

s, em que se sonhava que, na hospital Escolar daquela cidade, busto à memória do Dr. Luís Fonseca, e se dê o seu nome, perpetuando assim, a muita laquele clínico no combate, em doença do sono.

ão tem a aprovação do Ministrum e da Ordem dos Médi, na batalha que travou contra tsé-tsé, o Dr. Luís Pinto da revelou-se não só um devotado ientista como um apóstolo.

do, em 1926, pela Faculdade da Porto, o Dr. Luis Pinto e embarcou para Angola onde, pector da assistência médica trabalhou áduamente no ser-
ndo elevado espírito de sacrifício, penhando os maiores esforços ar os indígenas aos malefícios do sono.

o, em 1954, o sr. Presidente Lopes inaugurou a barragem, condecorou com as insígnias do Império o Dr. Luis Pinto a que, um ano depois, falecia sua terra natal.

TOR: MARIO CARDIA

TORRES: COIMBRA — Luis A. Santos (Prof. da Fac. de Med.); DA — Fernando Nogueira (Prof. de Med. e médico dos H. C. L.) — Adresen Leitão (Assist. da Fac.); PORTO — Álvaro Mendonça (Dir. da Cir. Sanit. da Zona); Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

GADOS: MADEIRA — Cemaiá (Funchal); ANGOLA — Ribeiro (Luanda); ÍNDIA — de Figueiredo (Nova Goa); HA — A. Castillo de Lucas, Noguera e Fernan Perez (Ma- FRANÇA — Jean R. Debray e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

DIÇÕES DE ASSINA- A (Pagamento adiantado):

Continental e Insular: um ano
3: Ultramar, Brasil e Espanha:
— 190\$00; Outros países: um
ano — 240\$00

ra anual de «O MÉDICO» em
com a «Acta Gynæcologica et
Obstetricia Hispano-Lusitana»:

Continental e Insular — 180\$00
Ultramar — 240\$00

aturas começam em Janeiro; no
ano (só para «O MÉDICO») se assinaturas a iniciar em
lho e Outubro (respectivamente,
100\$00, 80\$00 e 50\$00).

HOSPITAL DO ULTRAMAR

Director: Dr. João Pedro de Faria

CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Médico-Chefe: Ludgero Pinto Basto

LUDGERO PINTO BASTO

ANTÓNIO CABRITA

(Apresentação dos resultados de 1000 casos tratados na prática)

à conclusão de que elas não desempenham qualquer papel essencial na obesidade comum. Efectivamente não se descortina-nos na grande maioria dos obesos quaisquer sintomas ou sinais de endocrinopatia. Por outro lado, em nenhuma endocrinopatia se encontra obrigatoriamente um aumento de tecido adiposo que possa atribuir-se à disfunção glandular que está na base da doença. As glândulas endócrinas regulam seguramente a distribuição dos tecidos gordos no organismo, mas têm pouca ou nenhuma influência no aumento ou diminuição global desses tecidos. Assim as obesidades endócrinas clasicamente consideradas não resistem a um exame crítico rigoroso.

Em primeiro lugar, o síndrome de Froelich é hoje integralmente imputada ao hipotálamo. O mixedema não pode considerar-se um estado de obesidade, dado que o aumento de peso não resulta dum acréscimo de tecido gordo e a evolução da doença pode decorrer mesmo com emagrecimento considerável. A própria adiposidade do Cushing não é obrigatória deste síndrome, que pode decorrer também com perda de peso notável. A engorda dos doentes de hipersulinismo não resulta directamente da sua perturbação endócrina, representando apenas uma consequência do aumento do apetite, e portanto, da superalimentação, condicionada pelo excesso de insulina circulante. Não são constantes os estados de adipose que muitas vezes surgem nos síndromas de hipogonadismo, e, nos casos em que existem, resultam não da própria hipofunção mas da diminuição da actividade física condicionada por aquela.

Estes argumentos evocados por nutricionistas das mais variadas escolas nos últimos anos, parecem-nos hoje difficilmente abaláveis.

A influência do sistema nervoso no estado de nutrição está actualmente estabelecida com fundamento em factos de ordem experimental e clínica.

O diencéfalo desempenha um papel preponderante, quer regulando o apetite, e portanto os ingressos alimentares, quer regulando a actividade física. O papel dos restantes sectores do sistema nervoso não se encontra tão bem definido, mas é de admitir que o próprio sistema nervoso periférico exerce uma influência considerável no metabolismo lipídico dos tecidos se tivermos em conta a existência de obesidades localizadas a determinadas regiões do organismo.

A existência de factores digestivos causadores dum melhor aproveitamento dos alimentos que conduzisse à obesidade está actualmente posta de parte em face dos resultados das investigações levadas a cabo nesse sentido. Pelo contrário, recentemente estudos bioquímicos feitos em obesos põem em evidência per-

(1) Comunicação à 2.ª Reunião Luso-Espanhola de Endocrinologia em Novembro de 1955.

VII ANO - N.º 266
VOL. IV (Nova Série)
O MÉDICO
SEMANÁRIO
NACIONAL
DE MEDICINA
E CLÍNICAS

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
PORTO — Avenida dos Aliados, 41 — Tel. 24907
LISBOA — Rua da Misericórdia, 92-2.º — Tel. 36902
Composto e impresso na TIP. SEQUEIRA, LDA
Papel: 132
Telf. 24400

importante.

O papel dos mecanismos enzimáticos na obesidade, postulado por alguns autores, está longe de ser esclarecido.

Desta rapidíssima revista dos factores etiopatogénicos da obesidade pode concluir-se:

1.º — Que o sistema nervoso, e em especial o diencéfalo, desempenha um papel essencial, por disposição constitucional (obesidade familiar) ou por alterações patológicas (traumatismos, doenças infecciosas ou degenerativas, etc.).

2.º — Que, como é óbvio, são necessários ingressos alimentares excessivos em relação ao consumo energético para que se produza a obesidade.

3.º — Que as glândulas de secreção interna são alheias à obesidade comum, objecto desta comunicação.

4.º — Que possivelmente a obesidade será condicionada por perturbações do metabolismo intermediário, dependentes ou não do sistema nervoso.

Estas conclusões conduzem às normas habitualmente usadas no tratamento da obesidade:

- redução dos ingressos alimentares por restrições dietéticas;
- actuação sobre o diencéfalo estimulando o consumo energético pela tiroidina e inibindo o apetite pela benzodrina ou similares.

★

Para evitar uma muito brusca alteração dos hábitos alimentares dos nossos doentes, pensamos em iniciar o tratamento com uma dieta fundamentalmente qualitativa, suprimindo, ou reduzindo apenas, os alimentos que mais facilmente poderiam converter-se em gordura de depósito e permitindo o uso sem limitação dos restantes alimentos. Além disso, em alguns deles, por razões de ordem variada, prescindimos de qualquer medicação.

Reparámos, que, mesmo assim, estes doentes, submetidos apenas a restrições alimentares fundamentalmente qualitativas, perdiam sistematicamente peso. Daí o tentarmos generalizar a todos eles esta dieta, por tempo indefinido, associando-lhe, quando não havia contra-indicação, a tiroidina e os inibidores do apetite.

É evidente que este método de tratamento tinha as apreciáveis vantagens de evitar as penosas e incómodas limitações quantitativas da alimentação e a substituição dos alimentos habituais por sucedâneos insípidos ou desagradáveis ao paladar, que tantas vezes levam o doente a abandonar o tratamento.

Durante um período de 2 anos reunimos mais de 120 casos tratados segundo esta norma.

As indicações dietéticas que dávamos aos doentes consistiam apenas no seguinte:

- a) supressão total do açúcar e de alimentos com elevado conteúdo de açúcar (compotas, bolos, etc.), das farinhas e da manteiga;
- b) substituição do pão comum por pão integral, até 200 gramas;
- c) restrição severa dos restantes alimentos hidrocarbonados (batatas, arroz, massas, etc.);
- d) redução da gordura de tempéraro e do sal;
- e) permissão, sem quaisquer restrições, de carnes e peixes magros, cozidos, grelhados ou assados; de hortaliças e saladas; de sopas de legumes e de carne magra; de frutas, excepto bananas e frutas secas e oleaginosas; de água, chá e café.

Duma maneira geral não foi prescrito qualquer suplemento vitamínico ou de qualquer outro factor nutricional, dado que a dieta que aconselhamos é suficientemente variada e rica nos principios nutrientes essenciais.

Todos os doentes tratados, sem excepção, emagreceram em média mais de 1 kg por semana, no início do tratamento, e os que o prosseguiram com regularidade alcançaram baixas

todas as doenças por não nos ter sido possível conseguir as respectivas fichas. Aqueles cujo registo ponderal pudemos compilar são em número de 78. Os resultados obtidos nos restantes foram, no entanto, em tudo semelhantes aos deste grupo.

As idades dos indivíduos tratados, dos quais 80% pertencem ao sexo feminino, estão compreendidas entre os 7 e os 75 anos. Propositadamente fizemos estes números extremos para salientar que a dieta foi perfeitamente tolerada pelos doentes idosos (em regra candidatos a intervenções cirúrgicas abdominais) e permitiu um crescimento e desenvolvimento corporal inteiramente normais nas crianças e nos jovens.

Em 6 crianças entre os 7 e os 13 anos, com suposto sindrome de Froelich por aparente hipogenitalismo resultante da acumulação de gordura na região pélvica, verificou-se, a par da recuperação do aspecto normal dos órgãos genitais, uma impressionante modificação da conformação corporal, a ponto de assumirem um tipo somático diferente. Uma modificação somática idêntica foi observada em um adolescente com acen-tuada obesidade. Infelizmente, por razões estranhas à nossa vontade, não nos foi possível organizar a documentação fotográfica destes casos.

A maior redução ponderal foi obtida num jovem de 16 anos que perdeu 31,5 kg passando de 106,500 a 75 kg, em 7 meses de tratamento.

A média geral de redução de peso foi de 670 gramas por semana.

CONCLUSÕES

1.º — Esta série de casos mostra que na obesidade comum bastam medidas dietéticas fundamentalmente qualitativas para se obterem baixas ponderais consideráveis.

2.º — A associação a este tipo de dieta dum medicamento inibidor do apetite e estimulante do metabolismo e da actividade física completa os resultados terapêuticos permitindo obter um emagrecimento satisfatório num prazo relativamente curto.

3.º — Este método de tratamento, não exigindo do doente sacrifícios difíceis de suportar nem conduzindo a estados de depauperamento físico ou de carência alimentar, assegura a continuidade do tratamento.

4.º — Não fazendo quaisquer restrições quanto ao valor calórico total da dieta, admitimos que as perdas de peso obtidas possam resultar do efeito dinâmico-específico das proteínas, predominantes na dieta, e outras consequências da mudança, dos hábitos alimentares, tais como menor valor energético, em geral, dos alimentos utilizados, maior índice de saciedade e pior aproveitamento desses alimentos por razões de digestão e de absorção.

Julgamos que este problema merece ser ulteriormente estudado.

RESUMO

Depois de fazerem uma rápida revisão crítica dos conceitos etiopatogénicos da obesidade, os AA. enfileiram ao lado dos que consideram a obesidade, na enorme maioria dos casos, alheia a perturbações endócrinas.

O resultado do tratamento dos seus casos é mais uma confirmação da justeza deste ponto de vista e mostra ainda, que a tendência anabólica dos obesos pode combater-se quase sempre com meios exclusivamente dietéticos e que não são necessárias as penosas limitações quantitativas, no que se refere ao ingresso calórico total.

Estes 120 casos, na sua maioria da consulta de Endocrinologia do Hospital do Ultramar, foram todos tratados com dietas em que as restrições são quase exclusivamente qualitativas, quer dizer, à parte alguns alimentos proibidos ou restringidos a determinadas quantidades, aliás sem limitações ponderais rígidas, o doente pode ingerir a quantidade de alimentos que tiver na vontade.

Para acelerar o processo de emagrecimento, prescreveram-se em quase todos os casos inibidores do apetite do tipo da benzodrina ou seus similares dextrógiros. No entanto, verificou-se inviávelmente que isto não era indispensável para que os doentes perdessem peso.

Todos os doentes, sem excepção, emagreceram e nos jovens e crianças, muitos dos quais com suposto Froelich, houve uma impressionante modificação da conformação somática, cuja documentação fotográfica infelizmente não foi possível organizar.

Todos os doentes que prosseguiram o tratamento com regu-

Duma maneira geral de vitaminas, nem de nenhuma dieta que aconselhamos principios nutrientes essenciais.

As idades dos doentes compreendidas entre os 7 e os 75 anos. Propositadamente fizemos estes números extremos para salientar que a dieta foi perfeitamente tolerada pelos doentes idosos (em regra candidatos a intervenções cirúrgicas abdominais) e permitiu um crescimento e desenvolvimento corporal inteiramente normais nas crianças e nos jovens.

Après avoir fait étiopathologiques de l'obésité qui considèrent l'obésité rapport avec les troubles.

Le résultat du traitement de la justesse la tendance anabolique toujours par des méthodes pénibles limites quantitatifs concernant l'accès calorique.

Ces 120 cas, présentés cliniquement de l'Hôpital.

Bases prácticas

(Continuação)

5) DESINFECÇÃO RAS, CORTINADAS ou hospitalais, sane-

Se estes artigos são feitos pelo vapor de água devem, como de costume, por meio de aspiradoras (ver alínea D) seguida expostos ao ar quente, se possível. Ver nas alíneas D), F).

6) DESINFECÇÃO HOSPITALAIS, SANATÓRIOS DE DOENTES, e

Se não é habitual a utilização dos aparelhos de desinfecção é conveniente a desinfecção de aqueles aparelhos, e, finalmente, os doentes.

O único procedimento para conseguir uma desinfecção consiste na sua pulverização com esponja de plástico, desinfectante apropriado, desagradável e que não queime as peças dos aparelhos.

Com este fim, os hospitais, sanatórios, escritórios, repartições, desinfetar bocais d

tudo semelhantes aos deste grupo. Os tratados, dos quais 80% pertencem compreendidas entre os 7 e os 75 anos. Estes números extremos foram perfeitamente tolerada pelos doentes a intervenções cirúrgicas abdominais e desenvolvimento corporal nascendo e nos jovens.

7 e os 13 anos, com suposto sintoma hipogenitalismo resultante da ginecomastia, verificou-se, a par normal dos órgãos genitais, uma conformação corporal, a ponto muito diferente. Uma modificação da em um adolescente com acréscimo, por razões estranhas à nossa organizar a documentação foto-

ral foi obtida num jovem de 16 anos de 106,500 a 75 kg, em 7 meses

de peso foi de 670 gramas por

LUSÕES

mostra que na obesidade comum fundamentalmente qualitativas para consideráveis.

Este tipo de dieta dum medicamento anti do metabolismo e da actividade terapêuticos permitindo obter o num prazo relativamente curto. Medicamento, não exigindo do doente nem conduzindo a estados de carência alimentar, assegura a

squer restrições quanto ao valor mas que as perdas de peso obtém dinâmico-específico das proteínas, outras consequências da mudança, como menor valor energético, em maior índice de saciedade e piores por razões de digestão e de

SUMO

rápida revisão crítica dos conceitos AA. enfileiram ao lado dos que orme maioria dos casos, alheia a

o dos seus casos é mais uma constatação de vista e mostra ainda, que a pode combater-se quase sempre éticos e que não são necessárias invasivas, no que se refere ao ingresso

maioria da consulta de Endocrinologia foram todos tratados com dietas exclusivamente qualitativas, querer proibidos ou restringidos a determinadas ponderações rígidas, o de alimentos que tiver na vontade. De emagrecimento, prescreveram-se doses do apetite do tipo da benzodiazepina. No entanto, verificou-se invadindo-se para que os doentes

cepção, emagreceram e nos jovens com suposto Froelich, houve uma conformação somática, cuja mente não foi possível organizar. Seguiram o tratamento com regu-

princípios nutrimentais essenciais.

As idades dos doentes tratados (80% do sexo feminino) estavam compreendidas entre os 7 e os 75 anos. Propositadamente fizemos estes números extremos. A dieta foi perfeitamente tolerada pelos doentes idosos (em regra candidatos a intervenções cirúrgicas abdominais) e permitiu um crescimento e um desenvolvimento corporal inteiramente normais nas crianças e nos jovens.

RÉSUMÉ

Após ter feito uma breve revisão crítica dos conceitos etiopatológicos da obesidade, os Autores são partidários de ceux qui considèrent l'obésité, dans la plupart des cas, comme sans rapport avec les troubles endocriniens.

O resultado do tratamento leus casos é uma nova confirmação da justezza de ce point de vue, et montre aussi que la tendance anabolique des obèses peut être combattue presque toujours par des méthodes exclusivement diététiques, et que les pénibles limites quantitatives ne sont pas nécessaires en ce qui concerne l'accès calorique total.

Ces 120 cas, presque tous pris dans les consultations d'Endocrinologie de l'Hôpital do Ultramar, ont tous été traités au moyen

ment que cela n'était pas indispensable pour faire perdre du poids aux malades.

Tous les malades sans exception ont maigri; et chez les jeunes et les enfants, plusieurs d'entre eux atteints, croyait-on, de maladie de Froelich, il y eut une impressionante modification de la conformatio sommatique, dont on n'a pu, malheureusement tirer une documentation photographique.

Tous les malades qui suivirent le traitement avec régularité, ont atteint des pertes de poids de l'ordre de dizaines de Kilos (quelques uns 30 Kilos et davantage).

Il n'est apparu chez aucun d'entre eux le moindre phénomène secondaire obligeant à interrompre le traitement.

D'une façon générale, il n'a été prescrit aucun supplément de vitamines ni d'autre produit nutritif, étant donné que la diète que nous conseillons est suffisamment variée et riche en principes nutritifs essentiels.

L'âge des malades traités (80% de sexe féminin) varia de 7 à 75 ans. Nous avons recherché volontairement ces âges extrêmes. La diète a été parfaitement tolérée par les malades âgés (généralement des candidats aux interventions chirurgicales de l'abdomen), et elle a permis une croissance et un développement physique tout à fait normaux chez les enfants et les jeunes.

Desinfecção e Desinfestação

Bases práticas, Métodos actualizados e Normas de interesse Clínico e Médico-Sanitário

LUIZ AUGUSTO CORTE-REAL CAYOLLA DA MOTTA

(Médico dos Serviços Técnicos de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais da Direcção Geral de Saúde — Médico Higienista do Hospital de Santa Maria (Hospital Escolar de Lisboa) — Ex-Interno dos Hospitais Civis de Lisboa)

(Continuação do número anterior)

5) DESINFECÇÃO DE CARPETES, TAPETES, PASSADEIRAS, CORTINADOS, ESTOFOS, etc. (em casa dos doentes ou hospitais, sanatórios, etc.)

Se estes artigos não puderem ser periodicamente desinfetados pelo vapor de água sob pressão na autoclave, ou por ebulição, devem, como de costume, ser limpos do pó — preferivelmente por meio de aspiradores eléctricos que queiram as pipas aspiradas (ver alínea D) 2) d), desta II Parte) —, arejados e, em seguida expostos ao sol, durante bastante tempo, ou até diariamente, se possível. Ver mais pormenores, acerca deste assunto, nas alíneas D), F) e J) 8), desta II Parte.

6) DESINFECÇÃO DE TELEFONES (ESPECIALMENTE EM HOSPITAIS, SANATÓRIOS, CASAS DE SAÚDE, QUARTOS DE DOENTES, etc.)

Se não é habitualmente necessário proceder-se à desinfecção dos aparelhos telefónicos, em certas circunstâncias pode ser conveniente a desinfecção superficial, pelo menos dos bocais daqueles aparelhos, especialmente se deles se devem servir, alternadamente, doentes infecto-contagiosos e indivíduos saudáveis.

O único processo, ao mesmo tempo eficiente e prático, para conseguir uma boa desinfecção de bocais de telefones, consiste na sua pulverização, ou, melhor, na sua lavagem com uma esponja de plástico, ou com um pano embebido em uma solução desinfetante apropriada, que seja eficaz, que não tenha cheiro desagradável e que não ataque, nem deteriore, nenhuma das peças dos aparelhos telefónicos.

Com este fim, tem-se usado, com êxito, em numerosos hospitais, sanatórios, casas de saúde e até em hotéis, colégios, escritórios, repartições, etc. dos E. U. A., uma solução para desinfetar bocais de telefones, à base de ácido fénico e ácido

bórico, solução esta que tem a vantagem de não cheirar mal e de ser eficaz. A sua composição é a seguinte:

ácido bórico	25 g.
glicerina	20 g.
ácido fénico (ou carbólico)	10 g.
óleo essencial de <i>Menta piperita</i> ...	0,5 c.c.
óleo essencial de cássia	0,5 c.c.
óleo essencial de gerânio-rosa	0,5 c.c.
álcool etílico	200 c.c.
água	q. b. para 1.000 c.c. (misture-se e filtre-se)

Podem, ainda, utilizar-se, para o mesmo fim, solutos de diversos S. Q. A., nas concentrações mais empregadas para a desinfecção de superfícies de móveis, ou, na sua falta, solutos de alguns dos outros desinfetantes aconselhados para a desinfecção de móveis (ver, nesta II Parte, a alínea G)). De todos estes solutos, os que, entretanto, mais se recomendam, na prática sanitária, são os de S. Q. A., como, por ex.: o «B. T. C.» em soluto a 0,2%-0,33%, a «Hyamine-1622» a 0,1% o «Desogene» a 2,5%, o «Bradisol», a 0,1%, o «Cetavlon» a 0,5%, a «Antigermina» de 0,25 a 1%, etc.. Também se têm aplicado, com êxito, para desinfecção de aparelhos telefónicos contaminados por doentes infecto-contagiosos, solutos mistos à base de S. Q. A. e de outros detergentes, de que se citaram já algumas fórmulas e doses de aplicação (regra geral em concentrações de 1,5% a 2%), na I Parte do Capítulo das Desinfecções (ver, por ex., as alíneas B¹⁴) 3) c) c²) e B¹⁵) 2.º 6) c)), pelo que se não repetem, aqui, tais indicações.

Na prática corrente tem-se divulgado ainda o uso de pequenos dispositivos que se adaptam aos bocais dos aparelhos telefónicos e que contêm substâncias desodorizantes e, por vezes,