

COIMBRA MÉDICA

ANO V

JANEIRO DE 1938

N.º 1

SUMÁRIO

	Pag.
UM CASO DE ELEFANTIASIS DAS PALPEBRAS INFERIORES — dr. Guilherme Penha	1
OTO-PNEUMONIA — drs. Lúcio de Almeida e Artur Maria Dionizio'	11
SOBRE TRES CASOS DE ILEO GRAVE POR CÁLCULO BILIAR, INVAGINACIÓN, Y TROMBOSIS ARTERIO-MESENTERICA RESUELTOS FAVORABLEMENTE — dr. Manuel G. Duran.	22
ÚTEROS DIDELFOS, BICÓRNEOS E BILOCULARES — dr. Alberto Cesta	33
UM DOCUMENTO CURIOSO	74
NOTAS CLÍNICAS — dr. Luís da Providência.	76
SUPLEMENTO — NOTICIAS & INFORMAÇÕES.	1

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —
Prof. Rocha Brito — Prof. Morais Sarmento — Prof. Feliciano
Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa
— Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino
Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessoa
António Meliço Silvestre
Augusto Vaz Serra
José Bacalhau

José Correia de Oliveira
Lúcio de Almeida
Luiz Raposo
Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULTADE DE MEDICINA

UM CASO DE ELEFANTIASIS DAS PALPEBRAS INFERIORES,⁽¹⁾

OPERADO PELO PROFESSOR ANGELO DA FONSECA

A elefantiasis em geral é uma doença até hoje ainda mal estudada e portanto mal conhecida a tal ponto que ainda nestes ultimos anos o conceito sobre a sua etiopatogenia, assim como a distinção entre a «*elefantiasis arabum*» e a «*elefantiasis nostra*» sofreram bem profundas alterações. A elefantiasis das palpebras é uma modalidade duplamente interessante, não só pela sua raridade, que só é talvez excedida pela dos beneficios obtidos pelos processos terapêuticos empregados dos mais variados matizes; mas também pela deformidade que ocasiona como bem se pode verificar pelas fotografias deste caso.

Sendo muito poucos os casos publicados bem se compreende que os tratados da especialidade mesmo os mais desenvolvidos, poucas linhas dediquem a tal afecção.

A nossa doente operada com o melhor resultado pelo Ex.^{mo} Senhor Prof. Angelo da Fonseca é tanto mais digna de registo quanto é certo que na bibliografia compulsada nenhuma outra vi com igual resultado, desde o caso ainda recente de Jobin e Lacerte (Quebec) que dizem que «*le traitement d'une telle affection est très décevant. Tout a été tenté en vain contre cette maladie*» pelo que à sua doente nem sequer a intervenção lhe propuzeram, aos de Wecker e de Graefe em que ao ser-lhes

(1) Esta doente foi apresentada na quinzena médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra no dia 25 de Novembro de 1937.

feita essa proposta respectivamente pela 1.^a vez e como 2.^o tempo, as doentes deixaram de aparecer, já não falando nos casos em que ao insucesso se veio juntar o agravamento do processo.



Fig. 1
Antes da operação

Em 29 de Outubro de 1936 deu entrada nos serviços de Clínica Cirúrgica uma doente cuja história clínica é resumidamente a seguinte :

R. Individual — Maria de Jesus da Mota, doente n.º 9821 — de 3.^a C. M., de 19 anos de idade, solteira, domestica, natural de Boassas, concelho de Sinfães.

A. Hereditários — Sem importância.

A. Colaterais — Sem importância.

A. Pessoais — Sem importância.

H. Pgressa — Há cerca de 4 anos, um mês aproximadamente depois de ter tido erisipela na face, não tendo anteriormente epifora nem dôres na região frontal ou na face, apareceu-lhe uma pequena tumefacção na palpebra inferior direita cuja sede exacta a doente não sabe precisar, indolor, e



Fig. 2
Antes da operação

que foi aumentando progressivamente até que há um ano atingiu as dimensões que hoje apresenta.

Passado cerca de um mês do início desta lesão, outra de igual natureza lhe apareceu na palpebra inferior esquerda, pelo que esteve há 3 anos num hospital do Porto, durante um mês, onde nenhum tratamento lhe fizeram.

Refere a doente que o volume dessas tumefacções não é fixo antes tem

freqüentes variações, por vezes bastante acentuadas, de um dia para o outro, simultâneas e sempre do mesmo sentido dos dois lados, não relacionadas com a estação do ano, e que além de indolores nunca se acompanharam de hipertermia geral ou mesmo local ou de qualquer perturbação da respiração.

E Actual — Tumefacção difusa, de consistência mole, indolor quer



Fig. 3
Depois da operação

expontâneamente quer à pressão de ambas as palpebras inferiores, que à direita tem o tamanho de um ovo de galinha e à esquerda o de um ovo de pomba, sôbre os quais com dificuldade se provoca godet de edema e que pelo seu peso, sobretudo à direita, faziam com que o conjuntiva palpebral se não ajustasse bem ao glôbo ocular.

Pestanas normais a não ser um pouco deslocadas pelo tamanho acentuado da lesão.

Epifora bilateral.

Conjuntivas normais.

Ausência de movimentos de expansão da lesão, de alterações da pele que as reveste, a não ser uma ligeira pigmentação acastanhada, de blefarospasmo e de dor pela pressão nas regiões naso-frontal, maxilares e dos sacos lacrimais.



Fig. 4
Depois da operação

Ausência de perturbações da visão sendo normaes os reflexos à luz e à distância.

O estudo radiografico dos seios da face chamando especialmente a atenção para o etmoide, não revelou nenhuma alteração.

Análise de urina e o exame do funcionamento urinário, nada revelaram de anormal assim como o estudo do aparelho cardio-vascular o mesmo sucedendo com o ;

Estudo hematológico e com a auscultação dos pulmões. Metabolismo basal: normal. Reação de Wassermann: negativa.

Diagnóstico — Embora o exame biopsico viesse confirmar mais tarde a hipótese que de início consideramos como mais provável, como esse elemento decisivo só neste caso nos podia ser fornecido caso o diagnóstico feito permitisse recorrermos a ele; tivemos que pensar em muitas outras; algumas das quais confessamos, bem pouca consistência tinham no nosso espirito e assim é que depois de ponderadas afastamos as seguintes principais:

Edema de origem cardíaca ou renal — Pela integridade do funcionamento destes aparelhos.

Foco infeccioso da vizinhança — Em especial do plano osseo (sinusite quer esfemoidal, etmoidal, frontal ou maxilar, osteo periostite orbitaria etc.) quer conjuntivite, ou dacriocistite etc.;

Pela ausência de dor mesmo à pressão do plano esquelético, de qualquer nódulo endurecido, de gânglios pré-auriculares, de secreção conjuntival patológica, de qualquer afecção dos seios da face etc.

Nevroma plexiforme — Pela ausência da triade sintomática:

a) Cordões que se percebem bem pelo tacto serem sinuosos, duros, nodosos, monoliformes e irregularmente entrelaçados como vermes.

b) Lesões osseas infrajacentes.

c) Ptose oblíqua externa, e ainda pela sua evolução exclusivamente palpebral.

Linfangioma circunscrito — Pela sua extensão a toda a palpebra (o que é raro nesta afecção) por o edema se não deslocar manifestamente para os tecidos vizinhos pela pressão etc.

Edema elephantiasico sifilitico ou tuberculoso — Pela ausência de bosseladuras gomosas, abscessos, fistulas ou de cicatrizes nas palpebras, assim como de perturbações do estado geral; além de que pela anamnese e estudo da doente nesse sentido, esta hipótese depois de formulada, em nada se robusteceu.

Lipoma — Pela difusão dos seus limites, ausência de toda a espécie de septagem na sua espessura e portanto também de bosseladuras e ainda pela sua consistência.

Fibroma — Pela sua consistência e por não serem tumores nitidamente circunscritos.

Blefarite hipertrofica — Pelo grande desenvolvimento da lesão, pela sua extensão a toda a palpebra, pela normalidade das pestanas etc.

Compressão bilateral dos vasos oftálmicos — (circulação de retorno), por um processo inflamatório ou neoplásico sobretudo ao nível do etmoide ou da sela turca:

Pelos estudos radiográficos, resultado do exame das fossas nasales etc.

Trofoedema crónico de Meige ou pseudo elephantiasis neuroartrítica de Mathieu — Pela sua localização, consistência, ausência de carácter familiar etc.

Mucocelo dos seios frontais — Pela ausência de exoftalmia com projecção lateral dos globos oculares etc.

Certas adiposes localizadas — Que quando indolores com esta localisação além de só aparecerem em idades muito mais avançadas, não são tão pronunciadas e apresentam ao tacto como na outra modalidade uma sensação de lobulação e quando dolorosas (*doença de Dércum*) nunca atinge a face, além do seu caracter doloroso quer à pressão quer mesmo expontaneamente.

Edema angioneurotico ou de Quincke — Pela sua evolução progressiva, carácter de permanência da afecção e fraca intensidade das pousseés, pois que embora houvesse por vezes variações do seu volume nunca a lesão deixou de ser sempre muito bem manifesta etc.

Perturbações endocrinas de responsabilidade de tiroideia (mixoedema) — Sobretudo a modalidade circunscrita de *mixoedema-tuberoso atipico de Jadassohn-Daesseecker*: pela normalidade do metabolismo basal e ausência de estigmas de pequena insuficiência tiroideia.

Enfisema das palpebras — Pelos sinais fornecidos pela palpação.

Linfadenoma palpebral — Pela normalidade do número de globulos brancos e da fórmula leucocitária e pela sua evolução.

Linfadenoma das orbitas — Pelos mesmos motivos do anterior e pela ausencia de exoftalmia.

Angioma das palpebras — Pela ausência da cór azulada da pele que as cobre, de variações de volume muito apreciáveis (por exemplo: durante o esforço) e de reductibilidade considerável.

Cloroma ou cancro verde d'Aran — Pela ausência de cloração verde-ervilha muito particular, de exoftalmia, de cegueira, surdez, de tumores temporaes e pela lentidão da sua evolução.

Edema palpebral de origem menstrual — Pela nenhuma relação que na evolução do processo manifestou ter com os períodos menstruaes.

Edema mitomaniaco — Pela vigilância a que sugeitámos a doente e pela existência de poussées e de regressões parciaes que de quando em quando apresentava.

Edema toxico — (sobretudo pelo arsénio) pela anamnese e pela ausência de fenómenos gerais graves.

Tumores malignos das palpebras — Pela lentidão com que se formou a lesão, ausência de dôr, consistência mole etc.

Neoplasmas das glandulas lacrimais — Pela sua extensão uniforme a toda a palpebra, ausência de exoftalmia lateral para baixo e para dentro, de ptose palpebral, de fenómenos de compressão ocular, de dôres, de perturbações da visão, da secreção lacrimal etc.

Trombose do seio cavernoso — Que como a seguinte afecção, esta pela sintomatologia local e ambas pela sintomatologia geral nem eram a bem dizer hipóteses a formular.

Edema caquetico.

Citando por fim a hipótese que logo de início considerámos como mais provável de que se tratasse de:

Elefantiasis de origem estreptococico — por ser uma afecção que pode ter esta localisação, por ter aparecido secundariamente a um processo infec-

cioso crónico (erisipela) e de uma maneira geral por ser a que mais se coadunava com a história clínica e sintomatologia apresentada.

Preparação pré-operatória — Tetravacina, broncovaclydum e streptovaclydum.

Operação — 1.º tempo em 24 de Novembro de 1936: Exeresse do tecido patológico à direita.

2.º tempo em 18 de Janeiro de 1937: Exeresse do tecido patológico à esquerda.

Anestesia — Cloroformio.

Duração — 1.º tempo: 35'. 2.º tempo 35'.

Factos dignos de registo durante a operação — Nulos.

Cuidados especiais post-operatórios — Soros anti-pneumococico e anti-streptococico, «Octinum, Fibrolisina» Merck, massagens, ionisação iodica e effluviação eléctrica sôbre as palpebras.

Sequências post operatórias — Optimas.

Análise histológica do tecido patológico — (Feito no Instituto de Anatomia Patologica da Universidade de Coimbra) n.º 2025:

«O fragmento é constituído por epitelio de revestimento hiperplasiado e com lesões superficiais de hiperqueratose. No meio das papilas existem celulas tumefeitas, as glandulas sudoriparas e sebaceas, pouco abundantes mostram proliferação típica do epitelio e são rodeadas por abundante infiltração leuco-linfocitária.

Seguem-se feixes de fibras conjuntivas dissociadas por edema e com lesões de degenerescencia hialina e fasciculos de fibras musculares em degenerescencia cerea.

Os vasos sanguíneos e linfáticos mostram lesões de esclerose e obliteração; observam-se pequenos focos hemorrágicos».

Resultado — Curada.

GUILHERME PENHA

Interno dos Serviços de Clínica Cirurgica.

BIBLIOGRAFIA

- F. AGNELLO — Contributo allo Studio della elefantiasis palpebrale (Lettura oftal. 4, 312-317, June 1927).
- M. N. BEIGELMAN — Elephantiasis of eyelid (arch. ophtal. 8, 218-225, aug. 1932).
- Beobachtungen V. Bermerkungen im Gebiete des ophtalmologie von Dr. Pauli. Landau, 1838.
- C. FRUSQUIELE — Elefantiasi Statti elefantiasici e pseudo elefantiasi delle palpebra (Gior. internaz. d. sc. med. Napoli, 1906 n. s. XXVIII 205-257, 300-307).
- MIETHELLE — Oedema dur des paupières après erysipele. Lymphangioplastie avec fils de soie (The British Medical Journal, Novembre, 1909).
- WECKER — Traité d'ophtalmologie.
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Januar, 1863.
- L. VACHER — Manuel pratique des Maladies des Yeux.
- PANAS — Traité des Maladies des Yeux.
- ZEPHERINO DO AMARAL — Elephantiasis scrotal (S. Paulo) Revue Sud. Americane, 1932, pag. 223.
- JOÃO DA SILVA FIGUEIREDO — Neoplasias da região ocular.
- BOTREAU-ROUSSEL — Elephantiasis Arabum lymphangite elephantiasique à rechutes (Jour. de Chirurgie n.º 6-1937).
- J. L. LAPEYRE — Centribution à l'étude de elephantiasis tropical (Jour. de Chirurgie tomo 49 n.º 5-1937 (J. 628).
- Enciclopédie Medico - Chirurgicale.
- FALK R. CHARLES — Oedemes durs elephantiasiques par stase lymphatiques retrograde et non filariens (Thèse pour le doctorat en Medecine, 1927),
- PAUL BOYER — Le lymphome des paupieres (these, Lion 1922).
- J. B. JOBIN E J. LACERTE — Un cas d'elephantiasis des paupières (Bulletin de la société medicale des Hôpitaux Universitaires de Quebec n.º II, Nov. 1932).
- VAN DUYSE — Elephantiasis fibromatode acquise unilaterale des paupières (Bull. Soc. Belge d'Opht. n.º 63, ft. 72-74-193).
- CH. H. MAY — Manuel des Maladies de l'œil.
- F. TERRIEN E G. COUSSIN — Affections de l'œil em Medecine generale.
- TERRIEN — Precis d'Ophtalmologie.
- BRIDOT — Considérations pathogéniques et traitement chirurgical de l'Elephantiasis (These P. le doct. en medecine, 1936).
- GEORGES CHERUBIN — Contribution à l'étude etiologique, therapeutique du «Syndrome Elephantiasis» 1930.
- ANDRÉ CHARLES GIRARD — Etude sur les cornes des paupières (These Lyon p. le doctorat en medecine, 1925).
- R. ALBERCA — Contribution al conocimiento histo-patológico de la elefantiasis nostra (Los Progressos de la Clinica n.º 142-1923).

- A. L. BERTWISCH AND A. L. GREGG — L'elephantiasis (The British Journal of Surgery, vol. XVI, n.º 62-1928, pág. 267).
- BRUMPT — Une nouvelle filaire pathogène de l'homme (onchocerca calcutiens). (Bull. Soc. Path. exotique, 1919, t. XII, n.º 7 pág. 464).
- CLARAC, LEBOEUF ET RIGOLLET — Filarioses, elephantiasis, (Traité pathol exotique, Paris, 1913).
- CLAIR — Traitement de l'elephantiasis par la fibrolysine. (Bull. Soc. pathol. exotique, n.º 52-1908).
- DEBOVE — Oedème Segmentaire (Soc. Médicale des Hôpitaux, 1897, pág. 1172).
- SISTRUNK — Kondoleon operation for Elephan. (J. Amer. Med. Assoc. 1918, XXXI, pág. 800).
- SISTRUNK — Elephan. treated by Kondoleon operat. (Surg. G. O. 1918, XXXVI, pág. 388).
- SANNER — Une technique pour la cure Chirurgicale de l'elefantiasis du Scrotum (1928 Arch. Colomiales, pág. 295).
- SABOURAUD — Microbiologie de l'elephantiasis nostra (Soc. de Dermatologie, 1892).
- ROMITI — Contribution au traitement chirurgicale de l'elephantiasis (Archivio italiana di Chirurgia, t. XX, pág. 607).
- POISSON (ROLAND) — Les elephantiasis tuberculeux (These, Paris 1935).
- FILLIPINI — Sympathectomie dans l'elephantiasis (These, Montpellier, 1925).
- FALLET — Pathogénie de l' elephantiasis et de quelques états elephantiasiques (These, Paris, 1895).
- L. DI. GAETANO (NAPLES) — Traitement chirurgical de l'elephantiasis des membres inferieurs (Archivis de Ortopedia, Vol. XXXIX, fasc. 3, 1923, págs. 423-456).
- GINEBRA — Pathogenie de l'elefantiasis (These, Paris, 1908).
- MEIGE (H.) — Trophoedème en pratique medico Chirurgicale, t. VI, 1907.
- MATHIEU — Oedeme segmentaire (Soc. Med. Hôpit. 1893).
- GOUGEROT — Elephantiasis tuberculeux (Revue de Chirurgie, t. XLVI, n.º 7-1912, pág. 525).
- LE CALVÉ — Les oedèmes, Paris, 1926.
- LERI — Trophoedeme, (Gaz. des Hôpitaux 28 e 30 de Março de 1922).
- LERICHE — Sur l'importance de la periphlebite dans la genèse des accidents tardifs consecutifs aux obliterations veineuses, (Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris, Abril, 1927).
- LERICHE — Etude sur le mécanisme de l'elephantiasis des membres, a propos d'un cas d'elephantiasis du sein consecutif á un evidement ganglionnaire de l'aisselle: remarques etiologiques, (Lyon Cirurg. t. XXI, n.º 6-1924, pág. 766).
- LERICHE — Resultat après 3 ans d'une sympathectomie peri-arterielle pour trophoedeme du membre inferieur post-traumatique, (Soc. de Chirurg. de Lyon, 1923, Lyon-Chirurg. 1923, pág. 805).
- LEO — Elephantiasis in seda rara (Arch. ital. de chirurg. 1934, p. 227, etc.).

OTO-PNEUMONIA

POR

LÚCIO DE ALMEIDA e ARTUR MARIA DIONIZIO

Conjuntamente com uma fôrma típica, de expressão rádio-clínica bem conhecida, reveste a pneumonia infantil, como sabemos, numerosas fôrmas anormais pela sua duração, radiologia e sintomatologia.

Quanto á duração, as fôrmas *abortivas* ou *rudimentares* D'Es-pine (podendo não exceder três dias), contrastam, naturalmente, com as fôrmas *prolongadas* (pneumonia dupla, migradora, remittente ou intermitente, recadente vulgar, reaparecendo após *dois* ou *oito* dias de apirexia e *abortiva* de recaídas sucessivas de Con-cetti, na qual os períodos de apirexia são mais ou menos numerosos e sucessivamente menores, etc., durando não sete a nove dias, como sucede habitualmente, mas doze, quinze, vinte e mais.

Sob o ponto de vista radiológico, se a sua tradução é dada geralmente pelo clássico *triângulo pneumónico* de Weil e Mouriquand (triângulo de séde supero-lobar, geralmente á direita, de vértice *hilar* e de base *axilar*, na radiografia de face e pela *pirâmide pneumónica* de Bazzano ⁽¹⁾ na radiografia de perfil, de orientação variável conforme o lobo interessado), a verdade é que pôde ser bem diferente na séde e na fôrma. Na séde porque a pneumonia pôde constituir-se em todos os lobos (superior direito e inferior

(1) Robert Debré, Julien Marie, Jean Bernard e B. Dreyfus, Etude radiologique de la pneumonie franche aiguë de l'enfant, précédée de quelques remarques cliniques. Rev. Française de Pédiatrie, n.º 2, 1936, pag. 157-200.

esquerdo de preferência), inclusivamente nos lobos cardíacos, simulando, neste caso, as mais diferentes afecções. Na forma porque em vez de um triângulo pôde revestir o aspecto de uma *faixa*, de um *capacête* (*hepatização apical*); de um quadrilátero, um trapésio, etc. Isto nos lobos superiores. Nos inferiores, mercê das sobre-projecções lobares (lobos inferior e médio á direita, inferior e superior á esquerda), as imagens radiológicas são ainda mais complexas: *pseudo-pleural* á esquerda (diferenciável pela radiografia de perfil, «*qui montre la localisation uniquement postérieure de la maladie et l'intégrité du lobe supérieur*», á direita sob a forma de triângulo de base mediastino-diafragmática e vértice parietal de limite superior nítido e inferior impreciso (*pneumonia do lobo médio*), traduzida, em radiografia, de *perfil*, por um cone de vértice hilar e base antero-inferior); de uma sombra na parte média «de limite supérieure nette, de limite inférieure qui l'est moins», simulando, de face, o lobo médio, «mas evidenciando-se, na radiografia de perfil, como uma pneumonia do vértice do lobo inferior (pneumonia de Fowler) e ainda sob a forma de imagens as mais proteiformes (1). Tão numerosas e variadas, não constituem, todavia, estas imagens radiológicas, todas quantas a pneumonia pôde revestir. Outras, efectivamente, embora muito raras, são possíveis e dignas de conhecer-se pelos erros de diagnóstico a que podem conduzir. Referimo-nos ás imagens hilares, pseudo-ganglionares e ás pseudo tuberculosas. As primeiras, negadas por alguns autores (Weill, Blanc-Perduet, etc.), originando pneumonias sempre *mudas* (note-se que nem todas as pneumonias *centrais*, pseudo hilares, são *mudas* e nem todas as pneumonias *mudas* são *centrais*), a sua existência é incontestável. Rafie Mouriquand (2) etc. admitem-nas e tem-nas descrito e Dombrowskaya (3), consi-

(1) Quando ocupam todo um campo pulmonar (pneumonia total), simulam facilmente uma pleurisia purulenta,

(2) G. Mouriquand et J. Savoie, Diagnostic entre la tuberculose hilare primitive et la pneumonie hilare, Bull. de la Soc. de Péd. de Paris, 1936, p. 669,

(3) J. Dombrowskaya, Pneumonie de la première enfance, etc. Rev. Fr. de Pédiatrie, 1935, pag. 69-90,

dera-as o substrato anatomo-patológico de todas as formas simples e de parte das intermediárias (1). As segundas, ou lesões pseudo-tuberculosas, correspondem, conforme são *primitivas* ou *secundárias*, a fenómenos diferentes. No primeiro caso trata-se de imagens em *faixa* (já citadas). «Il existe des pneumonies, franches cliniquement, qui ne sont jamais franches radiologiquement. Nous prenons pour exemple le cas du jeune Tr... (Radios IX e X) qui, de face et de profil, ferai faire le diagnostic de bacillose, alors que l'évolution cyclique et la guérison est obtenue depuis plusieurs mois (avec cuti negative) imposant le diagnostic de pneumonie, comme l'on fait les signes cliniques». No segundo a ideia da tuberculose pulmonar decorre do aspecto atípico da imagem radiológica — imagem em focos de limites imprecisos, sobrecarga hilar, etc. depois de ter sido mais ou menos típica — imagem registada só no período terminal do processo febril ou mesmo depois dele extinto. De umas e outras pode bem dizer se com Breton e Christiaens: «Ces images, qui prennent le masque de la tuberculose lorsqu'elles sont en activité et en décroissance, peuvent le garder lorsqu'elles son mortes. On connait la relative fréquence des séquelles de pneumonie (tramitte, hiles chargés, scissurites non tuberculeuses» (2).

Relativamente á sintomatologia, ao lado das formas que começam e acabam bruscamente após um estado febril contínuo e que se acompanham de sinais estetoscópicos indiscutíveis, embora frustes e tardios, bem como de outros mais ou menos frequentes (de *Variot* ou skodismo infraclavicular; de *Lesné* ou contractura unilateral dos escalenos; de *Salzer* ou dôr no ponto frénico cervical; de *Jean Dayras* ou dôr á pressão no terço inferior dos fémures, sede electiva do pneumococo; de *Simonini* ou «dôr á pressão

(1) Este autor divide as pneumonias, na primeira infancia, em *simples*, pulmonar ou localisada (com estado geral levemente atingido), *tóxica* e *toxi-séptica* (com estado geral grave, alterações funcionais intensas do sistema nervoso, aparelhos cardiovascular e digestivo, suparações, etc) e *intermediária* (com fenómenos tóxicos instáveis, transitórios), tendo, respectivamente, pcr anatomo-patologia: lesões hilares e para-vertebrais; lesões em focos dessiminados, abcedantes, confluentes e lesões hilares para-vertebrais e lobares em grandes e pequenos focos (retro p. 88).

(2) MM, Breton et Christiaens, Contribution à l'étude radiologique de la pneumonie de l'enfant, L'Echo Médical du Nord, n.º 52, 1936, p. 1090,

debaixo do canal auditivo, entre a apófise mastoide e o ramo montante do maxilar», de Weill e Mouriquand e de Jules Renault, ou, respectivamente, da *deficiência e precessão inspiratórias infra-claviculares*, etc.), relativamente á symptomatologia, repetimos, ao lado das formas que começam e terminam bruscamente, devem citar-se as que se instalam insidiosamente e por fenómenos de rino-faringo-bronquite; as que são *desprovidas* de sintomas torácicos (dolorosos, de auscultação, percussão e palpação) ou pneumonias *silenciosas*; as formas *cerebrais* (delirante, sonolenta e convulsiva ou ecâmptica); a forma *meníngea*: as formas abdominais (pseudo-apendicular de Mirande e pseudo-peritoneal), não raro, sobretudo a primeira, conduzindo á intervenção cirúrgica, inofensiva, é certo, mas igualmente inútil; as formas coleriforme e tifoide; as formas em que a febre é, não do tipo contínuo, mas com uma ou mais remissões de 1 a 3.^o (no caso de uma só remissão, geralmente no 6.^o ou 7.^o dia, excepcionalmente no 3.^o ou 4.^o; com dois períodos de duração sensivelmente igual, um em volta de 40 e outro de 38.^o; com febre francamente irregular; terminando, não brusca e definitivamente, após uma epicrise mais ou menos nítida, mas depois de um curto período de grandes oscilações, verdadeiro *período* anfibólico; de remissão, para 28.^o, durante 12 horas ou de um curto e ligeiro retorno febril, etc. Dignas de registo, ainda, são a forma contralateral (chamamos assim á pneumonia diagnosticada *clanicamente* de um lado e *radio-graficamente* do outro), e as formas associadas (pneumo escarlantina e oto-pneumonia). Pondo de parte a forma *otalgica* (pneumonia sem tosse, dispneia e sinais de auscultação na qual as dores auriculares, pela sua acuidade e persistencia, podem, falsamente, levar ao diagnóstico de otite, mais ou menos facilmente eliminavel por um fidedigno exame otológico), duas modalidades, a de *oto-pneumonia simultânea* e a de *oto-pneumonia segunda*, pode revestir a oto-pneumonia propriamente dita.

A seu respeito traduzamos Julien Marie, que tão expressivamente as soube descrever. «A oto-pneumonia apresenta dois aspectos clínicos diferentes, segundo a data da instalação do foco pneumónico: ora começa a otite seguindo-se-lhe a pneumonia, ora a otite e a pneumonia avoquem simultâneamente. Eis como se apresenta a *oto-pneumonia segunda*; numa creança, geralmente com menos de cinco anos, instala-se um estado infeccioso carac-

terizado por uma grande temperatura, tosse e agitação. O exame do pequeno doente revela uma rino-faringite com garganta vermelha e muco pus correndo ao longo da parede posterior da faringe. Nos dias seguintes, a persistencia de febre e o aparecimento de dores auriculares, conduzem ao exame do especialista que verifica que um ou os dois tímpanos estão vermelhos e distendidos, fazendo uma paracentese uni ou bilateral que dá saída a uma gota de pús. O diagnóstico é, pois, bem preciso; rino-faringite com otite supurada uni ou bilateral. Na evolução, porem, é que reside todo o interesse do problema. No segundo ou terceiro dia após a paracentese, a temperatura inicia a defervescencia e a evolução anuncia-se regular, sendo habitual, após o tratamento de uma otite média supurada, que o seu regresso a 37,° se observe entre o segundo e o quarto dia. Bruscamente, porém, apesar da drenagem auricular parecer conveniente, a temperatura sobe de novo a 40° e mantem-se neste nível. O médico, chamado outra vez, repete os seus exames e não constatando, com os limitados recursos que lhe fornecem os meios clinicos, nenhuma nova localização, recorre ainda, depois de 24 ou 48 horas de expectativa, ao auxilio do especialista. Este, sem dúvida, não descobre, geralmente, nenhum sinal caracteristico tradusindo a propagação da infecção ás células mastoideias mas uma tal ascensão térmica sobrevindo bruscamente vários dias após a abertura de uma otite supurada, isto é, na ocasião das complicações otogénias, faz-lhe reccar, e com razão, um infecção mais profunda podendo, talvez, através das células ósseas internas, atingir o seio ou as meninges terminando a conferencia, habitualmente, por o especialista manifestar o desejo de ampliar a sua intervenção, esvasiando o antro e a mastoide.

Ora, a verdadeira causa deste retorno inesperado de febre, é o aparecimento secundário de um fóco pneumónico latente, totalmente mudo, e do qual o pediatra deve conhecer a possibilidade e a frequencia e, consequentemente, a certeza de existencia recorrendo ao exame radiológico. Uma radioscopia ou uma radiografia, na verdade, dar-lhe.hão, rápidamente, um diagnóstico impossivel de fazer com os métodos puramente estetacústicos, tendo assim a satisfação de prestar um grande serviço ao seu doente detendo oportunamente o gesto, pelo menos inútil, do especialista.

A oto-pneumonia simultanea apresenta-se com um aspecto um pouco diferente: a otite e a pneumonia são contemporâneas e enquanto a otite é facilmente diagnosticada e tratada, a latencia habitual do fóco pneumónico permite todas as hipóteses para explicar a expressão altamente febril da doença. Pensa-se ainda, desta vez, que é preciso relacionar tudo com a otite, e o mesmo raciocínio, a mesma conduta e os mesmos riscos se repetem.

Neste caso, é igualmente o pediatra, conhecedor dos factos, que tem o dever de solicitar, perante o insucesso da clinica, um exame radiológico que lhe dará, sem grande custo, a razão de ser da persistência febril afastando a ideia de nova intervenção sôbre o fóco otogénio, o qual não é o verdadeiro responsável da continuação do estado infeccioso.

Em resumo, emquanto a frequência da otite, como complicação tardia de pneumonia infantil, é bem conhecida e não apresenta, geralmente, dificuldade alguma de diagnóstico, sucede bem diferentemente com a otite precedendo-a ou acompanhando-a. Dada a latencia clinica do fóco pneumónico, o médico e o especialista tendem a considerar a evolução do fóco otogénio como a causa da persistência febril.

Realmente não sucede assim, pois a verdadeira causa está na evolução de um fóco pulmonar, inaudível clinicamente mas visível ao exame radiológico. O conhecimento de tais factos não é destituído de valor prático, evitando, provisoriamente, pelo menos, uma operação sôbre o fóco oto-mastoideu e não associando á evolução própria de uma oto-pneumonia, os riscos de uma intervenção cirúrgica inútil» (1). A nossa observação constitue um caso de oto pneumonia simultânea. Ei-la resumidamente:

M. N. do V., de 4 anos, residente em Coimbra, alimentada com o leite da mãe durante o primeiro mês, com leite de vaca durante os três meses seguintes e depois com farinhas, leite, etc.

Primeiros dentes e primeiros passos, respectivamente aos 8 e 18 meses.

Antecedentes hereditários e colaterais sem valôr. Como antecedentes próprios, «angina» em principios de 1936.

Primeira consulta em 2 de Janeiro do corrente ano, sendo-nos

(1) Julien Marie, Remarques sur la pneumonie de l'enfant. Importance de l'oto-pneumonie. Le Médicine Infantile, n° 10, 1936, pag. 323-325.

Para a garantia da descendencia
no abôrto iminente

Proluton

hormona do corpo lúteo

O Proluton está ainda indicado
nas hemorragias ginecológicas
(metropatia hemorrágica) e
na provocação da menstruação
após tratamento prévio com o
Progynon B oleoso.

Embalagens originais

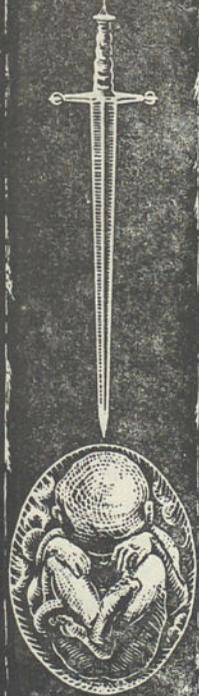
Caixas com 3 ampolas de $\frac{1}{2}$ U.I. cada ampola

Caixas com 3 ampolas de 2 U.I. cada ampola

Caixas com 1 ampola de 5 U.I.

Caixas com 5 ampolas de 5 U.I. cada ampola

SCHERING S.A. PORTUGUESA
DE. R. L. LISBOA - LARGO DA ANUNCIADA 92º



dadas pela mãe, as seguintes informações: Há oito dias adoeceu com febre e otalgia á direita, tossícola e vagas dôres torácicas. Três ou quatro dias depois abundante supuração auricular após a qual desapareceu a otalgia *persistindo*, porém, a febre. Ao exame clínico discreta supuração do ouvido direito e dôr atenuada, á pressão, na mastoide homónima. Á auscultação sensível taquicardia (130 contrações por minuto), sibilos difusos e simples *diminuição* do murmúrio vesicular á direita. Temperatura 39.º; sinais de Lesné e de Variot duvidosos.

Admitindo a possibilidade de uma pneumonia foi feito um exame radioscópico do tórax o qual, acusando, com certa surdessa nossa, a existência de extensas lesões pulmonares ou pleuro-pulmonares á direita, foi seguida imediatamente de uma radiografia revelando: «á direita, uma opacificação pleuro-pulmonar, ocupando os dois lobos superiores, com uma zona muito mais densa, de forma triangular, com o vértice correspondendo ao hilo e a base á linha axilar; para dentro desta zona e do vértice, opacificação muito mais discreta; grande desvio da sombra cardíaca e do pedículo vascular para a direita por aderencias ao pericárdio; á esquerda a sombra hilar ligeiramente aumentado de volume, sem reacção peri-hilar apreciável; cúpula do diafragma muito elevada devido á grande aero-colia existente no colon esquerdo» (radiografia n.º 1).

Evolução: dois dias depois apirexia e ligeiro sôpro tubar na axila direita; em 11 (do 1-1937), discretos sibilos na base esquerda e respiração fraca a direita.

Pirquet, *negativa* em 1 e em 10-3-937.

Radiografia n.º 2, feita em 19-1-937; «mostra á direita a sombra hilar ainda bastante aumentada de volume e, partindo d'ela, uma pequena mancha alongada de densificação, dirigindo-se para fóra, ao nível do terceiro espaço inter-costal, resto da pneumonia de que a doença foi portadora. Á esquerda, a sombra hilar apresenta-se também aumentada de volume e bastante arborizada».

Radiografia n.º 3 de 10 de março de 1937:» mostra perfeita transparência pulmonar de um e outro lado, sem sombras de densificação; a sombra hilar esquerda está ligeiramente aumentada de volume, partindo do seu polo superior uma discreta reacção linfangítica peri-vascular, que se dirige para o primeiro espaço inter-costal.»

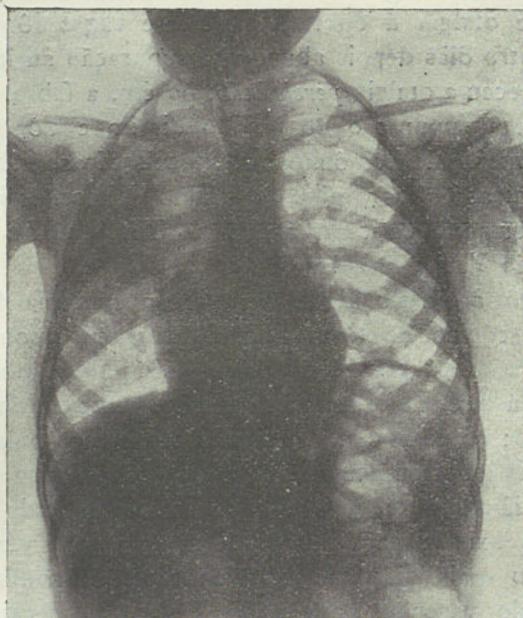


Fig. 1

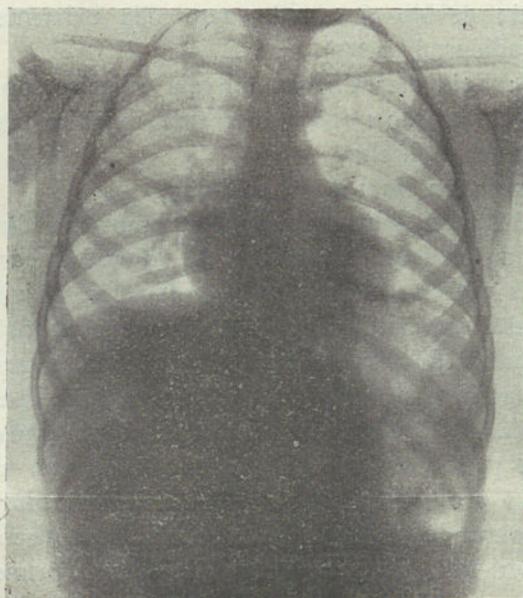


Fig. 2

Pour paraître le 31 Mars 1938

LES 2 VOLUMES PARAITRONT ENSEMBLE

TRAITÉ D'ÉLECTRORADIOTHÉRAPIE

2 volumes grand in-8 (25 × 17,5) formant ensemble
2018 pages avec 450 figures.

Directeurs de l'ouvrage :

L. DELHERM

Électroradiologiste des Hôpitaux de Paris,
Chef du Service central É. R. de l'Hôpital
de la Pitié (Paris).

A. LAQUERRIÈRE

Électroradiologiste des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'Université de Montréal
(Canada).

Secrétaire général :

H. MOREL-KAHN

Électroradiologiste des Hôpitaux de Paris, Chef adjoint du Service central É. R.
de l'Hôpital de la Pitié (Paris).

Secrétaire adjoint :

H. FISCHGOLD

Assistant d'Électroradiologie des Hôpitaux de Paris (Hôpital de la Pitié).

PRÉFACE DU PROFESSEUR D'ARSONVAL

Conditions de publication :

- 1^e) **Prix de souscription** valable jusqu'au 15 Mars 1938 en payant
la totalité de la somme en même temps qu'est remise la
souscription..... L'ouvrage, broché. 360 fr.
L'ouvrage, relié... 390 fr.
- 2^e) **Prix définitif** : après la clôture de la souscription (15 Mars
1938)..... L'ouvrage, broché. 440 fr.
L'ouvrage, relié... 480 fr.

Dirigir todos os pedidos à Administração desta Revista :

Livraria Moura Marques & Filho

N. B. — Chamamos a atenção dos nossos clientes para as vantagens que teem em nós enviarem desde já os seus pedidos para aproveitarem o preço especial.

Journal of the Board of Directors

1938

Minutes of the Board of Directors

Meeting held on the 15th day of January, 1938

Present: Mr. A. B. C.

Mr. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

Called to order by the President, Mr. A. B. C.

Roll called and all present.

Minutes of the previous meeting read and approved.

Report of the Treasurer, Mr. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

Report of the Secretary, Mr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

Resolved, That the Treasurer be authorized to pay the bills of the company.

Resolved, That the Secretary be authorized to execute all necessary papers.

Resolved, That the Board of Directors be authorized to do all such acts and things as may be necessary and proper to carry out the business of the company.

Adjourned until the next meeting.

Witness my hand and the seal of the company this 15th day of January, 1938.

Attest: Mr. A. B. C. Secretary

Mr. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. President

Mr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Treasurer

Mr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Secretary

Mr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Treasurer

Adjourned until the next meeting.

Witness my hand and the seal of the company this 15th day of January, 1938.

Attest: Mr. A. B. C. Secretary

Mr. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. President

Mr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Treasurer

Evidentemente que os casos de existência e de sucessão de uma otite média supurada e de uma pneumonia latente, conduzindo ao provável diagnóstico de oto-mastoidite ou de oto-antrite (a mastoidite ou a antrite, latentes, por sua vez), com todas as suas naturais conseqüências, são muito raras excepcionais. Entretanto, porque, embora excepcionais, são incontestáveis, merecem ser devidamente conhecidas. Efectivamente, a terapêutica e o prognóstico de uma pneumonia infantil não são os mesmos que o de

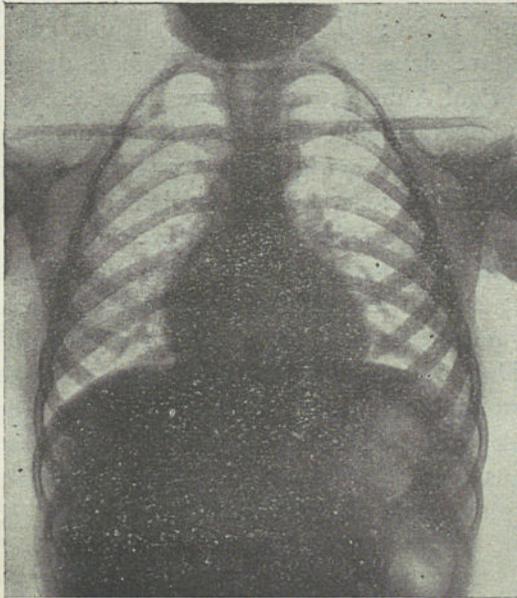


Fig. 3

uma antrite ou mastoidite. Embora a antrotomia seja uma operação geralmente fácil e inofensiva nas crianças de menos de dois ou três anos, dada a superficialidade do antro e a reduzida espessura da lâmina óssea que a separa dos tecidos moles (Max Meyer), que diferença, na verdade, sob vários pontos de vista, ao menos para o médico e para a família do doente, entre o diagnóstico de oto-mastoidite e o de oto-pneumonia, aquele causando fundadas e graves apreensões, este, habitualmente favorável, benigno!

Repetimos, estes casos, são muito raros, excepcionais anato-

mo-clinicamente falando e mais o devem ser, ainda, sob o ponto de vista da sua terapeutica cirúrgica, se atendermos a que certas mastoidites latentes infantis (inclusive dos lactentes) como demonstrou Paul Bernard, podem ter tradução radiográfica (1) e sobretudo porque o número dos *intervencionistas precoces* tende francamente a diminuir. Á parte certos casos de mastoidite inicialmente supurada, beneficiando com a intervenção cirúrgica imediata, a terapêutica médica é preferível, podendo, quer evitar aquela, quer torna-la mais oportuna e apropriada. Depois de demonstrar, com algumas observações, tal modo de proceder, diz a seu respeito Tixier; «Je ne suis, d'ailleurs, pas seul de mon avis. J'ai trouvé dans les *Annales d'Otologie* de 1935, sous la signature de Paul Aubriot, de Nancy, un mémoire fort intéressant sur la temporisation en matière de chirurgie mastoïdienne. L'auteur croit que l'on a, en général, tendance à trêpaner, prématurément, des mastoïdes qui ne réclament que l'expectation armée et le traitement médical et il enonce une deuxième proposition empreinte d'une saine logique»: Une mastoïde devenue chirurgicale peut et doit, à moins de symptômes d'alarme, attendre un optimum opératoire, en quelque sorte une maturation». (2)

Sem dúvida que associação de oto-pneumonia e de antrite ou de antro-mastoidite manifesta (revelada pela dôr, edema, apagamento do sulco retro-auricular, etc.), é possível, impondo, conforme os casos e os autores, terapêutica muito variável: esvaziamento antro-mastoideu, vacinoterápia, soroterápia (3), etc. Mais

(1) Le Mée, Bull de la Soc. de Péd. de Paris, 1936, pág. 119.

(2) Léon Tixier, Sur le traitement médical des mastoïdites, Bul. de la Soc. de Péd. de Paris, 1916, pág. 496.

(3) Trata-se, naturalmente, da seroterápia antipneumónica específica, que só se póde instituir depois de indentificado ou identificados o pneumo ou pneumococos em causa compreendendo, como é sabido, 4 grupos (I- II, III e IV e este englobando 32 raças diferentes). Para isso, depois de feita ou não a prova da natureza pneumónica do processo a tratar, pela cultura do exudato peritoneal do rato no caldo de Truche, pelo fenómeno de Neufeld, etc. (Jean Troisier, M. Bariéty et J. Brouet, «Le diagnostic rapide des pneumococcies. L'épreuve du péritoine de la souris», «La Presse Médicale», n.º 7, 2937, pág. 1211, recorre-se á prova de tumefação da cápsula» (*ibidem*, n.º 14, pág. 2501), devido á precipitação, pelos soros específicos, dos polisacaridos capsulares.

de que nesta hipótese são estes problemas para resolver sobretudo nos casos de *processos febris inexplicados* dos lactentes, acompanhados de convulsões oculares, insónia persistente, diarreia coleriforme, etc., devidas a uma oto-antrite latente e podendo ser mais ou menos eficazmente tratados cirurgicamente (1), pela vacinoterapia e por medicamentos como o Prontosil, Rubiazol, Septazine, Septoplix ou 1162 Fr., etc. (2). Se não importante, seria interessante, pelo menos, conhecer a razão de ser da oto-pneumonia. Localização dupla, simultânea ou sucessiva, do mesmo processo pneumocócico, disseminado por via respiratória ou vascular? Consequência de uma associação ou sucessão microbiana em que os fenómenos de biotropismo desempenhem primacial papel? Ignorámos se existem trabalhos fidedignos a tal respeito. Daí, pois, as nossas dúvidas e as nossas perguntas (3).

(1) Ribadeau-Dumas, Ramadier, Guillon et Le Melletier, La mastoïdite du nourrisson, Bul. de la Soc. de Péd. de Paris, 1936, pág. 33-44,

(2) Léon Tixier, loc. cit.: P. R. Bize, Trois cas d'otite du nourrisson avec température oscilante d'allure septicémique posant la question de l'intervention mastoïdienne et guéris par le traitement médical, *retro* pág. 500.

(3) É evidente que o nosso caso, observado após drenagem espontânea de otite, sede muito provável de infecção secundária, não se mostrava propício a tais investigações, compreendendo, naturalmente, um exame bacteriológico do pus auricular e da expectoração (colhida por vômito ou sondagem gástrica), uma hemocultura, etc.

SERVICIOS DE CIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR DE TETUAN

Cirujano Jefe: Dr. Manuel G. Durán

SOBRE TRES CASOS DE ILEO GRAVE POR CÁLCULO BILIAR, INVAGINACIÓN, Y TROMBOSIS ARTERIO-MESENTERICA RESUELTOS FAVORABLEMENTE

POR

DOCTOR MANUEL G. DURAN

En el diagnóstico urgente que impone el abdomen agudo, en la premura con que tiene que diagnosticar y actuar el cirujano, quizás no se tiene lo suficiente presente en el animo todas las causas probables, y sobre todo posibles que pueden abocar al cuadro grave, si los hay, del ileo.

Ante un abdomen agudo, la serenidad del cirujano, es un factor esencial que condiciona el éxito. Esta serenidad es absolutamente precisa, primero para hacer un diagnóstico correcto, luego para saber actuar en las mejores condiciones de éxito.

En términos generales ante un abdomen agudo de tipo ileo, se piensa con excesiva frecuencia en la estrangulación y no se da la debida importancia a las causas de oclusión. Y sin embargo, su pronóstico es apriori bien distinto, hasta tal punto que el ileo por obstrucción con su cuadro aparatoso y grave puede terminar favorablemente incluso sin intervención del cirujano. Nos apresuramos sin embargo a proclamar, que ello no autoriza de ningún modo para diferir una intervención que está en principio siempre indicada.

Los casos que vamos a referir, demuestran hasta que punto el cirujano debe pensar en todas las causas de ileo, y hasta que grado una conjunción de circunstancias pueden conducir a un diagnóstico correcto, y a una decisión terapèutica eficaz.

Número 5.084.—C. I. 57 años. Diabética y metrorrágica. Hace años viene sufriendo episodios dolorosos abdominales mal

definidos, y a los que no ha concedido mayor importancia, obsesionada lo mismo que su médico, por su diabetes. Estas crisis iban acompañadas cuando eran de alguna intensidad de acidosis con acetonemia, que cedían al tratamiento clásico.

Se trata de una enferma obesa, pícnica con estigmas inter-sexuales de tipo hirsuto.

Precisando los caracteres de sus algias abdominales, se trata de crisis que sobrevienen con cierta regularidad, cada 2-3 meses, particularmente por la noche, a consecuencia de alguna transgresión dietética. El dolor se inicia en epigastrio, difundiéndose a todo el abdomen superior, y particularmente a hipocondrio derecho. Dolor a inspiración profunda y con irradiaciones a hombro derecho. El episodio dura 2-3 horas, y suele terminar con una descarga diarreica y orinas encendidas.

La exploración revela un discreto tinte sub-itérico, vientre blando en batracio, con dolorimiento en epigastrio y sobre todo en hipocondrio derecho; sensación de resistencia profunda a inspiración. Signo de Murphy, puntos frénicos positivos. En bajo vientre y por tacto combinado, fibromioma uterino, tamaño mandarina, determinante de las metrorragias.

En pecho tonos apagados y con acentuación del segundo aórtico, estertores subcrepitantes de bases pulmonares. Tensión 15 Mx. 8 Mn. Radioscopia estómago grande en ptosis de primer grado, con hiperperistaltismo y deformación do bulbo duodenal: Vaciamiento lento por piloro. Jugo gástrico cantidad 60 cc. ClH libre 15, total 32. Adler negativo, láctico negativo. Examen de heces deficiente digestión de grasas y proteicos; no hemorragias mínimas. Radiografía con tretayodo negativa. Pruebas de funcionalismo hepático a galactosa y levulosa dan una insuficiencia moderada. Glucemia curva 1,25-2-1,80. Orina indicios albumina, y glucosa 15 grs. Sedimento cilindros y halinos y hematies. Diagnóstico colelitiasis con insuficiencia hepática.

Es sometida a tratamiento médico de terapéutica protectora de hígado y cura hidro-mineral que le mejora considerablemente. Pero de improviso surge un cuadro abdominal ruidoso de tipo oclusión. La enferma siente un violento dolor en mesogastrio con retortijones y vómitos: La cara está pálida angustiosa un poco arrugada, contraída; pulso frecuente bastante pequeño, lengua saburral, blanca amarillenta; no hay evacuaciones desde

hace 48 horas aunque sí, hay emisiones de gases. El vientre está abultado y distendido de modo uniforme, de consistencia pastosa sin induración ni relieve en ningún punto. Se hace un intento con suero clorurado hipertónico y luego pituitrina, sin obtener resultado alguno. Por lo que, y apesar de las condiciones generales poco quirúrgicas de la enferma, se decide la intervención con el diagnóstico de oclusión intestinal por posible cálculo biliar, dados los antecedentes litíasicos de la enferma.

Anestesia eter. Laparotomía sub-umbilical. Epiplon muy engrosado y grasoso, asas delgadas ingurgitadas y dilatadas, y otras aplastadas y vacías: Se trata de eviscerar estas últimas, y nos conducen rápidamente al punto de conjunción de la parte vacía de la porción dilatada, unos cuarenta centímetros de ciego; a este nivel se nota en el interior de intestino una masa ovoidea, dura, compacta, que dá efectivamente la impresión de un enorme cálculo biliar.

Inmediatamente se eviscera y se aísla por compresas del resto de cavidad. Se trata de movilizar el cálculo lo que no es posible, dando la sensación de que está engastado en plena pared intestinal. Por ello, se hace enterotomía sobre el borde convexo descubriendo la superficie negruzca y granulosa del cuerpo, extraño: Se hace vascular sobre su eje, y se le extrae fácilmente a través de los labios de la hendidura intestinal. Inmediatamente se escapa una enorme cantidad de materias estercoráceas líquidas, que inundan el campo operatorio. Se disponen dos clamps que aíslan la porción intestinal abierta, se practica un gran lavado con suero caliente, y se sutura la incisión intestinal en dos planos. El estado de la enferma es muy inquietante, por lo que nos apresuramos a cerrar la pared en un solo plano con sutura metálica.

En el post-operatorio se instituye un tratamiento de insulina, suero hipertónico, y opoterapia hepática aparte del tónico general de hidratación y cardiaco. Gracias a ello, se consigue salvar la gran crisis de acidosis e hipocloruremia que sobrevino, y la enferma se repuso con relativa rapidez.

La obstrucción intestinal por cálculo biliar no es muy frecuente, pues Braun y Wostmann hasta 1923, señalaban un total de unos cuatrocientos casos.

Los cálculos biliares capaces de producir obstrucción, tienen un tamaño muy variable, y no existe de ningún modo relación, entre

el volumen del cálculo y la intensidad de los síntomas. Así Troisier cita un enfermo que expulsó sin sintoma, un cálculo de ocho gramos, mientras que otro tuvo síntomas graves al expulsar uno de 7 grs. El nuestro tiene un peso de 10 grs. Respecto a la migración del cálculo desde vesícula a intestino, se admite que en el 95 % de los casos, se produce a través de fistula bilio-intestinal, previa perivisceritis por decúbito, determinando fistula cístico duonal, cístico colica, y mas raramente cístico yeyunal. En todo o caso, la obstrucción se produce hacia hilio terminal, en nuestra enferma a unos cuarenta centímetros de valvula Bahuin. El factor espasmo es decisivo, mucho mas que el tamaño del cálculo para la sintomatología de la obstrucción, hasta el ponto que la persistencia de este espasmo, puede acelerar y determinar una necrosis de pared después de astraído el cálculo.

En algunos casos la migración de cálculo de vesícula a intestino se manifiesta por hemorragia, o por un cuadro de colecistitis o peritonitis, pero en otros casos como el nuestro, la migración es totalmente silenciosa y hasta puede permanecer en intestino sin provocar accidentes hasta el ileo, que puede evolucionar de modo crónico o agudo como ha ocurrido en nuestro caso.

El cuadro del ileo biliar a pesar de lo que se ha dicho, nos parece muy poco característico para diagnosticarle, si falta el antecedente colecístico. Sin embargo, se ha hablado de su evolución intermitente: crisis obstructivas repetidas, seguidas de periodos de bienestar, que se explicarían por el paso del cálculo a lo largo del intestino, provocando obstrucciones a distintos niveles. De todos modos esta sintomatología sirve para hacer el diagnóstico nosológico pero no el etiológico.

La evolución del ileo por cálculo, seria favorable en la mitad de los casos susceptibles de terminar por eliminación espontánea (Hermann).

Cuando hay que intervenir, algunos autores como Wilms señalan una mortalidad del 60 %. Gailart entre nosotros, cita seis casos de ileus biliar, de los cuales tres curaron por expulsión espontánea del cálculo, y los otros tres fueron intervenidos, solamente se curó uno.

Número 5.693 — E. S. 21 años. Paludismo hace tres años, y posteriormente ha padecido varios episodios apendiculares, desde hace tres años siendo intervenido en vno de los accesos. Puntualiza

le han dejado drenaje, que fue retirado totalmente hacia los quince días. Posteriormente no ha tenido molestias. Ingressa en una clínica de Medicina con el diagnóstico tan socorrido de gastroenteritis. Aquejaba dolores de vientre no muy intensos, y esporádicos, lengua saburral y estreñimiento, temperatura subfebril irregular; le prescriben reposo, dolor, dieta, y laxantes. Los exámenes del laboratorio son negativos respecto a infecciones del grupo tifo-paratífico, paludismo, etc. El internista sospecha una toxi-infección alimenticia, e insiste en un tratamiento anti-tóxico y anti-infeccioso sin resultado. El enfermo continua con sus molestias y dolores que tienden a acentuarse, vomita de cuando en vez, y hace alguna deposición diarreica sin sangre. De pronto este cuadro se agrava bruscamente. Los dolores son cada vez mas intensos en forma de retortijones, vomita todo lo que toma, el vientre se abulta, la facies se altera, está inquieto, y el pulso se precipita a 120. En vista de ello, y sospechando un abdomen agudo es pasado a nuestro servicio.

Nos encontramos con un sujeto lecto-somático, hipo-asténico, muy deshidratado, con fisonomía pálida y fatigada como de sufrimiento, pero sin presentar el carácter especial, las señales de estenuación que se encuentran en el ileo verdadero: La piel está caliente, el pulso es frecuente (120) pequeño, pero fuerte. Desde la víspera no ha hecho ninguna deposición, pero ha emitido gases: El vientre está blando poco meteorizado no muy doloroso, y tenso hacia fosa hiliaca derecha; pero no dá a la mano esa sensación de tensión en lleno, propia de la estrangulación. No obstante, através de paredes abdominales, se aprecia claramente después del estímulo provocado por la palpación profunda, movimientos peristálticos.

Sentamos en firme un diagnóstico de ileo por oclusión, cuyo origen serían probablemente bridas o adherencias hacia terminación de ileon, producidas por su antigua apendicitis. Intervención inmediata.

Anestesia eter. Laparotomía subumbilical asas delgadas muy dilatadas. Nos dirigimos directamente a ciego que está vacío y luego iniciamos el devanado de ileon desde su terminación, encontrando a unos treinta centímetros de ciego, un intestino negruzco, flácido y edematoso de calibre normal, mas allá, asas delgadas enormemente dilatadas: así mismo el mesenterio correspondiente al intestino lesionado presenta una zona triangular, que está roja

edematosa, dura y engrosada: En una palabra corresponde al clásico infarto hemorrágico; en el vértice del triángulo mesentérico se aprecia un grueso coágulo del tamaño de un huevo de paloma.

Ante estas lesiones dudamos entre una resección del segmento intestinal afecto con el mesentérico correspondiente, seguido de anastomosis término-terminal; o bien dado el estado del enfermo, abocar simplemente los dos cabos intestinales para ir directamente al ano contra-natura: Teniendo en cuenta que nos encontramos ya hacia intestino terminal, y por tanto el ano no es tan caquetizante. Efectivamente, el curso post-operatorio nos dió la razón: Fué tempestuoso, pero no obstante el enfermo se repuso: no pudimos cerrar el ano contra-natura, porque el enfermo se opuso a una nueva intervención.

Como se sabe, se trata de una forma de ileo extremadamente grave, o por mejor decir, la más grave de todas. Afortunadamente es todavía más raro que el ileo biliar, a juzgar por el escaso número de comunicaciones sobre el llamado también infarto intestinal, o infarto abdominal. Se citan unas 360 observaciones particularmente en hombres en la edad madura. Y sin embargo, es preciso pensar en él, porque es quizás de los casos de ileo que exige una intervención más urgente, por las lesiones irremediables que se producen en el intestino.

Sus causas son las mismas de la arterioesclerosis, pero la circunstancia de que se presente en individuos jóvenes sin rastros de lesiones de ese tipo, (endocarditis, ateroma) induce a pensar en ciertas influencias tóxicas que lesionen la íntima de la arteria, determinando una endocarditis primitiva de los vasos mesentéricos y la trombosis secundaria. En nuestro caso nosotros sospechamos en una arteritis palúdica. Hay que tener en cuenta además, que el bazo palúdico puede ser origen de embolias. La exploración en el sentido de descubrir una endocarditis, que pudiera ser naturalmente el origen de embolia ha sido totalmente negativa, así como los datos de laboratorio. La localización especial del trombo en los vasos mesentéricos, puede tener alguna explicación, por un lado en la acción tóxica ejercida por los productos de auto-intoxicación intestinal, y luego sobre esta base, sabemos que la toxi-infección malárica puede fijarse a nivel de los vasos. Que las cosas pueden ocurrir así, es que en la patogenia del falso

abdomen agudo de origen palúdico, clínicos muy expertos, admiten una patogenia auténticamente vascular, capaz de explicar en parte los múltiples síndromes que puede presentar el falso abdomen palúdico. Evidentemente se trataría de una arteritis palúdica, capaz de abocar al trombo.

El mecanismo íntimo de producción, no difiere realmente del conocido sobre los trombos aortico-iliacos, que se observan en el la endocarditis lenta, y constituye un problema que no nos interesa directamente.

El cuadro clínico del infarto mesentérico suele aparecer con brusquedad, y con todo el cortejo sintomático de un abdomen agudo, grave si los hay. No obstante en nuestro caso, el proceso se fué instalando con cierta lentitud, lo que nos inclina a creer, que se tratara de un trombo autóctono de la propia mesentérica, que fuera creciendo lentamente.

De todos los síntomas, el que mas puede orientar sin duda, son las hemorragias intestinales copiosas. En cambio, no hemos podido comprobar las petequias en piel. Como dato orientador en el diagnóstico, se puede quizás citar que existe una conjunción de dos síndromes: Ileo, mas diarrea, en forma de melena. En cambio no se comprueba distensión abdominal, como en otras formas de ileo. De todos modos al práctico lo que le interesa, es hacer un diagnóstico de abdomen agudo por ileo, y plantear la intervención.

Naturalmente la gravedad es inmensa, aunque se citan algunos casos de curación espontánea; suponemos que se trata de trombos muy periféricos, y por tanto que alcancen poca extensión de asas, y además una retracción del trombo que permita cierta permeabilidad vascular. La estadística de Reich, es realmente aterrador: Llegó a reunir 251 casos, de los cuales fueron operados 91 y de ellos 18 curaron y 76 terminaron por exitus. Klein cita 24 casos de resecciones con éxito. Brady refiere tres casos afortunados en que no se hizo resección, sino que se fué directamente al ano contra-natura, abocando los cabos a pared: Igual conducta que seguimos nosotros y a la que debemos, creemos muy fundamentalmente, poder salvar al enfermo, ya que la resección la consideramos un traumatismo de extrema gravedad, en estos enfermos profundamente intoxicados, por su ileo suponiendo que no tengan además alguna lesión cardio-vascular.

Es preciso además tener en cuenta, que hace falta practicar una resección enorme, que a veces llega a dos metros o más. Así pues, el ano contra-natura nos parece la conducta mas beneficiosa, benigna y práctica, ya que no sea muy elegante para el enfermo.

Número 5348 — A. F. 35 años. Ha padecido fiebre de malta hace cinco años, y colitis hace dos; hace cinco dias sufre violentos dolores de vientre, que sobrevienen por crisis localizados en hemiventre derecho, sobre todo hacia fosa iliaca; estreñimiento casi total, expulsando simplemente algunas materias teñidas de sangre con moco, de intestino terminal. Nada vómitos. Pulso a 80 tenso y amplio, temperatura 38,7. Fuera de las crisis que sobrevienen cada 5-6 horas, al enfermo está tranquilo y tolera liquidos. La exploración del vientre en los intervalos de las crisis, revela una pared dura, resistente, sin contractura, pero que no permite llegar hasta profundidad. En todo el flanco derecho, se palpa una tumuración alargada y sensible que corresponde a colon. Dolorimiento difusa sin localización. Nada por tacto rectal. Diagnosticamos un ileo crónico, por posible invaginación y proponemos la intervención, que la familia no acepta, por que no ve la gravedad del enfermo. El estado del paciente es en los dias siguientes del todo tranquilizador, hasta el punto que la familia lo considera fuera de todo peligro. El enfermo no tiene dolores, tolera liquidos, purés, papillas y compotas, temperatura subfebril, pulso 86, únicamente el vientre persiste con cierta renitencia y pastosidad en flanco derecho, y sobre todo muy variable según los dias. Hay deposiciones de tipo diarreico o mejor disenterico. A los trece dias del comienzo del episodio abdominal, el enfermo tiene un dolor violento y hace una deposición sanguinolenta, expulsando un trozo de intestino delgado de unos 20 centímetros, macerado pero con sus tres capas bien diferenciadas. A los dos dias y precedida de dolores violentos, nueva expulsión de un segmento de unos quince centímetros. A partir de entonces, la mejoría del enfermo se fué acentuando hasta tal punto, que a los diez dias reanudaba su trabajo de tapicero.

El ileo por invaginación muy frecuente en le niño, como se sabe, es en cambio una gran rareza en adulto. Muy posiblemente en estos casos es necesario admitir la existència de una causa auténticamente mecánica que arrastre el asa invaginada: pólipos,

cuerpos extraños, y sobre todo apéndice. Tenemos la impresión por lo que hemos visto, en apendicitis agudas intervenidas, y en las crónicas, habida cuenta de la disposición del peritoneo ileo-cecal, que el apéndice constituye probablemente en el adulto, la causa más frecuente de la invaginación ileo-cecal. Efectivamente en nuestro caso, el comienzo por una crisis aguda de tipo apendicular, y luego su evolución por paroxismos, puede explicarnos como el apéndice hundido en un bloque de adherencias, que inmovilizan ciego, con frecuencia afecto de pannus (perivisceritis), permite que el ileon en hiper-peristaltismo, frente al anti-paristaltismo, cecal, se enchufe en el gran cilindro ceco-cólico bloqueado por procesos de pericolicitis.

Lo cierto es, que pasado el primer episodio auténticamente inflamatorio, el proceso entra en un periodo de regresión y tolerancia tal, que los familiares y hasta el médico creen resuelto definitivamente el caso. Se instala un cuadro de ileo subagudo o crónico más o menos ruidoso, que en nuestro caso fué bien tolerado, con sus ataques de cólicos, borborigmos, meteorismo episódico y deposiciones de tipo diarreico con mucosidades pus y sangre. En cierto modo, el cuadro en esta fase se parece al de una obclusión por tumor, a la colitis ulcerosa espástica, púrpura abdominal y naturalmente a la apendicitis sub-aguda, sobre todo cuando esta se acompaña como es muy frecuente, con un proceso de peri-colitis ascendente.

En el niño el cuadro clínico es muy nítido, y permite hacer un diagnóstico bastante seguro, para practicar a tiempo una intervención salvadora: En un niño vigoroso y en plena salud, aparecen dolores abdominales violentos, que arrancan gritos, rechaza el pecho, vomita todo lo que toma y tiene deposiciones con moco, sangre y hasta verdaderas entero-ragias. La palpación de la morcilla intestinal, y el meteorismo son síntomas demasiado tardíos, para decidir una intervención oportuna. En el adulto las cosas no suelen ser tan claras, y de ordinario el diagnóstico es simplemente de obclusión, a menos que la palpación compruebe el cilindro invaginado y las enterorragias sean violentas.

Lo más interesante para nosotros, es el hecho absolutamente evidente de que la curación espontánea de esta modalidad de obclusión, puede producirse y de hecho se produce de modo inesperado, y sin ninguna maniobra terapéutica. Claro es, que al

parecer los casos son rarísimos; pero el nuestro es absolutamente demostrativo, y además la curación fué total y completa, el enfermo quedó absolutamente libre de toda molestia.

Las condiciones e mecanismo como se produce esa curación, es lo que de momento no podemos dilucidar. En términos generales, nos parece que la invaginación ileo-cecal es la que mas probabilidades tiene de que se produzca esta curación espontánea, y luego una segunda circunstancia sería quizás el que la causa inmediata de la invaginación, fuera precisamente un proceso inflamatorio que despues de una fase aguda ruidosa de auténtica oclusión, fuese regresando y abocara a una oclusion incompleta crónica. La conjunción de estas dos circunstancias, se da precisamente en la invaginación determinada por la apendicitis: Proceso inflamatorio que inmoviliza ciego, y predispone a que se telescopen el ileo en ceco-colon: Fase aguda de oclusión por la tumefacción inflamatoria, y fase crónica de oclusión incompleta por regresión del proceso; finalmente fase de eliminación del segmento invaginado. El establecimiento previo de adherencias inflamatorias, con la consiguiente protección epiploica, constituyen un mecanismo protector que condiciona en parte la eliminación con garantías de éxito. Esta posibilidad de curación espontánea no disminuye apenas la gravedad evidente de este ileo, existiendo estadísticas verdaderamente impresionantes: En los niños operados después de las doce primeras horas, subcumben los 4/5. Con la operación precoz, el pronóstico es naturalmente mas favorable llegando hasta el 60 % de curaciones según Brann.

Pero la mortalidad depende tambien en gran parte de la táctica terapéutica. Y aqui existe toda una disparidad de criterio considerable. Desde la taxis por enema forzado, hasta la resección el cirujano tiene a su distintos procederes.

Dejando a un lado la reducción por enema forzado, que pocas veces va seguida de éxito y expone como todas las taxis e serios peligros, los procederes auténticamente quirúrgicos, son varios y de su elección en cada caso concreto, depende fundamentalmente el éxito.

Lo mas sencillo y lo que proporciona un resultado mas brillante, es la reducción de la invaginación previa laparotomía, por simple expresión del cilindro invaginado. Si el diagnóstico es precoz, y no existen trastornos circulatorios irremediables con

lesiones necróticas de pared, este proceder es sin duda el mas correcto. Pero ocurre que esta desinvaginación no siempre posible, por las adherencias establecidas, y las lesiones constituidas en pared y mesenterio, lo que ocurre cuando el diagnóstico se hace mas allá de las veinticuatro horas, y entonces el cirujano tiene que optar entre tres procedimientos: Simple enterostomia; resección con abocamiento directo de cabos a pared; resección con restablecimiento inmediato de intestino por sutura.

En el niño, los dos primeros procederes según algunos, no han ocasionado mas que desastres: Porrin y Lindsay citan 18 defuncines sobre 18 operados. En cambio la resección con anastomosis inmediata, proporciona según los mismos autores: en 29 operados 9 curaciones y 20 defunciones. En vista de estos resultados, se ha propuesto a practicar la resección solamente del segmento invaginado, previa incision del intestino invaginante (Delore, Jesset) con lo que se ha mejorado un poco las estadísticas, dentro de una evidente gravedad. De todos modos, la operación precoz es lo único aquí, como en toda la cirugía abdominal repitamoslo, el factor decisivo del éxito. Y cuando nos encontramos con una invaginación mas allá de las 24-48 horas el cirujano debe realmente pensar en la posibilidad de una curación espontánea, por eliminacion del segmento invaginado, como ocurrió en nuestro caso. Ante un diagnóstico tardío, con enfermos muy intoxicados, y con una peritonitis en marcha, la gravedad de la intervención es inmensa, y no debe perderse de vista que estamos frente a una variedad de oclusión, que aunque raramente, puede terminar y termina en algunos casos favorablemente. Y por tanto no debemos lanzarnos sistemáticamente a jugar la gran partida, cuando no tiene a penas probalidades de éxito.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Livraria **Moura Marques & Filho**

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES:

- Carillon** — Exercices Pratiques de Médecine Opératoire et Chirurgie. 1 vol. 346 pag. avec 313 figures. (N) — Frs. 170,00.
- Castueil** — Santé? Maladie? Toxines. 1 vol. 64 pag. (D) — Frs. 22,00.
- Claude et Lévy-Valensi** — Les États Anxieux. 1 vol. 430 pag. (N) — Frs. 60,00.
- Duval** — La Gastrectomie (Opération Bénigne). 152 Gastrectomies de suite pour ulcère sans mortalité. 1 vol. 144 pag. avec 32 planches. (N) — Frs. 30,00.
- Grenet** — Conférences Cliniques de Médecine Infantile. Cinquième Série. 1 vol. 345 pag. 25 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Hovelacque, Mondod, Eyraud** — Treize Coupes Horizontales du Thorax. 1 vol. grand format avec XIII planches. (N) — Frs. 175,00.
- Maurice Loeper** — Les Hépatites. 1 vol. 262 pag. avec 47 figures. (M) — Frs. 60,00.
- Nodet** — Le Groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques. 1 vol. 164 pag. (D) — Frs. 40,00.
- Ramadier** — Traumatismes de l'Oreille. 1 vol. 150 pag. avec 15 figures. (M) — Frs. 45,00.
- Tarneaud** — La Stroboscopie du Larynx. Sémiologie stroboscopique des maladies du larynx et de la voix. 1 vol. 90 pag. (N) — Frs. 30,00.
- Tinel** — Le Système Nerveux Végétatif. 1 vol. 848 pag. avec 306 figures. (M) — Frs. 160,00.



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose	6 a 12 drageas por dia
BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empolvas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
BELLERGA Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i> : Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i> : frenador efectivo do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i> : Sedativo de acção central	Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo	3 a 5 drageas por dia
CALCIBRONAT Combinação bromo-cálcica organica.	Todas as indicações da medicação bromada e brometada	1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramuscular por semana
CALCIUM-SANDOZ Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetanigenos, espasmo-filia, pneumonias, gripe, asma, dermatoses, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos inercias A+B+C da <i>Digitals lanata</i>	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas
GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio especifico da cravagem de canteiro sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático; Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
OPTALIDON Nova associação antineuralgica e sedativa	Todas as dores: neuralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILLARÈNE Complexo glucosidico, cristalizado e estabilizado do bulbo de Scila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, aritmia, coração senil, miocardite	2 a 6 comprimidos, ou XI a CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empolva por via endovenosa.

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

«TOTA MULIER IN UTERO»

ÚTEROS DIDELFOS, BICÓRNEOS E BILOCULARES (*)

POR

ALBERTO COSTA

ASSISTENTE DA FACULDADE DE MEDICINA

As anomalias uterinas são das mais freqüentes malformações congénitas (20), podendo encontrar-se uma vez em cada 100 autópsias (11).

O seu conhecimento despertou sempre a curiosidade, tanto dos investigadores como do público ignaro, tão ávido de unhar, no próximo, defeito ou aleijão encoberto, como de descobrir em casa do parceiro, motivosinho de escândalo.

Tais anomalias, contudo, fôram por muito tempo objecto de supersticioso terror, vendo-se nelas um testemunho da cólera dos deuses, obra de bruxas ou intervenção do demónio e outros espíritos maléficos produtores de malas-artes, com os quais convinha não tomar sequer simples relações de conhecimento. Assim, refere Blanc (3) que em 1599, uma pobre mulher de Dôle, com possíveis anomalias genitais, foi queimada viva na praça pública por ser acusada de ter tido relações com o diabo.

Em 1734, Louis apresenta à Faculdade de Medicina de Paris a sua tese *De partum externarum gerationi*, na qual descrevia o

(*) Conferência realizada em Lisboa, na Maternidade Doutor Alfredo da Costa, na noite de 22-I-938, havendo sido anteriormente resumida em comunicações apresentadas, respectivamente, em 25-XI-937 nas Quinzenas Médicas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e em 20-I-938 nas Sessões de Cultura Médica da Faculdade de Medicina do Pôrto.

caso duma vagina abrindo-se no recto; o coito tivera lugar por esta via e a mulher engravidara.

Tese que foste defender! O parlamento proibiu-a e a Sorbonne expulsou o autor. Só vinte anos mais tarde, obtida a absolvição do papa Bento XIV, ela pôde ser defendida e publicada (3-14).

Contudo, as anomalias útero-vaginais já eram do conhecimento de Hipócrates e de outros antigos observadores; Julius Obsequens no seu «*de Prodigis*» fala de uma mulher romana que tinha duas vulvas e duma criança nada-morta que tinha duas vulvas e duas cabeças (10).

Antoine Cotti, segundo Morgagni, foi quem primeiro fez, em 1557, a dissecação dum útero de dois corpos.

Em 1599, G. Bauhin, dissecou no Collège des Lombards, em Paris, o cadáver duma mulher que tinha o útero septado, sendo de normal configuração exterior.

No século XVII, Purcel, autopsiando uma mulher morta de parto, descobriu um útero com dois corpos independentes e colos fundidos.

Bartholin, em 1651, fala dum caso de vagina dupla, anomalia esta de que M.^{me} Lachapelle também refere outros dois casos.

Em 1826, torna-se notável a tese de Cassan, onde o autor relata numerosas observações.

Em 1830, com a tese de Müller, o estudo das anomalias útero-vaginais sofre a primeira tentativa de classificação ordenada e explicação embriológica, que serve de base aos estudos de Saint-Hilaire, Moudin, Meissner, Busch, etc.

Seguem-se as classificações de Rokitansky, Foerster, Cruveilhier e Küssmaul. Stoltz em 1860 e Le Fort em 1863 continuam empenhados na mesma tentativa de esquematização que no ano seguinte Pfannenstiel aproveita, conseguindo reunir a um caso pessoal mais 18 observações.

Finalmente, em 1903, Ombredanne e Martin publicam uma memória importante, com uma classificação hoje universalmente conhecida, comportando 7 tipos diferentes, o último dos quais corresponde ao útero normal.

Piquand, em 1910, enriquece êste assunto com um estudo sobre anatomia e desenvolvimento dos «úteros duplos» e, desde então até hoje, não ha autor que tenha consagrado a sua aten-

ção a êste capítulo e se tenha encontrado satisfeito com as classificações propostas.

É que umas foram orientadas segundo um critério anatómico, atendendo sobretudo à forma, noutras presidiu o critério embriológico, cirúrgico, obstétrico ou clínico. Ligados a muitos outros, encontramos neste capítulo os nomes de Gross, Winckel, Foerster, Forgue e Magnan, que já se queixava de que as classificações variavam com os autores.

A contribuição portuguesa para o estudo das anomalias uterinas, contando já hoje algumas dúzias de casos, foi ainda recentemente lembrada pelos Profs. Geraldino Brites (11) e Pires de Lima (26-27), que foram sem dúvida os mais brilhantes colaboradores dessa resenha. Nada lhes temos a acrescentar; faremos apenas, no decurso do nosso trabalho, menção dum ou outro caso que de momento mais de perto nos interesse.

No estudo destas malformações, torna-se indispensável para boa compreensão, um golpe de vista rápido sôbre o correspondente capítulo da embriologia.

EMBRIOLOGIA — O futuro aparelho genital é representado no embrião de 35-40 dias por:

a) — 4 canais (2 para cada lado) de sentido mais ou menos longitudinal: — são os dois canais de Müller, um direito, outro esquerdo, e os dois canais de Wolff, um também para cada lado (fig. 1);

b) — cada canal de Wolff está em relação íntima com o mesonefros ou corpo de Wolff, junto do qual vai aparecer, cêrca da 6.^a semana, a eminência genital, futura glândula sexual.

O sexo, primitivamente indiferente, determinar-se-á mais tarde e, assim, a glândula evolverá para testículo ou para ovário.

Tomando parte directa na constituição dos órgãos sexuais, os canais de Müller estão intimamente ligados ao sexo feminino e os canais de Wolff ao sexo masculino.

Para isso, êstes últimos atrofiam-se quando o embrião evolue para fêmea, deixando apenas como lembrança residual os órgãos

de Rosenmüller, o para-ovário, o hidatido pediculado de Morgagni e os canais de Gartner. Só nos interessa esta hipótese, em que o embrião evoluiu segundo uma orientação feminina.

No embrião de cêrca de 35 dias, que iamós descrevendo, o canal de Müller de cada lado dirigindo-se de cima para baixo e de fora para dentro, cruza o canal de Wolff respectivo, tornando-se-lhe portanto mais interno, e retine-se a êle para constituir o *conduto uro-genital*, que por sua vez se encosta ao do lado opôsto formado idênticamente, dando assim lugar ao *conduto genital de Tiersch*. Êste dirige-se para baixo, em direcção à cloaca, onde se abre à frente do intestino terminal. Entretanto um septo transversal avança entre o intestino e o conduto genital (*septo uro-rectal*), dividindo a membrana cloacal numa parte anterior (uro-genital) e outra posterior (rectal).

A membrana uro-genital é a primeira a perfurar-se, dando a fenda genital, que representa a abertura externa da vagina.

Neste momento, uma causa que se oponha a esta perfuração, trará como consequência congénita uma imperfuração da vagina, de que apresentamos na fig. 2 uma observação pessoal.

Posteriormente dar-se-á a perfuração da membrana rectal, sem o que se obteria imperfuração do anus, de que possuímos também algumas observações curiosas.

Cada canal de Müller é divisível anatómicamente em duas porções distintas, uma delas situada para cima do ligamento de Hunter (futuro ligamento redondo) e outra, talvez um pouco maior, situada para baixo. Suponhamos, por comodidade de descrição, que esta última parte, representa os $\frac{2}{3}$ inferiores, muito

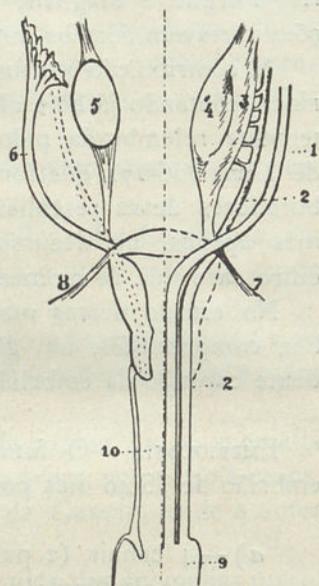


Fig. 1 — (A metade direita da gravura representa uma fase muito mais atrasada da embriogénese humana).

1—canal de Müller; 2—canal de Wolff; 3—corpo de Wolff; 4—glândula genital; 5—ovário; 6—trompa; 7—ligamento de Hunter; 8—ligamento redondo; 9—seio uro-genital; 10—vagina.

embora este cálculo peque bastante por excesso. Os dois canais de Müller, aproximando se da linha média cêrca da 7.^a semana, chegam ao contacto em grande parte dêstes 2/3 inferiores, e irão fundir-se um com o outro por reabsorção do septo correspondente à coalescência das paredes internas. Esta fusão, que começa talvez — segundo o maior número de opiniões — de baixo para cima, por volta da 8.^a semana, deve encontrar-se totalmente efectuada por alturas do 4.^o mês, quando os canais de Wolff já se atrofiaram, deixando apenas os seus vestígios.

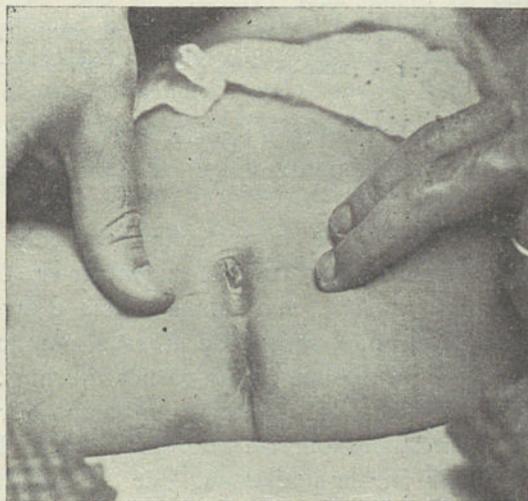


Fig. 2 — Imperfuração da vagina numa criança de 2 anos.
(Observação pessoal inédita)

Desta fusão recíproca resulta um canal único (canal útero vaginal de Leuckart), que vai dar origem ao útero e à vagina, por diferenciação histológica do seu revestimento epitelial cilíndrico, que ficará simples no útero e estratificado na vagina. Quanto ao têrço superior de cada canal de Müller (a tal porção situada para cima do ligamento de Hunter) ficará sempre independente da porção correspondente e simétrica do lado oposto, originando assim o dualismo das trompas, órgãos que tomam aqui a sua origem.

Num período mais avançado, caracterizado pela migração

dos ovários, êstes, na sua descida, acarretam consigo as futuras trompas.

Depois do que fica dito, analisemos o esquema da fig. 1, e raciocinemos segundo a frase de Geoffroy Saint-Hilaire :

«C'est par un arrêt e non par un excès de développement qu'il faut expliquer la duplicité des organes uniques et médians».

Ora o esquema do embrião de 6 semanas, mostra-nos a completa independência de cada um dos canais mullerianos, que não chegaram ainda ao contacto recíproco.

Portanto, uma interrupção que no presente momento se desse no dinamismo embriogénico, referente a êste sector genital, daria lugar a um exemplar anómalo com dois hemi-úteros, cada um com uma trompa e seu ovário e com uma vagina privativa para cada qual.

Assim teríamos constituído o tipo do *útero didelfo com vagina dupla*, que existe normalmente entre os marsupiais e monotrématos.

Consideremos agora que a evolução progrediu um pouco mais, chegando os canais de Müller a encontrar-se sôbre a linha média; êste encôsto porém, não atinge nunca o nível dos ligamentos de Hunter, ficando reservado a essa porção infra-ligamentar livre, o papel de formar os cornos uterinos. A forma acentuadamente bicórnea que o útero apresenta por esta razão até ao 3.º ou 4.º mês, desaparecerá depois, por via do desenvolvimento da camada mesenquimatosa, que se estende sôbre o fundo e sôbre os cornos, preenchendo o primitivo sulco (11). Ora nesta fase da embriogénese, pode ter o encôsto dos canais de Müller parado demasiado longe dos ligamentos de Hunter, ou a camada mesenquimatosa não se ter desenvolvido suficientemente. Teremos assim um exemplar de útero bicórneo, de cornos mais ou menos afastados. O septo, formado pelas paredes que se encostaram, pode ter permanecido por reabsorver no todo ou em parte, septando mais ou menos a vagina e o corpo uterino, o que traduz anomalias por paragem do desenvolvimento em alturas diversas do 3.º mês.

Êstes úteros bicorneos encontram-se normalmente na escala dos mamíferos, em certos animais a partir dos artiodáctilos e perisodáctilos, até aos macacos inferiores do grupo dos lemuriânicos.

Finalmente pode ter-se dado o encôsto perfeito dos canais de Müller, ter-se desenvolvido normalmente o mesenquima, dando ao útero o aspecto exterior normal e, durante o 3.º e 4.º meses, ter começado de baixo para cima a reabsorção progressiva e ordenada do septo, tendo porém permanecido a cavidade uterina, total ou parcialmente dividida. Assim se constituirão os diversos tipos de *útero-bilocular*, que encontramos representado em certos roedores.

CLASSIFICAÇÃO -- Também nós, depois de consultada a bibliografia respectiva, tivemos certa dificuldade em ordenar ideias, tão diferente é o critério que presidiu às diversas classificações propostas, dentre as quais tomámos em especial consideração a de Ombredanne e Martin. Cada tipo de anomalia é baptizado com nomes diferentes, conforme os autores, de tal sorte que a primeira dificuldade que se encontra é esta baralhada de nomenclaturas. Depois reina a desordem por falta de terminologia adequada, por confusões freqüentes, ou por que um ou outro exemplar se encontra fora do lugar que lhe pertence, ou mesmo não tem lugar.

Por isso nos deu também vontade de pôr um pouco de ordem neste capítulo de fundamental interêsse para a compreensão das malformações uterinas. Impossível se torna propôr uma classificação que satisfaça inteiramente o anatomista, o cirurgião, o parteiro; porém nós, embora como parteiro estejamos tratando do caso, supômos que será mais útil um critério simplista, de acôrdo com a anatomia, a embriologia e a anatomia comparada, facilitando assim o conhecimento e a compreensão de cada tipo de anomalia, de tal maneira que, ressaltando-nos à mente cada uma destas formas, a intuição nos lembre a nomenclatura adaptável.

Nesta ordem de ideias, sendo nosso intuito simplificar, nem mencionaremos sequer as diversas classificações a que atraz fizemos referência e que pretendemos esquecer. Urge primeiramente, em questão de terminologia assentarmos no seguinte :

- 1.º — Devemos pôr de parte a designação de *útero duplo*, até hoje aplicada quási indistintamente a tôdas as anomalias uterinas. Esta designação consagra um êrro pro-

positado, não tendo sequer a justificá-lo um preciosismo da língua, pois é universal. Não podemos classificar de útero duplo um útero dividido completa ou incompletamente em duas metades mais ou menos distintas, pois que, por muito bem diferenciados que sejam, cada um destes corpos é um hemi-útero, em relação apenas com uma trompa e um ovário (*). Ora a literatura médica fornece-nos casos típicos como os de Hunnach Creasdule, Gauthier e Bouglé (4-12), que representam duplicidade uterina, (**) possuindo cada órgão dois anexos. Não confundamos pois com uma terminologia imprópria, órgão bi-partido com órgão supra-numerário.

- 2.º — As anomalias vaginais, que se encontram apenas às anomalias uterinas, se é certo que têm o mesmo significado embriológico, são inconstantes para cada tipo e devem juntar-se a cada espécie de malformação uterina, como em zoologia e botânica se junta à espécie a designação da variedade.

O critério de Dambin & Bernardbeig (5) seria portanto erróneo, como o de tantos outros, servindo só para multiplicar as variedades até ao infinito por combinações algébricas, não deixando por isso de esquecer algumas, pois se partirmos do raciocínio embriológico, é-nos fácil admitir que amanhã nos apareçam acompanhados de duplicidade ou septo da vagina, casos de ano-

(*) Dir-se-á que na prática se encontra por vezes um útero normal com ausência dos anexos dum lado (ou mesmo dos dois). Estes casos de *agenesia* nada têm, supomos nós, com as anomalias embriológicas de que nos ocupamos, não se tratando, em regra, duma lesão congénita, mas sim de fenómenos de torsão, com eliminação consecutiva dos anexos torcidos. Entre as nossas observações contamos um caso de *agenesia* dos anexos esquerdos (Registo Clínico n.º 4359 da Maternidade Dr. Daniel de Matos).

(**) No caso de Gemmel & Paterson, (Arch. Mens. Obst. et Gyn. 1914, Tome V, pág. 134) havia bexigas, úteros, vaginas e vulvas duplas. Os pubis eram afastados de cerca de 15 cm. tendo tido esta mulher em 1912 um parto prematuro de 8 meses, do seu útero esquerdo, e, antes disso, um parto espontâneo de termo, do seu útero direito.

malias uterinas que até hoje só se tenham observado a par de vagina normal (ou vice-versa). Segundo a nossa maneira de vêr, o caso nada complica a classificação; ha que distinguir 3 variedades de vagina:

- a) — *Vagina simplex* — correspondendo ao tipo da vagina normal, constituída por um canal único;
- b) — *Vagina septa* — dividida no sentido sagital por um septo, constituído por duas mucosas mais ou menos encostadas, traduzindo as paredes coalescentes dos canais de Müller. Os dois condutos vaginais, encostados como canos de espingarda, são geralmente de dimensões diferentes, qualquer deles de menor calibre que uma vagina normal, da qual representa apenas uma parte. Este septo pode não percorrer inteiramente a vagina dum extremo ao outro, faltando na sua extremidade distal como no seu tópo proximal, onde a reabsorção se tenha completado;
- c) — *Vagina dupla* — será aquela que se abre no exterior por dois orifícios distintos (29), um tanto afastados um do outro, mesmo por duas vulvas distintas, estando sempre em relação, ao que parece, com dois hemi-úteros totalmente independentes (didelfismo) (*). Neste caso não chegou a haver encosto dos canais de Müller, que permaneceram completamente separados em toda a sua extensão.

Estas considerações que achamos razoáveis e concordes com a embriologia, chegam a meter-se-nos pelos olhos dentro. Não obstante, é principalmente devido à falta desta esquematização, que vimos reinar a desordem em grande parte dos trabalhos que consultámos.

Se bem que não tenhamos visto insistir nestes conceitos, supomos que eles nada têm de original, pois há muito devem

(*) ... ou com duplicidade autêntica do útero.

permanecer bem vincados no espírito de todos. O nosso mérito não podia pois ser outro, senão o daquele clinico que, depois de outros colegas, tivesse o condão de ser chamado para ver um pneumónico na vespera da crise, muito embora se resumisse a receitar tintura de canela com cognac velho.

Tôdas as anomalias uterinas de que tratamos, traduzindo paragem no desenvolvimento embriogénico, são enquadráveis, segundo a nossa maneira de ver, dentro de 3 grupos diferentes, concepção que apenas vemos esboçada na tese de Monfort (21):

A — *Úteros didelfos*, caracterizados pela independência absoluta dos dois hemi-corpos em tôda a sua altura, traduzindo falta de coalescência do têrço médio dos canais de Müller. Os úteros didelfos possuem sempre dois colos e quási sempre dois condutos vaginais;

B — *Úteros bicórneos*, nos quais exteriormente se reconhece— pelo seu aspecto em V ou por um sulco dividindo em parte as duas metades— que os dois hemi-corpos são parcialmente independentes, revelando-nos o exame interior a existência de duas cavidades mais ou menos distintas;

C — *Úteros biloculares*, que apresentam externamente a configuração dum útero normal, nada fazendo prever a anomalia; interiormente porém, encontram-se total ou parcialmente divididos por um septo.

A paragem no desenvolvimento embriogénico duma espécie, reproduz muitas vezes as características normais doutra espécie inferior, produzindo aquilo a que Darwin deu o nome de *reversão*. O assunto de que nos ocupamos não foge a esta regra; assim, o *útero didelfo com vagina dupla*, que representa na espécie humana a forma mais rudimentar, o tipo mais perfeito da imperfeição, traduzindo a falta de coalescência dos canais de Müller em tôda a sua altura, encontra-se, como dissemos, formando o tipo normal do útero dos marsupiais e monotrématos (animais didelfos) colocados, como sabemos, no ponto mais baixo da

escala dos mamíferos. Existe por exemplo na *Phalangista vulpina*, de Vogt (14-24), animal da Austrália.

Entre os dois corpos uterinos dispõe-se: à frente a bexiga, atrás o recto, e os dois ureteres entre ambos; a dupla vagina desemboca no seio uro-genital a par dos ureteres (fig. 3).

Para fazer frente a esta morfologia especial, o macho possui um penis bifido, que pode também encontrar-se no homem (26), como representante do mesmo grau de anomalia.

O útero bicórneo com um só colo é o tipo do útero da jumenta e da ovelha, segundo Debière, encontrando-se também em certos macacos inferiores (lemurianos), segundo Weber.

O útero bilocular com um só colo, tem o seu representante normal na rata (Debière) e na cobaia (Ombredane) (14-24). Outros tipos intermédios podem encontrar-se ainda na série animal.

Não fazem parte do nosso estudo certas anomalias genitais, tais como os septos transversais da vagina que a embriologia não explica, e o útero infantil que pertence à endocrinologia.

A — Úteros didelfos (*)

Didelfismo implica independência absoluta dos dois hemi-corpos, como dissemos, muito embora os colos se encontrem encos-

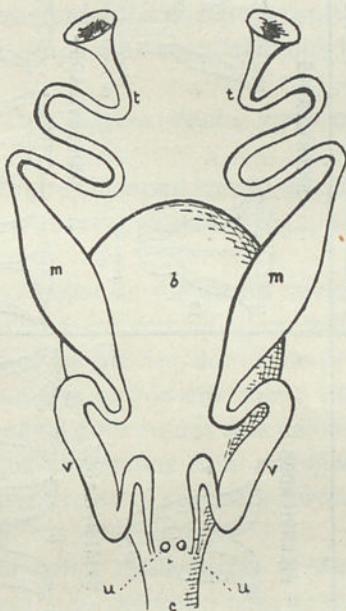
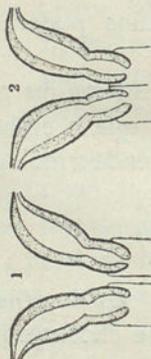


Fig. 3 — Esquema do aparelho uro-genital dos marsupiais (gênero *Didelphis*). Vista posterior (segundo Dambrin). b-bexiga; m-útero; v-vagina; t-trompa u-ureter; c-canal uro-genital.

(*) O termo *didelfo* [do grego: *di* (dois) + *delphys* (útero)] devia merecer a mesma reprovação que o de *útero duplo*; contudo, além de ser um termo consagrado, ele serve para designar apenas este grupo de anomalias em que os dois hemi-úteros, independentes, simulam até certo ponto a duplicidade que entretanto não existe.

DIDELFOS

Corpos totalmente independentes
Sempre bicervicados



com vag. septa



colos enroscados



ut. aelians



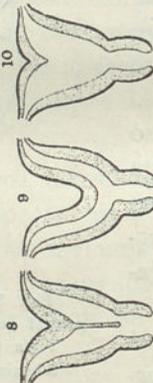
unicórnica

BICÓRNEOS

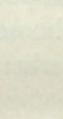
Cornos mais ou menos afastados
por independência parcial dos corpos



II - UNICERVICADOS



cavidades inter-comunicantes



Com corno rudimentar



imperfurado

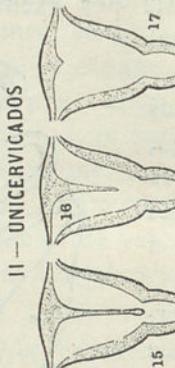
BILOCULARES

Aspecto exterior normal
Cavidade total ou parcialmente septada

I - BICERVICADOS



bilocular cervical ou pseudo-bilocular



bilocular corporal

semi-septado

cordiforme

bilocular hemi-atrófico



SIMÉTRICOS

Série eutrófica

Série atrófica

Série assimétrica ou hemi-atrófica

Fig. 4

tados, originando o *tipo II* de Ornbredanne e Martin (fig. 4) ou *pseudo didelfo* de Piquand. Cada hemi-útero possui uma trompa e um ovário, e, entre os dois corpos, podemos encontrar ansas intestinais, os ureteres, o recto e por vezes uma brida alantoidea unindo o recto à bexiga.

O útero didelfo pode coexistir com *vagina dupla, septa* ou *simplex* (fig. 4-1, 2, 3).

Os corpos, como vimos, são sempre independentes, o que caracteriza o didelfismo; os colos podem ser encostados (fig. 4-4), mas nunca fundidos.

No estudo das anomalias uterinas, temos de tomar em devida consideração aqueles casos que representam embriologicamente maior ou menor independência dos canais de Müller, dum e doutro lado normalmente desenvolvidos, e aqueles outros em que, a par dessa independência, houve atrofia notável dum ou dos dois canais. Os primeiros constituirão aquilo a que chamamos *série eutrófica*, contendo exemplares sensivelmente simétricos; os segundos formarão a *série hemi-atrótica* ou *assimétrica* e a *série atrótica*.

Entre os didelfos encontramos na «*série assimétrica*» o *útero unicórneo* (fig. 4-6) que, até hoje, tem sido colocado num grupo à parte.

Ele possui as determinantes deste grupo e, por isso, o colocamos pela primeira vez entre os didelfos, pois entendemos que este tipo de anomalia, caracterizado por didelfismo e hemi-atrofia, só aqui tem o seu lugar.

Testut e Jacob (30) consagram-lhe uma gravura esquemática, e várias observações atestam a sua existência, desde a de Vassal, datando de 1836.

Se os canais de Müller, conservando a sua independência, ficaram ambos, porém, atrofiados, teremos o *úteros deficiens* (13) único representante da *série atrótica* até hoje descrito, do qual não conhecemos entretanto nenhuma observação clara (fig. 4-5).

B — Úteros bicórneos

É, como dissemos, a morfologia exterior que nos guia ainda nesta classificação, mostrando-nos que houve encosto parcial do terço médio dos canais de Müller, havendo uma parte maior ou menor que ficou independente. Num extremo deste grupo colo-

caremos o útero nitidamente bilobado, com dois colos, aproximando-se do tipo *didelfo com colos encostados*; no outro extremo colocaremos o bicórneo cordiforme, que apenas pertence a êste grupo porque a camada mesenquimatosa não se desenvolveu suficientemente, de maneira a aplanar o *encoche* que ficou no fundo do útero, testemunhando a habitual falta de coalescência neste ponto mais alto do têrço médio dos canais de Müller.

Descrevemos os seguintes tipos de útero bicórneo pertencentes à série eutrófica:

I — BICERVICADOS, possuindo duas cavidades independentes uma da outra, cada uma com seu colo privativo (fig. 4-7). Êste tipo faz a transição do didelfo, só não pertencendo àquele grupo porque, além dos colos, houve também encôsto duma parte dos corpos. Pode haver *vagina simplex* ou *vagina septa*.

II — UNICERVICADOS, que se abrem na vagina por um colo único. Podemos assinalar as três espécies seguintes:

a) — *útero bicórneo de cavidades independentes*, (fig. 4-8) graças ao septo que as divide, o qual se prolonga até ao orifício interno do colo (V Obs. I);

b) — *útero bicórneo de cavidades inter-comunicantes*, formando um Y com a cavidade cervical (fig. 4-9) (*);

c) — *útero bicórneo cordiforme*, que exteriormente apresenta um sulco nítido, pelo menos ao nível do fundo, correspondendo a um esporão interior (fig. 4-10).

A par destas variedades, há que distinguir na série assimétrica os *úteros bicórneos com corno rudimentar* (hemi-atróficos) por atresia e atrofia dum dos canais de Müller, sendo neste grupo correspondentes ao «útero unicórneo» dos «didelfos». Este «corno rudimentar» encontra-se apenas ao outro que se desenvolveu normalmente, implantando-se nele, o mais das vezes, ao

(*) Todos os exemplares de transição entre os tipos 8 e 9 da fig. 4, possuindo um septo maior ou menor que, entretanto, não atinge nunca o orifício interno do colo, são *bicórneos de cavidades inter-comunicantes*.

nível do colo ou do histmo, outras vezes porém a altura variável do bôrdo (*) mesmo até num ponto simétrico ao da inserção tubar, semelhando então um tumor da trompa. Referindo nos à confusão reinante em matéria de anomalias uterinas, é altura de nos reportarmos à tese recente de Gelot (1936) (**) que diz respeito a um caso cuja gravura reproduzimos (fig. 5).

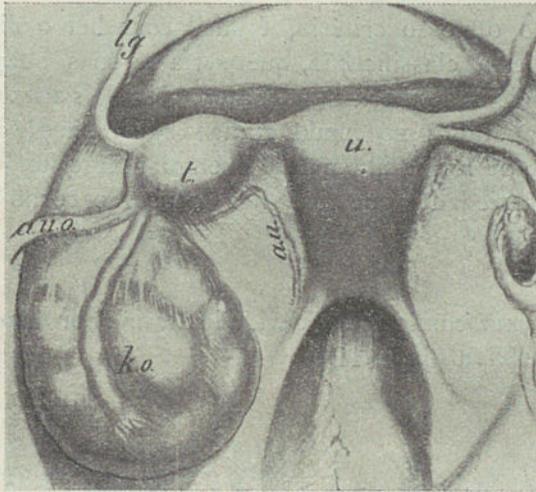


Fig. 5 — Caso de Gelot. u—hemi-útero direito; c—corno atrófico imperfurado, implantando-se por um pedículo maciço sôbre a parte mais alta do bôrdo interno do hemi-útero direito; lg—ligamento largo esquerdo; ko—quisto do ovário esquerdo; au—artéria uterina esquerda.

A massa *t*, munida dum ligamento redondo e dum trompa em relação com um ovário quístico, representa, como é bom de vêr, um corno uterino rudimentar inserindo-se sôbre o outro hemi-útero normalmente desenvolvido, por um pedículo maciço da grossura dum lápis, sôbre um ponto simétrico ao da inserção da trompa direita. A artéria uterina dêste lado, longe de alcançar

(*) No Museu Dupuytren existe uma peça de cêra com o n.º 1.100, documentando um caso de Le Bec, e que representa uma implantação lateral de corno atrófico.

(**) *Gelot* — A propos d'un cas exceptionnel d'utérus double. Thèse de Paris, 1936.

aquele pedículo de inserção, incurva-se para a esquerda para atingir o bôrdo correspondente dêste hemi-útero atrofiado, — o mesmo bôrdo que ela deveria percorrer se êle ocupasse o seu lugar — continuando-se então com a artéria útero-ovárica.

Pois o autor da tese, depois de estudar o seu caso, termina concluindo que êle «ne correspond à aucun type connu» julgando-se no dever de o classificar de *útero duplo com vagina única* (!).

Seguindo o nosso critério, é fácil conceber o disparate que representa esta classificação, que seria apenas adaptável a um caso de duplicidade uterina (cada útero com dois anexos), havendo dois colos distintos no fundo duma vagina simplex, o que não corresponde de forma alguma ao exemplar descrito.

Nesta variedade que ora nos ocupa, o corno rudimentar pode ser:

- a) — *comunicante* com a cavidade uterina normalmente desenvolvida (fig. 4-11),

ou então:

- b) — *imperfurado*, disposição que Blondet encontrou 135 vezes em 150 casos (14) (fig. 4-12).

A série publicada pelo Prof. Geraldino Brites (11) contém três exemplares de *útero bicórneo com corno rudimentar*; duas vezes era imperfurado (Casos VI e VII) e uma vez comunicante (Caso VIII) mas a cavidade do hemi-útero atrófico era neste caso reduzida a um canal de diâmetro exíguo.

C — Úteros biloculares

O aspecto exterior — já o dissemos — é o dum útero norm.al. A morfologia interna varia com o grau de persistência do septo mediano e, assim, teremos em primeira análise exemplares *bicervicados* e *unicervicados*.

Por via bucal

PREVENÇÃO
E TRATAMENTO
DAS INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS

SEPTAZINE

(benzil-amino-benzêno-sulfamida)

Comprimidos de 0 gr. 50 (Tubos de 20)
Posologia: 4 a 10 comprimidos por dia

PRODUTO INCOLOR, INSÍPIDO
MEDICAÇÃO NÃO TÓXICA
BEM TOLERADA
PELO TUBO DIGESTIVO

Por via parentérica

SOLUSEPTAZINE

p. (fenilpropilamino) — fenil sulfamida disulfonato de sódio

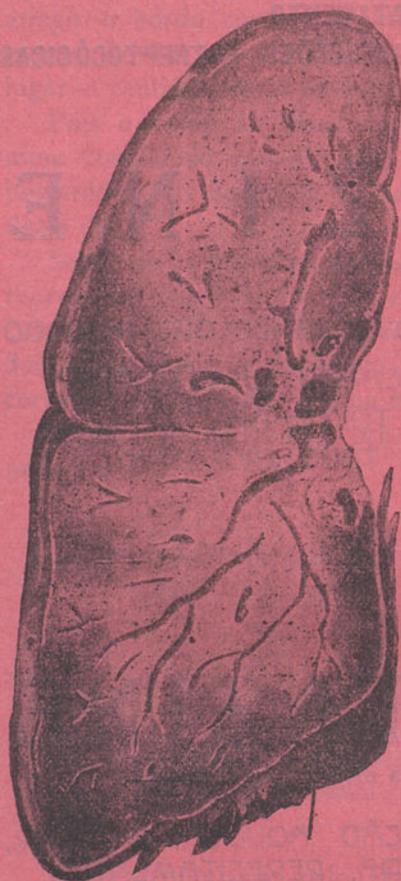
Empôlas de 5 a 10 cc. (caixas de 5)
Posologia: 40 a 20 cc. por dia

SOLUÇÃO AQUOSA, INCOLOR,
NEUTRA, PERFEITAMENTE
TOLERADA PELO ORGANISMO
SOLUÇÃO A 6% DE SAL
INJEÇÕES INTRAMUSCULARES
INTRAVENOSAS
E SUBCUTÂNEAS

TRATAMENTOS ASSOCIADOS
por via bucal e parentérica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARCAS POLENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8°)

P N E U M O N I A



Tecido pulmonar
firme e abafado

Quando, a princípio, se suspeita a pneumonia, mas não há confirmação, a aplicação imediata de um colete de **Antiphlogistine** está indicado para evitar, se fôr possível, o desenvolvimento da moléstia.

Uma vez que a moléstia se estabelece, o emprêgo da **Antiphlogistine** ajuda ao paciente a atravessar o período da crise sem perigo.

Antiphlogistine

AMOSTRA SOB PEDIDO

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

163 Varick Street — NOVA YORK

ROBINSON, BARDSLEY & Co.,

3, Caes do Sodré — LISBOA

Antiphlogistine é hiperémica, descongestiva e relaxante, e contribue para o alívio da dôr pleurítica.

I — BICERVICADOS (2 colos encostados — dizem os autores),
Temos que distinguir duas espécies:

- a) — *útero bilocular total*, em que o septo mediano desceu do fundo do órgão até ao orifício externo do colo, que fica por êle dividido em dois (fig. 4-13);
- b) — *útero bilocular cervical*, que nós chamamos também *pseudo bilocular*, pois a biloculação só existe ao nível do colo, tendo-se dado no decurso do desenvolvimento embriológico a reabsorção do septo vaginal e da porção intra-uterina, ficando porém um «reliquat» dividindo a cavidade cervical (fig. 4-14). Êste septo é como uma sinéquia ântero-posterior, unindo dois pontos *vis-à-vis* do canal cervical.

Esta anomalia pouco freqüente, tem sido entretanto citada na Itália por Condorelli e Francaviglia, na Alemanha por Marchand em França por Piquand e Bitte, etc. O seu conhecimento serve para exemplificar que a duplicidade dos orifícios do colo não implica necessariamente divisão do corpo (6).

E' lamentavel a confusão que fazem Laffont e Jahier, numa comunicação apresentada em 1926 à Soc. de Ginécologia e Obstétrica de Alger, classificando como pertencendo a êste tipo um útero que pela descrição se verifica ser um bicórneo bi-cervicado, ou um bilocular total com gravidez à direita e, em qualquer dos casos, com esbôço de septo vaginal junto dos colos (17).

II — UNICERVICADOS — distinguiremos três espécies:

- a) — *bilocular corporal*, em que o septo, descendo do fundo do útero, atinge o orifício interno do colo, dividindo assim a cavidade uterina em duas porções distintas, lembrando em tudo a morfologia interna do útero bicórneo de cavidades independentes (fig. 4-15);

b) — *bilocular semi-septado* (*)
(fig. 4-16).

c) — *bilocular cordiforme* (fig. 4-17).

Traduzindo diferentes graus de reabsorção do septo, que neste último caso constitue apenas um esporão saliente no fundo do útero.

Na série assimétrica encontramos uma variedade de útero bilocular total, hemi-atrófico, que pode complicar-se de imperfuração do orifício do colo correspondente ao lado atrofiado (24): é então o *hemi-útero rudimentar imperfurado* (fig. 4-18).

Depois de termos apresentado um esquema que, na classificação das anomalias uterinas, funciona à laia de chave dicotómica; depois de termos dado a nossa opinião no sentido de organizarmos uma classificação clara, com uma terminologia constante e adequada; depois de termos, em suma, explanado alguns conhecimentos teóricos e argumentos críticos, seja-nos permitido apresentar a observação referente a uma doente que tratámos na Maternidade Doutor Daniel de Matos (Serviço do Prof. Novais e Sousa).

Obs. I

Registo clínico n.º 8093 — M. S., 22 anos. Entrada no dia 2-IX-937.

A. H. e A. Pat. — Sem interêsse clínico, não havendo sequer presunções de sífilis hereditária, e muito menos adquirida.

A. V. S. — Casada há 7 meses, datando dessa altura as primeiras relações sexuais; puberdade aos 15 anos; menstruações regulares 5-6 dias por período, acompanhadas de dismenorrea do tipo útero-anexial.

A. Obst. — É primigesta. Última menstruação em meados de Junho, o que corresponde a uma amenorrea de dois meses, durante os quais tem tido náuseas, vômitos, pirosis, anorexia. Há perto de duas semanas começou a perder sangue: — sintomatologia clássica de abôrto, confirmado no dia 1-IX por expulsão do óvo, após um vômito seguido de arrepio.

(*) Achemos preferível a designação *semi-septado* à de «sub-septus» termo que depois de Le Fort tem servido para designar tôdas estas variedades, incluindo o «bilocular cervical». É que o prefixo *sub* presta-se a confusões, pois umas vezes equivale a «semi» (como em *sub-consciente*), outras vezes a «infra» (como em *sub-maxilar*).

Fôram êstes sintômas que justificaram a sua entrada na Clínica, para onde veio a conselho de seu médico assistente.

E. A. — Colo permeável ao dedo; restos ovulares aflorando o orifício externo. Apirexia. Continua a perder sangue em quantidade superior a uma menstruação.

Operação — Na tarde de 2-IX fazemos a curetagem instrumental, que dá raros fragmentos ovulares e restos de caduca uterina. Ao pretendermos curetar o bôrdo direito, impressionou-nos a sensação de fragilidade, tão diferente da impressão táctil que transmite a cureta em contacto com a parede musculosa do útero. Tivemos mesmo, em certa altura, a noção de termos perfurado uma membrana, e confidenciámos à nossa ajudante,



Fig. 6

traduzindo em voz alta um pensamento nosso: — «Dir-se-ia que se tratava dum útero dividido por um septo».

Dito isto, enxugámos o colo com um tampão montado, examinámos e vimos, de facto, confirmando as nossas suspeitas, um septo mediano ântero-posterior, que descia até ao nível do orifício interno, com cêrca de 3 mm. de espessura e que pudémos facilmente apreender com uma pinça *tire-*

-bales. Explorámos então as duas cavidades, concluindo que tinha sido o hemi-útero esquerdo que tinha abortado, estando vazia a cavidade direita.

Histerometria — 8 cm. à esquerda e 7 cm. à direita.

Com o auxílio do histerómetro pudémos explorar o septo, que nos deu a mesma sensação membranosa durante um percurso de 5 a 6 cm.

Deixámos passar uma semana sôbre a curetagem e, no dia 9-IX deliberámos fazer uma histerografla, segundo a técnica habitualmente usada (2-19-23), empregando como líquido de contraste a *Neo-Iodipina Merck*. Sondámos para isso previamente as duas locas, com sondas de goma n.º 18 com abertura terminal, mordendo o colo por meio duma pinça de Museux colocada entre as duas sondas. Empregámos portanto o método de injeção com colo fechado e obtivemos a *grafia* que reproduzimos na fig. 6. Orientando-nos pela pinça que está no colo, podemos avaliar o comprimento do septo, que corresponde ao espaço claro separando os dois cornos. Injectando primeiro através da sonda disposta no hemi-útero esquerdo, vimos sob *escopia* que as duas cavidades se enchiam simultaneamente, comunicando por um orifício do septo que se desenha no filme, e que foi certamente produzido pela nossa cureta. O hemi-útero esquerdo, que abortou, é o de menor calibre. O desenho dos dois cornos, extremamente divergentes, permitiu-nos classificar êste exemplar de *útero bicórneo*.

A presença do septo, baixando até ao nível do orifício interno, permite-nos igualmente classificar a espécie: *útero bicórneo de cavidades independentes*, que parece ser de tôdas a mais rara.

Tendo pensado até que ponto esta mulher podia beneficiar da terapêutica cirúrgica, resolvemos transformar as duas cavidades numa cavidade única, por ressecção do septo, transformando assim esta espécie de anomalia numa outra que está mais próxima do tipo normal do útero.

Operação em 3-IX-937 — Dilatação prévia do colo com duas laminárias, cada uma introduzida no seu hemi-útero. Raqui-anestesia com 0,08 gr. de *Raqui-neocaina*, terminando-se a dilatação com velas de Hégar até ao grau julgado conveniente.

Resecção fragmentada do septo, à custa duma pinça de biopsia, colocado um ramo à direita, outro à esquerda, operando sempre sob o contrôle do histerómetro, à custa do qual iamos fazendo a palpação a distância, para levarmos a excisão simplesmente até ao extremo da sua porção membranosa.

Hemorragia quási nula. Seqüências normais. Duas microfotografias, que devemos à amabilidade do Ex.^{mo} Prof. Geraldino Brites, documentam o exame histológico de dois fragmentos do septo.

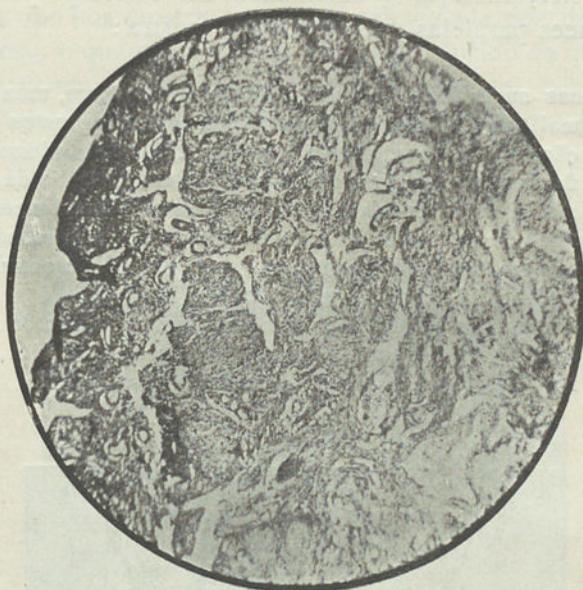


Fig. 7

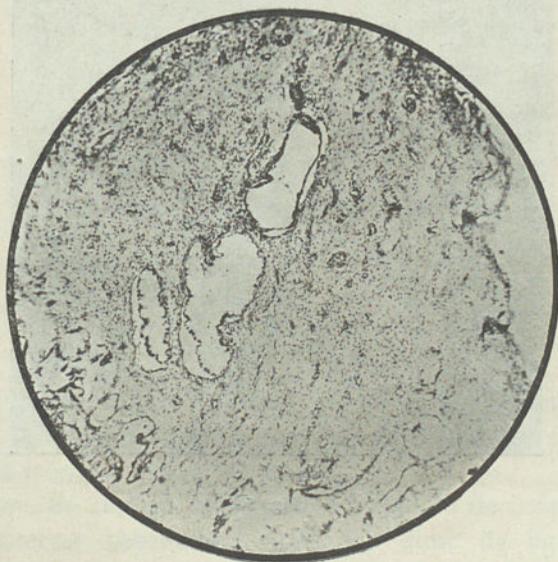


Fig. 8

(Microfotografias do Prof. Geraldino Brites)

Um deles, mais alto, examinado em cortes perpendiculares às duas faces paralelas que apresenta, mostra:

«Duas superfícies de mucosa do corpo do útero, uma delas normal (fig. 7) e outra bastante lacerada, com restos de infiltração poli-nuclear, ectásia vascular, infiltração edematosa, atrofia das criptas glandulares, ausência do epitélio da superfície, lesões estas possivelmente em relação com processo incompleto de reparação da mucosa. Estas camadas mucosas assentam em tecido do miométrio, correspondendo à camada interna e a parte da camada vascular.

Os fragmentos mais pequenos têm revestimento da mucosa do colo (fig. 8), sendo o tecido subjacente também da mesma região». (a) Geraldino Brites.



Fig. 9

22-IX-937 — Repetimos o exame histerográfico pelo mesmo método, mas desta vez só com uma sonda. Verificada ao écran

a repleção das duas cavidades, obtivemos o filme reproduzido na fig. 9, que nos mostra a desigual capacidade dos dois cornos. O esquerdo, o que abortou, é agora mais reduzido do que o outro.

Continuando a sua observação radioscópica, o radiologista Dr. Fernandes Ramalho, obtém nos momentos que julga oportuno as *grafias* reproduzidas nas figs. 10 e 11. Vemos na

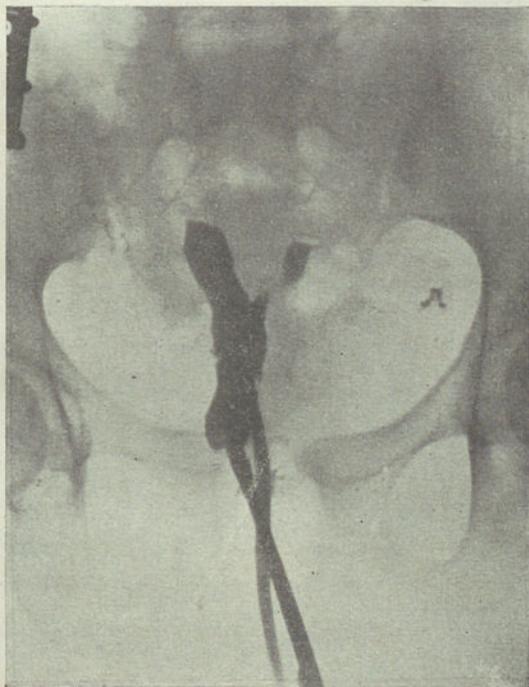


Fig. 10

fig. 10 que, enquanto o corno direito se mantém atônico, o esquerdo contrai-se enèrgicamente, expelindo o óleo iodado através da trompa, até ao peritoneu.

Por meio de seringa absorvemos o líquido de contraste, injectado no útero, e observámos então no filme da fig. 11 que a cavidade direita se esvasia totalmente, porém a esquerda, embora pareça em relativa atonia do corpo, apresenta ao nível da sua

extremidade inferior uma contracção anular, como que traduzindo a existência dum pequeno anel de Bandl que permanecesse em espasmo, ocasionando por isso retenção total da substância injectada.

A hiper sensibilidade contráctil de que êste hemi-útero goza, não só nos explica o abôrto que se deu em 1.^a gesta, como expli-

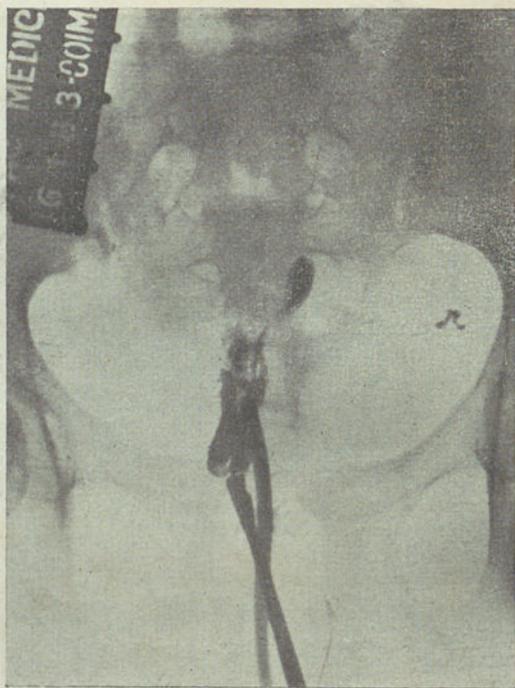
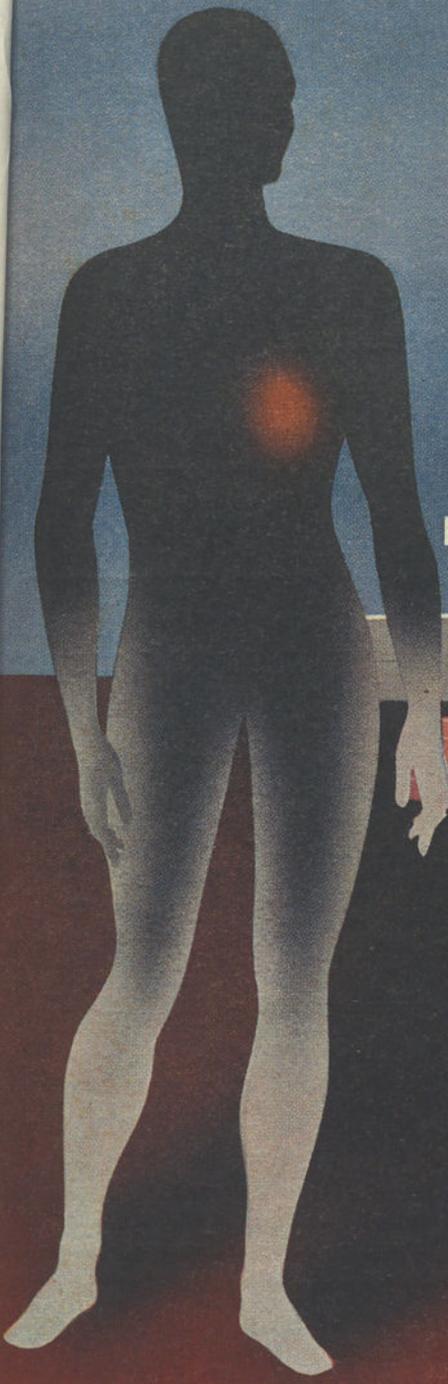


Fig. 11

cará outros que venham a dar-se, se a nidação ovular escolher êsse recanto. Entretanto, o caminho está aberto para a cavidade direita, onde nos parece haver condições que permitam uma gravidez futura.

Se ela vier a dar-se e fôr a têrmo, que surpresas nos reservará? Apresentação transversa? Encastamento da placenta?

O futuro o dirá. *Tota mulier in utero.*



HELPIN

LECITINA COLOIDAL INJECTAVEL

Queiram remeter-me
para estudo amostras
e literatura de:

FIRMA

Atenção
à
Taxa
\$40
centavos

Dr.

Estabelecimentos

HEROLD, L.^{DA}

SECÇÃO MÉDICA

Localidade

LISBOA

Rua

Rua dos Douradores, 7

RECONSTITUINTES ENÉRGICOS

HELPIN

Lecitina coloidal

ARSEN-HELPIN

Helpin + 0,025 gramas de monometilarsinato de sódio.

Injeções indolores - inofensivas

Caixas de 10 ampôlas de 1,5 cc.

BIBLIOGRAFIA:

Tanto a **HELPIN** como a **ARSEN-HELPIN** fôram objecto de mais de 60 publicações e dissertações científicas algumas das quais emanadas das Clínicas Universitárias de Berlim, Francfort, Tubingen, Estocolmo, dos Hospitais Civis de Berlim, Wurzburg, Kowno, Colónia, Viena, do Instituto Roberto Koch de Berlim e dos Sanatórios para tuberculosos de Beelitz, Alland N.-Oe., Sendenhorst e Cottbus.

Chemische Fabrik Grünau

Landshoff & Meyer, A. G., — Berlim-Grünau.

Representantes: Estabelecimentos **HEROLD, L.^{DA}** — Rua dos Douradores, 7 — LISBOA

Etiologia e patogenia das malformações uterinas

É difícil adivinhar qual a força que, num momento dado do desenvolvimento dum ser, encravou caprichosamente a engrenagem que ia fazer movimentar um determinado sector do complicado mecanismo.

O princípio da *reversão* de Darwin, liga ao *atavismo* o aparecimento, numa espécie superior, de alguns caracteres próprios a outras espécies menos avançadas. Isto porém nada explica quanto à origem do fenómeno, que tão somente representa uma excepção à regra do desenvolvimento harmónico da espécie, tendo por determinante a tal paragem no transcurso da embriogénese.

Quanto ao *factor étnico* (Debreuil-Chambardel), carece de fundamento que as raças ânglo-sanónicas sejam mais atreitas a estas malformações do que as raças latinas.

Perturbações de nutrição, traumatismos gestacionais, mecânicos ou psíquicos, têm sido invocados por alguns autores (20).

A *sífilis* e o *alcoolismo*, como sempre incriminados em questões de anomalias e monstrosidades, podem talvez, uma vez por outra, explicar estes distúrbios através duma *hereditariedade* suspeita. Contudo, os exemplares descritos como sendo de malformações hereditárias (Rouffard e Delaporte) (*) não levam a quaisquer conclusões.

Há porém alguns casos justificáveis duma explicação racional.

Assim, a *interposição de órgãos* entre os canais de Müller, durante o período em que êles se encontram afastados, pode reconhecer-se como sendo motivo directamente responsável pelo didelfismo. Uma aderência do intestino terminal à alantoide reproduziria êste quadro, originando o aparecimento do «tipo marsupial» (úteros didelfos separados pela bexiga, ureteres e recto) (fig. 3). Parece haver uma observação de Fraenkel que confirma essa maneira de ver. Esta mesma aderência alantoideia, quando mais alta, poderia ainda explicar, segundo Piquand, a formação de certos úteros bicórneos. Num útero deste grupo,

(*) Etudes d'une série de malformations congénitales des organes génitaux de la femme. «Ann. de la Soc. Belgue de Chir.», 1910.

Cassan viu uma prega de peritoneu, «semelhante ao ligamento suspensor do figado» (6) unindo a bexiga ao recto e passando entre os dois cornos.

Ombredanne viu outros casos idênticos. Contudo, nas observações mais freqüentes em que ela não existe, a pretendida explicação fica em suspenso.

Piquand, Pozzi e Cratzer, admitem que as aderências e bridas que podem estabelecer-se no trajecto inter-mulleriano, são por sua vez produzidas por peritonite fetal, que tinha entretanto de se admitir muito precoce.

Nestes casos já poderíamos conceber o papel etiológico e patogénico da sífilis hereditária na reprodução da peritonite (Vignes), condicionando a anomalia.

Meyer, Kussmaul e outros, supõem que o reduzido comprimento dos ligamentos de Hunter (futuros ligamentos redondos), aliado à sua resistência anormal, poderia desempenhar o papel de forças divergentes, opondo-se à aproximação dos condutos mullerianos. Meyer, num feto de 8 meses, cortando os ligamentos redondos «muito curtos e solidos» (14) viu chegarem ao perfeito contacto os cornos uterinos até ali divergentes, solicitado cada um deles pelo ligamento respectivo.

A falta de coalescência dos canais de Müller poderia ainda, segundo Pick, ser devida à interposição de vestígios wolffianos.

Fisiologia e Patologia

A — *Menstruação* — São dignos de menção neste parágrafo, os úteros de hemi-corpos mais ou menos independentes, como os *didelfos* e os *bicórneos bicervicados*.

Geralmente ha sinergia fisiológica funcional, no que respeita à menstruação, alterando-se as posturas ovulares (sinergia alterna) (5). As menstruações podem ser portanto regulares, muito embora cada uma proceda alternadamente de seu hemi-útero. Em qualquer dos casos nada fará pensar na anomalia. A cada postura ovárica pode seguir-se, de facto, cêrca de duas semanas depois, a congestão uniliteral dos anexos e hemi-útero do lado correspondente à ovulação (4). Esta congestão unilateral — diga-se de passagem — nota-se também, segundo Bar, no útero normal, o que mostra haver uma certa independência fisiológica

funcional das duas metades, fenómeno para o qual — sob o ponto de vista contráctil — Moura Relvas chamou também a atenção, num seu trabalho (23).

Outras vezes a menstruação é muito prolongada, indicando que um dos hemi-úteros seguiu imediatemente o outro nesta fase menstrual, o que pode ser verificado pelo exame vaginoscópico.

Bilhaut assinala o caso de metrorragias permanentes numa virgem de 15 anos, na qual um dos úteros entrava em menstruação apenas o outro terminava.

Pode haver ainda interlúnios curtos, com menstruações bi-mensais alternas; nada mais concludente do que o caso de Frenczi, citado por Guerin Valmale, dizendo respeito a uma mulher que era menstruada de 14 em 14 dias, Tendo engravidado do seu hemi-útero esquerdo, ela continuou a ser menstruada de 28 em 28 dias pelo hemi-útero direito.

Herberlin Maurice, que comenta êste caso na sua tese, pergunta se não será motivo para pensar em útero didelfo, sempre que haja uma gravidez acompanhando-se desde o início de hemorragias periódicas, como menstruações. Tarnier, Lockie, Jouin, Blackwood e Henderson, citam observações idênticas de Frenczi.

Por vezes as menstruações são desordenadas, escapando então a tôda a descrição. Freqüentemente, existe dismenorrea do tipo uterino. Nos casos de *uterus deficiens*, a par da amenorrea, ou duma pronunciada oligomenorrea, podem observar-se hemorragias vicariantes.

Os hemi-úteros imperfurados, ou de corno rudimentar não comunicante, acompanham-se de hematometria e hemosalpinge, assim como as vaginas imperfuradas se acompanham de hematocolpos e hematometria.

No caso de Erath John (*), o corno rudimentar que existia do lado esquerdo era imperfurado, tendo originado uma hematometria com hemosalpinge, de conseqüências fatais. Brouha, numa observação que relata (**), supõe que o mestruo retido se reabsorvia nos interlúnios. A hematocolpometria leva à rotura, a qual pode fazer-se na bexiga, no recto, no tecido celular pélvico, na

(*) *Tese de Génova* — 1910.

(**) — *in Scalpel* — 1910.

vagina ou no outro hemi-útero — tratando-se do tipo bilocular com um dos colos imperfurados —. A piometria e o piosalpinge podem surgir como complicações em alguns destes casos.

Nem sempre os dois hemi-úteros entram na puberdade ao mesmo tempo, sobretudo se há atresia dum dêles, que é então o mais retardatário. Isto desorienta o diagnóstico, pois o sofrimento inicia-se alguns meses depois da primeira menstruação, parecendo por isso que a puberdade se estabeleceu normalmente e nada tem que ver com o episódio agudo.

Ha-de sempre lembrar-nos o seguinte caso :

Obs. II

Em julho de 1934 fôram solicitados os nossos serviços para vermos em conferência com outro colega uma rapariga (J. F. F.) de 16 anos, virgem, menstruada havia 3 meses pela primeira vez.

Presunção de sífilis hereditária. Polidactília nos pés (hexadactília). O primeiro e o segundo períodos menstruais tinham decorrido normalmente, mas havia perto dum mês que a rapariga perdia sangue e se queixava do ventre, com dôres irradiando para os flancos e para os membros, partindo do hipogastro onde sentia uma sensação de peso e dôr. Tinha sido posta a hipótese de tumor do útero, possivelmente mioma, o que nos pareceu estranho.

Observámos a doente, que se apresentava anemiada e abatida, com grandes olheiras.

À palpação do ventre, através duma parede abdominal magra mas musculosa, que se defendia, palpava-se muito bem um tumor globoso cuja consistência era difícil apreciar.

Esse tumor quasi atingia em altura e nível do umbigo, e parecia imóvel.

Tentámos uma exploração vaginal que resultou impossível, pois através do himen não se podia sequer introduzir o dedo mínimo. O toque rectal deu-nos os seguintes elementos: — A massa abdominal prolongava-se até meio da escavação, contraindo com ela aderências íntimas que a tornavam absolutamente imobilisável. A escavação estava tão ocupada por ela, que o próprio dedo que fazia o toque encontrava já dificuldade, dum certo ponto em diante, em abrir caminho entre o tumor e o côncavo do sacro. Podia agora apreciar-se bem, pelo toque combinado à palpação, a consistência elástica, testemunhando existência de líquido submetido a uma tensão elevada. Mas, percorrendo a parte que o nosso dedo podia explorar, notávamos em certos pontos consistências hererogénias, sobretudo à direita, onde havia na parte mais alta que se podia atingir,

uma pequena massa como uma noz, parecendo fazer corpo com a porção pélvica do tumor, sendo duma renitência apreciável, quasi duma dureza cartilaginosa.

Feitos os raciocínios clínicos que de momento nos pareceram mais razoáveis, puzemos o seguinte diagnóstico: — *tumor de conteúdo líquido e consistência em certos pontos heterogênia, possuindo uma parte abdominal e outra pélvica, contraindo íntimas aderências com a escavação, que o tornam absolutamente inextirpável, estando prestes a produzir oclusão baixa e outros possíveis fenómenos de compressão.*

Soubemos, passados alguns dias, que a doente fôra submetida a uma laparotomia (12-VII-934). Aberto o ventre encontrara-se um tumor muito vascularizado «semelhando pelo aspecto um sarcoma do útero». Uma punção deu sangue escuro e, esvasiado o conteúdo de algumas seringas, a massa tornara-se mais mole e mais facilmente explorável. Descendo sobre o seu flanco direito encontrara-se então, lá no fundo, *um pequeno útero* com uma trompa só, em relação com o ovário direito (*). Explorada a *massa tumoral* do lado oposto, lá se encontrara a trompa esquerda, não deixando dúvidas de que se tratava de dois hemi-úteros.

Por via vaginal, após desfloração cirúrgica, foi fácil encontrar a proeminência que fazia na vagina o septo, distendido pelo sangue acumulado na metade esquerda imperfurada. Uma incisão deu saída a grande quantidade de sangue escuro e a laparotomia não passou de exploradora.

Hoje é-nos fácil o diagnóstico retrospectivo de *útero didelfo com vagina septa, imperfurada à esquerda*, e não nos teria sido difícil também diagnosticar hoje este caso, prevenido como estamos.

Nessa altura nem em tal pensámos, nem nos parecia plausível que o *tumor* tivesse relações com a puberdade, iniciada havia 3 meses, sob tão bons auspícios, com dois períodos menstruais tão normais e regulares.

O estado anémico e depauperado da doente, filiámo-lo nós nas metrorragias, prolongadas durante todo esse mês, e até — desgraçadamente — nem a polidactília dos pés nos chamou a atenção para outras possíveis anomalias, tão obsecado estávamos pelo *tumor quístico inextirpável*... (que o era, na verdade)...

(*) Era a pequena massa renitente que tocáramos.

B — *Relações sexuais* — As anomalias que se acompanham de vagina total ou parcialmente septada, podem tornar o coito tão doloroso que a mulher se recusa obstinadamente, e, se é casada, vem à consulta por isso.

O septo divide a vagina em duas porções geralmente desiguais, podendo a de menor diâmetro passar despercebida, tanto à mulher como ao seu *partenaire* (*), servindo sempre o canal de dimensões maiores.

Outro tanto não acontecia àquela meretriz do Pôrto, a quem se refere o Prof. Pires de Lima, a qual, uma vez conhecedora da sua deformidade, não consentiu que a operassem, pois ela constituía o seu ganha-pão: — «aos clientes oferecia, consoante a remuneração, um ou outro dos canais, reservando, como é natural, o de menor calibre para os que mais generosos se mostravam» (26).

Na tese de Le Fort relata-se uma observação de Richet, referente a outra mulher de reputação idêntica, que tinha uma singular concepção de fidelidade amorosa: — «reservava uma das vaginas ao uso exclusivo do amante e a outra à clientela» (4-6).

C — *Fecundação e gravidez* — Nem tôdas as anomalias uterinas são incompatíveis com a gravidez, sendo pelo contrário relatados numerosos casos duma enorme fecundidade: — Bagard e Marquet, cada um deles cita um caso de 14 gestações; Bérard um de 17; Brindeau um de 7. Na tese de Bertlick há relatados numerosos casos de multiparidade: Obs. XLI — 7 gestações; Obs. XIII — 12 gestações; Obs. LIV — 20 gestações.

Os úteros didelfos são, em regra, compatíveis com o desenvolvimento de gravidezes normais (**); já o mesmo não acontece com a gravidez gemelar mono-uterina, a qual aborta em 100 % dos casos.

Nos casos de gravidez bis-uterina, se nos primeiros meses se dá o abôrto dum ôvo, a outra gestação é também interrompida; porém, se no fim da gestação se der o parto prematuro dum lado,

(*) Ao próprio médico ou à parteira pode passar despercebido êste segundo canal.

(**) Grande número de vezes pode a anomalia passar despercebida durante toda a vida da mulher e ser apenas uma surpresa de autópsia.

isto não implica necessariamente interrupção duma gestação futura, que pode chegar a têrmo (10).

Como vimos, pode um útero didelfo engravidar dum lado, e do outro continuar a ovulação periódica, traduzida por per dios menstruais normais (*), sobretudo durante os primeiros mêses (Souligoux, Müller, Henderson, Dodge).

Assim, durante êste per dio, a gravidez   possível no útero que ficou vasio, originando casos de super-fetação hoje incontestáveis, tanto em úteros bicórneos de cavidades independentes como em úteros didelfos.

Kirchbach e Smith viram casos destes, sendo os fetos de têrmo e tendo sido expulsos com intervalo de alguns mêses. Meckel, em 1794, já dava notícia duma peça rara de museu, «pertencente a um tal Hunter, constituida por um útero duplo, contendo um dos úteros uma criança de têrmo e outro um embrião de 4 mêses» (3). Cassan, em 1826, defendeu tese sôbre «Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d' terus doubles et de superf tation». Por aqui se v  que o conhecimento destes casos vem de longe.

Não obstante, Guerin Valmale, tornado c ptico, como a maior parte dos autores, s  toma como admissível a observação de Sotschawa. Elas porém multiplicam-se, e nós respigamos entre a bibliografia que consultámos a que nos parece mais concludente, devida a Le Lorier e Mayer (18):

Tratava-se duma mulher, que ao 3.  mês da sua primeira gest  o, p sto o diagnóstico de quisto do ovário complicando a gravidez, foi operada de l parotomia.

Aberto o ventre verificou-se que havia um útero didelfo com gravidez   direita; o hemi-útero esquerdo tinha sido tomado por um tumor. Aos 7 1/2 mêses parto prematuro de feto vivo e vivedouro; 11 dias depois do parto, a doente expulsa com grande pasmo de todos um  vo fresco, que é avaliado em 3 1/2 mêses pelas dimensões do embrião. Tratava-se pois duma verdadeira super-fetação (**).

(*)  ste sangue apresenta-se geralmente mais claro ou, pelo contrário, mais escuro, semeado de residuos, lembrando as perdas da gravidez ectópica.

(**) Esta mesma doente fez numa 2.  gesta gravidez ectópica à direita, tendo-lhe sido feita a hemi-histerectomia com ablação da trompa. Terceira gravidez com um parto em pélvica.

Nestes casos pode até pôr-se a hipótese dos fetos serem de progenitores diferentes, o que já não é tão admissível nos animais didelfos, pois o cio é curto e o macho tem o penis bífido, fecundando os dois úteros (14).

A possibilidade duma super-fetação em útero didelfo representa contudo a excepção, pois normalmente o útero não grávido sofre reacções gravídicas, com aumento de volume (*) por hipertrofia das suas fibras musculares, aumento de vascularização sanguínea e linfática, tudo isto acompanhado dum espessamento da mucosa, formando-se uma falsa caduca que vem a ser expulsa, como na gravidez ectópica, antes ou depois do parto, ou durante o trabalho, à custa de contracções que o útero vasio apresenta (6).

Por isso Valmale dizia que «se pensarmos nas dificuldades de enxerto ovular numa mucosa assim tão profundamente modificada e alterada, compreenderemos a raridade da super-fetação» (13).

A possibilidade duma gravidez num útero bicórneo ou bilocular, depende da capacidade da loca onde se instalou o ôvo; se ela é de reduzidas dimensões, o abôrto dá-se mais tarde ou mais cedo. Foi o que aconteceu na nossa Obs. I. Uma doente de Gutermann, portadora dum útero assim, abortou 9 vezes do lado direito e levou a têrmo 3 gestações à esquerda.

Oker-Blom, num caso idêntico, viu 4 gravidezes à esquerda terminarem tôdas por abôrto ou parto prematuro, enquanto que o corno direito, que era o maior, levou 3 gestações a têrmo e abortou por 2 vezes.

Brindeau, noutro caso, viu duas gestações no corno maior atingirem o fim dos 9 meses e abortarem 5 do lado opôsto.

Em resumo: as diversas estatísticas concluem que as malformações uterinas perturbam a gravidez, dando uma percentagem de abôrtos e partos prematuros que vai até 40 % segundo Dubreuil Chambardel.

Nos úteros septados, tanto bicórneos como biloculares, a loca-

(*) No fim da gravidez pode atingir o volume duma cabeça de feto de têrmo,

lização total ou parcial da placenta ao nível do septo é a principal responsável pelas hemorragias, que levam ao doscolamento do ôvo ou à morte do embrião. A lei das superfícies é porém a considerar: se $\frac{2}{3}$ da placenta se inserem no músculo uterino, tudo pode reduzir-se a um ameaço do abôrto.

Vemos portanto que o mecanismo do abôrto é diferente nos úteros biloculares e nos bicórneos de duas locas bem individualizadas, muito embora unicervicados, os quais, sob o ponto de vista obstétrico, se aproximam dos didelfos.

Quanto aos bicórneos de cavidades inter-comunicantes, aproximam-se clinicamente dos biloculares parcialmente septados, podendo dar hemorragias por inserção septal da placenta, ou então apresentações transversas, como acontece habitualmente com os úteros cordiformes.

Ocupando-nos agora da série assimétrica, consideremos primeiramente os casos em que a gravidez se deu no corno atrofiado mas comunicante. São a temer o abôrto ou a rotura, conforme é a pressão externa ou a pressão interna que predomina e vence.

Estes casos simulam sempre a gravidez ectópica, não lhes faltando mesmo a expulsão duma falsa caduca, provindo do verdadeiro útero. Bouscale refere na sua tese (4) o caso duma dama da côrte de Luiz XIV, que foi acometida dum acidente mortal ao 6.^o mês de gravidez. A autópsia relatada por Dionis, em 1693, mostrou tratar-se de rotura dum corno rudimentar grávido. Kohn, em 121 casos de gravidez evoluindo em corno rudimentar, encontrou 51 roturas (44,5 %). Verdade seja que supomos existirem, indistintamente, misturados nesta estatística, casos de corno rudimentar imperfurado e comunicante.

Mas pode então conceber-se a existência duma gravidez num corno rudimentar imperfurado? numa loca não comunicante com a cavidade uterina normalmente desenvolvida?

Algumas observações atestam esta caprichosa fecundação, que necessita duma migração transperitoneal do espermatozoide ou do ôvo fecundado.

No primeiro caso, o espermatozoide, atravessando a cavidade uterina em comunicação com a vagina, atinge a trompa desse lado, alcança o peritoneu, e vai fecundar, sôbre o ovário opôsto o óvulo que, seguidamente, entra pela respectiva trompa no

hemi-útero rudimentar. É a *transmigratio seminis externa sive peritonealis*.

Na segunda hipótese, a fecundação teve lugar do lado atrófico e o óvo fez a sua migração transperitoneal até atingir a trompa do lado atresiado. É o que se chama *transmigratio ovuli et seminis externa sive peritonealis*.

Já em 1842 Bischoff tinha provado experimentalmente a possibilidade da transmigração do óvo, que, de resto, não é tanto para espantar como à primeira vista pode supôr-se. É que, parece ter sido demonstrado por meio de cortes em cadáveres congelados, que, mesmo no estado normal, os anexos podem encontrar-se caídos atraz do útero, reduzindo-se portanto muitíssimo a distância que os separa (24). Sendo assim, o facto parece mais razoável.

Humpstone (15), entretanto, supõe que nestes casos a obliteração se deu depois da fecundação e diz que, por cortes feitos em série, se pode mostrar a existência dum conduto minúsculo no pedículo de inserção.

Estes casos extravagantes são autênticas gravidezes ectópicas, e com elas sistemáticamente se confundem. Será mesmo tempo perdido tentar um diagnóstico diferencial, a não ser que haja um estudo clínico prévio.

Diz-se que nestes casos a rutura é mais tardia que na gravidez tubar, dando-se, em regra, dos 4 para os 5 meses.

De resto, a confusão pouco valôr tem, pois a terapêutica é indistintamente cirúrgica e aliás muito parecida. Para maior semelhança pode dar-se ainda a retenção de feto morto, sob a forma de *litopédion*, o qual pode não impedir novas gestações do outro lado, como se infere das observações de Elbing e Deen.

Claro está que considerámos indistintamente todos os tipos da série assimétrica.

D — *Parto* — A lei da acomodação é ainda quem rege e determina as apresentações nos úteros malformados.

Assim, nos didelfos, bicórneos de cavidades independentes e biloculares totais, o grande eixo longitudinal das cavidades favorece as apresentações longitudinais.

A estatística de Dubreuil-Chambardel, insidindo sôbre 332 casos conta :

270	vértices
10	faces
52	pelves
0	espáduas

É notável a percentagem das pélvicas, dez vezes maior do que nos úteros normais.

Nos bicórneos de cavidades inter-comunicantes e nos biloculares incompletamente septados predominam as apresentações transversas. A estatística dos mesmos autores, referente a 187 gravidezes dá :

102	vértices
6	faces
36	pelves
33	espáduas (1/6 em vez de 1/200)

Nestes casos de apresentação de espádua, a versão é dificultada pelo esporão septante, pela própria morfologia interna do útero, e até contra-indicada pela fragilidade particular que êstes úteros oferecem.

O trabalho de parto, em todos êstes tipos anómalos, é geralmente perturbado por contrações fracas e irregulares, levando à inércia, ou pelo contrário desordenadas e tempestuosas; é por vezes perturbado por anomalias da dilatação, sendo também a ter em conta o possível obstáculo produzido por um septo vaginal existente no todo ou em parte.

É ainda curioso, entre os úteros didelfos, outro motivo de distócia de que Cerf coligiu 27 observações de vários autores (6): — trata-se da distócia produzida pelo útero não grávido tornado *praevia*. É que, como dissemos, durante a gestação, êste útero também aumenta de volume, a pontos de poder atingir no fim da gravidez as dimensões duma cabeça de feto a têrmo. Ora se no decurso dos 9 meses êle não sofreu um movimento ascensional, que o tenha levado acima do estreito superior, ficará inclausurado na escavação, desempenhando o papel dum tumor *praevia*.

E — *Dequitação* — A inércia pode ocasionar hemorragias da dequitação, bem como a inserção da placenta sôbre o septo dum

útero bilocular ou bicórneo. Êste septo não se contrai, tal como o segmento inferior nos casos da placenta prévia, podendo originar igualmente hemorragias espetaculosas e rapidamente ameaçadoras. Koop e Bailly observaram dois casos em que a morte se deu por êste mecanismo (13).

Nos úteros bicórneos de cavidades inter-comunicantes, bem como nos biloculados incompletamente septados, a placenta pode alojar-se numa loca e o resto do ôvo na outra. A inervação separada das duas metades explica a retenção por inércia e falta de descolamento, como noutros casos a morfologia interna explica o encastamento da placenta. Respeitar por isso o conselho de Pinard: — no caso de malformação uterina, o parteiro não deve confiar a dequitudura à natureza.

F — *Puerpério* — Diz-se que a evolução é mais lenta, a loquiométrie freqüente, o puerpério sub-febril ou nitidamente infectado. A falsa caduca, formada no hemi-útero não grávido, tanto pode ser expulsa nos primeiros dias do puerpério, como pode ficar retida, condicionando um estado infeccioso puerperal.

DIAGNÓSTICO — Aqui, como no caso de tôdas as afecções pouco vulgares, podemos dizer que, para fazer o seu diagnóstico, a primeira coisa é pensar nelas; e, para pensar nelas, necessário se torna conhecer a sua existência.

O interrogatório pode fornecer elementos de valôr: — perturbações dolorosas, mais ou menos contemporâneas com a puberdade; o aparecimento dum tumor abdominal pouco depois (Obs. II); os abôrtos repetidos sem causa aparente; as hemorragias periódicas, durante os primeiros mêses duma gestação, sem sintomas de abortamento; as posições transversas nas primíparas ou recidivantes nas múltiplaras; a expulsão duma falsa caduca, como na gravidez ectópica, etc.

O exame clínico, contemporâneo ou anterior, pode ter mostrado a coexistência de outras anomalias; Blanchard, examinando uma doente que se queixava da esfera genital, pensou em anomalia uterina por ter notado que havia polidactilia das mãos, e unhas supra-numerárias (14).

Relembremos que a doente da nossa Obs. II tinha polidactilia nos pés. De facto, em regra geral, as anomalias aparecem

aos pares. No caso de Palasse, Chaix e Regad, a par dum útero bicórneo, havia permanência de buraco de Botal e rim único (24). Wolf Stern encontrou 5 casos de rim único, coexistindo com anomalias uterinas. Tratava-se sempre de ausência do rim direito (33). A existência dum septo vaginal, porá na pista duma malformação uterina; mas êle pode escapar à inspecção e até ao toque, se não é feito com dois dedos dispostos horizontalmente e divergentes.

O toque, durante a gravidez ou fóra dela, pode mostrar duplicidade dos colos ou dos corpos uterinos, podendo um deles ser confundido com um tumor anexial.

O exame vaginoscópico não é nunca para desprezar. A gravidez num útero unicórneo pode acompanhar-se duma lateroversão exagerada, encontrando-se o hemi-útero solicitado por um só ligamento redondo (Pfannestiel).

A palpação e o toque rectal podem fornecer elementos que se completam (Obs. II). Diz Halban, que nos casos em que existe uma brida véscico-retal entre dois úteros didelfos ou bicórneos, ela pode sentir-se à palpação através duma parede magra, como um ligamento falsiforme disposto no sentido sagital. Outras vezes é no decurso duma dequitação manual interna, ou duma curetagem por abôrto, que se descobre a anomalia.

Gelot (10) diz que um septo inter-uterino, habitualmente frágil, pode ser facilmente perfurado durante uma curetagem, tal como foi descrito na nossa Obs. I.

Finalmente, não podemos deixar de assinalar a hístero-salpingografia, como precioso meio de diagnóstico das malformações uterinas.

Busson e Portret (*) Mauclair, Piot e Jube (**) fôram os primeiros que applicaram o radiodiagnóstico às anomalias do útero, método cuja importância foi assinalada por Cotte e Bertrand, e de que Claude Béclair (2) precisou a técnica.

(*) Étude clinique et radiologique d'un utérus double — «Bull. Off. de la Soc. d'Electrol. et de Radiologie», Oct., 1924.

(**) Injection de lipiodol dans un utérus didelphe — «Bull. et mem. de la Soc. de Chir.», Dec., 1925.

Vimos de resto as lindas imagens que no nosso trabalho obtivemos por êste processo.

TRATAMENTO — O tratamento das malformações uterinas está sob o domínio da cirurgia. Não obstante deve ser-se conservador, conforme o conselho de Quenu & Lesourd e Guérin-Valmale. Nos úteros didelfos deve preferir-se a hemi-histerectomia à histerectomia bis-uterina, deixando desta forma a mulher em condições de engravidar. Goullioud reuniu 17 observações com resultados felizes (4).

Um corno rudimentar deve sempre primir-se, fazendo assim a profilaxia da rutura.

A ressecção dos septos vaginais é sem perigo.

Os septos intra-uterinos, membranosos, justificam a sua ressecção cuidada, sempre sob o contrôlo do hysterómetro, que faz a palpação a distância.

O hematocolpos reclama a intervenção por via vaginal, após dilatação do himen ou desfloração cirúrgica.

Não podemos atingir a razão que levou Beeb a operar e publicar um caso de vagina imperfurada com hematocolpos, hematrometria e hemosalpinge, consistindo a operação numa histerectomia com ressecção duma grande parte de vagina direita, tendo requerido um minucioso trabalho de dissecação da bexiga e ureteres (31).

Igualmente achamos injustificável o caso de Pôrto Guimarães (12), referente a uma rapariga de 22 anos, casada havia um ano, portadora dum útero bilocular com gravidez à esquerda, de 3 para 4 meses.

A operação consistiu na enucleação do ôvo por hysterotomia, «pour empêcher la continuation de la grossesse, craignant l'accouchement impossible à se faire normalement».

Nada havia que justificasse êste procedimento operatório. A gravidez deveria, sim, ser vigiada, mas havia o direito e até a obrigação, de esperar pelo menos o limite de viabilidade do feto.

Nem 8, nem 80!

RÉSUMÉ

I — En ce qui concerne ces anomalies utérines en rapport avec des arrêts dans le développement embryologique, il faut refondre et uniformiser les systèmes de classification presque aujourd'hui proposés, généralement fondés en critères différents, variant selon les auteurs.

II — On ne doit jamais appeler utérus doubles, ceux qui par une anomalie embryologique se présentent bipartis en deux hémis-utérus, chacun d'eux n'ayant d'annexes que d'un côté.

III — Nous voyons dans le tableau de page 44, que toutes ces anomalies ont chacune sa place dans un de ces trois groupes : *didelphes*, *bicornes* et *biloculaires*.

IV — Cependant, il faut considérer si le développement des canaux de Müller s'est fait pareillement et normalement à gauche et à droite, ou s'il existe atrophie uni-latérale ou bi-latérale.

V — Nous devons accepter donc trois séries : *eutrophique*, *atrophique* et *hemi-atrophique*, en conjonction avec les trois groupes rapportés.

VI — Chaque type d'anomalie utérine, classé par ce procédé, nous pouvons avoir une idée parfaite, sans grand effort d'imagination, de la morphologie qui lui appartient, ce qui n'arrive pas aux classifications de Le Fort, Piquand, Ombredanne & Martin, etc.

VII — Comme complément, nous joindrons à chacune des anomalies utérines le type du vagin (*simplex*, *dupla*, *septa*), de même qu'en zoologie ou botanique on ajoute au nom de l'espèce celui de la variété.

VIII — En accordant avec l'embryologie et l'anatomie comparée, notre classification ne laisse pas d'avoir sa valeur clinique et obstétrique.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — AZEVEDO (GERALDO V.) — «Sôbre um caso de útero pseudo-unicórneo bicole e vagina septada» *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*. T. XXVI, n.º 3, Março de 1932; in *Gyn. et Obst.*, 1933.
- 2 — BECLÈRE (C.) — «L'exploration radiologique en Gynécologie» *Masson*, 1928.
- 3 — BLANC (L.) — «Les anomalies chez l'homme et les mammifères». Paris, 1893.
- 4 — BOUSCALE — «Des utérus doubles au point de vue obstétrical» Thèse de Paris, 1924.
- 5 — BRINDEAU — «La pratique de l'art des accouchements». Paris, 1927.
- 6 — CERF — «Dystocie dans les utérus doubles par l'hemi-utérus non gravide praevia». Thèse de Paris, 1936.
- 7 — DAMBRIN & BERNARDBEIG — «Un cas curieux d'utérus didelphe». *Gyn et Obst.* 1924, pag. 292.
- 8 — DÉLAS (L. J. G.) — «Contribution à l'étude de l'utérus double, etc.» Thèse de Bordeaux, 1937.
- 9 — FRITZ HELMAN — «Doppelter Uterus und Schwangerschaft». *Med. Woch.*, T. LVIII, n.º 4, 22-1-1932.
- 10 — GELOT — «À propos d'un cas exceptionnel d'utérus double». Thèse de Paris, 1936.
- 11 — GERALDINO BRITES — «Anomalias útero-vaginais (estudo de 10 casos)». Coimbra, 1924.
- 12 — GUIMARÃIS (M. PORTO) — «Utérus biloculaire. Absence complète du col de l'utérus. Grossesse de trois à quatre mois». *Gyn et Obst.* T. XXVI, 1932, pag. 512.
- 13 — HAMELIN (R.) — «Contribution à l'étude de la parturition dans les ulérus malformés». Thèse de Paris, 1935.
- 14 — HERBELIN MAURICE — «Contribution à l'étude des utérus didelphes» Thèse de Paris, 1924.
- 15 — HUMPSTONE (P.) — «Pregnancy in a rudimentary horn of the utérus» *Surgery, Gyn. and Obst.*, Nov. 1920, pag. 501.
- 16 — KÜSTNER — «Ein Fall von der weiblichen genitalien mit Ligamentum rectovesicale persistens und stielgedrehtem Ovarialtumor» *Zentr. für Gynäk.* 6-5-1922, n.º 18; in *Gyn et Obst.* 1924, pag. 465.
- 17 — LAFFONT & JAHIER — «Césarienne au début du travail dans un utérus infra septus unicorporeus». *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, pag. 284.
- 18 — LE LORIER & MAURICE MAYER — «Utérus didelphe avec trois grossesses successives, dont une grossesse double bisuterine; une grossesse ectopique et ablation de l'utérus et de la trompe droite; un accouchement par le siège avec dystocie par bride vaginale». *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, n.º 3, Mars. 1937.

- 19 — OSCAR RIBEIRO — «O diagnóstico radiológico em ginécologia». Tese do Pôrto, 1935.
- 20 — MAGNAN — «Anomalies et malformations génitales de la femme». Thèse de Paris, 1929.
- 21 — MONFORT — «Contribution à l'étude de la grossesse dans l'utérus double». Thèse de Paris, 1930.
- 22 — MORAIS FRIAS — «Dois casos de malformação uterina». *Gaz. dos Hosp. do Pôrto*, 1911, pág. 259.
- 23 — MOURA RELVAS — «Histero-salpingografia». *Lisboa Médica*, n.ºs 11 e 12, ano VI, 1929.
- 24 — NEDELTCHEFF — «De l'hémi-utérus rudimentaire imperforé». Thèse de Lyon, 1932.
- 25 — PERY — «Un cas de malformation utérine rare». *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, pág. 491.
- 26 — PIRES DE LIMA (J. A.) — «Vícios de conformação do sistema urogenital». Pôrto 1930.
- 27 — PIRES DE LIMA (J. A.) & AMANDIO TAVARES — «Deux nouveaux cas portugais de malformation uterine». *Ann. d'Anat. pathol. et d'Anat. norm. médico-cirurg*, 6.º année, n.º 4, 1929.
- 28 — SOLAL (RENÉ) — «Deux cas d'utérus doubles uni-cervicaux; grossesses consécutives» *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n.º 5-Mai-1937.
- 29 — TESTUT — «Traité d'Anatomie Humaine». Vol. IV.
- 30 — TESTUT & JACOB — «Anatomie Topographique». Vol. II, 1922.
- 31 — REEB — «Utérus bicornis, bicollis; vagina duplex, etc.». *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, pág. 200.
- 32 — RICHE — «Utérus didelphe avec vagin unique; retention de fœtus mort et macéré dans l'utérus gauche». *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, pág. 248.
- 33 — GUILLEMINET & MICHON — «Étude clinique et thérapeutique des utérus doubles» *Gynec. et Obst.* 1924, pág. 145

UM DOCUMENTO CURIOSO

Data de 1880 a fotografia que hoje aqui se reproduz e que foi obtida por ocasião das festas comemorativas do Tricentenário de Camões que a Universidade e a Academia levaram a efeito de 8 a 10 de Junho daquele ano.

Já lá vão quasi 58 anos!

Era então de 18 o número dos professores Catedráticos e Substitutos da Faculdade de Medicina.

Faltam no grupo os Drs. Quaresma de Vasconcelos, Decano, António Gonçalves da Silva e Azevedo, Filipe do Quental, Sande Sacadura Botte, Manuel da Costa Alemão, Augusto Filipe Simões, Adriano Xavier Lopes Vieira e António Maria de Sena.

Da Faculdade de Direito faltam: Drs. Diogo Forjaz de Sampaio Pimentel, Decano, Henriques Sêco, Pedro Monteiro Castelo Branco, José Dias Ferreira, Ayres de Gouveia, Mendonça Cortês, Manuel Nunes Giraldes, José J. Fernandes Vaz Mendonça Furtado, Chaves e Castro, Madeira Abranches e José Frederico Laranjo.

É curioso notar que das Faculdades de Teologia, Matemática e Filosofia não figura aí nenhum professor como não figura o Reitor que era então o Visconde de Vila Maior.



1.ª fila (da esquerda para a direita) — Dr. Joaquim José Pais da Silva (Direito); Dr. José Epifânio Marques (Medicina); Dr. Calisto Ferraz (Medicina); Dr. Costa Simões (Medicina); Dr. António Jardim (Direito); Dr. Serra Mirabeau (Medicina); Dr. Raimundo Mota (Medicina).
 2.ª fila (da esquerda para a direita, de pé) — Dr. Sanches da Gama (Direito); Dr. Bernardo de Albuquerque (Direito); Dr. Avelino Calisto (Direito); Dr. Filomeno da Camara (Medicina); Dr. Assis Teixeira (Direito); Dr. Paiva Pita (Direito); Dr. João Jacinto (Medicina); Dr. Fernando de Melo (Medicina); Dr. M. Emidio Garcia (Direito); Dr. José Adolfo Troni (Direito).

NOTAS CLINICAS

Concepção actual da prática da colapsoterápia pulmonar pelo pneumotorax

POR

LUIZ PROVIDÊNCIA

ASSISTENTE DE TERAPÊUTICA MÉDICA CLÍNICA
E DE MOLESTIAS INFECCIOSAS

O repouso do órgão doente é condição essencial para a evolução favorável da doença. O velho aforismo popular «braço ao peito, perna no leito» traduz bem esta noção elementar, mas também fundamental de terapeutica.

O pulmão pela função que lhe cabe, tem de realizar um trabalho contínuo, um movimento constante de expansão e de retracção; de expansão a que é arrastado pela parede torácica e diafragma aos quais adere pela sua pleura, movimento de retracção a que o levam forças próprias internas.

Este movimento era considerado já desde tempos antigos como causa prejudicial na cura da tuberculose pulmonar.

A distensão a que o pulmão está sujeito dentro da caixa torácica, era conhecida de Galeno, que attribuia a dificuldade da cura ao afastamento dos bordos nas feridas pulmonares.

A idêa de suprimir o movimento do pulmão com o fim de obter a cura das lesões tuberculosas surgiu em 1777. Nessa data, ao traduzir um livro de Ebenezer Gilchrist sôbre a «Utilidade das viagens no mar para a cura de diferentes doenças e em particular da consumpção», Bourru escreveu para o mesmo um prefácio no qual expõe a idêa de fazer uma abertura no peito, do lado doente, para que, entrando o ar, o pulmão se retraia e perca o movimento.

James Carson em 1822 realizou o Pnt. em coelhos, incisando a parede torácica; praticou também duas intervenções idênticas em homens portadores de tuberculose pulmonar, mas não obteve Pnt. algum, em virtude de aderências, como a autópsia veio a mostrar.

Stokes em 1826 relatou alguns casos de Pnt. espontâneo, por tuber-

culose, seguidos de melhoras apreciáveis. Tempos depois, Potin, ao fazer idénticas observações, teve a idéia de manter estes Pnt. pela insuflação de azote, e assim curou alguns doentes.

Tal foi, em traços largos, o caminho andado até Forlanini.

Desde Forlanini até hoje, as concepções sobre acção e indicações do Pnt. tem sofrido uma evolução.

A princípio dominavam duas idéas que durante muito tempo foram aceites :

Uma dizia respeito às indicações: a unilateralidade das lesões era condição «sine qua non» para se fazer o Pnt. Outra noção orientava a técnica: pretendia-se imobilizar o pulmão, o que se julgava ser possível, à custa de pressões positivas.

Trabalhos de vários autores mostraram que o Pnt. não consegue imobilizar o pulmão, mesmo à custa de pressões positivas.

Reconheceu-se também que as pressões positivas acarretam um traumatismo para as lesões. À medida que a pressão vai aumentando na cavidade pleural, o pulmão vai reduzindo o seu volume; as zonas doentes, densificadas e pouco elásticas, a partir de certo valor da pressão já se não reduzem mais, não podendo acompanhar as regiões sãs que continuam a ser influenciadas pelo aumento da pressão.

No limite entre as regiões sãs e as doentes estabelece-se um traumatismo tendente a produzir lacerações.

Actualmente não se pretende obter a imobilização, mas o repouso das lesões, por meio da *detenção*, subtraíndo-as ao traumatismo que resulta da distensão pulmonar.

O pulmão está distendido dentro da caixa torácica porque a parede costal o impede de satisfazer a sua retractilidade. Desta distensão resulta uma certa tensão elástica em virtude da qual o parenquima são vai traccionar as lesões. Esta tracção traumatiza o parenquima doente, contraria a sua tendência retráctil, e tende a manter abertas as cavidades que porventura existam.

Durante a inspiração, as tensões elásticas atingem um valor mais elevado (tensões dinâmicas), aumentando o traumatismo sobre as lesões (traumatismo dinâmico). Na expiração, as tensões elásticas tem um valor mais baixo (tensões estáticas) a que corresponde um menor traumatismo (traumatismo estático).

Com a instituição do Pnt. tem-se em vista subtrair o pulmão à influencia directa e imediata da parede torácica, permitindo, pela interposição de uma camada de ar, que a retractilidade do parenquima seja satisfeita de modo a reduzir-se ao mínimo o traumatismo sobre as lesões.

Quando a pressão expiratória for igual a zero, o pulmão estará nesse momento em equilíbrio elástico, isto é, estará satisfeita a sua capacidade de retracção, desaparecendo portanto o traumatismo expiratório (estático). O pulmão continua a movimentar-se, porque o ar contido na pleura lhe transmite as solicitações da parede; há ainda um traumatismo dinâmico, mas o seu valor é então incomparavelmente menor.

O Pnt. hipotensivo, além da sua acção mecânica de detensão, teria

ainda uma acção benéfica pelas condições circulatórias que realiza. Segundo Parodi, no Pnt. hipotensivo há hiperémia activa favorável à cura das lesões, enquanto que no Pnt. hipertensivo há estase prejudicial.

O Pnt. feito a baixa pressão permite um alargamento considerável do campo das indicações.

As lesões bi-laterais podem ser favoravelmente influenciadas quer com o Pnt. bilateral, quer com um Pnt. unilateral de efeito homo-contro-lateral; no caso de lesões uni-laterais com aderências extensas podemos realizar um Pnt. do lado sã com o fim de obtermos um efeito contro-lateral. Mesmo no Pnt. homo-lateral as indicações aumentaram com a técnica do Pnt. hipotensivo.

Muitas vezes um Pnt. tinha de ser abandonado, quando se empregavam hiperpressões, pelo facto de existirem aderências que comprometiam o êxito terapêutico. Estas aderências, distendidas, iam exercer tracções sôbre o parenquima, tracções tanto mais graves quanto mais próxima de lesões estava a sua inserção. Com o emprego da hipotensão as contra-indicações por aderências são mais limitadas.

Há no entanto uma localização que as torna especialmente graves. São as aderências do vèrtice, mais graves ainda se estão inseridas junto de uma escavação.

O Pnt., libertando o pulmão da sua adesão à parede torácica, faz com que êle fique suspenso da aderência, e, em virtude da acção do peso, estabelece-se um traumatismo sôbre as lesões. Se na visinhança há uma caverna, esta corre o risco de se romper no momento de um acesso de tosse mais violenta. Pode evitar-se êste perigo, obrigando o doente a conservar-se deitado em decúbito dorsal, horizontalmente ou em ligeiro trandlembourg, o que tem como resultado subtrair a aderência à acção do pêso do pulmão. Faz-se ao mesmo tempo uma terapêutica anti-tussigena, pelos medicamentos habituais ou, sendo necessário, recorrendo à anestesia dos nervos laringeos.

Técnica do pneumotorax hipotensivo

Aconselha-se fazer a primeira punção com o trocate de Kuss, tendo prèviamente anestesiado a região com novocaina; a vantagem está em fugir-se assim, pelo emprego de uma agulha pouco acerada, à punção do pulmão. No entanto, desde que se disponha de agulhas de Pnt. do tipo habitual, de ponta bem acerada mas de bisel curto, encontra-se com facilidade o espaço pleural se a pleura é livre, bastando a anestesia pelo jacto de cloreto de etilo no ponto da punção. É fundamental dispor bem o doente e inspirar-lhe confiança. Antes de iniciar o Pnt. convém administrar um pouco de morfina ou pantopon.

A primeira insuflação deve ser de cerca de 200 cc.; no dia seguinte

faz-se nova insuflação de volume aproximado. Depois, aumentando um dia o espaço que medeia entre as novas insuflações, vai-se insuflando uma quantidade de ar tal que a depressão terminal expiratória seja inferior à da sessão anterior cêrca de dois centímetros. Faz-se isto até neutralizarmos a depressão, atingindo a pressão expiratória zero.

A partir de então regulamos as insuflações de modo que a depressão estática (expiratória) inicial seja igual à correspondente da sessão anterior. O espaço que medeia entre as insuflações deve ser, a principio, cêrca de uma semana.

Se ao iniciarmos uma insuflação notamos uma depressão expiratória superior à da sessão precedente, isto indica-nos que já a devíamos ter feito há mais tempo; reduziremos então o tempo entre as insuflações.

Pelo contrário, se ao iniciarmos uma insuflação a depressão estática é inferior à da sessão precedente, teremos de espaçar um pouco mais as insuflações.

Pneumotorax contro-lateral

O mediastino, longe de ser um septo rígido a separar os dois pulmões, é antes um traço de união entre êles. Fora de qualquer alteração patológica, e principalmente nos indivíduos novos, é móvel, brando, e está sujeito às possíveis variações das tensões elásticas pulmonares.

Se um dos pulmões é sêde de lesões fibrosas, retrácteis, o mediastino é deslocado para êsse lado, obrigando o pulmão oposto a distender-se. Quando realizamos um Pnt. a retractilidade pulmonar vai sendo satisfeita; o mediastino desloca-se para o lado oposto, se as tensões dêsse lado a isso o solicitarem, baixando as tensões elásticas. Desta baixa das tensões resulta uma diminuição do traumatismo sôbre as lesões que porventura existam.

Se a pleura contro-lateral é livre, a parede torácica, em virtude da baixa das tensões elásticas, encontra menor resistência à expansão, tornando-se maior a amplitude dos seus movimentos. Mas se há aderências extensas, a parede não pode expandir-se livremente, e a acção hipotensiva contro-lateral do Pnt. encontra melhores condições de êxito.

Ascoli e Parodi divergem quando encaram o mecanismo de transmissão das tensões de um pulmão a outro; não cabe nestas notas a exposição pormenorizada das suas concepções.

Para Mauricio Ascoli, é o mediastino o veículo das tensões; uma das condições de êxito da acção contro-lateral será portanto a mobilidade do mediastino. Esta será mais freqüente nos indivíduos novos; depois dos 40 anos as probabilidades de êxito diminuem.

Outro factor benéfico é a existência de aderências extensas do lado contro-lateral por diminuirem a expansão da parede costal. Lançando mão

da radiografia com dupla impressão (em expiração e inspiração forçadas) podemos ver se a respiração é do tipo abdominal ou, pelo contrário, se é grande a expansão torácica. Neste último caso, as condições são menos favoráveis.

Parodi, no entanto, embora reconheça a grande vantagem de uma fraca mobilização da parede contro-lateral, afirma que ela não é indispensável para se obter um efeito contro-lateral benéfico.

Pelo que diz respeito à sede das lesões, são as da região inter-cleido-hilar, as infra-claviculares (não muito externas) e as da base posteriores e muito internas, as que mais beneficiam. Pelo contrário, as lesões do extremo vértice, as da região infra-clavicular externa e as da base anteriores e externas, são pouco favoravelmente influenciadas.

O facto de as lesões se encontrarem rodeadas de uma certa quantidade de parenquima são, é também favorável.

As lesões à direita parece serem mais favoravelmente influenciadas pelo Pnt. esquerdo, do que as lesões à esquerda pelo Pnt. à direita. Vários autores foram já impressionados pelo facto de uma percentagem grande (cêrca de 70 %) de efeitos contro-laterais benéficos de várias estatísticas serem de lesões à direita (Pnt. à esquerda). A transmissão da acção defensiva do Pnt. seria mecanicamente mais fácil da esquerda para a direita do que em sentido contrário; além disso no Pnt. esquerdo a circulação linfática seria mais facilitada que no Pnt. à direita, isto por uma razão anatómica.

Estes dois factores explicariam segundo Fourestier a acção contro-lateral mais favorável do Pnt. à esquerda.

As probabilidades de êxito dependem também da natureza anátomo-patológica das lesões.

Os infiltrados recentes, as formas úlcero-caseosas estacionárias, as formas fibro-caseosas ulcerosas ou não, mal estabilizadas ou sub-evolutivas em que o Pnt. homo-lateral é impossível, seriam as que mais beneficiariam com o efeito contro-lateral.

Pelo contrário, as formas agudas extensas, pneumónicas ou bronco-pneumónicas, as formas extensas que ocupam a maior parte do pulmão, as grandes excavações, as formas micro-nodulares generalizadas, são casos maus.

As lesões de potencial retráctil elevado, serão também melhor influenciadas; um esboço de escoliose, um certo grau de desvio da traqueia, podem dar indicações sôbre êste factor.

A permanência no leito em decúbito lateral, sôbre o lado oposto ao do Pnt, sendo possível, é um auxiliar a ter em conta, visto que nessa attitude as tensões elásticas são menores e além disso porque é dificultada a expansão torácica.

Nas insuflações deverá seguir-se a técnica da hipotensão, deixando-se as pressões expiratórias ligeiramente negativas.

(*Continua*).



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Sociedades Científicas

Academia das Ciências — Foi eleito presidente desta academia, o sr. dr. Egas Moniz.

Na reunião de classe de ciências a que presidiu o sr. dr. Egas Moniz, o sr. dr. Pedro José da Cunha fez a sua comunicação relativa à história da Escola Politécnica de Lisboa.

O sr. presidente cumprimentou o eminente professor pelo seu notável trabalho. O sr. dr. Sabino Coelho elogiou o proficiente esforço do sr. dr. Pedro José da Cunha, e também o sr. dr. Henrique de Vilhena comentou o referido estudo.

Foi resolvido por proposta do sr. dr. Egas Moniz, publicar esta comunicação nas *Memórias da Academia*. O sr. dr. Silva Carvalho pôs em relêvo o reseno espírito critico do conferente, que tanto valorizou a crónica ouvida. O sr. dr. Pedro José da Cunha a todos agradeceu.

O sr. dr. Sabino Coelho falou em seguida sobre *Imunização*. A Classe em cumprimento do dispôsto no artigo 13.º, parágrafo 4.º do seu estatuto elegeu seu vice-presidente o sr. dr. Sousa da Camara e seu vice-secretário o sr. dr. Celestino da Costa, reconduzindo os membros do conselho administrativo.

Sociedade de Ciências Médicas — Nesta sociedade efectuou-se a primeira sessão ordinária do presente ano social, sob a presidência do sr. dr. Francisco Gentil. Os srs. drs. Carlos Salazar de Sousa e Alvarez leram os relatórios dos trabalhos do ano anterior, que foram aprovados.

Entretanto na ordem da noite, o sr. dr. Manuel Vicente Moreira fez a sua comunicação sobre «A habitação operária», a primeira duma série que se propõe realizar sobre o assunto.

O orador expôs os resultados dum inquérito feito a 407 famílias operárias, pelos quais se verifica que a maioria das habitações é insuficiente sob qualquer aspecto que se encare e deminui os efeitos da assistência clínica.

Estudando as causas das más habitações, o sr. dr. Manuel Vicente Moreira apresentou as tentativas de realização e os estudos efectuados, quer em Portugal quer no estrangeiro para resolver o problema. E descreveu o que em — repetidas viagens observou na Itália, na Suecia e noutros países acerca de habitações operárias.

O sr. dr. Francisco Gentil apreciou elogiosamente o trabalho do sr. dr. Ma-

nuel Vicente Moreira e salientou a influência do ambiente doméstico sobre os doentes que saem dos hospitais.

Antes de encerrar a sessão, pediu ao orador que continuasse, nas proximas sessões, a exposição de tão interessante problema.

Sociedade de Radiologia — Reuniu-se a assembleia geral da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, que aprovou o relatório e contas e elegeu os novos corpos gerentes, que ficaram assim constituídos : presidente, dr. Aleu Saldanha ; vice-presidente, dr. Moura Relvas ; secretários, drs. Aires de Sousa e José Padua, e tesoureiro, dr. Gentil Soares Branco.

A assembleia apreciou trabalhos científicos apresentados pelos drs. Guedes Pinto e Aleu Saldanha.

Sociedade de Antropologia — Realizou-se no anfiteatro de Fisica da Faculdade de Ciências, uma reunião científica da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, sendo feitas as seguintes comunicações :

Pelo sr. prof. Luiz de Pina, « Psicogramas em Antropologia Criminal » e ainda sobre « Figuras papilares da palma nos Portugueses e Negros » ; pelo sr. dr. Joaquim Fernandes Figueira, « Entre negros — Alguns aspectos da sua psicologia » e pelo sr. dr. Jorge A. Martins d'Alte « Dissecção dum negro de Moçambique ».

Sociedade Portuguesa de Quimica e Fisica — Reuniu em sessão plenaria a Sociedade Portuguesa de Quimica e Fisica. O professor Charles Lapierre occupou-se da sua comunicação sobre o chumbo e as conservas de peixe. Approvou-se depois o relatório científico e administrativo dos trabalhos a effectuar em 1938. Foram reeleitos os corpos gerentes.

Faculdades de Medicina

Do Pôrto — Foram contratados para as regências e serviços das disciplinas de Urologia e de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do Pôrto, respectivamente, os srs. drs. Oscar Moreno e Augusto de Carvalho e Almeida — « Diário do Governo » de 13 de Dezembro.

Congressos

A comissão executiva do Congresso Médico Nacional dos Acidentes do Trabalho, que se realiza brevemente, continua recebendo na sua sede, na avenida João Crisostomo, 66, as theses que deverão ser discutidas durante as sessões e redigidas pelos principais nomes da medicina e do fôro portugueses.

Últimamente enviaram os seus trabalhos os srs. drs. Carlos Larroudié, Pereira Varela e Joaquin Brilhante, respectivamente sobre « A importância da oto-rinolaringologia nos desastres do Trabalho », « O factor profissional nas lesões traumáticas da face » e « Um ponto nas reacções ao sorô antitetânico ».

Em 14 de Dezembro encerraram-se, no Cairo, os trabalhos do Congresso Internacional de Oftalmologia. O proximo Congresso realizar-se-á em Viena em 1941.

Direcção Geral de Saúde

Na vaga deixada pelo sr. dr. Fernando da Silva Correia, que pediu a sua exoneração, foi nomeado delegado de saúde efectivo do concelho das Caldas da Rainha, o sr. dr. Mário de Azevedo e Castro. — «Diário do Governo» de 9 de Dezembro.

— Foi demetido nos termos do artigo 4.º do decreto-lei n.º 25.317 de 13 de Maio de 1915, de delegado de saúde do concelho de Mesão Frio, o sr. dr. Armando Barbosa de Araujo Costa. — «Diário do Governo» de 21 de Dezembro

Direcção Geral de Saúde Escolar

Foi renovado o contrato da sr.ª dr.ª Corina Angelo do Couto para exercer as funções de médica escolar do Liceu D. Filipa de Lencastre, de Lisboa. — «Diário do Governo» de 20 de Dezembro.

Conferências

Foram largamente concorridas as conferências que realison em Paris, no anfiteatro do Hôpital de Pitié, o sr. dr. Alvaro de Caires, sobre *A História das relações médicas entre Portugal e a França*. O sr. dr. Laignel Lavastine, professor de história de medicina da Faculdade de Medicina de Paris, fez o elogio e comentou as lições proferidas por aquele médico português.

Na última sessão da Sociedade Francesa da História de Medicina foi eleito por aclamação, membro daquela douta associação francesa o sr. dr. Alvaro Caires.

No último número da revista *União Medicinal Latina* foi prestada homenagem áquele médico lisbonense.

Na Associação Católica do Pôrto, o sr. dr. Fernando de Castro Pires de Lima, realison uma conferência sobre «A higiene do character».

Em Coimbra, e nas comemorações do IV centenário da transferencia da Universidade, o sr. Silva Carvalho, realison na Sala dos Capêlos, uma interessante conferência sobre o «Reformador Reitor» e os serviços que prestou ao ensino médico em Coimbra».

Várias notas

O sr. dr. Reinaldo dos Santos foi nomeado presidente da Academia Nacional de Belas Artes, cargo vago pelo mestre sr. dr. José de Figueiredo.

— Regressou dos Estados Unidos, o sr. dr. Reinaldo dos Santos, que foi ali receber a medalha instituida pela benemérita Violette Hart para premiar o melhor trabalho em cada ano sobre cirurgia vascular.

A referida medalha que, nos termos do diploma que regula a sua concessão deve ser entregue ao premiado em sessão solene, foi atribuida este ano ao professor Reinaldo dos Santos, numa cerimónia de excepcional significado, realisada em Nova Orleans, no dia 26 de Novembro.

— Os colaboradores e discipulos do sr. dr. Egas Moniz foram a casa do illustre professor entregar-lhe, solenemente, o número especial da revista «Lisboa Médica», comemorativo do décimo aniversário da sua descoberta sôbre a angiografia cerebral.

Neste número colaboraram vários neurologistas estrangeiros de grande nome, que, quer sob a forma de artigos, quer sob o aspecto de mensagens, põem em destaque o valor do trabalho do sr. professor dr. Egas Moniz no campo da neuro-cirurgia.

— Vai iniciar-se, brevemente, a construção do novo hospital Amadeu de Figueiredo, na ilha do Fogo, Cabo Verde.

— Foi eleito presidente da Liga dos Amigos Hospitais de Lisboa, o sr. dr. José Pontes.

— O «Diário do Governo» de 9 de Dezembro publica a tabela de preços de análises clínicas do laboratório da Estância Hidrológica da Curia e a afirmação do projecto de instalação do mesmo laboratório.

— Pelo Instituto para a Alta Cultura foi concedida uma bolsa de estudo fóra do país, durante 4 meses, ao licenciado em medicina, sr. António da Silva Lima Faleiro. — «Diário do Governo» de 16 de Dezembro.

— Foi concedida medalha de ouro de comportamento exemplar, ao sr. dr. Artur Fernando Rocha, director do serviço clínico (serviço geral de clínica médica) dos Hospitais Cívicos de Lisboa. — «Diário do Governo» de 22 de Dezembro.

— Foi colocado na situação de reforma, o coronel médico do quadro comum dos serviços de saúde do Imperio Colonial Português, em serviço na colonia de Moçambique, sr. dr. António de Paiva Gomes. — «Diário do Governo» de 23 de Dezembro.

Falecimentos

Faleceram em Guimarães, o sr. dr. Fernando Gilberto Pereira, clínico, de 57 anos de idade; em Lisboa, o sr. dr. Avelino Monteiro, antigo director de enfermaria do Hospital de S. José e oto-rino-laringologista; o sr. Carlos dos Santos Carvalho, irmão do médico, sr. dr. Manuel Gonçalves de Carvalho; em Ancora, o sr. dr. Francisco José de Faria, sogro do clinico, sr. dr. Jaime Pereira de Magalhães; em Coimbra, a sr.^a D. Laura Albertina Delgado Santa Clara Morna, saudosa esposa do capitão médico. sr. dr. Jacinto de Freitas Morna Junior, e cunhada do sr. dr. Luís de Freitas Morna, sub-inspector de saúde; a menina Maria Inês Pinto de Abreu Barros e Cunha, sobrinha do capitão médico, sr. dr. Mário de Barros e Cunha; e a sr.^a D. Maria Rosalnia Lopes de Castro, irmã da sr.^a dr.^a Natividade de Castro, médica e directora da Casa de Saúde de S. José; na Murtosa, a sr.^a D. Maria do Carmo Vieira Barbosa Dias Vaz, esposa do médico daquela localidade, sr. dr. João Pedro Dias Vaz; em Tondela, a sr.^a D. Rosa de Jesus Lacerda, mãe do sr. dr. Jeronimo Lacerda, director da Estância Climatérica do Caramulo.



Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Bacq** — L'Acetylcholine et l'Adrénaline. Le rôle dans les transmissions de l'influx nerveux. (Bibliothèque Scientifique Belge. Section Biologique). 114 pages. 14 Figures. 1 Planche. (M) — Frs. 20,00.
- Blanc et Bordes** — Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. 1 vol. 242 pages. (D) — Frs. 30,00.
- Cambrelin** — L'Amygdale linguale. 142 pages. 35 Figures. (M) — Frs. 35,00.
- Chapelon** — Les Musculatures à fonctionnement volontaire. Leur rôle respectif. La vision simultanément nette à toute distance etc. 1 vol. avec 228 pages. (V) — Frs. 25,00.
- Contet** — Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons. 2^e édition. 1 vol. 176 pages. 73 Figures. (M) — Frs. 10,00.
- Daniélopou** — Les thyroïdies endémiques et sporadiques. 142 pages. 56 Figures. (M) — Frs. 30,00.
- Deleau, Fabre et Coniver** — Index Medico-pharmaceutique. 1 vol. 756 pages. (M) — Broché, Frs. 120,00. Cartonné, Frs. 150,00.
- Destot** — Traumatismes du pied et rayons X. Malléoles, Astragale, Calcaneum, Avant-pied. 2^e Edition. 1 vol. 292 pages. 156 Figures. (M) — Frs. 45,00.
- Enriquez** etc — Nouveau Traité de Pathologie Interne vol. III partie I. Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres. Partie II. Tuberculose pulmonaire. Maladies des plèvres. 2 vol. illustrés avec 210 fig. 1170 pages reliés. (D) — Frs. 390,00.
- Étienne-Martin** — Précis de Médecine Légale. 2^e édition. 1 volume relié. 760 pages illustré 112 fig. — (D) — Frs. 135,00.
- Ferrière** — L'Érotomanie. Illusion délirante d'être aimé. 1 vol. 170 pages. (D) — Frs. 28,00.
- Fiessinger** — Explorations fonctionnelles. 1 vol. 432 pages. (M) — Frs. 70,00.
- Glorieux** — La hernie postérieure du ménisque intervertébral et ses complications nerveuses. 102 pages. 98 Figures, 2 planches. (M) — Frs. 40,00.
- Grégoire et Couvelaire** — Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques. (Infarctus viscéraux). 182 pages. (M) — Frs. 50,00.
- Haimovici** — Les Embolies artérielles des membres. 336 pages. 25 Figures. (M) — Frs. 55,00.
- Hovelacque, Monod, Evrard** — Le Thorax. Anatomie Médico-Chirurgicale. Un volume format 19×28 de 350 pages avec 125 figures. (N) — Broché, Frs. 140,00. Cartonné, Frs. 160,00.
- Hovelacque Monod Evrard** — Treize Coupes Horizontales du Thorax. Un atlas format 56×38 cm de 13 planches et 13 calques avec légendes. (N) — Broché, Frs. 175,00. Cartonné, Frs. 215,00.
- Lauwers** — Introduction à la chirurgie digestive. 1 vol. 224 pages. (M) — Frs. 38,00.
- Lemaitre** — Étude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. 1 vol. illustré. 190 pag. (V) — Frs. 45.
- Maisonnnet** — Petite Chirurgie. 3^e édition. 1 vol. illustré. 1038 pages. 752 fig. (D) — Frs. 125,00.
- Mars et Kerlan** — La procréation volontaire. 1 vol. illustré avec 68 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Neipp** — De l'influence de divers cations sur le croît microbien. 432 pages avec tableaux. (M) — Frs. 90,00.
- Ricoux** — Notions actuelles sur la cellulite et son traitement. 1 vol. 75 pag. (V) — Frs. 8,00.
- Savignac** — Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum. 1 vol. 130 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Sézary** — Le Traitement de la Syphilis. 3^e Edition. (Collection des Initiations Médicales). 196 pages. 4 Figures. (M) — Frs. 30,00.

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

- Agasse-Lafont** — Dictionnaire des Examens de Laboratoire. 1 vol. 447 pages. (V) — Frs. 120,00.
- Bernou et Maréchaux** — Aspiration et Pyothorax. 1 vol. 66 pages. (D) — Frs. 16,00.
- Brindeau** — La Présentation du Siège. La Version. 1 vol. 270 pages avec 92 planches. (V) — Frs. 60,00.
- Carnot, Froment, etc.** — Maladies de l'Intestin. 1 vol. 416 pages. 80 figures. XIX planches. (B) — Frs. 140,00.
- Cushing** — Tumeurs intracrâniennes. 194 pages. 111 figures. (M) — Frs. 80,00.
- Danes** — Les Cholécystites Chroniques. 1 vol. avec 11 radiographies hors texte. 116 pages. (D) — Frs. 38,00.
- Delhoume** — L'École de Dupuytren. Jean Cruveilhier. 1 vol. 315 pages illustré. (B) — Frs. 60,00.
- Denoyés** — Appendice et Radiologie. 1 vol. 230 pages. 56 figures. Hors-texte. (V) — Frs. 50,00.
- Desplat, Moulouguet et Malgras** — L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. 120 pages. 40 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Fau et Cuyet** — Anatomie Artistique du Corps Humain. 5^e édition. 1 vol. 208 pages. 41 figures. XVII planches. (B) — Frs. 32,00.
- Grenet** — Conférences de Médecine Infantile. Première Série. 1 vol. 304 pages. 30 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Héger-Gilbert** — Déontologie Médicale. 1 vol. 325 pages. (B) — Frs. 64,00.
- Laubry** — Leçons de Cardiologie faites à l'Hôpital Broussais. Deuxième série. 1 vol. 404 pages avec 151 figures. (D) — Frs. 130,00.
- Les Régulations Hormonales en Biologie, en Clinique et en Thérapeutique. Rapports présentés aux Journées Médicales Internationales de Paris 1937. 1 vol. 853 pages. (B) — Frs. 100,00.
- L'Infirmière Hospitalière** — Guide Théorique et Pratique de l'École Florence Nightingale de Bordeaux. Tome I. Médecine. 1 vol. 288 pages. 10 figures (B) — Frs. 32,00.
- Maury** — Phlébites. 1 vol. 96 pages. (D) — Frs. 25,00.
- Niehans** — La Sénescence et le Rajeunissement. 1 vol. 74 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Nogier** — Electrothérapie Clinique. 3^e édition. 1 vol. 281 pages. 55 figures. (B) — Frs. 60,00.
- Ramond** — Conférences de Clinique Médicale Pratique. (Treizième Série). 1 vol. 368 pages. 11 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Rathéry** — La Pratique de la Cure Insulinique et les diabétiques. 1 vol. 400 pages. (B) — Frs. 25,00.
- Stern** — Culture des Tissus et Cancer. 1 vol. illustré avec 135 pages (V) — Frs. 20,00.
- Tinel** — Le Système nerveux végétatif. 1 vol. 848 pages. (M) — Frs. 160,00.
- Tremolières** — Traitement de la Colopathie Muco-Membraneuse. 1 vol. 32 pages. (B) — Frs. 10,00.
- Trepsat** — Oeuvre Psychiatrique. 1 vol. 188 pages. 8 planches. (V) — Frs. 24,00.
- Tzanck** — Hématologie du Praticien. Tome premier. 1 vol. 186 pages. XI planches. (B) — Frs. 56,00.
- Veau** — B c de Lièvre. Formes clinique, chirurgie. 326 pages. 1.214 figures. (M) — Frs. 100,00.
- Vignes et Robey** — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. 2^e édition. 88 pages. 13 figures. (M) — Frs. 16,00.