

# COIMBRA MÉDICA

REVISTA MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA



FASC. I • JANEIRO

## SUMÁRIO

Ibérico Nogueira — «O papel da histerografia no diagnóstico etiológico das metrorragias» .....	1
Antunes de Azevedo — «Algumas considerações sobre a terapêutica das pericardites com derrame de etiologia tuberculosa» .....	39
Jaime Portugal — «Otite do lactente» .....	57
Jorge Fagulha — «Cuidados com a puérpera» .....	69
J. do Espírito Santo — «Pelada» .....	89
Nota Clínica — «A perfuração da úlcera gastro-duodenal» .....	93
Revista das Revistas .....	99
Informações .....	119

## DIRECTORES

ROCHA BRITO, NOVAIS E SOUSA, MAXIMINO CORREIA, JOÃO PORTO,  
LÚCIO DE ALMEIDA, AUGUSTO VAZ SERRA, ANTÓNIO MELIÇO  
SILVESTRE, CORREIA DE OLIVEIRA, LUÍS RAPOSO, MÁRIO TRINÇÃO,  
TAVARES DE SOUSA, OLIVEIRA E SILVA, LUÍS ZAMITH, JOSÉ BACALHAU,  
BRUNO DA COSTA, HENRIQUE DE OLIVEIRA, LUIZ DUARTE SANTOS,  
ANTUNES DE AZEVEDO, LOBATO GUIMARÃES, J. M. L. DO ESPÍRITO  
SANTO, ALBERTINO DE BARROS, IBÉRICO NOGUEIRA, GOUVEIA MONTEIRO,  
BÁRTOLO DO VALE PEREIRA, HERMÉNIO INÁCIO CARDOSO TEIXEIRA,  
RENATO TRINÇÃO, A. SIMÕES DE CARVALHO

/

## REDACTORES

A. CUNHA VAZ, M. RAMOS LOPES, FERNANDO D'OLIVEIRA, LUÍS  
JOSÉ RAPOSO, ROBALO CORDEIRO

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADIANTADO

EDITOR E PROPRIETÁRIO — PROF. AUGUSTO VAZ SERRA

---

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

Biblioteca da Faculdade de Medicina — COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

CLÍNICA GINECOLÓGICA

(DIRECTOR: PROF. IBÉRICO NOGUEIRA)

## O PAPEL DA HISTEROGRAFIA NO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DAS METRORRAGIAS (1)

POR

IBÉRICO NOGUEIRA

As metrorragias constituem, sem dúvida, não só um dos grandes problemas da Ginecologia como também um dos sintomas que mais frequentemente obrigam as doentes a consulta médica.

Nem todas o fazem com a brevidade desejável por vários motivos: umas vezes porque se tranquilizam a si próprias com explicações mais ou menos lógicas mas quase sempre erróneas; outras vezes porque um pudor injustificado as inibe de se fazerem observar; noutros casos as razões são diversas: dificuldades económicas, deslocações difíceis e muitos outros motivos entre os quais avulta a ignorância, quer das próprias doentes quer das pessoas que as cercam e lhes dão conselhos.

Tenho verificado que muitas das mulheres que nos consultam antes do climatério aceitam resignadamente a ocorrência de menometrorragias, por vezes importantes e prolongadas, sem se alarmarem. É possível que a repetição mensal da menstruação, isto é, o hábito de observarem perdas sanguíneas, lhes tenha diminuído o receio de hemorragias de outro tipo.

Pelo contrário, quando se trata de mulheres idosas cuja menopausa se verificara anos antes, uma hemorragia, por pequena que seja, alarma-lhes o espírito e obriga-as a consultar o médico.

Para estas doentes a perda sanguínea é um sintoma desusado que veio surpreendê-las numa idade em que já se julgavam libertas de semelhante servidão.

(1) Lição proferida no concurso para Professor Catedrático de Ginecologia.



Para darmos uma ideia da frequência dos internamentos na Clínica Ginecológica dos H. U. C. devidos a metrorragias, apresentamos os quadros seguintes respeitantes aos últimos 10 anos:

I QUADRO

	TOTAL DAS DOENTES INTERGRADAS	INTERNAMENTOS MOTIVADOS POR HEMORRAGIAS UTERINAS	H.S.O. E G.O. FEITAS EM DOENTES INTERNADAS: C/HEM. - S/HEM.		H.S.G. FEITAS EM DOENTES DA CONSULTA EXTERNA	H.S.O. FEITAS EM DOENTES DA C. PARTICULAR
1950	360	49 (13,6%)	.	.	.	.
1951	189	40 (21,1%)	.	.	.	.
1952	218	59 (27,06%)	.	.	.	.
1953	216	64 (29,7%)	.	.	.	.
1954	212	69 (32,5%)	.	.	.	.
1955	193	49 (25,4%)	.	1	.	.
1956	223	78 (30,0%)	18	11	.	.
1957	227	72 (28,01%)	17	26	.	.
1958	304	97 (31,9%)	5	6	.	.
1959	450	139 (30,9%)	14	23	.	.
1960	223	84 (37,6%)	20	27	.	.
<b>TOTAL</b>	<b>2802</b>	<b>603 (21,5%)</b>	<b>74</b>	<b>95</b>	<b>65</b>	<b>132</b>
			369			

II QUADRO

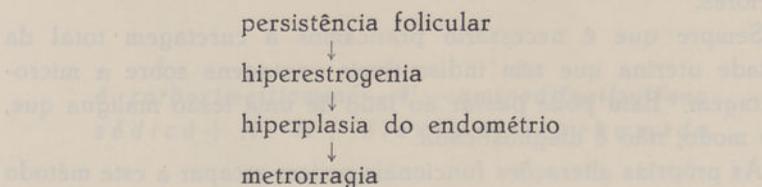
CAUSAS DAS HEMORRAGIAS

	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	TOTAL
ACIDENTES DA GRAVIDEZ	17	8	13	12	26	18	18	25	15	23	11	186
METROPATIA HEMORRÁGICA	13	7	6	6	4	6	13	20	22	42	17	156
MIOMAS	6	7	10	12	10	6	20	14	20	20	16	141
PROCESSOS INFLAMATÓRIOS	1	3	4	6	4	4	10	11	13	25	13	94
CANCROS DO ÚTERO	1	3	8	6	7	4	6	4	7	11	12	69
PÓLIPOS	1	4	4	3	5	4	1	7	11	10	17	67
TUMORES DO OVÁRIO	-	-	1	1	-	-	3	-	-	-	1	6
DISCRASIAS SANGUÍNEAS	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	3
DISTOPIAS UTERINAS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
SEM DIAG. JUSTIFICATIVO	10	6	12	15	15	10	11	3	11	7	-	100

Entre as causas apontadas ocupa lugar de destaque a «metropatia hemorrágica» e a alteração do endométrio mais frequentemente encontrada nestes casos foi a hiperplasia glandular quística.

Segundo o conceito inicial de SCHROEDER e MAYER esta lesão resultaria de uma acção estrogénica prolongada ou intensa, devida à persistência de um ou mais folículos de De Graaf sem postura ovular.

Sabemos que estas transformações do endométrio não se explicam por meio deste esquema tão simples:



Há hemorragias com epitélio de todos os tipos histológicos: proliferativo, secretório normal, atrófico, hiperplásico (com ou sem dilatações glandulares), associação de tipos diversos, etc.

Por outro lado, a persistência folicular nem sempre se acompanha de hiperplasia e esta pode observar-se na ausência daquela.

Estas conclusões (e muitas outras) a que somos conduzidos por numerosos trabalhos modernos, se nos levam a rejeitar a interpretação inicial devida a SCHROEDER permitem, no entanto, que continuemos a considerar tais hemorragias como consequências de uma alteração da actividade endócrina do ovário.

Portanto, neste quadro, o termo de «metropatia hemorrágica» significará para nós metrorragia funcional.

A existência de uma metrorragia do tipo funcional não implica, porém, a ausência de outras lesões orgânicas e, mesmo quando estas existem, a hemorragia pode ser devida a um mecanismo puramente hormonal.

Para se estabelecer um diagnóstico exacto é indispensável fazer-se a distinção entre várias entidades: alterações do endométrio de origem hormonal; cancros do endocervix e do corpo; pólipos endo-uterinos, miomas... etc.

O *exame clínico* não nos dá uma ajuda valiosa. O interrogatório poderá sugerir-nos a provável natureza do processo: é clássico admitir-se que as menorragias abundantes, desde que o ciclo se mantenha, correspondem geralmente a lesões orgânicas (SCHROEDER e TIETZE) e teriam idêntica origem as perdas sanguíneas que

sobrevêm com intervalos inferiores a 16 dias. Não obstante, todos conhecemos vários casos correspondentes a estes tipos em que se veio a demonstrar uma origem puramente hormonal.

O *toque vaginal* pode revelar-nos a existência de modificações do volume, forma, orientação, consistência e sensibilidade uterina, mas não só não permite determinar a natureza real do processo, como também lhe escapam as alterações intra-parietais e submucosas que não deformam externamente o órgão.

A *curetagem uterina* presta, sem dúvida, esclarecimentos muito superiores.

Sempre que é necessário praticamos a curetagem total da cavidade uterina que tem indiscutíveis vantagens sobre a micro-curetagem. Esta pode passar ao lado de uma lesão maligna que, deste modo, não é diagnosticada.

As próprias alterações funcionais podem escapar a este método de exame: a hiperplasia do endométrio é quase sempre difusa e abrange a sua totalidade, mas também pode localizar-se em áreas restritas, mais sensíveis aos influxos hormonais. Pensam alguns autores que estas zonas, continuando a proliferar, podem mais tarde originar pólipos mucosos.

Acresce ainda a circunstância de poderem coexistir alterações funcionais e orgânicas (hiperplasia e cancro ou pólipos, por exemplo) e a descoberta das primeiras numa micro-curetagem poderia deter a investigação e obstava ao reconhecimento destas últimas.

A curetagem-biópsia total apresenta, no entanto, as suas vicissitudes: há pólipos endo-uterinos (causas de hemorragias recidivantes) que permanecem aderentes após várias curetagens. Estas apenas extraíram o endométrio que os recobre.

Tratando-se de miomas submucosos, basta que a sua superfície se apresente regular e se continue sem ressaltos nítidos com a do restante endométrio ou que o tumor cerque todo o contorno da cavidade uterina conservando-lhe a forma, para a sua identificação ser praticamente impossível por este meio.

Citam-se casos de lesões malignas (circunscritas no início e localizadas nos bordos ou nos ângulos uterinos) que não foram atingidas pela cureta.

É certo que vários autores, além das curetas, utilizam pinças especiais para a revisão uterina, mas nem mesmo assim o método é isento de faltas, pois nalguns casos (entre os quais se encontram observações de LAMBETH, KINTNER, SCOTT e NOVAK, MARSHAK,

DORES DE OUVIDOS:  
INFLAMAÇÃO DO OUVIDO MÉDIO:

# CILOPRINE

## GOTAS

4 carboximetilamino—4'—aminodifenilsulfona  
sódica + N, N', dioximetilcarbamida

- UM MEDICAMENTO ABSOLUTAMENTE INÓCUO, QUE PERMITE O TRATAMENTO CAUSAL «IN LOCO»
- DEVIDO À SUA INOCUIDADE PODE ADMINISTRAR-SE NOS CASOS EM QUE HAJA PERFURAÇÃO DO TÍMPANO

### APRESENTAÇÃO

Frascos conta-gotas com 10 g

### ADMINISTRAÇÃO

Instilar 3 a 4 gotas, de 3 em 3 horas

Produto original **CILAG-CHIMIE** preparado sob licença

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775



# REUMATISMOS

PARTICULARMENTE O ARTICULAR AGUDO

## sali-lab

DRAGEAS • SUPOSITÓRIOS • INJEÇÕES

UM PRODUTO ORIGINAL DOS LABORATÓRIOS **Lab**

GOLBERGER e EPSTEIN, etc.) o exame das peças operatórias revelou a existência de pólipos, cujo diagnóstico não tinha sido feito.

É necessário aperfeiçoar o estudo da patologia orgânica da matriz e novos métodos têm sido propostos.

Apenas citaremos a *histeroscopia*, cujo interesse nos parece muito limitado dadas as dificuldades de aprendizagem e de interpretação das imagens, assim como o custo da aparelhagem. Não se tem generalizado e dele não possuímos experiência.

A nossa atenção vai fixar-se na *histerografia*, método de observação que tanto tem contribuído para o progresso da Ginecologia.

Descoberto em 1914 por CARY, o seu aperfeiçoamento gradual torna-o hoje tão indispensável na nossa especialidade como o exame radiográfico da árvore urinária ou o estudo radiológico gastro-intestinal.

É nosso intuito mostrar o interesse dos informes que nos pode proporcionar no diagnóstico etiológico das metrorragias.

#### I — METRORRAGIAS FUNCIONAIS

As imagens radiográficas são muito esclarecedoras: cavidade uterina aumentada ou de dimensões normais, com densidade mais ou menos regular e bordos denteados:

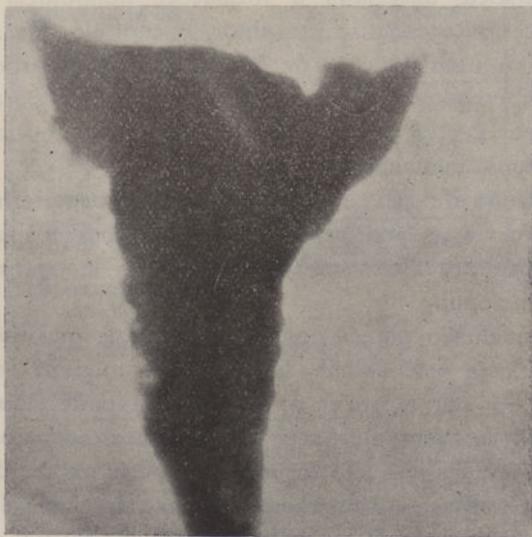


FIG. 1

Este aspecto corresponde habitualmente a endométrios hiperplásicos.

Nalguns casos, o aumento excessivo da mucosa pode determinar o aparecimento de entalhes profundos nos contornos, desigualdades na sombra corporal e, até, imagens de subtracção:



FIG. 2

Trata-se, com probabilidade, de endométrios com hiperplasia glândulo-quística, associada a formações polipoides da mucosa.

No dizer pitoresco de um autor, o capítulo das metrorragias funcionais «é uma espécie de balde onde se despejam muitos diagnósticos errados». Com efeito, o exame radiográfico revela, em numerosos destes casos, lesões orgânicas mais ou menos importantes (pólipos, miomas submucosos, etc.).

Na opinião de BÉCLÈRE, quando a imagem uterina tem densidade uniforme e contornos regulares, podemos afirmar que não há lesões orgânicas intra-uterinas e as metrorragias são de natureza funcional.

Esta conclusão parece-nos excessiva pois que, por mais cuidadoso que seja este exame, há um certo número de lesões que estão fora do seu alcance: a adenomiose pode não determinar alteração da imagem uterina e outro tanto podemos dizer das miomatoses difusas que não formam saliências na cavidade uterina.

Muito recentemente operámos um caso desta índole e o estudo da peça operatória revelou uma miomatose intersticial difusa.

É imprudente, direi mesmo que é injustificável, tirar deduções histo-patológicas de uma imagem histerográfica por mais perfeita que ela seja. Aspectos idênticos podem resultar de lesões diversas: a hiperplasia localizada e um cancro no início dão imagens radiológicas semelhantes e a associação das duas lesões não é excepcional.

## II — HEMORRAGIAS PÓS-MENOPÁUSICAS

Há tendência para considerá-las devidas ao cancro do endométrio numa elevada percentagem de casos, mas esta ideia não corresponde à realidade.

Com efeito, na estatística de DALSACE a percentagem de cancros do corpo e do colo reunidos não ultrapassa 36% da totalidade das causas.

A revisão das nossas observações deu os seguintes resultados:

<u>III Q U A D R O</u>		
CAUSAS DE HEMORRAGIAS POST-MENOPÁUSICAS		
CARCINOMA DO COLO	15	37%
ENDOMÉTRIO DISFUNCIONAL	7	17,5%
CARCINOMA DO CORPO	4	10,0%
ENDOMETRITE	3	7,5%
POLIPOSE DO ENDOMÉTRIO	2	5,0%
PÓLIPOS ENDOCERVICAIS	2	5,0%
ENDOMÉTRIO ATRÓPICO	2	5,0%
METROSE QUÍSTICA E MIOMA	1	2,5%
ENDOMETRITE NECROSANTE E QUISTO PSEUDO-MUCINOSO DO OVÁRIO	1	2,5%
MIOMA	1	2,5%
DISPLASIA CERVICAL	1	2,5%
DIAGNÓSTICO DUVIDOSO	1	2,5%

Ao contrário do que se tem afirmado, após a menopausa mais de 1/3 das metrorragias são de natureza provávelmente funcional e só 1/3 são devidas a carcinomas do endométrio.

Esta conclusão é confirmada pelos trabalhos de MOULONGUET e BÉCLÈRE. Este autor obtém cifras idênticas: apenas 39% das hemorragias pós-menopáusicas são devidas a cancro do corpo do útero.

CLERC encontra mais câncros do colo que do corpo depois da menopausa e em quase metade dos casos a causa das hemorragias eram lesões benignas.

WAGNER, em 245 casos, apenas em 44% encontrou tumores malignos.

A histerografia veio trazer um contributo importante a estas noções e torna-se necessária em todos os casos de hemorragias pós-menopáusicas cuja causa não esteja completamente esclarecida. As suas vantagens parecem-nos evidentes: as imagens já por si dão muitas vezes uma orientação diagnóstica importante mas, além disto, permitem localizar a lesão e orientam a curetagem para este ponto.

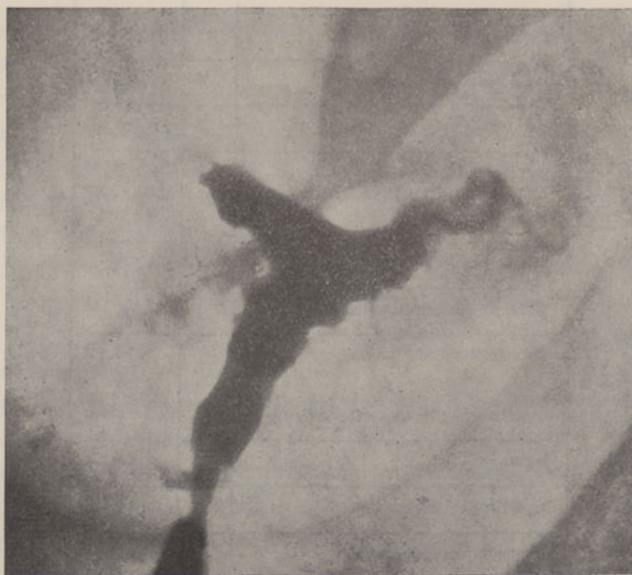


FIG. 3



FIG. 4

### III — METRORRAGIAS RECIDIVANTES

Referimo-nos aos casos em que uma ou mais curetagens não revelaram lesões orgânicas e após intervalos de tempo variáveis as perdas sanguíneas voltaram a repetir-se, não obstante ter sido instituído um tratamento hormonal.

A análise histológica do endométrio revela, na grande maioria, hiperplasia glandular simples ou quística, endometrite crônica e, nalguns casos, mucosas normais (pelo menos nas zonas estudadas).

GANDAR e HUMMEL fazem um estudo que incide em 85 casos desta índole, 39 dos quais foram logo operados.

O estudo das peças operatórias revelou o seguinte:

em 4 os úteros eram de configuração externa e volume normais mas havia miomas submucosos;

em 13 encontraram endometrioses, fibrose uterina e alterações do endométrio;

num dos casos havia um quisto luteínico;

somente em 15 o aspecto macroscópico era normal.

Os outros 46 casos foram tratados com aplicações de rádio intra-uterino mas nem todas as doentes curaram: em 5 houve necessidade de fazer histerectomias, tendo-se encontrado num deles um mioma submucoso e nos outros endometrioses.

Nalgumas das nossas observações ocorreram factos idênticos: em doentes que entraram com metrorragias foram feitas curetagens biópsias totais e o exame histológico mostrou a existência de alterações endometriais do tipo hiperplásico.

Convencido que estas eram a causa imediata das perdas sanguíneas, medicámo-las com androgénios não virilizantes e tiveram alta. Porém, passado algum tempo, reapareceram as metrorragias e voltaram a internar-se.

Procurando uma explicação para o facto fizemos histerografias que nos trouxeram esclarecimentos importantes.



FIG. 5

Em numerosos casos idênticos conseguimos determinar a causa das perdas sanguíneas, até ali consideradas de natureza funcional: tratava-se de pólipos do endométrio ou de miomas submucosos

que a curetagem-biopsia não tinha destacado, ou por não ter sido convenientemente orientada ou por estarem demasiadamente aderentes.

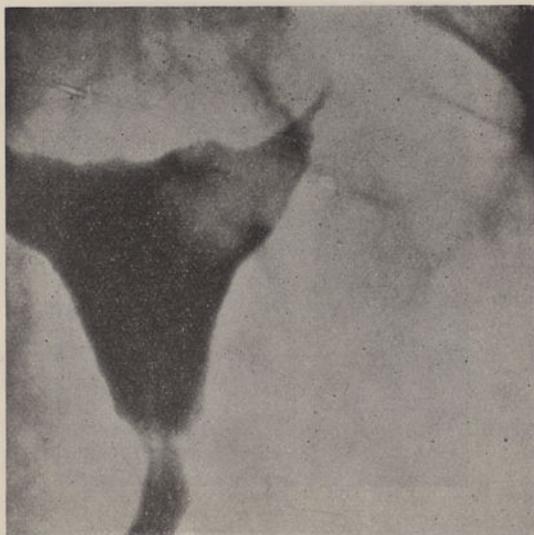


FIG. 6

#### IV — PÓLIPOS DO ENDOMÉTRIO

Causas frequentes de metrorragias, num trabalho recente tivemos ocasião de fazer referência ao contributo importantíssimo que os dá o exame radiológico da matriz para o seu diagnóstico.

Alguns foram identificados quando investigávamos a causa de metrorragias recidivantes e outros por meio de histerografias em doentes que tinham pólipos cervicais sangrantes.

Chegámos à conclusão que a existência de pólipos aflorando ao orifício externo do colo sugere a necessidade de estudar a cavidade uterina, pois é frequente a associação de pólipos cervicais e endometriais e a extracção dos primeiros não resolve a situação em muitos casos.

Ilustram claramente esta ideia as seguintes observações:

Irene M. M., de 51 anos.

Menometrorragias. Notam-se vários pólipos cervicais aflorando ao orifício externo do colo. A histerografia tinha este aspecto:



FIG. 7

Maria P. T., de 56 anos.

Menopausa há 5 anos. Ligeiras perdas sanguíneas nos últimos 2 meses. Pequeno pólipo com pedículo longo aflorando ao orifício do colo.

A histerografia revelou-nos a existência de vários pólipos endocavitários:

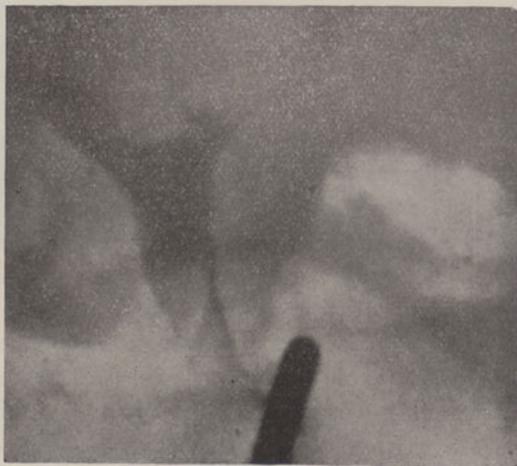


FIG. 8

# COLI-FAGINA "S..

S U L F U R A D A

Normaliza o intestino — Protege o fígado — Desintoxica o organismo  
cada ampola de 10 cc contém:

- lisados e corpos microbianos de 100 bilhões de bactérias constituintes da flora intestinal comum
- metionina 0,20 g
- hipossulfito de sódio 0,15 g

caixa de 10 ampolas de 10 cc para administração oral

# DODEPAR

Oral e Liofilizado

Extracto concentrado de fígado enriquecido no seu teor vitamínico. Reconstituente hematogénico

frasquinhos — caixa de 10 de 5 cc para administração oral.

ampolas — caixa de 1 frasco ampola liofilizado + 1 ampola de 10 cc de dissolvente para injeção intramúscular.

# MEPACOL B<sub>12</sub>

Metionina — colina — inositol e vitaminas do grupo B:  
fórmula completa para a terapêutica hepática

grajeias — frasco de 80

líquido — frasco de 150 cc

ampolas — caixa de 10 × 3 cc

caixa de 6 × 5 cc

caixa de 5 × 10 cc

supositórios — caixa de 10

# ORMO "3..

Benzoato de estradiol — progesterona — dipropionato de metilandrosteron-  
tendiol: para o tratamento de todas as perturbações da menopausa

ampolas — caixa de 2 × 1 cc

supositórios — caixa de 4

# PANZIMOL

Todos os enzimas digestivos dos alimentos vegetais e animais

grajeias — frasco de 60

solução — frasco de 50 cc

Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

SANOFARMA, LDA. — Avenida da Liberdade, 164 — LISBOA



INSTITUTO BIOLOGICO CHEMIOTERAPICO TORINESE — TORINO (ITALIA)

**Um vasoconstritor  
novo  
descongestionante  
da mucosa nasal  
é oportuno...**

- ...se é de efeito seguro
- ...se mantém o nariz desobstruído durante várias horas
- ...se não provoca hiperemia reaccional

**A estas condições satisfaz a**

**Otrivina®**

**Gotas nasais (a 1<sup>o</sup>/100): frasco de 10 c.c.  
Nebulizador (a 1<sup>o</sup>/100): nebulizador de 10 c.c.**

**Para lactentes e crianças pequenas:  
Gotas nasais (a 0,5<sup>o</sup>/100): frasco de 10 c.c.**



FIG. 9

Nestes casos (que foram publicados no trabalho a que aludimos) e noutros a que mais adiante nos vamos referir, a análise histológica confirmou o diagnóstico de polipose sugerido pelas imagens radiológicas.

Estas não nos permitem afirmar a natureza anatomico-patológica do processo, pois aspectos idênticos podem ser determinados por causas diferentes.

Tomemos como exemplo a imagem de subtração que se observa no seguinte caso:



FIG. 10

Maria José J. S. M., de 58 anos.

Menopausa há 5 anos. Três anos depois teve perdas sanguíneas e consultou-me.

Observei um pequeno pólipó sangrante pendente no orifício externo e extirpei-o.

As perdas sanguíneas pararam mas voltaram a reaparecer agora, passados 2 anos.

Observei-a de novo e, aparte um discreto aumento do volume do útero, não se apreciavam alterações dignas de nota.

Fiz-lhe uma histerografia que passamos a mostrar:



FIG. 11

Notam-se várias irregularidades na sombra da cavidade uterina e uma imagem de subtracção na base do útero, junto do ângulo uterino direito, com limites pouco regulares que sugere a hipótese de neo corporal.

Procedemos à curetagem-biópsia total do endométrio, revendo com especial atenção aquela zona suspeita.

Utilizámos pinças de pólipó e curetas e extraímos não só a totalidade do endométrio, como algumas formações que a análise histológica revelou serem pólipos mucosos recobertos por endométrio rico em glândulas, algumas das quais se encontravam na fase secretória e com dilatações quísticas.

Mais uma vez se confirma que é arriscado tirar destas imagens deduções de natureza anatomo-patológica.

## V — CANCROS UTERINOS

Consideramos inteiramente despropositadas as discussões acerca da primasia da histerografia ou da curetagem-biópsia para a identificação do cancro pois, como diz SCHULTZE, o diagnóstico de carcinoma é histológico. O exame radiológico, acrescenta este autor, deverá considerar-se um método auxiliar de diagnóstico, cujo valor prático e utilidade poderão discutir-se mas nunca deverá sobrepor-se ao exame anátomo-patológico.

A experiência que temos neste campo é limitada porque os nossos diagnósticos de cancro do corpo foram feitos pela curetagem-biópsia seguida de análise histo-patológica e não podemos demonstrar, com experiência nossa, as vantagens da histerografia prévia que apenas fizemos num caso.



FIG. 12

Baseando-nos na experiência de muitos autores (BÉCLÈRE, SCHULTZE, DALSACE... etc.) podemos afirmar que este método tornou possível não só a descoberta precoce, mas também determinar a topografia e extensão destas lesões.

Permite-nos orientar a curetagem para os pontos suspeitos, o que é importante, pois se citam vários casos em que esta intervenção não colheu tecidos neoplásicos (DALSACE, BROU).



FIG. 13

OLOF NORMAN cita um caso em que a histerografia revelou imagens suspeitas de cancro no qual duas curetagens consecutivas não colheram fragmentos do tumor. A persistência das imagens levou a nova curetagem que, finalmente, confirmou o diagnóstico.

Ocorreram factos idênticos em 10 % das doentes que observou e a sua repetição pode fazer duvidar do interesse real da curetagem-biópsia. Há uma explicação: só 4 destas intervenções (num total de 12) foram feitas por especialistas.

Permite a histerografia, dizíamos há pouco, determinar a extensão das lesões malignas do endométrio. Com efeito, da análise de numerosas observações, depreende-se que o cancro do corpo muitas vezes ultrapassa o istmo e atinge o colo (em 25 % dos casos, segundo OLOF NORMAN).

Este facto é importante não só sob o ponto de vista terapêutico como prognóstico: este é muito mais reservado nestas condições

CONSTIPAÇÕES  
G R I P E S  
ESTADOS FEBRIS

# EUPIRONA

DRAGEIAS

(Maleato de N-p-metoxibenzil-N'-N'-dimetil-N-  
-z-piridiletilenadiazina + Fenil-dimetilpirazolona-  
-metilaminometanosulfonato de sódio + o-Oxiben-  
zolidina + p. Acetofenetidina + Trimetil-  
-xantina 1, 3, 7 + Ácido l-ascórbico).

*Antipirético • Analgésico*  
*Anti-histamínico*  
*Anti-gripal*

APRESENTAÇÃO:

Tubos de 4, 10 e 16 drageias



LABORATÓRIO *Fidelis*

RUA D. DINIS, 77 • LISBOA • PORTUGAL

CONSTIPAÇÕES  
BRONQUITES  
PNEUMONIAS · GRIPES  
TOSSES DIVERSAS

# GRIPUL

CREME

SUPOSITÓRIOS

*Duas formas farmacêuticas e duas fórmulas completas para maior eficácia, segundo a via de administração.*

*Antipirético · Broncodilatador  
Eupneico · Expectorante.  
Anti-séptico laringo-  
- tráqueo - bronco - pulmonar.*

**A P R E S E N T A Ç Ã O :**

**Creme:** Bisnaga de 20 gramas

**Suositórios:** Infantil - caixa de 6

**Suositórios:** Adulto - caixa de 6



LABORATÓRIO *fidelis*

RUA D. DINIS, 77 · LISBOA · PORTUGAL

e a exérese cirúrgica deverá ser muito mais extensa e estender-se aos linfáticos ilíacos.

Por sua vez, o cancro do colo invade muitas vezes o corpo uterino e as imagens histerográficas são elucidativas a este respeito.

O endocervix, e não apenas a cavidade uterina, deve ser objecto da nossa atenção: sabe-se que 25 % dos cancros do colo iniciam aqui o seu desenvolvimento e todas as imagens lacunares persistentes desta zona devem ser consideradas como lesões orgânicas.

Ainda noutras condições a histerografia presta assinalados serviços: casos de mioma intersticial ou subseroso coexistindo com um carcinoma corporal de cuja existência não se suspeitava.

Aponta-se a este método o perigo da disseminação possível do processo maligno, mas este argumento é mais de ordem especulativa que científica: a curetagem lesa mais os tecidos, arrisca mais a integridade uterina, abre mais vasos e nem por isso deixa de se praticar quando é necessário colher dados para um diagnóstico seguro.

ROSSI considera a histerografia como um complemento indispensável da observação clínica e a falta de resposta contráctil aos ocitócicos, verificada por seu intermédio, pode dar a medida da destruição ou infiltração da parede uterina pelo processo maligno.

Para BROCCQ, é no cancro do corpo que a histerografia presta os maiores serviços e as imagens que proporciona antecipam-se ao quadro clínico: doentes de aspecto excelente, com um ligeiro aumento do volume do útero e corrimento rosado muito pouco abundante, podem apresentar imagens de extensão e profundidade surpreendentes. Sucede outro tanto com os cancros do endocolo. M.<sup>me</sup> LABORDE e MONTAGNON mostraram que, em quase todos os casos, a investigação radiológica veio revelar que os carcinomas tinham uma extensão maior do que faria prever a observação clínica.

Há quem queira tirar deduções anatomo-patológicas das imagens observadas: uma imagem irregular, por exemplo, deve corresponder a um grau mais elevado de organização e diferenciação (NORMAN), mas semelhantes afirmações parecem-nos arriscadas e pouco consistentes.

A histerografia revela-se também muito útil no controle dos resultados da roentgenterápia: permite acompanhar as modificações que o tumor sofre sob a acção das radiações (NORMAN).

## VI — MIOMAS UTERINOS

Como seria de esperar, é nos miomas submucosos que a histerografia presta mais assinalados serviços. São estes que modificam mais nitidamente a cavidade uterina e as suas deformações evidenciam-se facilmente durante o preenchimento pelos meios de contraste.

Há miomas subserosos e intersticiais volumosos (que o toque combinado e a palpação abdominal permitem identificar facilmente) que podem passar despercebidos a este método de observação.

Nalguns destes casos as imagens radiográficas são inteiramente normais, mas noutras há alterações discretas e pouco características cuja valorização importa fazer: cavidades uterinas aumentadas de volume em que se observa lentidão ou ausência do esvaziamento da substância opaca devida a rigidez da parede uterina consecutiva à presença do tumor, alongamento excessivo do canal cervical, assimetrias discretas da imagem, etc.

São, precisamente, as formas que escapam à observação clínica, de cuja existência ou não tínhamos conhecimento ou apenas tínhamos uma leve suspeita, que a histerografia revela com mais nitidez.

Comprovando esta ideia, apresentamos as seguintes observações:



FIG. 14



FIG. 15



FIG. 16

O toque vaginal não revelava qualquer modificação da forma ou do volume do útero relacionável com a existência destes tumores.

No caso seguinte fomos levados a admitir a hipótese de mioma intersticial porque apenas havia menorragias, mas o estudo da peça operatória veio a mostrar que se tratava, de facto, de um mioma submucoso, tal como a histerografia tinha revelado.



FIG. 17

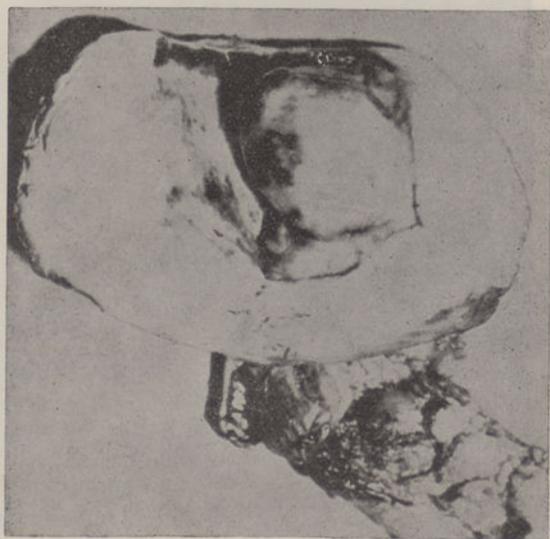


FIG. 18

BASEADOS NUMA SÍNTESE  
DOS LABORATÓRIOS BALDACCÍ

# GUAIACOL CÁLCICO

Guaiacolglicolato de cálcio em solução aquosa a 5% em ampolas de 2 e 5 c. c. para uso intramuscular ou endovenoso.

INDICAÇÕES: Influenza, catarro brônquico, bronquites agudas e crónicas, broncopneumonias.

Dissolvente ideal de antibióticos.

GUAIACOLGLICOLATO DE CÁLCIO

# GUAIACOL CÁLCICO (3) (VITAMINADO)

Guaiacolglicolato de cálcio a 5% + Ascorbato de cálcio a 2%, em ampolas de 2 e 5 c. c.

INDICAÇÕES: Bronquites post-gripais, afecções brônquicas e pulmonares, afecções tuberculosas subagudas e crónicas do aparelho respiratório, serosites tuberculosas, linfadenites, escrofulismo, linfatisimo febricular.

PRODUTOS  
*Baldacci*

**FARMOQUÍMICA BALDACCÍ S. A. R. L.**

RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA - TELEF. 783031 - 730719

Acção tranquilizante e neuro-sedativa sobre o  
S. N. C.

Acção anti-colinérgica sobre o  
S. N. P.

# ELCOMATO

COMPRIMIDOS

*Meprobamato* . . . . . 400 mg.  
*Metilbrometo do tropoto de epsxitropina* 5 »

ASSOCIAÇÃO DE UM TRANQUILIZANTE A UM GANGLIOPLÉGICO

## INDICAÇÕES

- COLITE ESPÁSTICA E ILEÍTE
- ESPASMOS DO ESÓFAGO
- ÚLCERA GASTRO-DUODENAL
- ESTADOS EMOCIONAIS E DE ANSIEDADE



**LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS**

Avenida Miguel Bombarda, 42-44 — Telef. 777135 — LISBOA

Delegação de Propaganda no Norte: Rua Firmeza, 575 (Palácio do Comércio) — Telef. 31567

O contorno da imagem do mioma intra-cavitário é regular e liso, mas nos tumores necróticos pode tornar-se denteado, podendo confundir-se com o dos tumores malignos. Nestes casos a curetagem-biópsia e a citologia dirão a última palavra.

É opinião unânime dos autores que a histerosalpingografia pode contribuir para esclarecer a localização e as relações dos tumores genitais. As nossas observações confirmam inteiramente esta maneira de ver e, no caso particular dos miomas acompanhados de perdas sanguíneas, este método pode proporcionar-nos dados importantes para sabermos se pode ou não praticar-se com segurança a cirurgia conservadora.

CAMPOS DA PAZ e BÉCLÈRE aconselham o estudo radiológico da cavidade uterina, especialmente nas doentes novas com miomas subserosos ou intersticiais que podem coexistir com miomas submucosos clinicamente indistinguíveis.

A simples miomectomia dos tumores palpáveis arriscava a doente a um insucesso, pois teriam ficado no útero outras lesões que obrigavam, tempo depois, a uma reoperação indesejável.

Uma cavidade uterina sem deformações e de contornos regulares (em casos de miomas simples ou múltiplos) faz prever a possibilidade de extirpar os nódulos tumorais e de conservar o útero (se a idade e estado da doente o aconselharem) ou de tratamento fisioterápico pelos R. X.

Pelo contrário, a presença de formações poliposas salientes na cavidade uterina, contra-indicam a roentgen ou curieterápica, assim como o tratamento médico: impõe-se neste caso a terapêutica cirúrgica (BÉCLÈRE).

Vemos assim que a importância da histerografia transcende a de um simples meio de localização: pode fornecer elementos fundamentais para a orientação terapêutica.

## VII — ESTUDO CRÍTICO

Chegamos agora à altura de discutir o valor do estudo radiológico da cavidade uterina na propedêutica ginecológica.

Trata-se de um método insuficientemente divulgado e pouco conhecido dos policlínicos e que, mesmo entre os especialistas, ainda não é utilizado com muita frequência.

Do aspecto das imagens podemos tirar certas deduções de carácter anatomo-patológico, sem no entanto podermos afirmar de maneira absoluta a natureza do processo em causa: uma cavidade uterina de forma normal cujos bordos são denteados sugere o diagnóstico de hiperplasia glandular quística; as imagens de subtracção de contornos esfumados irregulares fazem pensar nos cancros; zonas redondas de menor densidade devem corresponder a pólipos, etc.

Acabamos de mostrar que a histerografia pode contribuir muito para a exactidão do diagnóstico, localizando a lesão e desenhando-lhe a forma e os limites. Consequentemente, deve ocupar um lugar de excepcional relevo no exame pré-operatório das doentes, mas importa averiguar qual o rigor dos seus informes.

SCHULTZE, em 64 casos de mioma verificou o seguinte:

- em 84 % dos casos a histerografia permitiu fazer um diagnóstico exacto;
- em 6 % o diagnóstico era duvidoso;
- em 10 % não havia as lesões que a imagem radiológica deixava supor.

Acentua, porém, que se tratava de casos de diagnóstico incerto e em nenhum deles havia miomas submucosos. Nestes, afirma SCHULTZE, a «sua observação na imagem radiológica é segura em 100 %».

Os diagnósticos errados e duvidosos diziam respeito a miomas pediculados subsercosos ou nódulos miomatosos pequenos.

Surpreendem-nos as conclusões do trabalho de SWEENEY que se baseia no estudo de 578 doentes nas quais tinham sido feitos diagnósticos radiológicos de lesões uterinas. 218 foram a seguir operadas e, como algumas tinham dois diagnósticos, o total destes era de 232:

128,	isto é	55,1 %	não foram confirmados
82	»	»	35 % foram confirmados
22	»	»	9,5 % foram duvidosos

É estranho que seja tão elevada nesta série a percentagem de diagnósticos errados em processos que determinam alterações da imagem da cavidade uterina que se reconhecem facilmente.

Estas conclusões afastam-se nitidamente das de outros autores que atribuem a este método uma exactidão muito maior.

WEXLER, por exemplo, em 104 casos de hemorragias uterinas, conseguiu, pela histerografia, descobrir a origem das perdas em 75 % das doentes. MAGNISON e MALMNÄS, numa série de 121 observações, provaram que o histerograma e a análise histopatológica concordaram em 111 e nas 10 restantes havia defeitos de repleção interpretados como pólipos que a curetagem não confirmou.

STEADMAN, considera-o um meio auxiliar valioso para o diagnóstico de várias lesões congénitas e adquiridas do útero, e ROZIN diz que a uterografia é um método valioso para a descoberta de miomas submucosos, assim como para o seu diagnóstico diferencial com outros processos patológicos.

Para BÉCLÈRE a histerografia é indispensável para a despistagem das lesões intra-uterinas responsáveis por hemorragias e abortos espontâneos.

Procurámos averiguar nas nossas observações qual foi a percentagem de casos em que o exame anato-patológico concordou com a informação dada pela histerografia e os resultados foram os seguintes:

#### IV QUADRO

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS DIAGNÓSTICOS  
FEITOS PELA H.S.G. E OS EXAMES HISTOPATO-  
LÓGICOS ULTERIORES

	NÃO REVELADOS PELA H.S.G.	DIAGNOSTICADOS PELA H.S.G.	CONFIRMADOS POR EXAME HIST-PAT E ESTUDO DAS PEÇAS OPERATÓRIAS	% DE RESULTADOS EXACTOS DE H.S.G.
HIPERPLASIAS DO ENDOMÉTRIO .	-	11	11	100 %
MIOMAS DE TODOS OS TIPOS	7	17	17	70 %
PÓLIPOS DO ENDO- MÉTRIO	-	11	11	100 %

É possível que este desacordo entre os resultados deduzidos da estatística de SWEENEY e as restantes opiniões tenha a sua explicação na maneira como foram feitos os diagnósticos e tiradas as conclusões.

Tomemos como exemplo os miomas submucosos e os pólipos do endométrio.

V QUADRO

Resultados em 122 casos de  
mioma submucoso

	Nº	%
Confirmados	50	41
Por curetagem	38	
Por laparotomia	12	
Não confirmados	72	59
Por laparotomia	29	
Por curetagem	43	
Total	122	100

Não diz este autor se nos casos em que praticaram a laparotomia foi feita a simples inspecção (ou, quando muito, a palpação do útero) ou se quer significar que se fez o estudo da peça operatória após histerectomia.

Não é legítimo tirar qualquer conclusão sem elucidar previamente este ponto, dado que os informes da inspecção e palpação não podem servir para invalidar o diagnóstico de lesões endo-uterinas feito por meio dos exames radiográficos.

O contrôle dos restantes diagnósticos foi feito pela curetagem, mas consideramos tal critério inteiramente errado.

A tabela seguinte diz respeito a 32 casos de pólipos revelados pela histerografia e mais 5 que este exame não revelou.

#### VI QUADRO

### Resultados em 37 casos de pólipos do endométrio

---

<i>Diagnosticados pela histerografia :</i>	32
--	----

<i>Confirmados pela curetagem :</i>	5
-------------------------------------	---

<i>Não confirmados pela curetagem :</i>	27
---	----

---

<i>Não revelados pela histerografia e extraídos pela curetagem :</i>	5
--	---

Como não se faz referência a outros meios de diagnóstico, presumimos que, pelo facto de a curetagem não permitir colher fragmentos de miomas ou de pólipos, se conclui pela sua ausência. Sabemos, porém, que tal dedução está longe de ser exacta: há pólipos e miomas pediculados que escapam à curetagem mais cuidadosa, mesmo quando se conhece a sua localização pela histerografia.

Citámos já um caso de NORMAN em que foram precisas três curetagens para confirmar um diagnóstico de cancro que era evidente numa histerografia prévia.

Num outro caso do mesmo autor, duas curetagens consecutivas não revelaram alterações patológicas. A seguir foi feita

uma histerectomia e o estudo da peça operatória confirmou a existência de um cancro que a histerografia tinha revelado.

Uma outra possível causa de erro reside nos exames histo-patológicos: cortes em número insuficiente ou incidindo em zonas incharacterísticas.

Em face disto, somos levados a admitir que a grande maioria das lesões endo-uterinas reveladas pelo exame radiológico existiam e, sendo assim, a conclusão a tirar é oposta à do referido autor: a percentagem de erros de diagnóstico da curetagem uterina é muito superior à da histerografia.

Só assim se compreende que SCHULTZE afirme que «é certa a observação da imagem radiológica dos miomas sub-mucosos em 100 % dos casos».

É evidente que este método, como aliás todos os restantes, está sujeito a erros, mas a responsabilidade de alguns não cabe ao método em si mas à interpretação das imagens. Algumas são atípicas e é difícil atribuir-lhes um significado exacto e outras sugerem lesões que o exame anatomo-patológico das peças operatórias não confirmou.

Mas, a par destes, há casos em que se encontraram processos orgânicos endocavitários, tendo sido negativa a histerografia.

DALSACE cita vários casos operados com o diagnóstico radiológico de cancro do endométrio e o estudo das peças operatórias mostrou que se tratava de endometrioses. Sucedeu outro tanto com miomas submucosos de superfície endocavitária irregular e necrosada.

Discordamos daquela atitude extrema de BÉCLÈRE que preconiza uma histerectomia imediata em casos de metrorragias pós-menopáusicas logo que a histerografia revele uma imagem lacunar.

Muitas operações foram executadas em consequência de conclusões desta ordem e o estudo das peças operatórias revelou a verdadeira natureza destes processos, alguns dos quais não justificavam o acto cirúrgico.

A nossa decisão não pode basear-se num só exame que, embora muito útil, é falível.

Alguns destes erros resultam de se pedir à histerografia mais do que ela pode dar: por seu intermédio obtemos imagens e não diagnósticos histo-patológicos. Aquelas podem corresponder a processos de natureza diferente desde que as respectivas configurações externas sejam semelhantes. É o que sucede com certos

pólipos placentares, micmas pediculados e pólipos do endométrio que podem ter aspecto idêntico ao de carcinomas endocavitários.



FIG. 19

Cabe a outros meios complementares de observação determinar a natureza da lesão. A este respeito a histerografia apenas poderá sugerir hipóteses e não afirmar certezas.

ERNST, citado por SCHULTZE, refere a confusão possível de imagens de pólipos e de sinéquias uterinas.

Numa das nossas observações sucedeu exactamente isto.



FIG. 20



FIG. 21

Fotografia da peça operatória:

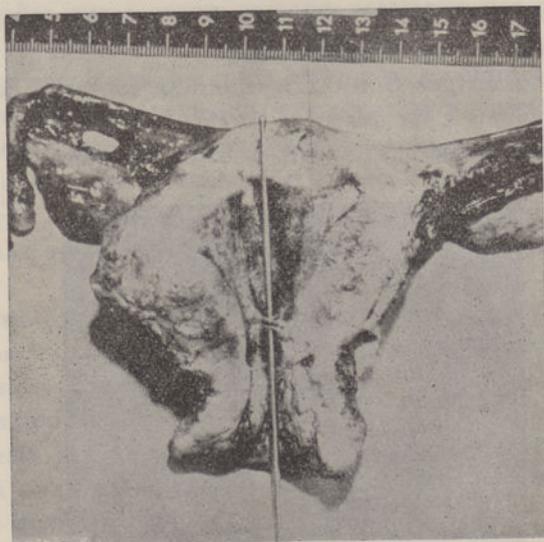


FIG. 22

O diagnóstico diferencial entre uma e outra lesão costuma fazer-se por meio de imagens seriadas colhidas nas fases consecutivas da repleção e do esvaziamento da cavidade uterina.

No caso das sinéquias o aspecto mantém-se imutável na sua situação, contornos e nitidez, enquanto que a visibilidade dos

# durabolin

fenilpropionato de 19 - norandrostenolona

A MAIS PODEROSA  
PREPARAÇÃO  
ANABÓLICA  
DE ACÇÃO  
PROLONGADA  
PARA



**CANCRO MAMÁRIO  
INOPERÁVEL**

alivia a dor e produz  
uma sensação de bem estar.

**OSTEOPOROSE**

favorece a recalcificação óssea.

**PERDA DE PÊSO**

acelera a síntese das  
proteínas.

um produto



**ORGANON**  
Holanda

representantes



**LISBOA** RUA DA PRATA, 250 (APARTADO 2065)  
**PORTO** RUA ALEXANDRE BRAGA, 138 (APARTADO 268)

# LIVRARIA LUSO-ESPAÑHOLA, L.<sup>DA</sup>

PORTUGAL

ESPAÑHA

BRASIL

Rua da Sofia n.º 121

C O I M B R A

## LIVROS • REVISTAS

VENDAS A PRESTAÇÕES MENSAIS

---

Exposição permanente no Átrio do Edifício da Faculdade de Medicina

pólipos pode variar nas diversas fases do exame e, na repleção máxima, chegam a desaparecer por completo, como adiante se verá.

Para ser significativo, um defeito da imagem deve manter uma posição constante.

A sua forma pode variar com a repleção e a visibilidade modificar-se ao ponto de se extinguir por completo, como acabamos de ver.

Outros erros resultam de defeitos de técnica: alguns são difíceis de evitar, mas outros podem eliminar-se executando correctamente o exame e procurando esclarecer no seu decurso alguma dúvida que, porventura, surja.

Há imagens de bolhas de ar que simulam o aspecto radiológico de pólipos, mas o diagnóstico diferencial é relativamente fácil: o seu aspecto varia de um clichê para outro; deslocam-se e diminuem de tamanho à medida que a pressão intra-uterina aumenta.

Certas lesões só são visíveis em clichês oblíquos ou feitos com tracção do colo.

Enfim, pormenores que a experiência vai aconselhando e que muito contribuem para aumentar a exactidão dos informes.

Esta depende muito do rigor da técnica seguida e a ela nos vamos referir agora, chamando a atenção apenas para os pontos que reputamos essenciais.

## VIII — TÉCNICA DA HISTEROGRAFIA

Devemos considerar a histerografia como uma intervenção cirúrgica, diz-nos SCHULTZE, e rodear-nos de todas as precauções habituais em semelhantes actos.

Como princípio fundamental para um bom êxito do exame, consideramos indispensável a colaboração do radiologista e do ginecologista durante a sua execução.

Este último é portador da informação completa respeitante à morfologia do aparelho genital e no seu espírito surgiram as dúvidas acerca da natureza, localização ou extensão das lesões. No decurso do exame radiográfico à medida que a fluoroscopia vai fornecendo informes, vai-se concretizando uma determinada hipótese e, para firmá-la melhor, pode ser necessário colher imagens com inclinações variáveis, tracção do colo, etc.

Quer dizer: não basta injectar o produto contraste e colher imagens com intervalos de tempo prèviamente estabelecidos, como

provavelmente aconteceria se a paciente fosse enviada sòzinha a um serviço de radiologia: radiografias tènicamente perfeitas podem não trazer nenhum esclarecimento ao diagnóstico.

A histerografia é, portanto, um exame ginecológico executado com a colaboração de um radiologista.

Julgamos ser esta a posição relativa de cada um destes tècnicos, aliás preconizada por especialistas eminentes da categoria de COTTE, SCHULTZE, FUNCK-BRENTANO, etc.

Como meio de contraste utilizamos os iodados hidro-solúveis (a uma concentração de 70 %) cujas vantagens sobre os iodados liposolúveis se nos afiguram evidentes.

A densidade da sombra sofre variações que reproduzem as menores irregularidades da superfície endo-uterina, facto que não ocorre com os liposolúveis, cuja mancha opaca pode ocultar formações patológicas intra-cavitárias.

Damos como exemplo a observação seguinte:

Isaura B. C. consulta-nos por ser estéril. Uma radiografia feita no Brasil (Santos) com lipiodol mostra uma cavidade uterina de tamanho e formas normais.

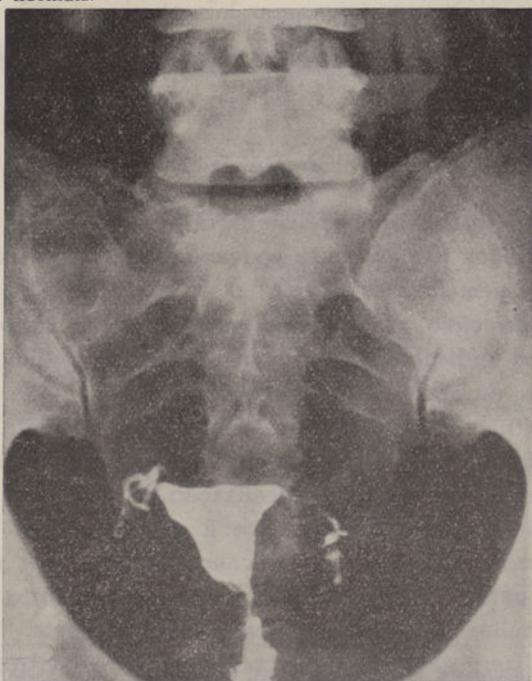


FIG. 23

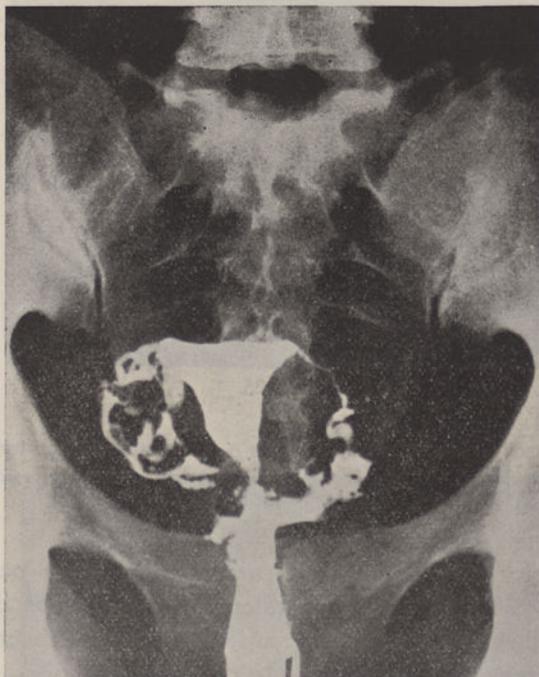


Fig. 24

Repetimos o mesmo exame utilizando um iodado hidro-solúvel e depa-ramos com várias imagens de subtracção sugerindo a hipótese de pólipos.



FIG. 25

Fizemos uma curetagem biópsia e o diagnóstico foi confirmado: Análise histológica N.º 2.487 do Instituto de Patologia Geral. Resumo: Polipose do endométrio. a) Renato Trincão.

Utilizamos sondas de bico curto para não se ocultarem as imagens do canal cervical e, geralmente, procedemos da seguinte maneira: colhemos três clichés na fase de preenchimento, um no máximo de replecção e um durante o esvaziamento.

Costumamos fazer a primeira radiografia logo que se torna visível a imagem ténue da cavidade uterina (habitualmente após a instilação de 1,5 c.c. de substância contraste).

Daqui por diante, o momento da execução dos clichés depende das impressões que vamos colhendo quando observamos a progressão da replecção no écran fluoroscópico: a cada mudança de aspecto deverá corresponder uma radiografia.

Torna-se indispensável colher várias imagens radiográficas, pois há pormenores que só se observam em camada fina e que desaparecem por completo quando o produto contraste distende o útero.

A observação seguinte ilustra o que acabamos de dizer.

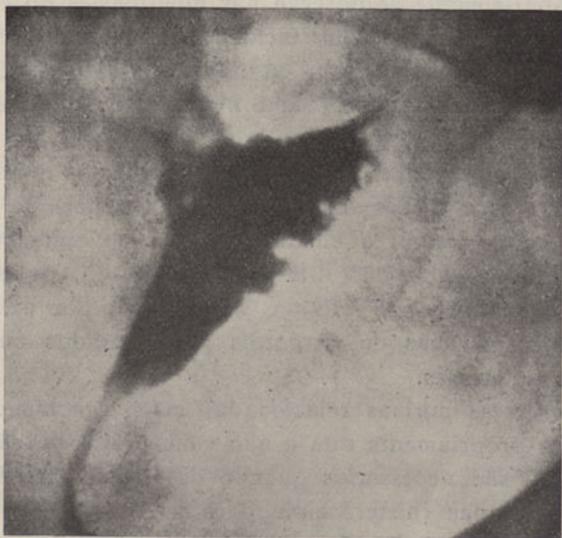


FIG. 26

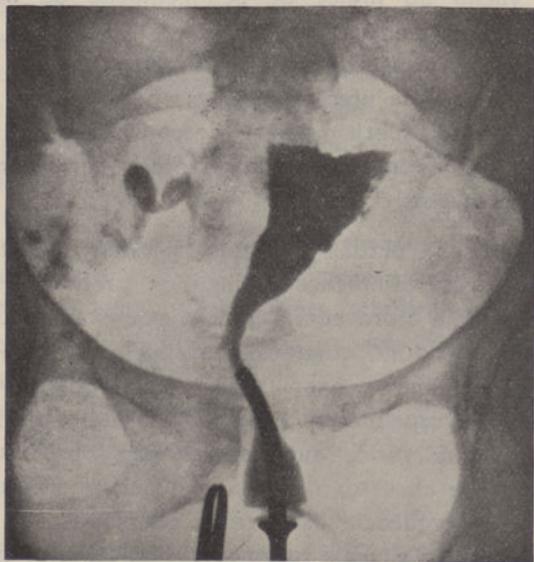


FIG. 27

Uma polipose do endométrio (confirmada histologicamente) apenas foi visível nas primeiras imagens. Nas restantes, o aspecto é o que habitualmente se observa nas hiperplasias do endométrio.

Radiografias feitas com incidências oblíquas, tracções ou impulsos no colo, etc., podem ou não ser executadas, conforme o ginecologista que dirige o exame necessita ou não de esclarecimentos complementares.

Tem para nós muita importância o estudo das radiografias de esvaziamento, isto é, das imagens colhidas depois de retirada a cânula do colo uterino: a eliminação mais ou menos rápida do contraste e a sua retenção difusa ou localizada, podem dar-nos uma ideia da tonicidade uterina, assim como da existência de lesões ístmico-cervicais ou corporais pouco nítidas ou invisíveis nos clichés anteriores.

Estas são as normas relacionadas mais directamente com a histerografia propriamente dita e não vamos fazer alusão a outros cuidados que são necessários quando desejamos também fazer o estudo das trompas (histerosalpingografia).

As suas contra-indicações mais importantes são as seguintes:

- Gravidez;
- Infecção útero-anexial aguda ou sub-aguda com elevação do índice de sedimentação ou alterações do quadro leucocitário;
- Hemorragias uterinas abundantes;
- Curetagem uterina recente;
- Estados febris (mesmo de causa geral);
- Doenças graves intercorrentes (cárdio-vasculares ou de outros órgãos).

As pequenas perdas sanguíneas não constituem para BÉCLÈRE uma contra-indicação, mas nós preferimos sustar primeiro a hemorragia e proceder depois a este exame. Concordamos inteiramente com BROCCO quando aconselha prescindir-se da histerografia sempre que este exame não pareça inofensivo.

Talvez por respeitarmos estas contra-indicações, não temos tido acidentes que vários autores referem: injeções vasculares; pelvi-peritonites e abscessos da Douglas; perfurações uterinas, etc.

Com certa frequência as doentes queixam-se de dores umas horas após o exame e, mais raramente, têm febre: o gelo, repouso e os antibióticos eliminam rapidamente estes sintomas.

Há uma objecção de outra ordem que se faz à sua execução. Consiste nos inconvenientes que podem resultar da incidência dos R. X. nos ovários, durante o exame: cinco radiografias antero-posteriores correspondem aproximadamente a uma irradiação de 3,5 r e com mais duas oblíquas a totalidade atingirá 6,9 r.

Mesmo tendo em conta o acréscimo exigido pela radioscopia do próprio exame, não nos parece que tenham grande consistência os receios de perturbações da função reprodutora do ovário, assim como de anomalias nas células germinativas responsáveis por malformações.

Até que provas mais concretas nos seja dado apreciar, consideramos que esta objecção é de natureza especulativa.

## IX — CONCLUSÕES

Estamos a chegar ao termo do nosso trabalho e, neste momento, impõe-se ao nosso espírito a necessidade de tirar conclusões do que acabamos de expor.

No dizer de BÉCLÈRE, «se há 25 anos a ginecologia médica francesa está, em muitos aspectos, mais avançada do que a praticada noutros países, isso deve-se na maior parte à histerosalpingografia sistemática».

Creio ter sobejamente demonstrado que a histerografia pode prestar inestimáveis serviços quando é necessário estudar a patologia (orgânica e funcional) endo-uterina.

Este exame faz hoje parte da propedêutica ginecológica corrente e proporciona-nos elementos objectivos concretos, de fácil apreciação.

Não obstante, não basta só por si para nos permitir formular um diagnóstico etiológico, mesmo nos casos em que as imagens são mais sugestivas e mais nítidas. Para atingirmos este objectivo, torna-se necessário executar outros exames complementares, na base dos quais se encontra uma observação clínica correcta: dosagem de hormonas, citologia de descamação e análises histo-patológicas. É a estas últimas que cabe revelar a verdadeira natureza da lesão.

Graças aos progressos em cada um destes campos, tornou-se mais eficiente a terapêutica médica e acentuou-se o progresso da ginecologia num sentido nitidamente conservador: ultrapassou-se

a fase em que, para se ser ginecologista, bastava ser cirurgião. Pretender continuar amarrado a esta ideia é ocupar uma posição anacrónica sob o ponto de vista intelectual e perigosa sob o ponto de vista social.

A despistagem do cancro, os problemas de esterilidade e a cirurgia funcional ginecológica requerem uma especialização avançada, praticamente incompatível com o domínio efectivo das disciplinas cirúrgicas extra-genitais.

Ignorar um carcinoma endocavitário coexistindo com um mioma em que a atenção se concentra com exclusivismo ou um micro-cancro que se apresenta sob a forma de uma cervicite mais ou menos pronunciada, são faltas que podem custar vidas.

Em tais casos o acto cirúrgico pode ter sido perfeito e revelar a habilidade de quem o executou. Mas é preciso mais do que isso: é necessário ter competência para estudar convenientemente os casos.

O ginecologista, mais do que outro qualquer cirurgião, baseia a sua actuação no confronto de três provas:

— Observação pré-operatória

— Observação durante o acto cirúrgico

— Estudo anatomo-patológico da peça operatória.

Nelas assenta a indicação operatória, a escolha da intervenção e o tratamento complementar. Também, mais do que qualquer outro cirurgião, o ginecologista precisa de exames prévios histo-patológicos e doseamentos hormonais, assim como de endoscopias peritoneais e urológicas.

É neste conjunto que vem integrar-se a histerografia com a clareza de muitas das suas imagens e a exactidão dos seus informes. É evidente que o valor dos dados que proporciona depende essencialmente do rigor da técnica e até da orientação do próprio exame. Porém, há que aceitar e reconhecer as suas limitações: imagens inexpressivas ou de interpretação duvidosa; lesões endocavitárias não reveladas e outras que este exame sugeria mas que o estudo das peças operatórias não confirmou... etc.

Neste afã de descobrir lesões orgânicas relacionáveis com sintomas importantes que as doentes apresentam (no nosso caso particular: perdas sanguíneas) tem-se reduzido imenso o âmbito dos processos patológicos rotulados de funcionais.

Os progressos, na realidade, têm sido enormes. Mas haverá sempre um certo número de lesões orgânicas responsáveis por



# Detigon<sup>®</sup>

Gotas antitússicas

## Dupla intercepção do circuito reflexo tússico

Ação electiva sobre o centro tússico

Efeito anestésico local

Nenhuma habituação —

Ausência de obstipação —

Nenhuma depressão respiratória

Acalma a tosse de toda génese

Detigon:

Soluto aromatisado a 5% de cloridrato de 1-fenil-1-o-clorofenil-3-dimetilaminopropanol-(1).

Embalagem original:

Frasco conta-gotas de 10 cm<sup>3</sup>



Representante para Portugal «Bayer» -Farma Limitada  
Rua da Sociedade Farmacéutica 3, 1<sup>o</sup> Lisboa 1

» Bayer « Leverkusen Alemanha



hemorragias que escapam inteiramente à semiologia radiológica: as adenomioses intersticiais, miomas intersticiais que não deformem a cavidade uterina, miomatoses difusas, lesões das paredes vasculares da mucosa uterina, etc.

Não podemos esperar que a histerografia nos venha solucionar estes problemas e devemos recorrer a todos os restantes meios de observação susceptíveis de prestar esclarecimentos.

A cirurgia dos miomas tem-se orientado num sentido conservador e a histerografia torna-se, por esse facto, cada vez mais necessária. Mas há muitos casos em que é insuficiente para esclarecer as dúvidas acerca da localização e limites dos tumores e suas relações com os órgãos vizinhos.

Quando assim acontece, podemos recorrer à pelvigrafia gasosa — correntemente denominada ginecografia — associada à histerosalpingografia.

Há um ano que começámos a executá-la e temos obtido imagens interessantíssimas que foram decisivas no diagnóstico diferencial de alguns tumores.

O aperfeiçoamento da semiologia é fundamental para o progresso da ginecologia que, no dizer de alguém, é hoje uma ciência exacta, com diagnósticos etiológicos precisos e indicações terapêuticas bem estabelecidas.



# ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA DAS PERICARDITES COM DERRAME DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA

POR

ANTUNES DE AZEVEDO

(Prof. Extraordinário da Faculdade de Medicina de Coimbra)

A expressão clínica da localização pericárdica da infecção tuberculosa pode revestir aspectos vários. Nuns casos o processo inflamatório específico limita-se a uma modesta reacção exsudativa, noutros acompanha-se de abundante derrame, situação mais frequente.

A contrastar com as pericardites de início agudo, ricas de sintomatologia, há que considerar as formas clínicas de evolução insidiosa, sem franca repercussão na dinâmica circulatória. Na primeira eventualidade cedo se impõe o diagnóstico de pericardite com derrame, na segunda, por lenta distensão da serosa, o quadro sintomatológico é apagado e por vezes só tardiamente merece do doente o recurso à assistência clínica.

A tuberculose do pericárdio resulta, frequentemente, da propagação por via linfática do B. K. acantonado em adenopatias do hilo ou de mediastino, mas pode ser secundário a lesões pleuropulmonares, ou, o que é menos comum, pode suceder a uma sementeira hematogénea.

Casos há, finalmente, nos quais, a despeito de meticolosos exames, a tuberculose do pericárdio se nos apresenta como clinicamente primária.

Os elementos que se colhem na observação do doente e aqueles que permite o estudo do exsudato (exame bacteriológico, inoculação

e culturas) nem sempre nos revelam a etiologia dum processo pericárdico específico.

Certas circunstâncias justificam o recurso à biópsia do pericárdio, como têm aconselhado entre outros BARR<sup>1</sup> e PROUDFIT e EFFLER<sup>2</sup>.

Até há pouco tempo a pericardite tuberculosa foi considerada como merecendo um prognóstico extremamente severo (KEEFER<sup>3</sup>, FROMENT<sup>4</sup>, HARVEY e WHITEHILL<sup>5</sup>, WOOD<sup>6</sup>, etc.

Alguns doentes com pericardite exsudativa curavam, é certo, não revelando, mesmo tardiamente, distúrbios hemodinâmicos, mas mais frequentemente se observava a evolução, tantas vezes a passos lentos, para a pericardite crónica constrictiva ou para a morte, consequência do próprio derrame.

Por longos anos foram desoladoramente inoperantes as medidas terapêuticas preconizadas. Prescreveu-se a tonificação com cálcio e vitaminas C e D, aconselhou-se rigoroso repouso, aliás obrigatório na maioria dos casos e por pericardiocenteses, repetidas com intervalos variáveis consoante a abundância do derrame e a pressão intrapericárdica, procurava-se lutar contra a adiestolia e suas consequências.

Alguns métodos terapêuticos, aconselhados e acolhidos com maior ou menor entusiasmo, não modificaram de modo sensível o prognóstico sombrio da pericardite tuberculosa com derrame.

Houve quem recomendasse a injeção de ar ou azoto na cavidade pericárdica após a evacuação parcial do derrame (THOMAS<sup>7</sup>, RUSSO<sup>8</sup>, GUIDOTTI e PUDDU<sup>9</sup>). Esta terapêutica teria por fim criar melhores condições para o trabalho cardíaco e fazer a profilaxia da sínfise pericárdica.

GUIDOTTI e PUDDU admitiam que com este tratamento «on ramèn le coeur dans les conditions physiologiques». RUSSO considerou que a dinâmica cardíaca seria melhorada e que as insuflações repetidas até à extinção do processo inflamatório impediriam a formação de aderências. A despeito dos resultados obtidos, o pneumopericárdio não foi largamente praticado.

A pericardiotomia foi preconizada com entusiasmo. No país vizinho mostraram-se entusiastas BUYLLA e MORAN<sup>10</sup>. Com esta conduta terapêutica os doentes com pericardite tuberculosa exsudativa teriam melhor futuro do que tantos outros sujeitos a punções evacuadoras, mesmo que estas fossem seguidas de pneumopericárdio. Não verificaram BUYLLA e MORAN as complicações temidas

por alguns autores, como a disseminação, as fístulas, a infecção secundária, etc.. Os acidentes da descompressão brusca seriam evitados desde que se procedesse à extracção duma quantidade apreciável de derrame por punção, antes da pericardiotomia. Os autores aconselhavam a pericardiotomia nos doentes com pericardite tuberculosa exsudativa desde que existissem sintomas agudos e graves, não dominados pelas punções, e nos casos de reprodução do derrame após repetidas punções evacuadoras.

Durante a nossa permanência nos Serviços de Cardiologia dos Hospitais da Universidade (da direcção do Prof. João Porto) foram submetidos à pericardiotomia três doentes, dois dos quais vieram a falecer em consequência da generalização do processo tuberculoso. O doente que teve mais longa sobrevivência foi vitimado por uma pericardite constrictiva com acentuada mediastinite.

A generalidade dos autores considerava perigosa a intervenção cirúrgica sobre um pericárdio com lesões tuberculosas em actividade.

Só a pericardite crónica constrictiva justificaria uma solução cirúrgica e mesmo assim considerava-se fundamentado o receio duma atitude intervencionista precoce. «On risque généralement moins à attendre qu'à se presser», diziam ANTY, BÉRARD e PIQUET, e este conselho foi, por certo tempo, tomado na devida consideração.

Este receio desapareceu quando se pôde contar com medicação de apreciável eficácia sobre o B. K.

Entramos assim em novo período da terapêutica da pericardite tuberculosa com derrame, por não haver justificação para temer a intervenção em plena actividade do processo específico.

Em 1951, HOLMAN e WILLET<sup>11</sup>, recomendavam uma atitude intervencionista na pericardite tuberculosa com derrame, quer num tempo procedendo à pericardiectomia, quer realizando esta intervenção 10 a 20 dias após uma pericardiotomia, se a gravidade do doente justificasse esta conduta. A pericardiotomia nunca dispensaria uma pericardiectomia complementar, porque a pericardite tuberculosa deveria ser considerada uma situação crónica e insidiosamente progressiva, terminando quase inevitavelmente na pericardite crónica constrictiva.

A ressecção do pericárdio seria muito mais fácil e vantajosa na fase de derrame, porque o compromisso do miocárdio seria então muito mais reduzido, pormenor da mais elevada importância, como é óbvio, para o futuro do doente.

Esta atitude intervencionista seria possível graças à medicação antibiótica, que permitiria desprezar a actividade do processo tuberculoso.

Também HERRMANN, MARCHAND, GREER e HEJMANCIK<sup>12</sup>, se mostraram convencidos da vantagem da pericardiectomia precoce, logo após o início do tratamento com estreptomomicina e PAS.

Outros autores aconselhavam a pericardiotomia com drenagem para o exterior, como DONALDSON e BAYLEY e colaboradores<sup>14</sup> ou para a cavidade pleural e drenagem desta para o exterior, como WILLIAMS e SOUTER<sup>15</sup>.

A realização da «janela pleuropericárdica» foi também aconselhada por PROUFIT e EFFLER<sup>2</sup>.

Esta técnica seria, em certas circunstâncias, de apreciável interesse, permitindo a biópsia para estudo histológico e assegurando a descompressão cardíaca em caso de derrames com tendência para a «cardiac tamponade».

Com o advento da estreptomomicina e mais tarde quando no arsenal da terapêutica anti-tuberculosa se incluiu o ácido para-aminosalicílico e a hidrazida do ácido isonicotínico, houve, como é natural, justificadas esperanças da eficiência da medicação no tratamento das pericardites com derrame de etiologia específica.

Em 1948 o Conselho Norteamericano de Farmácia e Química considerava ser necessária mais dilatada experiência da estreptomycinoterápia na pericardite tuberculosa com derrame, para que os seus resultados pudessem ser julgados criteriosamente.

MCDERMOTT<sup>16</sup>, TAPIE, J., LAPORTE, PINEL et MONNIER<sup>17</sup>, MEREDIT<sup>18</sup>, BUYLLA e ACEBEDO<sup>19</sup>, SHAEFFER<sup>20</sup>, FALK e EBERT<sup>21</sup>, SHAPIRO e WEISS<sup>22</sup>, e outros, utilizaram a estreptomomicina e foi de um modo geral considerada de valor a acção terapêutica do antibiótico.

BUYLLA e ACEBEDO afirmaram ter obtido um êxito completo com a estreptomycinoterápia.

SHAEFFER, com uma experiência de 13 casos, concluía que o prognóstico da pericardite tuberculosa havia melhorado, conseguindo-se diminuir o número de mortes devidas a outras localizações da infecção e reduzir a frequência da evolução para forma constrictiva crónica. Quando esta evolução foi registada, o processo constrictivo iniciou-se precocemente. Os doentes que passado um ano não sofriam de pericardite constrictiva, não apresentavam ulteriormente sintomas desta afecção.

Dos 17 doentes tratados por FALK e EBERT, 3 tiveram de ser submetidos à pericardiectomia.

GOYETTE, OVERHOLT e RAPAPORT<sup>23</sup>, já em 1954, aconselhavam, além de punções pericárdicas para evacuação do derrame, no caso de existir compressão cardíaca, estreptomomicina (2 grs) com dois dias de intervalo e 12 grs de ácido para-aminosalicílico ou 300 mgrs de hidrazida do ácido isonicotínico, diàriamente. O tratamento deveria ser mantido, por via de regra, até passarem seis meses contados a partir do fim da actividade do processo. A ressecção pericárdica seria realizada sempre que a situação do doente a justificasse, mas também neste caso a terapêutica seria mantida depois da intervenção, segundo a conduta acima indicada.

Em cinco dos vinte e sete doentes tratados pelos autores, o processo pericárdico evoluciona para a pericardite constrictiva crónica.

FRIEDBERG<sup>24</sup>, em 1957, ao ocupar-se da terapêutica da pericardite tuberculose com derrame, cita a conduta aconselhada por GOYETTE e colaboradores e faz o mesmo LAMB<sup>25</sup> em 1959. DUBOURG e colaboradores<sup>26</sup> trataram com estreptomomicina, estreptomomicina e hidrazida ou estreptomomicina, hidrazida e PAS, sete doentes com pericardite com derrame, cuja etiologia tuberculosa foi considerada certa ou muito provável, e em todos verificaram, e em breve prazo, a evolução para sínfise pericárdica. Ora esta ocorrência justifica que se pondere na possível responsabilidade da terapêutica instituída.

O início do processo pericárdico que conduz à pericardite crónica constrictiva não pode, por vezes, determinar-se com certa aproximação. Tomando em conta os casos nos quais esta dificuldade não se verificou e em observações registadas antes de 1947, dizem os autores que frequentemente decorrem anos até que a constrictão pericárdica possa traduzir-se por sintomatologia evidente.

Também CASTEL<sup>27</sup> se refere à observação mais frequente de sínfises precoces, após o tratamento das pericardites tuberculosas pela estreptomomicina, provavelmente por virtude da acção esclerogénea do antibiótico.

Se é certo que a medicação anti-tuberculosa com que hoje contamos pode actuar sobre as lesões exsudativas, conduzindo à cura com *restitutio ad integrum*, não é menos certo também que, em dadas circunstâncias, não deixa de observar-se a evolução para

a pericardite constrictiva e que em certos casos merece ser considerada a responsabilidade da terapêutica instituída.

Entretanto, não pode negar-se que a estreptomina, a hidrazida e o PAS contribuíram de modo evidente para tornar menos sombrio o prognóstico da pericardite com derrame, conduzindo nuns casos à cura completa das lesões e noutros permitindo uma intervenção cirúrgica precoce.

Há anos, porém, alguns autores preconizam com o maior entusiasmo que à medicação anti-tuberculosa se associem os cortisónicos, capazes de, pelo menos em certas circunstâncias, pela sua acção resolutive, impedirem a evolução das lesões inflamatórias, de modo a evitarem um processo de organização conjuntiva cicatricial com todas as suas consequências.

Por algum tempo se aceitou que a corticoterapia não deveria ser utilizada nos processos de etiologia tuberculosa, mas hoje em dia é geralmente considerado que, sob eficiente cobertura da medicação específica, a corticoterapia convenientemente orientada pode, em certos casos, ser extremamente vantajosa.

Deverá até a medicação pelos corticosteroides permitir, em certas circunstâncias, uma acção mais eficiente da medicação anti-tuberculosa. No caso da terapêutica de cobertura não ser eficaz, por estarmos em face de estirpes resistentes, os efeitos proinfectiosos dos corticosteroides podem rapidamente revelar-se por intensa evolutividade das lesões ou até por uma disseminação fatal.

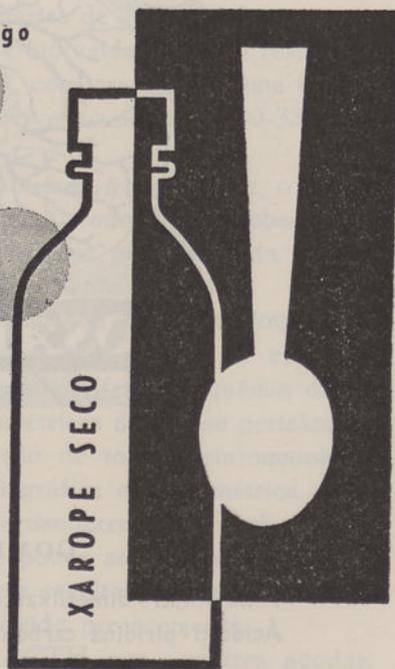
O tratamento pela associação tuberculoestáticos/cortisónicos deverá ser instituído o mais precocemente possível. Algumas observações relatadas, em que esta conduta foi seguida, são dignas de ser referidas.

BOUVRAIN, THIBIER e AUBIVEN<sup>28</sup>, que utilizaram o ACTH ou a cortisona a coberto da medicação anti-tuberculosa, salientam a influência marcada sobre a evolução do derrame, cuja reabsorção completa se operou em duas a três semanas. Nos seus casos, a melhoria do estado geral foi quase instantânea e a apirexia foi obtida em 24-48 horas.

BOUVRAIN e colaboradores acentuam que há necessidade de actuar rapidamente com o objectivo de evitar a formação de depósitos de fibrina e a produção de tecido colagénico.

SORS, ROUGEAU, TROCMÉ e TESTARD<sup>29</sup>, citam o caso dum doente com temperaturas elevadas, pleurisia com derrame e sombra cardíaca globosa e muito aumentada de volume, na qual a

Especial para crianças,  
o primeiro  
antibiótico de espectro largo  
sob a forma  
de xarope seco



# PARAXINE

CLORANFENICOL <BOEHRINGER>

## XAROPE SECO

30 g de xarope seco com vitaminas  
= 60 cm<sup>3</sup> de xarope contendo 1,5 g  
de Cloranfenicol

Ferraz, Lynce, Lda.

R. Rosa Araújo, 27-31

Lisboa

UM PRODUTO NOVO PARA O TRATAMENTO DA



#### COMPOSIÇÃO

l-hexil-3,7-dimetilxantina . . . . .	0,20 g
Ácido $\beta$ -piridina carbónico . . . . .	0,05 g

#### APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos  
Caixa de 100 comprimidos

**Chemische Werke ALBERT**  
Wiesbaden—Biebrich

Representante:

**PESTANA & FERNANDES, L.<sup>DA</sup>**

Secção de Propaganda:

Rua dos Correeiros, 92-3.º Esq.  
LISBOA—Telef. 24262

reabsorção da pericardite pelo ACTH foi espectacular. Em 48 horas a sombra cardíaca e o electrocardiograma tornaram-se normais.

O ACTH, em duas injeções diárias de 25 mgrs, durante uma semana, associado à estreptomina e hidrazida, mostrou resultados brilhantes num doente de CORCOS<sup>30</sup>, com grande derrame hemorrágico, submetido já a várias punções evacuadoras (400-330-650-450-350-300 e 150 c.c.).

Cerca de dois meses depois de iniciada a terapêutica, o doente teve alta do hospital «completamente curado». Esta observação de CORCOS reveste-se de grande interesse pelo facto da hormonoterapia ter sido eficaz, mesmo tardiamente instituída.

Também sob este aspecto merece citação o caso de TOURNIÈRE, BLUM e GROS<sup>31</sup>, de pericardite com três meses de evolução. O doente apresentava sinais de estase periférica, isquémia difusa subepicárdica e características tensiométricas de sínfise pericárdica. A terapêutica conduziu à desapareição de toda a sintomatologia clínica e à normalização electrocardiográfica e tensiométrica.

Em circunstâncias idênticas a cortisonoterapia deverá ser tentada, por não ter inconvenientes e poder ser coroada de êxito, mas indubitavelmente que os melhores resultados devem ser esperados quando o tratamento for instituído precocemente.

Ao apreciarem os efeitos do ACTH nas serosites agudas, LEBACQ e Mlle. TIRZMALIS<sup>32</sup>, afirmam que a sua eficácia não vai ao ponto de evitar a sínfise, mas a verdade é que nas suas três observações a terapêutica foi iniciada um tanto tardiamente. Assim, no 1.º caso que relatam, já em Novembro de 1953 havia sinais de pericardite e só em Fevereiro de 1954 recorreram ao ACTH e após ter sido prescrita a terapêutica específica. Na 2.ª observação não é possível precisar o tempo de evolução do processo pericárdico, mas referem que, no início do ano de 1954, já o doente se queixava de dores torácicas. Ora foi em 10 de Fevereiro, quando se procedeu à hospitalização com atritos pericárdicos e um aumento importante da sombra cardíaca, que se instituiu a hormonoterapia. Finalmente na 3.ª observação, que diz respeito a um rapaz de 4 anos, havia temperatura subfebril e dores torácicas em 9 de Março, embora nesta data fosse normal uma radiografia do tórax, e só em 21 de Maio foi prescrito o ACTH, após intensificação da sintomatologia dolorosa e depois de um estudo radiológico feito dois dias antes de ter evidenciado um aumento da sombra cardíaca.

ROBERT RAYNAUD<sup>33</sup>, aconselha os cortisónicos nos derrames abundantes e de grande reacção febril e adopta o seguinte esquema terapêutico:

- a) estreptomicina — 1 gr diàriamente até à desapareição da febre e depois com dois dias de intervalo;
- b) isoniasida — 6 a 10 comprimidos por dia, segundo o peso;
- c) ácido para-aminosalicílico — 15 grs em perfusão ou por via oral, diàriamente;
- d) deltacortisona — 30 mgrs durante três dias e em seguida 5 a 10 mgrs.

Nos casos de grande derrame e hipertermia, associa a esta terapêutica a fenilbutazona na dose de 0,50 a 1 gr, por via intramuscular, diàriamente, durante três dias.

Mantém a corticoterápia até à cura da pericardite (por vezes durante alguns meses), diminuindo a dose para o fim do tratamento. Só mais tarde abandona a terapêutica específica.

A terapêutica há-de ser, como é óbvio, variável consoante a evolução dos casos clínicos.

Nas duas observações relatadas por RAYNAUD, a terapêutica pela prednisona foi instituída depois do tratamento específico não ter mostrado influência apreciável sobre o derrame pericárdico. O tratamento havia sido feito com estreptomicina, isoniasida e ácido para-aminosalicílico durante dois meses, numa observação e durante um mês na outra. Na 1.<sup>a</sup> observação diz o autor que ao fim de três meses de prescrição de Cortancy «a cura é certa». Na 2.<sup>a</sup>, ao fim de cerca de 4 meses de tratamento, o coração mostrava-se normal clínica e radioscòpicamente, mantendo-se apenas alterações do electrocardiograma. Diz RAYNAUD que as suas duas observações objectivam bem a eficácia dos cortisónicos associados à terapêutica anti-bacilar.



Na observação que vamos relatar a terapêutica pela prednisona associada à estreptomicina e hidrazida, foi duma eficácia verdadeiramente espectacular.

M.r. de J. A., de 43 anos de idade, casada, doméstica, residente em Águas Boas, Oiã, Oliveira do Bairro, não referia no seu passado qualquer doença digna de registo, a não ser adenites cer-

vicais, cuja etiologia tuberculosa foi comprovada por exame histológico, em 1955.

Em fins de Março de 1956 adoeceu, com temperaturas elevadas, dispneia, dores no hemitórax esquerdo e opressão precordial. Teve assistência clínica, mas porque a situação se agravou foi, após alguns dias, internada no Hospital Conde de Sucena (Águeda).

Observada pelos distintos clínicos deste Hospital, foi estudada sob o ponto de vista cardiocirculatório pelo colega Dr. Arede Fernandes, que nos esclareceu quanto à sintomatologia apresentada até à data da nossa observação e nos mostrou os exames complementares obtidos durante o período de hospitalização.

No exame feito quando baixou ao Hospital, foi notada a existência dum atrito pericárdico e abolição do murmúrio vesicular, com macicez, na base do hemitórax esquerdo. A temperatura era de 38°,5 registaram-se 36 ciclos respiratórios/m. e havia cianose e turgescência das jugulares. Um exame radioscópico revelou a existência dum aumento apreciável da área cardíaca e de derrame pleural na base do hemitórax direito.

Foram determinadas as tensões arterial e venosa, sendo os valores encontrados respectivamente 114-66 e 22,2. A frequência cardíaca era de 96/m.

Foi feita uma toracentese, tendo sido extraídos 150 c.c. de derrame sero-hemorrágico. O electrocardiograma (Fig. 1), colhido

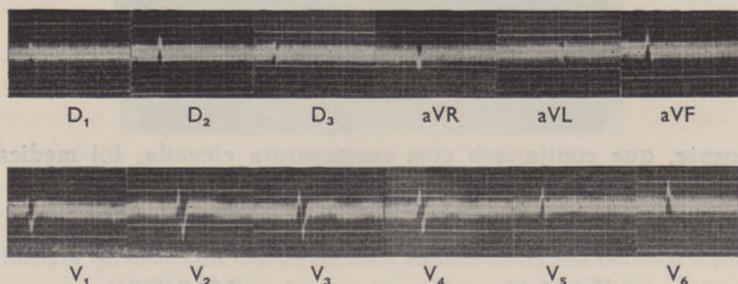


FIG. 1

em 30/3, estava de acordo com o diagnóstico de pericardite, evidente nos exames clínico e radioscópico.

Uma radiografia feita no dia 31/3 (Fig. 2) revela-nos um aumento considerável da sombra cardíaca, relacionado com o der-

rame pericárdico e opacificação do terço inferior do hemitórax direito por derrame da pleura.

O exame bacteriológico do derrame pleural não revelou a existência de bacilo de Koch ou outros germes. Nos dias 30 e 31/3

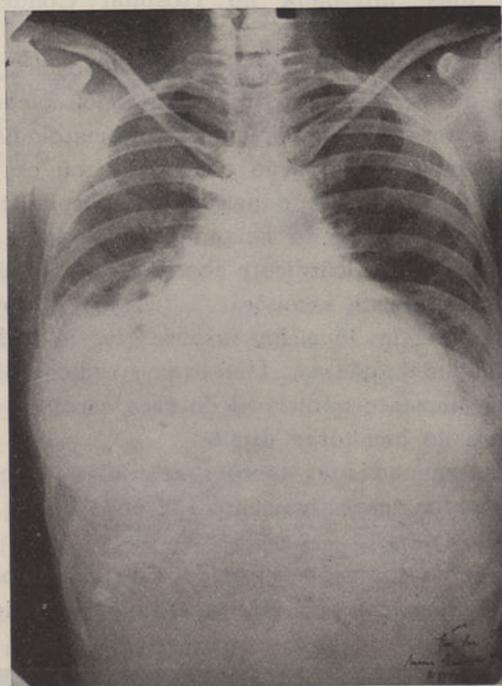


FIG. 2

a doente, que continuava com temperatura elevada, foi medicada com terramicina e nos dias 1 e 2/4 recebeu cloranfenicol.

Um hemograma em 3/4 forneceu o seguinte resultado:

Eritrócitos .....	3.250.000
Hemoglobina .....	72 %
Leucócitos .....	8.000
Neutrófilos .....	86 %
Linfócitos .....	12
Eosinófilos .....	1 %
Monócitos .....	1 %

A sedimentação das hemácias era elevada (índice de Katz — 99).

Em 2/4 foram extraídos 800 c.c. de derrame pleural. Na manhã de 3/4 a doente recebeu uma transfusão de sangue de 320 c.c.. Foi neste dia que fomos chamados, para observar a doente, pelos nossos colegas do Hospital Conde de Sucena.

A dispneia era mais intensa do que nos dias anteriores e o termómetro registava 39°.

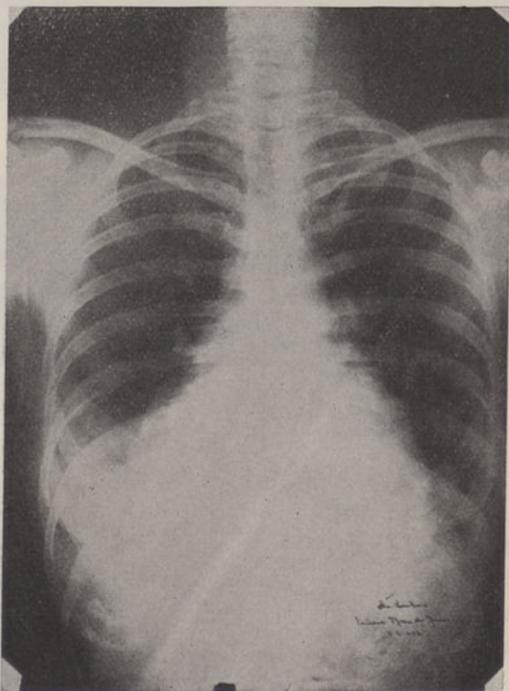


FIG. 3

Os colegas de Águeda e eu aceitámos, como muito provável, a etiologia tuberculosa dos processos exsudativos pericárdico e pleural e concordámos na terapêutica a instituir. A doente foi medicada com 1 gr de estreptomomicina e 400 mgrs de hidrazida do ácido isonicotínico, diàriamente, e a esta terapêutica associámos a prednisona na dose de 20 mgrs durante dois dias, 15 nos dois dias seguintes e 10 até ao dia 24/4. A terapêutica específica foi mantida durante o tempo da hospitalização (alta em 7/5) e só foi suspensa dois meses depois da doente abandonar o Hospital.

A resposta da doente à terapêutica instituída foi espectacular. O Dr. Arede Fernandes, informando-nos sobre os resultados obtidos, escrevia-nos passados dias, dizendo: — «Foi extraordinário o efeito da droga, não só na regressão da sintomatologia, como na reabsorção do líquido. Passadas 24 horas ficou apenas com temperatura subfebril e uma radiografia feita quatro dias depois parecia de outra doente, tal a redução da área cardíaca e o normal aspecto dos campos pulmonares.»

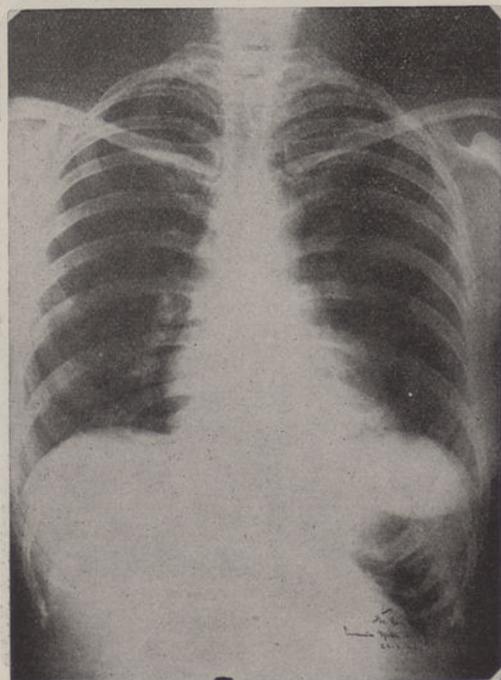


FIG. 4

A influência da terapêutica prescrita, sobre os derrames pericárdico e pleural, pode testemunhar-se pelas radiografias obtidas nos dias 7/4 e 24/4 (Figs. 3 e 4).

Após a suspensão da terapêutica, passou a fazer a sua vida normal, e exames recentes não revelam a existência de quaisquer elementos indicativos de evolução para a constrição pericárdica.

Deve dizer-se que as alterações electrocardiográficas se mantiveram durante bastante tempo, traduzindo isquémia da face

anterior. Em 21/9 notava-se ainda baixa voltagem dos acidentes, com T isoelectrico nas derivações clássicas, nas monopolares dos membros e em V5 e V6.

Em 5/11 o electrocardiograma apresentava-se quase normal (Fig. 5).

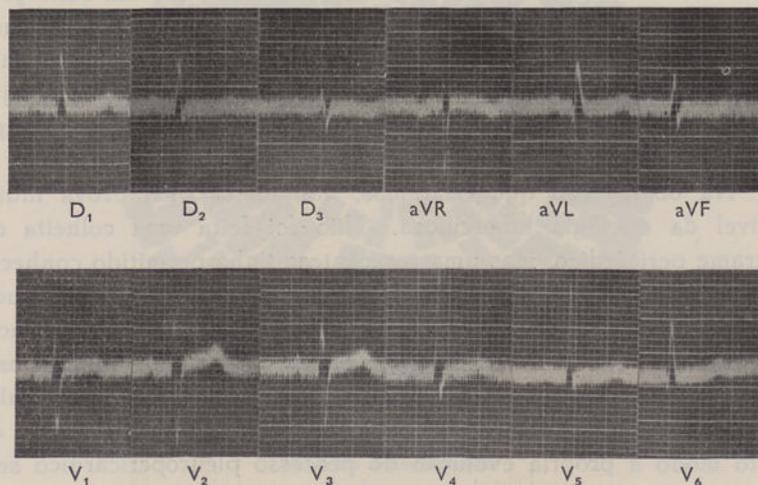


FIG. 5

Algum tempo depois tivemos oportunidade de submeter ao mesmo esquema terapêutico um doente com pericardite tuberculosa com derrame, que nos foi enviado pelos colegas de Trancoso, Dr. Mendes Isidoro e Dr.<sup>a</sup> D. Lídia Rodrigues Isidoro.

A pericardite era já evidente cerca de duas semanas antes de iniciarmos o tratamento com prednisona, a coberto da estreptomomicina e hidrazida.

Os resultados obtidos foram os melhores e exames ulteriores demonstraram que também nesta observação se não verificou a evolução para a pericardite constrictiva.



A pericardite tuberculosa com derrame, designadamente quando o processo evoluir com uma feição aguda, justifica plenamente o emprego dos cortisónicos sob eficiente protecção da tera-

pêutica específica. Nestas circunstâncias não há que temer a acção proinfectiosa dos cortisónicos. É legítimo admitir que esta conduta terapêutica nos proporcione uma rápida reabsorção do derrame pericárdico e contrarie eficazmente a evolução para a pericardite crónica constrictiva.

Nos casos em que a sua utilização se verifique em condições menos favoráveis, a associação medicamentosa que preconizamos poderá ser também eficaz, mas se vier a dar-se a evolução para a pericardite constrictiva, a solução cirúrgica não será prejudicada pelos cortisónicos, cuja suspensão terá lugar em tempo oportuno.

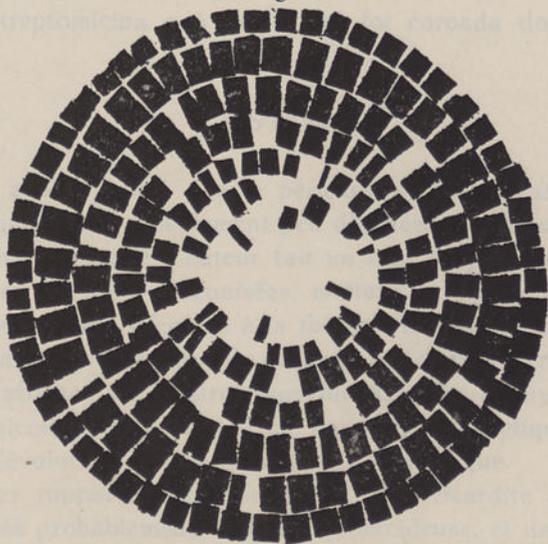
Na observação que relatámos, não temos uma prova indiscutível da etiologia tuberculosa. Não foi feita uma colheita do derrame pericárdico, mas uma toracentese tinha permitido conhecer a natureza sero-hemorrágica do derrame pleural. O estudo bacteriológico deste derrame não evidenciou germes. A existência de adenites cervicais de etiologia averiguadamente tuberculosa, em 1955, a neutrofilia verificada no hemograma, o elevado valor do índice de Katz, a ausência de manifestações reumáticas e de certo modo a própria evolução do processo pleuropericárdico sem as características dolorosas da pericardite aguda benigna, permitem aceitar como muito provável a etiologia tuberculosa.

Reputamos de grande interesse tornar conhecidos os casos de pericardite tuberculosa com derrame, submetidos à terapêutica pelos cortisónicos sob protecção da medicação específica, pois que, só assim, o valor desta terapêutica poderá ser criteriosamente apreciado.

## RESUMO

Depois de referir que a pericardite tuberculosa foi, até há poucos anos, considerada uma doença de prognóstico muito grave, o autor faz uma breve citação de terapêuticas que têm sido preconizadas e salienta a utilidade de associar os cortisónicos à medicação anti-tuberculosa.

Em circunstâncias favoráveis, os cortisónicos, sob eficiente cobertura da estreptomina associada à hidrazida do ácido isonicotínico e ao ácido para-aminosalicílico, poderão impedir a evolução para a sínfise pericárdica.



O mais largo  
espectro antimicrobiano  
conhecido

# Sigamicina\*

Oleandomicina - Tetraciclina

Eficaz  
em muito mais  
de 90% dos casos

Cápsulas de 250 mg — Intravenosa — Xarope — Gotas Infantis



*Clênica para o Bem-estar da Humanidade*

\* Marca de fabricante de Chas. Pfizer & Co., Inc.

PFIZER PORTUGUESA, LIMITADA  
R. Rodrigo da Fonseca, 139 — Telef. 66 95 11 — LISBOA-1



É relatada uma observação de pericardite com derrame, de etiologia tuberculosa muito provável, na qual a prednisona associada à estreptomicina e à hidrazida, foi coroada dos melhores resultados.

### R É S U M É

Après avoir rappelé que la péricardite tuberculeuse fut considérée jusqu'à il y a seulement peu d'années comme une maladie de pronostic très grave, l'auteur fait un bref rappel des thérapeutiques qui ont été déjà préconisées, mettant en valeur la nécessité d'associer les cortico-stéroïdes à la thérapeutique anti-tuberculeuse.

Dans des circonstances favorables, les cortico-stéroïdes, sous l'influence efficace de la streptomycine associée à l'hydrazide de l'acide isonicotinique, et à l'acide para-aminosalicylique peuvent empêcher l'évolution vers la symphyse péricardique.

L'auteur rapporte une observation de péricardite avec épanchement, très probablement d'origine tuberculeuse, et dans laquelle l'association de prednisona à la streptomycine et à l'hydrazide a permis d'obtenir les meilleurs résultats.

### S U M M A R Y

After having referred that tuberculous pericarditis had been considered, only few years ago, with reserved prognosis, the author gives a brief account of the therapeutical measures which have been advised sofar, and stresses the value of associating cortico-steroides to antituberculous drugs.

In favorables conditions, the cortico-steroides under efficient covering of streptomycin associated with hydrazide of isonicotinic acid and para-aminosalicylic acid may prevent the evolution towards pericardial symphesis.

A case of pericarditis with effusion probably of tuberculous etiology is reported by the author, in which prednisona associated with streptomycin and hydrazide was crowned with success.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — BARR, F. J. — The Use of Pericardial Biopsy in Establishing Etiological Diagnosis in Acute Pericarditis. — Arch. Int. Med., 96, 693, 1955.
- 2 — PROUDFIT, W. L. and EFFLER, D. B. — Diagnosis and Treatment of Cardiac Pericarditis by Pericardial Biopsy. — J. A. M. A., 161, 188, 1956.
- 3 — KEEFER, C. S. — Tuberculosis of the Pericardium — A Study of 20 Cases. — Ann. of Int. Med., 10, 1.085, 1937.
- 4 — FROMENT, R., BRET, J. et GUIRAN, J. B. — Les Affections du Péricarde. Traité de Médecine (Publié sous la Direction de MM. Pr. A. Lemerier, Pr. Ch. Lenormant, etc.). — Maladies du Coeur, pg. 815, 1948.
- 5 — HARVEY, A. M. and WHITEHILL, M. F. — Tuberculous Pericarditis. Medicine, 16, 45, 1937.
- 6 — WOOD, J. A. — Tuberculous Pericarditis. Study of 41 Cases with Special Reference to Prognosis. — Amer. Heart J., 7, 771, 1932.
- 7 — THOMAS, G. W. — A Case of Tuberculous Pericarditis Treated by Means of Pneumopericardium. — Amer. Heart J., 7, 771, 1932.
- 8 — RUSSO — Résultats Éloignées du Traitement de la Péricardite Exsudative par le Pneumopéricarde in Arch des Maladies du Coeur et des Vaisseaux, 47, 459, 1954.
- 9 — GUIDOTTI, P. L. et PUDDU, V. — Péricardite Exsudative à Évolution Prolongée. — Arch. des Maladies du Coeur et des Vaisseaux, 47, 1001, 1954.
- 10 — BUYYLA, P. y MORAN, J. G. — La Pericardiotomia como Tratamiento de la Pericarditis Exudativa. — Revista Española de Cardiología, 1, 1947, 221.
- 11 — HOLMAN, E. and WILLET, F. — Treatment of Active Tuberculous Pericarditis by Pericardiectomy. — J. A. M. A., 164, 1, 1951.
- 12 — HERRMAN, G. R. MARCHAND, R. J. GREER, G. H. and HEJTMANCIK, M. R. — Pericarditis — Clinical and Laboratorial Data of 130 Cases. — Amer. Heart J., 43, 1952.
- 13 — DONALDSON, J. K. — Surgical Disorders of the Chest, 1947.
- 14 — BAYLLEY, Ch. P., LACY, M. M. and HARRIS, I. C. S. — The Surgical Treatment of Acquired Heart Diseases. — S. Clin. North America, 31, 1821, 1951.
- 15 — WILLIAMS, C. and SOUTER, L. — Pericardial Tamponade. — Arch. Int. Med., 94, 571, 1954.
- 16 — McDERMOTH, W., MUSCHEN:EIM, C., HADLEY, S. J., BUNN, P. A. and GORMAN, R. V. — Streptomycin in Treatment of Tuberculosis in Humans. — Ann. Int. Med., 27, 769, 1949.
- 17 — TAPIE, J., LAPORTE, PINEL et MONNIER — L'Action de la Streptomycine dans le traitement des Péricardites Tuberculeuses. — La Presse Médicale, 58, 226, 1960.
- 18 — MEREDITH, H. C. — Streptomycin in Acute Tuberculous Pericarditis. — Am. Heart J., 37, 129, 1949.

- 19 — BUYLA, P. A. y ACEBEDO, B. A. B. — La Estreptomycina como Tratamiento de la Pericarditis Tuberculosa Exudativa. — *Revista Clinica Española*, 33, 285, 1949.
- 20 — SHAEFFER, J. H. — Tuberculous Pericarditis: The Effect of Streptomycin. — *Diseases of the Chest*, 26, 634, 1954.
- 21 — FALK, A., and EBERT, R. V. — Tuberculous Pericarditis Treated with Streptomycin. — *J. A. M. A.*, 145, 310, 1951.
- 22 — SHAPIRO, J. B. and WEISS, W. — Tuberculous Pericarditis with Effusion. The Impact of Antimicrobial Therapy. — *Am. J. of Med. Sc.* — 225, 3, 1953.
- 23 — GOYETTE, E. M., OWEHOLT, E. L. and RAPAPORT, E. — The Treatment of Tuberculous Pericarditis. — *Circulation*, 9, 17, 1954.
- 24 — FRIEDBERG, C. K. — *Diseases of the Heart*, 1956.
- 25 — LAMB, A. — The Treatment of Acute Infectious Pericarditis and Chronic Constrictive Pericarditis. — *Diseases of the Chest*, 35, 212, 1959.
- 26 — DUBOURG, P., BROUSTET, P., CASTAING, R., BLANCHOT, P., BRICAUD, H. et LAGARDE, J. — La Constitution Rapide de Péricardites Constrictives Après Chimiothérapie Antituberculeuse. — *Arch. des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, N.º 5, 497, 1955.
- 27 — CASTEL, J. — Péricardites Aigues. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Coeur*, 11015, A, 1953.
- 28 — BOUBRAIN, Y., THIBIER, R. et ABIVEN, M. — Le Traitement de la Péricardite Tuberculeuse et de la Péricardite Cryptogénétique par l'ACTH et la Cortisone. — *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris*, N.º 25 e 26, 1016, 1955.
- 29 — SORS, Ch. ROUGEAU, J., TROCMÉ et TESTARD, R. — *Rév. de la Tub.*, 18, 552, 1954.
- 30 — CORCOS, A. — Sur Deux Cas de Péricardite Hémorragique Abondante Tuberculeuse. Traitement et Guérison de l'une par Ponctions, Antibiotiques et ACTH. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris*, 1011, 1955.
- 31 — TOURNIÈRE, A., BLUM, J. et GROS, G. — Péricardite Tuberculeuse et Voie d'Organisation Synphysaire Guérie par l'Association Médicamenteuse Streptomycin-d-Cortisone, in *Presse Médicale*, N.º 4, 74, 1958.
- 32 — LEBECQ, . et TIRZMALIS, Mlle. E. — Le Traitement des Épanchements Séro-Fibrineux par l'ACTH. — *La Rev. de la Tub.*, 18, 8988, 1954.
- 33 — RAYNAUD, R. — La Delta-Cortisone (Cortancyl) en Thérapeutique Cardiaque. — *Alc. ie Méd.*, 61, 185, 1957.



# OTITE DO LACTENTE (1)

POR

JAIME PORTUGAL

Médico oto-rino-laringologista

As infecções do ouvido médio, pela frequência, sintomatologia indeterminada (muitas vezes quase apagada), gravidade e pelos dispare resultados terapêuticos, constituem o problema número um da patologia do lactente.

Para a sua compreensão é indispensável fazer um resumo histórico, que nos ajudará a compreender os problemas terapêuticos que actualmente se põem.

PARROT, em 1869, numa comunicação à «Société Médicale des Hôpitaux», refere que, em vinte lactentes sofrendo de «cólera infantil», dezanove apresentavam à autópsia, pús no ouvido médio. Embora mais tarde confirmada por BARETY, RENAUT e outros, esta tese foi esquecida.

Só trinta anos mais tarde, VEILLARD chama a atenção para uma forma especial de otite, sem sinais funcionais evidentes.

Cabe a COMBY, em 1917, criar o termo otite do lactente, insistir na sua frequência, insiosidade e importância. O entusiasmo pelo trabalho de COMBY provoca a aparição de teses de investigação em todo o mundo, e assim nasce a era da paracentese.

Em 1921, MAURICE RENAUD afirma que as otites e supuração do rochedo, muitas vezes bilaterais, são encontradas com uma frequência extraordinária, nas autópsias das crianças mortas nos primeiros meses de vida. Aconselha a paracentese e, em caso de ineficácia, a antrotomia. Como, apesar de tudo, os resultados não foram brilhantes, mais uma vez o problema fica em suspenso.

---

(1) Lição proferida no curso de aperfeiçoamento.

É, em 1936, que RIBADEAU - DUMAS e colaboradores publicam os resultados favoráveis da sua atitude cirúrgica nos estados tóxicos do lactente, conseguindo 52 % de curas. Elaboram duas leis:

1.º) Quando num lactente atingido de otite e apesar da paracentese, se instala um quadro tóxico, deve praticar-se a antrotomia — é a mastoidite latente — 85 % de casos — a otite é conhecida, a mastoidite não dá sinais próprios.

2.º) Quando um lactente apresenta um síndrome tóxico e não se encontra uma causa que o explique, devemos praticar a antrotomia, mesmo que não haja sinais otoscópicos e a paracentese seja negativa. — É a mastoidite aguda — 11 % de casos — não há sinais de otite.

Esta tese revolucionária deu origem a um surto de trabalhos e discussões, por vezes vivas e irreduzíveis, das quais saíram as conclusões seguintes:

1.º — A extrema frequência da oto-mastoidite nos estados tóxicos, comprovada pela autópsia.

2.º — 50 % de curas com a antrotomia.

Passados 14 anos, novos processos terapêuticos e drogas eficazes intervêm: as perfusões corrigindo o colapso cárdio-vascular e compensando as perdas electrolíticas e os antibióticos de largo espectro corrigindo os estados infecciosos. As curvas de mortalidade infantil melhoraram francamente.

E assim chegamos ao actual estado do problema, que mantém a sua gravidade inicial, mas em que os nossos triunfos são maiores.

A otite do lactente, na presente hora, põe os seguintes problemas:

1.º — A otite nos seis primeiros meses de vida é tão frequente, que legitima o exame sistemático do ouvido, em todo o lactente doente.

2.º — As imagens otoscópicas são communmente tão pouco marcadas, que exigem um otologista com longo treino.

3.º — O número de casos de antrite associada é anormalmente elevado.

4.º — Os temíveis estados tóxicos podem complicar e dominar a lesão auricular.

Quais as causas da frequência tão grande, da otite no lactente?

1.º — A criança nasce com o temporal numa fase embrionária; o tecido ósseo é constituído por tecido esponjoso, ricamente vascular-

rizado e em plena actividade de transformação, o que realiza as melhores condições para a infecção e sua persistência. No lactente há uma estreita relação embriológica e anatomopatológica, que faz com que o ouvido médio e seus anexos, formem um todo que começa na rinofaringe. A trompa é curta e larga terminando ao fim de 14 milímetros na caixa do tímpano, também por um orifício largo. Da caixa parte um canal muito curto, o aditus, que vai terminar numa célula enorme, o antro. A trompa, a caixa, o aditus e o antro, constituem um mesmo divertículo que deriva do canal tubo-timpânico de Kolliker, que não é mais que uma invaginação da parede lateral da faringe.

A mucosa da rino-faringe, vai atapetar as paredes ósseas e a nível da caixa, cobrindo os ossículos, vai fazer um diafragma que à mais pequena agressão, por edema, divide o ouvido médio em dois andares estanques.

Aqui temos a possibilidade da infecção antral grave, que pode evoluir por conta própria, independente do primeiro surto de otite, e assim realizar a otite occulta.

2.º — A existência permanente no cavum do lactente duma mucosa recoberta de tecido linfóide em evolução embrionária, riquíssimo em células mucíparas, faz deste, um meio de cultura óptimo. Considerando que o lactente não se assoca nem escarra e permanece 23 horas deitado, vemos quão fácil será, uma corisa tendo por agentes os micróbios exaltados da flora respiratória, constituir o substracto da infecção do cavum.

3.º — A falta de higiene, as deficiências e más orientações alimentares, as duras condições actuais do habitat urbano e as poluições da atmosfera, são outros tantos factores adjuvantes da otite.

Está fora de qualquer discussão, que a infecção rino-faríngea é a doença mais frequente do lactente. A presença de tecido linfóide no cavum, intra e peri-tubar, indica-nos quão fácil e qual o caminho que os germes levam até ao ouvido médio, na maioria das otites. Os germes vão ao ouvido médio, obviamente, por contiguidade ou por via linfática e acidentalmente, nas viroses, por via sanguínea (caso do sarampo). Uma vez chegados lá, se as condições de drenagem são más, se o terreno e a virulência dos germes são favoráveis, temos a otite estabelecida.

Ora vemos todos os dias otites francas que curam facilmente, otomastoidites, até exteriorizadas, com sinais locais marcados e sem

repercussões acentuadas, nem manifestações tóxicas e que curam facilmente. Como explicar, pois, a toxicose otógena?

Acreditamos na importância fundamental do sistema nervoso autónomo.

Temos de nos recordar que numerosos filetes percorrem o ouvido médio e que os há lá, não sòmente de vários nervos cranianos (V, VII, IX e X ares), mas ainda numerosos filetes simpáticos do sistema peri-carotídeo e bulbar.

A mucosa inflamada, irritada, mal drenada e recobrimdo um plexo simpático, realiza todas as condições da irritação simpática de Reilly.

À nascença, o recém-nascido não tem imunidade natural eficaz; ele herdou da mãe os anticorpos, que se vão esgotando, porque os que produz e os que o aleitamento materno (tão abandonado!) lhe levam, não são suficientes. Nos quatro primeiros meses ele permanece em equilíbrio instável, quase sem imunidade; neste terreno qualquer infecção pode terminar em tragédia. Foi demonstrado, por SPAINE, que os anticorpos herdados desaparecem entre o segundo e o terceiro mês; e é neste período preciso, que a taxa de gama-globulina diminua. Caso curioso, é exactamente à volta do terceiro mês que as rino-faringites, otites e toxicoses são mais frequentes e graves.

Não há um germe específico da otomastoidite e todos os germes banais das infecções das vias respiratórias superiores têm sido encontrados; contudo, os grandes responsáveis são essencialmente o estafilococo e secundariamente o estrepto e o pneumococo. Será a otomastoidite de germes banais a única causa da toxicose?

A grande maioria das vezes, sim. É aqui que a paracentese faz espectaculares milagres.

Contudo acredito, com LEVÊQUE, na existência de uma virose com manifestações encefálicas ou viscerais em que a otomastoidite surja como uma complicação. Aqui, a justificação para os fracassos com a terapêutica otológica, apesar de bem conduzida.

Expostos os problemas e dificuldades da otite latente, compreendidos os mecanismos da sua aparição, iremos entrar na clínica. Quero aqui abrir um parêntese que nos irá ajudar a melhor compreender o problema; esquematicamente podemos dizer que há:

1.º — Crianças prematuras, em que a frequência do processo e a sua gravidade são regra;



## Calcium-Sandoz + Vitamina C

estimula as defesas naturais  
do organismo  
e abrevia a convalescença





2.º — Crianças débeis, em que, embora a frequência da afecção seja menor, a gravidade do processo, é quase sempre muito grande;

3.º — Crianças normais em que a otite não é tão frequente, nem tão grave.

Posto isto, vamos considerar no lactente as três etapas que encontramos na clínica, a saber:

- a otite
- a otomastoidite
- a toxicose

### *Otite.*

A considerar uma forma franca e uma forma comum.

Otite franca — Raramente verificada antes dos seis meses.

A criança grita continuamente, leva as mãos ao ouvido, está agitada, larga o peito, apesar de se atirar a ele; está a decorrer um processo de rinofaringite e há uma hipertermia que pode chegar a 40°. Tem Vacher fortemente positivo e em 99 % das vezes gânglio enfartado no apex.

O exame otológico é sempre extremamente difícil: o canal auditivo externo é pequeno, irregular, tortuoso, está recoberto de restos epidérmicos e ceruminosos e, quantas vezes, infelizmente, foi traumatizado pelas gotas auriculares, receitadas imprudentemente ou postas pela mãe, a mau conselho. A maioria das vezes o otologista terá que fazer a sua limpeza e até isso serve para mais dificultar o problema.

O tímpano do lactente, é uma membrana muito oblíqua para baixo e para dentro. A Scrapnell é normalmente rosada e difícil de limitar do canal auditivo. A pars tensa, branca acinzentada, pouco brilhante, a mancha luminosa pouco triangular, etc. Isto vemos num lactente calmo. Mas com o choro, o tímpano torna-se rosado e difficilmente podemos afirmar se é normal ou patológico. Só a ausência de vascularização e translucidez à lupa nos fazem afirmar a sua normalidade. Nesta otite, contudo, o tímpano é vulgarmente congestivo e mesmo bombeado. Uma desinfeção nasal, a paracentese, e um antibiótico de largo espectro rapidamente resolvem a situação na maioria dos casos.

Forma comum — Os sofrimentos auriculares são pouco explícitos e embora os pediatras se tenham esforçado por definir sinais, podemos afirmar que a sintomatologia é tão pouco diferenciada,

que na maioria dos casos se trata dum lactente com um processo rino-faríngeo, dormindo mal, mais ou menos febril, com perturbações digestivas e com estacionamento ou diminuição da curva ponderal.

O exame otológico destes doentes revela, por vezes, Vacher positivo, sinal angular positivo, gânglio do apex e sempre muco-pús escorrendo na rino-faringe. O tímpano a maioria das vezes pouco nos diz; é a ausência do triângulo luminoso, a maioria das vezes, a precepção indiscreto do otologista bem preparado que afirma a anormalidade timpânica.

Uma desinfecção nasal, um antibiótico de largo espectro, serão algumas e muitas vezes suficientes para resolver o problema, mas a vigilância tem que ser cuidadosa.

Se a evolução é favorável, a temperatura desce ao normal. As perturbações gerais graves não se instalam e os fenómenos digestivos e neuro-tóxicos cedem; caso contrário — paracentese.

Apesar da idade do doente, impõe-se praticar a limpeza cirúrgica ou digital do cavum, para não cairmos nas otites recidivantes, com os inconvenientes das paracenteses repetidas, tantas vezes dependente da ligeireza com que se suprimem os antibióticos e se esquece a rino-faringe.

Mas, infelizmente, essa evolução favorável está longe de ser constante, apesar do tratamento instituído e da boa drenagem aparente; ao fim de quinze a vinte dias a febre persiste, ou mesmo se eleva, a curva ponderal estaciona ou baixa, há insónia, mau estado geral, a otorreia é abundante, espessa e fétida, podem aparecer adenopatias cervicais e por vezes abcesso retro-auricular.

O tímpano está infiltrado, pode haver prociência da parede postero-superior do canal e até um pólipo da caixa. Temos instalada a otomastoidite que, ou é bem tolerada, ou passa ao quadro crónico da toxicose.

Na prática corrente a otoantrite toxígena do lactente já não tem, presentemente, a gravidade que teve. Os antibióticos, o melhor conhecimento da rehidratação e do desequilíbrio electrolítico tornaram o quadro menos escuro e o seu aparecimento mais raro. Assim é que LEMARIEY em 1945 fez 1.114 antrotomias e em 1953 só fez 169. É essencial contudo, apesar dos aspectos espectaculares, que o problema seja claramente enunciado.

Chamamos toxicose autógena às perturbações metabólicas secundárias a um processo infeccioso do ouvido do lactente.

Este síndrome neuro-tóxico pode instalar-se em qualquer período de um processo de adeno-oto-mastoidite. É mais frequente quinze a vinte dias após a instalação da otite e pode aparecer:

1.º — Duma forma inicialmente brutal, que leva, sem sinais premonitórios, à morte em vinte e quatro horas.

2.º — Progressivamente após a agressão auricular.

3.º — Como etapa última de uma afecção em tratamento, mas arrastada.

O aspecto é característico e basta olhar o doente para o diagnóstico ficar posto. A sua análise clínica mostra-nos três ordens de síndromas essenciais:

1.º — Um síndrome nervoso sempre presente: face pálida, asas do nariz apertadas, olhos escavados, ansiosos, olhar mortiço e fixo, dão ao fâcies um ar trágico, que nos choca e aflige. No fundo do seu berço a criança está imóvel, indiferente a tudo, com os membros caídos, bem como a cabeça, as extremidades frias e cianosadas, os lábios arroxeados. De vez em quando a esta adinamia segue-se a excitação: a criança geme, agita-se, tem convulsões, por vezes rigidez da nuca e dos membros. A temperatura por disfunção do centro diencefálico varia, tanto passa dos quarenta como oscila e até desce para baixo do normal. Há polipneia, por vezes dispneia e ritmo de Kussmaul. Pulso pequeno rápido.

2.º — Um síndrome digestivo, menos constante que o anterior, é muitas vezes o primeiro a aparecer. Vômitos alimentares ou biliosos, diarreia profusa do tipo coleriforme, anorexia, etc.

3.º — Um síndrome de desidratação: secura da língua e lábios, depressão das fontanelas, atonia cutânea e perda ponderal de 200 a 500 gramas diários. Esta desidratação desempenha um papel fundamental na diminuição da massa sanguínea, nas alterações humorais e parenquimatosas, substracto fisiopatológico dos estados tóxicos. Rompe-se o equilíbrio ácido-base, há perda de cloretos de sódio e de potássio, retenção azotada, hemoconcentração e hipo-proteinémia. As lesões anatomo-patológicas são, sobretudo, vasculares (vasodilatação, trombose e edema).

Os diversos sintomas e as diversas lesões humorais e parenquimatosas da toxicose, apresentam uma característica fundamental e que CATHALA tão bem resumiu: «a doença auto-entretida, agrava-se pelo seu progresso e sua duração».

Daqui a existência de uma fase mais ou menos longa, onde os sintomas e lesões são ainda reversíveis. É neste período de

reversibilidade que a otite causal tem de ser encontrada e tratada de urgência, sem o que, o tratamento é inoperante. O tratamento deve ser local e geral.

*Local.* — Depende das lesões otológicas encontradas e da evolução do processo. A maioria das vezes à paracentese segue-se uma cura espectacular dos sinais tóxicos, a temperatura baixa, o peso sobe e às quarenta e oito horas tudo está normal.

Outras vezes, depois de uma acalmia de um dia ou dois, a toxicose reinstala-se. Nova paracentese, nova repetição e há que fazer a antrotomia, mesmo que pareça haver uma boa drenagem; os resultados podem resumir-se às seguintes eventualidades:

- a) cura definitiva e radical com aspecto miraculoso;
- b) melhoria, mas de evolução lenta; a criança permanece fatigada, sub-febril, a curva ponderal é irregular. Os otólogos e pediatras interrogam-se e culpam-se sem chegarem a conclusões. Será que a otite se junta a uma virose autónoma?!
- c) a antrotomia não resolve o problema tóxico. O choque operatório precipita o desequilíbrio e a criança sucumbe nas primeiras quarenta e oito horas.

*Tratamento geral da toxicose.* — Fora os casos em que o estado tóxico é pouco avançado, o tratamento geral tem a primazia sobre o tratamento otológico. A partida joga-se nas vinte e quatro horas e inspira-se nos elementos fisio-patológicos complexos que foram enunciados. Suas indicações e aplicações pertencem ao pediatra, embora o otorrino as não possa nem deva ignorar.

1) *Rehidratação.* — É preciso reconstituir a massa sanguínea e o equilíbrio electrolítico. Líquidos por via bucal, quando possível. Perfusão intra-venosa no colapso acentuado, hipodermoclise e gota a gota rectal.

Qualquer que seja o método usado, a dose deve ser de 150 a 200 cc por quilo de peso nas vinte e quatro horas.

O soro fisiológico com soro glicosado isotónico em partes iguais, é um elemento indispensável; o primeiro corrige o desequilíbrio electrolítico e o segundo fornece um elemento energético precioso. O soro bicarbonatado, combaterá a acidose; o plasma e o sangue serão óptimos colaboradores se forem tomadas as devidas precauções.

2) *Tratamentos acessórios.* — Indispensável o oxigénio permanente que combaterá a anóxia e a dispneia.

Os tónicos cardíacos, as vitaminas, os barbitúricos, a cortisona e o A.C.T.H. são outros tantos grandes colaboradores.

3) *Tratamento antibiótico.* — De preferência usar um antibiótico de eleição, na sua impossibilidade, um de largo espectro.

Do que aqui foi dito, se conclui da necessidade imperiosa do médico vigiar, com cuidado e muito zelo, todo o lactente, principalmente o prematuro e o hipotréptico. De ter sempre presente no seu espírito a possibilidade da existência de uma otite no lactente e que esta é a afecção número um pela sua frequência e possível gravidade.

Impõe-se a sua descoberta rápida, antes mesmo do estado pré-tóxico, onde as alterações são ainda noventa e nove por cento das vezes reversíveis. Não devemos esquecer que uma toxicose instalada, constitui hoje a causa primeira da mortalidade do lactente. Quero ainda insistir, que um estado pré-tóxico não pode nem deve ser tratado sem internamento.

Pela pouca exuberância dos sinais otológicos, pelas características fisio-patológicas próprias da toxicose, eu quero deixar aqui bem marcada, a necessidade indiscutida de colaboração estricte e confiante do pediatra e do otorrino.

No nosso País, com o estado social e assistencial ainda pouco e mal diferenciado, é aos clínicos rurais que cabe a responsabilidade nos sucessos e insucessos que possamos ter na diminuição da mortalidade por otite do lactente. Não vos fieis no Vacher positivo e desconfiai sistemáticamente dos ouvidos dum lactente, que está agitado com um processo de rino-faringite, que não quer mamar e principalmente que perde peso.

Todo o lactente que chora, vomita e tem diarreia, deve ser suspeito e mandado examinar a um otorrino bem apetrechado.

Mas há um papel ainda maior a desempenhar pelo clínico geral. Será que podemos fazer a profilaxia deste estado tão grave?

Sem dúvida.

Frizámos a frequência e a gravidade dos processos otíticos nos prematuros e nos débeis, principalmente nos seis primeiros meses de vida.

Se cuidarmos devidamente e educarmos as futuras mães, podemos reduzir o número de prematuros. Vimos que as crianças amamentadas ao seio estão menos atreitas aos acidentes irreduzíveis, como se o leite materno não só alimente mas transmita os princípios de imunização. Pugnemos, pois, pelo aleitamento

materno. Quando este não seja possível, não nos esqueçamos, que a debilidade, a insuficiência ponderal, a miséria fisiológica, as carências alimentares e vitamínicas, desempenham um factor importantíssimo no aparecimento da toxicose. Aconselhemos e orientemos devidamente a alimentação artificial dos lactentes e não nos esqueçamos da ajuda que o uso regular da balança nos pode trazer. Um lactente higiénicamente mal cuidado está mais frequentemente exposto à agressão dos germes. Preconizemos e ensinemos as mães a serem limpas.

Uma criança vivendo num ambiente mal arejado, «numa estufa», está menos defendida. Ela precisa tanto de ar, de luz e de sol, como da comida. Nas bases russas e americanas da Antártica, verificou-se o seguinte facto elucidativo: apesar das péssimas condições climáticas, os processos de oto e rino-faringe são desconhecidos até ao dia da chegada dos aviões com correio.

Falei no papel primordial que a rino-faringe desempenha no aparecimento e gravidade da otite do lactente.

É do nosso tempo o uso e abuso da posição postural, horizontal, durante quase as vinte e quatro horas do dia. Chamo a atenção particularíssima para este erro tremendo.

Está provado, pela psiquiatria infantil, que é esta a causa da maioria dos processos de instabilidade psíquica verificada na primeira infância e o papel que desempenha no aparecimento das alterações psiquiátricas mais tardias. A falta do carinho e do contacto dos pais é factor que não podemos nem devemos esquecer, pelas suas possíveis repercussões no desenvolvimento psico-somático

Esta posição é anti-fisiológica.

Se nos recordarmos que a posição postural horizontal, contribui para acumular as secreções na rino-faringe dum lactente que não consegue expeli-las e que estas constituem um óptimo meio de cultura, imediatamente damos razão aos nossos avós, pelo uso do travesseiro. O problema é de tão grande importância que, na Suíça, os hospitais pediátricos aumentaram a altura dos pés dos berços (do lado da cabeceira) de modo que as crianças fiquem numa posição inclinada de trinta por cento.

Há só ainda um problema para que quero chamar a atenção.

O uso e abuso das instalações nasais. A maioria das gotas que encontramos no mercado não respeitam a fisiologia da mucosa nasal e, assim, em vez de desinfecar, vão traumatizar a mucosa,

tornando-a mais sensível, menos defendida e aumentando a sua secreção. São absolutamente contra-indicadas as soluções oleosas e gordurosas, pela destruição quase imediata dos cílios e consequente interrupção da torrente postero-anterior que estes condicionam.

Se conseguirmos levar até à nossa população estas medidas profilácticas, contribuiremos para salvar muitas vidas, para honra e glória da nossa profissão.

## CUIDADOS COM A PUÉRPERA

III

### OTITE DO LACTENTE

Terminado o parto, não passar-se a assistência da mulher, durante um período de seis a oito semanas, em conjunto de tratamentos preventivos, particularmente evidentes, em e para os olhos, olheiras, curtos. Visão das manifestações e reacções, tanto quanto possível, completo, das condições sistémico-históricas pré-existent.

São, por esse facto, muito mais que suficientes para que a puérpera seja dispensada de maiores cuidados.

A par do conjunto de tratamentos preventivos, uma outra função se hipertrofia — a lactação. Sendo o leite materno o alimento, por excelência, do recém-nascido, demonstrada será a sua importância.

Fenómenos involuntários e irritação são, portanto, os dois elementos dominantes do quadro clínico de prevenção. Mas como a evolução clínica deste está intimamente relacionada com as condições da assistência médica durante a gravidez e o parto, nunca será demais insistir na necessidade de uma profilaxia pré-natal e relembrar os aspectos essenciais para a sua efectiva realização.

Esta estabelecida e germinada, a vida que se consegue pré-natal deve ser mantida nos primeiros seis meses seguintes.



CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

(DIRECTOR: PROF. ALBERTINO BARROS)

---

## CUIDADOS COM A PUÉRPERA \*

POR

JORGE FAGULHA

Terminado o parto, vão passar-se no organismo da mulher, durante um período de seis a oito semanas, um conjunto de fenómenos involutivos, particularmente evidentes, uns e, mais ou menos, silenciosos, outros. Visam estas modificações o restabelecimento, tanto quanto possível, completo, das condições anátomo-funcionais prè-gravídicas.

São, por esse facto, razões mais que suficientes para que à puérpera sejam dispensados os melhores cuidados.

A par do conjunto de fenómenos involutivos, uma outra função se hipertrofia — a lactação. Sendo o leite materno o alimento, por excelência, do recém-nascido, desnecessário será enaltecer a sua importância.

Fenómenos involutivos e lactação são, portanto, os dois elementos dominantes do quadro clínico do puerpério. Mas como a evolução clínica deste está intimamente relacionada com os cuidados da assistência médica durante a gravidez e o parto, nunca será demais insistir na necessidade de uma profilaxia prè-natal e relembrar as normas estabelecidas para a sua eficiente realização.

Está estabelecido, e, geralmente, aceite, que as consultas prè-natais deverão ser mensais nos primeiros seis meses, quinzenais

---

\* XXII Curso de Aperfeiçoamento e Revisão da Faculdade de Medicina — 1959.

no sétimo e oitavo, e semanais no nono mês. Terão uma dupla finalidade: criar uma atmosfera de confiança entre a grávida e o médico e estabelecer uma terapêutica e uma profilaxia dos estados patológicos.

Durante o trabalho de parto, e tendo em atenção apenas a influência sobre o puerpério, devemos, fundamentalmente, observar todos os cuidados de assepsia e evitar os traumatismos. Na dequitação esperar pacientemente que se dê o descolamento da placenta e das membranas e verificar, cuidadosamente, a sua integridade após a expulsão.

Concluída a dequitação, a puérpera deve ser submetida a um certo número de cuidados imediatos.

Deverá fazer-se a limpeza cuidadosa dos genitais externos, períneo e coxas, com algodão embebido em soluto desinfectante (desogene, cetavlon ou outro) e a aplicação de um penso asséptico sobre a região vulvo-perineal, o qual será mantido por uma ligadura em T.

Para auxiliar a involução da musculatura abdominal tão distendida durante a gravidez, evitar a enteroptose e os fenómenos de estase, podem usar-se cintas especiais ou simples ligadura abdominal compressiva.

O quarto deve ser suficientemente arejado e, moderadamente, aquecido. O aquecimento excessivo é prejudicial por aumentar a hipersecreção sudoral. A sudação produz uma sensação de desconforto, pelo que se aconselha a limpeza diária do corpo, com água morna e sabonete ou sabão, por regiões, separadamente. As fricções com álcool ou água de colónia, além de desengordurarem a pele, produzem uma sensação de frescura muito agradável.

Durante as primeiras vinte e quatro horas, aconselha-se à puérpera o máximo repouso. No caso especial das primíparas, este repouso deve ser mesmo imposto para não aumentar a excitação psíquica (aliás compreensível) provocada pelo nascimento do primeiro filho.

O berço do recém-nascido deve ficar sempre perto e bem à vista da mãe. Como já foi assinalado, há anos, por BURLINGHAM «a unidade entre mãe e filho deve dissolver-se lentamente. Neste jogo afectivo entre ambos, a mãe actua como estação emissora e o filho como receptor, e vice-versa». THOMS perfilha da mesma

opinião quando diz «... aproximar o mais possível desde o nascimento a mãe e o filho, atendendo assim às necessidades psicológicas e até fisiológicas entre uma e outro».

As primeiras vinte e quatro horas do puerpério são dominadas pelo problema da hemostase uterina. Dois mecanismos fundamentais asseguram esta hemostase (1).

— Retracção das fibras musculares («globo de segurança») — compressão dos vasos, sobretudo à custa da camada plexiforme do miométrio («laqueações vivas» de Pinard).

— Formação de trombos no interior dos grandes vasos.

A falência de um ou outro destes mecanismos, manifesta-se, em regra, por hemorragia.

— Os casos ligeiros de hipotonia simples, resolvem-se, a maioria das vezes, estimulando as contracções com simples massagens sobre o útero através da parede abdominal. Como medicação adjuvante e maior segurança, será conveniente injectar, por via intra-muscular, uma ampola de methergine, ginergeno ou neo-ginergeno. Se a hemorragia não cessar com esta terapêutica, procuraremos englobar e comprimir o útero entre as nossas mãos. Todavia, nem sempre é possível individualizar, suficientemente, o útero, sobretudo, se a parede abdominal é espessa. Quando tal acontece, devemos introduzir uma das mãos na cavidade uterina, para que a outra, externamente, comprima o útero de encontro àquela.

Os derivados da cravagem de centeio estão, particularmente, indicados nestas hipotonias. Se a hemorragia é abundante, preferimos injectar o methergine por via endovenosa, lentamente, na dose de 1 c.c., por ser mais rápida a sua actuação.

Restabelecido o «globo de segurança», deve haver o cuidado de ligar estas puérperas com uma faixa larga, depois de colocar um maço de algodão sobre o fundo do útero. Este enfaixamento, por impedir a distensão uterina, tem a vantagem de tornar evidente, logo de início, nova hemorragia que se estabeleça.

---

(1) Estes mecanismos dão-se, sobretudo, nas duas horas que se seguem à dequitação, pelo que a puérpera deverá ficar sob rigorosa vigilância durante este período.

— Se a hipotonia é uma consequência da retenção de cotilédones ou de membranas, será indispensável proceder a uma revisão da cavidade uterina. A intervenção deverá ser feita com curetas grandes e rombas (tipo Pinard), ou mesmo um dos ramos da pinça de Bonnaire, pois, nestes úteros grandes e de paredes flácidas, há sempre o perigo da perfuração. Ainda como medida de precaução poderá ser injectado, endovenosamente, 1 c.c. de methergine, imediatamente antes do início da intervenção.

As hemorragias por alteração do segundo mecanismo da hemostase são raras. Faremos, apenas, umas breves considerações sobre as hemorragias por afibrinogénia.

Aparecem, sobretudo, nos descolamentos prematuros da placenta, normalmente inserida, e nas retenções de feto morto no útero, para além das seis semanas.

Atribui-se a responsabilidade desta situação a um aumento das fibrinolisinias circulantes, provocado pela entrada na circulação materna de restos trofoblásticos e decíduais.

Embora o diagnóstico seja, praticamente, um diagnóstico laboratorial, suspeitamos de tal situação quando a hemorragia aparece numa puérpera que teve nos seus antecedentes gravídicos um dos acidentes indicados acima. Além disso, o exame ginecológico não deve mostrar lesões do colo, vagina ou vulva que justifiquem a hemorragia, e o útero deve estar bem retraído.

O tratamento ideal nestes casos é a administração de seis gramas de fibrinogénio puro. Há, no entanto, dois óbices importantes ao seu emprego — o preço, que é proibitivo, e a dificuldade em o encontrar. Procura-se remediar estas faltas, com transfusões de sangue recente que, além de conterem 3-4 gramas de fibrinogénio por litro, terão ainda o mérito de combater a anemia.

Em meios afastados, muitas vezes pobres em recursos terapêuticos, estas hemorragias por afibrinogénia só podem ser resolvidas por tamponamento útero-vaginal.

Não é isento de perigos este processo de hemostase. A infecção e a perfuração uterina, complicações plausíveis, exigem, por isso mesmo, cuidados técnicos indispensáveis.

Sempre que seja possível, o tamponamento deverá ser feito com ligaduras e não com compressas, pois as primeiras retiram-se, depois, com mais facilidade.

Para um bom tamponamento é indispensável que as ligaduras fiquem bem compressivas. Caso contrário, o tampão funcionará apenas como dreno, com todos os seus inconvenientes.

Afastadas as paredes vaginais com duas valvas, fixa-se o lábio anterior do colo com uma pinça de Museaux, retirando depois a valva anterior. O colo fica assim perfeitamente individualizado e, através dele, introduzem-se as ligaduras <sup>(1)</sup> com o auxílio de pinças compridas, do tipo das pinças de pensos.

Durante a intervenção será conveniente que o operador fixe o fundo do útero, colocando uma das mãos sobre a parede abdominal.

Logo que esteja tamponada toda a cavidade uterina, retira-se a pinça de Museaux e introduz-se, novamente, a valva anterior. Segue-se o tamponamento vaginal, começando pelos fundos de saco, sempre com cuidado e ordenadamente, para que fique um verdadeiro tampão. Finalmente, colocar um maço de algodão sobre o fundo do útero e ligar a mulher com ligadura larga.

Como terapêutica, além da necessária à regularização da coagulação sanguínea, estas puérperas deverão tomar antibióticos de largo espectro. O tampão será retirado, o máximo, 48 horas depois.



O puerpério imediato (período correspondente aos primeiros 10-12 dias) caracteriza-se, essencialmente, pelo máximo da involução dos órgãos genitais e a presença dos lóquios. A vigilância clínica deve ser mantida durante todo este período. Diariamente, serão registados, o pulso, a temperatura, a marcha da involução uterina e as características dos lóquios.

O registo do pulso é um elemento fundamental no decorrer do puerpério, pois a taquisfigmia é um dos sintomas mais precoces da infecção puerperal. Puérpera com taquisfigmia acentuada pelo quarto, quinto ou sexto dia, embora apirética, é sempre suspeita de infecção.

---

<sup>(1)</sup> As ligaduras deverão ser previamente embebidas num soluto antibiótico (penicilina e irgafene, por exemplo) e hemostático (coaguleno, pan-hemostático, Zimema K ou outro) como medida profiláctica da infecção e auxiliar da hemostase.

O gráfico da temperatura poderá mostrar, nas primeiras vinte e quatro horas, uma elevação, não superior a 38°, traduzindo, de algum modo, o esforço dispendido durante o trabalho de parto e a reabsorção brusca dos elementos iniciais da desintegração tecidual. Pelo terceiro ou quarto dia a temperatura pode voltar a subir, mas sem ultrapassar, igualmente, os 38°. Dividem-se as opiniões dos vários autores sobre o significado desta hipertermia. Para uns, marca o início da congestão mamária para outros, a invasão da cavidade uterina por germens vaginais. De qualquer modo, sempre que a temperatura persista ou ultrapasse este valor, devemos suspeitar da existência de um processo infeccioso.



Vagina, vulva e períneo, distendidos e edemaciados pelo parto, retomam, em alguns dias, (geralmente, uma semana) a configuração normal. Mesmo as suturas do períneo cicatrizam, normalmente, neste período.

Tal como sucede com qualquer ferida, as roturas do períneo ou perineotomias, devem ser suturadas, precocemente, para que cicatrizem por primeira intenção. A sutura será feita em pontos separados, utilizando como material cat-gut 0 ou 1 crómico, para a mucosa, e, fios de seda ou nylon, para a pele. Estes fios devem ser tirados ao fim de 6-7 dias.

Quando, por qualquer motivo, a sutura não for feita na fase inicial, não é recomendável fazê-la no período de granulação, sobretudo, se são roturas do 3.º grau que interessam o esfíncter e, algumas vezes, a própria mucosa rectal. Será preferível que a cicatrização se dê por segunda intenção para, mais tarde, em melhores condições, ser feita uma perineoplastia.

Acontece, por vezes, a sutura não cicatrizar dentro do período normal. Se é pouco extensa, ou se, só em parte, não está coaptada, poder-se-á aguardar a cicatrização por segunda intenção. Salvo estes casos, desde que não haja infecção, é preferível ressuturá-la, após avivamento das superfícies.

Toda a região vulvo-perineal (quer tenha ou não sutura) deve estar sempre convenientemente desinfetada. De manhã e à tarde, e sempre que a puérpera defeque ou urine, proceder a irrigação externa com soluto de desogene, cetavlon ou outro,

durante alguns minutos <sup>(1)</sup>. As suturas, após desinfecção com soluto de mercurio-cromo, devem ser protegidas com uma pomada do tipo do colargol, da pasta granúgena ou à base de estrogénios (dimenformon ou ovociclina). Finalmente penso vulvar e ligadura em T.

Algumas vezes as primíparas referem dores na região perineal suturada, sem haver sinais locais de infecção. Regra geral, a dor tem origem num edema local, por estase, bastando, para fazer desaparecer esta sintomatologia, umas aplicações locais de pomada de hirudoid. Se há sinais de infecção, estão indicadas as cataplasmas e a pomada de colargol.

As roturas do períneo do 1.º e 2.º grau não requerem, geralmente, outros cuidados além dos apontados atrás. O mesmo não acontece com as roturas do 3.º grau. Se o esfíncter, em vias de cura, for distendido pela passagem, através dele, de massas fecais, a sutura pode ceder, comprometendo assim a cicatrização. Será, pois, conveniente provocar uma paralização intestinal, durante seis a oito dias, administrando pílulas de ópio ou outro obstipante.

Clinicamente, acompanha-se a involução uterina analisando, diariamente, pela palpação abdominal, as dimensões, a consistência e a sensibilidade do útero, e examinando a quantidade e qualidade dos lóquios.

Após o parto, o útero fica globoso, de consistência lenhosa, com o tamanho, aproximadamente, da cabeça de um feto. No dia seguinte tem, geralmente, uma consistência mais elástica; a forma, em vez de globosa, é discoide, com achatamento no sentido antero-posterior, e o fundo está situado a cerca de 14-16 cm do bordo superior da sínfise púbica. Nos dias que se seguem, o útero diminui em altura, cerca de um a dois centímetros por dia, ficando circunscrito à cavidade pélvica pelo 8.º-10.º dia.

O desaparecimento do edema próprio da imbebição gravídica, a transformação hialina das paredes vasculares e a degenerescência gorda e hialina das fibras musculares, são os fenómenos histológicos essenciais responsáveis por esta verdadeira desintegração do

---

<sup>(1)</sup> Pelo menos antes do fim da primeira semana nunca fazer irrigações intra-vaginais pelo perigo que há em arrastar germens para a cavidade uterina.

músculo uterino. Como testemunho destes processos catabólicos, estão a peptonúria e a elevação do azoto urinário.

Será bom frisar, no entanto, que, independentemente de qualquer complicação puerperal, a involução uterina é, em regra, mais lenta nas grandes múltiparas, na gravidez gemelar e no hidrâmnios, nos partos arrastados e na ausência de lactação.

É indispensável, para se avaliar, com exactidão, a distância a que se encontra o fundo do útero do bordo superior da sínfise púbica, que a bexiga esteja vazia, e, se for possível, o recto. Normalmente, a palpação abdominal do útero deve ser indolor e estimular o aparecimento de contracções, especialmente nos primeiros dias.

É vulgar, sobretudo em múltiparas, surgirem, espontâneamente, contracções espasmódicas e dolorosas do útero, que causam, por vezes, estados lipotímicos. São as chamadas «dores tortas». Coágulos existentes dentro da cavidade uterina, actuando como corpos estranhos são, em alguns casos, os responsáveis por estas contracções. Também a sucção do mamilo pelo recém-nascido pode exacerbar ou, mesmo, provocar, estas contracções. Atribui-se o facto a um reflexo neuro-hormonal com ponto de partida no mamilo, o qual, atingindo o hipotálamo, desencadeia a produção de um mediador químico com efeitos estimulantes sobre a hipófise. A hormona ocitócica libertada pelo lobo posterior será, em última análise, o factor causal.

Sob o ponto de vista terapêutico, deverá fazer-se a expressão do útero para expulsar os coágulos e administrar sedantes e anti-espasmódicos (espasmalgina, dolantina, buscopan ou outros).

Como elemento clínico informativo da marcha da involução uterina temos ainda, como dissemos, o exame dos lóquios.

Constituídos, inicialmente, por sangue, restos de caduca, elementos epiteliais do colo e da vagina, etc., modificam-se, na composição e no aspecto, com o decorrer do puerpério. Modificações que não são mais que a tradução clínica dos fenómenos cicatriciais (regressivos, primeiro; regenerativos, depois) que irão passar-se ao nível do endométrio.

Embora sujeito a variações individuais, os lóquios são sanguíneos durante os três ou quatro primeiros dias, sero-sanguíneos nos três dias seguintes, por um predomínio progressivo dos leucócitos sobre os eritrócitos, e, finalmente, serosos. Diminuindo pro-

gressivamente em quantidade, desaparecem, em regra, ao fim de quinze dias.

Se a involução uterina é lenta, poderemos administrar preparados de cravagem de centeio (xarope de ergotino <sup>(1)</sup>), seus derivados sintéticos (methergine) ou ainda pituitrina.

Sem carácter patológico pode aparecer entre o 15.º e o 20.º dia do puerpério uma pequena perda sanguínea, que dura aproximadamente vinte e quatro horas, e é conhecida por «pequeno retorno dos lóquios».

Analisadas, embora sumariamente, as características clínicas normais da involução uterina, devemos sublinhar as causas que, com maior frequência, podem complicar esta involução. São habitualmente duas — a retenção de cotilédones ou membranas e a infecção.

A retenção, imputada, na maioria dos casos, a uma deficiente assistência durante a dequitação, traduz-se, clinicamente, por sub-involução uterina e pela presença de lóquios sanguíneos, abundantes e, geralmente, com coágulos, para além dos dias normalmente estabelecidos. Se a retenção não é tratada a tempo, complica-se de infecção, associando-se à sintomatologia anterior os sinais típicos de endometrite.

Perante um caso de retenção simples, isto é, sem infecção, proceder à raspagem uterina. Se há, simultaneamente, infecção, não intervir enquanto a sintomatologia infecciosa não desaparecer e a puérpera não estiver, pelo menos, três dias, apirética. Histologicamente, está demonstrado, que, são necessários um mínimo de três dias de apirexia para se constituir a «barreira leucocitária» ou «muro de protecção» de Stoeckel. Infringir esta norma será proporcionar e facilitar a propagação da infecção.

A endometrite é a complicação que, com mais frequência, altera a involução uterina. A par da sintomatologia geral infecciosa

---

(<sup>1</sup>) Xarope de ergotino:

Extracto fluido de cravagem de centeio — um grama;

Cloreto de cálcio — quatro grammas;

Xarope comum — vinte e cinco grammas;

Água destilada q. b. p. — cento e vinte cinco c. c.

F. S. A. e M.º

Para tomar quatro colheres das de sopa por dia.

há sinais locais, típicos da endometrite: à palpação, útero sub-involuído, doloroso, especialmente, junto das pontas, com consistência pastosa, não se contraindo debaixo dos nossos dedos; os lóquios, em vez de fluidos, são espessos, grumosos, achocolatados ou, nitidamente, purulentos, com cheiro mais ou menos fétido, consoante o grau de infecção e o germen em causa.

Em linhas gerais deverá instituir-se a seguinte terapêutica:

- Repouso no leito em posição de Fowler;
- Gelo sobre o hipogastro;
- Antibióticos;
- Ocitócicos;
- Cardio-analépticos.

Podemos, até certo ponto, prevenir o aparecimento desta complicação, administrando, profilácticamente, antibióticos em todos os casos suspeitos de infecção. Estão incluídos neste grupo, as roturas prematuras das membranas, os trabalhos de parto arrastados, os trabalhos de parto com feto morto, as intervenções (perineorrafias, forceps, fetotomias, versões, dequitação artificial, etc.) e, ainda, aqueles casos em que, apesar de todos os cuidados de assepsia, foram feitos repetidos toques.

Vamos agora, resumidamente, analisar o que se passa nos outros aparelhos, focando, em especial, o digestivo, o urinário e o vascular.

Já durante a gravidez é frequente um certo grau de obstipação por hipodinamia e hipotonia da musculatura intestinal. A modificação topográfica do intestino e a labilidade neuro-vegetativa próprias da gravidez, parecem estar na base desta perturbação funcional.

Nos primeiros dias do puerpério, a obstipação acentua-se, contribuindo para isso o repouso no leito, o relaxamento da parede abdominal e o traumatismo sofrido pelos vasos hemorroidários. Num caso ou noutro, poderá haver um exagero desta parésia intestinal. Quando tal acontece, as puérperas apresentam o abdome distendido, timpanizado, e queixam-se de dores abdominais difusas, com sensação de enfartamento. Raramente há outros sintomas. Para resolver a situação será suficiente mandar deitar a puérpera

em decúbito ventral, introduzir um enteroclitor e administrar estimulantes do peristaltismo intestinal (prostigmine, por exemplo).

Portanto, há necessidade de evitar a coprostase nas puérperas. Se a situação não se resolve dentro das primeiras 48 horas, administra-se um laxante ou um clister de limpeza. Os purgantes estão contra-indicados, não só por se tratar de uma convalescente, mas, também, por poderem ser responsáveis pelo aparecimento de pielonefrite colibacilar do puerpério.

Enquanto se mantém a parésia intestinal, os alimentos devem ser de fácil digestão — sumos de frutas, compotas, leite, caldos de carne magra com arroz, etc. Restabelecido o funcionamento normal do intestino, a alimentação deverá ser variada, rica em vitaminas e simples na sua confecção.

É também frequente, por parte da bexiga, certo grau de parésia.

Os principais factores que contribuem para esta «preguiça vesical» são, entre outros, a brusca modificação da forma e da situação da bexiga, os traumatismos sofridos pela uretra, as pequenas lesões do meato urinário, ocorridos durante o parto, e a permanência das puérperas na cama.

Podem aparecer sintomas de retenção, por hipotonia vesical, os quais, raramente, se mantêm para além dos três ou quatro primeiros dias do puerpério. Agrava o quadro, a circunstância de existir uma diurese abundante naqueles dias (pode atingir 2-2,5 litros por dia). Na realidade, a água retida na gravidez (toda a grávida deve ser considerada como uma retencionista), é, em parte, eliminada pelo rim durante aquele período. A distensão vesical provocada por este volume de urina poderá ser mais um dos factores que inibe o reflexo da micção.

Dois complicações principais estão ligadas a esta perturbação da função vesical — o rebate sobre o aparelho urinário superior e a influência nefasta sobre a involução uterina.

Há, portanto, necessidade de restabelecer, o mais precocemente possível, a micção espontânea.

Nos casos simples, fazer massagens sobre a bexiga distendida ou permitir que a puérpera urine na posição habitual. Alguns medicamentos do tipo do doryl, prostigmine ou semelhantes, têm também uma acção eficaz. Falhando estes meios, far-se-á o cate-

terismo vesical com sonda tipo Nelaton, mole e esterilizada, que será repetido, pelo menos, cada oito horas. A instilação na bexiga, após o cateterismo, de 10-20 c.c. de soluto aquoso de mercurio-cromo a 2 %, auxilia, igualmente, a resolver a situação.

Embora mais raramente, a retenção urinária pode ter origem num espasmo do colo vesical. A puérpera tem necessidade de urinar, mas não consegue efectuar a micção. A administração de anti-espasmódicos como o sulfato de atropina, por exemplo, combate, normalmente, o espasmo.

Sempre que o traumatismo sofrido pelas vias urinárias inferiores ultrapasse certos limites, pode surgir incontinência. Quando esta surge nas primeiras horas que se seguem ao parto, a causa, quase sempre, é uma paralisia do esfíncter uretral. Desempenha papel importante, no aparecimento desta paralisia, a distensão exagerada que a parede vaginal anterior sofre, sobretudo, se existe, concomitantemente, um colpocelo desta parede. Se a incontinência só aparecer por volta do oitavo dia, com toda a probabilidade, a causa será uma fístula uro-genital. O aparecimento tardio desta incontinência justifica-se, se analisarmos o modo de formação destas fistulas. Quando a apresentação (em geral cefálica) deixa de progredir através do canal pelvi-genital, estabelece-se uma zona de isquemia, por compressão, dos tecidos moles interpostos entre a apresentação e a sínfise púbica. Forma-se uma placa de necrose, naquela zona, sendo a respectiva escara eliminada, em média, ao fim de oito dias.

Sob o ponto de vista terapêutico, a incontinência por paralisia do esfíncter cede, habitualmente, ao sulfato de estricnina — 2 mg por dia (stricnal B<sub>1</sub> ou outro). Num caso ou noutro, mais rebelde, ter-se-á que recorrer à fisioterapia ou, em última análise, ao tratamento cirúrgico.

As fistulas, raramente, curam espontâneamente. Pertencem, portanto, ao domínio cirúrgico. Interessará, sobretudo, fazer a sua profilaxia. Fundamentalmente, procurar-se-á evitar que a cabeça fetal permaneça muito tempo detida e apoiada sobre a sínfise púbica. Atender, particularmente, às bacias viciadas, às variedades posteriores da apresentação de ápice (dificuldade na rotação porque há, em regra, má flexão da cabeça fetal) e às apresentações de face, em mento-posterior. Uma espádua, se é desprezada, pode dar origem, também, a esta complicação.

Apenas uma breve referência ao aparelho circulatório.

Já atrás aludimos às características do pulso. A tensão arterial no puerpério deverá manter-se dentro dos limites normais. As varizes dos membros inferiores, frequentes durante a gravidez, atenuam-se, ou desaparecem, no puerpério. Pela facilidade com que, nelas, se podem enxertar as flebites puerperais — flegmatia alba dolens — será conveniente administrar, profilacticamente, antibióticos, complexo B e fazer massagens diárias, com hirudoid. Com a mesma finalidade está indicado executar movimentos activos com os membros inferiores e, se não houver contra-indicação, levantar, precocemente, estas puérperas.



Tem sido sempre um ponto de controvérsia a data em que a puérpera deve abandonar o leito. Os partidários do levantar precoce pretendem, com esta atitude, prevenir os fenómenos de trombose, por activação da circulação, obter uma melhor involução uterina, o desaparecimento mais rápido do fluxo loquial, melhor regulação das funções vesicais e intestinais e o restabelecimento mais rápido do tonus da musculatura abdominal. Contestando estes resultados, os partidários do levantar tardio assinalam o perigo de hemorragias graves e a possibilidade do aparecimento de prolapsos genitais.

Analisando os prós e os contras destas duas correntes, parece aconselhável recomendar às puérperas, desde que não existam contra-indicações <sup>(1)</sup>, que se levantem no segundo dia e fiquem de pé ao lado da cama durante o tempo necessário para que esta seja limpa e preparada. No dia seguinte já poderão dar uns passos em volta do leito e, ao quarto dia, podem ficar algum tempo sentadas numa cadeira.

Se a puérpera é uma múltipara, será preferível começar estes exercícios no terceiro dia.

---

<sup>(1)</sup> Consideram-se contra-indicações as lesões das partes moles (sobretudo se são extensas), a infecção existente ou muito provável e as intervenções operatórias. Nestas contra-indicações não entramos em linha de conta com os processos patológicos que, pela sua natureza, impõem o repouso no leito.

Procedendo assim, as puérperas retomam a pouco e pouco a sua actividade e estão aptas a fazer a vida normal a partir da terceira semana. Reservam-se, no entanto, para mais tarde, as tarefas mais pesadas.

Durante os quatro ou cinco dias que precedem o abandono do leito, a puérpera pode movimentar-se na cama à vontade, e sentar-se para tomar as refeições. Vinte e quatro horas após o parto deverá começar a executar no leito um certo número de exercícios que têm por fim reactivar a circulação dos membros inferiores e dar tonicidade aos músculos do abdomen e do períneo. Nos primeiros dois dias os movimento dirigem-se, sobretudo, aos membros inferiores com massagens dos músculos e mobilização das articulações, associados a alguns movimentos de respiração abdominal dirigida. Nos dias seguintes, novos exercícios mais complicados — flexões dos membros inferiores sobre a bacia e flexões do tronco sobre os membros inferiores, com os pés fixos. Estes exercícios dão óptimo resultado sobre a musculatura abdominal. Para fortalecer os músculos do períneo indicam-se os seguintes exercícios:

- puérpera em decúbito dorsal, com pernas ligeiramente flectidas sobre as coxas, e estas sobre o abdomen; tendo os joelhos unidos, a puérpera vai procurar separá-los, enquanto a enfermeira se opõe a este movimento;
- diàriamente contrair e relaxar o esfíncter do ânus, durante cinco a dez minutos.

## LACTAÇÃO. CUIDADOS COM OS SEIOS.

### HORÁRIO DAS MAMADAS

O aparecimento do leite não é imediato ao parto. Geralmente, há um intervalo livre de maior ou menor duração. Na múltipara, a secreção estabelece-se, em regra, gradualmente, com repleção sucessiva do seio, sem sofrimento materno. Na primípara, a lactação surge, súbitamente, por volta do 3.º ou 4.º dia. Os seios engorgitados, tensos e dolorosos marcam, com evidência, este aparecimento. Até então, não se observa, objectiva ou subjectivamente, qualquer sinal de funcionamento glandular.

A preparação do seio para a lactação tem início na gravidez, sob a acção dos estrogénios e da progesterona. Os primeiros condicionam, essencialmente, o desenvolvimento dos canais galactóforos, enquanto a progesterona estimula o desenvolvimento lobular e alveolar, a seguir, e, em sinergia, com os estrogénios.

Durante a gravidez, a prolactina é frenada na sua produção pelos estrogénios e impedida de estimular a lactogénese pela acção inibitória exercida pela progesterona sobre os ácinos. Após o parto, a queda destas hormonas irá permitir, livremente, a actuação do prolactina, a qual parece ser, portanto, o factor de primacial importância no desencadeamento da lactação. A par destes fenómenos, será necessário que a glândula mamária tenha à sua disposição materiais indispensáveis à elaboração do leite. Por este motivo intervém, igualmente, na lactogénese o cortex-supra-renal, pela sua influência sobre o metabolismo da água, electrólitos e glucidos.

Para que se estabeleçam estas alterações hormonais, são necessários, normalmente, três ou quatro dias. Durante este período há apenas colostro. Divergem as opiniões dos autores quanto ao valor biológico desta substância. Para uns, é, apenas, um laxante; para outros, um alimento imprescindível e insubstituível porque, contendo num pequeno volume uma percentagem elevada de calorías, é o mais adequado para a transição entre a alimentação placentar e a alimentação pelo leite materno.

Em face destas afirmações, o recém-nascido deve ser posto ao seio antes de aparecer o leite, para que utilize este colostro. Além disso, admite-se que a lactação é estimulada e mantida pela sucção sobre o mamilo, pelo que haverá toda a vantagem em iniciá-la precocemente. Dois factos abonam a favor desta hipótese:

- A sucção desencadeia um reflexo de natureza neuro-hormonal que, ao atingir o hipotálamo, estimula a produção de um mediador químico, o qual vai activar, na ante-hipófise, a formação de prolactina e corticotrofina, hormonas essenciais da lactogénese (1).

---

(1) Este reflexo neuro-hormonal exerce igualmente a sua influência sobre a pós-hipófise, libertando ocitocina, que actua, não só sobre as células musculares lisas dos ácinos contraindo-as de maneira que o leite é expellido para os canais

— A sucção, ao esvaziar os ácinos e canais galactóforos, liberta as células da pressão intra-alveolar (factor mecânico que se opõe à emissão de novo leite) e facilita a circulação sanguínea nos capilares peri-acinosos.

Todavia, há várias situações que nos obrigam a impedir ou suspender a lactação. Estão incluídas neste grupo, entre outras, a tuberculose, as cardiopatias, os processos infecciosos agudos, as iso-imunizações pelo factor Rh (por se admitir que os anticorpos que passam através do leite, em parte não são destruídos pelo suco gástrico do recém-nascido), a diabetes (segundo alguns autores pelo hipercorticismo que a lactação exige e provoca), os casos de morte do recém-nascido, etc.

Nestes casos, antes que apareça o engorgitamento dos seios deve aplicar-se, sobre eles, um penso embebido em extracto de beladona ou álcool e uma ligadura compressiva para dificultar a circulação sanguínea e impedir o esvaziamento dos ácinos e canais galactóforos. Simultaneamente, e, durante três dias seguidos, injectar diàriamente uma ampola de 5 mgrs de benzoato de estradiol (Progynon B oleoso, por ex.) ou, em sua substituição, o etinil-estradiol em comprimidos de 0, 02 mgrs (Progynon C ou outro) (1). Os estrogénios estão contra-indicados nos processos bacilares.

Aparte estas contra-indicações, o médico deve providenciar sempre para que os recém-nascidos sejam alimentados ao seio.

São raros os casos de agalactia. As hipogalactias, embora mais frequentes, conseguem corrigir-se, algumas vezes, com uma alimentação variada e rica em vitaminas, uma vida regrada sem agitações e insistindo na sucção.

---

galactóforos, mas também sobre o miométrio. Parece encontrar-se aqui a explicação da melhor e mais rápida involução uterina nas mulheres que amamentam. Durante as mamadas algumas puérperas chegam a sentir contracções e aquelas que têm «dores tortas» sentem-nas exacerbadas.

(1) No primeiro e segundo dias prescrevem-se nove comprimidos por dia, no terceiro e quarto, oito comprimidos por dia e, no quinto e sexto, sete comprimidos por dia.



LIOFILIZAÇÃO = ESTABILIZAÇÃO

# Vitamina B<sub>1</sub> Liofilizado Novil Novilum

«... Há bastante tempo que nos dedicamos ao estudo da estabilização da Vitamina B<sub>1</sub> e até à data a única técnica que permitiu essa estabilização foi a liofilização...»

APRESENTAÇÃO: CAIXA CONTENDO 3 FRASCOS ESCUROS COM 250 mg. DE VITAMINA B<sub>1</sub> LIOFILIZADA E 3 AMPOLAS DE VEÍCULO PARA SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA.

---

**LABORATÓRIOS NOVIL, L.<sup>DA</sup>**

Rua do Centro Cultural, 13-13-A  
(Alvalade) — LISBOA

Dir. Técnico

**ANTÓNIO PIRES RODRIGUES**

Lic. em Farmácia

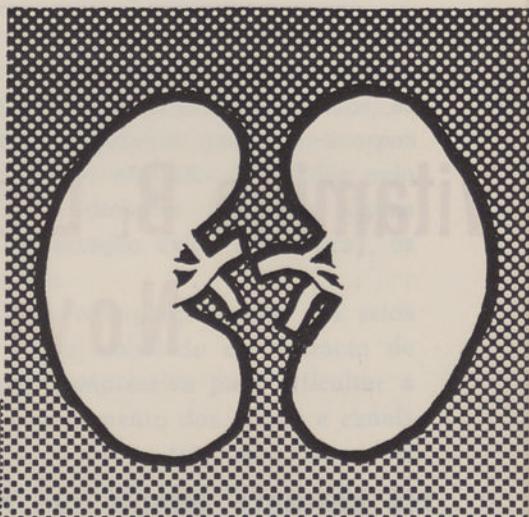
# UREINA

"SCIENTIA"

Extracto total estabilizado de *Parietária officinalis* (Lin)

NO TRATAMENTO DO  
METABOLISMO DA UREIA

*Diurético especialmente  
indicado nas formas renais e  
pre-renais de retenção azotúrica*



Medicação VEGETAL  
completamente  
ISENTA DE TOXIDADE

Cada 2 cc. contém os princípios  
extractivos de 5 gramas de  
*Parietária officinalis*, estabilizada.

POSOLOGIA — Se outra não tiver sido a indicação médica, tomar, em jejum, 80 gotas (2 cc.) diluídas num pouco de água quente e açucarada.

**LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO "SCIENTIA"**  
DE ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.

Laboratório: Rua de Entre-Campos, 15 . Escritório: Avenida 5 de Outubro, 164 . Lisboa I . Telef. (P. P. C.) 77 30 57  
Direcção Técnica: Henrique Moreira Bordado e Carlos Moreira Bordado (Licenc. em Farm.)

Não há um critério rígido que estabeleça o número de mamadas que um recém-nascido deve ter por dia. Muitos obstetras e pediatras preferem a abstenção total de alimentação nas primeiras 24 horas. Todavia, não deve haver inconveniente em dar uma pequena quantidade de água fervida às 12 horas — 15 ou 20 gramas — e às 24 horas igual quantidade de água fervida açucarada ou leite em pó diluído.

Nos dias que se seguem, o recém-nascido será colocado ao seio, podendo servir como base para o número de mamadas, a fórmula seguinte: o número de mamadas é igual ao número de dias mais um, até ao sexto dia; a partir de então terá sete mamadas diárias, com o intervalo, entre elas, de três horas, e seis horas de descanso nocturno.

Nem sempre, no entanto, é possível seguir esta norma, especialmente nos dias em que há apenas colostro e os intervalos entre as mamadas são grandes. Alguns recém-nascidos «protestam» mais ou menos ruidosamente e, na verdade, não há inconveniente em dar um suplemento artificial de Nestogénio ou Pelargon.

A criança deverá ser posta ao seio em posição semi-vertical, apresentando aos lábios, entre os dedos indicador e médio da mão do lado oposto, com ligeira expressão, o mamilo e parte da auréola mamária.

A duração da mamada será variável — dez ou quinze minutos. Nos primeiros cinco minutos a criança mama, regra geral, avidamente e, depois, por vezes, adormece. Convém acordá-la e prosseguir a mamada. No final, deve endireitar-se para provocar a eructação.

Desde que a quantidade de leite seja suficiente, dever-se-á alternar os seios em mamadas sucessivas, pois o leite final, de cada mamada, é mais concentrado. Caso contrário, recorre-se aos dois seios, ou completa-se a mamada com outro leite. O suplemento deverá ser dado sempre depois do seio.



Surgem, frequentemente, dúvidas quanto à inocuidade da prescrição de alguns medicamentos durante o aleitamento, atendendo à possibilidade da passagem destes para o leite.

Transcrevemos a classificação de HADDY e ADAMS que agrupa estas substâncias em três grupos:

1.º — Produtos que passam em quantidade insuficiente para provocar efeitos nocivos:

- o álcool, nicotina (nas fumadoras), a cafeína, morfina, codeína;
- iodetos e fluoretos;
- Hyoscina e atropina;
- os laxantes.

2.º — Produtos que passam em certa quantidade sem originarem efeitos nocivos:

- os barbitúricos (as epilépticas com tratamento barbitúrico podem aleitar);
- os salicilatos;
- os antibióticos e sulfamidas, salvo em casos de sensibilização prévia.

3.º — Produtos que passam ao leite e exercem acção nociva:

- brometos;
- o ergotino;
- os metais pesados — chumbo, mercúrio e arsénio.

Podemos, pois, concluir, que a prescrição de medicamentos está, excepcionalmente, contra-indicada, durante o aleitamento. Por outro lado, não podemos esperar que a excreção mamária possa introduzir na criança substâncias com efeito medicamentoso.

#### *Cuidados com os seios.*

A preparação dos seios para o aleitamento deve começar nos últimos três meses da gravidez.

É frequente, observar, sobretudo, em primíparas, mamilos pouco salientes ou mesmo umbilicados, impróprios para a sucção. Consegue-se a correcção desta má conformação exercendo, diàriamente, pequenas tracções sobre o mamilo.

Para desinfecar e tornar menos vulnerável aos traumatismos a pele dos mamilos, usa-se uma mistura de álcool e glicerina em

partes iguais ou qualquer pomada à base do óleo de fígado de bacalhau, as quais se aplicam, diàriamente, sobre o mamilo e aréola mamária. É necessário evitar que as gotas de colostro sequem e fiquem aderentes ao mamilo, pois, além de serem um óptimo meio de cultura, ao secarem, retraem-se, produzindo, fàcilmente, pequenas fissuras na pele.

Durante o puerpério deverá continuar-se, profilàcticamente, a desinfectar os mamilos, antes e depois das mamadas. Antes de cada mamada faz-se a desinfecção com um soluto iodado — Iodisis, por exemplo, na dose de XV-XX gotas num decilitro de água — e depois lavar com simples água fervida. Após a mamada fazer exactamente o contrário.

As fendilhações ou gretas dos mamilos são muito frequentes. Aparecem em cerca de 50 % das mulheres que amamentam pela primeira vez. Nas múltiparas, são bastante mais raras. Surgem, quase sempre, entre o segundo e o quarto dia do puerpério. Podem tomar o aspecto de uma erosão superficial, de uma fissura mais profunda ou de uma fenda entreaberta, com bordos grossos, recoberta por uma crosta que se desprende e sangra, cada vez que a criança mama. A localização tanto pode ser no vértice como na base do mamilo. As primeiras têm a forma de fissuras radiadas; as segundas são circulares, podendo, nos casos graves, chegar a separar o mamilo. Estas fissuras são muito mais dolorosas que as do vértice, provocando dores insuportáveis na mulher, ao amamentar.

A existência de fendilhações não contra-indica a amamentação. Devem redobrar-se os cuidados higiênicos, desinfectar o mamilo com mercurio-cromo e, no intervalo das mamadas, aplicar desinfectantes locais (gretalvite, dimenformon ou palliacol, etc.). É essencial a utilização da tetina, interpondo-se entre o mamilo e a boca do recém-nascido. Se este não consegue mamar através da tetina extrai-se o leite com bomba tira-leite.

#### *Alta provisória e alta definitiva.*

Num puerpério normal, a vigilância médica pode cessar pelo 8.º-10.º dia. O último exame local e geral deve revelar um útero pélvico ou rasando a sínfise púbica, lóquios normais, sutura cicatrizada, seios sem alterações, apirexia e regular estado geral.

Há todo o interesse que este exame seja repetido seis semanas depois do parto. A gravidez e o parto são responsáveis por lesões mais ou menos graves na mulher. Cerca de 60% das doentes internadas em clínicas ginecológicas sofrem de afecções que tiveram a sua origem no parto.

As consultas pós-natais são, portanto, necessárias para que, precocemente, possam ser diagnosticadas essas alterações do aparelho genital feminino.

Deverá ser feito um interrogatório focando, especialmente, a duração dos lóquios, o aparecimento da menstruação, a secreção láctea, o funcionamento vesical e intestinal, seguido de um exame geral.

Por último, exame minucioso do aparelho genital:

*Vulva* — aspecto, grau de afastamento dos grandes lábios, presença ou não de secreções anormais.

*Períneo* — consistência e integridade.

*Vagina* — aspecto e tonicidade das paredes. Corrimento.

*Colo* — exame simples — colposcopia — teste de Schiller.

*Útero, trompas e ovários* — tamanho, posição e sensibilidade.

Se tudo estiver normal, deverá aconselhar-se uma segunda consulta, três meses depois, e, uma terceira, seis meses após a segunda. Só então será dada alta definitiva.

## NOTAS DERMATOLÓGICAS

# PELADA

POR

J. DO ESPÍRITO SANTO

A pelada (*alopecia areata* ou *area Celsi*) é caracterizada por uma ou várias placas glabras, redondas ou ovulares, de limites nítidos, não cicatriciais, localizadas de preferência no coiro cabeludo e na barba.

Estas placas surgem sem que qualquer sintomatologia funcional as anuncie. De dimensões variáveis, 1 a 5 cm. de diâmetro ou mais, apresentam uma superfície branca, lisa, luzidia, de aspecto ebúrneo e sem escamas, crostas ou qualquer outro sinal inflamatório.

A princípio, a pele pode mostrar-se com certo grau de infiltração edematosa e com dilatação dos poros sebáceos.

Nestas placas o coiro cabeludo deixa-se pregar com facilidade — a revelar uma certa hipotonia já descrita por JACQUET — se bem que, mas mais raras vezes, se encontre aderente ao plano ósseo, mais adelgado e sem poros visíveis. Este segundo aspecto observa-se quase sempre nas formas rebeldes.

Na periferia da placa encontram-se *cabelos mortos* — aparentemente normais mas arrancando-se facilmente e sem dor por uma tração mnima — e *cabelos peládicos*. Estes, bem descritos por SABOURAUD, estão partidos a 10-15 mm. da sua emergência, são delgados e descorados na sua parte proximal e a sua extremidade livre é mais grossa e de cor normal.

O cabelo peládico, testemunho do carácter evolutivo da placa, destaca-se facilmente à pinça e apresenta-se, então, com a forma duma maça, duma espiga ou dum *ponto de exclamação*.

Quando existe uma placa única, esta tende habitualmente para a cura em 4 a 6 meses. Mas muitas vezes vão surgir outras

placas ou junto da primeira ou a distância, prolongando-se assim a duração da doença.

A *pelada ofiásica* ou offiase de Celso<sup>1</sup> (assim chamada porque este autor a comparou a duas serpentes que partindo da nuca se unissem na frente) interessa a orla do coiro cabeludo e inicia-se na região occipital ou por uma placa mediana ou por duas laterais e simétricas. Ao estender-se progressivamente, para um e para outro lado, esta pelada de Celso, particularmente rebelde à terapêutica, vai desguarnecendo de baixo para cima o coiro cabeludo e pode levar a uma calvice total e prolongada.

A *pelada da barba*, quase sempre com placas simétricas, pode ser isolada mas pode também acompanhar ou preceder uma pelada do coiro cabeludo.

As *peladas das sobrancelhas e das pestanas* associam-se quase sempre a peladas do coiro cabeludo e agravam o seu prognóstico.

A *pelada decalvante* provoca uma calvice total ou quase total. A uma placa de aspecto banal, segue-se o aparecimento, mais ou menos rápido, doutras placas secundárias. Por vezes, esta pelada vai interessar as sobrancelhas, as pestanas, a barba e pode até mesmo provocar a queda de todos os pelos. O repovoamento ulterior, raras vezes total, é possível mas nem sempre se verifica.

A pelada, afecção não contagiosa, parece resultar duma «perturbação da inervação ou da nutrição do pelo, devida a uma vaso-constricção dos capilares de origem simpática» — DEGOS. E assim toda a irritação do simpático, de causa geral ou de causa local, pode, ao condicionar este reflexo vaso-constritor, ser a origem da pelada.

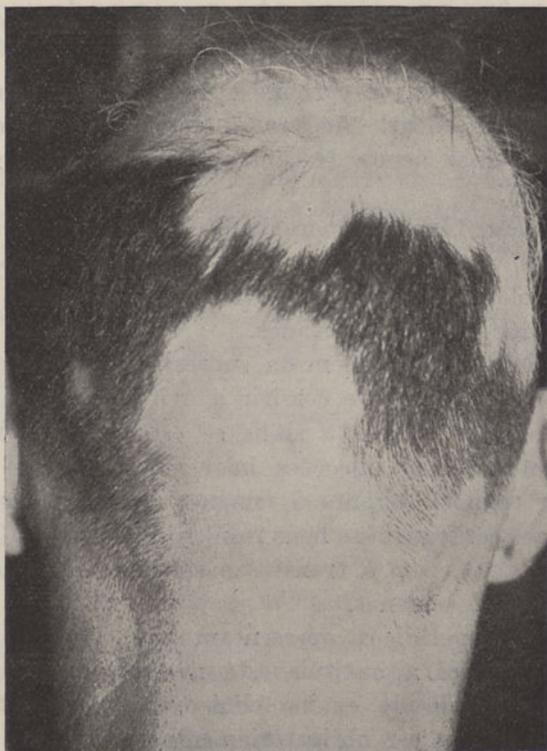
Admite-se, portanto, na etiopatogenia desta afecção a existência dum *terreno peládico* particular e das chamadas *espinhas peladógenas*, isto é, lesões dentárias, amigdalinas, oculares, articulares, etc., capazes de desempenharem o papel de factores de irritação simpática.

---

<sup>1</sup> A primeira descrição da pelada encontra-se na obra de CELSO, *De re medica*.

«Esta singular doença — escreve aquele autor — chamada Ophiasis pelos gregos, pela sua semelhança com uma serpente, começa pelo occiput e não ultrapassa dois dedos de largura. Prolonga-se acima das orelhas por duas áreas que vão juntar-se à frente, na frente».

O tratamento deve visar uma tríplice finalidade: suprimir a espinha irritativa peladógena donde a necessidade dum exame geral sistemático e minucioso, modificar as condições locais e actuar sobre o estado geral.



Pelada do coiro cabeludo. (Serviços de Dermatologia)

O tratamento local utiliza os rubefacientes clássicos como por exemplo:

Ácido acético . . . . .	1 gr.
Hidrato de cloral . . . . .	4 gr.
Licor de Hoffmann. . . . .	40 gr.

ou

Iodo metalóide . . . . .	1 gr.
Álcool a 60°. . . . .	100 gr.

Como preparação mais enérgica pode prescrever-se:

Crisarobina . . . . .	0,15 gr.
Clorofórmio . . . . .	30 gr.

Uma vez por dia fricção das placas com um pouco de algodão ou uma escova de dentes, não muito dura, embebidos numa destas misturas.

A aplicação de neve carbónica uma vez por semana é um método bastante eficaz. Acelera o crescimento do cabelo mas não deve dispensar nem o tratamento local habitual nem o tratamento geral.

Últimamente têm sido aconselhadas as injeções intra-dérmicas, uma ou duas vezes por semana e principalmente na periferia das placas, de acetilcolina, histidina a 4%, histamina a 1/10 000, hidro-cortisona ou seus derivados.

O tratamento geral, além da supressão da eventual espinha irritativa peladogena, deve corrigir a irritabilidade do simpático quando necessário; tratar a sífilis se esta existe; prescrever o ácido pantoténico em injeções intra-musculares de 500 mgr., 3 vezes por semana durante 6 semanas (Rabut e Toulant), etc..

Por vezes conseguem-se bons resultados, segundo C. ANDREWS e KERDEL VEGAS, com a transfusão sanguínea: 350 a 500 c. c. repetidos após 2 semanas.

Porque os peládicos apresentam um «terreno particular» a terapêutica geral a instituir está necessariamente na dependência do resultado do exame clínico cuidadoso e sistemático a que todos devem ser obrigatoriamente submetidos.

# COLIMICINA

## NOVO ANTIBIÓTICO

**DOTADO DE ACÇÃO ELECTIVA  
CONTRA OS MICROORGANISMOS GRAM-NEGATIVOS SENSÍVEIS  
PARA ANTIBIOSE ENTÉRICA E GERAL**

A COLIMICINA resulta eficaz em todas as infecções produzidas pelo coli, na disenteria microbiana, nas gastroenterocolites agudas e crónicas, nas dispepsias dos lactantes e das crianças; nas infecções cirúrgicas do abdome, nas apendicites, peritonites, colecistites; nas pielites, cistites e uretrites; na tosse convulsa; nas infecções oculares e dos ouvidos; nas infecções mistas de *Ps. aeruginosa* e, em geral, em todas as infecções de germes gram-negativos.

A COLIMICINA não é tóxica, nem dá lugar a fenómenos de intolerância.

### APRESENTAÇÃO

*COLIMICINA oral (para a antibiose intestinal)*

Frasco de 8 comprimidos a 250.000 Unidades  
Frasco de 4 comprimidos a 500.000 Unidades  
Frasco de 4 comprimidos a 1.500.000 Unidades

*COLIMICINA intramuscular (para a antibiose geral)*

Frasco de 1.000.000 Unidades  
Frasco de 500.000 Unidades

**LABORATÓRIO FRANCO - BELÉM-LISBOA**

LICENÇA SMIT



# LIOFIL B-C

ANDRÓMACO

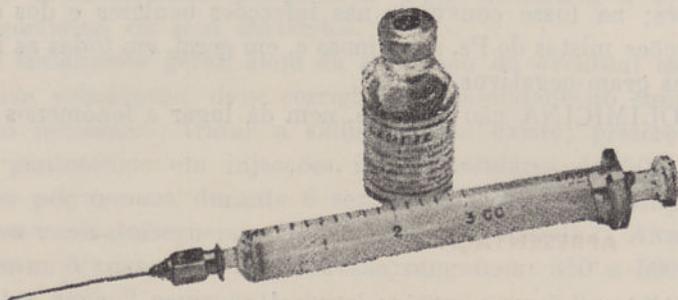
Complexo vitamínico liofilizado, injectável

**Alta concentração vitamínica apresentada em forma desidratada mediante o processo de liofilização**

PUREZA E ESTABILIDADE DE SEUS COMPONENTES

CONSERVAÇÃO ABSOLUTA DA SUA EFICÁCIA TERAPÊUTICA

FACILIDADE DE APLICAÇÃO



## FÓRMULA

Cada frasco contém em forma **liofilizada** estéril:

Vitamina B <sup>1</sup> . . . . .	150 Miligrs.
Vitamina B <sup>2</sup> . . . . .	7,5 »
Vitamina B <sup>6</sup> . . . . .	20 »
Nicotinamida . . . . .	250 »
Pantotenato de sódio . . . . .	25 »
Ácido ascórbico . . . . .	125 »
Extracto de fígado (contendo 20 microgramas de Vitamina B <sup>12</sup> ) . . . . .	10 U. A.

**Para o tratamento intensivo de deficiências vitamínicas**

Hipovitaminoses, deficiências nutritivas, estados infecciosos, hipermetabolismo, anemias associadas com deficiências do complexo vitamínico B, gravidez, lactação, nevralgias, diáteses cutâneas exudativas, etc.

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO, LDA.

RUA DO ARCO DO CEGO, 90

LISBOA-PORTUGAL

## NOTA CLÍNICA

### A PERFURAÇÃO DA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL

Todos os clínicos têm ideia de que a perfuração da úlcera gástrica ou duodenal representa uma complicação temível desta entidade nosológica, cujo prognóstico depende da urgência da intervenção clínica, em regra culminada num acto operatório.

A sintomatologia do ventre agudo por perfuração em peritoneu livre é de tal modo intensa e aparatosa que imediatamente põe a família e o médico de sobreaviso quanto à necessidade imediata de criteriosamente se proceder.

Já o mesmo se não pode dizer quanto à perfuração coberta, isto é uma perfuração que encontra logo à sua frente uma prega peritoneal ou um órgão vizinho que se lhe justapõe, de modo que o conteúdo gástrico ou duodenal não saem destes órgãos. Estes tipos de perfuração têm por vezes uma sintomatologia mais apagada, quando muito de dores mais intensas e persistentes além das costumadas exacerbações periódicas; são a radiologia, ou a intervenção cirúrgica, que as diagnosticam mais frequentemente.

Entre o ventre agudo clássico da perfuração em peritoneu livre e a sintomatologia vaga da perfuração coberta, há um sem número de casos intermediários em que a perfuração não é tão grave nem tão inexpressiva.

Não quer dizer porém que clinicamente o diagnóstico não seja por vezes muito difícil, senão impossível.

A doente *M. A.*, de 48 anos, vem queixar-se de dores no ombro direito, exaltadas em certas posições e na inspiração funda. Sem passado patológico digno de relevo, fora de vagas dores abdominais tardias, que atribuiu ao excesso de trabalho e falta de horário nas refeições, há perto de 15 dias, súbitamente, no princípio da noite, teve uma indisposição gástrica com vômitos secos, precedidos de dores de relativa intensidade, depois do que ficou um estado sub-febril e as dores torácicas refe-

ridas. Continuou a fazer a vida normal, alimentando-se com um pouco mais de cuidado, mas, como as dores continuassem, veio à consulta receando principalmente uma doença pulmonar, de que na família havia vários casos.

O exame radiológico, documentado na fig. 1, mostrou a existência de uma calote gaseosa subfrênica à direita; o interrogatório e o exame radiológico gastro-duodenal puseram em evidência uma úlcera duodenal com duodeno muito deformado por periduodenite.

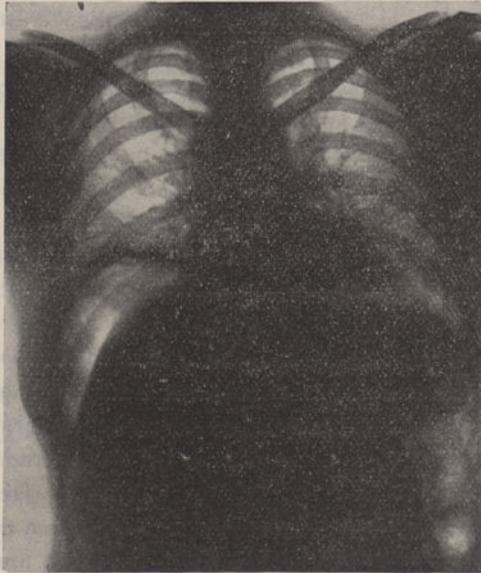


Fig. 1

No entanto, havia um estado geral regular, apesar de certo emagrecimento, ventre flácido, funções digestivas quase normais e dores abdominais muito vagas.

Leucocitose de 12.000 com 78 % de granulócitos neutrófilos.

Após 8 dias de gelo, alimentação láctea e penicilina, a doente foi operada de gastrectomia. Ao libertar-se o duodeno, onde se encontrou uma perfuração da face anterior no meio de aderências à face inferior do fígado, presenciou-se o escoamento de certo volume de gaz que provinha da zona postero-inferior do fígado. Evolução sem incidentes.

*Em resumo*, numa doente de meia idade, com sofrimento gástrico tão vago que nunca a levava a consultar médico, surge de modo brusco uma sintomatologia de dores no hemitórax direito sintomáticas de uma *perfuração duodenal coberta*, com pneumo-peritoneu localizado sob o diafragma direito. Apesar disto a doente continuou na labuta habitual e foi a persistência das dores torácicas e a febrícula, mais que a sintomatologia digestiva, que a obrigaram a um exame com resultado surpreendente.

Aqui, como aliás se não pode dizer ser raridade, a perfuração foi a primeira manifestação aparatosa de uma úlcera crónica. A sintomatologia inerente a esta perfuração não é também excepcional. Não deixa, porém, de ser curioso o facto de uma perfuração desta natureza, com trajecto sub-frénico, evoluir sem supuração, no meio de um estado geral relativamente bom e sem perturbações digestivas dominantes.

A capacidade de resistência ao sofrimento depende muito do indivíduo. Enquanto que, sob a influência de pequenas agressões, este se agita e pede em altos gritos alívio para o seu mal, aquele suporta, sem queixas, dores que temos todos os motivos para julgar cruciantes.

A doente J. C., de 51 anos de idade, casada, mãe de 3 filhos, trabalhando no campo e em sua casa, que no mesmo ano teve ocasião de observar, é disto demonstração exuberante.

Já a conhecera há 5 anos quando nessa data a medicara por úlcera duodenal com estenose e lhe aconselhara como mais conveniente a intervenção cirúrgica.

No entanto, no meio das dificuldades em que consistia a sua vida habitual e consciente também da falta do seu trabalho no seu pequeno agregado familiar, não se decidiu e foi vivendo com uma alimentação escassa e raros medicamentos.

Há perto de dois meses, as dores exacerbaram-se, acompanhadas uma vez por outra de vômitos alimentares, agravou-se a constipação de que já há muito se queixava. Apesar disto não interrompeu o trabalho, senão uma hora por outra durante o dia, em que tinha de se deitar na cama e escolher, nem sempre com sucesso, uma posição que lhe aliviasse as dores.

As dores, que dantes eram periódicas, nunca em jejum, sempre 2 a 3 h. após as refeições, passaram a ser permanentes com momentos em que se podiam classificar de terebrantes, transfixivas, incom-

patíveis então com o trabalho e para alívio das quais tomava clisteres, chás caseiros, bicarbonato de sódio com benefício variável.

Durante estes dois meses nunca ficou de cama, raro foi o dia em que não teve os seus deveres prontos a horas, mas, pouco a pouco, começou a sentir que atingia o limite das possibilidades e só então se resolveu a ser observada.



Fig. 2

O exame clínico directo é totalmente inexpressivo. Abdome flácido, sem massas anormais. Fígado e baço impalpáveis. Sensibilidade na região epigástrica onde se sente a pulsação da aorta.

No entanto o exame radiológico (Figs. 2, 3 e 4) mostra um estômago bilocular com uma úlcera de pequena curvatura perforada e suspeitas de estenose pilórica por úlcera duodenal.

A intervenção cirúrgica comprovou e completou os dados radiológicos. Havia de facto uma úlcera da pequena curvatura com uma perfuração enorme que dava entrada numa loca artificial com



Fig. 3



Fig. 4

as dimensões de aproximadamente  $5 \times 3 \times 2$  cm, com paredes constituídas à custa dos tecidos da vizinhança, repuxando e estreitando o corpo do estômago dando-lhe o formato bilocular e uma úlcera cicatrizada no duodeno criando um certo grau de estenose. Gastrectomia subtotal, seguida de óptima evolução.

*Em resumo*, numa doente com diagnóstico antigo de *úlcera duodenal*, surge uma *úlcera da pequena curvatura* evoluindo há um tempo indeterminado que, a certa altura, se complica de volumosa *perfuração coberta* levando a um estômago bilocular.

Esta perfuração, apesar de ser gigante, aberta numa loca enorme, foi compatível com uma actividade pouco afastada do corrente, com a doente lidando quase constantemente, sem febre ou outros sintomas de toxi-infecção.

Diremos mesmo que as dores, que, ao reparar-se na extensão das lesões, deviam ter sido insuportáveis, parece terem sido apenas banais, inteiramente destituídas de significado de maior.

Em patologia digestiva o interrogatório, e em especial a valorização do sintoma dor, tem valor predominante no diagnóstico. A dor, convenientemente examinada e avaliada, numa grande maioria de casos, só por si, nos indica o diagnóstico com precisão.

Temos de convir que casos desta natureza são excepção à regra. Valem fortemente pela demonstração dos caprichos da doença e da resistência individual às suas agressões.

E, como excepção, de modo algum destroem o valor de uma regra que a experiência universal aponta como sábia por exacta.

AUGUSTO VAZ SERRA

## REVISTA DAS REVISTAS

**Divertículo de Zenker e bloqueio da coluna cervical** — BAEYER (E. V.)  
— «The American Journal of Roentgenology», 84 (6), 1037, 1960.

O A. apresenta dois casos de divertículo de Zenker associado a bloqueio da coluna cervical inferior que sugere uma relação directa, quando não causal, entre estas duas situações. Possivelmente o bloqueio da coluna constitui um factor mecânico na constituição do divertículo.

Foram encontrados na literatura dois casos semelhantes, mas interessando apenas a hipofaringe.

COELHO SILVEIRINHA

**Hemorragia gastro-intestinal superior aguda considerada radiologicamente. Experiência no «Hartford Hospital»** — HEUBLEIN (G. W.), BAKER (G. L.) e ROY (R. H.) — «American Journal of Roentgenology», 84 (6), 1003, 1960.

De 166 doentes com hemorragia gastro-intestinal superior moderada a grave, admitidos durante os 2 últimos anos no Hartford Hospital, 136 ou 82% foram classificados como duas vezes mais sangrantes e 30, ou seja 18%, como 3 vezes mais ou sagradores maciços.

O intervalo entre a admissão e o estudo radiográfico foi variável: nos casos cirúrgicos ele foi em média de sessenta horas, enquanto que nos casos tratados por meios médicos o prazo foi de setenta e três horas. 24% dos doentes foram examinados dentro de 24 horas e 64% dentro de 72 horas.

Embora a mortalidade médica e cirúrgica seja relativamente baixa, da ordem de 4 a 5%, a diminuição do intervalo de tempo entre a admissão e o estudo radiográfico aumentará a precisão do diagnóstico radiológico, contribuindo deste modo para diminuir mais a mortalidade.

A exactidão do diagnóstico radiológico é da ordem dos 84 a 85% tanto nos casos do foro médico como do foro cirúrgico.

Somente em 6,4% das pacientes não foi descoberto o local da hemorragia.

Cinco dos 8 doentes que faleceram durante o tratamento tinham mais de 80 anos e apresentavam numerosas complicações tais como arterosclerose, nefrosclerose, congestão pulmonar, edema pulmonar e carcinoma da próstata.

Quando realizado oportunamente, o exame radiográfico nas hemorragias gastro-intestinais superiores maciças é um método útil e compensador. Deve ser realizado logo que o doente esteja estabilizado para permitir obter o máximo possível de informações.

COELHO SILVEIRINHA

**As feridas da região fronto-etmoidal—**ANDRÉEVSKY (A.) e YOVANOVITCH (M.) — «Les Annales d'Oto-Laryngologie», 77 (12), 1960.

A experiência dos AA. demonstrou a excelência do tratamento cirúrgico imediato e radical das feridas da região fronto-etmoidal. Nos casos citados, os resultados obtidos com esta conduta foram excelentes; as sequências operatórias foram isentas de complicações, mesmo tardias.

A intervenção deve ser radical, com exploração ampla das fissuras ósseas, desnudação e inspecção da dura-mater até ao território são. Uma comunicação ampla, estabelecida entre o seio frontal e a fossa nasal através do seio etmoidal, permite uma drenagem satisfatória por meio dum dreno grosso.

O estado de choque é uma contra-indicação momentânea que exige reanimação prévia do ferido. A tática operatória é orientada por um diagnóstico preciso, clínico e radiológico. A drenagem impede a estagnação das secreções nos andares superiores e, deste modo, os riscos de complicações das feridas desta região reduzem-se ao mínimo.

Em conclusão: pela experiência adquirida e referida, os AA. são contra a contemporização proposta por outros, já que esta atitude apresenta grandes riscos e não dá garantias sobre o estado das lesões profundas desta região nem das do endocrânio.

COELHO SILVEIRINHA

**Otite colesteatomatosa complicada e revelada por um começo nevralgico**  
— BAZ (C.) — «Les Annales d'Oto-Laryngologie», 77 (12), 938, 1960.

A propósito desta observação, o A. evidencia como mais importantes os pontos seguintes:

- a presença do colesteatoma atrás dum tímpano fechado e o reaparecimento da otite sem febre;
- a dor, sintoma de início por irritação provável do trigémio ou por repercussão no domínio do grande nervo pétreo superficial;
- a regressão rápida da parésia após a descompressão do nervo facial.

COELHO SILVEIRINHA

**Disfagia cricofaríngea** — HAMPTON (J.) — «The American Journal of the Roentgenology», 84 (6), 1028, 1960.

São apresentados dois casos que tenham sido diagnosticados como disfagia cricofaríngea. Seguido durante três anos, um dos doentes apresentou um divertículo faríngeo de localização não habitual. O doente melhorou clínica e radiologicamente a seguir à dilatação.

A terminar, o A. faz uma revisão da literatura, discute o problema e acentua a importância do exame radiográfico nestas situações.

COELHO SILVEIRINHA

**Contribuição ao estudo das amiloses secundárias** — R. HUGONOT, S. DELONS e M. MUFFAT — «La Semaine des Hôpitaux», 37 (3), Janeiro, 1961.

Em 30 observações de amilose renal secundária colhidas nos anos de 1957 a 1959, em dois Serviços de Medicina Geral de Rabat, os autores, estudando 22 confirmadas quer por histologia, quer por um índice de fixação do vermelho do Congo pelo menos igual a 80% em uma hora, passam em revista:

- a) As circunstâncias do aparecimento: juventude dos doentes, causas associadas, revelação na altura de episódios intercorrentes;
- b) os períodos do diagnóstico: orientação pela clínica (da albuminúria isolada à insuficiência renal grave) associada a uma causa amilógena, presunção pela hiper- $\alpha$ -2-globulinémia e a fixação do vermelho do Congo (estudo crítico desta prova), certeza pela histologia sob condição de utilizar toda a gama de colorações;
- c) as manifestações evolutivas que mostram, ao lado dos agravamentos rápidos, tolerâncias, por vezes regressões notáveis, quando a lesão amilógena pode ser tratada em associação com a terapêutica à acção anticortisona.

COELHO SILVEIRINHA

**As complicações renais do diabético a longo prazo** — R. BAQUET — «La Semaine des Hôpitaux», 37 (3), Janeiro, 1961.

As complicações renais sobrevêm a um período tardio do diabético dando lugar a diversos síndromas clínicos, que não podem ser reduzidos a uma expressão clínica e anatomo-clínica única, a qual seria patognoménica do diabético, tal que a expressão «Síndrome de Kimmelstiel-Wilson» poderia fazer crer.

Referem-se cinco observações, compreendendo:

- 1-2) dois síndromas nefróticos puros, sem insuficiência renal;
- 3) uma nefrite azotémica com albuminúria e edemas;
- 4) uma nefrite azotémica pura;
- 5) uma nefrite edematosa com cilindrúria, albuminúria, lesões retinianas, realizando o «Síndrome de Kimmelstiel-Wilson».

Quatro destas observações respeitantes a mulheres mostram o predomínio do sexo feminino.

Do mesmo modo se reconhecem as características clínicas descritas no importante trabalho de M. Azerad.

Tais doentes não são raros em Marrocos, onde a diabetes é uma doença frequente.

COELHO SILVEIRINHA

**Febre prolongada devida a perfuração coberta de uma úlcera benigna da grande curvatura do estômago — KASICH (A. M.), MILLER (J. W.) — «Gastro-Enterology», 39, 783, 1960.**

Acentuando a raridade da associação de uma úlcera benigna da grande curvatura gástrica com hiperpirexia prolongada, os AA. chamam a atenção para um doente, de 57 anos, em quem a sua perfuração coberta para o peritôneo conduziu ao aparecimento de uma volumosa formação de tipo inflamatório.

O quadro clínico sugeria a presença de um carcinoma, mas a intervenção cirúrgica revelou a realidade do processo inflamatório com invasão da vesícula.

ROBALO CORDEIRO

**Síndrome de Loeffler — GARREL (M.) — «Arch. Int. Med.», 106, 874, 1960.**

Trata-se de um doente, com 56 anos de idade e sofrendo de artrite reumatoide, em que o tratamento com um sal de ouro (Salgonal) conduziu ao aparecimento de uma infiltração pulmonar maciça, de febre, eosinofilia (31%), aumento da área cardíaca e sopro sistólico da ponta.

Quando à causa exacta da complicação cardíaca, admite o A. poder atribuir-se a uma prévia esclerose coronária e a isquémia miocárdica desencadeada pela anóxia e não a uma reacção alérgica do miocárdio, se bem que já descrita por outros autores.

Acentua também, a terminar, o benefício indiscutível da corticoterapia neste caso, onde parece ter tido, mesmo, o mérito de haver salvo a vida do doente.

ROBALO CORDEIRO

**Causalidade na úlcera gástrica** — PALMER (W. L.) — «Arch. Int. Med.», 106, 786, 1960.

Na conclusão da sua investigação, o Autor afirma que a causa do aparecimento das úlceras gástricas é a insuficiência da mucosa para impedir a acção da acidez do suco gástrico, embora admita não ser ainda conhecido completamente o mecanismo responsável, quer pela diminuição da resistência da mucosa, quer pela intensificação da acidez.

Entre os medicamentos que, por aumentarem a secreção ácida, podem ser classificados como ulcerogénios, põe em destaque a histamina, o cinchofeno, a reserpina e a fenilbutazona.

Também acentua que não existe, ainda, suficiente demonstração do papel da terapêutica anti-inflamatória por esteroides no aparecimento da úlcera gástrica.

ROBALO CORDEIRO

**Policitémia nefrogénica** — NIXON (R. K.), O'ROMKE (W.), RUPE (C. E.), KORST (D. R.) — «Arch. Int. Med.», 106, 797, 1960.

Com fundamento em três observações de policitémia nefrogénica, com lesões quísticas renais, os AA. referem a possibilidade da actividade eritropoiética no líquido e na parede dos quistos, tal como se demonstrou, de forma evidente, na sua casuística.

Quanto à patogenia do processo, admitem a hipótese da responsabilidade das células dos tubos renais no desencadeamento da situação.

Também acentuam o interesse especial de dois dos casos — nos quais, pela primeira vez, se conseguiu a remissão da policitémia pela simples excisão dos quistos renais.

ROBALO CORDEIRO

**A acção hipocolesterinémica do Triparanol (MER-29) no homem** — RUSKIN (A.) — «Arch. Int. Med.», 106, 803, 1960.

A investigação do A. permitiu-lhe concluir que o Triparanol, na dose de 250 mgrs ou mais, por dia, baixa os níveis da colesterinémia em doentes sem afecção hepática.

Também não se encontraram quaisquer sintomas imputáveis a efeitos tóxicos ou a disfunção hepática cuja responsabilidade se deva atribuir à droga, assim como quaisquer modificações dos testes de função hepática e da actividade enzimática do fígado.

Uma outra vantagem do tratamento pelo Triparanal reside na possibilidade da sua administração a longo prazo e no seu êxito, mesmo em doentes não submetidos a dieta.

ROBALO CORDEIRO

**Tratamento do shock com drogas simpaticomiméticas** — MILLS (L. P.), VONDOUKIS (I. J.), MOYER (J. H.), HEIDER (C.) — «Arch. Int. Med.», 106, 816, 1960.

Em face da frequência com que, no shock, se verifica uma depressão da função renal, há toda a vantagem em utilizar, no seu tratamento, drogas que melhorem a circulação do rim.

Neste particular, justifica-se o recurso ao «metaraminol», o qual alia à sua actividade como amina simpaticomimética a circunstância benéfica de aumentar o fluxo sanguíneo renal.

Do seu ensaio em 67 doentes com vários tipos de shock e em outra com enfarte do miocárdio, concluem os AA. pelas vantagens do recurso ao metaraminol, sobre outros simpaticomiméticos, nomeadamente a «levarterenol».

ROBALO CORDEIRO

**O síndrome de Budd-Chiari** — GATAS (F. A.), HALL (E. M.) — «Arch. Int. Med.», 106, 852, 1960.

Os AA. referem um caso de síndrome de Budd-Chiari num doente de 22 anos, com provas da função hepática e de floculação anormais; a retenção da B. S. P. era superior a 70% e, frequentemente, não havia colesterol esterificado.

Quanto ao diagnóstico diferencial, houve necessidade de o estabelecer com as seguintes situações: ventre agudo cirúrgico, cirrose hepática, trombose das veias esplénicas, obstrução das veias portas, pericardite constrictiva, pancreatite aguda e hepatite aguda.

A terminar, os AA. salientam que não há qualquer terapêutica conhecida para este processo e que a cirurgia apenas consegue adiar a sua evolução fatal.

ROBALO CORDEIRO

**Ensaio do tratamento cirúrgico da úlcera duodenal dirigido pelo estudo da acidez gástrica** — J. MIALARET, G. EDELMANN, R. BOURGEOIS, A. BUSSON e J. F. DAVEZAC — «Arch. des Mal. de l'appareil digestif e des Maladies de la Nutrition», Vol. 49, 1459, 1960.

Os AA. escolhem os tipos de intervenções cirúrgicas a seguir nos casos de úlcera duodenal consoante o estudo da acidez e da hiperacidez provocada — prova da histamina e prova da insulina.

As indicações cirúrgicas são as seguintes:

- 1 — «se a hiperacidez parece sobretudo de origem vagal é à vagotomia que é preciso recorrer, associada a uma operação de derivação para facilitar a evacuação gástrica.
- 2 — se a hiperacidez é de origem antral, hormonal, como o indica a prova da histamina, é a ressecção gástrica extensa que parece a terapêutica mais segura.
- 3 — se a hiperacidez é de origem vagal e antral, deve-se teoricamente associar a vagotomia a uma gastrectomia extensa para pôr o doente ao abrigo de uma recidiva péptica.

Os AA. consideram como intervenção ideal a ressecção gástrica limitada — hemigastrectomia e antrectomia — com anastomose gastroduodenal e associada a uma vagotomia bilateral. Esta intervenção parece ser a mais satisfatória, impedindo os perigos da gastrectomia extensa e da gastroenterostomia.

FRANCISCO SEVERO

**Aspergilomas enxertados em cavernas antigas tuberculosas** — A. DUROUX, A. SOMIA e E. DROUHET — «Journ. Franç. de Med. e Chir. Thor.», Vol. XIV, 729, 1960.

Os AA. apresentam dois casos de tuberculose cavitária antiga na qual se encontraram enxertos de aspergilose: num era bilateral e noutra unilateral.

O diagnóstico foi realizado a partir da cultura das secreções brônquicas e do aspecto radiológico das lesões.

No ponto de vista clínico as duas observações confirmam a frequência das hemoptises nos aspergilomas.

FRANCISCO SEVERO

**Micro-litíase alveolar pulmonar demonstrada por biópsia** — R. ISRAEL-ASSELAINE, J. CHEBAT, R. ABELANET e J. LECHEN — «Journ. Franç. de Med. et Chir., Thor.», Vol. XIV, 635, 1960.

Os AA. apresentam uma observação de micro-litíase alveolar pulmonar diagnosticada por biópsia pulmonar. Os pequenos cálculos são constituídos por uma mucoproteína que serve de suporte a uma importante depósito de cálcio.

Esta afecção, indiscutivelmente rara, não é muitas vezes observada nos exames radiológicos habituais.

Clinicamente, esta afecção quando surge na infância é geralmente assintomática; pelo contrário, nos indivíduos de mais idade os sintomas mais observados são: hemoptises, tosse e expectoração.

As complicações infecciosas são raras; no entanto, encontra-se com frequência hipocratismo digital talvez ligado à insuficiência respiratória.

Os AA., depois de fazerem algumas considerações de ordem diagnóstica, anatomopatológica e patogénica, terminam abordando o problema da terapêutica que, presentemente, não é eficiente.

FRANCISCO SEVERO

**Murcormicose renal** — GEORGE R. PRONT e R. GODDARD — «The New England J. of Medicin», 263, 1246, 1960.

Os autores referem um caso de mucormicose manifestando-se só por sofrimento renal. O diagnóstico foi feito por exame histológico do espécime cirúrgico. O doente sobreviveu depois de nefrectomia e administração intravenosa de anfotericina B. Parece que esta droga foi de grande valor.

A sintomatologia era de processo inflamatório renal, com urinas turvas e sanguinolentas, resistente à habitual terapêutica antibiótica, pelo que foi resolvida a nefrectomia na hipótese da tuberculose renal.

DÁRIO CRUZ

**Leiomiomatosis Cutis** — ROSS FOX — «The New England J. of Medicin», 263, 1248, 1960.

É apresentado um caso de leiomiomatose cutânea, a propósito do qual se faz uma revisão da literatura.

A distribuição dos nódulos, sua multiplicidade, natureza erétil e tipo de dor manifestada por este caso estão dentro do clássico. A sede era nos músculos erectores dos pêlos, provada de um modo seguro pelo exame histológico.

Os paroxismos das dores foram suprimidos com doses pequenas de meprobamato. A terapêutica anterior consistia indiscriminadamente na excisão cirúrgica ou na electrolise dos tumores dolorosos.

DÁRIO CRUZ

**Infecções devidas ao vírus Coxsackie grupo A, tipo 9, em Boston, em 1959, com referência especial a exantomas e pneumonia** — LERNER, KLEIN, LEVIN e FRILAND — «The New England J. of Medicin», 263, 1265, 1960.

Com estas infecções estavam associadas meningites assépticas, erupções maculo-papulares, petequiais e vesiculosas, bem como pneumonias.

O isolamento e os tubos de neutralização em culturas de tecidos, permitiram relação destas doenças com o vírus Coxsackie, grupo A, tipo 9. O vírus foi

isolado da faringe, recto, liquido cerebro-espinhal e sangue dos doentes que curaram.

Num doente com 16 meses, falecido por pneumonia com complicações do sistema nervoso central, foi possível recolher do fígado e pulmões o vírus em títulos que indicavam a intervenção deste vírus numa patologia tão séria.

DÁRIO CRUZ

### **Críticas sobre a prática da transfusão de sangue num serviço de cirurgia**

— J. H. MORTON — «The New England J. of Medicine», 263, 1285, 1960.

No centro médico da Universidade de Rochester, Morton estudou o sucedido com 475 doentes que receberam transfusão de sangue em 1959. 36% destes doentes receberam apenas uma transfusão de 500 c.c. de sangue total durante a estadia hospitalar. Um estudo retrospectivo mostrou que, pelo menos em 34% e talvez em 72% dos doentes, elas eram desnecessárias. Foram feitas a título preventivo, de segurança, que mais tarde se verificou sem razão.

Em 2,2% houve reacção da transfusão, pelo que M. discute cuidadosamente as indicações e os riscos, recomendando um exame atento antes de preconizar uma terapêutica que, por tão corrente e fácil, se tornou uma banalidade, porém não isenta de perigos.

DÁRIO CRUZ

### **Anticorpos para a tiroglobulina em pacientes com tirotoxicose tratados com iodo radioactivo — BLAGG — «The Lancet», 7165, 1364, 1960.**

Os soros de doentes antes e depois de tratados com Iodo radioactivo mostrou uma incidência significativamente mais elevada de anticorpos circulantes anti-tiroide nos que tinham mostrado hipotiroidismo. Todos estes doentes tinham anteriormente tirotoxicose. Os anticorpos foram encontrados em 52% dos doentes antes do tratamento, em 55% dos doentes que ao fim de um ano depois do tratamento eram eutiroideos, e em 77% dos doentes que se tinham tornado hipotiroideos a seguir ao tratamento. O título dos anticorpos foi baixo, na maioria dos casos, em cada grupo.

Um mecanismo antes imune pode ser possivelmente associado indirectamente com o desenvolvimento do hipotiroidismo, ocorrendo anos após o tratamento com  $I_{131}$ , mas a presença de um título baixo de anticorpos anti-tiroide em doentes com tirotoxicose não é para ser considerado em si como indicação para recusar o tratamento com iodo radioactivo.

A reacção das precepitina distinguiria entre doentes hipertiroideos e os poucos doentes com tiroidite precoce de Hashimoto que se apresentam com tirotoxicose.

DÁRIO CRUZ

**Enteropatia que perde proteína no síndrome esprú — R. A. PARKINS**  
— «The Lancet», 7165, 1366, 1960.

Onze doentes com esprú foram investigados com substâncias marcadas, para se pôr em evidência a má absorção de proteínas e a enteropatia que perde proteínas (*protein-losing enteropathy*).

A má absorção foi observada em 3 e a enteropatia com perda de proteínas em 4 doentes. Não se pôde encontrar correlação entre estes defeitos do metabolismo proteínico e o estudo clínico, nem com a percentagem de proteínas do soro ou com as alterações histológicas do intestino delgado.

DÁRIO CRUZ

**Bacteriémia a seguir a sigmoidoscopia — E. BUCHMAN e BERGLUND**  
— «Am. Heart Journal», 60, 863, 1960.

Em 100 doentes submetidos a sigmoidoscopia, os AA. procuraram saber se este exame poderia desencadear uma bacteriémia. Estes doentes, nas semanas anteriores, não tinham tomado quaisquer medicamentos. Amostras de sangue foram colhidas para hemocultura, antes, imediatamente depois e 15 minutos após a sigmoidoscopia, com todo o cuidado para evitar a contaminação.

Em 87 doentes as culturas foram negativas após este exame. Nos casos em que se encontraram bactérias, ou no exame directo ou após culturas, tinha havido circunstâncias que fazem admitir a contaminação.

DÁRIO CRUZ

**O diagnóstico electrocardiográfico do enfarte miocárdico em casos de bloqueio do ramo esquerdo completo — BESOAIN e EBENSPERGUER**  
— «Am. H. Journal», 60, 886, 1960.

São analisados os ECG de 13 doentes com E. M. e bloqueio do ramo esquerdo. O diagnóstico do E.M. foi baseado na autópsia (6), no ECG sem prejuizo de condução (3) e no síndrome típico clínico e electrocardiográfico (4).

A conclusão é que só algumas alterações do segmento ST e da onda T indicaram com certeza um e. m.

A maioria dos outros sinais descritos, especialmente os referidos ao complexo QRS, foram encontrados na ausência de um enfarte do miocárdio, e por tal não tem valor diagnóstico.

DÁRIO CRUZ

**Anatomia cirúrgica da artérias coronárias** — ANGELO, MAY — «Diseases of the Chest», 6, 645, 1960.

O A. sugere uma classificação das artérias coronárias utilizando os termos: vasos atrio-ventriculares e vasos intraventriculares, que dão uma indicação mais precisa da sua localização e da sua função. A sede dos orifícios coronários acima das valvas da válvula aórtica aclarou a sede dos orifícios em relação com a posição anteroposterior do eixo, que é assaz variável. O A. sugere uma classificação das colaterais interarteriais e colaterais transarteriais, que se desenvolvem quando do ateroma nas diferentes partes da árvore coronária. Um quarto tipo de colateral, as colaterais cicatriciais ou de neo-vascularização, é discutida.

ADOLFO MESQUITA

**Quisto hidático do pulmão** — SACHDEVA, TALWAR — «Diseases of the Chest», 6, 638, 1960.

Os AA. apresentam 10 casos de quistos hidáticos do pulmão, em que a tosse e expectoração com ou sem febre foram acompanhados de pequenas hemoptises.

A enucleação do quisto foi feita em 2 casos, a drenagem em 4.

A drenagem em dois tempos, considerada antiquada, pode ser feita se necessária nos doentes com estado geral desesperado e que não são justificáveis outras intervenções como referem os AA.

ADOLFO MESQUITA

**As lesões do lobo superior** — BEATY, RANSOY — «Diseases of the Chest», 6, 625, 1960.

As opacidades das radiologias fibrosas do vértice do pulmão são tão frequentemente atribuídas à tuberculose pulmonar, que automaticamente a presença de antigas opacidades serve automaticamente para a identificação de lesões mais recentes.

Na ausência de sintomas clínicos, a noção secundária da lesão inactiva é igualmente banal.

A frequência de tais cicatrizes do lobo superior parece ter uma significação numérica nos erros de diagnóstico.

ADOLFO MESQUITA

**Cancro do pulmão na mulher** — KATHARINA, BOUCOT, PERCY — «Diseases of the Chest», n.º 6, 587, 1960.

Entre todos os casos de cancro do pulmão comprovados, em 43 hospitais — de Filadélfia — houve 102 melhoras nas quais a sobrevivência de 5 anos foi de 3 % nos anos compreendidos entre 1948 a 1950.

A proporção em que foi feita a ressecção foi de 27 % — o que é aproximadamente a mesma dos homens com cancro do pulmão. Das 34 mulheres que apresentavam exames broncoscópicos macroscópicos normais, metade sofreram ablação. Em 43 casos em que a broncoscopia apresentava exames anormais, esta intervenção só pôde ser praticada em 1/5 dos casos.

32 dos cancros foram indeferenciáveis, 30 adenocarcinomas, 26 de células epidermoides e 4 dos bronquíolos terminais (alveolares) — sendo os epidermoides habitualmente dominantes no homem.

Os AA. só apresentam um caso assintomático.

7 % das mulheres tiveram antecedentes de malignidade extra-pulmonar anteriores.

Os AA. referem a associação em 4 % dos casos com a diabetes açucarada e em 1 % com tuberculose pulmonar evolutiva.

ADOLFO MESQUITA

**Causas da morte em 304 casos de asma brônquica** — MESSER, GUSTAVUS — «Diseases of the Chest», 6, 616, 1960.

1,5 % da totalidade dos doentes da Clinica Mayo têm asma brônquica.

A asma brônquica termina fatalmente mais frequentemente do que se pensa. Em 304 necrópsias, 17 % das mortes relacionadas com a asma ocorreram 5 anos depois do início da asma e 35 % antes dos 51 anos de idade.

Destes 304 asmáticos examinados na autópsia, 11 % morreram em estado asmático e 10 % de outra complicação asmática.

Os restantes 78 morreram por causas relacionadas com a asma.

As oclusões da luz brônquica com material espesso, aderente que se cora pela mecina, é responsável pela morte no estado do mal asmático.

ADOLFO MESQUITA

**Tratamento das doenças tromboembólicas** — IRVING S. WRIGHT — «The Journal of the American Medical Association», vol. 174, pág. 1921, 1960.

O autor, dado o notável incremento do uso da terapêutica anti-coagulante, resolveu tentar uma conclusão sobre a eficácia de tal tratamento, tanto mais que os resultados são, por vezes, algo contraditórios.

Para uma uniformidade de critérios, formula uma série de requisitos que deveriam seguir-se na avaliação dos resultados, dos quais os mais importantes são: a) Critério de escolha dos doentes; b) identidade do critério para doentes e grupo testemunho; c) Precisão da técnica de controle na terapêutica.

Termina por assegurar que só mediante um tal procedimento se poderá ajuizar, seguramente, da eficiência de tal terapêutica.

ROCHA ALVES

**Tamponamento cardíaco com terapêutica anti-coagulante no enfarte miocárdico** — Jack DICKERSON e Frank MORRISON — «The Journal of the American Medical Association», vol. 174, pág. 1939, 1960.

A propósito dum caso de tamponamento cardíaco motivado pelo tratamento anticoagulante devido a enfarte do miocárdio, os autores, após a história clínica que motivou o trabalho, referem separadamente, as contra-indicações da terapêutica anticoagulante em geral e no caso particular do enfarte do miocárdio, os meios de diagnóstico e o seu tratamento.

Embora se trate duma complicação relativamente rara, deverão os clínicos ter em mente a possibilidade do seu aparecimento.

Quanto ao diagnóstico e tratamento chamam os autores a atenção para a punção pericárdica que conjuntamente poderá elucidar sobre os dois sectores.

ROCHA ALVES

**Resistência do Estreptococo Beta Hemolítico grupo A à Tetraciclina** — HENRY KUBARIC, C. EVANS ROBERTS JR. e WILLIAM M. M. KIRBY — «The Journal of the American Medical Association», vol. 174, pág. 1779, 1960.

Devido à frequência com que profiláctica ou terapêuticamente, se administram tetraciclinas em casos de infecção pelo estreptococos hemolítico do grupo A., os autores acharam de interesse avaliar, até que ponto, germens deste tipo, derivados de casos clínicos teriam adquirido resistência a este grupo de antibióticos.

Para esse efeito recolheram estirpes provenientes de 256 pacientes, dos quais 218 mostraram tratar-se de estreptococos Beta hemolítico do grupo A.

Empregaram baritracina, penicilina, eritromicina, cloranfenicol, tetraciclina e demetilclortetraciclina, tendo verificado não haver resistência para qualquer dos primeiros 4 produtos.

Em 20% dos casos havia resistência para as tetraciclinas, a maior parte deles provenientes de infecções clínicas.

A terminar os autores contra-indicam, baseados nas observações feitas, o emprego das tetraciclinas na profilaxia da febre reumática, na terapêutica dos focos estreptocócicos da oro-faringe, sem se averiguar previamente da sensibilidade do germe àqueles medicamentos.

ROCHA ALVES

**Adenocarcinoma do intestino grosso** — VICTOR A. GILERTSEN — «The Journal of the American Medical Association», vol. 174, pág. 1789, 1960.

Chama-se a atenção para a errônea noção de bom prognóstico dos casos de ressecção intestinal por carcinoma do intestino grosso.

Como base para tal afirmação refere-se o resultado do estudo levado a efeito em 875 doentes em que a sobrevida, ao fim de 5 anos, era inferior a 50%.

Estuda-se depois os casos de cura, consoante a localização do tumor, o grau de ressecção e a precocidade do diagnóstico.

Encara-se ainda a frequência com que aparecem os diversos sintomas desta situação clínica e o valor que eles possuam, numa tentativa de diagnóstico precoce.

ROCHA ALVES

**Forma diversa de angina do peito** — MYRON PRINZMETAL, ALI EKMETI, REXFORD KENNAMER, JAN K. KWOCZYNSKI, HERBERT SHUBIN e HIDIO TOKOSHIMA — «The Journal of the American Medical Association», vol. 174, pág. 1794, 1960.

Após referirem a relativa frequência com que esta forma diversa de angina do peito ocorre, os autores relatam o aparecimento de 23 casos nos passados 2 anos e meio.

Esta forma variante é caracterizada principalmente pela sua independência em relação ao esforço.

Relatam circunstanciadamente as histórias clínicas de 2 desses casos e destas e das outras observadas extraem o quadro mais frequentemente encontrado: uma dor aparecendo em descanso e elevação electrocardiográfica do segmento ST que volta ao normal com o terminus da dor.

Descrevem em seguida o meio de chegar ao diagnóstico, o tratamento e o prognóstico desta forma diversa de angina do peito.

ROCHA ALVES

**Estudo clínico comparativo de novos psicolépticos — E. BRZEZICKI**  
— «Annales Médico-Psychologiques», 118, 825, 1960.

Entre os medicamentos capazes de acalmar os doentes mentais agitados foram escolhidos o piperidino-butirolona (R. 1625) e a sulfamidofenotiazina (7843 R. P.), ambos dignos de referência pela sua rapidez de acção sedativa.

Pelo estudo comparativo dos seus resultados em 100 doentes previamente escolhidos, conclui-se que os efeitos terapêuticos são semelhantes, embora o R. 1625 provoque secundariamente, com mais frequência, o aparecimento de sintomas parkinsonianos.

Cefaleias, angústia, formigueiros e outros fenómenos subjectivos aparecem em maior número de vezes nos doentes tratados com o 7843 R. P., cuja utilização não parece estar contra-indicada nas pessoas idosas.

FREDERICO GOMES

**Associação do asacyclonol e do electrochoque — M. PARIENTE e**  
S. KIPMAN — «Annales Médico-Psychologique», 118, 949, 146.

Os AA. descrevem dois casos em que foram obtidos bons resultados com a associação do asacyclonol-electrochoque, cuja técnica de administração consiste em fazer preceder imediatamente o tratamento convulsivante pela injeção intravenosa da droga.

Concluem que esta associação está indicada naqueles doentes que comportam um componente tímico importante e rebelde, nas formas em que predominam os fenómenos alucinatórios, e em todos aqueles casos em que a utilização isolada do asacyclonol ou da sismoterapia não tenham dado efeitos favoráveis.

FREDERICO GOMES

**Estudo sobre o ensaio terapêutico do metaminodiasepoxide (R. O.**  
5-0690) — H. BARUK e Mme RICHARDEAU — «Annales Médico-  
-Psychologiques», 118, 925, 1960.

O R. O. 5.0690 foi administrado *per os*, sob a forma de comprimidos a 10 e a 50 mgs, em doses diárias entre 20 e 75 mgs, num número restrito de doentes por dificuldade de aquisição da droga.

Os efeitos terapêuticos traduzem-se por melhoria do sono e do apetite, paralelamente com acção sedativa, diminuição do erectismo, da tensão e da ansiedade.

Estes efeitos manifestam-se precocemente com doses diárias à volta dos 30 mgs, e são observáveis mais frequentemente no sexo masculino, cuja explicação nos escapa.

É de considerar a relativa inocuidade do produto.

FREDERICO GOMES

**Futuro dos tuberculosos pulmonares, saídos dos sanatórios com baciloscopia positiva** — A. BAQUET, J. LUIZY e D. ABELOAS — «Revue de Tuberculose et de Pneumologia», Tomo 24, n.º 9-10, 1035, 1960.

Os autores realizaram um estudo sobre a futuro de 603 doentes bacilíferos, saídos do sanatório contra os conselhos médicos, entre 1953 e 1957, mas só conseguiram obter dados de 530 doentes e distribuem assim os resultados: 19 % vão bem, 36 % continuam doentes e 45 % faleceram.

Estes resultados desfavoráveis são tomados em linha de conta com tratamentos incorrectos determinando resistências, em particular à isoniazida.

Com efeito, 88 % destes doentes não tinham podido beneficiar, no início do seu tratamento duma antibioterápia conduzida segundo as normas actuais. Convém precisar:

— A melhoria das ligações entre os diferentes organismos médico-sociais para manter, a despeito das indisciplinas e das taras, o doente despistado na linha duma antibioterápia rigorosa.

— O recurso, logo que ainda esteja a tempo, a antibacilares, preparando, na medida do possível a uma cirurgia de recurso para os doentes que continuam com baciloscopia positiva.

LOPES DA SILVA

**A propósito da luta anti-tuberculosa** — ANDRÉ RANCH — «Revue de Tuberculose et de Pneumologie», Tomo 24, n.º 9-10, 1042, 1960.

A propósito da taxa de mortalidade tuberculosa e do atraso da França na erradicação duma doença quase desaparecida noutros países, o autor apresenta algumas ideias no sentido de intensificar a luta, que se resumem:

- 1.º — Inocuidade e eficácia do B. C. G.;
- 2.º — Interesse dos exames sistemáticos;
- 3.º — Necessidade de tratar os tuberculosos depressa e durante bastante tempo por associação de antibióticos, com repouso absoluto durante os primeiros meses;
- 4.º — Educação sanitária.

Por outro lado atribui, os desaires da luta antituberculosa, dum modo geral:

- 1.º — À recusa da vacinação B. C.G.;
- 2.º — Aos tratamentos ambulatorios insuficientes e descontinuos;
- 3.º — À permanência no seu meio, de doentes contagiosos;
- 4.º — À ausência de sanções contra os charlatães;
- 5.º — À ignorância do público.

LOPES DA SILVA

**Silicose experimental no cão. Estudo clínico, electrocardiográfico, hemodinâmico, angiográfico e anatómico vascular** — VAN BOGAERT (A.), VAN DUFFEL (J.), RONETTI (R.), VAN GENABEEK (A.), ARNOLDY (M.), VANDAEL (J.), DE MOOK (J.) — «Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux», n.º 11, 1223, 1960.

Os autores fizeram um estudo sobre 29 cães onde provocaram lesões de silicose extensas e características da silicose observada em mineiros expostos a poeiras ricas em quartzo.

Depois de descreverem a técnica empregada fazem referência à localização das lesões encontradas no estudo necrótico, relatam as observações clínicas, electrocardiográficas, hemodinâmicas, angiográficas, anatómicas cardíacas e vasculares relativas a 4 dos animais que serviram para o estudo.

LOPES DA SILVA

**Derrame pericárdico crônico idiopático em indivíduos jovens** — SOULIÉ, VERNANT, CORONE e GEORGES — «Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux», n.º 11, 1248, 1960.

Dada a raridade deste síndrome e a existência dum só caso descrito por Cauro, observado durante quatro anos sem modificações, os autores fazem o relato de mais três casos.

Estes têm em comum um certo número de sinais que afirmam o diagnóstico de derrame pericárdico crônico idiopático.

Abundante em todos os casos, radioscopicamente dava uma imagem de pericardite que não tinha confirmação electrocardiográfica. Era perfeitamente tolerado e não havia dispneia nem dor quer em repouso quer por esforço.

Depois continuam a descrição e tiram mais algumas conclusões.

LOPES DA SILVA

**Tratamento substitutivo pela aldosterona na suprarenalectomia bilateral**

— MM. R. MORNEX, G. MARET, J. GRAVIER e P. GALLOIS — «Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris», 4.<sup>a</sup> série, n.<sup>os</sup> 28 e 29, 1057, 1960.

Os autores estudaram o efeito da aldosterona sintética em dois doentes que tinham sido sujeitos a uma suprarenalectomia bilateral total como tratamento da sua hipertensão arterial maligna. O estudo electrolítico feito durante dias sucessivos mostrou que esta hormona permite uma satisfatória retenção do sódio. Foi perfeitamente suportado um prolongado tratamento de 40 dias com desaparecimento completo da astenia. A acção hipertensiva, a retenção de sódio igual ou mesmo superior, é menor que a da cortisona. O monoacetato da d-1 e o monoacetato da d-aldosterona têm um efeito estritamente comparável.

A dose quotidiana, no adulto, é vizinha dos 200 mgs de d-aldosterona. Uma aplicação deste tratamento, nos hipertensos suprarenalectomizados, é encarada.

POLÍBIO SERRA E SILVA

**As glicogenoses neo-natais** — A. ROSSIER, R. CALDERA, S. SARRUT e L. HOULLEMARE — «Arch. Franç. de Ped.», XVII, n.<sup>o</sup> 7, 1960, pág. 886.

A propósito de duas novas observações de glicogenose neonatal, os AA. recordam onze observações já conhecidas da literatura.

Dizem ter notado os mesmos acidentes clínicos graves desde as primeiras horas de vida e durante um período «crítico» de alguns dias: convulsões, transtornos respiratórios, sinais renais, síndrome hemorrágico e fígado muito grande.

O estudo biológico provou o défice em glucose-6-fosfatase.

Os AA. sublinham dois aspectos particulares do quadro bioquímico: a hiperlipidémia considerável e o enorme aumento dos ácidos orgânicos falseando os resultados da dosagem dos corpos redutores no sangue, facto que impõe o método da glucose oxidase para a apreciação da «glicémia verdadeira».

O microscópio electrónico revelou um aspecto característico da glicogenose, enquanto as observações necrópsicas e biópsicas mostram a importância da sobrecarga esteatósica associada à acumulação de glicogéneo.

Por último, os autores discutem as causas da tolerância relativa dos indivíduos com hipoglicémia, as relações do défice enzimático com os transtornos do metabolismo lipídico e, enfim, as causas dos acidentes mortais.

Emitem a hipótese de que, ao lado das explicações clássicas, as embolias gordas, acompanhando a hiperlipémia com sede particularmente no cérebro, possam ter um papel na origem destes acidentes.

POLÍBIO SERRA E SILVA

**Um caso de cortico-suprarenaloma com hirsutismo puro. Estudo dos esteroides urinários, sanguíneos e tumorais — MM. P. GUINET, A. REVOL, A. BÉTHOUX, A. ANJON e A. MONCHAMP — «Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris», 4.<sup>a</sup> série, n.<sup>os</sup> 28 e 29, 1067, 1960.**

Estudo dum caso de hirsutismo puro com conservação das regras e da ovulação; antes e depois do ACTH, os 17 cetosteroides: 164,8 e 256 mg/24 h. Identificação e medida da D. H. A. por cromatografia, reacção de Allen e de Patterson, técnica de Choen e Bitman. Sangue: 217  $\gamma$  por milímetro. Radiografia: tumor córtico-suprarenal esquerdo. Intervenção: ablação dum tumor de 75 gr. Exame histológico: tumor cortical trabecular com êmbolos neoplásicos nos vasos. Estudo químico do tumor: sangue exsudado passivamente, presença de D. H. A. em quantidades importantes (2,5 mgr %). Tecido tumoral: D. H. A. em quantidades ínfimas (6,5  $\gamma$  no conjunto do tumor). Depois da intervenção retorno dos esteroides urinários à normalidade.

POLÍBIO SERRA E SILVA



# INFORMAÇÕES

## FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

### Concurso para professor extraordinário

No dia 18 de Fevereiro realizam-se as provas de concurso do Doutor Fernando Alberto Serra de Oliveira, para professor extraordinário do 7.º grupo da Faculdade de Medicina, pela ordem seguinte:

Dia 18, às 12 horas: Discussão do «curriculum vitae», com intervenção dos Professores Drs. Álvaro Rodrigues e Luís Raposo; dia 20, às 15 horas, lição sorteada; dia 21, às 10 horas: Lição à escolha do candidato. Arguente Prof. Dr. Sousa Pereira; dia 22, às 9 horas: Intervenção cirúrgica; dia 23, às 10 horas: prova clínica, observação de dois doentes; dia 24, às 12 horas: discussão do relatório.

As provas, excepto as dos dias 22 e 23, que se efectuam nos Hospitais da Universidade, realizam-se na Sala dos Actos Grandes.

## DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE

1. A Direcção-Geral de Saúde preparou oportunamente um projecto de decreto-lei regulamentando a colheita de órgãos e tecidos nos cadáveres, para fins terapêuticos. O referido decreto-lei deveria começar a vigorar em 1 de Janeiro de 1961 e foi enviado à Câmara Corporativa, para parecer, em 15 de Setembro último.

2. Publicado em 19 do mesmo mês de Setembro nas «Actas» da Câmara, foi escolhido para seu relator o senhor procurador Manuel Gomes da Silva, professor catedrático da Universidade de Lisboa.

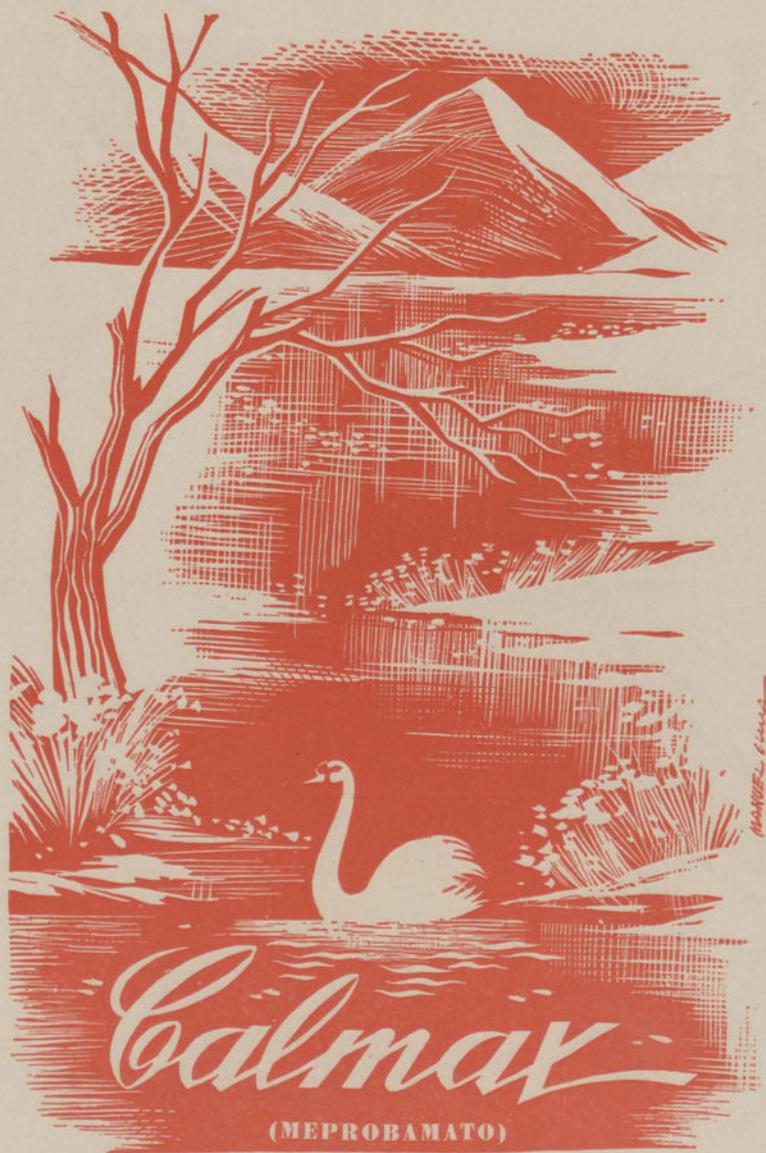
3. O exaustivo trabalho que a Câmara Corporativa tem estado a preparar sobre o assunto (que decerto em muito melhorará o

projecto apresentado) só deve ter ficado concluído em Janeiro. Por isso, o início das colheitas terá que ser atrasado por algumas semanas.

Os Professores Drs. João Porto, João José Lobato Guimarães, da Faculdade de Medicina de Coimbra e Arsénio Luís Rebelo Alves Cordeiro, de Lisboa, foram nomeados para fazer parte do júri das provas de doutoramento em Medicina, a prestar pelo licenciado Manuel Gonçalves Morais, na Faculdade de Medicina do Porto.

O dr. Fernando Manuel de Oliveira de Sá, 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra, foi considerado bolseiro fora do país, durante 1 ano.





**INSTITUTO LUSO-FÁRMACO**

LISBOA—PORTUGAL ————— MILÃO—ITÁLIA

# GERIVIOL

DRAGEIAS

Bial



*Atrás o envelhecimento*

Bitartrato de Colina	0,1	g	Vitamina B <sub>12</sub>	0,001	mg
DL-Metionina	0,1	g	Vitamina Bc	0,5	mg
Inositol	0,075	g	Vitamina C	0,03	g
Vitamina A	5.000	U. I.	Vitamina E	0,005	g
Vitamina B <sub>1</sub>	0,003	g	Vitamina P	0,005	g
Vitamina B <sub>2</sub>	0,003	g	Vitamina P. P.	0,01	g
Vitamina B <sub>6</sub>	0,003	g	Pantotenato de Cálcio	0,005	g

Por drageia

**PROTECTOR FISIOLÓGICO DO FÍGADO. ANTIATEROSCLEROSO  
REGULARIZADOR E PROTECTOR NUTRITIVO. GERIÁTRICO**