


# COIMBRA MÉDICA

ANO X

MAIO DE 1943

N.º 5



## SUMÁRIO

	Pág.
LEUCORREIA UTERINA — dr. Luis Raposo . . .	215
OS HOMICIDAS — dr. Mário Simões Trincão . . .	245
NOTAS CLÍNICAS — PRINCIPAIS GRUPOS DE SULFAMI- DAS E ALGUNS ERROS MOTIVADOS À SUA MÁ APLICAÇÃO — dr. Justino Girão . . . . .	261
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . .	XVII

---

MOURA MARQUES & FILHO  
COIMBRA

## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha—Prof. Serras e Silva—Prof. Elísio de Moura  
— Prof. Alvaro de Matos—Prof. Almeida Ribeiro—Prof. J.  
Duarte de Oliveira—Prof. Rocha Brito—Prof. Feliciano Gui-  
marães—Prof. Novais e Sousa—Prof. Egidio Aires—Prof. Maxi-  
mino Correia—Prof. João Pôrto—Prof. Afonso Pinto—  
Prof. Lúcio de Almeida—Prof. Augusto Vaz Serra—  
Prof. António Meliço Silvestre

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Nunes da Costa  
João de Oliveira e Silva  
José Bacalhau  
José Correia de Oliveira

Luís Raposo  
Manuel Bruno da Costa  
Mário Trincão  
Tristão Ilídio Ribeiro

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

## PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

---

Editor e Proprietário—Prof. JOÃO PORTO

---

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo de Miguel Bombarda—25

COIMBRA

Em resumo, as experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico concluem-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Charles Figueira



NA HIGIENE  
ÍNTIMA  
DA MULHER

**"Aseptal,"**  
ANTI SEPTICO-PERFUME  
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NUPHAL

## Alcalinésia BISMUTICA

*Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.*

## "Aseptal,"

*Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.*

## Bromovaleriana

*Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.*

## 'Diaspirina,

*Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, neuralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

*Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescências, etc.*

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculoses, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.*

## hepatodynamol

*Normalização da eritró-e da leucopóese, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.*

## "NARCOTYL"

*As indicações da morfina. Previne a habitação e morfínomania dentro de certos limites*

## Proteion

*Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.*

## PULMÃO-SORO

*Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.*

## SUAVINA

*Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.*

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*



## LEUCORREIA UTERINA <sup>(1)</sup>

POR

LUÍS RAPOSO

- A: — **Noções anátomo-fisiológicas do colo e do corpo:** — Caracteres da secreção normal da mucosa respectiva; sua modificação em relação com o menstro e a gravidez; constituição e propriedades do rôlho cervical.
- B: — **Considerações gerais sôbre a leucorreia uterina:** 1 — Definição; tipo de escoamento. 2 — *Leucorreia corporal* (caracteres); *a*) hidrorreia uterina (ginecológica e obstétrica); *b*) piorreia uterina (variedades, piometria). 3 — *Leucorreia cervical* (caracteres).
- C: — **Causas da leucorreia uterina:** 1 — Causas inflamatórias locais (forma de contágio da mucosa, tipos clínicos das metrites). 2 — *Metrites agudas e subagudas*. 3 — *Metrites crônicas:* — *a*) metrite do corpo (sinais clínicos principais; endometrite congestiva, fungosa, quística, metrite parenquimatosa; metrite senil); *b*) cervicite (leucorreia, erosão dos lábios do colo); *c*) tuberculose e sífilis do endométrio. 4 — Causas tumorais, circulatórias, gerais e funcionais.
- D: — **Tratamento:** 1 — T. da leucorreia das metrites agudas e subagudas. 2 — T. da leucorreia das metrites crônicas do corpo e do colo e das metrites senis. 3 — T. da leucorreia devida a tumores, retro-desvios, doenças gerais, distonias neuro-vegetativas.

O facto de me ter ocupado o ano findo da *leucorreia vaginal*, numa lição do Curso de Férias, levou-me êste ano a escolher a *leucorreia uterina* como tema de uma nova lição. Ser-me-á desculpada a preferência se tivermos presente: 1.º que se trata de uma lição de objectivo meramente prático, destinada a recordar e coordenar o que sôbre o caso e, duma maneira geral, se encontra disperso nos livros e revistas; 2.º que é compreensível

(1) Lição do VI Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra.

o desejo de completar o estudo das leucorreias do *tractus* genital, uma vez que na lição referida só me ocupei da modalidade vaginal.

— Como leucorreia uterina consideramos as perdas brancas provenientes do útero, cuja análise citológica revela a presença de muitos leucócitos e porventura de piócitos.

Em bom rigor — e à semelhança do que fiz ao ocupar-me da leucorreia vaginal — devem excluir-se dêste tipo os corrimentos uterinos serosos, tidos como fisiológicos, que se observam em relação com o ciclo menstrual.

O corpo e sobretudo o colo do útero, são sede habitual de secreções; basta lembrar que a mucosa respectiva é revestida de epitélio cilíndrico glandular, de características morfológicas um pouco diferentes de um sector para o outro, é certo, mas, em todo o caso, em ambos êles nitidamente glandular e secretório (1). É natural, portanto, que o volume dos produtos segregados sofra oscilações em função das modificações fisiológicas que na mulher se observam, particularmente em relação com o ciclo menstrual e a gravidez.

E já que temos de entrar em linha de conta com as perdas brancas normais, não será descabido que façamos, muito por alto, embora, uma referência à anatomia e fisiologia do órgão, naquilo que pode interessar à secreção das suas glândulas.

Recordo que o colo corresponde a  $\frac{1}{3}$  do volume total do útero, que a cavidade cervical tem configuração cilíndrica, ou melhor fusiforme, sendo limitada pelo orifício interno, que estabelece comunicação com a cavidade corporal, e pelo externo que aflora a meio do focinho de tenca. A mucosa cervical é revestida por um epitélio cilíndrico com numerosas glândulas profundas e ramificadas. Segregam elas um líquido mucoso, espesso e claro, de reacção alcalina. Alguns autores aceitam que êste muco tem propriedades redutoras, devido à presença de diástases. Admite-se que o aspecto das secreções cervicais se não modifica com o ciclo útero-ovário, mas, quanto ao seu volume, é manifesto que sofre

---

(1) «As glândulas do colo são mais largas do que as do corpo e penetram menos profundamente quando sãs; o córion é menos rico em células redondas e encerra muitas mais fibras conjuntivas e elásticas». (L. R. — Cervicites crónicas — *Coimbra Médica*, n.º 2, pág. 4, 1934).

aumento no período pré-menstrual, em concordância com as modificações circulatórias e funcionais de que é sede todo o útero, mas em especial a mucosa do corpo. Todavia, é bom saber que, fora de estados patológicos, a secreção do colo não é abundante. O muco aí segregado acumula-se no canal cervical, constituindo um verdadeiro rólho a vedar a cavidade respectiva. Ao muco em questão junta-se, evidentemente, uma leve serosidade oriunda das glândulas do corpo.

A consistência do rólho cervical a que me refiro, dependerá, pois, da mistura das secreções do colo com as do corpo. Na gravidez, a seguir à coalescência da decídua verdadeira com a reflexa, o rólho cervical adquire grande consistência, o que favorece as condições obturadoras. A maior transudação dos tecidos neste período nem por isso altera a consistência referida.

Apesar de *in vitro* o muco cervical carecer de propriedades bactericidas, *in vivo* é indiscutível que constitui um obstáculo apreciável à migração de gérmenes para a profundidade. Não se conhecem bem o mecanismo e os factores que condicionam esta acção. Uns invocam a influência da alcalinidade, outros dão preferência à presença de albuminas bactericidas ou de leucócitos. Para os partidários da alcalinidade teria sumo valor a dificuldade de adaptação a um meio alcalino dos gérmenes provenientes da vagina, cujo meio é ácido, como é sabido. A razão colhe, mas não deve ser única.

Seja como fôr, o certo é que o rólho cervical constitui, normalmente, um óptimo meio de defesa. A sua eficácia é posta à prova com observar-se que, em condições normais, o interior da cavidade cervical é estéril. Há um gérmen, não obstante, que ultrapassa sem custo a barreira cervical a que me venho referindo: o gonococo. Decerto por isso acontece ser de causa *neisseriana* grande número de metrites do colo e do corpo que observamos na prática clínica corrente.

É bom dizer, uma vez que me estou ocupando do valor defensivo das secreções cervicais, que a acção impeditiva das mesmas secreções deixa de ter valor efectivo e essencialmente prático, durante o período menstrual e após os partos ou abortos. Nestes estados, efectivamente, o rólho cervical é eliminado e o sangue, longe de possuir um efeito bactericida, tem, em certa maneira, uma acção bacteriofilática, dado constituir um bom meio

de cultura para a maior parte dos gérmes microbianos que podem atingir o colo. Desta circunstância resulta, como é natural, tornar-se possível o contágio da mucosa cervical e corporal.

Claro é que a acção de defesa do rôlho cervical só é profícua quando a cavidade do colo e particularmente o orifício externo, não estão sensivelmente alterados na sua morfologia. Tôda a laceração do focinho de tenca contribuirá, pois, para uma maior facilidade de contaminação profunda. Daqui a importância pre-disponente, nos processos de metrite, dos partos, das dilatações instrumentais do colo, sobretudo se feitas bruscamente, e das incisões laterais dêste, realizadas por vezes com o fim de combater a esterilidade. Com efeito, o ectrópio consecutivo às chamadas *rasgaduras* de EMMET, tem de considerar-se como o melhor meio de facilitar o aparecimento dos processos de metrite.

— Quanto ao corpo do útero sabe-se que o epitélio da sua mucosa é igualmente de tipo cilíndrico, contendo numerosas glândulas. São conhecidas as fases que atravessa a camada superficial, ou *funcional*, da mucosa (fase proliferativa e fase secretória), como se conhece, também, a relação existente entre a morfologia e a fisiologia destas fases com o funcionamento do ovário (1). Natural se afigura, portanto, que as modificações que a mucosa sofre possam e devam influir na secreção das suas glândulas.

Se a secreção uterina, normalmente, é muito pequena, a ponto de se tornar imperceptível, a verdade é que na proximidade da menstruação, por congestão intensa da mucosa, e nos dias que se seguem a esta, devido à descamação observada na camada funcional, nós compreendemos e admitimos que devam observar-se maiores perdas serosas corporais, traduzindo aumento de secreção no primeiro caso e de transudação no segundo (2). Na verdade, não é raro que se observem perdas serosas, fluidas,

---

(1) Numa lição do IV Curso de Férias (1941), publicada no n.º 8 de 1942 da *Coimbra Médica*, referi, pormenorizadamente, estas relações. Não preciso, pois, de reinsistir no assunto.

(2) Segundo KUSTNER, em 24 horas, a mucosa segrega apenas 1 mmc. por 20 mm<sup>2</sup> de superfície. O produto de secreção revela-se, apenas, por um ligeiro brilho da mucosa.



de proveniência corporal, nos períodos em questão, perdas aliás em verdadeira correspondência com o aumento do fluxo vaginal e vulvar que é de uso observar-se nesta altura (1).

### Considerações gerais sobre a leucorreia uterina

Em múltiplos estados patológicos as secreções uterinas mostram-se alteradas, tornando-se mais abundantes e com características diferentes das normais. Estas perdas constituem as chamadas leucorreias uterinas. O seu volume é variável, como se compreende, não sendo raros os casos de aumento muito pronunciado.

A saída do corrimento pode ser contínua ou intermitente. A intermitência, caracterizada pela emissão brusca de perdas abundantes, precedida, ou não, de crises dolorosas, é devida: a) a acumulação de perdas brancas na cavidade vaginal, donde se escoam por ocasião de um esforço ou de uma simples mudança de posição, b) à sua acumulação em plena cavidade uterina, por má permeabilidade do orifício de saída, ou, ainda, c) a verdadeiros surtos secretórios (crises secretórias de POZZI). Evidentemente que a forma de eliminação nada nos diz sobre a proveniência das perdas. Encontrar-se-á a intermitência em certos piosalpinges que descarregam súbitamente e por abalos, para a cavidade uterina, através do *ostium*; nos casos de piometria, ou na hipótese de leucorreias simples corporais, quando se observe má comunicação com a cavidade cervical devido a desvios uterinos, a oclusão por tumores, ou a simples atresia do canal cervical; e, finalmente, nos casos de leucorreia cervical pronunciada com má drenagem através do orifício externo. Correspondentemente, verificar-se-á continuidade na saída sempre que haja boa e permanente comunicação com o exterior, sejam as perdas oriundas dêste ou daquele ponto do *tractus* genital superior.

A côr das perdas leucorreicas uterinas é, também, muito variável. Algumas vezes é branca — são os casos em que não

---

(1) Muitos autores não aceitam a modificação das perdas normais da mucosa em função do ciclo menstrual, inclusive na fase secretória. «O produto elaborado pelas glândulas do endométrio ficaria retido no seu interior com o fim de servir de matéria nutritiva ao embrião durante os primeiros tempos do seu desenvolvimento intra-uterino». (E. MOLINERO).

existe pus propriamente, embora o exame citológico revele muitos leucócitos; no geral, porém, é amarelada ou esverdeada, devido, justamente, à presença de pus e, também, à variedade dos gérmes que a determinam. Quando o tom é róseo ou avermelhado, o facto significa, como é óbvio, a presença de sangue em menor ou maior quantidade.

O cheiro é muito variável. Tanto são inodoras (cervicites e certas metrites do corpo) como fétidas (leucorreia cancerosa, senil, ou devida a esfacelo de miomas).

Quanto a composição, as leucorreias uterinas, tal como as vaginaes, podem ser serosas, mucosas ou purulentas, consoante a predominância e variedade dos elementos figurados e a riqueza em serina ou mucina dos exsudatos. Frequentemente encontram-se formas associadas: sero-mucosas, muco-purulentas, sero-purulentas e muco-sanguinolentas. A presença de pus traduz sempre uma causa inflamatória. Pelo aspecto e sobretudo pelo exame citológico, é relativamente fácil fazer a classificação.

O estudo bacteriológico das leucorreias é do maior interesse, visto permitir-nos o diagnóstico etiológico. As secreções uterinas normais são estéreis, o mesmo podendo acontecer com determinadas leucorreias funcionais e nas devidas a tumores não complicados de infecção. Nas leucorreias pronunciadas só por excepção se não encontram gérmes. Não devemos esquecer que certas leucorreias gonocócicas podem não revelar a presença de gonos, em conformidade com a característica da gonorrhoea crónica da mulher. Lembro que os gonococos nas formas crónicas se acantonam na profundidade das glândulas, donde saem, apenas, nos períodos secretórios mais intensos. Isto explica a maior contagiosidade dos coitos nos dias que precedem a menstruação e nos momentos de maior excitação sexual, por estes serem, igualmente, activantes da secreção glandular.

Quer nas formas blenorragicas, quer nas banais, é raro que não compareça uma flora variada constituída por estafilococos, estreptococos, bacilos e cocos diversos.

O exame citológico das secreções uterinas normais revela, habitualmente, a presença de células epiteliaes. Nas leucorreias propriamente ditas encontramos grande quantidade de glóbulos brancos (com predominância de neutrófilos), glóbulos de pus, em maior ou menor quantidade e células epiteliaes mais ou menos



*Nós, os médicos, estamos de acôrdo*

de que as especialidades farmacêuticas da Fábrica E. MERCK, merecem a nossa confiança absoluta. Clínica e farmacologicamente são analisadas da maneira mais rigorosa e pode-se confiar na sua acção.

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS  
E. MERCK • DARMSTADT



alteradas. Nas leucorreias devidas a neoplasmas é freqüente encontrarem-se células tumorais.

— Dada a diferença de estrutura anatómica das mucosas e das suas secreções, compreende-se bem que a leucorreia de origem cervical seja diferente da leucorreia proveniente do corpo do útero. Com efeito, um certo número de caracteres permite distingui-las, quasi sempre, de maneira fácil.

**Leucorreia corporal:** — A leucorreia do corpo, quer serosa, quer sero-purulenta, é sempre muito fluida. Por vezes reveste um aspecto hidrorreico; em outros casos mostra-se nitidamente purulenta.

a) — *Hidrorreia uterina:* — Dá-se o nome de hidrorreia uterina à emissão brusca e intermitente, para fora do útero, de um líquido seroso mais ou menos abundante (1).

Pode observar-se nos casos de cancro, de pólipos, de miomas, de atresia do canal cervical ou do orifício externo do colo. É devida a acumulação de perdas brancas na cavidade do corpo por obstrução temporária do orifício de saída. Existe, também, durante a gravidez, uma hidrorreia decidual e uma hidrorreia amniótica (2). Não me interessa o seu estudo em especial.

b) — *Piorreia uterina:* — Não é raro observar-se a formação de pus dentro da cavidade do útero, particularmente na metrite senil, na endometrite puerperal, nos cancros do colo e corpo, na metrite tuberculosa e depois da aplicação de altas doses de rádio intra-cervical. A leucorreia purulenta é quasi sempre muito abundante, donde um rebate apreciável no estado geral.

A saída de pus pode fazer-se de maneira continua ou em jacto, de tempos a tempos, na dependência da obstrução do canal

---

(1) Muitas vezes a hidrorreia não tem uma característica nitidamente leucorreica, isto é, mostra-se pobre em leucócitos; outras, os glóbulos brancos abundam. Em qualquer dos casos é admissível considerar a hidrorreia ginecológica como uma variedade de leucorreia.

(2) A hidrorreia decidual corresponde a hipersecreção da decídua. Observa-se nos primeiros meses de gravidez antes da coalescência das decíduas verdadeira e reflexa, isto é, quando existe ainda livre uma superfície secretora. A hidrorreia amniótica não é mais do que a perda de líquido amniótico, por jactos, através de um pequeno orifício das membranas do saco fetal.

cervical. Consagra-se, clàssicamente, o nome de piometria a estas formas de retenção.

**Leucorreia cervical:** — A leucorreia do colo é espessa, glarosa, semelhante à clara de ovo. A còr e a consistência, estão dependentes, naturalmente, da maior ou menor riqueza em piócitos e mucina, da presença dêstes ou daqueles gérmes microbianos. É fácil distinguir-se da leucorreia vaginal e da leucorreia do corpo, sobretudo quando se procede a um exame com espéculo.

### Causas da leucorreia uterina

O estudo pormenorizado da etiologia das leucorreias uterinas levar-nos-ia a passar em revista quási tòda a patologia feminina. Com efeito, a grande maioria das doenças do aparelho genital, e, bem assim, muitas afecções de ordem geral, podem dar lugar ao aparecimento ou agravamento das perdas brancas. Ocupar-me-ei do assunto em geral e não em minúcia.

De uma maneira esquemática podemos considerar os factores etiológicos seguintes:

Causas locais: — inflamatórias  
— tumorais  
— circulatórias

Causas gerais  
Causas funcionais

#### I — Causas inflamatórias locais:

Em boa verdade tòda a leucorreia, pròpriamente dita, provém de uma causa local inflamatória. Segundo, porém, a modalidade é essencialmente local ou geral, ou corresponde a perturbações circulatórias, ou à presença de tumores, assim consideramos os grupos acima referidos.

As inflamações locais que dão lugar a leucorreias são evidentemente as metrites. O seu conhecimento é do maior interêsse, já pela sua freqüência, já pela rebeldia aos tratamentos usuais.

As metrites podem existir isoladamente, mas muitas vezes fazem-se acompanhar de lesões dos anexos e do perimétrio, das quais são geralmente a causa e só por excepção o efeito.

Os agentes infecciosos que as determinam podem tomar contacto com a mucosa uterina de maneiras diversas:

a) — *Directamente*, por instrumentos mal esterilizados ou pelos nossos dedos, insuficientemente desinfectados, quando de toques ou manobras dentro do útero; por irrigações intra-uterinas imprópriamente feitas; pelo uso de aparelhos anticoncepcionais; por práticas abortivas; pelo coito, devido a projecção directa de gonos no momento da ejaculação;

b) — *Por propagação ascendente de uma infecção vaginal*;

c) — *Por propagação de uma infecção anexial* (esta modalidade é extremamente rara, restringindo-se, como regra, à infecção tuberculosa);

d) — *Por via sangüínea ou linfática*. A primeira tem sido invocada por alguns autores para explicar certas metrites no decurso de estados infecciosos gerais; a segunda para interpretar as infecções uterinas colibacilares de ponto de partida intestinal.

Como já vimos, o colo do útero, quando normal, defende-se bem da invasão microbiana, mercê do rôlho mucoso cervical que constitui barreira à progressão dos gérmes, excepto o gonococo. Todos os estados, pois, de que resulte modificação do colo, no que respeita a regularidade do orifício externo e da sua cavidade, e bem assim da constituição do rôlho mucoso de defesa, hão-de, lógicamente, contribuir para facilitar a infecção do endométrio. É o caso de determinadas intervenções obstétricas por abôrto ou parto e até de certas lacerações espontâneas do colo durante a parturição. As feridas do colo, mesmo quando suturadas, é raro cicatrizarem por 1.<sup>a</sup> intenção, por isso a lesão observada costuma deixar vestígios indeléveis, que funcionam, mais tarde, como outras tantas causas de infecção. O ectrópio da mucosa, através de colos entreabertos, favorece ao máximo a progressão da infecção, como é compreensível. Em colos lacerados ou ectropiados é evidente que não pode contar-se com a protecção do muco cervical.

As metrites classificam-se em *agudas, subagudas e crónicas*, consoante o tipo clínico observado.

*Metrites agudas e subagudas:*— As metrites agudas e subagudas são sempre totais, interessando na evolução, sobretudo, a parte corporal, por permitir uma difusão fácil do processo, quer por continuidade, quer por contigüidade, quer mesmo por via sangüinea. O colo nas metrites agudas e subagudas, se bem que tocado, oferece uma importância menor do que o corpo; aliás, as manifestações clínicas cervicais nos processos agudos são, também, de somenos valor. Já outro tanto não acontece com as metrites crónicas, que são essencialmente de sede cervical.

As metrites agudas e subagudas são, quasi sempre, de natureza puerperal. A infecção gonocócica só raras vezes as determina.

Traduzem-se por dores vivas no hipogastro e fossas ilíacas, com irradiação para a região lombar, sensação de mal-estar, náuseas, por vezes vômitos, febre maior ou menor e pulso freqüente. Objectivamente, revelam-se por aumento de volume do útero e, sobretudo, por leucorreia purulenta, maior ou menor segundo a intensidade do processo e, também, segundo os gérmes em causa. Nas metrites puerperais *post-partum* ou *post-abortum*, a sintomatologia é impressionante, por vezes, particularmente no que interessa ao seu rebate geral. Nestas formas é extremamente freqüente a propagação do processo à proximidade ou a distância, como é do conhecimento de todos. Não me detenho na apreciação de qualquer destas modalidades por serem assás conhecidas de todos os médicos e não me interessar directamente o seu estudo. O meu objectivo limita-se a focar um dos seus sintomas: a leucorreia, que como já disse é nitidamente purulenta. É grande a sua riqueza em piócitos e em bactérias. Mesmo que o predomínio seja de uma espécie, apenas, a verdade é que se encontram sempre várias outras associadas.

Pelo que interessa às metrites agudas e subagudas de natureza blenorragica, lembro que se traduzem por sintomas clínicos locais semelhantes aos referidos para as puerperais. O rebate geral é, como regra, de menor importância, embora por vezes não deixe de ser bastante notável.

A leucorreia das metrites blenorragicas agudas e subagudas é sempre averiguadamente purulenta e de côr amarelo-esverdeada.

Segundo a característica dos corrimentos gonocócicos agudos o exame bacteriológico revela, quasi sempre, gonos intra-celulares.



Os gonococos extra-celulares originam confusões fáceis com diplococos banais. O facto deve estar sempre presente ao nosso espírito.

As formas agudas das metrites gonocócicas propagam-se com extrema facilidade aos anexos uterinos, como é sabido e me não interessa frisar neste momento.

Resumindo: nas metrites agudas ou subagudas, quer puerperais, quer gonocócicas, quer estranhas a êstes estados, a leucorreia caracteriza-se pelo seu tipo nítidamente purulento, tipo, aliás, confirmado pelo laboratório quando pedimos o exame citológico. Justamente por se tratar de formas agudas, em que portanto existe congestão notável da mucosa uterina, não é raro que a leucorreia seja sanguinolenta ao mesmo tempo.

*Metrites crónicas:*— É sem dúvida a variante que oferece maior interêsse ao abordar o assunto das leucorreias uterinas. Se as formas agudas são de diagnóstico fácil e de tratamento bem conhecido, as crónicas permitem confusões diagnósticas com relativa freqüência e em matéria de tratamento dão lugar, por vezes, a insucessos manifestos.

Farei referência especial às metrites do corpo e do colo, por oferecerem aspectos clínicos inteiramente distintos.

A) — *Metrites crónicas do corpo:*— Esta modalidade é relativamente rara e nem sempre fácil de diagnosticar. Impõe-se um exame ginecológico cauteloso. O diagnóstico faz-se em função dos sinais colhidos pelo toque, pela palpação e pelo exame sob espéculo. O útero está habitualmente aumentado de volume, acusando dor viva à palpação. A leucorreia das metrites crónicas do corpo ora é muito abundante, ora muito reduzida, mas na maior parte dos casos o corrimento não é muito intenso. Como característica fundamental impõe-se a fluidez. A côr é quasi sempre opalescente. Em consistência e aspecto é muito semelhante ao sôro do leite. A análise citológica revela a presença de leucócitos e de piócitos. Em certas formas a leucorreia pode assumir um aspecto tipicamente purulento, mas não é êste o caso mais freqüente.

O diagnóstico exacto só pode fazer-se, claro é, sob o espéculo e à vista do corrimento que sai do orifício do colo. Quando

simultaneamente não existe cervicite o diagnóstico não oferece dificuldades de maior, mas já outro tanto não sucede se as afecções coexistem e mui particularmente se a cervicite sobreleva em importância à metrite do corpo. As glaras cervicais dificultam o exame e occultam parte da sintomatologia. Quando assim, não é habitual que o diagnóstico se faça antes de se obter a cura da cervicite.

A raridade das metrites corporais crónicas, em paralelo com as cervicites, explica-se: 1.º pela maior dificuldade de acesso dos gérmenes ao corpo do que ao colo, 2.º e principalmente, pela tendência à cura da endometrite crónica do corpo, mercê da eliminação periódica da camada superficial da mucosa.

Nas metrites parenquimatosas a cura espontânea deixa de se observar, traduzindo-se por sintomas de carácter permanente, entre elles a leucorreia. Nas metrites crónicas do corpo os fenómenos inflamatórios ultrapassam com frequência a camada superficial da mucosa para atingir a profunda, isto é, a camada basal e a própria musculosa. Como afirma DE SINETY «é difícil admitir que a mucosa uterina possa apresentar lesões consecutivas a um estado agudo sem que os tecidos que a suportam estejam elles próprios doentes». Esta reflexão, acrescenta J. FAURE «é tanto mais justa quanto é certo a mucosa do útero não estar separada da musculosa por tecido celular, observando-se penetração das glândulas em pleno miometrio» (1). O facto é corroborado pela análise histológica do parênquima justa-endometrial. Revela, efectivamente, inflamação periglandular, linfangite e numerosos linfócitos nas malhas do tecido conjuntivo. Não é excepcional encontrarem-se, também, pequenas colecções purulentas intersticiais — micro-abcessos — como responsáveis das leucorreias purulentas crónicas. A hipertrofia do corpo, que é de uso notar-se nos processos arrastados de metrite, é por si um sinal revelador do toque inflamatório do parênquima.

Sob o ponto de vista anátomo-patológico a metrite crónica pode assumir formas diferentes consoante a extensão e tipo da lesão inflamatória. Assim, tem-se descrito: a) — a *endometrite congestiva*, caracterizada por rubefacção da mucosa, moleza e fria-

---

(1) FAURE et SIREDEY — *Traité de Gynecologie*, pág. 510.

bilidade desta, com pequenos focos hemorrágicos (não é raro que as perdas tomem um aspecto sanguinolento); *b*) — a *endometrite fungosa, vilosa e poliposa*, marcada pela existência de vegetações moles, em fitas ou lanceoladas, ou pela presença de pólipos, que no fundo correspondem a formações mixomatosas de natureza inflamatória (qualquer destas variantes pode apresentar leucorreia muito purulenta, sendo usual, também, a associação de sangue às perdas brancas); *c*) — a *endometrite quística*, caracterizada pela presença de pequenos quistos de conteúdo claro; *d*) — a *metrite parenquimatosa*, equivalente, como referi, à invasão das camadas profundas do útero.

Qualquer das modalidades descritas dá lugar a leucorreia e bem assim a aumento de volume do corpo do útero. Êste aumento é de regra e de tal maneira que se se verifica leucorreia crónica do corpo, sem aumento do volume dêste, temos por obrigação pensar que a leucorreia corresponde antes a um processo de salpingite supurada.

Nas formas avançadas das metrites o sintoma dominante não é tanto a leucorreia como as perdas vermelhas, nomeadamente em correspondência com o período menstrual.

A questão das metrites crónicas do corpo foi sujeita a revisão nos últimos anos, sabendo-se agora que a maior parte das modificações da mucosa e do próprio volume do útero, até há pouco consideradas como filhas de um processo inflamatório microbiano, são devidas a alterações funcionais, estranhas a uma causa infecciosa. A característica diferencial de maior valor reside, ainda, na presença ou ausência de leucorreia. Se esta se observa, particularmente em quantidade elevada, devemos admitir a existência de um processo flegmático crónico; se a leucorreia é praticamente inexistente, havendo predominância de perdas vermelhas, com ou sem modificações do volume do corpo, temos por obrigação pensar na influência de uma causa hormonal não inflamatória.

A destrição das modalidades de metrite crónica do corpo em formas infecciosas, propriamente, e em formas funcionais, não é indiferente, pela razão de ser diverso o tratamento respectivo. Voltarei a referir-me às variantes funcionais um pouco mais adiante.

As metrites crónicas do corpo ora são devidas a gérmens banais, ora ao gonococo. O diagnóstico exacto nem sempre

é fácil desde que sabemos, por um lado, que numas e noutras podem encontrar-se várias bactérias e, por outro, que na forma blenorragica, nos periodos mais avançados, a côr das perdas se modifica e o gonococo deixa de estar presente nos esfregaços. Além disso a quantidade de corrimento pode ser muito reduzida; em certos casos desaparece por completo, sem que a cura definitiva deva ter-se como certa.

A metrite blenorragica do corpo do útero mal pode diagnosticar-se como entidade clinica à parte, uma vez que existe quasi sempre associada a cervicite e, também, repito, por não ser freqüente o achado do gonococo nas lâminas sujeitas a exame. Auxiliar-nos-ão, no diagnóstico, os commemorativos e particularmente o interrogatório do marido, se a mulher é casada.

*Metrite senil*: — No estudo das metrites crônicas do corpo deve pôr-se em relêvo a metrite senil, por corresponder, efectivamente, à variedade mais freqüente e rebelde das metrites corporais.

Pertencem a êste número as metrites que se iniciam depois da menopausa e de um modo especial as das idades avançadas. A infecção do corpo do útero oferece, neste periodo, características peculiares. O facto resulta do útero estar esclerosado e da mucosa estar atrofiada devido à ausência do estímulo ovárico. Os meios de defesa, como conseqüência, encontram-se reduzidos, donde a evolução insidiosa dos processos inflamatórios. Não se observa tendência para a cura espontânea como acontece nas metrites anteriores à menopausa.

Aplicam-se à metrite senil as palavras que o ano findo dediquei à vaginite trófica: «a vaginite trófica pode corresponder a uma manifestação de senilidade geral — é a hipótese que se dá nas vaginites das mulheres caquéticas — mas, por outro lado, pode traduzir, simplesmente, a ausência de hormonas ováricas — é o que acontece em muitas mulheres que sofreram a castração em pleno periodo de actividade genital» (1).

A metrite senil dá lugar, como regra, a leucorreia purulenta acentuada, de cheiro quasi sempre extremamente fétido. A pestilência é devida à pululação de anaeróbios em tecidos mal irrigados

(1) L. R. — Leucorreia vaginal — *Amatus Lusitanus*, vol. I, n.º 9, pág. 707, 1942.

O RESULTADO DOS ESTUDOS DÊSTES HOMENS  
 É A SOMA DE 99 % DE TRABALHO E 1 % DE  
 INSPIRAÇÃO, VALORES REPRESENTATIVOS —  
 SEGUNDO EDISON — DAS OBRAS GENIAIS

STEEED  
 SEIDEL  
 PETERS  
 JANSEN  
 WINDAUS  
 WILLIAMS  
 KINNERSLEY  
 L. RANDON  
 SIMONNET  
 M. COLLUM  
 FUNK  
 DAVIS

HOLST  
 FROLICH  
 BEZSSONOFF  
 RICH  
 GYORGYI  
 KARRER  
 MICHEEL  
 HIRST  
 P. LAMBIN  
 W. VAN HEKE  
 SUPNIEWSKY  
 HASS

**B<sub>1</sub>**

C<sup>12</sup> H<sup>16</sup> N<sup>4</sup> O<sup>8</sup>  
 WINDAUS



**G**

C<sup>6</sup> H<sup>8</sup> O<sup>6</sup>  
 S. GYORGYI



e livres de contacto do ar. A fetidez aparece desde o início e não apenas mais tarde, como é próprio dos corrimentos cancerosos. O diagnóstico diferencial, contudo, nem sempre é fácil, até porque num e noutro caso costuma haver perdas sangüíneas à mistura. O exame ginecológico revela atrofia dos genitais externos e internos, brancura ou vermelhidão intensa da mucosa vaginal, atrofia e endurecimento do colo e de tôda a mucosa vaginal. São freqüentes os septos fibrosos vaginais que dificultam o acesso ao colo. Por outro lado, não é raro notar-se espalhado pela mucosa vaginal e do focinho de tenca um picotado hemorrágico característico. Também é freqüente dar-se acumulação de pus dentro do útero por estenose do orifício externo ou do canal cervical; na realidade, a metrite senil constitui a causa mais freqüente da piometria.

Sempre que se observe leucorreia do tipo mencionado, depois da menopausa, temos por obrigação ponderar a hipótese de carcinoma do corpo. Em muitos casos só a curetagem uterina pode elucidar-nos. Na metrite senil a cureta revela-nos um útero esclerosado, gritando desde logo. Nos carcinomas extraímos, com facilidade, lingüetas de tecido neoformado e verificamos, ao mesmo tempo, moleza e irregularidade do útero. Nestes casos devemos manobrar a cureta com suavidade para não correr o risco de perfurar o útero.

\* B) — *Cervicites crônicas*: — A cervicite constitui a afecção dominante nas inflamações crônicas do útero. Ao contrário de certas metrites do corpo, as do colo não mostram tendência para a cura espontânea; pelo contrário, o seu abandono conduz, progressivamente, ao agravamento da lesão. Para não incorrer no grave defeito de me repetir a mim mesmo, julgo vantajoso transcrever para aqui as considerações que em 1934 escrevi a respeito do diagnóstico das cervicites crônicas:

«Os sinais clínicos das cervicites crônicas são a leucorreia e a exulceração do colo. Quer um, quer outro, orientam-nos com relativa facilidade no sentido do diagnóstico.

A exulceração não se nota sem que concomitantemente exista leucorreia; a inversa, porém, não é verdadeira, visto que pode existir catarro cervical sem que haja alteração da mucosa que circunda o orifício externo do colo; tal é o caso da endo-cervicite crônica simples.

A leucorreia das cervicites crónicas é distinta das leucorreias que correspondem à inflamação das outras porções do «tractus» genital e bem assim das perdas das mulheres virgens conhecidas por «flores brancas».

A própria indicação dada pela doente basta na grande maioria dos casos para o seu diagnóstico diferencial. Assim, enquanto as «flores brancas» têm um aspecto leitoso e se apresentam em grumos, semelhando a caseína precipitada do leite, e, por outro lado, a leucorreia vaginal e a leucorreia das metrites do corpo, correspondem, quasi sempre, a perdas pequenas, de aspecto hialino e de consistência fluida, a leucorreia das cervicites é sempre mais ou menos espessa, quer seja mucosa, quer mucopurulenta, e tem, como regra, uma côr amarelada ou amarelo-esverdeada.

Mas, dúvidas que haja, elas desaparecem quando se procede ao exame do colo por meio de um espéculo vaginal. Nas cervicites o orifício externo e o próprio focinho de tenca vêem-se, quasi sempre, banhados por glaras mucosas ou mucopurulentas que provêm da hipersecreção glandular endo-cervical.

Na apreciação que acabo de fazer refiro-me somente à leucorreia dos estados inflamatórios crónicos. A dos estados agudos não oferece, também, confusão fácil; quer se trate de vaginites, quer de metrites, as perdas são nitidamente purulentas.

A leucorreia que corresponde ao catarro cervical pode não ser irritante para a mucosa da vulva e região perivulvar; na maior parte dos casos, porém, tal irritação verifica-se. Isto depende da maior ou menor reacção ácida das «perdas».

Quando ao exame com espéculo o colo se apresenta de configuração normal, sem qualquer corrimento a aflorar ao orifício externo, uma vez feita a expressão do colo entre as duas valvas do espéculo, ou dando saída, apenas, a um pequeno exsudato fluido, podemos excluir a hipótese de endo-cervicite crónica, embora não por completo a de endometrite crónica do corpo, que no caso presente nos não interessa.

A leucorreia do colo não oferece, no que respeita à sua eliminação, um carácter de continuidade rigorosa, visto que pode aumentar ou diminuir por períodos. Isto depende da circunstância de poderem as perdas acumular-se no interior do canal cervical, passando a ser eliminadas por «poussées», como depende, também,



das épocas de maior ou menor secreção glandular (crises secretórias de POZZI). É assim que nas proximidades dos períodos menstruais a leucorreia aumenta habitualmente. A dilatação intra-cervical do colo é susceptível, quando bastante pronunciada, de dar a êste a configuração de um pequeno barril (BOUILLY). Semelhante modalidade verifica-se, em especial, nas cervicites crônicas das nulíparas e explica-se pela dificuldade de eliminação do corrimento através do orifício externo, que nestes casos é apertado, como regra.

O exame histológico das secreções cervicais não oferece interêsse de maior. Ordinariamente, revela a presença de polinucleares, de células epiteliais degeneradas e de glóbulos vermelhos.

O exame bacteriológico pode acusar a presença de gonococos, de diplococos e de bacilos positivos ao Gram, de bacilos, diplobacilos e diplococos negativos. O estafilococo é freqüente, também. O estreptococo é mais raro, mas por vezes aparece e nem por isso estamos autorizados a considerar como grave a cervicite em causa.

— Outro sinal característico das cervicites crônicas consiste, como ficou dito, na presença de exulcerações, ou, até, ulcerações, do focinho de tenca, junto do orifício externo.

A mucosa cervical sofre, ordinariamente, nos processos inflamatórios crônicos, hiperplasia notável, podendo acontecer que prolifere um pouco para fora do rebordo do orifício externo, àquém, portanto, da linha de separação do epitélio cilíndrico endo-cervical e do epitélio pavimentoso do focinho de tenca. Nota-se, então, em torno dêste orifício, uma pequena tira de mucosa, de superfície irregular, mas de limites bem definidos, de côr vermelha, sangrando com facilidade ao toque. Não é isto que devemos considerar como exulceração.

Igualmente, não deve ser rotulada como tal o que em boa verdade não passa de «ectropion» da mucosa endo-cervical, que se verifica com tanta freqüência nas cervicites das múltiparas, cujos colos se apresentam fendidos por lacerações antigas.

Exulceração, propriamente, é a que se nota em plena mucosa do focinho de tenca, a maior parte das vezes a expensas, apenas, da sua metade inferior, mas em outros casos em todo o contôrno do orifício externo.

A exulceração resulta, habitualmente, da acção irritante das secreções do colo sôbre o epitélio do focinho de tenca.

Nas cervicites inveteradas podem chegar a produzir-se verdadeiras ulcerações. Oferece-se, então, o caso de ter de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre as ulcerações por cervicite simples, por sífilis, tuberculose ou cancro. O estudo biópsico e ao mesmo tempo o exame geral das doentes, prestam nos, para o efeito, elementos de alto valor

Conforme se trata de cervicites simples, sem alterações apreciáveis por parte da mucosa do focinho de tenca, ou de cervicites acompanhadas de exulceração ou ulceração desta mucosa, assim podemos classificar êstes estados como pertencendo ao 1.º, 2.º ou 3.º grau.

— A configuração e o volume do colo são variáveis, conforme se trata de nulíparas ou pluríparas e segundo estamos em presença de afecções recentes ou antigas.

Nas nulíparas apresenta, quasi sempre, o aspecto cónico usual, com o vértice para diante. Em alguns casos toma a forma de um pequeno barril, devido, como se disse, a dilatação do canal cervical acima do orifício externo.

Nas cervicites antigas o colo apresenta-se volumoso, de formato cónico, também, mas agora com o vértice para trás.

Quando houve lacerações do colo, em partos anteriores, os lábios afastam-se, de forma que o orifício externo apresenta-se entreaberto. É nestes casos que a mucosa endocervical se ectopia com facilidade.

— A côr e a consistência do colo variam, também, segundo se trata de casos recentes ou antigos. Nos primeiros não se apresentam sensivelmente modificadas em relação ao normal; quanto aos segundos essas modificações são bastantes apreciáveis. Nestes últimos a côr é violácea ou esbranquiçada, conforme se trata de cervicites flóridas ou esclerosadas, e a consistência é sempre rija, podendo aparecer no focinho de tenca, em tórno do orifício externo, pequenas «bosseladuras» que correspondem aos chamados quistos de NABOTH.

— Nas cervicites do 2.º e 3.º grau, isto é, quando existe exulceração ou ulceração do colo, o exame ginecológico desperta, como regra, pequenas perdas sangüneas.

Nas metrites cervicais poliposas ou vilosas estas perdas podem ser importantes e revelar-se, mesmo, fora dos exames clínicos, o que nos faz suspeitar, especialmente nas mulheres idosas, da possibilidade da existência de cancro.

— O volume do corpo do útero não está, como regra, sensivelmente aumentado nos casos puros de cervicite crónica. Quando se nota aumento de volume temos motivos para crer que existe, ao mesmo tempo, metrite parenquimatosa do corpo.

— As cervicites crónicas não se fazem acompanhar, geralmente, de dores; o próprio toque e palpação combinados não costumam despertá-las. Quando a dor aparece é porque o corpo comparticipa no processo inflamatório e, porventura, o próprio paramétrio» (1).

C) — *Tuberculose do endométrio*:— Esta afecção não é frequente, mas o facto não nos inibe de pensar na sua possibilidade, uma vez que se trate de pessoas novas, que exista leucorreia uterina rebelde e que não haja no passado das doentes partos, abortos, ou infecção gonocócica. O diagnóstico é extremamente difícil: 1.º porque a leucorreia não tem nada de característico; 2.º porque muitas vezes o exame bacteriológico não revela o bacilo de KOCH. Nos casos suspeitos, com exame bacteriológico negativo, devemos proceder à inoculação da cobaia. A presença de manifestações bacilares em outros pontos, particularmente nos anexos uterinos, pode servir-nos de elemento orientador.

Na tuberculose do endométrio — a mais comum aliás, — a mucosa apresenta-se espessada e semeada de folículos ou de nódulos tuberculosos, alguns dêles com *caseum* no seu interior.

A tuberculose do miométrio — excessivamente rara — poderia originar, também, leucorreia uterina por abertura de um ou mais abscessos bacilares na cavidade uterina.

D) — *Sífilis do endométrio*: — A hipótese de sífilis terciária da mucosa uterina não pode excluir-se em absoluto, como causa de certas leucorreias. Será mesmo de admitir, em princípio, quando haja motivos para pôr de parte quaisquer outras causas e, por outro lado, se observem elementos suspeitos em favor da existência

---

(1) *Coimbra Médica*, n.º 2, pág. 4, 1934.

de *lues*. A questão foi estudada com certa minúcia por BARTHELEMY e LAFFONT. O diagnóstico far-se-á, exclusivamente, em função dos elementos gerais. Raríssimas vezes podemos afirmá-la de certeza uma vez que o exame dos esfregaços não fornece indicações de valor. O tratamento específico constitui, ainda, o melhor meio de infirmar ou confirmar o diagnóstico. Quer a leucoplasia, quer a goma do endométrio, podem dar lugar a leucorreia.

— Em matéria de causas inflamatórias locais importa, ainda, fazer referência à possibilidade da leucorreia corresponder a escoamento de exsudatos tubares, através do *ostium* uterino. A eliminação pode ser contínua ou intermitente, consoante está definitiva ou temporariamente aberto o orifício que estabelece a comunicação. Na maior parte dos casos é intermitente. Esta variedade de leucorreia observa-se nos piosalpinges, nos carcinomas do ovário e da trompa e nos quistos tubo-ováricos supurados. Claro é que o endométrio compartilha sempre do processo inflamatório, devido a ser banhado pelo exsudato purulento. O diagnóstico faz-se em função do exame local e geral. Se é fácil em alguns casos, em outros é extremamente difícil.

## II — Causas tumorais:

Os tumores do útero são causa freqüente de leucorreias. As perdas têm características diversas conforme a variedade e localização dos tumores.

Nos cancros, quer do corpo, quer do colo, o corrimento é mais ou menos abundante segundo a exuberância e ulceração dos tecidos e o grau de infecção respectiva. Nas formas recentes trata-se de perdas sero-sanguinolentas, como regra; nas antigas as perdas costumam ser sero-pio-sanguinolentas. Nas formas ulceradas e destrutivas o corrimento é muito intenso e extremamente fétido. A purulência e a fetidez resultam, como se compreende, da infecção e putrefacção dos tecidos.

Nos carcinomas pavimentosos do colo o diagnóstico não oferece dúvidas algumas. Nas formas intra-cervicais e nos carcinomas do corpo, o aspecto da leucorreia, por si só, não basta para o diagnóstico, visto prestar-se a confusões.

As leucorreias devidas a miomas ou pólipos em esfacêlo, têm extraordinária parecença com as dos carcinomas. Igual aspecto e igual fetidez. Num caso e noutro importa fazer precocemente o diagnóstico, que não é difícil, como regra, se lançarmos mão de outros elementos de observação. O diagnóstico diferencial de qualquer destas leucorreias com a das metrites senis nem sempre é fácil, como já referi. Servir-nos-á de auxiliar a exploração intra-uterina com endoscopia ou com simples cureta ou pinça de biópsias. Escuso de reinsistir nas precauções a tomar com qualquer dêstes meios de exploração, particularmente a curetagem.

Nas leucorreias correspondentes à presença de pólipos ou de miomas sub-mucosos não esfacelados, a purulência é, em geral, menor. A infecção atinge, sobretudo, o endométrio, sendo despertada e entretida pela acção irritativa do tumor. Há a juntar a estas causas o facto do epitélio que reveste o tumor estar quasi sempre ulcerado, o que permite, a seu nível, uma grande transudação. Como regra as perdas, nestes casos, são sero-hemáticas, mas algumas vezes são, também, marcadamente purulentas. Nestas afecções o que domina a cena é a hemorragia e não as perdas brancas.

### III — Causas circulatórias:

Todos os estados que trazem consigo congestão passiva do útero são susceptíveis de originar perdas brancas intensas. A estase, só por si, não dá lugar a corrimento leucorreico, mas apenas a transudação pronunciada a nível das glândulas; todavia, se existe ao mesmo tempo uma afecção de que resulte leucorreia, nós compreendemos quão fácil será o seu agravamento.

A retro-flexão do útero ocupa, sem dúvida, o primeiro lugar entre as causas locais<sup>(1)</sup>. Logo em seguida vêem os tumores dos anexos ou do próprio útero.

— Entre as afecções gerais susceptíveis de alterar a circulação uterina devemos citar a insuficiência cardíaca e a nefrite crónica como as mais importantes.

(<sup>1</sup>) Explica-se a congestão do útero retro-flectido por os vasos terem a luz diminuída, em virtude do desvio do órgão os obrigar a formar coto-vêlo. As veias, de paredes mais flácidas, seriam as mais achatadas e daí

#### IV — Causas gerais:

As doenças infecciosas, de um modo especial a febre tifóide, o sarampo, a varíola, a difteria e a escarlatina, são causa freqüente de leucorreias. O aparelho genital feminino é particularmente sensível à infecção nas doenças referidas. Vários mecanismos têm sido invocados para explicar o facto. Segundo alguns autores, tratar-se-ia de localizações uterinas, por via hemática, dos agentes causais da infecção. Criar-se-ia, assim, um verdadeiro estado de metrite, da mesma natureza da doença geral. Para outros — a meu ver, os mais avisados — a metrite resultaria de auto-infecção pelos gérmenes contidos na vagina. A doença primitiva determinaria modificações diversas a nível da vagina (perturbações circulatórias, má nutrição, insuficiência de acumulação de glicogénio, etc.), que por sua vez dariam lugar a desequilíbrio da flora vaginal, com diminuição dos bacilos acidófilos e aumento dos gérmenes patogénicos. Desta exaltação da virulência resultaria, primeiro, um processo de vaginite e logo em seguida um outro de metrite. Para certos autores teriam grande importância na patogenia das localizações uterinas e das alterações da flora vaginal, as modificações dos ovários devidas à acção toxi-infecciosa geral. É possível.

— A diabetes e as hipovitaminoses podem, igualmente, predispor para o aparecimento de leucorreias uterinas, através de modificações gerais e locais no género das que acabo de referir.

#### V — Causas funcionais:

A metrite senil corresponde, de alguma maneira, a uma viciação funcional. Poderia incluir-se, portanto, entre as causas funcionais da leucorreia. Preferi, todavia, fazer-lhe referência

---

a dificuldade da circulação de retôrno. No entanto certos autores duvidam dêste mecanismo patogénico e não crêem mesmo que a retro-flexão simples seja capaz de provocar corrimentos. STOECKEL, KUSTNER, MARTIN, etc., admitem a sua influência. SCHROEDER, que a admite igualmente, diz que, na maioria dos casos, há associação da retro-flexão com outros processos patológicos, sendo difícil, muitas vezes, assinalar a causa principal.

# NEO-SORANIL

WANDER



*a nova  
sulfapiridina  
calcica, de resultados  
seguros nas infecções  
estreptocócicas, meningocócicas, gonocócicas e pneumocócicas.*

*Tubo de  
20 comprimidos  
de 0,50  
Esc. 40.00*

**Dr. A. WANDER S.A., BERNE (Suíça)**

CONCESSIONÁRIOS  
PARA PORTUGAL

**ALVES & C.ª IRMÃOS**

RUA DOS CORREIROS - 41-2.º - LISBOA





ao ocupar-me das causas pròpriamente inflamatórias, porque, em boa verdade, o fundamento directo da leucorreia é uma infecção microbiana. A perturbação funcional actua, apenas, como causa mediata.

Ao referir-me a causas funcionais quero significar a influência directa de um vício funcional sôbre o mecanismo secretor das glândulas endometriais, quer do colo, quer do corpo. Nestas formas trata-se, é certo, de um aumento das secreções normais do sistema glandular uterino e não pròpriamente de leucorreia; como, porém, o aumento das perdas brancas normais é tido por muitos como traduzindo leucorreia, não me parece descabido fazer-lhe referência neste estudo.

Em muitos casos de aumento das perdas uterinas, sobretudo das perdas cervicais, não se encontra a nível do colo, ou do corpo, qualquer lesão que o explique. Também não se observa uma causa de ordem geral que possa ser incriminada. As perdas são abundantes e constituídas por um líquido branco, espêsso, viscoso, sem bactérias na maior parte dos casos, com as características do muco normal do colo. Estas formas de leucorreia — ou talvez mais pròpriamente de falsa leucorreia — traduzem uma anomalia de secreção por hiperfuncionamento das glândulas do colo.

As mulheres que sofrem desta afecção queixam-se, quasi sempre, de outras perturbações secretoras, sobretudo a nível do estômago, glândulas salivares e lacrimais; muitas vezes referem obstipação espástica, alterações vaso-motoras e dismenorrea; são geralmente doentes hiperexcitáveis e vagotónicas. Estas leucorreias exacerbam-se periòdicamente, em correspondência com certas perturbações orgânicas. Tudo isto parece demonstrar a existência de uma disfunção vegetativa. Tal disfunção é usual nas doentes que sofrem de distonias várias, de estados de psicastenia, de doenças mentais, enfim, sempre que directa ou indirectamente o sistema neuro-vegetativo está tocado.

O exagêro das perdas uterinas acompanha, quasi sempre, um exagêro igual das perdas vaginais. Admite-se, efectivamente, que a influência ou influências que actuam sôbre o endométrio actuem, também, sôbre a mucosa vaginal, mas o mecanismo não é bem o mesmo, visto que a mucosa da vagina não tem glândulas e a disfunção é tipicamente secretora. Alguns pretendem tornear esta dificuldade com atribuir a lesão da vagina à acção irritativa

das secreções cervicais, que fluem em grande quantidade para a vagina.

Nas endometriais hiperplásicas — que correspondem, como se sabe, a autênticas perturbações funcionais do sistema endócrino, — é costume observar-se, também, um corrimento uterino seroso; trata-se, igualmente, de uma alteração meramente funcional.

### Tratamento

Começo por dizer, com RUNGE: «um dos principais factores no tratamento da leucorreia é a paciência de que médico e doente precisam de estar devidamente armados» (1). Efectivamente, na maior parte dos casos o tratamento é arrastado e não raro improficuo. Bom é que a doente não conte com sucessos fulminantes. Uma excepção julgo observar-se hoje em dia, senão em todos, pelo menos na maioria dos casos: a cervicite crónica, como em breve referirei.

O tratamento, como sempre, deve ser quanto possível causal, quer dizer, deve visar a eliminação das causas da leucorreia, ora destruindo os gérmes que a determinam, ora modificando as condições locais que a entretém, ora, finalmente, corrigindo as perturbações gerais, nervosas ou doutra ordem, que a podem condicionar. Como na maior parte dos casos se trata de causas inflamatórias e até por serem estas, afinal, as que exigem um tratamento ginecológico, limitar-me-ei, praticamente, a considerar as modalidades desta ordem.

*Tratamento da leucorreia das metrites agudas e subagudas:* — Como estas leucorreias só excepcionalmente pertencem ao domínio da ginecologia, visto corresponderem, quasi sempre, ao *post-abortum* e ao *post-partum*, não me interessa focar este aspecto, aliás integrado no tratamento geral das infecções puerperais.

Nas raras formas de metrite aguda, propriamente ginecológica, é excepcional que a natureza não seja blenorragica. O tratamento obedecerá às indicações gerais da gonorreia: sulfamidas em dose

---

(1) H. RUNGE — *Metrorragias y Flujos*. Ed. Labor, pág. 133.

elevada, repouso e gêlo no ventre. Devemos abster-nos de qualquer tratamento local intra-uterino. Como na maior parte dos casos existe vaginite aguda, ao mesmo tempo, poderemos aconselhar algumas irrigações vaginais, primeiro calmantes (cozimento de malvas, de raízes de alteia, de cabeças de dormideira, etc.), e depois an'issépticas (soluto de rivanol e de permanganato de potássio).

Os óvulos ou tampões glicerinados justa-cervicais, podem prestar bons serviços nas metrites agudas, por permitirem uma melhor drenagem do útero para o exterior, através da acção higroscópica da glicerina.

Em princípio, nas metrites agudas só será permitido tocar no útero com o fim de favorecer a sua drenagem, se esta se faz irregularmente, mas não esqueçamos que os drenos de MOUCHOTTE, ou outros «a demeure», são sempre péssimamente suportados. Será preferível, quando fôr necessário, confinar-nos à introdução passageira de uma sonda de BOZEMANN, simplesmente com o fim evacuador, tal como por vezes se faz para dar saída ao pus das metrites puerperais.

*Tratamento da leucorreia das metrites crónicas do corpo:—*  
É, incontestavelmente, a forma mais rebelde de tratar. Só é comparável na sua teimosia e renitência à leucorreia de certas vaginites.

O tratamento geral pela quimioterapia não dá resultados dignos de nota. A vacinoterapia e a proteïnoterapia merecem registo especial, visto muitas vezes contribuírem para melhorar a afecção.

A diatermia local, as irrigações vaginais de grande volume, a baixa pressão, e os óvulos vaginais, podem trazer benefícios, mas muitas vezes isto não basta e impõe-se a necessidade de um tratamento directo.

As instilações intra-uterinas de solutos cáusticos (cloreto de zinco ou nitrato de prata a 10 0/0), tem partidários; em todo o caso devemos ter presente a possibilidade de provocarem cólicas intensas e algumas vezes reacções anxiais ou pelvi-peritonias de efeitos imediatos desagradáveis e a distância em certo modo inquietantes. Quando se empreguem devemos, segundo o aviso de DOUAY, fazê-las preceder duma instilação do soluto de novo-

caína a 10 0/0. Semelhante precaução permitir-nos-á, também, avaliar a capacidade uterina. Se o soluto de novocaína não é retido, eliminando-se ao longo da cânula de BRAUN pode fazer-se a instilação do produto cáustico sem grande receio. Se o é, não deve levar-se a instilação cáustica além do volume calculado com o soluto anestésico. Não tenho simpatia especial pelo método, preferindo fazer a instilação com um soluto de mercuro-cromo a 2 0/0. É menos activo, sem dúvida, mas em compensação é bem suportado. Repete-se o tratamento de 4 em 4 dias. A redução dêste intervalo é perigosa, mui especialmente se empregarmos os solutos cáusticos.

As irrigações intra-uterinas têm aqui a sua única indicação em terapêutica ginecológica, mas o resultado não é, igualmente, brilhante nem isento de perigo. Recomenda-se o soluto de TARNIER fraco (1,5 grs. de iodo metálico, 3 grs. de iodeto de potássio e 1 litro de água).

Os lápis radio-activos (método de LACAPÈRE) e o «atmo-causis», isto é, a cauterização pelo vapor de água, têm, também, partidários (SMEGUIREFF), todavia, os resultados não são mais lisongeiros.

A curetagem uterina está absolutamente contra-indicada, visto que não cura e favorece a difusão do processo inflamatório.

Em resumo: o tratamento da leucorreia por metrite crónica do corpo não oferece grandes garantias em qualquer das suas modalidades.

*Tratamento da leucorreia das cervicites crónicas:* — Felizmente a cura das cervicites crónicas é hoje relativamente fácil. A cauterização com o Neo-Filhos e de um modo particular a diatermo-coagulação da mucosa do colo, permite-nos registar, a breve trecho, um número elevado de curas. A cauterização química ou diatérmica, tem por fim a destruição da mucosa doente e a regeneração duma mucosa sã. Quando convenientemente feita é raro que não dê resultado. Na grande maioria dos casos uma sessão basta; nas formas mais adiantadas pode ser necessário renovar o tratamento, dois ou três meses volvidos.

Emprego a diatermo-coagulação há 10 anos e confessó que me sinto satisfeito. No n.º 2 da *Coimbra Médica* de 1934, pág. 22,

expus a técnica que emprego. Em nota transcrevo a parte que lhe diz respeito (1).

*Tratamento da leucorreia das metrites senis:* — Tendo em atenção que as metrites senis resultam a um tempo de um pro-

(1) Este método foi preconizado por DAUSSET (Paris) e AUBERT (Genève), em 1927. Desde então todos os experimentadores lhe rendem as melhores homenagens. O número dos seus adeptos vai aumentando dia a dia em detrimento das cauterizações pelo Neo-Filhos. E se maior não é, deve-se ao facto de nem todos os consultórios e salas de consulta hospitalares estarem providos da aparelhagem respectiva.

Alguns médicos empregam o método bipolar. Outros e entre eles JEAN GAGEY, preferem o método monopolar, servindo-se como eléctrodo indifferente de uma placa de chumbo aplicada na região lombar.

Nas diatermo-coagulações a que procedi usei sempre o método monopolar, empregando como electrodo activo uma pequena esfera metálica de maior ou menor diâmetro, conforme o calibre do canal cervical (possuindo: uma de 4 mm. de diâmetro, outra de 3 mm. e outra de 2 mm.).

O estôjo de coagulação que adopto é do modelo de LANGER. Uso, não obstante, um pedal interruptor, por não ser fácil o emprêgo do botão que para este efeito existe no porta-eléctrodo respectivo.

Como eléctrodo indifferente empreguei, inicialmente, uma placa de chumbo, bem alisada, na região lombar e emprego agora um cinto abdominal, de chumbo também.

Da mesma forma que se procede com o Neo-Filhos a coagulação da mucosa endo-cervical pela diatermia deve reservar-se às cervicites do 2.º e 3.º graus, visto as formas ligeiras que correspondem ao 1.º grau costumarem curar, ou pelo menos melhorar muito, com o auxílio da diatermia simples e dos pensos vaginais.

É necessário saber que o efeito da diatermo-coagulação actua em profundidade mais do que se supõe à primeira vista, motivo por que se deve ser prudente no seu emprêgo. Os principiantes exageram, como regra, as aplicações, por serem levados a crer que a coagulação se limita às camadas superficiais onde se forma a escara de aspecto esbranquiçado. A extensão em profundidade da coagulação varia na razão directa da superfície do eléctrodo em contacto com os tecidos e da intensidade da corrente. «Grosso-modo», pode dizer-se que penetra na intimidade do colo um pouco mais do valor do diâmetro da parte terminal do eléctrodo. Por este motivo não devemos usar eléctrodos de grande diâmetro, para não correr o risco de produzir profundamente lesões de carácter grave.

Nos colos pequenos emprego um eléctrodo com esfera metálica terminal de 2 ou 3 mm. de diâmetro, conforme o calibre do canal cervical; nos colos volumosos uso, se a permeabilidade o permite, uma esfera de 4 mm. de diâmetro.

cesso infeccioso e a outro de fenómenos de carência ou de insuficiência hormonal, devemos procurar fazer um tratamento combinado de cada um dos síndromas. Sob o ponto de vista anti-infeccioso lançaremos mão dos meios indicados no tratamento das leucorreias das metrites crônicas do corpo; no que interessa ao ponto

A intensidade da corrente que faço passar oscila entre 200 a 400 miliamperes, segundo desejo uma escara mais ou menos profunda. Em poucos segundos obtém-se a coagulação em cada ponto.

Empregando eléctrodos com superfície de contacto superior às indicadas tornava-se necessário aumentar a intensidade da corrente para produzir a coagulação, do que resultaria um certo perigo e maior dor durante o tratamento.

A maior parte dos ginecologistas principia a diatermo-coagulação na proximidade do orifício interno, descendo lentamente com o eléctrodo, uma vez ligada a corrente, a todo o comprimento do canal cervical.

M. RISACHER utiliza para o efeito um eléctrodo activo em forma de meia-esfera, com diâmetro sensivelmente igual ao do canal.

O vulgar, porém, é empregarem-se eléctrodos activos com esferas ou olivas metálicas terminais, recobertos, na parte restante, de uma substância isoladora.

Quando procedi às primeiras coagulações revesti, também, a haste metálica que liga a esfera ao porta-eléctrodo com um tubo fino de borracha, com o objectivo de a isolar do contacto dos tecidos; hoje não me preocupo com este pormenor porque emprego como eléctrodo indifferente um cinto abdominal, em vez de uma placa simples na região sagrada. Ficando o eléctrodo activo àquém do indifferente, a corrente passa através dos tecidos segundo um cone cujo vértice corresponde à parte terminal do primeiro, o que equivale a dizer que não se estabelecerá a partir da haste, mas, simplesmente, a partir da esfera terminal.

Costumo começar pela coagulação dos tecidos exulcerados do focinho de tenca, produzindo uma escara, maior ou menor, conforme é grande ou pequeno o volume do colo, profunda ou superficial a exulceração existente. A circunstância de principiar a coagulação por aqui e não pela mucosa endo-cervical tem, para mim, a vantagem de permitir um cálculo mais perfeito da intensidade da energia diatérmica que se torna necessário fazer passar afim de se obter uma escara conveniente a nível do canal, uma vez que ela varia com diferentes factores, como é geralmente sabido.

Procedo depois à coagulação da mucosa endo-cervical, descendo do orifício interno para o externo. Antes de dar início a este segundo tempo é vantajoso desembaraçar o canal cervical das mucosidades que nêle se encontram, quer por meio de aspiração com uma ventosa própria, quer, mais simplesmente, fazendo a expressão do colo entre as valvas do espéculo; desta maneira a coagulação dos tecidos será mais regular.

de vista geral agiremos segundo as circunstâncias, ora empregando extractos ováricos, ora hormonas diferentes, ora substâncias medicamentosas reconstituíntes e reequilibrantes do estado geral. Nas piometrias rebeldes põe-se, por vezes, a indicação operatória, dado que em muitos casos só com a histerectomia se lhe pode

Não me parece possível a coagulação perfeita da mucosa com uma passagem apenas do eléctrodo, como pretende RISACHER. Efectivamente, não vejo forma de empregar um eléctrodo que se ajuste, inteiramente, a tôda a mucosa visto que o calibre do canal é susceptível de variar de ponto para ponto.

Por outro lado, julgo muito difficil conseguir um efeito igualmente coagulante em tôda a volta do eléctrodo, além de que não é indiferente, como já referi, empregarem-se eléctrodos activos de grande diâmetro, dado o risco que se corre de se obter uma escara muito extensa em profundidade.

Julgo preferível passar quatro ou mais vezes o eléctrodo ao longo do canal encostando-o, sucessivamente, a sectores diferentes da mucosa.

A coagulação intracervical não se faz, como regra, sob o "contrôle" da vista, pelo que importa que se tenha do método uma prática regular, de contrário é quasi certo pecar-se por excesso, ou por defeito. Com um pouco de boa vontade e experiência não é difficil adquirir uma técnica correctá.

Não é necessário um espéculo isolador, podendo servir-nos, sem perigo, de qualquer espéculo metálico.

A dor, como já referi, costuma ser pequena. A coagulação da mucosa externa é, a bem dizer, indolor; a da mucosa interna sente-se mais.

Quando se trata de doentes pusilânimes pode fazer-se preceder o tratamento de toques endo-cervicais com pequenos tampões embebidos num soluto de novocaína a 10 0/0: a dor é, então, praticamente nula.

Faço a maior parte das diatermo-coagulações no consultório. As doentes recolhem a casa de eléctrico ou automóvel, após o que repousam na cama durante 24 horas. Nos seis dias seguintes aconselho repouso relativo.

Nos casos de cervicite do 3.º grau, ou quando há qualquer suspeita de inflamação por parte dos anexos ou paramétrio, aplico previamente 10 a 12 sessões de diatermia simples como meio de diagnóstico e preparação, como ficou dito.

Nos três primeiros dias após a coagulação o corrimento uterino é quasi nulo; em seguida e durante duas semanas, aproximadamente, nota-se um corrimento seroso abundante, por vezes sanguinolento e quasi sempre com mau cheiro, tal como acontece nas seqüências das cauterizações com o Neo-Filhos.

A eliminação da escara costuma dar-se, em bloco ou fragmentada, entre o 12.º e 18.º dia. Tôdas as manobras tendentes a obter o seu desco-

pôr termo. Em princípio, a via vaginal deve ser preferida à via abdominal, visto os inconvenientes imediatos serem menores.

*Tratamento da leucorreia uterina por tumores, retro-desvio do útero, doenças gerais ou por distonia neuro-vegetativa:*— A indicação que nestes casos comanda o tratamento obedece às particularidades da afecção que origina a leucorreia, como é compreensível. Os tumores serão tratados convenientemente; os retro-desvios serão corrigidos; os estados mórbidos gerais serão medicados; as distonias neuro-vegetativas serão beneficiadas na medida do possível, sobretudo à custa de atropina, uma vez que a forma dominante é a vagotonia.

---

lamento prematuro são absolutamente contra-indicadas; de facto, além do perigo de uma hemorragia, contribuir-se-ia para a propagação, em profundidade, de estados inflamatórios.

Abandonada a si própria a eliminação da escara é raro que se produzam hemorragias, do que resulta, como referi, mais uma superioridade sobre o cáustico Neo-Filhos.

Nas seis semanas que se seguem ao tratamento aconselho uma irrigação vaginal diária, dando preferência, nos primeiros quinze dias, à água oxigenada diluída.

A cicatrização e com ela a cura da cervicite, dá-se, como regra, por volta da 6.<sup>a</sup> semana, após a diatermo-coagulação.



*Para a iodoterapia*

# Endoiodina

o preparado de iodo  
injectavel

com acção rápida e duradoura

Producto largamente experimentado e comprovado na arterioesclerose, hipertonia, angina do peito, aortalgia, asma bronquica, bronquite crónica e sífilis

*Embalagem original: caixa com 10 ampolas de 2 c. c.*



»Bayer«

LE. ERKUSEN

Representante:

**BAYER LIMITADA**

Largo do Barão de Quintela 11, 2.º LISBOA

# ENFERMAGEM

(2.<sup>a</sup> edição melhorada)

PELO

DR. ALBERTO COSTA

Antigo Assistente de Cirurgia e Obstetrícia  
da Faculdade de Medicina de Coimbra

«No género não há melhor; eu, pelo menos não conheço».

.....

«Tudo ali é claro e preciso; os problemas são versados com extrema simplicidade, e a aridez dos assuntos prejudicada por episódios dispersos, que facilitam a compreensão e evitam a fadiga».

.....

«Encontra-se ali tudo descrito — o Presente e o Futuro desta carreira espinhosa».

*Do prefácio do*

Prof. Doutor ANGELO DA FONSECA

... «*Enfermagem* aparece na hora própria. Vem preencher uma lacuna e, justamente, no momento em que a precisão dum trabalho assim tanto se fazia sentir».

«É um livro perfeito e muito completo»

*Do prefácio do*

Prof. Doutor COSTA SACADURA

3 volumes no formato 16×24 cm.  
com um total de cêrca de  
1000 págs. e 600 gravuras.

**ENFERMAGEM** é um precioso auxiliar do médico prático

**Obra completa em 3 volumes brochados 120\$00**

» » » » » **cartonado 150\$00**

(Pelo correio acresce o porte, registo e cobrança)

**DIRIGIR PEDIDOS A**

**Livraria Moura Marques & Filho**

19, Largo Miguel Bombarda, 25

**COIMBRA**

# OS HOMICIDAS

Estudo psico-sociológico acerca de 497 homicidas  
da Cadeia Penitenciária de Coimbra

POR

MÁRIO SIMÕES TRINCÃO

EX-CHEFE DA 2.<sup>a</sup> SECÇÃO DO INSTITUTO DE CRIMINOLOGIA DE COIMBRA  
PROFESSOR EXTRAORDINÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA

*(Continuado da pág. 200, vol. X, n.º 4)*

## Constituição

Não nos vamos ocupar de momento dos caracteres antropométricos, robustez, saúde, etc., dos delinquentes estudados, porquanto isso constituirá o objecto de trabalhos a publicar pelos nossos colegas e antigos colaboradores Drs. ANTÓNIO DE MATOS BEJA e PAIS MAMEDE.

Não posso porém passar em claro o importante papel que o estudo do biótipo tem em criminologia.

Vai já longe a época em que LOMBROSO considerava o crime como sendo a consequência de um estado anormal do criminoso, que seria sempre um degenerado ou um psicopata.

Hoje examinamos o crime sob um aspecto novo, atendendo à constituição morfológica e psico-moral do criminoso e às condições ambientais e de educação que possam influir na génese do crime.

Nesta ordem de idéias tem-se estudado o criminoso atendendo aos dados do moderno constitucionalismo (CARRARA, OTTOLENGHI, DI TULLIO, etc.).

No Congresso de Biologia Criminal realizado em Hamburgo, DI TULLIO propôs a criação de um Instituto Internacional de Biolo-

gia Criminal — «com o fim de orientar os trabalhos de investigação e as pesquisas de policia técnica que estão sendo realizadas em todo o mundo, com o fim especial de estudar o criminoso e assim melhor poder defender a colectividade dêstes elementos anti-sociais».

Antes do *Anschluss* já existiam na Áustria estabelecimentos especialmente destinados ao estudo dos problemas de biologia criminal (Viena, Dresde, e Graz).

Na Alemanha já há vários centros de estudo de biologia criminal.

Na Espanha, depois da campanha do Prof. SALDAÑA, foram criados os Laboratórios de Biologia Criminal.

Na América do Sul têm êstes estudos tomado também grande incremento.

Por último, embora sejam, quanto a nós, os primeiros em importância, citaremos os trabalhos da escola italiana em que avultam os nomes de BARBARA, VIOLA, PENDE, etc.

Em Portugal incumbem êstes estudos aos Institutos de Criminologia.

Estas citações servem para evidenciar a importância dada a êstes estudos por todos os países civilizados.

Os trabalhos de biotipologia até hoje publicados mostram que não era completamente destituída de fundamento a importância que LOMBROSO dava à morfologia criminal, havendo apenas a criticar que êle não relacionasse a morfologia com a psicologia do delinqüente e com os factores sociais.

Hoje admite-se que existe uma íntima correlação entre a morfologia corporal e o psiquismo, ou melhor, entre «soma e psique» como o demonstram os mais recentes dados endócrino-biológicos.

De entre os trabalhos publicados com esta orientação merece ser citado, pela influência que sobre nós exerceu, o notável trabalho de KRETCHMER «Estrutura do corpo e o carácter».

A biotipologia criminal estuda o delinqüente sob o aspecto morfológico, dinâmico, humoral e psicológico. Diferem muito êstes estudos dos da antropologia criminal clássica e dos da biologia criminal de LENZ.

Para quem não estiver iniciado na biotipologia a terminologia utilizada nestes estudos é aparentemente muito complicada, e

dizemos «aparentemente» porquanto na realidade a aparente complexidade resulta da utilização de muitos termos que são sinónimos e que são indiferentemente aplicados pelos diversos autores consoante as suas preferências.

Temos encontrado nos criminosos estudados relações entre o temperamento e o tipo morfológico.

JACQUELIN, tem razão para afirmar que o temperamento pode ser modificado em grau mais ou menos elevado pelos factores endócrinos que também podem fazer sentir a sua influência de uma maneira acentuada sobre a constituição.

Os temperamentos clássicos: linfático, sangüíneo, bilioso e nervoso, têm correspondentes morfológicos. Mas como não é nosso objectivo o estudo biotipológico dos criminosos que servem de base a êste estudo, nada mais diremos acerca dêle, tanto mais que ao fazer-lhe referência, simplesmente desejavamos pôr em relêvo a sua importância em criminologia e mostrarmos que não tinha sido por nós desprezado.

Antes de terminar êste capítulo desejamos porém repetir uma afirmação que já fizemos num trabalho anterior: o criminoso não constitui um ser à parte bem individualizado sob o ponto de vista morfológico.

*Alcoolismo* — Dizíamos no início dêste estudo que em relação a idéias expostas anteriormente alguma coisa havia que rectificar e um dos factos que devemos corrigir é o da grande importância por nós atribuída ao alcoolismo como factor etiológico do homicídio.

Nos casos que estudamos, apenas em 28 o alcoolismo crónico era evidente (5,63%).

Muito poucos foram os homicídios cometidos numa fase de alcoolismo agudo e ainda nalguns casos em que êle se verificou tratava-se de indivíduos que tinham premeditado o crime há já longo tempo e que buscaram no álcool um factor de encorajamento, ou elemento a ser invocado no futuro para atenuar a gravidade do crime.

Entre nós as zonas de criminalidade mais acentuada não são aquelas em que se faz mais consumo de bebidas alcoólicas ou em que os casos de alcoolismo são mais frequentes.

É certo que um número relativamente elevado de homicídios foram praticados em tabernas ou nas suas imediações em consequência de questões iniciadas dentro delas, mas muitas vezes por

indivíduos que não estavam embriagados nem costumavam fazer uso imoderado de bebidas alcoólicas.

Devemos atender em que na maior parte das nossas aldeias, pelo menos até à fundação das Casas do Povo, os únicos locais abertos à noite onde os rurais se podiam reunir para conversar, eram as tabernas.

### Estudo psicológico

Sem um exame psicológico bem orientado, não ficaria completo o estudo dos criminosos.

No seu notável trabalho sobre os criminosos por tendência, segundo o conceito do Código Penal Italiano, FR. AGOSTINHO GEMELLI referindo-se à necessidade da combinação do estudo da morfologia e da psicologia, diz: «Hoje em dia, a cada passo, fala-se do «todo», da «totalidade», servindo-nos freqüentemente destas expressões e de outras semelhantes. Sem dúvida que por vezes encobrem um conceito filosófico, e são, no campo psicológico, a manifestação de uma reacção contra os métodos atomistas que se limitam apenas aos dados do facto, — como se a ciência se limitasse à sua demonstração — mas êles encontraram a razão de ser no espírito do psicólogo, que sabe que se é o fruto de uma doutrina filosófica construir a psicologia sem alma, é igualmente de um conceito filosófico, também bastante mau, construir uma psicologia esquecendo que a actividade psíquica é a expressão da pessoa humana considerada na sua totalidade psicopática».

Antes de prosseguir convém que nos entendamos acerca do conceito de constituição psicopática. DELMAS e BOLL definem-a como sendo «um conjunto especial e definido de tendências que, fazendo parte integrante do indivíduo, permitem precisar a sua personalidade e prever para qual psicose progressiva ou regressiva, intermitente ou continua, êle é susceptível de evolucionar».

A definição do conceito de personalidade é na realidade um problema de difícil solução.

Ocupando-se dêste assunto, diz o Prof. KURT SCHNEIDER, o notável psiquiatra alemão, director do Instituto de Investigação Psiquiátrica de Munique (4): «Há quem considere a personalidade

---

(4) Vide *Lições de Psiquiatria para médicos* — Trad. do Dr. FERNANDO FERREIRA — Coimbra Editora, 1938.

de um indivíduo como o conjunto de tudo aquilo que há nêle de psíquico; a maior parte dos caracterologistas e pato-caracterologistas, todavia, limitam a extensão dêste conceito, compreendendo apenas os sentimentos, as maneiras de apreciar, as tendências e a vontade como componentes da personalidade e considerando à parte e fora dela as faculdades intelectuais, ou sejam os dons de compreensão, a faculdade de estabelecer juízos e as funções da memória».

«O termo carácter é também empregado para o ser psíquico individual considerado em conjunto, isto é, com inclusão da inteligência como no sentido mais restrito a que acima nos referimos».

No estudo que êste autor faz acerca das «personalidades psicopáticas», é com êste conceito estrito que aplica a designação carácter, excluindo a inteligência do conceito da personalidade; portanto para KURT SCHNEIDER as anomalias da inteligência, mesmo as congénitas, não são atributos das personalidades anormais ou psicopáticas.

Êste problema, como tantos outros da psicologia, está ainda em litígio. Quem ler o Manual de Psicologia Jurídica do Dr. L. MIRA, <sup>(1)</sup> terá ocasião de verificar que êste autor atribui importância à inteligência como elemento da personalidade.

«No hay duda que una persona torpe acaba los recursos para adaptar-se normalmente a una situation que una persona lista». «Donde acaba la razón empieza la violencia — se ha dicho — efectivamente, un gran número de los delincuentes y de los sujetos que entran en conflicto con la sociedad ofrecen un déficit intelectual marcado: son débiles mentales».

Sem nos preocuparmos acerca de qual a escola psicológica que tem razão, por vários motivos entre os quais avulta a nossa incompetência no assunto, sòmente diremos que no estudo a que procedemos procurámos averiguar da inteligência dos examinados, considerando-a como elemento da personalidade.

A personalidade que envolve o conceito do congénito, é, no entanto, susceptível de modificar-se. — «Modifica-se em primeiro lugar, em virtude das variações que experimenta a sua base, a sua disposição biológica, no sentido da curva vital que lhe é

---

<sup>(1)</sup> *Manual de Psicologia Jurídica* — Dr. LUCILIO MIRA y LOPEZ — Salvat Edt., Barcelona, 1932.

própria. É uma modificação dêste género que faz com que a criança seja diferente do adolescente, o adolescente do adulto, o adulto do indivíduo em involução e êste do velho» (KURT SCHNEIDER).

Mas a evolução da personalidade está também sujeita à influência do ambiente, à educação, à cultura, aos exemplos das pessoas com quem o indivíduo convive, etc.

É de admitir que indivíduos com idêntico processo biológico de desenvolvimento, sujeitos a condições ambientais muito diferentes, se apresentem com personalidades distintas.

KURT SCHNEIDER considera que têm personalidade psicopática aquêles indivíduos que dentro da normalidade sofrem ou fazem sofrer os outros.

É necessário no entanto saber o que deve considerar-se como normal, visto que podemos referenciar a personalidade com a norma mediana ou com a norma ideal.

A norma utilizada em estudos psiquiátricos é a norma mediana e segundo êste critério será normal tudo o que corresponda a um padrão que se toma como medida.

KURT SCHNEIDER distribui as personalidades psicopáticas em 10 tipos :

- 1.º — Psicopatas hipertímicos;
- 2.º — Psicopatas depressivos;
- 3.º — Psicopatas inseguros;
- 4.º — Psicopatas fanáticos;
- 5.º — Psicopatas ostentativos;
- 6.º — Psicopatas inconstantes;
- 7.º — Psicopatas explosivos;
- 8.º — Psicopatas insensíveis;
- 9.º — Psicopatas abúlicos;
- 10.º — Psicopatas asténicos.

Os *hipertímicos* têm humor alegre, temperamento vivo e uma certa actividade, mas ao lado dêstes existem hipertímicos irritáveis e rabugentos.

Êstes indivíduos têm um alto conceito de si próprios.

Os *depressivos* são a antítese dos hipertímicos; caracterizam-se pelo seu humor constantemente oprimido e pelo seu



pessimismo, o que faz com que constantemente procurem descobrir o lado mau de tôdas as coisas.

Neste grupo distinguem-se três variedades: 1.º, em que predomina a tristeza; 2.º, caracterizada pelo seu mau humor; 3.º, hilariedade paranóide — em que existe acentuada desconfiança e auto-relacionação..

Nos *inseguros* domina a falta de confiança em si mesmo e a noção de insuficiências.

Possuem portanto êstes indivíduos um terreno propício para o desenvolvimento de fenómenos de coação, caracterizados por determinados conteúdos de consciência — a maior parte das vezes de natureza angustiosa — se imporem à atenção do indivíduo contra sua vontade.

Os *fanáticos* são indivíduos muito expansivos e de grande actividade que concedem extraordinária importância a certos complexos idealógicos, quer relacionados com a própria personalidade, quer com determinados sistemas filosóficos ou políticos.

Os *ostentativos* são muito vaidosos, pretendendo apresentar-se com um valor muito superior aquêle que na realidade possuem. Muitas vezes tomam atitudes excêntricas e praticam actos verdadeiramente espantosos.

Relatam freqüentemente aventuras extraordinárias de que foram protagonistas.

Os *inconstantes* caracterizam-se por apresentarem alterações bruscas do humor, principalmente no sentido depressivo. Muitos dos indivíduos que cometem actos impulsivos e de vagabundagem, que se embriagam, têm esta personalidade.

Muitos dêstes indivíduos são considerados — muito erradamente — como psicopatas epileptóides.

Os psicopatas *explosivos* são irritáveis, coléricos, reagindo com reacções chamadas de «curto-circuito», muitas vezes por meio de insultos e com violência. Os delitos que mais freqüentemente cometem são as agressões, resistência à autoridade e danos.

Os psicopatas *insensíveis* não possuem o sentimento de compaixão e têm embotados de uma maneira total, a noção de vergonha, da honra e dos remorsos de consciência.

Apresentam-se com aspecto sombrio, metidos consigo e irritáveis. Nas suas acções anti-sociais, revelam-se de grande impulsividade e são extraordinariamente cruéis.

Os *abúlicos* não oferecem resistências às influências exteriores, deixam-se influenciar facilmente pelos outros que muitas vezes os procuram para praticarem crimes.

Os psicopatas *asténicos* estão repartidos por três sub-grupos, apresentando-se às vezes com caracteres mistos destes sub-grupos:

a) Constituído por indivíduos que se impressionam exageradamente vendo sangue e que se assustam ao ouvir ruídos.

b) Formado por aquêles indivíduos que têm a sensação da incapacidade intelectual — diminuição das faculdades produtivas, incapacidade de concentrarem a atenção, amnésia.

c) Formado pelos indivíduos que, por motivos caracterológicos, estão facilmente sujeitos a perturbações das suas funções orgânicas.

O asténico tem o hábito de concentrar a atenção sobre o próprio corpo e assim prejudica o jôgo recíproco dos órgãos o qual só se pode efectuar sem estôrvo quando não está sujeito a vigilância da consciência. São os auto-observadores.

É o momento de nos referirmos a um outro problema, o das relações entre as personalidades psicopáticas e as psicoses.

Ocupando-se do assunto, KURT SCHNEIDER diz que é um dos mais complicados da psiquiatria. São deste autor as palavras que seguem: «Saber se devemos encarar certos hipertímicos e depressivos como casos permanentes de ciclotímicos (loucura maníaco-depressiva), estabelecer as relações que unem os inconstantes à epilepsia e à ciclotimia e certos insensíveis à esquizofrenia, são apenas alguns destes problemas parciais. A opinião de que existem transições entre certas personalidades anormais, e até mesmo normais, e as psicoses ciclotímicas e esquizofrénicas é combatida por aquêles que afirmam que uma coisa e outra, psicopatia e psicose, devem ser rigorosamente separadas. Sem que possamos alegar quaisquer razões justificativas, somos partidários da segunda opinião».

*Inteligência* — Não vamos descrever quais os testes que têm sido utilizados para a avaliação da inteligência dos delinquentes. Vamos referir apenas alguns que temos utilizado.

Temos grande dificuldade na aplicação de testes, porque a maior parte de delinquentes são analfabetos e quasi totalmente destituídos de cultura.

*Para a terapêutica  
hormonal com substâncias*  
**„pertencentes ao próprio corpo“\***

**PROGYNON**

para o tratamento da  
insuficiência ovárica  
(mesmo em casos graves)

**PROLUTON**

para o tratamento de  
hemorragias genitais e  
do aborto habitual

**TESTOVIRON**

para o tratamento da  
insuficiência sexual  
masculina

\* O nosso organismo está de tal modo disposto para a recepção desta substância que não lhe sobrecarrega o metabolismo. Nas dosagens apropriadas, a medicação com substâncias pertencentes ao próprio organismo tem muitas vantagens, que são razão bastante para que elas sejam preferidas desde que nos deem o mesmo resultado que os produtos farmacêuticos estranhos a ele. Klin. Wschr. 1938 Nr. 19 pág. 655.

*Schering*  


Literatura pormenorizada e esquema das doses estão à disposição.  
**SCHERING S. A. PORTUGUESA, APARTADO 279, LISBOA**

# STROPHOSIDE

Glucosido nativo cristalizado do «Strophantus Kombé»,  
: : : : isolado na sua forma «inicial» : : : :



Tôda a energia medicamentosa do estrofantos  
: sob uma forma estável e rigorosamente doseada :



**Empolas de 1 c.c. (1½ mgr.)**



*Amostras e literatura científica à disposição  
do Corpo Médico*

---

---

**SANDOZ S. A. Bâle (Suissa)**

À 4.<sup>a</sup> secção do Congresso Nacional de Ciências da População foi apresentado um estudo intitulado «Contribuição para o estudo do nível intelectual dos delinquentes portugueses adultos», elaborado pelo Dr. ARMANDO TAVARES DE SOUSA, tomando como base a aplicação do teste de BALLARD a 51 prêsos da Cadeia Penitenciária de Coimbra.

Nesse estudo o Dr. ARMANDO TAVARES DE SOUSA chega às seguintes conclusões:

1.<sup>o</sup> — A aplicação a um grupo de 51 prêsos adultos, frequentando a escola primária da Cadeia Penitenciária de Coimbra, do questionário de BALLARD, deu os seguintes resultados: cota mínima 29 pontos (7 anos de idade mental); cota máxima 77 pontos (13-14 anos); mediana 58 pontos; média 54,5 pontos (10-11 anos).

2.<sup>o</sup> — Um grupo importante de delinquentes (18<sup>0/0</sup>) manifestou uma debilidade mental grave (menos de 9 anos de idade mental).

Actualmente estamos a aplicar os testes de OTIS — teste colectivo de desenvolvimento mental — fórmula B, para os alfabetos e o teste do mesmo autor para os analfabetos na adaptação do Dr. RUI CARRINGTON SIMÕES da COSTA.

Também ensaiámos algumas vezes o método de TERMAN.

Hoje é muito utilizado o método de RORSCHACH, mostrando-se alguns dos investigadores que o têm utilizado, grandemente entusiasmados com os resultados colhidos e considerando-o como um dos melhores meios de apreciação do temperamento e inteligência. Ao lado destes entusiastas do método, existem outros investigadores que o consideram muito subjectivo e contestam o seu valor científico.

A nossa ilustre colega Dr.<sup>a</sup> D. ANA CAEIRO GONZÁLEZ, num bem elaborado estudo intitulado «O Teste de Rorschach e a sua comparação com outros Testes de Temperamento» (1), pronuncia-se acerca deste método nos seguintes têrmos: «êle continua a surgir como o mais genial método de investigação da personalidade, mostrando, como nenhum outro, as inter-relações entre

---

(1) «Boletim do Instituto de Orientação Profissional», II série, n.<sup>o</sup> 1, págs. 105-159, Outubro de 1940.

os diferentes traços da personalidade, afectivos e intellectuais».

O Prof. LUÍS DE PINA, ilustre Director do Instituto de Criminologia do Pôrto, foi a primeira pessoa que entre nós se occupou do estudo dêste teste, tendo publicado em 1938, no Boletim do Instituto de Criminologia, um artigo com o titulo «Psicodiagnóstico de Rorschach em Criminologia».

No Instituto de Criminologia de Lisboa, o Dr. JOÃO GONÇALVES tem também aplicado êste teste, no estudo dos criminosos da Cadeia Penitenciária.

Em 1939 a Sr.<sup>a</sup> D. EMÍLIA CORDEIRO FERREIRA, baseada na observação de 130 adolescentes da Tutoria da Infância de Lisboa, fêz um bem elaborado trabalho que com o titulo de «Os testes de Rorschach» apresentou como dissertação de licenciatura em Ciências Histórico-Filosóficas na Faculdade de Letras de Lisboa.

Não temos dêstes testes a mínima experiência porque, a despeito do nosso grande interêsse em os aplicar no estudo dos delinquentes observados no Instituto de Criminologia de Coimbra, não foi possível fazê-lo, por motivos vários.

Estudámos 170 homicidas sob o ponto de vista intelectual tendo chegado à conclusão que em 103 o coeficiente intelectual era normal (60,58%), em 65 se encontrava diminuído (37,20%) e em 2 dos examinados era superior a norma média.

Em 18 dos indivíduos examinados (10,58%) encontrámos uma debilidade mental acentuada.

O papel criminógeno da debilidade mental tem desde há muito tempo preocupado os criminologistas.

O assunto foi largamente debatido no I Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, realizado em Paris em 1937, onde apareceram relatores com opiniões muito divergentes. Assim por exemplo VERMEYLEN diz não ter encontrado diferença intensa entre a população infantil em geral e os menores delinquentes; a percentagem dos deficientes é superior nos menores delinquentes, mas menos elevada do que muita gente julga.

EARL, relator inglês, não considera a deficiência mental causa directa do delito.

Não se nos afigura que de facto a debilidade possa ser considerada como factor causal do delito.

\* \* \*

*Atenção* — No estudo que realizámos tivemos sempre em vista determinar os graus de atenção voluntária e espontânea.

Ligada com outras funções intelectuais a atenção está intimamente relacionada com a actividade e até, como diz VALLEJO NOGUERA, «quizá constituya una parte de la función afectiva».

Há que ter em conta que o grau e capacidade de atenção variam sob a influência de muitos factores.

O grau de atenção pode variar em função de causas fisiológicas e patológicas: com a fadiga, segundo a hora do dia, sob a influência de certos estimulantes, etc.

A capacidade da atenção é função de diferentes variáveis entre os quais avulta o grau de desenvolvimento intelectual. Para explorar a atenção utilizámos diferentes provas: O teste de TOULOUSE, a prova de BOURDON de fundamentos análogos à de PIERON, a prova de repetição de números dígitos, a prova de adição contínua de KROEPELIN, etc.

Encontrámos nos 170 observados 21 (12,350 %) com a atenção perturbada: distração, disprosexia ou hipoprosexia (lentidão e debilidade da atenção). A aprosexia só foi por nós encontrada em psicopatas averiguados.

Em 14 dos 21 casos em que a atenção estava diminuída havia um nítido *deficit* da actividade.

\* \* \*

*Afectividade* — Em 41 dos homicidas estudados a afectividade estava perturbada (24,11 %).

As modificações incidem sob o aspecto fundamental (em pequeno número de casos) e sob a reacção afectiva — indiferença afectiva e inibição afectiva.

Podemos muitas vezes avaliar da afectividade do indivíduo pela sua atitude e conduta, pelas manifestações verbais e do humor, etc.

No entanto não são êstes os meios mais adequados para uma boa e racional avaliação da afectividade.

A expressão fisionómica é um sinal objectivo da affectividade.

«Não obstante as relações entre expressão fisionómica e humor, a dissociação das funções psíquicas pode conduzir ao fenómeno chamado paramímia, em que o rosto reflecte precisamente a situação affectiva fundamental contrária àquela que o individuo experimenta». (VALLEJO NOGUERA).

As provas psicológicas experimentais não permitem a avaliação rigorosa, ou mesmo aproximada, de um coeficiente de affectividade.

O critério subjectivo do observador baseado em elementos colhidos pela experiência tem aqui mais valor do que os testes. Não quer isto dizer que não nos socorramos de testes ao estudar a affectividade.

Entre outros bastante conhecidos, utilizamos o teste de WOODWORTH (instabilidade emotiva), o questionário de MARSTAN MIRA, o questionário da exploração da affectividade adaptado por CIMBAL e ZICHEN.

Nos crimes cometidos por êstes individuos patenteia-se muitas vezes esta deficiência da affectividade.

Podemos pôr em evidência êste facto com alguns exemplos colhidos no nosso arquivo.

1.º — A. P., de 26 anos de idade, casado, trabalhador rural, de Monte Margarido, concelho da Guarda:

Condenado em 8 anos de prisão maior celular, seguidos de 12 de degrêdo, pelo crime de homicídio voluntário;

História do crime: No dia 8 de Dezembro de 1930, pelas 8 horas, tendo-se dirigido com sua enteada Ana Rita, de 5 anos de idade, e com uma irmã desta, também menor, ambas filhas de M. L. R., casada em segundas núpcias com o argüido, para a Tapada da Capela, e porque a referida Ana Rita não tivesse arranjado a porção de lenha que lhe ordenara, agrediu-a violentamente com sôcos e pontapés, que lhe provocaram a morte.

Provou-se a intenção de matar.

Psicograma: — Inteligência, memória, raciocínio, sinceridade, affectividade e emotividade, muito diminuídos.



2.º — *M. do N. C. P.*, solteiro, de 20 anos de idade, natural da freguesia de São Vicente da Guarda:

Crime actual: — Tendo encontrado o assassinado, atraíu-o a um quintal com intenção de o roubar, onde o agrediu com uma pedra na cabeça até o prostrar.

Logo que a vítima caiu por terra lançou-se sobre ela e estrangulou-a; em seguida arrastou o cadáver para debaixo de uma árvore, para não ser visto, revistou-lhe os bolsos furtando-lhe todo o dinheiro que encontrou — 15\$00.

Crimes anteriores: — Já tinha sido condenado duas vezes por furto, em 11-4-1929, foi condenado em 30 dias de prisão correcional e em 11-4-1930, justamente um ano depois da primeira condenação, num ano de prisão correcional.

O psicograma mostra grande deficiência da afectividade, sinceridade, emotividade, tendência para o trabalho e inteligência. A resistência à avidez está também bastante diminuída.

3.º — *M. A. da C.*, solteiro, de 26 anos de idade, natural de Chavelhos — Almeida:

Crime actual: — Tinha sido encarregado pela vítima, de quem era amigo, de lhe cuidar de umas propriedades, quando ela se retirou para o Brasil. Amantisou-se durante a ausência do amigo, com a espôsa dêste.

Ao regressar a Portugal a vítima teve conhecimento do que se passara verberando ásperamente o procedimento da mulher e do amigo. A mulher pretendeu divorciar-se com o que êle não concordou, preferindo continuar a viver com ela. Tempo depois, os dois amantes continuaram a manter relações sexuais e acabaram por combinar o assassinato do marido ultrajado. Para isso, na noite do crime, a espôsa da vítima deu entrada na casa ao amante, que se escondeu debaixo da cama do casal, munido de uma pistola que dias antes comprara. Cêrca da meia noite, marido e mulher entraram em casa e deitaram-se. Quando o marido adormeceu a mulher saiu da cama, e o amante aproximando-se da vítima, disparou friamente um tiro, matando-o.

Psicograma: — Afectividade, sinceridade e sociabilidade, diminuídas.

4.º — *J. M. M. F.*, solteiro, de 19 anos de idade, natural da Vela, concelho da Guarda:

Crime actual: — Por instigação da mãe, vibrou uma sacholada na cabeça do pai, no momento em que este dormia no campo, próximo de sua casa, debaixo de uma figueira.

A vítima embriagava-se freqüentemente e tratava mal a mulher.

Na noite do crime, acompanhou o pai a um batatal, próximo de sua casa, para o auxiliar a regar as batatas. Ao chegar ao batatal, o pai deitou-se debaixo de uma figueira, tendo adormecido, enquanto o filho foi abrir uma prêsa. Nessa ocasião appareceu a mãe, que instigou o filho a dar uma sacholada no pai, para o matar. Depois do crime os dois abriram uma cova onde enterraram a vítima.

Psicograma: — Afectividade e vontade diminuídas.

5.º — *A. A.*, casado, de 38 anos de idade, natural de Fonte Santa — Alcobaça:

Crime actual: — Esperou o pai num sítio êrmo denominado «Pôço das Relvas», e desfechou-lhe, cobarde e traiçoeiramente, três tiros de espingarda caçadeira, os quais lhe ocasionaram ferimentos que determinaram a morte.

O crime foi premeditado e o criminoso procedeu com as seguintes agravantes: espera, emboscada e surpresa.

Justifica o crime dizendo que o pai o pretendia deserdar para o que vendia os bens afim de dar o dinheiro aos filhos legítimos.

Em seguida à prática do crime, dirigiu-se para casa, ceou, depois do que foi para a cama e dormiu tranquilamente.

No dia imediato ao do crime foi prêso um seu cunhado, que deixou estar prêso durante três dias sem nada dizer, só confessando o crime quando mais tarde foi prêso por suspeitas.

Actualmente mostra-se arrependido do crime apenas porque tem sofrido muito na prisão.

Psicograma: — Afectividade, sinceridade, raciocínio, memória, atenção, inteligência e emotividade, bastante diminuídos. Resistência à avidez, diminuída.

6.º — *M. R. C.*, solteiro, de 44 anos de idade, natural da freguesia do Socorro:

*Criminoso por tendência.*

História Criminal: — Relata que foi prêso 19 vezes, a maior parte delas por furto. Foi condenado uma vez pelo crime de homicídio voluntário, tendo cumprido apenas 4 anos dos 9 de degrêdo em que tinha sido condenado, por haver participado na campanha de Cuamato, em 1907.

Àcerca do crime porque está cumprindo pena, diz que, no dia do crime, cêrca das 16,30 horas, safu de casa acompanhado por a mulher e filhos e por um amigo, dirigindo-se todos para o Entrepôsto Central da Alfândega de Lisboa, afim de pescarem camarão, mas devido à corrente da água ser forte não pode lançar a rêde e às 18 horas retirou-se para casa com a mulher, filhos e amigo, já referidos.

Por volta das 20,30 voltou novamente ao Entrepôsto da Alfândega para ver se já podia pescar e como a corrente fôsse menos forte, deitou a rêde e começou o arrasto, dirigindo-se-lhe o polícia de giro dizendo-lhe que não podia ali pescar. Ficou irritado e aproveitando a oportunidade de o polícia estar distraído a olhar para a rêde, certamente a ver se ela trazia algum peixe, colocou-se um pouco por detrás dêle e deu-lhe um encontrão que o fêz cair ao Tejo, submergindo-se o polícia na água, não mais o tornando a ver.

Depois de ter empurrado o polícia para a água, escondeu as rêdes detrás de um caixote e retirou-se do local.

Não conhecia o polícia que lançou à água, era a primeira vez que o via. O polícia tinha-o admoestado correctamente e até da primeira vez que esteve junto da Alfândega, o guarda tinha acariciado o seu filho mais novo.

Crimes anteriores: — 18 prisões e 6 condenações.

Em 5-1-1904, foi condenado em 60 dias de prisão correccional por furto; em 16-7-1904, foi condenado em 37 dias de prisão correccional, por ofensas corporais; em 4-11-1905, foi condenado em 90 dias de prisão correccional por furto; em 8-8-1905, foi condenado pelo crime de homicídio voluntário; em 15-7-1909, foi condenado em 45 dias de prisão correccional; em 11-4-1911, foi condenado em 180 dias de prisão correccional, por furto.

Psicograma: — Inteligência, raciocínio, sinceridade, affectividade, sensibilidade, emotividade, diminuídos.

Podíamos apresentar um número muito maior de exemplos em abôno da nossa afirmação, o que achamos desnecessário.

*Memória* — Encontrámos perturbações da memória em 15,29 0/0 dos delinquentes estudados.

Em todos êstes casos a memória se encontrava diminuída, nalguns em grau bastante elevado.

Nalguns dos indivíduos estudados que se afirmavam desmemoriados, muita vez por comodismo, pois julgavam bastante a sua afirmação para se furtarem ao exame, tivemos oportunidade de verificar que tal perda de memória não existia; umas vezes a atenção era deficiente e daí a incapacidade de reter; outras havia deficiência de estímulo para a evocação das recordações.

Ao invés encontrámos em alguns que se consideravam possuidores de boa memória, diminuição, mais ou menos acentuada, desta faculdade.

Muitas vezes no decurso do interrogatório, ainda mesmo antes de utilizarmos testes adequados, colhemos elementos que nos permitiam avaliar do grau de memória de fixação, conservação, reprodução e reconhecimento.

(*Continua*).

**AUROTHERAPIA  
DA  
TUBERCULOSE**

DOETTE  
E&AU

por via intravenosa

**CRISALBINE**

**TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO**

(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15

0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular  
ou sub-cutanea

**MYOCHRYSINE**

**AUROTOMALATO DE SODIO**

(titulando 50% de ouro metal)

**SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS**

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05

0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**

**SPECIA**

**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE**

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol  
**ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA**

**Extraordinariamente poderoso**

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar.

(Injecções em série)

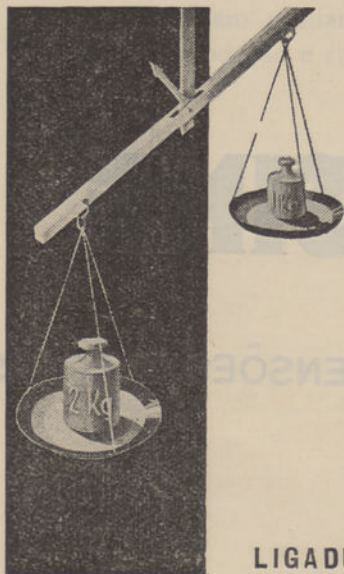
**MUITO EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**  
92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI°)

Depositarlos  
exclusivos

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA



## LIGADURAS GESSADAS "CELLONA"

— Sòmente metade do pêso de tôdas as ligaduras gessadas comuns.

— Grande durabilidade.

— Fácil divisibilidade para pequenas ligaduras e emendas.

— Pronta para usar depois de 4 segundos de imersão em água fria.

— Transparentes ao Raio X.

Tais são as principais vantagens oferecidas pelas

LIGADURAS  
GESSADAS

**"CELLONA"**

à venda em  
todo o País.

Representantes para Portugal e Colónias :

**J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, L.<sup>DA</sup>**

Rua Actor Taborda, 5 — LISBOA N.

## NOTAS CLÍNICAS

### Principais grupos de sulfamidas e alguns erros motivados à sua má aplicação

POR

JUSTINO GIRÃO

Os progressos no campo da sulfamidoterapia, desde o aparecimento do composto «Prontosil» em que Domagk, pai das sulfamidas, introduziu um radical sulfamidico ao composto «Diamino-azo-benzol» corante diazóico descoberto em 1875 e utilizado no curtume de peles e coloração de tecidos de algodão, até ao aparecimento dos compostos «*sulfotiodiazóis*», devem-se principalmente a 3 causas:—

- a) Síntese de novas sulfamidas mais eficazes e menos tóxicas.
- b) Descoberta do mecanismo de acção das sulfamidas e do seu etiotropismo.
- c) O emprêgo de outros adjuvantes com o fim de diminuir a sua toxicidade e aumentar a sua acção quimioterápica.

Algumas considerações sôbre os principais sulfamidas.

#### 1.º — *Sulfonamida simples*: — Prontalbina.

É o núcleo activo do prontossil, a mais simples das sulfamidas.

A sua principal acção exerce-se sôbre o estreptococcus, sendo portanto o medicamento de eleição na erisipela, anginas estreptococicas e sepsis da mesma etiologia.

Nas infecções urinárias em que está presente o colibacilo tambem é muito útil. Durante esta guerra, tem sido empregue na pulverização das feridas, mas provavelmente sem grande eficácia, segundo as experiências de *Kirschner*, que demonstra que a aplicação local de sulfamidas não diminui a percentagem das feridas asépticas, em virtude da sua fraca absorção e portanto fraca concentração no sangue.

#### 2.º — *Sulfopiridina*: —

Emprega-se contra o pneumococcus, meningococcus e gonococcus, mas com vantagem para o sulfatiazol.

3.º — *Sulfotiazóis* : —

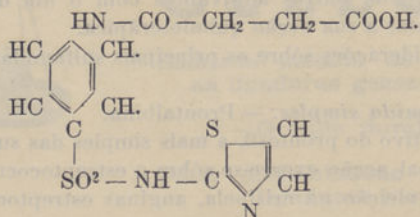
É actualmente das melhores sulfamidas, com vantagens sôbre as do grupo 2.º É necessário uma menor concentração no sangue (4 a 5 miligramas) por 100 c.c. e actua sôbre gérmenes muito resistentes como o estafilococcus, fazendo desaparecer o receio dos otorrinolaringologistas nas sepsis estafilococicas, que tem a maior parte das vezes a porta de entrada nesta especialidade, como o furúnculo do lábio superior, com a sua terminal propagação ao seio cavernoso etc.

Assim *Moore, Garduer* e colaboradores publicaram um caso de tromboflebite do seio cavernoso com abcesso metastático do pulmão, embolias arteriais etc., curado com doses elevadas de sulfatiazol (25 a 30 miligramas por 100 c.c. de sangue). Nas osteomielites, quando empregado nos primeiros dias dá resultados, o mesmo sucedendo no campo da urologia com as gonorreias, pielites etc.

4.º — *Sulfoguanidina* : —

É a sulfamida de eleição para o intestino. A razão porque as outras sulfamidas não exercem a sua acção neste departamento do organismo é motivado à sua rápida absorção. Daqui o uso da sulfoguanidina idealizada por *Marshall* e colaboradores, afirmando a sua acção na disenteria bacilar aguda e outras infecções intestinais. Segundo os trabalhos de *Levi* e *Millen*, têm pretendido afirmar a sua acção no tífico e paratífico, não existindo ainda qualquer trabalho a confirmar os resultados, o mesmo sucedendo com a colite ulcerosa.

Em virtude deste produto ainda não estar bem estudado e ser bastante tóxico, appareceu actualmente outro, para suprir a sua toxicidade, que é chamada o succinilmetiazol cuja formula é : —



*Poth, Lee* e *Innui*, afirmam que este produto se hidroliza com lentidão no tractus intestinal, libertando o sulfatiazol que alcança a concentração no sangue de 50 a 200 miligramas por 100 c.c., podendo-se absorver quantidades consideráveis, sem que se observem fenómenos tóxicos. Este medicamento dá bons resultados no colibacilo e disentérico, não actuando sôbre os bacilos tífico, paratíficos, estreptococcus faecalis, proteus, etc.

Um trabalho recente de *Poth* e *Knotts*, exaltam a acção deste medicamento na cirurgia do intestino grosso, permitindo a sua administração profilática, encontrar no acto cirúrgico um intestino não distendido por gazes



e evitando a peritonite post-operatória. Êstes autores no seu trabalho referem o seguinte; seccionam  $\frac{3}{4}$  partes da circunferência do colon descendente e sem suturar, fecham o abdómen, sem que se produza peritonite fatal.

É certo, que devemos ter cuidado com estas afirmações.

#### 5.º — *Sulfodiazina*: —

É o derivado peridínico da sulfanilamida. As suas principais vantagens são: —

a) Actuar sôbre um maior número de gérmenes que os anteriores, alguns dêles como os anearóbios.

b) Ter pouca toxicidade.

c) Em virtude da lentidão da sua eliminação pode manter-se com grande facilidade numa concentração elevada no sangue com pequenas doses.

Segundo os trabalhos de *Bullow* e seus colaboradores, esta sulfamida absorve-se mais rápidamente com igual dose, que o sulfatiazol e sulfopiridina ao nível do intestino, alcançando concentrações mais elevadas que no sangue, encontrando-se com facilidade na pleura, perítoneu e líquido céfalo-raquídeo, onde atinge a percentagem de 75 % que no sangue. Êstes autores aconselham dar de entrada 3,4 e até 5 gramas de principio, para em seguida darem 1 grama de 6 em 6 horas. Assim se obteriam níveis no sangue iguais aos dos restantes sulfamidas. Segundo *Lehr* e *Antopol* a sulfodiazina é um tóxico tubular, sendo preciso cautela na sua administração. Os trabalhos de *Hellwig*, *Keed* e *Kan*, de 2.000 doentes tratados com sulfodiazina, só 2 apresentaram anemia. Acusam-na também de provocar febre medicamentosa.

#### 6.º — *Sulfacetamida*: —

Partindo do principio que as sulfamidas se tornaram menos tóxicas ao acetilarem-se no fígado, tem-se conseguido preparados acetilados muito bem tolerados.

Esta acetilação tem que se fazer no grupo sulfónico, deixando livre o amínico em posição para, requisito fundamental da acção quimioterápica.

Esta sulfamida tem a vantagem da sua maior solubilidade e permitir soluções mais concentradas que as outras por via parenteral. Pela sua grande tolerância podem-se dar doses elevadas.

#### 7.º — *Difenilsulfonas*: — *Tibatina*.

Foram *Butle* e *Forneau*, os primeiros a chamarem a atenção sôbre as difenilsulfonas. A mais vulgar é a *tibatina*, em que *Domagk* afirma os seus esplêndidos resultados nas infecções estreptocócicas mais graves.

#### 8.º — *Marfanil*: —

É também *Domagk* que defende o emprêgo de *marfanil*, associado a sulfonamida simples, na associação «*Prontalbina-Marfanil*», como de bons resultados nas infecções por anaeróbios. *Domagk* aconselha também nas infecções por anaeróbios, a associação *marfanil* e sôro polivalente anti-gan-grenoso. Estas experiências têm sido feitas em animais.

9.º — *Diseptais*: — Uliron.

Esta sulfamida que se usa muito nas gonorreias, dá com frequência nevrites muito desagradáveis, pelo que se tem pretendido substituir por outros preparados como o *Neo-uliron* e o *Uliron C*, mas que ainda estão no campo das experiências.

10.º — *Sulfotiodiazóis*: —

Tanto a sulfanilamido-metil-tiodiazol (lucosil) como a sulfamido-etil-tiodiazol (globucid), constituem sobre as restantes sulfamidas um grande avanço, à excepção da sulfodiazina. Assim segundo Thune Anderson, Schmith, o lucosil é 4 vezes mais activo contra o pneumococcus I do que a sulfopiridina. Actua também sobre o estreptococcus hemolítico, o coli, o estafilococcus, gonococcus com igual intensidade e é menos tóxico, permitindo portanto uma administração mais longa. Reabsorve-se com facilidade ao nível do tractus digestivo e elimina-se com facilidade pela urina, atingindo no sangue uma concentração menor 1,5 a 3,5 miligramas por % mas dando os mesmos resultados que as concentrações de 3 a 6 miligramas de sulfopiridina ou sulfatiazol. Assim Schreus, emprega o globucid nas feridas infectadas e gangrenas gazosas. É também *Vonkemel* que advoga o seu emprêgo, dizendo que a solubilidade das acetilsulfamidas, isto é dos derivados acetilicos é a causa de complicações renais, porque se eliminam na forma cristalina pela urina, dando hematúrias, albuminúrias, dores, oliguria, anemia, etc. Os sulfotiodiazóis são as únicas sulfamidas do momento, capazes de disputar a primasia as sulfodiazinas, aproximando-se muito destas na sua tolerância e acção bacteriostática e tendo a vantagem de menor tendência à produção de complicações renais.

## Sulfamidas principais (resumo)

Nome	Fórmula	Dose	Características	Indicações
1.º <i>Sulfonamida</i> Prontalbina: — Paramida: — Amido - Sulfol Pentol	$H_2 N \langle \rangle SO_2 NH_2$	3 a 5 grs. por via oral por dia, durante 3-4 dias. Administração mais prolongada controle hematológico. Aplicação local de pomada a 5 % ou pó a 10 a 20 %.	Componente activo do prontosil $H_2 N \langle \begin{array}{c} N H_2 \\ \rangle N = \\ \rangle SO_2 NH_2 \end{array} \rangle$ de igual eficácia que esta	Infeções estreptocóccicas. Erisipela.
2.º <i>Sulfopiridina</i> Dagenan, Eubasina, Píridazol.	$H_2 N \langle \rangle SO_2 - NH \langle \rangle N$	Começar por 2 g. cada 4 h. 1 g. Ao 3.º dia, cada 6 horas 1 g.	Superior ao uliron e albucid na gonoreia. Produz com frequência cefaleias, náuseas, vômitos. Não eficaz contra estafilococcus e anaeróbios. Especifico em pneumonias e meningites.	Pneumonia. Meningites por meningococcus, pneumococcus e estreptococcus. Gonocóccica. Infeções das vias urinárias.

Nome	Fórmula	Dose	Características	Indicações
3.º Sulfotiazol Eleadrón, Gibazol. 3ª Sulfometil- tiazol, Ultrase- ptil.	$\text{H}_2\text{N} \langle \rangle \text{SO}_2\text{NH} - \begin{array}{c} \text{N} - \text{CH} \\ \parallel \quad \parallel \\ \text{C} \quad \text{C} \\ \diagdown \quad / \\ \text{S} \end{array}$	Pneumonia-igual que a sulfopiridina. Sepsis estafilocócica administrada continuamente durante períodos de 4 a 5 dias. O 1.º dia 6 grs., 2.º dia e 3.º, 4 grs., o 4.º dia 3 grs. Total: 17 grs. Descançar 2 a 3 dias e começar	Melhor tolerado que a sulfopiridina. Produz mais sintomas subjectivos. Especifica nas infecções estafilocócicas. Muito útil nas infecções urinárias.	Infecções estafilocócicas. Pneumonia, meningite, gonorreia. Sepsis estafilocócicas.
4.º Sulfoguanidina	$\text{H}_2\text{N} \langle \rangle \text{SO}_2\text{NH} - \text{C} \begin{array}{l} \parallel \text{NH}_2 \\ \diagdown \text{NH} \end{array}$	Igual que a Sulfopiridina.	Está na fase experimental. Útil na disenteria bacilar. Superada pela Sulfacil-sulfotiazol.	Processos infecciosos intestinais. Colites ulcerosas? Disenteria bacilar.
5.º Sulfodiazina Sulfopirimidina Pisimal	$\text{H}_2\text{N} \langle \rangle \text{SO}_2 - \text{NH} - \begin{array}{c} \text{N} - \text{CH} \\   \quad   \\ \text{C} \quad \text{C} \\   \quad   \\ \text{N} - \text{C} \end{array}$	2-3-4 grs. como dose inicial e 1 gr cada 6 h. como dose de manutenção, permite níveis no sangue, quasi iguais quando se administra 1 gr. cada 4 horas.	Mais eficaz contra o coli. Menos útil contra o pneumococcus que a sulfopiridina. É com toxicidade, bem tolerada.	Infecções do pneumococcus, estreptococcus hemotítico, estafilococcus, Friedlander, B. coli.
6.º Sulfacetamida Albucid	$\text{H}_2\text{N} \langle \rangle \text{SO} - \text{NH}_2 - \text{OC} - \text{CH}_3$	1 g. cada 4 horas durante períodos de 4 dias.	Muito pouco tóxico. Indicado nos casos de intolerância dos outros sulfamidas. Infecções urinárias e aplicações locais.	Gonocócia. Infecções vias urinárias. Meningite epidémica. Em sol. a 20%, e em pomada com oftalmologia.
7.º Tibatina	$\text{O}_2\text{H}_{11}\text{C}_6\text{NH} \langle \rangle \text{SO}_2 \langle \rangle \text{NH} - \text{CH}_2\text{H}_{11}\text{O}_6$ (Galactose)	5 a 10 grs. por via endovenosa ou intramuscular, distribuidas em 3 doses cada 8 h.	Segundo Domagk superior a sulfopiridina nas infecções estreptocócicas.	Escarlatina, infecção puerperal e outras infecções estreptocócicas. Meningite otogénea.
8.º Marfanil Mesudin	$\text{N}_2\text{NO}_2\text{S} \langle \rangle \text{CH}_2\text{NH}_2\text{CH}$	Em pó, 5 a 20 gr. na ferida.	Recomendada por I omagk na aplicação local de feridos infectados. Util nas infecções anaerobias em combinação com o soro polyvalente.	Infecções anaerobias? Feridas infectadas.
9.º Diseptals Uliron	$\text{H}_2\text{N} \langle \rangle \text{SO}_2\text{NH} \langle \rangle \text{SO}_2\text{N} \begin{array}{l} \langle \text{CH}_3 \\ \langle \text{CH}_3 \end{array}$ Neo-Uliron... $\begin{array}{l} \langle \text{CH}_3 \\ \langle \text{H} \end{array}$ Uliron C... $\text{SO}_2\text{NH}_2$	Choques de 2 a 2,5 grs. diários, durante 4 dias. Intervalos de 6 dias entre os mesmos.	Equivalente na gonocócia e outros derivados menos tóxicos. Inferior ao sulfotiazol. Segundo Domagk, o Uliron C é algo eficaz, contra o estafilococcus.	Gonorreia. Infecções das vias urinárias.

Nome	Fórmula	Dose	Características	Indicações
10.º Sulfotio- diazóis Globúcid Lucosil	<p>Lucosil</p> $\text{H}_2\text{N} \begin{array}{c} \diagup \quad \diagdown \\ \text{SO} - \text{NH} - \end{array} \begin{array}{c} \text{N} - \text{N} \\ \parallel \quad \parallel \\ \text{S} \end{array} \text{CH}_3$ <p>Globúcid</p> $\dots \text{NH} \begin{array}{c} \text{N} - \text{N} \\ \parallel \quad \parallel \\ \text{S} \end{array} - \text{CH}_2 - \text{CH}_3$	1.ª dose — 4 comprimidos — 2 g. Cada 4 horas 2 comprimidos. 1 gr. até a defervescência.	Menos tóxico que o sulfatozol e sulfopiridina. Melhor que ambos na pneumonia. Activo em menor concentração no sangue por estar 80 acetilado a 5-10% (sulfopiridina; 20 a 40% — sulfatozol; 10 a 20%) Podem empregar-se em sol, concentrada a 20% por via endovenosa.	Infeções estreptocóccicas, estafilocóccicas e pneumónicas. Tratamento local das feridas. Infeções cutâneas (úlceras, tricofítia). Infeções anaeróbias? Infeções pelo gonococcus, colibacilo, etc.

### Êrros por má aplicação

Podem-se resumir a cinco grupos: —

- 1.º Por indicações inadequadas.
- 2.º Por idéias falsas, quanto ao etiotropismo de cada derivado sulfamidico.
- 3.º Por doses insuficientes.
- 4.º Por má distribuição ou aplicação da dose.
- 5.º Por êrros diagnósticos.

\* \* \*

1.º Muitas vezes recorreremos às sulfamidas, sem prévio diagnóstico de certeza, visto reinar entre nós o conceito quási geral, que têm emprêgo em todos os casos febris. A êste propósito refere-se uma revista inglesa em termos de anedota, passada nos serviços hospitalares, onde se encontram os médicos antigos e os caloiros. Os médicos mais antigos aconselham aos caloiros nos dias de serviço o seguinte: — «se entra um doente com febre, dar sulfamidas e se ao fim de 3 dias se mantiver, tem que se averiguar qual o diagnóstico. Embora anedota, traduz a verdade na maior parte dos casos, podendo-se tirar daqui a seguinte conclusão: — é que não devemos medicar sulfamidas, enquanto não possuírmos um diagnóstico exacto.

Às vezes sucede incriminarem-se as sulfamidas como ineficazes, em virtude de um êrro de diagnóstico, exemplo: — Bronco-pneumonia confundida com edema pulmonar, uma septicemia com uma forma miliar da tuberculose.

Outro êrro por indicações inadequadas é o seu emprêgo tanto por via oral como parentérica nos casos de inflamações localizadas, principalmente quando exista pús, porque sabe-se que esta, diminui a acção bacteriostática das sulfamidas, daqui o insucesso nos empiemas post-pneumonicos, furunculoses etc. Nestes casos, em que exista exsudato purulento, só as devemos

empregar nas metrites blenorragicas e pielites para prevenir qualquer bacteremia. Fora isso empregar as restantes terapêuticas (cirurgicas, roentgenterapia, proteinoterapia etc.).

2.º Antes de prescrever uma sulfamida é necessário conhecer o seu etiotropismo, para não cairmos em insucessos, como o de tratar uma pneumonia com a prontalbina, ou uma septicemia estafilocócica com a sulfopiridina.

Os progressos neste campo, têm por fim torná-los menos tóxicos e activos para um maior número de gérmes, (daqui o aumento do seu *etiotropismo*). Foi o que sucedeu com o sulfatiazol, com etiotropismo positivo para o estafilococcus, collocando-nos mais à vontade perante uma septicemia estafilocócica.

À medida que se vão conhecendo melhor as propriedades etiotrópicas de cada sulfamida, menores são os insucessos.

3.º Por doses insuficientes: — Sabemos que, para as sulfamidas actuar na sua acção bacteriostática é necessário atingir uma determinada concentração do produto no sangue e nos tecidos, caso contrário resultarão insucessos. Parece mesmo, embora não esteja demonstrado que doses insuficientes, criam da parte do gérmes, uma certa resistência «*sulfamido-resistência*».

Admite-se que certos accidentes que se observam nos primeiros dias de emprêgo destas, são devidos mais a um estado de idiosincrasia, que propriamente à dose, sendo preferível nos estados agudos graves, aplicar doses maciças em curto espaço de tempo, do que doses prolongadas.

Sabemos que o nível das sulfamidas no sangue é variável de pessoa para pessoa, principalmente quando a via de administração é a *oral* «a preferida», em virtude de um certo número de factores de dependentes do grau de absorção, no tubo digestivo, e eliminação no filtro renal.

Assim os trabalhos de *Mulder* e coladoradores, observaram grandes variações no nível de concentração sanguínea em individuos que ingeriam 6 grs. de sulfopiridina nas 24 horas. A concentração variava de 2,6 a 13, 8 miligramas.

Segundo *Grell*, consegue-se uma concentração de 6 a 8 miligramas com a ingestão de 5 a 6 grs. de sulfatiazol. Daqui o haver quem aconselhe determinações sucessivas da concentração no sangue, para controle do tratamento com as sulfamidas.

Sabemos ainda, que a absorção e eliminação destas varia de produto para produto. Assim o sulfatiazol absorve-se e elimina-se com mais rapidez do que a sulfopiridina, demorando ainda mais a eliminar-se a sulfodiazina.

4.º Erros por má aplicação ou distribuição das doses. Como acabámos de ver, devemos manter sempre uma concentração certa da sulfamida no sangue, pelo que não deve interromper-se a sua administração, nem durante o sono. Estas devem-se dar com um ritmo regular e durante um determinado periodo de tempo 3, 4 e 5 dias, intercalando em regra um descanso

equivalente. Este método na prática recebeu o nome de «choques» sulfamidicos. Em certos casos com produtos pouco tóxicos, estes períodos podem ser aumentados. Exemplo: — é raro que a sulfopiridina seja tolerada numa administração de mais de 2 a 3 dias, ao contrário do sulfatiazol.

Nos casos de administração prolongada das sulfamidas é conveniente recorrer constantemente ao «exame hemo-leucocitário», por causa dos acidentes sulfamidoterápicos (anemias, agranulocitoses etc.).

Com freqüência assiste-se à sua administração por via parenteral, julgando alguns médicos que uma injeção endavenosa é mais enérgica e concentrada, do que quando se ingere por via oral, esquecendo-se de que a concentração dos produtos solúveis sulfamidados é em geral 5 a 6 vezes menor do que a devida, à excepção das sulfacetamidas e sulfotiodiazóis. Daqui o dar-se doses insuficientes por via parenteral, com o maior número de preparados. Sômente em casos raros, como crianças com intolerância gástrica absoluta, doentes em estado comatoso etc., é que devemos usar a via parenteral, tendo o cuidado de dar a mesma dose, do que a que seria dada por via oral. Insistimos neste ponto, porque é freqüente ver medicar meningites ou qualquer outra septicémia, com 1 ou 2 ampólas de soluseptazine ou prontasil diária, o que corresponde a dar 1,20 grs. de soluseptazine (2 ampólas de 10 c.c.) e 0,50 grs. de prontasil.

5.º Erros de diagnóstico: — Muitas vezes como já dissemos empregam-se como meio de diagnóstico, resultando insucessos, outras vezes em casos em que a cirurgia está indicada e só ela os resolve, como sucede com as mastoidites, abcessos sub-frênicos, empiemas etc. O mesmo sucede, quando nos esqueçemos que muitas infecções localizadas não são mais do que a expressão duma afecção, que não se modifica com a sulfamidoterapia.

Exemplos: — cistites, colecistites, pielites etc., que tem como causa uma litíase ou um aperto neoplásico. Nestes casos quando muito melhoraremos a infecção, mas não renovemos a causa.

Acontece também como erro de diagnóstico, a febre medicamentosa que apresentam alguns doentes, quando tomam o sulfatiazol, sulfopiridina etc. durante longo tempo. Nestes casos para não nos lembrarmos de qualquer recaída, devemos pensar na febre medicamentosa e suspender as sulfamidas, a vêr se desaparece. Esta é freqüente nos casos em que se repete a aplicação de sulfamidas. Assim *Lyons* e *Balberor*, tem-na encontrado em 36% com o sulfatiazol quando administrado pela segunda vez, não aparecendo antes do nono dia, tendo como causa fenómenos alérgicos.



## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Reuniões científicas

**Faculdade de Medicina de Coimbra** — À reunião de 2 de Abril realizada nos Hospitais da Universidade, presidiu o sr. Prof. dr. Rocha Brito, secretariado pelos srs. Professores drs. Bruno da Costa e Mário Trincão.

O sr. Prof. dr. Vaz Serra apresentou a história clínica de um caso de tumor glômico, interessante pela sua raridade e dificuldades de diagnóstico, que o conferente teve oportunidade de estudar sob os pontos de vista clínico e histopatológico e, a propósito, fez uma revisão deste assunto.

O sr. Prof. dr. Luís Raposo começou por apresentar a história clínica pormenorizada de um curioso e feliz caso de rectite estenosante Nicolas-Favre, fazendo depois várias considerações sobre a etiologia das rectites estenosantes, fixando a atenção sobre a modalidade Nicolas-Favre por ser a mais interessante e a mais frequente.

O sr. Prof. dr. Luís Raposo tratou depois da sintomatologia, patogenia e tratamento, terminando por fazer a crítica dos métodos cirúrgicos que têm sido propostos para o efeito.

Na reunião de 13 do mesmo mês, a que presidiu o sr. Prof. dr. Lúcio de Almeida, secretariado pelos srs. Prof. dr. Tristão Ribeiro e dr. Manuel Pinto, o sr. Prof. dr. Mosinger falou dos tumores glômicos e da doença de Nicolas-Favre e, num trabalho de colaboração com o sr. dr. Manuel da Silva, dissertou sobre a classificação dos casos de reticulo-sarcomas do Instituto de Anatomia Patológica.

O sr. Prof. dr. Morais Zamith relatou um caso de tumor maligno da bexiga curado pelo método cirúrgico e pela radiumterapia.

O sr. dr. Luís Providência fez algumas considerações a-propósito de um caso de sinfise do pericárdio. Referiu-se aos aspectos clínicos desta afecção e documentou o interesse da electrocardiografia no diagnóstico das pericardites. Terminou analisando os métodos cirúrgicos usados no tratamento das sinfises do pericárdio, suas indicações e resultados.

**Faculdade de Medicina do Pôrto** — Na última reunião científica do corrente ano lectivo o sr. dr. A. Bartolo da Silva, apresentou quadros estatísticos da mortalidade por tuberculose das criancinhas e da duração que a doença teve nas falecidas como elementos para o prognóstico. O sr. dr. Albano Ramos falou sobre eventrações diafragmáticas, em trabalho baseado sobre observações do Serviço do sr. Prof. Roberto Carvalho. O sr. Prof. Hernani Monteiro analisou o

desenho da letra capitular do tratado anatómico de Vesálio que representa a san-gria, evocando as discussões da época sobre esse meio terapéutico.

Encerrando as reuniões, o sr. Prof. Almeida Garrett, como director da Faculdade, congratulou-se com o êxito que tiveram, demonstrativo do labor científico que ininterruptamente se desenvolve na Faculdade de Medicina.

**Sociedade de Ciências Médicas** — O sr. dr. Fernando Correia fez uma comunicação sobre a medicina termal portuguesa, na época da Restauração, trabalho que servirá de introdução a um livro inédito do notável cônego de S. João Evangelista, do século XVII, Jorge de S. Paulo, que será publicado pelo Instituto para a Alta Cultura.

Falou dos hospícios termas, precursores dos hospitais termas, referiu-se ao hospital das Caldas da Rainha, como o primeiro grande estabelecimento daquele género, e descreveu o que foi a clínica caldense, desde 1488 a 1656.

Terminou, comparando os conhecimentos ministrados em Coimbra e as práticas seguidas nas Caldas, com o que então se aprendia e praticava nos restantes países da Europa, nas mais famosas estâncias hidro-medicinais, e pondo em relevo o valor da clínica termal portuguesa, nas mais importantes das nossas estâncias de então.

O sr. dr. Mendes Alves falou, por último, sobre associações medicamentosas na sulfamidoterapia, focando os seus efeitos tóxicos e dizendo que, quando se conhecerem todas as acções organotropas das drogas, terá que se estudar a sua influência sobre a resposta do organismo á administração de outros fármacos.

## **Faculdades de Medicina**

**De Coimbra** — Foi reconduzido no exercício das funções de bibliotecário da Faculdade, o sr. Prof. dr. Feliciano Augusto da Cunha Guimarães.

— Foram aprovados os contratos para assistentes dos srs. drs. Joaquim Antunes de Azevedo, João Rocha Santos, Alberto Mesquita e D. Maria Luisa Simões Régo Paiva de Carvalho.

**De Lisboa** — Foram concedidos os títulos de professores agregados de Anatomia patológica e Patologia geral, aos srs. drs. Manuel Dâmaso Prates e Jorge Augusto da Silva Horta.

— Foi prorrogado por mais um ano o contrato do sr. dr. João Cândido da Silva Oliveira, para professor extraordinário.

— Também foram aprovados os contratos dos srs. drs. João Carlos Mira-beau Cruz e Manuel Pacheco Ribeiro Nobre, para 2.<sup>o</sup> assistentes, além do quadro.

**Do Pôrto** — Foi transferido do 1.<sup>o</sup> para o 8.<sup>o</sup> grupo, o professor extraordinário, sr. dr. Alvaro António Pinheiro Rodrigues, e aprovados os contratos dos srs. drs. Alvaro Carlos Reis Figueira e Carlos Augusto Strecht Ribeiro para o desempenho de assistentes além do quadro da Faculdade.



## Reitoria da Universidade de Coimbra

Revestiu de grande solenidade a posse efectuada no dia 3 de Abril, na Sala dos Actos Grandes da Universidade, do reitor, honroso cargo que recaiu no prestigioso professor da Faculdade de Medicina, sr. dr. Maximino Correia, que naquele acto teve o ensejo de vêr congregados à sua volta não só o corpo docente da Escola que tanto tem honrado, como a Academia e a própria cidade.

A posse foi-lhe conferida pelo sr. Prof. dr. Feliciano da Cunha Guimarães que, como membro mais velho do Senado Universitário, estava exercendo as funções de vice-reitor.

Num ambiente de grande solenidade e de franca simpatia pelo novo reitor, o sr. Prof. dr. Maximino Correia foi saudado pelo sr. Prof. dr. Feliciano Guimarães, em nome da Universidade e pelos directores das diversas Faculdades e da Escola de Farmácia e pelo presidente da Associação Académica.

A *Coimbra Médica* que no ilustre anatomista conta um dos mais valiosos colaboradores, endereça-lhe as suas felicitações.

## Várias notas

No Pôrto prosseguiu a comemoração do IV centenário da publicação do célebre tratado de anatomia de Vesálio, com duas conferências, uma sôbre «A circulação vicariante do coração», pelo sr. Prof. dr. Maximino Correia, e outra pelo sr. Prof. dr. J. A. Pires de Lima, que versou o têmea: «O leal conselheiro lido por um anatómico».

— Em Lisboa continuaram também as comemorações do centenário de Sousa Martins, sendo a extraordinária figura de médico e de tribuno cientista evocada na Sociedade de Ciências Médicas, pelo sr. dr. Julio Dantas.

No Hospital de S. José foi inaugurada uma exposição alusiva à vida do eminente professor.

— No Hospital dos Capuchos realizou-se uma sessão soléne comemorativa do 10.º aniversário do curso livre de cirurgia fundado pelo sr. dr. Luis Adão, na qual uzaram da palavra, além dèste médico, os srs. drs. Ricardo Capela Gomes, Nunes dos Santos, José Grilo e Martins Rosado, tendo a sr.ª dr.ª D. Ramira Adão, descerrado uma lápide comemorativa.

— Pelo sr. Prof. dr. Costa Sacadura foi oferecido à Faculdade de Medicina de Lisboa um retrato do grande mestre de obstetrícia, dr. Alfredo Costa.

— Tomou posse, no Ministério do Interior, a comissão instaladora do Instituto Maternal.

Constituem essa comissão nomeada em portaria publicada no «Diário do Governo» os srs. drs. José Alberto de Faria, director geral de saúde; Fernando Bissaya Barrêto Rosa, João Espregueira Mendes, Pedro da Cunha Mendonça e Menezes, António Simões Correia, Fernando de Macedo Chaves e Francisco Fernandes Homem. O primeiro servirá de presidente e o último dos vogais desempenhará as funções de secretário.

— O sr. dr. Diniz da Fonseca, sub-secretário de Assistência Social, inaugurou no Hospital Júlio de Matos uma exposição de trabalhos executados pelos doentes ali internados.

— No Hospital do Régo foi homenageado o director daquele serviço, sr. dr. Artur Fernandes Rocha, que atingiu o limite de idade.

### Falecimentos

Faleceram, em Coimbra, o sr. João Lopes Coelho de Abreu, sôgro do sr. dr. M. Costa Amaral, director do Sanatório de Lourêdo da Serra; na Figueira da Foz, onde exercia a clínica, o sr. dr. Manuel de Seica e Castro, de 68 anos, natural de Cantanhede; em Nelas, a sr.<sup>a</sup> D. Candida de Brito, avô do sr. dr. Manuel Brito Cruz, médico na Atouguia da Baleia; em Lisboa, o sr. dr. António de Melo e Lacerda de Brederode, o sr. dr. João de Pinho e Cruz, tenente-coronel médico reformado, e o sr. dr. António Aurélio, que foi médico na Policia de Segurança Pública; em Vila Real de Santo António, a sr.<sup>a</sup> D. Matilde Augusta de Almeida e Silva, esposa do sr. dr. António da Silva, médico naquela localidade; na Serrinha, Lixa, a sr.<sup>a</sup> D. Alzira de Queiroz Costa, irmã do sr. dr. José de Queiroz Costa; e no Pôrto, o engenheiro sr. Arnaldo Casimiro Barbosa, pai do sr. dr. Arnaldo Casimiro de Miranda Barbosa, professor da Faculdade de Letras de Coimbra e irmão do sr. dr. João Casimiro Barbosa, médico naquela cidade.



Livros médicos à venda na

# Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

## ÚLTIMAS NOVIDADES:

BARRIOS — <i>Kala-Azar Infantil</i> . 1 vol. 110 págs. (E.M.) . . . . .	70\$00
BERTRAM — <i>Diabetes. Guia para médicos e estudantes</i> . 2. <sup>a</sup> edição completamente remodelada, com 17 figuras e 9 tabelas . . . . .	40\$00
CAMPO — <i>Accidentes Graves en Patologia Digestiva</i> . 1 vol. 144 págs. (E.M.) . . . . .	70\$00
CASADEVANTE — <i>Los Inyectables en Farmacia. Normas practicas para su elaboracion</i> . 1 vol. 132 págs. (E.M.) . . . . .	70\$00
ELEIZEGUI — <i>Tratamientos Hidrominerales en Pediatria</i> . 1 vol. 120 págs. (EM) . . . . .	70\$00
GUASCH — <i>Paludismo, Kala-Azar, Fiebre Recurrente</i> . 1 volume 475 páginas (S) . . . . .	144\$00
JUARROS — <i>Determinación de la Edad Mental. Los métodos de Binet, Rossolino y Pintner</i> . 1 vol. 175 págs., 109 figs. (E.M.) . . . . .	80\$00
KAISER — <i>Manuel de Otorrino-laringologia</i> . 1 vol. 223 págs, com 74 figuras (E.M.) . . . . .	135\$00
MARION — <i>Technique des opérations plastiques sur la vessie et sur l'urètre</i> . 1 vol. 212 págs. 154 figs. (M) . . . . .	70\$00
MARTINEZ BRUNA — <i>La Microbiologia al servicio del medico practico</i> . 1 vol. 172 págs., 46 figs. (E.M.) . . . . .	70\$00
PLANELL — <i>Carrera de Matrona, pelo Prof. Auxiliar de Obstetricia e Prof. da Escola de Enfermeiras na Faculdade de Medicina de Barcelona</i> . 1 vol. encad., 270 págs, 4. <sup>a</sup> edição . . . . .	105\$00
TOMÉ BONA — <i>Dermatologia del Trabajo</i> . 1 vol. 215 págs. (E.M.) . . . . .	80\$00
VALLEJO — <i>Alimentación y Sindromas Carenciales</i> . 1 vol. 142 págs. (E.M.) . . . . .	70\$00
ZENKER — <i>Traitement de la névralgie du Trijumeau. Technique et résultats de l'électro-coagulation du ganglion de Gasser d'après la méthode de Kirschner</i> . 1 vol. 108 págs., 45 figs. (M) . . . . .	50\$00

# Livros médicos à venda na

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

### COIMBRA

#### ÚLTIMAS NOVIDADES:

BERGMANN — <i>Tratado de Medicina Interna</i> Tomo 1, Primeira e Segunda partés. <i>Enfermidades Infecciosas</i> . 2 vol., 1.341 págs., 395 figs. en negro y color. . . . .	410\$00
BOFILL e diversos — <i>Innovaciones en diagnóstico y terapéutica</i> . 1 vol., 375 págs., ilustrado (M. S.) . . . . .	99\$00
CARALPS — <i>Los Quistos Hidatídicos del pulmón y de la pleura</i> . 1 vol., 65 págs., 20 figs. (M. S.) . . . . .	51\$00
CARCELLER — <i>Medicina y Moral. Los problemas de la sexualidad</i> . 1 vol., 95 págs., (AA. M.) . . . . .	30\$00
CATELLO DE LUCAS — <i>Folklore Médico-Religioso. Haciografías Paramédicas</i> . 1 vol., 159 págs. . . . .	75\$00
DIOGO FURTADO — <i>Vitaminas e Neuroavitaminoses. Relações biológicas. Quadros clínicos. Resultados terapêuticos</i> . 1 vol. 162 págs. (P) . . . . .	30\$00
ESTELLA — <i>Manual de Anestesia Quirúrgica</i> . 1 vol., 320 págs., 159 fig. . . . .	200\$00
GOMES DE ARAUJO — <i>Os Reumatismos nos seus aspectos clínico, social e médico-legal</i> . 1 vol., 281 págs. com 14 figs. Prefácio do Prof. A. DA ROCHA BRITO . . . . .	35\$00
HERTEL — <i>Láminas pseudo-isocromáticas de Stilling para el examen del sentido cromático</i> . 1 vol. encad. (L) . . . . .	115\$00
JIMENEZ DIAZ — <i>Lecciones de Patología Médica</i> . 4 volumes esplendidamente encadernados com 3.895 páginas e 999 gravuras . . . . .	1.395\$00
Facilitamos o pagamento na aquisição desta esplêndida obra que nunca é demais recomendar aos Ex. <sup>mos</sup> Clínicos.	
LARREGLA — <i>La Inmunoterapias Autógenas</i> . 1 vol., 102 págs., ilustrado. (M. S.) . . . . .	51\$00
LLUSIÁ — <i>Endocrinología de la Mujer</i> . Prólogo del Profesor GREGÓRIO MARAÑÓN. 1 vol., 340 págs., 71 figs. . . . .	140\$00
MARTIUS — <i>Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatómicos topográficos</i> . 1 vol. 402 págs., 387 figs., encadernado (L) . . . . .	210\$00
MONTEIRO PEREIRA — <i>As Vitaminas (Novas esperanças da medicina)</i> . 1 vol., 181 págs., 8 figs. . . . .	10\$00
POLICARD et GALY — <i>La Plèvre. Mécanismes normaux et Pathologiques</i> . 1 vol., 128 págs., 20 figs. . . . .	54\$00
PORT-EULER — <i>Tratado de Odontología</i> . 1 vol., 858 págs., 846 figs. encadernado (L) . . . . .	283\$00
PROF. ROCHA BRITO — <i>Coração e Foot-Ball</i> . 1 vol., 54 págs. . . . .	5\$00
SCHNEIDER — <i>Las Personalidades Psicopáticas</i> . 1 vol., 151 págs. (E. M.) . . . . .	75\$00
SIMON & REDEKER — <i>Manual Práctico de Tuberculosis Infantil</i> . 1 vol., 785 págs., 412 figs. Segunda edición (E. M.) . . . . .	420\$00
TODD Y SANFORD — <i>Diagnóstico clínico por el Laboratorio</i> , 1 vol., 837 págs., 323 figs. . . . .	225\$00
WILSON — <i>História da Medicina</i> . 1 vol., 135 págs., 16 fig. . . . .	10\$00