

COIMBRA MÉDICA

ANO III

FEVEREIRO DE 1936

N.º 2

SUMÁRIO

	Pag.
EXPLORAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS PELO ÓLEO IODADO — Dr. João Porto, Dr. Ferreira da Costa e Dr. Guedes Pinto	83
REFLEXÕES SOBRE O ABORTAMENTO FEBRIL — Dr. Luiz Raposo	94
UM HIGIENISTA E CLIMATOLOGISTA DESCO- NHECIDO DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XVII — O DOUTOR MIGUEL ALVES — Dr. Ro- cha Brito.	140
NOTAS CLÍNICAS — DOENÇA DE NICOLAS E FAYRE — Dr. Mário Trincão	153
LIVROS & REVISTAS	161
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	IX

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. Moraes 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
Luíz 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 Agôsto 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

ZIG - ZAG

O MELHOR PAPEL DE FUMAR
Sempre imitado, nunca igualado

É a opinião das sumidades médicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ninguém que prese a sua saúde deve usar outro papel, pois todas as imitações são muito parafinadas e, portanto, extremamente prejudiciais. Vejamos:

«...Não ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... Não ha nenhum país, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG não seja preferido por fumadores de todas as classes sociais.»

(a) DR. GEORGES DARZENS
Adjunto da Universidade de Paris

«...O papel ZIG-ZAG não contém nenhuma matéria tóxica, nem pasta de madeira, nem cloro... O papel ZIG-ZAG é um papel para cigarros de qualidade superior, em que não se encontram nenhuns vestígios de substâncias nocivas à saúde...»

(a) DR. RAMÓN CAJAL
Director do Instituto Therapeutico de Madrid

Poderíamos juntar mais transcrições, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL

A CASA HAVANEZA - LISBOA

24 - Largo do Chiado - 25

MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

Grande sortido de seringas em vidro e cristal de IENA desde 2 c.c. até 100 c.c., aos melhores preços do mercado.

Agulhas Contracid, podendo ser aquecidas ao rubro vermelho, substituindo assim as agulhas de platina com enorme economia de preço. Temos em armazem todos os tamanhos desde 2 até 10 centímetros de comprimento.

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

Grande sortido em material cirúrgico, tais como: Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocautérios, Forceps, Fonendoscópios, Bazzi-Bianchi, Stetoscópios, Ecoscópios, Termómetros, Estojos para Anatomia. Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente 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)

Deposítários
exclusivos

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

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

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Serviço de Roentgen diagnóstico do Banco:

Director: Prof. Dr. Angelo da Fonseca

Serviços de Clínica Terapêutica Médica e de Moléstias Infecciosas:

Director: Prof. Dr. João Pôrto

EXPLORAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS PELO ÓLEO IODADO



(Broncografia, e em especial do lobo superior do pulmão)

POR

JOÃO PORTO

FERREIRA DA COSTA

e

GUEDES PINTO

Desde que Sicard e Forestier observaram a opacidade do lipidiol ao R X, ainda a sua fácil penetração e inocuidade nas cavidades do organismo, em breve se procurou e se obteve com êxito a aplicação dêste método de exploração radiológica ao aparelho respiratório.

Desde as primeiras tentativas de Sicard, Forestier e Leroux, a que se seguiram Sergent e Cottenot e tantos outros, documentos se têm colhido e publicado⁽¹⁾, em número suficiente para já hoje se poder fazer ideia das indicações diagnósticas e terapêuticas que o método oferece.

No domínio das dilatações ou mesmo compressões bronquicas, extrínsecas ou intrínsecas, abscessos do pulmão, pleuresia purulenta, trajectos fistulosos, corpos estranhos etc., presta incontestáveis esclarecimentos, por vezes.

(1) Entre nós, do nosso conhecimento, publicou o prof. A. Cancela de Abreu, um belo estudo sobre a «Técnica da broncografia» em o *Jorn. da Soc. das Ciências Médicas de Lisboa*, t. XCVII, n.º 12, Dez. 1933. O A. prefere a via-nasal servindo-se de uma algália flexível vulgar. A sua experiência incidiu sobre 14 casos em alguns dos quais conduziu a sonda até aos bronquios, injectando ai, directamente, o sol. iodado.

Não é êste, todavia, o objectivo da presente publicação mas sim, por enquanto, sem preocupações bibliográficas e apenas orientados pelos nossos resultados, a exposição da técnica broncográfica que adoptamos nos nossos serviços e das razões porque a preferimos.

Na injeção bronquica do óleo iodado as vias utilizadas podem reduzir-se a três :

- a) — Via trans-glótica,
- b) — Via infra-glótica ou inter-crico-tiroidea e
- c) — Via trans-glóto-traqueo-bronquica.

As duas primeiras são as mais frequentemente seguidas. No primeiro caso introduz-se uma sonda canula curva ou a extremidade da canula da seringa de Rosenthal na laringe, entre as cordas vocais, e conduz-se o soluto iodado directamente na traqueia depois da anestesia da oro-faringe, epiglote e endo-laringe. No segundo, introduz-se uma agulha curva directamente na traqueia por via transcutânea, perfurando a membrana inter-crico-tiroidea, a que se adapta uma seringa de 20 a 40 cc. de capacidade com o óleo iodado, mas depois de ligeira anestesia da traqueia, com soluto de cocaína. No terceiro, depois da necessária anestesia, a sonda é conduzida até ao grande bronquio e o líquido injectado electivamente junto do bronquio ou bronquios a que corresponde a zona pulmonar a explorar. E' êste o que se nos afigura mais completo e sem quaisquer inconvenientes a mais que os outros. Quando em 1847 Horácio Green perante a Sociedade Médico-Ciúrgica de New-York expôs o método de tratamento das supurações pulmonares pela broncoscopia e por uma medicação bronquica directa, recebeu logo neste lugar a reprovação quasi geral por ser julgada « técnica anatómicamente impossível e inovação condenável ». Votada ao esquecimento durante muitos anos, foi retomada em 1895 por Kirstein que obteve uma visão directa sobre a bifurcação bronquica ; todavia o receio impediu-o de atingir nesta via o limite das possibilidades. As razões êle próprio o declara : « A parte inferior da traqueia é uma região perigosa. . a pulsação da aorta é um fenómeno notável que exige a maior prudência no manejo de instrumentos rígidos ». Isso não quer dizer que

dois anos mais tarde, em 1897, Killian não fizesse a extracção de um osso num dos grossos bronquios num velho e que hoje, pela broncoscopia aperfeiçoada por Brunings, Guisez e sobretudo por Chevalier-Jackson, para tratamento dos processos supurativos pulmonares se não levem os instrumentos até aos últimos bronquios colateraes primários.

Sem os menores inconvenientes também aí se pode conduzir a extremidade de uma sonda, como a prática nos tem mostrado, ainda que ela termine por uma oliva metálica.

Utilizando qualquer dos dois primeiros processos, qualquer que seja a posição que se dê ao doente, só há a certeza de atingir, pela injecção iodada, as zonas inferiores dos pulmões; os lobos superiores só muito discreta e parcialmente podem impregnar-se. Todavia os lobos superiores dos pulmões são susceptíveis de lesões tão justificáveis da iodobroncografia como as dos lobos inferiores, para esclarecimento semiológico do aparelho respiratório. Qualquer das duas técnicas é, pois, omissa nos resultados.

A via nasal, aconselhada por alguns autores é uma modalidade da via translótica ou trans-gloto-traqueo-bronquica, conforme a distância a que se conduz a sonda. Cremos ter experimentado as técnicas aconselhadas pelos diferentes autores, no que elas têm de fundamental, entre elas a que utiliza a via nasal, com sonda flexível, anestesiando previamente o cavum e narinas com soluto de cocaína. A sonda tem quasi sempre tendência em seguir para o esófago, o que representa um inconveniente; por outro lado, sempre que com o auxílio de uma pinça a puxávamos para a obrigar a seguir caminho através das cordas vocais, o reflexo toxígeno era violento e repetido apenas tocava na mucosa. Para a boa execução desta técnica torna-se necessário, pois, uma boa anestesia da região e como tal é inutil o pequeno sacrifício da passagem da sonda pelas narinas. O complemento só pode obter-se seguindo a via trans-gloto-traqueo-bronquica, levando o líquido abaixo da bifurcação dos grossos bronquios e combinando, conforme os casos, diferentes posições para o torax do doente; quando a injecção se faz sob o *contrôle* radioscópico, o doente deitado sobre uma mesa de radiologia à qual se podem imprimir todos os movimentos.

O doente em decúbito dorsal e em suave declive, o soluto iodado injectado por via translótica ou intercricotiroideia desce

para atingir os lobos inferiores: o inferior esquerdo; o médio e inferior direitos; mas, dos superiores, apenas numa extensão insignificante. Uma perfeita impregnação dêstes só pode conseguir-se, como é obvio, dando ao doente a posição de Trendelenburg e a extremidade da sonda junto ou abaixo da abertura do bronquio a que corresponde a zona pulmonar a explorar: junto ou abaixo da emergência do bronquio eparterial, à direita; da emergência do primeiro hipoarterial à esquerda.

Instrumentação, preparação do doente e introdução da sonda

Os instrumentos necessários são os seguintes:

- a) Espelho frontal
- b) Espelho laringeo
- c) Abaixador de lingua
- d) Canula condutora
- e) Pulverizador de Vibiss com extremidade orientavel
- f) Sonda do tipo duodenal com oliva metálica, Einhorn
- g) Pinça Lubet-Barbon
- h) Seringa Rosenthal
- i) Seringa de 20 cc. ou 40 cc.
- j) Seringa de 3 cc.

O doente em jejum ou tendo tomado uma ou duas horas antes uma refeição ligeiríssima, recebe uma injeção de 1 centigrama de morfina mais $\frac{1}{2}$ miligrama de atropina, e sentado, segura com a mão esquerda uma bacia onde expectora e com a direita segura a língua que envolve com uma compressa. O operador diante do doente munido de espelho frontal, com a mão esquerda segura o instrumento com que abaixa a língua, ou maneja o espelho laríngeo e com a direita segura e orienta o pulverizador com soluto de cocaína a 10% e que um ajudante pulverisa: 1.º) — a abóbada palatina, a uvula, orofaringe e base da língua, 5, 6, 7 vezes, conforme a reflectividade do doente e com pequenos intervalos; 2.º) — a epiglote e a endo-laringe 4 ou 5 vezes, com pequenos intervalos, sob o *contrôle* do espelho laríngeo.

Pode tentar-se um toque endo-laríngeo com um porta-algodão

para analisar a sensibilidade do doente e para o habituar perifericamente à introdução da sonda.

Instilação de $\frac{1}{2}$ ou 1 cc. de soluto de cocaína a 5% na traqueia, com seringa de Rosenthal, recomendando ao doente tossir ligeiramente, para que o líquido se distribua pela árvore bronquica anestesiando-a de modo a permitir, a seguir, e com socêgo, o contacto da sonda e da solução iodada.

Uma vez conseguida a anestesia e sob o *contrôle* do espelho

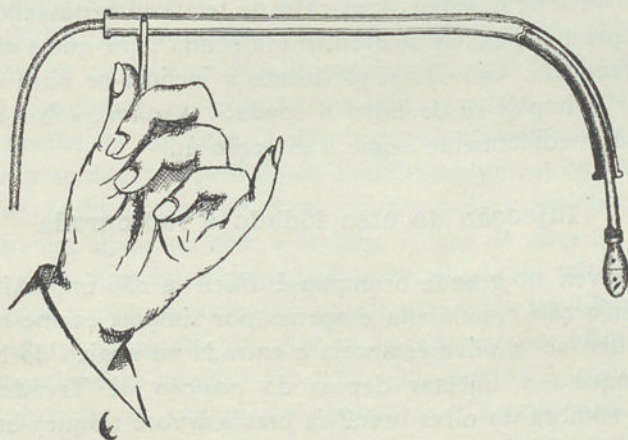


Fig. 1

laríngeo, o operador orienta a canula condutora segundo o modelo da Fig. 1 e que para tal mandamos expressamente fazer, portadora da sonda, ao orifício laríngeo, e o ajudante, impelindo-a pouco a pouco, fa-la entrar pelo orifício glótico e descer pela traqueia e grossos bronquios. Uma vez que a oliva transpôs a glote, com uma pinça de Lubet-Barbon introduzida na orofaringe, segura-se a sonda para se afastar a cânula e aquela é fixada na face com adesivo; o doente, calmo, respira suavemente, sem tosse e, por seu pé, transporta-se para a mesa radiológica onde se deita e onde, sob o controle dos Raios X se verifica a sua situação. A cânula, a sonda, a seringa de 20-40 cc. e o óleo iodado devem ser previamente aquecidos. O desvio da sonda para o bronquio direito ou esquerdo é função da inclinação homolateral do torax do doente e ainda das disposições anatómicas da traqueia e grossos bronquios.

Sentado o doente e impelindo a sonda, a oliva ao atingir o

esporão traqueo-bronquico, quási sempre se orienta para a direita já porque o grande bronquio direito se afasta menos do eixo da traqueia, já porque o seu diâmetro é maior que o do lado oposto.

Depois da introdução da sonda e esta fixada à face, é fácil saber-se se a oliva está ainda na traqueia ou já num dos grandes bronquios. Basta ver se se encontra na linha médio-sagital ou afastada dela — a não ser que haja desvio patológico da traqueia por mediastinite antiga ou outro processo.

Se queremos sondar o campo bronquico oposto àquele para onde a oliva se desviou — no caso de ter já ultrapassado o esporão traqueal — puxa-se suavemente a sonda para que a oliva suba até à traqueia, convida-se o doente a inclinar-se para o lado a explorar e impele-se de novo a sonda. A oliva, sob a acção do seu pêso imediatamente segue a direcção útil

Injecção do óleo iodado e radiografia

Uma vez no grande bronquio é difficil se não impossível, sem prévia injecção lipiodolada e apenas por simples exame radioscópico saber se a oliva estanca à entrada ou abaixo do bronquio ou bronquios a injectar depois da posição de Trendelenburg. Vê-se a sombra da oliva metálica mas a árvore tráqueo-bronquica é invisível; falta o contraste da sombra dos bronquios. Basta porém a injecção de 2 ou 3 cc. de lipiodol para sabermos onde estamos e facilmente nos orientarmos. O óleo iodado opacifica imediatamente os ramos bronquicos e facilmente a oliva é conduzida aonde convém que o seja. A injecção deve fazer-se muito lentamente e de preferênciamos momentos em que o doente inspira. Em qualquer caso quando o doente se mantenha perfeitamente sosegado, sem tosse, com respiração calma e superficial. A anestesia feita segundo a técnica que aqui descrevemos permitiu sempre aos nossos doentes a maior calma durante a injecção e os exames radiológicos. O líquido de contraste que quási sempre utilizamos foi o lipiodol Lafay a 40 0/0. Levados pela ideia de que o lipiodol F ou a neo-iodipina a 40 0/0, mais fluidos, fôsem capazes de impregnar as mais longinquo ramificações obtendo assim algumas imagens mais nítidas e territorialmente mais extensas, muitas vezes os empregamos. Em breve reconhecemos a superioridade do primeiro, pois estes solutos muito mais rapidamente

alcançavam os finos bronquios e os alveolos, é certo, sem estacionarem, no entanto, nos ductos de maior calibre, o tempo necessário e indispensável para a obtenção de uma ou mais radiografias perfeitas. Se a radiografia se não fizer imediatamente a seguir à injecção, sem tardança, a imagem aparecerá brumosa, com o aspecto de ramada luxuriante de folhagem que oculta os bronquios que interessa estudar. Tantas vezes a imagem dos bronquios que interessa estudar se não vêm porque a demora da radiografia foi bastante para que o líquido os abandonasse e passasse para os bronquiolos e alveolos. A Rad. II foi obtida cinco minutos depois da Rad. I, o doente sempre deitado, imóvel, e sem tosse.

Para se obter uma boa impregnação, pelo soluto iodado, da secção bronquica pertencente ao lobo superior, importa levar a oliva abaixo da emergência dos bronquios colaterais primários e imprimir ao doente a posição de Trendelenburg. A êste movimento junta-se o do desvio do torax para o lado a injectar. Tudo a postos: um ajudante, com a seringa vulgar de 20 a 40 c.c. carregada com o lipiodol e ajustada à extremidade da sonda, começa a injectar o líquido lentamente, escolhendo para isso de preferência fazê-lo durante a inspiração. Sob visão radioscópica o líquido alastra e a quantidade a injectar não tem volume fixo: é sempre variável e na medida do justamente necessário, e é esta outra vantagem sôbre as técnicas que utilizam as primeiras vias, pois em qualquer delas a introdução do óleo iodado se faz, por assim dizer, às cegas.

Muitas vezes injectam-se 20, 40 e mesmo maior número de c.c. do soluto iodado para, dos departamentos pulmonares, não chegar a impregnar-se o que nos interessa estudar.

É fácil então, sob grandes doses de líquido de contraste, a zona injectada ser insuficiente ou mal escolhida por má direcção daquele. Pelo contrário quando se pode acompanhar a progressão do líquido no *ecran*, as zonas a contrastar são escolhidas e a quantidade de líquido é função do limite de nitidez, por assim dizer.

Desde que se tenha assentado na técnica, para o exame broncográfico, como é natural, só são escolhidos os doentes em cujos campos pulmonares, por elementos de ordem clínica ou radiológica, colhemos a suspeita de existir alguma lesão a esclarecer. A iodo-broncografia deverá sempre ser precedida duma radiografia simples e esta já orienta sôbre o pulmão, mesmo sôbre o lobo ou lobos a opacificar.

Regra geral há necessidade de injectar apenas um dos pulmões ou mesmo um só dos lobos.

Se há necessidade de impregnar a base: os lobos médio e inferior direitos, ou o inferior esquerdo, a injeccção é feita com o doente em decubito dorsal com suave inclinação anterior. Se há necessidade de tornar o método extensivo a todo o pulmão, a injeccção deverá fazer-se em dois tempos: primeiro, com o doente em suave inclinação anterior, com a oliva em qualquer plano do grande bronquio, injecta-se a primeira dose de líquido, aquela que por visão radioscopica se nos afigura sufficiente; a seguir e imediatamente, a seringa ajustada à sonda, suspensa a introdução do lipiodol enquanto se não adaptou a oliva à entrada ou um pouco abaixo da emergência do bronquio lobar superior e se deu ao doente a posição de Trendelenburg, injecta-se a segunda dose na medida necessária para uma perfeita distribuição na zona a explorar.

Assim fizemos nos casos a que correspondem as Rad. apresentadas excepto a VII.

Se há lesões a estudar nos dois campos pulmonares, então torna-se necessário proceder alternadamente à direita e à esquerda, em duas sessões, e colher duas radiografias diferentes. Para a impregnação lipiodolada de toda a arvore bronquica esquerda ou direita, é indispensável uma ligeira inclinação homolateral enquanto se injecta; ora, feita a injeccção dum lado, enquanto se repete do lado oposto que exige agora inclinação de sentido inverso, o liquido reflui abandonando os bronquios de menor calibre e a nitidez radiográfica perde-se ali. Depois de termos distribuido o lipiodol pelos bronquios esquerdos, o que conseguimos de modo muito perfeito, ao passarmos a injectar os bronquios direitos por forma a obter-se a imagem da Rad. I num doente que tomamos para exemplo, o soluto iodado refluiu, desaparecendo dos alveolos e bronquiolos, notando-se à esquerda apenas e discretamente nos bronquios justa-hilares e no apical.

Se a sondagem escolhe os lobos inferiores, com a inclinação anterior e homolateral, só êles se impregnam; todavia, se o principal objectivo é a injeccção do lobo superior, enquanto êle se executa não há maneira de o isolar completamente daqueles; uma parte do líquido distribui-se ao mesmo tempo para os andares inferiores, como se nota na Rad. VII onde houve a preocupação de injectar apenas o lobo superior. Devido a serem diferentes as alturas donde

emergem, dos grandes bronquios, os ramos colaterais tributários do lobo superior direito ou lobo superior esquerdo, (altura maior para o lado direito), enquanto se injecta o lobo superior esquerdo, o líquido, em parte refluindo, vai invadir o campo bronquico oposto. Já a reciproca não é verdadeira pois em muitas iodobroncografias à direita, apenas dêste lado se conseguiu a opacificação.

Que assim não fôsse, o facto nada prejudicaria pois não nos deve preocupar tanto a distribuição do lipiodol pelos campos pulmonares cuja integridade anatómica a radiografia e a clínica denunciam, como por aqueles que são sede de lesões por causa das quais se realiza uma prova que para os doentes não é de todo destituida de incómodo, embora de accidentes nulos e de incidentes quasi nulos. Em todo o caso, é de boa prática proceder por forma a que a injectão se faça de modo tão electivo quanto possivel pois além do mais se consegue uma grande economia de substância de contraste.

E' por isso que aos doentes a que pertencem as radiografias III e IV, em que todos os bronquios direitos estão opacificados, foi bastante a injectão de 5 cc.; para se obter as radiografias V, VI e VII, onde quizemos focar de preferênciam os lobos superiores à direita e mostrar como a técnica que preconizamos é eficaz, injectamos de 5 a 10 c.c. Nesta última nota-se o aspecto brumoso por predomínio de impregnação alveolar porque a quantidade de lipiodol injectada foi superior à que deveria ter sido.

As primeiras radiografias, com aspecto de árvore de inverno sem fôlhas, apresentam outros detalhes.

Todas estas imagens mostram bem como pode conseguir-se a impregnação electiva do lobo superior ajustando a oliva à entrada do bronquio eparterial ou um pouco abaixo. O limite inferior da perna bronquica é bem patente. O mesmo se observa na Rad. I.

Dos dois lobos superiores, mostrou-nos a prática que é mais fácil obter-se a opacificação à direita e as razões devem ser as seguintes: *a*) — mais próxima emergência dos primeiros bronquios colaterais primários, tanto ventral como dorsal, à direita, sobretudo o eparterial; e *b*) — maior calibre dêste em relação ao primeiro hipoarterial esquerdo.

Em todo o caso, à esquerda, ajustando bem a oliva à entrada do primeiro hipoarterial, quasi sempre conseguimos a injectão da ramada bronquica do lobo superior como é exemplo a imagem radio-

gráfica VIII. Doente com um processo supurativo do para-hilo e lobo inferior esquerdo, fizemos a prova lipiodolada do lobo inferior onde sobretudo o processo tinha a sua séde mas quizemos associadamente fazer a demonstração com a impregnação do lobo superior, como nitidamente se observa. O volume de lipiodol injectado foi de 15 cc.

E' claro que nos pulmões com cavernas ou bronquectasias o volume deverá ser superior. Todavia as radiografias IX e X com imagens bronquectásicas, sobretudo a primeira, corresponde a doentes onde a impregnação interessou todos os lobos e o soluto injectado foi de 10 e de 12 cc. respectivamente; o da Rad. XI é que precisou de 20 cc. Ainda assim, e como se nota, as doses ficam muito abaixo das indicadas pelos iniciadores do método.

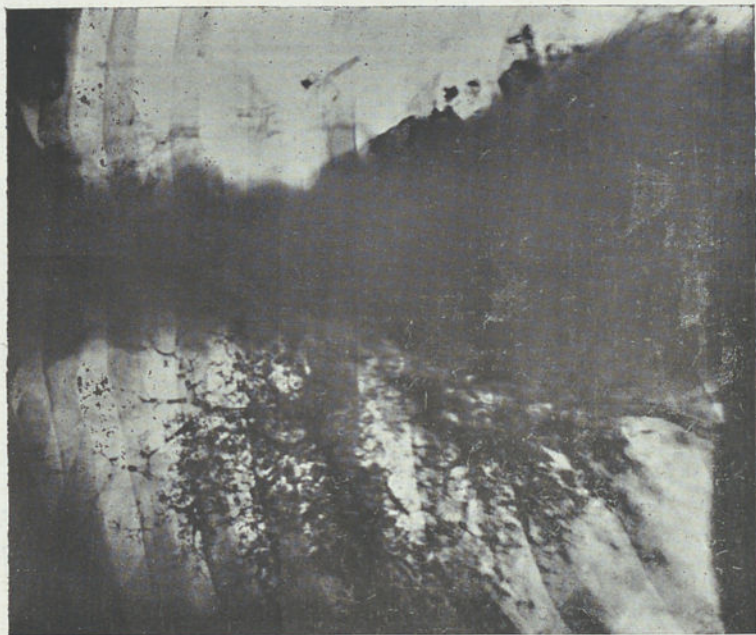
As radiografias que documentam o texto são exemplos de algumas dezenas obtidas segundo a técnica que é já seguida como rotina nos nossos serviços.

Acidentes não os contamos; quando muito pequenos incidentes que se cifram por crises de tosse violenta, passada a anestesia, para a expulsão do lipiodol; cefalgias pouco intensas que atribuímos à anestesia e iodismo, aliaz discreto. Apenas entre tantos doentes, num caso de asma bronquica os fenómenos de iodismo, pela injectão de 15 cc. de lipiodol, se manifestaram com certa intensidade: corisa, tumefacção da face, tumefacção dolorosa das glândulas salivares, edema da laringe, mas tudo desaparecido ao terceiro dia. Embora tenhamos feito a injectão lipiodolada em alguns doentes com tuberculose pulmonar de forma fibrose e cavitários nunca aqui sobrevieram os menores fenómenos congestivos.

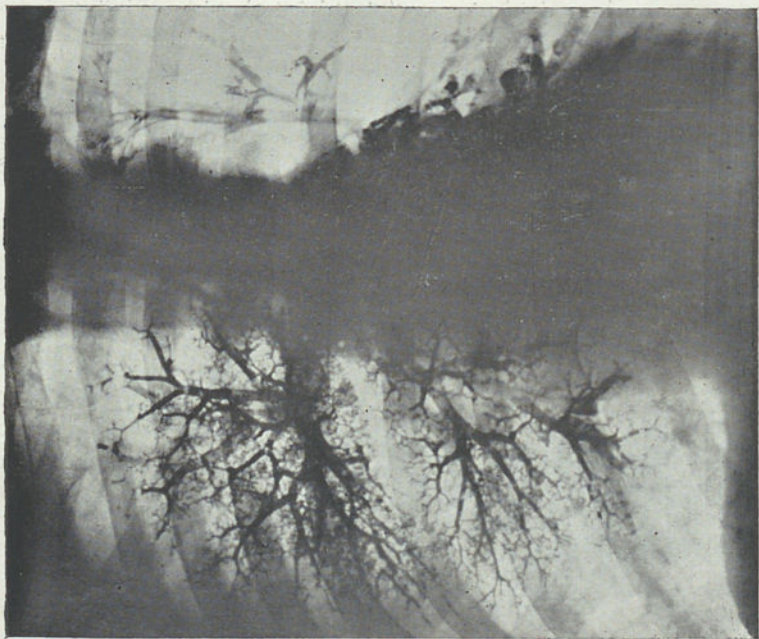
Conclusões

Para a injectão da árvore bronquica preferimos o lipiodol Lafay a 40% e, no adulto, a técnica que conduz o líquido até aos bronquios colaterais primários, por via trans-gloto-traqueo-bronquica, sob o *contrôle* radioscópico:

1.º) — Porque nos permite a exploração electiva do lobo ou lobos onde, pela clinica ou pela radiologia, colhemos a suspeita de existir lesão a ser semiològicamente esclarecida pela iodobroncografia;



Rad. II



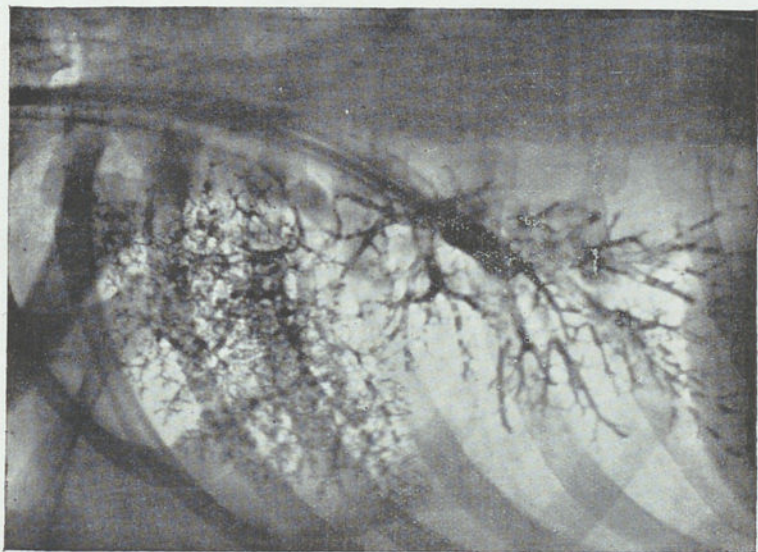
Rad. I



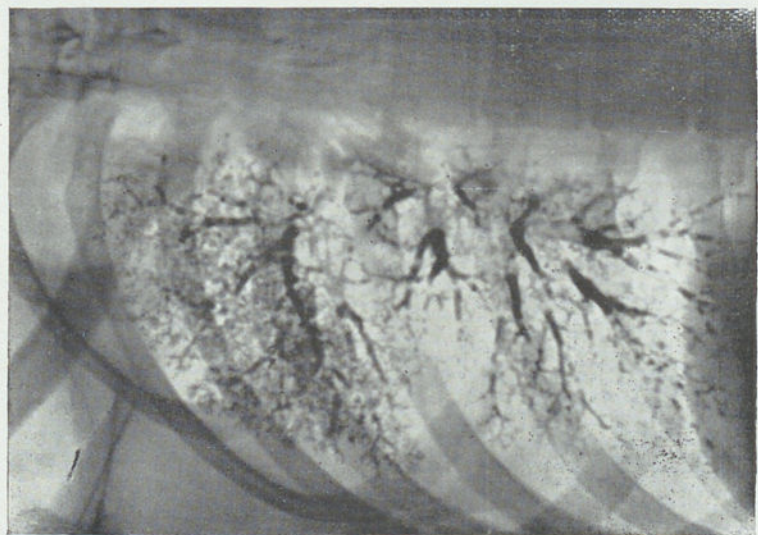
Rad. IV



Rad. III



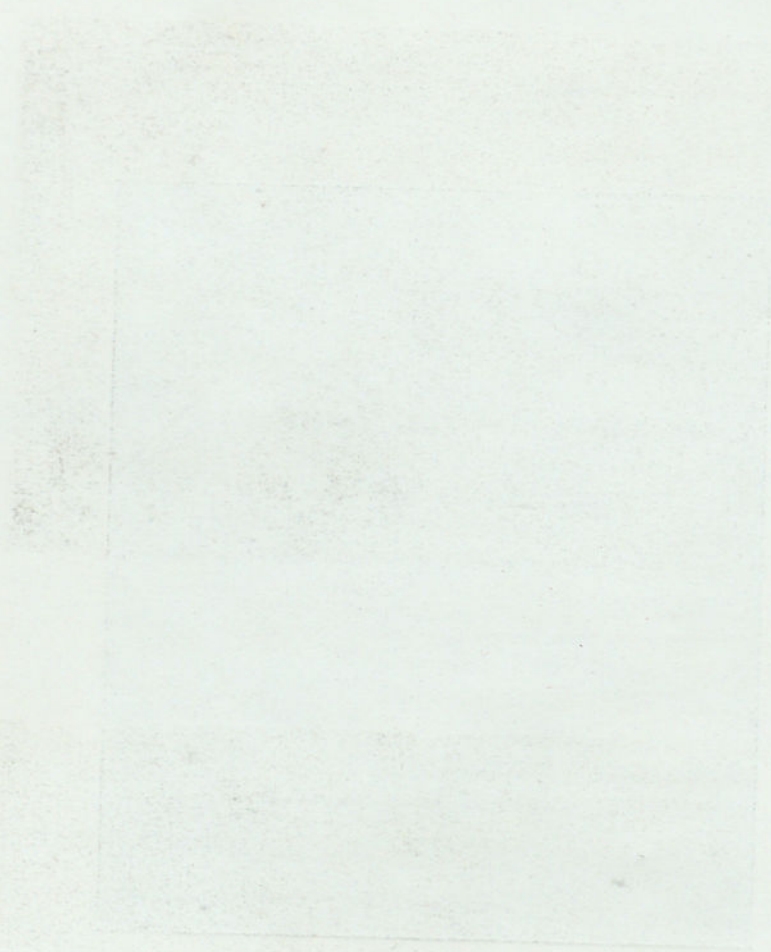
Rad. VI



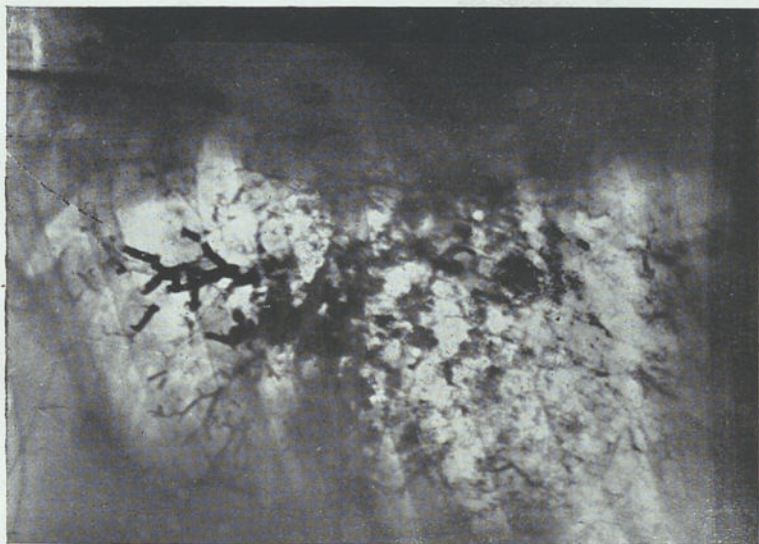
Rad. V



Rad. VII



1738



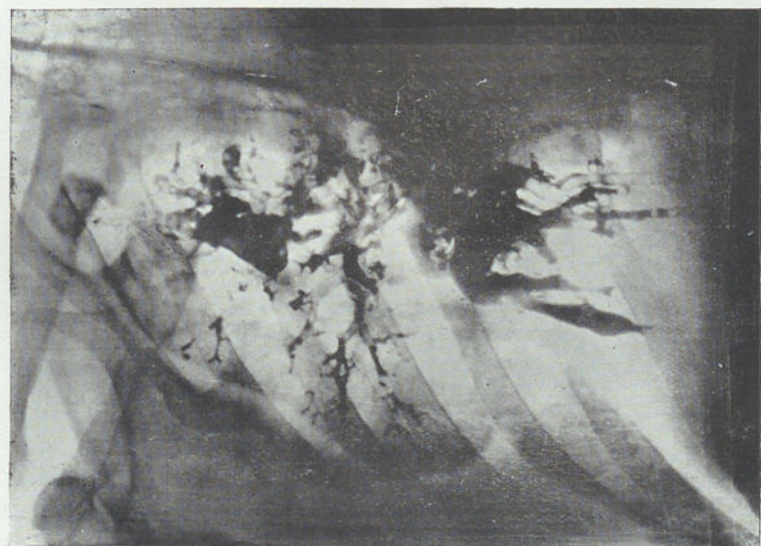
Rad. IX



Rad. VIII



Rad. XI



Rad. X

2.º) — Porque podemos, por assim dizer, escolher o grau de nitidez a obter para a imagem radiográfica ;

3.º) — Porque com maior eficiência se realiza assim uma notável economia de substância de contraste em relação com o dispêndio nas técnicas que utilizam as vias trans-glótica ou infra-cricotiroidea ;

4.º) — Porque na exploração do lobo superior, susceptível de alterações patológicas para cujo esclarecimento semiológico seja, a igual título, justificável a iodobroncografia, é o melhor, desde que se atenda à posição de Trendelenburg e de inclinação homolateral do torax ao doente, é o melhor senão o único, repetimos, que permite — adentro das possibilidades do método em geral — dar perfeita medida da localização e extensão das referidas alterações.

REFLEXÕES SÔBRE O ABORTAMENTO FEBRIL

POR

LUIZ RAPOSO

Prof. Aux. de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina
de Coimbra

O problema do abortamento febril oferece ainda aos clínicos e até aos tocólogos, soluções um tanto diferentes, não só no que respeita às indicações do esvaziamento uterino dos produtos ovulares retidos, mas, também, no que interessa ao método a empregar, quando se opta pela intervenção.

Efectivamente, nos tratados de Obstetrícia vemos pleiteadas a doutrina intervencionista e a doutrina abstencionista com cópia profusa de argumentos, pró ou contra, conforme os autores; de modo semelhante, nos mesmos tratados e revistas da especialidade, não encontramos, ainda, uma indicação definida sôbre se o esvaziamento uterino deve fazer-se, digitalmente, por meio de cureta ou por intermédio das chamadas pinças de retalhos.

Sei que as reflexões que seguem também não têm o mérito de derimir o assunto; contentar-me-hei se pelos clínicos não forem julgadas de todo descabidas.

A sua concatenação proveio a um tempo dos conhecimentos que a literatura da especialidade nos fornece e, por outro lado, da observação de algumas centenas de casos que as ocorrências da clínica têm confiado aos meus cuidados.

Não me deterei na apreciação da conduta a seguir em face dos abortamentos complicados de retenção e hemorragia pronunciada, embora febris, isto é, averiguada ou presumivelmente infectados. Desde que existe hemorragia acentuada a conduta tem, necessariamente, de ser : *o esvaziamento uterino immediato*. No caso das perdas sangüíneas serem ligeiras e predominarem manifestamente os fe-

nómenos infecciosos, deve pôr-se de parte a rigidez da fórmula : — *esvaziamento imediato* — para os submeter às mesmas apreciações a que vão ser sujeitos os abortamentos simplesmente complicados de retenção e infecção, aqueles que me interessam neste estudo.

A infecção consecutiva aos abortamentos em que não há produtos ovulares retidos também não me interessa no caso presente, o que se compreende, visto a sua patologia e o seu tratamento se subordinarem, inteiramente, aos moldes das infecções puerperais «post-partum», quer se trate duma simples endometrite, quer esteja em causa uma metrite parenquimatosa, com flebite e linfangite, uma anexite ou perimetrite, peritonite, septicémia, etc.

Como a feição que pretendo dar a êste trabalho é essencialmente de ordem clínica julgo dever apreciar a patologia e a terapêutica do abortamento febril à face das indicações que a clínica habitualmente nos fornece.

A classificação que adopto não obedecerá, porventura, a um rigor científico perfeito, se encararmos o assunto sob o ponto de vista anatomo-patológico ou mesmo sob o ponto de vista bacteriológico; tem, contudo, a vantagem de permitir uma destrição clínica dos casos, relativamente simples, ao mesmo tempo que facilita o seu agrupamento em alguns tipos de infecção, sem que seja necessário recorrer a exames laboratoriais, nem sempre executáveis. Por outro lado, orienta-nos, criteriosamente, pelo que respeita à melhor terapêutica a seguir, o que é muito importante.

Aceito, assim, os tipos de *infecção pútrida* e de *infecção piogénica* ou *séptica*, pròpriamente dita.

* * *

Embora rara, julgo dever admitir-se como possível a hipótese clínica do abortamento febril abacteriano. O assunto não tem merecido atenção especial por parte dos obstetricistas, podendo considerar-se como muito raras as referências a êste tipo nosológico. Já não acontece outro tanto pelo que respeita à febre não infecciosa do puerpério «post-partum», a que se referem alguns investigadores e muito em especial Heurlin

Segundo êste autor, a febre de um dia, de causa uterina, nos primeiros cinco dias do puerpério, pode não corresponder a in-

fecção. Comprova o facto com os resultados negativos dos exames bacteriológicos feitos aos líquidos intra-uterinos.

Os casos de febre não séptica são, como se compreende, e Heurlin averiguou, impossíveis de evitar com as medidas profiláticas as mais rigorosas da infecção puerperal.

Esta ausência de bactérias e bem assim a inutilidade da profilaxia anti-infecciosa, levam-nos a procurar outra causa que não a bacteriana para a explicação de tais febres.

A sua patogenia seria em tudo semelhante à da febre de reabsorção dos extravasados sangüíneos (1).

Admitido o tipo de febre abacteriana, com esta ou outra patogenia, para o caso de febre puerperal «post-partum», julgo, semelhantemente, admissível a sua aceitação para certas variedades, embora raras, de febre «post-abortum».

Clinicamente, esta hipótese ajusta-se bem aos casos de abortamento espontâneo em que se observa febre ligeira, sem quaisquer sinais de infecção, nas primeiras horas que se seguem à expulsão total ou parcial do óvo, febre esta que a breve trecho cede lugar à apirexia definitiva, se o caso clínico evolue para a cura, ou temporária, se passados alguns dias reaparece a febre, mas, então, traduzindo nitidamente um estado infeccioso.

Não podemos, porém, afirmar que se trata duma febre abacteriana por simples intuição clínica; pelo contrário, a presença de febre, de ponto de partida uterino, deve ser sempre considerada como um importantíssimo sintoma a favor da existência de infecção.

Fora do «contrôle» bacteriológico não estamos nunca autorizados a afirmar que se trata de febre abacteriana.

As febres dêste tipo são de pequena duração — um dia ou dois o máximo — e não excedem como regra 38°. As febres elevadas e muito em especial quando o seu aparecimento se faz acompanhar de calafrio, devem considerar-se como correspondendo a um estado

(1) As febres abacterianas de reabsorção seriam devidas, segundo as investigações de Zohmeyer sobre o *fermento proteolítico dos leucócitos*, à libertação dêste fermento pelos leucócitos destruídos a nível do útero e sua respectiva absorção. Está demonstrado, efectivamente, que a reacção loquial mostra, a partir do segundo dia, uma intensa acção proteolítica. (P. Zweifel, *Tratado de Obstetricia*, Döderlein, edição Labor, 1924, pg. 412).

infeccioso, ainda que seja admissível a hipótese de que algumas vezes, raríssimas, assim não aconteça.

O caso clínico que a seguir relato é curioso sob este ponto de vista.

Obs. I — N. G. residente em Coimbra; grávida de cerca de dois meses. Entrou súbitamente em trabalho de abortamento.

Passadas duas horas foi expulso o embrião, tendo ficado retida a placenta e a caduca.

Não houve toque vaginal suspeito. Cinco a seis horas depois sou chamado por ter surgido um calafrio intenso com elevação da febre a 40°. Interrogada sobre as causas do abortamento foi-me respondido que as ignorava, afirmando não se ter sugerido a quaisquer manobras abortivas por várias razões, entre elas pela circunstância de ignorar que estivesse grávida. O conhecimento pessoal da doente levou-me à convicção de que falava verdade: Note-se que o facto se passava em 1923, época em que as fabricantes de anjos e seus comparsas não constituíam ainda enxame nesta ridente cidade de Coimbra!

Referiu mais a doente que não acusara qualquer perda de líquido claro ou sangüinolento, nem dôres, antes de ter começado o abortamento.

Feito o exame ginecológico não notei mau cheiro como também não havia perdas saniosas ou purulentas.

Passadas 3 horas, quando a febre estava já na casa dos 38°, procedi ao esvaziamento do útero por meio de uma pinça de retalhos. A placenta e a caduca estavam totalmente aderentes. Não me foi difícil extrair os anexos ovulares retidos sem estabelecer contacto com as paredes da vagina. Não tinham o mais pequeno cheiro, figurando em tudo tratar-se de tecidos não infectados. Por curiosidade clínica, fiz alguns esfregaços, sobre lâminas, de outros tantos pontos da placenta e caduca e mandei analisar. Soube no dia seguinte que o exame fôra negativo. Arrependi-me de não ter mandado preceder a uma cultura dos produtos extraídos; era tarde, porém, para o fazer. A evolução do caso foi a mais feliz, não se tendo verificado nas seqüências qualquer sintoma suspeito de infecção.

Não obstante o exposto, eu não posso de maneira alguma afirmar que a febre em questão fôsse abacteriana. Os exames feitos não são suficientes para validar este ponto de vista que continuo a considerar como hipótese, muito de presumir mas difícil de aceitar.

É lícito que se pense que a placenta retida pode, através de elementos sinciciais destacados, ou de elementos sangüíneos modificados, produzir um estado de choque com reacção febril acentuada, como se dum verdadeiro choque hetero-protéico se tratasse,

no género do que pode originar uma injeção de núcleo-proteídos extranhos ou de substâncias coloidais.

Que em certos casos os proteídos placentares podem dar lugar ao aparecimento de reacções de «crase», por parte da mãe, parece considerar-se ponto assente na explicação de certas formas de toxémia gravídica e muito em especial da eclâmpsia. Que por semelhança consideremos como possível um choque humoral, acompanhado de febre e calafrio, nos casos de abortamento não infectado e complicado de retenção, é, também, admissível, embora estultícia fôsse considerá-lo provado em face das poucas observações que a êste respeito possui!

Até prova em contrário, pois, entendo devemos considerar como bacteriana tôda a febre alta que surge como complicação dum abortamento, com ou sem retenção, mesmo que não se observem outros sinais de infecção.

Abortamento febril de tipo pútrido

Todo o abortamento, embora espontâneo, complicado de retenção total ou parcial, tem de considerar-se como fortemente propenso à infecção, se é que não está infectado já. O facto explica-se pela extrema facilidade de contaminação dos produtos retidos pelos gérmens que, habitual ou ocasionalmente, se encontram no «tractus» genital inferior (vagina e vulva)⁽¹⁾.

Nos abortamentos provocados o perigo de infecção é, como se comprehende, muito maior, maior e mais grave. Nestes casos é extremamente fácil a contaminação exógena, muitíssimo mais de recear, como se sabe, do que a infecção endógena.

(1) A vagina normal contém ordinariamente numerosos saprofitas: estreptobacilos, diplobacilos e bacilos longos, predominando entre estes o «bacillus vaginalis», que, segundo Doderlein, produz ácido láctico.

Encontram-se, também, freqüentemente, outros gérmens que podem tornar-se activos por períodos, se as condições gerais e do meio o permitem. Pertencem a êste número o bacilo pseudo-diftérico de Hallé, o colibacilo, o estafilococos, o estreptococos e alguns anaeróbios (Hallé, Veillon, Jeannin).

Durante a gravidez a flora microbiana, longe de diminuir, aumenta. Para não citar senão as espécies patogénicas direi que Walthard encontrou estreptococos em 27 % dos casos, que Kottmann observou gérmens patogénicos em 74 % e Bumm e Sigward em 83 % das examinadas.



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 empolas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) -feniletilmalonitúreia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
CALCIUM-SANDOZ Gluconato de cálcio, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetanigêneos, espasmo-filia, pneumonias, gripe, asma, dermatose, 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 iniciais A+B+C da <i>Digitalis 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
FELAMINE Associação de ácido cólico em estado puro com a hexametilenotetramina	Opoterapia e desinfeção hepato-biliar, insuficiência hepática, litíase biliar	4 a 8 drageas
GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, princípio específico da cravagem do centeio 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 XX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
IPÉCOPAN Princípios activos puros do pó de Dover, isento de Cefalína	Expectorante, sedativo da tosse. Tosse, constipações, bronquites, dificuldades respiratórias, dores de garganta, etc.	XX a XL gotas 3 vezes por dia ou 3 a 9 comprimidos por dia para chupar como pastilhas
OPTALIDON Nova associação antineuralgica, sedativa e hipnótica	Todas as dores: nevralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILARENE Complexo glicosídico, cristalizado e estabilizado do bulbo de Cila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oligúria assistolia, arritmia, coração senil, miocardite	2 a 6 comprimidos, ou XL. CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.

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

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

ANTÓNIO SERRA, LTD. — Campo dos Mártires da Pátria, 96 — (Apartado, 142) — LISBOA

PLEURISIA

A pleurisia, sêca ou húmida, é influenciada favoravelmente pelo emprêgo de calor húmido prolongado, sob a forma de pensos de **Antiphlogistine**, que retêm uma temperatura quente e uniforme durante muitas horas.

Devido ao seu alto conteúdo de glicerina, e outros componentes, não só proporciona alívio às dores, mas, exercendo marcada acção osmótica, relaxante, descongestiva e bacterioslática, favorece a absorção da efusão, e serve para proteger o peito.

— Para amostra e literatura —

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG CO., 165 Varick St., NOVA YORK.

ROBINSON, BARDSLEY, & Co. LTD.

Cais do Sodré, 8 — LISBOA

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Bérard et Peycelon** — Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow et des goitres toxiques. 180 pages 42 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Carnot, Villaret et Cachera** — Thérapie hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires. Bibliothèque d'Hydro-climatologie. 152 pages. 4 figures. (M) — Frs. 20,00
- Cossa** — Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic. 690 pages. 193 figures. — Broché Frs. 65,00. Cartonné toile Frs. 75,00.
- Dumarest** — La Pratique du Pneumothorax thérapeutique. 4^e Édition refondue. 474 pag. 32 figures. 31 schémas. (M) — Frs. 50,00.
- Laudeau et Held** — La Syphilis gastrique. Étude clinique. 486 pages. 15 figures. (M) — Frs. 32,00.
- May** — Manuel des Maladies de l'œil à l'usage des étudiants et des praticiens. 6^e Édition. 560 pages. 376 figures, dont 78 en couleurs (25 planches). (M) — Frs. 60,00.
- Mondor** — Les Avortements mortels. 446 pages. 43 figures. (M) — Frs. 65,00.
- Poinso** — La Diphtérie Maligne. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. 112 pages. (M) — Frs. 18,00.
- Ravina** — L'Année Thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux. 10^e Année 1935. 196 pages. (M) — Frs. 18,00.
- Stroganoff** — Traitement de l'Eclampsie. Technique actuelle du traitement prophylactique. Collection Médecine et Chirurgie pratiques N^o 73. 112 pages. (M) — Frs. 18,00.
- Terrien, Veil et Dollfus** — Le décollement de la rétine et son traitement. 164 pages. 45 figures. 4 planches en couleurs. (M) — Frs. 40,00.

Desde que existe retenção prolongada é de regra, pois, que a doente se infecte. Esta infecção pode obedecer desde logo ao tipo pútrido ou, então, ao tipo piogénico. Clinicamente, é possível fazer esta distinção sem lançar mão do Laboratório. No tipo pútrido o que predomina é a acção dos saprofitas anaeróbios, que proliferam, apenas, nos tecidos mortos dos restos ovulares retidos, ou nas camadas superficiais e necrosadas do endométrio.

No tipo propriamente séptico, ou piogénico, a infecção pode penetrar na espessura da mucosa e mais profundamente, até, dando origem, como tantas vezes acontece, a processos de perimetrite, de anexite, a fleimões dos ligamentos largos e a estados septicémicos ou pioémicos.

Aos germens da putrefacção associam-se, quasi sempre, outros, propriamente patogénicos, tais como o estafilococos e o estreptococos, não sendo raro que a uma infecção de tipo pútrido suceda uma infecção piogénica, o que vem aumentar a gravidade do caso.

Nos abortamentos com retenção e infecção é de regra a simbiose microbiana. Verifica-se, porém, nos primeiros dias a predominância de fenómenos pútridos, enquanto que mais tarde sobrelevam a estes os fenómenos infecciosos derivados da acção dos micróbios patogénicos. É esta a regra, mas pode acontecer que apesar de existir retenção apreciável de placenta ou de caduca, se estabeleça desde o início uma infecção de tipo não pútrido, com todos os caracteres das infecções devidas aos germens piogénicos, assim como pode observar-se, por um período de vários dias, um processo essencialmente saprogénico. As «nuances» em questão têm que atribuir-se à predominância destes ou daqueles germens — anaeróbios ou aeróbios — no determinismo da infecção. De resto, segundo Kottmann e outros, alguns micróbios e entre elles o estreptococos, poderiam proliferar em determinadas condições como anaeróbios e depois como aeróbios, passando dest'arte duma variante de prática inagressibilidade a uma outra grandemente activa. Afora esta particularidade, que não pode aceitar-se sem discussão, as mutações referidas terão que atribuir-se à preponderância desta ou daquela variedade de germens (1).

(1) Da multiplicidade de micro-organismos contidos no útero, nos puerpé-

O abortamento pútrido resulta, quasi sempre, de auto-infecção pelos micróbios da vagina e da vulva, que, dadas as boas condições de cultura do meio, ascencionam ao longo da vagina e do colo até atingir a placenta ou a caduca retidas, que oferecem, por via dos tecidos necrosados, ótimos meios de colonização. Esta auto-migração dos gérmens, detalhadamente descrita por Wege-lius e Natvig é aceite por todos os observadores. Dela dá prova cabal a facilidade extrema com que se infectam as doentes em que não houve toque vaginal algum, nem manobras doutra natureza que permitissem uma infecção exógena.

Normalmente, os micróbios saprogénicos vivem na vagina à custa das células epiteliais soltas e da própria secreção vaginal. Estes gérmens são perfeitamente inócuos, mesmo que existam soluções de continuidade da mucosa. Não são penetrantes nem

rios «post-abortum» ou «post-partum», dão-nos ideia as investigações de Heurlin, cujo resumo dou a seguir :

A. — Variedades anaeróbias facultativas

I — COCOS

- 1 — *Grupo dos estreptococos anaeróbios facultativos*:
 - I — *Estreptococos piogénico* (Koch, Pasteur, Fehleisen, Rosenbach);
 - II — *Estreptococos aeróbio* (vaginal e úrico);
 - III — *Estreptococos aerófilo*;
- 2 — *Diplococcus pneumoniae*;
- 3 — *Estafilococos piogénico dourado, branco liquefaciente e não liquefaciente*;
- 4 — *Micrococcus tetragenus*;
- 5 — *Gonococos*;
- 6 — *Cocus vaginalis*;
- 7 — *Cocus caudatus*.

II — BACILOS

- 8 — *Bacterium coli comune*;
- 9 — *Bacilo pseudo-diftérico*;
- 10 — *Bacillus bifidus aerobius*;
- 11 — *Bacillus gasogenes*;
- 12 — *Grupo dos bacilos vaginais*:
 - I — *Bacillus vaginalis*;
 - II — *Bacillus vaginalis tenuis*;
 - III — *Bacillus vaginalis inversus*;
 - IV — *Bacillus vaginalis subaerobius*;
 - V — *Bacillus vaginalis longus*;
 - VI — *Bacillus vaginalis anaerophilus*.

invasores dos tecidos vivos, e, na sua origem, não são, também, hemolíticos. As variedades mais frequentes são: o micrococcos tretageno, o estreptococos anaeróbio e o colibacilo.

Os micróbios saprogénicos só secundariamente se tornam virulentos e mesmo assim com caracteres de relativa benignidade.

Já assim não acontece com os gérmens primitivamente virulentos, os piogénicos propriamente ditos, que são agressivos para o organismo e podem penetrar com relativa facilidade nos tecidos vivos (estafilococos e estreptococos hemolítico).

Estas particularidades, cabalmente demonstradas por Warnekros, tornam distintas, não só bacteriológica, mas até clinicamente, os dois tipos de infecção « post-abortum », segundo predominam umas ou outras bactérias. Enquanto a primeira, isto é, a pútrida,

13 — *Variedades de sacaromices* ;

14 — *Colonias anulares* ;

B. — Bactérias anaeróbias obrigadas

I — COCOS

Grupo dos estreptococos e estafilococos anaeróbios :

15 — *Streptococos anaeróbio de Krönig* :

I — *Streptococos anaeróbio vulgar* ;

II — *Streptococos anaeróbio, tipo vulgar* ;

III — *Streptococos anaeróbio gonoide* ;

IV — *Streptococos anaeróbio carduus*.

16 — *Estafilococos anaeróbio menor* ;

17 — *Estafilococos anaeróbio maior* ;

18 — *Cocus carduus* ;

19 — *Streptoestafilococos parvulus* ;

20 — *Estafilococus parvulus* ;

21 — *Estafilococus minimus*.

II — BACILOS

22 — *Comma variabile* ;

23 — *Bacillus thetoides* ;

24 — *Bacillus perfringens* ;

25 — *Bacillus nebulosus* ;

26 — *Bacillus limitans* ;

27 — *Bacillus circularis major* ;

28 — *Bacillus circularis minor* ;

29 — *Bacillus bifidus communis* ;

30 — *Bacillus bifidus capitatus*.

(A. Döderlein, *Tratado de Obstetricia*, ed. Labor, T. III, pg. 388).

deve considerar-se como relativamente benigna, a segunda tem que tomar-se sempre como grave, ainda que, felizmente, na maior parte dos casos, a sua evolução termine pela cura.

Dada, pois, por um lado, a fácil contaminação dos produtos ovulares retidos pelos gérmenes que ascendem da vagina e, por outro, a grande e rápida pululação que lhes permitem os tecidos necrosados, compreende-se bem quão corrente será a infecção nos abortamentos complicados de retenção. Segundo Schottmüller em 145 casos de abortamento, apenas em 45 as sementeiras do conteúdo uterino foram negativas. Quanto a mim êste resultado deve considerar-se como muito favorecido.

Quando existe retenção as bactérias saprogénicas tem pasto fácil nos produtos retidos, que devido à sua acção se putrefazem dando lugar ao cheiro fétido (*sapros*) tão característico das perdas uterinas desta espécie de doentes.

Umás e outras, isto é, as saprogénicas e piogénicas, atingem com facilidade os espaços intervilosos donde despedem para o sangue uma maior ou menor quantidade de toxinas e donde podem partir, também, descargas bacterianas que dão lugar aos calafrios e às grandes subidas de temperatura que com freqüência se observam.

Esta erupção no sangue é facilmente dominada pelo organismo quando o ataque é devido aos gérmenes da putrefacção, uma vez que, como tenho referido, estes gérmenes só excepcionalmente se tornam virulentos e agressivos.

Não ignoremos, todavia, que as invasões repetidas da corrente sangüínea por certos gérmenes saprogénicos, como o colibacilo, o micrococos tetragenó e o estreptococos anaeróbio, pode afectar o sangue, a ponto de permitir a sua adaptação a êste meio com carácter duradouro.

No caso da penetração sangüínea ser devida a gérmenes piogénicos, o que só pode demonstrar-se com auxílio da hemocultura, acontece, também, que as primeiras «poussées» septicémicas são facilmente aniquiladas pela acção bactericida do sangue. Com a repetição destas descargas o poder defensivo do sangue vai diminuindo, não sendo raro que se instale uma verdadeira septicémia.

A marcha da febre permite-nos ajuizar perfeitamente da evolução dos fenómenos biológicos concernentes a estas «poussées»: A subida é grande e rápida e o decrescimento é igualmente rá-

pido e pronunciado: admitiremos que o sangue destruiu com facilidade os germens que nêle haviam penetrado (Warnekros classificava estes casos de *bacteriemia mecânica passageira*); a descida é lenta, ou mesmo não se observa, teremos que admitir um estado de bacteriemia, mais ou menos duradoura, isto é, uma verdadeira septicemia.

Este segundo tipo é apanágio, repito, das infecções de tipo piogénico, primitiva ou secundariamente estabelecidas.

—Vejamos, agora, qual é o aspecto clínico do abortamento de tipo pútrido.

A grande maioria dos abortamentos febris começa por um predomínio nítido de sintomas devidos aos germens saprogénicos. Algum tempo depois sobrepõe-se a estes a acção dos micróbios piogénicos, sobrelevando aos fenómenos de putrefacção os fenómenos propriamente sépticos. No primeiro caso a infecção pode considerar-se de somenos importância visto que as bactérias saprogénicas só secundariamente se tornam virulentas e, conseqüentemente, perigosas para o organismo; no segundo, a infecção tem que considerar-se sempre delicada, muito em especial se se trata duma infecção estreptocócica.

O abortamento pútrido envolve, necessariamente, a ideia de retenção de restos placentares ou deciduais, uma vez que só é possível putrefacção desde que existam tecidos mortos onde os germens respectivos pululem. Compreende-se, pois, que a característica principal do abortamento de tipo pútrido deve residir no reconhecimento de fenómenos de putrefacção.

E' inconfundível o cheiro que exalam as perdas uterinas destas doentes.

Não é raro que a infecção pútrida se limite a traduzir-se pelo odor « sui géneris » destas perdas. Nem febre nem qualquer outro sinal de infecção. E' o que se verifica em certos casos de abortamento recente com retenção volumosa.

O tipo clássico, porém, do abortamento pútrido revela, ao mesmo tempo que o cheiro característico, uma certa reacção febril, de décimas, regra geral.

Sempre que a febre se eleva acima de 38° e aí se mantém por espaços prolongados, devemos presumir que a infecção pútrida começa a ceder lugar à infecção propriamente séptica ou piogénica, quer o facto resulte dos germens saprogénicos se terem

tornado secundariamente virulentos, hipótese possível como já vimos, quer provenha, antes, da predominância da acção infectante do estafilococos ou do estreptococos, gérmens estes essencialmente piogénicos.

A marcha clínica do abortamento ajusta-se, perfeitamente, à marcha biológica dos fenómenos infecciosos intra-uterinos, como é natural. Assim, no caso geral, fora de contágio exógeno, os produtos ovulæres retidos são contaminados pelos gérmens saprogénicos anaeróbios habitualmente hóspedes da vagina e, da mesma forma, por gérmens pròpriamente piogénicos. A proliferação dos primeiros faz-se em grande escala, enquanto que os segundos se colonizam mais difficilmente e quasi só em superficie. E' a fase a que podemos chamar de endometrite pútrida, que Krönig designava por endometrite sáprica. Clinicamente, predominam os fenómenos pútridos com reacção febril ligeira e cheiro de putrefacção muito pronunciado. Se a infecção prossegue na sua marcha a resultante biológica necessária, no que respeita à infecção, consiste, a um tempo, no agravamento da acção infectante dos gérmens saprogénicos que, repito, podem chegar a tornar-se virulentos, e, a outro, na penetração mais profunda, através dos linfáticos e das veias, dos gérmens piogénicos, estados, um e outro, de aspecto clínico mais grave e, portanto, de sintomatologia mais rica e de prognóstico bastante mais severo.

Ordinariamente, as coisas passam-se assim, mas é possível, não obstante, que um abortamento de tipo pútrido se mantenha por vários dias, até à cura, exclusivamente sob êste aspecto. São os casos mais felizes de abortamento febril. Não raras vezes os tenho observado na minha vida clínica. Quando assim, verifica-se, como regra, que à ligeira reacção febril do início succede a apirexia, limitando-se a sintomatologia às perdas saniosas banais, de cheiro averiguadamente pútrido. Mal podemos nestes casos falar de infecção visto que o que se nota é simplesmente putrefacção.

—A febre, no abortamento, é determinada pelas toxinas bacterianas ou pela erupção de gérmens na própria corrente sangüinea. Zahn e Tiegel demonstraram o facto, pelo que respeita ao primeiro ponto, injectando animais, por via sub-cutânea, com filtrados de bactérias livres obtidas nas culturas, ou nos extractos de culturas, do micrococos séptico. Brieger, C. Fraenkel, Buchner

e Ehleisen, obtiveram o mesmo resultado empregando toxalbuminas puras e protefínas bacterianas. A febre resultaria da acção paralisante das toxinas sobre o centro regulador da temperatura e, também, segundo Romberg e Passler, da sua acção sobre os centros vaso-motores; é, de resto, o mecanismo aceite para o caso geral. O fenómeno é idêntico, claro está, no abortamento pútrido e no abortamento séptico. No primeiro destes casos, porém, a reacção febril é, como regra, pequena, enquanto que no segundo é mais alta.

— Importa, agora, referir-me ao valor clínico do calafrio e da competente exacerbação febril, que surgem com frequência no decurso dum abortamento que consideramos de tipo pútrido

O calafrio corresponde, quasi sempre, à invasão na corrente linfática ou sangüinea, e especialmente nesta, de grandes quantidades de gérmens. A penetração brusca de toxinas nestes meios pode dar origem, também, ao calafrio; todavia, o habitual é que traduza um estado de bacteriemia.

O calafrio, em si, pode resultar simplesmente duma acção reflexa provocada pela desproporção rápida entre a temperatura do ambiente e a do corpo. Patogênicamente, o mecanismo da reacção febril é o mesmo do caso geral; a diferença está apenas na instantaneidade ou lentidão da subida da febre. Mas, pode provir, também, de phenomenos de « crase » sangüinea provocados pela entrada brusca de proteidos, mais ou menos aggressivos, que vão determinar, ainda que transitòriamente, um verdadeiro desequilíbrio coloido-humoral.

O aparecimento de calafrios no decurso dum abortamento pútrido deve ser considerado como um sinal de certa malignidade, visto que na maior parte dos casos significa que começou, ou vai começar, o predomínio dos phenomenos sépticos sobre os pútridos, o que modifica o aspecto clínico do caso, como é óbvio.

E' certo que o significado dos calafrios nas infecções « post-abortum » não tem a gravidade dos calafrios das infecções « post-partum ». Neste caso corresponde sempre, ou quasi sempre, como Heurlin demonstrou, à invasão do sangue pelo estreptococos hemolítico, ou pelo estafilococos, enquanto que nos abortamentos febris pode provir da penetração de outros gérmens menos nocivos, inclusivé de anaeróbios saprogénicos. No entanto, é fora de dúvida que os calafrios resultam sempre da entrada de

gérmenes ou toxinas no sangue, constituindo índice seguro duma fase mais séria do abortamento febril.

Pode observar-se o aparecimento dum ou mais calafrios nos casos de abortamento puramente pútrido. Referimos já que o estreptococos anaeróbio, o micrococos tetragenno e o próprio colibacilo, além doutras bactérias, podem irromper na corrente sangüínea provocando formas de bacteriémia mecânica passageira como Warnekros as designou. Mas é um facto, também, que em certos casos estes gérmenes podem adaptar ao meio sangüíneo as suas condições de vida, determinando verdadeiras septicémias, extremamente graves.

Por tudo isto, repito, os calafrios acompanhados de reacção febril elevada devem considerar-se como um sintoma de grande importância na marcha dos abortamentos de tipo pútrido. Importância maior ou menor segundo os intervalos que os separam são mais curtos ou mais longos, e, conforme, ainda, é grande ou pequena a descida da febre nos espaços intercalares.

Assim, se num abortamento pútrido um calafrio surge e a êste se succede uma queda rápida da temperatura ao normal, ou suas proximidades, e a seguir vem um período de um ou mais dias em que não se verifica novo calafrio, mas tão sòmente ligeira reacção febril e o costumado corrimento féuido, temos por dever continuar a considerar o caso dentro do tipo saprogénico, benigno, portanto. Se, porém, os calafrios se sucedem com intervalos curtos, ou se a remissão febril se não faz até à casa dos 37°, mesmo com calafrios mais espaçados, é prudente pormos o caso sob reserva, pelo que respeita à marcha da infecção, o que tanto vale dizer pelo que importa à sua gravidade. Quando assim, temos por obrigação substituir a designação clínica de abortamento pútrido pela de abortamento séptico, ou piogénico.

—Nas formas típicas de abortamento pútrido o exame do útero e anexos não desperta dôr apreciável, precisamente porque a sua inflamação é praticamente nula, visto a proliferação microbiana ter a sua sede nos tecidos necrosados que o útero contém.

Os casos em que se verifica inflamação apreciável do útero, ou anexos, deixam necessariamente de pertencer ao tipo benigno e simples de abortamento pútrido, mesmo que os fenómenos de putrefacção sobrelevem em importância aos fenómenos de ordem infecciosa. Não se esqueça que a apreciação que estou fazendo

é exclusivamente de ordem clínica e não de ordem bacteriológica. As linhas limites dos tipos de infecção tem nestas condições que considerar-se mais esbatidas, ainda que o «contrôle» bacteriológico não invalide, de forma alguma, as modalidades clínicas que menciono.

Em face do exposto infere-se, logicamente, que o tratamento racional do abortamento pútrido consiste no esvaziamento do útero.

Na verdade, se nós sabemos que os gérmenes saprogénicos vivem a expensas dos tecidos mortos contidos no útero, de contar é que a eliminação destes extinga o processo de putrefacção e consiga evitar que uma infecção de carácter benigno se transforme num estado infeccioso geral. Foi para fugir a este inconveniente que Warnekros, no estudo completo que fez sobre o abortamento febril, não hesitou em afirmar que todo o abortamento complicado de retenção e infecção deve evacuar-se sem delongas. Perfilham igual ponto de vista a maior parte dos obstetricistas, não obstante os estudos de Winter e Walthard — Traugott de certo modo se oporem ao método em questão.

Penso, também, que o método intervencionista deve ser o preferido sempre que se trate de abortamentos de tipo pútrido na primeira fase, isto é, no período em que não existem sinais apreciáveis de infecção do tipo piogénico. A discussão do valor do método intervencionista ou abstencionista apenas é compreensível, a meu vêr, quando se trata de abortamentos com manifestos sinais de infecção piogénica, com ou sem fenómenos pútridos à mistura.

Só, então, é de reear o perigo que constitue a base do processo de Winter, isto é, a possibilidade de difusão da infecção através da espessura do útero e, muito em especial, dos linfáticos e veias, perigo êsse que sou o primeiro a reconhecer.

Nas formas essencialmente pútridas entendo que não deve hesitar-se: procederemos tão rapidamente quanto possível ao esvaziamento.

Pessoalmente, êste método deu-me sempre, em várias centenas de casos, o melhor resultado. Na primeira fase dos abortamentos pútridos o esvaziamento uterino faz-se seguir sistematicamente da extinção rápida dos fenómenos pútridos e infecciosos. Em 90% dos casos a febre desapareceu completamente nas primeiras 24

horas; nos 10 restantes pude observar, ainda, uma ligeira reacção febril nos primeiros dias. Nunca observei, após o acto operatório, casos graves de infecção. Repare-se que me refiro às doentes em que se verifica, apenas, *cheiro pútrido das perdas, leve reacção febril, embora entrecortada por um ou dois acessos febris, acompanhados de calafrio, bom estado geral e ausência de sinais de infecção apreciável quer por parte do útero e dos anexos, quer por parte do sangue ou do peritoneu.*

Nos restantes casos os resultados do método intervencionista são já aleatórios. De facto, se a par de retenção averiguada existir um estado infeccioso de alguns dias de duração, com reacção febril elevada, com calafrios repetidos, com apreciável reacção dolorosa do útero ou dos anexos e, muito em especial, com fenómenos certos ou suspeitos de propagação da infecção, claro é que o esvaziamento pode dar e dá, muitas vezes, resultados os mais funestos. A doutrina de Winter tem aqui inteira aplicação, tornando-se muito mais prudente, sem dúvida, aguardar a expulsão espontânea dos anexos ovulares retidos depois de devidamente drenado o útero por meio dum dreno de Mouchotte, ou outro similar, ao mesmo tempo que se faz um tratamento anti-infeccioso geral e local apropriado. Se a apirexia se estabelece, antes que sejam expelidos os resíduos ovulares, far-se-á a seguir o esvaziamento, segundo o caso geral.

Na vervade, tem que considerar-se como prejudicial toda a manobra intra-uterina que vá provocar a destruição da barreira de defesa que o organismo estabelece em face dos elementos infectantes e que vá abrir vasos linfáticos ou sangüíneos através dos quais pode fazer-se a penetração dos gérmens, de consequências as mais funestas, por vezes.

Fácil se torna calcular quão freqüente é esta erupção de bactérias, visto que, nos próprios casos de abortamento pútrido simples, raramente deixa de se observar o aparecimento dum calafrio, com elevação grande da temperatura, após o acto operatório, fenómeno êste que temos que atribuir à entrada brusca dos gérmens, ou suas toxinas, no sangue. Trata-se, bem sei, duma toxémia, ou bacteriémia, passageiras, dada a sua rápida destruição pelos elementos hemáticos de defesa. Mas, já outro tanto não acontece quando predomina a infecção por gérmens piogénicos, muito em especial o estreptococos.

Cito mais adiante dois casos que de certo modo corroboram o ponto de vista que perfilho. Pertencem ao tempo em que se seguia em Coimbra, sem discrepância, a doutrina intervencionista, mesmo nos casos de abortamento febril de tipo séptico. Pou-pavam-se à intervenção exclusivamente os abortamentos em que a retenção era insignificante e em que havia, simultaneamente, sinais averiguados de propagação da infecção aos anexos, ao perimétrio, ao peritoneu, ou ao sangue.

Em ambos êles o esvaziamento se fêz seguir de conseqüências as mais funestas. Como, em grande parte, atribuo o insucesso ao método de esvaziamento, reservo o seu relato para quando me ocupe da técnica operatória que deve seguir-se.

Abortamento febril de tipo séptico ou piogénico

Quando não há retenção de anexos ovulares toda a infecção « post-abortum » é devida a germens piogénicos, uma vez que, por definição, a infecção de tipo pútrido envolve a necessidade de existirem produtos necrosados, adentro do útero, que sirvam de pasto aos germens saprogénicos.

Na hipótese, porém, de existir retenção, consideraremos do tipo séptico os casos em que se note um estado infeccioso de certo melindre. Assim, se a temperatura oscila entre 38° e 40°, se surgem calafrios repetidos, com exacerbação febril consecutiva, se o estado geral da doente revela sinais de toxi-infecção um tanto grave, se o útero e anexos são apreciavelmente dolorosos ao toque, temos que aceitar que se trata duma infecção de tipo piogénico, ainda que existam fenómenos pútridos à mistura.

Nas formas febris que se arrastam pelo espaço de vários dias admitiremos em princípio, também, que se trata de infecções piogénicas, haja ou não, concomitantemente, sinais de putrefacção.

Como tenho dito, preocupa-me em especial a classificação clínica dos casos, já porque ela tem o maior valor na prática médica corrente, sobretudo se temos de agir num meio pouco provido de recursos, já porque a conduta a seguir pelo que respeita ao esvaziamento ou não esvaziamento do útero, terá de pautar se pelo aspecto clínico do caso, e, ainda, porque a classificação bacteriológica não fornece indicações suficientemente claras, na grande maioria dos casos, para se apreciar se se trata duma infecção de

tipo pútrido, se duma infecção devida ao estafilococos, ao estreptococos, ou a outros gérmens que devamos considerar como piogénicos.

Efectivamente, quando existe retenção e infecção as pesquisas bacteriológicas revelam sempre, ou quasi sempre, a presença de anaeróbios (colibacilo, estreptococos anaeróbio, micrococos tetragenos, etc.), que no caso geral temos que considerar como pouco agressivos e de aeróbios (estafilo e estreptococos, etc.), que no caso geral, também, devemos considerar como francamente patogénicos. Não obstante, pode predominar uma ou outra espécie, dando ao caso um aspecto clínico determinado, de maior ou menor gravidade, conforme.

Sucede, algumas vezes, como já referi, que determinados gérmens saprogénicos, inicialmente inagressivos, adquirem, secundariamente, uma acção patogénica. Claro é que estas formas têm que considerar-se, clinicamente, como pertencendo ao tipo séptico do abortamento febril. Estes casos são raros, porém.

Se existe um estado septicémico podemos, com maior facilidade, averiguar qual o gérmem responsável pelo processo infeccioso respectivo. Mas, felizmente, o usual é que tenhamos que agir antes de chegar a esta fase.

Os gérmens em causa nos abortamentos febris de tipo séptico são quasi sempre o estafilococos e o estreptococos; podem, contudo, observar-se outros cocos (diplococos positivos ou negativos ao Graam, micrococos e o próprio gonococos).

Segundo Warnekros, nos estados septicémicos puerperais encontrar-se-iam estreptococos em 75 % dos casos e estafilococos em 25 %. Nas formas menos graves das infecções « post-abortum » a predominância dos estreptococos verificar-se-ia, ainda, mas em percentagem menos elevada.

Duma maneira geral, as infecções estreptocócicas são as mais graves, seguindo-se-lhe as estafilocócicas e depois as devidas a outros gérmens.

Heurlin demonstrou, atravez de numerosas investigações, « que nas formas ligeiras de febre puerperal estão em causa gérmens pouco virulentos, enquanto que nas formas graves actuam bactérias fortemente agressivas, em particular o estreptococos piogénico hemolítico de Koch-Fehleisen-Rosenbach » (1). E' lógico.

(1) E' fora de dúvida que as formas mais graves de infecção são devida a estreptococos e entre estes à variedade hemolítica.

A proveniência dos germens na infecção « post-abortum », tal como na infecção « post-partum », pode ser : da própria vagina ou vulva da doente : — *infecção endógena*, ou por contaminação do exterior : — *infecção exógena* (1).

Em 41 casos de morte por infecção puerperal encontraram-se, segundo P. Zweifel.

Estreptococos hemolítico.....	78,0 %
" não hemolítico.....	0,1 %
Estafilococos.....	17 %
Outras bactérias.....	4,9 %

Segundo Schottmüller, Fromme e Heynemann tem de atribuir-se alto valor, para a determinação do prognóstico da infecção, ao facto de serem hemolíticas ou não as bactérias existentes nos lóquios.

Sigwart entende que não deve ligar-se tão grande importância aos caracteres hemolíticos dos germens loquiais, uma vez que, até em puérperas, não febris, podem encontrar-se estreptococos hemolíticos. Sachs pensa, também, que não há uma relação averiguada entre a virulência e a hemolise.

Não obstante, não deve invalidar-se a opinião supra, de resto geralmente aceite

Segundo Zangemeister, Natvig, Clarke e Warnekros, a hemolise é uma propriedade variável do estreptococos. Efectivamente, o estreptococos pode adquirir ou perder a característica hemolítica segundo as condições do meio em que actua. E' sabido por exemplo, que o meio ácido vaginal favorece a perda da propriedade hemolítica, enquanto que o meio sanguíneo ou tissular favorece o seu aparecimento.

Segundo Zangemeister e Sachs a acção hemolítica do estreptococos é devida a um fermento proteolítico. Para Natvig a acção deste fermento teria um valor secundário ; o papel principal seria devido a um ácido elaborado pelo germen.

A' propriedade hemolítica do estreptococos deve acrescentar-se a propriedade histolítica ; explicar-se ia, por meio desta, a sua penetração nas células epiteliaes lesadas e só nestas, visto ser ponto assente que o *estreptococos não pode penetrar através das células epiteliaes da vagina, quando não estejam alterados, nem, duma maneira geral, através dos epitélios sãos.*

(1) Aschoff apresenta o seguinte esquema pelo que respeita às distintas possibilidades de contágio

I — *Infecção endógena* :

- a) por ascensão espontânea dos germens da vagina e da vulva ;
- b) por infecção provocada por meio do toque, de irrigações, etc.

II — *Infecção exógena* — por contaminação com germens do exterior, quando do toque ou do emprego de quaisquer instrumentos.

III — *Infecção hematogena, linfógena ou descendente.*

IV — *Auto-infecção* — (de que devemos inculpar a própria doente) ;

- a) com germens endógenos, vaginaes, por auto-contágio ;
- b) com germens ectógenos, por penetração de micróbios vulvares ;
- c) com germens exógenos, por contágio com a mão da própria doente.

No primeiro caso os gérmenes podem subir espontâneamente ou ser arrastados pelo dedo que faz o toque, ou pelos instrumentos empregados.

No segundo verifica-se esta última hipótese.

A auto-migração dos micróbios saprogénicos ou piogénicos foi inteiramente demonstrada por Krönig, Natvig, Wegelius, Pankow e outros.

Natvig e Wegelius verificaram, em relação às infecções cujos gérmenes provêm da vulva, ou da vagina, serem mais graves as primeiras do que as segundas. O facto explica-se pela conhecida influência neutralisante da secreção ácida vaginal sôbre os micróbios piogénicos.

A infecção por ascensão espontânea dos gérmenes da vagina encontra-se facilitada no « post-abortum » e no « post-partum » pelas melhores condições que aos gérmenes oferece o meio alcalino das perdas sangüíneas e do próprio líquido amniótico.

As formas mais graves de infecção correspondem, no entanto, a infecções exógenas. Bumm tem razão, em grande parte, quando diz: « que o perigo vem do exterior ».

A marcha clínica dos abortamentos febris provocados comprova de sobejo êste ponto de vista; de facto, a sua gravidade é muito superior à dos abortamentos espontâneos.

A evolução das infecções de tipo piogénico, quando abandonadas a si próprias, oferece modalidades diferentes, conforme a virulência dos gérmenes atacantes e, por outro lado, o poder de reacção do organismo.

Nos casos mais felizes a infecção limita-se à mucosa e submucosa uterinas, equivalendo ao tipo da endometrite puerperal « post-partum ».

Nos casos mais graves as bactérias progridem em profundidade através do miométrio, dos linfáticos ou das veias. Surgem, então, por ordem de gravidade, os casos de salpingo-ovarite, de fleimões dos ligamentos largos, de pelvi-peritonite, ou peritonite generalizada, de trombo flebite uterina, de septicémia e de septico-pioémia.

Quaisquer gérmenes, primitiva ou secundariamente virulentos, podem dar lugar a estas manifestações; nas formas graves, porém, e especialmente nos estados septicémicos, o que predomina, como disse, é o estreptococos. A estreptococcémia puerperal é

quasi sempre, senão sempre, fatal. A estafilococcemia cura algumas vezes, embora poucas. A peritonite generalizada e a septicemia constituem as manifestações de prognóstico mais reservado. Se a infecção não se propaga além do perimétrio a sua gravidade é menor, como se compreende.

Quando o processo infeccioso é nitidamente do tipo piogénico temos de contar que a sua propagação a distância é extremamente fácil, pelo que se consideram « à priori » e logicamente, contra-indicadas todas as manobras que favoreçam a sua disseminação.

Na verdade, a única barreira que pode opôr-se à propagação a distância da infecção é constituída pelo organismo à custa dos leucócitos e outros elementos de defesa. Toda e qualquer manobra que vá diminuir o seu poder eficiente vai, « ipso-facto », prejudicar a evolução do processo no sentido da cura.

Por outro lado, é fora de dúvida que a retenção placentar deve considerar-se como o « substractum » da infecção, pelo que, lógico parece, que antes de mais deveria proceder-se ao esvaziamento uterino.

Qualquer destes factos é exacto, sendo compreensível, portanto, que no seu ajustamento, pelo que respeita à melhor conduta a seguir, as opiniões diverjam e com elas os diferentes critérios terapêuticos.

Antes dos trabalhos de Winter e Walthard-Traugott (1909) as opiniões eram unanimemente favoráveis à terapêutica intervencionista ou activa.

Sempre que existia febre considerava-se indicada a revisão uterina, seguida de extracção dos produtos retidos e, até, de curetagem da própria mucosa, quando não havia retenção. Exceptuavam-se, apenas, os casos em que havia generalização manifesta (perimetrite, anexite, peritonite e septicemia).

Com os estudos de Winter sobre a inconveniência do método activo, no caso das infecções serem devidas ao estreptococos hemolítico, e de Traugott e Walthard, pelo que respeita às infecções originadas pelo estreptococos não hemolítico, as opiniões dividiram-se. O método abstencionista, de corêço limitado às infecções originadas por este germen, passou pouco depois a aplicar-se a todos os casos de infecção de tipo propriamente séptico ou piogénico.

Extremaram-se, assim, os campos.

Mantiveram-se fieis à doutrina intervencionista grande número de autores. J. L. Faure, Budin, Douay, J. Vanverts, Pinard, Keller, Cadenat, Wallich, Rouffart, Hamm, Hormann, Thorn, Kroemer, Roulland, Potvin, Nagel, Keiffer, Moreira Júnior, etc., continuaram a pugnar pela vantagem do esvaziamento nos abortamentos febris, mesmo de tipo séptico, a não ser que existam manifestações exo-uterinas, da infecção. Trata-se, dizem êles, de eliminar os tecidos que servem de meio de cultura aos gérmenes e que constituem grandes focos infectantes. Não pode negar-se-lhe lógica, efectivamente.

A doutrina abstencionista não é, porém, defendida com menos entusiasmo pelos seus adeptos, a maior parte dos quais pertence à Escola Alemã. Winter, Walthard, Traugott, Peralta Ramos, Ahumada, E. King, Casiglia, Juan Gonzalez, Latzko, Halban, Ahlfeld, De Lee, Van Herff, Morais Frias, e muitos outros, pensam que à aparente vantagem da eliminação dos tecidos necrosados deve contrapôr-se o perigo real da destruição da barreira de defesa constituída pelo organismo e da abertura de vasos linfáticos e sangüíneos, do que resulta uma maior facilidade de difusão dos agentes infecciosos.

Dum lado e doutro apresentam-se estatísticas que corroboram o ponto de vista em questão. Nota-se, todavia, que umas e outras enfermam, quasi sempre, de considerarem em conjunto todos os casos de abortamento febril, de tipo pútrido ou de tipo séptico, benignos ou graves. O estudo comparativo deve fazer-se dentro de cada um dos tipos.

Nas formas essencialmente pútridas não devemos hesitar, como já referi: o esvaziamento, a meu ver, está absolutamente indicado. Em mais de 400 casos, por mim tratados, verifiquei sempre e a breve trecho, o desaparecimento dos fenómenos pútridos e febris. A cura só por excepção se não obtém.

Nos abortamentos febris de tipo séptico há que distinguir:

a) Nas formas não graves, com calafrios raros, com temperaturas intermitentes, oscilando, fora dos calafrios, entre 37°,5 e 38°,5, com estado geral bom e sem fenómenos de generalização, ou de propagação ao perimétrio e anexos, deverá fazer-se o esvaziamento desde que os sinais infecciosos não datem de mais de 3 a 5 dias. O período de 7-8 dias concedido por Vanverts parece-me exagerado. A intervenção durante êste espaço de tempo

**AUROTHERAPIA
DA
TUBERCULOSE**

por via intravenosa

CRISALBINE

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO
(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15
0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular
ou sub-cutanea

MYOCHRYSINE

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05
0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

BISMUTOTERAPIA

DA

SIFILIS

por

via intramuscular

NEO- CARDYL

SOLUÇÃO OLEOSA
de butiltirolaurate de bismuto

INJECCÕES INDOLORES
ELIMINAÇÃO LENTA E CONTINUA

*A presença do enxofre na molécula
pelas suas propriedades anti-tóxicas,
favorece a acção terapéutica.*

Empolas de 1 cc. $\frac{1}{2}$
contendo 0^{gr}. 075 de
Bismuto metal
Caixas de 12 empolas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

Marques: POULENC Freres et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

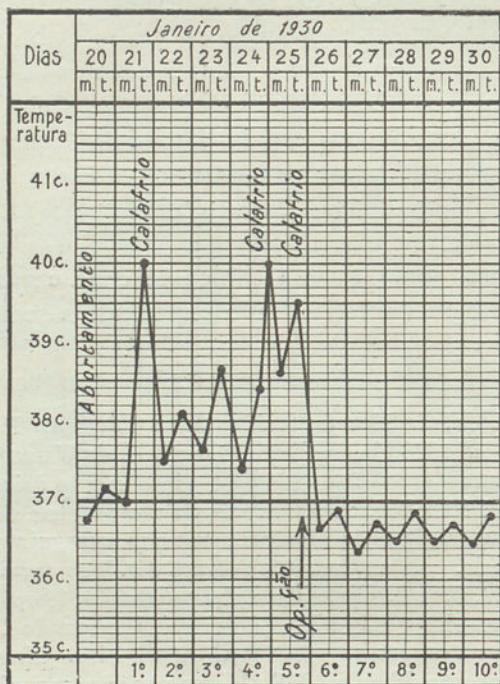
tem-me dado sempre os melhores resultados. Em 78 doentes obtive 73 sucessos. Observei 45 vezes o desaparecimento da febre nas primeiras 48 horas (1). Em 18 a temperatura veio para o normal do 3.º ao 6.º dia. Nas 15 restantes obteve-se melhora manifesta com a intervenção 10 vezes, embora a infecção se mantivesse além de 11 dias. Em 3 doentes não se notaram melhoras apreciáveis. Nas duas restantes houve agravamento da infecção, tendo surgido um estado septicémico que as vitimou poucos dias depois. Atribuo os insucessos não ao princípio orientador, que considero bom, mas à técnica que reputo má como mais adiante demonstrarei.

Relato apenas uma história clínica de cada um dos três primeiros grupos a que me refiro, visto ser grande a semelhança que entre elas existe.

Obs. II — J. A., de 26 anos, residente em Coimbra. Parto espontâneo e fisiológico em 1928, de seqüências boas. R. de Wassermann: negativa. Abortamento (espontâneo, ao que suponho) de dois meses. Fui chamado em 25-1-30. Referiu ter expulsado um pequeno embrião havia cinco dias. Hemorragia nas primeiras horas que se seguiram. 24 horas depois: 1.º calafrio, com exacerbação febril a 40º, logo seguida de remissão a 37º,5. No 2.º, 3.º e 4.º dia, após o abortamento, a temperatura foi de 37º,5 e 38º de manhã e 38º e 38º,5 à tarde. Na noite do 4.º dia surgiu novo calafrio com a mesma reacção febril do primeiro. Na manhã do 5.º dia pude notar reacção febril a 38º,6, fetidez pouco pronunciada das perdas, colo do útero levemente entre-aberto e purulência razoável. Não havia perdas sangüíneas apreciáveis. O estado geral era bom, embora a língua estivesse bastante sêca. Após o exame, que foi suave, apareceu novo calafrio, com subida da temperatura a 39º,5. Pelo que referia a doente e pelo que eu observei conclui da existência dum abortamento em que predominavam já os fenómenos de ordem propriamente séptica. Nas últimas 24 horas o agravamento havia sido manifesto. Visto não se notarem sinais de propagação da infecção decidi-me a esvasiar o útero. Havia retenção de $\frac{2}{3}$, aproximadamente, dos anexos ovulares. Servi-me, exclusivamente, duma pinça de retalhos, segundo a técnica que emprego desde há muito. Não fiz, pois, nem descolamento digital nem curetagem. A doente não foi anestesiada, visto o colo ter cedido facilmente ao dilatador de Sims e o esvasiamento com pinça de retalhos ser pouco doloroso.

(1) Segundo Vanverts a evacuação do útero provoca a apirexia em $\frac{1}{5}$ dos casos. Duma maneira geral, tem de considerar-se esta percentagem como não correspondendo à realidade, por ser excessivamente baixa.

As seqüências foram as melhores como pode ajuizar-se com a leitura do gráfico da temperatura. A febre desapareceu por completo poucas horas depois do esvaziamento.



Obs. II

Obs. III — M. H., de 38 anos. Nulípara. Gravidez de 3 1/2 meses, terminada por abortamento, suspeito de provocado.

A expulsão do embrião deu-se em 25-8-33. Retenção completa de placenta. Reacção febril, na tarde dêsse dia, a 38°. Segundo a doente referiu começou a haver, desde então, fetidez pronunciada das perdas uterinas.

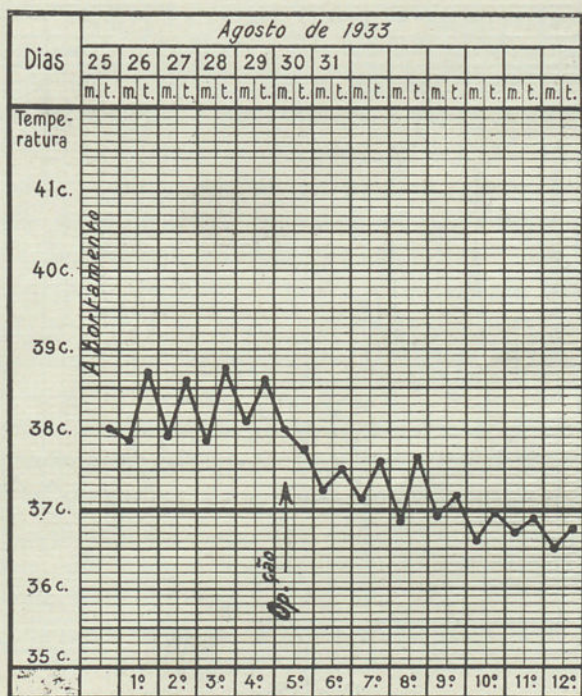
Nos quatro dias seguintes a temperatura oscilou entre 38° e 38°,7. Foi chamado na tarde do 4.º dia, tendo notado o útero volumoso e o colo entre-aberto. Profundamente, tocava-se um cotyledon, o que confirmava em absoluto a hipótese de retenção. Purulência bastante pronunciada. Útero levemente doloroso. Ausência de dôr peri-uterina. Colocou-se gelo no ventre.

Na manhã do 5.º dia, após o abortamento, procedi ao esvaziamento do útero, por meio duma pinça de retalhos, que decorreu em boas condições. Não foi necessária anestesia, visto a doente não acusar dôr apre-

ciável. Após o esvaziamento houve uma certa hemorragia que cedeu com facilidade a uma injeção de ergotino e a uma irrigação intra-uterina com o soluto de Tarnier.

Durante quatro dias acusou ainda uma certa reacção térmica. Na manhã do 10.º dia a febre desapareceu por completo. O estado geral foi sempre bom. Corrimento sero-purulento do 2.º ao 7.º dia. Involução do útero retardada.

Como tratamento recorri apenas ao gêlo. Levantou-se ao 10.º dia depois do abortamento.



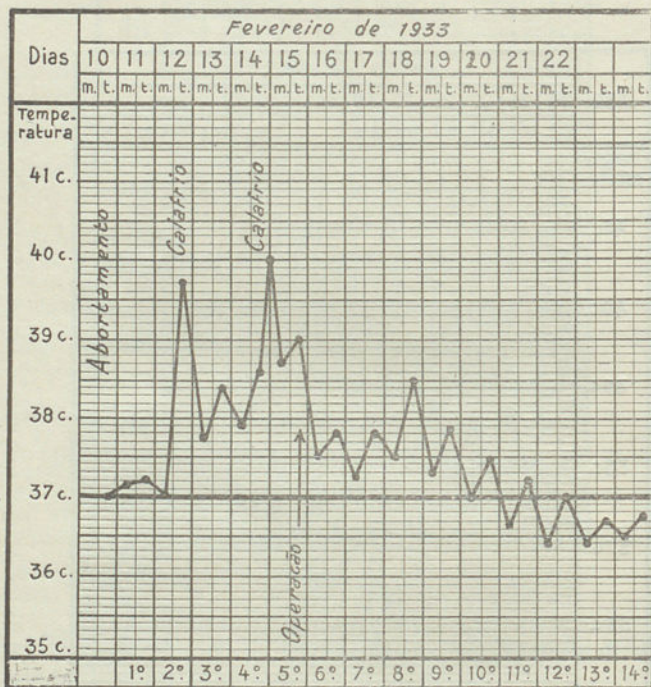
Obs. III

Obs. IV — M. R., de 32 anos. III — gesta. 1.º parto em 1925. Forceps por inercia uterina. Sequências: boas, para a mãe e para o filho. 2.º parto em 1927: espontâneo e fisiológico. Puerpério: normal.

Ultima menstruação em 20-10-933. Evolução da gravidez sem incidentes até 24-1-933. Nesta data apareceram pequenas perdas sangüneas, que se repetiram, vindo a dar-se o abortamento em 10-2. Dôres fortes durante duas horas, seguidas da expulsão dum embrião de 3 1/2 meses e dum pequeno fragmento de placenta, segundo constatou o clínico assis-

tente. Tentou êste o descolamento digital do resto da placenta mas teve que disistir, mal fêz o toque vaginal, dada a pusilanimidade da doente.

Como não havia hemorragia resolveram aguardar os acontecimentos. Dois dias volvidos appareceu um calafrio e a temperatura subiu para 39°,7. Começou a ter perdas levemente fétidas. A temperatura nos dois dias seguintes oscilou entre 37°,8 e 38°,6. Entretanto, a doente acusava algumas dôres no baixo-ventre, intermitentes, o que deu esperança ao clínico de que a expulsão da placenta retida se faria espontaneamente.



Obs. IV

Na manhã do 4.º dia o clínico-assistente propôz a vinda da doente para Coimbra, desejo êste que não foi satisfeito. Na noite dêsse dia surgiu novo calafrio e a temperatura elevou-se a 40°. Concordaram, depois, em transportar a doente para a Casa de Saúde «Coimbra».

O estado geral não era dos melhores, sem que, todavia, pudesse considerar-se grave. Temperatura a 39°; pulso a 120; língua: sêca; diurese: regular. Utero pouco doloroso e anexos livres. Colo: fechado. He-sitei entre fazer-lhe o esvaziamento uterino desde logo ou introduzir no útero um drêno de Mouchotte até passar o estado febril. Optei pela primeira destas hipóteses.

Sob uns fumos ligeiros de cloreto de etilo foi-me fácil obter dilatação suficiente para a passagem da pinça de Bonnaire, modelo pequeno. Esvasiamento uterino rápido e sem traumatismo.

Seqüências: Durante os primeiros dois dias a temperatura não ultrapassou 37°,8; ao 8.º dia: subida da temperatura para 38°,5. Apirexia ao 12.º dia. Localmente nada se notou de especial, a não ser retardamento da involução do útero.

Levantou-se ao 15.º dia após o abortamento.

Na fase em que a infecção está limitada ao endométrio e aos produtos retidos, considero, pois, como benéfico o esvasiamento uterino. A supressão da grande maioria dos focos infectantes compensa, de sobejo, neste período, a possível destruição, em certos sítios, da barreira leucocitária de defesa. Ponto é que o esvasiamento se faça com uma técnica que poupe ao máximo a integridade do útero e os seus elementos defensivos e que evite, na medida do possível, a difusão dos agentes microbianos.

b) Nos casos de infecção grave, com reacção febril elevada, calafrios repetidos, mau estado geral (língua seca, oligúria, dispnéa, insónias, taquicardia acentuada, hipotensão, etc.) é imprudente fazer o esvasiamento, muito em especial se se trata de abortamentos provocados, em que temos elementos para crer numa infecção exógena, muito mais grave, portanto.

De igual modo se deve proceder nas formas de infecção arrastada, embora com estados infecciosos menos graves. Nas septicémias, peritonites, anexites e perimetrites, claro é que a contra-indicação é absoluta.

A doutrina de Winter e dos seus sequazes tem aqui inteira aplicação. Não é necessário o contróle bacteriológico das «perdas» uterinas. A conduta deve ser igual quer se trate do estreptococos hemolítico ou não hemolítico, ou do estafilococos. Limitar-nos emos à drenagem do útero, ao mesmo tempo que applicamos gêlo no baixo-ventre e fazemos a terapêutica geral conveniente.

O esvasiamento nestas condições dá origem, na maior parte dos casos, a agravamento da infecção.

Intervir-se-á, apenas, quando simultâneamente se observem perdas sangüíneas de certo vulto que ameacem pôr em grave risco a vida da doente. Então, a conduta do médico passa a ser

comandada pela hemorragia e não pela infecção, visto que entre dois riscos temos de optar, necessária e logicamente, pelo menor.

Se a hemorragia fôr pequena não modificaremos a nossa atitude, reservando o esvaziamento, com ou sem curetagem, para mais tarde, quando os fenómenos infecciosos tenham desaparecido. Foge-se, assim, ao perigo da disseminação dos germens.

Escuso de dizer que em qualquer forma de abortamento febril, assim como, duma maneira geral, na infecção puerperal aguda, com ou sem retenção, estão absolutamente contra-indicadas as irrigações intra-uterinas. Fizeram época durante muito tempo, mas hoje quasi ninguém as pratica. Averiguou-se, efectivamente, que a sua acção antiséptica era muito limitada, e, por outro lado, que a destruição de grande número de células que tomam contacto com o líquido e bem assim o próprio traumatismo da irrigação, resultavam prejudiciais à defesa do organismo em face dos agentes infecciosos e suas toxinas.

— Não me interessa neste trabalho a apreciação da terapêutica médica do abortamento febril, que, de resto, se subordina, perfeitamente, às indicações gerais de todos os estados infecciosos em que não há um tratamento específico, mas sim modalidades várias, da simpatia de uns, da antipatia de outros e, infelizmente, da pouca confiança de todos.

— Como complemento do estudo dos meios cirúrgicos no tratamento das infecções « post-abortum » convem fazer algumas referências à possível indicação da histerectomia nos casos mais graves.

Esta questão tem sido largamente discutida desde que Schultze em 1886, realizou, pela primeira vez, uma histerectomia num caso de infecção puerperal com retenção placentar e útero gangrenado.

Em 1895 o assunto foi apreciado na *Reunião da Associação Médica Americana* por Smith, Duff, Noble e Peterson, que se mostraram favoráveis à intervenção e por Price e Da Costa, que se mostraram hostis.

Em 1899 a questão foi estudada por Tuffier e em 1901, na *Sociedade de Cirurgia de Paris*, foi calorosamente defendida por êste autor, com o fundamento de que em muitos casos tratados pela histerectomia « havia reconhecido a existência no útero de fragmentos de placenta aderentes que tinham escapado à acção

da cureta, ou, então, de pequenos abscessos, uns e outros constituindo a causa dos fenómenos infecciosos ».

Na *Sociedade de Obstetrícia de Paris*, foi igualmente discutido o assunto, na mesma época.

Terrier, Quenu, Faure, Demelin e Jeannin, mostraram-se simpatisantes com o método. Ricard, Porak, Budin, Maygrier e outros, combateram-no, pelo contrário.

No *Congresso de Roma*, de 1902, foi o assunto tratado em ordem do dia. Fehling, Freund, Treub e Leopold, mostraram-se partidários da histerectomia, mas sob muitas reservas. Segundo êles a intervenção só poderá ser util nos casos em que o foco de infecção está limitado ao útero, compreendendo-se, contudo, que só deve operar-se quando se julgarem ineficazes todos os outros meios de tratamento, hipótese clinica e terapêutica muito delicada de estabelecer. Treub define o seu pensamento dizendo: « que quem faz muitas histerectomias as faz certamente em número demasiado ».

No *Congresso de Madrid*, de 1903, voltou a questão a ser tratada em ordem do dia. Pinard opôz-se ao método com o fundamento de que a mortalidade na Clinica Boudelocque, entre 26.952 partos, não tinha ultrapassado 0,25 0/0, não se tendo encontrado nas autópsias quaisquer lesões localizadas ao útero que podessem constituir indicação operatória. Acabou por dizer « que a indicação racional da histerectomia, na infecção puerperal, não existe ».

Doléris perfilhou as ideias de Pinard com base em numerosos estudos a que procedeu.

No *XIX Congresso da Associação Francesa de Cirurgia*, reunido em 1906, Delletrez comunicou dois casos de infecção puerperal aguda, post-abortiva, com uma morte e uma cura, lembrando que não devia intervir-se nem demasiado cedo nem demasiado tarde.

Este assunto foi objecto de novas comunicações ao *Congresso Alemão de Ginecologia* de 1910 (Veit), ao *Congresso de S. Petesburgo* do mesmo ano (Winter), ao *VI Congresso Internacional de Obstetrícia e de Ginecologia de Berlim*, em 1912 (Koblanck), à *Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Paris*, em 1920 (J. L. Faure) e ao *Congresso dos Ginecólogos e Tocólogos de língua francesa*, em 1921 (Potvin e G. Cotte).

Isoladamente e entretanto, publicaram-se numerosos outros trabalhos sôbre as vantagens e inconvenientes da hysterectomia na infecção puerperal. Subscreveram-nos, entre outros, Turenne, Latzko, Sinclair, Stewart, Watkins, Cooke, Hirst, Darnall, Douay, Cadenat, Vanverts e Nyulasy.

Semelhante multiplicidade de trabalhos e estudos deixa-nos desde logo perceber quão complexo se apresenta o problema. A minha experiência pessoal é nula a êste respeito. Concordo, porém, que a hysterectomia deve fazer-se em certos casos.

A grande dificuldade para o clínico residirá no ponto extremamente complexo de determinar o momento em que deve intervir-se, sabido como é que uma intervenção tardia pode resultar inteiramente inutil e que uma intervenção precoce pode transformar-se numa mutilação desnecessária, a todos os títulos condenável. São dignas de referência as indicações estabelecidas por G. Cotte no seu « rapport » ao *Congresso dos Ginecólogos e Tocólogos de lingua francesa*, de 1921. « Nas formas agudas, diz êle, consecutivas a um abortamento, e, sobretudo, a um abortamento criminoso, a hysterectomia deve fazer-se imediatamente, sempre que se tenha a impressão que a curetagem faria difundir a infecção; nos outros casos, quando os meios habituais não tenham produzido melhoria apreciável, é necessário intervir, também. A hysterectomia vaginal, preconizada há 30 anos por Faure parece aqui particularmente indicada.

Mas intervir-se-á, sobretudo, nas formas de infecção aguda prolongada, renitentes, que conduzem com tanta freqüência à morte por septicémia ou pioémia secundárias. Parece, com efeito, que quando duma parte existem sinais de infecção grave com tendência à pioémia (calafrios repetidos, etc.) e que, por outro lado, o útero, conservando-se volumoso, apresenta ao exame dos lóquios, recolhidos directamente na sua cavidade, colónias de estreptococos, o melhor será intervir sem esperar muito, seja com a hysterectomia vaginal seja com a hysterectomia abdominal» (1).

A conduta não varia sensivelmente nas infecções dos abortamentos. Tenhamos, porém, presente que as infecções « post-abortum » são duma maneira geral de difusão mais lenta do que

(1) *Gynecologie et Obstétrique*, T. IV, 1921, p. 242.

as infecções « post partum », visto, no primeiro caso, ser menor a superfície infectante e ser menor, também, o calibre dos vasos linfáticos e sanguíneos. Daqui, a circunstância de se observarem resultados mais lisongeiros, com o tratamento vulgar, nas primeiras do que nas segundas.

Resumindo: poderemos dizer, com o próprio Gaston Cotte, «que é actualmente impossível precisar as indicações da histerectomia. Trata-se duma questão de sentimento que não pode resolver-se, duma maneira absoluta, competindo ao clinico saber utilizar a tempo a histerectomia, em tal ou tal caso particular, quando os meios empregados até aí resultaram perfeitamente inuteis».

Pelo que respeita ao tipo de histerectomia a adoptar é opinião unânime que deve dar-se preferência à vaginal por ser menos chocante e serem muito menores as probabilidades de propagação da infecção à grande cavidade peritoneal.

A histerectomia abdominal é defensável, apenas, quando o colo não dá presa às pinças de Museux, por estar macerado ou ter sofrido lacerações grandes, quando existem feridas esfaceladas da vulva, da vagina e do colo e, por último, nos casos de trombose das veias pélvicas, para tornar possível a laqueação dos vasos trombosados.

Feitas estas considerações, a respeito da histerectomia, retomemos o estudo da apreciação dos meios propriamente obstétricos, segundo a orientação que vinha seguindo.

Técnica do esvaziamento uterino

A literatura obstétrica encontra-se recheada de publicações com referências as mais lisongieras a qualquer dos métodos que se tem empregado para o esvaziamento do útero nos casos de abortamento febril com retenção. A curetagem, o descolamento digital e o descolamento e extração por meio de pinças de retalhos, encontram, respectivamente e por toda a parte, defensores e detractores os mais apaixonados e entusiastas. Sucessos brilhantes dum lado, resultados péssimos do outro, de tudo aparece no relato das observações e nos comentários que aos seus proceres mereceram os métodos em questão.

Apreciemos, nós também, o assunto à luz da clínica e... da

lógica. Suponho que não serão consideradas despicientes as razões de que me sirvo quando aduzo premissas e aponto as conclusões respectivas.

Curetagem — Ao falar de curetagem refiro-me, como é justo, ao método de esvaziamento por meio de cureta. As expressões correntes de *curetagem instrumental ou metálica* e *curetagem digital*, são imperfeitas, como se compreende, visto que o termo curetagem exige, por definição, a existência duma cureta.

Pode parecer extranho que não se tenha relegado já a um completo abandono este processo terapêutico que tão poucas simpatias conta entre os tocólogos em geral e nomeadamente entre os tocólogos portugueses.

A verdade, porém, e por paradoxal que pareça, é que a curetagem conta ainda adeptos, não só no tratamento do abortamento febril mas até no tratamento da infecção puerperal « post-partum ». La Torre chegou a dizer: « é necessário curetar e recuretar, mesmo até 15 vezes ».

J. L. Faure, Budin, Cadenat, Miraschi, Wallich, Nyulasy e tantos outros, recomendam o seu emprêgo com o fundamento de que se deve procurar obter a eliminação de todos os tecidos mortos, ou pouco vitalizados, que possam constituir meio propício à proliferação dos germens.

A queda da temperatura, que tantas vezes se observa após esta intervenção, encoraja os seus entusiastas e anima-os a prosseguir nesta prática aparentemente benéfica.

Os resultados favoráveis contam-se entre as formas essencialmente pútridas ou de poder séptico reduzido, cuja evolução data de pouco tempo e nas quais não temos que contar com uma sensível penetração dos germens em profundidade. Nestes casos, efectivamente, não importa muito que com a nossa cureta vamos destruir a defesa leucocitária que começa a estabelecer-se atrás dos tecidos desvitalizados e bem assim vamos abrir vasos que sirvam de porta de entrada aos germens, dada a circunstância de dominarem, então, os fenómenos infecciosos a nível dos tecidos retidos e, ainda, por serem facilmente destruídos no meio sangüíneo os germens que porventura nêle penetrem, por efeito da intervenção.

Nos centros cirúrgicos, a curetagem uterina nos abortamentos febris, gosa ainda de bastante simpatia. Nos meios obstétricos,

porém, isto é, naqueles que melhor conhecem o problema, o seu emprêgo é hoje extremamente reduzido:

1.º) Porque a curetagem, como sistema de esvaziamento dos retalhos ovulares, é pouco eficiente sob o ponto de vista técnico, dada a grande dificuldade que se nota em levar a cabo o esvaziamento com o auxilio de curetas rombas, quer se trate da cureta de Recamier, quer da de Cuzzi, quer de outras.

Na verdade, a cureta romba resalta sôbre os fragmentos retidos, não se conseguindo com facilidade um plano de clivagem entre êles o o útero. Vignes e Holmes chamam a atenção para êste facto que só não é conhecido de quem nunca tentou um esvaziamento à cureta.

Esta improficuidade poder-se-ia remover, talvez, com o emprêgo de curetas cortantes, mas em troca quantos e quantos inconvenientes adviriam mais!

O uso das curetas cortantes no esvaziamento do útero considero-o inteiramente obsoleto e como tal fora de tôda a discussão. A êle se pode aplicar com inteira propriedade a expressão de Potvin: «a cureta aplicada aos casos de retenção placentar infectada tem certamente causado mais mortes que vidas salvou».

Não permitindo, pois, a curetagem um esvaziamento perfeito, não só dos restos da placenta, mas também, dos restos do coriou, do amnios ou da caduca, deixa de se verificar a razão principal do seu emprêgo.

2.º) Porque a curetagem pode constituir e constitue muitas vezes, uma causa de agravamento da infecção. Compreende-se: a curetagem, com destacar a mucosa, com lesar as células superficiais do miométrio e com abrir inumeros vasos sangüíneos ou linfáticos, destroe, em grande parte, a barreira leucocitária de defesa que se forma nas camadas profundas da mucosa, ao mesmo tempo que favorece a penetração em profundidade, ou a distância, de colónias de bactérias, o que vem agravar a evolução da infecção.

Bar e Jeannin dizem que: «se na maioria dos casos o organismo é bastante forte para reagir, não é menos verdade que a sementeira artificial produzida pela intervenção tem sido muitas vezes fatal às doentes».

É' inegável que existem muitos casos em que uma infecção

uterina, « post-abortum » ou « post-partum », se agrava rapidamente depois da curetagem.

Por outro lado, não esqueçamos, também, que o emprêgo da cureta nas condições que venho analisando tem ainda o inconveniente de favorecer a rotura do útero, dada a friabilidade e amolecimento próprios dos úteros grávidos e infectados (Brindeau, Pichevin, Pisk).

Resumindo: nos abortamentos infectados considero a curetagem absolutamente contra-indicada, por insuficiente e perigosa.

A sua indicação deve limitar-se aos casos não infectados de retenção fragmentar; aí, sim, os seus efeitos são brilhantes.

Descolamento digital ou curagem digital — Tendo em vista os maus resultados da curetagem, Budin, Buman, Sikner e outros, preconizaram a sua substituição pelo descolamento digital.

Este processo passou a gosar das maiores simpatias entre os obstetricistas. Os tratados fazem-lhe as melhores referências e na maior parte das cátedras universitárias continua a ensinar-se que deve preferir-se a qualquer outro.

O descolamento digital seria, segundo os seus partidários, de execução fácil e de resultados seguros, por permitir descolar e extrair todos os produtos retidos com êxito superior ao da curetagem, além de que não seria agressivo, visto o dedo que opera não ser contundente como a cureta.

Segundo Brindeau, a « curagem digital constitui um processo extremamente simples, não perigoso e suficiente, na grande maioria dos casos ». O seu único inconveniente está, segundo êle, em ser doloroso.

Teòricamente, o método oferece as maiores regalias:— o dedo servindó de cureta viva permitir-nos-ia agir com a eficácia e ao mesmo tempo a prudência necessárias na extração do que é prejudicial.

Por coerência com as opiniões dos seus mestres e dos autores dos livros em que estudaram, os jovens médicos tratam de aplicar na vida clínica, às suas doentes, o método que tanto viram elogiar e que tão fácil se lhes antolha. Começa aí a desilusão!

O descolamento digital dos retalhos placentares e de cadauca longe de ser fácil torna-se em muitos casos bastante difícil e em

outros, até, impossível; e quanto à suposta inocuidade acontece que se prova, por vezes, precisamente o contrário.

Na verdade, o descolamento digital não é fácil na maior parte dos casos, não é possível em outros e pode ser prejudicial.

Não é fácil porque: *a)* nem sempre se consegue com relativa facilidade introduzir o dedo no útero, por o colo não oferecer ou não permitir, sem esforço, a dilatação necessária; *b)* é muito difícil, sem manobras violentas, obter o descolamento dos produtos ovulares retidos, especialmente se são pouco volumosos, pela razão simples de que o dedo escorrega sobre eles e, ainda, porque a amplitude dos movimentos articulares do dedo que opera e do membro correspondente, dificilmente permite que contornemos mais de $\frac{4}{5}$ da superfície interna do útero.

De facto, na prática clínica esbarramo-nos, com frequência, contra os dois obstáculos citados. E não se diga que a dilatação do colo se obterá com facilidade, por meio de dilatadores, a ponto de nos permitir a passagem do dedo. Nos casos em que o colo está amolecido e adelgado, a dilatação não é difícil, com efeito; mas, já outro tanto não acontece sempre que o colo não tenha sofrido um primeiro tempo de dilatação espontânea ou de adelgamento durante o trabalho de abortamento.

Quando assim, a dilatação constitui sempre um tempo delicado da intervenção, dada a morosidade que exige e dada ainda a necessidade de ter de se recorrer à anestesia geral ou regional. E' que uma dilatação do colo, bastante para a passagem do indicador, é sempre dolorosa, exigindo, na maior parte das doentes, uma anestesia perfeita.

Por outro lado, a dificuldade de manobrar com o dedo dentro do útero, nos casos em que temos de proceder a dilatação instrumental do colo, é bem conhecida de quantos têm tentado um descolamento digital. O colo, embora dilatado suficientemente, conserva-se alongado, o que imobiliza pelo menos metade do dedo para o trabalho intra-uterino, já de per si delicado, especialmente se operamos de luvas, como manda a boa técnica.

Note-se que estou encarando, apenas, a hipótese de nos servirmos do dedo como instrumento de descolamento e não de extracção dos produtos retidos, porque doutra forma teríamos de dilatar o colo de maneira a dar passagem a dois dedos e não a um só, o que não seria prático nem exequível.

Que não é fácil o descolamento digital vimos já, mas pode nem ser possível, como disse acima. Basta, por exemplo, que o abortamento seja de mais três meses. Nestas condições o nosso dedo, por comprido que seja, não pode atingir o fundo do útero, a não ser à custa de pressões violentas sobre este com a mão que actua no baixo-ventre, o que é altamente prejudicial, como demonstrarei.

A mesma impossibilidade pode verificar-se em abortamentos de menos de três meses; basta para isso que se trate de nulíparas cujo colo não tenha sofrido um trabalho prévio de dilatação espontânea.

A dilatação fisiológica do colo faz-se, como é sabido, de dentro para fora, isto é, do orifício interno para o externo, por distensão das fibras musculares em camadas sucessivas. Quando o orifício externo se dilata apreciavelmente já o colo está adelgado por alargamento das fibras circulares profundas. Ao atravessar o colo o dedo cai desde logo em plena cavidade uterina, podendo, até, se fôr necessário, propulsionar o colo para cima, o que permite uma melhor aproximação do fundo do útero. São estes os casos que reúnem as melhores condições para o descolamento digital.

Se não houver dilatação espontânea apreciável temos que a obter à custa de instrumentos, acontecendo, em muitos casos, que o colo, longe de se adelgaçar, no sentido longitudinal, se alonga de maneira a impedir que o dedo entre na cavidade corporeal de modo a permitir o descolamento, mesmo que se trate de abortamentos de menos de três meses. Semelhante alongamento verifica-se, em especial, quando nos servimos das velas de Hegar, aliás o dilatador mais recomendável e menos perigoso. E' que a introdução sucessiva das velas, ao mesmo tempo que dilata o colo, provoca o seu alongamento, devido, por um lado, à pressão por nós feita sobre elas e, por outro, à tracção que temos de exercer na pinça de Museux que fixa o lábio anterior do colo. Trata-se de duas fôrças que actuam em sentido contrário e cuja resultante vem a ser justamente o alongamento do colo. Tem-me sido possível observar colos de 7 e até 10 centímetros. Veja-se quão difícil deverá ser nestes casos o descolamento digital. Só pressões grandes do lado abdominal podem vencer esta resistência, não sendo raro que o colo se lacere, o que vem agravar o prognóstico.

Acabamos de ver que o descolamento digital nem sempre é possível, falta apreciar quais os motivos que o podem tornar prejudicial.

O descolamento com o dedo não pode fazer-se sem que simultaneamente se fixe o útero através da parede abdominal, com a mão livre.

Dadas as dificuldades que se observam no descolamento, especialmente se se trata de fragmentos pequenos, de colos pouco dilatados, ou de úteros altos, forçoso se torna que sejam grandes a pressão digital e a contra-pressão manual, esta particularmente. Não se pode obstar, assim, a uma certa malaxação do corpo do útero, maior ou menor, conforme.

Do conflito desta circunstância com a necessidade de se pouparem ao máximo, nos abortamentos febris, todas as manobras que vão prejudicar, directa ou indirectamente, a defesa do útero em face da infecção, ou favorecer a sua difusão através do miométrio, dos linfáticos ou dos vasos sangüíneos, é que resulta o perigo do descolamento digital.

Couvelaire diz, com razão, que se o descolamento digital «fere menos do que a cureta, se torna prejudicial duma outra forma».

Henri Vignes pensa, também, «que a curagem digital é uma empresa laboriosa, sendo necessário grande esforço para destacar certos fragmentos retidos. A parede uterina é assim massada, violentada, entre o dedo intra-uterino e a mão abdominal. Pode observar-se, pois, uma nova sementeira em superfície e irritação dos pequenos focos linfangíticos ou flebíticos vizinhos das zonas infectadas. Não se massa um membro ferido em plena infecção, não se mobiliza, antes, pelo contrário. Sabe-se que o repouso é um factor de cura para as inflamações sépticas» (1).

A escola de Winter e Walthard-Traugott combate o intervencionismo, precisamente pelos inconvenientes que derivam para a marcha da infecção de tôda e qualquer manobra que destrua a barreira leucocitária de defesa.

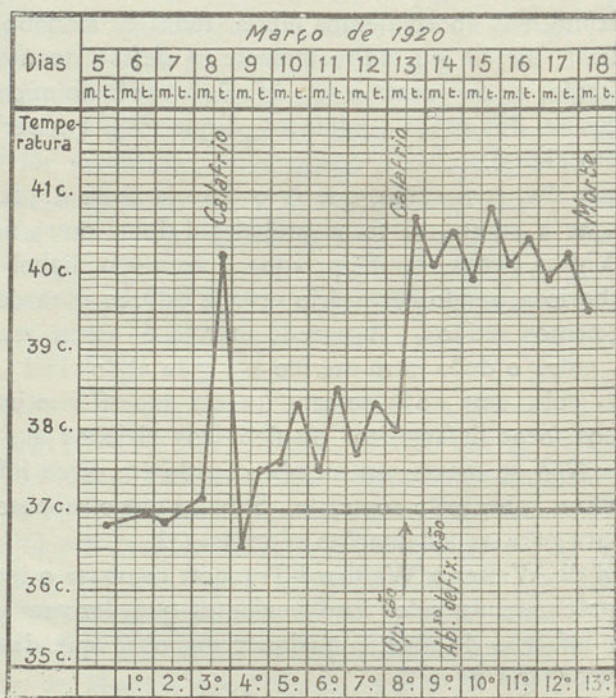
Não perfilho o conceito de Winter para todos os casos de abortamentos infectados com retenção, como se viu, mas isto não quer dizer que desdenhe do perigo real apontado por Winter e seus adeptos. Por assim o entender condeno todo o método de

(1) *Gynecologie et Obstétrique*, 1920, t. II, pg. 167.

esvaziamento que dá poucas garantias sob êste ponto de vista; ora, o descolamento digital tem de considerar-se, a meu vêr, como pertencendo a êste tipo.

No comêço da minha vida clínica recorri a êle, de harmonia com o exposto nos tratados. Cedo, porém, perdi o entusiasmo. A êste método imputo a maior parte da responsabilidade dos dois únicos insucessos que obtive entre as várias centenas de esvaziamentos a que tenho procedido em casos de abortamentos febris com retenção. Eis o seu relato:

Obs. V — C. N., de 32 anos de idade. III — gesta. Os dois primeiros partos decorreram bem. Até aos 2 1/2 meses de gravidez tudo correu nor-



Obs. V

malmente. Nessa altura (2-III-920) acousou ameaças de abortamento, que cederam, de comêço, ao repouso e à morfina. Três dias depois entrou em trabalho de abortamento acompanhado de perdas sangüíneas e da expulsão dum pequeno embrião.

CINOSAN

“AZEVEDOS”

Cinamato de Benzil, Gomenol, Cânfora e Colesterina em soluto oleoso

Entre as substâncias capazes de provocar uma leucocitose artificial, o ácido cinâmico e seus derivados ocupam um lugar de destaque. A cânfora e a colesterina, pela sua acção anti-tóxica e anti-hemolítica, estão indicadas como adjuvantes terapeuticos dos cinamatos o que houve em atenção ao preparar-se o **CINOSAN**. Na sua composição entra ainda o gomenol que, além de antiséptico das vias respiratórias, possui propriedades balsâmicas e calmantes.

CINOSAN IRRADIADO

No **CINOSAN irradiado**, a colesterina que entra na sua composição, é previamente submetida à irradiação ultra-violeta, adquirindo por êste processo propriedades idênticas às da Vitamina D. Contribue para a fixação dos sais de cálcio.

CINOSAN GLANDULAR

Em grande número de casos, a tuberculose é acompanhada de estados cloróticos; na preparação do **CINOSAN glandular**, recorremos aos extractos hepático e esplênico como substâncias anti-anémicas. Sob a sua influência a percentagem de glóbulos rubros e de hemoglobina aumenta consideravelmente no sangue, sendo notável o acréscimo de peso e a diminuição da tosse. Esta preparação **não contém gomenol** entrando como adjuvantes da medicação opoterápica e cinâmica, a colesterina e a cânfora.

O **CINOSAN** nas suas três formulas é indolor quando injectado no músculo e perfeitamente tolerado no tecido subcutâneo. — Caixas de 12 empolvas de 2 c. c. e de 6, 12, 24, 50 e 100 emp. de 5 c. c.

Laboratórios das Farmácias “AZEVEDOS,”
Sociedade Industrial Farmaceutica

Rua do Mundo (Entrada pela Travessa da Espera, 3)

LISBOA

Histidisan

“AZEVEDOS,,

Novo preparado para tratamento das úlceras duodenais, pilóricas, pépticas, jejunais e do cárdia, por via parentérica, empregando um amino-ácido (HISTIDINA), cloridrato de imidazolalanina, em solulo aquoso a 4 %

Segundo os interessantes trabalhos e experiências de Emile Aron, A. G. Weiss, H. Hessel, Bulmer e muitos outros investigadores, a **HISTIDINA** — corpo constituinte essencial da globina, base proteica da hemoglobina — é um modificador do terreno sobre o qual se desenvolvem as úlceras, pondo a mucosa gástrica em condições de poder resistir a acção corrosiva do suco gástrico.

**Caixas de 6 empolas de 5 c. c.
Injecções diárias, subcutâneas ou intramusculares**

FARMÁCIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

24, Rua do Mundo, 42

Azevedo, Filhos

31, Praça de D. Pedro IV, 32

**LABORATÓRIOS DAS FARMÁCIAS AZEVEDOS
LISBOA**

Mg **Anafilarsan** Na

Hipossulfito de magnésio

Hipossulfito de sódio

Caixas de 6 empolas de 10 c. c., a 10 %

Injecções intramusculares ou endovenosas

Dermatoses, Urticária, Pruridos, Coriza, Dispneá, Vômitos da gravidez, Eclâmpsia, Asma, Enjão, Intoxicações, Bronquites fétidas, Gangrena pulmonar, etc.

ANAFILARSAN “AZEVEDOS,,

Comprimidos de Hipossulfito de magnésio puro

São indicados nos mesmos casos do injectavel e possuem uma acção levemente laxativa e reguladora das funcções digestivas, applicando-se com vantagem na **insuficiência hepática, pancreática e intestinal.**

Persistiram algumas perdas sangüíneas e ao 3.º dia surgiu um calafrio com exacerbação térmica a 40°,2. Apirexia doze horas depois.

Durante quatro dias a febre oscilou entre 37°,5 e 38°,5 sem novos calafrios. Nessa altura foi confiada aos meus cuidados.

Constatei a existência de perdas sangüíneas ligeiras e de corrimento uterino levemente fétido. Colo ligeiramente entreaberto e amolecido. Útero globoso mas praticamente indolor. Não se notava reacção anxial nem havia sinais de generalização. Estado geral: bom; língua: húmida; temperatura: 38°; pulso: 95; urinas: sem albumina.

O diagnóstico de retenção impunha-se.

Na ausência de sinais de infecção grave, julguei, como julgaria ainda hoje, indicado o esvaziamento uterino.

Como o colo não permitia a passagem do dedo procedeu-se a anestesia geral pelo cloróformio. Dilatação do colo com o dilatador de Sims. Após esta, que foi fácil e não deu lugar a rotura alguma, procedi ao descolamento digital dos resíduos ovulares. Tornou-se difícil, especialmente a nível do fundo do útero, por o dedo não o atingir facilmente. Tive necessidade de fazer com a mão esquerda, durante alguns minutos, uma contra-pressão forte sobre o útero. Depois de bastante custo consegui levar a termo o descolamento. Hemorragia pequena. Irrigação intra-uterina com o soluto de Tarnier. Cinco horas depois do esvaziamento apareceu novo calafrio, subindo a temperatura rapidamente a 40°,7.

Com surpresa minha no dia seguinte a temperatura mantinha-se alta. Três dias depois o estado geral era francamente mau (pulso muito frequente, língua seca, sub-delírio e oligúria acentuada). A hemocultura feita neste dia acusou estreptococos. Do lado do útero existia, apenas, um leve corrimento sero-purulento. Reacção dolorosa peri-uterina, sem empastamento focado, todavia. Abscesso de fixação com 3 c.c. de água-raz.

Quatro dias depois, notei um foco congestivo na base do pulmão esquerdo. Diurese reduzida (500 c.c.). Ausência de reacção do abscesso. O estado geral agravou-se de momento a momento, vindo a falecer no dia seguinte.

Obs. VI — M. F., de 35 anos. Um parto em 1920, espontâneo e fisiológico. Gravidez de 3 meses terminada por abortamento em 10-V-921. Retenção parcial da placenta, sem perdas sangüíneas apreciáveis. Ao 2.º dia, corrimento fétido e calafrio intenso com subida da temperatura a 41°. Ao 3.º dia, de manhã: 37°. Bom estado geral. Levantou-se na tarde desse dia. Na manhã do 4.º dia novo calafrio com hipertermia a 39°,5.

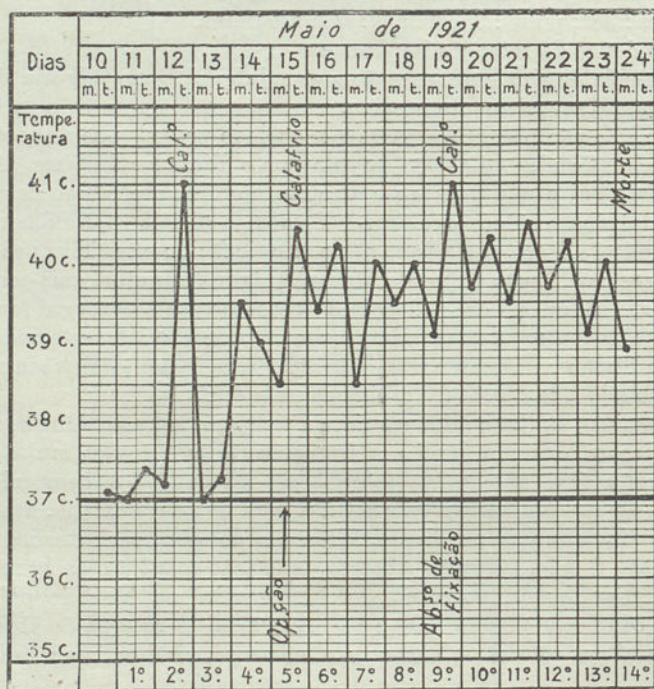
Fui chamado na manhã do 5.º dia. Estado geral nesse momento: francamente bom. Temperatura a 38°,5; língua húmida; diurese boa. Estado local: útero globoso, simulando gravidez de 2 meses; corrimento fétido e abundante; ausência de sinais inflamatórios por parte dos anexos; colo: levemente entreaberto.

Resolvi fazer o descolamento digital que foi particularmente custoso, por o colo se ter mantido alongado e não ser fácil atingir o fundo do útero. Tornou-se necessário exercer uma pressão forte do lado do abdómen com

a mão esquerda e isto em vários pontos e semelhantemente do lado do útero com o dedo indicador. Anestesia geral pelo clorofórmio. Terminado o descolamento extraiu-se a placenta retida com uma pinça de retalhos. Irrigação com o soluto de Tarnier.

Algumas horas depois da intervenção, calafrio intenso com subida da temperatura a 40°,4.

No 1.º dia após o esvaziamento a temperatura não veio à quem de 39°,4.



Obs. VI

A doente acusou dôres pélvicas; todavia, o toque não revelou localização alguma da infecção.

Ao 4.º dia novo calafrio com reacção térmica a 41°. Abscesso de fixação; língua seca; ausência de reacção peritoneal ou anexial. Não foi possível fazer-se a hemocultura; não obstante, tudo indicava tratar-se dum estado septicémico.

Ao 7.º dia apareceram focos congestivos nas bases dos pulmões; dispneia intensa; pulso a 150; temperatura a cerca de 40°.

Morte ao 9.º dia depois da intervenção

Em ambas as doentes foi manifesto o agravamento da infecção após o esvaziamento do útero.

Não existiam previamente sinais de propagação peri-uterina e particularmente de septicémia que contra-indicassem a intervenção. O momento em que se operou era ainda propício a uma marcha favorável da infecção.

A septicémia proveio, sem dúvida, das manobras, de certo modo violentas, a que tive de sujeitar o útero para obter um descolamento perfeito. O traumatismo uterino contribuiu a um tempo para a destruição da barreira leucocitária de defesa, para a disseminação em profundidade dos focos de linfangite e flebite que possivelmente existiam e para alterar o poder contractil das fibras musculares do útero, tão necessário à limitação da infecção, como se sabe.

Compreendi que casos desta ordem não podiam ser tratados assim. Puz de parte, inteiramente, o descolamento digital, substituindo-o pelo descolamento e extracção por meio das chamadas pinças de retalhos.

Esvaziamento do útero com pinças de retalhos — Ordinariamente, as pinças de retalhos aconselham-se, apenas, para a extracção dos resíduos placentares descolados com o dedo ou com a cureta. A verdade é que podem funcionar, também, como um óptimo instrumento de descolamento, com a grande vantagem de não atacarem a integridade do útero, desde que sejam bem manuseadas. Penso a seu respeito como Potvin «que constituem um instrumento muito pouco conhecido, muito pouco empregado e que possui, não obstante, todas as qualidades requeridas para o serviço em questão».

Existem vários modelos; todavia, os que considero melhores são: a pinça de Bonnaire (fig. 1), fenestrada e desmontável, e a pinça de Fritsch-Winter (fig. 2). Duma e doutra fabricam-se modelos pequenos e grandes, rectos e curvos.

Nos abortamentos de menos de três meses e sobretudo quando a retenção é parcial, dou preferência à pinça de Winter; nos casos restantes prefiro a pinça de Bonnaire, que dá uma prêsa mais fácil nas retenções volumosas.

Introduzo a pinça fechada; dirijo-a para o fundo do útero; abro-a; procuro apreender os restos ovulares; tôrço e a seguir procedo à extracção. Manobrando com suavidade não há perigo em encostar a pinça à face interna do útero, porque os seus

bordos rombos não apreenderão a parede uterina, mas somente os tecidos que fazem proeminência para dentro dela. Pode não

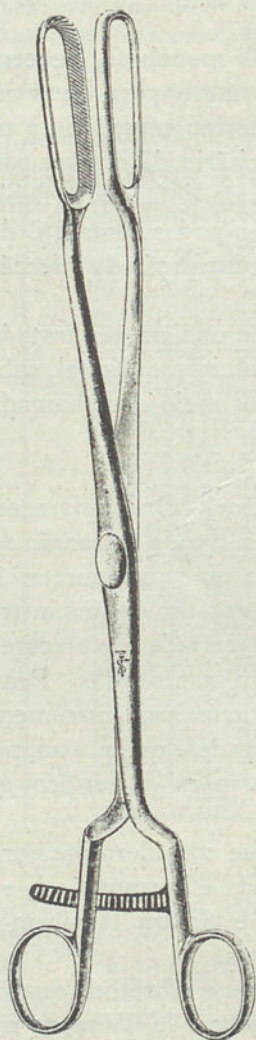


Fig. 1

Pinça de Bonnaire

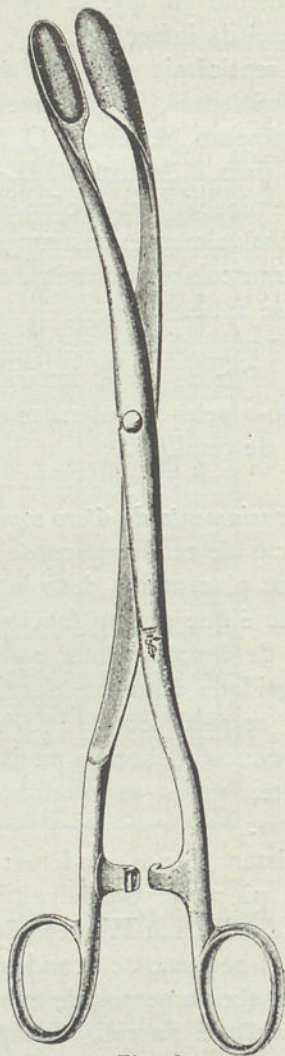


Fig. 2

Pinça de Fritsch-Winter

se extrair uma placenta em bloco, particularmente se é um tanto volumosa, mas extrai-se, com certeza, por três ou quatro vezes.

A hemorragia é como regra insignificante, devido a respeitar-se

por completo a integridade do miométrio e através desta, o seu poder contractil.

Quando não se tem um certo treino esta técnica pode oferecer alguma dificuldade, muito inferior, não obstante, à que se observa no descolamento digital. Com um pouco de prática a intervenção torna-se extremamente simples.

Desde que se percorre a superfície interna do útero com a pinça é muito raro que fiquem fragmentos esquecidos. No entanto, se tivermos dúvidas, servir-nos-emos do dedo ou dum dos ramos da pinça para avaliar se num ou noutro ponto existem ainda restos ovulares. Prefiro o ramo da pinça porque a sua introdução é mais fácil do que a do dedo e porque permite melhores condições de asepsia. Por outro lado, a sensação táctil que nos dá é aproximada à do dedo.

Com o emprêgo das pinças de retalhos impedimos o mais possível a disseminação da infecção, pelo que se pode proceder ao esvaziamento em alguns casos que estariam já fora do limite operatório sob qualquer das outras técnicas.

Tem ainda outras vantagens e apreciáveis, o método em questão.

Como existem pinças de vários tamanhos podemos evitar, na maior parte dos casos, uma dilatação grande do colo, o que não é indiferente quando se trata de abortamentos febris.

O descolamento e bem assim a extracção tornam-se pouco dolorosos. Outro tanto podemos dizer das dilatações pequenas do colo, que bastam para a maior parte dos casos. Pude, assim, operar, sem anestesia, 80% das minhas doentes e note-se que eu não pertença ao número dos que gostam de trabalhar a campasso dos queixumes das doentes.

Quando preciso anestesiar emprego quasi sempre o cloreto de etilo. É freqüente terminar o esvaziamento no período de inconsciência que precede o período de excitação.

A raqui-anestesia só é admissível nos casos de colo fechado e rígido, que opõe grande resistência à dilatação. O esvaziamento do útero é como regra uma operação simples que não merece as honras duma raqui-anestesia... nem os inconvenientes, que são alguns, como se sabe.

Após o esvaziamento irrigo o útero com o clássico soluto de Tarnier, coloco gelo sobre o ventre, injecto sulfarsenol, septicemina

ou leite, se a febre continua, e dou ergotino, pituitrina ou umas gotas de extracto fluido de hidrastis canadensis, a fim de manter o útero contraído, o que tem certo valor na marcha da infecção.

Conclusões

1.^a) Quando existe retenção de anexos ovulares o abortamento febril, no seu aspecto bacteriológico, corresponde sempre, ou quasi sempre, a formas de infecção mixta, isto é, a formas em que se encontram gérmenes variados: anaeróbios e aeróbios;

2.^a) Sob o ponto de vista clínico, porém, o abortamento febril, com retenção, apresenta, como regra, dois tipos clínicos diferentes — pútrido e séptico —, conforme predominam os fenómenos de putrefacção ou os fenómenos propriamente sépticos;

3.^a) O tipo pútrido revela-se pelo cheiro característico das perdas uterinas, por reacção febril ligeira, embora entrecortada por raras e transitórias exacerbações febris, bastante espaçadas entre si. O útero e anexos não accusam reacção dolorosa apreciável e o estado geral é sempre bom;

4.^a) O tipo séptico compreende os restantes casos, isto é, aqueles em que existe reacção febril pronunciada, de tipo contínuo ou intermitente, com ou sem calafrios à mistura. O útero acusa quasi sempre fenómenos reaccionais, de ordem inflamatória, dignos de registo. Quanto aos anexos e perimétrio o caso varia; nas formas recentes não estão tocados, como regra, enquanto que nas arrastadas já assim não acontece, ordinariamente.

Embora com predomínio dos fenómenos pútridos, todo o abortamento febril em que se notam calafrios, com grandes exacerbações térmicas, deve considerar-se integrado, ou prestes a integrar-se, no tipo séptico;

5.^o) As formas de infecção tidas como mixtas deverão para efeitos de terapêutica ser consideradas como pertencendo ao tipo séptico ou piogénico;

6.^o) Nos abortamentos febris de tipo pútrido a melhor forma de tratamento consiste no esvaziamento uterino immediato. É raríssimo que se não verifique o desaparecimento completo da febre nas primeiras 24 horas que seguem;

7.^a) Nos abortamentos febris de tipo séptico haverá que distinguir:

a) Quando a infecção está limitada ao endométrio e aos resíduos

ovulares, o esvaziamento do útero está indicado nas formas não graves, cujos fenómenos sépticos não datam além de 4-5 dias. A cura é, então, de regra e quasi sempre a breve trecho;

b) Se se trata de formas graves, ou se a infecção se arrasta por um período superior a 5 dias, deve adoptar-se o método de Winter, quer dizer, não deve proceder-se ao esvaziamento enquanto não desapareçam os fenómenos infecciosos. O perigo de disseminação da infecção é maior, nestes casos, do que o benefício que pode advir do esvaziamento;

c) Quando a infecção deixa de estar limitada ao útero e muito em especial ao endométrio, está absolutamente contra-indicado o esvaziamento;

8.^a) O esvaziamento do útero, nos abortamentos febris, não deve fazer-se por meio de curetagem, ou de descolamento digital. Qualquer destes processos favorece o agravamento da infecção.

9.^a) O útero deve esvaziar-se com pinças de retalhos — tipo Winter, Bonnaire, ou outros. Com proceder assim, não só se torna mais fácil a intervenção, como se poupa ao máximo o poder de defesa do útero. Pessoalmente, não registei um insucesso em mais de 400 casos em que empreguei esta técnica.

BIBLIOGRAFIA

- A. DÖDERLEIN — *Tratado de Obstetricia*, Edição Labor, 1924.
- A. FRUHINSOLZ — A propos du traitement de l'infection puerpérale «post-partum», *Le progrès Médical*, 20 de Abril de 1927, n.º 18.
- ALBERT TOUBOL — Valeur et indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, *Tese de Bordeaux*, 1922.
- AUGUSTO BRANDÃO — Da permeabilidade do colo nos casos de aborto, *Revista de Ginecologia e de obstetricia*, Abril 1933, n.º 4, pg. 151.
- A. H. CURTIS — Streptococcus infection as a cause of spontaneous abortum, *The Journal of the American Medical Association*, 1916, t. LXVII, pg. 1739.
- BAILLAT — A propos d'une série d'avortements suivis de complications septiques, *Bull. de la Soc. d'Obst et de Gynec.*, 1927, t. XVI, pg. 600.
- CADENAT, BRINDEAU, WALLICH, METZGER, FAURE, POTVIN — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë; Discussion du rapport de M. M. Potvin e Cotte, *Gyn et Obst.*, 1921, t. IV, n.º 3, pg. 394.
- DUCAROS — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale «post partum» avec drainage, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925, t. XIV, pg. 290.
- E. DOUAY — Traitement de l'infection utérine «post-abortum», *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, n.º 6, pg. 428.
- EDMOND LÉVY-SOLAL — Septicémie puerpérale et choc colloïdoclasiq, *Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV, n.º 3, pg. 48.
- E. KING — Non interference in the treatment of puerperal and post-abortual infection, *The Journ. of the Amer. Med Assoc.*, 17 de Julho de 1920, pg. 147.
- ERNEST BUMM — *Précis d'Obstétrique* (Edição francesa).
- E. MACIAS TORRES — Estado actual de la terapeutica general y local de las infecciones del puerpério, *Revista Española de Obst. y Gyn.*, 1928, n.º 145, pg. 1.
- F. BENOIT — Curettage primitif e prophylaxie de l'infection puerpérale, *Gyn. et Obst.*, 1923, t. VIII, pg. 451.
- G. SCHICKELÉ — A propos de la rétention prolongée des débris et polytypes placentaires, *Paris Médical*, 7 de Abril de 1920.
- G. ANDONIN — Hématologie et pronostic des infections puerpérales, leur traitement par la médication leucogène, *Gazette des Hôpitaux*, 1920, n.º 76.
- G. COTTE (de Lyon) — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, *Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV, n.º 3 pg. 227.
- H. A. MILLER — Prophylaxie of puerperal sepsis, *The Journal of the Amer. Med. Associat.*, 27 de Setembro de 1930.
- HENRI VIGNES — La thérapeutique intra-uterine de l'infection utérine «post-partum», *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, n.º 3, pg. 161.
- H. MARTIUS — Abortbehandlung, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1929, t. LV, n.º 11.

J. VANVERTS — Des indications de l'hystérectomie tirées des résultats du curettage dans l'infection «post-abortum», *Gyn. et Obst.*, 1922, t. V, p. 273.

— — Abstention ou intervention dans les avortements compliqués? *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, Set. 1920, p. 361.

J. HALBAN — Zur Behandlung der Fehlgeburten, *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1921, n.º 12.

J. SUHS — Ueber den Wert der Sekaleprophylaxe undtherapie im Wochenbett, *Zentralblatt für Gynäk.*, 1932, t. LVI, n.º 10.

LATZKO — Traitement de l'avortement fébrile, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1928, t. XVII, pg. 120.

— — Die Behandlung der fieberhaften Abortus, *Zentral. für Gynäk.*, 1921, n.º 12.

MARCEL METZGER — A propos du traitement de l'avortement, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1932, t. XXI, pg. 48.

NYULASY — Puerperal infection; a plea for early operation in pelvic septic phlebitis, *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Março 1920, pg. 265.

PAUL BAR — *La pratique de l'art des accouchements*, 1914.

PAUL DELMAS — Le traitement local dans l'infection puerpérale, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924, t. XIII.

POTVIN (de Bruxelles) — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, *Gyn. et Obst.*, 1921, t. IV, n.º 3, pg. 207.

PIERRE DUPIN — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, *Tese de Bordeus*, 1922.

PALACIOS COSTA — Tratamiento de las infeccionnes piogenas en Obstetricia, *La Semana Médica*, 1932, t. XXXIX, n.º 18.

P. MORHARD — Diagnostic et pronostic de l'infection puerpérale, *Gyn. et Obst.*, 1932, t. XXVI, pg. 53.

ROULLAND — A propos du traitement des infections puerpérales, *Le Bulletin Médical*, 1925, n.º 39.

ROBERT SCHRÖDER — Die Prognose der Puerperalen Pyämie, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1930, t. LIV, n.º 34.

R. SALOMON — Die endogene (spontan) Infektion in der Gynäkologie, *Archv. für Gynäk.*, 1921, t. IV, n.º 3.

RIBEMONT-DESSAIGNES — *Traité d'Obstétrique*, 1924,

TURENNE AUGUSTO E IRULEGNY JUAN B — Tratamiento del aborto febril, *Arch. Uruguayos de Medicina, Cirurgia y especialidades*, t. XI, in *Gyn. et Obst.*, 1934, t. XXX, pg. 554.

VORON, DURAND ET SÉDALLIAN — Note sur l'étiologie de l'infection puerpérale, *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1923, t. XII, pg. 307.

VORON, BOUVIEUX ET CHARLEUX — Infection puerpérale et hystérectomie, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924, t. XIII, pg. 657.

VAN COUWENBERGHE — Traitement moderne de l'infection puerpérale, *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1930, t. XIX, pg. 598.

W. STOECKEL — Die puerperal Pyämie und ihre Behandlung, *Zentralblatt, für Gynäk.*, 1930, t. LIV, n.º 27.

W. SCHELLENBERG — Zur therapie der puerperalen Pyämie durch Venenligatur, *Zentral. für Gynäk.*, 1932, t. LVI, n.º 9.

UM HIGIENISTA E CLIMATOLOGISTA DESCONHECIDO DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XVII— O DOUTOR MIGUEL ALVES

(Comunicação apresentada nas jornadas médicas luso-galegas de 1935)

(CONTINUAÇÃO)

Que ao príncipe não convêm exercicios fortes.

E porque nesta parte do regimento do príncipe daqui por diante vay muito para conservação de sua saude, mais em que nenhũa outra couza, direi meu parecer, conforme a meu fraco juizo, fallando sempre como medico. O príncipe é muito colerico e de compleição muito quente pelo que lhe convem muito temperados exercicios, e mais athe 14 anos e dali por diante e por que os grandes e trabalhosos lhe são muito contrários e danozos, e de grandes inconvenientes e para seu mal e estado não parecem necessarios (nem lhe serve habituação delles) pois hade reger e governar e sustentar seus servos em justiça, para o que he mais necessaria a sciencia das artes liberaes e exercicio e habituação das virtudes dó que forças corporais ou ligeirzas de membros porque estas poucas vezes ou numqua são necessarias aos Reiz e danão muito a saude e a encurtão naturalmente e a vida e fôra melhor não se saberem nunca para usar dellas com perigo.

Sempre he necessario ao Rei e dana mtº a saude e encurtão naturalmente a vida se sustentão os reinos próprios e ganhão os dos inimigos sabendo e muitas vezes pelejando pouco e os sabios exercitados com virtudes com pelepas poucas vezes ganhão os alheos e outros perdem os seus ao menos mtº os destroção nos corpos e fazendas de seus vassalos e ainda nas almas e quanto cumpre aos Reis conquistarem terras alheas fazem muito bem

por seus capitães e ainda indo elles nos exercitos não devem ser os que pelejão, senão os que ordenão e mandão.

Galeno escrevendo quão necessário he o bom exercicio pela ligeireza que com elle ganhão os membros, para os cavaleiros e pessoas de guerra, diz q̃ os q̃ carecem delle não são bons para capitães nem embaixadores, não diz ser necessarios para os Reis e ainda a esses não lhes louva habituação dos grandes e immensos exercicios nem serem muito corredores pois que alem desses movimentos extenuarem os corpos e enfraquecerem os membros diz elle que os lacedemónios não eram vencedores percorrendo apos os inimigos senão esperarem e sofrerem, que os excessivos movimentos não são necessarios para couza alguma e são danosos á natureza de qualquer homem.

Donde claramente infiro não ser necessario para o estado Real habituação de movimentos fortes e heio por mtº grande inconveniente para a saude pelo que me parece escuzado (nem se deve fazer) habituar o principe a semelhantes exercicios. Galleno louva muito o exercicio da pella, pondolhe muitos proveitos; porque com elle se exercitão todas as partes do corpo e ainda deste sendo tão proveitoso como Galleno dis, pondera hũ D. Medico q̃ o não há por bom para o principe nem lho aconselha, porque derroga e diminue sua autoridade e estraga a publica honestidade das pessoas reais, finalmente meu voto he que sua Alteza faça exercicios a seus tempos de cavallo e de pee por suas casas, sempre resgardando os perigos que deve ter hũa pessoa Real, cuja vida he tam necessaria, porque desta maneira evitara os mov.^{tos} fortes, que lhe não convem a sua compleição, e ficara fazendo o exercicio temperado q̃ he necessario para a conservação da sua saude.

Dos banhos.

Como em exercicio entrão banhos e por que estes não convem nem nos corpos temperados, nem nos cheios de sangue (q̃ usam de bom regimento e de exercicios temperados) nem se costumão neste reinos não he necessario tratar delles; aqui somente de lavar a cabeça e pernas que neste capitulo pode entrar.

Do lavar das pernas.

O lavar das pernas he muito para a conservação da saude, abrindo os poros, devertendo as superfluidades dos membros principais, devese de fazer com agoa cozida com ervas e couzas cheirosas; a hora he melhor pela manhã em jejum, ou a noite antes de cea o hei por melhor, quando se quer ir deitar, principalmente nos dias que não ceam, por que então se deve de fazer isto porque desta maneira fas mais proveito para regimento da saude e não tem inconveniente algum.

Do lavar a cabeça.

Ho lavar da cabeça tambem he muito bom e necessaria couza para a saude, nãe deve de passar vinte dias sem se fazer; parece bem de 15 em 15 dias, não fazendo disso regra certa, senão hora de 10 em 10 dias, hora de 15 em 15; hora aos 20 por não fazer costume (como se não deve fazer nenhuma couza) porque vi ja pessoas que costumavão lavar a cabeça de mt^{os} em mt^{os} dias e como tardava dous dias do costumado, doialhes logo a cabeça; e outros que tambem por costume tomam huã sangria no dia de S. João e não a tomando se achavão com disposição adversa; porque em nenhũa coisa se hade habituar a natureza com certeza de tempo; a hora he melhor a noite antes de cear q̃ pella manhan em jejum principalmente nos dias de jejum q̃ não cea e parece melhor a noite q̃ pela manhã pella mais quietação e melhor guarda do ar que lhe fica sobre isso e principalmente não ceando como digo.

Do comer e beber.

Loguo se segue a regra que se deve ter no comer e beber para conservar a saude e porque trazer as materias que aqui trazem os DD. seria grande prozidade e causaria fastio q̃ he muito ma couza para este capitulo, somente tocarei levemente algũs pontos.

Com o comer e beber temperadamente e a seu tempo se conserva muito a saude e com qualquer destes serem excessivos se causão grandes enfermidades, então se segue inconvenientes á

saude por cada hũ destes ser menos do que convem, segundo a necessidade de cada compleição, e isto inda que aconteça já poucas vezes, mais geral regra que neste caso se pode ter he tirada da experiencia d: cada hũ porque hũa quantidade de manjar, que a hũa pessoa sera competente, a outra sera pouqua ou muita, e hũ manjar, que em hũ estomago se digere bem, em outro se corrompera; por onde ha pessoas e compleições que se os estomagos querem manjares grossos e nestes se corrompem, e queimão os subtis e corrompem os grossos, outros querem manjares escesivos; outros hão mister manjares subricos e esta regra se reduzem quasi todos os deste cap. em que ha tantas diversidades.

E porque o que se sabe pelos sinais da compleição de V. A. e do seu estomago e pella sua experiencia que neste caso tenho he de ter quentura natural forte e em quantidade bem competente, pelo que parece que V. A. deve usar mantimentos grossos q̃ tambem não saião de muito grossa substância, nem excessiva, porque esses tais debilitão a quentura natural pella resistencia que lhe fazem não deve de usar manjares muito delgados e subtis principalmente no Inverno, porque no verão melhor se sofre antes são bons as vezes porque pella quentura do Ar se attrae o natural fora por onde fica menos no estomago e partes intrinsecas e não pode então digerir os mantimentos grossos e tambem porque os delgados contradizem e se opõem à qualidade estival do tempo como frangoos como agraço e couzas desta qualidade que todos são subtis e delgados.

Que qualidade de manjares deve usar V. A.

Não convem a V. A. manjares humidos, antes devem de inclinar a sequos e não a muito nem continuamente porque ainda que sua compleição seja humida a muita continuação de manjares sequos enfraquecem e corrompem a quentura natural, e isto accidentalmente porque não passem bem os membros e por otros inconvenientes que sua secura cauza por onde he necessário comer as vezes couzas de humidade temperada, agora seja por sua substância, agora pelo arteficio, como caldos de galinha as vezes que são bons a seu estomago e tem parte confortativa não cumpre a V. A. pescados nem frutos, porque alem de ser humido, tudo se corrompe no estomago e isto quando fosse continuamente

porque algumas vezes não he mau porque em todo o regimento conservativo he bem hũa piquena mudança e assim he bom no verão algũas vezes comer algũa fruta da lovada, finalmente o regimento do comer ha se de usar manjares de que se tirão poucas superfluidades, e que não sejam humidos, não deve V. A. usar cousas azedas nem muito salgadas, as outras particularidades e regras deste capitulo não se podem dizer sem muita extensão e por fazerem muita diversidade, hão mister particular pratica, porisso ficarão para as disputarem a meza de V. A.

A Hora em que se hade comer.

A hora em q̃ se hade comer não se pode asentar para se fazer disso regra certa; hade ser quando o estomago o pedir, porque então se presume ser livre do manjar passado e as digestoens necessarias acabadas e assim como regularmente se não hade comer sem vontade assim se não hade tardar quando houver appetite (não sendo falso) porque se enche o estomago de maos humores donde se segue que as vezes quando tardar a digestão e sentir o estomago grado ou pesado, he bom tardar com o comer e as vezes deixandoo porque a melhor couza do mundo para a saude e com que se escuza hũa infirmitade he deixar hũa cea e tardar com o jantar que fica por hora em hũ dia de pouco comer, ou dieta porque isto gasta as humidades sobejas e conforta a quentura natural do estomago e esforça a virtude appetitiva entanto que hũ dia de dieta supre por exercicio, pello que he bom as vezes comer pouquo asi en quantidade como em no geral, contudo dizem que no verão hade ser a hora mais temperada do dia; parece bom no verão athe as 10 horas; no inverno athe as 11 e isto geralmente; as ceas hãode corresponder ao jantar, dando-lhe o tempo necessario para as digestões.

Que no verão não devem cear muito cedo.

Não deixarei de dizer hũa couza que pareça contra o uzo dos mais hommes (porque me parece bem fazer-se) dizem geralmente que no verão devem cear cedo, assi o fazem os que podem, já nas villas dasse por heresia cear de noite no verão; hora não sei como se pode provar nem conservar costume tanto contra a razão.

Claro está que no verão se fazem as digestões mais lentamente por quentura natural ser mais fraqua nas partes intrinsecas, pello que se requerem mais tempo. Hora elles comern ao jantar, as 10 horas, e ceão as 4 depois do meio dia, ou as 5, de maneira que dão ao jantar 6 ou 7 horas para se digerir e dão para a digestão da cea 17 horas ou 18 que he muito na repartição porque ainda que estão no verão se digerem peor os manjares de dia que de noite por a quentura do tempo trazer para as partes de fora a natural quentura; dezia que os que jantão no verão as 10 que ceão as 8 ou 9 que a esta hora ainda he dia por anoutecer mais tarde e no inverno as 9 ha já 3 horas que he de noite de maneira que ainda que a noite se antecipa, as horas não se podem antecipar nem furtar, erradamente me parece que cuida hu escudeiro ã ha mais tempo das 10 horas athe as 4 depois do meio dia do verão que no inverno; e porisso comem a esta hora não lhe sei outra razão a este falso costume e tanto aos principios da phisica, pelo que louvo mais o de V. A. e assim me parece.

Se se deve beber vinho ou agoa em regimento de saude.

Quanto ao regimento de beber parece escuzado disputar qual convem mais em regimento de saude, se vinho ou agoa, pois para V. A. estam fora desta duvida; mt^{os} authores ha que parecem contrarios nesta parte; Galleno diz encarecidamente ã os meninos não bebam vinho, nem o provem, ã todo o excesso se deve de fugir mt^o, quanto mais deste que não tão somente vem mal ao corpo, mas ainda a alma segue grande danno, pello que nem convem aos outros já grandes, porque este faz ira e outras paixões que são vicios e mais torva e embota a parte racional da alma, (são palavras de Galleno) pelo que me parece ã não convem ao regimento de saude de mt^{os}. Authoridades ha por esta parte que seria prolisidade trazelos aqui, como mezinha pode convir, e he muito bom em fraquezas, e em hũa disposição fria do estomago, e para as melancolias e velhos porque alegra muito e assi dis Rhasis que não acha couza no mundo que tenha este proveito de alegrar, onde he necessario, como no vinho; mas todo o sobredito he curar com elle como com xaropes lectuarios e outros remedios mas não he conservar saude, e assim se devem de entender e nisto são todas as autoridades que parecem favorecer o vinho e assim

o resolve Galleno dizendo que a boa agoa convem a toda a idade: aos meninos mancebos e velhos, o que não acontece com as outras couzas, convem a saber ao vinho e manjares, porque hũs convem em hũas idades e outros em outra e a agoa convem a toda a idade e não tem os inconvenientes do vinho, donde me afirmo que a agoa he a que convem em regimento de saude.

Se he melhor a agoa dos rios ou das fontes em regimento de saude.

As condições da boa agoa segundo Galleno e Avicena são estas: agoa boa hade ser de fonte de terra livre que corra descoberta ao sol e ventos, que corra por terra livre que seja mtº com curso forte q̃ corra para o oriente, tomada longe do nascimento, que caia de lugar alto, que pese pouco, que facilmente se esfrie, que não tenha sabor nem cheiro; que passe cedo dos hipocondrios, que coza os manjares.

Estas são as condições todas de boa agoa, algũas essenciais e importantes e outras de bene esse, que não mudão muito na agoa e porque declarar cada hũa destas condiçoins seria longo, por nisso haver algũas duvidas, que requerem exposiçoins e muita leitura, porisso as deixo concluindo como Galleno, que he o mais certo sinal de todas, e tomado da experiencia e as principais condiçoins de todas a que reduzem as outras todas segundo Galleno são que sejam de fonte que nace para o sul a qual corre por cabal limpo e terra livre e boa e cedo se aquente, e cedo se esfrie; estos provão suficientemente a bondade da agoa e sua delgadeza.

Afirmo que agoa do tejo he a melhor que pode ser parece; a melhor do reino por ter todas as condiçoins boas sem lhe faltar hũa e sua bondade está bem provada por experiencias e desta seria de voto q̃ V. A. bebesse sempre agoa da prata; he excelente como se pode ver pelas condiçoins e tal que V. A. deve de aver por bem empregada a diligencia e gosto que se fez em trazella a esta cidade de Evora pelos grandes proveitos que disso se seguirão a esta republica. Claramente se mostrou a experiencia porque se affirmão todos os moradores desta cidade phisicos e boticairos que depois que a agoa a ella veio he dos das suas terras que pode ser donde parece que alem da temperança que necessariamente

Medicação anti-pneumocócica **AZEVEDOS**



AZEVEDOS Medicação anti-palúdica

O **«PULMOSAL»**, composto por uma solução oleosa de quinina, cânfora, mentol e essências antisepticas, satisfaz por completo a todas as exigências da terapêutica das vias respiratórias e pode ser empregado sem receio, porque as suas injeções são indolores e não tem efeitos secundários.

A associação da quinina com outras substâncias antisepticas elimináveis através do pulmão, permite utilizá-la com ótimos resultados no tratamento das afecções das vias respiratórias, como **bronco-pneumonias**, **pneumonias gripais**, **bronquites**, **broncorreia**, **abscessos do pulmão**, etc.

POSOLOGIA

As doses habituais são 2 a 4 c. c. por dia, em injeção intramuscular, prolongando-se o tratamento por 15 dias. Nas afecções crônicas a sua duração vai de 4 a 6 semanas, devendo, neste caso, fazer-se no meio do tratamento um descanso de 8 dias.

Na pneumonia lobar produzida pelo pneumococos deve empregar-se de começo, nos três primeiros dias o **«PULMOSAL-A»**, contendo 0,25 gramas de quinina por c. c., e continuar depois com o **«PULMOSAL»**.

LABORATÓRIOS DAS FARMÁCIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

24, Rua do Mundo, 42

Azevedo, Filhos

31, Praça de D. Pedro IV, 32

Sociedade Industrial Farmaceutica

TRAVESSA DA ESPERA, 3 - LISBOA

Natrion "AZEVEDOS,"

2 % NEURALGIAS — CIÁTICA — DISPNEA — REUMATISMO

10 % SÍFILIS NERVOSA
ACTINIOMICOSE
OTRIOMICOSE
ANGINA PECTORIS
TABES, ETC. ETC.

Iodeto de sódio puro e estabilizado a 2 % em empolas de 5 c. c. e 10 c. c. Injecções intramusculares.

Natrion Reforçado

Iodeto de sódio puro e estabilizado a 10 % em empolas de 5 c. c. e 10 c. c. Injecções endovenosas ou intramusculares lentas.

Sulfonatrion "AZEVEDOS,"

Soluto aquoso estabilizado de iodeto de sódio e enxofre

Anti-álgico de acção enérgica. Injectável intramuscular ou, de preferência, endovenosamente. Cx. de 6 e 12 empolas de 5 c. c.

Reune as propriedades sedativas e analgésicas do iodeto de sódio às propriedades anti-reumáticas do enxofre. É absolutamente atóxico e não ocasiona reacções locais nem secundárias.

Artrritismo, Ciática, Gôta, Nevralgias, Cefaléas, Polinevrites, Hemicrânias, Simpatalgias e Asma

Preparado nos Laboratórios das Farmacias **AZEVEDOS**

Azevedo, Irmão & Veiga

24, Rua do Mundo, 42

Azevedo, Filhos

31, Praça de D. Pedro IV, 32

LISBOA

faz no Ar, tambem ajuda a saude beberem della couza mt.º amiga he procurassem trazer boas agoas as cidades nobres e fazerem-se sobre isso grandes despezas avendo isto por grande nobreza e proveitoza e necessaria governança, assi para o uzo como para a saude e fortaleza das cidades e assi o pondera julio finsino *de aqua Ductibus*.

Que se não deve beber muita agoa nem a qualquer hora que ouverem sede.

Nem por boa que seja a agoa se hade beber muita, em quantidade nem tantas vezes que não possa o estomago com ella, porque faz nadar o manjar nelle e corrompe, de que se pode seguir grandes inconvenientes para a saude, he melhor beber antes de menos que de mais nos são principalmente nos humidos ainda que sejam quentes, não digo que sofram sede, mas que bebam muito temperadamente, nem com qualquer sede se hade beber, nem a qualquer hora, que se tiver sede, que deve satisfazer com beber, hade vir do estomago e hadese sentir por dentro aquella carencia de agoa, que a que ha somente na boca, e papo, chamão falsa e he inconveniente beber com ella e a cura desta tal se sofre a sede enxugando a boca, nem se hade beber depois da cea, onde pois, que dormirão de noute, nem em jejum, que se poem por veneno, nem depois de grandes exercicios que são os que bebem acabando de jugar a pella anhelando, suando, athe que descansem e repouzem daquele trabalho.

Que para conservação da saude deve ser agoa fria mas não no inverno.

Pera conservação da saude não hade ser a agoa muito fria em extremo, fria temperadamente he excelente nem se deve beber senão fria, com boa temperança, por que esta conforta o estomago e quentura natural e vigorisa o apetite e devesse desfriar de realidade; que seja deletoza o que não seja em extremo, porque a que não he fria desta maneira faz mal, e incha o ventre, não apaga a sede, destroe o apetite e dissolve o corpo, e finalmente não he boa, assim o poem Rhasis, Avicena e Galleno, antes diz que se hade beber fria e que aos meninos a farão beber fria

porque a tal não he ma, donde me parece erro na saude do principe não o acostumarem a ella, nem se faz fria para beberem mais della, antes porque menos quantidade basta, porisso lembrese V. A. que quando folga de a beber fria, e bebe mais quantidade ou mais vezes, que não he bom para a saude, antes tem muitos inconvenientes.

Do cozer da agoa.

Todos louvãõ o cozer das agoas, porque retifica as mas e faz das boas melhores; Plinio escreve que as mas se retificão com serem cozidas e gastam a metade, mas isto se deve entender da ma quando quizerem retificar e fazer boa; da boa basta que gaste a 3.^a parte e ficaram melhor Avicena louva para rectificação da agoa grossa cozela com Almecegua da qual diz hũ D. que quem a beber esta seguro da enfermidade de estomago, e figado, he bom o uzo della, principalmente no inverno, muito a louvo para V. A. e isto abasta para este capitulo em que tam longe vão os DD.

De dormir e vellar.

O sono temperado he muito necessario na conservação da saude fortificando a virtude natural para melhor fazer suas operaçõins e fazendo descansar a virtude animal sensitiva interior e exterior, emotiva, multiplicando espiritos animais, fas crescer a virtude animal, faz digerir os manjares em todas as digestoins; assi opoem Galleno Avicena Rhasis e todos o sono destemperado pouquo ou muito ou a hora que não deve ou de mão sitio tomado he mau para a saude e disso nascem grandes enfermidades e inconvenientes a regra de Hip e costume no seu tempo, era dormir de noite e vellar de dia, e este pos por sono natural e bom e o contrario mau, tirando o de pella manham que não pos por tão mau; Galleno se queixa ja no com. deste texto q̃ o costume do seu tempo já era cutro, porque diz que no tempo de Hip. o costume era conforme a natureza e que os ricos fizeram costume contrario do natural; não tão somente no d. rmir, mas ainda em outras muitas couzas, porque dormem de dia e velão de noite, não tão somente nas molheres mas ainda nos homens e se isto era do tempo de Galleno, ja agora deve de ser mais; pelo que he necessario a regra diferente da de Hip.

Se se deve dormir de dia.

Todos ensinão que o sono he bom de noite e mau de dia, mas daqui se tirão alguns tempos, ja nos dias caniculares he bom dormir de dia para restauração dos espiritos que então se resolvem muito nos corpos colericos, he bom dormir de dia e nos que não trabalham e nos que ja o costumavam fazer, louvo a V. A. dormir um pouquo de dia, menos no Inverno que no verão, mas nem em hũ tempo nem em outro deve passar de hũa hora, e no inverno seja sempre daqui para baixo e seia com os pees descalços principalmente no verão para que exalem os fumos para fora e não tomem para dentro e para sima mas hãode estar cobertos.

Quantas horas se hãode dormir e outras algũas circunstancias.

O sono natural para a conservação da saude dizem que hade ser comumente 6, 7 horas mas não de(ve) ser menos de 6 nem em V. A. mais de 7 horas: as pessoas colericas hãode dormir mais do que a natureza lhes pede, e as humidas menos, não se deve dormir com o estomago muito vazio, nem muito cheio, athe que deça o manjar ao fundo do estomago e porisso não he bom deitar logo sobre o comer antes louvam dar uns passos pella casa levemente, porque tambem não he bom moverse muito sobre comer; em dirieta da cama não he bom estar fresta nem janella por onde possa entrar ar de noite; nem he bom dormir em casa que não seja bem visitada do sol, pelo que não louvo cazas de meios, porque o sol he o que alimpa e purifica o Ar.

Sobre que parte se hade dormir.

A forma de jazer he logo em se deitando sobre a parte direita para que desçam os manjares ao fundo do estomago e depois viram se sobre a esquerda, para que caia o figado sobre o fundo do estomago para com a sua quentura ajudar a digestão e depois junto à manhã tornar a virar sôbre a direita para passar o manjar ao figado e membros, todos os demais voltas se devem excuzar o mais que poderem, por que muito virar de hũa para outra parte, impede, a digestão e corrompe os manjares.

Avicena louva logo quando se deitão sobre comer dormir sobre o o estomago; acha este sitio muito melhor para a digestão fortificando assim a quentura natural mas hei por sospeito esse dormir não hei por bem principalmente nas pessoas gordas; pello que me parece melhor a 1ª regra, e figura, dormir de espaldar he couza muito ma e em nenhuma maneira se deve fazer porque podem disso seguirse grandes accidentes e mas enfermidades como são apoplegia, phrenesis e couzas de cabeça; he bom ter a a cabeça tem peradamente cuberta, porque os cabelos no tempo do sono ficão frios por se retirar a quentura natural ás partes de dentro; he bom dormir com a cabeça alta.

Que se não desacostume do sono natural.

He muito necessaria couza conservar a horas naturais do sono e não desabituar do dormir necessario para restauração dos espiritos, que se gastarão na vigilia, porque desacostumando a natureza do sono quando de pois he necessário na velhice, não o podem tomar, que he couza de grande inconveniente; Galleno conta de si q̃ por sua vontade em mancebo sendo lhe necessario dormir não podia pelo desacostume e que para isso comia alfasses com especias; as alfases para lhe provocarem o sono e mesturava lhe especias para lhe não fazerem mal ao estomago, pelo que he muito necessario estar com a natureza habituada a dormir as horas necessarias por regimento de saude.

Da inanição e repleção.

Da iranição e repleção, a evacuação he por purgas muito sospeitosas no regimento da saude e não se devem usar, sem muito tento, porque são mas couzas de fazer enfermidades nos sãos que conservar sua saude; as medicinas solutivas todas são danosas ao corpo sãos; e debilitão ao estomago enfraquecem e diminuem a quentura natural e dazem antecipar a velhice e outros muitos dannos; assim esta dito que o corpo sãos que usa de bom regimento e exercicio temperado, escuza evacuaçoins por purgas, Galleno diz que o movimento q̃ o medico faz com as purgas não convem à arte conservativa da saude os mal dispostos ou mal aparelhados para cair em doença ou mal regidos ou que carecem

de exercicios tem necessidade das dictas evacuaçoins, mas isto he curar e não conservar. Lembro a V. A. e peçohe pelo amor de Deus que uze do regimento temperado no comer e beber e outras couzas e uze do exercicio temperado e guarde-se das couzas danosas para poder excuzar evacuaçoins principalmente por purgas e isto he a verdade da phisica que os DD. Medicos gentios mouros e cristãos escrevem em os tempos que os corpos eram mais robustos e fortes, quanto mais agora que são muito mais fraquos e fortes, quanto mais agora que são muito mais fraquos e os phisicos devião ser mais leais e verdadeiros. Procurar as evacuações costumadas à natureza he muito necessaria couza e não se deve de curar sem estas maneiras evacuaçoins de todas as gigestoins, então he muito louvada couza pellas manhãs lavar a boqua gargarizando com agoa fria procurando escarrar e asoar e todo o modo de muudificar a natureza antes que receba outro mantimento novo, e expurgar as superfluidades do ja digerido, porq̃ isto provoca o apetite e conserva muito a saude e porque quando cumprem as mais evacuaçoins e agora seia por mau regim.^{to}, agora por algũa indisposição de couza entrinseca não se fazem sem medicos porisso não he necessario gastar o tempo nas regras que os DD. poem neste cap. de como e qdo se devem de fazer e o modo, proveito e danno que fazem.

Dos accidentes da alma.

No regimento da saude he couza muito necessaria evitar ira e paixão, e a ira inflama o corpo, principalmente os membros principais e escurece a parte racional e resolve os espiritos pelo que se devem evitar com muita importância as ocaziõs della e deve ser mt^o alheia de todos os homens principalmente dos principes senão naquela pequena parte que baste por parte da razão para evitar as couzas illicitas para mandar castigar os malfeitores.

A tristeza e paixão se hade fugir muito porque se seguem della mt^{os} dannon à saude e he couza de grandes enfermidades Galleno dis que he couza tão necessaria à saude procurar alegria e exercicios alegres, que mt^{os} forão mt^o sabedores da compleição humana ajudando com os exercicios de prazer sem trabalhos; e que muitos sairão de enfermidades com alegria e muitos cairão nellas com tristeza pelo que he tão necessario alegrar a alma com alguns exercicios alegres e onestos como o corpo com exercicios

corporais; porque assim como estes resolvem as superfluidades do corpo assim o prazer e alegria tira a escuridade e ferrugem das potencias da alma; he necessaria couza que o entendimento para melhor receber e julgar, pelo que se deve fugir de toda a paixão, senão aquella que basta que pesar a tristeza, dos vicios e para reformar a formuzura da alma e he absolutamente necessaria a alegria em regimento de saude a toda a pessoa, muito mais a quem tem continuos cuidados pelo que lembro a V. A. que de quando em quando tome algũ modo de alegria e passatempo honesto pois (louvoures a Deus) os pode tomar no seu real estado, sem pecado, nem inconveniente porque lhe he muita necessaria essa parte para a sua saude.

Em o uzo de todas estas couzas asima declaradas competentemente e como toda a compleição requiere, este he o regimento todo da saude das quais dis Galleno q̃ se hũ medico reger hũa pessoa desde menino, applicando-lhe cada hũ como convem podera passar todas as idades são, se lhe não vier de novo de fora violentamente Deus, que he a verdadeira vida de que procede toda a saude; conserve a de V. A. para seu servisso por tantos annos como ele deseja; e este Reinos hão mister.

Finis

O *regimento de saúde* que aí fica transcrito presta-se, e bem o merecia, a interessantes comentários, mas deixamo-los aos cuidados dos nossos leitores.

A. DA ROCHA BRITO.

NOTAS CLÍNICAS

Doença de Nicolas e Favre

O facto de o número de casos da doença de Nicolas-Favre ser cada vez maior, torna o seu estudo um problema de actualidade e de grande interesse clínico.

Talvez não seja absolutamente rigorosa a afirmação de que o número de casos desta doença é cada vez maior, e antes se deve dizer que o número de casos diagnosticados é hoje maior do que há alguns anos, o que de resto não admira por possuímos actualmente ao nosso alcance meios de diagnóstico que nos permitem reconhecer as formas atípicas e as formas associadas, que outrora eram etiquetadas com outras designações.

Esta doença adquiriu autonomia a partir de 1912, época em que *Nicolas e Favre* publicaram sobre ela uma notável memória.

Outras designações têm sido propostas: Favre deu-lhe o nome de linfogranulomatose dos gânglios da virilha; Noël Fiessinger — o de *poradenite*; outros propõem a designação simples de «quarta doença venérea».

Já antes de Nicolas e Favre outros patologistas tinham chamado a atenção para esta variedade especial de adenite inguinal.

Em 1890, sob a designação de «Adenite subaguda simples com focos purulentos intra-ganglionares» Nélaton, fez uma notável descrição da doença a que hoje damos o nome de *poradenite inguinal*.

Léjars, Mariou e Gandy, tendo em atenção a marcha arrastada e o carácter anátomo-patológico das lesões, atribuíram-lhe uma etiologia tuberculosa.

Como nos países da zona tropical, esta variedade de adenite é muito freqüente, houve quem quizesse fazer depender a doença da influência do clima, e propuzesse a designação de bubão climático ou climatérico

Em 1912, o alemão Rostl, admitiu pela primeira vez que o bubão climático tinha uma origem venérea. Só dois anos mais tarde esta hipótese encontrou confirmação nos trabalhos de Muller, que descreveu o cancro de inoculação, e depois de excluir, com argumentos irrefutáveis, a hipótese de que o agente etiológico fôsse o treponema ou o bacilo de Ducrey, afirmou tratar-se de uma doença venérea ocasionada por um gérmen ainda não identificado.

Os trabalhos de Favre provaram, de um modo evidente, que as ade-

nites sub-agudas constatadas em países da Europa, a adenite de Nélaton e os bubões climáticos eram a mesma doença de origem venérea averiguada e de natureza específica.

A origem venérea da doença é provada por muitos factos.

A doença atinge o máximo de frequência no homem, durante o período de actividade sexual. Não se observa nas creanças e velhos. Na mulher é muito menos frequente do que no homem.

Este facto constitui, até certo ponto, um argumento contra a origem venérea da doença se não nos recordarmos, como acentuam Nicolas e Favre, que na mulher a adenite do cancro mole é muito menos frequente do que no homem, por o sistema linfático ser menos sensível ao bacilo de Ducrey, sendo legítimo concluir que outro tanto sucede com o agente etiológico da linfogranulomatose inguinal. «As mulheres são reservatórios de virus que podem transmitir mesmo sem apresentarem adenopatias características».

O facto da reacção de Frei ser positiva nas mulheres que foram as supostas contaminadoras e não apresentam adenopatias, confirma esta afirmação de Nicolas e Favre.

Há certas lesões sexuais da mulher, consideradas por muitos como inofensivas, que são a principal fonte da doença de Nicolas e Favre; é o que sucede com a úlcera crónica da vulva, como demonstrou o prof. Nicolau, de Bucarest, no último Congresso de Dermatologia.

A doença existe em toda a Europa, mas a sua frequência varia muito consoante os países.

Nos países tropicais esta doença é muito frequente, especialmente nos portos de mar. Deve ter sido importada para a Europa pelos navegadores vindos daqueles países.

Hellerström, tendo feito um inquérito mundial, conseguiu ter notícia de 1636 casos de linfogranulomatose inguinal. Segundo o inquérito de Helerstroim, a doença tem a seguinte distribuição: — na Suécia (1926 a 1932) foram observados 132 casos, dos quais 75 em Estocolmo; na Dinamarca (1928 a 1932) observaram-se 35 casos; na Finlândia (1924 a 1932) 100 casos, todos em Helsingfors; na Alemanha, Frei calcula que anualmente se observam 300 a 400 casos.

Nicolau, no relatório apresentado ao Congresso de Dermatologia de Budapest, dá notícia de 1190 casos observados em Bucarest, desde Janeiro de 1931 a Setembro de 1934; 965 dos doentes observados pertencem ao sexo masculino e 225 ao feminino.

Sob o ponto de vista profilático devem ser tomadas as mesmas medidas que se utilizam no combate das outras doenças venéreas. Tendo em atenção o papel importantíssimo que a úlcera crónica vulvo-vaginal desempenha no contaminação masculina e disseminação da doença, Nicolau propõe, como medida profilática de valor, os exames genitais cuidadosos de forma que a úlcera seja reconhecida de início e as portadoras isoladas nos serviços hospitalares especializados, até à cura das lesões.

Está hoje sobejamente demonstrado que a doença de Nicolas-Favre não é devida aos agentes piogénicos banais, «*treponema pallidum*», bacilo

de Ducrey ou bacilo de Koch. O agente da doença é um vírus filtrante. A demonstração foi feita em 1929 por dois suecos, Sven Hellerström e Erick Wassen (1).

Estes, autores tendo inoculado no cérebro de macacos «Rhésus» e «Cynomolgus» o produto da maceração dos gânglios linfogranulomatosos humanos, verificaram a produção de uma leptomeningite. Tendo inoculado a seguir, por via intraperpucial, um outro macaco, utilizando para isso o macerado do cérebro do que tinha sido inoculado previamente com a emulsão de gânglios linfogranulomatosos, notaram a aparição rápida de uma adenite inguinal perfeitamente idêntica à do homem.

Outro macaco foi inoculado por meio de escarificações do torax e abdômen: não se notaram lesões aparentes, mas na autópsia constatou-se hipertrofia ganglionar inguinal e axilar, com lesões histológicas semelhantes às dos bubões humanos do início da doença. Hellerström e Wassen, mostraram deste modo que o vírus da doença de Nicolas-Favre é neuro e linfatropo, mas que também se pode encontrar no sangue. Este vírus é inoculável ao rato e cobaio, fixando-se nos gânglios linfáticos.

«O vírus linfogranulomatoso é filtrante e tem uma afinidade especial para o nevraxe, gânglios linfáticos, fígado, baço, medula óssea, os órgãos mesodérmicos ricos em tecido retículo-endotelial, leucócitos, pulmões e órgãos genitais de certos animais: macacos catarrinos, ratos brancos, gatos jovens, cobaios e coelhos. Este vírus é invisível e as sementeiras feitas fora do organismo dos animais mencionados são estéreis» (2).

Sob o ponto de vista anátomo-patológico na doença de Nicolas-Favre há que acentuar o enorme desenvolvimento das lesões de peri-adenite, os gânglios inguinais encontram-se fundidos num bloco por uma «ganga conjuntiva». Ao corte nota-se a existência de pequenos abscessos intra-ganglionares. Quando o gânglio está vazio verifica-se que é crivado de orifícios, de aí o nome de poroadenite.

Examinando ao microscópio um corte de gânglio linfogranulomatoso notamos que as formações linfóides estão substituídas por um tecido especial, constituindo um verdadeiro granuloma onde se encontram focos epitelióides e células gigantes.

O diagnóstico da doença de Nicolas-Favre nem sempre é fácil, devendo ser essa a causa do seu reconhecimento tardio em numerosos casos.

Quando um doente portador duma adenite inguinal vai à consulta o médico tem obrigação de rapidamente passar em revista as diferentes causas capazes de a poderem originar, devendo recordar-se que há casos em que a hipertrofia dos gânglios inguinais faz parte do cortejo sintomatológico duma adenopatia secundária como sucede: nas adenopatias da

(1) VIII Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia, Copenhague, 5 de Agosto de 1930.

(2) Nicolas e Lebeuf, Étude expérimentale de la maladie de Nicolas et Favre, *Le Journal Médical Français*, n.º 12, 1935, pg. 423.

sífilis secundária, poliadenites tuberculosas, leucemias linfóides e mielóides, doença de Hodgkin, estados sub-leucémicos, etc.

Só interessam para o diagnóstico da doença de Nicolas-Favre os casos em que a adenopatia se circunscreve aos gânglios inguinais e ilíacos.

Há necessidade de estabelecer o diagnóstico diferencial entre a adenite linfogranulomatosa: a adenite satélite duma infecção local (região ano-genital, membros inferiores, blenorragia, cancro mole, herpes genital, etc.); do cancro duro (gânglios múltiplos, de pequeno volume, móveis duros e indolores); a adenite tuberculosa (exame do pús e inoculação ao cobaio) e adenopatias cancerosas (evolução clínica, biopsia).

Pode haver casos de associação mórbida, por vezes a doença de Nicolas-Favre pode associar-se ao hubão do cancro mole ou à sífilis.

Nos casos de associação do hubão do cancro mole e da doença de Nicolas-Favre a reacção de Ito-Reenstierna é positiva, instituído o tratamento pelo Dmelcos notam-se desde logo melhoras acentuadas, depois a adenite eterniza-se, a reacção de Frei é positiva e só se obtém a cura radical instituída a terapêutica apropriada ao tratamento da doença de Nicolas-Favre.

A reacção de Ito-Reenstierna pratica-se utilizando o Dmelcos em injeção intra-dérmica, aparecendo nos casos em que é positiva uma pápula, no local da injeção, 8 a 10 dias depois. Nos indivíduos que tenham tido cancros moles a reacção persiste positiva.

A reacção de Frei, consiste na injeção intra-dérmica de pús proveniente de gânglios linfogranulomatosos, ou de polpa do cérebro de macaco inoculado com pús proveniente de gânglios linfogranulomatosos.

Para preparar o antigénio de Frei o pús é recolhido assepticamente por punção dos gânglios amolecidos, mas ainda não fistulizados, sendo conveniente puncionar vários doentes e misturar o pús, por o poder antigénio diferir segundo os casos. O pús é recolhido em empolas de 1 c. c., que se esterilizam por tindalisação — três passagens a uma temperatura de 30° a 60°, separadas por intervalos de 24 horas em que as empolas são colocadas na geleira.

Conservadas na geleira as empolas preparadas dêste modo mantem o seu poder antigénico durante 4 a 6 meses.

Para se praticar a reacção de Frei dilui-se o antigénio ao $\frac{1}{5}$ ou ao $\frac{1}{10}$ em sôro fisiológico. Em todos os indivíduos injectados forma-se uma pápula de urticária que desaparece ao fim de pouco tempo.

Para que a reacção se possa considerar positiva é necessário que ao fim de 24 a 48 horas, se forme uma pápula que aumente ainda durante alguns dias e só desapareça 8 a 10 dias depois.

Em alguns casosa reacção pode ser pápulo-vesiculosa ou formar-se uma pústula no local da injeção. Geralmente a reacção de Frei aparece positiva no 10.º ou 15.º dia da doença, só num número restrito de casos é tardia, aparecendo dois ou três meses depois do início da doença.

Diagnóstico. — Na sua forma típica a doença de Nicolas-Favre apre-

senta-se como uma adenopatia inguinal unilateral, iniciando-se incidiosamente, sem sinais inflamatórios acentuados.

Em alguns casos os doentes referem que dias antes do aparecimento da adenite notaram a existência duma pequeníssima erosão, do tamanho da cabeça dum alfinete, indolor, ocupando o sulco balano-prepucial.

O bubão é poli-ganglionar, desenvolve-se principalmente à custa dos gânglios inguinais, os gânglios ilíacos também se encontram atingidos, só excepcionalmente os gânglios crurais são interessadas.

Os gânglios ilíacos podem aumentar bastante de volume, atingido o tamanho de uma noz, ou até o de uma tangerina.

Nos dez primeiros dias os gânglios inguinais são mobilisáveis sobre os planos profundos e a pele apresenta o aspecto e côr normal.

Os doentes não acusam dôr expontânea e as provocadas pela palpação ganglionar não são muito intensas. Passado êste tempo aparecem fenómenos de peri-adenite, os gânglios fundem-se constituindo um bloco único, aderem à pele e tecidos subjacentes, a pele infiltra-se e toma uma côr vermelha ou arroxeada.

Posteriormente, aparecem focos de supuração intra-ganglionares, a pele ulcera-se ao nível dêstes focos e pelo orifício sai um pús viscoso. Os gânglios ilíacos não supuram.

A adenopatia é acompanhada de febre de diversos tipos

No sangue há hiperleucocitose moderada com polinucleose neutrófila.

Na forma ganglionar atípica o bubão tem caracteres francamente inflamatórios e supura em massa; a reacção de Frei tem um enorme valor no diagnóstico dêstes casos, que outrora eram considerados como dependendo duma infecção pelo bacilo de Ducrey.

Entre as formas extraganglionares da doença, merecem citação: a *forma cutânea-inflamatória*; a *forma edematosa* (ocasionando elefantíase do perineo e órgãos genitais); a *forma rectal e peri-rectal — aperto rectal de Jersild*; e a *forma peri-uterina e peri-rectal de Ravaut e Sénèque*

Ao lado dos casos de aperto inflamatório do recto tendo como causa a sífilis, tuberculose, bleorrhagia e o cancro mole, é necessário colocar aqueles que têm como etiologia exclusiva a doença de Nicolas-Favre.

Para o diagnóstico destas formas a reacção de Fei tem um valor patognomónico.

À primeira vista não se compreende fácilmente que a doença de Nicolas-Favre seja a causa do aperto rectal, por o seu máximo de frequência se verificar no homem e o aperto rectal ser muito mais frequente na mulher. O facto é fácilmente explicável se atendermos que no homem o cancro de inoculação tem sede em território tributário dos gânglios inguinais, enquanto que na mulher, na maior parte das vezes, está localizado no terço superior da parede vaginal posterior, isto é, em território tributário dos gânglios do meso-recto.

Se o cancro tem a sede noutra parte da vagina, ou no colo do útero, a infecção atinge os linfáticos da cadeia iliaca externa.

Jersild atribui um grande papel à estase linfática. «Dá-se uma paragem da circulação linfática nos gânglios inguinais ou nos linfáticos afe-

rentes; a linfa da região ano-genital lança-se por intermédio dos linfáticos rectais nos gânglios do meso-recto, estabelece-se uma adenite ano-rectal (gânglios de Gerota) com obliteração posterior.

Entre as duas obliterações há uma estase linfática e de aí: — infiltração rectal e peri-anal se a obliteração anterior tem sede no perineo; infiltração recto-ano-genital se a obliteração anterior ocupa os gânglios inguinais ou os linfáticos da região.

A sede principal da lesão é ao nível do gânglio de Gerota, local de onde partem as fistulas que abrem na região peri-anal.

Bortelo e Biberstein, inicialmente partidários da estase linfática, admitem como causa do aperto uma infecção atingindo o próprio recto por via linfática.

A origem linfogranulomatosa do aperto do recto só seria comprovada de uma maneira evidente desde o momento que no tecido celular peri-rectal, ou no gânglio de Gerota, se identificasse o virus linfogranulomatoso. Ravaut, Levaditi, Lambling e Cachera, conseguiram provocar o aparecimento de uma meningo-encefalite característica da doença de Nicolas-Favre, inoculando no macaco, tecido rectal de um doente portador de ano-rectite aguda úlcera-vegetante.

Loederich, Levaditi, Masson e Beauchésne, também comprovaram a etiologia linfogranulomatosa da doença, inoculando ao cobaio um fragmento de mucosa rectal de uma doente portadora dum aperto, o que determinou o aparecimento de uma adenite inguinal, que por seu turno inoculada ao macaco determinou o aparecimento de uma encefalite linfogranulomatosa típica.

Antes de se constituir o aperto rectal há uma fase de rectite aguda. Esta rectite aguda pode revestir um aspecto clínico muito semelhante ao da disenteria amibiana (1).

O exame rectoscópico mostra a mucosa rectal edemaciada e coberta de pequenas ulcerações que diminuem, em extensão e número, à medida que nos aproximamos da ansa sigmóide.

Se a doença não é diagnosticada nesta fase, e convenientemente tratada, evoluciona para a cronicidade, isto é, para o aperto rectal.

A estenose rectal pode ser acompanhada de peritonite e celulite pélvica, ou de edema elephantiasico dos órgãos genitais externos, constituindo o *síndrome-ano-rectal de Jersild*.

Parece averiguado que a pederastia desempenha um papel importante na gênese destas formas da linfogranulomatose.

Prognóstico. — Benigno quanto à adenopatia inguinal e iliaca.

As formas genito-ano-rectais (Jersild), as rectites proliferantes e esteosantes, as perimetrites e salpingites, tornam o prognóstico reservado,

(1) Anast. Afavantino Sur une nouvelle forme clinique de la maladie de Nicolas-Favre, *La Presse Médicale*, n.º 95, 1935, pg. 1918.

por serem susceptíveis de se fazerem acompanhar de algumas complicações de certa gravidade.

Tratamento. — Têm sido numerosos os métodos de tratamento propostos.

A *punção evacuadora do gânglio* não cura, nem tão pouco evita a fistulização. Esta punção pode ser seguida de injeção modificadora intra ou peri-ganglionar. Berkel e Saurgik (1) utilizam as injeções intra-ganglionares de glicerina esterilizada, leite e pús-vacina.

Trataram 16 doentes pelo método das injeções intra-ganglionares: — 13 pelas injeções de leite (2 curas, 3 casos de melhoras acentuadas, 5 melhoras, 3 não modificados); 2 pela glicerina (1 melhorado, 1 no mesmo estado); 4 pelo antigénio de Frei (melhorados).

O leite é injectado nos gânglios na dose de 0,2 a 0,3 c.c., de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias, fazendo-se uma série de 12 a 15 injeções.

Wien e Peberstein (2), trataram 16 doentes utilizando as injeções intra-dérmicas de antigénio de Frei, na dose de 0,6 c.c., de 3 em 3 ou de 5 em 5 dias. Em todos os doentes, mesmo nos portadores de síndrome ano-rectal, verificaram melhoras acentuadas desde a primeira injeção.

O *salicilato de sódio* tem sido utilizado na dose de 6 a 8 gramas «per os», e na de 1 a 2 gramas em injeção endovenosa.

O *cloridrato de emetina* emprega-se na dose de 0gr,06 a 0gr,08 por dia, não se devendo ultrapassar a dose total de 1 grama.

O *soluto de Lugol*, de que Ravaut é partidário entusiasta, utiliza-se em injeção endovenosa, 5 a 10 c.c. misturado com 10 a 20 c.c. de soro fisiológico — ou em ingestão, 40 a 100 gotas por dia.

O *iodeto de potássio*, preconizado por Jersild, é pouco eficaz.

O *sulfato de cobre amoniacal*, tem sido aplicado em injeções endovenosas, 1 c.c. dum soluto a 4%, séries de 16 injeções, 10 dadas em dias seguidos e 6 alternadas.

Os *sais de antimónio* dão bons resultados, mas os que têm mostrado maior eficácia são: o *Stybial* (tartarato de antimónio e sódio) e o *antimónio tiomalato de lítio*.

O *Stybial* é administrado por via endovenosa, começando-se por 0gr,02, aumentando 0gr,01 por injeção até chegar à dose de 0gr,06 a 0gr,08; série de 10 a 12 injeções, dadas de 2 em 2, ou de 3 em 3 dias.

Nos bons casos os bubões desaparecem em 10 a 15 dias de tratamento.

O *antimónio tiomalato de lítio* usa-se em injeções intra musculares; soluto a 6%, de que se injecta 1, 2 ou 3 c.c., em dias alternados, dando-se 15 a 20 injeções por série. Segundo afirmam, Nicolas e Favre, este produto dá óptimos resultados, mesmo nos casos de rectite estenosante e proliferante.

(1) Berkel e Saurgik, Traitement de la lymphagranulomatose inguinale par les injections de lait, glycéérine et pus-vaccin dans les ganglions, *Ann. Mal. Vener.*, t. XXVIII, 1933.

(2) *Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n.º 1, Julho, 1933.

Outros medicamentos têm sido utilizados como por exemplo: os *sais de ouro, auto e hetero-vacinas*, sem que o seu emprego tenha sido coroado de sucesso.

A *exeresse cirúrgica total dos gânglios inguinais* pode ser seguida, ao fim de alguns meses, de elefantíase dos membros inferiores e órgãos genitais, estando por isso contra-indicada.

A *exeresse parcial* e a *curetagem*, não expõem ao mesmo perigo e encurtam a evolução da doença.

A *radioterapia* é de grande eficácia no tratamento das lesões ganglionares, quando aplicada inicialmente, antes dos gânglios estarem amolecidos.

O *ar quente*, o *calor radiante* e os *raios ultra-violetas* não têm dado bons resultados.

MÁRIO TRINCÃO.

LIVROS & REVISTAS

L'« Anidrose avec hypotrichose et anodontie » (polydys plasie ectodermique héréditaire) por A. Touraiue, *La Presse Méd.* n.º 8, de 25 de Janeiro de 1936.

É um síndrome caracterizado essencialmente por ausência das glândulas sudoríparas e sebáceas, hipotricose generalizada e supressão total, ou quási, dos dentes e pertence ao grupo dos «*congenital ectodermal defects*» dos autores anglo-saxões.

A'quela tríade fundamental, obrigatória, juntam-se habitualmente outras displasias que incidem especialmente sôbre os derivados do ectoderme embrionário, contando-se entre as mais freqüentes: rinite atrófica, com deformação do nariz em sela; proeminência das arcadas supra-ciliares e do queixo; espessamento dos lábios; más conformações das unhas; e, finalmente, perturbações intelectuais.

Em regra, só a partir da 2.ª infância chama a atenção, sendo raro um diagnóstico antes dos 4 anos de idade. Uma vez constituído, o síndrome torna-se estável e definitivo. Os indivíduos atingidos são quási sempre do sexo masculino.

O sinal que primeiro chama a atenção é a hipotricose. O estado geral destes doentes é satisfatório. Apenas a anidrose absoluta provoca um desequilíbrio térmico que os leva a evitar uma grande actividade física; a actividade intelectual é também pequena. Esta apatia, junta às «*poussées*» febris que apresentam fàcilmente em seguida a qualquer esforço, torna-os suspeitos, por vezes, de tuberculose. No entanto, a duração da sua vida parece ser normal. O exame das suas vísceras é também normal bem como a exploração radiológica do esqueleto, especialmente da sela túrcica. A fórmula sanguínea é banal; a riqueza do sangue em hemoglobina pode baixar a 70 ou 75 %; a composição química parece normal quanto a cloretos, fosfatos, açúcar, colessterina; tem uma calcémia de Ogr. 1145 a Ogr. 1170; metabolismo basal muito regular; líquido céfalo-raquidiano normal e reacções de Pandy e do benjoim coloidal, negativas.

Anatômicamente, nota-se falta completa ou raridade dos folículos pilosos nas zonas alopécicas; nos pontos em que apenas há hipotricose, persistem, mas atrofiados. As glândulas sebáceas, anexas aos folículos, faltam ou são excepcionais. As glândulas sudoríparas faltam. Quanto à estrutura da pele, é sensivelmente normal.

Quanto à patogenia, as distrofas, nasais, dentárias e frontais, leva-

ram a pensar na heredo-sífilis. Siebert invoca uma disfunção das glândulas endócrinas. Ao certo, sabe-se tratar-se duma doença familiar, hereditária, que deve resultar duma perturbação no desenvolvimento dos derivados da ectoderme a que se associam algumas alterações mesodérmicas, devendo ter lugar antes do 3.º ou 4.º mês de vida intra-uterina, que é quando se formam as glândulas sudoríparas. A causa, em si, destas más conformações é ainda desconhecida, não devendo, porém, pôr-se de parte a possibilidade duma origem infecciosa e parecendo dever ser tomado em consideração o papel da sífilis, não tanto pelo que diz respeito à hereditariedade directa como à de 2.ª ou 3.ª geração.

BRITO SUBTIL.

Un nouveau symptôme grave dans le traumatisme du crâne, por Lazarey (Casablanca), *La Pr. Méd.*, n.º 11 de 5 Fev. 1936.

Consiste na presença de açúcar nas urinas dos traumatizados do crâneo algumas horas após o acidente. Fazendo sistematicamente a análise das urinas dos traumatizados do crâneo encontra-se, também, frequentemente albuminúria. Esta albuminúria pode aparecer ao 2.º ou 3.º dia e desaparece, em regra, em poucos dias; mas, enquanto a glicosúria constitui um sintoma precoce muito grave sob o ponto de vista do prognóstico, a albuminúria não é mais que um sinal de advertência, sem perigo real, imediato.

Entre 20 doentes observados pelo A., dois, que apresentavam glicosúria, morreram, enquanto os restantes 18, dos quais só um com glicosúria, curaram. Feita a autópsia, verificou-se, nos doentes mortos, uma contusão da região bulbar.

Sabe-se que a glicosúria pode provocar-se pela picada do pavimento do IV ventrículo e que, picando um pouco mais acima, se obtém uma poliúria acompanhada de albuminúria. O A. pensa que o mesmo efeito pode ser produzido por uma excitação dos mesmos centros, sob a forma de contusão, comoção ou compressão.

O prognóstico dum traumatismo craneano torna-se mais grave e reservado desde que se encontre glicosúria, não sendo o doente um diabético.

BRITO SUBTIL.

Mèningite à streptocoques hémolytiques d'origine otitique traitée par le sérum de H. Vincent et la mastoïdectomie. Guérison, por Hamon e Bolzinger, *Bul. de l'Acad. de Médecine*, t. 115, n.º 3, 21 de Jan.º 1936.

A meningite estreptocócica é uma das complicações mais de recear no decorrer das otites supuradas. Assim, todos os métodos terapêuticos

susceptíveis de atenuar o prognóstico tão grave dessas afecções devem merecer a nossa atenção. Nestes últimos anos o soro anti-estreptocócico de H. Vincent tem-se revelado de grande eficácia e grande número de sucessos têm sido assinalados em formas não só septicêmicas como também meningeas de prognóstico fatal. Tais são os casos de fractura do crâneo complicada de estreptocócia (Camelot e Ledieu) seguida de cura; de meningites cérebro-espinhal de estreptococcus, de origem otítica ou faríngea, com ou sem abscessos do cérebro, assinaladas por Plasy e Germain (cura); Victor Audibert (id.); S. Canuyt, B. Tanowatz e Ch. Wilde (id.); S. Canuyt, M. Lacroix e Ch. Wilde (id.). A estes casos de cura devem juntar-se os de meningite cérebro-espinhal de estreptococcus de origem traumática (ferida do crâneo), com meningo-encefalite, publicados por S. Canuyt (cura) e Ribollet (id.).

Os AA. referem um novo caso, segundo elles o oitavo descrito, de meningite de estreptococcus seguida de cura pela soroterápia.

Este caso, cuja história clínica é publicada, consiste em resumo, numa meningite de estreptococcus, de origem otítica e bacteriológicamente confirmada, realizando um quadro clínico de tal gravidade que 48 horas depois tôda a esperança estava perdida

Submetido à soroterápia anti-estreptocócica pelas vias intra-raquidiana e intra-venosa, verifica-se precocemente uma melhoria clínica no decurso do tratamento e o doente sai a pouco e pouco do côma.

Esta melhoria clínica é confirmada pelo desaparecimento rápido dos estreptococcus do líquido céfalo-raquidiano e é completada pelo esvaziamento do foco mastoideu responsável da persistência e disseminação do gérmen virulento, esvaziamento êste feito o mais largamente possível, descobrindo um ôsso compacto, ebúrneo, muito resistente, sem supuração actual.

Perante a regressão dos sinais clínicos de meningite, da melhoria progressiva do estado geral, da esterilidade do líquido cefalo-raquidiano e da reascenção da taxa da glucose, é abandonada a soroterápia intra-raquídea, mantendo-se apenas, durante mais três dias a intravenosa

A soroterápia foi muito bem suportada pelo doente: a tolerância meningea foi notável, a reacção sérica benigna. As injecções intra-raquídeas foram feitas com grande lentidão.

BRITO SUBTIL.

Streptococcémie post-morbilleuse compliquée de congestion pulmonaire bilatérale, de phlébite et d'otomastoïdite aignë. Guérison rapide par le sérum de H. Vincent por Roger Sohier, *Bul. de l'Acad. de Médecine*, t. 115, n.º 3, de 21 Jan.º 1936.

A notável eficácia do soro anti-estreptocócico de H. Vincent está hoje completamente demonstrada. Instituído precocemente, em doses elevadas, de preferência por via intravenosa, êste método conta hoje no seu activo numerosos êxitos terapêuticos.

Devem sempre procurar-se as condições ideais da sua aplicação, em particular o emprêgo precoce do sôro; mas parece que se podem obter resultados satisfatórios mesmo quando essas condições não se podem realizar.

A observação relatada pelo A mostra que numa septicémia estreptocócica muito grave, com complicações múltiplas, o sôro de H. Vincent injectado *in extremis*, num doente cujo estado geral era tal que o cirurgião se recusou a praticar a intervenção indicada, foi capaz, em doses relativamente elevadas, de provocar uma melhora quasi imediata seguida de cura rápida, em alguns dias.

Tratava-se dum individuo jôvem que durante um ataque de sarampo apresentou sucessivamente: uma dupla congestão pulmonar, com polipneia e cianose, uma reacção meníngea clínica e biologicamente confirmada, uma flebite do membro inferior direito, e uma otite supurada com mastoidite. O estado geral era extremamente grave: febre elevada, cianose, depressão completa, delírio. A hemocultura revelou o estreptococcus hemolítico no sangue. Feito o diagnóstico da septicémia estreptocócica post-sarampo com localizações metastáticas viscerais, vasculares e otomastoideias, ao 14.º dia da doença, quando o estado geral era tão mau que o cirurgião consultado se recusou a intervir com receio de ver o doente ficar na mesa de operações, a soroterapia anti-estreptocócica deteve bruscamente a evolução da septicémia provocando a cura em alguns dias.

É na rapidez da acção, provada pela curva térmica e a crise urinária, a regressão das lesões viscerais, vasculares e auriculares, e isto apesar das doses relativamente pouco elevadas de sôro empregadas, que reside o interêsse desta observação, mostrando que nunca é bastante tarde para intervir, mesmo nos casos inteiramente desesperados, sobretudo quando se está certo de que é apenas o estreptococcus que está em causa. Porque, se algumas vezes se notam insucessos no decurso de doenças infecciosas tais como a gripe, o sarampo, a difteria, etc., complicados de estreptococémia, deve notar-se que nesses casos não é só o estreptococcus que está em causa e que o virus da gripe, o do sarampo, o bacilo de Löffler, etc, não são evidentemente influenciados pela sôro-terapia anti-estreptocócica. O successo do caso descrito deve-se, sem dúvida, ao facto de o sôro de Vincent só ser instituído ao 15º dia da doença, quando a acção do virus do sarampo era já nula ou muito apagada e o estreptococcus era o único responsável pelas lesões apresentadas.

BRITO SUBTIL.

Le traitement de la chorée de Sydenhan par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie, M. Ramos Contreras, *La Pr. Méd.* n.º 12, 8 Fev. 1936.

O sulfato de magnésio por via intra-muscular cura todos os casos de coreia de Sydenhan. Comparado com os outros medicamentos empregados,

é mais rápido e mais seguro. Em 2 casos, esta droga curou não só a coreia mas também as complicações cardíacas. O medicamento é completamente inofensivo: apenas se verifica uma ligeira dor no ponto da injeção. A dose curativa é de 1 gr. 25 para os doentes de menos de 5 anos e de 2 grs. 50 para os doentes com mais de 5 anos. Esta dose é dada dia sim dia não, em solução a 25%, por via intra-muscular. Após as 5 primeiras injeções o doente volta a pouco e pouco ao seu estado normal. Em geral, a cura obtém-se com 10 injeções convindo fazer mais algumas para consolidar o tratamento.

É difícil explicar o mecanismo pelo qual o sulfato de magnésio cura a coreia de Sydenhan: Parece não se tratar duma acção hipnótica; Stander pensa que o sulfato de magnésio actua absorvendo o edema cerebral. O A. admite uma acção específica do sal de magnésio sobre o agente, aliás desconhecido, da coreia.

BRITO SUBTIL.

Alimentação e Biotipo individual — *Alimentation et Biotype individuel*, pelo professor Nicolla Pende, *Nutrition*, t. V, n.º 3, 1935, pg. 270 a 286.

A alimentação que convém a um dado biotipo humano, não pode convir a outro diverso, da mesma maneira que a alimentação da criança não é conveniente para o adulto ou o velho. Não basta atender à idade mas ao temperamento, à constituição individual. A alimentação própria para uma criança hipotiroideia é imprópria, para uma de igual idade mas timolinfática.

O homem adquire mesmo um tipo em relação ao seu régimen.

O tipo vegetariano (camponês) brevilinho, estênico, musculoso, hiper-genital, com temperamento lento, braditrófico, paciente, trabalhador, resistente, calmo, pouco agressivo.

O tipo carnívoro (cidadino e países do norte) longilinho, abdómen não proeminente, astênico ou musculoso, de temperamento vivo, rápido, inquieto, agitado, agressivo.

O omnívoro, médio, ou então com tendência para a obesidade, para o tipo vegetariano.

No tipo vegetariano há um predomínio do vago, da corticalidade da suprarrenal, e com insulinémia, no outro há um predomínio do ortosimpático, medula supra-renal, tiróide e hipofise.

Os régimens exclusivistas têm inconvenientes próprios, levando o carnívoro até a conseqüências anti-sociais pela agressibilidade a que conduz.

O chamado «crudismo alimentar» de Bircher-Benner e a dieta de Gerson são debilitantes do coração e do sistema nervoso, como todos os régimens pobres em albuminas, cloreto de sódio e hipervitaminados.

Para estabelecer um régimen próprio é necessário determinar-se a quantidade e qualidade dos alimentos a fornecer.

Tem-se avaliado a quantidade individual dos alimentos partindo do M. B. acrescido dum certo número de calorias para o trabalho da digestão, movimentos musculares, jogando com factores psíquicos, atmosféricos e climatéricos, e a acção dinâmica específica dos alimentos.

Durante o crescimento junta-se o chamado cociente energético de crescimento.

A profissão faz aumentar duns tantos por cento o cálculo assim estabelecido.

Determina-se desta maneira um *quantum* geral e não individual em que se terá de entrar com o temperamento endocrino-vegetativo e a diatese ou diateses mórbidas individuais.

Ora é fundamental a determinação individual pois que o temperamento endocrino-vegetativo tem sobre a a. d. e. uma grande influência (tiroide e hipofise).

O adulto hipertiroideu e hiperpituitário depois duma refeição (sobretudo rica em proteínas e lípidos) tem cerca de 20% de aumento no seu metabolismo sobre o dum individuo normal e assim deve-lhe ser administrada uma quantidade de alimentos superior, enquanto que o hipotiroideu e hipopituitário não tem esta tão notável a. d. e. e deve consumir um *quantum* menor.

O hipergenital, o sujeito a emoções psíquicas, o habitante de regiões frias deve ter uma alimentação mais rica.

Tudo isto quantitativamente.

E qualitativamente?

Qualitativamente ainda maior influência tem a constituição, o biotipo. Não basta determinar a percentagem bruta de proteínas, gorduras e hidratos, mas sim estabelece-la para cada espécie de proteínas, de gorduras, ou de hidratos pois o valor nutritivo, energético, duma para outra espécie pode deferir muito.

O adulto hipertiroideu e hiperpituitário, simpaticotónico deve limitar o uso de proteicos. O hipotiroideu e hipopituitário deve limitar os açúcares, a água e as gorduras, usando vegetais e frutas e uma ração média de proteínas para regular o seu vagotonismo.

O hipersuprarenal, com hipercolesterinemia e hipertensão arterial constitucional deve usar pouca carne, e alimentos ricos em colesteroína, fazendo uso de verduras, frutas, batatas, isto é, de alimentos alcalinizantes.

O hipergenital deve usar hidrocarbonados vitaminados.

Quanto às diateses Pende diz:

Diatese atrítica litogena: Limitar as proteínas animais a 40-50 gramas, as purinas e colesteroína. Usar frutos e vegetais crus.

Diatese tuberculosa: Limitar ao máximo os hidratos de carbone, e usar os lípidos, gorduras animais Ração suficiente de proteínas, frutas e sumos de frutas.

Diatese catarral exsudativa: Usar gorduras e hidrocarbonados que não excitam o parasimpático e tonificam o ortosimpático; alimentos ricos em cálcio e ácidos animados.

Diatese neoplásica : alimentos acidificantes e simpaticotonisantes, sobretudo proteínas animais, limitando os hidrocarbonados e os ovos (colesterinémia de Roffo).

Diatese alérgica : limitar os hidratos de carbone (Pevsner) e usar alimentos que tonifiquem o simpático e aumentem a calcémia.

LUÍS DUARTE SANTOS.

Os alimentos e o sistema regulador endocrino-simpático — *Les aliments et le système régulateur endocrino-sympatique*, pelo prof. de Génova, Silvio de Candia, *Nutrition*, t. V, n.º 3, 1935, pg. 286 e 327.

O A., discípulo de Pende, abordando o problema da acção possível e natural dos alimentos sobre o sistema endocrino-simpático, conclui que :

a) Os hidrocarbonados estimulam o parasimpático e a produção das hormonas parasimpáticas nomeadamente e sobretudo da insulina, tendo ao mesmo tempo uma acção alcalinizante ;

b) As proteínas estimulam o simpático, as glândulas simpaticotropas (tiroide e suprarenais) e deslocam para a acidose o equilíbrio humoral ;

c) As gorduras estimulam o simpático, levam à produção de mais adrenalina e puitrina, acidificando também os humores.

S. de C. começa o seu artigo por uma série de considerações sobre a acção dinâmica específica dos alimentos vendo no seu estudo um bom meio para o conhecimento das acções da ração alimentar sobre o sistema endocrino-vegetativo. É que a a. d. e. é um dos factores de que dependem as trocas energéticas totais do organismo sob a acção das diferentes espécies de alimentos. A a. d. e. está dependente do sistema endocrino-simpático, como também o está do equilíbrio electrolítico e ácido-base do organismo. Cita trabalhos de Abelin, Kestner, Lami, Jahn, etc., e conclui que a a. d. e. depende em parte da desagregação e absorção dos alimentos sobretudo amino-ácidos, em parte da instabilidade do simpático, e noutra parte da reacção de certas hormonas ao estímulo alimentar.

O A. passa a estudar a influência dos alimentos sobre a glicémia, porque ela é regularizada por diversos factores neuro-endocrinos.

A curva da glicémia provocada com os 3 tipos de alimentos é estudada levando em conta o factor digestivo para a interpretação dos resultados.

Seguidamente refere-se à acção dos alimentos sobre o sistema electrolítico (Ca e K) e sobre o equilíbrio ácido-base.

A alimentação azotada daria uma pequena elevação da calcémia, e a hidrocarbonada elevaria a kaliémia ao mesmo tempo que baixaria o cálcio sanguíneo. A acção dos alimentos sobre o equilíbrio ácido-base é difícil de determinar obtendo-se dados muito longe da irrefutabilidade, e sempre fora do abrigo das críticas até as menos exigentes.

Admite S. de C. que se podem ter como alcalinizantes a maior parte dos hidratos de carbono (legumes verdes, frutos), e como acidificantes as

gorduras e as proteínas, sobretudo as proteínas animais, os cereais e as farinhas especialmente, as integrais.

Por último o A. entra propriamente no assunto do seu trabalho. Estuda a acção dos alimentos sobre o sistema nervoso vegetativo e sobre as glândulas endocrinas, com todo o promenor, citando inúmeros factos de ordem histológica, fisico-química e biológica, que não podemos analisar, resultados de experiências suas e da Escola a que pertence, chegando às conclusões que já enunciei.

LUÍS DUARTE SANTOS.

Ictericias e coledoco — *Ictères et cholédoque*, Leon Pollet e Boris Kreis, *Rev. Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie*, Janeiro-Fevereiro de 1936, n.º 1, pg. 26 a 45.

A propósito dum caso pessoal com todas as características duma ictericia mecânica por obstrução inflamatória do coledoco, ictericia por colédocite de Brulé, os A.A. propõem-se estudar a natureza e o papel da participação da via biliar principal nas ictericias.

Com argumentos de ordem clínica, biológica, terapêutica e anatómica parece demonstrada claramente a possibilidade da oclusão do coledoco provocar por si só a ictericia. Essa oclusão tem sido atribuída a adenopatias pericoledocianas, mas só excepcionalmente parece levarem a tal; ao pâncreas, em que o papel da pancreatite parece mais discutível que o do cancro; a inflamação do próprio coledoco, e à sua obstrução por espasmos meramente funcionais.

É nesta modalidade de ictericia por retenção que os benefícios da sondagem duodenal são nítidos.

Casos comprovados pelo lipiodol de obstrução completa, total, do coledoco, tem a exploração cirúrgica demonstrado a ausência de qualquer obstáculo orgânico explicativo.

Os espasmos podem ter a sua explicação numa úlcera duodenal, em lesões das vias por litíase vesicular ou mesmo do coledoco, ou então em inflamações localizadas à empola de Vater ou ao próprio fígado, que provocam a distância o espasmo.

Esta última hipótese verifica-se muitas vezes, havendo a par da explicação mecânica a explicação por hepatite do estado icterico e assim os A.A. concluem:

O coledoco parece intervir com frequência nas ictericias mas raramente se impõe clinicamente não levando a sancões terapêuticas especiais, e a natureza dessa intervenção é mais vezes funcional que orgânica, e ordinariamente acessória a alterações hepáticas predominantes.

LUÍS DUARTE SANTOS.

A insuficiência cardíaca bronzeada — *L'insuffisance cardiaque bronzée*, por E. Donzelot. *Archives des Maladies du Coeur des Vaisseaux et du Sang*, n.º 1, 1936, pg. 1 a 15.

Depois das observações de Bezançon, Gennes, Delarue e Oumansky, de Gennes e Véricourt, de Clerc, Bascouret e André, o autor publica neste artigo mais duas observações de insuficiência cardíaca bronzeada, que assim parece não ser duma raridade clínica muito acentuada.

Cirrose pigmentar, deficiência poliglandular, e insuficiência miocárdica, constituem o tripé em que assenta o diagnóstico deste síndrome mórbido.

A evolução é grave podendo surgir como num dos casos de Danzelot a morte súbita.

A terapêutica é a da insuficiência cardíaca.

Os fenómenos de insuficiência não devem estar ligados à cirrose hepática pois a cirrose pigmentar pura não se faz acompanhar de insuficiência cardíaca ou pelo menos esta é pouco notável, e deve porisso estar antes na dependência das perturbações pluriglandulares.

LUÍS DUARTE SANTOS.

As causas da insuficiência cardíaca — *Les causes de l'insuffisance cardiaque*, pelo agregado de Paris, Donzelot, *M. Médical*, n.º 878, 1936, pg. 97.

Passa em revista as diferentes e múltiplas causas de insuficiência cardíaca agrupando-as em: causas cardíacas, vasculares, viscerais e somáticas, neuro-humorais, ocasionais.

Nas cardíacas considera as dependentes do miocárdio (toxi-infecções, intoxicações, miocardite crónica, infartus, lesões específicas, afecções parasitárias, neoplasmas, traumatismos precordiais, malformações congénitas), do endocárdio (insuficiências e sobretudo apertos), do pericárdio (derrames ou sínfise).

As causas vasculares são: a hipertensão e também a hipotensão, a aortite, a esclerose arterial e o ateroma, a arterite pulmonar, o aneurisma arterio-venoso entre vasos de calibre grande.

Como causas viscerais e somáticas há as afecções pulmonares (as agudas, pois as crónicas necessitam da coexistência de lesões da artéria pulmonar e seus vasos), pleurais (derrames ou sínfise), mediastinais (que cumprimam algum ramo da árvore arterial pulmonar), renais, genitais (puberdade, menopausa, gravidez e parto), hepáticas (cirroses com hipertensão portal), e os desvios raquíticos ou outras deformações torácicas (a escoliose mais prejudicial que a cifose).

Nas causas neuro-humorais entram as causas sanguíneas que acarretam uma má nutrição miocárdica (anemia, inanição), as causas endócrinas (hiper e hipotiroidismo, insuficiência suprarenal, perturbações endócrinas

genitais — menopausa, gravidez —, talvez perturbações hipofiso-diencefálicas, e das hormonas intracardíacas), as causas metabólicas (alterações do metabolismo celular revelável na lacticidemia, no equilíbrio-ácido-base, etc.) e as causas propriamente nervosas dependentes do sistema nervoso vegetativo e intramiocárdio.

Cita por último o A. no grupo das causas ocasionais, o esforço muscular violento, o trabalho das grandes digestões, os excessos genitais, as mudanças bruscas de temperatura, as diferenças de altitude.

LUÍS DUARTE SANTOS.

O futuro dos pneumotorax artificiais precocemente abandonados —
L'avenir des pneumothorax artificiels précocement abandonnés, por Jean Minet e Cornille, *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*, t. X, n.º 5, 1935, pg. 382.

Ainda que não haja acôrdo quanto à duração útil do pneumotorax artificial pode-se ter como duração mínima eficaz mais aceitável a de quatro anos.

Por factores de ordem varia sucede que por vezes se interrompem os pneumotorax antes dêsse tempo. Que sucede aos doentes nestas condições?

Dizem os A.A. que há 68,4% de casos favoráveis para 31,6% de casos desfavoráveis.

Alguns dos doentes entregues a si próprios, sem outra terapêutica, vêem-se melhorar, sendo sólida a cura pelo pneumotorax de curta duração.

O que mais influi na evolução favorável é o aparecimento de pleuresias que acarretam a formação de sinfisis acentuadas e assim os A.A. crêem que quando uma sinfise se instala no decurso da terapêutica pelo pneumotorax, deve-se deixar o processo entregue a si próprio não intervindo nem para o combater nem para o intensificar.

O abandono precoce do pneumotorax duma maneira sistemática não será contudo de recomendar mesmo no caso de cura clínica aparente.

LUÍS DUARTE SANTOS.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

CALENDÁRIO DOS CONGRESSOS E DAS MANIFESTAÇÕES MÉDICAS

1936

1 de Março, Paris. — Reuniões médicas (abcesso de fixação).

Março, Paris. — Sociedade de Hidrologia Médica. Reunião anual.

Março, Montpellier. — Reunião hidrológica e climática de Montpellier. Informações: prof. A. Puech, Rue du Cannau, 1 — Montpellier.

5 de Abril, Casa Branca. — Congresso anual de Marrocos consagrado à amibiase na África do Norte. Secretário geral, dr. Fournier, Boulevard du 4^e Zouaves, 26 — Casa Branca.

15-18 de Abril, Atenas. — III Congresso internacional de patologia comparada (com cruzeiro). Secretário geral, prof. Antoine Codounis, 40, Rue Didotou — Atenas.

Abril, Roma. — IV Congresso internacional de pediatria. Presidente, prof. Spolverini.

Abril, Roma. — I Congresso internacional de antropologia e psicologia criminal. Secretário geral, prof. Benigno di Tullio, via Giulia, 52 — Roma.

3 de Maio, Paris. — Reuniões médicas. (Resultados afastados das apendicites crônicas operadas).

4-9 de Maio, Paris. — Semana oto-rino-laringológica. Secretário geral dr. Louis Leroux, 242 bis, Boulevard Saint Germain — Paris.

28 de Maio e 2 de Junho, Viena. — II Congresso internacional dos médicos católicos (consagrado às questões de eugenia, esterilização e presidência médica nas missões). Informações, Sociétés Saint-Luc.

Pentecostes, Royat. — Reuniões internacionais periódicas de fisiologia e terapêutica cárdio-vascular. Informações, Société Medical Royat.

6 de Julho, Viena. — Congresso Internacional da Sociedade de Urologia.

Junho, Bruxelas. — Jornadas médicas. Secretário geral, dr. René Beckers, «Bruxelles Médical» — Bruxelas.

5 de Julho, Paris. — Sessões médicas (poliomielite aguda. Diagnóstico e tratamento precoce).

Julho, Suíça alemã. — Congresso dos alienistas e neurologistas de língua francesa. Presidente, Mr. Crouzon e M. Répond.

27 de Julho a 1 de Agosto, Londres. — Congresso de microbiologia. Secretário geral, M. R. Dujarric de la Rivière, no Instituto Pasteur de Paris.

Julho, S. Sebastian. — Congresso da Associação Int. de Talassoterapia.

17 a 22 de Agosto, Berlim — Congresso internacional de oto-rino-laringologia.

Em Setembro :

19 a 27, Bruxelas. — Congresso da língua nacional belga contra o cancro.

Lisboa. — União Internacional contra a tuberculose. Secretário geral, prof.

F. Bezançon, Rue de Monceau — Paris.

Bruxelas. — II Congresso de luta científica e social contra o cancro.

Berne. — II Congresso internacional da união terapéutica.

Montréal. — XIV Congresso dos médicos de língua francesa no Canadá.

Néris. — Congresso de neurologia, consagrado às afecções do sistema vago-simpático. Secretariado, Sociedade Médica de Néris.

Roma. — Congresso da Sociedade Internacional de Ortopedia.

Lund (Suécia). — Liga Internacional contra o reumatismo. Secretário geral, dr. J. Van Breemen, Keisergracht, 489-491 — Amsterdam.

Turim. — Jornada de ortopedia.

Em Outubro :

5, Paris. — XLV Congresso francês de cirurgia. Presidente, dr. M. Vitor Pouchet; vice-presidente, Med. gen. inspect. Rouvillois, secretário geral, 12 Rue de Seine — Paris.

5, Paris. — Congresso francês de urologia. Presidente, M. O. Pasteau; secretário geral, M. L. Michon, 31 Boulevard des Invalides — Paris.

5, Paris. — Congresso francês de ortopedia. Secretário geral, M. Røderer, 10 Rue de Péetrograd — Paris.

5 a 10. — IX Congresso francês de estomatologia. Presidente, dr. Pont (Lyon); secretário geral, dr. Dechaume, 182 Rue de Rivoli — Paris.

Paris. — Congresso de cirurgia reparadora.

Paris. — XXIII Congresso de higiene. Secretário geral, dr. Dujarric de la Rivière, no Instituto Pasteur.

Belgrado. — XV Congresso internacional de hidrologia. Secretário geral, prof. Miloutine Nerkovitch, 3 Rue Takowska — Belgrado, ou dirigir a M. Raymond Durand-Fardel, em Vichy; ou Flurin, em Caterets, ou F. França, em Aix-les-Bains.

Paris. — XV Congresso dos médicos e cirurgiões dos hospitais.

Paris. — Associação dos membros do corpo de ensino.

Veneza. — IV Congresso da imprensa médica latina. Presidente, senador Caride Giordano.

1 de Novembro, Paris. — Sessões médicas (incontinência noturna infantil).

Em data não conhecida :

XXXI Congresso de medicina legal, congresso francês de oto-neuro-oftalmologia, congresso francês de oftalmologia.

Rome. — Congresso internacional de protecção da infância.

Madrid. — Congresso internacional do paludismo. Presidente, prof. Pittaluga.

Wiesbaden. — Congresso internacional da luz. Presidente, M. Axel Reyn — Danemark.

Bordeaux. — IX Congresso da Associação Francesa de Pediatria.

Amsterdam. — II Congresso internacional de medicina tropical.

1937

3 de Janeiro, Paris. — Sessões médicas. (Primo infecção tuberculosa do adolescente e do adulto).

Pascoa, Marselha. — Congresso francês de medicina. Presidente, M. Marcel Labbé.

Maio, Bucarest. — IX Congresso internacional de medicina e de farmácia militar.

Julho, Paris. — Jornadas internacionais de aviação sanitária civil e militar. Secretaria geral, 2 Rue Chauchat — Paris.

Julho, Paris. — Jornada internacional da saúde pública (5 secções: maternidade e infância, higiene, medicina e farmácia militares, higiene social. Secretaria, Higiene Social, 2 Rue Chauchat — Paris.

16 e 18 de Setembro, Vichy. — Congresso internacional da insuficiência hepática. Presidente, prof. Loeper; secretário geral, dr. Aimard, em Vichy.

Setembro, Paris. — I Congresso da Sociedade Internacional de Gastro-Enterologia. Presidente, M. Pierre Duval; secretário geral, M. Leven, Rue de Monceau — Paris.

Outubro, Paris. — Congresso francês de Ortopedia.

Paris. — X Congresso da Associação dos ginecologistas e obstétricos de língua francesa.

Lausanne. — Associação Internacional de Pediatria Preventiva, prof. Taillens.

Barcelona. — VI Congresso de dermatologia e sifilografia de língua francesa. Presidente, M. Milian.

1938

Lugar a fixar. — XI Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia.

Lisboa. — II Congresso internacional dos médicos amigos do vinho.

1939

América. — XI Congresso internacional de dermatologia e de sifilografia.

Lausanne. — XI Congresso da Associação dos ginecologistas e obstétricos de língua francesa.

Lille. — XI Congresso nacional da tuberculose.

Data não fixada, Pérouse. — II Congresso internacional de bruceloses. Secretário geral, dr. Jullien, em Joyeuse (Ardèche).

Aniversários próximos

1936. — Centenário do nascimento de Simon Duplay e Carlos Pèrrier, de Waldeyer, de Berlin; centenário da morte de Ampère.

1937. — Centenário do nascimento de Bauchard, Cornil, Duguet e Terrier, de Paris; centenário da morte Alibert, de Paris.

1938. — Centenário da morte de Broussais, de Paris.

1939. — Centenário do nascimento de Dieulafoy, de Paris, e de Cohnheim, de Leipzig.

Cruzeiros e viagens médicas

Cruzeiro do Congresso de Patologia comparada, 11 de Abril : Venesa, Pireu, Mathos, Atenas, C. Nauplie, Olympe, Delphe, Venesa.

Cruzeiro da «Revista Geral das Ciências». — Inscrições e informações no secretariado da Associação da Imprensa Médica Francesa, 23 Rue du Cherche-Midi, Paris, (6^e) Tel-Lithé, 43-61.

Cruzeiros médicos, organizados pelo dr. Loir, 12 bis, Rue de Coligny, Havre, Cruzeiros médicos franco-belgas. — Inscrições. Viagens da «Bruxelles Médical», 29 Boulevard Adolphe-Max, Bruxelas e «Concurso Médico», Rue de Bellefonds, 37, Paris.

Cruzeiros médicos franceses. — Rue Soufflot, Paris (5^e).

Viagens da Sociedade Médica do Litoral Mediterrâneo — 1.º Pascoa, 2.º Natal, 3.º Estio : Côte d'Azur, Corse, Alpes. Secretaria geral, 24 Rue Verde, Nice.

Viagens da «Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne» : Cévennes-Pyrénées (de Lamalou a Lourdes); Pyrénées-Océan. — Informações : dr. M. Faure, Lamalou

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Foram homologados os contratos para assistentes da Faculdade de Medicina, dos srs. drs. Alberto de Mesquita, Alfredo Valentim Chaves de Carvalho, António Manso da Cunha Vaz e António dos Santos Andrade — «Diário do Governo» II série, de 8 de Janeiro.

De Lisboa — Foi homologado o contrato celebrado pela Faculdade de Medicina de Lisboa com o sr. dr. João Isidro Cordeiro Malato, para assistente da cadeira da Medicina Legal. — «Diário do Governo» II série, de 10 de Janeiro.

Direcção Geral de Saúde

Por portaria de 28 de Novembro de 1935 publicado no «Diário do Governo» de 4 de Janeiro de 1936, foi autorizado a permuta dos médicos escolares contratados srs. drs. António José de Moura Monteiro, do Liceu de João de Deus, em Faro, e Afonso Maria de Oliveira Vasconcelos, do Liceu de Passos Manuel (secção masculina) de Lisboa.

— Foi nomeado delegado de saúde efectivo do concelho da Moita, o facultativo municipal de mesmo concelho, sr. dr. Manuel Lopes Falcão. — «Diário do Governo» II série de 9 de Janeiro.

— Foram nomeados vogal extraordinário do Conselho Superior de Higiene, o sr. dr. António de Almeida Garret, professor da Faculdade de Medicina do Porto, e vogal ordinário do mesmo conselho, os srs. drs. Francisco Polido Valente, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e António Anastácio Gonçalves, inspector chefe de sanidade marítima e internacional.

Sociedades científicas

Sociedade das Ciências Médicas

Sob a presidência do sr. professor dr. Borges de Sousa reuniu-se a Sociedade das Ciências Médicas, tendo feito uma comunicação sobre a septicémia fetal e a ontogénese da inflamação o sr. professor dr. Friedrich Wohlwil. Depois de estudar as modificações que apresenta o quadro da septicémia, se o feto, ainda não desenvolvido, é atacado por esta infecção, dentro do corpo da mãe, discutiu os mecanismos de origem de infecções sépticas no feto, dizendo que é preciso, em principio, distinguir entre as que são transmitidas da mãe ao feto e as que atingem primeiramente aquele.

O sr. dr. Adeodato de Carvalho fez uma comunicação sobre o tratamento da tosse convulsa pelo óleo de Gabian. O óleo de Gabian é o petróleo, não o que se vende avulso, mas o putreficado, sem o corante com que no comércio se apresenta. O conferente fez um ensaio com este novo agente terapêutico contra a tosse convulsa, que é de todas as doenças infecciosas, depois da tuberculose, a que mais vítimas causa na população infantil.

Apresentou o sr. dr. Adeodato de Carvalho casos de consulta do professor dr. Salazar de Sousa, num período de três meses. Deu conta dos resultados obtidos e fez conclusões sobre a eficácia da medicação, sobre as doses a empregar, sobre a perfeita tolerância e sobre as vantagens do medicamento para uma consulta de crianças.

O sr. dr. Barahona Fernandes fez considerações sobre a enervação antagonista. Expôs um caso observado, durante o seu estágio na clinica de Francfort, com uma perturbação especial da motilidade, a qual consiste na execução inversa e forçada dos movimentos voluntários. A propósito deste e doutros casos com perturbações semelhantes, bordou considerações sobre a fisiologia normal e patológica da enervação dos músculos de acção reciproca — isolando um processo especial — a inversão antagonista que, aliada á rigidez e á atetose, é origem destas anomalias dos movimentos voluntários. Tratou também, em relação com o assunto, de outros fenómenos morbidos que aparecem nas doenças mentais e nas doenças orgânicas do sistema nervoso, como o fenómeno da opposição muscular e o negativismo.

O sr. dr. Manuel Farmhouse dissertou sobre o papel do médico na educação física, dizendo que as funções que o médico tem nela a desempenhar são: estudar as técnicas pelos seus efeitos (quando estes sejam bem ministrados); controlar por todos os meios o comportamento do individuo, a maneira como elle reage a certos exercicios, e chamar a atenção e corrigir com lealdade os defeitos encontrados; ser o único a ministrar a ginnástica a anormais físicos, entregando-os aos técnicos da educação física, somente quando a anormalidade tenha desaparecido praticamente!

Disse que seria para desejar que, criando-se uma escola official de educação física ella preparasse, além de técnicos, médicos capazes de intervir com conhecimentos profundos das técnicas e da fisiologia da educação física, para serem elles os colaboradores científicos efficientes no desenvolvimento e aperfeiçoamento da raça portugueza.

Sociedade Portuguesa de Química e Física (Núcleo do Pôrto)

Sob a presidência do sr. prof. Alberto de Aguiar, reuniu-se o núcleo do Pôrto desta sociedade. O sr. dr. Elisio Milheiro fez a sua comunicação sobre «O amoniaco urinário — Variações fisiológicas, acidentais ou experimentais».

Expoz que as variações da acidez urinária da qual dependem imediatamente; por tal motivo as causas das variações da amoniuria são as das variações da acidez. Das variações fisiológicas apontou as devidas ao regime alimentar, ao trabalho muscular e à digestão. A amoniuria aumenta com a ração alimentar de origem animal e, de maneira geral, com a ração rica em proteicos, em virtude dos ácidos que os proteicos dão origem; pelo contrário, diminui no regime vegetariano e, de maneira geral em rações ricas em hidratos de carbono.

Com o trabalho muscular aumenta a aminiuria, que é tanto mais intensa quanto mais violento é o trabalho.

Quanto às variações em relação com o trabalho digestivo, a amoniuria diminui durante a digestão gástrica para aumentar durante a pancreática e a entérica. Das variações acidentais falou sobre as que se verificam pela administração de ácidos, bases ou sais. Mostrou que os ácidos não destruídos pelo organismo fazem aumentar a amoniuria de maneira notável ao passo que os que são destruídos não o modificam de maneira sensível, inversamente as bases fixas fazem baixar a amoniuria ao passo que o amoniaco não a modifica.

Sobre os sais disse que não tem influência na amoniuria os de ácidos e bases fixos assim como os de ácidos e bases susceptíveis de serem destruídos no organismo; quanto aos outros, os de ácido fixo e base transformável fazem aumentar a amoniuria ao passo que a fazem baixar os de base fixa e ácido que seja oxidado pelo organismo.

O autor da comunicação apresentou alguns gráficos das experiências que realizou sobre o assunto.

Hospitais

Civis de Lisboa — O sr. dr. Vergilio Custódio de Moraes, assistente do serviço clínico, foi nomeado para exercer em comissão as funções de professor da Escola de Enfermagem Artur Ravara. — «Diário do Governo», II série, de 8 de Janeiro.

Por alvarás de 27 e 28 de Dezembro, publicados no «Diário do Governo», II série, de 8 de Janeiro, foram nomeados internos dos hospitais, os srs. drs. António Domingos dos Santos, João de Sousa Teles Amaro, Anibal Cardoso e Cunha, António Duão Leitão, Luiz Albano de Melo Veloso Coelho de Campos e Jorge Nunes da Silva Araújo.

Conferências

Sob a presidência do sr. dr. Angelo da Fonseca, estão sendo realizadas conferências nos Hospitais da Universidade, pelos médicos internos.

Já foram conferentes os srs. drs. Guilherme Penha, Júlio Condorcet Pais Mamede, Fausto Pimentel, Lavinia Leite Braga, Fernando Pimentel e João Gomes, que versaram, respectivamente os temas «Oclusão intestinal», «Síndrome da fossa ilíaca», «Anestésias», «Gangrenas secas», «Gangrenas húmidas» «Choque traumático».

Também fizeram conferências, no Pôrto, os srs. dr. H. Gomes de Araújo, «Trabalho e previdência»; dr. Amândio Tavares, «Aspectos do problema da etiopatogenia do cancro»; dr. Luiz de Pina, «As impressões digitais em Medicina Legal»; em Lisboa, o sr. dr. Fausto Harier, «Problema hidrológico sob o ponto de vista militar».

Falecimentos

Na sua residência da Fronteira, faleceu o sr. Joaquim Martins Pôrto, venerando pai do ilustre prof. da Faculdade de Medicina e redactor principal da «Coimbra Médica», sr. dr. João Maria Pôrto, e do sr. dr. José da Graça Pôrto, advogado naquela localidade.

O saudoso extinto, que foi um pai extremoso e que a seus filhos legou os mais nobres exemplos e grandes virtudes, deu-lhes também uma educação de molde a conquistarem a elevada posição social que disfrutaram. O venerando ancião impoz-se sempre à estima e simpatia dos seus conterrâneos motivo porque a sua morte foi verdadeiramente sentida.

Lamentando o desenlace, a «Coimbra Médica» apresenta à família enlutada e especialmente ao seu redactor principal, sentidas condolências.

O sr. dr. João Pôrto recebeu não só de Coimbra como de vários pontos do país as mais sentidas manifestações de pesar pelo transe doloroso que tão intensamente o feriu.

Faleceram: em Vila do Conde, o 1.º tenente médico da Armada, sr. dr. Carlos de Moura Praça; em Figueira de Castelo Rodrigo, o sr. dr. Ricardo Machado.

Em Lisboa faleceu o sr. dr. Álvaro Bossa da Veiga. Contava 52 anos de idade. Esteve na Grande Guerra, para onde foi como voluntário, com o posto de capitão-médico; exerceu o cargo de governador de Benguela. Possuía entre outras condecorações, duas Cruzes de Guerra francesas, uma com palma e outra estréla; a medalha de Guerra do Panamá; o oficialato da Ordem de Cristo; duas medalhas de bons serviços, uma das quais ganha em campanha, e a medalha da Vitória.

Pelo falecimento de seu pai, o sr. Joaquim da Costa Junior, está de luto, o clínico de Coimbra, sr. dr. Gilberto Veloso da Costa.

Em Frossos (Vila do Prado) faleceu a esposa do sr. dr. José Leão Ferreira da Silva, médico da Escola do Magistério Primário de Braga.

Várias notas

Foram anuladas as portarias do quadro da clínica de S. Tomé e Príncipe, de 23 e 25 de Agosto de 1934 que punira o capitão médico do quadro de saúde de Angola, sr. dr. Joaquim Fernandes dos Santos Junior com a pena de 18 meses de inactividade temporária. «Diário do Governo», II série, de 3 de Janeiro.

— Foram condecorados: com o grau de comendador da Ordem Militar de Aviz, o major médico miliciano, sr. dr. Aurélio Ricardo Belo; com o grau de comendador da Ordem Militar de S. Tiago da Espada, o tenente coronel médico do quadro de saúde da Índia, sr. dr. Alberto Carlos Germano da Silva Correia.

— Foram louvados os médicos civis, srs. drs. Mário Dias Pinto de Castro, Isaias Vieira de Castro, António da Conceição Dias Martins Paredes e Franklin António de Oliveira Bastos pelos serviços clínicos gratuitos que vêm prestando ao pessoal nos postos da G. N. R. de Guimarães e Cabeceiras de Bastos.

— Por despacho de 28 de Janeiro, foi concedida equiparação a bolsa fora do país, pelo prazo de 6 meses à assistente do Instituto Português de Oncologia, sr.ª dr.ª Maria Tereza Furtado Dias.

ESBOÇOS

Na sua residência da Fronteira, faleceu o sr. Joaquim Martins Porto, vésperas do dia 28 de Janeiro de 1951, aos 68 annos de idade, sendo casado com a sr.ª Maria Porto, e tendo por filhos os srs. João e José da Graça Porto.

O sr. João Porto, sr. dr. João Maria Porto e do sr. José da Graça Porto, todos médicos, foram os seus herdeiros legítimos. O sr. João Porto, sr. dr. João Maria Porto e do sr. José da Graça Porto, todos médicos, foram os seus herdeiros legítimos. O sr. João Porto, sr. dr. João Maria Porto e do sr. José da Graça Porto, todos médicos, foram os seus herdeiros legítimos.

Um estudo de medicina, a ser realizado, apresenta a família em estudo e especialmente ao sr. dr. João Porto, sr. dr. João Maria Porto e do sr. José da Graça Porto, todos médicos, foram os seus herdeiros legítimos.

O sr. dr. João Porto, sr. dr. João Maria Porto e do sr. José da Graça Porto, todos médicos, foram os seus herdeiros legítimos. O sr. João Porto, sr. dr. João Maria Porto e do sr. José da Graça Porto, todos médicos, foram os seus herdeiros legítimos.

Faleceu em Vila do Conde a 1.ª de Janeiro de 1951, o sr. dr. Ricardo Machado, sr. dr. Ricardo Machado, sr. dr. Ricardo Machado, sr. dr. Ricardo Machado.

Em Lisboa faleceu o sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga.

Estava na Grande Guerra, para onde foi como voluntário, com o posto de capitão-médico, exerceu o cargo de governador da Beneficência, possuía outras condecorações, duas Cruzes de Guerra francesas, uma com palma e outra com a medalha de Guerra da França, o officinal de Ordem da Grã-Cruz, duas medalhas de honra, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga, sr. dr. Álvaro Bessa da Veiga.

Pelo falecimento de seu pai o sr. Joaquim da Costa Junior, está de fora o sr. dr. Joaquim da Costa Junior, sr. dr. Joaquim da Costa Junior, sr. dr. Joaquim da Costa Junior.

Em Torres (Vila do Porto) faleceu a esposa do sr. dr. João Porto, sr.ª dr.ª Maria Porto, sr.ª dr.ª Maria Porto, sr.ª dr.ª Maria Porto.

da Silva, médico da Escola de Magistério Primário de Braga, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto.

Várias notícias, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto.

Foram enviadas as portadas do quadro de saúde da cidade de S. João e Bragança de 23 e 27 de Agosto de 1951 para serem o sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto.

Angola, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto.

de inactividade temporária, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto, sr. dr. João Porto.



ULTIMAS NOVIDADES:

- Assmann** — Diagnóstico röntgenológico de las enfermedades internas. Dos tomos con un total de 1277 páginas, 1216 figuras y 10 láminas. (L) Pesetas 150,00.
- Bordier et Kofman** — Néodiathermie à ondes courtes. 1 vol. de 138 pag. avec 55 figures. (B) — Frs. 24,00.
- Boudreaux** — Les tumeurs primitives du rachis. 1 vol. de 300 pages avec 33 figures. (V) — Frs. 45,00.
- Brindeau** — Leçons du Jeudi Soir de la Clinique Tarnier. Douzième année 1935. 1 vol. de 194 pages avec 62 figures. (V) — Frs. 30,00.
- Carel** — Obésité anté-hypophyse et métabolisme des lipides. 1 vol. de 156 pages avec 110 figures. (V) — Frs. 30,00.
- Carrière et Huriez** — Le sang des hypertendus. 1 vol. de 386 pages. (D) — Frs. 50,00.
- Castro** — Diagnóstico de Actividad en la tuberculosis pulmonar. Con 270 páginas y 195 ilustraciones. (L) — Pesetas 20,00.
- Chaptal** — Le livre de l'Infirmière. 4^e Édition entièrement refondue. 366 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Courbe** — La Farine panifiable et les améliorants biologiques de la panification. 1 vol. de 152 pag. (V) — Frs. 25,00.
- Delort** — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostics positifs. Diagnostics négatifs. Traitements. 1 vol. de 400 pages, avec figures dans le texte. (D) — Frs. 20,00.
- Demanche** — Précis de technique du Séro-Diagnostic de la syphilis. 2^e édition. (D) — Frs. 20,00.
- Desliens** — Imprégnations médicamenteuses de la patte du chien, par injections intraveineuses rétrogrades. 1 vol. de 61 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Falta** — Tratado de las enfermedades de las glándulas de secreción interna. Con 595 páginas y 107 figuras. 2.^a edición. (L) — Pesetas 48,00.
- Gajos** — Les Lipases sériques en pathologie hépatique. 1 vol. de 90 pag. (V) — Frs. 15,00.
- Grenet** — Conférences cliniques de médecine infantile. Troisième série. 1 vol. de 335 pag. (V) — Frs. 40,00.
- Conférences de Médecine Infantile. Quatrième série. 1 vol. de 340 pag. avec 51 fig. (V) — Frs. 40,00.
- Harvier** — Initiation à la pathologie digestive. Collection des Initiations Médicales. 162 pag. 16 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Houcke** — La Rate en pathologie sanguine. 160 pages. 20 figures. (M) — Frs. 45,00.
- Kirschner (Dr.)** — Tratado de Técnica operatória general y especial. Tomo V: Intervenciones en la cavidad abdominal. Traducción de la 1.^a edición alemana. Con 604 páginas y 395 ilustraciones en negro y color. (L) — Pesetas, 75,00.
- Krehl** — Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas. Un volumen encuadernado en tela con 331 páginas. (L) — Ptas. 32,00.
- Lambea (Dr.)** — Las granulias. Patología general y clinica. Con 138 páginas y 38 ilustraciones en negro y color. (L) — Pesetas, 42,00.
- Laubry** — Appareil circulatoire. Collection des Initiations Médicales. 186 pages. 32 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Lenhartz y Meyer (Drs.)** — Análisis clínicos. Con 367 páginas y 180 ilustraciones en negro y color, y 2 láminas. 2.^a edición. (L) — Pesetas 32,00.
- Madzsar** — La culture physique de la femme moderne. 1 vol. de 224 pages avec 175 figures. (V) — Frs. 12,00.
- Parturier** — Foie et Parathyroïdes. 1 vol. de 70 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Peytel** — La responsabilité médicale. 1 vol. de 201 pag. (B) — Frs. 25,00.
- Porak** — La Diurèse. Le rythme des éliminations chimiques par l'urine et ses corrélations avec d'autres rythmes fonctionnels. 1 vol. de 78 pag. avec 18 fig. (V) — Frs. 8,00.
- Schumacher-Mariendrid** — Compendio de Histología humana. Para estudiantes de Medicina, Odontología y Ciencias Naturales. Traducción de la 1.^a edición alemana. 252 páginas y 198 ilustraciones, la mayoría en color. (L) — Pesetas 22,00.
- Schieppati** — Chimiothérapie transcutanée capillaire et cancer. 1 vol. de 64 pag. (V) — Frs. 15,00.
- Terrien** — Le décollement de la rétine et son traitement. 1 vol. de 163 pages avec 45 figures et 4 planches en couleurs. (M) — Frs. 40,00.

Disenteria bacilar,
Enterite,
Enterocolite muco-
membranosa,
etc.

Biolactina

LABORATÓRIO NORMAL — 50, rua Bernardo Lima — LISBOA

LABORATORIO NORMAL

"Transpneumol"

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronco-pneumónicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipostáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronquectasia. Bronquite aguda e crónica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorrêa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

(Em. empolas de 1 e 2 c.c.)