

**Comprem,
Assignem
e
Annunciem em
a**

“REVISTA DE MEDICINA”

— o grande mensario paulista de ciencias medicas, editado pelos Estudantes de Medicina.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA

DO

Prof. RUBIÃO MEIRA

REVISTA DE MEDICINA



DIRECÇÃO SCIENTIFICA DO
Prof. RUBIÃO MEIRA
REDACTOR-CHEFE
ANTONIO B. DE OLIVEIRA
REDACTOR-SECRETARIO
PAULINO W. LONGO

ORGAN DO CENTRO ACADEMICO
"OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE S. PAULO

SUMMARIO

A direcção da Revista	A Redacção
Drenar ou não nas laparotomias genitales ?	Prof. N. de Moraes
Placenta prévia. Notas de aula do Dr. R. Briquet	Acads. J. de Moraes Leme e Al- fredo Gomes Julio
Notas de Clinica Therapeutica	Prof. Celestino Bourroul
A Psychoanalyse dos sonhos	Acad. Armando Arruda Sam- paio
Novo methodo de tratamento da Leishmaniose das mucosas	Acads. Nestor Figueiredo e Ser- gio Veiga de Carvalho
Dois casos do Mal de Recklin- ghausen	Acad. Flavio A. Maurano
Noticiario	

EXPEDIENTE

REVISTA DE MEDICINA

Publicação periodica de sciencias medicas e vida academica,
feita sob a direcção scientifica do **Prof. Rubião Meira**

Redactor-chefe: Ac. ANTONIO BERNARDES DE OLIVEIRA

Redactor-secretario: Ac. PAULINO W LONGO

Redacção e Administração : Rua Brigadeiro Tobias n. 45

ASSIGNATURAS :

Brasil, 6 numeros	10\$000
Entrangeiro .	. 18\$000
Numero avulso .	2\$500

Toda a correspondencia deve ser dirigida ao Redactor-chefe

SOROS HORMONICOS DO DR. ACHE'



(SEXOS SEPARADOS)

APPROVADO PELO DEPARTAMENTO
NACIONAL DA SAUDE PUBLICA

**SOBRE ESTE ASSUMPTO RECEBEMOS MAIS A SE-
GUINTE CARTA DO DR. PLINIO MORAES, AS-
SISTENTE DE CLINICA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE BELLO HORIZONTE:**

Bello Horizonte, 7 de Novembro de 1924.

Illmos. Srs. Aché, Travassos & Cia.

Ribeirão Preto.

Dou presente a sua estimada carta de 4 de Novembro, a respeito do emprego simultaneo do soro hormonal e do natrol e neosalvarsan, afim de impedir ou attenuar as reacções que se seguem á applicação endovenosa destes dois ultimos.

Respondendo ás suas perguntas, tenho a dizer-lhe:

Primeiro: o soro hormonal e empregado, por VIA HYPODERMICA, na mesma hora em que se faz a applicação ENDOVENOSA do natrol ou de neosalvarsan;

Segundo: nas pessoas sensiveis ou nas que nunca fizeram injeções anti-syphiliticas, costumo applicar uma injeção de soro hormonal NA VESPERA das injeções de natrol ou de 914.

Cheguei a conclusão interessante, sob o ponto de vista pratico, de que os pacientes toleram injeções de 4 vezes a dose habitual de natrol ou de 914 (endovenoso) sem accusarem o menor mal estar. Tenho applicado largamente esse methodo e só tenho tido motivos de satisfação.

Si V.V. S.S. tiverem algumas observações, rogo-lhe que m'as comuniquem, afim de podermos, aos poucos, ver quaes as falhas que o processo apresenta, afim de corrigil-as.

Sempre ao seu inteiro dispôr e agradecendo mais uma vez os termos de sua carta,

Sou de V V S. S.

Atto. Collega Obrdo.

(a) **DR. PLINIO MORAES**

A VENDA NAS DROGARIAS E PHARMACIAS DE
PRIMEIRA ORDEM E NO ESCRITORIO
DOS FABRICANTES:

ACHE', TRAVASSOS & CIA.

Rua Barão de Itapetininga n. 65 — (3.º andar)

TELEPHONE, CIDADE, 1938

CAIXA POSTAL N. 2843 — Endereço: SORACHE'

O escriptorio atfende com presteza aos pedidos de amostras para os srs. clinicos

A ULTIMA DESCOBERTA SCIENTIFICA

Para evitar o typho, cholera, diarrhéa, dysenteria, enterite, verminose e molestias intestinaes, conforme attestados da Directoria Geral da Saude Publica, Instituto Oswaldo Cruz e Laboratorio Bacteriologico do Rio de Janeiro; Faculdade de Medicina e Cirurgia, Instituto Bacteriologico e Instituto do Butantan do Estado de S. Paulo; Directoria de Hygiene do Rio Grande do Sul e de scientistas nacionaes e estrangeiros.

Apparelhos "SALUS"

UNICOS DEPOSITARIOS:

SOC. DE PROD. CHIMICOS L. QUEIROZ

Abaixo publicamos um attestado do Dr. Arthur Moses:

"Nenhum processo se me afigura mais pratico para a purificação da agua que o emprego do filtro, talha ou moringa "SALUS".

De facil manejo, ao alcance de todos e de rapida e efficiente acção nelles são rapidamente destruidos o bacillo typhico, os para-typhicos, dysentericos e o vibrão da cholera, mesmo quando em numero maior que o encontrado em aguas consideradas fortemente poluidas.

Em um paiz da extensão territorial do Brasil e onde a febre typhoide e as para-typhoides se acham de tal fórma dissiminadas, por nenhum Estado se pôde considerar isento de tão grave infecção, só por methodos indirectos se pôde abordar a prophylaxia, deixando para mais tarde a campanha geral de saneamento que, por mais vasta, demanda maior tempo e avultada despeza.

Entre os methodos indirectos o filtro "SALUS" se colloca galhardamente no primeiro plano ao lado da vacinação preventiva, com a vantagem de evitar ainda a propagação da dysenteria bacillar para a qual ainda não se recommenda vaccina sufficientemente garantidora.

Ao exercito, sobretudo, obrigado a se aquartelar muitas vezes em regiões contaminadas, é especialmente aconselhavel o emprego do filtro "SALUS", que certamente preservará aos que delle fizerem uso, da febre typhoide, para-typhica, cholera e dysenteria bacillar, que na maioria dos casos se transmitem pela agua.

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 1924.

(ass.) — **ARTHUR MOSES**

ex-assistente do "Instituto Oswaldo Cruz", director do Instituto Brasileiro de Microbiologia.

A' venda em todas as casas de louças, ferragens, etc.

UNICOS DEPOSITARIOS:

SOCIEDADE DE PRODUCTOS CHIMICOS "L. QUEIROZ"

Rua São Bento, 83 — "DROGARIA AMERICANA" — Caixa Postal, 255

VINHO E XAROPE DE HEMOGLOBINA
GRANADO

com base de: **HEMOGLOBINA PURA**
NASCENTE

O melhor dos reconstituintes — O mais
eficaz dos ferruginosos

NA ANEMIA — CHLOROSE — FRAQUEZA — DEBI-
LIDADE DE CONSTITUIÇÃO, ETC.

Rua 1.º de Março, 14, 16, 18 — RIO

RHEUMATISMO agudo e chronico, **GOTTA**, **DIATHE-**
SE URICA, **ARTHRITISMO**, **LITHIASE** renal
e hepatica (Areias) **HERPETISMO**

URIDINA “GRANADO”

“Granulado e Effervescente”

Base de **UROTROPINA**, **NEO-SIDONAL**, **LICETOL** e
BENZOATO DE LITHINA

Realiza a antiseptia das vias urinarias — Dissolve
e elimina o ACIDO URICO E URATOS

Depositario: João Lopes — Rua 11 de
Agosto, 35 — S. PAULO

SOCIEDADE ANONYMA

CASA PASTEUR

OPTICA

Aviam-se receitas medicas — Completo sortimento de lentes de todas as variedades — Oculos, pince-nez, lorgnons, etc., etc.

CIRURGIA — HYGIENE

Grande sortimento de :

PHYSICA — CHIMICA HISTORIA NATURAL — BACTERIOLOGIA — MOVEIS CIRURGICOS — PRODUTOS CHIMICOS — CORANTES PARA MICROSCOPIA — VIDRARIA

Instalações completas para Hospitales e Gabinetes Medicos

OFFICINA PROPRIA PARA FABRICAÇÃO, CONCERTO E NICKELAGEM DE APARELHOS E INSTRUMENTOS

OFFICINAS PARA CINTAS ELASTICAS

Caixa Postal, 1387 — Endereço Telegraphico : MICROSCOPIO

Telephone, Central, 3-2-0-5

32 — RUA DE SÃO BENTO — 32

— SÃO PAULO —

LIVRARIA LEALDADE

— DE —

ALVARO S. JORGE & CIA.

RUA DA BOA VISTA N 62

Encarrega-se de assignaturas de revistas e jornaes medicos estrangeiros.

REVISTA DE MEDICINA

Direcção scientifica do
Prof. RUBIÃO MEIRA
Redactor-chefe:
Antonio Bernardes de Oliveira
Redactor-secretario:
Paulino W. Longo

Organ do Centro Academico
"OSWALDO CRUZ"
da Faculdade de Medicina
e Cirurgia de São Paulo

A DIRECÇÃO DA REVISTA

Convidados em Dezembro de 1924 para dirigir a Revista de Medicina e mantidos nesta investidura pela Presidencia entrante, bem claramente sentimos o quanto de honroso para nós era este encargo.

Tal deliberação do presidente Cunha Campos, que caracterizou sua direcção por um especial cunho de energia e acerto nas suas decisões, não pôde ser de outra forma explicada a não ser pela sympathia e amizade reciprocamente existentes, pois que outros titulos não existiam que a isto o induzissem.

Indicados dest'arte para occupar o lugar de Pedro de Alcantara, que soube, como era de esperar, conduzir a Revista com aquella habilidade e brilhantismo por todos conhecidos, aquilatamos quão difficil seria mantermos a Revista na situação de franco progresso em que a encontramos.

Já que nos foi concedida tal distincção, aqui estamos decididos a empregar todos os nossos melhores esforços afim de continuar o constante trabalho de engrandecimento que se vem realizando desde a fundação da Revista.

Nosso principal fito será fazer com que a Revista represente um incentivo para os nossos collegas, um repositório onde todos possam trazer suas ideas, fructo de suas cogitações theorico-praticas, indice comprobatorio da efficiencia incontestada do ensino medico em nosso meio.

Porfiaremos sobretudo, seguindo optima norma anterior, em dar acolhida franca a produções referentes aos diversos ramos da sciencia medica, desde que eivadas de algum cunho de originalidade e de utilidade, comprovado por indispensavel visto de um dos Srs. Professores.

Crearemos uma nova secção com fim didactico, em que se dará publicação a notas de aulas, que, por circumstancias concernentes á propria natureza das disciplinas, difficuldades bibliographicas, applicação pratica immediata, serão, ao nosso vêr, de grande valia no aprendizado de taes disciplinas.

Esboçado que está em linhas geraes o nosso programma, esperamos continuar a receber o apoio que aos nossos predecessores não tem faltado e animados por elle talvez possamos levar a bom cabo nossa tarefa.

B. e L.

LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA

E BIOLOGIA CLINICAS

ANALYSES EM GERAL — VACCINOTHERAPIA

Dr. Aristides G. Guimarães — Dr. Oscar M. de Barros

Phco. Mendonça Cortez

RUA DIREITA, 35 - 1.º — Telephone, Central. 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO

Drenar ou não nas laparotomias genitales?

PROF. NICOLAU DE MORAES BARROS

Eis uma questão interessante e que se mantém de permanência na ordem do dia. Renhida vae a controversia por ella suscitada e, mau grado o muito que se tem escripto e discutido, a despeito de bem orientados estudos clinicos e experimentaes, de uma observação cuidada e numerosos dados estatisticos ainda não foi possível esclarecel-a por completo, reduzindo-a a uma formula simples e suggestiva que servisse de directriz á conducta cirurgica.

E' classico em cirurgia pelvico-abdominal o recurso á drenagem, sempre que se presuma uma contaminação peritoneal ou que circunstancias occurram conducentes a uma possível ou provavel peritonite. D'ahi a enumeração de uma longa série de oportunidades para drenar, equivalentes a outras tantas indicações mais ou menos imperativas. A observação, entretanto, aos poucos se encarregou de as restringir, demonstrando a sua absoluta superfluidade em elevada porcentagem de casos.

Vem já de 26 annos a reacção methodisada contra taes exageros. Iniciada na America do Norte, com Kelly e Clarck, ella repercutiu de prompto na Allemanha sob os auspicios de Olshausen, fez rapido proselytismo, conquistou dedicações, impoz-se com tal força, que hoje formam legião os adversarios intransigentes da drenagem ao lado de outros não menos systematicos e estremados que se mantêm fieis ao tradicionalismo, apegados á velha rotina, insensíveis a argumentos e provas, obsecados que estão pelo espantallo da peritonite, caso prescindam dessa valvula garantidora que é o dreno.

Nem por sombra nos move o intuito de tomar posição na contenda, muito menos a velleidade de pôr termo ao litigio. O que cogitamos com estas descosidas phrases é, tão sómente contribuir, em escala minima, para o esclarecimento do assumpto, trazendo a publico a escassa observação colhida na enfermaria de Gynecologia da Santa Casa, a qual, se para outra cousa não servir, talvez tenha a virtude de vencer algumas resistencias bem intencionadas em nosso meio, desintimidando-as, encorajando a restricção da drenagem e recrutando uns poucos adeptos á pratica de abstencionismo moderado.

Em nosso meio hospitalar drena-se tão raramente que, quasi se póde affirmar, estar alli abolido esse recurso cirurgico. Mezes e mezes se passam, dezenas e dezenas de laparotomias se fazem, sem que se cogite sequer da collocação de um tubo. E ainda está para ser registada a vez em que dessa abstenção resultou grave damno para a paciente. Pensamos não exagerar affirmando que em 3 annos de actividade com um numero approximado de 260 laparotomias, ainda não se consumiu alli um metro de borracha!

Consideremos, resumidamente, as indicações. Sentencia a escola classica que se deve drenar: 1.º - quando no decurso da laparotomia, houver extravasamento de productos septicos na cavidade peritoneal (pús, conteúdo intestinal, sanie ou detricos tumoraes infectados); 2.º - quando do acto cirurgico resulte larga ferida pelvica desnuda de peritoneo; 3.º quando fôr impossivel uma hemostase perfeita; 4.º quando, sendo incompleta a exeresse cirurgica, iquem restos adherentes ás visceras (residuos inflammatorios, fragmentos de capsula, parede do hematocele, etc.); 5.º - finalmente, quando se verifique lesão da bexiga ou uretere. Nesse conjuncto de oportunidades, prosegue, occorrem circumstancias favoráveis á actividade infectante de germens eventualmente introduzidos na cavidade peritoneal e deve-se drenar para obviar a peritonite. Na formula deste conceito não collaboraram, por certo esquecidos ou desprezados, factores de grande peso, e transcendencia, taes como: as energias defensivas do peritoneo, o aperfeiçoamento da technica operatoria e o emprego generalizado do banho de ether no epilogo de cada laparotomia. Eis porque não costumamos drenar na maioria daquellas hypotheses, quer se apresentem isoladas, quer mesmo coincidam varias dellas simultaneas na mesma doente.

Duas palavras sobre cada item. No primeiro — derrame de pús, conteúdo intestinal ou sanie tumoral faz-se mistér distinguir os casos. Nas annexites suppuradas, o tratamento cirurgico é um methodo de excepção pela sua manifesta inferioridade ao tratamento conservador, resolutivo. Quando se tenha de operar deve-se fazel-o a frio, algumas semanas, pelo menos, depois que a curva thermometrica se normalizou, em época, portanto, em que o agente etiologico, succumbindo á acção das proprias toxinas, se tornou inoffensivo. Nestas condições, para que drenar?

Accresce que na maioria dos casos, o germen activo é o diplococco de Neisser, tão pouco aggressivo para o peritoneo que Bumm se permittiu affirmar nunca ter sido elle causador da peritonite mortal. De sorte que, mesmo na vigencia de gonococco com virulencia apenas attenuada, a drenagem preventiva é inutil. Temos operado volumosos pyosalpinx duplos com abundante extrava-

são de pus, sem que, até o presente, num só caso que fosse, sobreviessem complicações peritoneaes sérias. Fechamos o ventre por completo e ainda não nos arrependemos.

Se a contaminação é de origem intestinal, a conducta terá que se amoldar ás circumstancias. Ou a lesão do intestino foi constatada no momento preciso em que ocorreu, não houve extravasamento visível e a reparação se fez com boa technica — e não se drena, ou admite-se derrame septico na cavidade ou não se confia, por difficuldades technicas, na oclusão feita — e a drenagem se impõe.

Em recente observação em nosso serviço com lesão de uma alça iliaca e evidente derrame de fezes, fez-se a drenagem pela betesga de Douglas, mas aconteceu que ao cabo de oito horas a doente retirou o tubo num gesto impensado e. tudo correu em branca ruem.

A sanie ou detricto de tumor esphacelado reclamam a drenagem. Seja na operação de Wertheim por carcinoma do collo, seja na hysterectomia por fibroma ou sarcoma infectado, se não ha certeza de que o peritoneo foi preservado, drene-se.

No que respeita aos itens — 2.o, 3.o e 4.o — respectivamente peritonização deficiente, hemostase imperfeita e restos de capsula, não costumamos drenar ainda que taes circumstancias concorram associadas no mesmo caso. De algumas observações nos recordamos, em que, ás tres indicações acima se juntava ainda o derrame de pus, aggravando a situação e escurecendo o prognostico. Infundado receio! O dreno não fez falta.

Por hemostase imperfeita se entende aquella em que na loja deixada pelo tumor e desnuda de peritono, o sangue brota aqui e allí em fios tenuissimos, zombando dos recursos hemostaticos communs por inapplicaveis ou insufficientes. Em taes casos, a pressão intra-abdominal restabelecida com o fechamento do ventre se encarrega da hesmostase, cumprindo apenas, ao desfazer o Trendelenburg, agir de maneira que o grande epiploon antecipe as alças intestinaes na occupação da loja vasia, afim de que com elle e nã com estas se constituam as novas adherencias.

Na hypothese da lesão da bexiga ou do uretere, a conducta terá que se inspirar nas condições de cada caso. De regra, lesão da bexiga na sua porção alta, bem suturada, se satisfaz com a sonda de demora, só se justificando o dreno nos casos de fechamento inseguro do órgão, seja pela séde da lesão, de difficil accesso á technica, seja pela sua extensão, quando larga resecção da parede se fez necessaria (propagação cancerosa) Secção do uretere e mesmo reparada incontinenti pela anastomose das extremidades ou pela implantação vesical, reclama dreno, pois é intuitiva a precisã

de um escoadouro para a urina, caso não vingue a sutura reparadora.

Mas aqui como alhures, nas poucas vezes em que a drenagem se justifica, ella tem que ser vaginal, pois consideramos o methodo abdominal com o tubo no angulo inferior da ferida, uma pratica insufficiente e destituida de senso cirurgico.

E' pelo menos, uma imperfeição technica, que, sobre promover adherencias intestinaes e, possivelmente, a formação de fistulas estercoraes, prolonga o periodo post-operatorio, compromette solidez da cicatriz e predispõe a eventrações. Si, em compensação, drenasse de verdade e garantisse contra a peritonite?!

Mas é isso precisamente que não acontece. Nos livros, revistas e discussões das sociedades scientificas se encontra farta documentação nesse sentido. Assim, pois, nas poucas vezes em que drenamos, fazemos-o com tubo de borracha, calibroso e consistente, introduzido na vagina de dentro para fóra, através da betesga de Douglas.

Na immensa maioria dos casos, não drenamos mas não prescindimos, entretanto da desinfecção a ether, pratica na qual, talvez, resida, em grande parte, o segredo de nossos successos.

Para remate, alguns dados numericos. No decurso destes tres ultimos annos foram praticadas em nosso serviço cêrca de 256 laparotomias, reclamadas pelas mais variadas gynecopathias, com 6 drenagens (3,12 o|o) e 9 mortes (3,51 o|o). Entre as fallecidas figuram: 3 operações de Wertheim, por carcinoma do collo; 3 hysterectomias por fibroma (uma das quaes por syncope anesthetica) 1 por tuberculose genital, 1 por prenhez tubaria e 1 por annexite.

As 8 drenagens foram indicadas: 3 por lesão do intestino, por carcinoma do collo e apenas 2 por annexite com derrame de pús. Daquelle total de 256 laparotomias, se destacam 108 indicadas por annexites — unilateral, umas, bilateral, outras, e associadas a retroversão, fibroma e appendicite, ainda outras.

Pois bem, em 42 desses 108 casos de annexite, houve extravasamento mais ou menos abundante de pús, aggravado, na maioria dellas, com hemostase imperfeita, peritonização deficiente e permanencia de restos tumoraes; com duas drenagens tão sómente e um unico caso de morte!

O que quer dizer que apenas em 4,78 o|o dos casos em que concorreram simultaneamente varias indicações para a drenagem, se lançou mão desse recurso, não excedendo, nelles, a mortalidade de 2,4 o|o!

Estes poucos algarismos pertinentes, embora, a um escasso material, são, por si sós, bastante eloquentes e dispensam commentarios.

CLINICA OBSTETRICA

Pontos redigidos de accordo com as prelecções do Prof. Dr. RAUL BRIQUET, pelos sextannistas **J. B. Moraes Leme** e **Alfredo Gomes Julio**, internos da 2.a Clinica Cirurgica.

Os pontos que, para nosso uso, redigimos no anno findo, baseados nas prelecções do curso do prof. dr. Raul Briquet, jámais sairiam das estantes de nossa pobre bibliotheca de estudantes, não fôra a intervenção do Redactor-Chefe desta revista. Seu pedido, de amigo querido e collega respeitado e admirado, é para nós uma ordem, a qual, de reunião com o pensamento de sermos uteis, não só aos collegas da Faculdade, como tambem aos que já mourejam lá fóra na lucta quotidiana, é que nos vence a timidez natural de publicar trabalhos escolares, feitos para nosso exclusivo uso.

Na impossibilidade de publicar todo o curso, escolhemos alguns dos pontos de maior importancia, e applicação mais vulgar na pratica corrente; ainda entre estes, foram preferidos aquelles que encarnam difficuldades mais consideraveis, por vezes quasi insoluveis, mormente os casos em que a experiencia esclarecida do Professor vem trazer novas e melhores soluções a intrincados problemas clinicos.

Bom é lembrar que estes pontos, embora tenham tido, para sua publicação, de passar pelo indispensavel visto da I. C. (a quem agradecemos, de passagem, as correccões e melhoramentos aqui introduzidos), saem sem a menor responsabilidade da sua parte.

PLACENTA PRÉVIA

1 — **Definição e synonymia** — Chama-se **prévia** a placenta que se insere no segmento inferior do utero, tambem chamado **zona perigosa de Barnes**; esta comprehende o segmento uterino situado até 10 cms. acima do orificio externo do collo.

Tambem é denominada **placenta baixa, segmentaria** ou **isthmica**.

Esta ultima designação decorre do facto de affirmar Aschoff que a porção uterina appellada, durante o parto, de segmento in-

ferior é aquella que, no periodo acinetico, recebe o nome de **isthmo**. Mesmo admittindo-se a classificação de Aschoff, porém, desde que a placenta se tenha inserido no **isthmo**, elle se terá tornado **segmento inferior**: de facto, o canal estreitado que é o **isthmo** do periodo não puerperal, logo que tem logar a placentação se transforma, pela distensão parietal, em ampla empola, qual esphera ôca, com todos os caracteres do segmento inferior. Além disso, a denominação de placenta **isthmica**, dada por Langer, tem o inconveniente de poder confundir-se com a placenta **isthmica** da gravidez tubaria: seria preciso esclarecer — **placenta uterina isthmica** e **placenta tubaria isthmica**.

A expressão **placenta** ou **prenhez viciosa** é igualmente impropria, por não indicar a localização, visto como ha placentas viciosas mas de implantação normal, o vicio residindo em algum outro de seus caracteres.

Devem, em conclusão, ser preferidos os nomes de placenta **prévia** (embora nem sempre ella preceda o fêto na parturição), ou **baixa** (que informa da sua implantação anormal), ou, por fim, placenta **segmentaria** (que esclarece sobre o ponto exacto da implantação)

Sob o ponto de vista clinico, faz-se distincção entre placenta **prévia** e placenta **baixa**, para os effeitos não só therapeuticos como prognosticos: a primeira é de prognostico grave e reclama tratamento diverso do da placenta **prévia**, de consequencias relativamente menos desfavoraveis.

2 — **Frequencia** — Não se póde ter criterio seguro para afirmar da frequencia, por isso que a placenta **prévia** passa muitas vezes despercebida; ella só se revela quando surgem complicações ou quando se faz a inspecção dos annexos da dequitação. Si considerarmos placenta **baixa** toda aquella que se insere abaixo de 10 cms do orificio externo, temol-a em 1|25 dos casos; considerando aquellas que se revelam clinicamente, sua frequencia será de 1|300.

3 — **Pathogenia** — O 1.º trabalho sobre este assumpto é o devido a William Hunter, que publicou, em 1777, o "Atlas de Anatomia applicada aos factos da geração", cujas gravuras e descrições são a tal ponto exactas que em nada se alteraram até hoje. Elle se declarava incapaz de explicar o motivo da placentação **baixa**, filiando-a, porém, sempre, á nidificação **baixa**.

Em 1888, Hofmeier autopsiou uma mulher fallecida no 4.º mes da gestação, e que apresentava a placenta inserida nas vizi-nhanças do collo. Os villos desenvolviam-se, em grande parte, na caduca ovular, ao nivel da **reflexa**. "Este facto serviu para edificar sua theoria, pela qual elle suppõe, que, em certos casos, as villosidades em relação com a caduca ovular se desenvolvem, em vez de

se atrophiar, e quando, mais tarde, se unem as caducas uterina e ovular, taes villosidades, vivazes cada vez mais, penetram na caduca uterina e vão formar uma placenta que póde inserir-se perto do orificio externo, ao mesmo tempo que se atrophiam os villos em relação com a serotina" (Brindeau). Seria, pois, o desenvolvimento excessivo de uma placenta de inserção normal que a transformaria em placenta prévia. A theoria de Hofmeier foi acceita, mas só para aquelles casos em que a placenta se desenvolve sobre a caduca reflexa.

Entre outras opiniões, temos a do embryologista Keilmann, que suppõe desenvolver-se a placenta no ponto em que a allantoide vem fixar-se á parede uterina; si esta membrana abordar o ovo em sua parte inferior, produzir-se-á uma placenta prévia.

Para resumir, diremos que não se conhece a causa exacta da placentação baixa; sabe-se apenas que é mais frequente nas multiparas de que nas primiparas (na proporção de 10:1) e que costuma reincidir. As primiparas que a têm são geralmente portadoras de endometrite chronica o que faz pensar seja esta mesma a causa de sua existencia nas multiparas; nestas, a endometrite póde ser consequencia de abortamentos repetidos, mórmente si de natureza criminosa, ou de gestações que se succedem com intervallos pequenos.

Ha tambem a considerar os uteros irritaveis, de contracções espasmodicas violentas, que obrigam o ovo fecundado, no momento em que chega ao utero, a deslizar, movimento este favorecido pela viscosidade anormal da mucosa. A nidificação baixa é, pois, a origem da placenta baixa. Notemos que no ponto em que o ovo se insere nesses casos, a mucosa uterina não se encontra preparada para fornecer á placenta, quando esta se formar, a nutrição com a abundancia que lhe é necessaria; a placenta, por isso, muitas vezes espraia seus cotyledones (qual arvore que em terreno safaro espraia suas raizes), donde a formação de placenta prévia diffusa ou membranacea.

4 — **Complicações** — Digamos preliminarmente que os trabalhos referentes ao aspecto clinico placenta prévia se devem em sua maioria a embryologistas, principalmente allemães, e notemos como é indispensavel, aos parteiros que desejam ver progredir a Obstetricia, o conhecimento pormenorizado da Embryologia, sem cuidar exclusivamente do lado pratico da sciencia.

a) **Placenta prévia cervical** — Autores ha que até negam a existencia de tal especie, porque a mucosa cervical nunca soffre reacção decidual, ficando epithelio e glandulas com aspecto do periodo acinetico. Isto foi combatido por Baudelocque e Lachapelle, mas sem provas; estas ultimas foram fornecidas recentemente por Ponfick, Weiss e Aschoff, que documentaram macro e microscopica-

mente a existencia da placenta prévia cervical. Alguns affirmam serem os casos descriptos dependentes de **prolapso** de placentas inseridas mais alto e descolladas, que vão obturar o orificio externo do collo, simulando inserção neste; mas além dos casos deste genero, ha os tambem de **placentas** realmente inseridas na cervix, e mesmo tão **presa**, que seu descollamento parcial provoca forte hemorragia, a ponto de a morte se dar em breve prazo, sendo necessaria hysterectomia total immediata para evital-a (placenta acuta ou increta)

Frequentemente, a **insufficiencia** de nutrição acarreta as seguintes complicações, cuja genese acima (3, in fine) esboçámos:

b) **placenta marginada**, que se constitue quando ha desenvolvimento muito grande de villos coriaes ao nivel da margem placentaria;

c) **placenta circumvallada**, quando a placenta marginada se complica com a formação dum relevo de fibrina, que fórma uma capsula ao **bolo placentario**. Esta placenta é característica da gravidez extra-amnio-chorial ou extra-membranacea, que se estabelece quando o feto não acha **espaço** sufficiente para seu desenvolvimento dentro do ovo; dá-se o **deflúvio** do liquido amnico e, em consequencia, o feto se desenvolve em contacto directo com as membranas ovulares, ou, **outras vezes**, applicado ao proprio endometrio. Commummente, **nestes casos**, dá-se a interrupção da prenhez no 7.º ou 8.º mez, quando o feto tem adquirido o desenvolvimento maximo que o utero tolera.

d) **inserção velamentosa** — Nos casos benignos de placenta prévia, o cordão tem **inserção simplesmente paramarginal**; mas nos casos em que a placenta não recebe nutrição sufficiente, a inserção do cordão invade as membranas: é a **inserção velamentosa**, que offerece o perigo de **faceis rupturas**.

5. Symptomas. Considera-se como pathognomico **A HEMORRAGIA**, que apresenta os seguintes caracteres.

a) **é reincidente**. Geralmente a hemorragia é tardia na gestação, apparecendo no 3º trimestre, quando muito na 2ª metade da gravidez, mais commummente nos ultimos 14 dias. Segundo Doranthe, em 77 o|o dos casos a primeira hemorragia ocorre no 7.º mez; mas tambem a_s ha no 2.º, provocando então abortamentos por placenta prévia. E' bom lembrar que perde actualmente terreno a theoria que considera a syphilis como responsavel pelos abortamentos reiterados; hoje só se classificam de lueticos os partos prematuros (com feto macerado) dos ultimos mezes da gravidez. A interrupção desta, especialmente na primeira metade, tem como responsaveis causas locais que determinam **insufficiente nutrição** do producto conceptual. Assignalemos a importancia disto, assim para **effeitos therapeuticos** como para **effeitos moraes**.

b) **é indolor** — Os caracteres da hemorragia — tardia e indolor — são os que permitem differençá-la da hemorragia do abortamento, que apparece, em geral, no primeiro trimestre. Ella coincide, na placenta prévia, com as contracções uterinas, por ser devida a um descollamento placentario, sendo o sangue que mina expulso por occasião do augmento da pressão intra-uterina.

c) **é aparentemente immotivada** — Não se encontra, de facto, causa apparente que explique as metrorrhagias: muitas vezes, a mulher dorme perfeitamente, nada sente de anormal, e acorda banhada de sangue

d) **é progressivamente crescente** — As hemorragias tornam-se menos intervalladas e mais intensas com o succeder das perdas; em geral a 1.^a é discreta, a 2.^a intensa, e a 3.^a ou a 4.^a imponente, a ponto de exigir tratamento radical immediato. Isto é importante, pois demonstra o interesse que tem para o parteiro, nestes casos, o saber quantas hemorragias precederam aquella que presenciar, para poder avaliar a intensidade que esta póde adquirir e dahi inferir o tratamento que deve ser instituido.

e) **o sangue é quasi sempre de origem materna**, salvo si o parteiro destruiu os espaços intervillosos, caso em que a hemorragia póde ser fatal para o feto. A não ser assim, em geral o feto não morre em consequencia da placenta baixa, pois não se anemiza muito; quando morre é por asphyxia, não determinada por respiração prematura, mas por interrupção da circulação funiculo-placentaria. Por consequencia, o parteiro nunca deve descollar a placenta antes de ter feito o esvaziamento uterino; e, si fôr obrigado a fazel-o, ou o fizer por engano, é imprescindivel, para a vida do feto, que se apresse a sua retirada.

f) **caracteres do sangue** — Via de regra é fluido; raro ha coalhos, que são caracteristicos das hemorragias do abortamento, a ponto de certos profissionaes fazerem o diagnostico differencial pelo simples exame do penso vulvar

§ — **Diagnostico** — Obtem-se pelo exame da gestante recorrendo aos differentes methodos propedeuticos:

a) **pela palpação**: Verifica-se o utero ter a fórma ovalar commum e consistencia normal; o feto mostra-se em situação alta; não ha apresentação, porque o feto não está insinuado e se encontra, o revezes, em posição viciosa: em 76 o/o dos casos a situação é longitudinal, e em 24 o/o transversal (Doranth)

b) **pelo toque**, reconhece-se a presença do tecido placentario pelo seu character esponjoso, dando sensação levemente tuberosa o percorrer de sua superficie. Vê-se si ha só placenta na area do orificio externo ou si se trata de um simples cotyledone placentario, occupando apenas parcialmente esse orificio. Estudam-se a fórma

e a direcção da parte placentaria que se apresenta. Notemos que o collo se desvia para o lado da implantação placentaria, porque a porção do segmento inferior sobre a qual se insere a placenta é menos extensivel.

A implantação placentaria faz-se, o mais das vezes, na parede posterior do utero; isto é providencial, porque quando se tem de praticar **uma intervenção**, qual uma cesarea vaginal, tem-se que incisar a face anterior do utero; esta, anatomicamente de estrutura menos resistente do que a posterior, peor será, sendo difficil consolidar-se **ahi uma sutura**, hemostatica, quando estiver corroida pelos villos coriaes.

c) pela escuta, nota-se que o fóco é mais alto que normalmente, **acima da linha espinho-umbelical**; tal acontece por estar o feto recalcado para cima.

d) phenomenos subjectivos — Trata-se geralmente de **multi-paras** que se queixam de dôres gravativas, novas para ellas e localizadas no baixo ventre

7 — Variedades — a) Placenta prévia central é a que se observa quando **os pontos de implantação** são todos praticamente equidistantes do orificio externo do collo;

b) placenta prévia marginal, quando um dos cotyledones placentarios se insere sobre a margem inferior do segmento inferior, de modo a ultrapassar o orificio cervical externo;

c) placenta prévia lateral é o caso da placenta que se insere toda inteira num dos lados do utero;

d) typos mixtos chamam-se aquelles em que ha união dos caracteres de dois dos typos acima; são mixtas as placentas centro-marginaes, **margino-lateraes** (typo frequente e benigno)

Muitas vezes é difficil o diagnostico da variedade da placenta prévia: ao fazer-se o toque, encontra-se geralmente o collo apenas permeavel a 1 ou 2 dedos (notar que no mais das vezes são multiparas, em que o collo já normalmente tem uma certa permeabilidade), e o dedo que penetra encontra tecido placentario em toda a circumferencia do orificio externo; faz-se o diagnostico de placenta prévia central. **Mais tarde, depois de começado** o trabalho de parto, quando a dilatação é maior, um segundo toque frequentemente não mais encontra a placenta, que se lateralizou, porque se tratava apenas dum cotyledone pequeno, porém sufficiente para encher o orificio inicial. O diagnostico exacto só é, portanto, possivel, com dilatação para a **palma da mão**. Na pratica, todavia, isso é de somenos, porque **indicação deve ser feita logo** que o diagnostico de placenta prévia se estabeleça, independente do typo que se tiver, cuja especificação requer prazo mais ou menos longo.

8 — **Diagnostico differencial** — a) **com carcinoma do collo** — Além da anamnese, os caracteres proprios do carcinoma — que sangra facilmente, dóe, etc. — e mais os elementos que fornecem o toque e a inspecção feita com o auxilio do especulo afastam as duvidas.

b) **com ruptura de varizes cervicaes** — As varizes do collo do utero podem romper-se pelo fim da gestação ou no inicio do trabalho de parto, quando a cabeça, ao descer, faz que o parto se inicie pela rotação, o que é frequente nas multiparas, rotação essa que pôde provocar a ruptura de vasos calibrosos. O exame directo, com especulo ou valvas, deixa ver, nestes casos, o vaso que baba, e sufficiente é ligeira compressão para que tudo se finde. O diagnostico pôde, porém, não ser feito tão promptamente, e a hemorragia se prolongar, anemizando a mulher.

c) **com a ruptura do seio de Jacquemier em placenta de inserção normal** — Esta hemorragia é característica por se dar sempre no fim de cada contracção uterina. Estas rupturas são privativas do periodo expulsivo. Temos, como seus caracteres: hemorragia abundante e continua, tendo lugar no fim de CADA contracção uterina.

Na placenta geralmente se consegue percorrer o seio circular com um estilete de alguns mms. de diametro; nos casos de hemorragia provocada por sua ruptura, encontramol-o occupado por um grande coelho.

d) **com descollamento prematuro da placenta normal** — Este é o diagnostico differencial fundamental:

PLACENTA PRE'VIA

- 1.a não ha albuminuria;
- 2.a hemorragia é indolor;
3. hemorragia externa, visivel;

DESCOLLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMAL

- 1.-a doente conta a historia de uma nephrite antiga; ha albuminuria;
- 2..a hemorragia é acompanhada para trás, correspondendo á implantação placentaria posterior, da de uma dôr bem localizada num ponto que corresponde á inserção normal da placenta (dôr na altura da bocca do estomago a mais commum);
- 3.-hemorragia interna, occulta; só depois de formado um grande hematoma retro-placentario o sangue começa a escoar em estil-

<p>4. o palpar é positivo, diagnosticando-se a apresentação e a posição do feto e a phase do trabalho de parto.</p> <p>5. escuta positiva (mais alta);</p> <p>6. toque positivo: reconhece-se o tecido placentario no orificio externo, etc.</p> <p>7. utero de fórma normal;</p> <p>8. utero de consistencia normal.</p> <p>9. utero de volume normal.</p> <p>10. estado geral da mulher regular: após 3 ou 4 hemorragias, o pulso está a 100 ou 120 e a temperatura é normal.</p>	<p>licidio; quando muito, pôde haver hemorragia mixta;</p> <p>4. palpar negativo;</p> <p>5. escuta negativa;</p> <p>6. toque negativo; trata-se de primigesta, em que o parto nem começou;</p> <p>7. utero globuloso, distendido pelo hematoma retro-placentario.</p> <p>8. utero de consistencia dura lenhosa.</p> <p>9. utero de volume ligeiramente augmentado pelo hematoma;</p> <p>10. estado geral da mulher desde logo mau, estando ella muito anemizada.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

e) **com mola hydatiforme** — A mola caracteriza-se por evolução muito rapida, que dá ao utero em dois ou tres mezes o volume de uma gravidez normal de termo; é nesses tres mezes, em geral no segundo, que sobrevêm as hemorragias, que dessa maneira se distinguem das da placenta prévia, que são tardias. Nos intervallos entre as perdas sanguineas ha corrimentos serosos ou soro-sanguinolentos.

Encontra-se, além disso, na mola, pela palpação, o utero geralmente molle e depressivel, embora em certos casos accentuada dureza se substitua áquelles caracteres; ás vezes ha nodosidades na face anterior e no fundo uterino; não se conseguem reconhecer pelo palpar as partes fetaes.

A auscultação, salvo raros casos de mola com embryão vivo, é negativa, ouvindo-se tão sómente por vezes o sopro da uterina.

f) **com endometrite hemorrágica** — O diagnostico pôde ser difficil, tanto mais que a endometrite, como vimos (3), é causa da placenta prévia. Ha, como signaes differenciaes, a data das perdas sanguineas, que se dão cedo na endometrite, e a existencia de hydro-hematorrhéa nos intervallos das metrorrhagias. Além disso, na endometrite o utero é doloroso, o que não acontece na placenta prévia (5,b).

9 — **Tratamento** — A placenta prévia em si não tem cura póde-se apenas tratar as suas complicações. Este tratamento póde ser **PROPHYLACTICO** ou **CURATIVO**.

I — TRATAMENTO PROPHYLACTICO

O tratamento prophylactico das complicações da placenta prévia é aquelle que se faz no decurso da gestação e que consiste em:

a) **conservar a mulher em absoluto repouso**, fazendo-lhe lavagens intestinaes repetidas e mantendo-se a bexiga vasia pora uma sonda de demora, afim de evitar compressão uterina;

b) **abstenção systematica de lavagens vaginaes**, que outrora constituiam panacéa para as metrorrhagias, e que hoje quasi sempre são contra-indicadas, porque provocam contracções uterinas e portanto, augmentam a hemorragia, além de favorecerem a contaminação microbiana;

c) **e, principalmente; a remoção da mulher, no ultimo trimestre da gravidez, para uma Maternidade**, onde possam ser convenientemente tratadas as complicações que a qualquer momento sobrevenham.

Zweifel acha que as maiores complicações, referentes ao periodo do parto, que possam surgir na vida clinica do parteiro, são a placenta prévia, a eclampsia e a ruptura uterina, porque as opiniões therapeuticas com respeito a estas affecções são dispares e methodos identicos dão resultados contradictorios nas mãos de um mesmo profissional. De facto, a indicação therapeutica na placenta prévia é a pedra de toque pela qual se aferem o criterio e a experiencia do parteiro.

II — TRATAMENTO CURATIVO

a) **compressão extrinseca da ferida uterina: tamponamento** — O tamponamento vaginal ou uterino como methodo therapeutico não póde ser aconselhado. Delle falaremos mais adiante (11) como palliativo para estancar a hemorragia temporariamente, emquanto se transporta a doente para um meio hospitalar adequado.

b) **acção sobre a placenta e membranas** — Quando a placenta prévia é lateral, póde-se, **sem descollar**, chegar ás membranas ovulares e rompelas, dando sahida ao liquido amnico; assim se consegue muitas vezes estancar definitivamente a hemorragia, a ponto de Pinard dizer que, quando a mulher perde agua, não perde sangue. As membranas distendidas, traccionando a placenta.

descollam-na e motivam a hemorragia; rompidas as membranas, cessa a distensão, e, com isso, tudo o que lhe era consequencia. Entretanto, nem sempre se consegue desta maneira estancar o sangue, e o trabalho de parto, si não se iniciou, fica retardado pela ruptura precoce das membranas; e tal retardamento, acompanhado, da ruptura, expõe a mulher á infecção, o que é extremamente grave.

Não nos referimos aos casos em que o parteiro pratica o descollamento artificial da placenta, que nunca deve ser feito, a não ser que o utero já tenha sido esvasiado (ver mais acima, 5,e).

c) **compressão intrinseca da ferida uterina** — a) **PELA VERSÃO BIPOLAR OU MANOBRA DE BRAXTON-HICKS** — A manobra de Braxton-Hicks traz ao estreito inferior o polo pelvico fetal, que age comprimindo excentricamente o segmento inferior, e desse modo, detem a hemorragia; além disso, constitue inicio de esvasiamento uterino, que se completará por uma extracção podalica. Seria, pois, excellente pratica, si não expuzesse o feto a morte quasi inevitavel. Si, nestes casos, não vão além de 5 a 6 o|o obitos maternos, a lethalidade fetal é superior a 70 o|o, porque a extracção deve ser muito lenta, de 2 horas para mais, e, nesse espaço de tempo, o feto succumbe sempre. Melhoraria, realmente, de muito o prognostico fetal o fazer-se a extracção rapida; mas isto agravaria sobremaneira o prognostico materno, por effeito das lacerações uterinas inevitaveis (ver 12) O grande preceito é o do **abaixamento rapido e expulsão espontanea**. Cumpre não esquecer que a hemostase na versão bipolar de Braxton-Hicks não resulta da compressão dos vasos que sangram, pelo quadril fetal abaixado, mas da retracção do segmento inferior

b) **PELO EMPREGO DE BALÕES DILATADORES** — Mais adiante vamos ver que, quando se trata de feto vivo, os meios chirurgicos que indicaremos são os preferiveis. No emtanto, em certos casos não se póde recorrer a elles por haver infecção, por não estar a mulher em condições de supportar uma intervenção chirurgica, etc.; **mistér se faz, então, extrahir o feto por via vaginal.**

Tal não é difficil si ha dilatação sufficiente; mas esta geralmente não se fez ainda, nem se fará espontaneamente, por ter havido ruptura, casual ou deliberada, das membranas ovulares. Temos, então, de recorrer á dilatação artificial do collo, que póde ser feita **com os dedos, o que é penosissimo**, ou por meio de balões, quando não seja o caso de empregar a manobra de Braxton-Hicks. No caso de se hesitar entre estes dois ultimos meios, lembremos que os balões dão 35 o|o de obitos fetaes, emquanto que Braxton-Hicks, como vimos, dá mais de 70 o|o; apesar disso, o balão tem o in-

conveniente de provocar hemorragias duas vezes mais fortes, o que não é desprezível si se levar em conta que a mulher já está muito anemizada.

c) PELAS LAVAGENS VAGINAES — Foi Seifert, de Praga, quem aconselhou para estes casos o emprego de lavagens frias, que julgava de acção hemostatica; a agua fria provoca simplesmente uma irritação thermica, tanto assim que póde ser substituida (fizeram-no os francezes) por lavagens quentes, de 50 graus, que tambem provocam hemostase pelo mesmo mecanismo.

A agua em si é prejudicial, porque dissolve as hematias; no caso de insistir o parteiro no uso de lavagens vaginaes, deve utilizar-se da solução physiologica, que não é hemolytica.

c) a evacuação rapida do utero — Este methodo não deve ser empregado, pelos motivos que mais acima expuzemos, tratando da manobra de Braxton-Hicks: provocam-se lacerações do collo, extremamente graves, e a mortalidade, assim materna como fetal, é grande demais para que seja objecto de apreciação na therapeutica da placenta prévia.

III — TRATAMENTO CURATIVO SANGRENTO

A therapeutica cirurgica da placenta prévia resume-se no terminar rapidamente o parto, por operação cesarea.

Nas primigestas, prefere-se a cesarea classica, quando não haja infecção; e, havendo suspeitas de infecção, a cesarea extra ou a com exteriorização do utero. Esta ultima, imaginada e pela primeira vez empregada por Portes, parece excellente intervenção, que veiu substituir, com vantagem, a operação de Porro. Na operação de Portes, faz-se a laparotomia, exterioriza-se o utero e fecha-se em seguida a cavidade abdominal, fixando o organo gestante á parede; abre-se, então, este, retira-se o fêto e deixa-se o utero exteriorizado durante 25 a 30 dias, o que afasta possível complicação de peritonite. Depois deste prazo, reintegra-se o organo na cavidade pelvica.

Sellheim acha preferivel a cesarea extra á classica; Doderlein, em opposição, entende aquella contra-indicada na inserção baixa da placenta, por ir-se abrir o utero exactamente na zona da inserção desta; Sellheim, pelo contrario, pensa que justamente por isso é vantajosa a extra, que permite a directa observação e laqueadura dos vasos que sangram. A Cadeira segue o criterio de Doderlein, isto é, não indica a cesarea extra para a placenta prévia.

IV — INDICAÇÕES ESQUEMATICAS

A indicação therapeutica depende de dois factores da maxima importancia, um materno e outro fetal:

A. O feto é ou não vivo	I. trata-se de feto morto.		
II. trata-se de feto vivo	b) inviavel, devido a	a) viavel	
		1. idade da prenhez.	
		2. hemorragias, conforme	a seu numero. b a quantidade de sangue perdida.
		3. intoxicação.	
		4. combinação dos factores acima	b - dos tres factores. a - de dois factores

B. As partes molles maternas são permeaveis ou não? Permittem, ou não, que o feto transponha o trajecto pelvi-genital de accordo com os principios geraes do parto e sem grande demora (principalmente o polo cephalico)?

Isso depende:

I. do numero de partos anteriores	II. da bolsa das aguas	1. primiparas — canal menos permeavel.
		2. multiparas — canal mais permeavel. A existencia de cicatrizes no collo uterino, motivadas por operação obstetrica em parto anterior (forcipe, versão, etc.), é razão sufficiente para contra-indicar a via vaginal e preferir-se a alta, em caso de placenta prévia.
		1. rompida — desfavoravel á cervico-dilatação.
		2. integra — favoravel á cervico-dilatação.

Em resumo, quando ha feto vivo e viavel, verifica-se si a mãe é primipara ou multipara, para avaliar das probabilidades que tem o feto de morrer durante o parto. A proposito da viabilidade fetal, notemos que a placenta prévia acarreta geralmente parto prematuro, antecipado de 1 ou 1 1/2 mez.

Summariemos as indicações therapeuticas:

I. Fêto morto ou inviavel	{	a) parto pos- sivel pelo trajecto commum	{	a - versão de Braxton-Hicks ou b - forcipe (conforme a apre- sentação).
		b) parto não possivel pelo trajecto commum --		embryotomia.
B. Fêto vivo e viavel	{	a) canal pelvi-genital per- meavel (geralmente é o caso das multiparas)	{	a versão de Bradton-Hicks (arriscadissima) ou b - cesarea vaginal (multi- para) ou y forcipe (cabeça insinuada, baixa).
		b) canal pelvi-genital não permeavel (geralmente em primiparas)		1. não ha infecção cesarea classica.
				(2. ha infecção {
				a cesarea extra ou b - opera- ção de Por- tes (excel- lente). y opera- ção de Por- ro (desu- sada)

10 — **Complicações pós-operatorias** — a) **hemorrhagia persistente** — Em geral o parteiro não se compenetra sufficientemente do perigo que constituem as hemorrhagias persistentes; isso se dá principalmente quando é cirurgião, confiando muito na laqueadura dos vasos uterinos. Cumpre, porém, reccar sempre a atomia uterina, que, nos casos de placenta prévia, costuma ser tão accentuada que, quando a mulher vem a fallecer, nem com a morte o utero adquire rigidez, mostrando-se á palpação molle qual um farrapo (Zweifel) Comprehende-se que um utero assim atonico não se contraia de modo a permittir hemostasia perfeita, sendo muitas vezes necessaria hysterectomia total por via alta, para evitar a morte da mulher por anemia profunda. Esta hysterectomia é, porém, quasi sempre praticada muito tarde, quando a mulher

já não a supporta. Dahi a importancia de zelar estes casos, com desvelo e vigilancia.

b) **Infecção** — Facil é o estabelecer-se de infecção ascendente, facilitada pela contiguidade e, mesmo, pela continuidade vagino-uterina, mórmente quando ha coalhos e residuos membranosos que servem de ponte aos microbios. A infecção, o mais das vezes, se revela por **phlebites**, cuja gravidade é grande por se processar em mulheres debiltadas.

Para evitar a infecção deve-se:

I — Não proceder a nenhuma manobra propedeutica ou therapeuticamente sem os maiores cuidados da asepsia com relação a todo o aparelho genital externo:

a - trichotomia da região perineo-vulvo-pubiana;

b iodização da mesma região, com especial cuidado do monte de Venus, do aparelho labial e dos sulcos genito-cruraes;

c desinfeção energica da vagina, especialmente si tiver havido toques suspeitos, com alcool, lysoformio ou acido lactico de 10 o/o (Zweifel);

II — Abster-se, sempre que possivel, do tamponamento (11);

III — Evitar o descollamento artificial da placenta, de que dependem 80 o/o dos obitos nestas condições.

c) **embolia gazosa** — Muitas mulheres succumbem rapidamente após a operação, por embolia chamada gazosa. De um modo geral, a embolia cerebral é de menor frequencia no decurso da placenta prévia.

O meio prophylactico mais efficaz desta complicação consiste em manter a bacia menos elevada que a porção superior do tronco, ao contrario do que geralmente se pratica, desde Hippocrates, mas principalmente desde Trendelenburg. Na placenta baixa, as intervenções devem ser sempre feitas com o tronco mais elevado.

d) **Lacerações do collo** — Quando se intervém, em casos de placenta baixa, sobre fétos mortos ou inviaveis, pratica-se geralmente a manobra de Braxton-Hicks. Nesta, insistimos em que tanto a versão deve ser rapida quanto a extracção lenta: colloca-se no pé abaixado um peso de 1|2 kilo e deixa-se que a dilatação se complete em 2 ou 3 horas. Nos casos em que se procede á versão bipolar, diz Sellheim, não se deve mover um dedo para salvar o feto; de facto, para tal é necessario que a extracção seja rapida, e esta produz lacerações do collo, além de ser pouco garantidora da vida materna.

I — Si o feto estiver morto, faz-se punção da cabeça com o bisturi ou com o perfurador de Blot; desse modo diminue-se o volume da cabeça e a retirada é facil e inocua.

II — Muitas vezes, porém, supomos o feto morto, e ao fazer a extracção verificamos que o cordão ainda pulsa; como fazer, então, para que não se asphyxie enquanto o retiramos lentamente?

Lança-se mão da manobra de Zweifel: Como a tensão cervical nunca dura mais de 5 minutos (tempo durante o qual se dá geralmente a morte do feto), colloca-se a mão ventral em concha sobre a bocca e o nariz do feto, canalizando para estes o ar, até que se dissipe a tensão uterina; em seguida, procede-se á extracção sem lacerar o collo.

III — Casos ha de feto vivo, com dilatação quasi completa, porém, insufficiente. Nesta contingencia, descolla-se a bexiga e em seguida excisa-se a face anterior do utero (cesarea vaginal) para retirar o feto.

IV — Em certas multiparas, com infecção (que contra-indica cesarea) e bolsa das aguas rompida (que impede cervico-dilatação espontanea), tem-se que fazer dilatação digital ou por meio de balões, si não se quizer recorrer á manobra de Braxton-Hicks. Já vimos o que pensar destes varios methodos (ver mais acima, 9, II,c).

11. — **O tamponamento** — Deve-se fazel-o, para transportar a doente? Sim, é de indicação absoluta, desde que seja feito com a mais rigorosa asepsia, desinfectando, como foi dito, o canal pelvigenital e usando gaze esterilizada. Não deve, porém, conservar-se em prazo maior de seis horas, após o qual o sangue entra em putrefacção; demorando-se mais, póde haver absorpção toxica e reacções septicas de gravidade varia. Na Allemanha, os não especialistas receiam fazer a tamponagem, e, quando é necessaria, para o transporte de uma gestante, chamam o obstetra, por causa das responsabilidades que lhe são attribuidas por lei. Quando o tamponamento é bem feito e bem comprimido, até a mulher chegar á Clinica, a dilatação se completa, e torna-se facil depois a manobra therapeutica reclamada. Havendo necessidade do tamponamento por tempo superior ao indicado, este póde ser prolongado para dez horas, mas com gaze iodoformada. As gestantes têm, todavia sensibilidade especial para o iodoformio, que deve ser evitado quanto possivel.

Varnier acha que é contrasenso comprimir a vagina para estancar hemorragia do utero; mas a verdade é que este é tambem comprimido indirectamente, e assim se soccorre tanto a mãe como o feto.

Os principaes inconvenientes do tamponamento são causar dôr intensa e dificultar a exoneração intestinal e a micção. Trata-se, porém, de um simples meio de urgencia para transportar a doente.

Quanto ao **tamponamento intra-uterino**, é problema difficil de se solver; os cirurgiões praticam-no, com frequencia, no tratamento da placenta prévia, mas a maioria dos parteiros o recusam como nocivo e quasi sempre malefico. O tampão, em geral, fica rapidamente embebido de sangue. Lembremos, a proposito, a phrase de Zweifel: **Todo o estillicidio sanguineo que se faz através de um tamponamento intra uterino é de gravissimo prognostico, porque ou a mulher melhora em alguns minutos, ou a morte é immediata.**

O tamponamento intra-uterino nunca deve ser feito para estancar uma hemorragia por effeito da **atonía uterina** em placenta prévia.

Nos casos extremos, em que falhou o primeiro tamponamento intra-uterino, está indicado um segundo emquanto se prepara o material para a hysterectomia

12 — **Lacerações secundarias do collo** — Ha tambem a considerar as hemorragias por lacerações, que se dão quando o parteiro, em desrespeito ás regras obstetricas, se limita a retirar o feto a todo transe.

a) quando as lacerações ficam aquém da inserção vaginal do collo, são bem reconstituídas por sutura por via vaginal;

b) quando se propagam além do collo, ha tres processos:

a - o **processo de Boero**, que consiste em se collocarem pinças cada vez mais altas, que se entrecruzam e reviram as bordas da ferida, mantendo-se a hemostasia por tamponamento; é o que se faz quando a doente não supporta o choque da hysterectomia;

b **suturar por via vaginal**, descollando a bexiga, si os limites da laceração não forem muito longe;

c **suturar por via alta**, si os limites da laceração tiverem atingido a zona de inserção dos annexos.

Veit dizia que o parteiro que sabe suturar bem, por via vaginal e abdominal, não deve temer as lacerações.

Ha, porém, que recear a **atonía uterina**, a que já nos referimos, e que é a mais grave das complicações da placenta prévia.

Para evitar toda hemorragia e o perigo que decorre da atonia, o melhor é fazer a prophylaxia daquella, observando o curso **normal da dequitação**; isto é, respeitar o repouso physiologico do utero e só retirar a placenta quando recommencarem as contracções. Quando não se póde aguardal-as, podem provocar-se:

a) pelo **processo de Zweifel**: colloca-se na cavidade uterina um balão, que se comprime com a mão vaginal de baixo para cima, e com a mão abdominal **provocam-se contracções energicas**. Retira-se o balão e procede-se ao descollamento placentario, porque, no fazer este, com o utero em repouso physiologico, corre-se o risco de

atonía lethal. Nenhuma intervenção prematura é mais grave do que o descolamento em taes condições.

b) pela **manobra de Fritsch**, na falta de balão: Põe-se uma das mãos dentro do útero e procura-se provocar as contracções com a mão abdominal.

Si o parteiro já está soccorrendo a doente ha algum tempo, estas contracções são facilitadas porque naturalmente já recorreu á pituitrina ou á ergotina.

A anemia que decorre da hemorragia é combatida pelos meios communs: postura de declive, injeccção de sôros artificiaes, dos quaes é preferivel o de **Ringer-Locke**, por conter calcio, que é hemostatico.

O tratamento heroico consiste, todavia, na transfusão sanguinea, directa ou indirecta.

MORAES LEME

ANNUNCIEM NA "REVISTA DE MEDICINA"

Mediante pedido, enviamos tabellas de preços e prestamos promptamente quaesquer outras informações.

NOTAS DE CLINICA THERAPEUTICA

PROF. CELESTINO BOURROUL

1.ª Serie: APPARELHO RESPIRATORIO

I) Pneumonia lobar aguda

Definição: Pneumococcia pulmonar, geralmente lobar, pelo Pneumococco de Talamon-Frankel.

Etiologia: A frigore commummente.

Symptomas: Febre alta de vez — 39.º a 40.º. (Toda a febre alta d'emblée, com um estado pulmonar, — resfriado, tosse — deve trazer a ideia de pneumonia ou broncho-pneumonia, — esta nas creanças principalmente)

Escarros fibrinosos, pegajosos, côr de ferrugem ou de tijolo, adherentes ao fundo do vaso. Sub-massicez; bronchophonia; augmento das vibrações vocaes, sobre tubario. Tosse. Pontada. Calafrio, ás vezes unico e intenso. Na pneumonia central, os signaes phisicos podem fallar; attentar, então, para os geraes — febre alta, etc.

Na pneumonia dos velhos e deprimidos, a febre póde ser baixa.

Os estertores crepitante do inicio da molestia são tão raros e fugazes que não têm valor diagnostico. Localização geralmente, basal; a apical é mais frequente nos velhos, crianças e alcoolicos, tendo nestes prognostico mais sombrio. Na phase de resolução, estertores sub-crepitantes grossos de retorno.

Complicações: Duração — 7 a 10 dias; se a molestia dura mais de 10 dias, pensar, então, em complicações: Pleurisia suppurada; resolução demorada na induração e carnificação; focos multiplos ou successivos (pneumonia migratoria, dupla); suppuração (hepatisação cinzenta — escarros escuros, de calda de ameixas pretas); ou em localizações outras como meningite, endocardite, pericardite, abscessos, etc. Urina carregada, vermelha, rica em uréa e pobre em chloretos. Terminação normal por crise, acompanhada de suores profusos.

Na pneumonia arrastada (induração, carnificação, fibrose, suppuração), o exame radiologico mostra sombra em forma cônica, de cunha, com base peripherica e apice olhando para o hilo, que não deve ser tida por pleurisia interlobar (puncção negatíva)

Nas casos duvidosos é bom puncionar, pela frequencia das complicações pleuraes, sobretudo nas creanças.

Broncho-pneumonia. — Creanças. — Nestas até 10 — 13 annos, a pneumonia lobar massiça é mais rara, tendo antes uma localisação lobular (broncho-pneumonia) A respiração pueril, rude por natureza, difficulta nas creanças o diagnostico do sopro tubario. Attender, ahi, ao character mais superficial e soproso deste; aos focos multiplos; á sub-massicez; e sobretudo ao estado geral máu — febre, dyspnéa, pallidez, tosse dyspneica caracteristica — como se os doentinhos quizessem escarrar a cada passo a sua tosse.

TRATAMENTO:

Camphora — Oleo camphorado a 25 o|o em alta dóse. Adultos: 10 cc. (2,5 gr de camphora) de manhã e 10 cc. á noite. Nos casos graves: 10 cc. de 8 em 8 horas, até 30 cc. por dia. A camphora, além de sua acção tonica cardio-vascular, age sobre os pulmões, eliminando-se pela arvore respiratoria (halito com cheiro de camphora)

Digitalis — Aguentar, desde o começo, o coração com a digitalis, sobretudo nos doentes de meia idade, deprimidos, alcoolicos, meiopragicos e velhos. A digitalina na dóse de 1|5 de milligr. (X gottas da digitalina de Petit-Mialhe ou Nativelle) de manhã, e se preciso á noite. Digaleno — XX a XXX gottas de manhã e á noite; ou 1 a 2 empolas em injeccão. A tintura de digitalis, em vista da riqueza duvidosa das folhas não merece confiança.

Pituitrina Adrenalina — Tonificar o systema circulatorio peripherico (paralysisia ou parese vascular) com os vaso-constrictores — pituitrina (1 empola) e com a adrenalina (P & D.), em injeccões, de 1|4 a 1|2 milligr., até 2 a 3 milligr por dia.

Medicação especifica. Soro. Vaccina — Tentar a medicação especifica — soro antipneumococcico polyvalente e vaccinas polyvalentes; se possivel e se houver tempo — a autovaccina.

Quinina — Corrigir o estado infeccioso — A quinina (bromhydrato ou bi-chlohydrato) — 1|2 gr a 0,gr 60 — capsulas de 0,15 a 0,20 — 3 vezes por dia.

Colloidaes — Metaes colloidaes — O electrargol de Clin dá bons resultados nas creanças. Nunca injectar colloidaes nas veias — reacções fortissimas, febris e colloïdoclasticas, ás vezes fataes. O cobre e ouro colloidaes, associados ou não ao formiato de quinina, em injeccão (Ionase de Orlando Rangel v g) são indicados principalmente nas formas grippaes.

Febre. Compressas frias — Moderar a febre pelos envoltorios frios do thorax (compressas de agua fria), um de 3 em 3 horas e durante 1|2 a 1 hora, isto é, até que a compressa se apresente

quente ou que o doente tenha sensação de calor. Se a temperatura depois da primeira compressa se mantiver alta podem-se applicar 3 compressas em seguida, medeando um intervallo de 1|4 de hora entre uma e outra.

Nos doentes sensiveis á agua fria, começar com compressas humidas de partes eguaes de alcool e agua, ou ainda com compressas mornas.

Lençol molhado. Banhos — Se a temperatura não baixar — 40°.5, 41°. — lençol molhado em todo o corpo ou mesmo banhos mornos, na temperatura inicial de de 37.° e baixando-se deccescentemente a 34.° e 30.°.

Antithermicos — Os antithermicos carecem ser dados com moderação, não mais de 1|2 gr por dia, — pequenas doses de aspirina, pyramido ou cryogenina — puros ou associados á quinina, em vista da acção deprimente e da sudorose que provocam.

Capsulas do typo das antigrippaes, como:

N.º 1

Bromhydrato de quinina	0:20
Aspirina	0,20
Pyramido ou Cryogenina	0,10
Pós de Dover	0,05
Cafeina	0,05

Para 1 capsula. Tome 3 por dia.

Pontadas. Sinapismos — Cataplasmas synapisadas. As pontadas. pleurite, são combatidas com as cataplasmas sinapisadas — papas de farinha de mandioca ou de linhaça polvilhadas de farinha de mostarda ou 2|3 partes de linhaça com 1|3 de mostarda; ou ventosas seccas ou escarificadas. Deixar as ventosas escarificadas para ultimo lugar, pois a pelle ferida não supportaria nem outro topico.

Embrocações — Fricções ou compressas de salicylato de methyla, chloroformio ou de essencia de therebentina podem ser applicados loco dolenti.

Pontas de fogo — Não se indicam nas formas agudas mas nas formas arrastadas — pleurite, induração — pela reacção congestiva que provocam.

Vesicatorios — O vesicatorio de cantharidas, muito empregado antigamente nas pneumonias agudas, cahiu em desuso, pelo perigo da nephrite cantharidiana. Nos casos muito especiaes de resolução demorada, merecem ser lembrados os revulsivos de thapsia ou oleo de croton, pela inflammiação substitutiva e processos leucocytarios de defesa.

Expectorantes — O bloco pneumonico soffre uma resolução mais interna pelos leucocytos do que externa pela expectoração Os expectorantes ammoniacaes indicam-se no accumulo de catarrho com expectoração difficil e com parese dos bronchios.

No. 2

Mixtura solvens (pharmacopea germanica)

Chloreto de ammonio

Extracto thebaico

Extracto de alcaçuz

Decocto de polygala

Tome uma colher de 3 em 3 horas.

No. 3

Chloreto de ammonio 3 gr

Oxymel scillitico)

Xarope de codeina) ãã 25 cc.

(ou Xarope de belladona))

Infuso de ipeca a 1 %

(ou de polygala ou de anica) 100 cc.

Tome uma colher de 3 em 3 horas.

Bronchoplegia. Congestão — Nas formas congestivas e bronchoplegicas a ipeca ou emetina; a strychnina até 5 milligrs. por dia em doses fraccionadas; a pituitrina, 1 a 2 empolas por dia; a adrenalina, 2 a 3 milligr em injeção, em doses fraccionadas de 1/4 a 1/2 milligr.

Antimoniaes — Nas bronchorrhéas e formas congestivas, con- vem ás vezes os antimoniaes como modificadores — kermes mineral (0,10 a 0,20), oxydo branco de antimonio, 1/2 a 1 gr

Alcool — Na pneumonia dos alcoolicos e deprimidos dar aguardente, cognac ou vinho do Porto ou poção de Todd ou mis- tura de Stokes.

Oxygenio. Abcesso de fixação — Nos casos graves, asphyxicos, fazer inhalações de oxygenio constantemente (tubo de oxygenio); e injeção de 1 a 2 cc. de essencia de therebentina, para o abcesso de fixação, na parte externa da coxa.

Formas protractidas. Creosotados — Nos processos torpidos os creosotados-thiocol, 1/2 a 1 gr. e os balsamicos-terpina 1/2 gr. se indicam.

As injeções derivadas da formula:

Gaiacol	0,05
Menthol	0,05

Eucalyptol.	0,05
Iodoformio	0,01
Phenol.	0,01

Oleo camphorado a 25 o|o q. b. para 2 cc.

Uma empola por dia ou cada 2 dias.

Iodados. Arsenicaes — Xarope iodotannico puro ou associado ao iodeto de calcio (1|2 a 1 gr)

Oleo de fígado de bacalhau — Arsenicaes, arrhenal ou cacodylato (0,05) em injeções e o oleo de fígado de bacalhau.

II) Broncho-pneumonias agudas (Pneumonia lobular)

Definição — Phlogose pulmonar — bronchiolite, alveolite (bronchite capillar, catharro suffocante)

Etiologia — Mais circumscripta, mais localizada em um ou mais focos (forma multipla ou migratoria) não atacando um lobo todo, massica, como a pneumonia lobar; geralmente secundaria á grippe, pneumococcia, estreptococcia, sarampo, coqueluche, etc.

E' complicação frequente do sarampo e mortal do coqueluche.

Nas creanças até 10 — 12 annos a pneumonia toma mais a fórma lobular (broncho-pneumonia) que a lobar

Symptomas — Tosse, dyspnéa — tosse dyspneica (o doentinho escarra a sua tosse) Aqui como na pneumonia lobar, o estado local tem uma assignatura, importante quanto ao diagnostico, no estado geral máu, dyspnéa, pallidez, cyanose, asphyxia.

Febre alta, em um estado anterior de bronchite deve trazer a suspeita de broncho-pneumonia, principalmente nas creanças.

Fóco isolado ou esparsos, migratorios de sub-massicez, estertores humidos; sopro, menos intenso e franco que o tubario; sibilos, ás vezes é uma tempestade barulhenta de sopros, sibilos, estertores e attritos.

TRATAMENTO:

O mesmo que para a pneumonia, attendendo-se tambem ao tratamento da infecção causal (grippe, coqueluche, sarampo)

Vomitorio — Na bronchite capillar ou catarrho suffocante das creanças, quando o estado geral o permitta, dar vomitorios de ipeca (xarope de ipeca com ipeca em pó a 1 o|o: 1 colherinha de chá de 1|4 em 1|4 de hora), acção, descongestionante e desobstruente.

Adultos, ipeca em pó em capsulas de 1|2 gr de 1|4 em 1|4 de hora.

Camphora — A camphora (0,25 a 0,50 até 1 gr por dia e por anno de idade) Convém nas creanças deprimidas tactear a sensibilidade para a camphora, pois o figado insufficiente pode não fixar pelo acido glycuronico a camphora toxica.

Electrargol — O electrargol (1|2 empola) constitue bom tratamento para as creanças.

Quinina — Aristoquina ou euquinina ou tannato de quinina (0,10 a 0,20)

Antithermicos — Antithermicos em doses moderadas (0,10 a 0,20 por anno) associados á quinina.

Digitalis — Digaleno, V gottas por anno de idade.

Expectorantes — Licor ammoniacal anisado XX gottas
 Chloreto de ammonio 1 gr
 Benzoato de sodio 1 gr
 Xarope de tolu' 30 cc.
 Infuso de ipeca a 0,30 °|. 70 cc.

Tome uma colherinha de chá cada 3 ou 2 horas.

ASSIGNEM A "REVISTA DE MEDICINA"

ESTRANGEIRO.	10\$000
BRASIL (6 numeros)	18\$000
NUMERO AVULSO	2\$500

A PSYCHOANALYSE DOS SONHOS

A doutrina de Freud, hoje universalmente conhecida pelo nome de psychoanalyse, nome dado pelo seu autor, é, ao mesmo tempo, uma psychologia e um methodo de investigação e therapeutica mentaes.

Esta doutrina é celebre sobretudo pela importancia que attribue aos phenomenos da sexualidade no desenvolvimento das nevroses e psychoses.

As pesquisas iniciaes de Freud versavam sobre a pathogenia da hysteria e foram executadas com um fim puramente therapeutico.

Os seus estudos, entretanto, á proporção que iam procurando analysar as causas dos smptomas da nevrose, e o mecanismo da sua determinação, levaram-no, pouco a pouco, a construir todo um systema psychologico, que se baseia na concepção da vida mental como um conjuncto em perpetuo movimento e em continua evolução, cuja dynamica repouza sobre o inconsciente, conceito já antigo e empirico, mas que elle alargou e transformou de um modo singular e suggestivo.

As suas conclusões tirou-as Freud de seu methodo de analyse, que se aproveita de todas as manifestações inconscientes ou involuntarias, como as attitudes, os lapsos, os esquecimentos, a inspiração artistica, e dos symptomas das nevroses e psychoses para chegar até ao inconsciente do individuo e determinar-lhe as tendencias e sentimentos mais profundos, os pensamentos reprimidos ou a idéa pathogenica. Porque para Freud, toda a nevrose, psychonevrose é determinada por um complexo affectivo (como elle chama a um conjuncto de tendencias e sentimentos em volta de um motivo central) que traumatiza o inconsciente, desharmonizando o concerto psychico, com um mecanismo de que mais adiante tratarei.

Muitos dos pontos basicos da psychoanalyse já tinham sido estabelecidos anteriormente e mesmo já faziam parte da psychologia admittida quando Freud iniciou as suas pesquisas.

Mas a vantagem do professor de Vienna foi justamente ter retomado certas idéas já estabelecidas, insistindo sobre ellas, alargando-as e integrando-as numa synthese que abrange toda a psychologia normal e pathologica.

O objectivo deste artigo é apenas expor uma psychoanalyse dum sonho, mas vão antes umas linhas sobre o conceito da vida

mental, admittido por Freud, e sobre o valor e interesse que apresenta a analyse dos sonhos.

*
* *

O individuo póde ser considerado sob dois pontos de vista: como ser isolado e como ser pertencente a uma série de seus semelhantes, tendendo toda a sua actividade para dois fins: conservar-o e perpetuar a especie.

Essa actividade tem como elementos essenciaes, o instinto de conservação e o instinto sexual.

Freud chama ao complexo das tendencias sexuaes de **libido**.

Reduzem-se, assim, na essencia, os impulsos vitaes e, portanto, os psychicos, em **egoismo e libido**.

O fim ultimo do instinto sexual é a posse do ser do sexo oposto. Mas como esse fim, instinctivo e ancestral, tem um character absorvente e avassalador, e como a sua realização se faz debaixo de todas as complicações da vida em sociedade, as tendencias sexuaes se complicaram de tal fórma, se mascararam com taes artes, deslocando-se, até, da finalidade primitiva, que a **libido**, para a sua expansão, tornou-se polymorpha e quasi ubiqua (*) expandindo-se num incommensuravel numero de manifestações da actividade humana, sem se limitar apenas, aos actos visivel e grosseiramente sexuaes, como á primeira vista podia parecer

Um dos pontos essenciaes nesta theoria é a evolução do instinto sexual na infancia, a que Freud attribue uma importancia capital, considerando as suas perturbações e as recordações eroticas da criança como a base das manifestações morbidas que o adulto possa apresentar

Além disso, as funcções psychicas têm dois dominios: o consciente e o inconsciente.

Os phenomenos psychicos que se passam fóra do campo da consciencia são muito mais numerosos, mais complexos e mais profundos que os que se passam sob o nosso conhecimento.

Os processos conscientes não representam senão fracções da vida psychica total. O processo psychico não é necessariamente consciente e o eu está reduzido a se contentar com dados raros e fragmentarios sobre o que se passa fóra do alcance da introspecção.

(*) Freud procura, mesmo, identificar o egoismo e a libido num só impulso sexual, fundamental e unico, o que faz que a sua doutrina mereça o sentido de pansexualismo, que lhe foi dado ha muito tempo.

O termo **inconsciente** foi tomado acima num sentido muito geral. Podemos subdividi-lo em dois campos: o **preconsciente** (ou sub-consciente) e o **inconsciente**, propriamente dito.

É de fácil verificação o facto de não se poder pensar simultaneamente em varias coisas. Ellas têm de se succeder numa corrente continua, occupando a consciencia apenas uma ou algumas de cada vez.

Ora, os elementos que nós vamos armazenando durante o correr da vida e que podem assim, ser transportados para o campo da consciencia por um esforço de memoria, ou que se transportam expontaneamente, esses elementos que são os conhecimentos adquiridos e concorrem para formar a experiencia individual, ficam latentes no **preconsciente**.

O **inconsciente** propriamente dito encerra as tendencias mais profundas e todo o lastro hereditario e phylogenetico, donde partem as forças orientadoras da actividade psychica.

O **inconsciente** corresponde á actividade psychica primaria e é incapaz de acesso na consciencia.

O **preconsciente**, actividade psychica secundaria, está collocado entre o **inconsciente** e o **consciente** e havendo uma penetração mutua desses tres dominios, não se póde precisar onde começa um e o outro acaba.

O **preconsciente** é, ao contrario, directa e immediatamente capaz de consciencia. Os seus elementos a alcançam apenas tenham satisfeito a algumas condições, como, por exemplo, attingirem uma certa intensidade e terem voltada sobre si uma parte de attenção.

Além da possibilidade de consciencia, os elementos do **preconsciente** ainda tendem para ella, podendo-se comparar esta tendencia á que um corpo mais leve que a agua, e nella mergulhado, tem de se projectar á tona. Estas mudanças de estado (do **preconsciente** ao **consciente**) dos elementos psicologicos, ora com apparencias de expontaneidade, ora suggeridos por impressões da occasião, são continuas e em perpetua evolução, e assim a consciencia nunca está livre e sempre se pensa em alguma coisa. Mas não pensamos no que queremos: mas no que se impõe ao pensamento; todo estado de consciencia é determinado e toda a idéa é o extremo de uma série de elementos presos uns aos outros e mergulhados, na quasi totalidade, profundamente no **inconsciente**.

Todo elemento psicologico **consciente**, subentende, pois, necessariamente, um processo previamente realizado e continuo e de que elle é um fragmento transitoriamente isolado na consciencia.

Pois bem, Freud pretende pelo processo da psychoanalyse chegar, partindo duma determinada idéa, ao conhecimento retrospe-

ctivo do processo inconsciente que a gerou e descobrir os elementos da cadeia, procurando, assim, dar á idéa o seu determinismo e significação

Todas as impressões trazem consigo uma certa energia que uma vez no preconsciente, permanecem latentes, com tendencia a **se actualizar**. Nem todos os elementos porém, **se objectivam no campo da consciencia**, da mesma fórma que nem todos os nossos **pensamentos se transformam em actos**. Mas a tendencia fica, **aguardando uma opportunidade de objectivação**.

A vida em sociedade e o contacto com a realidade obrigam o individuo a se adaptar e a adaptação se faz a custa de forças coercitivas: a educação, a ethica, o sentimento moral, religioso, etc., que se resumem, todas, na consciencia moral.

Quando uma tendencia vai de encontro ás conveniencias, quando repugna ou é prejudicial ao individuo, este a **recalca**, isto é, **afasta-a da consciencia**, procurando tirar-lhe qualquer possibilidade de realização.

Assim, quando uma circumstancia **qualquer lembra a um** individuo normal a possibilidade de um acto profundamente immoral, como um incesto, por exemplo, sabemos com que força intervem o recalçamento para repellir o desejo repugnante.

Pois bem, a esta força que existe no limiar da consciencia e que é como um fiscal que escolhe as tendencias candidatas a surgirem no nosso scenario consciente, Freud chama **censura**.

A acção da **censura**, retendo no preconsciente certos complexos affectivos e não lhes tirando, entretanto, a energia e a interferencia no concerto psychico, cria a possibilidade de uma eclosão intempestiva e anarchica, que vai constituir o que Freud chamou os **traumatismos psychicos**.

Podem-se comparar estes factos ao que se observa com as infecções banaes, anonymas e transitorias, adquiridas durante o **correr da vida e que mais tarde, quando uma opportunidade qualquer se apresentar, vão ser as causas, até então latentes de symptomas e molestias, aparentemente isolados desses antecedentes banaes e fugazes, de que nem mesmo o paciente se recorda. Os symptomas e molestias seriam os traumatismos de Freud, e consequente symptomatologia morbida e as infecções, os elementos latentes do preconsciente, que se manifestam assim que se offereça a occasião.**

E os sonhos? Estes são as manifestações, com maior ou menor intensidade de consciencia, da actividade psychica que acompanha o **somno**.

Resultam de um tecido vario de imagens e idéas fugazes, de trama debil e irregular. A ordem logica geralmente falta, o que lhes dá a sua incoherencia notavel (Luciani).

Mas, "para a psychoanalyse o sonho absolutamente não é um acaso, uma desordem psychica; é um acto psychico essencial, determinado, nos seus menores detalhes, por leis psychologicas precisas" (Regis et Hesnard)

E essas leis confirmam a hypothese da existencia latente dos complexos affectivos, a que nos referimos atrás.

Durante o somno (pelo menos nas phases em que é acompanhado de sonhos) a consciencia não desaparece de todo e o individuo mantém a sua personalidade, que póde conservar ou modificar a sua orientação.

Os sonhos são, portanto, as projecções conscientes, durante o somno, de um certo numero de elementos representativos. Ora, esses elementos surgem do preconsciente, onde aguardavam uma oportunidade de libertação.

Mas, sonha-se com todos os elementos do preconsciente ao mesmo tempo ?

Não, só com alguns: aquelles que estão associados a uma impressão que tenha attingido o individuo na vigilia, ou mesmo durante o somno, impressão essa que vai ser a causa, não efficiente mas accidental do sonho e que Freud compara a um empreiteiro que reúne os operarios para realizar uma obra.

O sonho é, pois, uma descarga de elementos que estavam presos no preconsciente.

Das impressões da vigilia, nem todas, porém, vão figurar no sonho; só figuram as que não tiveram tempo ou occasião de uma elaboração consciente; as que, apenas penetraram do mundo exterior ao interior, pelos órgãos dos sentidos, foram logo varridas da consciencia por obra da censura (censura na sua significação mais geral. isto é, actividade seleccionadora por um processo de inibição, sempre orientada pelo criterio individual)

As manifestações objectivas dos sonhos, são, para os efeitos de uma analyse, insignificantes, pois que se reduzem a movimentos, modificações mímicas da face, a uma ou outra phrase articulada, e pouco mais, excepto, naturalmente, os casos pathologicos.

O methodo a que se tem de recorrer será, pois, a introspecção. isto é, o exame subjectivo feito pelo sonhador, depois de despertar. sendo, por isso, os próprios sonhos os que melhor se analyzam.

O sonho destinado á psychoanalyse deve ser escripto immediatamente após o despertar, quando estão ainda mais ou menos vivas as suas imagens na memoria.

Para a analyse dos sonhos alheios tem-se que exigir absoluta isenção e sinceridade de sonhador, não se admittindo nenhuma critica ou recusa por parte deste, sob pena de não sahir coisa digna de se tomar a serio.

O methodo analytico será, neste caso, subjectivo e objectivo a um tempo: objectivo para quem analysa e subjectivo para o paciente, que se sujeita a uma verdadeira anamnése que tem por fim revelar todas as associações de idéas suggeridas pelo sonho.

O sonho que vai abaixo não é meu, mas de um paciente que não tendo commigo nenhum motivo de constrangimento, sujeitou-se com muita docilidade e franqueza ao interrogatorio.

Por ser este longo e minucioso, só figurarão aqui algumas informações uteis obtidas, e, para resumir, o paciente será chamado A.

Na analyse que se segue procurarei mostrar apenas: o motivo immediato do sonho, a identidade affectiva dos seus elementos e a sua finalidade, aliás commum a todos os sonhos — a satisfacção de um desejo, conforme estabeleceu Freud como lei geral.

O sonho escripto por A immediatamente após o despertar, é o seguinte.

"Sonhei que estava sentado num sofá, collocado a um canto duma pequena sala, separada de outra, maior, por um biombo de madeira. Ao lado achava-se uma mulher (a que eu chamarei sra. X), bonita e bem vestida, cercada de alguns homens que a assediavam com propostas e insinuações a que ella resistia, mostrando-se visivelmente contrariada.

Eu, que a conhecia, sentia impetos de soccorrel-a, mas não me levantava, acovardado.

A mulher e o grupo de homens que a cercava, dirigiram-se pela porta do biombo que fazia communicar as duas salas, á sala maior, continuando o mesmo assedio e resistencia.

Eu, que me inha levantado, via, através da porta, a mulher voltando depois de se ter livrado dos homens, os quaes eu via pelas costas, mal os distinguindo num fundo escuro para onde se dirigiam.

Como nos conhecessemos, ella se dirigiu a mim, como a alquem que lhe pudesse valer.

Recebi-a nos braços, disse-lhe algumas palavras amigas, exprobei os homens, e, abraçando-a com todas as apparencias de respeito, beijei-a na testa.

Este beijo, sentia-o no sonho, velava uma segunda intenção inconfessavel a respeito da mulher"

PSYCHOANALYSE

Comecei perguntando ao individuo se havia alguma impressão de **vigília (do mesmo dia ou de dias anteriores)** que se pudesse relacionar com o sonho e pedi-lhe também todas as associações imediatas que o sonho suggerisse.

Resumo aqui as informações: na mesma noite do sonho, A tinha ido, em companhia de um amigo, a uma pension qualquer. Por varios motivos, não conseguiu dar satisfação á pensionista, deixando-a sem lhe ter dito ao que ia...

Contou o caso ao amigo, riram, mudaram de assumpto, desvanecendo-se completamente a lembrança do facto, do qual não se lembrou mais no resto da noite.

A sra. X é uma pessoa das relações de A, a quem este tem em muita consideração.

Os homens não apparecem muito nitidos e A não denuncia nelles nenhum conhecido ou pessoa de que se possa recordar.

A sala em que se passa a scena, o sofá, em que apparece sentado, e o biombo de madeira, são de uma pensão onde A. morou por pouco tempo.

Note-se, em primeiro lugar, que este sonho é muito simples e muito nitido, desenrolando-se as scenas com muita clareza e ordem, sendo também muito nitido o sentimento que A experimentava em sonho, no qual, como elle mesmo diz na descripção, se sentia acovardado, não escondendo uma intenção inconfessavel.

Ora, este sentimento não se póde relacionar legitimamente com o facto da vigília — a frustração de uma tentativa?

E' o que parece. Com effeito, ó deixar-se um couple sem se ter mostrado uma certa vivacidade, não é dos factos que mais nos exaltem...

Ora, antes do sonho, A afastou da sua consciencia esse facto desagradavel, pois que delle não se recordou mais no resto da noite.

Portanto, o individuo em questão recalcou, antes do sonho uma idéa humilhante.

Ora, esse sentimento de impotencia que, nem bem surgiu, foi varrido do campo da consciencia, recalcando-se no subconsciente, apparece nitidamente no sonho que serviu, assim, de valvula de escoamento de sua energia latente.

Parece que isto, por emquanto, não é forçar as analogias.

Toda idéa desperta um estado d'alma que o individuo procura conservar ou repellir conforme a sua tonalidade affectiva, isto é, conforme seja agradavel ou desagradavel. A lembrança de um triumpho, por exemplo, embala-nos por muito tempo, ao passo que

todos nós procuramos afastar da memoria um feio acto que tenhamos commettido, não admittindo que outros nos venham recordal-o.

Os estados d'alma ou tendencias, que, na vigilia sao constrangidos ou repellidos por serem chocantes ao character ou por serem desagradaveis e inoportunos, no sonho se expandem com mais liberdade, pelo afrouxamento do rigor da censura durante o somno a qual todavia não se desvanece de todo.

E' o que se verifica neste sonho, no qual o paciente assume uma attitude simplesmente inferior: observa uma senhora cercada de homens que lhe dizem coisas sordidas, quer intervir e se acovarda; depois recebe-a como amigo e dá-lhe um beijo que mascarava uma segunda intenção.

Note-se este pormenor — que o beijo foi dado na testa — sitio destinado aos beijos paternaes, o que mostra o interesse que tinha A em dar uma fórma respeitosa á sua intenção, pelo prestigio que, mesmo no sonho, continuava a exercer a sra. X; note-se tambem a baixa consideravel que soffreu a sua mentalidade, sob o ponto de vista moral. E' como se vê, um borbulhar muito pouco edificante.

Vejamos, agora, a significação dos outros elementos.

A sra. X é conhecida e respeitada por A. Ello tem, entretanto motivos para figurar o sonho: é que, mezes antes, A teve que lhe pedir desculpas por não a ter cumprimentado em certa occasião: a lembrança deste facto faz que este elemento — sra. X — se ligue directamente ao sentimento geral de constrangimento, que domina o sonho.

A, beijando-a, parece que quer realizar uma vingança do que o obrigou o prestigio da dama em questão. Além disso, sendo X uma mulher, nada mais razoavel que figure em tal sonho, apesar de nunca ter despertado desejo sexual consciente em A.

Mas porque foi ella e não outra qualquer?

Pela identidade affectiva que a ligava ao resto do conteudo do sonho, como mostrei acima.

Os personagens masculinos são todos anonymos e talvez não sejam mais que o symbolo da concorrência.

A elles nada o paciente associa de positivo.

O scenario é muito simples. A reconhece como pertencente a uma pensão onde morou por muito curto prazo, justamente por nella se sentir em desconforto. O scenario lembra, portanto, o mesmo sentimento geral predominante no sonho, o que se dá com todos os outros elementos, que se associaram espontaneamente por provocarem, uns com maior, outros com menor intensidade, a mesma tonalidade affectiva.

Este sonho tem um fundo nitidamente sexual, o que é muito frequente, e mesmo predominante na genealogia dos sonhos, sem ser, todavia, regra absoluta, pois não ha, para Freud, pansexualismo nessa determinação.

Segundo Freud, todo o sonho tem por fim a satisfação de um desejo. Neste, o facto é typico: A satisfaz o seu desejo sexual, frustrado na vespera, beijando X em sonho, tendo se dado, neste exemplo, a transferencia do desejo de um objecto para outro.

*
* *

Freud distingue nos sonhos duas ordens de elementos: as idéas latentes e o conteu'do figurado.

Este é o proprio conteu'do dos sonhos e representa as primeiras, isto é, os complexos affectivos recalçados que determinaram o sonho mas que, em vez de nelle surgirem taes quaes, se apresentam travestis, depois de terem soffrido um previo processo de deformação e disfarce, que os faz apparecer symbolisados pelos elementos do conteu'do figurado.

Este processo de *camouflage* é realizado pela censura e, consistindo o sonho neste conteu'do, unico capaz de ser lembrado, vê-se como o proprio individuo ignora as causas que lhe geram os sonhos.

Só se pôde attingir essas causas pelo processo interpretativo da psychoanalyse

Qual é o mecanismo que regula a transformação das idéas latentes nas imagens do conteu'do figurado para a elaboração dos sonhos? Ou, qual é o mecanismo psychologico que regula a armagão dos sonhos?

Freud estabeleceu tres processos, como os mais geraes para essa elaboração, além de dar aos sonhos, como já vimos, a finalidade commum da satisfação de um desejo.

Esses processos, que são a *dramatização*, a *transferencia* e a *condensação*, nem sempre se verificam todos ao mesmo tempo, podendo se observar, ora juntos, ora isolados.

Neste exemplo verificam-se os tres, o que, aliás, é o caso mais geral.

A *dramatização* consiste na transformação dos elementos latentes do sub-consciente em imagens e na sua encenação verdadeiramente *alucinatoria*. E' o processo essencial.

A *condensação* é um processo symbolico dos mais importantes e consiste na representação de varias idéas analogas num mesmo symbolo, syntheticamente. Este é o processo mais intellectual da

elaboração, cuja complexidade corresponde ao desenvolvimento mental do indivíduo. Por isso, os sonhos das crianças são relativamente muito simples.

O terceiro processo consiste na transferencia de um desejo de um objecto real a outro symbolizado em sonho.

Como se viu neste exemplo, A deslocou o objecto do seu desejo sexual da pensionista da vespera para a sra. X, que figura como symbolo condensado de mais de uma mulher

CONCLUSÃO

A psychoanalyse dos sonhos é legitima, isto é, póde ser feita de accordo com regras estabelecidas pela observação dos factos. A sua legitimidade se mantém dentro de limites que possam permittir um controle accetavel e sério que garanta o analysta da má fé das associações imaginosas, nas quaes fatalmente cahirá si quizer levar a analyse até onde estas o insinuarem.

Não ha duvida que o cunho pessoal, por emquanto irremovível de certos methodos da psychologia, na analyse dos sonhos mais se accentu'a, o que não impede, entretanto, que, com uma noção exacta das medidas, se chegue á realidade effectiva, de um criterio psychoanalytico, aproveitando-se, segundo leis rigorosamente estabelecidas, essa importante manifestação objectiva que encontrou em Freud quem lhe desse a technica de analyse e talvez a verdadeira significação

A. ARRUDA SAMPAIO

S. Paulo, outubro de 1924

BIBLIOGRAPHIA

A bibliographia sobre a psychoanalyse é enorme. Além de bibliothecas e de livros em continua publicação, ha até revistas especializadas, destinadas a contribuições e propaganda. Disto póde dar uma idéa o catalogo bibliographico que acompanha a obra de Regis e Hesnard, abaixo citada.

As obras de Freud, além de artigos esparsos, já formam uma collecção de varios volumes, que estão sendo traduzidos em todas as linguas, mas as duas que vão abaixo são as capitaes para o conhecimento da sua doutrina.

FREUD — Introducção á psychoanalyse (trad. franceza e hespanhola) E' um resumo completo de todas as theorias.

FREUD — A interpretação dos sonhos (trad. hespanhola)

Obras de vulgarização e critica:

CHARLES BLONDEL: La psychoanalyse (1924). Resumo da doutrina de Freud, cujas idéas, expostas com toda a clareza, são cerradamente criticadas.

REGIS et HESNARD — La psycho-analyse dans les nevroses et psychoses (1914) Além da exposição clarissima, trata das applicações medicas e extra-medicas da psychoanalyse, terminando por uma critica das idéas de Freud sob os pontos de vista psychologico, medico e therapeutico. E' a melhor exposição franceza da doutrina.

DR. FRANCO DA ROCHA — O pansexualismo na doutrina de Freud (1920). Talvez a unica publicação brasileira sobre o assumpto.

LUCIANI — Fisiologia dell'Uomo — V capitulo referente aos phenomenos psycho-physicos do somno e da vigilia.

MEDEIROS E ALBUQUERQUE — Este autor, admiravel vulgarizador, tem um volume muito conhecido, e, que, apezar de resumido, trata destes assumptos de uma maneira clara e accessivel — O Hypnotismo (2.a edição, 1923). Tem um capitulo sobre a doutrina de Freud.

Nestas indicações se encontrarão preciosas informações bibliographicas.

ASSIGNEM A "REVISTA DE MEDICINA"

ESTRANGEIRO.	10\$000
BRASIL (6 numeros)	18\$000
NUMERO AVULSO	2\$500

NOVO METHODO DE TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE DAS MUCOSAS

SERGIO VEIGA DE CARVALHO e NESTOR FIGUEIREDO

Temos a honra de apresentar ao illustre Congresso Inter-Estadual de Estudantes de Medicina um novo methodo de tratamento da leishmaniose das mucosas de autoria do Dr Mario Ottoni de Rezende, distincto assistente da Clinica Oto-rhino-laryngologica, a cargo do eminente Prof. H. Lindenberg e sobre o qual o referido autor já apresentou uma nota previa á Sociedade de Medicina Cirurgia de S. Paulo, em sessão ordinaria de 15 de Maio de 1923.

A leishmaniose das mucosas tem sido rebelde aos tratamentos conhecidos. O tartaro emetico e o tartaro bismuthado, que tão brilhantes resultados têm dado na cura da leishmaniose tegumentar, mostraram-se até hoje inefficazes no tratamento da localização mucosa; ao contrario a therapeutica que ora apresentamos tem occasionado resultados promissores. Assim é que em casos de leishmaniose ulcerogranulomatosa o methodo preconizado pelo Dr Mario Ottoni de Rezende tem actuado de tal maneira que os pacientes ficam libertados de tão incommodativa molestia.

Se por um lado é certo que a Sciencia não tem patria, por outro lado não podemos deixar de nos desvanecer ao lembrarmos que tanto o tratamento pelo tartaro emetico como o que vamos descrever são obra de dois scientistas brasileiros, respectivamente Gaspar Vianna e Mario Ottoni.

Observando microscopicamente um corte de ulcera leishmaniotica, ella se nos apresenta desprovida de epithelio. Superficialmente ha uma camada de exsudato leucocytario. No fundo, os tecidos estão intensamente infiltrados por leucocytos, lymphocytos, plasma-cellulas e cellulas endotheliaes que têm tendencia a se disporem ao redor de gigantocytos, formando pequenos nodulos. E' possivel distinguir parasitas no cytoplasma das cellulas endotheliaes, sendo, porém, este facto muito raramente observado.

Sendo o nosso fito principal expôr o novo methodo do Dr. Mario Ottoni de Rezende, passamos immediatamente a fazel-o:

Consiste esse tratamento, segundo o autor, na exeresse da mucosa lesada por meio de curetagem e posterior applicação de acido lactico a 80 o|o. A curetagem tem por fim permittir a penetração do acido lactico profundamente nos tecidos doentes, o qual, em solução concentrada não só é ligeiramente caustico como tambem torna os tecidos pouco aptos para o desenvolvimento das raras leishmanias que ahi se encontram. Esse tratamento tem sido praticado na Clinica Oto-rhino-laryngologica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo do seguinte modo:

- a) Anesthesia da lesão com cocaina a 20 o|o;
- b) Curetagem minuciosa de toda a superficie lesada da mucosa e, sobretudo, onde houver granulações;
- c) Cauterização de toda a superficie curetada com uma solução de acido lactico a 80 o|o e assim successivamente;
- d) Oito dias depois nova applicação de solução de acido lactico a 80 o|o e assim successivamente;
- e) Sendo necessario 15 a 20 dias depois da primeira, nova curetagem seguida de applicação de acido lactico.

Esse tratamento deverá ser proseguido até que a mucosa se apresente lisa e completamente cicatrizada.

As vantagens deste novo methodo são innegaveis e nós que tivemos oportunidade de seguir e observar os casos tratados por este processo estamos convencidos da sua efficacia, e mais do que a nossa modesta opinião fallam as observações que adeante apresentamos:

(Seguem-se as observações).

LABORATORIO DE MICROSCOPIA

E

ANALYSES CLINICAS

DR. ALTINO ANTUNES

RUA DO CARMO N. 11

Teleph. 2463, Central

SÃO PAULO

Dois casos do mal de Recklinghausen

POR

FLAVIO MAURANO

(5.º annista da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Interno do Instituto Anatomico-Pathologico da mesma Faculdade e da Santa Casa de Misericordia de São Paulo)

Já muito se tem dito e escripto a respeito do mal de Recklinghausen, quer no ponto de vista etiologico, quer no pathogenico e quer no anatomico-pathologico. O facto, porém, de termos verificadô, em 1921, no Instituto Bacteriologico de São Paulo um caso typico desse syndromo, e mais tarde, em 1923, outro caso egualmente inconfundivel no Laboratorio Anatomico-Pathologico da Santa Casa de Misericordia de São Paulo, anima-nos a tornal-os publicos, dada a sua raridade.

E' do dominio dos collegas que até á data presente apenas tres casos de verdadeiro mal de Recklinghausen foram publicados entre nós: um pelo Prof. Aloysio de Castro, na Nouvelle Monographie de la Salpetrière, em 1912, 1916 e 1919, caso esse interessante por estar associado á acromegalia; outro pelo Dr Julio Novaes, na Gazeta Clinica de São Paulo, e o terceiro pelo Dr Eduardo Monteiro, na sua Clinica Medica recentemente dada a lume.

Quando fallámos em verdadeiro mal de Recklinghausen, fizemol-o propositadamente, porquanto hoje está assente a distincção entre esse syndromo, que tem characteristics muito claras, e as formas frustas, das quaes tivemos tambem ensejo de verificar tres casos comprovados pelo exame biopsico. Um delles apresentava um grande tumor neuro-fibromatoso (tumor real de Boudet) no labio superior, além de nodulos pequenos disseminados em todo o corpo; os outros dois possuiam tumores cutaneos e nervosos generalizados, conforme documentam os cortes que submettemos á apreciação dos collegas.

Os nossos casos de verdadeiro mal de Recklinghausen que constituem o objecto da presente communicação, demonstram, entretanto, exuberante quadro clinico e confirmação histo-pathologica.

O primeiro caso, que em 1921 foi enviado pelo Dr Vieira de Barros ao Instituto Bacteriologico de São Paulo, onde o examina-

mos em companhia do então Director, Dr Jesuino Maciel, tem assim a sua historia clinica:

Trata-se de J Kellner, cuja photographia, embora pouco nítida, pedimos permissão de passar aos Srs. Congressistas; tem 30 annos, côr branca, brasileiro, solteiro, escripturario.

Antecedentes hereditarios: Nada informa, pelo facto de não ter conhecido seus progenitores, que foram victimados pela febre amarella, quando tinha tenra idade. Desconhece tambem os seus parentes collateraes.

Antecedentes pessoaes: Em sua primeira infancia, teve sarampo, coqueiuche e catapora. Em 1918, contrahiu grippe, porém, de caracter benigno.

Nega antecedentes venereos, mas confessa que, sendo-lhe feita, numa occasião, a reacção de Wassermann, esta deu resultado levemente positivo. Em consequencia disso submetteu-se ao tratamento mercurial e arsenical, o que, ao contrario do que esperava concorreu para a aggravação de seus padecimentos. Fuma regularmente, mas não usa alcool.

Estado actual: J. Kellner é um individuo de constituição franzina, de escasso panículo adiposo; o que desde logo chama a attenção são as alterações do seu tegumento, que está cheio, em toda a sua extensão de nodulos de tamanho mais ou menos igual ao de um grão de ervilha. Alguns delles são molles ou duros, dolorosos ou indolores, sésseis ou pediculados, uns de ponta lobulosa, outros de ponta lisa. Os principaes são: um na arcada superciliar esquerda, molle e indolor, outro na região frontal esquerda, duro e doloroso; outro na região occipital, subcutaneos; na espadua direita ha dois nodulos; no ante-braço esquerdo tambem dois, varios na face dorsal e nos espaços interdigitaes da mão esquerda. No peito, logo abaixo do grande peitoral esquerdo, evidencia-se igualmente um grande nodulo; na região lombar, ha nada menos de quatro neuro-fibromas, dispostos ao lado da espinha dorsal, dois de cada lado. Na face interna da coxa esquerda, existem diversos nodulos pequenos e dois grandes na região posterior da coxa direita, um no bordo interno do pé esquerdo, como a photographia bem demonstra, um nodulo digno de nota. Em summa, o total desses nodulos já evoluidos attinge o numero de 20, havendo muitos outros em evolução.

Além desses tumores, verificam-se manchas pigmentares de côr de café com leite, sendo a maior na região glutea direita e outras disseminadas em todo o corpo, preferentemente nas partes cobertas. A pelle do penis é intensamente pigmentada. Essas manchas, existem congenitamente, tendo os tumores apparecido muito depois.

Os **apparelhos respiratorios** e **circulatorios** do paciente não têm alterações apreciaveis ao exame clinico.

Quanto ao **apparelho digestivo**, queixa-se apenas de prisão de ventre. Tem bom appetite e digere bem.

A analyse da urina nada revelou de importante.

Quanto ao **systema nervoso central e peripherico**: Accusa sómente tontura, grande excitabilidade, amnesia e outras perturbações. Não apresenta nenhuma perturbação motora ou sensitiva. Grande **asthenia**. Reflexos musculares e tendinosos normaes.

Nenhuma perturbação endocrina digna de nota.

A biopsia de um nódulo revelou proliferação de tecido conjuntivo, no seio do qual notamos algumas terminações nervosas, glandulas sudoriparas e sebaceas.

O **nosso segundo caso** refere-se a Domingos Vicente, branco, hespanhol, residente no Cambucy (avenida Mesquita, 76), tem 40 annos de idade, casado, de profissão engraxate, cuja photographia e diapositivos trazemos á assembléa.

Antecedentes hereditarios: Sem importancia. A mãe está viva, o pae falleceu na Hespanha de molestia que elle ignora. Tem tres irmãos fortes e sadios.

Antecedentes pessoases: Nega molestias peculiares á infancia. Em tempos remotos teve apenas uma adenite inguinal que não suppurou. Não contrahiou blenorragia, nem cancro molle ou syphilitico. Ha 20 annos, mais ou menos, extranhou a presença de um pequeno nódulo no braço com o qual, entretanto, não se incomodou, porque não lhe causava dor alguma. Posteriormente a adenite, por um, novos tumores identicos appareceram, evoluiram e se disseminaram em toda a extensão do seu corpo, e como alguns fossem muito dolorosos, resolveu, a conselho de amigos, que lhe diagnosticaram impureza do sangue, procurar a Santa Casa. Fuma muito, porém, nunca teve habitos alcoolicos.

Estado actual: Indivíduo magro, mal conformado, ligeiramente cyphoscoliotico. Pulmões, coração, aparelho digestivo e urinario normaes. Apresenta na região geniana direita, perto da commissura labial, um grande **naevus**. Apresenta em todo o corpo grande quantidade de tumores duros e molles, sésseis e pediculados de varios tamanhos, desde o de um grão de alpiste aos de um grão de milho, além disso, manchas punctiformes e placas pigmentares de grandes dimensões. Queixa-se de facéis vertigens e tonturas e disturbios **psichico-mentaes**, pelo que nunca pode aprender a lêr e a escrever. Reflexos musculares e tendinosos normaes. Nenhuma perturbação endocrina notavel.

A biopsia é No. 766 do laboratorio Anatomico-Pathologico da Santa Casa de Misericordia de São Paulo (sob a direcção do Dr. João Montenegro) Evidencia proliferação do tecido conjuntivo, causando atrophia da camada de Malpighi, no seio do qual ha terminações nervosas, glandulas sebaceas e sudoriparas.

CONSIDERAÇÕES GERAES

Pelo exposto, verificamos que os dois casos de mal de Recklinghausen se caracterizam perfeitamente pela triade symptomatica: tumores cutaneos, tumores nervosos e pigmentações e a mais, alliados a esses symptomas, disturbios psychico-mentaes bem evidentes. Esta physionomia clinica, caracteristica da molestia, encontrou tambem formal confirmação anatomico-pathologica. Encontramos nos dois casos tumores cutaneos molles, indolores e tumores nervosos duros e dolorosos, uns pediculados, outros sésseis. O tumor de Goudet não existia. No segundo caso, verificamos tambem a presença de um nævus pigmentar-piloso na região geniana direita, perto da commissura labial. Quanto á pigmentação, constatamos em ambos os casos manchas punctiformes e placas pigmentadas de grandes dimensões. No primeiro caso todos podem constatar, pela photographia, uma grande mácula na região direita e, tanto nesse caso como no outro, ha pigmentações punctiformes na nuca, dorso e peito. No primeiro caso sobreleva notar a pigmentação muito intensa do penis e do escroto. Pelo que consta dos dois casos observados parece-nos que a melanodermia e manchas hepaticas (Darier) são congenitas.

Tanto o primeiro como o segundo doente referem haver nascido com as manchas, tendo posteriormente a ellas apparecido os tumores cutaneos e nervosos. Um facto interessante é que o segundo doente, o hespanhol Domingos, tem uma filha (Maximiana), com cinco annos de idade, e um filho (Paulo) com dois annos de idade, com manchas congenitas identicas ás delle, o que vem reforçar a opinião de alguns autores acerca da hereditariedade do mal de Recklinghausen. As manchas pigmentares são mais frequentes nas partes cobertas, ao contrario do que se dá com o lentigo. Quanto aos disturbios psychico-mentaes dos dois doentes em questão são evidentes e não deixam a menor duvida acerca desse caracteristico do mal de Recklinghausen.

Convem assignalar que no primeiro caso o individuo, embora negasse a syphilis, apresenta reacção de Wassermann positiva, ganglios epitrochleanos enfarctados e dores osteocopas; o segundo, igualmente tem signaes de lues, apezar de haver tambem negado a lesão syphilitica inicial.

No **segundo caso**, observamos uma formação do esqueleto, ligeira lordo-escoliose, o que é commum nos doentes do mal de Recklinghausen.

CONCLUSÕES

De acordo com as nossas observações não só de casos de verdadeiro mal de Recklinghausen como de casos frustos, seja-nos permitido tirar as seguintes conclusões:

1) O mal de Recklinghausen, na sua symptomatologia typica, é raro. Não se deve firmar o diagnostico desse syndromo sem a verificação da triade symptomatica: tumores cutaneos, nervosos e manchas pigmentares, alliadas a disturbios psychicos-mentaes e, ás vezes, também a **physicos**.

2) Os symptomas cardeaes desse syndromo não apparecem simultaneamente numa dada época da vida; uns podem anteceder aos outros.

3) A syphilis, congenita ou adquirida, póde occasionar verdadeiros surtos do mal de Recklinghausen.

4) O mal de Recklinghausen é, frequentemente hereditario

5) A **primeira** manifestação desse mal é, vias de regras, a presença de **manchas pigmentares** congenitas quasi sempre associadas á melanodermia. Só mais tarde é que apparecem os dermo ou neuro-fibromas.

ANNUNCIEM NA "REVISTA DE MEDICINA"

Mediante pedido, enviamos tabellas de preços e prestamos promptamente quaesquer outras informações.

NOTICIARIO

ELEIÇÕES NO CENTRO

Em 14 de Novembro de 1924, realizaram-se as eleições para os diversos cargos da nova directoria, que deverá reger os destinos do Centro durante o anno de 1925

A's urnas compareceram 219 eleitores, e, dentro da mais perfeita ordem, as eleições foram das mais disputadas, que ha memoria na historia do Centro.

A's 16 horas, encerrada a sessão, verificou-se o seguinte resultado :

Presidente: Alvaro Guimarães Filho;
Vice-presidente: José Augusto Lefèvre;
Secretario geral: Oscar P de Araujo Cintra;
1.o secretario: Augusto Sampaio Doria;
1.o orador: Floriano de Alencar;
1.o thesoureiro: Luiz de Oliveira Ramos;
2.o secretario: Jorge de Andrade;
2.o thesoureiro: João C. G. Cardim;
2.o orador: Hermenegildo Urbina Telles.

DR. MARIO EGYDIO DE SOUZA ARANHA

Em viagem de aperfeiçoamento, partiu para os Estados Unidos, o Dr Mario E. de Souza Aranha, preparador da Cadeira de Pathologia Geral de nossa Faculdade.

DR. FRANKLIN DE MOURA CAMPOS

Seguiu para os Estados Unidos, em viagem de estudos, o Dr Franklin de Moura Campos, preparador da Cadeira de Physiologia da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

PEPSTASE

(PEPSINA E DIASTASE)

Preparada e dosada physiologicamente pelo

INSTITUTO CHIMICO CARAMURU'

Com acção physiologica de:

1|100 sobre os albuminoides

1|2000 sobre os amylaceos

Temos a satisfacção de poder offerecer á classe medica um producto de primeira ordem e de irreprehensivel preparo, nas condições de preencher com absoluta efficacia as suas indicações positivas e bem conhecidas nas variadas fórmulas de dyspepsia e nas multiplas affecções devidas ao mau funcionamento do aparelho digestivo. A PEPSTASE, além de optimo digestivo é saborosissimo licôr

A' venda nas principaes drogarias e pharmacias
Unicos representantes:

ASSUMPCÃO & CIA.

Rua Boa Vista, 9

S. PAULO

Rua Sacadura Cabral, 126

RIO DE JANEIRO

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

RUA TYMBIRAS, 2 (sobrado) S. PAULO (Brasil)

Director Técnico: Prof. ULYSSES PARANHOS

Consultor Técnico: Prof. ERNESTO BERTARELLI

PRODUCTOS RECOMENDAVEIS AOS SRS. CLINICOS

ASPIR — (citro-bismuthato de sodio). Cura immediata de todas as manifestações da lues com poucas injeções intra-musculares. Não produz estomatites, nem albuminuria. Aplicações indolores e de 3 em 3 dias.

PALUDAN — Medicamento chimiotherapico ideal contra o paludismo. Milhares de successos nas zonas malarigenas. Injeções intra-venosas e intra-musculares diarias.

CITOSAN — Medicação intensiva pelos cacodylatos (0,30 por ampôla e 5 c. c. de soro physiologico estrinquinado). Indicado nas asthenias, doenças torpidas da pelle, tuberculose e convalescença de molestias prolongadas. Uma injeção intra-muscular diaria.

CRYSTAES IODADOS — (Succedaneo dos saes de Karlsbad). Usado nas enterite e entero-colites chronicas, doenças do figado e dos rins, arterio esclerose e obesidade. Uma colher das de café, numa chicara de agua quente, pela manhã, em jejum.

BIOMANG — (nucleinato de manganez). Verdadeira oxydase, agindo na economia, com função de verdadeiro catalisador. Indicado nas anemias globulares e hemolyticas e na convalescença das molestias infectuosas. Injeções hypodermicas diarias. Comprimidos: 2 a 3 por dia.

ENTEROPAN — (vaccina contra as affecções não especificadas do intestino). Indicado nas enterites, entero-colites e diarrhéas rebeldes. 2 a 3 injeções hypodermicas por semana.

ANEMIA-OVARO-MAMELINA — Associação dos extractos ovarianos e mamarios com extractos estabilizados de piscidia, viburnum e hammamelis. Cura as menorrhagias, ovarites, menstruações da puberdade. Use 2 colheres das de café por dia, misturadas a um calice de agua.

BOINTER — (Extracto de glandula intersticial masculina). Poderoso medicamento indicado na asthenia nervosa, depressão sexual, neurasthenia genital, senilidade precoce, hypoplasias genitales da puberdade. Em injeções hypodermicas diarias, ou em comprimidos, usados 3 diariamente.

LABORATORIO DE ANALYSES

do DR. JESUINO MACIEL

Com longa pratica do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro (Mangueiras) e do antigo Instituto Pasteur, de São Paulo

MICROBIOLOGIA E CHIMICA CLINICAS

Exames completos de Sangue, Urina, Fezes, Escarros, Puz, Falsas membranas e outros Exsudatos; Liquido cephalo-rachidiano, Succo gastrico, Leite, Pellos e Escamas, Tumores e Fragmentos Pathologicos — Reacção de Wassermann e de Widal — Constante de Ambard — Auto-Vaccinas

RUA LIBERO BADARO', 53 S. PAULO — Tel. Cent., 5439

Aberto diariamente das 8 ás 18 horas

SO' ATTENDE A SERVIÇOS DA ESPECIALIDADE

Laboratorio de Chimica e Microscopia Clinicas

DO PHARMACEUTICO

MALHADO FILHO

Analyses de urina, sangue, succo gastrico, leite, fézes, escarros, falsas membranas, reacções de Wassermann, de Ronchese e de Widal, auto-vaccinas, etc. — O laboratorio fornece vidros especiaes para a colheita de urina, acompanhadas das necessarias instruções.

PAGAMENTO A' VISTA

ABERTO DIARIAMENTE DAS 9 A'S 18 HORAS

TELEPHONE — CENTRAL, 2.572

RUA S. BENTO N. 24 (2.º andar) — — — S. PAULO

SOROS HARMONICOS DO DR. ACHE'

(SEXOS SEPARADOS)



APPROVADO PELO DEPARTAMENTO
NACIONAL DA SAUDE PUBLICA

O SORO HARMONICO, NAS APPLICAÇÕES DE NEOSALVAR- SAN E NATROL

O Dr. Plínio Moraes, medico residente em Bello Horizonte, em 27 de Agosto, nos communicou as seguintes observações:

Tenho uma communicação a fazer sobre uma applicação do soro harmonico que não vem consignada na bulla respectiva e rogo ao meu distincto collega o grande obsequio de pedir a outros medicos que verifiquem os resultados que eu obtive. Trata-se do seguinte: As applicações endovenosas de natrol e neosalvarsan são seguras, quasi sempre, de certas perturbações taes como vomitos, cephaléa, abatimento e outros symptomas bem conhecidos daquelles que applicam esses medicamentos. Em um doente, portador de uma aorite chronica syphilitica, com ectasia as injeccões endovenosas de natrol deram lugar, a principio, a reacções incommodas, a tal ponto que o doente recusou a submeter-se á continuacão do tratamento pela via sanguinea e preferia a via intramuscular, muito dolorosa. Algum tempo depois, appliquei conjunctamente o soro harmonico e o natrol por via endovenosa, não só o doente não teve reacção de especie alguma, e facto mais importante, poudo receber doses 4 vezes maior de natrol na veia sem o menor inconveniente, tendo melhorado sensivelmente das suas perturbações. Em um outro doente que varias vezes, havia tentado a serie de Neosalvarsan e que havia desistido por não supportar as reacções que sobrevinham á injeccão, a administração conjuncta do soro harmonico impedio todas as reacções tendo o doente completado a serie sem nenhum inconveniente. Observo sobre o Neosalvarsan tal, varias e todas com o mesmo resultado da precedente observação. Não sei si para o meu prezado collega é nova essa applicação do é mais um enorme campo aberto irá confirmar as suas observações: Soro harmonico. Si não for, ella ao uso do Soro harmonico que muito irá facilitar o uso de remedio tão util como o Neosalvarsan e o natrol.

A' VENDA NAS DROGARIAS E PHARMACIAS DE
PRIMEIRA ORDEM E NO ESCRITORIO
DOS FABRICANTES :

ACHE', TRAVASSOS & CIA.

Rua Barão de Itapetininga n. 65 — (3.º andar)

TELEPHONE, CIDADE, 1938

CAIXA POSTAL N. 2843 — Endereço: SORACHE'

O escriptorio attende com presteza aos pedidos de amostras para os srs. clinicos



Diversas gerações de creanças
tão robustas teem-se criado com

A

EMULSÃO de SCOTT

É a Emulsão original, perfeita-
mente preparada que os petizes
tomam com gosto e avidez.

Sua acção é admiravelmente
fortificante. Verifique-se
sempre que seja

DE SCOTT.



Nenhuma é legitima
sem esta marca.

*O unico preparado de Fígado
de Bacalháo sem alcool.*

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).