

CORAÇÃO E GRAVIDÊS (*)

PROF. LEMOS TORRES

Diretor da Escola Paulista de Medicina. Chefe do Serviço de Cardiologia da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina.

Quando ha perto de 20 anos estive nos Estados Unidos pela segunda vez "fellow" da Rockefeller Foundation, voltei de lá impressionado com o desenvolvimento da cardiopatologia como especialidade bem definida. Lá, nenhum serviço obstétrico deixa de ter anexo o indispensavel serviço de cardiologia.

Relatando a RAUL BRIQUET o que tinha observado, sugeri um serviço de cardiologia junto á Maternidade de São Paulo, e foi devido á iniciativa, e aos esforços deste espirito sempre pronto a aceitar ideas progressistas, que se instalou pela primeira vez no Brasil um serviço de cardiologia junto a um serviço obstétrico. Isto dito assim com esta simplicidade não dá a ideia da transformação profunda, da verdadeira revolução que entre nós isto significava naquela época, pois o diagnostico das *lesões cardiacas* e a conduta a seguir em relação á gestação, passariam a ser função do medico cardiologista e não mais do obstetra, como até então era de praxe ser feito.

Esta *anomalia* de um serviço de cardiologia enxertado numa organização obstétrica, como um corpo extranho, teve curta duração pois, ele foi suprimido pelo então diretor da Maternidade e professor de Obstetricia. Surpreendido fui pessoalmente indagar junto ao Diretor das razões deste ato. Então ouvi do Diretor e Professor de Obstetricia que ele pessoalmente, não estava convencido da necessidade de um serviço de cardiologia, pois para verificar a presença de um sopro cardiaco, não era mister ser um especialista em molestias do coração, e que uma vez verificada uma lesão cardiaca, competia ao parteiro impedir ou interromper a gravidês.

Este episodio vem aqui relatado não com espirito de critica ou de censura, mas unicamente para mostrar qual era o panorama medico na parte que se refere às relações entre a obstetricia e a cardiologia.

O fundamento destas relações ou melhor da ausencia destas relações, estava no ensino medico e nas ideias reinantes nesta época. O que se exigia do medico a este tempo era um "bom ouvido" pois a finalidade do exame era descobrir um sopro cardiaco organico e dis-

(*) Conferencia realizada no curso de especialização em Obstetricia

tingui-lo de um sopro inorganico (funcional, anemico, cardio pulmonar, extracardiaco etc.). Nos cursos de clinica propedeutica varias aulas eram consagradas ao estudo dos sopros, dos varios focos de auscultação de POTAIN, dos seus caracteres fonicos, de sua variabilidade com as posições, com os movimentos respiratorios, da sua sona de propagação etc. Tudo isto tendo por finalidade diferenciar um sopro organico indicativo de uma lesão cardiaca, de um sopro inorganico sem consequencias para o funcionamento do coração; chegava-se assim a um certo numero de caracteres como, sopro rude, com propagação, não se modificando pelos movimentos etc. que identificavam o sopro organico, enquanto que o sopro de timbre suave, sem propagação modificando-se pelos movimentos etc. seria o apanagio dos sopros inorganicos, inocuos. Mas a realidade era que nem sempre a distinção entre os dois sopros se apresentava assim tão facil, pois muitas vezes, um sopro rude não se modificando pelo decubito e apresentando propagação, não indicava uma lesão organica e outras vezes, um sopro suave, sem propagação e modificando-se com os movimentos podia indicar uma estenose mitral ligeira. Devido a estas dificuldades de diagnostico, em caso de duvida julgava-se de melhor aviso decidir por sopro organico, indicativo de uma lesão cardiaca, pois assim punha-se a paciente a coberto de uma *asistolia* que se julgava ser a consequencia proxima ou tardia, em caso de uma gravidês, pois o aforismo que dominava a conduta do parteiro em taes casos era: "jeune fille pas de mariage, jeune femme pas d'enfantement, jeune mere pas d'allaitement"

Como se vê o problema era por demais simples, e o que o parteiro tinha em mira era a descoberta do sopro organico. O corollario desta maneira de proceder era a limitação da natalidade pela proibição das relações sexuais, pelas manobras anticoncepcionais e finalmente pela interrupção de uma gravidês iniciada. E se esta "matança de inocentes" em nome deste novo Herodes, que era então o sopro organico não assumia maiores proporções, era, porque nem sempre o parteiro levava o seu exame clinico até a região cardiaca e principalmente porque nem todas as mulheres gravidas procuravam os cuidados dum medico parteiro, contentando-se com o auxilio das curiosas que nunca pretenderam entender de sopros.

Foi este estado de coisas que levou o grande MACKENZIE a dizer que ele estava inclinado a pensar que "a descoberta da auscultação *has actually done more harm than good to the practice of medicine*".

Isto que hoje com os conhecimentos modernos se nos afigura um erro grave, tinha nessa epoca uma base aparentemente logica, o que aliás era de prever, pois ninguem erra unicamente pelo prazer de errar.

Examinemos estes fundamentos.

Acreditava-se então que toda a lesão orificial deveria mais tarde ou mais cedo provocar a *asistolia* pelo mecanismo da pressão retro-

grada, pelo embaraço a montante da lesão orifical (back-pressure). Exemplifiquemos: numa lesão do orificio aortico, a dificuldade trazida ao ventriculo esquerdo, provocaria a dilatação desta cavidade; como consequencia desta dilatação, a valvula mitral não mais seria capaz de vedar o orificio mitral, donde a regurgitação do sangue para a auricula esquerda durante a sistole ventricular; a auricula esquerda por sua vez se dilatando, prejudicaria a circulação pulmonar, donde estase na pequena circulação; o ventriculo direito fraquejando, se dilataria trazendo a insuficiencia da valvula tricuspide que resultaria na distensão da auricula direita, com prejuizo da circulação venosa, congestão passiva do figado e edemas.

Este raciocinio até certo ponto plausivel, justificaria como se compreende, a significação ominosa de um sopro organico. Diante desta perspectiva o parteiro estava no dever de evitar ao coração toda a sobrecarga capaz de apressar este *desastre*. Por outro lado era e é um fato indiscutivel que a gravidês e o trabalho de parto constituem um excesso de trabalho mesmo para o coração normal. Assim nos ultimos mezes da gravidês a presença de um tumor uterino alargando a base do torax, elevando o diafragma, deslocando o coração para cima, não pode deixar de constituir uma sobrecarga para o coração: o aumento do sangue circulante e o aumento do metabolismo basal são outros elementos que forçam o coração a um trabalho mais energico; e é fato que nos ultimos mezes de gravidês aparece geralmente uma ligeira dispnea de esforço, tanto que uma mulher grávida não poderá subir uma escada com a mesma facilidade com que o fazia antes de ficar grávida. Alem de que, o exame cuidadoso do coração de mulheres grávidas perfeitamente normaes, demonstra sinais sugestivos de uma insuficiencia cardiaca, taes como pulso rapido, pulsações venosas visiveis, extra-sistoles, sopros sistolicos e diastolicos no foco aortico, mitral ou tricuspide, o bordo direito do coração afastado para a direita do esterno; sinais estes que justificam a denominação de "coração gestacional" mais que não têm significação patologica e nem necessitam nenhum tratamento. A frequencia de um ou mais destes sinais foi de 16,3% em 239 parturientes sadias examinadas por GAMMELTOFT.

Mas apesar de todas estas razões, que pareciam justificar a jurisprudencia medica então reinante, os fatos estavam em completo desacordo com ela, pois os casos de mulheres com lesões cardiacas indiscutiveis que levavam varias gravideses a termo, sem nenhum dano para elas ou para o produto da concepção, eram do conhecimento de todos os clinicos. Estes fatos se davam ou porque elas não tinham sido antes examinadas e ignoravam por isso o seu estado cardiaco ou porque embora informadas da sua lesão cardiaca tinham desobedecido as restricções impostas pelo medico assistente.

Um caso de minha clinica é disso um exemplo tipico; trata-se de uma senhora de 50 anos de idade, viuva, mãe de 6 filhos sadios e fortes; queixa-se atualmente de dispnea de esforço e palpitações; é

portadora de um estenose mitral típica, com sopro presistólico rude em *crescendo* e ligeiro ruflar diastólico, preponderância direita ao eletrocardiograma. Mas o interesse do caso reside na sua história. Quando tinha 7 anos teve um acesso de reumatismo poliarticular que a manteve no leito um mez, aos 17 anos o medico da familia descobriu a lesão cardiaca. Como se tratava de familia abastada começou então a peregrinação pelos consultorios medicos do Rio e de S. Paulo e tendo consultado 12 medicos, segundo nos informou a doente e todos eles confirmaram o diagnostico e todos eles a condenaram ao celibato apesar de quasi noiva. Mas aqui o coração falou mais alto que a razão e contra a opinião de 12 medicos e de toda a familia o casamento se realizou aos 18 anos. Este caso atravessou a puberdade, as gravidês, o aleitamento de todos os filhos, a menopausa, sem que tivesse uma descompensação cardiaca grave, apenas cansaço e dispneia de esforço nos ultimos mezes.

Um outro caso que o Prof. Raul Briquet e eu seguimos ha 15 anos. Tratava-se de uma primipara de 36 anos, grávida de 3 mezes, com uma estenose mitral e sinais evidentes de descompensação cardiaca grave, edema pulmonar, figado muito aumentado de volume, ligeira cianóse e dispneia ao menor esforço. Evidentemente aqui não podia haver duas opiniões; a insuficiencia cardiaca grave, sobrevinda no começo da gravidês indicava a sua interrupção, mas a doente se recusou terminantemente, apesar de ser informada do grande risco que corria. Diante do desejo ardente da paciente em ter um filho e de sua perentoria recusa, resolvemos o Prof. RAUL BRIQUET e eu ampara-la nesta sua inabalavel e definitiva resolução.

A digitalisação e o repouso melhoraram muito o seu estado permitindo que em completo repouso, a doente de nada se queixasse. Mantida sob nossa vigilancia e tratamento, a gestação poude ser levada até o 8.º mez quando, sob anestesia geral, foi feita pelo Prof. BRIQUET a cesaria e a esterilisação, realizando assim a doente a sua ardente aspiração de ter um filho; o puerperio se processou normalmente.

No serviço de cardiologia anexo á Clinica Obstetrica e que o Prof. BRIQUET creou logo que assumiu a cadeira, temos matriculadas 56 cardiacas, sendo 45 de estenose mitral, 6 de insuficiencia aortica, 3 de estenose mitral plus insuficiencia aortica, 2 de estenose aortica, 1 de miocardite cronica. Destas faleceram 5: uma de insuficiencia cardiaca no 7.º mez, outra deu à luz normalmente, teve alta onze dias após um puerperio sem complicações e 4 dias depois faleceu subitamente sem qualquer queixa; a terceira durante o puerperio teve uma descompensação irredutivel com taquicardia paroxistica; e duas outras que embora matriculadas no serviço não mais compareceram, e só tivemos conhecimento de que tinham falecido, por informações de pessoas da familia quando foram procurar o atestado de obito.

Do mesmo serviço de cardiologia da Clinica Obstetrica, saiu o trabalho "Coração e Gravidez", premiado pela Academia de Me-

dicina do Rio de Janeiro (Premio Madame Durocher de 1935), em colaboração com Jairo Ramos e Alvaro Guimarães, em que provamos que uma cardíaca grávida convenientemente tratada não constitui um risco maior que uma grávida não cardíaca.

Reunindo-se varias estatísticas, ultimamente feitas nos Estados Unidos verifica-se que a porcentagem de morte nas grávidas cardíacas incluindo-se todos os casos é de 3.43% que é mais ou menos a mesma porcentagem existente nas cardíacas não prenhas.

Naquelas cardíacas porem que engravidaram e apresentaram sinais de descompensação cardíaca mesmo em repouso e que eram incapazes de qualquer atividade física, sem desconforto como na nossa segunda doente, a porcentagem de morte é elevada, é de 22,6%. Estes fatos e muitos outros vieram demonstrar que a descoberta de um sopro orgânico indicativo de uma lesão orifical não era o suficiente para decidir da sorte de uma futura esposa ou futura mãe; e a observação acurada dos fatos, mostrou ainda mais que a teoria da pressão retrograda (back-pressure) era incapaz de explicar a insuficiência cardíaca. Não menor autoridade que a de MAKENZIE diz nunca ter encontrado um caso cuja descompensação cardíaca pudesse ser explicada por esta teoria. "I have searched diligently, but I have not found the record of one single case which could support the idea" diz ele.

O mal desta teoria era generalisar um fato até certo ponto razoavel, plausivel, isto é que em certos casos de estenose mitral, uma angustia muito acentuada do orifício, poderia explicar pela estase e dilatação da aurícula esquerda a estase pulmonar e a insuficiência do coração direito. Mas este mecanismo não representa sinão um mecanismo secundario; a mais das vezes, na estenose mitral a descompensação cardíaca sobrevem bruscamente em consequencia da instalação da fibrilação auricular. Em outros casos a dilatação encontrada das cavidades cardíacas não pode ser explicada apenas pela lesão orifical, mas sim pelo comprometimento da fibra cardíaca; já GRAHAM STEEL dizia que as modificações nas valvulas era inadequada para explicar a "disastrous dilatation of the heart; the muscle failure factor, it may be presumed was the essential one" E' portanto a lesão da fibra cardíaca diminuindo a capacidade de reserva da força cardíaca, que deve ser a responsavel pela insuficiência cardíaca e não unicamente a lesão orifical.

Nós temos portanto na nossa indagação clinica que obter informações, sobre o estado do musculo cardíaco; a constatação de uma fibrilação auricular, de uma dilatação das cavidades cardíacas, de uma lesão do feixe de HIS, dos seus ramos ou de suas ramificações, ou de uma perturbação coronaria evidente, são sinais seguros de uma lesão do musculo cardíaco. Mas o medico tem a seu dispôr um meio mais precoce e mais sensivel para descobrir a insuficiência cardíaca; são os sintomas percebidos pelo doente e que o medico recolhe por uma anamnese bem feita.

O coração tem uma grande força de reserva; basta dizer que em repouso ele utiliza apenas 1/13, desta força de reserva. A diminuição ou exaustão desta força de reserva, é que é a causa da descompensação cardíaca. Todos os órgãos do corpo, durante a sua atividade necessitam de um acréscimo de sangue para exercer a sua função e para isto todos eles estão na dependência do coração. Se o coração não fôr mais capaz de lhes enviar a quantidade de sangue necessária, as funções destes órgãos não poderão ser executadas com eficiência e surgirão os sintomas desta incapacidade. E é exatamente pela queixa do doente e pelo interrogatório, que nós vamos obter estas preciosas informações indicativas de um início de descompensação cardíaca. Os dois principais sintomas são:

- 1.º — as varias manifestações de dificuldade respiratoria.
- 2.º — as varias sensações angustiosas ou dolorosas referidas à parte anterior e superior do torax.

Qualquer uma destas manifestações ou ambas, estão sempre presentes por mais exigua que seja a insuficiência cardíaca, desde que sejam convenientemente pesquisadas. O exercício e o esforço muscular são os meios mais eficazes de verificar a força de reserva cardíaca, pois o emprego de grandes massas de musculos, exige um grande suprimento de sangue para o necessario consumo de oxigenio: e havendo um deficit de oxigenio em circulação, os centros respiratorios por demais sensiveis a esta falta, manifestam o seu sofrimento por fenomenos respiratorios; estes são constituídos por aumento do numero dos movimentos, por uma sensação de falta de ar, de sufocação que obriga o doente a interromper o exercicio começado; outros doentes referem esta sensação como um cansaço no peito, ao fazer um movimento. Esta sensação é a mesma que experimenta um individuo, mesmo em perfeita saúde, quando esgotada momentaneamente a força de reserva do seu coração por um exercicio exagerado, numa competição esportiva qualquer.

Varias provas têm sido propostas para se verificar o funcionamento do coração; elas são constituídas pela execução de varios exercicios musculares e pela observação dos seus resultados sobre os movimentos respiratorios, movimentos cardiacos e pressão arterial etc; mas todas elas são falhas, pois não levam na devida consideração o treino e a profissão do paciente; pois é evidente que o mesmo exercicio será executado com consequencias diversas se se tratar de um atleta ou, de um individuo franzino de habitos sedentarios ou se se tratar de uma camponesa habituada a serviços pesados ou de uma dama de sociedade cujo unico exercicio é de entrar e sair de um automovel. O meio mais seguro de julgar deste deficit cardiaco, será a informação do doente de que é acometido de falta de ar ao fazer um exercicio que antes executava com grande facilidade, sem nenhuma sensação desagradavel: não importa para esta avaliação, a

Preços inalterados

Vitamina

BETAXINA

Novas dosagens:

Betaxina:

Caixas de 3 ampolas a 5 mgr.
Caixas de 15 ampolas a 5 mgr.
Caixas de 50 ampolas a 5 mgr.

Betaxina forte:

Caixas de 3 ampolas a 25 mgr.
Caixas de 15 ampolas a 25 mgr.
Caixas de 50 ampolas a 25 mgr.

Tubos de 20 comprimidos a 3 mgr.



O "Neo-plus-ultra"

DA QUIMIOTERAPIA ANTIGONOCÓGICA

Neo-Uliron

4-(4'-SULFONAMIDO AMINOBENZOL)
BENZOL SULFONMONOMETILAMIDA

Percentagem máxima
de curas (quasi 100%)

Eficácia comprovada
nos casos recentes

Tolerância perfeita

Economia considerável

B
A
BAYER
E
R

qualidade ou a intensidade do exercício em questão. A outra indicação precoce da insuficiência cardíaca é a sensação angustiosa ou dolorosa percebida na região anterior e superior do torax, obrigando o paciente a interromper o esforço iniciado. Com esta parada do movimento cessa o sintoma referido. Este pode ser descrito pelo doente como uma barra de ferro cumprindo o peito, como uma constrição, como um aperto na região superior do esterno, como uma garra comprimindo o coração, como um aperto subitito na garganta, como uma sensação de angustia, como uma dor surda na região do coração ou como uma dor violenta assumindo os característicos de angor pectoris, com irradiação franca para os membros superiores. Todos estes sintomas são devidos a insuficiente irrigação das paredes do coração em consequencia de perturbações da circulação coronaria, miocardite e dilatação do coração.

Estas duas especies de sintomas, de grande importancia para nos informar sobre a força de reserva do coração só podem ser fornecidos pela anamnese, pois o exame fisico do doente em repouso pode nada revelar. Quando o doente já apresenta edemas, congestão do figado, estase pulmonar, cianose, etc. então já estamos em presença de uma descompensação cardíaca grave.

A anamenese nos dará ainda informações preciosas sobre a etiologia (reumatismo, coreia, febre tifoide, amigdalites, etc. .) Não basta porem a menção de uma destas molestias, é preciso saber a data, a duração, a repetição dos acessos; assim em caso de um estenose mitral por exemplo, não é a mesma cousa se o doente teve apenas um unico acesso de reumatismo ha 15 ou 20 anos, ou se teve reumatismo repetidas vezes, ou se este reumatismo persiste até ao momento presente; não é a mesma cousa ter tido em criança uma amigdalite, ou ter amigdalas até agora cronicamente inflamadas. Devemos tambem em caso de uma multipara cardíaca indagar cuidadosamente da evolução das gravidezes anteriores no que se refere á descompensação cardíaca. Não será preciso encarecer o valor das informações sobre as preocupações de espirito, os desgostos a que possa estar sujeita a parturiente, pois estes elementos tem grande importancia quando o cardiologista tiver que tomar uma decisão.

Vemos por este rapido bosquejo que o importante não é a presença de um sopro ou a ameaça da pressão retrograda, mas sim a capacidade de reserva cardíaca.

Vamos agora examinar mais objetivamente os diferentes casos que o medico tem que resolver na pratica clinica:

1.º — E' o caso de uma moça solteira com uma lesão cardíaca que quer saber se pode casar ou não — Os supostos maleficios das relações sexuais normais, não têm nenhum fundamento. O coito normal nenhum prejuizo pode causar a uma cardíaca, e na frase de MACKENZIE é "a matter for the woman and not the doctor, to decide". Naturalmente os excessos de coito, as perversões sexuais, as mastur-

bações excessivas, as manobras anticoncepcionais, serão nocivas *per se* e não porque a mulher tenha uma lesão cardíaca.

E a abstenção completa de relações sexuais numa mulher que tenha uma libido normal poderá mesmo, provocar perturbações referentes ao aparelho circulatório, como dores precordiais, taquicardias, etc.

Portanto não vemos nenhum motivo para impedir o casamento d'uma jovem com uma lesão cardíaca, sob condição porem, que o futuro marido seja informado que uma vez grávida, a sua mulher deverá ficar sob os cuidados de um cardiologista e de um parteiro que deverão acompanhá-la e assisti-la até ao trabalho de parto e puerperio.

2.º — A cardíaca já casada vem ao medico para saber si pode ter filhos.

Se não existe nenhum sinal de insuficiência cardíaca, a reação ao esforço físico é normal, o coração não está dilatado, não existe fibrilação auricular, a resposta deverá ser afirmativa, sob condição imprescindível, porem, que se submeta a exames frequentes por um especialista, durante toda a gestação, trabalho de parto e puerperio.

Se estiverem presentes os sinais e sintomas de descompensação cardíaca, a gravidez deverá ser impedida. Si porem estiverem presentes apenas ligeiros sinais funcionais, como pequena dispneia de esforço, sem dilatação das cavidades cardíacas, sem modificações importantes do eletrocardiograma e se o desejo de um filho por parte dos dois conjuges fôr ardente, poder-se-á permitir a concepção uma vez que a vigilância do cardiologista e do parteiro seja por assim dizer constante, e submetendo-se a doente ao repouso necessario e ao judicioso tratamento digitalico.

3.º — A parturiente cardíaca vem a consulta para saber si deve continuar a sua gravidez.

Se não existe nenhum sinal de insuficiência em repouso e se a reação à sua atividade física é normal, ela deverá continuar a sua gravidez. Se já existirem sinais de descompensação cardíaca o especialista deverá levar em consideração os tres elementos seguintes:

a) *gravidade destes sinais*: Se a descomposição fôr grave (edemas, cianose, estase pulmonar, figado de estase) e a dispneia existir ao menor movimento, a gravidez deverá ser interrompida após a digitalisação da paciente, pois como já vimos, a porcentagem de morte é alta nesta classe (22,61%).

b) *a época da gravidez em que surgem estes sinais*: Quanto mais no inicio da gravidez, tanto mais sombrio será o prognostico, devendo ser interrompida a gravidez quando aparecerem sinais de insuficiência cardíaca grave nos tres primeiros meses.

c) *a resposta ao tratamento digitalico e ao repouso*: Desde que os fenomenos cessem rapidamente ao tratamento, a decisão dependerá da habilidade do cardiologista em controlar as manifestações morbidas de uma maneira eficiente e da obediencia da doente em submeter-se ás condições do tratamento sob a vigilancia constante do especialista.

Até aqui devem ter notado que apenas falamos de insuficiencia cardiaca sem nos preocuparmos com o nome da lesão orificial. Precisamos agora dizer rapidas palavras sobre as lesões mais encontradas nas mulheres em idade de engravidarem. A mais frequente é a estenose mitral de origem reumatismal, vindo em seguida a insuficiencia aortica com 16 a 20%, as lesões congenitas são mais raras.

Não cabe aqui a descrição de cada uma destas lesões cardiacas, pois nós as supomos suficientemente conhecidas. Alem das condições da fibra cardiaca reveladas pelos sinais e sintomas que referimos atrás, podemos levar em conta certas particularidades destas lesões para o julgamento clinico do caso particular. Quando num caso de estenose mitral existe a historia de um acesso de reumatismo que se deu ha 15 ou 20 anos e encontramos apenas um sopro presistolico em *crecendo*, com uma reação normal ao exercicio fisico podemos pensar numa estenose cicatricial do orificio sem grave lesão da fibra muscular. Se a este sopro presistolico se junta um sopro diastólico logo após o II ruido, já devemos pensar numa estenose muito mais acentuada e portanto o prognóstico será menos favoravel pois existirá uma tendencia maior a dilatação da auricula esquerda, com as suas consequencias. Se os acessos de reumatismo forem varios e recentes, então o prognostico é ainda mais sombrio pois é provavel que a lesão seja progressiva (endocardite recorrente).

Na insuficiencia aortica quando a hipertrofia do ventriculo esquerdo é acentuada e o pulso de CORR.GAN é muito marcado o prognostico é mais grave do que quando não existe este ultimo sinal ou é ele muito pouco nitido.

Quanto á insuficiencia mitral ela não é por si só causa de descompensação cardiaca, ela é perfeitamente compativel com um funcionamento normal do coração; naturalmente um sopro sistólico mitral pode estar presente em casos de insuficiencia cardiaca, mas ele é apenas um fenomeno associado e não a causa da descompensação cardiaca; a causa da falencia do coração estará na lesão do musculo cardiaco, pois a pequena quantidade de sangue que regurgita não alterará de um modo apreciavel, o funcionamento da auricula; alem de que alguns fisiologistas admitem que mesmo no coração normal exista um ligeiro refluxo de sangue para a auricula por ocasião do inicio da sistole ventricular. Com toda a estenose mitral existirá tambem uma pequena insuficiencia mitral, mas o que tem importancia aqui, é o grau da estenose mitral. Podemos portanto na prenhes ignorar o sopro sistolico mitral qualquer que seja a sua intensidade, se o coração não evidenciar além dele, outra anormalidade, e neste

caso o importante será esta anormalidade e não o sopro sistólico mitral. Eu costumo dizer que num diagnóstico de *insuficiencia mitral* a insuficiencia está no diagnóstico e não no coração.

Quanto ás lesões congénitas em mulheres grávidas não tenho delas nenhuma experiencia, mas MACKENZIE refere um caso de persistencia do ductus arteriosus numa mulher grávida que levou a termo a sua gestação sem nenhuma novidade.

Feitas estas ligeiras considerações podemos para terminar dar os seguintes conselhos para o tratamento da cardíaca grávida:

1.º — Não dar nenhuma opinião que se estenda além das condições actuais da cardíaca grávida, isto é, a opinião dada no momento do exame não poderá ser valida até o termino da gestação, pois as condições podem se agravar, principalmente no 7.º mez, no trabalho de parto ou no puerperio.

2.º — Só assumir a responsabilidade do caso que puder ser submetido a exames frequentes, sendo *esta, conditio sine qua non*.

3.º — Toda cardíaca grávida deverá se submeter ao repouso físico e psíquico durante a gravidês.

4.º — Qualquer infecção respiratoria, por mais leve que seja deverá ser tratada pelo medico assistente, permanecendo a doente no leito.

5.º — Embora tudo tenha corrido muito bem, a paciente deverá recolher-se a uma maternidade 2 semanas antes do parto para uma observação mais cuidadosa e para ser digitalisada preventivamente por ocasião do trabalho de parto.

6.º — Se a paciente não tiver apresentado sinais graves de descompensação cardíaca durante a prenhez, póde ser permitido o trabalho do parto normal; apenas se o pulso se elevar a mais de 110 e os movimentos respiratorios a mais de 28 ou 30, deverá ser aplicado o forceps no periodo de expulsão.

7.º — Se as doentes apresentarem durante a gravidês sinais de descompensação mais ou menos serios deverão ser internadas num hospital durante a gestação. Nesses casos deverá ser praticada a cesarea e simultaneamente a ligadura das trompas.

8.º — Toda a parturiente cardíaca deverá ser digitalisada durante o trabalho de parto ou antes de qualquer intervenção cirurgica.

9.º — A anestesia deverá ser aquela em que o anestesista é mais habil.

Quero terminar esta conferencia tirando as duas conclusões seguintes:

1.ª — Em caso de lesão cardíaca numa parturiente, o obstetra nunca deverá aceitar sosinho a responsabilidade do caso e deverá sempre envia-lo ao cardiologista para consulta e conselho.

2.ª — Os cuidados do cardiologista deverão se estender a toda a duração da gravidês, acompanhando a parturiente no trabalho do parto e no puerperio.



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO, N.º 1860

(Esquina de Fradique Coutinho)

CAIXA POSTAL, 951 - SÃO PAULO

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA • QUÍMICA
SERVIÇO ANTIRRÁBICO

Direção dos Drs. EDUARDO VAZ e MARIO PEREIRA

END. TELEGR. "LUZITA" Telefones. 8-2121 e 8-2122

HEMORRAGIAS

Medicação
de
urgência

Botropassol
"Pinheiros"

Em
qualquer
hemorragia
ação imediata,
segura e duradoura,
com 1 c.c. apenas.

Uma organização modelar a serviço da medicina

Tudo o que V. S. necessitar para a instalação e a modernização do seu consultório ou da sua clínica, o poderá encontrar em nossa casa.

A grande aceitação dos nossos artigos é devida não só á excelencia da sua qualidade, mas tambem ao modelar serviço de assistencia técnica, sempre pronto para servi-lo.

Fornecemos:

Instalações radiologicas de todas as capacidades, inteiramente protegidas, para diagnostico e terapia. Aparelhos e tubos para todas as capacidades e fins. Mesas radiologicas universais e especializadas para diagnóstico e terapia. Aparelhos e acessórios para a terapia pelas ondas curtas e para eletrocirurgia. Lâmpadas de raios ultravioletas e infravermelhos. Eletrocardiografos.

Sortimento completo de instrumentos cirurgicos. Moveis cirurgicos. Mesas para alta cirurgia. Lâmpadas para campo operatorio. Autoclaves e instalações completas de esterilização.

Artigos para laboratorio. Vidraria e porcelanas. Reagentes. Balanças analíticas. Estufas. Centrifugas. Microtomos e microscopios. Colorímetros. Bombas de vacuo.

Aparelhos eletrodentarios de toda especie. Raios X dentarios. Equipos completos. Motores e tornos. Aparelhos de diatermia. Instrumentos e miudezas em geral.

Faça-nos uma visita e convença-se de que tudo fazemos para bem servir a distinta classe medica do Brasil.

CASA LOHNER

S. A. Médico — Técnica

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 133

Telefone 23-5863

SÃO PAULO

Rua São Bento, 216

Telefone 3-2175

Telegr.: R E N O L