

OUTUBRO
DE 1962

—
PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

4.º Série

—
N.º 8

Higiene mental e problemas da educação

VIII

AS NOSSAS COMPLICAÇÕES DIÁRIAS

Os conflitos entre as acções psíquicas interiores
e exteriores

Como será o futuro do mundo?

AS PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS DAS CRIANÇAS DE MAMA E COM ALEITAMENTO ARTIFICIAL

TRATAMENTO DIETÉTICO DAS DOENÇAS HEPÁTICAS

DOENÇAS DA PELE

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAGAMO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E. LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO I SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA-1

Sala *C*

Est. *M*

Tab. *A*

N.º

Os «Estudos»

Este número é o oitavo da nova série, a 4.^a série dos «Estudos».

A 1.^a série, foi constituída por várias monografias, já esgotadas.

A 2.^a série tratou nos números 1 a 7, dos problemas ligados à inteligência e à memória, nos números 8 a 14 de ensaios de psicopatologia e nos números 15 a 32 de estudos sobre o optimismo e o pessimismo.

A 3.^a série foi especialmente dedicada a estudos sobre os desportos e a sua acção sobre o organismo; no entanto também se occupou de vários estudos sobre medicina.

Nos n.^{os} 1 a 7 occupou-se da acção dos jogos e dos desportos sobre a saúde nos diversos períodos da vida. Nos n.^{os} 8 a 20 occupou-se de problemas da acção terapêutica dos exercícios físicos; a obesidade e o emagrecimento; problemas da alimentação nos desportos, durante os treinos.

Nos n.^{os} 21 a 31 occupámo-nos dos treinos, relação entre treino e adaptação, as ginásticas harmónica e coreográfica e os desportos que convém à mulher; a educação física na mulher e na criança; a dança, desde a mais remota antiguidade; efeitos dos exercícios na «segunda idade»; o envelhecimento normal e a velhice precoce; progresso da saúde dos últimos anos e insuficiências físicas dos desportistas e recuperação para o desporto.

A colecção destes números constitui um estudo detalhado e com muito interesse para todos os que desejam aumentar os seus conhecimentos gerais e se interessam pelos desportos.

A 4.^a série será publicada para divulgação dos princípios de higiene mental, problema que está actualmente preocupando todo o mundo e sobre o qual se têm reunido congressos médicos e de psicólogos em vários países; efectivamente as perturbações causadas pela «guerra fria» têm provocado tão grande número de perturbações psíquicas e sociais, que este problema passou já do campo pessoal para o campo social; uma grande parte das doenças do coração e das doenças mentais são provocadas por falta de conhecimento dos princípios de higiene mental e os efeitos desta perturbação social estão-se reflectindo assustadoramente na saúde dos indivíduos, de tal forma que constitui hoje uma preocupação permanente dos médicos e dos doentes.

Esta série de artigos é pois mais útil para conhecimento dos professores e dos pais e educandos do que dos médicos, cuja atenção tem sido chamada há muito tempo para estes graves problemas, que conhecem.

Depois de continuarmos com o estudo de vários problemas sobre psicologia social, passaremos a um estudo mais circunstanciado sobre educação da criança, complexos de inferioridade, compensações, métodos de superiorização, etc., praticamente da construção psíquica do futuro homem ou mulher.

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º F, LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA

Higiene mental e problemas da educação

VIII

AS NOSSAS COMPLICAÇÕES DIÁRIAS

Os conflitos entre as acções psíquicas interiores e exteriores. Como será o futuro do mundo?

«Combater ao mesmo tempo e em duas frentes muito diferentes é, para o homem de hoje, a sua tragédia pessoal; é um apelo ao heroísmo mais puro»; é o que afirma o Dr. *Joost A. M. Merloo*, de Nova York, em um artigo publicado em 30 de Julho de 1962 na revista «*Medicine et Hygiene*», de Geneve.

É certo que o mundo exterior nos traz muitos perigos, tais como as irregularidades atmosféricas, a sua influência nas produções alimentares e nas catástrofes, os problemas sociais e económicos, a necessidade de lutar para combater tudo quanto nos ataca e nos faz sofrer, para conseguir melhores sistemas económicos ou políticos, ou ainda para nos defendermos dos nossos inimigos, que são muito variados e de espécies diferentes, etc., etc. ...

No entanto, todos esses perigos, em relação com o nosso mundo interior, são infinitamente mais graves: — a bestialidade dos instintos primitivos, a capacidade de agressão e de destruição, a sede de comandar totalmente, de castigar e mesmo de tiranizar, se for possível, são impulsos e desejos que nos impelem *naturalmente* e que é necessário uma grande força de vontade e uma educação desde o princípio da nossa vida para os diagnosticar, transformar e dominar.

Só, em virtude deste estudo psicológico, cada pessoa ficará em estado de compreender e aceitar as contradições do seu próprio carácter



e de procurar obter uma fusão harmoniosa e controlada dos seus impulsos para encontrar a orientação necessária para poder viver no seu meio. É indispensável que todos possam aprender a canalizar as forças evolutivas naturais e trabalhar para desenvolver sem cessar as forças antagonistas.

É uma exigência da época actual, o esforço de lucidez para a compreensão dos problemas que nos envolvem, conseguindo precisá-los por entre o emaranhado de ideias com que nos são apresentados e que por vezes mascaram a sua definição real.

As guerras e os seus períodos preparatórios exigem esse esforço de lucidez. Cada guerra é uma projecção dramática da guerra do homem contra si-próprio; é a manifestação exterior dos seus conflitos interiores. Os homens sentem um alívio passageiro das suas tensões, quando a paz do mundo se perturba; deixam de ter a necessidade de encontrar uma solução permanente para os seus conflitos internos, de que o mundo exterior lhes fornece um papel a jogar no drama das paixões exacerbadas.

Mas este conflito de tensões permanentes é uma empresa muito dispendiosa para os nossos nervos; tudo se passa como se a excitação exagerada e a loucura da guerra aparecessem ao mundo como uma necessidade para afastar temporariamente o perigo das graves perturbações psicológicas individuais.

As estatísticas mostram que existe um declínio constante das psicoses durante os períodos de guerra. Mas novos medos, novos sentimentos de insegurança sobrevêm e os períodos após as guerras trazem sempre um grande crescimento das perturbações nevroticas.

É uma aberração trágica, a de pensar que o fim do mundo virá em virtude de uma guerra total entre capitalistas e comunistas. Cada homem é, ao mesmo tempo, um capitalista e um comunista, um tirano e um escravo; entusiasma-se, enche-se de orgulho e de vontade desmedida quando é um dominador e sofre quando se sente humilhado e esmagado. Todas estas potencialidades habitam no próprio coração do homem e todas estas contradições existem no funcionamento normal de cada indivíduo. Pertence aos psicólogos estudarem tudo quanto resulta desta ambivalência do homem, para se estudar a terapêutica dos choques repetidos destes sentimentos, sobre o seu sistema nervoso.

Dissemos que pertence aos «psicólogos» o estudo deste problema; sim, aos «psicólogos» e não aos «filósofos». Estes perdem-se frequentemente na divagação e devaneio das ideias abstractas, enquanto que aqueles têm de estudar a sua aplicação e efeitos sobre a psicologia do homem que tem de pôr essas ideias em prática; os *filósofos* apaixonam-se pela teoria, têm orgulho de a terem formulado e praticam tudo quanto lhes for possível para demonstrarem que têm razão; os *psicólogos* vão examinando, estudando as reacções da aplicação das teorias ou de cada

uma das suas fases e concluem pela facilidade ou dificuldade da sua aplicação no homem, ou ainda da necessidade de novas modalidades para que possam ser aceites por eles.

De resto, esta teoria e esta evolução têm sido observadas e verificadas nas transformações e na luta entre o leste e o oeste. As teorias comunistas foram elaboradas por filósofos, na Suíça e dali transportadas para o meio mais preparado para as receber, a Rússia, onde principiaram por uma guerra brutal feita pelos homens que, para procurarem a realização dos seus princípios, aproveitaram os seus imperativos normais de tiranos tendo de converter os outros em escravos, para poderem aceitar totalmente essas teorias.

Propagaram a ideia, obrigando todos a aceitá-la e exterminando os adversários, como faz todo o homem primitivo. Como o comunismo é uma política baseada sobre uma teoria económica, teria de ser aceite totalmente pelo homem, não sendo toleráveis as reacções humanas; estas começaram, naturalmente, por se manifestar, por se somar, dando assim origem a um partido minoritário, os «menshevik» que, logicamente, teria de ser esmagado pelos maioritários, os «bolshevik» e foi isto que sucedeu; os «bolshevik» exterminaram os «menshevik», condição logicamente necessária para a vitória da teoria.

Foi uma realização brutal, talvez mesmo dolorosa para alguns, a destruição de tantos companheiros de propaganda, apóstolos da ideia, que ajudaram o desenvolvimento do movimento emocional; mas a teoria era económica, os princípios eram matemáticos e tinham que se aplicar com a inflexibilidade das regras matemáticas, sem hesitação. Mas não se tomou em conta que essas regras eram destinadas a ser aplicadas aos «homens».

Porém, como o «homem» é um ser muito complexo, desde que o sistema comunitário atacou as bases fundamentais do indivíduo, tinha que provocar reacções humanas.

Ora o conflito deu-se por insuficiente compreensão do que é o EU e o NÓS. Para aqueles filósofos, o «nós» é uma concepção superior, nova, a que o «EU» não só tem de obedecer mas muito mais, tem que ser eliminado pela nova concepção do «NÓS». Ora o NÓS só é possível se o considerarmos como um somatório, um aglomerado de EUS e não como uma realização diferente e antagónica do EU.

O conflito de sistemas para a compreensão do «eu» dividiu depois e divide em muitos países os «comunistas e os «cooperativistas». Os «comunistas» impunham a abolição do «eu» para criar o «comum»; os «cooperativistas», sabendo que só se eliminaria o «eu» desde que se eliminasse o homem, porque faz parte integrante dele, estudaram esse novo sistema de defesa económica, criando a cooperação entre os homens, sem pretenderem a sua destruição, antes pelo contrário, fornecendo-lhes melhores meios de bem estar; a cooperativa conserva o di-

reito dos homens, e leva-os à colaboração voluntária em comum, para melhor bem estar do «EU», reconhecendo que o indivíduo é a célula basilar do agrupamento, da sociedade. A cooperativa tende a juntar os homens para adquirirem melhor os artigos de que precisam e para colocar melhor os artigos que produzem; mais tarde, surgem as cooperativas de serviços, com os fornecimentos de instrumentos de trabalho, de tractores, de máquinas, etc., ou de serviços de saúde e de prazer; em grau mais avançado vêm as cooperativas de seguros e de capital; e assim, a pouco e pouco, o homem, verificando que pode obter tudo quanto os comunistas lhes poderiam fornecer, conservando o seu «Eu» entram no «NÓS» por outro caminho. Isto mesmo se vai conseguindo por outros meios, como no «corporativismo», que é outra forma de aglomeração que se mantém sobretudo pela sua acção cooperativa.

Muitos trabalhadores verificando que podiam conseguir os seus fins, sem obrigação de irem para uma luta, em que há sempre vítimas e em que a sua família ou a sua geração é quase sempre sacrificada, passaram a abandonar as hostes comunistas, onde a disciplina vai até ao perigo de conservação da vida dos que mudam de opinião. Por isso mesmo os «comunistas», não por princípios de economia, que passaram a «bochevistas» por disciplina partidária, passaram a combater a todo o preço todos os «amarelos», os que pretendiam não concordar com as ordens do comando central, fazendo uma guerra cerrada contra o cooperativismo ou o corporativismo, que são realizações mais humanas. O maior inimigo do comunismo, no futuro, será um movimento cooperativista ou outro semelhante, que respeite a integridade mental do homem; para ele caminharão os homens à procura da conquista do bem estar e das liberdades, que lhes são indispensáveis e que conquistarão mesmo à custa de novos sofrimentos e tragédias. Os próprios *filósofos*, que deram origem a uma nova política, terão de aceitar as conclusões dos *psicólogos* sociais, para não serem destruídos, nos conflitos já em elaboração.

A psicologia moderna ensina-nos que há novas possibilidades de libertar o homem das suas tensões internas e das suas necessidades agressivas. É indispensável olhar de frente para estes problemas e de lhes reconhecer o seu valor real. É necessário tomarmos consciência que existe uma necessidade insensata de auto-destruição que o homem mantém e revela e que deu sempre origem às convulsões políticas ou às guerras.

São estes problemas, como as suas consequências individuais e sociais, que preocupam hoje os psicólogos e os dirigentes da política social e que detalharemos, parcelarmente, em artigos que a seguir publicaremos nos «Estudos».

As perturbações digestivas das crianças de mama e com aleitamento artificial

I

É um problema tão importante e o seu estudo demanda tantas investigações, que o vamos desenvolver, detalhando-o em vários artigos, o segundo do qual será publicado no próximo número.

De todas as doenças que podem atacar a criança, especialmente a criança de mama, as que produzem a mais alta mortalidade são as do seu aparelho digestivo. Já há alguns anos que, preocupados com este problema, muitas organizações de saúde estão multiplicando campanhas de acção para combater esta mortalidade e felizmente com resultados, pois a taxa de mortalidade tem diminuído muito.

Simultaneamente têm sido publicados muitos livros e artigos em revistas de medicina, que põem em evidência a parte preponderante que os bacilos patogénicos têm na formação das fermentações alimentares e das toxinas que daí resultam e que provocam as perturbações digestivas da criança e muitas perturbações no seu crescimento e formação dos seus órgãos adultos.

O trabalho da digestão não consiste apenas em uma série de transformações de ordem química; nele intervém outro factor vivo, que consiste na flora intestinal normal, que actua sobre os alimentos, exercendo neles transformações análogas às produzidas pelas glândulas digestivas. Alguns micróbios peptonizam os albuminóides dos alimentos; outros, sacarificam o amido e desdobram as gorduras; continuando mais longe o seu trabalho, os micróbios do tubo intestinal intervêm na putrefacção que se segue aos actos digestivos pròpriamente ditos; produzem gazes, ácidos da série gorda, substâncias aromáticas, amoníaco, acetona, aminas compostas, ptomainas, toxalbumoses, etc.

Os intestinos, no estado normal, contêm germens e venenos; entre os germens, alguns podem tornar-se patogénicos, como o coli-bacilo, que vive sempre nos intestinos, como o estreptococcus, o proteus, etc. Por isso, o organismo estaria constantemente em perigo, se não tivesse permanentemente à sua disposição, meios de defesa múltiplos, justificando assim a frase de Bichat, «a vida é o conjunto de condições, que resiste à morte».

Há porém casos em que os meios de defesa de que o organismo dispõe, são impotentes para o proteger contra uma invasão de germens muito violentos vinda do exterior, ou de venenos também violentos, trazidos de fora com os alimentos, ou ainda para o proteger contra os inimigos de dentro, isto é, contra os micróbios intestinais tornados virulentos e contra as toxinas fabricadas por eles a seguir a uma alimentação defeituosa (infecção e intoxicação endógenas).

Efectivamente, o organismo pode ser atingido por duas maneiras diferentes; ou por germens ou venenos vindos de fora, ou por germens ou toxinas contidas normalmente no tubo digestivo, mas que tomam súbitamente uma virulência ou uma toxidez extraordinárias, provocadas pela viciação dos actos da digestão. A alimentação intervém nos dois casos, ora servindo de veículo aos agentes infecciosos ou aos venenos exteriores, ora provocando uma perturbação no processo químico da digestão.

O resultado, em qualquer dos casos, é uma infecção combinada a uma intoxicação, ou seja uma toxi-infecção, ou uma auto-intoxicação, termos com que se designam estes ataques ao organismo. Com efeito, os micróbios criam os venenos e estes, por seu turno, exaltam a virulência dos micróbios; a seguir, estes actuam sobre os intestinos e sobre todos os órgãos, por intermédio das suas toxinas transportadas pelo sangue. Assim, somam-se e confundem-se os dois processos, o tóxico e o infeccioso, actuando em conjunto sobre o organismo.

Os venenos e os germens, em geral, não ficam paralisados nos intestinos; como dissemos, são reabsorvidos, ao longo da parede intestinal, provocando lesões a distância, ou sob a forma de uma intoxicação generalizada ou sob a forma de complicações inflamatórias, como a bronco-pneumonia, meningites, etc. É assim que a invasão pelo coli-bacilo, vem muitas vezes agravar a cena mórbida e pode instalar-se definitivamente em qualquer órgão, como no rim.

O transporte de todas estas toxinas, através do sangue para todos os órgãos, é que vai organizando a pouco e pouco a degenerescência dos rins, do fígado, do coração e das artérias. Constitui o processo da *auto-intoxicação intestinal* que, mais tarde, leva à velhice precoce de cada um dos órgãos que, generalizada, leva à velhice precoce; muitas doenças degenerativas dos órgãos foram provocadas por períodos de auto-intoxicação desde criança. O melhor meio de prolongar a vida e de a tornar saudável, como já dissemos em outros artigos, é prevenir e combater as auto-intoxicações intestinais; e a esse problema nos referiremos nesta série de artigos sobre perturbações digestivas.

Os agentes microbianos e os venenos podem provocar localmente lesões, mais ou menos graves, por vezes muito profundas nos intestinos; mas há casos, formas graves da infecção gastro-intestinal em que a toxi-infecção é muito rápida e se formam lesões nas paredes do intestino; as manifestações de uma intoxicação rápida são mais evidentes do que as da enterite ⁽¹⁾.

Estas noções sobre as auto-intoxicações, indicam uma terapêutica baseada nos conhecimentos da bacteriologia; e assim, o tratamento das

(1) Logo que se manifeste a irritação intestinal, deve dar-se à criança, três a nove colheres de chá por dia, de Lactosimbiosina líquida, directamente ou em água. A infecção deve ser combatida desde que aparecem os primeiros sintomas; não se deve deixar avançar e tornar-se grave.

perturbações digestivas da infância (e também do adulto), orientado racionalmente, ganhou em precisão e eficácia.

Antes de estabelecer as bases do tratamento, importa conhecer as causas das infecções gastro-intestinais, pois que o conhecimento das causas é o melhor meio para estabelecer devidamente o tratamento a seguir.

Causas — As noções que possuímos sobre a flora intestinal da criança de mama eram, até 1900, muito limitadas. Foi *Tissier* o primeiro que em 1900 apresentou uma tese, na qual distinguiu, no estado normal, a flora intestinal da criança alimentada ao seio e da que é alimentada pelo biberon.

Na criança de mama, depois de uma fase aséptica muito curta, que dura até 10 ou 20 horas após o nascimento, os micro-organismos infectam progressivamente o tubo digestivo; no fim do 4.º dia, já fica constituída a flora normal, que se mantém geralmente até ao desmame; esta flora é constituída normalmente pelas mesmas variedades: um anaeróbio, o *bacillus bifidus*, quase que forma toda a flora; ao seu lado vão aparecendo, em pequena quantidade, o colibacilo e um bacilo estreptocócico, láctico, o *bacillus lactis aerogenes*.

Na criança alimentada a biberon a flora é muito diferente. Após uma fase aséptica, correspondente à da criança de mama, sobrevém uma fase microbiana, em que aparecem muitas espécies; além das que existem na criança de mama, aparecem o *enterococcus de Thiercelin*, o *bacillus acidophilus*, o *bacillus exilis*, raramente o estafilococo branco, etc.

No estado patológico, encontram-se nos intestinos, os mesmos germens com novas espécies, o que torna muito difícil uma classificação bacteriológica definitiva das infecções gastro-intestinais e, por um lado, a verificação nas fezes de todos os bacilos que existem normalmente nos intestinos, muitas vezes tornados muito virulentos; é difícil marcar a cada um deles um papel patogénico preponderante e demonstrar a existência de uma simbiose, isto é, de uma associação activa de muitos germens entre si. Os germens que se encontram no estado patológico, são:

— Em primeiro lugar, o colibacilo que, normalmente, é um agente secundário da infecção, mas que se podem tornar patogénicos quando penetram na profundidade dos tecidos; no entanto, só por si, podem provocar uma gastro-enterite, vinda do exterior; com efeito, o leite não esterilizado encerra às vezes um coli-bacilo muito virulento, que pode provocar a enterite folicular, com diarreia purulenta e sanguinolenta.

O estreptococo tem também um papel evidente. Todavia, trata-se de um estreptococo especial, o entero-estreptococo.

O estafilococo encontra-se frequentemente nas fezes normais ou nas infectadas; no entanto o seu papel não é importante.

Existem ainda outros bacilos, como o *pyocianico* e o *proteus vulgaris*, mas menos frequentes.

Estas são as causas «infecciosas», mas existem também outras causas, as «tóxicas». O uso de certos desinfectantes químicos, como os derivados do iodo, pode provocar irritações químicas. Estas também podem ser provocadas por alguns alimentos; mais do que a *qualidade* dos alimentos, a *quantidade* é uma causa de muitas irritações.

A «superalimentação» é a causa mais frequente, sobretudo nas crianças alimentadas a biberon; nas crianças de mama, uma das causas, além do excesso de leite, pode ser o do leite ser excessivamente rico em manteiga; em geral, basta diminuir o tempo das mamadas ou espaçá-las mais para a criança se normalizar.

A causa mais comum da superalimentação é o excessivo número de mamadas. Em nenhum caso a criança deve ter menos de duas horas de intervalo entre as mamadas, regra a que muitas vezes as mães não obedecem, ou para fazer calar a criança que está a chorar e, durante a noite, para que elas não as macem.

Porém, mesmo dadas a horas regulares e espaçadas, podem provocar a dispepsia, quando as refeições são muito abundantes. Muitas mães, mesmo das classes mais cultas, pensam que o seu filho crescerá mais depressa, ficará mais forte se se alimentar exageradamente; outras quando têm muito leite e os seios muito inchados, às vezes tornando-se dolorosos, esvaziam-nos completamente na boca do filho. As consequências destes erros não se fazem esperar; o estômago, para se defender, obriga a regurgitações, ou mesmo a vômitos; mas, a pouco e pouco vai-se distendendo, perde a sua força contractil e dilata-se; é então que entram em cena as fermentações, que intervêm os micróbios e que se produzem, ao mesmo tempo do que a reacção inflamatória local, as perturbações consequentes.

Já nos referimos ao excesso de gordura do leite. A riqueza do leite em princípios nutritivos pode variar entre limites largos, sem que a criança seja prejudicada, mas o mesmo não sucede com a gordura. Tanto o leite da mãe como o de vaca, muito gordo, pode provocar fenómenos de superalimentação.

O leite de vaca difere sensivelmente do leite da mulher. Se a percentagem em gordura, se aproxima, o leite de vaca contém menos açúcar e, pelo contrário, mais caseína. A criança alimentada a leite de vaca, absorve mais albumina, o que provoca mais fermentações digestivas e menos alimentos hidrocarbonados.

O que se passa no estômago? — Aqui, o fermento lab, fabricado pelo estômago, coagula a caseína; a pepsina, dissolve-a e peptonisa-a; a secreção gástrica fornece compostos clorados que se combinam à caseína, formando compostos cloro-orgânicos. Se se extrair o conteúdo do estômago, meia hora depois da refeição numa criança de mama, obtém-se um quimo quase completamente líquido e filtrando facilmente. Na crianças alimentada a leite de vaca, encontram-se ainda coa-

gulos de caseína depois de três quartos de hora; o leite de vaca ficou incompletamente digerido.

A digestão laboriosa do leite de vaca provoca um atraso na evolução digestiva e uma mais longa permanência do quimo no estômago.

A duração total da digestão gástrica varia segundo a forma de alimentação da criança. Nas crianças de mama, o estômago esvasia-se hora e meia a duas horas depois das refeições; nas que são alimentadas a leite de vaca, fervido e esterilizado, a evacuação do estômago só se faz duas horas e meia a três horas depois da ingestão. A duração total da digestão, varia ainda com as modalidades da alimentação.

Quando a caseína, que não foi toda transformada no estômago, o que sucede, na alimentação com leite de vaca, passa para os intestinos, sofre aí a acção da *tripsina*, do suco pancreático.

Na criança sã, amamentada, a digestão intestinal é rápida e dá lugar a poucos produtos de fermentação; na alimentada a leite de vaca, mesmo puro e esterilizado, os fenómenos de putrefacção são mais acentuados.

As fezes da criança alimentada a leite de vaca, são expulsas com dificuldade, depois de uma digestão lenta; são volumosas, compactas, secas e da cor da massa de vidro; têm um cheiro ligeiramente amoniacal e muitas vezes uma reacção fracamente alcalina ou neutra. Pelo contrário, as fezes da criança de mama têm uma cor amarela carregada. Têm em média, três defeções por dia, têm uma consistência muito mole, são homogêneas, bem ligadas e, em geral, sem cheiro; apresentam uma reacção ligeiramente ácida.

A nutrição da criança alimentada a biberon, difere muito da que é amamentada. Em geral, têm uma aparência de boa saúde, mas a sua gordura é muitas vezes *balofa*, carnes moles, flácidas; o ventre apresenta um volume anormal (resultante das digestões difíceis ou mal feitas); a pele apresenta-se muitas vezes com irritações, prurigo, eczema, urticária, etc.; a cor é pálida, frequentemente, diferindo da frescura, da cor rosada da criança de mama; naquelas é mais frequente a anemia, a tendência para as infecções, para o raquitismo; em geral, é depois dos dois anos, quando a alimentação já é variada, que estas crianças se tornam mais saudáveis, mais robustas.

É claro que o leite de vaca precisa de ser esterilizado. Mas o mal que daí resulta é o de transformar um líquido vivo em um líquido morto e, por isso, esta transformação faz-lhe perder as *propriedades biológicas* essenciais.

No próximo artigo, estudaremos a influência da esterilização no leite e a superalimentação, que é a causa principal, quase exclusiva, das perturbações digestivas que se manifestam com o *desmame*, as várias formas de gastro-enterites e a profilaxia das perturbações digestivas nas crianças.

Tratamento dietético das doenças hepáticas

O grande número de cirroses nos variados países da Europa são de origem alcoólica. Entre nós, a maior parte é de origem palustre, ainda que haja uma percentagem, relativamente elevada de cirroses de origem alcoólica; e estas não se encontram somente nos alcoólicos inveterados, que frequentemente se embriagam, mas também em pessoas, aparentemente normais, que consomem regularmente grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Podsmos mesmo afirmar que os portugueses são mais sensíveis ao álcool do que os povos do centro e norte da Europa, sensibilidade que provém da quantidade de pessoas impaludadas, infectadas na Metrópole ou no Ultramar e Brasil, das últimas gerações, antepassados da geração actual, em que se nota uma sensibilidade do fígado, ou doenças do fígado, hereditárias.

Toxidez do álcool — Este problema foi estudado detalhadamente pelo Professor *J. Mirouze*, da Faculdade de Medicina de Montpellier, que acaba de publicar um interessante artigo sobre o tratamento das cirroses alcoólicas na «*La Semaine du Hopitaux*» de Fevereiro de 1962, do qual extraímos várias conclusões:

A toxidez do álcool para o fígado é geralmente conhecida, mas o mecanismo pelo qual se exerce essa toxidez não é ainda firmemente estabelecido.

Para uns, o álcool é directamente responsável pelas degenerescências hepáticas, mesmo quando a alimentação é perfeitamente equilibrada (*Ashworth*). Mas, nesta hipótese, não é possível fixar uma dose, para além da qual se manifestem as perturbações hepáticas; os processos químicos ou enzimáticos que as originam, ainda são completamente desconhecidos.

A ingestão abusiva de vez em quando, ou frequente em doses menores, além das perturbações hepáticas a que dá origem, provoca gastrite, enterite, insuficiência pancreática e má absorção digestiva; todos estes factores da sub-nutrição proteica, de deficiências poli-vitamínicas, geram situações às quais deve atribuir-se a degenerescência hepática (opiniões de *Patek*, *Jollifre* e *Jellimek*, *Himsworth*).

Outros cientistas são de opinião que o álcool aumenta os desperdícios calóricos e facilita a eliminação dos factores lipotrópicos e da colina (estudos de *Klastkin*, *Krehle* e *Khon*, *Best*, *Hartroft*, *Lucas* e *Ridout*).

O abuso do álcool deve pois ser considerado como a causa mais vulgar das cirroses, pela falta absoluta ou relativa de fornecimento ou da manutenção dos factores lipotrópicos de que o fígado necessita.

Por outro lado, o álcool cria uma sensibilidade da glândula hepática para os agentes classicamente reconhecidos como hepatropos, como são os virus hepáticos, os bacilos que provocam as auto-intoxicações intestinais, o clorofórmico, o tetracloreto de carbono, o cobre e o fósforo. O álcool desempenha pois o papel de fornecedor de agentes hepatóxicos sendo um factor da sensibilização hepática; e a sua acção é mais grave quando actua sobre fígados já degenerados em virtude de afecções, como o paludismo.

Os mecanismos pelos quais actua a intoxicação alcoólica sobre o fígado são numerosos. A acção nefasta do álcool pode realizar-se de muitas maneiras, o que explica a grande variedade das alterações da estrutura hepática, a diversidade das perturbações humorais e a variedade das manifestações clínicas. Oitenta e cinco por cento das cirroses hepáticas observadas nas clínicas hospitalares de França são, segundo afirmam *Delore, Tourniaire* e *Grinaldi*, devidas ao excesso de bebidas alcoólicas. Em Portugal, a percentagem é muito menor, mas agrava a percentagem das cirroses de origem palúdica.

Se a terapêutica tem um papel importante no tratamento das cirroses, a alimentação intervém, de uma maneira decisiva na sua marcha e na sua gravidade.

Dietética — A primeira indicação é a proibição das bebidas alcoólicas e da cerveja. Devemos no entanto observar que esta proibição é discutida por certos hepatólogos eminentes, como *Davidson, Summerskill, Wolfe, Carbone* e *Show*. Estes cientistas, prescreveram a doentes com cirrose alcoólica, em estado de nutrição deficiente, uma ração alimentar de 2.500 calorías, com uma dose diária de 1 litro de vinho; o resultado da experiência foi nitidamente bom; as melhoras foram verificadas, não só por biopsias hepáticas múltiplas, mas também por tests funcionais seriados, pelo estudo das proporções azotadas, de água e dos electrolitos e pela melhoria que os doentes sentiam, com um estado de boa disposição e de aumento de apetite. Convém no entanto observar que estas experiências só se efectuaram durante períodos de 21 dias.

A acção estimulante e o carácter inofensivo da experiência não é tão concludente como nos estudos feitos demoradamente sobre casos crónicos.

Estudos mais recentes, de *Germer*, de *Choi*, de *Best* e *Hartfort*, confirmam a acção nefasta do álcool sobre o fígado e evidenciam o aumento da necessidade de substâncias lipotrópicas para as pessoas que consomem álcool.

Como se deve estabelecer a supressão do álcool? — nunca deve ser brusca; a supressão deve fazer-se lentamente, durante muitos dias ou mesmo muitas semanas. A transição para o regime sem álcool deve ser tanto mais prudente e prolongada quanto mais avançada for a intoxi-

cação alcoólica e quanto mais intensas forem as perturbações viscerais ou nervosas.

Esta regra deve seguir-se não só nas cirroses averiguadamente de origem alcoólica, mas também naquelas com que a origem seja duvidosa ou mista e nas pessoas que tiveram paludismo.

Para realizar esta supressão, o médico deve assegurar-se da colaboração do doente, sem a qual, não conseguirá resultados positivos.

A dietética deve adaptar-se às diferentes espécies de cirrose.

Cirrose compensada — As alterações do estado geral, emagrecimento e fraqueza, e o aparecimento de perturbações digestivas ou outras podem levar o doente a uma consulta, em que o médico pode encontrar um fígado aumentado, duro, regular, liso, que mostra tratar-se de uma cirrose.

As análises mostram uma insuficiência hepato-celular, com diminuição do colesterol e dos elementos pro-trombicos, um síndrome inflamatório (aumento das gamma-globulinas e dos meta-macroglobulinas, reacções de floculação positivas e dos diferentes testes de insuficiência hepática) ou, ainda que mais raramente, um sintoma de citólise discreta.

A punção-biopsia do fígado pode dar-nos uma certeza sobre o diagnóstico de cirrose quando se observam sinais de esclerose hepática. Neste estado ainda não há manifestações da grande insuficiência hepática, edematosa, hemorrágica, icterica ou neuro-psíquica.

A supressão absoluta de álcool, neste período, atrasa sem dúvida alguma os sinais da descompensação hepática.

O regime ideal consiste no seguinte: Manter a percentagem de alimentos açucarados, em pequena dose, pois que um regime insuficientemente rico em glúcidos, constitui um mau regime de protecção hepática, incapaz de assegurar a sobrecarga gliocogénica hepática, o que pode gerar a acetose e a acidose. Por outro lado um regime demasiadamente rico em glúcidos, pode facilitar o aparecimento de uma diabetes; a associação da cirrose hepática com a diabetes é hoje muito frequente. A dose lógica de glúcidos flutua entre os 300 a 400 grs. por dia

Os proteicos devem entrar normalmente no regime. Não estão demonstradas as vantagens de um regime hiperproteico que alguns aconselham. Os regimes hipoproteicos podem ser perfeitamente tolerados. Assim, quando não haja circunstâncias particulares, em presença de uma cirrose alcoólica compensada, a razão de alimentos proteicos deve ser normal e estabelecida entre 1 e 2 grs. de elementos proteicos por quilo de peso.

A razão de gorduras deve também ficar equilibrada. A razão hipolípida, frequentemente aconselhada, não é lógica, porque a assimilação digestiva das substâncias gordas é normal no cirrótico, sobretudo quando toma lipotrópicos; *Mudroun e Chiff* deram a hepáticos uma ra-

ção diária de 300 grs. de alimentação gorda; a tolerância clínica foi perfeita.

A alimentação do *cirrótico compensado* deve ser estabelecida por um equilíbrio harmonioso dos alimentos glúcidos, protidos e lipídios, ou seja um regime fisiológico equilibrado de carnes, leite, frutas e vegetais. Desde que o equilíbrio de peso se mantém por meio da alimentação, ou que o peso aumente quando tenha havido uma perda excessiva e, quando este aumenta em excesso, o estabelecimento de uma dieta de equilíbrio, ainda que custe a um doente comilão, sempre com apetite, pode afirmar-se que o doente evoluciona no bom caminho.

Os resultados da vigilância na alimentação dos cirróticos compensados são animadores. *Demole e Kineses*, no estudo durante 4 a 11 anos de doentes sempre sob observação obtiveram 65 por cento de casos em que a cirrose não aumentou. Quase todos os doentes que morreram, foram pessoas que se afastaram do regime, sobretudo os que retomaram o uso ou o abuso do álcool.

Cirrose edematosa — A tendência para a hidropisia é quase sempre o primeiro sinal da descompensação cirrótica. Começa pelo aparecimento de um edema branco, mole, nos membros inferiores, que aparece sobretudo à noite, diminuindo de manhã, mas com tendência para se tornar permanente, sobretudo nos artelhos e na parte posterior das coxas. Num segundo período, e às vezes ao mesmo tempo, aparece a distensão abdominal, com timpanismo e, a pouco e pouco, aparece o derrame líquido na cavidade abdominal.

Neste período é indispensável, a supressão do álcool. A alimentação deve ser simples, hipocalórica e regulada pela estabilização, regressão ou aumento dos edemas.

Deve suprimir-se o sal na alimentação, bem como os alimentos normalmente salgados, incluindo, se for necessário, o leite vulgar, o ioghurt, o pão vulgar e as águas minerais. Deve aumentar-se a quantidade de farinhas, massas sem ovo, legumes secos, bolos, compotas e mel.

A eficácia de um regime sem sódio não oferece dúvidas algumas. Na maior parte dos casos, dá-se uma crise urinária; esta crise pode levar até à secagem dos edemas e dos derrames ascéticos ou serosos. Nos casos graves, o regime deve manter-se durante muitos meses.

O perigo de um regime sem sal é a perda do apetite. Assim convém, à falta de sal, empregar ácidos, como o limão, vinagre, conservas de legumes, mostarda sem sal, cebolas, alho, salsa, hortelã, rosmaninho, pimenta, cravinho, açafraão, etc.

A eliminação de líquidos pode ser facilitada pelo uso, prudente e intermitente, de diuréticos.

A adjução de diuréticos permitirá ao doente aliviar o rigor de um regime sem sódio? — É evidente que as terapêuticas diuréticas, de que a eficácia é certa, pode permitir, durante períodos curtos, diminuir

a rigidez de um regime privado de sódio, principalmente nas formas que se não atenuam por uma crise urinária e nas formas em que a tendência edematosa é rebelde e em que a estabilização se torne difícil. O tratamento diurético, deve começar por pequenas doses, vigiado e intermitente; assim, os perigos são limitados e as probabilidades de sucesso são aumentadas.

Nas formas edematosas rebeldes, o rigor do regime sem sal deve ser absoluto e impõe-se a ministração de diuréticos.

Cirrose alcoólica complicada — As complicações mais habituais da cirrose alcoólica, são a tendência hemorrágica, o aparecimento de períodos de interírcia e o aparecimento de manifestações psico-neurológicas.

O síndrome hemorrágico manifesta-se quase sempre no tubo digestivo. Devem pesquisar-se as varizes esofágicas, a úlcera gastro-duodenal e as perturbações da coagulação sanguínea.

A dieta, quando aparece o síndrome hemorrágico digestivo, é muito simples e consiste em evitar qualquer factor de irritação da mucosa digestiva; impõem-se o repouso digestivo e a dieta hídrica fria; a alimentação deve ser assegurada durante alguns dias por via parenteral, sob a forma de preparados glucídicos e acessoriamente proteicos. Deve fazer-se igualmente a terapêutica de hemostase local.

A dietética é difícil de estabelecer quando há falta de apetite, tendência para náuseas, para vômitos e para diarreia. Convém estabelecer um regime equilibrado que procure, ao mesmo tempo, satisfazer o apetite do doente, mas simples, de forma a não aumentar e mesmo diminuir a intolerância digestiva. Quando não seja possível dar a alimentação necessária, com o mínimo de 1.000 calorias por dia, devemos recorrer a um complemento parenteral glucídico ou proteico.

Nos casos graves, o regime deve limitar os alimentos proteicos a 20 até 30 grs. por dia, com a supressão total dos alimentos de origem animal, a restrição do pão a 200 grs. por dia, substituído em parte por farináceos, frutos, açúcar e alguns alimentos gordos. À medida que o doente for melhorando podemos aumentar 5 a 10 grs. de 5 em 5 dias de substâncias proteicas.

O tratamento terapêutico deriva, do que já dissemos, da normalização dos factores lipotrópicos e da colina, procurando assim equilibrar a célula hepática. Há inúmeros medicamentos indicados para esse fim; o que nos parece mais completo e obedecendo a todas as indicações é a Colimetina. Realmente os factores lipotrópicos têm larga aplicação em medicina hepática. Estão indicados fundamentalmente na profilaxia e no tratamento das hepatopatias: cirrose hepática de qualquer etiologia, atrofia amarela aguda do fígado, intoxicações (álcool, clorofórmio, fósforo, arsénio), profilaxia de perturbações hepáticas durante os tratamento com fármacos tóxicos (Neosalvarsan, Atofan, etc.). Encontram-se do mesmo modo indicados os factores lipotrópicos no tratamento das

queimaduras, das hipoproteinémias, na diabetes mellitus e na arterioesclerose. Para que a doença não progrida e não se estabeleça uma situação crônica, é conveniente que o tratamento se faça logo que se manifestem sintomas de insuficiência hepática. A dose normal é de 3 a 6 drageias por dia, às refeições (1 a 2 por refeição).

Basilarmente os factores lipotrópicos são substâncias que favorecem o metabolismo normal das gorduras sendo assim fundamentais para a função hepática, para o metabolismo do diabético e para evitar a deposição das placas ateromatosas da arterioesclerose. Pelo que se refere à utilidade da terapêutica lipotrópica no tratamento das hepatopatias escreve Morrisson em *Annals of Internal Medicine* 24, 465 (1946) que ela tem «sustido frequentemente o progresso da doença, ajudado o doente a voltar à sua actividade útil e, muitas vezes, restaurado a boa saúde e a sensação de bem estar».

Como factores lipotrópicos conhecem-se actualmente:

1. A *Colina*, que por estudo de isótopos pesados e radioactivos se demonstrou fixar-se no fígado sobre os ácidos gordos que transforma em fosfatidos o que é fase obrigatória do metabolismo lipídico. É um componente do complexo vitamínico B e da molécula da lecitina que tem papel importante em vários processos metabólicos entre os quais a função neuromuscular e o metabolismo das gorduras e na estrutura celular. *Pode produzir-se um fígado gordo em animais com uma dieta sem colina e a degenerescência gorda assim produzida pode ser curada pela ministração de colina.*

2. A *Metionina*, que é um aminoácido essencial metilado, assim podendo servir de fonte de radicais metilo para a síntese orgânica da colina a partir da etanolamina. Pode assim ser que a metionina seja só indirectamente um factor lipotrópico, o que de modo algum diminui o seu interesse.

3. O *Inositol* que parece desempenhar a sua acção lipotrópica de maneira idêntica à da colina, por fixação sobre os ácidos para dar fosfatidos. É como a colina um elemento do complexo vitamínico B, é estreitamente relacionado com a glucose e tem uma distribuição quase universal nos tecidos animais e vegetais.

4. O *Complexo B*, que entre as suas vitaminas conta a colina e o inositol e ao lado deles parece também conter fermentos que auxiliam a transmetilação da metionina na formação da colina.

5. O *Extracto Hepático*, que pelo seu conteúdo em vitaminas do complexo B, e possivelmente por conter elementos auxiliares da formação pelo fígado de proteínas plasmáticas, se não é um verdadeiro factor lipotrópico é pelo menos como o complexo B, um verdadeiro factor adjuvante.

Na *Colimetina* associam-se pois os três mais poderosos factores lipotrópicos — colina, metionina e inositol — e os factores secundários

indiscutivelmente lipotrópicos — complexo B e extracto hepático. Estudaram-se as doses de forma a obter da melhor forma o sinergismo terapêutico já tão bem demonstrado.

Esta feliz composição da Colimetina, indica-a como um *medicamento fundamental* para uso regular dos hepáticos, não só para o tratamento dos acidentes agudos, mas especialmente como preventivo dos agravamentos e complicações da sua doença, como as cirroses. A dose normal é de 3 a 10 cápsulas de Colimetina por dia; às crianças deve dar-se de preferência o xarope de Colimetina, na dose de 3 a 6 colheres de sobremesa por dia, diluídas em água; os diabéticos não devem tomar o xarope, mas sim, as cápsulas. O uso regular da Colimetina constitui uma garantia de conservação ou melhoria do fígado e, portanto, do bem estar, dos hepáticos; previne as complicações e degenerescências que abreviam normalmente a sua vida.

A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE GERAL NOS DOENTES DO ESTÔMAGO

A higiene geral tem grande importância para o tratamento dos doentes do estômago. *Chomel* afirmou, e talvez com razão, que «se digere tanto com as pernas, como com o estômago».

Efectivamente, todos admitem que o exercício é uma condição necessária para uma boa digestão, desde que se não ultrapassem certos limites. A vida sedentária predispõe para a dispepsia e isto verifica-se frequentemente, tanto mais que as pessoas que têm uma vida sedentária têm uma tendência paradoxal para se alimentarem abundantemente.

Deve-se pois recomendar aos dispépticos que não tenham regularmente exercícios físicos suficientes, que devem reagir, tanto quanto lhes for possível contra a sua tendência para a inacção. É útil um repouso de uma hora após as refeições; mas depois é aconselhável a marcha, os exercícios moderados de bicicleta, a prática de esgrima, a ginástica sueca, etc., sobretudo antes dos 50 anos; depois dessa idade, os exercícios devem regular-se na dependência do conselho do médico, pois que há pessoas que podem ter alguns até aos 70 anos ou mesmo mais, mas há outras que só os devem praticar em conformidade com o conselho do seu médico, para evitar os abusos prejudiciais.

Os exercícios físicos são sobretudo aconselhados para as pessoas que tem tendência para a obesidade, as quais necessitam de os praticar, devendo semelhantemente muito cuidado com o regime alimentar.

Há casos, porém, em que o repouso é aconselhável, mesmo o repouso completo, como nos ulcerosos, nos casos de hipercloridria com gastro-sucorreia ou de uma maneira geral nos dispépticos em estado de crise, com dores ou com vômitos.

A *sesta*, após as refeições tem sido discutida. Aqui como em tudo, o abuso pode ser prejudicial. Há muitos dispépticos que são atacados de sonolência a seguir ás refeições, às quais sobrevem um sono a que não podem resistir; um repouso, mesmo com sono, durante uma hora é aconselhável, sobretudo depois do almoço; mas é prejudicial meter-se na cama a seguir ao jantar; este sono, prematuro, pode com efeito retardar ou suspender a evacuação do estômago.

Quando aconselhamos o exercício, não nos referimos à ginástica violenta, que é mais nociva do que útil. Há casos em que não é aconselhada a ginástica activa, mas que deve ser substituída por uma ginástica de movimentos de opposição, feita por massagistas ou com aparelhos próprios, que permitem movimentar grupos determinados de músculos.

A *mudança de ar* tem um efeito apreciável sobre as dispepsias. Os doentes podem preferir, indiferentemente o campo, a beira-mar ou a montanha; não são porém aconselháveis aos dispépticos as altitudes superiores a 1200 metros. A *beira-mar* é por vezes mal suportada pelos hiperclorídricos nervosos.

A respiração de um ar leve e puro, a tranquilidade de espírito, o exercício e uma alimentação com predominância de vegetais são condições favoráveis para o dispéptico em férias. Estes dispépticos devem escolher de preferência os centros de vilegiatura modestos, relativamente pouco frequentados; devem evitar os grandes hotéis, com alimentação complicada. Do que precisam é ter uma vida tranquila, horizontes repoussantes, passeios variados e cozinha simples; mastigar bem os alimentos; beber pouco.

São úteis os cuidados higiênicos com a pele; banhos frios até aos 60 anos ou loções alcoolizadas seguidas de fricção; banhos quentes em todas as idades. Estes cuidados são sobretudo aconselháveis aos dispépticos de que a pele é facilmente irritável, em virtude da eliminação de ácidos gordos com a transpiração e cuja origem se deve atribuir às fermentações alimentares; estas provocam sempre um certo grau de auto-intoxicação alimentar e por isso, estes doentes devem tomar regularmente a Vitasimbiosina (uma colher de soja em jejum e meia hora antes das refeições) ou 3 comprimidos de Lactosimbiosina, meia hora antes de cada refeição (mais aconselhável nas pessoas com prisão de ventre, que estão mais sujeitas às fermentações intestinais; a dose pode aumentar até 5 ou 6 comprimidos de cada vez, quando a prisão for pertinaz).

Os excessos genésicos e as noitadas facilitam as perturbações dispépticas; eles contrariam o regime que aconselhamos, de *vida calma e regular*.

Deve insistir-se na regularidade das horas das refeições que não devem ser feitas à pressa, e proibindo as discussões à mesa, que perturbam a digestão; *uma boa mastigação é a primeira condição para uma*

boa digestão; tratar da boca e, quando for necessário, colocar uma dentadura.

O uso do tabaco, mantém a dispepsia; quando é pertinaz tem de se proibir.

Estas são as regras de higiene geral que estão indicadas para os dispépticos. O tratamento medicamentoso deve fazer-se imediatamente a seguir a qualquer manifestação de má digestão, porque se não for tratada, surgirão estados mais graves, com enfraquecimento, perturbações de funções de outros órgãos (fígado, rins, etc.), e, a seguir, perturbações do sistema nervoso.

Sempre que uma pessoa começa a sentir que a digestão é demorada, que tem dores de cabeça, azia, etc. deve esforçar-se por mastigar bem e seguir os conselhos sobre higiene que acabamos de expor.

Se verificar que as digestões são demoradas, deve tomar a seguir às refeições, uma colher de sopa de Neo-Digestina que tem um paladar muito agradável. A Neo-Digestina é um conjunto de fermentos digestivos que vão auxiliar os que o organismo está produzindo insuficientemente para que a digestão seja perfeita. Não tem qualquer contra-indicação.

Se as digestões forem demoradas e sentir azia ou sensação plenitude do estômago (estômago cheio) deve mastigar 1 a 3 comprimidos de Gelumina. Esta espalha-se rapidamente pelas paredes do estômago e no bolo alimentar, facilitando a sua saída para os intestinos e aliviando assim o doente; sempre que aparecer hiperacidez (azia), tem um efeito neutralizante e faz desaparecer a acidez e mesmo a dor.

Se se produzirem fermentações no estômago ou nos intestinos deve usar-se a Lactosimbiosina como atrás aconselhámos ou para absorver os gases, usar uma colher de sopa de Urocarbina a seguir a cada refeição. A Urocarbina não deve tomar-se simultaneamente com a Lactosimbiosina; quando muito pode tomar-se em semanas alternadas; quando diminuírem os gases pode continuar-se com a Lactosimbiosina, para combater a formação dos gases e contrariar as auto-intoxicações intestinais com todo o seu cortejo de perturbações.

DOENÇAS DA PELE

As candidiases cutâneas

Há uma grande variedade de doenças da pele, pois que as suas origens são as mais diversas. Há porém um grupo com manifestações muito variadas, de que a maior parte das pessoas desconhecem a origem. Já há alguns anos, porém, que se têm apresentado muitos estudos sobre este grupo de doenças, de que tanta gente sofre e que ultimamente

foram objecto de um dos «Colóquios com o clínico», entre autores e auditores, em uma sessão dos «Entretiens de Bichat», de 1962, de que o relato final, como já nos temos referido, se faz sob a forma de perguntas e respostas. Este colóquio, que vamos transcrever, foi dirigido pelo Dr. P. Rimbaud, de Montpellier.

P. — *O que é uma «candidose cutânea»?*

R. — Descrevem-se sob este nome as manifestações cutâneo-mucosas provocadas por leveduras do grupo «Candida albans».

P. — *São frequentes as candidoses cutâneas?*

R. — Até há poucos anos só se observaram em circunstâncias muito limitadas (*muguet* pré-agónico, dermatoses dos diabéticos) e não se lhes ligava grande importância.

Actualmente esta levedura, antigamente saprófita, está-se multiplicando, com grande frequência, na pele; pode também provocar lesões viscerais, particularmente nos pulmões.

R. — A larga vulgarização e uso da antibioterapia explica a sua frequência. Ainda que o mecanismo patogénico seja muito discutido, admitimos a hipótese da «supressão da inibição competitiva», isto é, a destruição nas cavidades bucais, intestinais e vaginais de uma flora microbiana que antigamente as protegia, pois neutralizava o desenvolvimento da levedura, a qual, insensível ao antibiótico, pode assim multiplicar-se.

P. — *Existem outros factores que favorecem essa multiplicação?*

R. — Existem e são principalmente, a deficiência geral do terreno, a maceração e, sobretudo, a impregnação açucarada dos tecidos.

P. — *Quais são, nos adultos, as manifestações cutâneas da candidose mais características?*

R. — Em primeiro lugar são as dermatites que aparecem nas pregas (infra-mamárias, inguinais, entre os dedos) isto é, os *intertrigus*.

Pode-se calcular o que as leveduras podem produzir quando a dermatose que provocam se estendem para além das zonas das pregas dos tecidos, em que estes estão colados e que se esmigalham em pequeníssimas porções estendendo-se pelas coxas, pelas nádegas, pelo tórax, etc., e que tomam o aspecto de pequenas manchas violetas regulares, ligeiramente descamativas.

Citemos ainda lesões características, como as *onyxis*; antigamente estas só se manifestavam depois de infecções estreptocócicas nas unhas ou pela infestação dos seus bordos livres por cogumelos. Actualmente a invasão de muitas unhas (6,8 e até 10) que pode propagar-se durante muitos meses é reveladora da existência da «candidose»; há ao mesmo tempo uma perionyxis e, secundariamente, a onyxis (deformação da unha).

P. — *A «candida» ataca também as mucosas?*

R. — Esses ataques são muito frequentes e, igualmente, patognômicos. Citamos o «*muguet*» que aparece ultimamente em muitos doentes, de que o estado geral parecia excelente mas em que uma angina banal foi tratada por antibióticos. As fissuras nos cantos da boca, que durante muito tempo foram consideradas como de origem estreptocócica são frequentemente de origem micósica; às vezes são acompanhadas de uma verdadeira leucoplasia comissural, que pode tornar-se vegetante.

Por vezes pode atribuir-se à falta de vitamina B-pantene e, nestes casos, é conveniente aplicá-la localmente ou tomando qualquer preparado daquela vitamina. O uso da Lactosimbiosina em comprimidos, que se deixam derreter na boca é também útil.

Por outro lado, todos os pruridos anais e os pruridos vulvares, que são por vezes o sinal anunciador de vulvo-vaginites, devem ser suspeitos; mas devemos lembrar também o papel favorecedor da gravidez e da diabetes, sobre aquelas manifestações produzidas pela «*candida albicans*». O mesmo sucede com as balano-postites, especialmente nos diabéticos nos quais é às vezes o sintoma despistador; quando não há diabetes, pensar em um contágio conjugal e investigar se há a vulvo-vaginite na mulher.

P. — *Também aparecem candidoses nas crianças?*

R. — O recém-nascido contamina-se muitas vezes durante o parto; apresenta então, progressivamente, uma dermite inguinal e nas nádegas; antigamente as dermatites nas nádegas eram provocadas pela maceração ou por germens de origem intestinal (*enterococcus*); se não existirem perturbações digestivas, se as dejectões são normais e houver limpeza, investigar a candidose vaginal da mãe. Esta dermite infantil, que parte da região das virilhas, pode generalizar-se progressivamente, dando origem a uma verdadeira *erythrodermia*. Nas crianças de mais idade podem também observar-se formas graves de candidoses cutâneas, com formação de verdadeiros *granulomas* o que é raro.

P. — *É possível o diagnóstico clínico destas diversas candidoses?*

R. — Já indicámos, várias particularidades que permitem apresentar a hipótese de candidose; mas devemos concordar em que muitas vezes é necessária uma análise feita por um laboratório competente, porque qualquer daqueles quadros clínicos pode ser provocado por germens banais ou por *dermofitos*.

P. — *A certeza pode ser-nos dada por uma identificação microscópica?*

R. — A «*cândida albicans*» encontra-se no estado de saprofita nas mucosas; devemos procurar obter respostas do laboratório, indicando a presença «*exclusiva*» e a cultura «*abundante*» de leveduras do género *Cândida*. As reacções cutâneas de alergia, devem ser interpretadas com

a maior prudência. No entanto, esta indicação da dermatose é particularmente preciosa porque um tratamento inoportuno pelos antibióticos poderia agravar o mal.

P. — *Existe um tratamento eficaz das candidoses?*

R. — Os antifúngicos clássicos como o soluto de violeta de genciana, aquoso ou alcoólico a 1:100, são relativamente úteis. A descoberta de antibióticos anti-leveduras representa um valioso meio de combate.

Descobriu-se no Japão um antibiótico especial, anti-levedura que hoje se emprega com excelentes resultados contra fungos (*cândida*, *trycophiton*) e contra parasitas protozoários (*entamoeba*, *tricomonas*). Este antibiótico é a Tricomicina, que já desde 1953 tem vindo a ser largamente ensaiada; de início no Japão e mais recentemente por todo o mundo, revelou na terapêutica humana, toda a alta eficiência que era de esperar dos estudos experimentais realizados.

A actividade terapêutica fundamental da Tricomicina, dirige-se contra algumas parasitoses por protozoários e micoses, sejam do âmbito da clínica médica, sejam das especialidades, sobretudo da ginecologia e da dermatologia.

Pelo que respeita a protozooses é fundamentalmente na disenteria amebiana e nas tricomoniases que a Tricomicina tem revelado mais nítida acção terapêutica. Estudada *in vitro*, ela revela com efeito uma poderosa acção amebicida contra a *Entamoeba histolytica*, até mesmo em pequenas concentrações como de 1:200.000 a 1:800.000.

Nos ensaios terapêuticos a Tricomicina comprovou a sua actividade amebicida, e sem ter nas doses necessárias para o tratamento quaisquer riscos de acção tóxica cardiovascular ou neuromuscular, mesmo após uso prolongado.

A «vaginite» provocada pela *Trichomonas vaginalis*, melhora em geral rapidamente pelo uso tópico dos comprimidos vaginais de Tricomicina. A recidiva que é frequente, é provocada, como já dissemos, habitualmente por uma infecção do marido da doente ou pela complicação da vaginite com uma *cistite por Trichomonas*, que é necessário tratar. No caso de cistite, torna-se necessário associar ao tratamento tópico ginecológico o tratamento geral por via oral; sobe então a frequência das curas, ao mesmo tempo que baixa a das recidivas e diminui o tempo de tratamento.

No que se refere ao tratamento das «micoses», a Tricomicina, interessa-nos particularmente nos casos de candidíase e tricofitíase.

A «candidíase», que pode ser causada por várias espécies de *Candida*, pode apresentar-se como doença local da boca, vagina, pele, unhas, brônquios e pulmões, ou ocasionalmente como septicémia, endocardite ou meningite. Embora tenha sempre existido sobretudo nos lactantes e nos velhos, particularmente quando baixam as resistências locais ou sistémicas ou quando é precário o equilíbrio da nutrição, as candidíases são

agora talvez mais frequentes em virtude da maior frequência de terapêuticas múltiplas associadas, sobretudo após o emprego de antibióticos de largo espectro, e também nos doentes a quem se faz tratamentos com hormona adrenocorticotropa ou cortisona.

Nas «*Candidíases sistêmicas*», na «meningite», na «bacteriemia», na «endocardite», que podem aparecer como resultado da disseminação sistêmica da *Candida*, o tratamento geral pela Tricomicina oral, associado ao tratamento sintomático e ao tratamento tonificante geral, melhorador das defesas gerais do organismo, comporta-se como a mais eficiente terapêutica.

Na «*candidíase brônquica e pulmonar*», é em geral necessário um tratamento prolongado pela Tricomicina oral, que conseguirá baixar a febre, diminuir a tosse e a expectoração, melhorar a sintomatologia clínica geral e tornar negativa a pesquisa de *Candida* na expectoração, na urina e no sangue, após um tratamento de aproximadamente dez dias. Se, associada à micose, existe uma infecção tuberculosa, como frequentemente acontece, o tratamento pela Tricomicina não produz a activação desta última infecção, como é frequente produzir a terapêutica iodada clássica das micoses.

Do mesmo modo na «*Candidíase intestinal*», a Tricomicina oral comporta-se como o medicamento mais activo. Sob a sua acção pára rapidamente o muco e o sangue das fezes e o prurido anal, desaparecendo ou pelo menos diminuindo dentro de pouco tempo a *Candida* encontrada nas fezes.

As «*candidíases orais e faringo-laríngicas*» são frequentes nos doentes de mau estado geral e como complicação da terapêutica antibiótica de largo espectro, manifestando-se como simples aftas ou como glossite, gengivite ou úlceras da mucosa oral ou laringo-faríngea. As lesões muito superficiais podem resolver-se como simples aplicação tópica da Tricomicina, contudo as lesões profundas necessitam de medicação sistêmica oral associada à medicação tópica, desaparecendo rapidamente com esta associação os sintomas subjectivos e objectivos.

A «*otocandidíase*», complicada com otite média purulenta ou simples «otomicose», melhora rapidamente, desaparecendo a *Candida* da otorreia e depois a otorreia, pela ministração oral da Tricomicina associada ao tratamento tópico com soluto aquoso de Tricomicina.

As «*candidíases das vias urinárias*», manifestam-se em geral com hematúria, albuminúria, polaquiúria, disúria, etc., sintomas que desaparecem após poucos dias de tratamento com Tricomicina, desaparecendo também a *Candida*, do sedimento urinário, dentro da primeira semana de tratamento.

Merece consideração especial uma uretrite em geral considerada inespecífica, em que aparece a *Candida* no sedimento urinário. Resistente

à terapêutica habitual, melhora em geral rapidamente quando tratada com Tricomomicina.

Realizado o tratamento, as doentes melhoram rapidamente. No caso de recidiva é necessário pesquisar a *Candida* no tracto urinário e no intestino da doente e nos órgãos genitais do marido da doente, pois é a existência de uma destas candidíases, urinária ou intestinal da doente ou de uma uretrite por cândida do marido, a causa mais frequente de recidiva das candidíases vaginais tratadas localmente. E quando resultados dessas pesquisas forem positivos é necessário associar ao tratamento local o tratamento por via oral com Tricomomicina.

No tratamento das «*tricrofitíases*», em geral tão rebeldes, têm sido obtidos resultados notáveis com o uso tópico da pomada de Tricomomicina. Constata-se contudo que o reforço da terapêutica tópica com a ministração oral do antibiótico, não só aumenta a frequência de curas como também diminui o tempo necessário para o tratamento.

Efeitos secundários: Nunca se encontraram efeitos secundários no tratamento tópico cutâneo.

Mesmo após ministração prolongada de comprimidos orais de Tricomomicina, nunca se constaram sinais de toxicidade sistémica ou de reacção alérgica.

Raros efeitos secundários indesejáveis se encontraram no tratamento com as doses normais; no uso de doses altas apareceram por vezes náusea, vômito e cefaleia, leves e passageiros sinais de aceleração do trânsito intestinal com fezes moles ou mesmo diarreia. Todos estes efeitos secundários desapareceram rapidamente, quando se diminui a dosagem ou se suspende a medicação.

Posologia: Prepara-se em drageias de 20 000 unidades e 50 000 unidades, em comprimidos para aplicação vaginal com 50 000 unidades e em pomada a 15 000 unidades por grama.

Para o *tratamento da pele:* *Adultos* — a dose diária para adultos é de 50 000 a 250 000 U e para as *crianças*, reduz-se a dose proporcionalmente à idade.

Se se não obtém os efeitos terapêuticos desejados, sobe-se a dose diária, se for necessário, até ter como resultado os efeitos secundários atrás citados. Baixar-se-á a dosagem ou interromper-se-á a terapêutica quando necessário.

A dose diária, divide-se em três doses iguais que se tomam após as três refeições principais, sem mastigar os comprimidos.

Os comprimidos orais de Tricomomicina podem ministrar-se associados a todos os antibióticos orais, sendo conveniente tomá-los durante todo o tempo de tratamento pelo outro antibiótico e ainda durante mais uns dias.

Para fazer o *tratamento vaginal*, aconselha-se em geral a aplicação diária de um ou dois comprimidos vaginais de Tricomicina, introduzindo-os profundamente na vagina.

O comprimido vaginal, dissolve-se rapidamente na secreção vaginal, forma pequenas bolhas e dispersa-se pelas paredes vaginais; é assim conveniente fazer uma introdução alta e usar um tampão vaginal ou um penso em T. Em geral as *Candidas* e os *Trichomonas* desaparecem logo após 1 a 3 aplicações, sendo conveniente prolongar o tratamento até 6-10 doses, como profilaxia da reinfestação.

Muitos corrimentos, classificados como *flores brancas* não são mais do que infecções pela *Candida* e facilmente tratados pela Tricomicina.

Para o *tratamento da pele*, a pomada deve ser bem aplicada na pele afectada, uma ou duas vezes por dia. Mesmo que as lesões desapareçam mais rapidamente é aconselhável prolongar o tratamento durante 5-7 dias para evitar a reactivação das lesões.

Quando as áreas afectadas estão secas, aplica-se melhor a pomada, após o banho ou o simples humedecer da zona doente. Quando haja inflamação, a pomada estende-se sobre linho ou gaze e aplica-se depois na vagina.

CURIOSIDADES

O Suicídio no Mundo—As nações que contam maior número de suicídios são, por ordem decrescente, Berlim-Occidental, Alemanha Oriental, Hungria, Áustria e a Finlândia, o que se compreende pela proximidade da Rússia e pelas desordens nervosas causadas pela guerra fria, países a que se seguem ainda, a Suíça, o Japão e a Dinamarca.

Os países de mais baixa mortalidade pelo suicídio são a Itália, a Espanha, a Holanda e Irlanda do Norte e as populações não brancas dos Estados Unidos, da Colômbia, e da Costa Rica. Portugal está abaixo da média entre as nações, a seguir à Austrália e antes da Escócia.

Os estudos sobre este problema foram feitos para o período entre 1951 e 1959 pela «Organização Mundial de Saúde».

A taxa da mortalidade por 100.000 pessoas é de cerca de 34 em Berlim-Occidental, de 28 na Alemanha Oriental, 25 na Hungria e no Japão, 24 na Áustria, 22 na Suíça, 21 na Dinamarca, 20 na Finlândia, 18 na Alemanha Occidental, 17 na Suécia, 16 em França, 14 na Bélgica, 12 na Inglaterra, País de Gales e população branca dos Estados Unidos, 11 na Austrália, 8,5 em Portugal, 8 na Escócia e Ceilão, 7 na Noruega, 6,5 no Canadá, em Israel e na Holanda, 6 na Itália, 5 em Espanha, 4 nos não brancos dos Estados Unidos e na Irlanda do Norte e 2 na Irlanda.

A taxa da mortalidade por suicídio é mais baixa nas mulheres do que nos homens; os casos em que a mortalidade é excepcionalmente mais baixa nos homens, é no grupo de idades entre os 15 e os 19 anos e na Venezuela, Ceilão, Israel, Berlim Occidental, Itália e Portugal.

A curva geral da mortalidade por suicídio, tanto nos homens como nas mulheres, tende a elevar-se com a idade. Nos homens, esta curva atinge geralmente o seu ponto culminante nas secções entre os 60 e os 70 anos, enquanto que nas mulheres, o suicídio se dá geralmente dez anos antes.



Assinatura dos Estudos

A 1.^a série está esgotada.

A 2.^a série está quase completa e será oferecida aos assinantes da 3.^a ou da 4.^a série.

A 3.^a série compreende 40 números; o seu preço, completa é de Esc. 80\$00.

A 4.^a série terá, pelo menos 25 números; a assinatura, do n.º 1 ao n.º 25 custa Esc. 50\$00.

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

- a) Coleção dos números, não esgotados da 2.^a série (mais de 25).
- b) Um útil cinzeiro.
- c) Uma faca para papel.
- d) O Livro das Mães.
- e) Bónus de, pelo menos 20 % para a compra de sabonetes e outros artigos de toilette. Estes bónus, só por si, podem exceder o valor da assinatura.

As assinaturas continuam gratuitas para o pessoal dos quadros de saúde (médicos, veterinários, farmacêuticos, etc.).

O sabonete "Sanoderma" é o melhor para a pele doente, áspera, descamativa, porque a transforma em macia e aveludada.

O sabonete "Sanoderma" é o melhor para a barba porque:

1.º — Conserva a espuma na cara durante muito tempo.

2.º — Exerce uma acção terapêutica sobre a pele, combatendo as irritações e tornando-a mais macia, aveludada. Nos casos da pele ser normalmente doente, é conveniente, depois da barba, enxugar a pele com a toalha, deixando a acção dos componentes do "Sanoderma" actuarem sobre a pele.

CONSELHOS SOBRE MEDICAÇÕES DE INVERNO

Para **evitar a gripe, pneumonia e outras infecções** tomar regularmente, por dia, 2 a 6 comprimidos de Rutinice Fortíssimo.

Para **combater os primeiros sintomas de gripe** (dor de cabeça, mal estar, congestão da laringe ou tosse) tomar 3 vezes por dia o "Casfen".

— Nos adultos "Casfen - Comprimidos".

— Nas pessoas com irritações ou úlceras do estômago "Casfen - Supositórios".

— Nas crianças "Casfen - Supositórios - Infantil".

Nos ataques, com febre e tosse — Injecção diária de "Pneuquinol".

Para combater a tosse — "Xarope Labsan", 3 a 6 colheres de sopa por dia ou:

Nos casos de congestão, tosse pertinaz ou quando haja prisão de ventre — "Coqueluchol", 5 a 6 colheres de sopa por dia.

Quando não seja cómodo, usar o xarope — 3 a 6 comprimidos de "Tossina" por dia ou de "Tossifedrina", preferível nos casos congestivos.

Como preventivo e para tratar as infecções nasais — "Efeclor".

Quando a congestão das narinas é intensa provocando a sua oclusão — gotas de "Nazzan".