seus conhecimentos técnicos e capacidade de trabalho atinjam bom nível e o corpo clínico tenha bem em conta as responsabilidades próprias neste sector de actuação. Nos hospitais escolares e nos grandes hospitais com mais de 800 doentes, um médico nutricionista deverá chefiar o serviço dietético. Para uniformização de regimes e simplificação de trabalho, deve ser elaborado um manual ou formulário dietético baseado nos mais modernos conhecimentos da ciência da nutrição e da técnica culinária. Kemeny, o conhecido introdutor das novas modalidades de serviço dietético no Chile e autor de obras importantes sobre o assunto diz num dos seus livros que a alimentação hospitalar não é questão de «economato» mas questão eminentemente médica, devendo formar parte integrante do arsenal terapêutico e que para atingir este objectivo é preciso dar a cada doente a alimentação que lhe convém e que lhe agrada.

É esta finalidade que se deve procurar atingir presentemente nos hospitais portugueses.

Vitiligo hipofisário ⁽¹⁾

por IGNÁCIO DE SALCEDO

*Assistente do Serviço de Endocrinologia
da F. M. do Porto
Bolseiro do Instituto de Alta Cultura*

A patogenia das discromias cutâneas, e muito especialmente das diversas formas de vitiligo, continua a ser uma das incógnitas do problema das pigmentações, principalmente no que respeita às relações entre a pigmentação e as funções glandulares.

Em outro trabalho sobre a doença de ADDISON, encarámos a questão da pigmentogénese no sentido do seu aumento e da deposição do pigmento em zonas que habitualmente o não contêm.

Parece-nos que o estudo endocrinológico das formas habituais do vitiligo poderá constituir útil complemento desta investigação, pelo que vamos apresentar três casos que ultimamente tivemos ocasião de observar na nossa clínica particular. É natural que do confronto destes casos, por se tratar de formas patogénicas e sintomáticas diferentes, possa surgir uma possibilidade de encarar o vitiligo com maiores probabilidades de solução.

OBS. I — D. G. S. M. ♂, 34 anos, solteiro.

Doença actual — As primeiras zonas acrómicas surgiram aos 22 anos, na face interna da perna direita, logo acima do maléolo interno. Pouco depois, a discromia adquire um carácter simétrico ao atingir a perna esquerda. Posteriormente, apareceram zonas maiores de despigmentação na parede abdominal e no escroto, sempre com carácter simétrico. Desde há um ano que a discromia interessa a última falange dos dedos (face dorsal), de forma simétrica.

Nas zonas cutâneas não afectadas, a coloração tem-se acentuado.

Desde pouco depois de iniciar-se a discromia, tem, ao defecar, espermatorreia.

Sente-se mais nervoso e deprimido.

Antecedentes pessoais — Aos 23 anos teve um infiltrado pulmonar, que foi convenientemente tratado. Há 18 meses, pneumonia. Nada a assinalar na infância.

Antecedentes familiares — Pai saudável, mãe falecida de icto cerebral. Uma irmã saudável. Não há outros antecedentes de interesse.

(¹) Comunicação apresentada ao Instituto de Patologia Médica—Madrid, Outubro de 1953.

Estado actual:

Aparelho digestivo — Normal.

Sistema nervoso — Nervosismo acentuado, depressão por crises.

Dorme mal, com insónias desde há dois anos.

Aparelho respiratório — Murmúrio vesicular rude e diminuído, com atritos pleurais finos à altura do VI espaço anterior esquerdo.

Aparelho uro-genital — Normal.

Estado da nutrição — Tem aumentado de peso (87 kgrs., para 1,76 de altura).

Aparelho circulatório — Normal. Tensões 130/75, pulso 78 p. m.

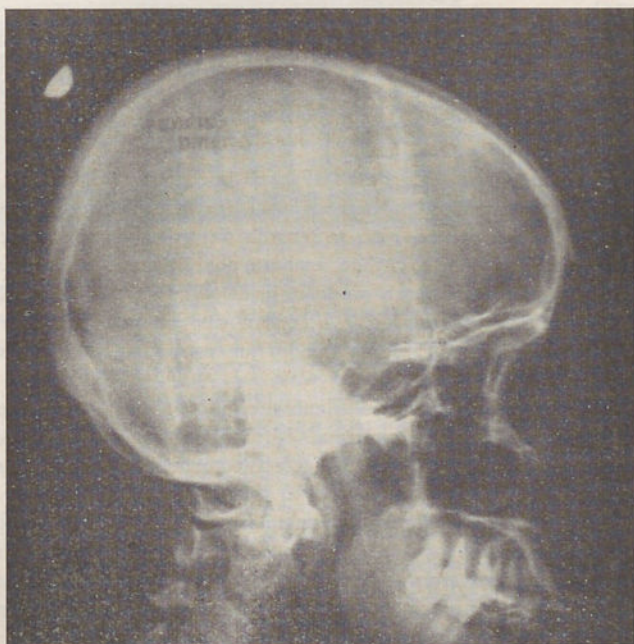


Fig. 1

Constituição tipo II-III, atlético, harmõnicamente desenvolvido e constituído.

Numerosas áreas de vitiligo, acentuadamente simétricas, são visíveis no andar inferior da parede abdominal anterior, desde o umbigo ao escroto, estendendo-se até ao sulco internadegueiro e região sagrada. Os limites destas áreas acrômicas são, nalguns pontos, recortados em carta geográfica, ao passo que noutros, principalmente nas regiões látero-posteriores, se desenhavam em traço contínuo. Num e noutro caso obser-

va-se uma hiperpigmentação da zona cutânea limitrofe com as áreas acrómicas, notando-se, por vezes, uma gradação escalonada, por interposição de uma zona de coloração média, entre a acromia do vitiligo e a hiperpigmentação vizinha.

Exames subsidiários:

Glicemia — 1,026 gr. p. litro. Colesterol — 2,300 gr. p. litro. Hemograma — normal. (Prof. ERNESTO MORAIS e Dr. A. SALVADOR J.^o).

17-cetosteróides — 14 mgrs./24 horas. Gonadotrofinas hipofisárias — 3,7 u.r./24 horas. (Dr. MANUEL PINHEIRO HARGREAVES).

Metabolismo de base — — 15 %. (Dr. IGNÁCIO DE SALCEDO).

Radiografia lateral do crânio (Fig. 1) — Normal. (Dr. CAMPOS COSTA).

Diagnóstico: *Vitiligo hipofisário.*

OBS. II — C. B. P. ♂, 51 anos, solteiro.

Doença actual — Desde os 17 anos que apresenta zonas acrómicas simétricas nos mamilos, na base ungueal das duas mãos, no escroto e na face anterior das pernas. Não se recorda da ordem do seu aparecimento, nem se preocupa com o vitiligo, embora nos últimos 5 ou 6 anos, tenha notado uma tendência para alastrar, principalmente nas zonas descobertas. Consulta porque desde há 4 anos a sua potência sexual tem diminuído progressivamente, de tal modo que na actualidade não consegue realizar a erecção.

Antecedentes pessoais — Meningite aos 7 anos; duas pneumonias aos 12 anos. Disenteria amibiana. Vive em África (Angola) desde os 22 anos. Apendicectomia aos 32, colecistectomia há 3 anos. Nunca teve sezonismo.

Antecedentes familiares — Sem interesse.

Estado actual:

Aparelho digestivo — Bom apetite. Bebe pequena quantidade de líquidos. Ligeiro afrontamento pós-prandial. Por vezes tem dores difusas abdominais, sem horário; trânsito normal, com fezes pastosas e coradas.

Sistema nervoso — Nervosismo e irritabilidade fácil; raras cefaleias de localização apical. Crises de tonturas, mais frequentes em jejum ou antes das refeições.

Aparelho respiratório — Normal.

Aparelho circulatório — Normal. Tensões—130/80. Pulso 80 p. m. r.

Aparelho uro-genital — Diminuição da erecção, com conservação do libido. Algumas vezes, ejaculação prematura.

Estado de nutrição — Peso estável (79 kgrs.). Altura 1,70.

Constituição tipo II, harmónica. Coloração morena intensa da pele, recordando a melanodermia da doença de ADDISON. Ausência de pigmentação das mucosas.

**TERAPÊUTICA
DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

BRONQUIASMOL

"SCIENTIA"

XAROPE: Nesta forma farmacêutica, a acção excitante simpática da EFEDRINA (Cloridrato) está associada à do BENZOATO de SÓDIO, como expectorante, do CLORIDRATO DE ETILMORFINA como calmante, da PIRAMIDONA, como antipirético suave, e, finalmente, do FENOBARBITAL sódico, como sedativo. Não provoca a acção obstipante e sistente que os xaropes em geral produzem.

INJECTÁVEL: Nesta solução quinoterebentinada, a associação da VITAMINA A em altas doses, como elemento anti-infeccioso geral, a da CANFORA DO JAPÃO, como estimulante cárdio-respiratório e a das ESSÊNCIAS VOLÁTEIS, dá ao "BRONQUIASMOL" um lugar de relêvo no tratamento profiláctico e curativo das afecções agudas e crónicas bronco-pulmonares.

EMBALAGENS: Xarope — Frs. de 190 grs.

Injectável — Caixa de 6 ampolas de 2 c. c.

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "SCIENTIA"

DE

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA. — LISBOA

AV. 5 DE OUTUBRO, 164 - TEL. P. P. C. (2 LINHAS) 7 3057

Dir. Téc. A Queiroz da Fonscca e H. Moreira Bordado (Lic. em Farm.)





**PRODUTO ORIGINAL, NUMA EMULSÃO PASTOSA,
DE GÔSTO AGRADABILÍSSIMO!**

| | | | | |
|------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| COMPOSIÇÃO | CÁLCIO ORGÂNICO | 0,80 gr % | | |
| | | FÓSFORO ORGÂNICO | 0,50 > % | |
| | | | 0,03 > % | |
| | | ARSÊNIO ORGÂNICO | 0,03 > % | |
| | | MANGANEZ ORGÂNICO | 0,03 > % | |
| | | MALTE DE CEVADA GERMINADA | 15,00 > % | |
| | CONCENTRADO VITAMÍNICO DE ÓLEO DE GADUS MORRHUA, L. | Vitamina A — 50.000 U. I. % | Vitamina D — 20.000 U. I. % | |
| | | | | VITAMINAS DO COMPLEXO B: |
| | | | Vitamina PP — 0,025 gr. % | |

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO

RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA



Zonas acrómicas ocupando exactamente os mamilos esquerdo e direito; na raiz das unhas de ambas as mãos, exceptuando o mínimo da mão direita, vêem-se zonas despigmentadas, em meia lua, acompanhando o rebordo proximal da unha. O escroto e a raiz do pênis estão despigmentados, com acromia dos pêlos regionais. Na parte média da face anterior das pernas, observam-se múltiplas manchas acrómicas, algumas confluentes. Seja qual for a localização, os limites do vitíligo recortam-se em carta geográfica, limitados por uma zona cutânea nitidamente hiperpigmentada.

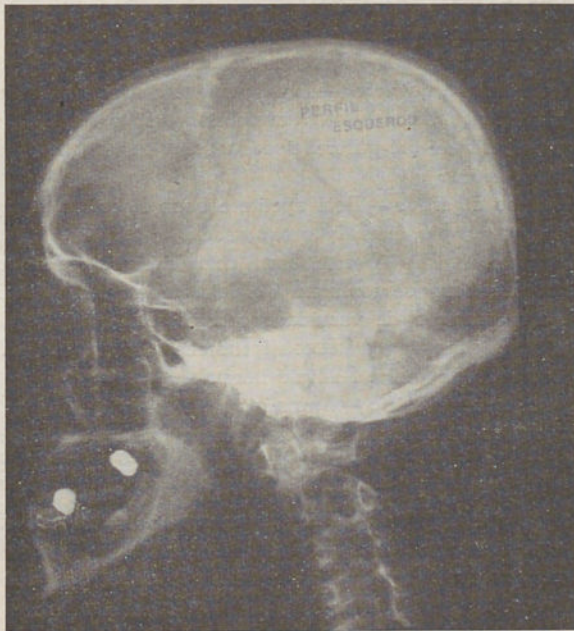


Fig. 2

Exames subsidiários:

Glicemia — 0,972 grs. p. litro. Ureia — 0,600 mgrs. p. litro. (Prof. ERNESTO MORAIS e Dr. A. SALVADOR J.^{or}).

Gonadotrofinas — 1 u.r./24 hrs. Estrogêneos — 158,3 u.r./24 hrs. (Dr. MANUEL PINHEIRO HARGREAVES).

Metabolismo de base — + 5 %. (Dr. IGNÁCIO DE SALCEDO).

Radiografia lateral do crânio — Normal (Fig. 2). (Dr. CAMPOS COSTA).

Diagnóstico — *Vitíligo hipofisário. Impotência.*

OBS. III — M. B. O. ♀, 48 anos, casada.

Doença actual — Há 3 ou 4 anos surgiram-lhe nos ombros umas «manchas» acrómicas que progressiva e simetricamente têm aumentado. Nota que é mais friorenta e menos viva do que dantes, tendo-lhe diminuído a memória e parecendo-lhe que anda como que embriagada. Tem cefaleias frequentes e cai-lhe muito o cabelo.

Nos últimos meses nada lhe apetece fazer, excepto dormir.

Antecedentes pessoais — Bacilose pulmonar esquerda há 23 anos. Peritonite tuberculosa há 18 anos.

Menarca aos 12 anos, tipo 3-4/30, sem dismenorrea. Aos 18 anos esteve amenorreica apenas durante a sua doença abdominal. Menopausa aos 44 anos, sem síndrome. Não teve filhos ou abortos.

Antecedentes familiares — Uma irmã com mixedema tireoideo; um irmão com doença de ADDISON; um sobrinho (filho da irmã mixedematosa), com obesidade pré-púbere, tipo BABINSKY-FRÖHLICH.

Estado actual:

Aparelho digestivo — Bom apetite e boas digestões, excepto alguns afrontamentos pós-prandiais. Não tem sede.

Sistema nervoso — Dorme bem, com hipersónia diurna; algumas lipotímias precedidas de tonturas. Cefaleias fronto-orbitárias muito frequentes, com sensação de vacuidade cefálica. Reflexos ósteo-tendinosos e sensibilidades normais. ROMBERG, ligeiramente oscilante à D.

Diminuição da visão. Audição normal.

Aparelho respiratório — Murmúrio vesicular diminuído e atritos pleurais grossos na base anterior esquerda, a partir do V espaço.

Aparelho circulatório — Palpitações. Algumas extra-sístoles. Tensões 130/70. Pulso 76 p. m.

Estado de nutrição — Tem aumentado de peso (66,100 kgrs.). Altura — 1,50. Hipotermia: T = 35°,7, na axila, às 17,30 hrs.

Aparelho locomotor — Ligeira astenia, dores nos pés e nos gêmeos crurais, se estiver algum tempo de pé.

Constituição tipo I-II, com ligeira obesidade. Aspecto mixedematoso da face. Infiltração de tipo mixedematoso do dorso das mãos e dos punhos, assim como das regiões malares e infra-orbitárias. Idêntica infiltração subcutânea das regiões tibiais. Rarefacção acentuada da cauda das sobrancelhas. Não se palpa a tireoidea.

Zonas simétricas de vitiligo, hipercrômicas na periferia, situadas nas regiões supra-acromiais e supraclaviculares, estendendo-se, posteriormente, até à apófise espinhosa da VI cervical.

Exames subsidiários:

Glicemia — 1,060 gr. p. litro. *Ureia* — 0,420 mgrs. p. litro. *Cloretos* — 5,850 gr. p. litro. *Colesterol* — 1,750 grs. p. litro. *Hemograma* — Série rubra normal. *Neutropenia* de 47 %, com *linfocitose* de 43 %. (Prof. ERNESTO DE MORAIS e Dr. A. SALVADOR J.^{or}).

Gonadotrofinas hipofisárias — 2,7 u.r./24 hrs. (Dr. MANUEL PINHEIRO HARGREAVES).

Metabolismo de base — — 11 %. (Dr. IGNÁCIO DE SALCEDO).

Exame oftalmológico — Normal, sem alterações do fundo de olho ou dos campos visuais. (Dr. JOSÉ MARTINS).

Radiografia do tórax (pulmonar) — Ausência de sinais radiológicos de lesões parenquimatosas em evolução; esclerose hilo-pulmonar; aortite (?).

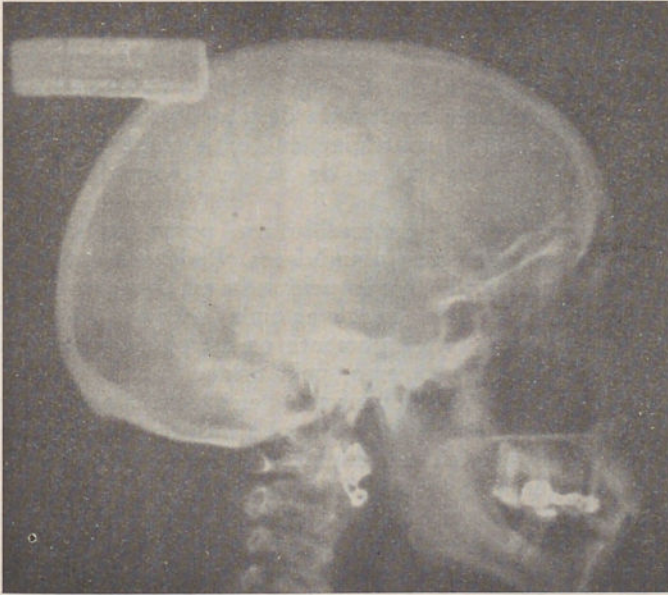


Fig. 3

Radiografia lateral do crânio (Fig. 3) — Sela turca aumentada de volume, com erosão das apófises clinóideas posteriores e apagamento por compressão do seio esfenoidal. A sela turca tem o tamanho aproximado de uma moeda de 50 centavos. (Dr. ANTÔNIO PEIXINHO).

Diagnóstico — *Adenoma cromóforo da hipófise com insuficiência tireoideia secundária. Vitiligo hipofisário.*

*

Como se vê, trata-se de três casos diferentes de vitiligo, residindo essa diferença na associação sindrômica colateral, mas nos

quais é possível encontrar um denominador comum que se reveste, para nós, da maior importância: a hipofunção hipofisária.

Num dos casos (Obs. III), a alteração da hipófise mostra-se com características inconfundíveis e graves, pois o aumento da sela turca e a destruição das apófises clinoideas posteriores atestam a existência de um adenoma em franca evolução. Além da *hipossecreção* gonadotrófica, marca-se com apreciável nitidez clínica e laboratorial a hipofunção tireoidea secundária. O vitiligo, sem dúvida contemporâneo da alteração hipofisária, não tem, neste caso, explicação que melhor lhe caiba.

Noutro caso (Obs. II), ao vitiligo — de aparecimento precoce, em plena fase puberal — alia-se a impotência, com hiperestrogenismo e hipoprolanúria. É uma situação hormonal curiosa: por um lado, a produção hipofisária de gonadotrofinas está quase reduzida a zero e, em contrapartida, os estrogêneos totais na urina estão aumentados quase de 50 %. (Normal entre 60 e 100 u.r./24 horas).

Não parece que este desequilíbrio se possa explicar coerentemente pelas inter-relações glandulares. Pode ser que o fígado deste doente, sem dúvida lesado pela vida em África, numa zona climática péssima, e pela colecistectomia sofrida, não tenha o poder de metabolizar suficientemente os estrogêneos testiculares, eliminando-se estes, em excesso, pela urina.

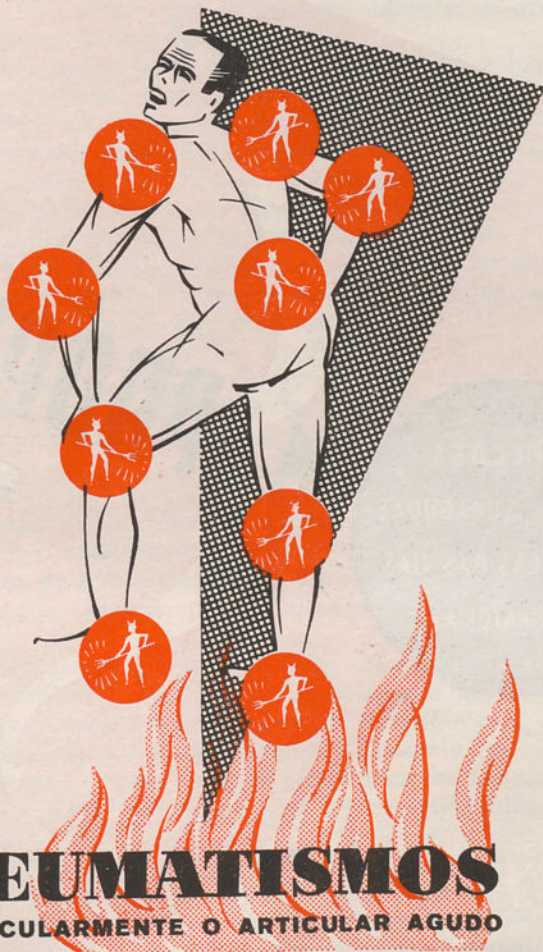
Quanto ao papel desempenhado pelos estrogêneos na patogenia da impotência, é assunto ainda não esclarecido e que pretendemos estudar. É admissível a hipótese de que possa existir entre ambos os factores uma relação de causa e efeito.

Neste caso, como no anterior, a função hipofisária gonadotrófica está reduzida ao mínimo, manifestamente insuficiente.

No caso da Obs. I (o mais simples de todos, visto tratar-se apenas de um vitiligo sem patologia associada), a função gonadotrófica da hipófise encontra-se, do mesmo modo, siderada. É curioso verificar que neste doente existe uma eliminação normal de 17-cetosteróides, podendo admitir-se que a produção hipofisária de corticotrofina (ACTH), se situa dentro dos limites normais.

Abstraindo da patologia que estes doentes apresentam além do vitiligo, e apenas em dois dos casos, vemos que o denominador comum a que acima se fazia referência nos é dado pela produção diminuída de gonadotrofinas hipofisárias.

Não creio que este facto, só por si, baste para autorizar a ideia de que toda a hipófise se encontra hipofuncional. Há sobejos motivos clínicos e laboratoriais para não confundir as funções hipofisárias com a função gonadotrófica.



REUMATISMOS

PARTICULARMENTE O ARTICULAR AGUDO

Sali-lab
DRAGEAS · SUPOSITÓRIOS · INJEÇÕES

UM PRODUTO ORIGINAL DOS LABORATÓRIOS **Sali-Lab**

**AFEÇÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D, 10.000 U. I. QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr. HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D, 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I. VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D, 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.

Parece-nos audaciosa e em franco desacordo com a clínica a conclusão de alguns autores que pretendem submeter o grau de função hipofisária ao índice de prolanúria.

Custa a admitir, numa base teórica, que a fisiopatologia duma glândula pluripotencial, como é a hipófise, possa ser traduzida e avaliada por um único aspecto funcional. A não ser assim, o primeiro doente teria uma cetosteroidúria diminuída. Outrotanto acontece com alguns doentes acromegálicos, em fase activa da doença, os quais, apesar da hiperfunção eosinófila, não têm, ou só muito ligeiramente, aumento dos prolans urinários.

Temos um caso de diabete insípida com prolanúria superior a 100 u.r./24 h., e que, no entanto, representa um típico síndrome hipofuncional da hipófise, ainda que posterior.

Num doente nosso com síndrome de ALBRIGHT, o quadro hormonal vem representado por uma cetosteroidúria normal, com hipercorticoidúria de tipo metabólico e hipoprolanúria, assinalando-se com meridiana clareza a independência das funções tróficas hipofisárias.

Admitindo a validade deste conceito e tendo presente que nos doentes observados existe uma eliminação urinária de gonadotrofinas hipofisárias notavelmente diminuída, poderá parecer aceitável a conclusão de que a patogenia do vitíligo esteja condicionada, entre outros factores, pela hipofunção gonadotrófica hipofisária.

No entanto, recordamos que os trabalhos recentes de HALL e THORN parecem atribuir à ACTH, ou ao complexo hormonal que a contém, a responsabilidade da função melanotrófica no Homem. Assim se explicaria a despigmentação, aparente em certos doentes de ADDISON, consecutiva à terapêutica cortisónica, e a pigmentação exagerada de outros que foram submetidos à acção prolongada da ACTH.

No primeiro caso, a inibição hipofisária provocada pela cortisona, explicaria a diminuição da melanodermia, fenómeno que nos alvares da era cortisónica, e na ignorância do seu uso directo, interpretámos como devida à distensão dos depósitos melânicos dérmicos por edema subclínico. Esta interpretação simplista, de que nos penitenciamos, tem igualmente outro motivo de urgente correcção, fornecido pela simples observação clínica. Num paciente com uma doença de ADDISON indiscutível, a pigmentação das unhas foi-se eliminando de forma progressiva e contínua, sob a influência da terapêutica cortisónica.

Admitindo, com base nos estudos feitos, que a ACTH, e portanto a função nela contida, regule a pigmentogénese e que as gonadotrofinas hipofisárias sejam elaboradas pelo mesmo grupo celular, poderemos pensar que o vitíligo resulte de uma

alteração funcional, pelo menos em alguma das suas formas clínicas, do grupo basófilo hipofisário.

A existência de formas vitiligóides na doença de ADDISON de reconhecida etiologia hipofisária, é mais um argumento a favor desta hipótese.

Trabalho do Serviço de Endocrinologia e do Centro de Estudos de Anatomia Patológica e Patologia Geral do Instituto de Alta Cultura (Faculdade de Medicina do Porto).

BIBLIOGRAFIA

- HALL, T. C., B. H. McCracken, G. W. THORN — Skin pigmentation in relation to adrenal cortical function — *Journ. Clin. Endoc.*, 13 (3): 243, 1953.
- HARGREAVES, M. P. — Semiologia laboratorial hipofisária. Doseamento de gonadotrofinas. Estudo de 83 observações — *Acta Endoc. et Gynaec.*, III (9), 1950.
- SALCEDO, I. DE — Virilismo supra-renal — *Jornal do Médico*, XXI (537), 1953.
- SALCEDO, I. DE — Estudo sobre a insuficiência supra-renal crónica (doença de ADDISON). *Idem*, XXII (569), 1953.
- SALCEDO, I. DE — O tratamento das crises agudas da doença de ADDISON — *Idem*, XV, (378), 1950.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, XVII, N.º 2-3 (Setembro de 1953): *Prolapso pilórico da mucosa gástrica*, por Armando Luzes e Fernando Frazão; *Aortografia experimental por punção cardíaca*, por Ayres de Sousa e Bello de Morais; *Observações de taquicardia auricular periódica associada com perturbações de condução aurículo-ventricular*, por J. Moniz de Bettencourt; *Pneumectomia de urgência*, por Bello de Morais e C. Vidal; *O tratamento das toxicoses pela cocarboxilase*, por N. Cordeiro Ferreira; *Tosse convulsa*, por M. Cordeiro Ferreira; *Paralisia diftérica*, por Diogo Furtado; *Lepra*, por Salazar Leite; *Poliomielite*, por C. Gomes de Oliveira; *Tétano*, por Cristiano Nina; *Salmoneloses* (aspecto clínico, por Cristiano Nina, aspecto

laboratorial, por Mendes Silva), *Anemia e factores nutritivos*, por A. Zink, *Sarcoma gigante da laringe*, por Carlos Larroudé; *Meningo-labirintite de etiologia invulgar*, por J. Campos Henriques; *Quisto gigante do ovário e gravidez*, por Kírio Jones e Pinto da Silva; *Elementos para a história dos serviços clínicos dos Hospitais Civis*, por José Leone.

O TRATAMENTO DAS TOXICOSES PELA COCARBOXILASE. — A cocarboxilase é um enzima de enorme importância em vários processos metabólicos, sobretudo na decomposição do ácido pirúvico, produto intermediário tanto dos glúcidos como dos lipídeos e protídeos. Partindo das investigações de Markees sobre a retenção do ácido pirúvico no coma diabético, seguidas pela observação do seu aumento em outros estados de autointoxicação, tem-se empregado aquele enzima no tratamento de diversos estados patogénicos e entre eles da toxicose infantil.

O A. apresenta 7 casos em que administrou uma dose de 50 miligramas de Beralose, por via endovenosa, dando concomitantemente complexo B por via intramuscular; num 8.º caso, duas injecções do enzima, em dias sucessivos. Verificou que com este procedimento se encurta consideravelmente a duração da doença, para a qual deve no entanto fazer-se, como habitualmente, a terapêutica de hidratação e combate à infecção, pois o enzima tem apenas um papel favorecedor da acção da cura terapêutica, indispensável.

TOSSE CONVULSA. — Revisão de conjunto. Na parte relativa ao tratamento, nota que entrou em nova fase com o emprego do soro hiperimmune e dos antibióticos. O soro tem-se mostrado útil, sobretudo quando dado na fase catarral. Sobre os antibióticos variam as opiniões quanto a preferências, mas não há dúvida que são eficazes, encurtando a duração da doença e tornando-a mais benigna, na maior parte dos casos. O A. emprega geralmente a associação da estreptomina com a sulfadiazina, que lhe tem dado bons resultados, superiores no uso de um só antibiótico, pois em 70 casos apenas em 3 não exerceu acção benéfica.

A associação da estreptomina com a penicilina deu-lhe últimamente bom resultado em 4 casos. Usou a terramicina em 22 casos, com 3 insucessos. Da clomicetina tem impressão menos boa, pois de 9 doentes só em 4 teve resultado satisfatório. As doses dos antibióticos que administra são doses altas, como se tratasse infecção grave.

SALMONELOSES. — As toxi-infecções alimentares são muito frequentes, principalmente no Verão. Devem-se quer à enterotoxina estafilocócica, quer a salmonelas de várias espécies. São veiculadas pelos alimentos, sobretudo pelos preparados com antecedência em relação ao seu consumo, sendo tanto mais provável a acção patogénica quanto maior for o intervalo entre os dois factos.

Os alimentos crus, mal passados ou reaquecidos, provenientes de animais doentes ou com infecção inaparente, dão as formas primárias; os que foram expostos a contaminação ulterior por cães, ratos, baratas, etc., dão as formas secundárias. As formas primárias vêm da carne, do leite e dos ovos; as secundárias de qualquer alimento.

A sintomatologia e a terapêutica são expostas nos seguintes termos:

«—Pode dizer-se, dum modo geral, que períodos de incubação inferiores a 1 hora estão relacionados com tóxicos químicos; de 1 a 4 horas com toxinas, principalmente com a enterotoxina estafilocócica; e superiores a 4 horas com salmonelas. Neste último caso, ainda existe um outro aspecto muito característico: como os sintomas estão relacionados com uma infecção, seguem a lei geral de que a multiplicação de germes no organismo, além de exigir um certo tempo, este é amplamente variável com o diferente grau de resistência individual e daí a grande variação do período de incubação nos vários indivíduos sujeitos ao contágio. O contrário acontece com a ingestão de toxinas já elaboradas, em que o surto epidémico surge dum modo mais explosivo.

Pròpriamente sobre a sintomatologia dispensamo-nos de descrever os quadros típicos e septicémicos, sobejamente conhecidos e onde é possível isolar o agente por hemocultura (5 casos na nossa casuística).

As formas gastroenteríticas iniciam-se quase sempre por cefaleias, intensos arrepios, a que se seguem rapidamente vômitos mais ou menos intensos, diarreia profusa e cólicas abdominais. Em breve todo o quadro clínico é dominado por acentuada desidratação, rápida diminuição da volemia, que predispõe ao colapso vascular, e intensa redução da cloremia que desencadeia fortes câibras musculares. Assim se geram quadros mórbidos alarmantes, que podem conduzir à morte, sobretudo em crianças, velhos e indivíduos de saúde anterior precária, se não intervem rapidamente uma enérgica terapêutica com abundante administração intravenosa e subcutânea de soros salinos, apoiada em potentes analépticos (*sympatol*, por ex.) associados a desoxicorticosterona, de preferência solúvel. Mas na maioria dos casos, mesmo espontaneamente, toda a sintomatologia cede em 1 a 3 dias e o doente entra rapidamente em convalescença.

Nas formas mais severas o esforço do vômito conduz à eliminação de suco gástrico sanguinolento e o mesmo acontece por vezes com o aspecto das fezes. A febre pode atingir graus elevados, mas raras vezes se mantém mais de 2 dias.

Embora não exista nas salmoneloses um quadro gastroenterítico diferenciável do das outras toxinfecções alimentares, dum modo geral pode dizer-se que nelas a componente de enterite é mais pronunciada, ao contrário das formas produzidas por enterotoxina estafilocócica, em que dominam, pelo menos de início, as manifestações de gastrite.

Neste último caso não existe habitualmente febre; e a evolução, embora muito tempestuosa de início, extingue-se em poucas horas.—»

*Os antibióticos do J.L.F.
são rigorosamente doseados
em câmaras assépticas
especiais e submetidos
a constante controle.*



**PROCILINA
PROMICINA**



*...dois antibióticos
de grande eficácia e
reconhecida confiança*

AOS NOSSOS AMIGOS:

A todos os que concorrem para a vida de esta revista, colaboradores, assinantes e anunciantes, a Redacção e Administração do PORTUGAL MÉDICO deseja um novo ano muito feliz.

UM PROGRESSO NA SULFAMIDOTERAPIA

DIMERAZINA

Uma diazina acoplada a uma merazina, tendo poder bacteriostático equivalente à soma do poder bacteriostático de cada uma destas sulfamidas isoladas

ELEVADA POTÊNCIA · VASTO CAMPO DE ACÇÃO · ÓPTIMA TOLERÂNCIA
LARGOS INTERVALOS DE ADMINISTRAÇÃO

XAROPE, solução a 10 %
Não é uma suspensão

COMPRIMIDOS, a 0,50 gr.
Tubos de 20 comprimidos

Associada a outros antibióticos, a
DIMERAZINA reforça a sua acção

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L. DA

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

«— Temos de insurgir-nos desde já contra a prejudicial rotina da prescrição imediata de antibióticos, a que não escapa este grupo de afecções. Está seguramente averiguado, experimental e clinicamente, que ainda não existe na hora actual qualquer antibiótico capaz de actuar eficazmente na maioria das salmoneloses do grupo de que estamos tratando. De facto, o cloranfenicol tem consolidado o brilhantismo dos seus resultados na febre tifóide, mas tem uma acção muito discreta nas paratifóides e é quase desprovido de acção nas restantes salmoneloses. Quanto à acção dos outros antibióticos de largo espectro (aureomicina, terramicina, eritromicina, etc.), ainda é mais insegura.

Além disso, dificilmente se compreenderia, mesmo que tivessem acção específica, que qualquer desses antibióticos pudesse actuar em pleno fastígio dos sintomas gastroenteríticos, dada a segura impossibilidade da sua absorção nessa fase da doença. Representa, por isso, uma falta de técnica, que mais agrava o padecimento dos doentes, a administração nas salmoneloses de qualquer antibiótico.

O problema crucial que urge resolver é, como já dissemos, a correcção das sérias perturbações do equilíbrio hidrossalino, certamente existente. Usámos no nosso Serviço hospitalar a administração imediata em flebólise de 1 a 2 litros duma mistura em partes iguais de soro fisiológico e glucosado isotónico, a que juntamos 10 a 20 mgr. dum preparado solúvel de D.O.C.A. (*Percorten* hidrossúvel, *Cortiron* hidrossolúvel, etc.).

O aquecimento do doente, a administração de analépticos (*sympatol*, *coramina* — 5 cc., etc.) e a dieta absoluta, mesmo de líquidos, completam o tratamento nas primeiras horas.

Extintos os vômitos, poderá iniciar-se uma dieta adstringente com farináceos e caldos de carne com massa fina, a que se junta sal em quantidade suportável pelo paladar do doente.

Se a diarreia persiste abundante prescrevemos 5 a 10 gotas de láudano de Sydenham 2 a 3 vezes por dia tomando a indispensável precaução de não produzir obstipação.

Se a febre persiste no 2.º dia de evolução e a hemocultura foi positiva é a oportunidade de ensaiar, sem demasiada convicção, o cloranfenicol em doses elevadas, 100 a 200 mg. por kg. de peso distribuídas em doses fraccionadas de 4 em 4 horas. Em nossa experiência, mais de 90 % dos casos curam sem qualquer antibiótico e nos restantes os resultados não convencem, quando se comparam com a evolução espontânea —».

ACÇÃO MÉDICA, XVII. N.º 68 (Abril-Junho de 1953): *História da deontologia médica*, por Luís de Pina; *Dicotomia*, por Alvaro de Mendonça e Moura; *O cinema e a saúde da juventude*, por J. Cruz Neves; *O cinema no psiquismo e moralidade infantil*, por Alice de Melo Tavares; *O cinema e o equilíbrio psíquico infantil*, por M.^a Irene Leite da Costa.

HISTÓRIA DA DEONTOLOGIA MÉDICA. — Referem-se os dados mais notáveis, de entre os quais os preceitos contidos nas obras de Hipócrates, de Zacuto Lusitano, de Henrique Jorge Henriques, de Rodrigo de Castro, dos quais derivaram os modernos textos de ética profissional. A este respeito, fala-nos do Código Deontológico da antiga Associação Médica Lusitana, devido a Cândido da Cruz, e do compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos, que lhe sucedeu.

Analisa as variadas circunstâncias em que a deontologia médica é ofendida, e alvitra que muitos pontos, imprecisamente expostos, precisam de definição clara, para reforma ética e social da medicina portuguesa.

DICOTOMIA. — Escalpelizando a divisão de honorários, mostra que ela, dando oportunidade para transgredir as leis morais, é sempre moralmente ilícita e sempre lesiva da dignidade profissional.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVI, 1953. — N.º 5 (Junho-Julho). *Professor Luigi Spolverini*, por C. Salazar de Sousa; *Estudos sobre as causas da hemólise na icterícia fisiológica do recém-nascido*, por C. Salazar de Sousa, Júlia Crespo Ferreira, A. Ferreira Gomes e A. Estrela; *Métodos de exame e diagnóstico urológico em pediatria*, por A. Carneiro de Moura; *Artrite reumatóide e cortisona*, por N. Cordeiro Ferreira. N.º 6 (Agosto): *A hidrazida do ácido isonicotínico no tratamento da meningite tuberculosa*, por Castro Freire, C. Salazar de Sousa e Jácome Delfim; *A convertinemia nos recém-nascidos*, por Salazar de Sousa, J. Crespo Ferreira, A. Ferreira Gomes e A. Estrela; *Considerações sobre um caso de icterícia hemolítica constitucional*, por Fernando Sabido e Herculano Coutinho; *A associação penicilina-soro anti-escarlatinoso no tratamento da escarlatina*, por N. Cordeiro Ferreira.

MÉTODOS DE EXAME E DIAGNÓSTICO UROLÓGICO EM PEDIATRIA. — Até aos 2 anos de idade os sinais subjectivos são ainda raros. Umaz vezes é o facto de os pais constatarem na criança um aumento exagerado do ventre ou uma tumefacção lombar ou lombo-abdominal, que os leva a procurar o clínico; este bem informado do valor semiológico do grande tumor abdominal na criança, faz os exames necessários. Outras vezes, sinais discretos de infecção urinária, ligados a um estado febril e anoréxico incaracterístico, a par de anomalias de micção, serão a causa da consulta.

É conhecido que a *febre* é um sinal de doença do aparelho urinário infantil, mesmo não existindo infecção muito grave. Na criança é frequente que a febre se acompanhe de arrepios e até de convulsões.

A *hematúria* não é frequente, mesmo até nos tumores do rim. É evidente que apesar da sua relativa rareza, uma vez constatada a

hematúria, e não podendo ela ser atribuída a nefrite ou a diatese hemorrágica e depois de se precisar e pontualizar os seus caracteres, como sejam o facto de ser *terminal* que deve levar a pensar na cistite (litiásica ou não), o facto de ser *total*, que leva a pensar estar o rim em causa, trata-se de um sintoma que, isolado ou associado a outras perturbações, exige como regra um exame urológico esclarecedor (cistoscopia e urografia). Mas duma maneira geral a hematúria total nas crianças, significa nefrite, infecção urinária aguda ou tumor, e por esta ordem de frequência. A estenose congénita uretral com ulceração, é a mais frequente causa nos rapazes, de *hematúria inicial*.

Quanto às *perturbações da micção*, elas podem passar despercebidas até aos 6 meses a um ano de idade, em que a micção é reflexa. Mas passado este prazo, uma polaquiúria suficientemente averiguada, é um sinal que exige um esclarecimento, muito especial se se constata que a criança sofre ou tem dificuldade em urinar (disúria). Estas perturbações da micção (polaquiúria, disúria) aparecem em metade das doenças urinárias. A frequência exagerada da micção, (polaquiúria), encontra-se presente em 2/3 das infecções urinárias. Na primeira infância, a disúria traduz-se por gritos e por lamentos, na segunda infância, o esforço que a micção exige à criança torna-se com facilidade depressa demasiado evidente para os que a rodeiam. Disúria grave, que atinja por vezes o tenesmo e a estrangúria, não se observa praticamente, assim como retenção vesical completa nas crianças. Não quer isto dizer que este sinal não possa uma vez ou outra ser encontrado nas primeiras horas de vida; trata-se então com toda a certeza de uma válvula da uretra posterior ou de disectasia grave do colo vesical.

Com respeito à incontinência, tantas vezes confundida com a «enuresis» — a enurese, é a micção involuntária repetida, e por isso se afasta da incontinência que é uma verdadeira perda de urina constante sem micção — : se ela não traduz uma lesão medular, deve-se sempre pensar numa situação urológica infantil das mais interessantes, que é a implantação ectópica de um dos ureteres. Esta malformação relativamente frequente tem uma sintomatologia clínica que nas crianças de sexo feminino é muito típica: micções absolutamente normais, com um horário normal, mas apesar disso incontinência, porque se um dos ureteres está enchendo normalmente a bexiga, o outro, o uretero ectópico, goteja constantemente a sua urina por um orifício extra-vesical, regra geral situado na vulva. Nas crianças do sexo masculino esta implantação anómala, dando-se em regra na uretra posterior, não dá incontinência como sinal clínico.

No que diz respeito aos *sintomas dolorosos*, exceptuando as dores à micção, nada mais nos resta considerar que as crises de verdadeira *cólica renal*, que na criança não é muito frequente, na sua forma típica. O rim distendido bruscamente dá na criança antes uma sintomatologia dolorosa de tipo abdominal, sendo frequentemente acompanhado de

vômitos e diarreia, podendo por isso ser facilmente confundido com um transtorno gastro-intestinal.

A *piúria* é dos sinais mais importantes; muitas vezes ela é latente e exige uma investigação sistemática, que, de resto, todo o pediatra consciencioso está habituado a fazer. As urinas purulentas são geralmente turvas, mas nem toda a urina turva é devida a pus (uratos, fosfatos) e nem toda a piúria obriga à existência de urina turva. Nos lactantes femininos, a sondagem impõe-se. No sexo masculino o processo do tubo de ensaio e do adesivo, que o fixa ao pénis, é talvez o melhor para colher urina. Nesta urina assim recolhida, com certos cuidados de asepsia, devem-se fazer as investigações citobacteriológicas julgadas necessárias, (exame directo, culturas, inoculação) e que são hoje clássicas. A ausência de flora microbiana sugere a tuberculose.

As *grandes tumefacções lombo-abdominais* encontram-se de preferência na primeira infância. Elas são muito mais abdominais do que lombares, de tal maneira que o tumor renal que assim se apresenta em clínica, e que pode dizer-se nunca dá hematúria, tem sido algumas vezes inicialmente confundido com um grande baço. Não deve esquecer-se que ao lado dos sarcomas do rim, tão frequentes nas crianças, há que contar com as neoplasias da glândula supra-renal (neuroblastoma), tumores estes que, se em rigor deviam ocupar um lugar à parte nos tumores pararenais, a verdade é que clinicamente se confundem com os do rim, sendo até difícil por vezes na própria intervenção distinguir a sua verdadeira origem. Certos casos apresentam-se mais simplificados, pois um desenvolvimento sexual precoce, um virilismo, uma hipertensão isolada ou associada a outros sinais endócrinos, leva mais frequentemente a pensar na glândula suprarenal, do que no rim. Se se trata duma tumefacção bilateral, o diagnóstico de tumor deve ceder o lugar ao de rim poliquístico ou ao de hidronefrose bilateral. Em ambas estas situações, são de rigor os sinais de nefrite crónica bilateral, mas toda a criança com um tumor renal bilateral, mesmo que este seja duro e pareça sólido à palpação, se concomitantemente apresenta qualquer outra anomalia (lábio leporino, hidrocefalia, polidactilia, espinabi-fida, etc.) tem com certeza a doença poliquística renal.

Na segunda infância são mais frequentes as tumefacções lombares e regra geral trata-se então duma volumosa hidronefrose congénita. Se a criança se apresenta portadora duma tumefacção mediana, deve-se pensar numa bexiga em retenção, ou num divertículo gigante, situação esta última de certa raridade.

A possibilidade de factores hereditários e a influência da constituição devem ser averiguados, pois em certas ocasiões dão decisivos elementos, por exemplo nas situações de raquitismo renal e na doença poliquística.

As *provas funcionais* em urologia estão hoje muito simplificadas com o emprego sistemático da urografia de eliminação, que as domina



ADYSMENE

- ACTUA COM RAPIDEZ E SEGURANÇA CONTRA AS DORES NATURAIS, ENXAQUECAS, ESTADOS ESPÁSTICOS, EXCITABILIDADE, ABATIMENTO, PALPITAÇÕES, ETC.

Tomado profilàcticamente

o **ADYSMENE** evita a dismenorrea



CILAG S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA - S. A. R. L.



REGISTO DE LIVROS NOVOS

ADOLPHE BERNARD — **Les syndromes viscéro-digestifs et leurs traitements.** 1 vol. de 518 págs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 3.400 fr.).

O autor, professor na Faculdade de Medicina de Lille, quis nesta obra estudar as reacções despertadas pelos fenómenos da digestão nos diversos departamentos orgânicos (pulmões, coração e vasos, rins, órgãos genitais, glândulas endócrinas, sistema nervoso e articulações) e, por outro lado, as repercussões que sobre o aparelho digestivo e glândulas anexas exercem as afecções de esses departamentos. Reuniu assim noções espalhadas por vários capítulos da patologia. Abundante bibliografia.

R. DE VERNEJOL & R. DEVIN — **Les rétrécissements post-opératoires des voies biliaires.** 1 vol. de 98 págs., com 44 figs., (Masson, Edit., Paris, 1953 — 885 fr.).

Prefacia, com encómio, esta monografia, o célebre professor de cirurgia, Dogliotti. Nela se estudam sucessivamente: a etiologia, a anatomia patológica, a sintomatologia e o tratamento. Nesta última parte, o mais extensa, descrevem-se os métodos de reconstituição da via biliar principal, de derivação bilio-digestiva, das fistulo-anastomoses, da reconstituição das vias biliares extra-hepáticas com auxílio de enxertos; com as suas indicações.

GERMAIN BLECHMANN — **Les feuillets du pédiatre.** 1 vol. de 388 págs., com 17 figs. e 1 mapa (G. Doin, Edit., Paris, 1953 — 1.950 fr.).

Sétima edição de uma obra que granjeou a aceitação do público médico por nela encontrar a descrição dos casos clínicos, simples ou complexos, tal como se encontram na prática, com variados ambientes familiares, com os quais tem de se contar para resolver problemas de diagnóstico e de assistência terapêutica. Esta edição é considerada pelo autor como edição definitiva.

MARION B. SULZBERGER & JACK WOLF — **Dermatology: Essentials of Diagnosis and treatment.** 1 vol. encad. de 592 págs. com 65 figs. (The Year Book

Publishers, Chicago, 1952 — 10 dólares).

Os três primeiros capítulos foram destinados a noções gerais sob a diagnose e o tratamento; neles se expõe tudo o que é aplicável ao estudo de qualquer dermatose e ao emprego das medicações tópicas, químicas e físicas. Depois, vem os capítulos sobre cada tipo de afecção, com os pormenores necessários para o seu reconhecimento clínico e a respectiva terapêutica. Por fim, trata da sífilis, nas suas várias manifestações cutâneas.

Livro muito bem apresentado, sem pretensão de tratado completo, satisfaz plenamente o fim de dar conhecimentos indispensáveis a todo o médico de clínica geral.

S. CHALMERS PARRY — **Polyglot Medical Questionnaire.** — 1 vol. de 62 págs., encad. (H. K. Lewis, Edit., Londres, 1953 — 12 1/2 chelins).

Trata-se de um método mediante o qual um médico pode obter de um doente as informações que desejar, sem conhecer a língua que este fala. Para tal o livro traz uma grande série de perguntas, em doze línguas (inglês, alemão, dinamarquês, holandês, norueguês, sueco, francês, espanhol, italiano, português, russo e polaco). Estas perguntas estão formuladas de tal forma que o doente apenas tem de responder: sim ou não. Por fim, traz um vocabulário de termos de uso corrente, pelo qual o médico pode facilmente indicar ao doente o que deve fazer para se tratar. Não é preciso encarecer a utilidade de este livrinho, para quem se encontre na referida situação.

LÉON VANNIER — **La typologie et ses applications thérapeutiques: Première partie — généralités et constitutions.** 1 vol. de 176 págs., com 46 figs. G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 950 fr.).

O autor define «constituição» como aquilo que é imutável durante toda a vida do indivíduo, reservando o termo «temperamento» para o que é variável com influências exteriores, dentro de limites próprios a cada um. Neste volume trata da classificação das constituições, com base química.

todas, e a criança não faz excepção a esta regra. No entanto devem praticar-se no sangue os doseamentos clássicos (ureia) e realizar-se ou a prova da fenol-sulfona-ftaleína ou a do carmim de indigo.

Na criança a ureia sanguínea tem valores um pouco diferentes do adulto: no recém-nascido 0,15-0,20 por litro de soro, 0,20-0,25 no lactante e 0,25-0,40 na 2.^a infância. Além disso o organismo da criança recupera o equilíbrio nitrogenado no sangue com muito maior facilidade e rapidez que o adulto, e portanto é raro encontrar altas cifras de retenção nitrogenada. A prova da fenol-sulfona para ser considerada satisfatória exige a eliminação de 60 % a 70 % na hora e pratica-se como nos adultos, e o carmim de indigo deve fazer-se para maior rigor e como prova de função renal em separado em cromocistoscopia.

Notados quaisquer dos referidos sinais é de boa conduta fazer um *exame tanto quanto possível completo*. Aconselha o A. para isso uma linha de conduta bem definida, pois só através dela se pode determinar com precisão a doença urinária que o pequenino doente sofre. De início, após o interrogatório muito cuidado das mães ou dos familiares do doente, deve fazer-se um exame físico completo, insistindo este particularmente como não podia deixar de ser sobre o aparelho génito-urinário.

O exame local pela palpação do abdómen é muito importante tendo-se em conta a possibilidade de distensões vesicais e massas salientes nas regiões renais, — tumores ou hidronefroses. A palpação renal nas crianças é fácil por falta de grande desenvolvimento muscular, mas o rim é mais volumoso em relação ao organismo que no adulto, sendo sempre palpável um órgão normal.

O exame físico das urinas deve ser sempre completado com o exame químico e cito-bacteriológico.

O exame dos genitais externos, pode logo descobrir algumas anomalias da uretra e da bexiga; a palpação do escróto e da região inguinal deve fazer-se sempre na pesquisa de criptorquídia e das lesões do testículo e epidimo e dos acidentes do cordão. No caso de incontinência o exame dos genitais externos serve de pesquisa do orifício ectópico no vestíbulo vaginal.

O exame pelo toque rectal, permite identificar os abscessos e o sarcoma da próstata e por vezes sentir um cálculo vesical.

A presença de sangue ou de pus são de maior importância, assim como a identificação dos germens pelo exame directo e por cultura (exame cito-bacteriológico nas urinas recolhidas assépticamente).

Seguidamente deve-se recorrer às provas funcionais, depois aos exames radiográficos (urografia de eliminação, uretro-cistografia), para finalmente se passar às explorações instrumentais (cistoscopia, pielografia ascendente), do foro do especialista.

Com excepção de certos tumores malignos epiteliais (uretra, pénis, próstata) as crianças estão sujeitas às mesmas doenças que os adultos.

No entanto na idade infantil a patologia urinária é sem dúvida alguma dominada pela *malformação congénita*. São duma evidência extrema as malformações de extrofia vesical, hipospadias, epispadias, etc.; menos as que atingem o sistema excretor, como seja o bacinete e os cálices, (hidronefroses, calciectasias, uni ou bilaterais), ou os ureteres (anómalos, duplos, bifidos, atônicos ou acalásicos) ou a bexiga, (divertículos, barras e a doença do colo vesical, à qual se podem englobar pela sua sintomatologia de disúria as válvulas da uretra posterior, osquistos e os apertos). Um lugar à parte deve reservar-se à implantação ectópica do uretero, que cria uma situação clínica bem definida e para a qual há uma terapêutica das mais brilhantes, a heminefrectomia. Quanto às malformações do rim propriamente dito são mais raras, mas aqui nesta glândula há lugar para uma patologia muito especial: o sarcoma do rim, que é o tumor maligno mais frequente nas crianças, embora numa ou noutra estatística o tumor maligno da órbita possa aparecer em primeiro lugar.

As *obstruções das vias urinárias inferiores* são da maior importância, mas a sua frequência felizmente não é exagerada. Elas podem ser devidas não só a lesões de evidência manifesta (prepúcio atrésico, estenose do meato-uretral, mas a apertos congénitos da uretra, formações valvulares da uretra posterior ou disectasia do colo vesical esta última geralmente de origem neurológica). As malformações em que se falou arrastam consigo duas grandes situações urológicas: inicialmente a estase, seguida a breve trecho da infecção. Nas malformações do aparelho urinário superior estes dois factores, estase e infecção, traduzem-se em clínica, além da febre e da piúria por dores e tumefacção palpável.

No aparelho urinário inferior a febre é menos frequente, a piúria existe na mesma, devendo-se contar que a sintomatologia se enriqueça com as perturbações da micção. Em todas as malformações, quer elas sejam do aparelho urinário inferior ou superior, deve-se contar com as perturbações de funcionamento renal.

A forma ecláptica da urémia é por assim dizer privativa da idade infantil e encontrando-se com maior frequência na glomerulonefrite aguda difusa. A urémia verdadeira, em especial a sua forma crónica, pode apresentar-se no decorrer de qualquer nefropatia crónica que dê lugar a uma insuficiência renal progressiva. Ela pode aparecer portanto nos tumores, malformações, hidronefrose, doença poliquística, etc. Todo o clínico consciencioso, considera que uma piúria que na criança resista a uma terapêutica bem conduzida, ou que recidivou, é uma *piúria sintoma*, e não uma piúria doença, sendo portanto absolutamente necessário que o exame urológico precise com exactidão a causa orgânica que a produziu, distinguindo os dois grandes grupos de piúria: *piúria com estase e piúria sem estase*. Esta pode ser dada por hidronefrose, malformação, retenção vesical, etc.

Na criança abaixo dos 5 anos, a *tuberculose renal cirúrgica* é mais rara que a tuberculose miliar, enquanto que na criança acima dos 5 anos e no adolescente é o contrário. A tuberculose renal na sua forma úlcero-caseosa considera-se rara nas crianças, mas sempre mais grave que no adulto. Este facto ao A. não parece completamente verdadeiro. É evidente que a tuberculose renal na sua forma cirúrgica, não enche os serviços de cirurgia infantil, mas existe com uma frequência muito maior do que à primeira vista poderia parecer. E quanto à sua maior gravidade do que no adulto, apontada por vários autores, tem precisamente uma opinião contrária, pois os seus melhores casos de estreptomycinoterapia referem-se precisamente a casos de tuberculose renal infantil.

Sobre os *tumores do rim*, embora se possa encontrar na criança um tumor maligno do mesmo tipo que os do adulto, a verdade é que a forma característica da infância é o tumor embrionário, a que habitualmente chamamos tumor de Wilms. 75 % destes tumores aparecem nos primeiros cinco anos de vida, (dos 2 aos 4) e pelo menos 60 % antes dos 3 anos. Clínicamente apresentam-se numa maneira muito típica, pois se no adulto o sintoma inicial em 60 a 80 % dos casos é a hematuria, a que se segue a dor e depois o tumor, esta tríada sintomática apresenta-se precisamente invertida na criança. O tumor é o sinal inicial. A rareza da hematuria explica-se pelo facto de o tumor se estender para a periferia, estrangulando o rim e não comunicando senão muito raramente com as vias excretoras.

A *calculose* é rara no nosso país. Sendo a litíase infantil apontada justamente como uma litíase de carência, tem dela grande prática os clínicos dos países em que os regimes dietéticos são muito pobres ou monótonos, como sejam a Índia, China, Mesopotamia, Egipto, Europa Central e Turquia. Na actualidade, a litíase renal é mais frequente que a vesical, mas esta não é excepcional. A ureteral é rara, devido ao facto do uretero da criança ser muito longo e flexuoso e dilatável, permitindo facilmente a expulsão dos cálculos. As condições etiológicas da litíase são as mesmas que as do adulto; todavia existe um factor etiológico específico da infância que é o *infarto úrico do rim*, tão frequente no recém-nascido e que nem sempre se dissolve espontaneamente. A cólica renal típica é rara na criança, as dores provocadas pelo cálculo são mais abdominais e imprecisas, chegando por vezes a apresentar quadros pseudo-apendiculares. A rareza da litíase bilateral não existe como o afirmam certos autores.

Cita ainda os *traumatismos*; podem dar lugar a contusões do rim, e uma percentagem de 9 % das rupturas do rim são em crianças.

Da gonorreia das crianças ou sobre a «enuresis» não se ocupou, porque a primeira das lesões perdeu a sua gravidade com os nossos actuais recursos terapêuticos e quanto ao problema da enurese foi já objecto de outra lição, cujo relato foi aqui exarado (*Portugal Médico*, 1952, N.º 4, páginas 203 e 204).

ARTRITE REUMATÓIDE E CORTISONA. — Observação de um caso em crianças de 5 anos, com deformação de várias articulações e evidentes lesões avançadas, à radiografia; tinha já dois anos de evolução. O esquema de tratamento adoptado foi: 1.º período de ataque, 24 dias com doses diárias de 75 e 50 miligramas; 2.º período de consolidação, com doses de 50 miligr. em cada um de dois dias, separados por intervalos de 2 a 6 dias; 3.º período complementar de 50 miligr. em cada um de dois dias, e intervalos de mais tempo, até quinze dias, isto durante seis meses. A dose total administrada foi de 3 gramas. Observou-se regressão das lesões articulares e peri-articulares, com 95 por cento de melhora da capacidade funcional; resultados estes que se mantém há 8 meses. Não se observaram os efeitos secundários da cortisona.

A HIDRAZIDA DO ÁCIDO ISONICOTÍNICO NA MENINGITE TUBERCULOSA. — Depois de um inventário da literatura sobre o assunto, pela seguinte maneira os AA. expõe a sua experiência pessoal.

«— A partir de Junho de 1952 tivemos ensejo de empregar a hidrazida do ácido isonicotínico nos nossos doentes de meningite tuberculosa. Porém o receio de ensaiar um medicamento novo no tratamento duma doença de tamanha gravidade e acerca da qual já havia ideias assentes, motivou como é natural certa prudência no manejo da droga, assim como certa hesitação no esquema de tratamento a seguir.

É sobre os primeiros 37 casos que fizeram Hidrazida, que baseamos a nossa análise crítica, tendo em vista comparar os resultados obtidos com este novo medicamento com aqueles que registamos com a terapêutica até então seguida (Estreptomicina, Pamisal e Liquemina).

Dividimos em 3 grupos os 26 doentes sobreviventes que foram tratados com H. A. I.

1.º — Doentes que já estavam fazendo o tratamento clássico e nos quais começamos em certa altura a administrar também H. A. I., em doses de 10 mgr./kg./24 h., em todos eles numa fase já tardia.

2.º — Doentes que fizeram o tratamento clássico, mais H. A. I. precocemente.

3.º — Doentes que fizeram H. A. I. «per os», em doses de 40 mgr./kgr./24 h., sem estreptomicina ou só com estreptomicina intramuscular.

1.º grupo — 5 casos sobreviventes. Média do tempo que as análises do líquor levaram a normalizar: 7,7 meses.

2.º grupo — 16 casos sobreviventes. Média do tempo que as análises do líquor levaram a normalizar: 4 meses.

3.º grupo — 5 casos sobreviventes. Média do tempo que as análises do líquor levaram a normalizar: 1,9 meses.

Com o anterior tratamento clássico, a média fora 11,5 meses.

Dos 37 casos tratados com H. A. I. sobreviveram 26 e faleceram 11 o que representa uma taxa de mortalidade de 29 %, valor notavelmente inferior ao obtido com o tratamento clássico (entre 53 e 60 %).

Albuminas, Gorduras e Hidratos de Carbono para uma refeição completa



120 grs. de peixe
200 grs. de batatas

Caldo de carne
clarificado

Pão torrado



40 grs. de salada
100 grs. de vitela cozida
200 grs. de arroz



150 grs. de pudim



são digeridos por
1 gr. do activo

Combizym

dentro de
uma hora

Frasco com 30 drageus

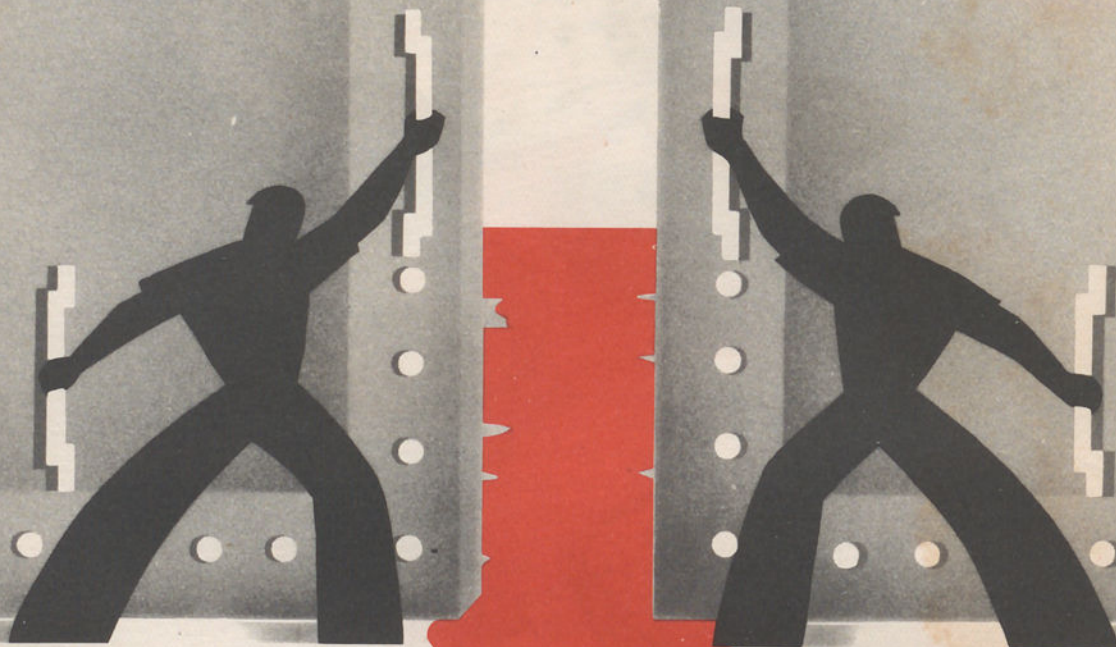
LUITPOLD-WERK MUNIQUE

Bibliografia e embalagens para ensaio clínico no

Representante em Portugal: AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA

*Preparado multivalente
de enzimas digestivos*

CLAUDEN



*estanca a fonte
da hemorragia*

EMBALAGENS:

Caixas com 1 e 3 tubos de pó (local)

Tubos com 25 compr. a 0,25 (oral)

Caixas com 1 e 5 amp. de 5 e 10 c.c. (parenteral)

LUITPOLD-WERK MUNIQUE
Bibliografia e embalagens para ensaio clínico no

Representante em Portugal:

AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA

Apesar da enorme redução da mortalidade global que a análise desta pequena série de casos vem demonstrar, para as crianças até aos 2 anos de idade, a percentagem de mortalidade é sensivelmente igual ou só ligeiramente inferior à que obtinhamos com o tratamento clássico.

Foram tratadas pelo esquema clássico mais H. A. I. 14 crianças com idade até 2 anos, das quais só 4 sobrevivem, o que equivale a 71,5 % de mortalidade. Com mais de 2 anos de idade fizeram o mesmo esquema de tratamento 23 crianças, das quais só faleceu uma, o que representa 4,4 % de mortalidade. Não podemos pois, infelizmente, confirmar a opinião de Choremis, que viu a mortalidade baixar sensivelmente mesmo em crianças abaixo de 2 anos.

Dos 5 doentes que tratamos sem injeções intra-raquídeas de estreptomina e que curaram todos, só um não atingiu ainda os 3 anos. Não pudemos pois apresentar dados que nos indiquem a vantagem da supressão da estreptomina intra-raquídea, mas sabido que, em grande parte, o mau prognóstico nesta idade depende da facilidade com que se estabelece um estado hidrocefálico, é de admitir que a acção irritante da estreptomina sobre as meninges possa contribuir para o seu aparecimento. É portanto uma experiência a tentar, a abolição total de injeções intra-raquídeas nestes doentes.

Do exame do protocolo dos 11 falecidos, tratados desde o início com H. A. I., devemos fazer salientar o seguinte:

1.º — 5 crianças têm menos de 1 ano de idade; 2 têm 1 ano, 3 mais de 1 ano e menos de 2 e só 1 tem 3 anos. Portanto das 11 crianças, 10 tinham idade inferior a 2 anos.

2.º — Das 11 crianças, 9 faleceram no espaço de 2 semanas ou menos, 1 resistiu 30 dias (começou o tratamento tendo albuminorraquia de 13 gr. e não fez tratamento intra-raquídeo) e outra 45 dias (fez doses altas de H. A. I., 60 mgr. por kg.).

Da análise de todos os casos tratados só com H. A. I. (que são em número muito pequeno ainda para se tirarem conclusões definitivas) juntamente com os que fizeram H. A. I. associada ao tratamento clássico, podemos concluir que, além das vantagens da grande zona manejável e excelente tolerância para a Hidrazida da parte dos doentes, o seu emprego nos permitiu reduzir consideravelmente o uso da estreptomina. Não menos importante é que tenham desaparecido por completo as situações antes tão frequentes e desagradáveis de bloqueios e septações, o que decerto é em grande parte devido à redução das doses de estreptomina intra-raquídea, que pudemos fazer desde o uso da H. A. I. Com o novo medicamento obtivemos uma considerável redução, não só da taxa de mortalidade mas também do tempo necessário para obter a cura, o qual sendo em geral muito inferior a 4 meses torna improvável o aparecimento de resistência ao medicamento.

A H. A. I. deve pois ser considerada o medicamento de eleição no tratamento da meningite tuberculosa.

Fica-nos por agora a dúvida se devemos desde já abandonar por princípio o emprego da estreptomycina intra-raquídea ou se, principalmente nos casos que se apresentem graves no início do tratamento, devemos continuar a empregá-la embora em doses muito mais pequenas, associada à H. A. I. —»

IMPRESA MÉDICA, XVII, 1953 — N.º 8 (Agosto): *O juramento da Faculdade de Medicina de Jerusalém*, por J. O. Leibowitz; *Disposições legais que regulam a perícia médica nos Tribunais da Infância*, por Luís Guerreiro; *A análise estatística aplicada ao estudo de alguns problemas do prognóstico da meningite tuberculosa*, por C. Salazar de Sousa; *Da deontologia e do seu ensino*, por M. da Silva Leal. N.º 9 (Set.): *As proteínas na alimentação da criança*, por F. Escardó; *Notas sobre substâncias não-alcoólicas de origem vegetal, estimulantes, tónicas e sedativas, usadas em países tropicais*, por Aldo Castellani; *Os médicos judeus na Alemanha*, por J. Pines; *As clínicas de diabetes e o racionamento alimentar na Inglaterra*, por Munhoz Braga; *Portugal na história da medicina social (continuação)*, por F. da Silva Correia; *Introdução à antropologia médica*, por L. Granjel.

PROGNÓSTICO DA MENINGITE TUBERCULOSA. — Empregando método estatístico na avaliação dos resultados verificados nos tratamentos feitos em 1950, 51 e 52, concluiu que a doença é curável, com terapêutica bem conduzida, em cerca de metade dos casos. O tratamento muito precoce influi muito na probabilidade da cura. A coexistência de granúlia agrava francamente o prognóstico. A mortalidade tardia foi rara; é mais alta no primeiro mês, diminuindo em seguida, para ser insignificante passado o primeiro semestre de tratamento. As sequelas são pouco frequentes e por vezes causadas pelos tratamentos tardios; sequentes geralmente a síndromes hipertensivos, podem evitar-se impedindo as septações por boa técnica terapêutica. As associações à estreptomycina de PAS, sulfonas e sulfosemicarbazonas diminuem os perigos de resistência à estreptomycina e encurtam a duração do tratamento. O uso de medicamentos destinados a evitar a formação de exsudatos organizados (heparina, cortisona, hialuronidase) pode ser útil mas a apreciação do seu papel é difícil por intervirem outros factores. A hidrazida do ácido isonicotínico constitui um avanço notável; administrada em pequena dose (10 a 20 mgr. por dia) parcialmente por via intra-raquidiana, associada à estreptomycina, permitiu reduzir muito o número de punções lombares e encurtar o tempo necessário para a obtenção da cura; com altas doses (30 a 50 mgr. por dia) consentiu a suspensão da introdução intra-raquidiana da estreptomycina, e permite continuar só com a via intra-muscular, e mesmo limitar a terapêutica apenas com hidrazida; com ela baixou muito a duração do tratamento e as sequelas tornaram-se muitíssimo raras. Apesar de todas estas vantagens, a mortalidade nas

crianças com menos de dois anos de idade continua a ser tão alta como antes do advento da estreptomocina.

CLÍNICAS DE DIABETES E RACIONAMENTO ALIMENTAR. — Depois de descrever as clínicas da diabetes na Inglaterra e de apontar os departamentos dietéticos existentes em diversos hospitais ingleses, expõe o racionamento alimentar ali estabelecido, decrificação interessante, que com a devida vénia vamos transcrever.

«— Quando veio a primeira guerra mundial, a dificuldade dos transportes e as deficiências alimentares em todo o mundo, obrigaram ao primeiro racionamento na Inglaterra. Com a segunda guerra mundial sucedeu outra vez o mesmo, e os Ingleses não voltaram ao comércio livre. A razão disso baseava-se em vários factores.

O empobrecimento da Inglaterra não lhe permitia o gasto de divisas para a compra de produtos estrangeiros, nos quais certos alimentos estavam em primeiro lugar, apesar do incremento dado à agricultura. A nação tinha de produzir o máximo e gastar o mínimo para equilibrar as suas contas. O aumento dos preços mundiais, particularmente o da carne argentina, ainda agravou mais a situação, acentuada também com o aumento da população.

Com a chegada ao poder do Governo Trabalhista no fim da guerra, e em face destes factos, resolveu-se continuar com o racionamento de certos alimentos. Na Inglaterra, no fim da guerra, não havia desemprego, como ainda hoje não há, e praticamente todos ganham o suficiente para uma alimentação adequada. Com alimentos de primeira necessidade em quantidade restrita, os comilões e os que primeiro chegassem para os adquirir em breve esgotariam as reservas, e os que viessem depois já os não encontravam, apesar de terem as libras necessárias para os comprar.

Dáí nasceu a necessidade de continuar com o racionamento. De facto o racionamento existe em toda a Europa, pois em países em que o poder de compra não permite à maioria da população adquirir certos alimentos, isso equivale a um verdadeiro racionamento, e é esta uma das formas porque, aparentemente, não há faltas alimentares. Mas na Inglaterra a situação social não permitia esta modalidade, e como os Ingleses não pudessem ou não quisessem gastar maiores quantias na importação de alimentos, o racionamento do tempo de guerra manteve-se parcialmente e ainda hoje existe, porém bastante minorado.

O racionamento é dirigido pelo Ministro da Alimentação, com o concurso de nutricionistas, de dietistas e do Comité de Nutrição.

Mantiveram-se racionados depois da guerra: o presunto, a carne magra, os ovos com casca, gorduras, o queijo, o açúcar, os doces, o chocolate e o chá; não eram racionados os ovos em pó. Em 1953 deixaram de ser racionados os ovos com casca, os doces, o chocolate e o chá. Os produtos racionados variam ligeiramente em quantidade, de mês para mês, conforme as reservas existentes.

As bases em que foi estabelecido o racionamento foram calculadas por nutricionistas, e conquanto haja várias tabelas, pode-se tomar como *valores médios*, a seguinte ração quotidiana:

RAÇÃO DIÁRIA

| | |
|---|-------------|
| Calorias diárias | 3.000 cal. |
| Porcentagem das calorias originadas pelas proteínas | 20 0/0 |
| Porcentagem das calorias originadas pelas gorduras | 30 0/0 |
| Porcentagem das calorias originadas pelos hidratos de carbono | 50 0/0 |
| Proteínas | 70 gr. |
| Gorduras | 100 gr. |
| Hidratos de carbono | 300 gr. |
| Cálcio | 1 gr. |
| Fósforo | 1,gr. 5 |
| Ferro | 15 mgr. |
| Vitamina A | 5.000 U. I. |
| Vitamina B ₁ | 1 mgr. |
| Vitamina C | 100 mgr. |
| Vitamina B ₂ | 2 mgr. |
| Vitamina PP | 15 mgr. |
| Vitamina D | 1.000 U. I. |

Estes números variam necessariamente conforme a idade, o sexo, a profissão, o estado de saúde e o metabolismo do indivíduo. Os métodos empíricos em que foram estabelecidas as tabelas foram: 1.º) Peso da alimentação diária para uma pessoa; 2.º) Peso da alimentação semanal para uma pessoa; 3.º) Peso da alimentação semanal para uma família.

Muitos nutricionistas ingleses declaram excessivos os números referidos acima, principalmente a quantidade das proteínas.

Como base, o racionamento inglês refere:

| | | por dia |
|-------------------------------|--------------------|---------|
| Presunto | 125 gr. por semana | 18 gr. |
| Carne | 250 gr. por semana | 36 gr. |
| Ovos com casca | 1 ou 2 por semana | |
| Gorduras { manteiga | 100 gr. por semana | 15 gr. |
| { margarina | 100 gr. por semana | 15 gr. |
| Queijo | 45 gr. por semana | 7 gr. |
| Açúcar | 300 gr. por semana | 45 gr. |
| Chocolates e doces | 600 gr. por semana | 85 gr. |
| Chá | 100 gr. por semana | 15 gr. |

Há mais produtos racionados, como leite condensado, leite em pó, batatas, bananas, frutas enlatadas e sabão, mas praticamente não têm a importância dos primeiros alimentos referidos, não só porque estes, de facto, são de primeira necessidade, mas também porque são em quantidade relativamente pequena.

O racionamento inglês não é rígido e varia para os seguintes indivíduos: Mulheres grávidas ou em período de lactação, crianças com menos de cinco anos, inválidos, indivíduos com mais de 70 anos, vege-

tarianos, judeus, muçulmanos, trabalhadores industriais e agrícolas, indivíduos com determinadas doenças, como diabetes, tuberculose, etc.

Nos restaurantes e hotéis existe também o racionamento, mas praticamente nota-se só na carne, manteiga e ovos. Os visitantes não necessitam de livro de racionamento nos 3 primeiros meses, e podiam obter senhas para comprar chocolates e doces, enquanto estes foram racionados.

Digno de menção, é o facto de que os vegetarianos que desistem da sua ração de presunto e de carne magra podem obter uma extra-ração de queijo e de margarina vegetal.

Os diabéticos e os tuberculosos, por indicação médica, podem obter uma extra-ração de carne e de gorduras, susceptível de subir a três vezes o indicado. Nos hospitais as dietas indicadas pelos médicos são cumpridas pelas dietistas e a qualidade dos alimentos é das melhores.

Necessariamente que os Ingleses, além da sua ração caseira, podem ir ao restaurante e às cantinas comer uma refeição, e elevado número deles assim o faz ao almoço, principalmente os que vivem na cidade e nos meios industriais, pelo que fica uma reserva maior para a família. O mercado negro praticamente não existe, mas deve haver fraudes na composição de picados, pastéis e salsichas.

É este, em linhas muito esquemáticas, o actual racionamento alimentar na Inglaterra, em tempo de paz. Como, porém, tudo quanto é humano está sujeito a críticas, este sistema não está isento delas.

A maioria dos nutricionistas e dietistas com quem falei eram de opinião que o racionamento é perfeito e as quantidades suficientes. Não sei se esta opinião seria apenas o reflexo do patriotismo inglês, numa conversa com um estrangeiro, mas a verdade é que há algumas vozes discordantes. Vou aqui referir as observações do Dr. Bicknell, membro da *Nutrition Society*, vice-presidente da *Food Education Society*, um dos autores do importante livro *The Vitamins in Medicine* e representante, na Inglaterra, da *International Zeitschrift für Vitaminforschung*. Referirei também certas observações do Comité de Nutrição, e finalizarei com uma ligeira nota pessoal.

O Dr. Bicknell diz que a alimentação inglesa é pouca, errada, má e envenenada; há aqui, certamente, um pouco de exagero, mas também alguma verdade. Este médico diz que, na generalidade, o povo inglês está cada vez mais fraco e apresenta um cansaço crónico, devido a uma alimentação inadequada.

Acrescenta que há falta de alimentos frescos e escassez de fruta, de vegetais e de carne e, por outro lado, insuficientes proteínas de outras origens, como queijo, ovos, leite, etc.; também as gorduras são restritas e a comida é monótona, sem variedade.

Afirma ainda que aumentou a obesidade e o cansaço, devido ao desequilíbrio alimentar, pois ser gordo significa a maior parte das vezes, ser também fraco, tanto mais que a dieta inglesa tem excesso de amido e de açúcar.

O Dr. Bicknell sustenta que não se pode basear um racionamento na necessidade de todos os indivíduos para um determinado trabalho, como se precisassem de um mesmo número de calorias, pois se um necessita de 4.000 calorias, outro, para o mesmo trabalho, pode precisar só de 2.000. Isto de facto é verdade, visto que as calorias da alimentação e o metabolismo de trabalho correspondem ao metabolismo basal, variável de indivíduo para indivíduo. É ainda de opinião que as 2.500 calorias, base do racionamento inglês, é inferior à média de 3.000 calorias, número aconselhado pela maior parte dos nutricionistas. Assim, diminuindo as calorias, o trabalho produzido pelos Ingleses tem fatalmente de diminuir também.

O Dr. Bicknell diz que nos alimentos há falta de variedade, de complexo B, principalmente B₁ e B₁₂, de Fe. e falta ainda de vitamina E. Esta vitamina encontra-se no germe de trigo, e por isso no pão bem feito. O pão ideal é o que regista 80 por cento de extracção, pois o pão a 100 % não agrada a todos e o pão a 70 % é quase só constituído por amido. Para que se apresente bom é preciso que a farinha seja bem tratada, e como o Dr. Bicknell é de opinião que se passa o contrário na Inglaterra, refere que o número de abortos e de nado-mortos aumentou, pois o pão é a principal fonte de vitamina E para os Ingleses. O moleiro torna o pão mais branco por meio dum produto chamado *agene*, que destrói a vitamina E e pode originar úlceras digestivas e perturbações nervosas, e os padeiros, por sua vez, ainda lhe podem juntar outros produtos químicos para o tornar mais branco.

O Dr. Bicknell protesta contra os alimentos adulterados com corantes, essências artificiais e substâncias para conservar, que se juntam às bebidas, doces, frutas enlatadas, margarina e à própria manteiga.

A crítica do Dr. Bicknell, muito longa e talvez um pouco exagerada, está publicada e não necessita maior referência.

Interessantes são também as conclusões do relatório do Comité de Nutrição. Referem que houve um aumento no consumo de cereais e de batatas e redução das proteínas animais, das gorduras, da vitamina C e da vitamina A. As dietas das mulheres grávidas das classes trabalhadoras melhoraram, mas estas mulheres não fazem inteiro uso das suas rações de leite e de carne. Os rapazes em idade escolar, da média burguesia, não fazem inteiro uso das suas rações de leite, queijo, carne e presunto. O consumo de leite pelas crianças aumentou, pelo que diminuiu bastante a deficiência de cálcio.

A diminuição das gorduras, dificultando a obtenção das calorias necessárias, é uma das principais queixas que fundamentam a opinião de que «o povo não tem o suficiente para comer».

A cerveja deu, em média, 80 calorias por cabeça e por dia e apreciável quantidade das vitaminas B₂ e PP. Tem-se mantido o aumento da percentagem de extracção de farinha, a adição de cálcio ao pão e a fortificação da margarina com vitaminas A e D.

O leite continua a ser distribuído a baixo preço para as crianças, quando não é gratuito; até aos 5 anos uma criança recebe meio litro de leite por dia. O óleo de fígado de bacalhau e as vitaminas A e D, em comprimidos, continuam a ser distribuídos gratuitamente pelas crianças.

Houve, evidentemente, um melhoramento nas dietas das classes trabalhadoras. É provável que a mudança na alimentação tenha afectado diferentemente as várias classes dentro da população, verificando-se que o consumo de vários alimentos apetitosos aumentou entre os pobres e diminuiu entre os ricos.

Não é possível determinar com certeza o grau de subalimentação — no caso de existir — que se regista na população.

Do melhoramento da dieta resultou um melhoramento na saúde e diminuição da morbidade e da mortalidade.

As complicações da gravidez, os partos prematuros e os nado-mortos são menores entre as mulheres bem alimentadas e com suplementos de minerais e vitaminas, do que entre as insuficientemente alimentadas.

Como profilaxia do bócio é aconselhado o uso de sal iodado, principalmente nas regiões em que a água seja muito calcárea, pois isso dificulta a assimilação do iodo. Foram feitos doseamentos de minerais e de vitaminas no sangue e na urina, em pequena escala, e o Comité aconselha a aumentar, no futuro, essa investigação.

Conquanto tenha havido um aumento de vagas queixas de mal-estar entre a população, não se torna evidente que essas pequenas perturbações tenham relação com a dieta. O estado de nutrição da população é regular e são raras as doenças por carência, a não ser em pessoas com hábitos alimentares incorrectos.

A tuberculose não aumentou e as manifestações da raquitismo grave são raras, tendo diminuído também a cárie dentária.

A gente idosa, principalmente, enferma ou inválida, tem experimentado contratempos nos últimos anos, especialmente em consequência da dificuldade de comprar alimentos racionados e de os cozinhar com poucas gorduras.

O Comité aconselha os novos processos de cozinhar e a frequência dos cursos de ciência doméstica, principalmente para não se perderem as vitaminas. O mesmo Comité também aconselha a diminuição do preço dos vegetais e da fruta e o aumento da quantidade das gorduras e da carne, pois a monotonia na alimentação torna-se fonte de irritação, de diminuição da actividade social e tem um efeito depressivo na moral nacional. —»

Finalmente, o A. dá uma nota de observação pessoal, relativa à abundância de diabéticos que viu, e que pensa poder atribuir-se, em parte, ao relativo excesso de alimentos hidrocarbonados no equilíbrio da ração agora consumida pelos ingleses (afirmação a controlar com o número de esses doentes antes da guerra).

TRABALHOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA, X, 1952 — N.º 2 (Junho): *Urticária pigmentar ou doença de Nettleship*, por Artur Leitão e Renato Trincão; *O podofilino no tratamento dos papilomas venéreos*, por Artur Leitão; *Um caso de eritema anular centrifugo*, por F. da Cruz Sobral. N.º 3 (Set.): *Lúpus eritematoso agudo disseminado*, por Mário Trincão, Artur Leitão e Renato Trincão; *Contribuição para o estudo dos dermatófitos portugueses*, por Henrique de Oliveira; *Os primeiros resultados obtidos no tratamento da tuberculose cutânea com a hidrazida do ácido isonicotínico*, por Juvenal Esteves. N.º 4 (Dezembro): *O X Congresso Internacional de Dermatologia*, por Juvenal Esteves; *A evolução clínica e serológica da sífilis primo-secundária tratada pela penicilina*, por Meneses Sampaio, Arnaldo Sampaio, Cruz Sobral, Maciel Chaves e Noémia Ferreira; *Terapêutica da lepra*, por M. Santos Silva. Em todos os números: *Observações de casos clínicos*.

O PODOFILINO NO TRATAMENTO DOS PAPILOMAS VENÉREOS. — Utilizado sempre com bons resultados, pelo A., desde 1949. Usa a técnica de King e Sullivan: aplicações em dias alternados, protegendo as regiões circunvizinhas com pasta de Lassar, de soluto alcoólico de podofilino a 20 por cento; seis horas depois da aplicação, lavar a região doente, que ficará coberta por compressa, com água e sabão, polvilhando depois com um pó inerte, amido ou talco. Relata um caso de grande papiloma que desapareceu com 15 dias de esse tratamento.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE CUTÂNEA COM A HIDRAZIDA DO ÁCIDO ISONICOTÍNICO. — Trataram com hidrazida do ácido isonicotínico cinco casos de tuberculose cutânea. Dois deles correspondiam à forma clássica de lúpus vulgar tuberculoso, um à forma de tuberculose verrucosa da pele, outro à forma de tuberculose coliquativa (escrofuloderma) com conjuntivite específica e tuberculides de tipo papulonecrótico, e o último representava a forma habitual de tuberculides do tipo do eritema duro de Bazin. Os dois primeiros casos tinham evolução arrastada (respectivamente 14 e 33 anos de doença). Nos três últimos esta durava havia três anos em dois casos (tuberculose verrucosa e tuberculides) e um ano no caso da escrofuloderma. Com excepção do 1.º e do 3.º casos, que não tinham recebido qualquer tratamento devidamente orientado, todos os outros haviam sido submetidos anteriormente a vários dos tratamentos utilizados nesta doença.

Os resultados observados foram idênticos em todos os casos, independentemente do tempo de evolução, da extensão das lesões e da existência ou ausência de tratamentos anteriores.

Verificou-se resposta rápida desde os primeiros dias da administração do medicamento, resposta que se traduziu em atenuação mais ou menos extensa dos sintomas objectivos e em melhoria do estado geral dos doentes.

Pelo que se refere às alterações cutâneas, verificaram que estas diminuem de volume, perdem a cor e a consistência, ao mesmo tempo que se manifesta tendência para a reparação das soluções de continuidade dos tegumentos.

No limitado espaço de tempo em que aos AA. foi permitido observar a evolução regressiva das lesões descritas, puderam registar que o fenómeno foi, em todos os casos, nítido e progressivo, sem detenção nem agravamento intercalado durante o mesmo. Podem pois afirmar, acerca do efeito do medicamento sobre as lesões da tuberculose cutânea, que, nos casos apontados, se verificou, sem dúvida, melhoria sintomática, rápida e bem expressa.

O exame histológico do 1.º caso ao fim de 60 dias de tratamento, embora a melhoria clínica tenha sido considerável, revelou a existência de estrutura tuberculóide típica. Este fenómeno não os surpreenderam, visto que ele é de observação corrente no tratamento desta doença com outros medicamentos, tais como a vitamina D₂, a estreptomycina, o ácido paramino-salicílico e as tiossemicarbazonas, mesmo quando administrados continuamente por períodos de tempo que atingem a duração de um ano e mais.

REVISTA PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, VI, 1953 — N.º 2 (Março-Abril): *A tuberculose na Província de Moçambique*, por A. Almiro do Vale; *Alterações hormonais no cancro do colo uterino*, por M. P. Hargreaves e Gil da Costa Filho; *Carcinoma in situ*, por Francisco Nogales; *Sobre um caso de luteinoma*, por F. Luque, F. Nogales e R. Martinez; *Sobre diagnóstico e terapêutica do pré-cancro do colo do útero*, por Vieira da Cruz e Fernando Figueiredo. N.º 3 (Maio-Junho): *Colpoepitelioma cervical*, por F. Muñoz Ferrer; *Da cirurgia ultra-radical do cancro uterino*, por V. Conill-Serra; *Operação de Wertheim e medicação bacteriostática*, por R. Garcia Pastor; *A cirurgia do cancro genital*, por A. M. de la Riva; *Roturas perineais em obstetrícia*, por Miguel Rago; *Ultra-sons nas infecções genitais da mulher*, por Mário Cardia e Vieira da Cruz.

ALTERAÇÕES HORMONAIIS NO CANCRO DO COLO UTERINO. — Nota prévia de trabalho, baseado em 14 observações, do qual concluem que em 50 por cento dos casos há valores muito altos de gonadotrofinas que quase sempre coincidem com epitelomas de tipo baso-celular; com frequência se encontram valores marcadamente baixos de 17 cetoes-teróides.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 563 (7-XI-1953): *O problema do alcoolismo*, por Cidrais Rodrigues; *Biopsia hepática*, por Ribeiro do Rosário. N.º 564 (14-XI): *Valor da electro-encefalografia no diagnóstico da encefalopatia hipertensiva*, por Diogo Furtado e Orlando Carvalho.

N.º 565 (21-XI): *Resultados imediatos do pneumotórax associado à estreptomomicina em 422 casos de tuberculose pulmonar escavada*, por Mário de Alenquer; *Condições de vida e saúde mental*, por J. Seabra Dinis; *Contribuição para o conhecimento étio-patogénico da doença de Cushing*, por Inácio de Salcedo. N.º 566 (28-XI): *O estudo das populações do Ultramar*, por Alexandre Sarmiento; *Considerações acerca de um caso de morte três horas depois de um electrochoque*, por Aníbal Sotto-Mayor Rego; *A incisão dorso-lombar de Nagamatsu*, por João Costa.

RESULTADOS DO PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO À ESTREPTOMICINA NA TUBERCULOSE PULMONAR ESCAVADA. — Estudo baseado numa estatística de 422 casos. De estes, 366 (ou seja 86,7 %) tiveram administração de estreptomomicina preparatória da instauração do pneumotórax; nos restantes 56 o pneumotórax fez-se sem aquela preparação.

138 doentes foram submetidos simultaneamente a pneumotórax e estreptomycinoterapia; de estes, 16 não a haviam recebido antes de aquele.

Os casos com lesões escavadas exclusivamente unilaterais eram 156, e em 130 de estes foi possível fazer um pneumotórax suficiente. Como 6 abandonaram o tratamento, o balanço dos resultados incide sobre 124 casos, obtendo-se em 120 (96,7 %) melhoras indicadoras de caminharem para a cura (cavidades fechadas, inoculação à cobaia negativa, ausência de sinais de actividade).

Com lesões bilaterais, mas escavadas só de um lado, houve 143 doentes, obtendo-se pneumotórax suficiente em 95. Tendo 8 abandonado o tratamento, o balanço refere-se a 87, todos estando em via de cura (afirmada pelos dados citados).

Eram 123 os casos com cavidades bilaterais, tendo 20 de eles as suas lesões estabilizadas por pneumotórax unilateral, há mais de um ano. Em 53 de esses doentes obteve-se pneumotórax bilateral suficiente, e em 19 a suficiência foi apenas unilateral. Do primeiro grupo, 36 (67,9 %) estão em via de cura; do segundo grupo, 12 (63,2 %) seguem também em caminho favorável, com lesões estabilizadas do lado colapsado, permitindo o tratamento cirúrgico do outro lado.

O tempo decorrido entre o começo do tratamento e o balanço estatístico variou entre um e três anos.

Em relação imediata com a insuflação só teve 2 acidentes de embolia gasosa, que curaram sem sequelas. Teve 19 casos de insuflação de cavidades, sendo 8 graves, de carácter progressivo, metade dos quais não curaram e foram propostos para intervenção cirúrgica; em 10 venceu-se o acidente e o pneumotórax pôde continuar a fazer-se; um dos doentes morreu, por empiema resultante do rebentar da cavidade, devido a não querer submeter-se a tratamento. Em relação com secção de bridas houve um hemotórax.

Além dos pequenos derrames sem importância, houve 65 que tiveram de ser puncionados; em 35 casos conduziram a paquipleurite. Houve

3 casos de empiema. Em nenhum caso o pneumotórax deixou sequelas funcionais graves.

Do conjunto dos resultados expostos, Apesar da reserva que em todos os balanços de este género tem a fazer-se sobre o futuro dos doentes, dado o pequeno número de anos decorrido sobre o início da terapêutica, infere-se que a maioria dos doentes deve curar. O que leva o A. a não concordar com a orientação de não adoptar a colapsoterapia pelo pneumotórax pulmonar nos casos de lesões escavadas, embora em certos casos haja contra-indicação; mas o método não oferece perigos se os doentes forem preparados pela estreptomina e se fizer o abandono precoce quando se mostra ineficaz, há condições de sucesso e inocuidade.

No entanto, os progressos da quimioterapia e os resultados publicados sobre as vantagens da sua aplicação intensiva tornam previsível uma progressiva diminuição do emprego do pneumotórax.

O MÉDICO — N.º 114 (5-XI-1953): *Panorama da amebiose na Índia Portuguesa*, por Almerindo Lessa, Fernando de Albuquerque e Mortó Dessai; *Frequência e agentes etiológicos das tinbas nas Ilhas de S. Miguel e Santa Maria dos Açores*, por A. J. de Lemos Salta e Maria Manuela Antunes; *Ação Social e Medicina Social*, por Carlos Santos. N.º 115 (12-XI): *Hospitais e enfermeiras*, por Barahona Fernandes; *Dificuldades e erros na interpretação radiológica*, por A. Fernandes Ramalho; *Tinbas tonsurantes de etiologia mista*, por Maria Manuela Antunes; *O médico perante o doente e o doente perante o médico*, por Conreição e Silva Júnior. N.º 116 (19-XI): *Quisto hidático do pulmão e do fígado*, por Luís Raposo, Alexandre Silva e Moreira Cardoso; *A tinba tonsurante depois da puberdade*, por Maria Manuela Antunes; *Doenças do trabalho*, por J. Andresen Leitão; *Ouvindo D. Bonifácio Piga Sanchez*, por L. A. Duarte Santos. N.º 117 (26-XI): *Aneurisma da crosse da aorta com rotura espontânea para o tecido celular do hemitórax direito*, por Amarante Júnior; *Toxicidade do D.D.T. (e de outros insecticidas similares) para o homem e animais superiores*, por L. A. CorteReal e Cayolla da Mota; *A Federação e os radiologistas*, por Mário Cardia; *Um problema velho, o seguro-doença*, por M. da Silva Leal.

DIFICULDADES E ERROS NA INTERPRETAÇÃO RADIOLÓGICA. —

A técnica influi muito na obtenção de clichés dos quais possa fazer-se útil leitura; depois, esta tem de fazer-se com prudência, tendo em conta os dados da clínica, sem contudo seguir as sugestões do médico assistente, que podem conduzir a erros.

Alguns exemplos de estes são mostrados, e de eles destacamos os seguintes, muito demonstrativos.

Doente cuja radiografia de frente mostrou volumosa sombra ao nível do pedículo vascular, muito densa, fazendo enorme saliência no campo pulmonar esquerdo. Em posição fortemente oblíqua a sombra

tem um aspecto quadrangular, que ocupa o mediastino posterior, completante independente do pedículo vascular. Diagnóstico: tumor do mediastino. O doente morreu e na autópsia verificou-se tratar-se de volumoso aneurisma pediculado da porção inicial da aorta.

Num indivíduo cujas radiografias faziam suspeitar processo infiltrativo bacilar secundário de localização hilar, condizente com a sintomatologia geral, tratava-se certamente de síndrome de Löffler, de evolução benigna; sombras hilar e peri-hilar volumosas, que desapareceram rapidamente, para dias depois aparecer nova sombra infraclavicular, também de curta duração. Se não fora a repetição dos exames, o diagnóstico devia errar-se.

Adoecera com dores do lado direito do tórax, anorexia e cansaço, o indivíduo cuja radiografia mostrara volumosa mancha de condensação hilar, invadindo o campo pulmonar direito, de contornos esbatidos, prolongados por pequenos traços de condensação; cliché com grande semelhança ao de outro, de infiltração bacilar secundária do tipo hilar. Esta sombra desapareceu depressa; era de pneumonia intersticial por vírus.

Imagem semelhante, mas com limites mais precisos e forma oval, era de um indivíduo com sintomas gerais próprios da bacilose e, localmente, diminuição do murmúrio do lado esquerdo, o da sombra; e havia ainda opacificação atelectásica da porção superior do pulmão. Por se tratar de indivíduo com perto de 50 anos e expectoração negativa, faz-se o diagnóstico de carcinoma brônquico, com tumefacção a comprimir e determinar a atelectasia.

Numa doente de 40 anos, com astenia e emagrecimento, a radiografia pulmonar mostrou imagens de aspecto granúlico nos dois terços inferiores dos dois hemitórax. Tinha-se pensado numa granúlia bacilar fria, mas o facto de as granulações não atingirem as partes superiores dos pulmões, levou a hipóteses várias (carcinose miliar, pulmão de Boeck, actinomicose) que não se ajustavam ao quadro clínico. A radiologia não podia resolver a dificuldade, e foi a clínica que veio a indicar o diagnóstico de adenoma metastático tiroideu com localização pulmonar, por a doente oferecer à observação um nódulo duro no lado direito do pescoço, um pouco para fora da glândula tiróide, no qual por biopsia se encontrou tecido glandular.

Caso interessante também foi o de um doente com tuberculose renal, no qual o exame urológico indicava lesão unilateral e o radioscópico mostrava sombras volumosas indicadoras de deformação dos cálices do rim considerado são; o que levou a fazer-se o diagnóstico de lesões bilaterais e a não se operar o doente. Mais de um ano depois, tendo o doente passado bem, novos exames, e então, vendo-se novamente as sombras, verificou-se, por exame radiológico em várias posições, que as sombras em questão estavam adiante dos rins e eram independentes de eles; talvez devam atribuir-se a espessamentos do mesentério, com massas gnglionares calcificadas, consequentes de antiga tifo-bacilose.

Este e outros casos levaram o A. a afirmar «A radiologia é um poderoso elemento auxiliar da clínica, que, manejado imperfeita ou incorrectamente, algumas vezes em consequência da própria natureza das irradiações que utiliza, pode tornar-se num perturbador elemento de desorientação diagnóstica».

TOXICIDADE DO D.D.T..—O emprego de este insecticida é inofensivo para o homem e para os animais domésticos, desde que não haja contacto prolongado e frequente, que haja o cuidado de evitar a conspurcação dos alimentos, dos utensílios de comer e das mãos.

TINHA TONSURANTE DEPOIS DA PUBERDADE.—Qualquer das hipóteses invocadas para explicar o desaparecimento de este tipo de tinha própria das crianças quando estas atingem a puberdade, não satisfaz. Mas é um facto geralmente observado tal evolução espontânea para a cura.

Aqui apresenta-se uma série de 14 casos de tinha tonsurante em mulheres, com idades que vão de 15 a 48 anos. Duas de elas contagiaram os filhos. Em 8 de esses casos isolou-se o «T. violaceum», e num o «T. acuminatum». Chama-se a atenção para a possibilidade da existência de formas relativamente inaparentes da doença em adultos, que constituam fontes de contágio.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Tratamento das hemorróides

Opinião de W. GENTIL DE MELO, chefe dos Serviços de Clínica Proctológica do Hospital dos Serviços do Estado, no Rio de Janeiro, publicada em *Rev. Bras. de Gastroenterologia* (1953, N.º 5).

«— Embora seja um assunto velho e trivial da terapêutica, o tratamento das hemorróides constitui um frequente alvo de discussões e controvérsias, oferecendo, por isso, a oportunidade de uma visão de conjunto e actualizada, por parte do especialista. Não incluímos aqui o caso das chamadas hemorróides externas (mariscos, plicomas ou hemorróides cutâneas) ou os trombos perianais e varicosidades marginais do ânus, senão especialmente as hemorróides internas ou simplesmente as hemorróides (no seu sentido mais explícito).

O tratamento cirúrgico, bastante antigo, é feito por meio de um sem número de técnicas, sendo que algumas datam de 1510. Essas técnicas têm sido muito aperfeiçoadas de três décadas ao presente, após numerosos trabalhos anátomo-cirúrgicos especializados, que, indiscutivelmente, grande influência tiveram no progresso da cirurgia ano-retal, assim como no aperfeiçoamento dos cuidados pré-e post-operatórios, que também marcaram na cirurgia uma época de vulto.

O tratamento esclerogénico, que apareceu no armamentário anti-hemorroidário há uns três quartos de século, foi usado e abusado em seus primórdios, e melhorado à medida que a experiência se acumulou.

A visão parcial do médico tem permitido a valorização maior ou menor

de um ou outro desses métodos terapêuticos. O cirurgião sempre se interessa em superestimar o tratamento cirúrgico em detrimento do esclerogénico e os dois métodos foram contrapostos entre si. A experiência adquirida, o material clínico trabalhado e a observação científica mais cuidadosamente feita proporcionaram a oportunidade à precisão das indicações de cada um desses métodos.

Ao invés de terem sentidos opostos e de contrapostos formarem adeptos apaixonados; devem esses meios de tratamento ser considerados como úteis, eficientes e louváveis na condição principal de sua oportuna indicação. São o grau de adiantamento das hemorróidas e o estado geral e condições várias do paciente que apontam o melhor meio a ser utilizado.

Nos casos de hemorróidas do 2.º a 3.º grau, em que o prolapso dos mamilos é relativamente frequente, assim como a hemorragia e outros sintomas locais, a hemorróidectomia é o tratamento mais eficiente e radical e, por isso mais definitivo possível, desde que o permitam as condições gerais do paciente.

Nas hemorróidas do 1.º grau, em que apenas uma sensação de desconforto, uma ligeira perda sanguínea e outros sintomas mais brandos são acusados pelo paciente, e o volume dos mamilos hemorroidários é pequeno, está bem indicado o tratamento esclerosante, e o especialista não deve deixar de informar ao paciente da possibilidade da volta dos sintomas e da afeção, em período de tempo bastante variável e impreciso.

A propósito da referência desses graus das hemorróidas em relação com o tamanho e o volume dos mamilos, temos visto, não raro, casos de mamilos hemorroidários diminutos em indivíduos com sintomas bastante acentuados e incómodos, e vice-versa; e nesses casos, parece-nos, é defensável a indicação cirúrgica como eficiente e a mais duradoura. Indiscutível, por outro lado, é o efeito maravilhoso das injeções esclerogénicas em numerosos casos de hemorragias, algumas acentuadas e frequentes, e prolapso hemorroidário, ainda que com efeito temporário; é admirável o resultado de uma ou duas injeções em semelhantes casos, sobre os sintomas que desaparecem quase imediatamente após a sua aplicação.

Em muitos casos o estado geral do paciente afasta a indicação cirúrgica e a intervenção é satisfatoriamente substituída pelo tratamento esclerogénico. Concluímos, destarte, que os dois meios de tratamento são eficientes e se completam nas suas indicações, quando oportunamente empregados. —»

Redução da luxação do cotovelo

LEROY & LAVINE indicam um método simples, que não exige nem anestesia nem assistente, e se baseia no relaxamento psicoterápico dos músculos. Coloca-se o braço, em confortável posição, interpondo uma almofada, sobre as costas de uma cadeira, ficando pendente o antebraço. Deixa-se ficar nessa posição durante uns dez minutos, para relaxar bem os músculos contracturados. Então, puxando pela mão, segura pelos dedos, a luxação reduz-se muito facilmente; se houver desvios laterais, esta manobra deve completar-se com a pressão sobre o côndilo convenientemente exercida pelo polegar da mão que está livre. (*The J. of Bone and Joint Surg.* N.º 3 do vol. 35-A, 1952).

Estreptomina em perfusão venosa

Y. HEBRAUD, M. BERTRAC & P. MAUFOY publicam os resultados obtidos em 100 doentes, nos quais durante dois anos fizeram 5.000 perfusões. (*La Presse Médicale*, 7-X-1953).

As perfusões eram diárias, e duravam 3 horas. A estreptomina ia associada ao PAS (0,50 gr. por 1.000 nas primeiras vezes e depois 1 gr.

por 500 c.c. de soluto estabilizado de PAS a 3 %); ou só perfusão de estreptomicina (1 gr. para 500 c.c. de soro fisiológico), sendo dado o PAS por via oral. O pH dos solutos, entre 6,6 e 6,9, dava a garantia de não lesarem as paredes das veias. As perfusões causavam por vezes algumas perturbações gerais passageiras, sendo de resto bem toleradas.

Os casos tratados eram de tuberculose pulmonar, de formas recentes úlcero-nodulares, de formas fibro-nodulares e de formas fibro-caseosas antigas. O primeiro grupo ofereceu os melhores resultados e o último o de menor percentagem de efeitos favoráveis nítidos. O que, aliás, é o que se observa com a estreptomicina por via intramuscular.

Os AA. consideram superior o método das perfusões, para tratamentos em regime hospitalar, porque julgam que se obtém com ele efeitos superiores aos verificados com a via intramuscular, por ser mais constante o nível sanguíneo do antibiótico.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

SOCIEDADES MÉDICAS — Trabalhos ultimamente apresentados: Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Primeiras estirpes de vírus da parotidite epidémica isoladas em Portugal, por Maria Cecília Patuleia; Primeiros ensaios de radioterapia micro-localizada, por Carlos Santos. Na *Sociedade P. de Medicina Interna*: Cirrose hipertrófica biliar, por A. Vaz Serra. Na *Sociedade P. de Cardiologia*: Miocardite de possível etiologia viral, por Antunes de Azevedo; Um caso raro de dextrocardia congénita, por Rocha da Silva; Um caso de modificação do volume do fígado cardíaco após infiltração novocainica do nervo esplâncnico direito, por J. Moniz de Bettencourt. Na *Reunião dos neuro-psiquiatras do Norte*: Novas orientações no estudo dos sonhos em psicopatologia, por Azevedo Fernandes. Na *Sociedade P. de Oftalmologia*: Acerca da membrana de Descemet, por Silva Pinto; A iridoclonis no quadro das operações anti-glaucomatosas, por Lopes de Andrade; Contribuição para a implantação da lente de Ridley, por Cunha Vaz; A ciclodiase no tratamento do glaucoma crónico, por Cavaleiro Ferreira; Lesões osulares no cor pulmonale crónico, por Santana Leite; A vitamina D₂ no síndrome escrofuloso ocular, por Santos Rebordão; Buracos da mácula, por Ribeiro Breda; Aspectos oculares da coloração vital pelo azul de metileno, por Simões e Sá. Na *Sociedade P. de Hidrologia Médica*: Alguns problemas de hidrologia, por Costa Sacadura; Os médicos hidrologistas adentro da legislação vigente, por A. Gonçalves Moreno; As termas do Carvalhal, por Constantino Carneiro e Freitas.

INTERCÂMBIO — Na Sociedade Médica dos Hospitais Civis, o Prof. Oscar Ivannisevich, de Buenos Aires, falou sobre «Os horizontes permanentes da cirurgia». No Instituto Oftalmológico Doutor Gama Pinto, trabalhos dos Profs. G. Favarolo e E. Scuderi, respectivamente sobre fisiopatologia dos folhetos da córnea e histopatologia do tracoma. No Instituto P. de Oncologia, conferência de P. Fontana sobre quistectomia.

PRÉMIO NOBEL — O prémio da medicina foi este ano concedido aos Profs. F. Lippman (de Harward) e H. A. Krebs (de Sheffield), pelos seus trabalhos sobre os processos essenciais do metabolismo da célula viva.

INSTITUTO QFTALMOLÓGICO — Comemorou solenemente o centenário do nascimento de Gama Pinto, com a inauguração de uma sala de ortóptica, uma sessão em que o director do Instituto, Prof. Lopes de Andrade, fez o elogio

do fundador da casa, e uma sessão de estudo com apresentação de trabalhos da Sociedade P. de Oftalmologia.

NÚCLEO PORTUGUÊS PARA O ESTUDO DO QUISTO HIDÁTICO — O Instituto de Alta Cultura resolveu patrocinar este novo organismo, que funcionará no Instituto de Oncologia como secção do Centro de Estudo das doenças infecto-contagiosas; o seu presidente é o Prof. Silva Leitão, da Escola Superior de Medicina Veterinária.

INSTITUTO P. DE ONCOLOGIA — Conferências ultimamente realizadas pelo pessoal do Instituto: Aspectos do crescimento somático relacionados com a histofisiologia endócrina, por Luís Botelho; Problemas da transfusão de sangue através da via medular óssea, por Natália Sena Martins.

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO — No dia 29 de Novembro prestou-se solene homenagem à memória do Prof. António Joaquim Sousa Júnior, dando o seu nome ao Laboratório de Bacteriologia, que dirigiu e notabilizou, lá realizando a maior parte da sua notável obra científica. Em sessão efectuada no salão nobre da Faculdade, o elogio do mestre foi proferido pelo Prof. Carlos Ramalhão, e sobre a figura moral de Sousa Júnior falou o seu conterrâneo Prof. Vitorino Nemésio, da Faculdade de Letras de Lisboa.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA — No dia 4 de Novembro realizou-se a primeira lição do curso médico no edificio do Hospital Escolar, onde já funcionam os serviços laboratoriais da Faculdade. Essa primeira lição efectuou-se solenemente no grande anfiteatro, e foi proferida pelo Prof. Dr. Celes-tino da Costa, que nela fez um resumo da história do ensino médico em Lisboa.

Foi nomeado professor catedrático de Neurologia o Prof. extraordinário Dr. Almeida Lima.

PRÉMIOS SÁNTAS — Na sessão inaugural do ano académico da Sociedade das Ciências Médicas entregaram-se estes prémios aos seguintes trabalhos: de Medicina — As reacções coloidais liquósicas no diagnóstico da tripanosomiase humana, por Cruz Ferreira e Bettencourt Igrejas; de Ciências morfológicas e experimentais — Inactivação da histamina, por J. Andresen Leitão; de Higiene, Medicina Legal e Medicina Social — Estudo do mecanismo de determinação das nossas taxas anuais de morbidade por tuberculose pulmonar, por Carlos Santos e Casanova Alves; de Cirurgia — Prostatectomia transperitoneal, por Cid dos Santos.

A ORDEM DOS MÉDICOS E O CONFLITO ENTRE A FEDERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS E OS RADIOLOGISTAS — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos, em extenso documento, esclarece o conflito motivado pela recusa dos radiologistas de Lisboa e Porto em aceitar a tabela de honorários formulada pela Federação, há cerca de dois anos. Historia as fases da intervenção da Ordem junto do Ministério das Corporações e da Federação, rebatendo afirmações contidas em diversas notícias que sobre o assunto tem vindo publicadas, e salientando as inconveniências para os médicos, para os beneficiários e para a medicina, da instauração de serviços radiológicos privativos da Federação.

NECROLOGIA — Em Lisboa o coronel-médico reformado Dr. João Nepomuceno de Freitas, que foi durante largos anos enfermeiro-mor dos Hospitais Civis, e Dr. Abel de Abreu Campos, assistente social na Tutoria da Infância. Dr. Abel da Cunha Vale, médico municipal e cirurgião do Hospital da Misericórdia de Vila Nova da Cerveira. Em Beja o major-médico reformado Dr. Artur de Brito Penedo. Em Leiria o Dr. Luís Carlos da Costa Charters de Azevedo, distinto cirurgião em Lisboa. Vítima de um desastre de automóvel, o jovem clínico Dr. André de Lima Figueiredo.

Uma *nova* Via

HIRUDOID

Para o tratamento de

processos inflamatórios em varizes

Úlcera crural

Tromboflebitis

Infiltrados inflamatórios

Abcessos, furúnculos, panarícios

Tromboses superficiais

Hematomas

EMBALAGENS: Bisnaga com, aprox., 12 grs.
 Bisnaga com, aprox., 36 grs.
 Clínicas de 4 bisnagas com, aprox., 36 grs., cada

LUITPOLD WERK MUNIQUE

Bibliografia e embalagens para ensaio clínico no

Representante em Portugal:

AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA



Estados
vertiginosos

*em fracturas de crânio
e comoção cerebral*

Doenças dos ouvidos (Ménière)

*Doenças do sistema nervoso
central (tumores cerebrais)*

*assim como nas enxaquecas
e neuroses vasomotoras*

Terapêutica:

Monotrean

Frasco com 30 drageas — Amostras e literatura, a pedido

LUITPOLD-WERK MUNIQUE

Representante em Portugal: AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA



MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

Rua de Avis, 13-2.º — PORTO — Telef. P. P. C. 27583 — Teleg. «MARTICA»

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C
em veículo estabilizador

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SATS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

Depósito geral: FARMÁCIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA



FACTORES LIPOTRÓPICOS E COADJUVANTES

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Metionina | 125 mg. |
| Colina | 300 mg. |
| Inositol | 100 mg. |
| Cloridrato de Tiamina | 2,5 mg. |
| Riboflavina | 2,5 mg. |
| Nicotinamida | 25 mg. |
| Vitamina B ₁₂ | 0,002 mg. |

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Sal

Est

Tab

N.º