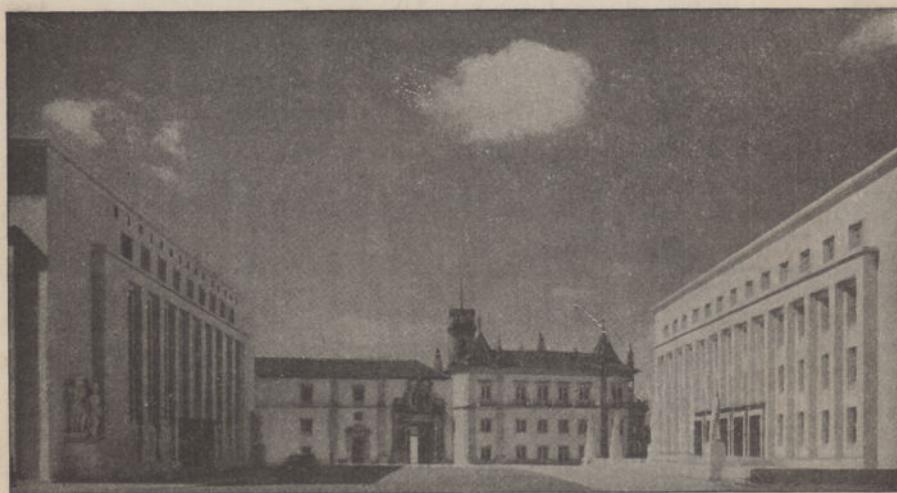


COIMBRA MÉDICA

REVISTA MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA



FASC. V • MAIO

SUMARIO

Professor Doutor Álvaro Fernando de Novaes e Sousa — No seu 70. ^º aniversário	437
Prof. Doutor Novaes e Sousa — «Curso sobre o Parto Natural»	441
Mário Luís Mendes e Albertino Barros — «Educação obstétrica na preparação para o Parto Natural»	443
Nuno de Barros e Cunha — «Higiene da gravidez»	469
Francisco Pimentel — «Alguns aspectos da patologia do estômago operado»	483
Raúl Azevedo — «Acerca de um caso de edema generalizado — De causa muito provavelmente alérgica»	495
Nota Clínica — «Um diagnóstico de "ventre agudo"»	503
Revista das Revistas	509
Informações	521

DIRECTORES

ALMEIDA RIBEIRO, ROCHA BRITO, FELICIANO GUIMARÃES, NOVAIS
E SOUSA, EGÍDIO AIRES, MAXIMINO CORREIA, JOÃO PORTO, LÚCIO
DE ALMEIDA, MICHEL MOSINGER, AUGUSTO VAZ SERRA, ANTÓNIO
MELIÇO SILVESTRE, CORREIA DE OLIVEIRA, LUÍS RAPOSO, MÁRIO
TRINCÃO, TAVARES DE SOUSA, OLIVEIRA E SILVA, LUÍS ZAMITH,
JOSÉ BACALHAU, BRUNO DA COSTA, HENRIQUE DE OLIVEIRA,
LUIZ DUARTE SANTOS.



REDACTORES

A. CUNHA VAZ, ANTUNES DE AZEVEDO, LOBATO GUIMARÃES,
J. M. L. DO ESPÍRITO SANTO, ALBERTINO DE BARROS, IBÉRICO
NOGUEIRA, GOUVEIA MONTEIRO, HERMÉNIO INÁCIO CARDOSO
TEIXEIRA, RENATO TRINCÃO, A. SIMÕES DE CARVALHO,
M. RAMOS LOPES.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	100\$00
Províncias Ultramarinas	120\$00
Estrangeiro	130\$00
Número avulso	15\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

EDITOR E PROPRIETÁRIO — PROF. AUGUSTO VAZ SERRA

Toda a correspondência deve ser dirigida à Redacção e Administração
da «Coimbra Médica»

Biblioteca da Faculdade de Medicina — COIMBRA

PROFESSOR DOUTOR
ÁLVARO FERNANDO DE NOVAIS E SOUSA
NO SEU 70.^º ANIVERSÁRIO



Atingido pelo limite de idade, terminou as suas funções na Faculdade de Medicina de Coimbra, o catedrático de obstetrícia e ginecologia e director da Faculdade, Sr. Professor Doutor Álvaro Fernando de Novais e Sousa.



Receando as emoções de uma despedida solene, furtou-se à homenagem que os seus numerosos alunos, espalhados por todo o país, lhe preparavam, no dia da sua última lição, ausentando-se de Coimbra dias antes do 7 de Maio, data em que perfazia 70 anos.

Apenas, nos últimos dias de Abril, em reunião do Conselho, todos os seus colegas da Faculdade e com eles o Ex.^{mo} Reitor da Universidade, lhe disseram individualmente quanto prezavam as notáveis qualidades deste mestre eminente e quão saudosos seriam de futuro da sua presença distintíssima e direcção sempre esclarecida.

Para a Universidade de Coimbra não é um acontecimento banal a saída do professor Novais e Sousa.

Pertenceu a um curso que deu à Faculdade de Medicina de Coimbra três professores notáveis repetidamente citados e estimados pelos seus discípulos.

Mais novo que os professores Rocha Brito e Feliciano Guimarães, em qualquer circunstância, eles rodeavam o seu jovem condiscípulo das atenções e apoio que só se tributam a quem muito se estima porque naturalmente se eleva pelas suas virtudes e dignidade.

Todos os seus alunos, reunidos ao cabo de perto de 40 anos de magistério, pondo os olhos na Escola que os formou, vêem sempre o Professor Novais e Sousa como o símbolo do professor que se respeita porque respeita incondicionalmente os deveres do seu cargo, dando-se a ele, sem medida nem entraves, preocupando-se acima de tudo em ensinar.

Parteiro exímio, prelector claríssimo, sábio dentro do seu mister, ele fez do ensino de obstetrícia uma obra-prima de interesse, vida, sugestão e clareza.

Discípulo e sucessor de Daniel de Matos, criou a breve trecho em Coimbra uma escola de obstetrícia, citada e conhecida em todo o país. Não é raro ver-se um seu antigo aluno, ao dar boa conta de si, louvar-se do grande mestre que teve e que tão bem o preparou para a sua profissão.

Deu-se exaustivamente ao ensino. Quer nas aulas teóricas, quer práticas, aproveitava a cada passo os exemplos da sua vastíssima experiência para, sem enfado ou desfalecimento, ensinar o melhor do seu saber e observação.

Ao abandonar a efectividade de serviço pode o Professor Novais e Sousa legitimamente orgulhar-se de tão excellentemente ter cumprido o seu dever.

Director da Faculdade de Medicina há perto de 16 anos, orientou os interesses da Faculdade dentro da escrupulosa preocupação de bem servir que foi o lema da sua vida.

Numa época delicada de evolução, não isenta por isso de problemas e dificuldades, viveu intimamente a vida da Faculdade, cuja projecção e aspirações patrocinou e defendeu.

Em todos os seus actos se distinguiu a sua personalidade delicada, forte de conhecimento, experiência, prudência e aptumo.

A «Coimbra Médica», que ao Sr. Professor Novais e Sousa muito deve de incitamento e apoio, sente profundamente o seu afastamento da cátedra que tanto honrou e prestigiou. Agrada-lhe verificar que o imperativo da lei de modo algum se sobrepõe ao peso dos anos. Agrada-lhe ainda mais saber que o Sr. Professor Novais e Sousa continua em Coimbra, junto da Universidade, dos seus discípulos e amigos, ou seja de todos nós, que podemos continuar contando com os seus ensinamentos e sugestões. E esperamos que assim seja ainda por felizes e dilatados anos.

O Círculo de Instrução celebrou em 2 de Março, pelo Professor Novais e Sousa,

ABERTURA DO CURSO SOBRE O PARTO NATURAL

PROFESSOR DR. NOVAIS E SOUSA.

E, com muita satisfação que venho dizer duas palavras na inauguração deste Curso.

Em primeiro lugar para saudar os Professores e alunos que vêm trabalhar esmeradamente no ensinoamento e aplicação de meios que interessam à saúde e obtenção do parto natural; em segundo lugar para mim Professor de Obstetrícia, me congratular com a unica, nova Escola Obstétrica de Coimbra, e pela primeira vez no nosso País, de ensino de um método novo que transcede os moldes da experiência usual da obstetrícia e procura esse medi-

CURSO SOBRE O PARTO NATURAL

Na clínica Daniel de Matos, da Universidade de Coimbra, sob a presidência do seu director, Professor Novais e Sousa, acaba de se realizar um curso sobre «Parto Natural» que teve uma extraordinária concorrência e interesse. A «Coimbra Médica» no desejo de levar ao conhecimento dos seus leitores as noções ali expostas, para o que recebeu numerosas solicitações, resolveu publicar em vários dos seus números as lições ali proferidas. Crê, deste modo, prestar a todos os estudiosos dos problemas de obstetrícia uma valiosíssima informação.

Neste curso colaboraram os Drs. Albertino de Barros, Ibérico Nogueira, Mário Mendes, Nuno Barros e Cunha, as Enfermeiras Maria da Ascensão, Maria Fernanda e Maria Adelaide.

A sua realização foi possível depois de um longo estágio em Paris realizado pelo Dr. Ibérico Nogueira e algumas das Enfermeiras do Serviço.

* * *

O Curso foi inaugurado em 3 de Março pelo Professor Novais e Sousa.

ABERTURA DO CURSO SOBRE O PARTO NATURAL

PELO

PROF. DOUTOR NOVAIS E SOUSA

É com muita satisfação que venho dizer duas palavras na inauguração deste Curso.

Em primeiro lugar para saudar os Professores e alunos que vão trabalhar conjuntamente no esclarecimento e aplicação de noções que interessam à prática e obtenção do parto natural; em segundo lugar para, como Professor de Obstetrícia, me congratular com o início, nesta Escola Obstétrica de Coimbra, e pela primeira vez no nosso País, do ensino de um método novo que transcende os moldes da terapêutica usual do sofrimento e procura sem medi-

cações, suprimir ou atenuar a dor no parto com absoluta inocuidade para a evolução deste, para a mãe e para o filho.

Quando, há poucos meses ainda, numa alocução que proferi na inauguração solene da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia, me referi a este extraordinário progresso e valiosíssima conquista da Medicina no campo da clínica obstétrica, e fiz votos para que muito brevemente nos fosse possível obter em Coimbra os meios de efectivação desse objectivo, eu antevia a realização d'hoje quando disse: «Se a prática do parto natural necessita de ambiente adequado em local, instalação e pessoal, creio que não devemos recuar perante as dificuldades de obtenção dessas condições, mas sim procurar a sua realização para que os nossos médicos possam ser instruídos e as mães das futuras gerações deixem de sofrer. Compete-nos a luta neste trabalho de redenção. Afinal, é a nossa principal missão como médicos: evitar e combater a dor.»

Missão eminentemente humana, é também quase divina: aliviar a dor e ajudar a nascer a vida.

Estes votos tiveram plena satisfação. Consegiu-se o que todos desejávamos.

Ao dinamismo, à vontade forte e esclarecida do meu colaborador e amigo Dr. Ibérico Nogueira, se devem tão magníficos resultados.

É justo que ele se sinta contente com a inauguração d'hoje.

Ao Sr. Ministro das Obras Públicas, ao Sr. Subsecretário do Estado da Assistência, à Direcção e à Administração dos Hospitais da Universidade, há que agradecer o auxílio prestado removendo dificuldades e proporcionando os meios materiais necessários.

Estamos todos de parabéns. Oxalá que a sementeira hoje iniciada floresça e frutifique abundantemente.

Sinergismo das Vitaminas

EDUCAÇÃO OBSTÉTRICA NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO NATURAL

PRIMEIRAS PALESTRAS

POR

MÁRIO LUIS MENDES

Como foi acentuado na exposição inicial, as palestras (em número de seis) podem ser feitas a uma só ou a um grupo de grávidas. A primeira terá lugar cerca do sexto mês de gestação; os intervalos variarão de forma a que a última coincida sensivelmente com o termo. Decorrerão num ambiente de calma e confiança, durando cerca de um quarto de hora; mais longas tornar-se-iam certamente fastidiosas.

Corre-se o risco de monotonizar os assuntos, dando a sensação de que estamos a repetir sempre o mesmo disco; mas devemos ter em atenção o grau de compreensão de quem nos escuta, que varia acentuadamente de ouvinte para ouvinte; de resto, isso pouca importância terá se conseguirmos cumprir cabalmente o objectivo. Há pelo nosso lado, felizmente, um factor poderoso: é a curiosidade feminina, se já não bastasse a natural atracção dos assuntos versados.

O texto que vai ler-se a seguir dá uma ideia das noções que consideramos indispensável transmitir; para melhor e mais eficiente apreensão, tivemos o cuidado de as escrever exactamente como se estivéssemos a dizê-las a um grupo de grávidas. Esta explicação torna-se necessária para que fique justificada a simplicidade e elementariedade das conversas reproduzidas.

O programa da educação obstétrica consta de:

1. Apresentação e introdução;
2. Respiração e relaxamento;
3. Anatomia e fisiologia;
4. Fecundação e gravidez;
5. O trabalho de parto;
6. Revisão e considerações finais.

1. APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

Da onda de entusiasmo que transbordou à volta da notícia de recentes progressos na assistência às grávidas e parturientes, o nosso primeiro cuidado será fazer uma espécie de prudente meditação. Há na verdade algo de revolucionário, capaz de justificar tanta agitação, tantas diferentes designações (parto sem dor, parto sem medo, parto sem receio, parto natural)? A resposta só pode ser afirmativa: finalmente, aos progressos da Medicina, juntou-se a «humanização» da mulher-mãe. Tão simples e intuitivo, tão lógico e racional; e tão espantoso que só na idade atómica tivéssemos chegado a essa rudimentar conclusão!

Quais são, pois, essas apregoadas vantagens? Duma forma abreviada podemos enumerá-las assim:

- a) os partos perderam aquela faceta angustiante e terrível a que estavam ligados desde tempos imemoriais; *a parturiente suporta-os com calma, sem esgotamentos extremos, sem profundos abalos nervosos.*
- b) *A duração do parto diminuiu bastante, encurtando-se nalguns casos de modo verdadeiramente notável.*
- c) *e, se ninguém pode garantir que eles decorram absolutamente sem dor, a experiência permite-nos afirmar que na maioria dos casos eles são indolores ou perfeitamente suportáveis. Ou em linguagem estatística: 80% de sucessos.*
- d) *os bebés nascidos de mulheres sujeitas à preparação que preconizamos, apresentam maior vitalidade, melhor saúde, melhor crescimento; e além disso: o seu desenvolvimento futuro, sob os pontos de vista mental e físico, mostra-se muito mais harmoniosamente equilibrado.*

Talvez que, para se apreciem com mais nitidez tais benefícios, seja oportuno fazer uma comparação e relancear o olhar sobre a evolução destas ideias.

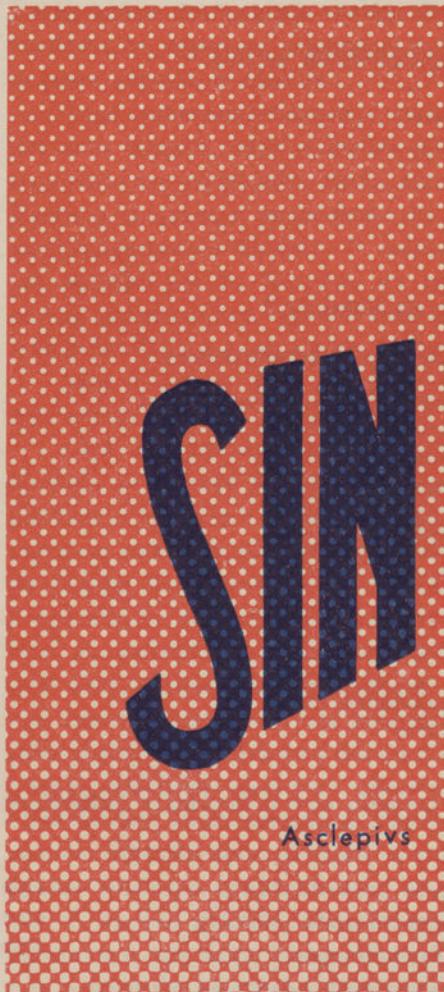
A Maternidade continua a ser a suprema recompensa da Mulher, acto suficiente — por si só — para a tornar merecedora de todas as considerações e carinhos. O nascimento duma criança merece, desde os alvores do mundo, atenções e cuidados que vão

Sinergismo das Vitaminas

B 12 - 1.000 MGRS.



B 1 - 200 MGRS.



CAIXAS DE 1, 3 E 5 AMPOLAS DE 3 CM.³

FOSFOTIAMINA

Ester Pirofosfórico de Tiamina
(COCARBOXILASE)

Vitamina B₁, biológicamente activa

FOSFOTIAMINA

Em todas as alterações da fosforilização da Vitamina B₁

Formas de acidose com hiperpiruvicemia e hiperlacticidemia:

Diabetes melitus e suas complicações — acidose, coma.

Vómitos cetónicos da infância.

Toxicose e dispepsia dos lactentes.

Toxicose gravídica e eclâmpsia.

Cardiopatias — adjuvante dos cardiocinéticos.

Insuficiência cardio-circulatória.

Hepatopatias em geral.

Hepatite epidémica.

Nevrites e neuralgias.

Intoxicações crónicas.

Enfermidades infecciosas-difteria, escarlatina, etc.

Astenias musculares e neuro-musculares.

Herpes Zoster.

Durante o tratamento prolongado com sulfamidas e antibióticos.

Caixa de 5 injeções de 5 cm. 3 (50 mgs) Forte	45\$00
" " 10 " " 2 cm. 3 (20 ") Normal	40\$00
" " 10 supositórios de (20 ").	40\$00

A administração da Fosfotiamina supositórios permite a absorção da cocarboxilase pela via rectal, de modo nítidamente superior à via oral.

FOSFOTIAMINA — é um produto ASCLEPIUS

sucessivamente aumentando e que explicam e justificam as modernas clínicas maternais, onde hoje em dia se encontram reunidos os indispensáveis recursos para uma perfeita assistência. Essa evolução, contudo, foi um lento acumular de progressos no sentido de prever e melhorar o risco do parto. «Parirás na dor», diziam as Escrituras; e tão sombrio castigo divino, errôneamente interpretado, fustigou os espíritos religiosos e singelos como pena inexorável, durante séculos e séculos.

Mas, surpreendentemente, para a mulher primitiva o parto era um acto simples, fácil e pouco aparatoso. Tanto é verdade, que isso pode ser verificado, ainda agora, em povos de certas ilhas do Pacífico, a quem a imensidão do Oceano impediu contactos com sociedades mais evoluídas. A mulher, chegado o momento de parir, vai sózinha até às florestas da beira-mar e aí tem o filho, sem outras complicações. Igual verificação se dá com certas tribos da África do Sul: a ausência do factor doloroso é real.

Isto é (como diria alguém): a dor do parto começou... por não existir.

Ora quando aparecem as primeiras civilizações (e a vida humana se começa a valorizar devidamente) as mulheres grávidas ganham o respeito e a consideração da comunidade. (Por exemplo, entre os romanos, mal uma parturiente se anunciava, logo o chefe da família lhe entregava as chaves dum aposento cuidadosamente preparado de antemão. Os médicos gregos, expoentes duma cultura bem acumulada, já ensinavam normas obstétricas muito curiosas, que aliás perduraram nos hábitos doutros povos). Em qualquer dos casos, o parto era um acontecimento serenamente aguardado, pelo menos nos primórdios dessas civilizações. A pessoa que assistia nunca efectuava qualquer observação interna; as futuras mães aguardavam passivamente a sua hora. Estes costumes transmitiram-se geração após geração, a ponto de que mil anos de Idade Média nenhuns conhecimentos apreciáveis acrescentaram.

A mulher grávida, abandonada à fatalidade da sua condição, esperava a sua hora resignadamente, ansiosa e deprimida — como que a hora da libertação dum pesadelo. A mulher era feita «para esperar e sofrer». Pouco a pouco, com o galgar dos anos, essa resignação transformou-se em temor, o medo em sofrimento — e surgiu a Dor, uma dor feita de desesperança e angústia, que as narrativas e histórias de partos mais ou menos atormentados vinha tornar desmesuradamente pavorosa.

A Humanidade ambicionou então que a Medicina encontrasse lenitivo para essa dor; e de facto, há cem anos, descobriu-se a anestesia. O sucesso das primeiras utilizações de anestésicos em parturientes foi clamoroso: a ponto de que uma rainha de Inglaterra deu à luz um herdeiro sem aparente sofrimento. As drogas, aureoladas de prestígio, viram-se difundidas com rapidez por todos os países. Clorofórmio, éter, raquianestesia, morfina, o próprio trilene — são nomes que marcam fases e reinados sucessivos da anestesia e analgesia obstétrica. Mas desde logo sobressaíram os inconvenientes a que *nenhuma* delas fugia: a evolução dos partos era alterada, às vezes prolongando-se excessiva e perigosamente; os bebés sofriam, ainda no ventre da Mãe; e esta, num caso ou outro, queixava-se de órgãos vitais intoxicados e lesados. O perigo estava sempre latente: não há uma droga perfeita sob esse aspecto.

Entretanto, é certo que nalguns povos (onde a técnica e a assistência atingiram níveis elevadíssimos) se faz uso e abuso da anestesia no parto. E por tal motivo, talvez, sejam esses países a referir as taxas mais elevadas de intervenções cirúrgicas ou operatórias. Além do que, é difícil prever a extensão em que as intoxicações do bebé provocam, mais tarde, lesões do sistema nervoso, por exemplo: um malefício sempre potencial.

Estávamos neste ponto, cansados das supresas da anestesia (uma mulher semi-adormecida reage duma forma até certo ponto incontrolável) quando a ciência caiu em si ao verificar que «*o parto não deve doer*», pois é uma função tão *natural* como qualquer outra do organismo feminino.

E mais: bastará o simples conhecimento dos fenómenos que se passam durante a gestação, do que se deve ou não deve fazer, do modo de controlar o comportamento — para que esse acto magnífico, que é o parir, nos surja com cores inteiramente diversas.

É, afinal, o valor da *aprendizagem*. Pois se é evidente que precisamos de aprender a nadar para nadarmos; ou a costureira aprender a costurar para tirar rendimento da sua máquina; ou a cozinheira aprender para melhor cozinhar — porque não há-de uma futura Mãe aprender a «ter» o seu filho?

Propomo-nos portanto ensiná-la, despertá-la, tirar partido da sua própria colaboração, pedir-lhe uma parte activa ao longo dos esforços preparatórios preconizados.

Fará exercícios físicos especiais, de relaxamento e respiração; receberá alguns ensinamentos sobre a sua gravidez, a maneira de conduzir-se no parto, os cuidados com o bebé durante e após a gestação. Todas as dúvidas lhe serão tiradas, a confiança mútua entre a grávida e quem lhe assiste deve ser incondicional. Desta forma, numa assídua e interessada frequência (como deve ser, de resto, toda a espécie de aprendizagem) a futura Mãe ganhará juss àqueles benefícios que, para terminar, repetimos: *um parto mais rápido, muitas vezes sem dor; filhos mais vivos e saudáveis.*

2. RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

Vamos agora abordar um assunto talvez diferente do que esperais: não se trata propriamente de divulgação, porque tendes já tomado contacto com ele através das sessões de educação física realizadas até agora. Estou a referir-me à respiração. Foi-vos dito em tempo, quando se falou das vantagens do uso e no programa do método do parto natural, que faríeis regularmente exercícios físicos de tipo respiratório, com o fim de aproveitar e disciplinar ao máximo a função da respiração.

Mas o fim que nos propomos é ainda mais vasto: os benefícios têm uma amplitude maior. Vejamos, em poucas palavras: primeiro, facilitam a respiração durante a gravidez, aumentando a capacidade dos pulmões e melhorando o estado geral. Depois, ajudam a suprir a dor no parto e a encortá-lo na sua duração; por último, evitam o sofrimento do bebé durante o parto.

Respirar melhor significa oxigenação melhor. Porque o ar que nos envolve tem na sua constituição oxigénio. O oxigénio é o gás da vida: quando se inspira o ar vai carregado de oxigénio; na expiração vem cheio de outro gás rejeitado pelo organismo, o anidrido carbónico.

E para que há necessidade de oxigénio? Sabeis, com certeza, que ele é absolutamente necessário para qualquer espécie de ser vivo. As próprias plantas, se dele são privadas, logo morrem (é o que sucede, por exemplo, quando se cobrem com uma campânula). Da mesma maneira acontece na espécie humana: o oxigénio tem de chegar a todas as partes do corpo em quantidade suficiente.

Ao ser inspirado, vai direito aos pulmões que se enchem para recebê-lo; aí se dissolve no sangue, preso a pequenas células avermelhadas que o levam para todas as artérias; e por elas chega a todo o organismo. Se por qualquer motivo esse afluxo é diminuído há o risco de intoxicação ou sofrimento grave. Essas mesmas artérias fazem-no chegar ao útero: e aí esse mesmo oxigénio é absorvido pela placenta e conduzido (sempre no sangue) pelo cordão umbilical até ao bebé. Ou seja, dito por outras palavras: *a criança vai buscar oxigénio ao sangue que lhe vem da Mãe*, uma vez que ela — bem o sabeis — não pode respirar dentro do ovo: os seus pulmões estão fechados e só irão distender-se no momento do nascimento. Pois, quanto melhor respirar a Mãe, melhor respirará o filho. E como vai conseguir-se tal objectivo?

Temos então que recordar a maneira como nós todos respiramos. Vamos ver: a caixa torácica enche-se e esvazia-se devido a movimentos musculares.

Tais movimentos têm uma característica importante, que os distingue doutros semelhantes: enquanto que as contracções do coração, por exemplo, mantêm um certo ritmo independente da nossa vontade, o número de respirações pode variar para mais ou menos conforme nós próprios desejarmos. Isto é: a função respiratória é controlável. De facto, fazem-se normalmente umas 15-20 vezes por minuto; mas é possível no mesmo espaço de tempo acelerar a respiração (como sucede quando estamos fatigados) ou espaçá-la consideravelmente (retendo o peito cheio de ar). Interessa saber que o ritmo respiratório, dilatando e contraindo o tórax, provoca variações de pressão dentro dele. Essas variações fazem entrar o ar quando o tórax se alarga (inspiração) e expulsam-no quando se contrai (expiração). Ora bem, os músculos que tomam parte neste jogo são os vários que se vão prender às costelas, quer do lado dorsal quer da frente. Mas há um músculo importante entre todos — o diafragma — que é essencial. O diafragma, em forma de cúpula, estende-se horizontalmente a meio do tronco, dividindo-o em duas importantes cavidades: o tórax e o abdomen.

Insere-se nas costelas mais baixas, a toda a volta, e está em relação com os pulmões e o coração, para o lado de cima. Na face inferior vai apoiar-se quase no útero. Sim, porque no final da gravidez o útero cresceu tanto que, afastando as outras vísceras para os lados e para trás, tomou contactos inteiramente novos.

É fundamental ficarmos com esta noção bem nítida: *nos últimos tempos de gestação o fundo do útero chega à vizinhança do diafragma*. Talvez que assim se perceba melhor o motivo porque ligamos tanta importância à respiração e aos movimentos do diafragma.

Agora recordemos o que já tendes feito nas vossas sessões de educação física. Aprenderam dois tipos de respiração: a respi-

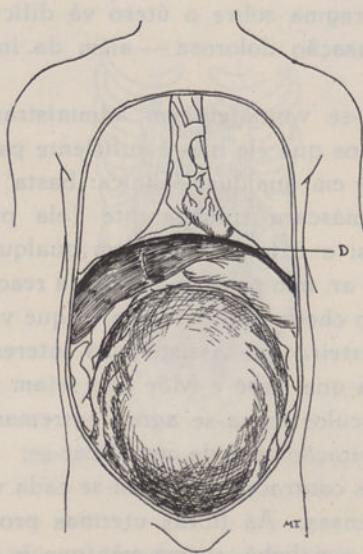


FIG. 1 — Relações entre o útero a termo da gravidez
e a cúpula diafragmática (D.).

ração *ofegante* (que é rápida, superficial, comparável habitualmente à do cãozito cansado); e a respiração *blockeada* ou *interrompida* (em que se fazem inspirações profundas e depois se sustém o tórax dilatado). Isto é possível porque, como acentuámos, a respiração se pode controlar dentro dum certo limite. Empregando toda a actividade nervosa nessa regulação consegue-se «esquecer» qualquer outro fenómeno simultâneo. Por exemplo, quando se respira ofegante e superficialmente a contracção uterina faz-se silenciosa e com um mínimo de desconforto. Na primeira fase do parto os músculos devem estar relaxados para não interferirem e prejudicarem o trabalho passivo das fibras musculares uterinas; da mesma forma o deveria estar o diafragma, se se pudesse imobilizar completamente — mas tal coisa é impossível. A solução é deslocá-lo ao mínimo,

para que não vá aumentar a pressão sobre o músculo uterino: é o que pretendemos e se consegue com a respiração superficial. Isto é, durante as contrações a parturiente deve fazer essa respiração superficial. Começar logo que senta o início da contração; aumentar o ritmo e a superficialidade dos movimentos respiratórios; e voltar lentamente ao normal quando perceber que a contração se vai embora. Não procedendo deste modo, pode suceder que a compressão do diafragma sobre o útero vá dificultar a circulação deste, causando sensação dolorosa — além da inoportuna pressão provocada.

Às vezes acha-se vantagem em administrar oxigénio suplementar, se percebemos que ele não é suficiente para a mãe ou para o bebé. Isto é fácil em qualquer Clínica: basta que a parturiente aplique uma leve máscara transparente (ela própria a segura) e que respire o gás; o oxigénio não tem qualquer cheiro, não se distingue do próprio ar, não provoca nenhuma reacção desagradável.

Quando o parto chega à última fase (o que vos será anunciado pelo Médico ou Parteira que assistir) há interesse em abreviá-lo o mais possível para que Bebé e Mãe não sejam molestados. Controlar nervos e músculos torna-se agora extremamente importante; mas também a respiração tem de modificar-se. O útero continua a contrair-se, mas as contrações tornam-se cada vez mais próximas e também mais intensas. As fibras uterinas procuram expulsar o conteúdo do órgão — o bebé — uma vez que o caminho de saída esteja completamente livre. Auxilia-se o seu esforço, arranjando pontos de apoio para essas fibras; isto é: reforçando-as com contrações voluntárias dos músculos à volta. Estes músculos são o já nosso conhecido diafragma (que vai empurrar o fundo uterino de cima para baixo) e os músculos abdominais. Os abdominais, que se apoiam em cima na parte anterior das costelas e em baixo no rebordo anterior da bacia, encurtam ao contraírem-se: fazem o ventre duro como uma tábua e encostam-se firmemente ao útero. A contração uterina é desta maneira apoiada e substancialmente reforçada — o parto será mais curto, como pretendemos.

É do conhecimento geral que a emoção, o medo, a preocupação, a angústia nos fazem crisper e contrair involuntariamente. É uma reacção natural: mas cada músculo que contrai consome oxigénio em exagerada quantidade (o que é indesejável, como sabem); por outro lado fica com uma deficiente irrigação sanguínea — e dói.

Se a estas observações acrescentarmos que o parto é um fenómeno em que participa, com predominância, a distensão muscular (numa próxima palestra veremos como) temos de tentar obter *um relaxamento o mais completo possível*. É outro dos aspectos da preparação física que fazeis, pois o relaxamento influencia-se e aperfeiçoa-se com o treino. Músculos relaxados, quer dizer: distensões mais fáceis, mínimo gasto de oxigénio, menor cansaço e esgotamento.

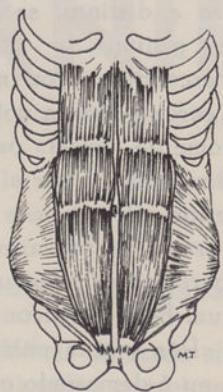


FIG. 2 — Os músculos abdominais.

Estas razões são suficientes para mostrar quanto lucrais com uma assídua e interessada comparação às sessões semanais de educação física.

3. ANATOMIA E FISIOLOGIA

Todas as mulheres sabem, mais ou menos vagamente, o nome dos seus órgãos específicos. Todas por certo ouviram já falar em útero, em vagina ou em ovários. Para a futura Mãe esse conhecimento torna-se indispensável: ela precisa, tem de ficar a saber como são, para que servem e como funcionam. Ou por outras palavras: a mulher tem de se conhecer inteiramente, precisa de elucidar-se sobre o que lhe vai acontecer durante o longo tempo da gravidez e nas horas solenes do parto: ela não pode ser abandonada às cegas, entregue a uma ignorância e a uma passividade exclusivamente prejudiciais.

Os conhecimentos necessários e suficientes são simples e de fácil apreensão. Simples e, sem dúvida, extremamente curiosos e interessantes.

A vida da Mulher é muito influenciada, dia a dia, pelo bom ou mau funcionamento dos órgãos genitais: da harmonia do seu ritmo dependem, entre outras coisas, a afectividade, o equilíbrio neuropsíquico, o nervosismo, a menstruação, a fertilidade ou a esterilidade, o comportamento emocional. Todos estes fenómenos, qual deles o mais diverso e distinto, se podem relacionar como consequências das funções genitais.

Estes órgãos estão escondidos (ou melhor: protegidos) por uma parede óssea que os cerca a toda a volta; uma parede circular, que pela forma toma o nome de «bacia» óssea.

A bacia óssea não tem fundo: é por aí que vai passar e descer a criança até vir ao exterior. Percebemos perfeitamente no nosso corpo o rebordo desses ossos; se passarmos os dedos pela parte inferior do abdomen palparemos as suas saliências com facilidade. É evidente que, quando um bebé se encontra para nascer, terá de atravessar tal obstáculo. Por outras palavras: se a bacia não é normalmente conformada ou é demasiado pequena, o mais provável será um parto difícil ou mesmo impossível sem intervenção cirúrgica.

Eis, afinal, a razão porque logo no início da gravidez o Médico ou a Parteira têm a preocupação de «medir» o tamanho da bacia: logo vos será dito algo sobre o resultado dessa mensuração. *

Pois os órgãos genitais são:

- o útero;
- dois ovários e duas trompas;
- a vagina e a vulva.

O útero é um órgão fundamental, sede de extraordinárias transformações, quer durante a gravidez quer mesmo fora dela. No entanto o seu tamanho é diminuto, sensivelmente o de uma pequena pera. É composto, como vêm no quadro, por uma parte globosa situada em cima — o corpo; e por uma parte menor, situada

* Para facilitar a explicação usamos uma série de quadros, que aliás vai reproduzida. É desnecessário repetir que as noções se destinam a mulheres sem qualquer cultura especial; e por isso são tão elementares.

NO TRATAMENTO DE:

NO TRATAMENTO DE

DISENTERIAS AMIBIANA E BACILAR

COLITES E ENTEROCOLITES

GUANIBIOL

(Neomicina+Bacitracina+Sulfaguanidina+Vitaminas B1, B2, B6 e PP)

COMPRIMIDOS

O GUANIBIOL apresenta as seguintes características:

- I — contém dois antibióticos de acção sinérgica;
- II — associada aos antibióticos possui sulfaguanidina que, além da sua acção electiva intestinal, evita as reacções secundárias resultantes dos antibióticos ;
- III — Não origina avitaminoses B.

O GUANIBIOL é um medicamento completo para a terapêutica intestinal



TUBO DE 10 COMPRIMIDOS



Laboratório Fidelis

RUA D. DINIS, 77 — LISBOA

NO TRATAMENTO DE :

FERIDAS ÚLCERAS VARICOSAS
QUEIMADURAS AFECÇÕES CUTÂNEAS

NEOPANTOL

(Etilmercuritiosalicilato de sódio + Álcool pantenílico + Vitamina A)

POMADA

O NEOPANTOL apresenta as seguintes características :

- I — grande poder regenerador dos tecidos pelo álcool pantenílico e Vitamina A;
- II — grande ação bactericida e fungicida pelo "etilmercuritiosalicilato de sódio"
- III — não irrita os tecidos;
- IV — grande ação penetrante pelo novo excipiente hidrosolúvel empregado que é facilmente absorvível pela pele.



APRESENTAÇÃO

BISNAGA DE 20 GRAMAS



Laboratório Fidelis

RUA D. DINIS, 77 — LISBOA

abaixo — o colo. Fixemos: corpo do útero e colo do útero. *Importa distinguir estas duas partes porque elas são diferentes na sua constituição, nas suas funções e no seu destino.* Por dentro o útero é oco, percorrido a toda a altura por um canal que se vai alargando à medida que sobe; é forrado por uma membrana espessa. Enquanto o corpo possui paredes espessas, bem musculadas, o colo reduz-se

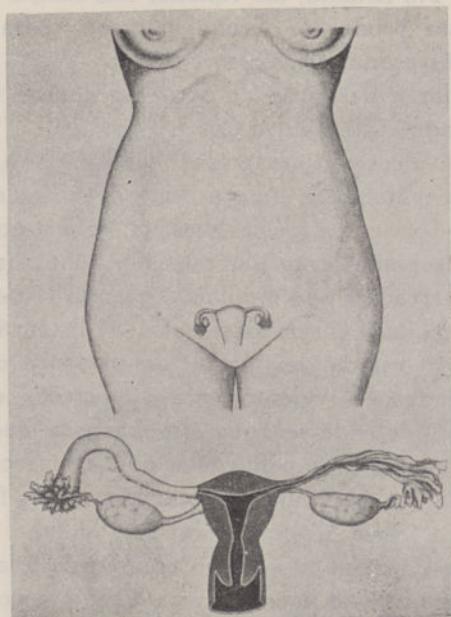


FIG. 3 — Quadro mostrando o esquema do aparelho genital feminino.

a simples anel, espécie de fechadura inferior da cavidade. E esta cavidade continua-se em cima, dum lado e outro, por dois canais alongados — as trompas — que vão abrir-se em frente dos ovários: abrem-se como uma flor, mostrando franjas alongadas e recortadas.

Os ovários têm o tamanho e a forma duma amêndoia. São órgãos continuamente vigilantes: de facto, segregam constantemente uns produtos chamados hormonas, que lançam no sangue e regulam vários aspectos da vida feminina — como, por exemplo, a menstruação. (E num rápido à parte, vamos esclarecer o fenómeno da menstruação.

Consiste na descamação e queda daquela membrana que forra a cavidade interior do útero — sendo a eliminação acompanhada

de ligeira perda sanguínea. Essa hemorragia é mensal, como sabem; e a sua falta, numa mulher nova e saudável, indica fortes probabilidades de gravidez).

Mas o ovário produz, além das já referidas hormonas, umas células de transcendente interesse — os óvulos, células sexuais femininas, uma das partes absolutamente necessárias a qualquer novo ser que se crie. No entanto, tão valiosas elas são!, o ovário é pouco magnânimo nessa produção. Senão vejamos: regra geral, apenas *uma vez por mês* produz *um único óvulo*.

Para concluir a descrição do aparelho genital feminino faltam-nos falar na vagina e na vulva.

A vagina é um canal comprido, muito elástico, perfeitamente dilatável, pouco musculado: uma espécie de antecâmara do útero, com o qual ela comunica. Que é assim, sabem-no todas que já tenham sido observadas com um espéculo ou tenham tido toques vaginais: as observações são indolores, quando feitas com cuidado, o que prova ser fácil e sem obstáculos a distensão das paredes vaginais. Do seu estado de pureza, da presença ou ausência de infecções, dependem — evidentemente — situações clínicas importantes. O útero defende-se com esta barreira que lhe forma a vagina: isto é evidente se pensarmos que as infecções desta são bastante mais do que as do útero, e felizmente mais fáceis de tratar.

A vulva é a formação genital externa: situada logo abaixo do monte de Vénus, apresenta-se como uma fenda (da frente para a rectaguarda) separada do ânus por uma lámina muscular, o períneo. Tal fenda é ocultada e protegida por pregas laterais, os grandes lábios e os pequenos lábios. Na parte superior dessa fenda encontra-se a abertura da uretra, que é o canal que transporta para o exterior a urina armazenada na bexiga.

Irei, ao longo da vossa preparação, relembrar com frequência estas noções, que são indispensáveis para compreender a gravidez e o parto. É o que veremos a seguir.

4. FECUNDAÇÃO E GRAVIDEZ

A formação dum novo ser resulta do encontro entre duas minúsculas partes de matéria viva, ou melhor: de duas células. Tais células são produzidas nas glândulas sexuais — uma na glân-

dula da mulher (no ovário), outra na glândula do homem (no testículo). Aliás, o que se passa na espécie humana é em tudo semelhante ao que sucede nas flores, nas abelhas, nas aves: união do elemento masculino com o feminino. É pois preciso que tais células se juntem. Tão maravilhoso poder é o delas, carregando dentro de si a própria Vida, que mal se encontram logo se unem

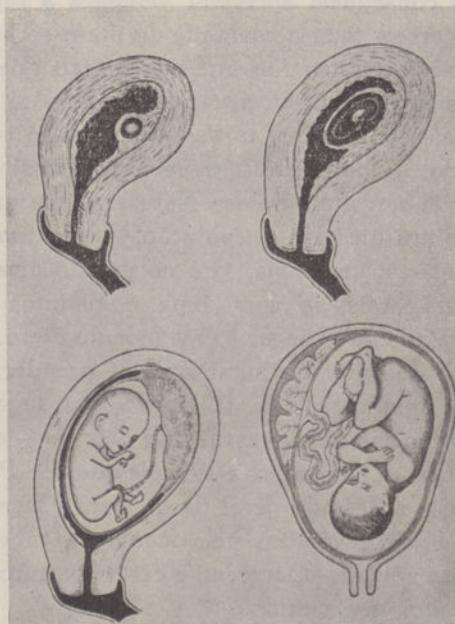


FIG. 4 — Quadro com diferentes fases do desenvolvimento do ovo.

— transformando-se numa só: o ovo. Mas onde se unem, qual o caminho a percorrer até lá, para onde se dirige depois o ovo humano?

Vimos antes que a célula feminina era produzida no ovário, bem no interior. Ora sucede, uma vez por mês, que o ovário se rompe num ponto da sua superfície e lança através dele o óvulo, que é atraído e «capturado» pelas franjas da trompa (é a função própria dessas franjas); a trompa como que o «engole», começando o óvulo a percorrer a sua estreita cavidade. Se há relações sexuais nesta altura, acontece que uma certa quantidade de líquido germinal

masculino é depositada na vagina. Por diminuta que tal quantidade seja, vão sempre uns milhões de células fecundantes — os espermatozoides — produzidos nas glândulas masculinas. Os espermatozoides movem-se com extrema vitalidade, o próprio feitio alongado facilita a sua deslocação. Logo que se encontram na vagina treparam para o útero. Se pudéssemos observar com um microscópio estas células (elas são tão pequenas que só aumentando-as de tamanho muitas vezes se conseguem apreciar) veríamos a rapidez com que caminham. Percorrem toda a cavidade do útero e chegados à parte superior desta penetram nos dois orifícios laterais que correspondem às aberturas das trompas, onde entram também. Até que encontram o óvulo. *Um deles* une-se-lhe: tornam-se numa só célula. É o ovo que está formado. A partir deste momento maravilhoso vai desenvolver-se um novo ser: a prodigiosa Natureza, que guarda segredos como este, permitirá uma longa evolução — e no fim, consequência remota duma união microscópia, virá ao mundo uma criança cheia de perfeições corporais, já com alma e instintos dentro de si. O ovo caminha ainda, até chegar à cavidade do útero. Aí encosta-se à parede e como que procura lugar para se prender: ou, como nós dizemos, o ovo aninha-se; fica lá fixado, vai sugando à parede do útero as substâncias nutritivas de que precisa — e depois, pouco a pouco, aumenta de tamanho e complexidade. Por outro lado, há transformações no estado geral da mulher: a menstruação deixa de vir, surgem ligeiros vómitos pela manhã, a cabeça pesa e dói, o apetite falta, as náuseas aparecem; e certas perturbações do gosto causam sobressaltos aos maridos...

Passadas semanas já o útero aumenta de tamanho. Por exemplo, aí por volta dos três meses apresenta o volume duma grande laranja e a sua saliência começa a notar-se na parte inferior do ventre. E lá para cerca do 5.^º mês, os movimentos do bebé minúsculo começam a ser sentidos pela própria Mãe. Até nessa altura, com um pouco de paciente atenção, será possível ouvir bater apressadamente o coraçãozito do vosso filho.

Mas o útero continua subindo, logo chega ao umbigo, ultrapassa-o e aumenta mais e mais. Dentro dele o bebé cresce também em peso e em comprimento; mil aperfeiçoamentos se completam no seu ser.

O espaço compreendido entre o bebé e as paredes do útero é cheio de líquido, o próprio bebé está mergulhado nesse líquido, protegido dos choques por suave flutuação.

E como se alimenta ele? Esta questão obriga a uma resposta a que atribuímos muito grande importância. Vedes que o bebé não pode respirar nem servir-se do seu aparelho digestivo. Toda a nutrição da criança vai através do seu sangue: afinal, da mesma forma que numa pessoa adulta, onde é também o sangue que leva a toda a parte do corpo aquelas substâncias alimentícias assimiladas. Ora o sangue do bebé vem da Mãe: o sangue, depois de irrigar

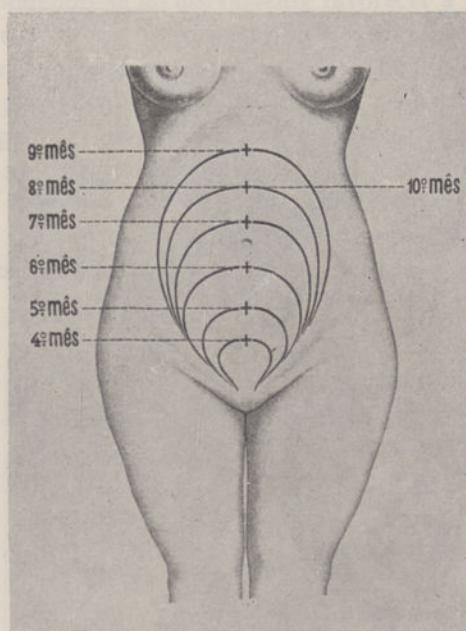


FIG. 5 — Quadro que mostra o crescimento do útero.

o útero, vai passar para a criança através deste órgão em forma de meia-luta (a placenta) e dum cordão que se continua com o umbigo.

A placenta assemelha-se a uma espécie de filtro entre os sanguess de mãe e filho. Por aqui vemos que, conforme for a riqueza nutritiva do sangue materno assim será o desenvolvimento do filho; e por isso, qualquer alimento ou remédio que o bebé precise terá de ser dado à mãe, por esta digerido e absorvido para o seu sangue, donde transitará para a criança.

E assim passam 280 dias de gravidez — ou sejam pouco mais de nove meses. No fim deste tempo o fundo uterino atinge quase o rebordo das costelas: é agora um envólucro grande, suficiente e elástico, onde há um saco fechado por membranas, cheio de líquido e com um bebé de meio metro de comprimento e mais de três quilos de peso. Além disto, aí se incrusta também a placenta. A criança já mal cabe no útero, onde pode estar em variadas posi-

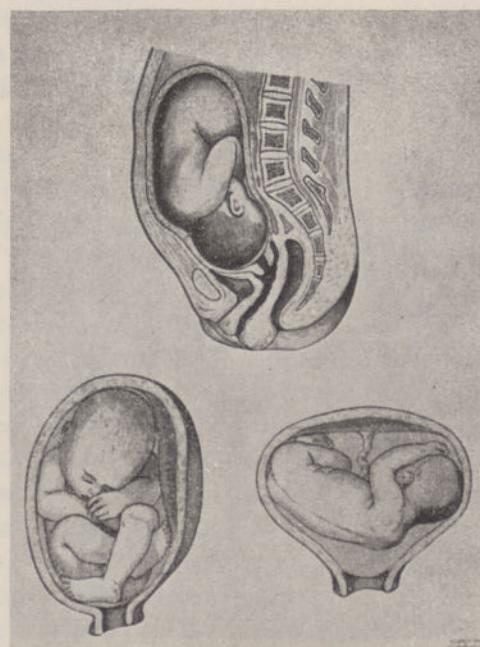


FIG. 6 — Quadro sobre as várias posições da criança dentro do útero.

ções; se bem que a princípio mexa à vontade, nesta altura é já demasiado volumosa para se movimentar: a posição que toma costuma manter-se até ao parto. Vejamos quais são essas posições: pode estar de cabeça para baixo, que é a de melhor prognóstico e mais favorável para bom nascimento; de cabeça para cima, o que é pior, senão para a mãe, pelo menos para o bebé; e atravessado, o que é péssimo.

As posições podem mudar-se, se nós quisermos? Sim, podem: mesmo por esse motivo é que todos os médicos gostam de observar

as grávidas cerca dos oito meses de gestação. Se a criança está em má posição ainda poderá corrigir-se, colocando-se a cabeça para baixo e evitando riscos desnecessários.

Recapitulando, temos de considerar o crescimento do ovo como extraordinário e maravilhoso fenómeno. Tal desenvolvimento pode ser claramente acompanhado, melhorado com as terapêuticas julgadas úteis, podendo-se inclusivamente favorecer a posição do bebé. Quanto à futura Mãe, propriamente, deve ser vigiada durante toda a gravidez, para que as modificações surgidas no seu organismo a não possam prejudicar. Deve igualmente preparar o espírito e o corpo — e aguardar um parto nas melhores condições. Quando este se der, nascida a criança e expulsa a placenta, rapidamente o organismo materno percorre em sentido inverso todo o longo caminho que lhe levara nove meses. A normalidade voltará, após o mais belo capítulo da vida feminina.

ÚLTIMAS PALESTRAS

POR

ALBERTINO BARROS

5. O TRABALHO DE PARTO

O ensino da fisiologia do parto permite abolir a angústia resultante da ignorância do que se passa durante esse trabalho misterioso que, segundo narrativas, lidas ou ouvidas, seria extremamente doloroso, insuportável, «horrível»...

Ora, a angústia e o medo, só por si, são capazes de provocar sensações muito desagradáveis, mesmo dolorosas, como se observa frequentemente em certas pessoas que antes de qualquer acto importante da sua vida têm «cólicas» e espasmos, gástricos, intestinais ou vesicais. É admissível portanto a opinião de Read quando diz que provocam espasmos uterinos, dolorosos e prejudiciais para a boa evolução do parto.

O conhecimento do mecanismo do parto tem ainda a vantagem de permitir que a grávida, convenientemente preparada, colabore com o médico, activa e conscientemente, e não pratique actos susceptíveis de prejudicar a sua evolução natural.

Costumamos iniciar esta palestra com a repetição da anatomia do útero, no fim da gravidez, e a do canal pelvigenital, insistindo na grande elasticidade dos tecidos moles da vagina e do períneo que a imbebição gravídica torna ainda mais facilmente dilatáveis.

Em seguida descrevemos a fisiologia do parto em apresentação de ápice, com o auxílio de algumas dezenas de desenhos que, infelizmente, não podemos aqui reproduzir na totalidade.

Essa descrição é adaptada ao grau de instrução e de compreensão das grávidas presentes. Às mais instruídas dizemos, em resumo, o seguinte:

O trabalho de parto divide-se em 2 períodos. O 1.^º, período de dilatação, termina quando o orifício do colo está completamente dilatado; o 2.^º, período expulsivo, vai desde esse momento até à saída da criança.

O início do parto caracteriza-se pelo aparecimento de contrações uterinas ritmadas que, a pouco e pouco, se vão tornando cada vez mais frequentes, mais prolongadas e mais intensas. A finalidade destas contrações é fazer desaparecer o canal cervical, incorporando-o na cavidade uterina, a começar pela parte superior, como se pode ver nas Figs. 7 e 8, e, a seguir, repuxar o rebordo do

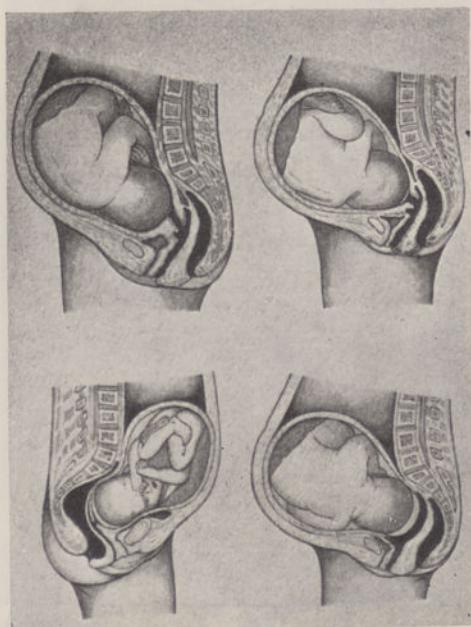


FIG. 7 — Quadro com diferentes aspectos do útero durante o parto, desde o início até à dilatação completa do colo.

o processo de dilatação do colo de tal maneira que o orifício externo se vai dilatando até permitir a passagem da criança. Para que a dilatação seja normal é necessário que não sobrevenham espasmos dos músculos uterinos. O medo, ou as crisezes musculares, contribuem para os provocar; o relaxamento muscular evita a sua formação.

Na maioria dos casos, quando a dilatação do colo está quase completa, rompem-se as membranas e sai líquido amniótico, o que

intensifica as contrações. A rotura pode no entanto ser mais precoce; algumas vezes precede o início do trabalho.

O período de dilatação demora, em geral, mais de 10 horas. Nas primíparas é mais longo que nas multíparas.

No período expulsivo, a pouco e pouco, as contrações uterinas impelem a criança para o exterior, auxiliadas pela contração dos

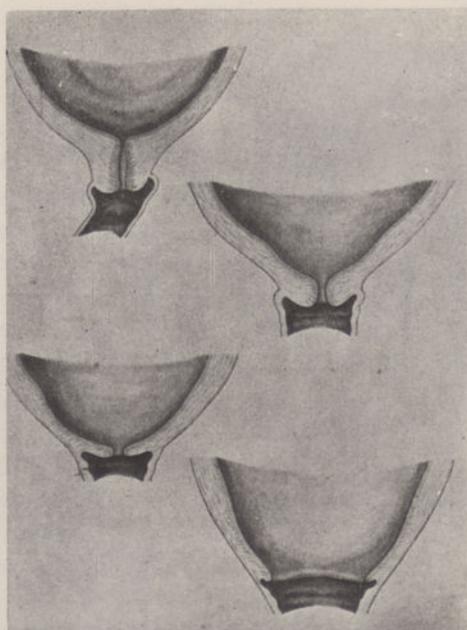


FIG. 8 — Quadro que mostra as modificações sofridas pela parte inferior do útero durante o 1.º período do parto.

músculos abdominais desencadeada reflexamente pela compressão da parede posterior da vagina, ou voluntariamente pela parturiente que tem a impressão de que necessita defecar.

A cabeça fetal, flectida, desce habitualmente com o occipital voltado para a frente e para a esquerda até chegar à parte inferior do canal vaginal, sendo então forçada a rodar de modo que o occipital e depois a nuca se coloquem debaixo da sínfise púbica, como se vê nas Figs. 9 e 10. A seguir desflecte-se um pouco e, com a fronte, vence a resistência oposta pelo cóccix, que é afastado para

trás, e pelos músculos do períneo. Estes, devido à estase provocada pela compressão, encontram-se em relaxamento, fácil de apreciar

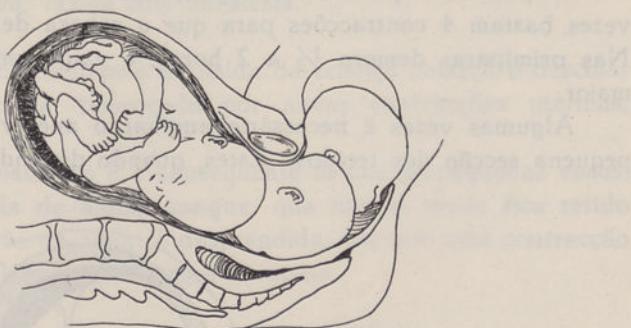


FIG. 9 — Esquema do mecanismo do parto nas apresentações de ápice.
(segundo Webster).

com os dedos (o ânus fica mesmo entreaberto), o que facilita a saída da criança, que nas multíparas costuma ser extremamente simples.

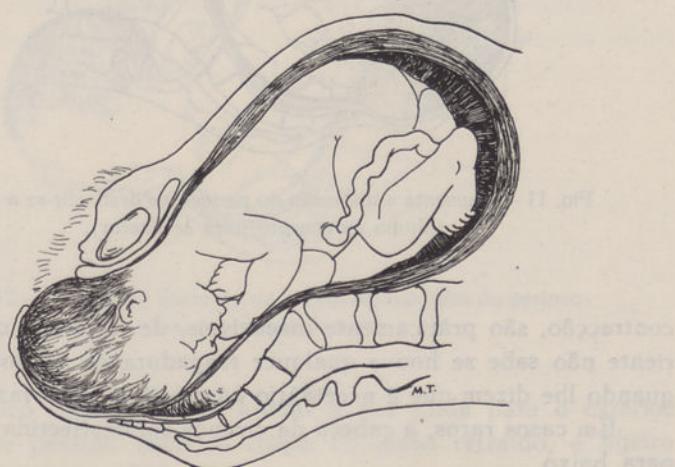


Fig. 10 — A fronte vai fazer a retropulsão do cóccix.

Nas primíparas, o médico ajuda a liberação com manobras que têm por objectivo dilatar lentamente o anel vulvar e fazer passar uma bossa parietal de cada vez, para diminuir a sua distensão.

Depois da cabeça saem os ombros e a parte restante, sem a menor dificuldade.

Logo a seguir, os tecidos moles do períneo se retraem e, a pouco e pouco, retomam o aspecto que tinham antes do parto.

O período expulsivo nas multíparas costuma ser rápido: às vezes bastam 4 contrações para que a cabeça desça e se libere. Nas primíparas demora $\frac{1}{2}$ a 2 horas, e exige um esforço muito maior.

Algumas vezes é necessário ampliar o anel vulvar com uma pequena secção dos tecidos. Estes, quando distendidos, durante a



FIG. 11 — Aumenta a distensão do períneo ao desflectir-se a cabeça (último movimento para se liberar).

contração, são praticamente insensíveis, de tal modo que a parturiente não sabe se houve qualquer rasgadura ou episiotomia senão quando lhe dizem que é necessário anestesiá-la para fazer a sutura.

Em casos raros, a cabeça da criança sai desflectida, com a face para baixo.

O parto não é por esse motivo mais difícil, desde que o mento se coloque por baixo do púbis. A cabeça libera-se com um movimento de flexão.

Algumas vezes a criança sai com a pelve ou os pés em primeiro lugar, o que para ela tem alguns inconvenientes, sobretudo se não houver um médico que ajude a liberar a cabeça, mas em nada prejudica a mãe. Habitualmente estes partos são até mais rápidos.

Também pode ser necessário ajudar a sair a cabeça da criança por meio dum aparelho especial chamado forceps. Esta intervenção, fácil e inofensiva, faz-se com anestesia.

Alguns minutos depois da saída da criança começa o descolamento da placenta, provocado por novas contracções uterinas, indolores.

Esse descolamento e a consequente rotura de pequenos vasos, ocasiona a saída de algum sangue, que muitas vezes fica retido no útero, por trás da zona já desprendida, até que uma contracção mais forte impele a placenta para a vagina.

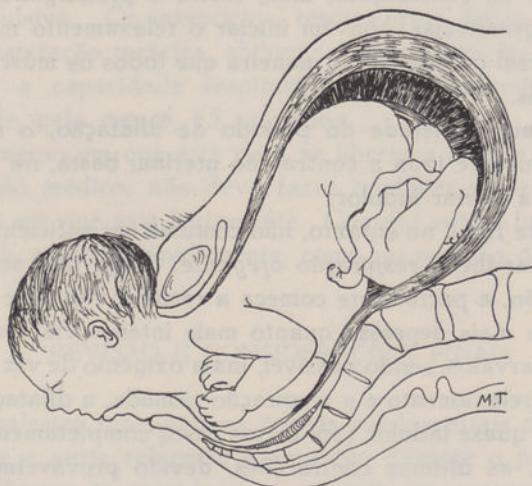


FIG. 12 — Depois da liberação da cabeça os músculos do períneo retraem-se imediatamente.

O médico costuma então ajudar a sua saída para o exterior por meio de pressão sobre o corpo do útero retraído, e ligeira tracção no cordão umbilical.

O útero fica depois bem retraído, sentindo-se facilmente na parte inferior do abdômen, e o corrimento sanguíneo não ultrapassa o de uma menstruação abundante.

Explicada a fisiologia do parto, procuramos esclarecer qualquer dúvida que tenha surgido no espírito das grávidas. Em seguida ensinamos-lhes a melhor maneira de aproveitar os conhecimentos

adquiridos para evitarem as dores e colaborarem correctamente na expulsão da criança.

No início do período de dilatação, marcado habitualmente pela saída de algumas mucosidades ensanguentadas (expulsão do rolho mucoso que obstruía o canal cervical) e aparecimento de contracções ritmadas, débeis e espaçadas, podem terminar sossegadamente os preparativos para o parto, avisar o médico ou a parteira, e, depois, ocupar a atenção em qualquer trabalho manual. Distraindo-se, o tempo passa mais depressa e mal sentem as contracções. Só devem deitar-se no caso de estarem rotas as membranas, ou necessitarem de repouso.

Quando as contracções, mais fortes e prolongadas, começam a ser «desagradáveis», convém iniciar o relaxamento muscular, em decúbito dorsal ou lateral, de maneira que todos os músculos fiquem descontraídos.

Na primeira metade do período de dilatação, o relaxamento bem feito, durante toda a contracção uterina, basta, na maioria dos casos, para a tornar indolor.

Na parte final, no entanto, não costuma ser suficiente. Convém então associar-lhe a respiração ofegante. Logo que sente o início da contracção, a parturiente começa a respirar rápida e superficialmente, tanto mais depressa quanto mais intensa ela for.

Nos intervalos, sendo possível, inala oxigénio de vez em quando.

Com o relaxamento e a respiração ritmada, a dilatação costuma ser rápida e quase indolor (em certos casos completamente indolor). No entanto, as últimas contracções, devido provavelmente à distensão sofrida pelo orifício do colo ao passar a cabeça fetal, são frequentemente dolorosas. As grávidas devem ser prevenidas disso, para não terem desilusões, e ainda de que terão à sua disposição um aparelho de analgesia com Trilene, produto absolutamente inofensivo para o feto.

Acrescentaremos que na primeira fase da dilatação podem sobrevir leves dores lombares que se atenuam com maçagens ou medicamentos antiespasmódicos.

No período expulsivo a parturiente actua de modo diferente, obedecendo prontamente às ordens do médico, ou da parteira.

Repousa no intervalo das contracções, descontraída, a inalar oxigénio.

Logo que surge uma contracção, fixa as mãos nos joelhos, ou na cama, inspira profundamente, mantém o ar nos pulmões para

que o diafragma fique imóvel, e contrai fortemente os músculos abdominais, procurando relaxar simultâneamente os do períneo. Desta maneira, por aumento da pressão intra-abdominal e acção directa dos músculos anteriores do abdómen, o útero é fortemente comprido durante a contracção que se torna assim muito mais eficaz.

Qualquer expiração feita neste momento prejudica o esforço expulsivo, pois, elevando-se o diafragma, diminui a pressão intra-abdominal e a contracção dos músculos é menos eficiente. Este é o motivo porque se manda suster a respiração, depois de «tomar ar fundo», e não falar durante as contracções.

Quando estas têm duração suficiente, depois de expelir o ar retido, a parturiente inspira de novo profundamente e repete o esforço expulsivo. Os exercícios respiratórios feitos durante a gravidez (respiração torácica, abdominal, com retenção do ar, etc.) aumentando a capacidade respiratória, devem permitir esforços expulsivos de, pelo menos, 15 segundos.

No momento em que está para se liberar a cabeça da criança, auxiliada pelo médico, não deve fazer qualquer esforço, pois há conveniência em que saia lentamente. Convém então, logo que isso for ordenado, respirar rapidamente, como no período de dilatação.

6. REVISÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta palestra repetimos as noções fundamentais de anatomia e fisiologia e a parte referente à actuação durante o parto.

Aconselhamos as grávidas a terem tudo convenientemente preparado para o momento do parto, indicando-lhes mais uma vez quais são os primeiros sinais.

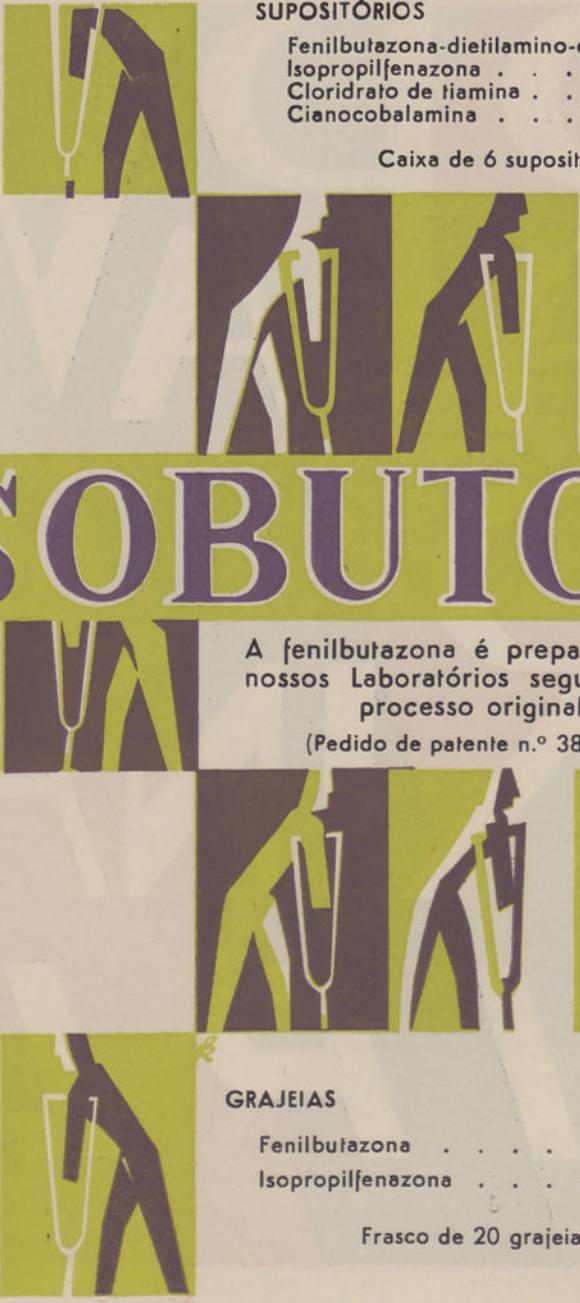
Insistimos na necessidade de continuarem a preparar-se convenientemente, nas sessões semanais da Maternidade e em casa, praticando o relaxamento, os exercícios respiratórios, e alguns movimentos de ginástica que reforçam os músculos abdominais e dão maior elasticidade às articulações da bacia e dos membros inferiores.

Finalmente prometemos-lhes que, graças à boa preparação, ao conhecimento da fisiologia do parto e da maneira como nele deverão colaborar activa e confiadamente, «tudo» decorrerá «naturalmente».



CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTÉM 0,05 G DE CLORIDRATO DE PAPAVERINA

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
LISBOA PORTO COIMBRA



SUPOSITÓRIOS

Fenilbutazona-dietilamino-etanol	0,25	g
Isopropilfenazona	0,25	g
Cloridrato de tiamina	100	mg
Cianocobalamina	0,1	mg

Caixa de 6 supositórios

ISOBUTOL

A fenilbutazona é preparada nos nossos Laboratórios segundo um processo original

(Pedido de patente n.º 38.813)

GRAJEIAS

Fenilbutazona	0,15	g
Isopropilfenazona	0,15	g

Frasco de 20 grajeias

APREZARAS SE OTAMO A COLOMBO DE S. COIMBRA AGAC
LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
LISBOA PORTO COIMBRA

HIGIENE DA GRAVIDEZ

POR

NUNO DE BARROS E CUNHA

É do conhecimento de todos o velho adágio popular que nos diz «Vale mais prevenir que remediar». O assunto da nossa conversa de hoje é aplicação prática, do citado provérbio, à educação pré-natal de todas as futuras mães que frequentam os serviços de «Parto Natural».

É a higiene o capítulo da medicina que, de um modo geral, nos ensina os meios de conservar a saúde e evitar a doença. A higiene da gravidez é o conjunto de regras que têm por fim indicar à gestante como deve comportar-se, podendo chegar ao parto sem conhecer a doença, com todas as vantagens para si e para o filho.

Costumamos dividir este ensino nos capítulos seguintes:

- 1) Exercício e repouso
- 2) Higiene do corpo
- 3) Cuidados com os seios
- 4) Higiene do vestuário e calçado
- 5) Relações sexuais durante a gravidez
- 6) Higiene do trabalho
- 7) Higiene da alimentação — *Dietética*
- 8) Cuidados a ter com os intestinos
- 9) Higiene mental.

1) Exercício e repouso.

Julgo não ser já novidade, para nenhuma de vós, ser o exercício considerado como absolutamente necessário a um bom funcionamento do organismo. O nosso corpo, tem articulações e grupos musculares que, mercê de várias circunstâncias da vida, poucas vezes são chamados a actuar, e, por isso mesmo, se de um momento para o outro têm de cumprir a missão que lhes está destinada, não se comportam de modo a responder ao que se lhes vai exigir.

É este inconveniente que, como já sabem, se está procurando eliminar com a parte de educação física ministrada durante a preparação para o parto.

Além desta vantagem podemos citar ainda uma melhoria da circulação sanguínea e, como consequência disso, uma melhoria das funções orgânicas, o que por sua vez vai dar maior vitalidade às células do organismo. As glândulas que têm a seu cargo eliminar os resíduos das combustões orgânicas (glândulas sudoríparas) também são excitadas e, como resultado deste aumento de trabalho, há uma melhor desintoxicação do organismo.

Quase toda a lida da dona da casa está considerada dentro dos bons exercícios a ser praticados pelas grávidas. Só teremos a proibir, pelas consequências funestas que podem ter, o carregar pesos grandes, arrastar móveis, bem como todos aqueles trabalhos que obriguem a esforços exagerados ou possam condicionar traumatismos sobre o ventre.

Se uma vez terminados os afazeres domésticos não houver fadiga, podemos recomendar um passeio a pé e ao sol, tendo o cuidado de nunca atingir, ou melhor, não exigir ao organismo esforços demasiados. O sol e o ar puro são dois grandes factores higiénicos; saibamos aproveitá-los.

Temos de encarar também o caso da mulher desportista, que muitas vezes nos pergunta se pode ou não praticar os desportos favoritos. Quais são os desportos a permitir a uma grávida, e quais aqueles que se devem considerar proibidos?

Estão, entre os do primeiro grupo, a ginástica educativa, o golfe (durante a primeira metade da gravidez), a natação em águas tépidas e paradas (não permitir os mergulhos, os jogos aquáticos e os banhos de mar).

São de condenar os desportos violentos como sejam o voleibol, o ténis, a equitação, os passeios de bicicleta, bem como todos os outros que pelo esforço que demandam ou pelos traumatismos que accidentalmente condicionam podem ter consequências funestas para a gravidez em evolução.

Vejamos agora qual a atitude a tomar perante o problema das viagens. Em princípio, caso hajam de ser feitas, devem ser planeadas de modo a não perturbar a segurança e a comodidade da grávida. É sempre de recomendar um meio de transporte seguro e se for possível, que essa mesma viagem se realize em pequenas étapes de modo a que não haja longa permanência na posição de

sentada pois provoca congestão dos órgãos pélvicos, o que pode condicionar o aborto ou parto prematuro.

Se o meio de transporte eleito for o automóvel recomendaremos, como regra fundamental, que não seja conduzido pela gestante, pois além de tudo o mais, há a contar com os abalos emocionais que podem surgir a somar aos inconvenientes da posição e do esforço dispendido.

Julgo já ter traçado em linhas gerais as normas que devem reger o exercício e o esforço a dispender pela grávida. Falemos agora do repouso.

Recomenda-se como bom um sono de oito horas por noite, e, se for possível, dormir mais uma hora de sesta durante o dia.

Sempre que o clima permitir é de boa prática o dormir de janela aberta, pois se o oxigénio é necessário a todos os que querem gozar de boa saúde, com mais razão ainda é essencial às grávidas, que como sabemos, têm uma elevação notável nas suas necessidades metabólicas.

2) *Higiene do corpo.*

É ponto assente recomendar uma limpeza constante da pele, pois como já foi dito, a gravidez aumenta a quantidade de substâncias que o organismo tem de eliminar, e a superfície cutânea desempenha nesta função um papel preponderante.

Por isso é de aconselhar o banho que irá manter a pele à altura de cumprir o papel que lhe está destinado.

Que tipo de banho aconselharemos à grávida? Banho de imersão ou de chuveiro?

Até ao 6.^º mês de gestação qualquer deles, desde que seja de água tépida, pois os de água muito quente ou de água muito fria, podem, devido a reacções que provocam, dar origem a acidentes na evolução da gestação. No entanto, a partir do 6.^º mês é de desaconselhar o banho de imersão, pois os gérmens existentes na água entrando pelo canal genital, podem ir provocar qualquer infecção.

É de boa prática fazer em seguida ao banho uma fricção do corpo com uma toalha turca, o que irá estimular a circulação cutânea.

Temos frequentemente que dar resposta a uma questão que nos é posta pela grávida:

— «Posso tratar dos dentes?»

A resposta a dar só pode ser pela afirmativa, ficando no entanto de ressalva os tratamentos muito traumatizantes, que só deverão ser feitos com uma boa anestesia, caso não haja possibilidade de se fazer um tratamento paliativo, para em seguida ao parto, o realizar de forma definitiva. Neste ponto cabe aos estomatologistas a última palavra.

O provérbio tantas vezes citado «Por cada filho um dente» não é senão resultado de falta de conhecimentos de higiene e dietética como veremos.

À parte toda a orientação que possa vir a ser dada pelo estomatologista, devemos recomendar à futura mãe, os maiores cuidados com a higiene da boca, lavando cuidadosamente os dentes com uma boa pasta medicinal, de manhã, depois das refeições e ao deitar, tendo em atenção que a escova deve passar não transversalmente, mas de cima para baixo, de modo a arrastar todos os detritos existentes nos espaços inter-dentários. Em seguida deve bochechar abundantemente com água.

3) *Cuidados com os seios.*

É o primeiro grande dever da mãe, e mais um forte traço de união que estabelece com o filho, o facto de ser alimentado ao seio. Mais ainda, não há alimento mais completo, higiênico e económico para o recém-nascido que o leite materno. Por isso mesmo é justo que se fale dos cuidados a ter com os seios, com o fim de prepará-los para bem cumprirem a missão que lhes pertence.

É necessário, em primeiro lugar, proceder a uma limpeza rigorosa do mamilo para arrastar as escamas e crostas de colostro que aí se depositam. Pode mesmo recomendar-se a aplicação de um creme, ou mesmo da simples manteiga de cacau para amaciar e facilitar a remoção das referidas crostas que, estando muito aderentes, nunca devem ser arrancadas à força, pois este facto irá dar origem ao aparecimento de fendilhações facilmente infectáveis.

Recomendamos geralmente, para desinfectar o mamilo, usar, por exemplo, uma mistura de álcool e água em partes iguais, ou água com umas gotas de tintura de iodo até ficar corada (cor do chá forte). Convém também usar um penso protector do mamilo, que pode ser um simples quadrado de algodão com um pouco de gaze esterilizada, que irá protegê-lo de qualquer escoriação provocada pelo *soutien*.

No caso de haver mamilos planos ou umbilicados poderemos recomendar, para os tornar salientes, as massagens circulares, pequenas tracções, etc.... Lembrar sempre à grávida que antes de tocar nos seios deve lavar cuidadosamente as mãos.

4) Higiene do vestuário e calçado.

As roupas a usar durante o período da gravidez devem ser amplas, pendendo o mais possível dos ombros e ser suficientemente folgadas na cintura. Devem ser de modo a permitir facilidade de movimentos, não dificultar de modo algum a respiração e a circulação bem como o franco desenvolvimento da criança.



Ainda é bastante frequente ver, em especial nas mulheres das classes mais humildes, o uso de saias apertadas na cintura, sendo usado para justificar este procedimento uma frase que à custa de ouvida já se tornou banal:

— «É para o menino não subir!»

Mais uma credice sem razão de ser, e a que urge pôr cobro, pois nada tendo de útil é, pelo contrário, bastante prejudicial, uma vez que esta constrição vai reflectir-se sobre o útero que não se desenvolve à vontade e, mais ainda, vai dificultar a circulação na metade inferior do corpo e diminuir a amplitude dos movimentos respiratórios.

Além disto o vestuário apertado impede o útero de se desenvolver para a frente, aumentando a curvatura da coluna lombar, cujos inconvenientes referiremos mais adiante.

As linhas gerais que usei para descrever o vestuário não impedem de modo algum que o bom gosto e a moda feminina exerçam a sua influência na escolha dos modelos. Antes pelo contrário se recomenda que, dentro das possibilidades económicas de cada uma, se escolham vestidos bonitos, práticos e simples.

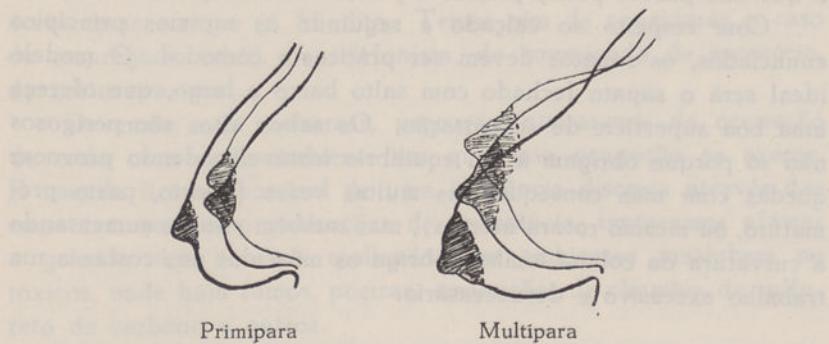
É quase impossível ir, na descrição dos modelos, muito além das linhas gerais já referidas, mas pode no entanto acrescentar-se que o tipo ideal é o vestido trespassado, pois além de ser fácil de vestir e despir, adapta-se perfeitamente ao aumento do perímetro da cintura que como sabemos aumenta com a idade da gestação.

As mesmas recomendações que acabamos de fazer podem e devem adoptar-se para as roupas interiores.



O modelo de *soutien* a escolher deverá ter como condições a recomendá-lo: 1) oferecer apoio bastante para os seios que, mercê das modificações sofridas com a gravidez, tendem a tornar-se mais pendentes; 2) embora sólido não deve ser constrictivo; 3) ser folgado na região do mamilo.

Recomendamos o uso do modelo idêntico ao projectado, com abotuadura nas suspensões, o que facilitará a exteriorização dos seios quando do aleitamento.



Nunca é demais encarecer o papel que pode exercer o uso da cinta. Não nos queremos referir de modo algum ao uso da cinta compressiva, mas sim à cinta contensiva que, sem comprimir, auxilie a parede do ventre distendida pelo aumento do útero, pre-



venindo o aparecimento das sugilações devidas a roturas da camada elástica da pele, aliviando a sensação de tensão nas costas, devido à tendência que o útero tem em pender para a frente, desviando-se da sua posição normal, facto este que pode mais tarde vir a trazer

dificuldades durante o parto. Pode ainda a cinta servir para fixar ligas suspensoras, pois as circulares estão em absoluto condenadas.

Há quem indique o modelo de ligas pendentes dos ombros, o que nos parece pouco prático e pouco cómodo.

Com respeito ao calçado e seguindo os mesmos princípios enunciados, os sapatos devem ser práticos e cómodos. O modelo ideal será o sapato fechado com salto baixo e largo, que ofereça uma boa superfície de sustentação. Os saltos altos são perigosos não só porque obrigam a um equilíbrio instável podendo provocar quedas com más consequências muitas vezes (aborto, parto prematuro, ou mesmo rotura uterina), mas também porque aumentando a curvatura da coluna lombar, obriga os músculos das costas a um trabalho excessivo e desnecessário.

5) *Relações sexuais durante a gravidez.*

É assunto muito discutido e, como não pode deixar de ser, as opiniões são as mais diversas. Variam quase, passe o exagero, entre o recomendar uma abstinência absoluta, e o não considerar a existência do problema. Nós, mais uma vez, fugimos das atitudes extremas, e considerando o problema existente, procuramos apontar uma solução.

Sabemos que o acto do coito provoca congestão dos órgãos pélvicos, e é-nos conhecido que há certas épocas, a que podemos chamar críticas, na evolução da gravidez — em especial nos dias a que deviam corresponder às mentruições, agora inexistentes — os dois primeiros e os dois últimos. Tendo isto em consideração recomendaremos cautela com os excessos e prudência especial nos dias referidos como perigosos. É únicamente a partir dos oito meses ou oito meses e meio de gestação que recomendamos continência absoluta.

Aproveitando estar a falar neste capítulo pode desde já dizer-se, que só passadas seis semanas de puerpério deve voltar a haver relações sexuais sem inconvenientes, pois nessa altura já todas as alterações que o aparelho genital feminino sofreu durante a gravidez e o parto, regressaram à normalidade.

6) *Higiene do trabalho.*

Todo o cuidado é pouco ao tratar deste ponto quando falamos às grávidas, pois, em especial no campo social, se levantam por

vezes grandes dificuldades que temos de ajudar a vencer, e, uma palavra menos prudente pode não só criar situações melindrosas, mas também, e o que é mais grave ainda, fazer uma revoltada.

À mulher que únicamente se ocupa da sua casa, nada há a acrescentar ao que já foi dito. Temos sim de considerar o caso da empregada fabril, da telefonista, da empregada de escritório, da costureira, etc....

Devemos, nas conversas, procurar inteirar-nos da ocupação de cada uma e do ambiente em que essa ocupação se exerce. E usando o mais possível de uma influência discreta através das empresas, ou das organizações de assistência, tentaremos afastar a grávida dos serviços realizados em ambientes insalubres ou tóxicos, onde haja fumos, poeiras, emanações de chumbo, de sulfureto de carbono e outros.

As empregadas de escritório e telefonistas que passam o dia sentadas e não haja possibilidade de conseguir transferência para um serviço mais leve, podemos recomendar a que sob qualquer pretexto, se levantem da secretaria e saiam da sala de hora a hora e façam umas flexões para activar a circulação nos membros inferiores.

Convém no entanto um mês antes do parto, se houver possibilidade, retirar a grávida de toda a actividade profissional, que só deverá ser retomada ao fim de seis semanas de puerpério.

A lei vigente apenas concede um total de trinta dias por parto. Eis aqui um ponto que seria interessante rever e levar ao conhecimento das autoridades competentes, para melhor ser adaptado às necessidades reais.

7) *Higiene da alimentação — Dietética.*

Com o início da gravidez começa no organismo materno a haver necessidade de certos cuidados alimentares que nos obrigam a dizer-vos alguma coisa acerca da orientação que devemos dar à constituição das refeições, de modo que nem a mãe nem o bebé venham a apresentar doenças devidas a falta de determinados princípios alimentares — doenças de carência.

Não podemos aqui mais uma vez indicar normas rígidas quanto à composição das refeições. Traçaremos regras gerais, que cada uma das senhoras poderá seguir tendo em consideração os seus gostos e as possibilidades do orçamento doméstico.

As refeições devem ser cuidadosamente mastigadas, sempre a horas certas, e a comida deve ser simples, apetitosa, de fácil digestão, e suficiente (não só em quantidade, mas principalmente em qualidade).

Proibiremos rigorosamente os pratos muito condimentados, a caça, carnes fumadas, conservas, mariscos, carne de porco, etc.... Quanto ao que se refere a bebidas devemos dizer que as bebidas brancas são formalmente proibidas, não havendo no entanto inconveniente em beber às refeições, caso esteja habituada, um pouco de cerveja ou vinho simples ou diluído. Também são de reprovar o chá ou o café fortes.

A bebida que a grávida deve preferir a todas as outras é o leite que, quando açucarado, é um dos alimentos mais completos que podemos encontrar, pois nele se encontram todos os princípios alimentares e certos sais como sejam o cálcio e o fósforo tão necessários à formação de bons ossos e de bons dentes. Ainda na composição do leite se encontram em quantidade apreciável algumas das vitaminas mais importantes.

Mas nem só como bebida se utiliza o leite. O talento culinário das senhoras sabê-lo-á transformar em apetitosos pudins, molhos, caldos de farinha, etc....

Um outro alimento que merece uma referência especial, dada a frequência com que é usado entre nós, é o pão. Começaremos por dizer que contrariamente a uma ideia muito generalizada, não é o pão branco o mais equilibrado sob o ponto de vista alimentar, pois os diferentes processos de refinação e branqueamento das farinhas, lhe roubaram a parte mais rica em substâncias minerais e vitaminas. Por isso, o tipo de pão mais indicado é o chamado de farinha integral, que contém as substâncias referidas e que a grávida, mais que qualquer outra pessoa, necessita, pois são essenciais a uma boa formação do bebé.

As verduras e as frutas devem aparecer generosamente na dieta das grávidas, tendo como razões a indicá-lo o alto teor em vitaminas e ferro (principalmente as folhas verdes das hortaliças). As frutas do tipo da laranja e do limão, por serem muito ricas em vitamina C, são muito de recomendar.

Indica-se também o uso das compotas, pois são de grande valor nutritivo e de fácil digestão. No entanto o seu uso deve ser moderado porque contribuem para elevar excessivamente o peso.

Falta-nos falar de outros alimentos muito importantes para a grávida: — A carne e o peixe.

Fornecem elementos indispensáveis ao desenvolvimento do bebé e à boa manutenção da saúde da mãe.

Já foi referido quais os tipos de carne a proibir, caça, carne de porco, etc...., podendo, sem inconveniente, recorrer às outras, vaca, vitela, galinha, por exemplo, havendo vantagem em variar.

O peixe recomenda-se pelo menos duas vezes por semana, evitando as conservas, o peixe gordo e o salgado.

Devem entrar também na alimentação da grávida substâncias de outra natureza como sejam os farináceos, gorduras, e legumes secos.

Com Eastman, dividimos os alimentos em sete grupos, para maior facilidade em estabelecer um regime alimentar.

GRUPO I

Leite e derivados lácteos (Recomenda-se tomar 1 litro por dia).

GRUPO II

Legumes verdes (Usar uma a duas porções por dia).

Espargos, bróculos, couve de Bruxelas, espinafres, feijão verde, verduras usadas para saladas (alface, agrião, chicória, etc....) e cenouras.

GRUPO III

Os citrinos, tomate e couve crua (Usar duas a três porções por dia).

Limões, laranjas e sumo de laranja, tangerinas, tomate e suco de tomate cru, ananaz, melão, e nabos crus.

GRUPO IV

Carne, criação, peixe e ovos (Usar duas a três porções por dia).

Vaca (vitela, peixe, de preferência magro, ovos e fígado).

Evitar as carnes gordas ou fumadas, e os mariscos.

GRUPO V

Pão e farinhas. (Todos os dias).

Pão integral, biscoitos, bolacha, caldos de farinha, etc....

(Farinhas de trigo, milho, aveia e cevada).

GRUPO VI

Batatas, legumes secos e frutas.

Batata e batata doce, beterrabas, cebola, nabo.

Bananas, cerejas, pêssegos, peras, uvas, figos, etc....

GRUPO VII

Manteiga e margarina.

Como se vê, é possível mesmo a uma bolsa modesta, escolher aqueles alimentos que são mais vantajosos para a grávida.

Afinal são justamente os alimentos mais caros aqueles que nós proibimos, ou cuja necessidade é menos imperiosa.

8) Cuidados com os intestinos.

É muito frequente o aparecimento da prisão de ventre, durante a evolução da gravidez, a despeito dos cuidados alimentares, e que é devida à compressão dos intestinos pelo útero. Por isso, recomenda-se criar o hábito, desde o início, de evacuar diariamente e a horas certas. Um outro cuidado a ter para boa resolução deste problema, o uso bastante liberal de água como bebida, recomendando-se tomar um copo de água de manhã ao levantar e outro ao deitar.

Se os cuidados de higiene não forem suficientes deve ser disso informado o médico assistente, para que de acordo com o que mais convenha, fazer a prescrição de um medicamento para regularizar os intestinos.

9) Higiene mental.

Pretende-se dentro deste capítulo eliminar tudo que possa vir a ensombrar o espírito da gestante, e assim vir tornar-lhe penosa a gravidez. São considerados entre os mais vulgares inimigos duma boa saúde mental, os estados de nervosismo, as preocupações, os temores, etc....

Devemos como já foi dito em palestra anterior, fazer notar à mulher que estar grávida não significa que durante esses meses tem que viver como se estivesse inválida. Nada há mais errado

que esta ideia. Ensinar-lhe-emos serem as perturbações que sente resultado da sobrecarga sofrida pelo seu organismo.

No entanto a melhor maneira de fazer esta profilaxia mental é conseguirmos que no decorrer da preparação, haja um ambiente de confiança tal, que as futuras mães nos ponham com a maior franqueza todas as dúvidas que lhe surjam, e às quais nós responderemos em palavras simples, mas elucidando cabalmente de modo a que não fique no espírito da gestante qualquer ténue sombra, pois essa sombra com o início do trabalho de parto, pode transformar-se em negra nuvem tempestuosa, que num momento, pode destruir todo o longo trabalho realizado durante a preparação.

FRANCISCO RIBEIRO

Referimo-nos nessa publicação, anterior à filiação, ao estudo da infecção.

E natural que ensinemos também, algumas palavras sobre as necessárias funções exercidas e exclusivas das infecções que entram na intervenção cirúrgica com a suação gastrintestinal, alargando-as às alterações da fisiologia normal do organismo, directamente relacionadas com a operação.

Doença operatória

O desenvolvimento precoce das infecções.

Os efeitos práticos.

OS DISFUNÇÃOAMENTOS PRECOCES DAS ANASTOMOSIS

Podem dividir-se em:

1.º Desindividualização.

2.º Desintegridade de determinadas estruturas.

3.º Desfuncionamento de outros sistemas ou das propriedades de desenvolvimento ou que não sejam tecido, e desfeita completamente ou desfeita. Os efeitos e efeitos, serão todos os efeitos, e efeitos que sejam encontrados, e que forem de efeitos que sejam encontrados, e que forem de efeitos que sejam encontrados,

SERVIÇOS DE PATOLOGIA E TERAPÉUTICA CIRÚRGICAS
(DIRECTOR: PROF. DOUTOR LUÍS RAPOSO)

ALGUNS ASPECTOS DA PATOLOGIA DO ESTÔMAGO OPERADO

POR

FRANCISCO PIMENTEL

Referimo-nos numa publicação anterior à fisiologia do estômago operado.

É natural que ensaiemos também, algumas palavras sobre as perturbações funcionais próprias e exclusivas dos estômagos que sofreram intervenção cirúrgica com anastomose gastrointestinal, não esquecendo as das alterações da fisiologia normal do organismo, directamente relacionadas com a operação.

Consideraremos:

- Os disfuncionamentos precoces das anastomoses.
- Os acidentes tardios.

OS DISFUNCIONAMENTOS PRECOCES DAS ANASTOMOSES

Podem dividir-se em:

- 1.^o Perturbações de início rápido.
- 2.^o Perturbações de desenvolvimento progressivo.

1.^o PERTURBAÇÕES DE INÍCIO RÁPIDO. — No próprio dia da intervenção ou uns dias mais tarde, o doente cai sùbitamente em choque. O colapso é marcado, existe palidez, cianose, arrefecimento das extremidades, olhos escavados, dores epigástricas surdas

e contínuas, náuseas e vômitos abundantes e fáceis, por vezes distensão abdominal na região supra umbilical, oligúria, pulso rápido e hipotensão.

Este é o quadro perfeito e completo da dilatação aguda do estômago ou do coto gástrico, absolutamente idêntico ao da dilatação aguda espontânea daquele órgão.

Com um início assim tão brusco e uma evolução tão aguda e rapidamente mortal, podem estar em causa as oclusões altas do intestino delgado, por torsão, estrangulamento ou por outros mecanismos.

Nestas circunstâncias, o exame radiológico feito sem qualquer preparação ou com o auxílio de pequena quantidade de papa bariada, pode ter grande valor, pois que permite muitas vezes um diagnóstico diferencial.

2.º PERTURBAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO PROGRESSIVO. — São bastante mais frequentes do que as anteriores e não raramente muito difíceis de interpretar, visto que o exame clínico nem sempre é suficiente para distinguir uma perturbação exclusivamente funcional de um obstáculo mecânico ou inflamatório.

Pelo quinto dia em doentes que suportaram bem a intervenção, surge um estado nauseoso ou alguns vômitos, sem que o estado geral seja tocado.

É um pequeno acidente, que parece sem importância, mas ao qual a evolução posterior pode conferir diferentes aspectos, tornando-o até muito grave.

Nalguns casos, decorridas umas horas, tudo entra na normalidade, mas em outros estas perturbações acentuam-se, persistem e acabam por originar a desidratação do doente, hipoproteinemia e hipoclorémia graves. Um exame radiológico cuidadoso e rápido, fornece por vezes grandes ensinamentos.

Várias causas podem ser responsáveis por estes acidentes:

a) *Obstáculos de origem inflamatória*, consecutivos a processos de peritonite, às vezes discretos que se desenvolvem em redor da anastomose e se podem estender a distância.



O hemostático
indispensável
em Medicina e Cirurgia

"Haemokoagulase"
Klobusitzky"

Reptilase



Não implica o aumento de Protrombina

tratamento médico da úlcera

GASTRO-DUODENAL

DE-nol

SEM DIETA
SEM ALCALINOS
SEM REPOUSO
OBIGATÓRIO
SEM ABANDONO
DA VIDA PROFISSIONAL



W/WP TEL 46604

REPRESENTANTES
PESTANA & FERNANDES, L.D.A.
SECÇÃO DE PROPAGANDA
RUA DA PRATA 153 - 2.º — LISBOA

b) *Obstáculos puramente mecânicos* podem ser a origem duma oclusão aguda do intestino delgado. Situam-se algumas vezes sobre a própria boca anastomótica, mas até se interessam apenas uma ansa jejunal situada mais abaixo, a sua repercussão sobre o funcionamento da anastomose é quase imediato.

Entre as obstruções orgânicas mais frequentes, devem citar-se a invaginação retrógrada do jejun no estômago, a incarceração do delgado na brecha mesocólica, o estrangulamento interno do intestino delgado na fenda retroanastomótica, a torsão da ansa eferente, o estrangulamento da anastomose por um meso curto e retraído, a anastomose horizontal e os cotovelos das ansas aferente e eferente.

O valor destes obstáculos mecânicos na patogenia de tais dentes, não está ainda verdadeiramente elucidado em toda a sua extensão, pois que nenhum deles, só por si, é capaz de explicar cabalmente as formas gravíssimas e rápidas ou mesmo as formas subagudas. Pelo contrário, nas formas crónicas a sua accção é perfeitamente compreensível.

Se apenas o dispositivo anatómico é que está em causa, não se comprehende bem que uma vez estabelecido, ele possa desaparecer, tantas vzes espontâneamente, sendo também difícil de acreditar que um obstáculo puramente mecânico, possa ser totalmente responsável por acidentes que cedem frequentemente em alguns dias, à accção da terapêutica médica.

A etiologia de tais complicações pós-operatórias, deve ser mais complexa e sem dúvida existe um factor inflamatório, congestivo ou nervoso que se associa às causas mecânicas e lhes dá uma maior gravidade.

c) *Perturbações totalmente funcionais.* A hipótese de que tais acidentes podem ter uma causa apenas funcional, é perfilhada por muitos.

A excitação local determinada pelo traumatismo operatório e transmitida pelos esplâncnicos, nervos sensíveis do peritoneo e das vísceras abdominais, pode originar uma inibição activa que utilizaria os próprios esplâncnicos como via centrífuga e centripta.

Parece no entanto pouco natural que o traumatismo operatório possa ser a causa de acidentes tardios e que eles possam sobrevir

após a raquianestesia ou depois da infiltração com novocaína, dos mesos ou dos nervos esplâncnicos.

Inexplicável parece também, que a dilatação aguda possa interessar além do estômago, a ansa duodenojejunal, detendo-se bruscamente ao nível da boca anastomótica e que as infiltrações daqueles nervos, feitas como terapêutica, sejam a maior parte das vezes ineficazes.

Existem grandes dúvidas, sobre a hipótese do reflexo inibidor ser determinado sempre pelo acto cirúrgico e pensa-se que uma peritonite supra mesocólica discreta, um hematoma peritoneal ou desenvolvido na parede gástrica ou intestinal, podem ter a responsabilidade do seu aparecimento.

As modificações que ao peristaltismo gástrico, traz a supressão do antro pilórico, podem também ser invocadas como determinantes destes acidentes, pois que está demonstrado que o estômago perde todo o diamismo activo e que o menor obstáculo ao nível da anastomose, todo o disfuncionamento do jejuno na sua vizinhança, provocam uma distensão retrógrada por simples distensão.

Por outro lado, se é verdade que o coto gástrico não perdeu todas as suas conexões nervosas, o mesmo não sucede ao duodeno. Qualquer que seja a razão da atonia do segmento intestinal compreendido entre o nível a que se fez a secção do duodeno e a boca anastomótica, o certo é que ele já não comanda a actividade peristáltica normal do intestino e constitui apenas um «cul de sac» largamente aberto, no prolongamento dum coto gástrico, átono ou inibido temporariamente.

Rindgal considera que a secção longitudinal, demasiadamente longa do jejuno, formaria uma barreira ao peristaltismo intestinal, porque as fibras circulares seccionadas numa grande extensão, não tornam a corresponder às excitações emanadas das fibras longitudinais e deste modo, as ondas peristálticas, não poderão ter início ao nível da anastomose e o trânsito não se restabelece. Esta teoria, parece mais conforme com a realidade.

d) *Factores humorais.* Certos autores, perfilham a hipótese de que a causa essencial das perturbações da evacuação do estômago, após a gastrectomia, reside em factores humorais.

A hipoproteinémia originaria um edema visceral que seria mais intenso ao nível da anastomose e o qual poderia determinar desde a diminuição do peristaltismo do intestino, até à sua obstrução.

TRATAMENTO

A evacuação do conteúdo gástrico, pode assegurar-se de várias maneiras.

Desobstrução da anastomose por supressão dum obstáculo.

Criação duma nova anastomose gastrojejunal.

Interrupção do reflexo da inibição gástrica.

Drenagem externa do líquido de hipersecreção.

As perturbações graves, são consideradas actualmente como uma indicação formal para reintervir. Esta atitude, no caso de apenas existirem ansas aglutinadas, não é de eficácia certa, pois que as aderências reconstituem-se novamente, por vezes em grau maior e não se chega a actuar sobre a verdadeira causa dos acidentes, a inflamação peritoneal.

A criação duma nova anastomose é, à primeira vista, uma solução lógica, mas esta solução é responsável duma pesada mortalidade e a experiência indica que os seus resultados não são animadores.

As infiltrações dos esplâncnicos com novocaína, são de eficácia duvidosa e inconstante. Não devem constituir um método de eleição, visto que só actuam sobre as perturbações funcionais.

O mesmo se não pode dizer do esvaziamento do líquido da estase gástrica. A sua evacuação, é sempre uma necessidade. Para tal, os cirurgiões estão de acordo unânime, em optar pela aspiração gástrica contínua por sonda nasal.

A lavagem do estômago é mais dificilmente suportada pelo doente, pode exagerar a dilatação gástrica e provocar danos nas suturas.

Ao mesmo tempo que se emprega qualquer destes tratamentos, é de primordial importância, corrigir as perturbações humorais. (Plasma, sangue, soro fisiológico e glicosado, proteínas, vitaminas, etc....).

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS

O síndrome da dilatação aguda precoce do estômago ou do coto gástrico, requere apenas a aspiração gástrica contínua, as infiltrações dos esplâncnicos com novocaína e a correcção das desordens humorais.

A oclusão aguda das primeiras ansas do delgado, reclama uma intervenção de urgência.

Os acidentes progressivos, levantam um problema delicado de resolver. Começa-se em regra por instalar uma aspiração gástrica contínua e por corrigir as deficiências humorais. Se eles se acentuam, se o trânsito se não restabelece ou se restabelece mal, é preferível decidir-se rapidamente a intervir, pois que uma exploração rápida e o menos chocante possível, sob anestesia local, mostrará melhor, a origem das perturbações e permitirá muitas vezes levantar um obstáculo mecânico ou fazer uma jejuno-jejunostomia.

ACIDENTES TARDIOS

Surgem muitas vezes apenas no pós-operatório extra-hospitalar e se assim acontece têm de ser tratados pelo médico habitual do doente.

Três destes acidentes, o sindroma do estômago pequeno, o sindroma «dumping» e o sindroma da ansa aferente, podem considerar-se, se bem que um pouco forçadamente, como acidentes locais, pois embora repercutam sobre o estado geral, são originados por alterações do funcionamento do estômago e da sua anastomose. Os outros, têm um carácter geral e entre estes podem mencionar-se, a dificuldade de ganhar peso após a intervenção, os sintomas psíquicos e nervosos, os acessos de hipoglicémia, os sindromas de carência e a anemia, tão sobejamente conhecidos que apenas nos referiremos a dois deles: os acessos de hipoglicémia e à anemia.

1.^o SINDROMA DO ESTÔMAGO PEQUENO.— Aparece frequentemente nos primeiros tempos após a gastrectomia. Reveste, em regra, uma forma levíssima e nestas condições traduz apenas um fenómeno de adaptação que desaparece espontaneamente com o tempo.

Manifesta-se duas horas após as refeições por digestões difíceis, sensação de peso epigástrico, regurgitações, raramente vômitos, meteorismo, vertigens, suores ou astenia, sintomas que, no entanto, podem aparecer imediatamente às refeições e que fazem com que os doentes não possam alimentar-se de maneira suficiente.

Deve notar-se que nas ressecções correctamente feitas, tal sindroma não deve aparecer, pelo menos teóricamente, senão sob a forma duma sensação de plenitude gástrica, pois que os outros sintomas traduzem em geral, fenómenos de estenose ou de estase gástrica que não deveriam existir em seguida a uma intervenção em que precisamente o esvaziamento do estômago se faz com maior rapidez.

Quando estes sintomas revestem uma certa intensidade, é lícito pensar numa estenose da boca anastomótica.

2.^o O SINDROMA «DUMPING». — Aparece com bastante frequência nos gastrectomizados. Hellemans, estudando a este respeito 200 gastrectomias parciais, cinco anos depois da intervenção, encontrou um número de 65% para as anastomoses gastroduodenais e 88% para os anastomosados gastrojejunaes.

A maior parte das vezes, as perturbações são pequenas e são corrigidas pelo próprio doente, modificando a alimentação. No entanto, existem casos graves.

Hein, apurou para este sindroma, uma frequência de 5 a 30%, mas diz que acredita que esta possa ser muito mais elevada.

Sinais clínicos — Consistem na aparição rápida, após uma refeição mista, de sensação de calor, suores, constrição, dor epigástrica, náuseas, vómitos, palpitações, vertigens e até colapso.

Trata-se dum sindroma precoce em relação à alimentação, pois aparece alguns minutos após a ingestão dos alimentos e é tanto mais precoce, quanto maior quantidade de alimentos líquidos e de hidratos de carbono, o doente tiver ingerido.

Parece ser provocado pela passagem muito rápida dos alimentos para o jejuno. Enquanto que no sindroma do estômago pequeno, a distensão não afecta mais do que o estômago, neste caso as ansas jejunaes são igualmente interessadas.

A sua etiologia é ainda pouco conhecida. Parece ter origem na supressão do reservatório gástrico determinada pela gestrectomia. Supõe-se que é a distensão brusca do jejuno por um líquido que provém da corrente sanguínea e penetra no lumen intestinal como resposta à presença da solução hipertónica, formada pelos alimentos duma refeição insuficientemente transformados, em virtude da sua rápida permanência no estômago e que possui propriedades osmó-

ticas. Não é determinado pela distensão provocada pelos alimentos, nem por uma hiperglicémia.

Alguns autores, admitem-lhe apenas uma origem mecânica. Para eles, é a sobrecarga, a hiperpressão impostas ao jejuno e a sua distensão que determina a irritação dos centros simpáticos, seu ponto de partida.

Um balão cheio de ar, introduzido no jejuno, reproduz os mesmos acidentes.

Existe também, quem perfilhe a teoria da alergia alimentar e o atribua a alterações das funções motrizes e secretórias do tubo digestivo, provocadas pela ressecção gástrica e que têm por consequência uma digestão incompleta das proteínas do leite que desempenhariam o papel de antigénio.

TRATAMENTO

O aparecimento deste sindroma, pode ser evitado pela supressão dos líquidos durante as refeições ou pela administração de atropina antes delas.

Nas formas mais acentuadas, deve fazer-se a supressão do leite completo, aconselhar-se o decúbito pós-prandial, o uso de atropina.

Quando o caso é particularmente severo, parece que a substituição duma anastomose gastroduodenal por uma anastomose gastrojejunal, dá bons resultados, sem que no entanto se compreenda bem, como é que esta reintervenção pode actuar.

3.^º O SINDROMA DA ANSA AFERENTE.— Pode este sindroma revestir diferentes graus de intensidade. Encontra-se presente em quase todos os gastrectomizados sob um forma muito leve que desaparece rapidamente e quando nestas condições, é olhado como um fenómeno de adaptação, fazendo parte das sequências operatórias normais. Pode no entanto originar um estado patológico inquietante.

Sinais clínicos. Os vómitos pós-prandiais constituídos apenas por biliç, são o sintoma mais característico. As regorgitações biliares que criam um gosto amargo, têm em certos casos, a mesma significação.

São precedidos por dores típicas, de sede epigástrica que precedem a evacuação da bilis, surgindo de uma a quatro horas após as refeições, podendo revestir uma intesidade leve ou pelo contrário uma violência apreciável, assemelhando-se por vezes às provocadas pelas contracções intestinais quando pretendem vencer um obstáculo.

O sindroma tem repercussão sobre o estado geral e provoca desidratação, restrição voluntária da alimentação, emagrecimento progressivo, astenia, cefaleias, suores frios, etc.. Não existe icterícia.

O exame clínico é quase negativo. Encontra-se por vezes uma sensibilidade difusa nas regiões epigástrica ou sub-hepática e a pressão na região do plexo solar, pode despertar um estado nauseoso.

O estudo radiológico não mostra qualquer perturbação. A bolsa gástrica funciona perfeitamente.

As formas leves do sindroma, são felizmente as mais frequentes, no entanto ele pode atingir uma alta gravidade.

A sua patogenia não está ainda hoje bem esclarecida. Parece existir uma falta de sincronismo da evacuação duodenal e do tempo gástrico e uma distensão duodenal que dá ideia duma atonia bilio-duodenal. A vesícula nunca se apresenta tão volumosa que possa conter a bilis evacuada e, possivelmente, é a incontinência do esfincter de Oddi que transforma aquele reservatório, as vias biliares e o duodeno num recipiente átono qu'apenas é sensível ao estímulo evacuador quando está fortemente distendido, sendo natural que exista uma hipersecreção biliar que agrava a situação.

Dos variadíssimos estudos feitos, conclui-se até certo ponto que o sindroma pode ser atribuído à supressão da intervação vagal das vias biliares e do duodeno, originada pelas secções nervosas inevitáveis durante a intervenção cirúrgica, pois que da vagotomia experimental ou terapêutica, resultam as mesmas perturbações. As causas mecânicas, segundo alguns autores, devem ser postas completamente de parte.

TRATAMENTO

1.^º Casos de ligeira e média gravidade.

As refeições serão pequenas e proibir-se-á o uso de alimentos de acção colagoga. Pode experimentar-se a radioterapia do pedículo

hepático e ensaiar a administração de vagomiméticos (acetilcolina, eserina, prostigmina, etc.) e de simpaticolíticos (crataegus, yomibina) que ajudarão a reduzir as manifestações habituais da hipotonia bilio-duodenal pós-operatória.

2.º Casos graves.

Alguns cirurgiões obtiveram bons resultados com o bloqueio do esplâncnico direito com novocaína e não hesitam em propor uma esplancnictomia direita aos doentes que com as infiltrações, tiveram uma melhoria eficaz, mas transitória.

De contrário, o cirurgião terá que considerar a indicação e a oportunidade duma derivação biliar por duodenojejunostomia.

4.º Os ACESSOS DE HIPOGLICÉMIA. — Depois da ressecção gástrica, certos indivíduos sofrem durante temporadas, algumas perturbações como: debilidade, sudação, vertigens, palpitações, sensação inexplicável de fadiga, etc..

Atribuíram-se estes fenómenos, senão totalmente pelo menos em parte, ao esvaziamento rápido da cavidade gástrica que é próprio dos gastrectomizados, mas estudos ulteriores fazem pensar que tais sintomas subjectivos são devidos a acessos de hipoglicémia.

Quando os doentes seguem já um regime alimentar corrente, estas perturbações aparecem raramente e têm uma intensidade muito leve. Pelo contrário uma alimentação muito rica em hidratos de carbono, pode originar sintomas intensos, porque em consequência da rápida absorção, tem lugar um aumento temporário do assúcar sanguíneo que é seguido de uma queda muito pronunciada da glicémia, visto que aquela substância rapidamente absorvida, determina uma grande mobilização de insulina.

Nalguns casos, a glicose do sangue desce a 0,35 por 1000.

Estes acidentes hipoglicémicos, parecem-nos sobreponíveis ao sindroma «dumping», se bem que é certo que ele se considera absolutamente independente da hiper ou hipoglicémia e devido apenas a fenómenos mecânicos ou alérgicos. Não terá realmente a hipoglicémia alguma responsabilidade no seu aparecimento?

Como profilaxia destas perturbações, deve evitarse (todos os autores estão de acordo) um regime alimentar rico em hidratos de carbono.

Os sintomas descritos, uma vez estabelecidos, são, porém, debelados rapidamente pela ingestão de chocolate, assúcar ou sumo de frutos que contenham glicose.

5.^o AS ANEMIAS DOS GASTRECTOMIZADOS. — Muitos dos ressecados do estômago, não há dúvida que apresentam sinais de anemia, mas quase sempre o seu grau é tão leve que não dá lugar a qualquer manifestação clínica e apenas são encontrados, quando por rotina, se procede a um exame hematológico.

É certo também que existem casos em que a anemia é bastante marcada, mas eles cedem rápida e decididamente à terapêutica própria e pode assegurar-se que a anemia perniciosa é mais do que raríssima, mesmo quando a gestrectomia foi total.

São inúmeros os estudos feitos a tal respeito, visto que a possibilidade do aparecimento de anemias graves, era uma das maiores acusações feita à ressecção gástrica. O mecanismo pelo qual ela é capaz de originar directamente esta alteração sanguínea, é fácil de compreender:

Para uma perfeita eritropoiese medular, é necessário além do ferro, possivelmente o cobre, a tiroxina e a vitamina C, um princípio hematínico especial, o princípio de Castle, que intervém na passagem dos megaloblastos eritroblastos.

Se a evolução da eritropoiese se interrompe no estadio de megaloblasto, é pequeno o número de hemácias adultas que penetram no sangue e estas possuem um tamanho superior ao normal, formando-se nestas condições o quadro das anemias macrocíticas, o mais conhecido dos quais, é próprio da anemia perniciosa.

Pelo contrário, se a evolução é interrompida na fase de ertitroblasto ou de normoblasto, as células que entram na torrente circulatória, são de menor tamanho, constituindo-se o quadro hematológico das anemias microcíticas.

A interrupção da eritropoiese medular no estadio de megaloblasto, deve-se à ausência do princípio hematínico referido que com probabilidade se forma no estômago, pela união dum agente que existe no suco gástrico (factor intrínseco de Castle) com outro que provém dos alimentos (factor extrínseco de Castle) e que parece ser idêntico à Vitamina B₁₂. Este princípio é absorvido

e armazenado sobretudo no fígado e menos no rim, sendo em virtude daquele primeiro facto que se explica o valor da terapêutica das anemias pelo extratos hepáticos.

Está hoje bem demonstrado que após a gastrectomia parcial, são raras as anemias de tipo macrocítico e mais frequentes as microcíticas, o que está em desacordo com o que expusemos acima, isto é com a influência que a falta do factor de Castle, tem sobre a eritropoiese medular.

Na verdade, não pode existir após a gastrectomia parcial uma perturbação importante do quadro hematológico devida à falta daquele factor, em primeiro lugar porque as anemias que se atribuem àquela intervenção são habitualmente do tipo microcítico e em segundo lugar pela falta de relação que existe entre o valor da anemia e o grau de acloridria provocada pela ressecção.

Talvez exista outro factor muito importante no aparecimento destas anemias secundárias: a rapidez da evacuação gástrica e as alterações consecutivas à absorção digestiva. De resto estas anemias, quer sejam latentes ou manifestas, podem explicar-se pela supressão da secreção clorídrica que é indispensável à absorção do ferro e pela aceleração do trânsito gastrojejunal.

TRATAMENTO

A medicação férrica é indispensável durante os três ou quatro primeiros meses que se seguem à intervenção. Apenas o ferro bivalente é absorvido. O trivalente não pode sê-lo, a menos que a mucosa gástrica esteja intacta, porque de contrário passa para o jejuno e perde-se.

Aquela substância deve ministrar-se inicialmente por via endovenosa e depois por via bucal.

Quando existe anacloridria deve usar-se uma medicação ácida até ao fim do período de adaptação do jejuno.

SERVIÇO DE PATOLOGIA MÉDICA

(DIRECTOR: PROF. A. VAZ SERRA)

INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

(PROF. MICHEL MOSINGER)

ACERCA DE UM CASO DE EDEMA GENERALIZADO

DE CAUSA MUITO PROVÁVELMENTE ALÉRGICA

POR

RAÚL AZEVEDO

(2.º Assistente da Faculdade de Medicina)

INTRODUÇÃO

A patologia parasitária humana é certamente uma das mais extensas e também daquelas em que o diagnóstico nem sempre é fácil, dada a variedade grande da sua sintomatologia e das suas localizações às vezes mais estranhas e nem sempre explicáveis.

Dentre todas as parasitoses reveste-se dum interesse particular a ascaridiose, não só por ser a mais frequente ou das mais frequentes em Portugal, como também por ser das que em que as manifestações aberrantes são mais usuais.

Os próprios fenómenos ligados directamente com o parasitismo nem sempre nos proporcionam um diagnóstico simples: — acidentes digestivos e hepatobiliares com gastralgias pseudo-ulcerosas, diarréias simulando colites, cólicas renais, etc., angiocolites, são demasiado conhecidos e não poucos doentes têm sido laparotomizados com a suspeita das afecções mais dispareis.

Sintomatologia nervosa, sobretudo em crianças, domina em grande parte dos casos o primeiro plano — convulsões, meningismo,

insónia, crises epileptiformes, etc. — reentrando quase espetacularmente na normalidade com a expulsão dos germens. Os médicos rurais, vivendo entre populações em que o índice de infestação parasitária é grande, têm disso uma experiência maior que a nossa.

E toda uma lista de sintomatologia, como anemias rebeldes devidas não só à acção expoliadora dos parasitas como também aos efeitos hemolíticos das suas toxinas, comportando-se como verdadeiros alergenos, manifestações articulares, urticária, pruridos, etc., quadros pulmonares, infiltrados fugazes com eosinofilia, etc., poderíamos enumerar. Cremos que, com o Havier, não correremos grande risco se afirmarmos que perante um quadro clínico atípico devemos pensar na possibilidade de uma parasitose.

O diagnóstico positivo duma parasitose repousa sempre na sua constatação directa ou indirecta (ovos).

Mas se pensarmos que a sua eliminação não é constante, mas sim intermitente, concluiremos que as dificuldades no diagnóstico aumentam e que não nos deveremos contentar com um único resultado negativo. Por outro lado a constatação de parasitas não nos deve levar a atribuir-lhes exclusivamente a responsabilidade patogénica dos casos que nos ocupam.

A eosinofilia é um dado laboratorial importante mas que deve também ser criteriosamente julgada. A sua percentagem varia com a natureza da parasitose — grande, v. g., na distomatose — e pequena ou mesmo ausente na ascaridiose. Oscila também com a idade da parasitose — grande inicialmente, vai decrescendo gradualmente até se normalizar à medida que a infestação se prolonga. Finalmente a fase do ciclo evolutivo em que o parasita se encontra é também um factor a ponderar v. g. aparece na fase da migração dos áscaris no pulmão, isto é, quando atravessam o meio interno e atenua-se ou desaparece com ela.

O caso que a seguir relataremos de parasitose com uma evolução atípica, é bem uma afirmação do que atrás dissemos.

No dia 1 de Fevereiro de 1952, foi internado nos serviços de Patologia Médica (Prof. Vaz Serra), o pequeno A. N., de 2 anos de idade, natural da Pampilhosa do Botão.

Filho de gente humilde, a criança até aí gozara de excelente saúde, aparte algumas moléstias próprias das crianças da sua idade, todavia sem consequências. Nasceu de uma gestação a termo e dum parto normal.

Alguns dias antes do seu internamento, o pequeno doente apresentara um surto de piodermite não muito extenso, que lhe tomara a face, as coxas e os antebraços, motivado talvez pelos poucos cuidados de higiene a que era submetido.

Os pais não ligaram importância de maior ao acidente, até que passados alguns dias a criança apresentou quase bruscamente um estado edematoso generalizado, acompanhado de temperatura sub-febril e escassa emissão de urina.

Nestas circunstâncias, e dado o estado deplorável do doente, os pais dirigem-se aos H. U. C. a fim de procurar alívio para o seu filho.

E é nestas circunstâncias e neste estado que A. N. dá entrada nos H. U. C., por intermédio dos serviços de urgência.

Observado à entrada pelo médico de serviço, este, cremos que suspeitando, e muito justamente, dum quadro renal dado o aspecto e antecedentes do pequeno doente, promove o seu internamento prescrevendo medidas dietéticas, penicilina e vigilância.

Observado por nós posteriormente, encontrava-se num estado de apatia, raramente chorando, conservando voluntariamente a posição sentada, com edemas generalizados sobretudo maisacentuados na fase, dando à criança um aspecto quase grotesco, edemas esses rosados, facilmente depressíveis.

Viam-se ainda sinais de piodermite recente, todavia em via de cura. A criança coçava-se constantemente. Conjuntivite purulenta bilateral.

Não tinha havido vômitos nem diarreia.

Informou-nos a enfermeira de serviço que tinha havido escassa eliminação urinária. A temperatura sub-febril baixara para a normalidade sob a terapêutica penicilínica. Palpação abdominal negativa. Auscultação cardíopulmonar sem alterações dos ruídos normais nem ruídos adventícios.

Cuti-reacção à tuberculina +. Exame radiológico do tórax sem alterações dignas de registo.

A análise de urinas mostrou total ausência de albumina, açúcar e outros elementos anormais.

O sedimento urinário continha raros elementos epiteliais e um ou outro leucócito.

No sangue a urémia de 0,048 grs. por litro e as proteínas totais 60 grs. por litro (44 de serina e 16 de globulina).

Uma fórmula leucocitária mostrou os seguintes elementos:

G. v. —	5.200.000
H. p. —	100%
G. b. —	8.000
Neutrófilos	30%
Eosinófilos	18%
Basófilos	2%
Linfócitos	50%

Perante os resultados sumários do exame clínico e laboratorial, a hipótese que inicialmente havíamos sustentado dum quadro renal mais ou menos típico começou a perder terreno e, frente aos resultados do exame hemoleucocitário com 18% de eosinófilos, a possibilidade duma infestação parasitária pareceu-nos de fácil aceitação.

Nesse sentido pedimos uma pesquisa de ovos e parasitas nas fezes, que mostrou grande quantidade de ovos de áscaris. Uma cuti-reacção feita nessa data como um macerado preparado a partir dos áscaris, deu uma reacção fortemente positiva (Dr. A. Mesquita).

De posse destes dois dados, eosinofilia e presença de áscaris, instituímos nesse mesmo dia uma terapêutica anti-helmíntica — essência de quenopodio — associada a um anti-histamínico, e posteriormente xarope de Cloreto de Cálcio e Vit. C.

Com o anti-helmíntico a criança expulsou grande quantidade de áscaris e retomou a sua diurese, e num pequeno lapso de dez dias todos os seus edemas se fundiram, tendo ao cabo deles tido alta.

Na pouca literatura que nos foi dada consultar, não encontrámos nenhum outro caso sobreponível, pelo que julgamos interessante trazer este à luz da publicidade.

Descartada a hipótese duma nefropatia à míngua de elementos quer de ordem clínica quer laboratorial, mas sobretudo os de ordem laboratorial e também porque a terapêutica anti-helmíntica foi de resultados imediatos e brilhantes, julgamos poder imputar directamente toda a responsabilidade deste quadro clínico, de certo modo atípico e estranho, aos áscaris.

Todavia não podemos ligar o quadro sintomático a manifestações de parasitismo digamos directas, mas sim indirectas. Queremos dizer que os responsáveis imediatos foram as toxinas para-

sitárias cuja existência e catalogação está já feita, ou talvez o produto resultante do catabolismo dos parasitas.

Por outras palavras, essas substâncias ter-se-iam comportado como autênticos alergenos.

Tal como a maioria ou mesmo a totalidade dos sindromas alérgicos, este iniciou-se bruscamente com edemas e prurido e eosinofilia.

Não se tratando de um edema nem de estase nem por hipoproteinémia, temos de admitir por exclusão de partes, que a sua patogenia repousa num mecanismo alérgico, dependente do sistema nervoso a condicionar um aumento da permeabilidade capilar.

De resto conhecemos a acção do sistema nervoso na fisiopatologia de alguns edemas; um dos exemplos mais típicos é o edema angio-neurótico ou edema de Quincke, ocorrendo a maioria das vezes sem causas locais aparentes e dispendendo-se sob a forma de manchas isoladas ou confluentes por todo o corpo.

Embora a patogenia do edema Quincke seja obscura, traduz fora de dúvida uma das reacções do sistema neuro-vegetativo com vasodilatação arteriolar, aumento da pressão intracapilar e aumento da permeabilidade.

No entanto nestas circunstâncias — edema de Quincke — este aumento da permeabilidade não é o factor dominante, pois que o líquido edematoso não apresenta habitualmente grandes taxas de albumina.

Também em alguns processos de nevrite e situações condicionadas por reflexos viscerogéneos — angina de peito com irradiação dolorosa para o membro superior — o edema pode estar presente se bem que discreto, na maioria dos casos, na zona de irradiação dolorosa.

Um dos exemplos mais flagrantes da intervenção do sistema nervoso na formação do edema é representado pelo síndrome hipotálâmico em que além dele estão presentes a hipoproteinémia, retenção cloretada, aquilia gástrica, etc..

Todavia acentuemos desde já que os edemas devidos a um aumento da permeabilidade vascular não são de exclusiva responsabilidade do sistema nervoso.

Muitos edemas de causa inflamatória exteriorizam-se por um mecanismo análogo, se bem que nem sempre único.

Já vimos, no início destas considerações finais, que tanto a feição clínica do caso que nos ocupa, como a sua evolução e

terminação, são francamente a favor dum processo de natureza alérgica.

Por alergia entendemos, no seu significado geral, um estado de hipersensibilidade do organismo motivado pela acção duma substância específica, sensibilidade essa que se exterioriza por manifestações a nível de todos ou quase todos os sectores orgânicos, com especial predilecção todavia pelo aparelho respiratório e pele. Essa reacção, ou melhor disreacção, é posta em marcha sempre que sobre o organismo actuem de novo essas substâncias sensibilizantes, ou outras capazes de desencadear essa reacção.

Da mesma maneira e seguindo a mesma ordem de ideias, será lícito pensar que o nosso doente tivesse criado um estado de sensibilização especial frente às toxinas parasitárias ou produtos resultantes do seu catabolismo, agindo, porém, como tal.

Nessas circunstâncias, criada a situação indispensável para a eclosão do processo um novo surto parasitário, uma rotura ainda que ligeira do equilíbrio neuro-vegetativo, ou qualquer causa desencadeante, puseram em marcha e duma maneira brusca, todo o quadro clínico.

A responsabilidade da alergia nos mais diversos processos patológicos de feição clínica muitas vezes não alérgica é grande, facto que o clínico deve ter sempre presente, sem contudo exagerar este conceito.

De resto, são do nosso conhecimento um sem número de situações clínicas em que o edema se encontra ligado a uma patogenia quer alérgica quer tóxica ou às duas simultaneamente.

Duma maneira geral os edemas tóxicos têm um carácter mais duradouro e sem o aspecto angioneurótico dos edemas urticarianos. No entanto são intimamente correlacionados, isto é, com uma patogenia alérgica. É o caso dos edemas motivados por ingestão de substâncias tóxicas ou medicamentosas ou até mesmo motivadas por aplicação externa de substâncias irritantes. Há que ter nestas circunstâncias em linha de conta, a sensibilidade especial e alterada do indivíduo. É o caso, e para citar os mais frequentes, do quinino, da aspirina e dos iodetos.

A oligúria, que neste caso também apareceu, que inicialmente foi uma das feições que orientou o nosso estudo no sentido de despistar uma nefropatia, foi, podemos dizer, uma consequência e não a causa.

REUMATISMOS GOTA
MIALGIAS CIÁTICA

Poliartrine

(Fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + Vitamina B₁)

O POLIARTRINE, não contém derivados da antipirina,
como piramidão, de alto poder agranulocitopénico.

ANTI-ÁLGICO

ANTI-PIRÉTICO

ANTI-REUMÁTICO



A P R E S E N T A Ç Ã O:
Frasco de 20 drageias



Laboratorio Fidelis

RUA D. DINIS, 77 — LISBOA

Na fragilidade e permeabilidade vasculares de

PÚRPURAS RETINITE DIABÉTICA

HIPERTENSÃO DOENÇAS ALÉRGICAS

FLAVOSTON

(Citrovitamina P + Vitaminas C e K)

**Pelo Citroflavonóide, associado às Vitaminas C e K,
O FLAVOSTON É O ANTI-HEMORRÁGICO VITAMÍNICO COMPLETO
PARA AS**

**PERTURBAÇÕES VASCULARES COM AUMENTO DE
FRAGILIDADE E PERMEABILIDADE VASCULARES**



A P R E S E N T A Ç Ã O :

Tubo de 10 comprimidos



Laboratório Fidelis

RUA D. DINIS, 77 — LISBOA

Para a explicar dentro destes moldes, uma vez que os exames laboratoriais do sangue e urina se aproximavam muito dos valores normais, temos o facto de uma eliminação rápida e maciça de líquidos, neste caso para os tecidos, melhor será dizer uma emigração.

É, por conseguinte, e em certa medida, uma oligúria fisiológica.

Por outro lado as vísceras e sobretudo o rim não teriam sido isentas dum certo grau de edema a perturbar consequentemente o seu funcionamento.

E são estas as considerações breves, susceptíveis aliás de critica, sabemo-lo, que pretendíamos fazer sobre a doença do pequeno A. N. mas que, todavia, não nos parecem completamente descabidas. Pretendemos aliás também chamar a atenção dos clínicos, permitimo-nos frisá-lo mais uma vez, para a patologia parasitária que não poucas vezes nos reserva grandes surpresas.

R E S U M O

O Autor faz o relato da história clínica dum caso de edema generalizado aparecido numa criança no decurso duma parasitose intestinal, sem afecção renal, onde se pôde demonstrar a grande sensibilidade cutânea ao macerado de áscaris.

O doente curou depois da medicação vermífuga associada a anti-histamínicos.

R É S U M É

L'Auteur apporte le cas d'une oedème généralisé survenu chez un enfant porteur d'innombrables ascaris et avec une sensibilité cutanée au macerat d'ascaris fort élevée.

Le petit malade est guéri après un vermifuge et la médication anti-histaminique.

EPILEPSIA

e seus equivalentes

SEDATIVO
ANTICONVULSIVO

Orténal

Comprimidos deseados a 0g10 de GARDÉNAL
e 0g005 de ORTEDRINE
(tubos de 20 comprimidos)

MELHORA O
TONUS MUSCULAR
E O PSIQUISMO

a mesma posologia do
GARDÉNAL



NOTA CLÍNICA

UM DIAGNÓSTICO DE «VENTRE AGUDO»

A doentinha R. M., de 8 anos, é nossa antiga conhecida por, de há 2 anos a esta data, orientarmos o tratamento da sua diabetes, então incidentalmente descoberta. Vivendo fora de Coimbra, esteve internada no início desta doença e, desde então, aqui veio, várias vezes, para fiscalização da marcha do seu mal. Engordou, readquiriu alegria e gosto pela vida, começou a ir à Escola com normal aproveitamento. Tudo foi bem até que, num domingo, ao regressar da missa, se queixou de dores abdominais e recusou alimentar-se. Como se não alimentou não lhe deram a dose costumada de insulina; a mãe tentou fazer-lhe ingerir água mineral alcalina e umas colheres de caldo mas, depois de beber, com grande relutância, vomitou sem demora o líquido ingerido. Não tendo registado febre a mãe não se alarmou, de início, mas, como para o fim da tarde, a esperada melhoria não viera, foi solicitada a assistência do clínico local, que igualmente a seguira na anterior situação. A criança queixava-se então, sobretudo, de dores, mais intensas ao nível da região epigástrica, mas sentidas em todo o abdomen. Era bem precisa a sede electiva das dores. Não havia defesa à palpação e muito menos dureza espontânea. No entanto a meio da distância umbílico-xifoideia a dor era mais viva. Temperatura— 37° , pulso 120. Intolerância gástrica absoluta. No momento da observação tenta-se fazer ingerir uma colher de sopa de água, que é expulsa logo a seguir. Como era domingo e a situação, apesar de certa agudeza, não parecia alarmante, não se fez qualquer análise ou exame complementar, e a prescrição consistiu em medicação antispasmódica e numa injecção de penicilina.

Durante a noite o estado não fez senão agravar-se. As dores voltaram, depois de uma acalmia de curta duração, progressivamente intensas e acompanhadas de desassossego e aflição. Surgem então vómitos, agora já espontâneos, primeiro, mucosos, depois,

bilosos e, por fim, de um muco ensanguentado parecendo provir o sangue das gengivas e da mucosa lingual. Sobre a madrugada, é de novo requerida a presença do clínico assistente, o qual se alarma perante a séria transformação que a sua pequena doente agora revela. É com dificuldade, perante a angústia que ela traduz nos seus gestos e lamentos, que a observação clínica pode ser feita. Temperatura 35°,5. Pulso hipotenso e taquicárdico, ultrapassando 150 por m.. A doente queixa-se constantemente, mas sem nexo, chamando porém a atenção para o abdómen. Com dificuldade, consegue-se colocá-la em decúbito dorsal e então se verifica a existência de uma verdadeira tábua, parede abdominal dura, rija por igual, uniformemente tensa e sensível.

Neste momento o diagnóstico de ventre agudo parece muito provável. A doente é medicada com coramina e transportada, imediatamente, para Coimbra, onde é observada às primeiras horas da manhã. A observação, feita agora, não foi senão uma confirmação do observado duas a três horas antes. A agitação era talvez maior, o pulso menos perceptível, quase incontável, a boca cheia de sangue, resto de um vômito recente, o abdómen retraído, com franca dureza da parede abdominal anterior.

Toda esta sintomatologia era a favor do ventre agudo, mas o diagnóstico não satisfazia inteiramente.

O ventre agudo é, em regra, agudo de início, a agudeza não cresce, à medida que o tempo passa, como aqui.

No ventre agudo, se há sintomatologia geral, a sintomatologia local predomina.

Como causas mais frequentes de ventre agudo, numa criança de 8 anos, temos a *perfuração apendicular*, a *perfuração da úlcera duodenal ou gástrica*, a *lesão traumática*, mas a sintomatologia é quase sempre febril e a história clínica elucidativa.

Pancreatite aguda, numa criança, é diagnóstico excepcional. Ainda se discutiu a hipótese de *gastro-enterite aguda*, ou tóxica ou infecciosa, mas na gastro-enterite aguda não falta a diarreia e acusa-se habitualmente o veículo alimentar.

Não se estaria perante um *coma diabético*? A criança diabética está sempre ameaçada pelo coma. A nossa doente há 20 horas que não se alimentava nem tomava insulina. Tal facto, só por si, numa criança de 8 anos, diabética, é suficiente para levar à acidose. Mas a situação clínica já remontava há muito mais tempo. No sábado anterior não houvera qualquer alteração. A dieta fora a

mesma e foram injectadas as mesmas 30 U. de insulina. Não houve sede anormal e a criança mostrava a costumada docilidade. No domingo, bruscamente, logo a seguir à missa das 12 horas, é que se manifestara a sintomatologia cujo agravamento justificava agora a nossa consulta. Na incerteza, debruçámo-nos sobre o Laboratório.

Tenta-se colher uma pouco de urina para análise o que se não consegue. A criança urinara duas horas antes, nada ingerira há muitas horas. Não quisemos molestá-la com o cateterismo vesical.

Faz-se imediatamente uma contagem de glóbulos e fórmula leucocitária e extraiu-se sangue para doseamento do açúcar. Aproveita-se a venepunctura para introduzir em gota-a-gota, $\frac{1}{2}$ l. de soro fisiológico. Pouco mais de 15 minutos depois tínhamos a primeira resposta: leucocitose 47.000 com 90% de granulócitos neutrófilos!

Mas, antes de considerarmos a possibilidade do diagnóstico de ventre agudo com inflamação, ou de discutirmos o significado de uma tão excessiva leucocitose, vem-nos, quase logo a seguir o outro dado laboratorial: há, de glicémia, 10,8 por litro!

Perante esta tão elevada hiperglicémia, apesar de se não ter doseado a acetonémia, a reserva alcalina, ou pesquisado o açúcar e corpos cetónicos na urina, o diagnóstico não pode ser senão de *coma diabético* com sintomatologia abdominal dominante, simulando um ventre agudo.

EVOLUÇÃO E COMENTARIO

Como se disse, ainda antes de termos as respostas do laboratório, perante o estado de choque, foram administrados em gota-a-gota endovenoso 500 c.c. de soro fisiológico ou seja o soluto a 7% de cloreto de sódio. No final desta injecção, já com o diagnóstico pelo laboratório, mas a doente ainda sem insulina, se notou sensível melhoria. A criança está menos agitada e deixa, sem oposição, palpar o abdómen, ainda duro. Aplicam-se 20 U. de insulina + 250 de soro glucosado isotónico + 20 U. de insulina. De 2 em 2 horas aplicam-se 20 U. de insulina, precedidas da deglutição de sumo de 1 laranja.

A medicação foi iniciada pouco antes das 10 h. da manhã, hora a que se soube haver 10,8 de glicémia.

Consistiu em:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| $\frac{1}{2}$ l. de soro fisiológico; | | | |
| 10 h. — 20 U. de insulina; | $\frac{1}{4}$ l. de soro glucosado isotônico. | | |
| 10,30 h. — 20 U. | » | + sumo de 1 laranja. | |
| 12 h. — 20 U. | » | + sumo de 1 laranja. | |
| 14 h. — 20 U. | » | + sumo de 1 laranja + 10 grs.
de açúcar. | |
| 16 h. — 20 U. | » | + sumo de 1 laranja. | |

Até às 16 h. foram aplicadas 100 U. de insulina, $\frac{1}{2}$ l. de soro fisiológico e dado de açúcar (admitindo que cada laranja, este ano excessivamente pequenas, forneça 10 grs. de açúcar) aproximadamente 60 grs..

Às 16 horas, a criança deixou de estar agitada, dormia sossegadamente com uma respiração muito superficial, em pleno contraste com a respiração rude e profunda de horas antes.

A glicemia desceu para 2,7 grs. por l.

A urina tinha poucos gramas de açúcar, não tinha ác. diacético, mas de acetona +++.

Às 17 h. injecta-se na veia $\frac{1}{2}$ l. de soro glucosado isotônico.

Às 18 h. — 20 U. de insulina + sumo de 1 laranja.

Pouco antes das 20 h. doseia-se, mais uma vez, a glicemia que desceu para 2 grs.; na urina não há açúcar e a acetona descerá para ++.

Às 20 h. dá-se sumo de 2 laranjas + 15 grs. de açúcar + 20 U. de insulina.

A criança não tem o menor queixume, tem um pulso óptimo, a 84 por m., tenso, bebe sem custo.

Não se dá insulina durante a noite.

Às 24 h. — leite e café sem açúcar.

Às 4 h. — sumo de 1 laranja.

Às 8 h., do dia seguinte — a criança está bem, apenas ignorante do drama que atravessou. Há glucosúria de 20 grs. com vestígios de acetona; glicemia — 5 grs.

Nos outros dias houve apenas que regular um banal estado de diabetes infantil.

Esta observação merece-nos um pequeno comentário.

Além do facto clínico, muito curioso, de um coma diabético ter surgido sem sensíveis pródromos e manifestado por uma sinto-

matologia clínica e laboratorial de ventre agudo crescente, a evolução, sob a terapêutica instituída, mostrou dois ensinamentos:

Primeiro, a sintomatologia abdominal de coma diabético pode explicar-se pela pobreza interior em água e cloreto de sódio. 500 c.c. de soro fisiológico foram suficientes para corrigir poderosamente este sofrimento local.

Segundo, como já mais vezes temos afirmado, no tratamento do coma diabético não é a hiperglicémia que devemos visar, mas sim a acidose e as perturbações humorais a ela ligadas. Não se viva com a preocupação de queimar o açúcar dando cada vez mais insulina, mas esta só pode ser dada na medida em que o açúcar estiver presente. Abstraindo de certas situações anormais de coma diabético com insulino-resistência, a insulina só deve ser dada precedida pelo açúcar ou então regulada por prévias determinações de glicémia.

Ao fim de 10 horas a nossa doente estava curada.

Feitas as contas, tomara 140 U. de insulina e 115 grs. de açúcar, a glicémia descera de 10,8 para 2,1 e a urina estava aglucosúrica.

No primeiro doseamento verificámos haver mais 9 grs. de açúcar por litro que no normal. Admitindo que a criança tinha 3 l. de sangue, aqui havia 27 grs. de açúcar a mais. Demos-lhe a mais apenas 25 U. de insulina. Só temos que nos louvar em termos procedido com esta parcimónia.

AUGUSTO VAZ SERRA

TERAPÊUTICA C/ BASE NA BACITRACINA

NOVILTRICINA

	ADULTO	INFANTIL
Bacitracina liofilizada	10.000-U.I.	5.000-U.I.
Sulfato de Dihidroestreptomicina <> (base)	0,5	0,25
Penicilina Produral.	400.000-U.O.	200.000-U.O.

VEÍCULO AQUOSO

1-3-5 doses

- ACÇÃO SINÉRGICA COMPROVADA.
- VEÍCULO AQUOSO APROPRIADO IMPOSTO PELA EXPERIÊNCIA.



LABORATÓRIOS NOVIL, LDA.

RUA DO CENTRO CULTURAL, 13-13-A—ALVALADE
LISBOA

Direcção Técnica:

ANTÓNIO PIRES RODRIGUES
LICENCIADO EM FARMÁCIA

REVISTA DAS REVISTAS

DESORDENS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E SUA REPERCUSSÃO NA MEDICINA — por GEORGE W. PICKERING,
M. D., F. R. C. P., F. A. C. P. — *Annals of Internal Medicine*,
43 (5), Novembro, 1955.

O estudo dos problemas da administração e, principalmente, da educação médica revela certas desordens. Após reflexão chega-se à conclusão de que elas não são específicas da Medicina mas da sociedade contemporânea em geral. Além de que elas não existem só agora; datam já dos fins da 1.^a guerra e avolumaram-se alguns anos após o fim da última conflagração mundial.

A primeira das desordens, a que se pode chamar «uniformidade compulsória», nasceu com a civilização e tomou volume com o aumento crescente da sociedade.

O outro grupo de desordens provém do desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico; nele se podem incluir vários aspectos.

A) Superlotação dos cursos, nos quais constantemente se introduzem novos conhecimentos e assuntos; por isso o estudante tem que trabalhar cada vez mais árdreamente para vencer e tem menos tempo para consagrar aos outros aspectos da vida civilizada que não são abrangidos pelos limites do seu curso. Disto resulta, muitas vezes, prejuízo para o estudante que vê suprimidas a sua curiosidade, o discernimento, a capacidade para aprender da experiência e a sua cultura geral. «Deve ser melhor mandar os nossos estudantes conhecendo um pouco menos, mas compreendendo melhor como aprender, porquanto o stock de factos com que eles foram equipados é uma base firmemente decrescente. E se eles não aprenderam de nós como aprender, então talvez nunca saibam».

«Uma das qualidades que é mais essencial num médico é a inteligência e a inteligência não é adquirida nem pela instrução, nem pelos livros de estudo. É um produto de duas outras qualidades: um sentido de proporção e uma apreciação de fins».

B) A fascinação das máquinas que se manifesta com mais clareza no campo da Medicina. Com o decorrer dos anos novos

processos químicos ou físicos e novas máquinas são trazidas para o estudo das doenças. Daí a necessidade do médico se conservar a par dos progressos desta espécie; mal domina uma logo aparece outra; às vezes, nem ele as pode entender. Daí o desenvolvimento crescente da tendência dos médicos confiarem nas informações dadas por tais técnicas e máquinas mais do que nas informações que eles colhem na história clínica e sinais físicos; isto é, para valorizar as primeiras quase se esquecem das segundas.

C) Fragmentação do conhecimento: o conhecimento que existe é actualmente tão vasto e as técnicas que se usam para adquirir novos conhecimentos são tão exactas, que os homens são obrigados a canalizar os seus esforços para um campo restricto.

Daqui resulta a extinção que se vai verificando do médico-família e do clínico geral em favor do especialista.

D) Adição de novos assuntos ao curso médico.

E) Tirania da gíria científica e tecnológica que acentua a fragmentação do conhecimento e facilita a confusão do espírito.

Haja em vista o que se passa com certas frases que se encontram em publicações médicas e com certos termos — hipertensão essencial, «stress», arteriosclerose — que são empregados indistintamente para significar coisas diversas.

«O maior inimigo do pensamento vasto em Medicina é a gíria tecnológica».

O A. termina por fazer breves considerações acerca da forma de debelar estes males que atacam a Medicina.

(Tradução e adaptação de Coelho Silveirinha).

Hematemese e Melena — F. AVERY JONES — *Gastro-Enterology*. Fevereiro de 1956.

O A. analisa as causas da hemorragia em 2.011 doentes com hematemeses ou melenas, tratados por ele, no Hospital Central Middlesex, de Londres, no decurso de 14 anos. A mortalidade em doentes com uma úlcera péptica provável ou comprovada foi relacionada com a idade, com a situação e tamanho da úlcera, com as recidivas da hemorragia após o tratamento, com as complicações de ordem clínica e com a intervenção cirúrgica. A mortalidade apresenta-se notavelmente aumentada aos 60 anos; e a úlcera gástrica crónica é responsável pelo maior número de fatalidades — 15,9 por cento contra 2,5 por cento nos casos de úlcera aguda. O A. conseguiu, por meio da gastroscopia, demonstrar

a presença de úlcera gástrica aguda em muitos casos, nos primeiros dias do internamento.

Nos primeiros seis anos das observações do A., muito poucos doentes foram operados, mas nos últimos oito anos seguiu-se uma política de intervenção cirúrgica, em casos seleccionados de doentes com uma grande hemorragia ou com recidivas de hemorragia após o internamento, especialmente se o doente tinha mais de 40 anos. Com este procedimento, observou-se uma redução na mortalidade dos doentes com úlcera gástrica crónica e com menos de 60 anos de idade. O A. recomenda uma intervenção cirúrgica, de emergência, em casos apropriados.

ANTÓNIO MASCARENHAS

O tratamento do abcesso amebiano do fígado com terapêutica oral e endovenosa de aureomicina e de terramicina — E. H. SHADUN, V. VIRANUVATTI e T. HARINASUTA — *Gastro-Enterology*, Fevereiro, 1956.

Os A.A. fizeram um estudo sobre o valor do tratamento das complicações amebianas, com a aureomicina e a terramicina. Observaram que a aureomicina administrada por via oral, mesmo em doses de 28 gramas em 14 dias, não foi muito eficaz.

A terapêutica endovenosa com aureomicina e com terramicina deu resultados prometedores, quando comparados com os da aureomicina, por via oral. Porém, os resultados foram, decididamente, inferiores aos obtidos com a emetina e a cloroquina.

Os A.A. não observaram nenhum efeitos tóxicos ou desagradáveis com a administração desses antibióticos, a não ser a tromboflebite que apareceu, com frequência.

Os A.A. não formulam conclusões, em face do limitado número de casos por eles observados durante um tempo relativamente curto, mas entendem que os resultados obtidos são de molde a induzir a estudos subsequentes sobre a terapêutica endovenosa com a aureomicina e a terramicina no tratamento do abcesso amebiano do fígado.

ANTÓNIO MASCARENHAS

O valor dos isotopos radioactivos no diagnóstico e tratamento do cancro
D. HOFMAN-CREDNER — *Der Krebsarzt*, vol. 10, n.º 3, Junho, 1955,
pg. 129-141.

Entre os 800 isotopos descobertos desde há 20 anos, sómente alguns são utilizados.

As substâncias radioactivas apresentam certas particularidades: química e física (irradiação), a sua toxidez, o seu comportamento bioquímico desfavorável (evacuação demasiadamente lenta ou demasiadamente rápida, por exemplo).

INTERESSE DIAGNÓSTICO.

a) *Investigação directa*. — O tumor retém a substância radioactiva que é descoberta pela fonte de radiação que dela emana.

Ex. o emprego do iodo radioactivo para a descoberta dum nódulo neoplásico tiroideu. (O tecido neoplásico retém menos a substância radioactiva que o tecido tiroideu normal).

O interesse do radiogallium (68, 72 GA) de Dudley e Mulry, foi posto em evidência para a descoberta dos neoplasmas ósseos, mas ele é demasiadamente tóxico e muito caro.

O radiofósforo (32P) foi utilizado para o cancro do testículo e do seio. A sua concentração é 110 vezes maior ao nível dum tumor cerebral do que ao nível do tecido nervoso vizinho.

A exploração do doente, exige evidentemente, aparelhos de alta precisão.

b) *Métodos de investigação indirecta*. — Permitem localizar a presença dum tumor numa região do corpo, pelas relações de actividade diferente da normal ou pelo estudo dos produtos de eliminação. Não pode fornecer uma localização exacta.

Ex.: a medida do iodo 131 eliminado pela urina, permite apreciar o que foi retido pela tiroide.

INTERESSE TERAPÉUTICO. — O isotopo faz uma verdadeira irradiação interna. Utilizaram-se sobretudo os 24 Na, 32 P, 131 I, 60 Co, 198 As. Podem empregar-se sob a forma de irradiação difusa em todo o organismo, ou localmente: radioiodo no cancro da tiroide (20 casos tratados por Rawson com 6 favoráveis), radiofósforo no caso dos mielomas, reticulomas ou linfosarcomas, radioarsénio no cancro da pele e outros mais.

Obtiveram-se grandes progressos com o emprego de isotopos radioactivos em solução coloidal, porque as propriedades químicas do isotopo, são praticamente eliminadas. Deve ser aplicado directamente sobre o tumor, injectado particularmente nas cavidades preformadas (pleura, peritoneu), onde ficará até ao fim da sua radioactividade. Injecta-se no peritoneu nos casos de cancros viscerais ou peritoniais. O doente deve mudar de posição para que o produto irrigue toda a superfície do peritoneu. A grossura das suas partículas, é tal que o seu transporte é possível até aos gânglios locais e torácicos.

Os resultados deste método seriam para Muller, admiráveis e surpreendentes.

O ouro radioactivo em injecções intravenosas, fixa-se, cerca de 80% nas células estreladas do fígado, e cerca de 20% no tecido reticular (baço, rim, corticosuprarenal). Pode-se assim utilizá-lo em injecções directas nos tumores (por laparotomia, por ex.) e nos gânglios.

As modificações que é possível dar ao volume das partículas coloidais, permitem escolher o lugar da sua fixação.

Volumosas e injectadas nas veias, não passam para os sistemas filtrantes e ficam retidas ao nível dos capilares pulmonares (irradiação selectiva do pulmão).

A prata radioactiva tem afinidade para o sistema linfático. Pode ser instilada no pulmão por broncoscopia, antes da pneumectomia. Localizar-se-á nos gânglios.

Sobre o tratamento pós-operatório e as complicações da ressecção pulmonar — BALAS (A.) — *Zentralblatt fur Chir.*, vol. 80, n.º 16, 1955, pg. 610-626.

A experiência em animais, mostrou ao A. os efeitos da ressecção total ou parcial do pulmão, sobre a respiração e a circulação: não há efeitos duráveis sobre a pressão arterial e o pulso, sobre o coração, a capacidade vital encontra-se abaixada, a oxigenação torna-se rapidamente suficiente, distensão compensadora do pulmão oposto ou do segmento residual, tendência para a acidose nas sequências imediatas.

O tratamento pós-operatório, deve compreender: uma transfusão peso por peso (1.500 a 1.600 c.c.), não muito rápida para não sobrecarregar o miocárdio (15 a 20 gotas por m.), até que o pulso se tenha restabelecido, a luta contra a hipoproteinemia, após a medida da hemoglobina e do hematócrito, vitamino-terápia para auxiliar a reparação, nomeadamente a vitamina C e o ácido nicotínico.

A terapêutica cardiopulmonar é indispensável, porque a diminuição da superfície respiratória origina um excesso de trabalho ao pulmão e ao coração. Resultam deste facto riscos de enfisema, de bronquite, de broncopneumonia, de taquicardia, cianose, choque por anoxémia, dores de cabeça, agitação, perda de apetite e sintomas de hipoxia latente.

A administração de oxigénio, é indispensável, em média durante 36 a 48 horas.

Contra a dor, os alcaloides serão usados com precaução em pequenas doses repetidas, em virtude do seu efeito depressor sobre a respiração.

A vigilância exercida pelo próprio cirurgião, é indispensável durante 12 a 48 horas.

O A., não drena a cavidade residual, excepto no caso de infecção. O pequeno dreno que emprega, deve ser tirado à 24.^a hora. Faz em seguida regularmente, punções aspiradoras.

Usa a penicilina, por via parenteral, na dose de 20 a 30.000 U cada 4 horas, e cada punção é seguida de injecção intra-pleural de 50 a 100 U do mesmo produto. A estreptomicina e a hidrazida, são-lhe associadas, no caso de tuberculose.

O tratamento da cavidade residual, é ainda bastante discutido.

Os cuidados após a lobectomia, são mais difíceis do que após a pneumectomia. O A. refere-se aos detalhes do tratamento local conforme a expansão do lobo residual é normal, excessiva ou que a expansão normal se acompanha da formação duma cavidade considerável, cheia de ar ou de líquido, ou que o lobo se atelectasie.

Termina pelo estudo das complicações: abertura do coto brônquico, o que necessita duma drenagem pleural com aspiração associada a um tratamento geral e cuja cura necessita por vezes dum retalho muscular ou duma toracoplastia, quillotorax.

Tratamento cirúrgico das hemorragias por varizes esofágicas — LINTON
— Western Journal of Surgery Obstetrics and Gynecology, vol. 63,
 n.º 6, Jun., 1955, pg. 366.

As hemorragias digestivas provenientes de varizes esofágicas, beneficiam de dois tratamentos, um de urgência, operação de salvamento, a laqueação a céu aberto das varizes, e outro, secundário no tempo e que procura evitar as recidivas, a derivação portocava directa ou indirecta.

Entre todos os tratamentos de urgência, laqueação da artéria esplénica ou das duas artérias esplénica e hepática, injecções esclerosantes das varizes, gastrectomia parcial ou total, apenas o tamponamento gastroesofágico deve ser conservado, mas como não pode ser mantido mais de 24 horas e como a sua acção é quase sempre de curta duração, tem de constituir o prelúdio à intervenção directa da laqueação a céu aberto das varizes.

Esta pratica-se por toracotomia esquerda, incisão de 5 cms. da musculosa cardioesofágica. Desta maneira as varizes podem ser descobertas e laqueadas com cattgut cromado fino.

Todos os doentes que sangraram das suas varizes esofágicas, devem ser considerados como candidatos a uma anastomose portocava.

Esta intervenção será feita apenas depois dum estudo cuidadoso dos diversos aparelhos e mais particularmente das funções hepáticas.

Serão eliminados os doentes que apresentarem uma insuficiência hepática notável, e mais particularmente aqueles cuja concentração soro-albumina seja inferior a 3 grs. por 100 e os que apresentem ascite.

A sede da anastomose, depende evidentemente, da localização do obstáculo portal.

FRANCISCO PIMENTEL

A cirurgia da hipertensão portal — WANKE (R.), EUFINGER (H.) —
Deutsche medizinische Wochenschrift, vol. 80, n.º 14, Abril, 1955,
 pg. 469-474.

Após uma recapitulação das diferentes condições etiológicas intrahepáticas e extrahepáticas e da sua frequência respectiva, os A.A. insistem sobre o interesse da portografia, quer directa após laparotomia, quer indirecta, transesplénica ou transhepática e da portomanometria.

As varizes esofágicas, responsáveis por uma mortalidade de 49%, a ascite, de origem ainda mal elucidada, a esplenomegalia, representam as maiores complicações das cirroses.

Contra as varizes vários tipos de intervenção têm sido propostos, mas a sua recidiva não deixou ainda de existir. Os A.A. fazem um estudo comparativo dos casos publicados e concluem: após a anastomose portocava (202 casos) ou esplenorenal (10 casos), a recidiva sobreveio em 21,2%. Após a laqueação das artérias hepática ou esplénica, em 50%, em seguida à laqueação do tronco celiaco em 20%, em 43% após a esplenectomia (49 casos), em 27% após a

ressecção cardioesofágica (22 casos), em 13% após a laqueação dos vasos cardioesofágicos (13 casos).

A ascite não é influenciada ou é-o raramente pelas anastomoses, porque a origem mecânica, não é a única em causa.

A esplenectomia, encontra-se indicada nos sindromas graves de hiperesplenite.

A mortalidade operatória, a maior parte das vezes por insuficiência hepática, foi de 21,5% após as anastomoses portocava ou esplenorenal, de 26,6% após a laqueação, de 9,2% após a esplenectomia.

A trombose e o aperto, são de temer depois das anastomoses. Em 44 casos reunidos por Vosschult, $\frac{1}{4}$ sómente dos doentes, sobreviveu.

Os A.A., discutem o mecanismo de acção da laqueação da artéria hepática e preferem-lhe a laqueação retroperitoneal do tronco celiaco, que não interrompe a circulação na artéria hepática, graças às vias de retorno pelos sistemas anastomóticos com a mesentérica inferior. Operaram assim 5 doentes com 2 mortes por insuficiência hepática, 1 sobreviveu uma semana, 1 sobreviveu 7 meses, outro, 20 meses sem recidivas hemorrágicas, com desaparição da ascite e com retorno do fígado ao seu volume normal.

A operação ideal para a hipertensão portal, não existe. O seu prognóstico, mantém-se intimamente ligado ao estado do fígado.

FRANCISCO PIMENTEL

O lugar da cirurgia na pancreatite aguda — BAKER (W.), Boss (Tn.)
— *Gastro-Enterology*, t. 28, n.º 4, Abril, 1955, pg. 536-550.

A pancreatite aguda, põe ainda ao cirurgião vários problemas:

1.º Merece a P. aguda ser operada de urgência?

2.º Se se descobre uma P. aguda no decurso dum laparotomia exploradora de urgência, deve fazer-se uma «fistulização» biliar de descompressão e uma drenagem retroperitoneal ou contentar-se em fechar o abdomen?

3.º A elevação da taxa da amilasémia deve contraindicar ou adiar a intervenção por colecistite aguda?

1.º — Qualquer que seja a sua origem: refluxo biliopancreático por obstrução da ampola de Vater, por espasmo do esfínter de Oddi ou por obliteração do canal de Wirsung, a pancreatite aguda é determinada pela extravasão das enzimas pancreáticas e pela digestão triptica. O seu prognóstico, depende do grau de necrose pancreática que é impossível determinar clinicamente. A cirurgia, não permite acção específica sobre este processo e a operação de urgência, não parece lógica. Não está indicada, senão quando o diagnóstico se mantém duvidoso, no caso de colecistite aguda ou de obstrução evidente do colédoco.

Em 44 casos de P. aguda, 35 não foram operados: 4 mortos, enquanto que 9 foram operados de urgência sem mortes.

Nesta segunda série, o diagnóstico não tinha sido feito antes da intervenção e tratava-se de formas benignas, sem necrose ou hemorragia.

Os 9 casos operados, foram tratados por colecistectomia e coledocotomia (5 casos), por coledocotomia (1 caso) e por drenagem simples (2 casos).

2.^o — Parece que se se descobrir a P. aguda durante uma laparotomia exploradora de urgência, vale mais continuar a intervenção, porque ela já foi começada, do que abandoná-la. A drenagem da região pancreática, deve juntar-se a pesquisa de cálculos biliares e a sua extração no caso de existirem.

A colecistostomia, mantém-se indicada, mesmo se não existirem cálculos, não tanto para assegurar a descompressão biliar clássica, mas sobretudo para se proceder à colangiografia pós-operatória.

3.^o — Nos casos de colecistite aguda evidente, há interesse em intervir precocemente, qualquer que seja a taxa da amilasémia.

4.^o — As P. agudas recidivantes, devem ser tratadas cirúrgicamente no intervalo das crises. A esfíncterotomia está indicada, se a colangiografia põe em evidência um colédoco ou um Wirsung, desaguando numa ampola comum. Durante a esfíncterotomia é necessário esforçar-se por individualizar o Wirsung e verificar a sua permeabilidade, porque a obstrução pode localizar-se sobre este canal e não provir do esfínter: 10 casos, 5 esfíncterotomias: 5 maus resultados, 2 ressecções a Whipple, 1 mau resultado. 3 casos foram tratados por drenagem do colédoco, os dois outros medicamente, 3 bons resultados.

5.^o — Os 13 casos de P. aguda pós-operatória, sobrevieram depois de intervenções biliares (7), gastrectomias (5), colectomia por colite ulcerosa (1). A mortalidade foi muito importante: 5 casos em 13.

A pancreatite após a gastrectomia, observa-se sobretudo quando se trata de úlceras duodenais penetrando no pâncreas ou pós-bulbares. A secção acidental do canal de Santorini pode ser a causa. A possibilidade desta complicaçāo, deve tornar prudente o cirurgião e fazer preferir à ressecção nos casos dificeis, a gastrectomia por exclusão ou a gastroenterostomia com vagotomia.

6.^o — Não operar as pancreatites agudas, não significa nada fazer. É necessário substituir o sangue perdido e as perdas electrolíticas e hídricas, particularmente as cálcicas. A atropina e a bantina que diminuem a secreção pancreática, não são úteis senão no inicio da crise, quando a amilasémia é elevada. São inúteis ulteriormente. A aspiração gástrica contínua, combate a retenção gástrica ácida que estimula a secreção do pâncreas. A administração de antibióticos deve ser a regra. As infiltrações dos esplâncnicos, têm uma ação antáltica e se são precocemente feitas, podem originar uma vasodilatação que combate a extensão da necrose pancreática.

FRANCISCO PIMENTEL

Nove anos de tratamento das varizes esofágicas por descompressão portal. Discussão e resultados — SENN (A.), etc.... — *Der Chirurg.*, vol. 26, n.^o 5, Maio, 1955, pg. 217-225, 2 fig.

Depois de ter enumerado os diversos modos de tratamento de urgência das hemorragias graves por varizes esofágicas, os A.A. consideram o tratamento definitivo da hipertensão: anastomose porto-cava ou esplenorenal em caso de cirrose, anastomose esplenorenal se o obstáculo é extrahepático.

Lisados-Lab

NOVIDADE NA TERAPÊUTICA ANTI-INFECCIOSA

REFORÇO DAS DEFESAS ORGÂNICAS

ACÇÃO ANTI-ALÉRGICA

POTENCIALIZAÇÃO, MELHOR TOLERÂNCIA E CORRECÇÃO
DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS ANTIBIÓTICOS

Lisados-Lab

(Proteolizados de fígado, baço, pulmão, peritoneu, medula, gânglios e cortex suprarrenais associados ao complexo B).

INDICAÇÕES: Processos supurativos em geral. Anexites. Pneumonias. Piodermites. Otites. Osteomielites. Blenorragias. Infarto do miocárdio.

Caixas de 6 e 12ampolas de 2 c. c.

Labcilina

Penicilina e Lisados Lab (como emulsionante).
Formas: *Infantil, Adultos e Forte.*

INDICAÇÕES: Todas as da Penicilina e ainda mesmo nos casos de resistência ou sensibilização.

Caixas de uma e três unidades

LABMICINA

Penicilina, Estreptominina e Lisados-Lab (como emulsionante).
Formas: *Infantil, Adultos e Forte.*

INDICAÇÕES: As das Penicilina e Estreptomicina, incluindo os casos de resistência ou intolerância.

Caixas de uma e três unidades

LABORATÓRIOS LAB — Avenida do Brasil, 99 — Lisboa - Norte

Telef. P. P. C. A. 77 48 12/13

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES



RECRESAL

Tónico

UM PRODUTO DOS LABORATÓRIOS ALBERT

WIESBADEN — ALEMANHA

REPRESENTANTES
PESTANA & FERNANDES, LDA
SECÇÃO DE PROPAGANDA
RUA DA PRATA 153 - 2.º — LISBOA

Sublinham o interesse do auxilio, muitas vezes necessário, de outras volumosas veias dilatadas do sistema porta, tornado possível pela colocação dum autoenxerto venoso ou arterial. Se nenhuma veia é utilizável, é necessário recorrer à esofagogastrectomia.

Os riscos operatórios são minimos nos casos de obstáculo extra-hepático, com figado sâo. Se acaso se trata duma cirrose, convém rodear-se de todas as precauções e particularmente dum estudo pormenorizado e o mais perfeito possível das funções hepáticas.

Os métodos de tratamento do pré e pós-operatório são: alimentação calóricamente rica e bem equilibrada, luta contra a acidose e contra a hipokaliémia e a utilização de transfusões sanguíneas.

A intervenção não será feita, senão depois da desaparição da ascite. Cinco a seis semanas de cuidados médicos, são necessários após uma hemorragia séria.

Os autores, fazem depois considerações sobre o valor comparado das anastomoses portocava e esplenorenal com as causas que podem ditar o mau resultado destas últimas (trombose, trombose retrógrada, traumatismo do pâncreas, compressão pelos órgãos da vizinhança, cicatriz fibrosa perianastomótica). Os partidários da anastomose esplenorenal, consideram a esplenectomia como um factor importante de descompressão, mas a anastomose portocava determina sempre uma diminuição de volume do baço e uma melhora da fórmula sanguínea.

O tipo da anastomose portocava, deve ser escolhido consoante os resultados fornecidos pela medida da pressão portal: se a diferença de pressão ultrapassa 100 mm. de água, é necessário fazer uma laterolateral, no caso contrário, uma terminolateral.

A anastomose esplenorenal, deve ser praticada em terminolateral, sem nefrectomia.

É necessário não ignorar o valor da trombectomia da veia porta (10 casos com 8 sucessos). Pelo contrário, a laqueação da artéria hepática é para os A.A. um método ineficaz e perigoso.

Em 201 casos tratados com estas directrizes eles viram desaparecer as varizes em 80% dos doentes.

Atribuem 20% dos insucessos à trombose da anastomose. É necessário reoperar em caso de insucesso fazendo uma segunda anastomose ou a esofagogastrrectomia.

A mortalidade após operação por blocagem extrahepática, foi de 7,5 por 300.

No que diz respeito à cirrose caiu de 23,9 a 14,5%, desde 1953.

FRANCISCO PIMENTEL

O tratamento cirúrgico das pancreopatias agudas e crônicas—HESS (W.)

— *Deutsch medizinisches Journal*, vol. 6, n.º 11-12, Junho, 1955,
pg. 360-365, 5 fig.

A «poussée» aguda, não representa senão uma etapa na evolução da pancreatite crônica, cujo termo é constituído pela fibrose cicatricial e o pseudokistos onde podem nascer a compressão do colédoco e até a estenose duodenal.

O A. refere-se em primeiro lugar ao tratamento causal da pancreatite crônica. Em 30% dos casos, está ligada a uma litíase da vesícula e cura por colecistectomia. As vezes, a vesícula está sã, a lesão inicial encontra-se na ampola de Vater, sob a forma de estenose inflamatória que repercute sobre a função do canal de Wirsung e determina por seu intermédio a pancreatite aguda difusa.

Neste caso a colecistectomia será ineficaz e a coledocoduodenostomia aliviará a árvore biliar, mas não melhorará o pâncreas. A única operação lógica, é a esfincterotomia transduodenal com drenagem em T durante seis semanas, a fim de afastar todo o perigo de recidiva.

Se se trata dum cálculo encravado na ampola, bastará extrai-lo.

Muitas vezes também, não existem lesões orgânicas. A doença tem uma origem neurovegetativa, ligada à hipo ou hipertonia do esfínter de Oddi, como o testemunha a colangiografia. Em vez de esperar da vagotomia uma melhora da hipertonia ou da esplenectomia uma melhora da hipotonia, é preferível proceder a uma intervenção paliativa.

A pancreatejejunostomia e a duodenopancreatectomia são operações severas. A mortalidade da última atinge de 20 a 30%.

O A., estuda, em seguida, o tratamento das complicações: contra a estenose do coléodo emprega coledocoduodenostomia que não actua em nada sobre as vias pancreáticas ou a esfincterotomia, mas não faz a colecistoejunostomia, porque ela conduz à colangite.

O pseudoquisto será tratado por quistogastro ou jejunostomia, a estenose duodenal, por gastroenterostomia, a compressão portal, levantarão outros problemas.

Contra a «poussée» de pancreatite aguda, o tratamento cirúrgico tem-se mostrado inoperante. É necessário limitar-se a uma terapêutica sintomática, esforçar-se por diminuir a secreção pancreática pela dieta total e a aspiração duodenal, bloquear a secreção pela atropina ou efedrina, até mesmo pela anestesia esplâncnica que acalma ao mesmo tempo as dores ou pela infiltração ganglionar. Lutar-se-á contra a infecção pela aureomicina, restabelecer-se-á o equilíbrio hidrico e electrolítico, combater-se-á a hipotensão com os extractos suprarenais e a cortisona. A mortalidade será assim abaixada de 18%. A menos de intervenção secundária, a recidiva verificar-se-á em 90% dos casos.

FRANCISCO PIMENTEL

Tratamento cirúrgico das afecções não calculosas da árvore biliar

— J. A. M. A., vol. 159, n.º 1-2, Set., 1955, p. 17-21.

É interessante saber que Maingot diz que pelo menos 25% dos doentes operados de colecistectomia por afecções não calculosas da vesícula, acusam ainda perturbações e que Bockus crê que a imperfeição dos resultados da intervenção, feita nestas condições, atinge 1/3 dos pacientes.

O A., insiste sobre a importância fundamental na patologia da árvore biliar, das lesões do cístico por um lado e por outro, das alterações da parte

terminal da via biliar principal. Esta opinião, é provavelmente um pouco restritiva, mas ela foca bem as duas zonas funcionais essenciais da árvore biliar.

Este trabalho, constitui um argumento a favor das intervenções complementares sobre a parte inferior do colédoco ou da ampola de Vater e proclama a frequência das lesões de Oddite esclerose ou da estenose do orifício.

As indicações operatórias, são discutidas apenas em função dos dados fornecidos pela exploração directa. A radiomanometria, parece completamente ignorada pelo autor.

FRANCISCO PIMENTEL

Obliteração inflamatória das vias biliares extra-hepáticas após a colecistectomia — *Helvetica chirurgica, Acta*, vol. 22, n.º 3, Junho, 1955, pg. 223-234, 3 fig.

Quando uma ictericia sobrevém após uma colecistectomia, vários pensamentos surgem no espírito:

cálculo que passou ignorado, laqueação accidental do colédoco, estenose inflamatória (cicatricial, por papilite ou hepatocoléodite ou de origem pancreática), tumor desconhecido das vias biliares ou do pâncreas. De facto, o diagnóstico causal, é, às vezes, muito difícil.

O A., observou durante 400 operações da vesícula dois casos de obliteração da via principal, de causa inflamatória que relata sumariamente.

Numa mulher de 57 anos, fez, após a verificação de que a estenose era de origem inflamatória, uma anastomose entre um dos ramos de origem do hepático e o duodeno. Durante 7 anos tudo correu bem, mas depois a icterícia, a febre, e as dores reapareceram e a morte sobreveio num quadro de colangite severa.

Na autópsia, encontrou-se a via biliar principal obstruída por cálculos.

A história dum segundo doente de 41 anos é idêntica e a natureza inflamatória da obliteração, parece plenamente confirmada pela importância das aderências, pelo edema local e pelo volume dos gânglios.

A exploração da parte inferior do colédoco, não dilatada, permite a passagem fácil da sonda, para cima, pelo contrário, ela bateu contra uma estenose do hepático. Fez-se uma anastomose hepatocolédoca. Cura.

Nos dois casos, existiam cálculos da vesícula, com perturbações dispépticas marcadas, mas sem crises de cólicas francas. O A., pensa que a inflamação canalicular era anterior à intervenção, porque ele se assegurou da ausência de cálculos na via biliar principal. A estenose cicatricial, a estase foram a origem de cálculos secundários.

Eis a conduta operatória que propõe neste caso:

- 1.º Rejeitar a plastia de Heinecke-Mickulicz, que expõe à recidiva.
- 2.º Hepato ou coledocoduodenostomia, se um importante segmento do colédoco se encontra alterado.
- 3.º Anastomose terminoterminal da via intrahepática sobre dreno ou protese de polyethylene, se a obliteração está localizada no hepático comum.

- 4.^º Se a totalidade das vias biliares se encontra inutilizável, a anastomose dos dois ramos de origem do hepático com o duodeno ou com uma ansa jejunal, montada em Y.
- 5.^º Se tudo isto é impossível: fazer uma punção do figado até que o trocate aspire a bilis, incisar ao longo do trocate e fazer sobre dreno uma anastomose hepato-intestinal ou amputar o segmento do lobo esquerdo e anastomosar a superfície cruenta com o estômago, à maneira de Longmire.

O prognóstico é tanto melhor, quanto a nova situação criada se aproxima muito do normal.

FRANCISCO PIMENTEL

INFORMAÇÕES

QUINZENAS MÉDICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Nas últimas quinzenas médicas, realizadas nos Hospitais da Universidade, foram apresentados os seguintes trabalhos:

«Um aneurisma dissecante do pulmão», pelos srs. drs. Renato Trincão e Miguel Barata.

«Cancro do recto», pelo sr. dr. Prado e Castro.

«O diencéfalo e o seu papel no sistema nervoso em patologia», pelo sr. Prof. Dr. Michel Mosinger.

«Considerações sobre um caso de linfadenose cutânea», pelos srs. drs. Renato Trincão e Artur Leitão.

SOCIEDADE MÉDICA DOS HOSPITAIS CIVIS

No dia 1 de Maio, inaugurou-se, na Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, a cujo acto presidiu o sr. Ministro do Interior, o Curso de Lições sobre as Doenças do Colagénio. A conferência inaugural foi proferida pelo Prof. Giovanni Farili, da Faculdade de Medicina de Bolonha, seguindo-se outras dos srs. Prof. Eric Martin, de Genebra, sobre «Patologia do colagénio em medicina interna»; Prof. Juvenal Esteves, acerca de «Patologia do colagénio em dermatologia»; Prof. Raymond Garcin, da Salpetrière, que dissertou sobre «Patologia do colagénio em neurologia», e dr. Adolfo Coelho, que se ocupou das «Bases e crítica da corticoterapia nas doenças do colagénio».

INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Sob o patrocínio do Ministério do Interior e do Instituto de Alta Cultura, inaugurou-se no dia 25 de Abril, no Hospital de Santa Maria, um ciclo de conferências promovido pelo Instituto Português de Reumatologia, tendo presidido o Ministro do Interior.

Usou em primeiro lugar da palavra o sr. Prof. Dr. Adelino Padescá, que, em nome daquele Instituto, descreveu a obra levada a efecto no nosso país para combater, eficazmente, o reumatismo, seguindo-se o sr. Prof. Dr. J. Goslings, da Faculdade de Medicina de Leiden e presidente da Liga Europeia contra o Reumatismo, que proferiu uma interessante conferência sobre «Polyarthrite chronique évolutive et phénomène positif des celules L. E. (Hargraves)».

O sr. Prof. Dr. Goslings, proferiu depois outra conferência, sobre «Exame clínico dos medicamentos na poliartrite crónica progressiva».

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS

No dia 10 de Abril, realizou-se uma sessão científica desta Sociedade, tendo presidido o sr. Prof. Dr. Xavier Morato.

O sr. dr. Elias da Costa referiu-se a um caso clínico, alusivo ao «diafragma vaginal — técnica pessoal de tratamento cirúrgico — resultado a distância».

A seguir o sr. dr. Amílcar Moura aludiu aos «Aspectos psicosomáticos das cefaleias migranoides».

Depois o sr. dr. Bernardino de Pinho, ocupou-se duma comunicação da sua autoria e dos seus colegas drs. Jaime dos Santos Pinto e Duarte Gorjão Henriques sobre «Intoxicação alimentar colectiva por berbigão».

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Esta Sociedade efectuou, no dia 19, no Hospital Miguel Bombarda, uma sessão a que presidiu o sr. Prof. Dr. Almeida Lima.

Antes da «ordem da noite», o sr. Prof. Dr. Almeida Lima fez o elogio do Prof. Dr. Celestino da Costa, há pouco falecido, tendo sido aprovado um voto de sentimento.

No período da «ordem» foram apresentadas duas comunicações: «Nota prévia sobre o emprego do «L.S.D.25» na produção de psicoses experimentais» e «Experiência clínica com a psicoterapia de grupo», respectivamente, pelos drs. Fragoso Mendes e E. Cortesão.

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

No Instituto Português de Oncologia, o sr. Prof. Dr. Silva Carvalho, comentou o relatório exposto à direcção geral daquele estabelecimento hospitalar, referente à cura sob punção da medula e mielograma.

A seguir, referiu-se ao valor dos estudos da medula óssea no diagnóstico das doenças de sangue.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

Por iniciativa da Sociedade Portuguesa de Pediatria realizou-se uma sessão científica na aula de clínica pediátrica do Hospital de Santa Maria, durante a qual o sr. dr. Mário Cordeiro tratou da «Frutosúria transitória em dois casos de hepatite».

A seguir, o sr. dr. Nuno Medeiros ocupou-se de casos clínicos da sua autoria e do seu colega dr. Mário Fernandes, sob o tema «Considerações sobre cem casos de criptorquidia».

Por último, o sr. dr. Manuel Abecassis referiu-se a «Sepsis estafilocócica num lactente, tratada com antibióticos e hibernação».

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL

No Instituto de Medicina Tropical, em prosseguimento dos Trabalhos do Curso de Pediatria Social do Centro Internacional de Infância, o sr. Prof. Dr. Fraga de Azevedo, director daquele Instituto, proferiu uma lição subordinada ao tema «A criança perante as doenças tropicais e subtropicais: aspectos demográfico e social».

Fez depois uma conferência intitulada «As Rickettsioses — sua importância médico-social», o sr. Prof. Dr. Manuel Pinto, do Instituto de Medicina Tropical.

Na mesma sessão, falou ainda o sr. Prof. Dr. Cruz Ferreira, perito da Organização Mundial de Saúde, sobre «A função da Organização Mundial de Saúde no controle do pião».

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, principiou um círculo de estudos sobre o tema «A luta antipalúdica em Portugal», o qual foi orientado pelos srs. drs. Raul de Almeida Roque, director do Instituto de Malariologia (Águas de Moura), membro da Organi-

zação Mundial de Saúde, e José Santana Queirós, director da Estação Antipalúdica de Alcácer do Sal.

Neste Instituto, realizou-se no dia 24 de Abril, uma sessão de homenagem aos antigos componentes do seu corpo docente, tendo presidido o sr. Ministro do Ultramar.

Usaram da palavra, evocando os nomes dos antigos professores deste Instituto, os srs. Profs. Drs. J. Fraga de Azevedo, Francisco Cambournac e dr. Pinto Ribeiro, inspector-superior de Saúde do Ultramar.

3.^{as} JORNADAS MÉDICO HIDROLÓGICAS NOS AÇORES

Promovidas pela Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, realizaram-se de 2 a 17 de Maio, as 3.^{as} Jornadas Médico-Hidrológicas nos Açores.

A bordo do «Carvalho de Araújo», houve uma cerimónia evocativa do grande hidrologista, dr. Armando Narciso. No salão nobre do navio foi descerrada uma lápide com a seguinte inscrição: «Nesta casa da cidadezinha de cartão, trepando pela encosta, nasceu o dr. Armando Narciso, médico sanitário, professor de Hidrologia — Homenagem da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, durante as Terceiras Jornadas Médico-Hidrológicas nos Açores.

Durante a cerimónia, usaram da palavra o dr. Amaro de Almeida, que fez a biografia do homenageado e leu palavras do dr. Marques da Mata, secretário-geral da Sociedade, que lamentou não poder assisitr às Jornadas; o dr. Lobato Guimarães, em nome do professor Maximino Correia, reitor da Universidade de Coimbra, condiscípulo e amigo do dr. Armando Narciso, e dr. Castilho Lucas, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Madrid. Todos recordaram, com saudade, a figura do grande hidrologista, em homenagem à memória do qual se guardou um minuto de comovido silêncio.

Realizaram-se várias sessões científicas.

II JORNADAS MÉDICAS LUSO-BRASILEIRAS

Por iniciativa do «Jornal do Médico», realizou-se no dia 17 de Maio, no Hospital de Santa Maria, a sessão inaugural das II Jornadas Médicas Luso-Brasileiras, à qual presidiu o sr. Ministro

da Educação Nacional, que era ladeado pelos srs. dr. Heitor Lyra, embaixador do Brasil e Prof. Dr. Pedro Calmon, reitor da Universidade Brasileira.

Nesta sessão usaram da palavra, os srs. Prof. Dr. Freitas Simões, Prof. Dr. Cerqueira Gomes, bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. Dr. Pedro Calmon e aquele membro do Governo.

Efectuaram-se depois várias sessões científicas e no dia 11 os jornalistas, visitaram Coimbra, onde tiveram uma recepção muito afectuosa.

Às 11 h., teve lugar no salão nobre dos Hospitais da Universidade uma sessão solene, à qual presidiu o sr. Prof. Dr. Vaz Serra, ladeado pelos srs. Profs. Drs. Arnaldo de Moraes, Magalhães Gomes, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e João Porto, director dos Hospitais da Universidade e o Prof. Diogo Furtado, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

O sr. Prof. Dr. Vaz Serra, em nome da Faculdade de Medicina, saudou os cientistas e, congratulando-se com a sua visita, preconizou a efectivação de outras reuniões para fortalecer o intercâmbio científico entre os dois países.

O orador convidou o sr. Prof. Dr. Arnaldo de Moraes a tomar a presidência.

O sr. Prof. Dr. João Porto, que, em seguida, usou da palavra, antes de entrar no assunto da sua comunicação, saudou o Prof. Vaz Serra, por ser este o primeiro acto a que assistia como director da Faculdade de Medicina, de cujo cargo havia tomado posse no dia anterior.

Aquele professor leu, depois, o seu trabalho, sobre «Fisiopatologia do edema agudo do pulmão».

O sr. Prof. Dr. Paulo Lacaz, leu depois o seu trabalho sobre «Porfirias», encerrando-se a sessão com a comunicação do sr. Prof. Dr. Vaz Serra, sobre «Glicose tissular no coma diabético».

Os cientistas visitaram depois o novo edifício da Faculdade de Medicina, dirigindo-se, em seguida, para a Sala Grande dos Actos, onde o Reitor, sr. Prof. Dr. Maximino Correia, lhes dirigiu cumprimentos de boas-vindas.

Agradeceram os srs. Profs. Arnaldo de Moraes e Diogo Furtado.

No Paço das Escolas, foi servido o almoço oferecido pelo sr. Reitor.

Depois de uma visita à cidade, os jornalistas retiraram para Lisboa.

A última reunião científica realizou-se no dia 12, no Instituto Português de Oncologia, a que presidiu o sr. Prof. Dr. Francisco Gentil.

O sr. Prof. Dr. Arnaldo de Moraes, falou largamente do «Valor do Dispensário Preventivo do Cancro Ginecológico, à luz da nossa experiência», relatando o que tem sido nesse capítulo, a acção do Instituto de Ginecologia da sua Universidade.

O sr. Prof. Dr. Álvaro Rodrigues, do Porto, dissertou sobre «O tratamento das metástases nos carcinomas».

O Prof. brasileiro Luís Moreira da Costa Lima, falou sobre «A ressecção da cadeia linfática da mamária interna no tratamento do cancro da mama e o valor prognóstico da biópsia do primeiro espaço intercostal».

O sr. Prof. Dr. Francisco Gentil, leu, em seguida, o seu trabalho «A luta contra o cancro em Portugal», empreendida por ele, inicialmente, com os professores Azevedo Neves e João de Magalhães e dr. Benard Guedes. Evocou as figuras de Geraldino Brites, António Martins e Simões Roque e a contribuição de Carlos Empis e outros beneméritos, terminando por agradecer ao professor Salazar o tornar possível elevar-se, em Palhavã, o Pavilhão C.

Sobre os trabalhos apresentados falaram vários jornalistas.

Nesta sessão foi redigida sob a forma de acta e assinada por todos os médicos presentes à última reunião das Segundas Jornadas Médicas Luso-Brasileiras, a seguinte moção:

«Após o convívio fraternal que cimentou as amizades já existentes e abriu novos horizontes culturais e científicos para as duas pátrias, os médicos de Portugal e do Brasil que participaram nas Segundas Jornadas Médicas Luso-Brasileiras acordam em fundar, por unanimidade, um organismo médico permanente, que mantenha e intensifique o intercâmbio cultural e científico tão auspiciosamente iniciado em ambas as Jornadas.

Este organismo, para o qual propõem a designação de «Academia Luso-Brasileira de Medicina» terá por objectivos fundamentais os seguintes:

1 — Promover futuros encontros, reuniões, congressos ou jorna-
nadas em que participem e colaborem médicos portugueses e brasi-
leiros de todas as especialidades;

2 — Estabelecer um intercâmbio permanente da bibliografia médica de ambos os países;

3 — Designar como órgão oficial o «Jornal do Médico», periódico científico e profissional ao qual se deve a iniciativa das Jornadas;

4 — Estudar a possibilidade de equiparação universitária e profissional oficialmente aprovada em ambos os países, dentro de moldes especiais e em condições bem definidas, que vai até ao ponto de tornar válidos para o exercício da profissão, indiferentemente em Portugal e no Brasil, os diplomas médicos obtidos nas Universidades idóneas das duas pátrias;

5 — Orientar e dirigir um intercâmbio efectivo de médicos tirocinantes e estagiários, que contribua para nivelar a breve prazo e aperfeiçoar no futuro o valor e a rotina de trabalho científico das várias especialidades médicas no Brasil e em Portugal.

Para concretização desta aspiração, que tão claramente se vem exprimindo em todos os encontros de médicos portugueses e brasileiros, propõem estes também que uma comissão mista, composta pelas individualidades que constituem as duas comissões organizadoras das Jornadas portuguesa e brasileira, seja encarregada, após a aprovação dos respectivos governos, de redigir os instrumentos que servirão de base às normas pelas quais se regerá a mencionada «Academia», devendo esclarecer-se que a escolha dos nomes que integram a referida comissão obedece apenas ao respeito pelo muito que lhes deve a aproximação médica e cultural luso-brasileira».

I CONGRESSO ARGENTINO DE PSIQUIATRIA

Em Buenos Aires, efectua-se de 5 a 8 de Julho próximo, o I Congresso Argentino de Psiquiatria, ao qual serão apresentados os seguintes relatórios:

«Ensino da psiquiatria e formação do psiquiatra», pelos Drs. Gregorio Bermann (Cordoba) e J. A. Castedo (La Plata).

«Terapias colectivas e relações humanas» — Drs. Enrique Pichon Ricciene e Jorge Mom (Bs. As.).

«Demografia psiquiátrica e instituições assistenciais» — Drs. David Sevlever (Rosario), Raúl Carrea (Bs. As.) e Juan Soler (Cordoba).

«Manifestações psiquiátricas nos transtornos vasculares do cérebro»—Drs. T. Fracassi (Rosario) e Maurici Costal (Tucuman).

«Diagnóstico precoce das doenças mentais»—Carlos R. Pereyra e Jorge Thonon (Bs. As.).

De 13 de Abril a 4 de Maio realizou-se no Hospital Escolar de Santa Maria, o IV Curso de Psicologia Médica, sob a direcção do sr. Prof. Dr. Barahona Fernandes, no qual colaboraram os sr.s Professores Drs. Almeida Lima, P. Polónio, Vítor Fontes, Villamil, drs. Miller Guerra, Seabra Dinis, Fragoso Mendes, Mota de Figueiredo, Pompeu Silva, Almeida Araújo, Navarro Soeiro, João dos Santos e Eduardo L. Cortezão.

Proferiram conferências na Faculdade de Medicina de Coimbra, o sr. Prof. Jacques Decourt, que abordou o tema «Étude comparée des donnés cliniques et biochimiques au cours des hypercorticismes» e Prof. Dr. António de Almeida Prado, da Faculdade de Medicina de S. Paulo, sobre «A doença de Chagas e mal de engasgo em suas relações com a acalásia».

Foi nomeado secretário da Faculdade de Medicina de Coimbra, o sr. Prof. Dr. António de Oliveira e Silva.

Realizou-se em Lisboa o Curso de Pediatria Social em que participaram médicos de várias nacionalidades.

Em Coimbra realizaram-se várias sessões de estudo.

Os srs. dr. Costa Real, Idália de Oliveira, Martins da Silva e Amílcar Gonçalves, tomaram posse dos cargos, respectivamente, de directores do serviço de radiologia e do serviço de anatomia dos Hospitais Civis, lugares que conquistaram por promoção.

FALECIMENTOS

Faleceram: em Lisboa, o sr. dr. José António Braga da Cruz, filho do sr. dr. Domingos Cândido Braga da Cruz e sobrinho do sr. Prof. Dr. Guilherme Braga da Cruz, da Faculdade de Direito de Coimbra; o major-médico, sr. dr. José Bernardo Correia Ribeiro; em Viseu, o coronel, sr. Ramos Lopes, sogro do sr. dr. Manuel Ramos Lopes, 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra e pai do quartanista da mesma Faculdade sr. Henrique Costa Ramos; em Penacova o sr. dr. Alípio Barbosa de Oliveira Coimbra; na Mealhada, o sr. Artur Napoleão Correia, pai do sr. dr. Artur Navega Correia, subdelegado de saúde naquela localidade e sogro do sr. dr. Manuel de Matos Beja, e em Leiria, o sr. dr. José Eduardo Franco de Brito, de 30 anos, estomatologista.



Cambiar o no cambia su posición de elegir su destino
Mundo es tu mundo — CHICAGO

HIDRAGLUTONE

(D-GLUCURONOLACTONA DA ISONICOTIL-HIDRAZONA)

UM NOVO FARMACO ANTITUBERCULOSO



ACTIVO CONTRA AS ESTIRPES DE BK RESISTENTES
À MEDICAÇÃO CONHECIDA



MENOR TOXICIDADE



MAIOR ACTIVIDADE



UMA NOVA ARMA CONTRA A TUBERCULOSE,
SOBRETUDO NOS CASOS EM QUE SE ESGOTARAM TODAS AS
OUTRAS POSSIBILIDADES DE QUIMIOTERAPIA ESPECÍFICA

BIBLIOGRAFIA

- Brouet e colab. — Presse Médicale — 61:863 — 1953
> — Revue de la Tuberculose — 17:789 — 1953
> — Société de Biologie — Sessão de 14-3-1953
Halpern > — — — Sessão de 14-3-1953
Hauges e Mitchel — J. Pharm. & Pharmacol. — 4:687 — 1952
Passedouet, Fusey e Roussos — Revue de la Tuberculose — 17:784 — 1953
Pratt — Anal. Chem. 25:814 — 1953
Sha — J. Amer. Chem. Soc. — 75:2512 — 1953

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO — LISBOA

BISMUCILINA

BISM

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONODESTEARATO DE ALUMÍNIO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS