



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 — Da evolução da mortalidade geral na 1.ª metade do século XX.

JACINTO DE ANDRADE — Duplicidade uretral completa.

J. R. AYRES PEREIRA e ARMANDO HENRIQUE TAVARES — Exemplificação do tratamento de lactentes distróficos.

MOVIMENTO NACIONAL — **Revistas e boletins:** *A Medicina Contemporânea* (Aspectos do problema da tuberculose. Polietileno na colapsoterapia pulmonar. Hidrazida nalguns casos de tuberculose pulmonar. Tratamento da eclâmpsia pela novocaína). *Arquivo de Patologia* (Aplicação da electrocardiografia ao estudo dos infartos do miocárdio). *Clínica, Higiene e Hidrologia* (Paradoxos da dietética. A alergia cutânea. Lúpus eritematoso disseminado. Dermatofitos portugueses. Evolução clínica e serológica de doentes de sífilis tratados com penicilina. Anemia de células falciformes). *Imprensa Médica* (Pólipo do antro pilórico invaginado para o duodeno). *Anais do Instituto de Medicina Tropical* (Leptospiras de Portugal). *Jornal do Médico* (Carcinoma da vesícula e litíase biliar. Eutanásia. A função tireóidea na insuficiência suprarrenal crónica). *O Médico* (Vacinações profiláticas em pediatria. Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar). **Livros e opúsculos** (Actualidades biológicas. Actualidades e Utilidades Médicas).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Sobre o emprego dos antibióticos. Tratamento do eczema constitucional das crianças pela chamada "Vitamina F".

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Sociedades médicas. Conferências. Intercâmbio. Melhoramentos hospitalares. Necrologia.

Registo de livros novos (em face da pág. 109).

Aos Srs. Assinantes (em face da pág. 109).

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

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



É evidente o prazer

que proporciona uma chávena de NESCAFÉ. Nos breves intervalos dos trabalhos de grande responsabilidade uma chávena de NESCAFÉ estimula e reconforta.

O NESCAFÉ prepara-se instantâneamente, o que é importante pois mais tempo fica para descansar e saboreá-lo com prazer.

Um pouco de NESCAFÉ 

... água bem quente 

... eis pronto um delicioso café. 



EXTRACTO DE CAFÉ EM PÓ INTEIRAMENTE SOLÚVEL
COM ADJUNÇÃO DUMA QUANTIDADE IGUAL DE HIDRATOS DE CARBONO PARA CONSERVAR O AROMA.



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 2

FEVEREIRO DE 1953

Da evolução da mortalidade geral na 1.^a metade do século XX

por ALMEIDA GARRETT

Prof. na Faculdade de Medicina do Porto

«O estudo numérico das populações dá-nos imagens das suas manifestações vitais, traduz-nos a maneira como cada povo vive. Feita periódicamente pelos censos a contagem dos indivíduos que compõe a colectividade, os registos dos nascimentos, dos óbitos e das migrações, mostram o movimento populacional, os que aparecem de novo na vida e os que dela saem; os que vem doutras paragens assentar arraiais e os que para elas partem. É jogando com as cifras que nos dão estes elementos estatísticos, referindo-os por exemplo a 1.000 habitantes, que se avalia o bom ou mau viver dos povos — são as quotas, dízimas ou taxas de natalidade, de mortalidade, de migração. Delas a mais eloquente é sem dúvida a da mortalidade.

«Com efeito, morre-se mais ou menos segundo se vive pior ou melhor. Uma alta dízima obituária traduz má situação sanitária, abundância de doenças, fraca vitalidade; se a quota baixa, é sinal de melhoria, de menos doenças, de mais resistência orgânica. Posto isto vejamos o que se tem passado com a Europa. A Europa tinha, no fim do século XVIII, 175 milhões de habitantes; quarenta anos depois subia a 250 milhões; em 1911 tinha 453 milhões; hoje deve ter mais de 460 milhões. Só nos últimos trinta anos, a população europeia aumentou de cerca de 120 milhões. A que é devido este extraordinário incremento, sabendo-se que a emigração ainda lhe tira todos os anos um número enorme de indivíduos? Só pode ser atribuído a uma crescente e vivedoura natalidade ou a uma redução considerável na mortalidade. Ora dizem-nos as estatísticas que a primeira hipótese se não verifica, pois as taxas natalícias, com oscilações várias, tendem mais para abaixamento que para uma alta; pelo contrário as taxas de mortalidade tem vindo baixando progressivamente, num decrescendo que explica perfeitamente o desenvolvimento das populações.



«É claro que nem só à higiene se pode atribuir este reforçar de vitalidade; melhores condições económicas e morais reflectem-se nas cifras dos óbitos em reduções operadas por um maior bem-estar. Mas é preciso não desvirtuar ou precipitar a interpretação do fenómeno, porque o seu exame mostra à evidência que à higiene cabe de direito o papel mais importante nessa colossal poupança de vidas. As grandes medidas de saneamento, a prática perseverante e cuidadosa da sanidade oficial, demonstram esplêndidamente a sua acção benéfica pela comparação das tabelas estatísticas erigidas antes e depois da sua adopção. E afinal as mais favoráveis condições de vida, que se apontam como factores de progresso populacional, devem essa designação ao facto de conduzirem à adopção de normas individuais e colectivas de viver, que não são em última análise mais do que a aplicação de preceitos de higiene, vulgarizados entre indivíduos ou aplicados por colectividades.»

Foram estes períodos escritos há perto de 40 anos ⁽¹⁾, quando não podia prever-se o aparecimento de tantas drogas com que hoje se combatem muitas doenças, levando à quebra da mortalidade por elas então provocada. Se as escrevesse hoje teria de acrescentar, aos factores da progressiva degressão das quotas de mortalidade, os progressos da medicina. A clínica também dá a sua participação ao fenómeno demográfico, embora seja difícil apurar até onde ela vai, por este factor se conjugar com os outros, de higiene geral, de assistência profiláctica e de melhoria das condições de viver das populações.

O médico sanitarista está ao par do assunto de esta minha nota; mas parece-me que não será desinteressante, para o que exerce os outros campos da medicina, saber como tem evoluído as quotas portuguesas de mortalidade, e qual o grau de essa evolução em cotejo com a de outros países, de modo a conhecer-se o caminho andado e o que ainda se deve percorrer.

Deixando para outras ocasiões o tratar de aspectos particulares da questão, encaro hoje, com a maior singeleza possível, o caso da mortalidade geral, e começo por expor o mapa (Quadro I) da evolução das quotas na metrópole, cifradas em médias de taxas anuais, por grupos de cinco anos desde que há dados estatísticos oficiais ⁽²⁾.

⁽¹⁾ A Higiene — «Portugal Médico», 1, 1915, N.º 10, pág. 621.

⁽²⁾ Quotas inscritas nos «Anuários Demográficos» do Instituto Nacional de Estatística.

Por esse quadro se vê que até mil novecentos e vinte e tal as quotas haviam sofrido leve descida, quebrada no quinquênio de 1916-20 por motivo da pandemia gripal principalmente, e ainda que com menor influência pelas epidemias de tifo exantemático de 1918 e 1919; com efeito, a taxa de 1918 foi desabalada, de 41,40, e ainda muito acima das relativas aos anos próximos as de 1919 e 1920, respectivamente de 25,38 e de 23,68. Depois, a descida acelera-se, com notáveis reduções dos valores, mais acentuadas nos últimos anos, em que baixam da casa dos 14: em 1949-12,84, em 1950 — 12,11, e em 1951 (último ano publicado) — 12,36.

I

Mortalidade geral em Portugal

1886-90	22,36	1911-15.	20,48	1936-40	15,67
1891-95	21,19	1916-20.	26,87	1941-45	15,66
1896-900	21,39	1921-25.	20,45	1946-50	14,94
1901-05	19,92	1926-30.	18,41	—	
1906-10	20,03	1930-35.	16,92	1951	12,36

Como mostrei ao tratar aqui (P. M., N.º 12 de 1952) da mortalidade infantil, foi a quebra de esta que sobretudo influiu na quebra da mortalidade geral, embora em todas as idades se tenha observado nitida degressão. O que indica que os factores de ordem geral, médicos e sociais, actuaram benêficamente.

Para exemplo de quanto a clínica alia a sua intervenção à dos progressos de higiene geral e salubridade pública, é adequado o da febre tifóide, pela circunstância de ser doença cuja expansão é dominada por esses progressos e pela de haver agora o tratamento pela cloromicetina, que reduz enormemente a mortalidade anteriormente verificada. O quadro II regista o volume dos óbitos e o respectivo índice de mortalidade por 1.000 habitantes, nos quinze anos que vão de 1937 a 1951. Com as variações sempre registadas, nos primeiros dez anos, de 1937 a 1946, a média das taxas anuais dá o valor de 0,18 óbitos; mas de então para cá a descida é constante e rápida, mostrando a média das taxas de 1947 a 1951 uma redução de 61 % sobre a média das taxas do quinquênio anterior. Embora nem todos os doentes, mormente nas aldeias, tenham sido tratados por meio do antibiótico, o emprego de este deve ter influído muito para a melhoria obser-

vada, combinando os seus efeitos com os das medidas de profilaxia geral, estas sobretudo pelo que respeita a obras de abastecimento em água, que ultimamente tomaram notável incremento, mercê dos esforços das autoridades sanitárias e das participações financeiras do Estado.

II

Mortalidade por febre tifóide em Portugal
(por 1.000 habitantes)

Anos	Óbitos	Taxas	Anos	Óbitos	Taxas	Anos	Óbitos	Taxas
1937	1.312	0,18	1942	1.526	0,19	1947	878	0,11
1938	1.171	0,16	1943	1.794	0,23	1948	715	0,09
1939	1.192	0,16	1944	1.402	0,18	1949	720	0,08
1940	1.552	0,20	1945	1.321	0,16	1950	396	0,05
1941	1.597	0,21	1946	1.249	0,15	1951	232	0,03

Noutros sectores da patologia, mormente na infecciosa, as modernas terapêuticas não podem ter deixado de influir na quebra da mortalidade.

*

Veja-se agora o confronto internacional, que se estabelece com os países da Europa por inteiro situados para cá da cortina de ferro soviética, tomando elementos colhidos em várias publicações de estatística demográfica ⁽¹⁾, e nos citados Anuários Demográficos portugueses.

Referem-se aos anos próximos das datas decimais habitualmente usadas para os recenseamentos da população, e no século presente ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Annuaire Statistique de la Société des Nations, 1942/44. Genève, 1945. — Organisation Mondiale de la Santé: Rapport Épidémiologique et Démographique, vol. III, N.ºs 2-3, 1950. — Louis Henry: Natalité et mortalité en Europe; in «Population», VII, N.º 2, Avril-Juin 1952.

⁽²⁾ O facto de se tomarem, como fez o relatório da O.M.S., números relativos a dois ou três anos, não tem para o caso importância de maior, por qualquer taxa anual aberrante não poder alterar a linha de tendência.

Como se vê pelo quadro III, são muito diversos os valores das quotas da mortalidade, tanto no início do século como recentemente; mas para todos os países a linha geral é descendente através dos cinquenta anos, linha quebrada apenas pela incidência da guerra nos países invadidos, com excesso de letalidade maior ou menor em 1940, em todos com excepção da Dinamarca.

III

Evolução da mortalidade em países da Europa

Países	1900	1910	1920	1930	1940	1950
Bélgica	18,3	15,9	13,9	13,3	16,9	12,6
Dinamarca	15,8	13,2	11,8	11,1	10,2	9,0
Espanha	28,3	23,1	22,3	17,0	17,6	11,2
Finlândia	21,5	17,4	16,0	14,0	19,6	10,2
França	21,0	18,6	17,4	15,9	18,2	13,0
Grã-Bretanha	17,4	14,2	12,9	12,3	13,7	12,1
Holanda	17,6	13,7	11,5	9,3	9,7	7,6
Irlanda	17,1	16,3	15,6	14,5	14,3	13,5
Itália	22,9	20,6	17,5	14,5	13,7	10,1
Noruega	15,8	13,4	12,1	10,7	11,0	8,6
Portugal	21,1	20,6	22,2	16,9	16,5	12,2
Suécia	16,4	13,9	12,9	12,0	11,4	10,0
Suíça	18,6	15,5	13,4	12,0	11,1	10,4

Actualmente, a posição de Portugal não é das mais favoráveis, mas também não é já das piores, como sucedia no começo do século; pela mesma altura estão as quotas da Bélgica e da França, e bastante acima a da Irlanda. E considerando que a descida nas cifras indicadoras da mortalidade só começou realmente em Portugal nos últimos trinta anos, e que por toda a Europa havia começado antes, o progresso realizado não desmerece no confronto. Nesses trinta anos, tomando para ponto de partida a taxa de 21, a redução foi de 40 por cento. Esta redução foi proporcionalmente inferior à verificada no espaço dos cinquenta anos na Espanha (60 %), na Holanda (57 %), na Itália (56 %), na Finlândia (53 %), na Noruega (46 %), na Suíça (44 %) e na Dinamarca (43 %); mas foi superior à obtida na Suécia (39 %).

na França (38 %), na Bélgica e na Grã-Bretanha (31 %) e na Irlanda (21 %). Acresce ainda a circunstância de, apesar da diminuição das nossas taxas de natalidade, estas serem mais altas do que as apresentadas por todos os outros países em questão, o que faz avultar as quotas da mortalidade, por serem mais morredoiras as criancinhas do que os adultos antes da velhice. A inversão numérica dos índices de natalidade e de mortalidade é norma quase geral, da qual hoje, na Europa livre, só desatremam nitidamente a Holanda (com alta natalidade, de uns 22, e a baixa mortalidade de menos de 8) e a Bélgica (com baixa natalidade, de uns 16, e relativamente alta mortalidade, acima de 12).

Por tudo isto, é justo reconhecer que o trabalho dos médicos, higienistas e clínicos, tem contribuído por certo sensivelmente para a soma dos factores de vária ordem que condicionam a saúde da população, avaliada pelos dados da estatística demográfica tabeladora da mortalidade.

*

Para fechar esta singela nota apresento o inventário teórico (elaborado por M. Pásqua e publicado no citado relatório da O.M.S.) indicador da quantidade aproximada de vidas que se pouparam entre 1900 e 1947, mercê do abaixamento das quotas de mortalidade; a que junto o cálculo para Portugal, nele omitido.

IV

Poupança de vidas em países da Europa (1900-47)

Bélgica . . .	59.000	França . . .	321.000	Itália . . .	484.000
Dinamarca . .	28.000	Grã-Bretanha	217.000	Noruega . . .	20.000
Espanha . . .	424.000	Holanda . . .	89.000	Suécia . . .	38.000
Finlândia . . .	39.000	Irlanda . . .	8.000	Suíça . . .	33.000
		Portugal . . .	58.000		

Apesar de não ser ortodoxamente estatístico, serve bem para dar uma ideia de quanto a civilização do nosso século tem feito em benefício da vida humana, como activo que não podem ofuscar os malefícios que somos forçados a reconhecer-lhe. Relativamente a Portugal pode dizer-se que, se em 1947 mantivesse a taxa mortuária de 1900, em vez dos 110.437 óbitos registados nesse ano teríamos de contar com 169.070; uma poupança de mais de 58.000 vidas!

Duplicidade uretral completa

por JACINTO DE ANDRADE

Urologista do Hospital de Santo António

Porto

O aparelho urinário é sem dúvida aquele que regista maior número de anomalias, algumas das quais muitíssimo frequentes, outras muitíssimo raras. De todas, a considerada como mais frequente é a duplicidade, parcial ou completa, de alguns dos segmentos da sua árvore excretora. Como exemplo, cita LOWSLEY, as variações de número dos ureteres, malformação que constitui de longe a mais frequente das anomalias ureterais, sendo a sua duplicidade, com duplos bacinetes, mais frequente do que o conjunto de todas as outras anomalias destes canais.

Por curiosa coincidência, também no aparelho urinário se encontra a mais rara das anomalias registadas no corpo humano e, o que é mais singular, reveste-se também do carácter de duplicidade — a duplicidade do segmento distal. Efectivamente, a DUPLICAÇÃO URETRAL COMPLETA, isto é, a *uretra dupla com pénis simples*, é malformação extremamente rara e a mais rara das anomalias verificadas. Apenas se encontram publicadas 16 observações e, contudo, a sua raridade faz com que, parece, tenham sido publicados todos os casos conhecidos desde a mais remota antiguidade, tendo já ARISTÓTELES assinalado o caso de um pénis provido de dois meatos.

Na realidade aparecem registados na antiga literatura médica, indevidamente classificados como uretras duplas, muitas observações de canais justa-uretrais que, na verdade, não merecem tal classificação, erro que provinha da impossibilidade de estudo minucioso do canal acessório, quando não se dispunha dos recursos de exploração com que a urologia se enriqueceu modernamente. Como escreveu CHAUVIN «as malformações anteriores interessando a uretra balânica ou peniana, foram as primeiras estudadas, porque eram facilmente percebidas ao simples exame externo. Mas desde que o canal acessório se prolongava profundamente para a pequena bacia, as dificuldades de exploração tornavam as descrições anatómicas muito pouco precisas. Raras eram as intervenções cirúrgicas permitindo verificar o modo de terminação atrás da sínfise púbica da uretra suplementar, para que se pudesse precisar a sua terminação em fundo de saco ou o seu prolongamento até à bexiga». Mesmo LE FORT, que em 1896

publicou laborioso e bem cuidado trabalho sobre as *anomalias fistulosas do pênis*, quase negava a existência da uretra dupla verdadeira, escrevendo até, que o canal supranumerário era sempre cego, que a injeção forçada feita por este canal não progredia e que um só autor, MEISELS, pudera ver a injeção forçada penetrar na bexiga.

A raridade da completa duplicação uretral e esta falta de adequados meios de exploração fez com que a sua existência fosse ignorada, ou até mesmo negada, por muitos autores con-

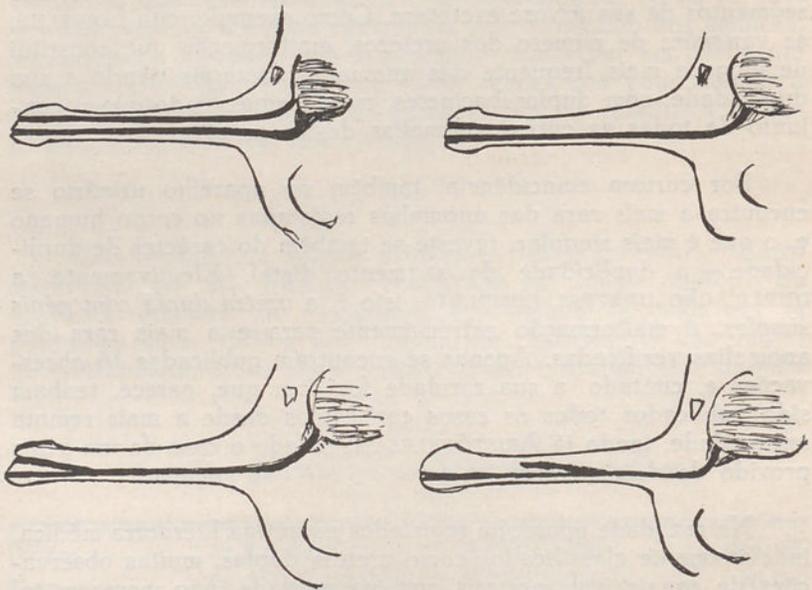


Fig. 1

sagrados, entre os quais cito LEGEU que, durante muito tempo, só admitiu a existência da uretra dupla nos casos de pênis duplo. Assim, a pág. 360 do seu *Precis de Urologie*, escreveu: «...a verdadeira uretra dupla, de que existe um pequeno número de casos, comporta dois pênis, tendo cada um a sua uretra». É curioso, contudo, notar que, 10 anos mais tarde, em 1931, este eminente urologista apresentou à Sociedade Francesa de Urologia, sob a indevida classificação de uretra dupla, a descrição dum longo canal justa-uretral, «que se prolongava para além da sínfise púbica, sem comunicação com a bexiga nem com a outra uretra», terminando numa cavidade, cujo aspecto radiológico se aproxi-

mava do de uma vesícula seminal. CHEVASSU criticou esta comunicação, salientando e lamentando a imprecisão do seu estudo.

Mais atenta observação e o valioso auxílio do exame endoscópico e radiológico, permitiram o cuidadoso exame e classificação dos trajectos congénitos para-uretrais, a confirmação e o destaque da verdadeira uretra dupla. Esta designação tem de ser exclusivamente reservada aos *canais justa-uretrais completos, totalmente permeáveis, que se estendem sem descontinuidade, desde uma abertura vesical a um meato externo, ordinariamente ectópico, sem se confundir, em nenhum ponto, com a uretra normal*. Definição de CHAUVIN que se impõe para auxiliar as falsas uretras duplas, nome com que inúmeras vezes aparecem designados simples trajectos fistulosos do pênis, não obstante o bem detalhado estudo desse autor, publicado em 1927, onde magistral e claramente fez a classificação e estabeleceu a nomenclatura dos canais justa-uretrais, e a que se têm reportado os anatomistas.

Oportuno parece recordar esta classificação:

CANAIS JUSTA-URETRAIS

- a) Uretras duplas verdadeiras;
- b) Fistulas cegas justa-uretrais;
- c) Bifurcações da uretra;
- d) Divertículos canaliculados da uretra.

Os desenhos juntos (fig. 1) dispensam a descrição.

*

A raridade desta anomalia e um conjunto de singulares particularidades, que se encontram reunidas na observação que vai ser descrita e que eleva a 17 o número dos casos registados, justificam a sua publicação:

P. L. P., de 19 anos, solteiro, empregado comercial. Registado na Consulta de Urologia e Venereologia do Hospital de Santo António, sob o n.º 264 de 1939.

Indivíduo robusto, bem constituído, não apresentando anomalias fora do aparelho uro-genital. Consulta por blenorragia contraída há cerca de 15 meses, da qual se mantém leve purgação saindo dum orifício situado na glande, 3 milímetros acima do meato. Conhecia bem a existência deste orifício anormal, que sabia ser congénito e que nunca o impressionara, por seu avô

paterno lhe ter confessado possuir igual anomalia, que jamais o incomodara. Afirma que este orifício nunca deu saída a esperma, durante a erecção ou a ejaculação, nem tão-pouco a urina, mesmo que durante a micção esforçada a impedisse por oclusão do meato normal. Fazendo repetir esta manobra verifiquei a realidade da narração.

A sua história começava desde que, havia 15 meses, quatro dias depois de coito suspeito, notara o aparecimento de purgação amarelada que fluía com alguma abundância, e nenhum incómodo, desse orifício anormal. Só alguns dias depois appareceu a purgação da uretra verdadeira, com ardência uretral durante a micção. Do tratamento instituído (lavagens e instilações nos dois canais) resultara o desaparecimento da purgação uretral, mas mantinha-se gota purulenta no meato anormal, que 15 meses de tratamento intensivo não fizera desaparecer, o que o trazia à consulta hospitalar.

Pênis bem desenvolvido, aspecto normal, prepúcio curto e são, sistema piloso normal e regularmente distribuído. A glândula apresenta na face dorsal, 3 mm. acima do meato, um orifício de 4 mm. de comprimento, triangular, limitado por dois lábios iguais, são, não unidos, ligados na parte superior por uma commissura regular, e cujas extremidades dirigidas para baixo e para diante, se vem apagando em leque e terminam à superfície da glândula, um pouco acima do meato normal. Afastando os lábios daquele orifício, vê-se uma pequena porção do canal que o continua, forrado por uma mucosa de aspecto e cor habituais da mucosa uretral (fig. 2). Deste meato ectópico surge por expressão, feita detrás para diante ao longo do pênis, gota purulenta branco-amarelada, espessa em que o exame microscópico revelou abundantes plócitos, bastantes diplococos com os caracteres tinturiais e morfológicos do gonococo e numerosas células epiteliaes.

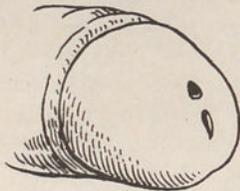


Fig. 2

No seu passado nada há digno de menção. Pelo contrário, os seus antecedentes maternos são bastante sombrios. Assim é que o bisavô e avô maternos sofriam de alienação mental, pelo que o último, dada a sua excitação, foi internado em manicómio onde faleceu aos 80 anos. Sua mãe é casada em segundas núpcias, tendo o primeiro marido falecido de tuberculose pulmonar. Dele gravidou cinco vezes: quatro filhos são vivos e saudáveis; ao outro vitimou-o a gripe pneumónica em 1918. Do segundo casamento gravidou dezasseis vezes, das quais apenas seis foram a termo. Dois filhos faleceram em tenra idade. Estão vivas três raparigas de constituição débil e o doente de quem me ocupo. Das 10 vezes em que a gravidez foi interrompida, quatro pelo menos, foram-no por molas hidatiformes, verificadas por médico.

Os avós paternos, saudáveis, faleceram de idade avançada. É apenas digna de registo a circunstância de possuir seu avô anomalia do mesmo género daquela de que nos ocupamos, a acreditar na confissão feita ao neto.

Urina: límpida, com alguns filamentos no 1.º copo, sem açúcar nem albumina.

Uretra: bom calibre, passando com facilidade o explorador n.º 22.

Próstata e vesículas: insuspeitas.

Bexiga: boa capacidade; resíduo nulo.

Órgãos escrotais: insuspeitos.

Palpação renal e ureteral indolor.

A urografia excretora, endovenosa, permitiu verificar a normalidade funcional e anatómica de toda a árvore urinária superior.

Procedi, depois, à exploração do canal anormal, para verificar a sua direcção, calibre, comprimento e terminação. O meato superior, ectópico, admite facilmente o explorador n.º 16, cuja progressão pelo canal, que imediatamente o continua, é interrompida a cerca de dois cm. de profundidade. A introdução sucessiva de exploradores de calibres descendentes demonstra que o canal, indolor ao cateterismo, é irregular no seu calibre, está situado imediatamente por baixo do forro do pénis e parece alojado na goteira dorsal que entre si formam os corpos cavernosos. O seu trajecto é permeável na extensão de 12 cm., ao explorador n.º 9 que não progride mais. A palpação demonstra que a bola do explorador se encontra detida mesmo ao nível da raiz do pénis, imediatamente junto da sínfise púbica. Retirando o explorador, consegui fazer progredir com facilidade, uma vela filiforme que totalmente se insinua pelo canal. É evidente que este, passando por debaixo da sínfise, se prolonga até à bacia, onde a filiforme penetra livremente.

Institui tratamento com lavagens e instilações no canal anormal, com o que poucas melhoras obtive. O emprego de sulfapiridina, então de aparecimento recente, produziu notável melhoria, tornando-se a purgação muito mais fluida e reduzida, revelando sensível diminuição do número de gérmenes, o que permitiu continuar a exploração.

Um líquido corado, azul de metileno, injectado sob alguma pressão, no canal supranumerário, não refluiu pela uretra normal e, terminada a injeção, tão-pouco refluiu pelo meato ectópico por onde se introduzira. A água, com que previamente enchi a bexiga, foi, por micção normal, expelida uniformemente corada de azul, desde o início ao final da micção, o que absolutamente confirmou a comunicação da uretra anormal com a bexiga. O líquido corado, injectado mais tarde pela uretra verdadeira, também não refluiu pelo canal anormal — os dois canais não comunicam entre si.

A uretoscopia anterior, realizada com o uretoscópio de Luys, revelou uma uretra normal. A uretrocistoscopia realizada com o uretrocistoscópio de Mac Carthy, nada revelou de anormal na uretra posterior, nem na bexiga, que apresentava o aspecto habitual, não evidenciando divertículos nem meatos ureterais anormais. Não foi, contudo, possível, sem artificio, descobrir a

abertura vesical da uretra acessória. Para o evidenciar, mantendo o uretroscópio em posição na bexiga, injectei azul de metileno pela uretra anormal, o que tornou possível localizar, na vertente superior do colo vesical, um orifício punctiforme por onde nitidamente se escoava, em finíssimo jacto, sob pressão, o liquido azul que, embatendo contra a objectiva, não permitia a observação minuciosa do orifício donde provinha. Repeti o exame, injectando pela uretra acessória, não um soluto aquoso, mas sim Lipiodol, que sabia ter dado bom resultado em estudo semelhante, o que me permitiu verificar a sua entrada na bexiga, gota a gota, provindo dum orifício punctiforme que se tornava inaparente depois da saída da gota oleosa (fig. 3).

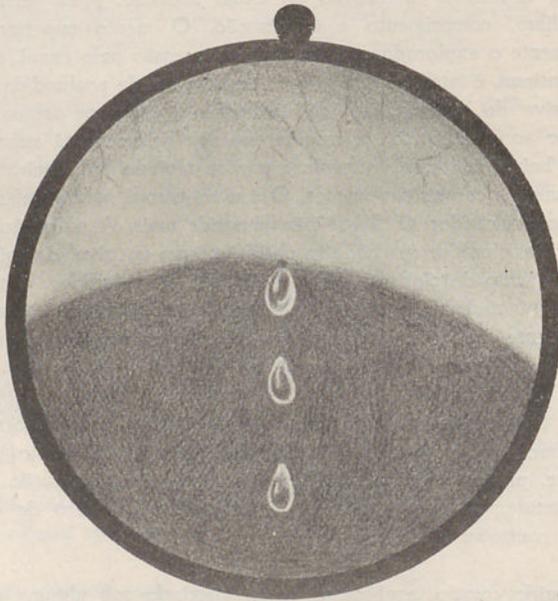


Fig. 3

Realizei mais tarde a uretrografia retrógrada da uretra supranumerária, utilizando Lipiodol como meio de contraste e tendo previamente introduzido pela uretra normal um cateter ureteral opaco e graduado (fig. 4), cuja extremidade se vê enrolada na bexiga. Obtiveram-se várias imagens que mostram com nitidez, que a uretra supranumerária não tem qualquer solução de continuidade, parecendo manter regular e quase constante calibre em toda a sua extensão, que caminha paralela à uretra normal, equidistância que se mantém até à região perineal onde, ao tornar-se mais profunda, se aproxima da uretra verdadeira, com a qual de novo se torna paralela, sempre em nível superior, situação de independência que mantém, terminando na bexiga um pouco acima da abertura vesical, ou seja, justamente a meio do lábio superior do colo.

Este exame permite confirmar *cistoscópica e radiologicamente* a existência duma uretra supranumerária, completa, que dum meato ectópico situado na glande, acima do meato uretral, se prolonga sem solução de continuidade, ao longo da goteira que os corpos cavernosos formam entre si. Subcutânea na sua porção peniana, disposta paralelamente à uretra verdadeira, situada no mesmo plano sagital, sem com ela ter qualquer comunicação, terminando na bexiga por um orifício punctiforme, situado no lábio superior do colo, apresentando ligeiras variações de cali-

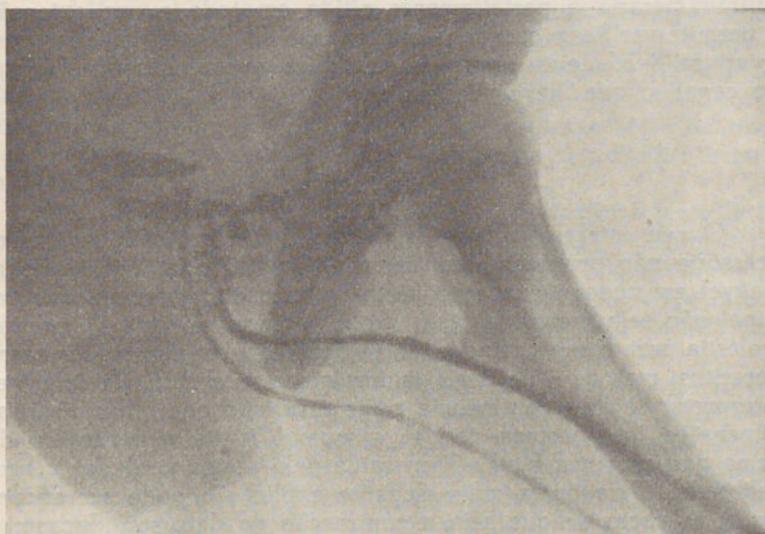


Fig. 4

bre em toda a sua extensão, permeável aos líquidos injectados desde o exterior, mas sendo perfeitamente continente.

*

Até hoje apenas foram descritas 16 observações de *uretra dupla verdadeira com pênis simples*. Alguns destes casos foram tão incompletamente estudados que deixam sérias dúvidas da justeza da sua classificação. O que descrevo agora eleva a 17 o seu número. Não é, contudo, a grande raridade que lhe dá maior interesse. Este em grande parte resulta de ser o único caso descrito que se pode considerar pormenorizada e completamente estudado.

Com a observação semelhante, apresentada em 1938 por EUGENE TRUC, em comunicação ao 38.º Congresso Francês de Urologia, constituem os dois únicos casos confirmados pela cistoscopia e pela radiografia. Porém, como observou CHEVASSU na apreciação que fez ao trabalho de TRUC, a uretrografia que este autor apresentou não fornece indicações precisas, porque a imagem radiológica da uretra anormal não é completa, pois que a sua porção justa-vesical não aparece contrastada, não apresentando continuidade até à bexiga.

No caso que apresento a imagem radiográfica da uretra supranumerária é perfeitamente nítida em toda a sua extensão e permite verificar, com rara nitidez, não só as suas relações com a uretra verdadeira, como as variações apresentadas ao longo do canal, o que lhe concede real valor.

*

O seu interesse reside também na circunstância da uretra acessória não provocar incontinência, embora seja, como é, permeável em toda a sua extensão. Realmente surpreende que tal canal não seja incontinente, o que a verificar-se seria de grande moléstia para o seu portador, como acontecia em alguns dos casos descritos, mas que lhe daria maior interesse clínico. Creio dever interpretar-se esta continência como resultado das reduzidíssimas dimensões da abertura vesical, o que dificulta a passagem da urina que encontra fácil e livre saída pela uretra verdadeira, bem calibrada. Uma outra mais elegante explicação pode ser encontrada no facto de que seja a contracção do detrusor, durante a micção, que cerre entre as suas fibras a porção intramural desta uretra anormal que o atravessa, funcionando assim como providencial esfíncter. A continência, no intervalo das micções, resultaria de que a fraca pressão intravesical, não seria suficiente para vencer a resistência devida ao reduzido calibre do seu orifício interno.

*

Não menor interesse é oferecido pela possível existência de semelhante anomalia em seu avô paterno, hereditariedade esta que parece desconhecida da quase totalidade dos autores e a que apenas se encontra referência no *Dictionnaire des Sciences Médicales*, onde no capítulo «Monstruosidades» se cita «...a observação devida a TESTA (*De Re Medica et Chirurgica*, epist. VII, Ferrariae, 1787, pág. 136) dum pai e dum filho que, ambos,

tinham no pênis um orifício duplo, um situado acima do outro, por um dos quais saía urina, enquanto que pelo outro saía esperma», pelo que é de crer que o canal acessório terminasse nas vesículas.

*

É também digna de registo a particularidade da infecção gonocócica deste canal ser primitiva, só mais tarde surgindo a purgação da uretra verdadeira, como que infectada secundariamente. Idêntica observação tinha já sido registada. Assim POSNER & SCHWYZER, citados por LE BRUN, descreveram um conduto cego justa-uretral que terminava «por uma ampola situada para além da camada muscular do diafragma pélvico, que duas vezes tinha sido atingido por blenorragia, independentemente da uretra». LE BRUN é de opinião que a blenorragia invade só a uretra supranumerária ou invade os dois canais.

Foi TRUC quem primeiro explicou satisfatoriamente este fenómeno. A infecção primitiva do canal anormal, também verificada no caso que descreveu, é por ele apresentada como «uma prova certa do papel profiláctico da micção após um coito infectante». A uretra supranumerária não lavada pela urina, não aproveitaria desta detergente profilaxia.

Sem menosprezar o valor desta curiosa e inteligente interpretação de TRUC, mesmo porque o mérito da micção post-coito está suficientemente esclarecido, creio que uma outra causa poderá também ser invocada. Nos poucos casos em que foi possível realizar o seu exame histológico foi verificado que a mucosa da uretra anormal possuía estrutura semelhante à estrutura habitual da uretra — epitélio estratificado, coriön de fibras elásticas e musculosa de fibras lisas. Mas, mesmo que esta mucosa possuísse as propriedades da mucosa normal, é de crer que a sua congénita inactividade lhe acarrete profundas alterações que permitam a sua fácil infecção, infecção que se reconheceu ser muito mais resistente ao tratamento.

*

Em todas as observações a uretra acessória é mediana, situada na goteira que entre si formam os corpos cavernosos. Apenas uma só vez, no caso de MARION, a uretra anormal se encontrava na mesma linha horizontal com a uretra verdadeira o que MARION interpretou como «uma malformação intermediária entre a uretra simples e a uretra dupla com pênis duplo, em que o pênis supranumerário, apenas representado pela sua uretra,

ficou soldado ao pênis normal». É necessário notar que o caso descrito por MARION não é de verdadeira duplicação, mas sim de bifurcação uretral, visto que a uretra anormal «ia desembocar ao nível da região bulbar da uretra normal».

*

Ainda que descabidas aqui as considerações de carácter patogêneo, convém recordar que, sob o ponto de vista embriológico, ainda não foi possível encontrar uma explicação cabal da origem da uretra acessória completa. As teorias apresentadas são em número quase igual ao dos casos descritos. A tese de origem francesa, a mais vulgarizada, de que «a lâmina epitelial partida da membrana cloacal, que dá nascença à uretra, se prolongaria pelo gomo genital até à sua face dorsal, constituindo um verdadeiro septo mediano que se encontraria ulteriormente dividido em duas partes, uma inferior que daria a uretra normal, a outra superior que daria a uretra suplementar», não é geralmente aceite fora de França.

Acumulam-se os argumentos que a contrariam, entre os quais avulta o de nem sequer poder explicar a uretra dupla na mulher, na qual a uretra deriva na totalidade do seio urogenital.

A mais moderna teoria, e que até agora melhor parece resistir às críticas, baseia-se na hipótese que atribui uma origem embriológica diferente para toda a parede superior da uretra, anterior e posterior, que se formaria à custa da parte dorsal do seio urogenital. O desenvolvimento exagerado desta parede dorsal levaria ao desdobraimento longitudinal da uretra, em maior ou menor extensão.

*

Depois de cuidadosa pesquisa bibliográfica, ASTUNI em 1937, reuniu 13 observações, de algumas das quais, porém, não é possível verificar a realidade da duplicidade completa, e acrescentou-lhe a que então publicou, o que elevou a 14 o número dos casos descritos até essa data. Desde 1939, embora prejudicado pelo período de guerra, tenho pretendido actualizar esta lista. Há apenas conhecimento de mais duas observações: a de TRUC (1938) e a de MOORE (1946). O que descrevi eleva para 17 o número dos casos publicados, observados no homem.

É curioso notar que, na mulher, um só caso foi descrito — o de DANNREUTHER, em 1923.

Não há contribuição portuguesa para este assunto. Registo,

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



*em fracturas de crâneo
e comoção cerebral
Doenças dos ouvidos (Ménière,
Doenças do sistema nervoso
central (tumores cerebrais)
assim como nas enxaquecas
e nevroses vasomotoras*

Terapêutica:

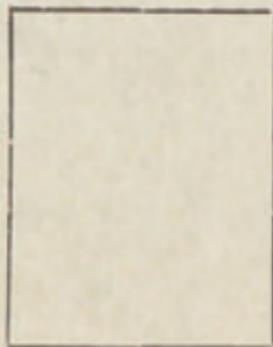
Monotrean

Frasco com 30 drageas — Amostras e literatura, a pedido

LUITPOLD-WERK MUNIQUE

Representante em Portugal: AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA

Firma



AUGUST VEITH, Herdeiros

Rua da Palma, 146

LISBOA

Queiram enviar-me amostra e literatura de

Dr. _____

Endereço _____

Assinatura

contudo, os mais importantes trabalhos nacionais, que com ele se relacionam:

— O Prof. Dr. J. A. PIRES DE LIMA publicou na *Gazeta dos Hospitais do Porto* (11: 163-169, 1912) sob o título «Dois casos de fistulas justa-uretrais congénitas» a descrição de anomalias encontradas em dois estudantes de medicina e a que, com precisão, cabe a justeza do título. Uma era «fistula cega externa justa-uretral da profundidade de 7 mm.». A outra apresentava «dois orifícios na glândula. As duas aberturas eram separadas por um septo muito delgado, sendo a superior apenas de 8 mm. de profundidade». Apresentou ainda ao XVIII Congresso Internacional de Medicina de Londres (*Section I, Anatomy & Embryology*, Parte II, 47-53, 1913), um outro caso de «fistula infundibuliforme, muito estreita, de 5 mm. de profundidade e separada do meato por um septo dum milímetro de espessura», que reuniu a outras observações semelhantes de autores portugueses.

— O Dr. HENRIQUE BASTOS apresentou ao 1.º Congresso Hispano-Português de Urologia (Lisboa, Julho de 1925) a descrição dum caso da sua clínica, que imprópriamente apelidou de *uretra bifida*. Da leitura da sua comunicação, integralmente transcrita no Livro de Actas do mesmo Congresso (págs. 116-118, 2.ª parte), verifica-se tratar-se, como na grande maioria dos casos indevidamente descritos como uretra dupla, dum extenso conduto, fistula cega externa justa-uretral, que dum meato existente na face dorsal da glândula se prolongava, paralelamente à uretra, numa extensão de 15 cm., que o autor cabalmente demonstrou não comunicar com a bexiga nem com a uretra, não se compreendendo a imprópria designação que lhe deu, visto não haver comunicação entre os dois canais. É curioso notar que a esta observação se refere o Prof. Dr. J. A. PIRES DE LIMA no livro *Vícios de conformação do sistema uro-genital*, classificando-a como «um raro caso de uretra dupla».

— O Prof. Dr. REINALDO DOS SANTOS (comunicação pessoal) observou na sua clínica particular um longo canal justa-uretral que apenas se prolongava até ao bolbo, pelo que não considerou o caso digno de publicação.

*

DE BERNE LAGARDE publicou em 1933, sob o inadequado título «Les Urètres Doubles» um extenso artigo onde, sem de longe o conseguir, procurou agrupar todos os casos publicados sob essa designação, acrescentando-lhe duas observações que lhe foram cedidas por PAPIN.

Reuniu 38 casos apenas, que não contêm todos as uretras duplas completas, registadas, e muito menos os numerosos trajectos para-uretrais, como uretras duplas descritos.

Os próprios casos de PAPIN são vulgares canais para-uretrais, dorsalmente situados, um de 14 o outro de 4 cm. de comprimento.

Não mencionaria esta publicação, como ASTUNI, TRUC e outros, que aparentam desconheçê-la, se não fosse para frisar que ela tem induzido em erro alguns tratadistas americanos, que indicam ter este autor reunido 38 casos desta rara anomalia.

BIBLIOGRAFIA

- AIEVOLI, Eriberto & BONABITACOLA — Contribution clinique à l'étude des canaux anormaux de la verge. *Arch. Gen. de Med.*, 2: 2177-2189, 1905.
- ASTUNI, Antonino — Contributo alla conoscenza delle malformazioni uretrali: uretra doppia completa. *Urologia*, 4: 32-39, 1937.
- AZAGRA, Luciano — Las llamadas uretras dobles. (Aportacion a sua casuistica). *Arch. Esp. de Urol.*, 5: 217-224, 1949.
- BERNARDET, George — Un cas d'urètre double avec penis simples. *Journ. d'Urol.*, 16: 232-233, 1923.
- BOECKEL, André — Un cas d'urètre double. (Urètre normal avec urètre epis-pade). *Comun. A. F. d'Urol.*, 10/x/1913. *A. F. U.*, 520-527, 1914.
- — Urètre à trois méats. *Journ. d'Urol.*, 7: 598: 600, 1917-1918.
- BROCA, A. — Epispadias balanique coincidant avec un urètre normal: urètre double. *La Pres. Med.*, 61: 596, 1914.
- CHAUSSIER & ADELON — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, 34: 187, 1819.
- CHAUVIN, E. — A propos des urètres doubles, en particulier de leurs variétés posterieures. *Journ. d'Urol.*, 22: 289-309, 1927.
- CRUIVEILHIER & SÉE — *Traité d'Anatomie Descriptive*, 2: 431, 1874.
- DANNREUTHER, W. T. — Complete double urethre in a female. *J. A. M. A.*, 81: 1016, 1923.
- DE BERNE-LAGARDE — Les uretres doubles. *Arch. Mal. de Reins et des Org. Gen. Urin.*, 7: 39-85, 1932-1933.
- DE KEERSMAECKER — Un diverticule de l'urèthre anterieur de l'homme. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 16: 561-568, 1898.
- DELBET, Paul — Un cas d'urethre double. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 16: 303-309, 1898.
- DUHOT — Un cas d'urètre double. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 20: 76-81, 1902.
- EHRENPREIS — Fistules du dos de la verge. *Journ. d'Urol.*, 7: 585-586, 1917-18.
- ESCAT, J. — Malformations Congénitales et Acquisées de l'urèthre. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 16: 2-29, 1898.
- FRONSTEIN, P. M. — Un cas d'urètre double. *Roussky Vratch.*, 12: 765-766, 1913 in *Journ. d'Urol.*, 4: 714-715, 1913.

- GIRARD — Urètre a cinq ouvertures. *Journ. d'Urol.*, 7: 67, 1917-1918.
- JANET, Jules — Les repaires microbiens de l'urètre. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 19: 897-939, 1901.
- LE BRUN, René — Les urètres doubles. *Journ. d'Urol.*, 2: 381-412, 1912.
- — Les uréthres doubles. (These pour le doctorat en Medecine). Paris, 1912.
- — Urètres doubles épispades. *Journ. d'Urol.*, 4: 35-41, 1913.
- LE FORT, R. — Anomalies fistuleuses congénitales du pénis. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 14: 624-(...), 1896.
- LEGUEU — Urètre double. *Comun. S. F. U. in Journ. d'Urol.*, 31: 396-397, 1931.
- LEVY, Fernand & PLANSON, Victor — Les canaux anormaux sous-uretraux. *Journ. d'Urol.*, 5: 419-433, 1914.
- MACKENZIE, David W. — Double urethra with operation. *Surg. Gyn. & Obst.*, 22: 344-349, 1916.
- MARCHAL — Trois cas de vice de conformation de l'urètre. *Comun. A. N. M. 27/4/1852. Bul. Acad. Nation. Med.*, 17: 640, 1851-1852.
- MARION, G. — Un cas d'urètre double chez l'homme. *Journ. d'Urol.*, 1: 235-236, 1912.
- — Traité d'urologie, 2: 817-818, 1935.
- MEISELS — Uréthre double chez l'homme. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 12: 388-389, 1894.
- MOORE, Charles Balcom — Reduplication of the urethra. *Journ. of Urol.*, 56: 130-132, 1946.
- O'HEERON, M. K. & WEBSTER, F. A. — Report of two cases of double urethra in the male. *Journ. of Urol.*, 55: 391-396, 1946.
- OUDARD & JEAN, G. — Canaux uretraux accessoires congenitaux. *Journ. d'Urol.*, 11: 177-201, 1921.
- PERKOWSKY — Blennorrhagie chronique d'un urethre surnuméraire. (Comun. 13.º Cong. Int. Med.). *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 18: 869-870, 1900.
- ROLNICK, Harry C. — The Praticce of Urology., 1: 175-176, 1950.
- TORSTEN, Rietz — Un cas de bifurcatio urethrae. *J. d'Urol.*, 10: 259-268, 1920.
- TRUC, Eugène — Un cas d'urètre double complet avec penis simple contrôlé par l'uretographie et l'uretroscope. *Comun. 38.º Cong. F. d'Urol.*, 603-610, 1938.
- UTEAU & BASSAL — Fistule congénitale de l'urètre. *Journ. d'Urol.*, 3: 615-617, 1913.
- WERNEUIL, A. — Ectopie congenitale partielle de la prostate et de ses conduits excreteurs. *Fistules congeniteles du penis. Arch. Gen. Med.*, 1: 660-671, 1886.
- WORMS, G. — Sur un cas d'urètre double hypospade. *Journ. d'Urol.*, 4: 775-779, 1913.

Exemplificação do tratamento de lactentes distróficos

por

J. R. AYRES PEREIRA e ARMANDO HENRIQUE TAVARES

Méd. volunt. do Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina do Porto

No dia 1 de Outubro último fomos encarregados de tratar um grupo de 14 lactentes, na sua maioria distróficos, que estavam internados no Hospício Materno Corte-Real, estabelecimento que alberga numerosos lactentes, uns criados a seio por suas mães, outros submetidos a aleitamento misto ou exclusivamente artificial; haviam dado entrada no Hospício tempos antes, uns com peso regular, outros já com manifesta hipotrofia, estado este que se estabelecera ou se mantivera pela conjugação de vários factores, de entre os quais o mais importante foi certamente um regime alimentar inadequado às particulares condições de cada um deles. Em quase todos havia processos infecciosos que contribuíam para impedir regular desenvolvimento do organismo dessas crianças e perturbações digestivas que levavam a dietas de sub-alimentação; estas duas circunstâncias provocavam um círculo vicioso, operando como agentes da hipotrofia e esta actuando como favorecedora da aparição e prolongamento do transtorno nutritivo.

Não havia falta de satisfatória enfermagem, pois, como tivemos ocasião de verificar, as duas empregadas que se revezavam na assistência permanente aos lactentes, diplomadas com o Curso de Enfermeiras-Visitadoras de Higiene, são de invulgar solicitude, perfeitamente aptas a desempenhar a missão que no Hospício lhes compete, compreendendo e executando bem todas as indicações clínicas.

A publicação das histórias desses lactentes, durante três meses de tratamento (Outubro a Dezembro), tem o objectivo de vulgarizar os procedimentos a adoptar para com os pequeninos distróficos; não precisam de as ler os pediatras, mas parece-nos que a sua leitura será útil aos clínicos gerais que, não estando habituados às técnicas da alimentação dos lactentes, podem ter que se haver com casos da índole dos que se relatam.

Há neste campo da pediatria um certo número de princípios basilares sem os quais não se obtêm os resultados pretendidos. Observando-os, os benefícios colhem-se em regra facilmente, como se verifica pelos relatos das observações dos referidos 14 lacten-

tes, que a seguir se apresentam, seriados por ordem decrescente da sua inferioridade ponderal, e terminando pelas observações dos que, tendo dado entrada no Hospício pouco antes de 1 de Outubro, em estado de nutrição sensivelmente normal, servem para mostrar como se deve proceder para com lactentes nestas condições.

*

1 — Rui J. P. — Idade: 10 meses. Peso: 4,620 kg. Alimentação artificial: 2 refeições de leite de vaca inteiro, 2 papas de leite e farinha, 2 caldos.

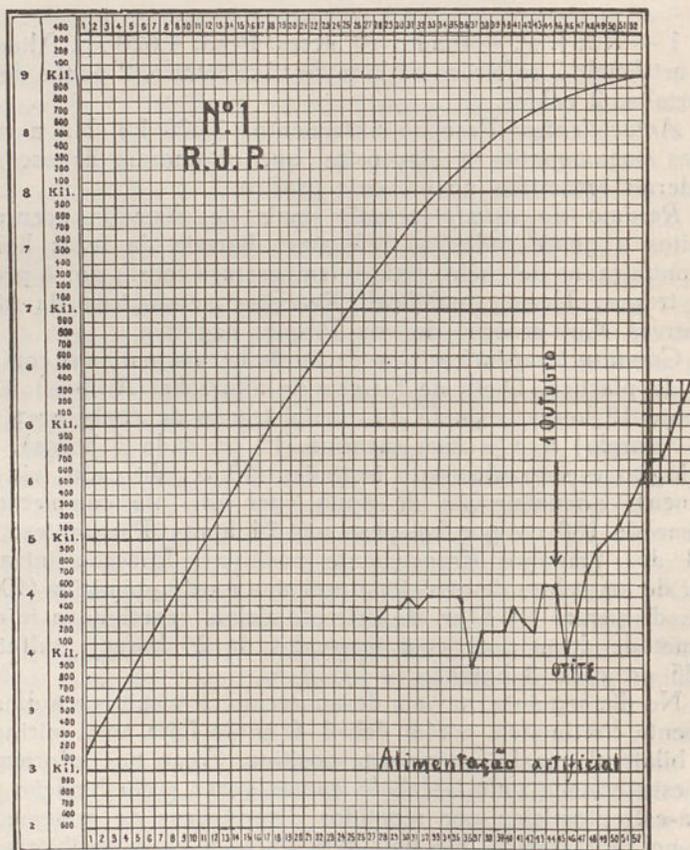
Antecedentes: Peso ao nascimento: 3,200 kg. Há a referir várias pneumopatias e dispepsias, que originaram as oscilações ponderais resumidas no presente gráfico.

Resumo do estado actual: sinais de distrofia acentuada; vômitos a quase todas as refeições; diarreia de fezes líquidas esbranquiçadas de cheiro fétido; temperatura febril; dor à pressão dos tragus. Hérnia umbilical. Reacções serológicas da sífilis: negativas. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: Contenção da hérnia umbilical com adesivo de plástico. Dieta de farinha de alfarroba (Arobon) a 2 % durante 12 horas, seguida da administração de «babeurre» (Eledon amarelo) a 3 % com sacarina (15 cc. cada 3 horas). Soro fisiológico e soro glicosado isotónico (50 cc. de cada, via subcutânea); administração de água «per os» até completar um volume de 180 cc. por kg. peso nas 24 horas. Paracentese bilateral dos tímpanos (francamente positiva). Injecção intramuscular de um soluto de penicilina-procaína e estreptomina (400 mil unid. de penic. + 0,5 gr. de estreptomina, repetindo a injecção de metade desta dose com intervalos de 24 horas); sulfatiazol (0,125 gr. cada 3 horas).

No dia seguinte, haviam desaparecido os vômitos e a diarreia; o doente continuava, porém, febril. É então feita nova miringotomia bilateral que foi novamente positiva. Como nos informassem que esta criança tinha recebido muitas vezes a combinação penicilina-estreptomina por repetidos diagnósticos de «pneumonia» e como receássemos que uma resistência a estes antibióticos se tivesse estabelecido neste doente de estado geral tão deficiente, substituímo-los por cloromicetina injectável (1 cc. cada 6 horas < > 400 mgrs. por dia — via i. m.). A quantidade e concentração dos alimentos aumentou: 100 grs. de Eledon amarelo a 10 % adicionado de dextrino-maltose a 3 %, administrados cada 3 horas. Injecção de soro fisiológico e glicosado isotónico, nas mesmas quantidades e pelas mesmas vias.

Ao outro dia, a criança estava apirética, continuando sem vômitos nem diarreia. A administração de cloromicetina injectável prolongou-se mais três dias, reduzindo-se a dose e aumentando-se o intervalo das injeções. A alimentação passou a fazer-se com «babeurre» adicionado de farinha e dextrino-maltose (Eledon azul), primeiro a 12 % e depois a 16 %.



Dois dias depois da suspensão do tratamento pela cloromicetina voltaram os vômitos e a febre. Nova miringotomia bilateral positiva; reiniciação do tratamento pela cloromicetina (200 mgrs/dia); hidratação com soros isotônicos. Plasma heterólogo por via endovenosa (100 cc.).

Os vômitos desapareceram e a temperatura baixou; no entanto, a administração de cloromicetina prolongou-se durante 10 dias.

Apesar do tratamento intenso a que foi submetida, esta criança perdeu nesta 1.^a semana 464 grs. de peso, como se pode verificar pelo gráfico, e receamos seriamente que não pudesse subsistir.

Serenada assim aquela sintomatologia, passamos à alimentação pelo leite inteiro acidificado e adicionado de farinha e açúcar (Pelargon), primeiro diluído a 15 % e depois a 20 %. Mais tarde substituímo-lo pelo leite de vaca fresco, inteiro, acidificado pelo sumo de limão e adicionado de 2 % de farinha e 5 % de açúcar. Preparados polivitaminados em dispersão aquosa, ácidos aminados e complexo B; vitamina C. Lentamente fomos introduzindo papas de farinha, de fruta, puré de vegetais, manteiga, gema-de-ovo, fígado, carne, peixe, miolos e assim, progressivamente, adaptamos esta criança à alimentação própria da sua idade.

Os aumentos de peso passaram então a fazer-se regularmente (ver gráfico), o que não acontecia desde há mais de quatro meses. No fim de Dezembro, com a idade de 1 ano e 5 semanas, o peso desta criança subira para 6,350 kg., em progressão superior à curva habitual.

2 — ELISABETE P. DA S. — Idade: 10 meses. Peso: 5,130 kg. Alimentação artificial: leite de vaca inteiro, papas, caldos.

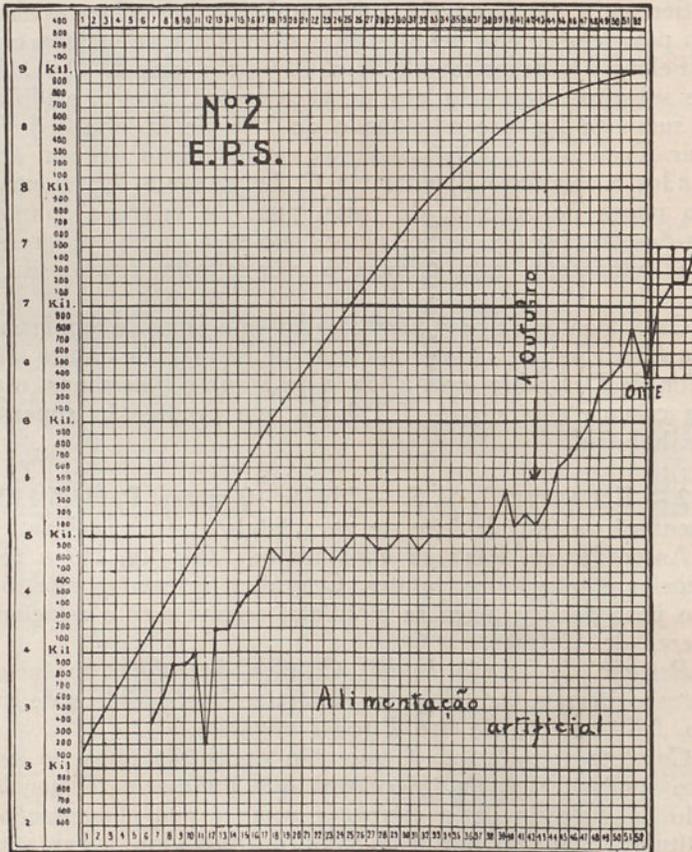
Antecedentes: Peso ao nascimento: 3,000 kg. Há a referir dispepsias e trâqueo-bronquites. O gráfico respectivo mostra-nos que o peso desta criança se mantinha sensivelmente estacionário há cerca de 4 meses.

Resumo do estado actual: Criança distrófica; ausência de vômitos e diarreia, actualmente. Apirexia. Sinais clínicos de raquitismo. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: Como não encontrássemos ao exame clínico quaisquer sinais infecciosos que pudessem influenciar o estado de distrofia desta criança e como a sua alimentação era constituída quase só por leite e hidrocarbonados, substituímo-la por outra, assim composta: — 1.^a refeição: Pelargon (depois substituído pelo leite fresco, acidificado, com farinha e açúcar); 2.^a refeição: puré de vegetais com 2 colheres das de chá de manteiga (em dias alternados: gema-de-ovo, fígado), sumo ou papa de frutos; 3.^a refeição: papa de 200 grs. de leite, 10 grs. de farinha e 10 grs. de açúcar; 4.^a refeição: semelhante à 1.^a (mais tarde: caldo de vegetais, sumo de frutos); 5.^a refeição: semelhante à 1.^a. Preparados polivitaminados em dispersão aquosa. Ácidos

aminados e complexo B. Choque vitamínico D₂ (600.000 U. de vit. D₂ com intervalos de 15 dias; total: 3 inj.).

A adaptação fez-se em uma semana e sem acidentes; já na 1.^a semana, a criança aumentou 210 gr. de peso, como mostra o gráfico, continuando a progredir dum modo regular.



Em 1/XII, sinais de otite, como complicação de rino-faringite; a precoce paracentese dos tímpanos e a administração da associação penicilina-estreptomicina nas mesmas doses do caso anterior resolveram este acidente sem mais complicações. Uma baixa de peso traduzida por um «gancho» no gráfico foi rapidamente compensada. Estamos convencidos de que a rápida e satis-

Albuminas, Gorduras e Hidratos de Carbono para uma refeição completa

Caldo de carne
clarificado

Pão torrado



120 grs. de peixe
200 grs. de batatas



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 drageas

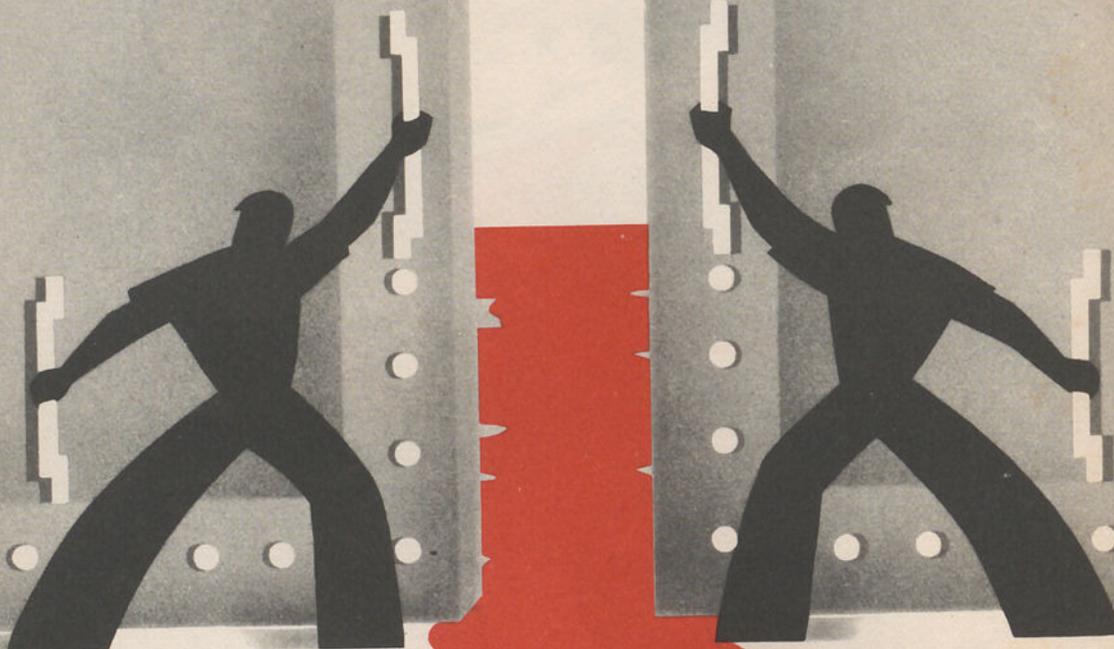
LUITPOLD-WERK MUNIQUE

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

fatória evolução da otite neste caso se deve em boa parte à notória melhoria do estado nutritivo por uma alimentação conveniente de há cerca de 2 meses.

Em 31 de Dezembro, com 1 ano e 1 mês de idade, esta criança pesava 7,500 kg., continuando depois a subida da sua curva ponderal.

3 — MARIA DA C. — Idade: 10 $\frac{1}{2}$ meses. Peso: 5,400 kg. Alimentação artificial: leite de vaca inteiro, papas, sopas.

Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Internada com 6 meses, pesando 4,470 kg.). Há a referir vários surtos broncopneumónicos.

Resumo do estado actual: Criança distrófica. Funções digestivas normais. Impetigo do couro cabeludo. Sinais de raquitismo.

Conduta terapêutica: As refeições foram reforçadas com a introdução de manteiga, gema-de-ovo, fígado, puré de vegetais, sumo de frutos. Produtos polivitaminados, ácidos aminados e complexo B. Choque vitamínico D₂.

O estado geral desta criança melhorou (aumentara de peso 600 grs. em 20 dias, ou seja em média 30 grs. por dia), e conservava-se bem disposta, quando súbitamente, sem qualquer causa aparente, faleceu após a última refeição do dia. Foi requisitado exame necrótico que, por motivos alheios à nossa vontade, não foi possível executar-se, ficando sem se saber de qual, das várias causas de morte súbita nos lactentes, se tratava.

4 — ANTÓNIO F. R. — Idade: 9 meses. Peso: 5 kg. Alimentação semelhante à da observação N.º 2.

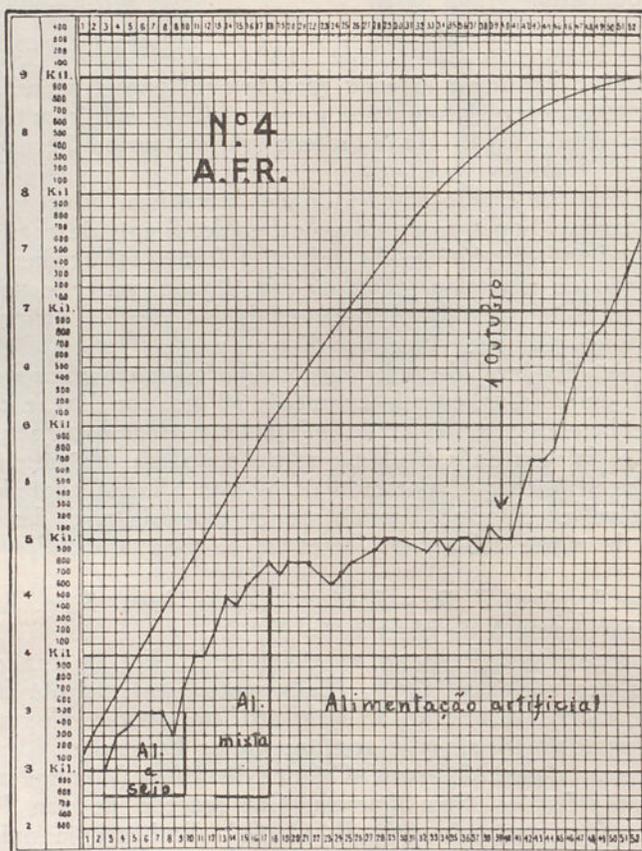
Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Foi internado com 14 dias pesando 3,010 kg.). Aleitamento: materno até fins do 1.º mês; misto até fins do 3.º mês; artificial depois. Nos antecedentes pessoais há ainda a registar várias bronquites.

Resumo do estado actual: Criança distrófica. Vômitos a quase todas as refeições. Sem diarreia. Cuti-reacção de von Pirquet positiva (fora vacinado pelo B. C. G.). Radioscopia pulmonar normal.

Conduta terapêutica: O regime alimentar desta criança foi assim estabelecido: — 1.ª refeição: leite de vaca fresco acidificado pelo sumo de limão e adicionado de 1 % de Nestargel; 2.ª refeição: puré de vegetais, sumo de frutos; 3.ª refeição: papa de leite, farinha e açúcar; 4.ª refeição: semelhante à 1.ª; 5.ª refeição: semelhante à 3.ª. Mais tarde: introdução de gema-de-ovo, fígado, peixe, puré. Preparados polivitaminados, ácidos aminados.

Esta criança que, como pode ver-se pelo gráfico, tinha desde há 5 meses uma curva de peso quase horizontal, aumentou na

1.^a semana 140 grs., na 2.^a semana 190 grs. e a curva continuou subindo regularmente; em 31 de Dezembro o seu peso foi de 7,580 kg., isto é, em 3 meses aumentou 2,580 kg.

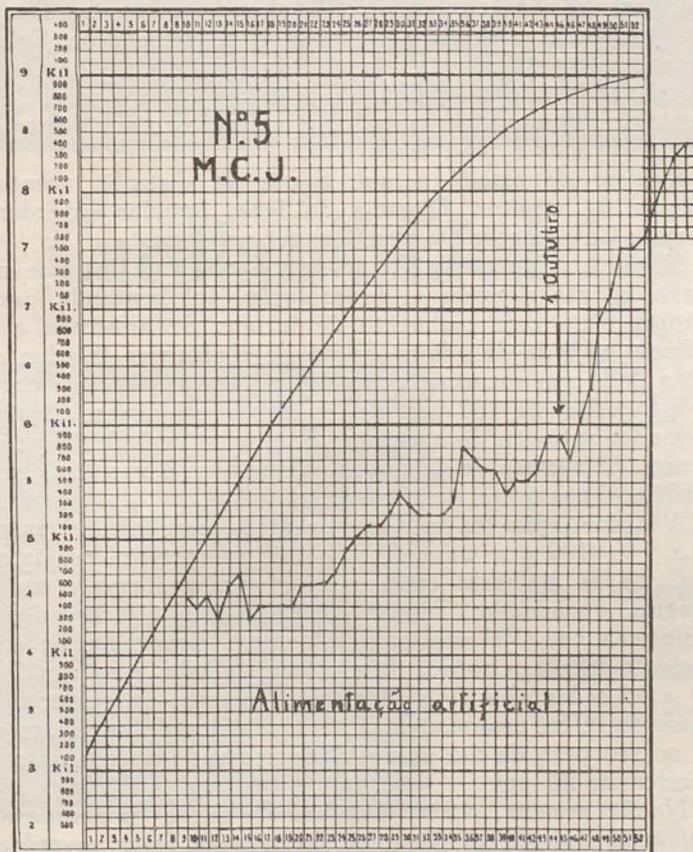


5 — MARIA C. DE J. — Idade: 10 $\frac{1}{2}$ meses. Peso: 5,500 kg.
Alimentação: como na observação anterior.

Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Internada com 2 meses e 19 dias, pesando 4,480 kg.). Há a referir ainda: dispepsia aguda, abscesso da nádega. Como pode ver-se pelo gráfico, esta criança desenvolveu-se muito mal, apresentando uma curva de peso deficiente e muito irregular.

Resumo do estado actual: Criança distrófica; funções digestivas normais. Ausência de sinais que denunciem qualquer foco de infecção. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: Regime alimentar semelhante ao descrito na observação N.º 2. Produtos polivitaminados e ácidos aminados. Na 1.ª semana, queda de 340 grs. no peso, sem no



entanto haver sinais dispépticos ou infecciosos. Esta baixa pode a nosso ver explicar-se pela adaptação da criança a um regime alimentar a que não estava habituada, pois nos primeiros dias dificilmente conseguia ingerir o que se lhe apresentava. Progressivamente a adaptação se foi conseguindo, mostrando-nos

o seu gráfico uma curva ponderal regularmente ascendente. Em 31 de Dezembro, com 1 ano e 6 semanas de idade pesava 8,400 kg., tendo, portanto, em três meses aumentado 2,900 kg.

6 — ANTÔNIO M. N. M. — Idade: 4 meses e uma semana. Peso: 3,700 kg. Alimentação a biberão, com leite de vaca diluído a $\frac{2}{3}$, açucarado

Antecedentes: Peso ao nascimento: 3,050 kg. Aleitamento misto durante duas semanas; artificial depois. Nos seus antecedentes há ainda a referir: dispepsia aguda, furunculose. Como se pode ver pelo gráfico, esta criança apresentava em 1 de Outubro um peso sensivelmente igual àquele com que entrara cerca de dois meses antes, tendo a sua curva ponderal apresentado várias oscilações para mais e para menos.

Resumo do estado actual: Sinais de distrofia acentuada. Ausência de vômitos. Diarreia de fezes líquidas esverdeadas. Apirexia. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: Atendendo a que este lactente apresentava intensa diarreia e desidratação, foi instituída durante 12 horas dieta com cozimento de farinha de alfarroba a 2 % (Arobon), seguida da administração de «babeurre» (Eledon amarelo) a 3 % com sacarina (dose: 50 grs. cada 4 horas); perfizemos a ingestão de 180 grs. de líquidos por kg. peso e por dia com a administração de água «per os»; sulfatiazol (0,125 gr. cada 4 horas). O número de dejectões passou para 4 nas 24 horas, de consistência pastosa e de cor amarelada.

A alimentação fez-se a seguir ainda com Eledon amarelo, mas a 5 % (100 grs. cada 4 horas); água «per os» nos intervalos. Como as melhoras continuassem, a alimentação é progressivamente aumentada: Eledon amarelo a 10 % com 5 % de dextrino-maltose (100 grs. cada 4 horas); depois Eledon azul e finalmente leite inteiro acidificado, com farinha e açúcar (Pelargon) a 15 e depois a 20 %. Nesta 1.^a semana, em que todo este tratamento se foi progressivamente administrando, a criança oscilava no seu peso de dia para dia, aumentando no conjunto apenas cerca de 30 grs.

Na 2.^a semana, porém, súbitamente surge temperatura elevada, acompanhada de vômitos, diarreia de fezes esverdeadas, agitação, dor à pressão dos tragus. Diagnosticada uma otite, foi feita miringotomia, que deu saída a um exsudato sanguinolento. Injecção de penicilina-procaína com estreptomycina (400 mil U. de penic. + 0,5 gr. de estrept., seguidos da injecção de metade desta dose cada 24 horas); volta à dieta de Arobon durante 6 horas seguida da ingestão de Eledon amarelo a 3 % com sacarina, e de água nos intervalos.

Os preparados originais



KNOLL A.G. · Ludwigshafen/Rheno · **ALEMANHA**

Cardiazol-Efedrina



Asma brônquica

**Debilidade
circulatória**

10 compr., 6 amp. de 1,1 c. c. e 10 gr. de liq.

AUGUST VEITH Herdeiros · Rua da Palma, 146 · Tel. 25 137 · LISBOA

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

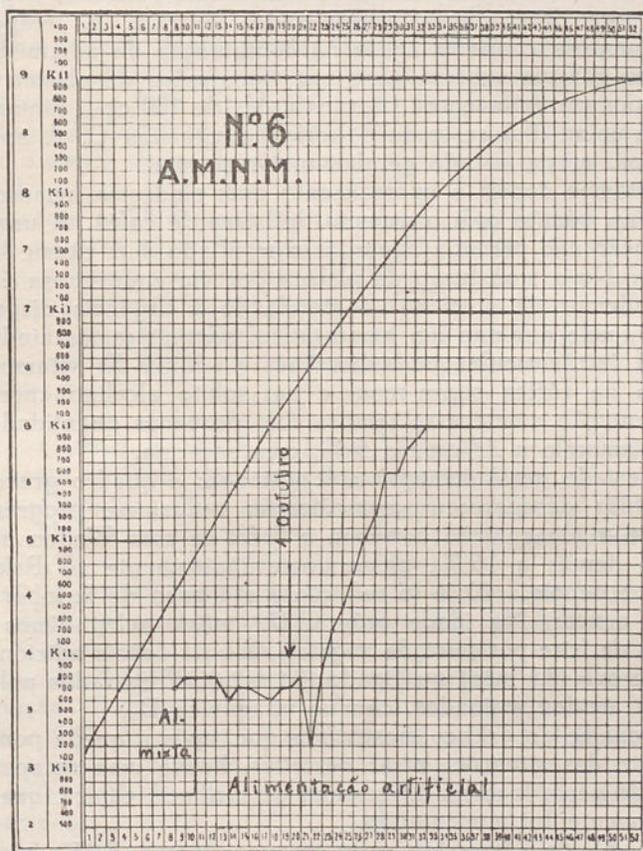


**PROCILINA
PROMICINA**



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

No dia seguinte, os sinais de desidratação aumentaram, a respiração era de tipo acidótico, a temperatura continuava febril, a diarreia atenuara-se, os vômitos mantinham-se. A queda de 570 grs. no peso, dum dia para o outro, mostra a gravidade do caso. Mantivemos a terapêutica dietética; à medicamentosa acres-



centamos a injeção endovenosa de plasma heterólogo (100 cc.) e subcutânea de soros fisiológico e glicosado (50 cc. de cada).

No outro dia havia nitidas melhoras; porém, a temperatura mantinha-se. Nova miringotomia que deu saída a pus do lado direito e foi negativa à esquerda. Substituímos os antibióticos usados por cloromicetina injectável (100 mgrs. cada 6 horas).

No dia seguinte, apirexia. Como se esgotasse este antibiótico, voltamos à associação anterior.

Após 48 horas de melhora e de apirexia, novo gancho térmico até 38°,5 C; voltamos de novo a usar cloromicetina injectável.

Doze horas depois piorou o estado geral, com alarmante sintomatologia: pulso rápido, frequente, sons cardíacos diminuídos de intensidade, polipneia com auscultação pulmonar negativa, língua seca, leve edema generalizado, apirexia. A terapêutica medicamentosa consistiu agora na continuação da administração de soros por via subcutânea e nas transfusões de plasma heterólogo por via endovenosa (2 transfusões de 100 cc.), juntamente com coramina (0,3 cc. cada 4 horas) e vitamina C. A apirexia continuou, mas o estado geral manteve-se mau.

Notamos depois o aparecimento dum síndrome hemorrágico (petéquias, vômito com o aspecto de borra de café). A urgência da situação não permitia aguardar o resultado dum exame hematológico. Nova transfusão de plasma por via endovenosa é feita (não pudemos de momento e atendendo à urgência dispor de sangue), nele diluindo um hemostático; administramos ainda por injeção intramuscular ou subcutânea vitamina K, vitamina P, extracto de córtex supra-renal e um soluto alcalino «per os». A alimentação manteve-se sempre com pequenas quantidades de Eledon amarelo a 3 % ou a 5 %, com sacarina.

O estado geral começou a levantar-se; o quadro grave que apresentara desapareceu; a medicação reduziu-se progressivamente, e a alimentação começou a fazer-se com Eledon azul a 12 % e depois a 16 %, passando-se rapidamente ao Pelargon a 15 % e depois a 20 % (6 refeições) e 1 papa de farinha, leite, água e açúcar. Na idade própria (7.º mês), substituímos uma refeição de leite por puré de vegetais, à qual depois adicionámos gema-de-ovo (8.º mês) ou fígado (9.º mês). Preparados polivitaminados, ácidos aminados, choque vitamínico D₂.

O exame do gráfico mostra-nos que, após a queda ponderal resultante das situações atrás descritas, houve uma recuperação rápida do peso, logo na 1.ª semana de melhora clínica, que progressivamente foi aumentando.

Em 31 de Dezembro, esta criança pesava 5,950 kg. com 7 meses e 1 semana de idade; nestes três meses, aumentara, pois, 2,250 kg.

7 — MANUEL A. G. O. — Idade: 9 meses e 18 dias. Peso: 6,370 kg. Alimentação, como a da observação N.º 2.

Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Internado com 9 meses e 12 dias, pesando 6,300 kg.). Criado a aleitamento artificial. Nada mais a assinalar.

Resumo do estado actual: Hipotrofia moderada. Funções digestivas normais. Cuti-reacção de von Pirquet positiva, radioscopia pulmonar não mostrando lesões evolutivas.

Conduta terapêutica: Alimentação: 6 refeições por dia (leite inteiro, acidificado com farinha e açúcar; papa de leite, farinha, água e açúcar; puré de vegetais com gema-de-ovo, ou fígado — mais tarde carne e peixe). Suplemento de vitaminas e ácidos aminados.

Uma semana depois sinais clínicos de otite, confirmada por miringotomia bilateral positiva; injeccção de penicilina-procaína e estreptomomicina (400 mil U. e 0,5 gr.), seguida de metade desta dose cada 24 horas; a administração destes antibióticos prolongou-se durante cerca de três semanas, por se manter otorreia bilateral.

Durante a 1.^a semana de tratamento, houve uma queda de 70 grs. no peso e na 2.^a semana essa baixa foi de 80 grs.; na 3.^a semana houve um aumento de 250 grs. e de então para cá a sua curva ponderal foi progressivamente ascendente.

Em 31 de Dezembro, com 1 ano e 2 semanas de idade, o seu peso era de 8,450 kg., aumentando, portanto, 2,080 kg. em três meses.

8 — CAMILO B. A. S. — Idade: 7 meses. Peso: 5,000 kg. Aleitamento artificial, com leite fresco açucarado.

Antecedentes: Peso ao nascimento: 4.000 kg. Criado a biberão. Nos seus antecedentes nada mais há a registar. Fora internado 15 dias antes, pesando 4,800 kg.

Estado actual: Sinais de hipotrofia moderada. Impetigo do couro cabeludo, adenopatias da nuca e um abcesso na mesma região. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: A alimentação passou a ter a seguinte constituição: 2 refeições de leite fresco, acidificado, com 2 % de farinha e 5 % de açúcar; 2 refeições de papa de leite, farinha, água e açúcar; 1 refeição de puré de vegetais com manteiga — mais tarde gema-de-ovo, fígado. Suplementos vitamínicos e de amino-ácidos.

Esta criança passou a aumentar de peso numa média de 250 grs. por semana, passando o seu peso para 6,920 kg. em 31 de Dezembro.

9 — MARIA DE F. P. P. — Idade: 4 meses. Peso: 3,360 kg. Alimentação por 6 biberões por dia de leite fresco açucarado.

Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Internada com 2 meses, pesando 2,920 kg.). Criada com aleitamento artificial. Há a referir um transtorno nutritivo agudo.

Resumo do estado actual: Sinais de hipotrofia acentuada. Vômitos alimentares; ausência de diarreia. Impetigo do couro cabeludo. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: Para que a alimentação fosse bem tolerada, diluiu-se o leite a $\frac{3}{4}$, acidificou-se com sumo de limão, adicionando-se 2 % de farinha e 5 % de açúcar; os vômitos desapareceram. A pouco e pouco introduziram-se outros alimentos, à medida que a criança avançava em idade; foram também administrados preparados polivitamínicos e de amino-ácidos. As lesões impetiginosas curaram com aplicação tópica de pomada de penicilina.

Os aumentos de peso foram à razão de 180 grs. por semana, aproximadamente; em 31 de Dezembro, a criança pesava 5,750 kg.

10 — FERNANDO O. C. — Idade: 2 $\frac{1}{2}$ meses. Peso: 3,050 kg. Alimentação: 6 biberões de leite fresco diluído a $\frac{2}{3}$.

Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Internado com 2 meses, pesando 2,890 kg.). Criado a biberão. Nada mais há a referir nos seus antecedentes.

Resumo do estado actual: Hipotrofia moderada. Funções digestivas normais. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: 7 refeições de leite fresco diluído a $\frac{2}{3}$ acidificado com sumo de limão. Introdução progressiva de outros alimentos próprios da idade, ficando em 31 de Dezembro, aos 5 meses, com a seguinte alimentação: 3 refeições de leite fresco acidificado com sumo de limão e adicionado de 2 % de farinha e 5 % de açúcar e 2 refeições de papa de leite, farinha, água e açúcar. Preparados polivitaminados e de amino-ácidos.

Aumentou regularmente de peso, à razão de 200 grs. por semana; em 31 de Dezembro o seu peso era de 5,720 kg.

11 — FILOMENA C. J. — Idade: 3 $\frac{1}{2}$ meses. Peso: 4,050 kg. Alimentação: 6 biberões de leite diluído a $\frac{2}{3}$ e açucarado.

Antecedentes: Peso ao nascimento: ? (Internada com 28 dias pesando 4,000 kg.). Anterior alimentação: materna durante cerca de 8 semanas; mista durante cerca de 16 semanas e artificial depois. Nos seus antecedentes, há ainda a registar episódios de vômitos e um transtorno nutritivo agudo. O gráfico mostra oscilações ponderais quer durante a alimentação materna, quer durante a mista, do que resultou um estacionamento de peso nos últimos 2 meses.

Resumo do estado actual: Hipotrofia moderada. Vômitos «em baba» a muitas refeições; ausência de diarreia. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

UMA GAMA DE
ANTI-ANÉMICOS
PARA A REGENERAÇÃO ERITROCITÁRIA



normal INJECTÁVEL — Em ampolas de 1,1 c. c. de extracto hepático concentrado, isento de proteínas com actividade histamínica, contendo por ampola 10 microgramas de VITAMINA B₁₂ equivalentes a 13 unidades anti-anémicas F. E. U.

fonte INJECTÁVEL — Em ampolas de 2,2 c. c. de extracto hepático concentrado, isento de proteínas com actividade histamínica, contendo por ampola 30 microgramas de VITAMINA B₁₂ equivalentes a 40 unidades anti-anémicas F. E. U.

elixir Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida 375 mgrs.; Excipiente q. b.

B₁₂ ELIXIR — Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Vitamina B₁₂, 0,100 mgrs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida, 375 mgrs.; Excipiente q. b.

elixir Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 12:00, 6,25 grs.; Sulfato ferroso, 1,875 grs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida, 375 mgrs.; Excipiente q. b.



Alfredo Cavalleiro Lda.

LABORATÓRIO QUÍMICO - FARMACÊUTICO

"SCIENTIA"

LABORATÓRIO: RUA DE ENTRE-CAMPOS, 15 — LISBOA
ESCRITÓRIO: AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 164
TELEFONE: P. P. C. (2 LINHAS) 7 3 0 5 7

MICRIL COMPLEXO

COMPLEXO B BARRAL

XAROPE

INJECTÁVEL

Fornece ao organismo os mínimos necessários de cada elemento do **Complexo B**, activando as oxidações e acelerando os fenómenos do metabolismo.

O **Micril Complexo**, Xarope, é dotado de sabor agradável, qualidade que o torna recomendado nas crianças. Está indicado na gravidez, lactação e convalescenças.

Cada 100 c.c. de **Micril Complexo** Xarope contém:

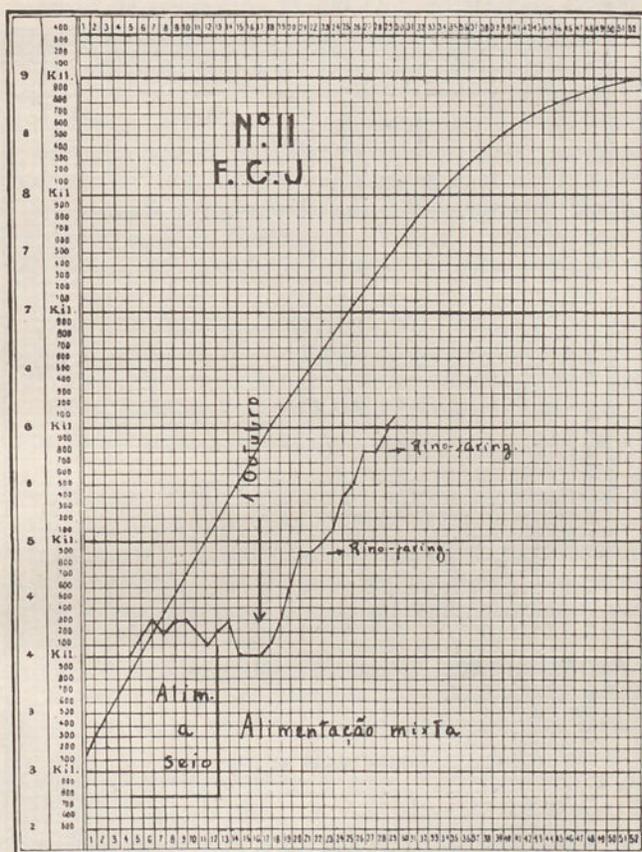
Vitamina B ₁	80 mgr.
Vitamina B ₂	30 mgr.
Vitamina B ₆	30 mgr.
Vitamina PP	320 mgr.
Pantotenato de cálcio	50 mgr.
Extracto de malte.	20 gr.
Xarope de cascas de laranja	80 gr.

O **Micril Complexo**, Injectável, apresenta-se em caixas de 5 e 10 ampolas de 2,2 c. c.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

Conduta terapêutica: A alimentação desta criança continua a ser a mista, com refeições complementares de leite fresco diluído a $\frac{2}{3}$, acidificado com sumo de limão e adicionado de pó espessante do grão de alfarroba (Nestargel), na percentagem de 1%. A criança deixou de vomitar, aumentando 130 grs. na

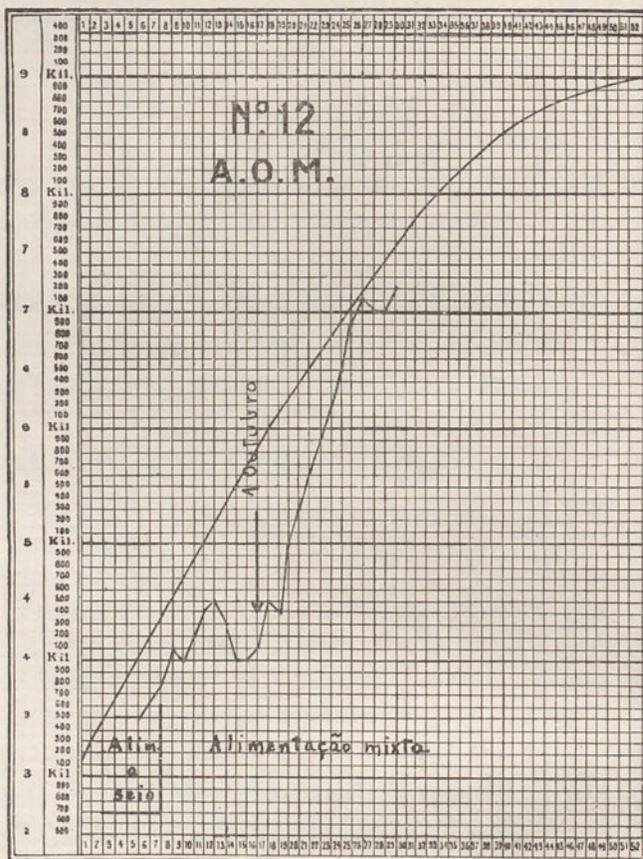


1.^a semana; a sua curva de peso tornou-se francamente ascendente, como mostra o gráfico respectivo. Aos 4 meses, introduziu-se a 1.^a papa de leite, farinha e açúcar e aos 4 $\frac{1}{2}$ meses a 2.^a; aos 6 meses, o caldo de vegetais e depois o puré de vegetais e manteiga (7.^o mês). Suplementos de vitaminas e amino-ácidos.

Em 31 de Dezembro, com 6 $\frac{1}{2}$ meses de idade, pesava 6,100 kg., tendo aumentado de peso na média de 680 grs. por mês.

12 — ALFREDO O. M. — Idade: 3 1/2 meses. Peso: 4,100 kg.
Em aleitamento misto.

Antecedentes: Peso ao nascimento: 2,530 kg. Alimentação materna durante cerca de 3 semanas e mista depois (dias antes da nossa 1.^a observação, a mamada pesava 40 grs.). Nos seus



antecedentes, há a referir tráqueo-bronquite, intertrigo, dispepsias. O gráfico mostra desde início uma curva ponderal ascendente que depois caiu bruscamente, possivelmente pelas crises diarreicas que apresentara, provavelmente por falta de regular horário das refeições (a mãe é uma débil mental), apesar de se haver recomendado o intervalo de 3 horas.



Resumo do estado actual: Sinais de hipotrofia. Vômitos frequentes (irregularidade das mamadas). Diarreia de fezes líquidas esverdeadas. Cuti-reacção de von Pirquet negativa.

Conduta terapêutica: Passou a exigir-se regularização do horário das mamadas por fiscalização exercida sobre a mãe; complemento de Eledon amarelo a 10 %. Administração de um produto composto de neomicina (5.000 U.), bacitracina (2.500 U.) e estreptomicina (0,25 gr.), por via oral (1 cápsula cada 6 horas). Tratamento do impetigo com aplicação tópica de pomada de penicilina.

Debelados os vômitos pela regularização do horário e combatida a diarreia com as medidas indicadas, substituiu-se a refeição complementar por 70 grs. de Eledon azul a 12 % e depois a 16 %; em seguida passamos a usar o complemento de Pelargon a 15 % e depois a 20 % (100 grs.). Total de refeições por dia: 6. Aos 4 1/2 meses, introdução de papa de leite, farinha, água e açúcar.

O exame do gráfico diz-nos que esta criança aumentou 300 grs. na 1.^a semana de tratamento, estacionou na 2.^a semana, mas na 3.^a apresentou um aumento de cerca de 600 grs. De então até fins de Dezembro, aumentando progressivamente, pesava nessa data 7,210 kg.

13 — ADRIANO P. F. — Idade: 6 meses. Peso: 5,760 kg. Em aleitamento misto (pesagem da mamada: 40 grs.).

Antecedentes: Peso ao nascimento: 2,500 kg. Curto período de alimento materno, seguido por regime misto. Nos seus antecedentes há a registar uma dispepsia aguda. Quando internada, com 4 meses, pesava 6 kg.

Resumo do estado actual: Hipotrofia com desidratação, apresentando o sinal da prega cutânea. Diarreia de fezes líquidas, amareladas; por vezes vômitos. Cuti-reacção de von Pirquet suspeita.

Conduta terapêutica: Esta criança foi submetida a dieta de farinha de alfarroba (Arobon) a 2 % durante 12 horas, seguida de Eledon amarelo a 3 % com sacarina (50 grs. cada 3 horas), alimentação esta dada sempre como complemento do seio. Água «per os» até completar o volume de 150 grs. por kg. peso e por dia. Sulfatiazol (0,25 gr. cada 4 horas).

No dia seguinte continuava a diarreia, substituindo-se o sulfatiazol pela mistura de neomicina, bacitracina e estreptomicina, atrás referida (1 cápsula cada 6 horas), durante 3 dias.

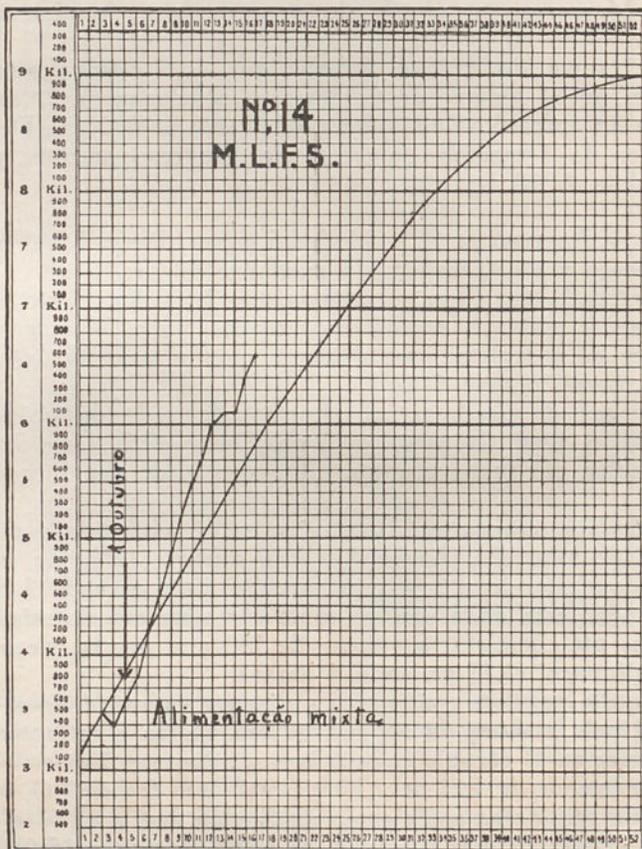
Em menos de 24 horas houve melhoras francas. O complemento do seio passa a ser então de Eledon azul a 12 % e depois a 16 %; passados dias substituiu-se pelo Pelargon a 15 % e mais

tarde a 20 % (quantidade máxima de complemento por refeição: 150 grs.).

Introduziram-se depois papas de leite, farinha, água e açúcar, purê de vegetais com manteiga e depois com gema-de-ovo ou com figado. Preparados polivitaminados e de amino-ácidos reforçaram a alimentação.

Durante os 3 meses de observação, esta criança aumentou de peso à razão de 180 grs. por semana, atingindo em 31 de Dezembro, com a idade de 8 1/2 meses, sensivelmente o peso médio dos lactentes de esta idade.

14 — MANUEL L. F. S. — Idade: 20 dias. Peso: 3,450 kg. Alimentação mista (seio + 50 grs. de leite de vaca diluído a 50 %).



PARA A VASO-CONSTRIÇÃO E
DESCONGESTÃO DAS MUCOSAS

PRIVAMIDA

AZEVEDOS

SOLUÇÃO ISOTÓNICA E ISOIÓNICA A 1%
DE CLORIDRATO DE NAFTIL-METIL-IMIDAZOLINA

PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CON-
GESTÕES NASAIS DE ORIGEM INFLAMATÓRIA
OU ALÉRGICA, RINITES AGUDAS E CRÓNICAS,
RINITE VASO-MOTORA, RINO-SINUSITES, etc.

COMO COLÍRIO, NAS CONJUNTIVITES

Frasco com pipeta conta-gotas. . . . 13\$00



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775



O ESPASMOLÍTICO DE BASE FISIOLÓGICA

LYSPAMINE

IMPÕE-SE EM TODOS OS DOMÍNIOS MÉDICOS
PELA SUA

- EFICÁCIA
- INOCUIDADE
- ATOXIDADE

INDICAÇÕES: Todos os espasmos da musculatura lisa



CILAG S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

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

Antecedentes: Peso ao nascimento: 3,250 kg. Foi internado com 14 dias, perdendo nos 6 dias de intervalo 100 grs. como mostra o respectivo gráfico.

Resumo do estado actual: Regular estado de nutrição. Sem vômitos; diarreia leve.

Conduta terapêutica: Regularização do horário das refeições. O complemento de leite de vaca, dado na diluição anterior foi, porém, acidificado com sumo de limão. Ácidos aminados e produtos polivitaminados foram prescritos.

No decurso da 2.^a semana de tratamento, rino-faringite complicada de otite que rapidamente cedeu à miringotomia e à injeção de antibióticos. Este acidente não impediu a ascensão da curva ponderal que ultrapassou a média normal de peso em poucas semanas.

Em fim de Dezembro, com a idade de 3 ½ meses, esta criança pesava 6,620 kg.

*

Da leitura das observações registadas, podemos concluir que a nossa conduta terapêutica em face destes lactentes que na sua maior parte apresentavam evidentes sinais de transtorno nutritivo, consistiu, muito em esquema, no seguinte:

— Combate às infecções agudas, nomeadamente à otite média aguda, pelo uso precoce de antibióticos em doses convenientes e pela paracentese dos tímpanos quando os primeiros sinais de otite se manifestassem;

— Despiste de infecções crónicas, nomeadamente de tuberculose ou sífilis e seu conveniente tratamento;

— Hidratação «per os» ou quando o estado desses lactentes a não permitisse, pela injeção de soros por via subcutânea ou de plasma por via endovenosa, sempre em quantidades proporcionais ao seu peso, descontada a água ingerida com os alimentos;

— Alimentação cuidada, utilizando primeiro pequenas quantidades de leites modificados, de baixo valor energético e facilmente digeríveis; à medida que a sintomatologia aguda declinava, transição lenta para outros tipos de leite de maior valor nutritivo, até pensar, com regimes hipercalóricos, as baixas ponderais sofridas;

— Estabelecimento dos regimes hipercalóricos, primeiro com alimentação exclusivamente láctea, nas concentrações adequadas, tendo mais em atenção o peso do lactente que a sua idade. Propositadamente, não fixámos a quantidade a ingerir a cada refeição, oferecendo à criança o que ela tivesse vontade de tomar;

— Rigoroso cumprimento do horário e número das refeições, dadas com intervalos de 3, 3 ½ ou 4 horas, num total de 7, 6 ou 5 por dia, consoante a idade e o tipo de alimentação;

— Substituição progressiva da alimentação exclusivamente láctea, à medida que a curva ponderal subia, por outros alimentos próprios da idade (caldo ou puré de vegetais, gema-de-ovo, fígado, peixe, carne — as quantidades máximas destes últimos estabeleceram-se em 1 gema-de-ovo, 3 colheres das de chá de fígado, 40-50 grs. de peixe ou carne);

— Administração diária de suplementos vitamínicos e de amino-ácidos; utilizámos produtos polivitaminados em dispersão aquosa (Protovit, Polytone), em doses que começaram por I + I gota, subindo lentamente até VI + VI gotas; empregámos também um produto de amino-ácidos e complexo B, sempre bem tolerado (Bemax), nas doses de 2-3 colheres das de chá. Em muitos dos lactentes fizemos choques vitamínicos D₂ e em alguns administramos também por via parenteral a vitamina C (250 mg. por dia);

— Vacinações anti-variólica, a partir dos 3 ½ meses de idade, e anti-diftérica-pertusis, a partir dos 6 meses.

*

Nos lactentes, mormente quando criados a biberão, a patologia infecciosa assume importância considerável, principalmente pelo seu reflexo no estado nutritivo. Por motivo de processos infecciosos banais, o peso desce, perturbam-se as funções digestivas, e se a perda for grande cria-se um estado de hipotrofia que mais favorece o aparecimento ou a persistência dos processos infecciosos. São relações mútuas que têm muito interesse; e por esta razão, julgamos oportunas algumas considerações sobre o assunto. Começamos pela infecção mais importante, que é a otite média.

São frequentíssimos os casos de patologia infantil em que a infecção do ouvido médio ocupa lugar de relevo. Nos Serviços de Pediatria que frequentamos, o diagnóstico de otite tornou-se tão frequente como o de transtorno nutritivo agudo ou de rino-faringite. Muitas vezes se tornam as otites responsáveis pela sintomatologia apresentada por uma criança, seja respiratória (bronquite) ou digestiva (vômitos e diarreia) ou ainda nervosa (nistagmo, convulsões, encefalites, meningites); noutros casos é a otite secundária a um estado de distrofia. De qualquer dos modos, se o diagnóstico e o tratamento não são feitos prontamente, estabelece-se um círculo vicioso: a otite, por toxinfecção e por exci-

tação parassimpática provoca vômitos e diarreia que levam a um estado de distrofia; por sua vez esta mantém a otite.

Embora o tratamento das otites seja, em princípio, do domínio do otorrinolaringologista, o pediatra que não esteja habituado a resolver por si as infecções do ouvido médio pode sujeitar-se a preocupações; é certo que a otite média aguda, quando atacada desde início com antibióticos em doses altas, pode resolver em certos casos sem mais complicações; mas muitas vezes também as crianças são vistas já numa ocasião em que a miringotomia se impõe e nem sempre é fácil conseguir com a urgência necessária a colaboração dum especialista, atendendo a múltiplos factores e, no caso de quem trabalha fora dos grandes centros, a que só é possível encontrá-lo a longa distância. Mesmo conseguida essa colaboração, sucede às vezes que pediatra e otologista nem sempre estão de acordo; é que, enquanto aquele faz o diagnóstico de otite atendendo principalmente aos sintomas gerais que observa na criança, o otologista fá-lo sobretudo pela leitura do tímpano (desaparecimento do «triângulo luminoso», etc.).

São muitos os casos em que a causa dum transtorno nutritivo numa criança com diarreia e sobretudo com vômitos está numa infecção do ouvido; noutros casos, ela é a causa de bronquites e broncopneumonias e não raras vezes observamos uma criança, já na fase de meningite ou em toxicose, sem outros sintomas ou sinais que chamem a atenção para o ouvido ou para o antro; sucede também observarmos crianças agitadas, chorando muito, dormindo e alimentando-se mal, com febrículas renitentes e que melhoram consideravelmente quando a miringotomia lhes resolve uma otite latente. Os otorrinolaringologistas habituados à colaboração com pediatras conhecem bem estes quadros.

O sinal da dor provocada à pressão dos trágus de crianças com otite é muito importante mas difícil de ler. Como princípio geral nem sempre praticável, o médico deverá limitar-se à leitura depois de ter ensinado a mãe a provocar a dor pela pressão e a comparar a resposta da criança com as respostas a outras pressões exercidas noutras zonas da cabeça ou da face.

A respeito dos problemas que acabamos de expor, nós costumamos adoptar a seguinte atitude: feito o diagnóstico de otite depois de bem ponderados todos os sintomas gerais que observamos numa criança, praticamos a miringotomia. A incisão faz-se com uma pequena lanceta apropriada, de duplo gume, cortando de baixo para cima, após a introdução do otoscópio e a visualização do tímpano; incisão no quadrante pósterio-inferior, sem nos importarmos demasiadamente com os sinais que localmente observamos.

Na quase totalidade dos casos, as miringotomias têm sido positivas, dando saída a pus ou a um exsudado sanguinolento que passadas horas é substituído por pus franco. Algumas vezes, porém, puncionamos tímpanos sãos, ouvindo-se então um estalido característico; mas como a leitura do tímpano, principalmente em lactentes, não nos dá resultados seguros, preferimos pecar por excesso a pecar quase sempre por defeito.

De resto, nem sempre as punções «brancas» são indesejáveis, pois todos os pediatras têm observado algumas vezes que crianças com quadros febris incharacterísticos melhoram inexplicavelmente após miringotomia feita por suspeita de otite, apesar de francamente negativa.

A prática diária da clínica e os resultados obtidos encorajam-nos, pois, a afirmar que o diagnóstico e a terapêutica na otite média aguda na criança deve ser atribuição no domínio não só do otologista como também do médico-pediatra.

Importantes são também os processos inflamatórios agudos da rino-faringe, os quais são muitas vezes ponto de partida de infecção do ouvido médio ou da árvore respiratória; e lembrem-nos de que, antes da era dos quimioterápicos e antibióticos, estes processos patológicos que hoje consideramos banais quando precocemente combatidos, eram causa de mortalidade elevada, principalmente no inverno.

Queremos também referir a frequência com que nos distróficos aparecem piodermites, quer de origem estreptocócica, quer de origem estafilocócica, originando estas últimas, muitas vezes, abscessos. Se por um lado elas são consequência do estado de disergia inerente a essa distrofia, por outro lado ajudam a mantê-la, mercê do círculo vicioso que se estabelece.

Falámos até aqui de infecções parenterais com repercussão no estado nutritivo dos lactentes. Não devemos, porém, esquecer a importância que as infecções enterais, sobretudo no verão, podem adquirir nestas crianças distróficas, principalmente pela perda de água que acarretam em organismos quase sempre hidrolábeis. Nestes casos, mais que nunca, o regime dietético assume capital importância, pois que uma alimentação rigorosamente conduzida permite que as funções digestivas se normalizem com rapidez e com eficiência. As bases desse regime assentam nos princípios já atrás enumerados e que, quando convenientemente seguidos, resultam na terapêutica mais eficaz para estes casos.

Para estimulação dos
órgãos hematopoéticos

Campolon

o preparado de fígado

injectável, polivalente
com 12 γ de Vit. B₁₂ em cada ampola

Campoferron

o preparado
de fígado + sal ferroso + cobre

para todas as anemias e especialmente a
convalescência



»Bayer«

Leverkusen

Alemanha

Representação para Portugal: BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11 LISBOA

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º E — LISBOA

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXX, 1952 — N.º 12 (Dez.): *Alguns aspectos do problema da tuberculose na primeira metade do século actual*, por Ladislau Patrício; *Algumas indicações do polietileno na colapso-terapia da tuberculose pulmonar*, por Rui de Lima; *Resultados dos primeiros ensaios com a hidrazida do ácido isonicotínico em alguns casos de tuberculose pulmonar no Sanatório Sousa Martins*, por Manuel Cardoso; *Sobre um caso de pneumectomia por tuberculose*, por Raymundo de Mendonça; *Tratamento da eclâmpsia pela novocaína*, por Rolando Van Zeller.

ASPECTOS DO PROBLEMA DA TUBERCULOSE. — Recorda a evolução das ideias sobre a terapêutica da tuberculose, com o aparecimento sucessivo de novidades consideradas de capital importância: climatoterapia, colapso pulmonar, estreptomina. Menciona as bases da luta contra o mal, as medidas de toda a ordem que tem de pôr-se em prática para que se obtenha sucesso profilático. E termina com as seguintes palavras.

O problema da luta antituberculosa é na realidade um problema muito complexo!

Dirão que dispomos actualmente de uma gama quase infinita de agentes terapêuticos de eficácia assegurada. Tem acontecido, não obstante, a muitos desses modernos agentes terapêuticos o que em regra acontece a todos os artifícios da moda: à primeira hora de brilhante esplendor segue-se outra hora de lutuoso crepúsculo... À glória segue-se o esquecimento! É uma lei imutável! Mas essa lei não tem apenas aplicação na alçada dos recursos farmacológicos: abrange todos os métodos de tratamento, como é natural. A famosa trilogia de Brehmer passou à história, pelo menos na sua rigidez clássica. Os exageros de alimentação são hoje considerados como um verdadeiro «suicídio alimentar»; e o repouso, recomendado como fundamental no tratamento da tuberculose, deixou de ser uma norma inflexível e está sofrendo também, na sua aplicação, a influência de opiniões divergentes — desde o *bed-rest* americano, duma severidade sem par, ao método complacente dum regime de trabalho regulado, aliás de reconhecidas vantagens psicológicas e somáticas, em certos casos. Os processos mecânicos de tratamento reduziram o valor terapêutico dos climas! Mas o próprio pneumotórax, de tão largo prestígio, já entrou também em crise de declínio nalgumas clínicas estrangeiras, mormente na América, pelas frequentes complicações e acidentes que produz; e, em face do aperfeiçoamento constante das várias técnicas cirúrgicas, afirma-se que «é mais de temer a agulha do que o bisturi!» Todavia — fatal destino! — anuncia-se agora o ocaso iminente da cirurgia torácica! Um insigne cirurgião francês, René Leriche, expõe essa opinião (opinião

insuspeita) no seu precioso livro intitulado *A Filosofia da Cirurgia*. «A cirurgia da tuberculose pulmonar — diz o referido cirurgião — chegou a um extremo tal de perfeição, que não se vê possibilidade de ser excedido, a não ser em pormenores secundários. A sua meta foi atingida nestes últimos 15 anos. Mas as indicações dessa cirurgia vão sem dúvida reduzir-se a zero. A tuberculose pulmonar deixará de ser, dentro em breve, matéria cirúrgica, seja pela diminuição natural da virulência dessa doença, seja pelo emprego codificado da estreptomycina ou de outros produtos similares. Ver-se-ão assim desaparecer, nalguns anos, as toracoplastias, os pneumotórax de diversos tipos e a ablação do pulmão cavernoso».

Que mais?... Com o andar dos tempos, é possível que os sanatórios venham a ser transformados em hospitais comuns, em asilos... ou em estâncias de recreio!... *Sic transit gloria mundi!*

Enfim! O Homem teve sempre uma manifesta tendência a mudar de sistemas — condição ou efeito de todo o progresso. Mas já li algures, não sei onde, que «toda a ideia velha leva sempre consigo, ao partir, qualquer coisa de verdadeiro, e que toda a ideia nova traz sempre consigo, ao chegar, qualquer coisa de falso».

POLIETILENO NA COLAPSOTERAPIA PULMONAR. — Não foram animadores os resultados obtidos com as esferas de metilmetacrilado para actuarem como chumaços em colapsoterapia. Efeitos mais satisfatórios se verificam com outro material não-absorvível, o polietileno. O A. apresenta algumas observações de doentes em que se praticou a taracoplastia pelo método de Semb. com introdução do chumaço para evitar a expansão pulmonar, fazendo-se esta sem ressecção costal, depois de apicolise, em casos de lesões extensas. Os resultados imediatos, pois não decorreu tempo bastante para apreciar os resultados tardios, foram satisfatórios. Dão-se informações técnicas.

HIDRAZIDA NALGUNS CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR. — Trata-se do relato dos primeiros doentes tratados com a hidrazida do ácido isonicotínico no Sanatório Sousa Martins. São 8 observações, das quais o A. concluiu aquilo a que outros tem chegado: que os efeitos imediatos, em quase todos os doentes, são notáveis, consistindo em melhoria do estado geral e do apetite, aumento do peso, diminuição da tosse e da expectoração, baixa da velocidade de sedimentação, descida da temperatura, influência favorável sobre as imagens radiológicas.

TRATAMENTO DA ECLÂMPSIA PELA NOVOCAÍNA. — Passando em revista o que se tem escrito sobre o papel dos espasmos vasculares na produção da eclâmpsia, papel incontestável, lembra que várias terapêuticas muito usadas, como sejam as dos barbitúricos e do sulfato de magnésia, aos espasmos se dirigem. E como a falta de permeabilidade renal resulta da vasoconstrição das artérias aferentes dos glomérulos, parece lógico juntar

àqueles meios terapêuticos um fármaco que sobre esses vasos actuasse rapidamente, sem prejudicar o feto. Apurado que a novocaína reúne estas condições, o A. empregou-a em 15 casos, verificando os seguintes resultados: descida temporária da tensão arterial, aumento notável da diurese, por vezes saída do estado de coma, diminuição rápida da albuminúria; nalguns casos os acessos convulsivos mantiveram-se, levando ao emprego, com êxito, do sulfato de magnésia. Dois dos casos eram de puérperas e outro de gestante que saiu antes do parto. Nos demais as mulheres haviam entrado no hospital em trabalho de parto, ou sem este se haver ainda iniciado; os partos deram saída a um nato-morto, um recém-nascido inviável, outro com parca viabilidade, sendo os restantes viáveis. A mortalidade fetal foi portanto de 20 %. Não houve mortalidade materna e só duas das medicadas saíram apenas melhoradas; as restantes saíram curadas da esclâmpsia.

A novocaína foi usada na dose de 10 cm³ de soluto a 1 %, injectada por via endovenosa, de seis em seis horas, até se obter abundante diurese.

A impressão que deixou a administração da novocaína foi a de que o seu emprego deve fazer baixar a mortalidade por eclâmpsia.

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XXIII (Dez. de 1951): *Fundamentos técnicos da electrocardiografia, sua aplicação ao estudo dos infartos do miocárdio*, por P. Madeira Pinto.

APLICAÇÃO DA ELECTROCARDIOGRAFIA AO ESTUDO DOS INFARTOS DO MIOCÁRDIO. — Extenso trabalho, baseado em observações pessoais, que permitiu tirar interessantes conclusões, quanto à maneira de interpretar os traçados electrocardiográficos em face dos conceitos fisiológicos a considerar, e quanto às técnicas do exame, mostrando que o emprego das derivações unipolares, tomadas em diferentes partes do corpo, tem importância fundamental como método de análise pormenorizada dos fenómenos eléctricos resultantes da excitação cardíaca; e que, em relação ao problema estudado, as derivações clássicas tem valor muito reduzido, por representarem a resultante dos efeitos eléctricos produzidos em dois dos membros, sendo por consequência dependentes, não só da posição do coração, mas também da maneira como se combinam os potenciais de ambos os membros.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVIII, 1952 — N.º 8 (Agosto) *Paradoxos da dietética*, por Meliço Silvestre; *Aspectos bioquímicos do potencial Redox e provável actuação terapêutica das águas minerais através de este potencial*, por Bruno da Costa; *Nascentes minero-medicinais portuguesas; processos de captação*, por Luís de Saldanha. N.º 9 (Set.): *A alergia cutânea*, por L. Sá Penela; *Lúpus eritematoso disseminado*, por Mário Trincão, Artur Leitão e Renato Trincão; *Contribuição para o estudo dos dermatófitos portugueses*, por Henrique de Oliveira; *Evolução clínica e serológica dos doentes com sífilis I e II tratados com*

penicilina G-procaína, por Menéres Sampaio, Arnaldo Sampaio, Cruz Sobral, Maciel Chaves e Noémia Ferreira, N.º 10 (Out.): *Anemia de células falciformes em portugueses sem ascendência negra*, por C. Salazar de Sousa, Jácome Delfim e Armando Estrela; *Considerações acerca de um caso de hipotiroidismo*, por Maria de Lourdes Levy.

PARADOXOS DA DIETÉTICA. — Comunicação apresentada à Soc. P. de Hidrologia Médica, que com a devida vénia transcrevemos.

O doente que a uma Estância Termal se dirige para aliviar os seus sofrimentos, se tem a felicidade de conseguir o seu «desideratum», mostra logo tendência para atribuir às águas medicinais e só a elas, todo o benefício que colheu na Estância. Na verdade, múltiplos são os factores que podem contribuir para um tal resultado. A influência propriamente considerada específica das águas medicinais se juntam as acções climáticas do local, a vida calma e despreocupada a que, em regra, o doente se submete, bem como o regime dietético adequado a que ele se subordina e que muitas vezes continua a seguir depois de sair da Estância. O aquista submete-se afinal a um somatório de acções físico-químicas e psicológicas, todas convergentes, em geral, para o mesmo fim. Não é fácil discriminar, nestas condições, a influência favorável que compete a cada um dos factores, mas é fora de dúvida que entre eles, ocupa lugar de relevo o regime dietético que foi seguido pelo doente.

O médico que não tenha acompanhado os progressos experimentados nos últimos anos pela ciência da nutrição e se disponha apenas a confrontar os conceitos hoje dominantes em dietética com aqueles que eram conhecidos até há pouco tempo, não deixará de ficar surpreendido e perplexo perante o aparecimento de determinados paradoxos que, ao fim e ao cabo, o conhecimento actual dos problemas mostrará em breve serem apenas aparentes contradições. Faremos algumas reflexões sobre essas situações de aparente paradoxo e apresentaremos a traços largos a evolução experimentada por alguns conceitos dietéticos.

Mercê dos numerosos trabalhos que nas duas ou três últimas dezenas de anos têm saído das mãos de investigadores científicos de todo o mundo, pode dizer-se que a dietética ultrapassou a fase de empirismo em que vivia, para se transformar numa disciplina científica verdadeiramente organizada com os seus métodos de estudo próprios e com as suas aplicações.

Dos clássicos aspectos energético e plástico que era costume considerar no problema da alimentação, passou-se ao estudo detalhado, numa visão mais larga do problema, das funções desempenhadas no organismo por cada uma das espécies químicas alimentares. Assim, por exemplo, quanto aos proteicos viu-se que o problema do mínimo de azoto que tanto preocupara os investigadores das gerações passadas, se deslocou agora para o problema dos óptimos de ácidos aminados necessários à vida. Descobre-se que há ácidos aminados essenciais, que tem que ser



Lauroconvulsol
 XAROPE CONTRA A
 TOSSE CONVULSA

PREPARAÇÃO
 Dr. MANUEL RODRIGUES LOUREIRO
 QUÍMICO-FARMACÊUTICO

LABORATÓRIO
 FARMÁCIA SILMAR
 RUA DE S. LAZARO
 128-132



Lauroconvulsol
 XAROPE
 CONTRA
 TOSSE CONVULSA
 INDICADO TAMBÉM NA ASMA
 BRONQUITES. GRIPE. ETC.

PREPARAÇÃO DO
 DR. MANUEL RODRIGUES LOUREIRO
 Químico-Farmacêutico

BASE:

Promoformio 0.35% — Codeína 0.82% — Beladonna 0.00%
 Benzoato de sódio 0.25% — Acónito 0.01% — Lobélia 0.0035%
 — Tomilho 0.40% — Balsamo de Tolu 0.40%

POSOLOGIA:

SALVO INDICAÇÃO MÉDICA

ADULTOS : 4 a 5 colheres, das de sopa, por dia
 CRIANÇAS : Até aos 3 anos : 2 colheres das de chá

3 a 5 "	: 3	.	.	.
5 a 7 "	: 4	.	.	.
7 a 10 "	: 2	.	.	sobrecopa
10 a 15 "	: 3	.	.	.

LABORATÓRIO DA FARMÁCIA SILMAR
 RUA DE S. LAZARO, 128.132.

Lisboa



REGISTO DE LIVROS NOVOS

J. P. PUNDEC (com a colaboração de R. VOKAER & Z. JAWORSKI) — **Les frotis vaginaux endocriniens** — 1 vol. de 493 págs. com 126 figs., 17 quadros e 8 estampas a cores. (Masson, Édít., Paris, 1952 — 3.600 fr.).

Este moderno capítulo da ginecologia, da plena actualidade pelos resultados já obtidos e pelos que promete, é largamente exposto neste valioso livro. Começa pelas bases histológicas da citologia vaginal, pelos aspectos citológicos normais e pelas suas variações desde o nascimento até à menopausa. Depois, vem o estudo do deter-

minismo hormonal das modificações histológicas e das modificações não-hormonais, e o relativo à avaliação hormonal dos esfregaços. Segue-se a descrição da histologia vaginal nas perturbações ginecológicas, no diagnóstico etiológico da esterilidade, na apreciação do funcionamento dos ovários depois de intervenções sobre estes órgãos; e finalmente trata do valor prático dos esfregaços vaginais como teste hormonal em ginecologia. Extensa bibliografia dá ao leitor indicação de numerosos trabalhos que sobre o assunto se tem publicado.

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

AOS SRS. ASSINANTES

Em Abril irão para o correio os recibos das assinaturas (45\$00), para cobrança. A Administração da revista ficará muito agradecida se, para evitar essa remessa, os Srs. assinantes mandarem pagar directamente, no mês de Março, por vale de correio, ou por selos em carta registada, a dita importância, que neste caso é somente de 40\$00.

fornecidos pela alimentação e que ao lado destes, outros há que o nosso organismo tem a faculdade de formar a partir dos primeiros, por uma interessante operação conhecida por *transaminação*, em que intervém, como có-fermento a «piridoxina», e que tem lugar ao nível do fígado.

Enquanto alguns desses ácidos aminados são necessários ao crescimento (*arginina, lisina, histidina...*) e outros ao equilíbrio orgânico (*triptofano*), alguns há que entram na formação das proteínas hemáticas, outros, como a *tirosina*, são necessários à formação de hormonas, como tiroxina e adrenalina, a pigmentos como a melanina, outros ainda (*metionina, cistina*), pela existência de grupos CH_3 e SH, protegem a célula hepática de lesões de degenerescência fibrosa, de necrose e contra a infiltração gordurosa; outros há ainda, como o *ácido glutâmico*, que se conhece ser necessário ao desenvolvimento intelectual. Conhecem-se as funções dos núcleo-proteicos na vida celular, nas contrações musculares, na irrigação coronária. Isto para só me referir a produtos de natureza azotada.

Nos domínios de lípidos, glúcidos, sais minerais e vitaminas, acentuados progressos também têm tido lugar que bem demonstram o valor qualitativo especial desempenhado por cada um deles na alimentação humana. No capítulo dos lípidos alimentares interessam não só as gorduras neutras (de origem animal e vegetal) como os lipóides (*lecitinas, cefalinas, esfingomielinas, cerebrósidos e esterinas*) e sabe-se já as modalidades da sua actuação no organismo e até as doenças que provêm das perturbações dos seus metabolismos (Hand-Schuller-Cristian, Gaucher, Niemann-Pick).

Quanto aos sais minerais, intervêm em geral no *equilíbrio ácido-básico* (pH), nas *trocas osmóticas e encólicas*, no *potencial de oxido-redução* como catalisadores de certos fermentos e de modo especial, também, por acções muito variadas e importantes na nossa vida.

Como se tem conseguido tão acentuado desenvolvimento? Pelos estudos de medicina experimental e pelo emprego de métodos de estudo novos, especialmente dos *isótopos radioactivos* e *isótopos estáveis*, de que direi duas palavras.

Foram os progressos da química nuclear que vieram permitir a resolução, de maneira satisfatória, dum problema há muito apresentado pelos biólogos e que consistia em saber qual o caminho que seguia no organismo, uma dada molécula misturada com tantos milhares de moléculas que lhe eram semelhantes... Os isótopos, quer estáveis, quer radioactivos, vieram resolver esse problema.

É certo que já antes do seu emprego se usavam indicadores que nos permitiam marcar as moléculas de certos princípios alimentares e seguir, passo a passo, as suas transformações dentro do organismo; usavam-se v. g. com esse objectivo os produtos fenilados que, por certas das suas características químicas, podiam ser reconhecidos na sua passagem pelo organismo, mas, não é menos certo que, os resultados de tais investigações

não podiam inspirar-nos grande confiança, visto que tais produtos colocavam, pelo seu emprego, o organismo fora das suas condições normais.

Os isótopos, pelo contrário, constituem indicadores perfeitos, visto que em nada diferem, pelas suas propriedades químicas, dos constituintes alimentares estudados. Se as células do organismo tivessem preferência v. g. entre N^{14} e N^{15} deixariam de existir na natureza estes dois átomos de azoto dentro das percentagens em que sempre se tem encontrado, o que não é verosímil. As moléculas marcadas pelos isótopos constituem portanto indicadores perfeitos no estudo destes importantes problemas.

Ambas as categorias de isótopos (estáveis e radioactivos) prestam nestes casos óptimos serviços. A detecção dos rádio-isótopos faz-se por processos mais simples e mais sensíveis. Um simples contador de Geiger-Müller permite não só reconhecer um átomo marcado entre 10^{10} ou mesmo 10^{15} átomos semelhantes (o que dá ao método uma sensibilidade extraordinária...), como acompanhar, ponto por ponto, e instante a instante, o caminho que ele vai seguindo dentro do organismo; o seu maior inconveniente está no curto período de duração desses isótopos, o que dificulta por vezes o seu emprego em experiências que, pela sua natureza, exigem certa morosidade. Os rádio-isótopos só podem ser utilizados em doses muito pequenas. Para o *fósforo, ferro, iodo e sódio*, os isótopos radioactivos são mesmo os únicos que podem ser empregados para se fazer o estudo do seu metabolismo.

Os isótopos estáveis apresentam a grande vantagem de podermos empregar e conservar os seus produtos indefinidamente. O seu maior inconveniente está na maior dificuldade de detecção e dosagem, necessitando o seu emprego que se proceda a uma biopsia e a uma aparelhagem (como v. g. o espectrógrafo de massa), porventura mais dispendiosa e delicada do que aquela que usada para detecção de rádio-isótopos.

O emprego dos novos métodos permitiu conhecer melhor o metabolismo de cada um dos diversos princípios alimentares e as funções especiais que cada um tem a desempenhar. Novos dados colhidos da observação e da experiência iam agora servir de base ao estabelecimento de novos conceitos de dietética. Vejamos alguns exemplos, escolhidos em doenças da nutrição e em avitaminoses com o apontamento de alguns dos paradoxos... aparentes.

A) *Obesidade*. — Vulgarizou-se ultimamente no nosso país e creio que em muitos outros povos um livro famoso subscrito por um categorizado nutricionista norte-americano (Lindlahr) e apresentado na tradução portuguesa com o sugestivo e paradoxal título «*Coma e emagrecça*» que tem dado óptimos resultados em quase todos os obesos do nosso conhecimento que se têm submetido ao esquema dietético proposto por esse médico.

Classificados os alimentos em *anabólicos* e *catabólicos*, conforme fornecem ao organismo mais ou menos energia do que aquela que necessitam para a sua assimilação e aproveitamento, o autor americano acon-

selha restrição acentuada de alimentos *anabólicos* (hidrocarbonados e gorduras) para permitir e aconselhar o consumo dos alimentos *catabólicos* (carnes, hortaliças, legumes, frutos, etc.).

Aqueles de VV. Ex.^{as} que, porventura, ainda não tenham lido esse livro interessante, escrito de mais a mais num estilo agradável, sugestivo e aliciante, eu aconselho a sua leitura. Os resultados são acentuados e conseguidos em poucos dias, mas deve registrar-se, que não se obtêm sucessos em todos os casos.

A obesidade, doença de nutrição tão frequente em certas camadas sociais, pode ser de origem exógena ou endógena. A primeira pode de facto combater-se com a restrição de alimentos anabólicos e com a prescrição de alimentos catabólicos, mas quando for de origem endógena já o caso é mais complicado. Há porém certas determinações laboratoriais tais como a determinação do *metabolismo basal*, a determinação do *quociente respiratório* e o conhecimento do *poder dinâmico específico* dos alimentos, que muito nos podem auxiliar no tratamento desses doentes.

1.º — Se o metabolismo basal é normal ou se excede este em mais de 10 % e se, aliado a esta circunstância, encontramos um quociente respiratório baixo (0,70 ou 0,75), então ficamos a saber que o poder de combustão das gorduras, no organismo, *não se encontra alterado* e poderemos nestas condições, combater a obesidade reduzindo a alimentação. Interessa-nos também conhecer o peso ideal do doente para, com esse dado, poderemos determinar a relação $\frac{\text{peso real}}{\text{peso ideal}}$ que, em indivíduos normais oscila de 0,9 a 1,1 sendo superior a 1,3 nos obesos e inferior a 0,7 nos magros. Para a determinação do peso ideal podemos servir-nos de fórmulas empíricas, como a de Lorenz: $P = A - 100 \frac{(4-150)}{4}$ ou, melhor ainda, o de Bertheau: $P = 0,8 (A - 100) + \frac{Id}{2}$ que leva em consideração não só a altura como também a idade do doente e ainda poderemos distinguir conforme se trate de indivíduos do sexo masculino ou do feminino.

2.º — Se o metabolismo basal é baixo, pouco se poderá conseguir com restrições alimentares. Em tal hipótese só a aplicação do extracto hormonal correspondente (*tireóide, hipófise, gonadas*) poderá normalizar o metabolismo e combater assim esse tipo de obesidade de origem endógena. Poderemos ainda neste caso ser auxiliados pelo valor do quociente respiratório que, sendo baixo, mostrará que o organismo metabolizará bem as gorduras. Se porventura o quociente respiratório for elevado ($\geq 0,9$) então o organismo metabolizará bem os hidrocarbonados e mal as gorduras devido a um certo estado de insuficiência hepática (baixa de lipase) e só tratando o fígado poderemos em tais casos melhorar o poder de combustão das gorduras.

3.º — A obesidade de origem endógena pode ainda ser devida a

uma perturbação do mecanismo neuro-vegetativo regulador do metabolismo das gorduras — *obesidade constitucional* — traduzindo-se pelo predomínio do anabolismo sobre o catabolismo e, por conseguinte, por acumulação de gorduras. Em tais casos não dispomos de meios seguros que directamente melhorem o metabolismo das gorduras. O emprego de certos produtos medicamentosos tais como a «*benzedrine*», a «*pervitine*», não conseguem melhorar especificamente esse metabolismo, mas tão somente afastar as sensações de fome, de sede, de cansaço e de sonolência que correntemente acompanham e atormentam estes doentes, quando submetidos à dieta adequada, circunstância que ajuda por vezes o seu tratamento. Há ainda formas de obesidade exógena que com o tempo se complicam e dão origem a formas de obesidade endógena.

Em resumo, para o tratamento da obesidade precisamos de conhecer previamente qual o tipo de obesidade em questão, para, depois disso, com restrição global alimentar ou, particularmente, de alimentos anabólicos (hidrocarbonados e gorduras) e pela prescrição de alimentos catabólicos (legumes frescos, saladas, ricos em sais e vitaminas), carne sem gordura, peixe, ovos, queijo pouco gordo, etc., conseguirmos na obesidade de origem exógena, normalizar esse metabolismo.

Uma conhecida companhia de seguros norte-americana elaborou com os numerosos dados por ela arquivados um interessante quadro que nos mostra a estreita dependência da diabetes com a doença da nutrição que acabamos de considerar.

B) *Diabetes*. — Como a diabetes é uma doença de nutrição devida a uma perturbação do metabolismo dos glúcidos, prescrevia-se primitivamente a estes doentes um regime alimentar em que os glúcidos não ultrapassavam rigorosamente a tolerância conhecida do doente e fazia-se face às despesas e necessidades restantes do indivíduo com lípidos e prótidos. Era este o princípio dietético fundamental seguido nesta doença. Cedo, porém, se reconheceu que uma tal dieta não era favorável ao doente, já porque tendia a baixar a tolerância do doente para glúcidos (o que também era grave) e ainda porque favorecia o aparecimento de outra doença da nutrição — a obesidade. O perigo da acidose a que o doente ficava exposto para se livrar da hiperglicémia era afinal bem mais grave do que o primeiro. Andava-se assim por caminho bem errado. É deste tipo o regime dietético de Bouchardat.

A primeira reacção contra este tipo de regime dietético partiu de von Noorden que em 1903 propunha no tratamento da diabetes a chamada *cura de aveia* à qual ele atribuía virtudes especiais de que afinal a aveia não goza. O diabético sente-se bem porque por um lado metaboliza regularmente o amido da aveia e por outro lado os glúcidos estimulam o pâncreas a segregar maior quantidade de insulina e por conseguinte, a aumentar a tolerância para glúcidos. Em 1926 Adlersberg e Porges tornaram-se defensores convictos do novo método de tratamento dietético, embora propondo um regime um pouco mais moderado em glúcidos

Cada ampola de 3 c.c. contém:

Quinina anidra, 0,09 gr.
Cânfora . . . 0,12 gr.
Essências antisépticas (limão e eucaliptol), 0,15 gr.
Vitamina A, 7.500 U.
Exc. q. b.

Composição por supositório de 3 gramas (adultos):

Sulfato de quinina, 0,08 gr. Cânfora, 0,08 gr.
Timolsulfonato de trietanolamina, 0,25 gr.
Dietilbarbiturato de codeína, 0,015 gr. Vitamina A, 7.000 U. Vitamina D, 150 U. Vitamina K, 0,0015 gr. Essências antisépticas, 0,20 gr. Veículo apropriado q. b.

Supositórios de 1,5 gr. (Infantil)

FORTE

AMPOLAS de 3 c.c.

RECTAL

ADULTOS e INFANTIL

TRANSBRONQUINA

GOTAS

FRASCO de 20 gramas

"P"

(COM PENICILINA)

Timolsulfonato de trietanolamina, 25 $\frac{0}{0}$
Dietilbarbiturato de codeína . . . 1,5 $\frac{0}{0}$

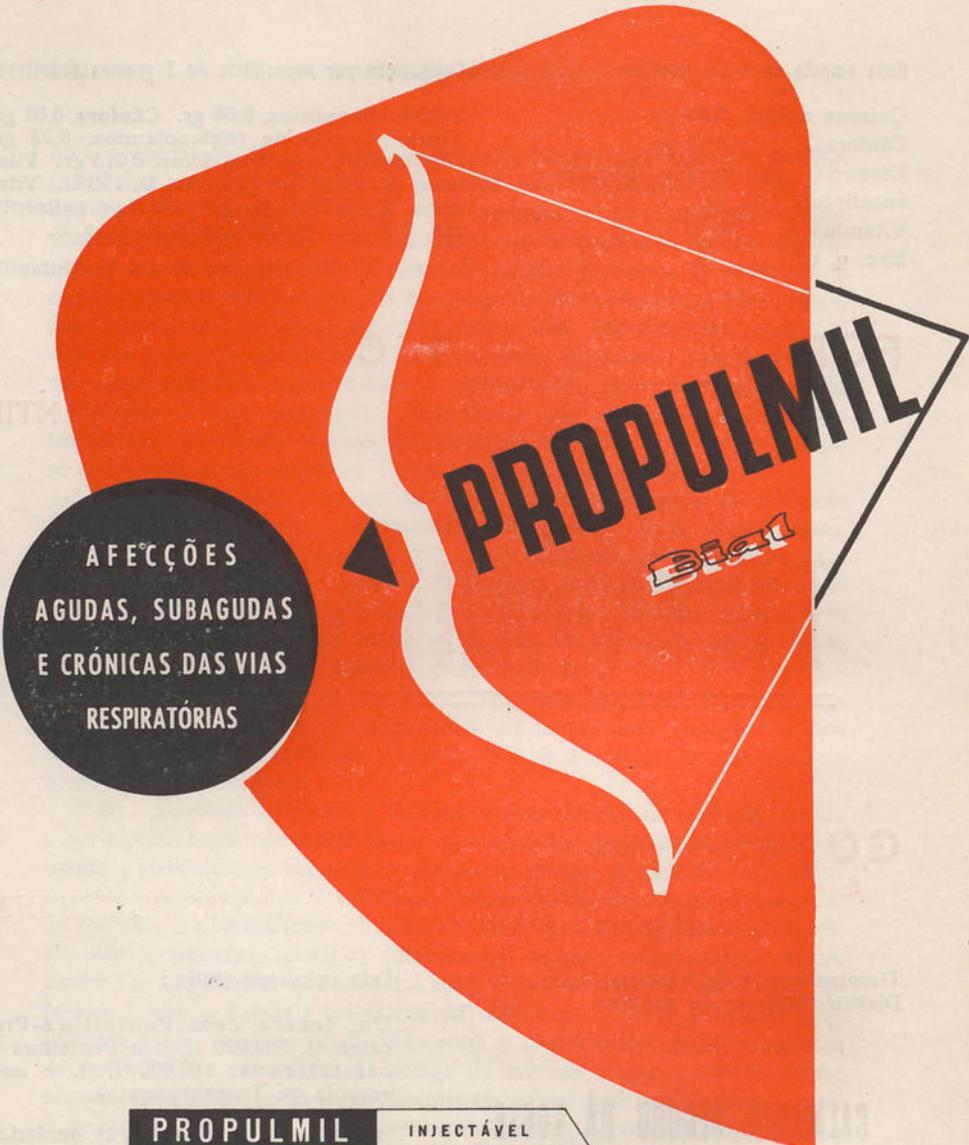
Cada embalagem contém:

Um frasco com Penicilina-Procaína G, 300.000 U. I. e Penicilina G cristalizada, 100.000 U. I. e uma ampola de Transbronquina.

Embalagem de uma e três unidades.

CALMANTE SEGURO DA TOSSE

LABORATÓRIOS LAB — Avenida do Brasil, 99 — Lisboa-N
Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES



**AFECÇÕES
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 D₂ 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 D₂ 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 D₂ 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.

e pobre em gordura e com o qual se reduz a glicosúria e aumenta o glicogénio hepático. Surgem, depois, dentro da nova orientação dietética, as dietas de cereais (Falta), de arroz (von Düring), leguminosas (L. Blum), batata (Mosso), etc.

Depois de novos e porfiados trabalhos sobre a alimentação do diabético, Adlersberg torna-se agora apologista de novas directrizes dietéticas, preconizando entusiasticamente o *regime hiperproteinado*, sobretudo nos obesos, com o fim de promover o seu emagrecimento, cujas principais virtudes por ele reconhecidas, são: *aumento de tolerância para glúcidos, melhoramento da nutrição geral, papel favorecedor da utilização de vitaminas e dos sais de P e de K*. Por outro lado, os trabalhos de Patek e Post demonstrando o elevado valor lipotrópico desempenhado pelos aminados *metionina e cistina* e que consiste no afastamento de lípidos que tendem a acumular-se no interior das células parenquimatosas hepáticas dos diabéticos, constituem novos motivos para justificar a prescrição do esquema dietético hiperproteinado nesta doença.

Contra este esquema surgem as seguintes objecções: 1.º — Pode precipitar o coma diabético visto que as proteínas são produtos cetogénios; 2.º — Pode agravar as lesões de arterioesclerose, de hipertensão, oculares e renais que por via de regras acompanham o diabético.

A primeira não tem grande razão de ser porque o aumento de prótidos não se faz com sacrifício de glúcidos; mas sim de lípidos e estes são, como se sabe, mais cetogénios do que os prótidos. Quanto à segunda só haverá razão para não seguir esse esquema dietético sempre que haja insuficiência renal com ureia.

Aconselha-se um regime formado por carne magra e leite hiperproteinado (leite desnatado 200 gr., leite em pó 50 gr., clara de ovo 100 gr.).

Petren não concorda com este esquema dietético e defende o regime hiper-lipídico que, em seu entender, goza de maiores vantagens: 1.º — Torna os diabéticos rapidamente glicosúricos; 2.º — São ricos em calorias, permitindo portanto ao doente uma actividade física elevada.

Este regime torna-se difícil de suportar nas nossas latitudes pela elevada quantidade de gordura e por outro lado porque diminui a tolerância do diabético para glúcidos. Parece no entanto não predispor, tão facilmente como o anterior, o doente para os estados de acidose, mas torna-se extremamente difícil de suportar um regime assim, quase sem prótidos e sem glúcidos...

Presentemente a alimentação do diabético obedece a novas directrizes, mas da evolução dos esquemas anteriores, se podem tirar proveitosos ensinamentos: — Todos estão de acordo em que o número de calorias permitidas deva ser inferior ao valor dado ao indivíduo normal da mesma idade e peso; entende-se por peso do diabético não o peso real mas sim o peso ideal relativo à sua altura e idade. Devem por isso fazer pesagens frequentes. Dão-se bastantes hidrocarbonados ao diabético (aqui é que

está o paradoxo aparente), mas deve-se procurar respeitar tanto quanto seja possível as relações ou equilíbrios alimentares próprios da ração alimentar que pertence ao indivíduo normal. É o esquema dietético proposto por Joslin que concretiza a nova orientação dietética.

Tolstoi defende a liberdade alimentar para o diabético, mas essa liberdade é mais aparente do que real e é mais para tirar efeitos psicológicos do que para ser seguida na prática.

Há porém um outro capítulo em que o paradoxo dietético nos provoca ainda maior impressão.

C) *Avitaminoses*. — Têm-se encontrado sintomas de polinevrite em indivíduos alimentados com regime rico em vitamina B₁ e, experimentalmente, fácil se torna reproduzir esta doença em pombos colocados em idênticas condições de alimentação. Claro está que, em tais casos, excluimos sempre as hipóteses de se tratar de defeito de absorção ao nível do intestino ou defeito de utilização da vitamina B₁ depois de absorvida.

Pode mesmo provocar-se o aparecimento de polinevrite, substituindo num regime normal, um açúcar por outro açúcar diferente (v. g. a sacarose por lactose ou por galactose), ou ainda substituindo uma substância azotada ou uma gordura, por outra substância azotada ou por outra gordura diferentes. Em qualquer destes casos, porém, a polinevrite não cura dando mais vitamina B₁ ao animal, mas tão somente restabelecendo o equilíbrio alimentar que foi comprometido.

Pode provocar-se o aparecimento da sintomatologia escorbútica em cobaias alimentadas com uma ração rica em vitamina C, mas na qual exista determinado desequilíbrio da fracção mineral; em tais casos, porém, a doença não cura dando mais vitamina C, mas somente desaparece quando se houver restabelecido o equilíbrio mineral que foi comprometido. Pode provocar-se o raquitismo em ratos em cuja ração não haja falta de vitamina D, mas apenas se encontre desequilibrada a relação $\frac{Ca}{P}$; a doença, nestas condições, umas vezes cura pela adição de mais vitamina D à ração, mas noutros casos só cura pelo restabelecimento do equilíbrio da relação $\frac{Ca}{P}$.

Podem também provocar-se lesões de esterilidade em ratos com uma ração em que não há falta de vitamina E, mas se verifique uma modificação da fracção mineral. Tais lesões não cedem a nova adição de vitamina E, mas apenas se curam com o restabelecimento do equilíbrio mineral que estava comprometido.

Consideramos paradoxo dietético chamar, nestes 4 últimos exemplos, *avitaminoses* às doenças observadas, porque, não obstante a sintomatologia apresentada, elas não cedem à prescrição das referidas vitaminas.

Ainda aqui o paradoxo é aparente e deixa de existir logo que se admitam os «*equilíbrios alimentares*». O conceito de doenças de carência teve portanto necessidade de ser alargado dada a circunstância de o conhe-

cimento adquirido acerca das funções das vitaminas, vir a ser completado por um conceito novo a que doravante se começou a atender na organização dum regime alimentar e que é chamado o conceito dos *equilíbrios alimentares...*

A ALERGIA CUTÂNEA. — Há uma alergia inespecífica, que se manifesta indistintamente com vários alergenos, uma vez que o organismo foi sensibilizado para um de eles, ou se mantém depois que o alergeno deixou de actuar; há uma alergia específica, que se manifesta quando o alergeno sensibilizador de novo exerce a sua acção.

Não é possível estabelecer um conjunto de síndromes que caracterizem estados alérgicos correspondentes a determinados alergenos, porque os tecidos reagem com um número de formas muito limitado aos mais variados estímulos, e porque entre estes estímulos podem existir alguns que nada tenham a ver com a sensibilização específica e no entanto provoquem idêntica resposta dos tecidos.

Posto isto, é evidente que só há um meio de caracterizar como alérgica qualquer manifestação cutânea e vem a ser a demonstração de que o presumível agente teve contacto com o organismo e que provocou ulteriormente uma reacção diferente da primeira. Esta primeira reacção leva certo tempo, de dias ou semanas, a aparecer; é que o estado alérgico estabelece-se lentamente, à medida que o alergeno vai sendo inactivado, e se a sensibilização se estabeleceu no tecido, antes de o alergeno haver sido inutilizado, no local do contacto aparece a lesão por ele causada.

Ao fazer-se o segundo contacto, a manifestação dos tecidos sensibilizados pode sobrevir com uma quantidade de alergeno muitíssimo menor do que a foi necessária para se produzir a primeira lesão.

Nos tegumentos, as reacções teciduais podem fazer-se com uma localização mais ou menos superficial, isto é, na epiderme, na derme ou no tecido celular subcutâneo.

As dermatites profissionais, de que existem inúmeros exemplos, são o tipo clássico da reacção alérgica com sede na epiderme, começando por um edema e terminando pela vesiculação, exsudação e formação eventual de crostas, fenómenos estes que vêm por fim a caracterizar o eczema profissional. A reacção é do tipo 24-48 horas e é francamente tecidual, não se tendo podido provar até hoje a presença de anticorpos. Para demonstrar esta sensibilização que reside nas camadas mais superficiais da pele, devem empregar-se, como é óbvio, «tests» epicutâneos, cujo resultado se deve ler ao fim de 24-48 horas e nunca escarificações ou injecções intradérmicas.

Os alergenos externos que têm afinidades especiais para os epitélios de revestimento, como a procaína, a novocaína, são causas frequentes destas alergias cutâneas que se observam tantas vezes em indivíduos que têm que manusear aqueles anestésicos, como os dentistas; o mesmo acontece com a parafenilena-diamina, a que já aludi quando falei das sensi-

bilizações cutâneas às tinturas para os cabelos e que se fixa na substância córnea. Quando esta é atacada ou destruída, já pela própria natureza do alergeno, já pela maceração causada pelo facto de os individuos terem profissões que os obrigam a permanecer largo tempo com as mãos mergulhadas em águas de lavagens, contendo substâncias mais ou menos irritantes — como acontece com as cozinheiras — comprehende-se que os allergenos entrem mais facilmente em contacto com as células epidérmicas e as sensibilizem. As infecções estreptocólicas e estafilocólicas vêm contribuir para o agravamento da enfermidade, igualmente destruindo a camada córnea protectora da pele.

Se as dermatites eczematosas profissionais são o tipo das alergias epidérmicas, a urticária pode apontar-se como o da reacção alérgica com sede na derme ou, mais propriamente, nos vasos sanguíneos superficiais; a reacção é rápida, dentro de poucos minutos, e o quadro histo-patológico é aqui caracterizado por uma transudação de líquido e de certos elementos sanguíneos através das paredes dos vasos, que se encontram alteradas. Clinicamente, observa-se uma pápula.

Já neste caso é possível encontrar anticorpos no sangue, demonstráveis pela transmissão passiva de Prausnitz-Küstner, aparecendo um outro factor — a hereditariedade — que influi por vezes na predisposição para o aparecimento das lesões; na família do doente podem encontrar-se outras manifestações alérgicas, como a asma.

Desde que são as alterações vasculares as manifestações primárias deste tipo de allergia, é natural supor que os allergenos sejam conduzidos no sangue circulante. E assim é, realmente, pois nele são lançados depois de absorvidos pelas mucosas do aparelho respiratório ou digestivo; tais são os allergenos de origem alimentar — ovos, mariscos, o próprio leite materno, causa frequente de tantas urticárias — e os que são absorvidos por inalação. De um caso curioso se recorda deste último tipo — o de um tratador de feras cujo organismo se sensibilizara às emanções provenientes das jaulas dos leões e que apresentava manifestações alérgicas desde que se aproximava destes animais. As sensibilizações aos pólenes e ao pó de determinadas casas de habitação, são do mesmo género.

É evidente que neste tipo de allergia, ao contrário do anterior, não se devem empregar métodos epicutâneos para despistar o estado alérgico mas sim as escarificações ou as injeções intradérmicas, que levem os allergenos às proximidades da rede vascular superficial; a resposta reaccional apenas demorará 10' a 30'.

Nas alergias por infecção, a reacção dá-se na derme, estendendo-se às camadas mais profundas e chegando a atingir, por vezes, o tecido celular subcutâneo. Empregam-se como «tests» os extractos microbianos, applicados em escarificações ou injeções intradérmicas, estas últimas sendo preferíveis por se poderem fazer avaliações quantitativas. O período de latência é de 24 a 48 horas. Clinicamente, a reacção manifesta-se por eritema e formação de uma pápula ou placa indurativa que pode vir a

necrosar-se, por vezes, com processos de linfangite e adenite; sob o ponto de vista histopatológico, manifestam-se processos congestivos, com alterações vasculares e do conjuntivo e migração extravascular de linfócitos, a que mais tarde se juntam plasmócitos e, por vezes, células epitelióides e mesmo células gigantes, dando quadros tuberculóides.

É preciso notar que com a tuberculina se empregam também, com êxito, os «tests» epicutâneos, o que parecerá estranho mas tem uma possível explicação no facto de estes reagirem com fracções da tuberculina diferentes das que provocam a reacção intra-dérmica.

Ainda que, algumas vezes, a reacção tome um aspecto idêntico ao da enfermidade cutânea, devemos, em todo o caso, ter em conta que isso se pode dar também com outros alérgenos não específicos e até depois da acção de agentes físicos ou químicos. É o chamado «efeito isomorfo» ou «fenómeno de Kobner», bem conhecido dos dermatologistas.

O A. anota depois os aspectos da alergia na sífilis, terminando por citar a opinião expressa nos mais recentes trabalhos sobre terapêutica, indicadora da conveniência de um tratamento precoce intensivo, para prevenir o aparecimento das reacções alérgicas cutâneas, brotes secundários altamente contagiosos, que não influenciam o desenvolvimento da imunidade.

LÚPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO. — A propósito de duas histórias clínicas de esta afecção, os AA. chamam a atenção para o facto do crescente número de casos publicados, o que leva a crer que não é tão rara como se supunha, por não se haver atribuído a verdadeira etiologia a casos em que aparecem como manifestações dominantes as localizações do tipo visceral: endocardite, glomérulo-nefrite, reumatismo articular agudo, revestindo os sinais cutâneos carácter fugaz, aparentemente de pequena importância.

Preferem dar à doença o nome que lhe atribuiu Lian, de lupo-eritemato-viscerite maligna, que conduz melhor com o quadro mórbido; e o separa das formas subagudas, predominantemente cutâneas, para as quais existe ainda dúvida sobre a identidade de natureza com as formas agudas.

Dedicam particular atenção ao valor semiológico das chamadas células L.E.; são polinucleares que contém no citoplasma uma inclusão redonda, volumosa, homogénea, constituída por material nuclear, cujo mecanismo de formação não está ainda bem esclarecido, como se verifica pelas opiniões dos vários autores citados. Também se tem utilizado para diagnóstico o chamado «fenómeno L. E.», que consiste em obter as células L. E. no sedimento do plasma dos doentes, juntando-o a heparina e ao produto obtido pela punção esternal de indivíduos sãos.

Em face dos seus casos e de outros, os AA. concluem que nem as células nem o fenómeno são constantes nos doentes de lúpus eritematoso agudo disseminado, nem são exclusivos de esta doença.

DERMATÓFITOS PORTUGUESES. — Recordando os poucos trabalhos sobre o assunto, que impedem estabelecer frequências das diferentes espécies de dermatófitos nas várias regiões do país, fornece uma contribuição para o conhecimento da distribuição na região do centro do Continente, baseada no estudo de 680 casos.

A distribuição topográfica das tinhas foi a seguinte: da cabeça — 646, da barba — 26, do corpo — 8. Os tipos encontrados nas tinhas da cabeça foram: tricofitias — 499 casos, microsporias — 107, favus — 40. Os de tinha da barba e da pele glabra eram todos de tricofítia. Os dermatófitos encontraram-se nas seguintes percentagens: *T. violaceum* — 64,4 %, *M. felineum* — 15,7 %, *T. tonsurans* — 9,56 %, *T. schoenleini* — 6 %, *T. roseum* — 4,2 %, *T. mentagrophytes* — 0,14 %.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E SEROLÓGICA DE DOENTES DE SÍFILIS TRATADOS COM PENICILINA. — A droga empregada foi a penicilina G-procaína em suspensão oleosa com monoestearato de alumínio, adoptando-se dois esquemas de tratamento: 1.º dia 1.200.000 U., nos dias seguintes 600.000 U. até completar 4.800.000 U.; 1.º dia 2.400.000 U., nos dias seguintes 600.000 U. até completar 6.000.000 U. Os casos estudados eram de sífilis primária e secundária, os primeiros em numero de 33 e os segundos de 63. Nas reacções serológicas utilizaram-se métodos de doseamento das reaginas e reacções de Wassermann e Kahn.

Analizam os resultados obtidos em diversas circunstâncias, os quais sintetizam nas seguintes conclusões:

1.ª — A acção do medicamento foi evidente sobre as lesões cutâneo-mucosas sífilíticas, cicatrizando-as rápida e completamente.

2.ª — A esterilização do agente infectante, assim como se provou pela pesquisa do treponema, foi muito rápida.

3.ª — As doses de 4.800.000 e 6.000.000 de unidades (1.º e 2.º esquemas), fraccionadas durante sete dias, foram suficientes para obter a cicatrização das lesões cutâneo-mucosas, assim como uma resposta serológica que parece conduzir à cura.

ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES. — A existência no sangue de glóbulos rubros alongados em forma de foice não é rara nos indivíduos de raça negra, e pareceu ser-lhes exclusiva; de cada 15 com essa anomalia morfológica dos eritrócitos, um apresenta anemia, sendo esta, nos restantes, latente. Sucessivas investigações mostraram que, embora com menor frequência, a situação também aparece na raça branca. Como sucede com todas as malformações, tem-se procurado filiar esta na hereditariedade.

Em Portugal, Carlos Trincão e colaboradores publicaram 4 observações de anemia de este tipo, sendo a primeira em 1934. O A. de este artigo junta agora a essa série mais 3 casos, também em crianças.

Em resumo da história clínica menciona-se: no 1.º caso, criança de 4 anos, quadro de anemia hemolítica esplenomegálica, com períodos

de exacerbação e intervalos de relativo bem-estar, datando de há dois anos; no 2.º caso, criança de 2 anos, anemia hemolítica esplenomegálica mais acentuada, manifestações desde a nascença e com tendência para agravamento progressivo; no 3.º caso, criança de 17 meses, a anemia era discreta, tendo vindo ao médico por outras razões.

Tal como sucedeu com alguns casos de C. Trincão e outros de estrangeiros, encontraram-se algumas vezes eritrócitos falciformes em pessoas de família dos doentes. Assim, o pai do doente do 1.º caso apresentava essa malformação celular, o qual apenas oferecia discretas queixas, de cansaço fácil, dores nos músculos e nas articulações, e tom colémico das conjuntivas, possivelmente relacionadas com a eritrofalcemia. Os progenitores de criança do caso 2.º tinham formas suspeitas.

Na evolução da doença produz-se uma progressiva atrofia do baço, causada por sucessivos enfartos e sua transformação fibrosa. Por isso só há direito a pensar na esplenectomia quando a anemia for grave com grande esplenomegalia.

IMPRESA MÉDICA, XVI, 1952 — N.º 10 (Out.): *O médico e as gentes* (em espanhol), por Florencio Escardó; *Elephantiasis Nostra* (em inglês), por Aldo Castellani; *Os médicos judeus na Holanda* (em francês), por Jacques Pines; *Aspectos médico-sociais da invalidez por tuberculose pulmonar nos marítimos*, por F. M. Eleutério. N.º 11 (Nov.): *Noções de psicoterapia*, por A. Austregésilo; *Os médicos judeus na Turquia* (em francês), por Jacques Pines; *Ensaio do Dr. J. O. Leibowitz sobre Amato Lusitano* (conclusão do N.º anterior), por José Lopes Dias; *Misticismo e medicina*, por Santana Rodrigues; *Escola nova, didáctica nova*, por Augusto de Esaguy. N.º 12 (Dez.): *Broncomiçose semelhante tuberculose pulmonar* (em inglês), por Aldo Castellani; *Pólipo do antro pilórico invaginado para o duodeno*, por Américo Nunes e R. Gomes de Oliveira; *Para uma exploração analógica dos seres vivos* (em espanhol, conclusão do N.º anterior), por José del Castillo; *A medicina em Israel* (em francês), por Jacques Pines; *Portugal na história da medicina social* (continuação de N.ºs anteriores), por Fernando da Silva Correia; *Arabescos* (artigos sobre medicina social, em continuação de N.ºs anteriores), por M. da Silva Leal; *A velhice de Pio Baroja* (em espanhol), por Luís Granjel.

PÓLIPO DO ANTRO PILÓRICO INVAGINADO PARA O DUODENO. — Observação de um homem de 59 anos, que vinha queixando-se, desde há dois meses, de astenia, cansaço, emagrecimento, cefaleias, e edemas maleolares, e cujo primeiro exame mostrou anemia acentuada do tipo hipocrômico e hipocloridria; foi a radiologia que descobriu a existência de um tumor, que apesar do seu tamanho (o de uma tâmara) e da sua localização (justa-pilórica), não provocava os sintomas que era natural produzisse.

O facto é que os doentes com tumores benignos do estômago costu-

mam por vezes não oferecer queixas gástricas, e manifestarem-se as lesões por hematemese e melenas abundantes ou por estenose pilórica. Dão uma anemia grave, quer do tipo hipocrômico, quer do tipo pernicioso; acompanham-se ou não de acloridria, aumento da velocidade de sedimentação; e dão imagem radiológica lacunar, única ou múltipla, que, quando o pedículo é bastante comprido e se move largamente, se desloca até ao duodeno. O tamanho da imagem lacunar pode variar segundo a compressão que se exerce para o estudo do relevo, ou segundo a consistência do pólip. Fazendo exames radiológicos em dias distantes, podem observar-se alterações no tamanho e na forma, que podem, segundo Haring, ser devidas a hemorragias ou roturas de formações quísticas. Outro elemento para o diagnóstico é a gastroscopia, a qual serve mais para o estudo da benignidade ou malignidade do tumor. No caso dos tumores do estômago benignos (extra-gástricos), fazendo saliência para a cavidade peritoneal, como leiomiomas, lipomas e neurofibromas, etc., pode-se fazer o diagnóstico por meio de peritonioscopia.

Uma vez feito o diagnóstico, o tratamento indicado é a cirurgia. Corre-se muito menos perigo de mortalidade na intervenção do que na transformação maligna e também só por esta forma se consegue acabar com as hemorragias e aliviar os transtornos dados pela obstrução do piloro, etc.

No presente caso, verificou-se que os únicos sintomas apresentados pelo doente eram a sua anemia do tipo hipocrômico e a hipocloridria; daí a dificuldade do diagnóstico. Pela radiografia podia dizer-se apenas que havia um tumor duodenal. O diagnóstico diferencial radiológico tem de ser feito, em primeiro lugar, pelo simples prolapso da mucosa. Neste caso observou-se a deformação que é característica, mas não se acompanhava de aumento da imagem do bulbo, nem se verificaram as restantes alterações do relevo da mucosa em camada fina (pregas distendidas e como que apagadas por compressão a partir do lume). A origem gástrica do tumor só é possível diagnosticar-se com exactidão quando à radioscopia se consegue seguir o tumor pediculado desde a sua origem no estômago ou quando, em exames consecutivos, se observa um defeito de repleção no antro em um dos exames, que desaparece nos seguintes, para ser visível no bulbo. Neste caso não se deu nenhuma destas eventualidades. O diagnóstico fez-se pela conjugação dos dados clínicos com os radiológicos, que indicavam dever tratar-se de tumor intrabulbar (possivelmente pólip) com origem no antro e invaginação para o duodeno. O que a intervenção cirúrgica confirmou.

ANAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, VIII, N.º 4 (Dez. de 1951): *Eritremia e eritorleucemia (acerca de quatro casos)* (em inglês), por Carlos Trincão e Ducla Soares; *Um caso de ginandromorfismo observado num ixodídeo, Acerca da existência em Moçambique de uma nova subespécie do género Dermacentor, Um novo Ixodídeo para*



NAS CARÊNCIAS
P R O T E I C A S

AMINO TÓNICO



FRASCO DE 200 cc.

40\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
LISBOA PORTO COIMBRA

ECOS DOS ECOS

 Verificou-se que os extractos hepáticos brutos são tão eficazes como a colina na protecção contra as lesões hepáticas produzidas em ratas por meio de dietas especiais, ao passo que com a metionina só se obtém uma fraca protecção contra as lesões do fígado produzidas do mesmo modo, o que leva a admitir que os extractos de fígado possam conter um precursor desconhecido da colina, ou uma substância lipotrópica não conhecida.

N.º 9, Jun. 1950 *Am Journ. Med. Sci.*, 219:197, 1950

 Thompson descobriu no plasma dos indivíduos com anemia de Biermer a existência de um agente que *in vitro* inibe a maturação das células medulares e é capaz de transformar as culturas mormoblásticas. A sua acção é anulada pelos extractos hepáticos e pelo ácido fólico, mas não pela vitamina B₁₂.

N.º 18, Março de 1951 *Inst. Med.*, 12:296, 1950

 De determinados materiais biológicos foram isoladas um certo número de formas quimicamente distintas de vitamina B₁₂, e o termo genérico proposto para todo o grupo foi o de *cobalamina*. Observou-se que todos os compostos de cobalamina ensaiados clinicamente possuíam o mesmo tipo, e aparentemente o mesmo grau, de actividade hemopoética. A eficácia dos extractos hepáticos no tratamento da anemia perniciosa parece depender do seu conteúdo em cobalamina e as soluções desta substância, administradas em injeção, são substitutos eficazes daqueles extractos.

N.º 27, Dez. 1951 *Annals Intn. Med.*, 35:518, 1951

EXTRACTO HEPÁTICO

Fraco (1 micrograma de Vitamina B ₁₂)	Caixa de 6 ampolas de 2 cc.
Fraco vitaminado	Caixa de 6 ampolas de 2 cc.
Forte (5 microgramas de Vitamina B ₁₂)	Caixa de 5 ampolas de 6 cc.
Fortíssimo (75 microgramas de Vitamina B ₁₂).	Frasco de 5 cc.
Xarope vitaminado	Frasco de 170 cc.

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

a fauna de Moçambique, *Subsídios para o estudo da fauna ixodológica da província do Niassa*, por J. A. Travassos dos Santos Dias; *Nota sobre um amebiano do género Endolimax*, por Froilano de Melo e Dácio Amaral; *Novos dados sobre as leptospiros de Portugal*, por J. Fraga de Azevedo, Joaquim Salvado e José S. Queiroz; *Os vírus das encefalites sazonais e a sua origem tropical* (em francês), por P. Lepine; *Um reconhecimento glossínico no distrito do Lago*, por A. Melo Serrano; *A contribuição anglo-portuguesa em medicina tropical* (em inglês), por J. Fraga de Azevedo; *Relatório sobre as actividades do I. M. T. em 1950*, por J. Fraga de Azevedo.

LEPTOSPIRAS DE PORTUGAL. — Dos trabalhos de investigação que efectuaram, concluiu-se que, além da *L. icterohaemorrhagiae* e da *L. canicola*, já identificadas em Portugal, temos de contar também no nosso país com a *L. pomona* e a *L. ballum*, as últimas isoladas de roedores capturados no campo (Águas de Moura). Pelas reacções de aglutinação praticadas com soros de cães provenientes do Porto (norte do país) e de Águas de Moura (zona meridional) verifica-se que entre eles ocorre a *L. icterohaemorrhagiae* e a *L. canicola*, embora com mais frequência na segunda localidade que na primeira. As reacções positivas a um título superior a 1:100 foram mais frequentes com a *L. icterohaemorrhagiae* que com a *L. canicola*. Em face dos resultados obtidos é de presumir que os cães de Portugal se encontram largamente infectados pelas duas espécies referidas e portanto que os casos humanos possam ocorrer em qualquer ponto do país.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 519 (3-I-1952): *Vitriolagem*, por Asdrubal A. de Aguiar; *Sobre o carcinoma da vesícula biliar e a litíase biliar*, por Francisco Gentil, José Conde e J. Neves da Silva; *Eutanásia*, por A. Vaz Serra; *A perda da integração da linguagem na personalidade como perturbação afásica*, por Diogo Furtado; *Regimes alimentares e protecção aos doentes: importância nutricional do fluor*, por Maria P. Campos e Dutra de Oliveira. N.º 520 (10-I): *Valor da alergia na infecção tuberculosa e nos vacinados pelo B. C. G.*, por Raúl Ribeiro; *Osteomas das cavidades perinasais*, por Manuel Pinto. N.º 521 (17-I): *A doença cardíaca reumática nas crianças das escolas primárias de Lisboa*, por A. Lima Faleiro; *A propósito de um caso de ictus laríngeo*, por J. A. Campos Henriques; *Estudo anátomo-radiológico das veias da órbita pela flebografia angular*, por Ch. Dejean, Ch. Boudet e R. Paleirac. N.º 522 (24-I): *Neurinoma orbitário em via de transformação maligna*, por António Cerveira; *A função tireóidea na insuficiência suprarrenal*, por Inácio Salcedo e Carlos Alberto da Rocha; *Operações de dacriocistorrinostomia interna dos sacos normais para melhorar a ozena*, por Belarmino de Almeida. N.º 523 (31-I): *O pensamento e a máquina*, por Diogo Furtado.

CARCINOMA DA VESÍCULA E LITÍASE BILIAR. — O carcinoma da vesícula biliar tem na litíase, com frequência, a interpretação do seu aparecimento, pois todas as estatísticas são conformes em assinalar que 70 a 100 por cento dos cancerosos da vesícula eram litiásicos. As lesões inflamatórias produzidas pela presença dos cálculos são o estado pré-canceroso, embora seja difícil explicar como a hiperplasia da mucosa se transforma em cancro. Que a litíase biliar é factor importante do cancro também é provado pelo facto de o carcinoma da vesícula se manifestar em cerca 40 por cento dos portadores de cálculos. E sendo a mortalidade geral por colecistectomia da ordem de 1,6 por cento, apenas, está indicado praticar a colecistectomia em todos os casos de litíase biliar, como medida preventiva do cancro, cuja mortalidade, dentro dos 3 anos que seguem a intervenção, é de 98 por cento.

EUTANÁSIA. — Artigo já resumido no nosso N.º 12 de 1952 (pág. 675).

A FUNÇÃO TIREÓIDEA NA INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL CRÓNICA. — Estudando-a pelo doseamento do iodo precipitável do plasma, em doentes com insuficiência suprarrenal crónica, sugerem certa dependência hiperfuncional da tiróide na doença de Addison.

O MÉDICO — N.º 70 (1-I-1953): *Novas perspectivas da angiocardiopneumografia*, por Lopo de Carvalho; *A neurógliã*, por Xavier Morato; *Centros de transfusão conelbios*, por Ernesto Moraes; *A tinha como flagelo médico-social da criança*, por Juvenal Esteves; *Toxi-infeções alimentares*, por A. Pestana da Silva e J. Almeida Soares; *O anatómico Verheyen e S. Francisco Xavier*, por Luís de Pina; *Tratamento da ovarite esclero-quística*, por Mário Cardia; *Suplemento* (Sobre problemas hospitalares, por Mário Cardia; Exortação a propósito da França, por Almerindo Lessa; Werner Teshendorf, por Albano Ramos). N.º 71 (8-I): *Grandeza e decadência da medicina interna*, por Mário Moreira; *Leucorreias, os seus problemas*, por Mário Cardia; *Suplemento* (Struthof; um desafio à consciência humana, por Almerindo Lessa; Não é obrigação, por António José Lúcio; O sangue e a ética, por M. da Silva Leal; Crónica de Goa, por Ventura Pereira). N.º 72 (15-I): *Educação profissional*, por Américo Pires de Lima; *Imunização profiláctica em pediatria*, por Carlos Ramalhão; *Suplemento* (Na era dos homens velhos, por Almerindo Lessa; Da assistência e previdência, por M. Rocha Paris). N.º 73 (22-I): *O acesso ao professorado*, por Eduardo Coelho; *Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar*, por Esteves Pinto; *Suplemento* (Serviço Nacional de Sangue, por Almerindo Lessa; Pedras soltas, por Mendonça e Moura; A medicina no Ultramar, por Alexandre Sarmento; A medicina organizada ou a desorganização da medicina, por M. da Silva Leal). N.º 74 (29-I): *Medicina psicosomática*, por Pedro Polónio; *Sentido*

moral da organização social da medicina, por Mendonça e Moura; *Supurações pulmonares*, por António Seabra; *Suplemento* (A literatura que acompanha as especialidades, por António José Lúcio; Arabescos, por M. da Silva Leal; O ano médico-literário de 1952 em Espanha, por Castillo de Lucas).

VACINAÇÕES PROFILÁCTICAS EM PEDIATRIA. — As vacinas múltiplas (difteria-pertussis-tétano) não dão maiores reacções que as simples, podem potencializar-se mutuamente, e devem fazer-se precocemente, sendo as preferíveis até aos 4 anos, devendo empregar-se as simples depois de esta idade; uma reactivação, por meio de nova injeção passados 3 a 4 anos, é indispensável. A vacinação anti-variólica antes dos 6 meses. A vacinação contra as salmoneloses (T. A. B.) é aconselhável depois dos 2 anos de idade; antes, empregar a vacina monomicrobiana (T.). A vacinação pelo B. C. G. deve reservar-se aos tuberculino-negativos; nas crianças, a prova pelo adesivo é a mais útil, e a injeção intradérmica da vacina é a que oferece mais garantia de dosagem da vacina introduzida, e a que diminui a probabilidade de reacções locais. Há esperanças, através dos trabalhos em curso, de se vir a obter vacina contra a poliomielite e contra a raiva.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR. — Revisão do estado actual da questão, para mostrar que esta cirurgia tem já indicações precisas, ostenta grande variedade de métodos que prova o interesse que despertou, o qual levou a larga aplicação, com âmbito que os antibióticos vieram aumentar. O A., indicando casos de sua prática, mostra-se partidário da extensão da cirurgia a muitas situações clínicas, apesar de a tuberculose pulmonar não ser uma doença primariamente cirúrgica.

LIVROS E OPÚSCULOS

ACTUALIDADES BIOLÓGICAS, XXV (1952) — Conferências realizadas no Instituto Rocha Cabral, em Maio e Junho de 1952.

Contém este volume os seguintes trabalhos: *A dor*, por Joaquim Fontes; *Problemas da fisiologia capilar*, por Mirabeau Cruz; *Aspectos da bioquímica dos terpenos*, por Alberto José Correia Ralha; *Como actuam os estrogéneos*, por D. Pedro da Cunha; *Estrutura e função*, por A. Celestino da Costa. Continua assim o Instituto a notável obra de divulgação científica a que se tem entregado sem interrupção.

ACTUALIDADES E UTILIDADES MÉDICAS, XIX, 1952 — (1.º e 2.º Quadrimestre). — Mais dois volumes de esta publicação que coleciona notas de interesse clínico, extraídas de revistas nacionais e estrangeiras. Redacção de Tomé de Lacerda e António de Lacerda, com a colaboração de Frederico Madeira e Rosado Pinto.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Sobre o emprego dos antibióticos

Em *Revista Clínica Española* (15-XI-1952), JIMENEZ DIAZ expõe considerações oportunas sobre este tema, visando: os efeitos nocivos e seu mecanismo, o antagonismo e o sinergismo, a resistência, a agressão às simbioses naturais, e outros aspectos em estudo.

Os efeitos tóxicos são bem conhecidos, pois têm sido muito vulgarizados pela imprensa médica. Por isso limitamo-nos aqui a rápida recordação das acções tóxicas propriamente ditas e das reacções alérgicas.

A penicilina tem principalmente efeitos sensibilizantes, com produção de quadros clínicos de alergia que variam de localização e de intensidade, desde o típico choque anafiláctico, nalguns raros casos mortal, até aos de manifestações vasculares que lembram a periarterite nodosa ou dão sinais de púrpura, até às mais frequentes de tipo dermo-vascular ou epidérmico: edema angio-neurótico, urticária, dermatites.

A estreptomycinina, além da acção sensibilizante, provocadora de dermatites de contacto ou de exantemas quando por administração parenteral, dá lugar facilmente aos fenómenos tóxicos bem conhecidos através das observações dos doentes de meningite tuberculosa, mas que também podem aparecer no tratamento de outras localizações da tuberculose, quando o tratamento é demorado: vertigens, surdez, paralisias oculares, convulsões, hipotensão, estomate, anemia.

A aureomicina origina perturbações digestivas por acção local tóxica, sensibilização alérgica e acção agressiva sobre a flora intestinal; se empregada por injeção endovenosa, esclerosa as veias. Semelhante nocividade sobre o aparelho digestivo tem a terramicina e a cloromicetina. Nalguns casos, podem observar-se efeitos de sensibilização alérgica com estes três antibióticos, de localização cutânea, mas são pouco frequentes, assim como os de hipotensão e taquicardia; não tem importância clínica. Os efeitos mais prejudiciais de estes antibióticos são as infecções secundárias por fungos ou pelas bactérias antagonistas das sensíveis (assunto adiante referido). A bacitracina tem acção tóxica sobre o rim, deprimindo a função tubular, provocando o aparecimento de glicosúria e de albuminúria.

Os fenómenos de sinergia entre os antibióticos tem grande importância prática na luta contra várias infecções: sepsis de enterococos, bruceloses, etc. A explicação possível tem sido diversamente dada: acção química combinada de um efeito bacteriostático com outro bactericida, bloqueio simultâneo de dois anéis da cadeia de qualquer processo enzimático indispensável para a nutrição e crescimento dos micróbios.

Igual importância prática tem os fenómenos de antagonismo, pois há combinações que debilitam ou mesmo anulam as acções antibióticas.

Eis as sinergias e os antagonismos que se tem registado:

Sinergismos: — Penicilina e Estreptomycinina, Penicilina e Bacitracina, Aureomicina e Cloromicetina, Terramicina e Cloromicetina.

Antagonismos: — Cloromicetina e Penicilina, Cloromicetina e Estreptomycinina, Penicilina e Aureomicina, Penicilina e Terramicina.

O fenómeno da resistência dos micróbios aos antibióticos é aspecto interessante não só no ponto de vista prático, mas também no biológico. Não se observa para todos os agentes, e pode não ser definitiva, recuperando-se com o tempo a sensibilidade. Assim vai em aumento a frequência de estafilo-

cocos resistentes à penicilina, facto que não se observa com o pneumococo. Assim o coli tornado resistente por tratamento com a estreptomocina volta a adquirir sensibilidade.

Muito curioso é o facto das resistências cruzadas, como se tem assinalado com aureomicina para a terramicina, com estes em relação à cloromicetina; ao passo que estes três antibióticos não influem na sensibilidade à estreptomocina, nem a relativa à terramicina é influenciada pela aureomicina e pela cloromicetina.

A observação de um processo infeccioso recidivante pode resultar de várias circunstâncias, superinfecção por outro gérmen, proliferação de estirpes insensíveis que proliferam activamente quando se encontram sem as sensíveis que foram vencidas, mutação genética, como se vê aparecer espontaneamente nas culturas sem antibióticos.

Seja qual for a explicação, o facto é que com o emprego muito espalhado dos antibióticos se criam raças microbianas resistentes, que podem produzir quadro mais grave do que aquele para o qual se administram. Contra esse perigo se procura actuar por meio de combinações antibióticas adequadas a cada caso.

A flora bacteriana que normalmente existe nas cavidades naturais tem um papel biológico importante, que numerosos trabalhos (entre os quais os do A.) tem provado e constituem assunto de alto interesse, no tema presente pela acção que sobre ela exercem os antibióticos. A flora tem um equilíbrio que serve para a defesa contra a fixação de gérmes estranhos; em parte pela libertação de substâncias que actuem como antibióticos. Serve os processos da digestão, regulando a formação e destruição da histamina e de outras bases aminicas. Serve os processos de nutrição, como está demonstrado pelo seu papel na síntese de vitaminas.

Os antibióticos, modificando a flora, podem originar perturbações importantes, que tem sido verificadas experimentalmente nos animais, e de que a clinica humana mostra exemplos, dos quais se citam os seguintes, de mecanismo complexo, mas em que intervém o desequilíbrio da flora, ao lado de avitaminoses e infestações micóticas.

Assim, as perturbações digestivas, sobretudo as causadas pela aureomicina, que podem tomar aspectos sérios, como o de sprue ou da chamada disenteria estafilocócica; estomatites e glossites tem-se assinalado com certa frequência, e explicam-se por carências vitamínicas provocadas pela disbacteriose, como prova o facto de melhorarem com a administração de vitaminas.

Esta mesma explicação se adapta à anemia provocada pela cloromicetina, por defeito na formação de factor anti-anémico. Mas a síntese no intestino da vitamina K parece não ser perturbada pelos antibióticos.

As superinfecções estão em parte na dependência das alterações da flora das cavidades naturais. A aureomicina e a terramicina são os antibióticos que mais frequentemente produzem tais efeitos. A literatura médica registou casos de disenteria produzida por estafilo-resistentes depois de tratamento pela aureomicina, de infecções graves respiratórias pelos mesmos agentes depois do tratamento da pneumonia com terramicina, de infecções também respiratórias devidas ao hemófilus da influenza na terapêutica pela penicilina. A superinfecção é nalguns casos devida a fungos; registaram-se casos de endocardite, de colite ulcerosa, e menos raramente de micoses do aparelho respiratório.

Os efeitos sobre a nutrição tem sido largamente estudados; o A. cita numerosas investigações pelas quais se verificam resultados diversos, de aumento ou diminuição do peso e do crescimento, nas experiências em animais, segundo o antibiótico, a dose em que este se emprega, e o estado prévio da flora intestinal. Nesta matéria, a relação com as vitaminas é íntima; há bactérias que tem papel importante na síntese das vitaminas, mas também as há que

consomem estas, e a mesma bactéria pode, conforme as circunstâncias ter uma ou outra de estas acções. Por isso os antibióticos, combatendo as bactérias provocadoras de carências vitamínicas terão efeito útil, ao passo que este será prejudicial quando a acção se exercer sobre as bactérias sintetizantes.

Se as acções sobre a nutrição podem explicar-se pelas acções sobre a flora intestinal, não se exclui a possibilidade de os antibióticos terem uma acção directa sobre os processos nutritivos das células, como já várias investigações parciais demonstram. Aos resultados de estas juntam-se os dados da observação empírica, para atribuir aos antibióticos utilidade no tratamento de doenças não-infecciosas.

Nesta ordem de ideias, por vezes com sucesso, tem-se utilizado a aureomicina no tratamento da anemia perniciosa, e sobretudo a terramicina na hepatite epidémica; e o A. com este antibiótico tem curado casos de cirrose com hepato-esplenomegalia, icterícia e febre, efeito que atribui, principalmente à acção sobre a infecção do fígado por agentes vindos do intestino, infecção que, a seu ver, desempenha preponderante papel na produção das cirroses. Tal como no síndrome da irradiação, na anemia perniciosa, nas dispepsias e enterites espruiformes é de admitir que seja pelo combate à infecção com ponto de partida intestinal que os antibióticos actuem.

Seja como for, é indubitável que o uso terapêutico dos antibióticos deve obedecer, para ser benéfico e não ser prejudicial, a judiciosa escolha para cada caso, e não a pretender cobrir a ausência de diagnóstico com a junção de muitos antibióticos.

Tratamento do eczema constitucional das crianças pela chamada "Vitamina F"

Embora o autor do artigo que vamos resumir chame Vitamina F (como outros autores) ao ácido linoleico, a verdade é que esta substância não pertence ao grupo dos princípios vitamínicos, sendo um ácido gordo indispensável, que organismo não pode sintetizar, tal como sucede com os ácidos aminados essenciais.

Trata-se da apresentação dos relatos de 10 casos de eczema essencial, nos quais A. MONTERO RODRIGUEZ empregou o referido ácido gordo como base do tratamento (*Rev. Española de Pediatría*, N.º 4 de 1952), a qual vem precedida pela evocação das doutrinas sobre a etiologia da afecção e sobre os métodos terapêuticos que tem sido utilizados para ela.

No ponto de vista etiológico, se a opinião de muitos se inclina para o papel da alergia na produção do eczema, todos estão de acordo em que o factor constitucional é preponderante, pois é ele que explica a predisposição que algumas crianças apresentam para o aparecimento das dermatoses alérgicas. E há quem, como Woringen, tenha mesmo negado, em certos casos, a influência de qualquer alergeno.

O estado de nutrição da criança e a sua alimentação tem grande importância. A eutrofia aumenta o eczema; a distrofia diminui-o.

Conhecidos de há muitos estes factos, os tratamentos visavam sobretudo o regime dietético. Preconizaram-se vários: supressão da gordura do leite, dieta sem sal, dieta seca, leite vegetal, leite acidificado com ácido clorídrico, etc. Estas dietas, porém, não podiam prolongar-se por muito tempo, pois afectavam o desenvolvimento da criança, e uma vez retomado um regime alimentar adequado, mais rico, o eczema melhorado entrava a piorar. A junção de vitaminas em abundância melhorou, no entanto, os efeitos de tais dietas.

Há uns trinta anos esteve muito em voga o tratamento pelos raios X, que agora volta a ser bastante aproveitado, por os resultados serem bons em muitos casos; o mesmo com as aplicações de raios de luz ultravioleta. Agora

parece que a vacinação pela B.C.G. melhora o eczema, talvez pelo mesmo mecanismo de modificações humorais que torna inexistente a afecção nos tuberculosos. Vitaminas P e H tem sido empregadas com certo resultado. Mas o progresso principal parece estar na utilização dos esteres do ácido linoleico. Partiu ele do estudo experimental da carência com ácidos gordos não saturados (linoleico, aroquidónico e linólico), que mostraram provocar lesões cutâneas que de certo modo se assemelham ao eczema.

Em 1947, na América do Norte, vários trabalhos, entre eles o de Arilde e colaboradores, iniciaram a série de estudos sobre as relações entre os referidos ácidos gordos e o eczema. Nas crianças eczematosas era baixo o índice do iodo no soro sanguíneo, e nas amamentadas essa baixa existia também no sangue das mães; o leite de vaca é pobre em iodo. Ora os ácidos gordos intervêm no ingresso de iodo, e dando a grande série de doentes gorduras ricas em ácidos não saturados (óleos de linhaça, de amendoim e de milho, e banha fresca de porco), viram que, a par das melhoras clínicas, se observava uma subida do índice do iodo.

Depois, outras publicações vieram, com semelhantes resultados, em casos de eczema ou simplesmente de diátese exsudativa. De elas se conclui que:

1.º — O índice do iodo é baixo nas crianças, com diátese exsudativa e eczema, de idade inferior a 2 anos.

2.º — Que só os doentes nestas condições curam com a administração dos ácidos gordos, sendo o mais activo o ácido linoleico.

O A., nos seus doentes, empregou o óleo de linhaça, na dose de 10 a 20 gotas de cada vez, duas vezes por dia, durante cinco dias, a que se seguiram dez dias de descanso, para depois recomeçar da mesma forma, até conseguir a cura. Esta obteve-se geralmente com 3 séries das indicadas doses.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

SOCIEDADES MÉDICAS. — Trabalhos apresentados: Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Intoxicação alimentar colectiva provavelmente por enterotoxinas estafilocócicas, por Bernardino de Pinho, Melo Caeiro e Castro Soares. Na *Sociedade Médica dos Hospitais Civis*: Aortografia experimental por punção cardíaca, por Ayres de Sousa e Belo de Moraes; Diagnóstico dos tumores cerebrais pelos isótopos rádio-activos, por Diogo Furtado, Santos Pereira e Maria H. de Sousa. Na *Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica*: Alocação presidencial, por J. Cid de Oliveira; Evolução histórica da hidrologia, por J. Amaro de Almeida; Indicações terapêuticas de Monfortinho, por Samuel Diniz; Alguns problemas de hidrologia médica, por Costa Sacadura. Nas *Reuniões nos Hospitais da Universidade de Coimbra*: A patologia dos órgãos hemolinfopoiéticos e a sua importância prática, por M. Mosinger; Uma observação pouco frequente, por Ibérico Nogueira; Fracturas supracondilíneas do humero, por Ponty Oliva. Nas *Reuniões do corpo docente da Faculdade de Medicina do Porto*: Aspectos anátomo-funcionais do músculo grande dentado, por Melo Adrião; Notas de revisão da patologia tiroideia: Bócio nodular, por Fernando Magano; Um caso de gigantismo parcial da mão direita, por Álvaro Moitas; A anatomia bronco-vascular do cão em cirurgia experimental, por Carlos Jorge; Estudo experimental dos nervos ópticos no vivo, por Silva Pinto; Variações dos músculos do omoplata, por Pacheco Viana; Alguns aspectos da função suprarrenal na diabetes mellitus, por Inácio Salcedo e Manuel Hargreaves; Um caso de fígado acessório, por Carlos Jorge; Sinovioma (acerca de uma observação clínica), por Fernando Magano. Na Socie-

dade Portuguesa de Pediatria: Estudos sobre as causas de hemolise na ictericia fisiológica dos recém-nascidos, por C. Salazar de Sousa, Crespo Ferreira, Ferreira Gomes e A. Estrela. Na *Sociedade de Medicina Tropical*: Alocação presidencial, por Elísio da Fonseca; Contribuição para o estudo da drepanocitemia nos agrupamentos tribais da Guiné Portuguesa, por Salazar Leite, Bastos da Luz e Pinto Nogueira; As reacções coloidais liquóricas no diagnóstico da tripanozomiose humana, por Cruz Ferreira e G. Igrejas; Linhas gerais duma campanha anti-trepanomatosa, por Cordato de Noronha; Plano para os estudos de hematologia no Ultramar, por Almerindo Lessa. Nas *Reuniões do Hospital do Ultramar*: Analgesia obstétrica, por M. Rosário Carmo; Um caso de hemi-hermafroditismo verdadeiro, por Casimiro Rocha. Na *Sociedade P. de Neurologia*: Reacções ansiosas na isquemia experimental, por Barahona Fernandes e F. Medina; Psicoses e reacções ciclóides, por Pedro Polónio. Na *Sociedade P. de Radiologia Médica*: Técnicas radiológicas para estudos experimentais sobre a circulação, por Ayres de Sousa; Sobre o tratamento radioterápico da «induratio penis plastica», por Albano Ramos; Importância do factor postural na circulação do pé, por Fernando Caldeira e Mendes da Silva. Na *Sociedade P. de Ortopedia*: Banco de ossos, por J. Draper Mineiro; Conclusões de um ano de experiência com ossos congelados, por José Botelho.

CONFERÊNCIAS. — No Hospital do Ultramar: A angiografia na hemodinâmica das pernas, por Ayres de Sousa; Genicomastia (alguns aspectos anatómo-patológicos), por Jorge Horta. No Hospital Militar do Porto: Série sobre a tuberculose, por Victor Gaspar, Roque Ferreira, Oliveira Barbosa, Salis Amaral e Aureliano da Fonseca; Infecção focal, por Fernandes Figueira. No de Coimbra: O serviço de saúde militar em campanha, por Pegado Machado. Na Liga de Profilaxia Social: O problema dos psicopatas, por Diogo Furtado. Na Casa de Saúde da Boavista: Deontologia médica nas urgências domiciliárias, por M. Cerqueira Gomes.

INTERCÂMBIO. — No Instituto de Medicina Tropical, o Dr. A. Wright, de Washington, falou sobre as actividades do Instituto de Higiene de que é director. Na Faculdade de Medicina de Lisboa, o Prof. Moniz Junqueira, de S. Paulo, tratou dos aspectos histoquímicos da secreção. No Hospital do Ultramar, o Dr. Eduardo Alcivar, do Equador, deu uma conferência sobre a osteotomia-osteoclasia no tratamento das deformações ósseas.

MELHORAMENTOS HOSPITALARES. — No Hospital Geral de Santo António do Porto inaugurou-se um aparelho potente de radioterapia profunda e melhoramentos nos serviços de Fisioterapia. Nos Hospitais da Universidade de Coimbra foram inaugurados solenemente o posto radioterápico e o novo serviço de pediatria, tendo por essa ocasião sido prestada homenagem ao Director dos Hospitais, Prof. João Porto, que completou 10 anos de exercício de esse cargo.

NECROLOGIA. — Em Lisboa: o Dr. Alberto Mac Bride, muito distinto cirurgião do Hospital de S. José, figura de grande relevo no corpo médico da capital; o coronel-médico Alfredo Vasconcelos Dias, que foi reputado cirurgião e director dos Serviços de Saúde Militar; o médico reformado da Armada, capitão de mar-e-guerra Joaquim Manuel Cabral. Em Bragança, o Dr. Francisco Inácio Teixeira Moz, subdelegado de saúde. Registamos também, com apresentação de pêsames às respectivas famílias, o falecimento dos nossos leitores e considerados clínicos: Dr. António Augusto Macedo Malheiro, médico municipal de Paredes; Dr. Maurício Ramos, residente em Malta, Vila do Conde; Dr. Manuel J. de Moura e Sá, de Lever, Gaia; Dr. Bernardino Fernandes Ribeiro, subdelegado de saúde em Valença do Minho.





MARTINHO & C.ª Lda

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 Integrals 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

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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



F VITAMINA F

Estados de desnutrição ou de perturbações hepatorreais consecutivos a carência de lípidos. Estados eczematosos da criança e do adulto. Estados de rugosidade e de descamação da pele.



Frascos de 30 cc.

Bisnagas de 30 g.



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º