

COIMBRA MÉDICA

REVISTA MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA



FASC. I • JANEIRO

SUMÁRIO

João de Oliveira e Silva — «Le diencéphale endocrine en neuro-psycho-pharmacologie»	1
Henrique Miguel Resende de Oliveira — «Epitelioma intra-epitelial do exocolo uterino» (Considerações a propósito de um caso)	21
Leovegildo de Albuquerque — «Dacrióps secundário à obstrução cicatricial dos canais excretores e sua terapêutica cirúrgica»	49
João Veiga Vieira e Alarcão e Silva — «Um caso de luxação ilio-pública da articulação coxo-femoral»	55
A. Baptista — «O tratamento das verrugas»	65
Revista das Revistas	71
Informações	89

DIRECTORES

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



REDACTORES

A. CUNHA VAZ, A. SIMÕES DE CARVALHO, M. RAMOS LOPES,
FERNANDO D'OLIVEIRA.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADIANTADO

EDITOR E PROPRIETÁRIO — PROF. AUGUSTO VAZ SERRA

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

Biblioteca da Faculdade de Medicina — COIMBRA

COIMBRA MÉDICA

1958



Vol. V

COIMBRA MÉDICA

ÍNDICES DE 1958

AUTORES

- ADLERSBRGE — 1069
AGRESS (C. M.) — 76
AGUIAR (António José de) — 657
AKTAN — 968
ALEXANDER — 724
AMATUZIO — 839
AMBROSI (Mme) — 71
ANDREWS (Gould A.) — 72
ANTERION (H.) — 853
ANTUNES DE AZEVEDO — 559
AOYAMA (S.) — 280
A. P. — 273
ARIONI — 485
ARMEN — 608
AVRAM — 851
BABER — 966
BACHUS (Habeeb) — 839
BAGGENSTOSS — 1.069
BAILLETT (J.) — 958
BAIRD — 279
BAKER (Augustus L.) — 844
BALANCHA (M.) — 962
BALGAIRIES (E.) — 491
BANG (Nils) — 856
BAPTISTA (A.) — 669-821
BARBIER (Y.) — 487
BARIÉTY (M.) — 854
BARROS (Albertino da Costa) — 931
BARRY (Kevin G.) — 72
BARTON (H. R.) — 482
BASTIN — 597
BAULIEN (E. E.) — 271
BAXTER — 68-735
BEACH (M.) — 613
BEAUMONT (J. L.) — 960
BELAISH (J.) — 731
BELLET (Samuel) — 956
BENHAMOU (Jean Pierre) — 379
BERGER (Michel) — 843
BERK (J. Edward) — 739
BERNARD (Jean) — 848
BERNSTEIN (W. H.) — 613
BERRELEY — 724
BERTHAUX (P.) — 273-961
B. H. — 161
BINDER (C. M.) — 76
BINET (L.) — 271
BIRD (Robert M.) — 606
BIRNBAUM (D.) — 737
BITH (L. Meens) — 265
BLONDEAU (Ph.) — 847
BOCHET (Mlle M.) — 271
BOCKUS (H. L.) — 377-605
BOIVIN — 1.067
BOQUIEN — 957
BOUCHARA — 958
BOUR (H.) — 271
BRADLEY — 273
BRAUN-MENENDEZ — 967
BRAYE (M.) — 603
BRESLAW (L.) — 738
BRICAIRE (H.) — 732

Os algarismos em **normando** indicam os artigos originais; em *italico*, a análise da «Revista das Revistas».

- BRICE (I. B.) — 76
 BRIDGE (H. G. T.) — 849
 BRIGAUD (H. L.) — 960
 BRIGGS — 608
 BRIQUEL (P.) — 959
 BRONET (G.) — 847
 BORUET — 479
 BROWN (C. H.) — 740
 BRULLÉ (G.) — 958
 BRUST — 275
 BURGIN — 724
 BURKLEY (S. V.) — 76
 BUTTERMORTH — 275
 CALLETE — 840
 CARA — 479
 CARGEVATI (C. M.) — 485
 CAROLI (J.) — 271
 CARTER (Foster) — 490
 CARTER (R. A.) — 730
 CATTAN (M. R.) — 157-959
 CAVELLAT — 957
 CAWLEY (L. P.) — 483
 CHALMES (T. C.) — 386
 CHAMBATTE (Ch.) — 855
 CHARLS — 275
 CHARLET (Mlle) — 71
 CHASSIN (M. R.) — 611
 CHAUVEAU (J.) — 962
 CHÉRIGIÉ (E.) — 958
 CHEVRIER (J. L.) — 847
 CHEY — 966
 CHORTIS (P.) — 613
 CHOUBRAC (P.) — 854
 CHRÉTIEN (J.) — 847
 CLAIR — 1,070
 CLAYMAN (C. B.) — 75
 CLEMENTS (Randolf) — 606
 CLIFFORD — 489
 COHN (E. M.) — 736
 COLAS-BELCOUR — 961
 COLOMBANI — 731
 COMFORT (Manfred) — 378
 CONN (James) — 489
 COOK — 270
 CORAGOD (M. E.) — 615
 COSSEY — 69
 COSTA MOTA — 753
 COULOT — 850
 CRAVER — 274-487
 CREYSSEL — 850
 CROIZAT — 851
 CROSBY (H.) — 72
 DAMANY (J. Le) — 961
 DAMESHEK — 724
 DANISHEFSKY (I.) — 841
 DANTAS (Luis F.) — 573
 DAVIDSON (C. S.) — 75
 DEARLING (William) — 855
 DEATON (W. R.) — 738-1077
 DEBRAY (Ch.) — 610
 DEBRAY (Maurice) — 962
 DELARME (J.) — 64
 DENKEWATER — 1071
 DENNY (Capt. William F.) — 606
 DEPIERRE (R.) — 64
 DESGREZ (H.) — 844
 DEWAL (Merlin) — 606
 DEYRIEUX (F.) — 853
 DIAMOND — 487
 DINON (L. R.) — 1073
 DITZEL (Jonn) — 607
 DONALD (Mac) — 67
 DOWLING (H. F.) — 163-372
 DREIFUS — 731
 DUBOST (Ch.) — 847
 DUDLLY — 281
 DUMAS (B.) — 487
 DUNCAN — 68
 DUSTON — 70
 ECKARDT — 726
 EDGE (J. R.) — 849
 EIBER (H. B.) — 841
 EISEMBERG (George M.) — 160
 ELEK (S. R.) — 964
 ESPÍRITO SANTO (J. do) — 97-343
 ESTES — 276
 ESTIENTNE (J.) — 616
 ESTREN — 274
 EVANS — 1069
 EVARISTO (António Joaquim) — 253
 FAIVRE — 486
 FAUVERT (René) — 379-1067
 FELDMAN — 371
 FELSON (B.) — 963
 FELSON (B.) — 692
 FERRIS — 275

- FIGUEIREDO (Albertino Pinho de) — 657
 FISH (M.) — 482
 FISHER (M.) — 488
 FLANDREAN — 279
 FLOCK (Eunice) — 855
 FLOOD — 609
 FOERSTER — 281
 FOLLI — 966
 FORD (R. V.) — 162
 FORREST (J.) — 612
 FORSHAM — 840
 FOURNIE (A.) — 492
 FOURNIER (P.) — 491
 FRAISSE — 492
 FREEDMAN (A.) — 1077
 FREEMAN (S.) — 482
 FRENKIEL — 486
 FREUND (KURT) — 1068
 FRITEL (D.) — 958
 GACEIX — 71
 GAITHER — 838
 GARBAY (M.) — 852
 GARIN (J. P.) — 614
 GARLETT (E. L.) — 612
 GARRIGOU (J.) — 855
 GEBHART (W. F.) — 740
 GERBAUX (A.) — 740
 GEREST (M. F.) — 616
 GERMAIN (D.) — 487
 GERNEZ-RIEUX (Ch.) — 491
 GEUGET (Paulette) — 1072
 GILGENKURAUTZ — 486
 GILLES (R.) — 962
 GINSBERG (M.) — 1.076
 GIRÃO (Justino) — 233
 GIRARD — 850
 GIRSH (L. S.) — 280
 GLENCHUR (HARRY) — 608
 GOLDGRABER — 605
 GOOD (C. Allen) — 280.
 GOODMAN — 68
 GOUFFAULT (J.) — 961
 GRRENDBERG (B. E.) — 612
 GRIBLE (Hans) — 372
 GRIEBLE — 277
 GRIFFITH (G. C.) — 1077
 GRIVAUXT (Maurice) — 837
 GROSCHOV (D. M.) — 734
 GROS DIDIER (Jean) — 614
 GROSS — 1069
 GROSSMAN (Norton) — 484
 GRYNKEWICH (S. E.) — 1075
 GUENEGO — 957
 HADLUY (William) — 607
 HAMLIN (J.) — 66
 HAND (W.) — 279
 HANDLEY (C. A.) — 162
 HARPER (H. A.) — 840
 HARRINGTON — 840
 HARTMANN — 1067
 HAY (Lyle) — 839
 HECTOR (Arnauld) — 611
 HEITZ (M. F.) — 844
 HELD (E.) — 604
 HELLMAN (E.) — 605
 HÉRAN (J.) — 372
 HERBOUILLER — 957
 HERVONET — 957
 HESSING — 738
 HİÇSONMEZ (A.) — 733
 HIGGINS (C. C.) — 280
 HIGHMAN (J. H.) — 730
 HILLEMAND (P.) — 958
 HOCHMAN (A.) — 1076
 HOFFMANN (M. S.) — 612
 HOPPER Jr. (J.) — 67
 HORÁNYI — 852
 HOWARD (W. L.) — 382
 HOYT — 1.070
 HULEA — 851
 HUMPHREYS — 605
 HURWITT (E. S.) — 481
 HUSSEY (C. V.) — 729
 HUTT (M. S. R.) — 846
 IBÉRICO NOGUEIRA — 107
 IGNACIUS (Joseph A.) — 484
 ISRAEL — 479
 IVERSEN (Kurt) — 856
 JACKSON — 277
 JACKSON (Arnold) — 69
 JACKSON (Jee) — 372
 JAGT (Tove) — 856
 JAÏS (M.) — 847
 JARNIOU (A. P.) — 855
 JAWETZ (E.) — 67
 JESIOTR — 382

- JEUNE (M.) — 487
 JOHNSON — 489
 JONES (Edna M.) — 382
 JONES (Richard F.) — 606
 KAPP (D. F.) — 737
 KARASSI — 1074
 KARK — 966-967
 KASSANDER (Paul) — 488
 KATZ (M.) — 963
 KAYBALI (L.) — 733
 KEARNEY — 725
 KELLY — 281
 KILICOZLU — 725
 KIM (Y. S.) — 1073
 KIRSNER — 605
 KISSANE — 489
 KISSELEFF (A. E.) — 734
 KLAYMAN (M. I.) — 75
 KLEEBERG (J.) — 737
 KLEEMAN (Ch. R.) — 736
 KLIMKÓ (D.) — 852
 KLOTZ — 968
 KICAOGLU (Hayrullah) — 1072
 KOKAOGEN (H.) — 733
 KOLFF (W. J.) — 280
 KRAUSE — 281
 LAGARDE — 486
 LAGRUE — 958
 LAMBERT (R.) — 1074
 LAMPLING (A.) — 269
 LAMBROS (T. A.) — 729
 LANDAT — 958
 LANGE (H. F.) — 74
 LAPHAM (L. W.) — 162
 LASALA (J.) — 613
 LATASTE (J.) — 372
 LAUMONNIER (René) — 611
 LAWRIE (N. R.) — 730
 LEBENDIGER (A.) — 481
 LECLERC (G. C.) — 376
 LECONTE (M.) — 962
 LEEDS (M. D.) — 849
 LEEWY (Carroll) — 966
 LEGER (Lucien) — 1072
 LEITÃO (Artur) — 417-585
 LEITNER (M. J.) — 1075
 LE JEUNE (E.) — 1074
 LEMARCHAL — 961
 LENÉGRE (J.) — 265
 LEPKOVITS — 1.070
 LEPORAT (J.) — 732
 LEPPER (M. H.) — 163
 LESS (Fred) — 607
 LESSER (M.) — 613
 LESTINA (F. A.) — 482
 LESTRADET (H.) — 74
 LINDSAY (St.) — 66
 LIPNITZKI (J.) — 273
 LITWAK (R. S.) — 613
 LORTAT-JACOB (J. L.) — 958
 LOWENTHAL (J. J.) — 385
 MACAULAY — 68
 MACHELLA (Thomas E.) — 739
 MADREN (Sten) — 856
 MAGID (G. J.) — 840
 MAHAIM — 486
 MAHONEY — 724
 MAISLER — 851
 MALLARMÉ (J.) — 961-1067
 MALLET (Guy) — 375
 MANCHESTER (B.) — 278
 MARLIER — 486
 MARMET (A.) — 372
 MARTHA (Artur) — 68
 MASON — 278
 MASSARELLI — 276
 MATS (J. D.) — 962
 MAXWELL (M. H.) — 736
 MAYER (J. H.) — 162
 MAZARÉ (Y.) — 379
 McCORMACK — 740
 McCULLAGH — 381
 McGREGOR (J. K.) — 841
 McKINNON (D. A.) — 841
 McKUSICK (Victor) — 488
 MEDREA (B.) — 1074
 MELEKIAN (B.) — 960
 MELIÇO SILVESTRE (António) — 83-
-753-893-975
 MENDES (Mário Luis) — 349
 MERIEL (P.) — 492
 MERONYP (W.) — 380
 MEYER — 270-479
 MEYER (André) — 960
 MILHALACHE (N.) — 853
 MILLER (B.) — 371

- MILLER (J. M.) — 1076
 MILLIEZ (P.) — 958
 MINER (P.) — 489
 MOESCLIHIN — 727
 MOLAVY (M.) — 372
 MOLLIER — 492
 MONOD (Olivier) — 960
 MOONE (F.) — 66
 MORDIK (B. L. Tcherno) — 734
 MOREAU (A.) — 855
 MOREL — 850
 MORLEDGE (J. H.) — 162
 MORRISON — 1070
 MORROW — 608
 MOTA (Aristides) — 753-893
 MOURQUAND (U.) — 487
 NACHLAS (Marvin M.) — 953
 NEDEL (Jay A.) — 160
 NEZELOF (C.) — 490
 NICO (J. P.) — 960
 NIEUWENHVIZEN — 486
 OLIVEIRA (Henrique de) — 541-623-
 -907-989
 OMNER (V.) — 740
 ORBACH — 726
 ORGANIK (A.) — 736
 ORTOLI (D.) — 71
 OSBORN — 69
 OVERHOLT — 380
 OXENHORN — 274
 PAIS (Eurico) — 179
 PALMER (W.) — 605
 PANTLER — 838
 PAEL (Jean) — 374
 PAVIEL (I.) — 853
 PEARCE — 967
 PEARSON (Clarence C.) — 606
 PEARSON (J. Z.) — 163
 PELLET — 850
 PENTENIL (G.) — 960
 PERLE (G. D.) — 960
 PESSAR (T.) — 738
 PETIT (M.) — 372
 PHILIPS (B.) — 75
 PHILLIPS (R. W.) — 848
 PICARD (R.) — 272-378
 PIEPTEA (R.) — 853
 PIERQUIN (B.) — 1071
 PIGEAUD (M.) — 487
 PILLET (Jran) — 610
 PIMENTEL (Fausto) — 129
 PIMENTEL (Francisco) — 715-811
 PIRANI — 966
 PIZON (Pierre) — 728
 PLANE (J.) — 372
 PLATTEBORSE (R.) — 271
 POIRIER — 277
 POLLAK — 966-967
 POLLARD — 1070
 PONTASSE — 70
 POPA (M.) — 1074
 POST (M.) — 605
 PÓVOA (J. Rodrigues) — 245-1051
 PRASAD (A.) — 1075
 PRENAT (Ch.) — 487
 PREZ (D.) — 736
 PURNELL — 839
 QUICK (A. J.) — 729
 RAKOWER (J.) — 1076
 RAMOS ALVAREZ — 604
 RAMOS LOPES (M.) — 339-1025
 RANAIS (J.) — 265
 RAPOSO (José Maria) — 989
 RAPOSO (Luís) — 1-503-873
 RAVAULT (P.) — 1074
 REEVES — 724
 REID — 966
 REIS (Luciano dos) — 437
 REVOR — 851
 RICARD (A.) — 73
 RIFFAT (G.) — 1074
 RIFKIN (H.) — 481
 RIOKIN (L. M.) — 1076
 RIPSTEIN (Charles B.) — 954
 RIVUFOL — 492
 ROCHELLE (T. B.) — 162
 RODRIGUES BRANCO — 641
 ROLLSTAD — 278
 ROQUE (F. T.) — 963
 ROSA (Joaquim Silvestre Ferreira)
 — 919
 ROSAIA — 485
 ROSE (J. Dudfield) — 728
 ROUGEAU (Sors) 964
 ROVELSTAD (R. A.) — 377
 RULLIERE (R.) — 740

- RUSHTON — 67
 SABIN (A. B.) — 604
 SAMAIMA — 731
 SAMET (P.) — 613
 SANER (William) — 855
 SANG (L.) — 847
 SAPORTA (J.) — 613
 SARGEANT (Lynn) — 607
 SARLES (Henri) — 71
 SAUBORN — 490
 SCEBAT (L.) — 265
 SCHADT (D.) — 839
 SCHEIN (C. J.) — 481
 SCHNALL (S. — 605
 SCHNEIERSON (S. J.) — 963
 SCRUB (Jean) — 369
 SEBAOUN (J.) — 731
 SÉNEQUE (J.) — 610
 SERRA PRATAS — 207
 SEWELL — 608
 SHALLENBERGER (P. L.) — 737
 SHANBRON (E.) — 840
 SHIELDS — 965
 SHOTTSTAEDT (Wil. W.) — 281
 SHUTTEWORH (K. E. D.) — 846
 SIBLEY (W. A.) — 162
 SICARD (André) — 373
 SILBER (E. N.) — 385
 SILVERMAN (L.) — 613
 SIOVIER — 479
 SKLAR (M.) — 75
 SKLAROFF (D. M.) — 736
 SMITH — 67
 SNELL (A. M.) — 483
 SOLOFF (L. A.) — 164
 SOLOVIÉVA (T. G.) — 734
 SOULIER (Jean Pierre) — 159-838
 SPENCER (Frank) — 955
 SPIKES (G. A.) — 384
 SPIREA — 851
 SPIVACK (Alfred P.) — 160
 SPURR (C. L.) — 162
 STAUFFER — 278
 STEINLNIBER — 287
 STEVENS — 1.070
 STRANDNESS (D. E) — 482
 STRANG (James) — 965
 STRAUSS — 1069
- STTANNON — 965
 SULLIVAN (James M.) — 845
 SUTON — 68
 SURMONTE (J. A.) — 1076
 TACKSON (G. G.) — 163
 TARTULIER (M.) — 853
 TAYLOR — 164
 TESCHAN (P. E.) — 735
 THORPT (J. L.) — 67
 TOURNIAIRE (A.) — 853
 TRAVIS (J. C.) — 604
 TRINCÃO (Mário) — 25
 TRINCÃO (Renato) — 623-767
 TUBIANA (M.) — 842
 TUBIANA (R.) — 490
 TUFT (Louis) — 280
 TULLY (G. T.) — 385
 TURIAF — 479
 TURKWITZ (H.) — 613
 VALE PEREIRA (Bártolo do) — 307-
-319-767-1001
 VAZ SERRA (Augusto) — 53-151-259-
-363-473-591-827-945-1061
 VEER (J. B. V.) — 1073
 VERMELIN (H.) — 603
 VESIN (P.) — 959
 VIGNALON (J.) — 273-961
 VINCENT — 486
 VIVIAN (P.) — 961
 VOISIN (C.) — 491
 VOSTI (K. L.) — 163
 WALLACE (Stanley) — 381
 WANG — 1069
 WARREN — 164-844
 WASSERMAN — 274
 WATMAN — 1071
 WAYL (P.) — 1076
 WEBB (W. R.) — 384
 WEBBER — 279
 WEISS (M. M.) — 736
 WEST — 609
 WHEELER (J. X.) — 482
 WIENER (J. S.) — 605
 WILBUR — 1070
 WILK — 609
 WILLIAMS (G. Rainey) — 955
 WILLIAMS (N. E.) — 849
 WILLNER (Irving) — 383

WILSON (T. W.) — 280	YOUNG (J. M.) — 612
WINN (Sideney) — 856	YOUNG (William P.) — 845
WITHERBE — 967	ZATUCHNI (J.) — 164
WITLIN (S.) — 736	ZHENTLIN (N.) 840
WOERT — 725	ZIENNEMAN — 608
WOOD — 487	ZINKE — 966
WOODALL — 838	ZOECKLER (Samuel J.) — 842
YATER (W. H.) — 384	ZOLLINGER — 1071
YOSHIRA (H.) — 375	

ASSUNTOS

Abcesso pulmonar com complicação da caverna tuberculosa aberta e curada — 738	
Absorção de gordura e função pancreática na diabétes — 968	
Acção da delta-cortisona associada aos antibióticos na peritonite tuberculosa do adulto — 492	
Acções pro e anti-hipertensivas do rim — 967	
Acção da delta-cortisona associada aos antibióticos na peritonite tuberculosa do adulto — 492	
Amiotrofias de Charcot-Marie — A cerca de um caso — 919	
Acidentes, indicações e contra-indicações do cateterismo das cavidades direitas do coração — 265	
Acidose diabética grave tratada com o rim artificial — 280	
Actividade glutâmica da transaminase oxalacética do sôro no alcoolismo agudo crónico — 856	
Administração da cortisona (A) em tuberculosos pulmonares graves submetidos a cirurgia torácica — 849	
Algumas noções envolvendo o uso clínico dos radioisótopos — 72	
Alguns aspectos de circulação extra-corporal — 1051	
Alguns aspectos do problema do impaludismo — 976	
Alguns casos curiosos do pseudo-parasitismo intestinal — 907	
Amibiase (A) vista na prática do consultório — 371	
Anemia hemolítica auto-imune sustada pela remoção de um teratoma ovárico — 72	
Anemias proteinoprivas hipersiderémicas (nos gastrectomizados) — 1067	
Angina de peito reversível — 962	
Angina de peito e sistoles prematuras devidas ao exercício — 964	
Anomalias congénitas da vesícula biliar — 611	
Anticorpos e globulinas (Um depoimento) — 83	
Apendicite nos velhos — 273	
Arteroesclerose e hipertensão renal — 70	
Arterite temporal: as perturbações oculares; o tratamento pelos corticosteroides supra-renais — 61	
Aspectos actuais de fisiologia hipotálamo-hipofiso-gonadal — 179	
Aspectos clínicos sobre a assistência ao parto e ao puerpério — 453	
Associação de hipogamaglobinémia (A) e leucemia linfoide crônica — 1075	

- Ateroma arterial e coagulação do sangue — 960
Avaliação da dieta proteica no tratamento das doenças do fígado — 386
Biopsias do jejuno do sprue — 175
Broncografia — Sumário de uma revisão mundial — 383
Cadeia citológica e química nas anemias hipocrómicas. Sua classificação patogénica no adulto — 851
Câncer broncopulmonar — Sobre a terapêutica — 728
Câncer do corpo do útero — Considerações sobre o tratamento — 604
Câncer do esôfago — 958
Câncer primitivo do fígado de sintomatologia atípica — 1.025
Câncer primitivo do lobo esquerdo do fígado que foi tratado por lobectomia esquerda regulada — Sobre um caso — 610
Câncer do pulmão (O) e o seu diagnóstico — 1001
Carcinoides digestivas — Orientação terapêutica — 369
Carcinoma broncogénico em indivíduos do sexo masculino com menos de 40 anos de idade — 1076
Carcinoma e colite ulcerosa — 604
Carcinoma do duodeno operado de duodenopancreat摘除术 — 767
Carcinoma do estômago — 609
Carcinoma do pâncreas — Um estudo clínico baseado em 87 casos — 737
Choque cardiológico — 76
Choque e sintomas abdominais agudos complicando a pericardite aguda idiopática — 967
Cicatrização de úlceras da extremidade inferior na criança — 856
Cirurgia biliar nos velhos — 484
Coagulação do sangue (A) — 159
Colapso temporário no tratamento da tuberculose pulmonar — 693
Colecistangiografia não peroperatória — 736
Colescitografia (A) em período icterico — 74
Coma diabético (O) na pancreatite aguda — 385
Coma hepático — 484
Complicações eczematosas do tratamento da tuberculose — 69
Compromisso cardíaco na mononucleose infecciosa — 482
Compromisso cardíaco no síndrome de Löffler — 559
Conceitos de pielonefrite: experiência com biópsia renal e observação clínica prolongada — 277
Congestão hepática aguda — 965
Considerações clínicas e laboratoriais sobre três diuréticos similares: amino-filina, aminometradina (mictina) e aminoisometradina (roliton) — 162
Control dietético da hiperlipidemia essencial — 839
Corticoterapia e corticosteroides no tuberculoso — 736
Cortisona (A) no tratamento da tuberculose miliar aguda — 729
Costelas cervicais operadas — (A propósito de 23 casos) — 373
Crioterapia — Terapêutica pela neve carbônica — 585
Critério necessário para o tratamento cirúrgico da colite ulcerosa — 954
Cromatografia em papel — 893
Curso de Aperfeiçoamento e Revisão da Faculdade de Medicina de Coimbra (XXI) — 867-1079

- Défice da gamaglobina e complicações infecciosas das leucemias linfoides crónicas — 850
- Dermatófitos portugueses — Contribuição para o estudo dos — 541
- Derrame pleural isolado devido a mixedema — 963
- Determinação da proteína C — reactiva no sangue dos doentes com doença de Hodgkin — 487
- Devem todas as úlceras gástricas ser tratadas cirurgicamente? — 1071
- Denúncia de mais um caso de strongyloidose — 989
- Diagnóstico das afecções da vesícula biliar — 739
- Diagnóstico (Um) de «insuficiência cardíaca» — 363
- Diagnóstico (Um) de «nervosismo» — 945
- Diagnóstico (Um) de «periviscerite» — 827
- Diagnóstico (Um) de «pleurite» — 53
- Diagnóstico (Um) de «pneumonia» — 1067
- Diagnóstico definitivo de derrame pericárdico e de pericardite constrictiva — 164
- Diagnóstico diferencial (O) da dor na doença coronária — 161
- Diagnóstico etiológico difícil (O) das adenopatias mediastínicas aparecidas no decorrer da doença tuberculosa — 855
- Diagnóstico gráfico e laboratorial na doença coronária — 68
- Diagnóstico (O) de hipertensão devida a doença renal unilateral — 275
- Diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose na criança — 382
- Diagnóstico radiológico das hérnias do hiato — 272
- Diferenciação das causas de hipertensão pulmonar na cardiopatia reumatismal, estudada por cateterismo simultâneo das cavidades cardíacas direitas e esquerdas — 613
- Digitalização rápida em doentes ambulatórios com fibrilação auricular — 605
- Disturbios (Os) electrolíticos da insuficiência cardíaca — 835
- Documentos experimentais sobre as repercussões electrolíticas das transfusões de sangue citratado — 375
- Doença de Dupuytren. Estudo histológico — 490
- Doença hemolítica do recém-nascido — Tratamento — 734
- Doença hepática no alcoolismo crónico simulando obstrução biliar extra-hepática — 75
- Doença de Hodgkin — Formas torácicas — 64
- Doença de Klinefelter-Gilbert — 731
- Doença quística congénita do pulmão com fibrose pulmonar difusa e carcinomatose — 488
- Doença de Wilson — Um caso agudo — 730
- Dois casos de falso tumor torácico por actinomicose — 960
- Doses maciças de cortisona no coma hepático — 738
- Eczemas — Orientação terapêutica — 669
- Efeito agudo do ácido acetil-salicílico no homem — 482
- Efeito (O) da dieta sobre a concentração urinária — 380
- Electrocardiograma (O) no coração pulmonar secundário a enfisema pulmonar: um estudo de 18 casos autopsiados — 848
- Electrocardiograma (O) no enfarte do miocárdio — 736
- Elevação da fosfatase ácida em doentes ictéricos — 75

- Embolia coronária e enfarte agudo do miocárdio secundariamente a cardiopatia reumatismal — 612
Emprego clínico de hipotermia após paragem cardíaca — 955
Encefalopatia associada com triquinose tratada com ACTH e cortisona; relato de dois casos — 1075
Encefalopatia em doença pulmonar — 839
Endocardite pariental fibroplástica — 740
Enfarate cerebral experimental: os efeitos do dicumarol — 162
Enfarate do miocárdio — O repouso no — 489
Enfarate do miocárdio curado e não tratado em doentes falecidos num hospital geral — 483
Enfisema intestinal intersticial (Pneumatose cistoide intestinal) — 841
Enfisema mediastinal: complicaçāo da broncoscopia — 608
Ensaio do sulfato de Dextrane como meio de prevenção e tratamento das flebites obstétricas — 487
Epidemia familiar de distomatose hepática — Sobre um caso — 273
Escleroterapia (A) no tratamento das varizes — 726
Escolha da intervenção cirúrgica (A) no tratamento dos quistos pancreáticos — 844
Esferocitose hereditária — A duração da crise aplástica é influenciada pela esplenectomia? — 606
Esplenectomia — Indicações — 727
Esplenectomia (A) no curso da anemia hemolítica — 734
Espondilites infecciosas (As) — 1074
Estados hemofiloïdes nas mulheres — 729
Estase da vesícula biliar — 728
Estenose pilórica hipertrófica no adulto — 274
Estenose pulmonar congénita com bradiarritmia sinusal transitória — 657
Estudo crítico das anastomoses venosas no tratamento de doentes cirróticos com varizes — 953
Estudo estatístico dos factores na patogenia de litíase biliar humana — 71
Estudo experimental sobre a arterialização da veia porta — 610
Estudo da terapêutica da mielite transversa surgida na meningite tuberculosa — 613
Estudos electromicroscópicos de lesões glomerulares reversíveis no síndrome nefrótico do adulto — 966
Estudos da função hepática em doentes recebendo promazina — 488
Etiologia (A) da colite ulcerosa crónica não específica — 164
Etiologia (A) das infecções respiratórias comuns numa população civil adulta — 372
Evolução (A) e consequências duma «contusão abdominal» — 715
Exoftalmia da doença de Graves — 381
Experiência clínica com a clorotiazida com particular menção das respostas desfavoráveis; relato de 121 casos estudados durante um período de 15 meses — 1073
Factores do hospedeiro afectando o crescimento do estreptococo hemático B na faringe humana — 281
Falsos diagnósticos de hipotiroidismo — 69

- Febre inexplicável — 279
 Febre reumática: indicações laboratoriais e clínicas para a sua profilaxia e tratamento — 25
 Fibrose intersticial difusa progressiva dos pulmões (Sindroma do Hammand-Rich) — 66
 Fibrose intersticial difusa pulmonar (sindroma de Hammand-Rich). Sucesso da terapêutica paliativa em um caso com esteroides — 1077
 Fibrose pulmonar intersticial difusa (sindroma de Hammand-Rich) num doente alérgico — 280
 Fistula duodeno-cólica benigna — 838
 Fistulas biliodigestivas espontâneas. Experiência cirúrgica de 51 casos — 613
 Fistulas salivares congénitas do pescoço (As) — 852
 Foliculite aguda superficial — (Impétigo de Bockhardt) — 821
 Fotometria de chama — 758
 Fracturas do colo do fémur — Estudo estatístico — 373
 Fracturas diafisárias dos ossos longos — Tratamento — 503
 Golpe de calor com hipernatremia, insuficiência renal aguda e intoxicação — 735
 Hemofilia — Dados actuais sobre o tratamento — 838
 Hemorragias digestivas, complicações do tratamento pelos alcaloides de Rauwolfia — 273
 Hepatopatias nos paraplégicos — 485
 Hepatectomia direita alargada com ablação da via biliar principal por equinocose alveolar do fígado — 614
 Histerosinfisopexia (A) no tratamento dos prolapsos genitais — 931
 Icterícia da clorpromazina — 740
 Icterícia consequente à administração da clorpromazina — 270
 Icterícia prolongada (durante mais de três meses) surgindo no decurso da Administração da clorpromazina — 76
 Icterícia simulada pela ação da quinacrina — 278
 Impetigo verdadeiro de Tilbury Fox — 253
 Indicações mínimas de exérese na tuberculose pulmonar — 372
 Infecção renal por criptococos: referência de um caso — 160
 Inflamação aguda do pâncreas — 377
 Informações — 77-169-283-387-493-617-859-969-1079
 Inibição da formação do ácido clorídico no estômago humano pelo «Diamox» — 166
 Interesse do tratamento dos cancos do esôfago torácico pela radioterapia da alta energia (Betatrão 22 Mev.) — 1071
 Internista (O) e o abdome agudo — 605
 Intoxicação pela amónia num cirrótico tratado com clorotiazida — 840
 Intoxicação (A) pela aspirina e seu tratamento — 74
 Intoxicação pelo salicilato num adulto — 839
 Invasão muscular no Sarcoide de Boeck — 381
 Iodo radioactivo (O) e a tiroide — 842
 Isostenúria funcional — 736
 Isquemia aguda dos membros inferiores desencadeada pelo tartarato de ergotamina — 961
 Leiomioma do estômago — 730

- Leucoses agudas na criança — O começo aplásico das — **487**
 Lição de abertura de Curso — **307**
 Linfossarcomas do intestino (A propósito de dois...) — **1072**
 Língua negra pilosa — (Considerações a propósito de um caso) — **623**
 Luta (A) para a irradiação da tuberculose — **383**
 Macroglobulinemia — **2** casos — **608**
 Macroglobulinemia de Waldenström com síndrome neurológico — **961**
 Manifestação (Uma) muitas vezes desconhecida da pneumoconiose dos mineiros:
 a liquefação asséptica das formações pseudo-tumorais — **491**
 Mecanismo complexo da diurese sódica nos edemas tratados pelos corticoides — **959**
 Médico (O) e as exigências morais da sua profissão — **339**
 Médico (O) perante os ferimentos do abdome da vida civil — **811**
 Metástases pulmonares de ponto de partida oculto, simulando carcinomas broncogénicos — **612**
 Micetoma do pé produzida por «Madurella Polymorpha» — **851**
 Micoses pulmonares — Aspectos clínicos e patogenia — **1076**
 Mucosa gástrica e jejunal (A) em pacientes saudáveis com gastrectomia parcial — **607**
 Nefrograma isotópico — **958**
 Nefrose e Tolbutamida — **605**
 Negligência, (A) causa maior dos surtos evolutivos da tuberculose pulmonar do adulto — **854**
 Nevralgia do trigémino — **67**
 Nevralgias cervico-braquiais — Tratamento — **73**
 Nitrofurantina nas infecções crónicas do trato urinário — **67**
 Nódulo (O) solitário circunscrito do pulmão — **280**
 Observações sobre a influência da terapêutica médica sobre hipertensão portal na cirrose hepática — **966**
 Obesidade e diabétés — **965**
 Oclusão arteriosclerótica da aorta abdominal e das artérias iliacas: estudo em 105 doentes — **276**
 Ocorrência (A) das arritmias nos enfartes agudos do miocárdio — **489**
 Operações cardio-vasculares efectuadas durante a gravidez — A propósito de 7 casos — **486**
 Osteossíntese — **687**
 Oxiurose (A) no meio rural — **616**
 Pancreatite aguda: Revisão clínica de **72** situações ocorridas em **54** doentes — **737**
 Pancreatite intersticial aguda e subaguda — **1069**
 Patogenia da hemorragia retro-placentar — **603**
 Patologia e clínica do «estômago operado» — **473**
 Perfuração e hemorragia da úlcera duodenal durante a administração de *Rauwolfia serpentina* — **609**
 Perfurações espontâneas do cego — **372**
 Perfusiones endovenosas de oítóicos e espasmolíticos na prática obstétrica — **107**
 Perigos das radiações gama — **641**
 Peritoneoscopia — **842**

- Pleurectomia — 959
 Pneumotórax artificial (O) como auxiliar da quimioterápia no tratamento da tuberculose pulmonar — 490
 Pneumonite crónica simulando o carcinoma broncogéneo — 490
 Poliartrite crónica evolutiva — Tratamento por via arterial — 962
 Problema (O) do diagnóstico diferencial na ictericia obstrutiva — 279
 Problema (O) da etiopatogenia dos acidentes vasculares cerebrais — 591
 Problema (O) do tratamento da homossexualidade — 1.068
 Problemas clínicos da glomerulo-nefrite difusa aguda — 97
 Problemas terapêuticos postos pelo reaparecimento das hemorragias digestivas após a esplenectomia por síndrome de Banti — 374
 Profilaxia pré-natal — 349
 Prognóstico (O) das infecções urinárias na infância — 68
 Prognóstico e tratamento da esclerose múltipla — Estudo nosométrico quantitativo — 724
 Púrpura idiopática trombocitopénica com «Prednisona» — Tratamento — 724
 Púrpuras trombopénicas idiopáticas — Tratamento — 848
 Quinze anos de regência da cadeira de Patologia Cirúrgica (1942-1957) — 1
 Quisto hidático do pulmão — 1076
 Quistos hidáticos do baço (a propósito de 14 casos consecutivos) — 733
 Recentes avanços no tratamento das arritmias cardíacas — 356
 Recto-colite hemorrágica (A) — 269
 Reeducação respiratória (A) do enfisematoso no estado de cor pulmonale crónico — 853
 Reflexões sobre a dietética actual das hepatites agudas e das cirroses — 379
 Reflexões sobre uma série de 60 esplenectomias — 1072
 Relação (A) entre resposta vascular anormal e retinopatia e nefropatia no diabético — 607
 Ressecções pulmonares — Algumas experiências — 129
 Ressecções terminais do ileon — 573
 Restrições dietéticas impostas aos indivíduos atingidos de afecções gastro-intestinais? — Que há de útil nas... — 157
 Resultados tardios no tratamento cirúrgico da úlcera péptica — 840
 Retenção gástrica assintomática na diabétés «gastroparesis diabeticorum» — 488
 Rim não funcionante unilateralmente — 482
 Riscos (Os) das radiações na pielografia intravenosa — 725
 Salicilatos e hemorragia gástrica. I. Hemorragia oculta; II. Hemorragia evidente — 74
 Sarcoidose pulmonar — Aspectos radiológicos raros — 963
 Sarcoma do duodeno — 1070
 Sarcoma do estômago — Evolução e prognóstico — 167
 Seleção (A) de um antibiótico para o tratamento da endocardite bacteriana — 1077
 Septicémia porto-cava. Cirroses do fígado e septicémia pelo colibacilose — 271
 Septicémias por estafilococos — 492
 Significado (O) clínico da hematúria — 280
 Sinal radiológico na hemosiderose — 840

- Sincope convulsiva devida a arritmias ventriculares rápidas — 384
Sindroma de absorção deficiente: absorção intestinal de vitamina B₁₂ — 274
Sindroma de Adams-Stokes — Novas orientações terapêuticas — 245
Sindroma de Kartagener na mesma familia — 380
Sindroma do lobo médio bilateral — 384
Sindroma de Mallory-Weiss — 846
Sindroma nefrótico (O) — 68
Sindroma nefrótico do adulto (O) — 967
Sindroma nefrótico depois da aplicação da pomada mercurial — 849
Sindroma pós-colecistectomia: avaliação crítica — 739
Sindroma pré-menstrual — 732
Sindroma de Waterhouse-Friederichsen tratado pela noradrenalina com dois sucessos — 957
Sindromas neurológicos associados com carcinoma. As neuromiopatias carcinomatosas — 956
Síntese e metabolismo da heparina radioactiva — 841
Sobre as possibilidades evolutivas das nefrites — 1075
Sprue não tropical; diagnóstico e tratamento — 378
Taquicardia paroxística ventricular consecutiva e enfarte do miocárdio — 485
Tempo de Quick (O) e seus factores nas leucoses — 731
Terapêutica cirúrgica da penumonite crónica inespecífica — 738
Teste de hemaglutinação (O) para hepatite virica notado numa hepatite epidémica ou infecciosa — 1070
Testes da função hepática e sua interpretação — 483
Testes laboratoriais no diagnóstico das doenças hepato-biliares — 207
Toxicologia clínica e o clínico prático — 276
Traqueotomia (A) — 852
Tratamento (O) do carbúnculo (pústula maligna) — 379
Tratamento cirúrgico dos aneurismas da carótida primitiva e do tronco arterial braquo-cefálico — 847
Tratamento das complicações agudas do alcoolismo crónico — 604
Tratamento da doença do sangue pelo fósforo radioactivo — 843
Tratamento do doente hipertenso — 611
Tratamento de doentes com excesso de peso — 67
Tratamento (O) da dor das pancreatites crónicas pela neurotomia da cabeça do pâncreas (Uma técnica nova e seus resultados) — 375
Tratamento (O) das endocardites com hemocultura negativa — 721
Tratamento (O) da insuficiência respiratória crónica — 479
Tratamento (O) das insuficiências respiratórias — 837
Tratamento (O) das leucoses e das hemopatias pela Deltacortisona — 272-378
Tratamento (O) não cirúrgico da úlcera péptica perfurada — 165
Tratamento da nevralgia ciática pelas injecções epidurais de hidrocortisona — 616
Tratamento da teniase por insuflação de oxigénio intraduodenal — 614
Tratamento do tétano (Recente estatística da Clínica de Doenças Infecciosas) — 599
Tratamento de urgência (Um) da grande insuficiência respiratória de forma asfixica. Resultados da utilização de uma couraça respiratória — 271

- Traumatismos abdominais — **437**
Trombose crónica da artéria pulmonar — Aspectos clínicos e cirúrgicos — **481**
Tuberculose (A) dos lobos inferiores do pulmão — Particularidades anatómicas e clínicas — **847**
Tuberculose pulmonar — Tratamento com ACTH e cortisona em adição à terapêutica específica antituberculosa — **382**
Tumor costal de células gigantes revelado por uma opacidade radiológica do tórax — **960**
Tumor intratorácico — Considerações em torno de um caso — **233**
Tumores do timo — **964**
Úlcera gástrica — Uma análise de 161 casos — **606**
Úlcera péptica do esófago — **319**
Úlcera da perna — Tratamento — **417**
Úlceras pépticas pós-gastrectomia — **614**
Universidades (As) na luta anti-cancerosa — **873**
Uso de radioisótopos no diagnóstico da anemia — **66**
Utilização dos radioelementos artificiais por via externa — **844**
Valor do exame do líquido ascítico e do sangue quanto a lipídios e proteínas doseadas pela electroforese — **377**
Valor da terapêutica anticoagulante prolongada — **278**
«Vein stripping» na tromboflebite da veia safena — **845**
Velocidade do metabolismo dos hidratos de carbono. Interesse diagnóstico — **853**
Viroses respiratórias e cardiopatias — **385**
Virus e bactérias enteropatogénicos — **604**
«Vómitos incoercíveis» — Um caso — **151**
«Vómitos por hipokaliemias» — **259**
Zona — **343.**

Composto e impresso nas oficinas da Gráfica de Coimbra
Bairro de S. José, 2 — COIMBRA

INSTITUTO DE FISIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(DIRECTOR: PROF. DOUTOR JOÃO DE OLIVEIRA E SILVA)

LE DIENCÉPHALE ENDOCRINE EN NEURO-PSYCHO-PHARMACOLOGIE⁽¹⁾

POR

JOÃO DE OLIVEIRA E SILVA

Invité à collaborer dans cette «PREMIÈRE RÉUNION INTERNATIONALE DE NEURO-PSYCHO-PHARMACOLOGIE» à qui il me plaît de rendre les hommages de ma Faculté qui a bien voulu me charger de sa représentation officielle, et au sein de laquelle se trouve un si grand nombre de Biochimistes, de Neurophysiologistes, de Pharmacologistes, de Psychiatres, de grande renommée, consacrés, au fond, à l'étude plus approfondie de la vie psychique humaine, d'après une conception organo-dynamiste chaque fois mieux appuyée sur des faits objectifs, il est sous deux circonstances également importantes que j'ai l'honneur de vous parler aujourd'hui du diencéphale endocrine.

Tout d'abord, il conviendra de vous signaler que par la découverte d'une activité sécrétoire (la *neurocrinie* de Roussy e Mosinger) de ses noyaux, l'Endocrinologie a porté le diencéphale à son apogée parcequ'elle a bien ouvert des conceptions tout à fait nouvelles sur l'activité de ce département du système nerveux, particulièrement en ce qui concerne le fonctionnement psychique normal du cerveau humain et ses troubles.

En effet, l'Endocrinologie, après ses études sur l'hypophyse, qui l'ont porté à changer entièrement toute l'architecture fonctionnelle

(1) Trabalho apresentado na «Première Réunion Internationale de Neuro-Psycho-Pharmacology» em Roma, em 12 de Setembro de 1958.



de son vaste système, a pris le diencéphale dans le complexe endocrine hypophso-tubérien et envisagé aussi la portée extraordinaire de cette activité résultante d'une sorte d'alliance d'un mécanisme hormonal aux mécanismes purement nerveux, plus ou moins bien connus depuis longtemps.

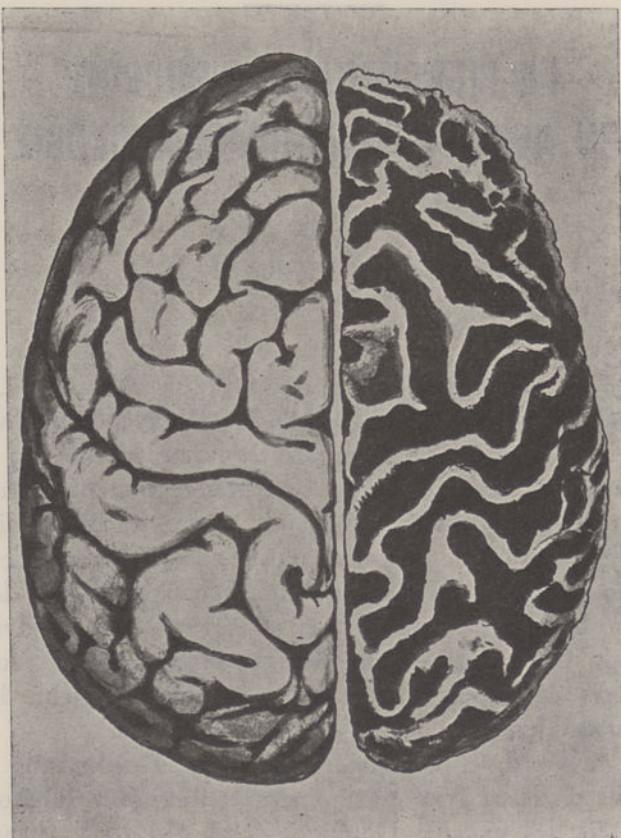


Fig. 1—Le cerveau humain, d'après Ludwig et Klinger, pour comparer l'écorce et le centre médullaire des hémisphères.

C'est à dire qu'on ne pourra pas restreindre, à l'avenir, l'étendue de l'activité du diencéphale médian, ou infundibulo-tubérien, aux fonctions classiques qu'il remplit, soit dans la vie psychique elle-même, soit dans la vie végétative, soit encore dans la vie transitionnelle ou de conversion psycho-végétative.

Obligé, naturellement, à m'abstenir de quelques références bibliographiques touchant ce sujet, je dois remarquer que le diencéphale, mais tout le diencéphale, représente la partie du système nerveux premièrement différencié pour la génèse et pour l'intégration des phénomènes instinctifs-affectifs, et aussi le siège du règlement des niveaux de conscience et du rythme biologique vital qui la conditionne.

Ensuite le diencéphale est placé au deuxième étage de toute l'hierarchie du système neurovégétatif, bien que, au point de vue fonctionnel, il commande son allure générale, donc la personnalité végétative de l'homme, en réglant aussi par son entremise, l'activité métabolique.

En dernier lieu, le diencéphale, au moyen de ses rapports, plutôt indirects, avec l'écorce cérébrale, et de ses différentes connexions, directes et éferentes, avec les centres végétatifs mesencéphalo-bulbo-médullaires, est le centre de projection de toute la vie psychique, surtout de nuance émotionnelle, dans le corps entier. N'oublions pas non plus que si le diencéphale assure l'unité psycho-somatique, il s'élargit, par un rapport anatomique éférant, aussi à l'hypophyse qu'il prendra également dans son rayon fonctionnel.

Bien que la contexture des connexions anatomiques du diencéphale avec le cerveau soit, de nos jours, mieux connue et nous certifie toujours d'une haute différentiation soumise à la coordination surprenante de ses mécanismes si complexes, nos scrongs obligé de nous en passer, et nous attirons simplement l'attention sur le fait essentiel que le diencéphale est en mesure de recevoir toutes les afférences, c'est à dire, toutes les excitations du monde corporel lui-même et du monde cosmique et social qui achèvent la personnalité humaine.

LE DIENCÉPHALE ENDOCRINE

Parlons, oui, du diencéphale endocrine que Scharrer a nommé en 1928 «Glande diencéphalique» et dont l'activité dans les différents secteurs de l'organisme l'Endocrinologie devra prendre à sa tâche. Qu'il nous soit permis de citer également à ce propos les noms de Umberto Poppi, Rémy Collin, Roussy e Mosinger, Stutinsky, Stöhr, Emi Hagen et, dernièrement, Bargmann.

En nous adressant à quelques de nos recherches, poursuivies depuis 1934, et qui nous placent aussi du côté endocrine, il nous sera permis de détacher, mais à un titre seulement schématique, une

activité sécrétoire des neurones tubériens caractérisée par les faits suivants:

- 1.^o— Mobilité extrême du cytoplasme du corps cellulaire;
- 2.^o— Existence d'un cycle sécrétoire de plusieurs neurones;
- 3.^o— Désagrégation granuleuse habituelle et excrétion d'une partie de ce corps cellulaire;



Fig. 2.—L'activité glandulaire des centres tubériens (*noyau paraventriculaire*) et quelques de leurs manifestations: mobilité cytoplasmique, élaboration de produits figurés et noyaux libres.

- 4.^o— Élaboration de produits figurés à aspect granuleux lipidique et colloïde;
- 5.^o— Richesse extraordinaire du réseau vasculaire (signalée déjà par Marinesco) et intimité la plus étroite de ses capillaires avec les neurones;
- 6.^o— Pénétration dans ces capillaires des différents produits figurés;
- 7.^o— Diffusion des produits figurés des neurones dans le réseau neurofibrillaire voisin;
- 8.^o— Migration de ces corps figurés ou de débris granuleux vers la tige pituitaire, l'infundibulum, le lobe nerveux et la pie-mère basilaire.

Um novo derivado da Piperazina:

CINAMATO DE PIPERAZINA

ACÇÃO TERAPÉUTICA REFORÇADA:

- ALTO PODER VERMICIDA DO ÁCIDO CINÂMICO
conjugado com a
- ACÇÃO VERMIFUGA DA PIPERAZINA

PIPERVITE
MARCA REGISTADA
AZEVEDOS

SOLUÇÃO ESTABILIZADA DE CINAMATO
DE PIPERAZINA (10% DE PIPERAZINA)
EM XAROPE DE FRAMBOEZAS

GOSTO E AROMA MUITO AGRADÁVEIS

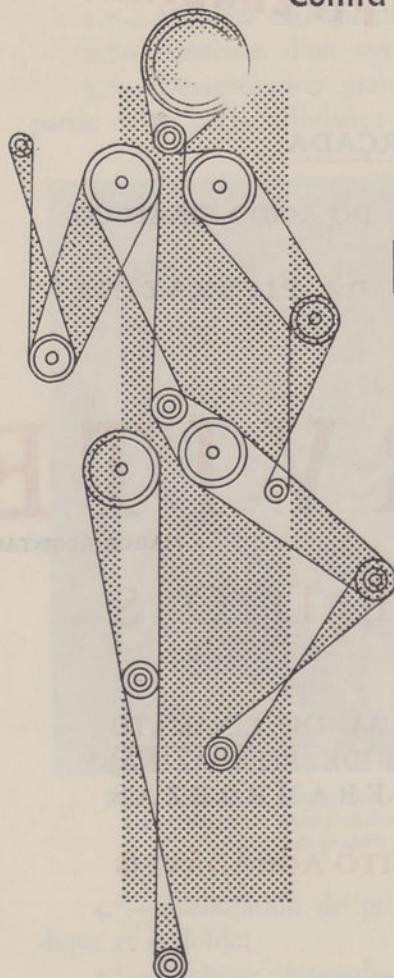
APRESENTAÇÃO

Frascos de 60 g	15\$00
Frascos de 120 g	25\$00

Amostras e literaturas médicas à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

•
LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

Contra reumatismo articular crónico



RESOCHINA® proporciona

pelo menos 70 % de êxito!

Fixar bem!

Terapia a longo prazo
Não exerce efeito antes
de 3 a 4 semanas

Por isso:

**1 comprimido de
RESOCHINA,
diariamente,
com regularidade,
durante vários meses**

Embalagens: 10, 30 e 100 comprimidos de 0,25 g



»**Bayer**« Leverkusen · Alemanha

Representante para Portugal:

BAYER-Farma, Límítada Rua da Sociedade Farmacêutica, 3,1º Lisboa 1

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que le noyau participe fréquemment dans ces phénomènes et que, bien souvent, de nombreux neurones disparaissent au cours des processus sécrétoires trop intenses. Donc, du point de vue morphologique, à côté de la *mérocrinie* tubérienne, l'*holocrinie*, qui pose évidemment des problèmes très importants concernant la «Théorie du neurone».



Fig. 3 — Activité neuro-sécrétoire et rapports capillaires directs des centres diencéphaliques (*noyau tangentiel*).

A l'égard de son allure neuro-endocrine, il sera permis de cette façon de juger la valeur de ses hormones, que nous avons appellées depuis 1944 *Hormones diencéphaliques*, d'après la triade fonctionnelle correspondante aux voies sanguine, céphalo-rachidienne et méningée qu'elles suivront.

Par l'excrétion dans le réseau capillaire, que nous avons décrite en 1934 sous le nom de *neurohémocrinie*, on se rend compte que le diencéphale peut intervenir, par voie humorale, comme les autres endocrines, dans tout l'organisme, et la destinée fonctionnelle de

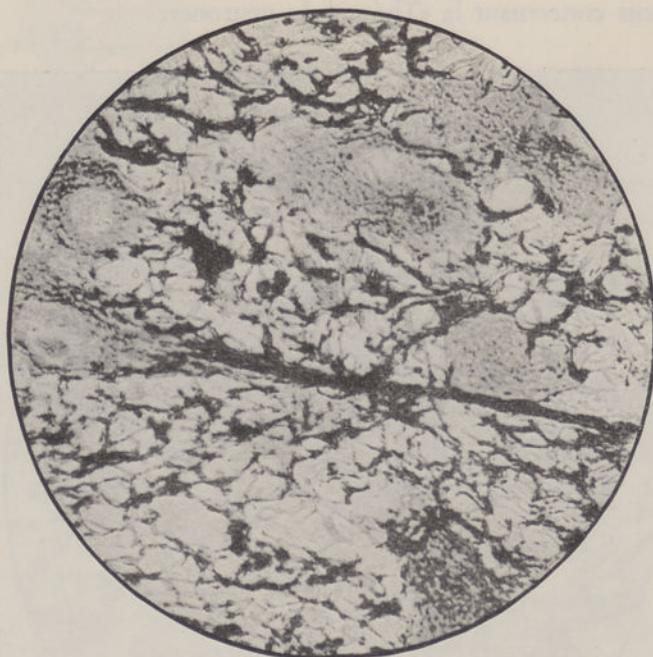


Fig. 4—L'architecture nerveuse de l'hypothalamus (*noyau tangentiel*).

cette voie est pleine d'intérêt. D'autre part, la connexion vasculaire, si étroite, qui vient d'être soulignée, permet d'affirmer la grande réceptivité hypothalamique à toutes les variations de la composition du milieu intérieur.

NEURO-HYDRENCEPHALOCRINIE ET RÉGULATION ENDOCRINE DIENCÉPHALO-CORTICALE

Le passage des hormones diencéphaliques à travers l'épendyme infundibulo-ventriculaire, que nous avons appellé, suivant la nomenclature de Collin, *neuro-hydrencéphalocrinie*, apporte ces substances, à une concentration certainement plus élevée que dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien qui deviendra la voie

d'excrétion la plus importante, concernant leur influence sur le cerveau. Il conviendra de réfléchir sur le fait que la région infundibulo-tubérienne, justement celle-là où se trouvent les noyaux hypothalamiques, est baignée tant par le liquide céphalo-rachidien ventriculaire comme par le sous-arachnoïdien. Il nous a été, de même, possible, en collaboration avec Remy Collin, de mettre en évidence l'excrétion hypophysaire directe sur cette voie, et que nous avons désignée «méningocrinie».

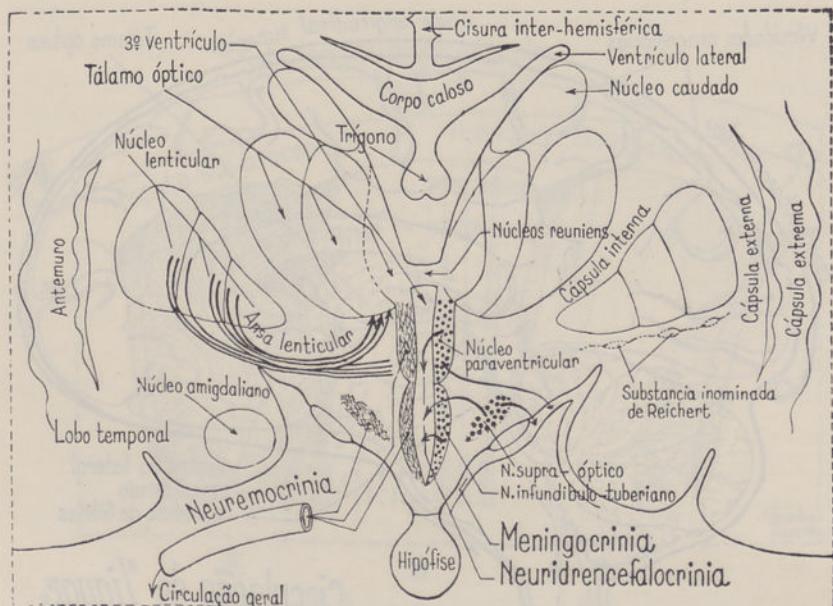


Fig. 5 — Les voies d'excrétion des noyaux hypothalamiques: sanguine (neuro-hémocrinie), hydrencéphalique (neuro-hydrencéphalocrinie) et méningée (méningocrinie).

Outre ces faits morphologiques, devenus classiques après Herring, on a prouvé par des données expérimentales remontant déjà à Cushing et Goetsch (1910-11) l'existence d'hormones diencéphaliques jusque dans le liquide de ponction lombaire.

On s'aperçoit donc que la circulation céphalo-rachidienne constitue un dispositif remarquable de rapport direct entre les noyaux hypothalamiques et le système nerveux central, le cerveau en particulier. Les hormones diencéphaliques y tombent, elles traversent les trous de Luschka e de Magendie pour aller dans les espaces sous-arachnoïdiens, elles arrivent finalement à l'écorce

cérébrale, en imprégnant ses différentes couches cellulaires où elles peuvent agir, et très probablement le font, sur la structure biochimique et le fonctionnement de leurs milliards de neurones, avant d'être résorbées par les capillaires veineux et aussi par les villosités arachnoïdiennes.

Il sera toujours convenable d'insister sur le fait que, parmi les nombreuses et bien importantes fonctions du liquide céphalo-

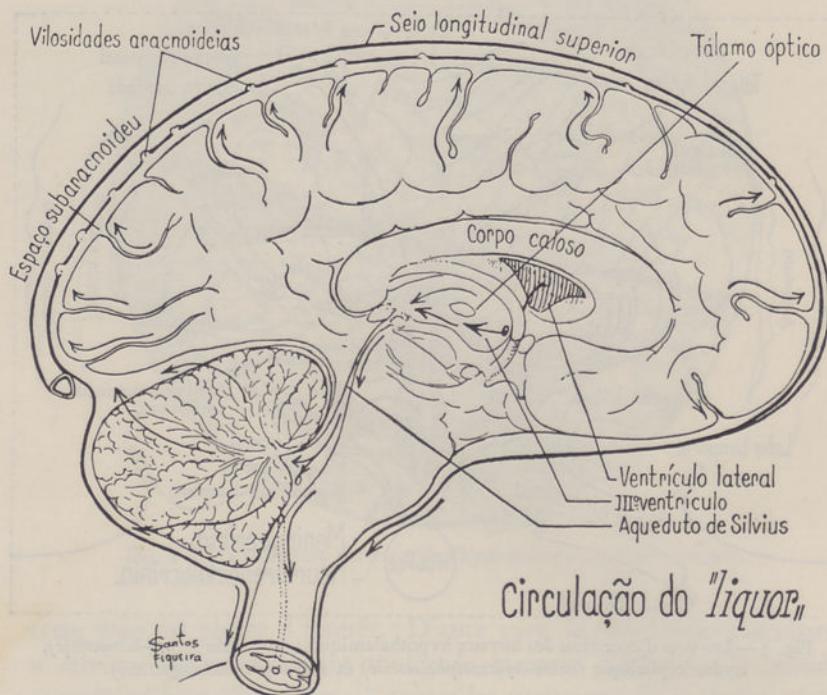


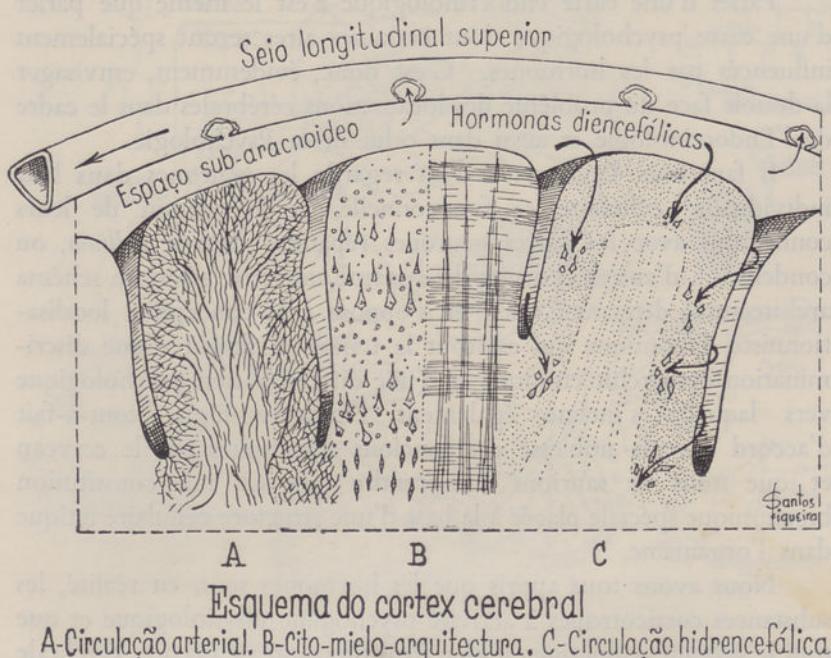
Fig. 6 — Origine et circulation du liquide céphalo-rachidien.

-rachidien, qui est le milieu interstitiel du système nerveux central, homologue de la lymphe, son rôle nutritif, mis en évidence déjà par Von Monakow, est à la base du lien endocrine diencéphale-cortical.

D'après la variété énorme d'aspects sécrétaires de ses neurones il est vraisemblable de penser que le diencéphale soit capable d'élaborer plusieurs hormones, quelques unes à constitution chimique encore

inconnue, et dont la destinée principale sera d'intervenir, toujours au même rythme de la circulation céphalo-rachidienne, dans les divers domaines de l'activité du cerveau, et particulièrement dans les aires de l'écorce qui nous semblent plutôt attachées aux fonctions psychiques.

Comme ça, nous serions bien arrivés à la profondeur de la psychogénèse en touchant le complexe structurel, surtout lipoprotéique, des neurones qui s'arrangent d'une façon particulière dans



A-Circulação arterial. B-Cito-mielo-arquitectura. C-Circulação hidrencefálica

Fig. 7 — L'imprégnation hydrencéphalique de l'écorce cérébrale.

les couches cellulaires qui donnent le cachet de spécificité et de différentiation à toute l'écorce cérébrale.

Point ne sera besoin d'ajouter que nous sommes devant un mécanisme endocrine nouveau, comme originelle se nous présente l'activité neuro-glandulaire de l'hypothalamus, et que nous pouvons mettre ces faits objectifs au seuil d'une conception nouvelle aussi des mécanismes psychiques du cerveau moyennant des connexions endocrines diencéphalo-corticales.

LA CARTE ENDOCRINOLOGIQUE DU CERVEAU HUMAIN

La dernière glande à sécrétion interne venue, et bien venue, au système incrémentaire, et qu'on a avéré cependant être en mesure d'agir par l'entremise du système porte-hypophysaire sur le comportement hormonal du lobe antérieur de l'hypophyse, doit occuper une place exceptionnellement importante dans la carte endocrinologique du cerveau humain, à laquelle nous nous sommes consacrés au cours des dernières années.

Parler d'une carte endocrinologique c'est le même que parler d'une carte psychologique dont certaines aires seront spécialement influencées par les hormones. C'est donc, évidemment, envisager la double face du problème des localisations cérébrales dans le cadre de l'Endocrinologie et aussi dans celui de la Psychologie.

Il faut bien l'avouer: si l'on regarde les neurones dans leur individualité cellulaire et fonctionnelle, et le chemin de leurs connexions avec les autres neurones répandus dans le *pallium*, ou condensés à d'autres endroits du système nerveux, selon un schéma architectural déterminé, rien ne s'oppose à la conception localisationniste dynamique qui est tout le temps en faveur d'une discrimination cytoarchitectonique et d'une différenciation psychologique vers laquelle s'incline également l'Endocrinologie, tout-à-fait d'accord avec la noblesse des fonctions accomplies par le cerveau et que nous ne saurions comprendre que sur une constitution biochimique spéciale placée à la base d'une structure cellulaire unique dans l'organisme.

Nous avons tous appris que les hormones sont, en réalité, les substances corticotropes à activité psychogène physiologique et que tout le système endocrine est bien dans l'intimité de l'écorce cérébrale et de l'expression psychique de son fonctionnement. Voilà pourquoi les endocrines nous amènent directement à la Psychophysiologie et à la Psychiatrie et nous permettent de comprendre l'évolution qu'elles font subir à toute la vie psychique. Telle fut la voie, bien fructueuse, suivie par M. Bleuler et son École.

Mais n'oubliions pas de remarquer, en nous inspirant surtout sur les cartes cytoarchitectoniques et anatomo-cliniques et sur les nombreuses couleurs de la vie psychique, que le cerveau est le véritable centre de la vie de relation, l'organe de la psyché, c'est-à-dire la source de la pensée qui, de l'avis de Pascal, fait la dignité de la personne humaine dont l'unité est assurée par la coordination

de toutes les fonctions, si nombreuses et si différentes, qui se déroulent dans l'ensemble de la vie, mais que les besoins de recherche soumettent à une dissection extrême.

Bien que nous ne puissions aller plus loin que d'une esquisse de la carte endocrinologique, il sera peut-être intéressant de signaler que la thyroïde est à la base de toute l'activité du cerveau, mais que

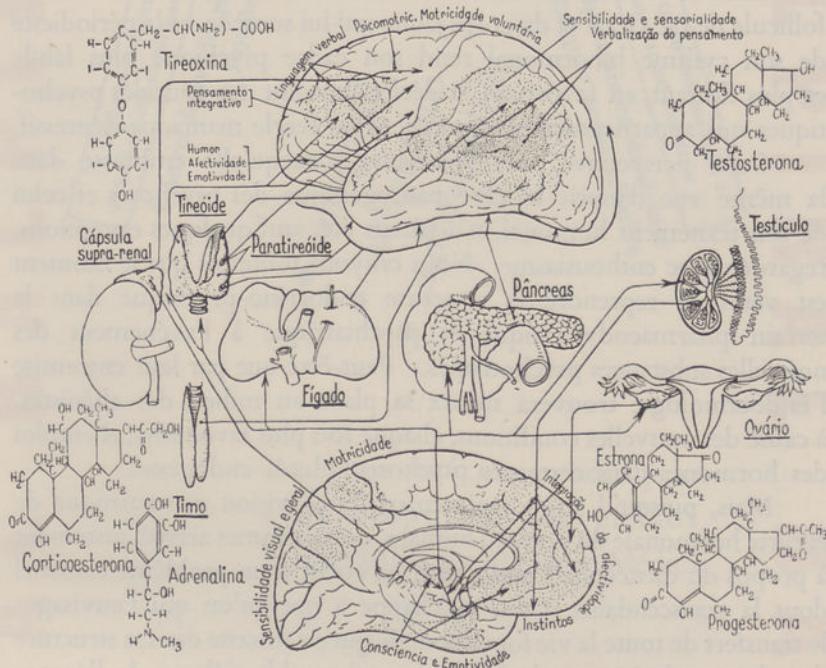


Fig. 8 — La carte endocrinologique du cerveau humain. Suivre les rapports hormonaux sur les cartes psychiques des hémisphères, représentés dans leurs faces externe et interne.

les fonctions intellectuelles et volitionnelles ent sont particulièrement soumises, et que les parathyroïdes influencent surtout le degré d'excitabilité corticale au niveau des synapses.

La cortico-surrénale intéressée, il est certain, dans le fond métabolique fosfolipidique e glucidique du cerveau, agit plus nettement sur les champs à cytoarchitecture du type pyramidale, c'est à dire les aires électromotrice et psychomotrice, liées surtout à la motricité volontaire. La médullaire surrénale est mieux connue par son intervention dans le choc émotionnel.

Du côté de l'endocrinologie sexuelle, chaque fois plus dépendante de l'activité hypophysio-tubérianne, sa tournure psychique change selon le sexe dont il s'agit. Chez l'homme, c'est le comportement, le pragmatisme, le développement des fonctions psychiques supérieures et une certaine stabilité de l'ensemble de la vie mentale qu'on doit rapporter à l'uniformité relative du travail accompli par la glande interstitielle.

Chez la femme, par contre, l'activité sexuelle gravite autour du follicule de De Graaf et du corps jaune qui lui succède, et la périodicité de son rythme bihormonal rend son cadre psychique plus labile et plus flottant, en favorisant le déclenchement des épisodes psychotiques qui appartiennent généralement au cercle maniaque-dépressif.

Cette perspective, très séduisante parcequ'elle embrasse dans la même vue d'esprit le côté pathogénique des psychoses et celui de son traitement homonal, n'a jamais été, sauf quelques exceptions, regardée avec enthousiasme. Nous croyons toutefois que le moment est venu de reprendre la structure endocrino-psychique dans le terrain pharmacodynamique et psychiatrique à l'avénement des nouvelles substances psychotropes. Peut-être que par leur entremise l'Endocrinologie trouvera mieux sa place au milieu des aliénistes, à cause des nouvelles conditions, chaque fois plus favorables, d'emploi des hormones dans certaines psychoses, plutôt endogènes.

Mais, puisqu'il s'agit maintenant d'une vision panoramique de la carte hormonale du cerveau humain, nous sommes arrivé, justement à propos du diencéphale endocrine, au cœur d'un problème essentiel dont la transcendance vitale n'échappe à quelqu'un qui l'envisage : le transfert de toute la vie fonctionnelle qui est inscrite dans sa structure dans le monde immense de la psyche qui semble s'élever de l'écorce cérébrale aux grandes hauteurs d'une apparente immatérialité de la pensée.

Est-ce-que le diencéphale est par lui-même, tout seul, le siège des fonctions psychiques qu'on lui attache? Ne pourrons nous pas admettre aussi que le diencéphale soit capable d'intellectualiser l'humeur, l'activité affective et même quelques instincts par l'influence directe de ses hormones sur les aires de l'écorce spécialement rapportées à ces fonctions?

Arrêtons nous là, cependant, à ces limites, pour retourner à l'ensemble des fonctions du diencéphale endocrine, en soulignant à titre de conclusion, le grand intérêt de ses études dans les domaines de la Neurobiologie, de la Psychophysiologie, de la Psychiatrie

BALPIRAL BALPIRAL

Apresentação:

caixas com 5 empolás de 2 c.c.
caixas com 5 supositórios de 1 gr.
frascos com 25 drageias de 0,25 gr.
tubos com 10 drageias de 0,25 gr.

BALPIRAL

de fenildimetil-dimetil-aminoisopirazolona
Orto-(metoxi)-feniloxiacetato
1 novo derivado pirazolônico
de síntese

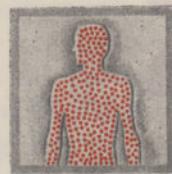
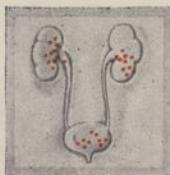
- antigripal
- antipirético
- antirreumático

N, N, ditetil N' (p-metoxibenzoil)-N' 2
pirimidil-étilenodiamina cloridrato
1 novo anti-histaminico de síntese
isento de qualquer acção sedativa



BALPIRAL BALPIRAL

eficaz
em
quase
todas
as
infecções
eficaz
quando
outros
antibióticos
falham...



Sigamicina*

clavamoxicilina-tetraciclina

Para uma eficácia aumentada

CÁPSULAS

INTRAVENOSA

PFIZER INTERNATIONAL, INC., 800 Second Avenue, New York 17 — U. S. A.
Representantes: NEO - FARMACÉUTICA, LDA. Av. 5 de Outubro, 21-r/c. — LISBOA - I
Rua Sá da Bandeira, 605-2.º — PORTO

Pfizer

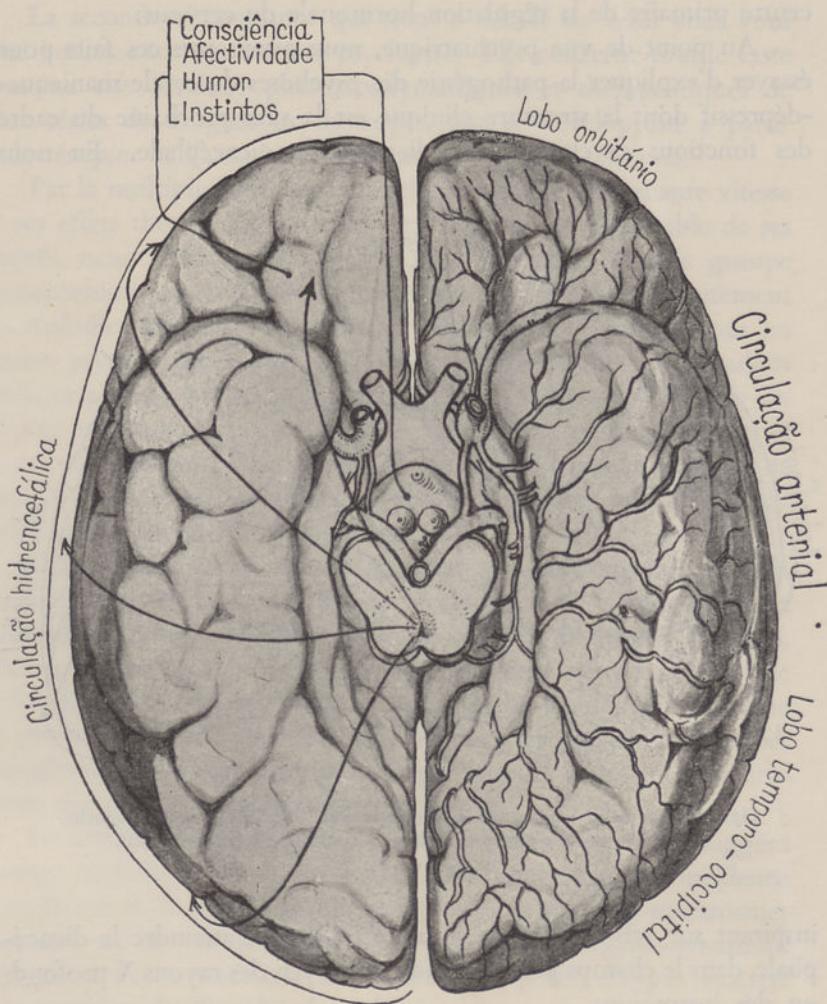


Fig. 9 — Schéma des circulations artérielle (hémisphère gauche) et hydrencephalique (hémisphère droit), celle-ci agissant (remarquer les flèches) spécialement sur le lobe fronto-orbitaire.

et de la Pharmacologie que l'excellente méthodologie de ce Congrès a si harmonieusement réunies.

En ce qui concerne la Neurobiologie, on le remarque par sa dualité neuro-sécrétoire, la plus poussée de tout le système nerveux;

A l'égard de la Psychophysiologie, il faudra le regarder, au delà des fonctions psychiques de base accomplies *in situ*, comme le centre primaire de la régulation hormonale du cerveau;

Au point de vue psychiatrique, nous avons pris ces faits pour essayer d'expliquer la pathogénie des psychose du cercle maniaque-dépressif dont la structure clinique est la plus prochaine du cadre des fonctions psychiques remplies par le diencéphale. En nous

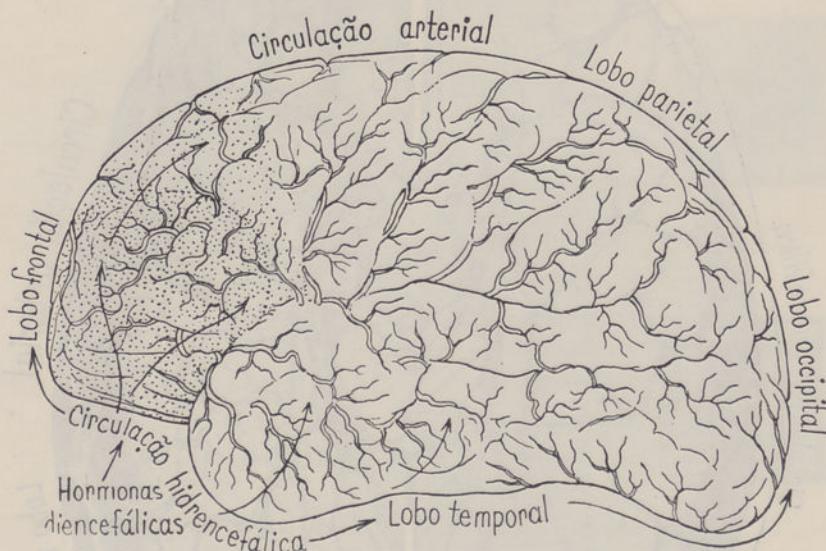


Fig. 10.—Le même schema sur la face externe de l'hémisphère cérébral gauche.
Les hormones diencéphaliques s'adressent surtout au lobe pré-frontal.

inspirant sur tels faits, nous sommes en train d'atteindre le diencéphale, dans le champs professionnel, au moyen des rayons X profonds ou des hormones;

Touchant la Pharmacologie, on s'aperçoit que les premiers résultats de ces recherches sont entièrement d'accord avec la grande réceptivité des noyaux hypothalamiques envers les médicaments et les substances dont la formation ils peuvent déclencher.

En regardant l'ensemble de tous ces faits qui éclairent d'un jour nouveau le diencéphale endocrine et ouvrent l'ère nouvelle de la Médecine somato-psychique, nous sommes convaincu que le sujet était digne d'être considéré dans cette Réunion.

PSYCHO-PHARMACOLOGIE ET PSYCHIATRIE

La seconde circonstance qui nous a décidé de venir chez vous nous intéresse surtout comme psychiatre. Elle concerne tout le vaste domaine des résultats pharmacodynamiques et thérapeutiques de deux séries de drogues psychotropes, une se développant à partir de la *réserpine* et l'autre se branchant dans la *phénothiazine*.

Par la multiplicité de ses indications et par la surprenante vitesse de ses effets thérapeutiques, la chlorpromazine, et l'ensemble de ses dérivés, occupe indiscutablement la première place dans le groupe des narcobiotiques. Et tellement a été son efficacité dans le traitement des maladies mentales que dans le court délai de six ans tous les centres psychiatriques sont en possession d'un faisceau de résultats précis et plus ou moins concordants quand on vienne à établir un rapport sur le plan nosographique. Il ressort bien de la densité de ces résultats un succès thérapeutique qui n'a jamais eu rien de pareil en Psychiatrie et qu'on ne pourra comparer qu'à ce qui est arrivé dans l'époque des antibiotiques.

D'autre part, cette réussite est autant plus à remarquer que la généralisation et la simplicité des techniques de son emploi, et l'innocuité relative de ses effets sont bien au-dessus des résultats, d'habitude excellents, obtenus par la sismothérapie et par la méthode de Sakel. Nous croyons utile de rappeler que l'épilepsie, électrique ou chimique, a son indication majeure dans les psychoses affectives endogènes, tandis que l'insulinothérapie reste au sommet des traitements des syndromes schizophréniques.

Le retentissement doctrinaire de ces beaux résultats a suggéré d'autres hypothèses tendantes à une explication, sous une incidence nouvelle, et de la pathogénie des psychoses, et aussi des mécanismes normaux de la vie psychique. La conception organo-dynamiste du cerveau a trouvé réellement des nouveaux points d'appui concrets et la position du diencéphale endocrine, comme centre primaire de ses mécanismes, est devenue de grande consistance scientifique.

Bien que le mérite de l'ère nouvelle de la Pharmacodynamie soit l'expression d'une grande réalité dans le terrain des faits thérapeutiques rapportés par la Psychiatrie actuelle, celle-ci ne s'est pas borné à une classification purement statistique des résultats obtenus, mais s'est efforcé de les prendre et de les juger au sein des données scientifiques qui sont à la base de sa culture, et en cherchant également une prise de contact avec les nouvelles disciplines qui se

trouvent assez intéressées dans l'étude de l'activité du système nerveux. Nous voulons parler de la Neurochimie, de la Neurophysiologie et de la Psychologie Expérimentale dont l'étendue énorme comporte justement le chapitre admirable qui est la Psycho-Pharmacologie.

La Neurochimie permet de connaître la qualité et l'arrangement des matériaux qui sont groupés pour donner la constitution au système nerveux et au cerveau en particulier. À une distance plus ou moins grande de celle-ci, la Neurophysiologie essaye de saisir la nature et le rythme des manifestations de la vie du même système. Par la Psychologie Expérimentale, l'esprit du chercheur, sous l'empire des principes rationalistes introduits dans la science par René Descartes, propose et réalise les modifications les plus variées de production des phénomènes psychiques pour éclaircir, au moyen des résultats ainsi obtenus, la complexe vie mentale qui n'est pas d'autre chose que la vie fonctionnelle du cerveau.

Mais l'expérimentation psycho-pharmacodynamique s'est développée presque en même temps dans les terrains pharmacologique et psychiatrique et ses résultats nous portent au sein d'une question essentielle et toujours délicate: la personnalité humaine, par sa haute différentiation, est au sommet de l'échelle zoologique, et justement à l'égard des fonctions psychiques plus élevées, elle s'écarte bien de la personnalité de la plupart des animaux de laboratoire. À cause de cela, les soi-disant syndromes psychotiques provoqués chez les animaux au moyen de certaines substances, comme l'acide lisergique et la mescaline, restent loin des syndromes psychotiques humains. Il faudra alors, tant au point de vue psychologique comme psycho-pathologique, être en garde contre toute généralisation hâtive des résultats, parce que les homologies, comprises par une certaine analogie d'organisation du système nerveux, ne sont pas l'identité, et l'enthousiasme du savant doit être limité par la rigueur de l'esprit scientifique.

En attendant une convergence plus systématisée et plus critiquée des recherches, on sera toutefois d'accord à considérer que la méthode mise en œuvre pour étudier le cerveau psychique de l'homme et des autres animaux, outre la portée extraordinaire de ses résultats, est une méthode vraiment physiologique, parce qu'il n'atteint pas l'intégrité anatomique de l'encéphale, qui a porté la Psycho-Pharmacologie au premier rang des sciences dont l'objet concerne surtout la meilleure connaissance de la vie mentale. Malgré tout, il appartiendra toujours à la Psychiatrie d'apporter le dernier jugement sur

ENXAQUECA
PALPITAÇÕES
ENJÔO EM VIAGEM
DISTONIAS
NEUROVEGETATIVAS

HEMICRAL

D R A G E I A S

(Betifen + Tartarato de ergotamina + Ácido-5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico + Ácido 5-etil 1-metil-5-fenilbarbitúrico + Cafeína)

Sedativo do sistema neurovegetativo.

Reune as Acções sinérgicas da Cafeína e do Tartarato de Ergotamina.

A P R E S E N T A Ç Ã O :

Tubo de 12 drageias



LABORATÓRIO *fidelis*

RUA D. DINIS, 77 • LISBOA • PORTUGAL

C E F A L E I A S
N E V R A L G I A S
D O R E S D E D E N T E S
D O R E S M E N S T R U A I S
I N S Ó N I A D O L O R O S A

TONEVROL

C O M P R I M I D O S

(Dimetilaminofenildimetilpirazolona + p. Acetofenetidina + Fenildimetilpirazolona metilaminometanossulfonato de sódio + Ácido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico + Ácido 5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico + Cafeína)

O **TONEVROL** combate a dor.

Acalma a excitação nervosa.

Estimula o organismo, compensando a fadiga resultante dos estados dolorosos.

A P R E S E N T A Ç Ã O
Carteira de 2 comprimidos
Tubo de 10 comprimidos



LABORATÓRIO *fidelis*
RUA D. DINIS, 77 • LISBOA • PORTUGAL

les conclusions fonctionnelles et thérapeutiques relatives aux substances corticotropes.

Tous ces faits, même qu'ils soient envisagés uniquement dans leurs lignes très schématiques, nous permettront un regard plus clair sur l'activité psychique humaine, et l'intégration qu'on viendra à

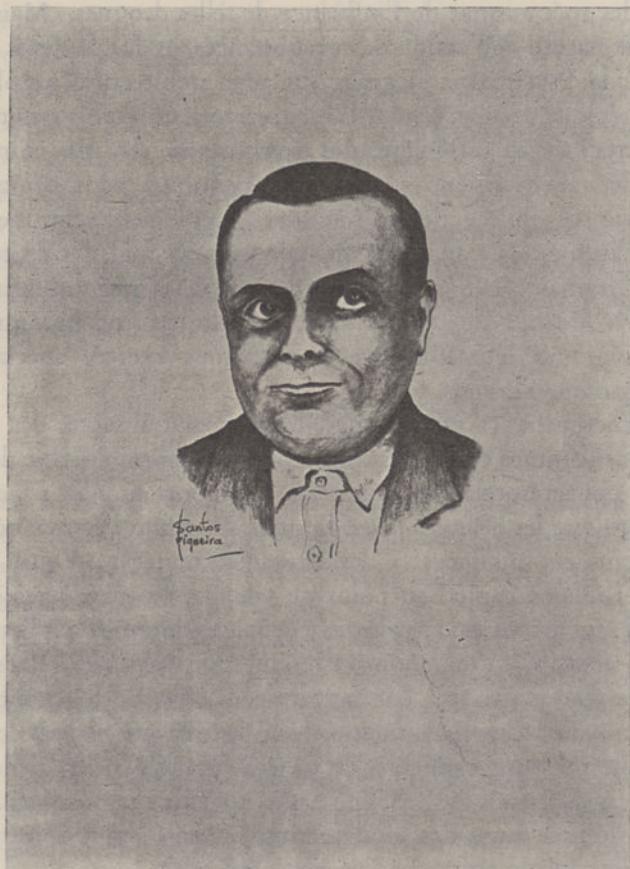


Fig. 11.—*Facies maniaque*. La manie est la «couronne de gloire» des neuroleptiques.

établir par son ensemble constitue le noyau de la véritable doctrine organo-dynamiste sur laquelle la Psychiatrie, qui est devenue cependant la science biologique la plus profonde, ne pourra pas logiquement laisser de s'appuyer.

Mais auprès des acquisitions pharmacologiques et des applications thérapeutiques imprévues mais remarquables qui s'y ajustent, laissez

moi réfléchir un peu sous l'inspiration des idées de Claude Bernard, quand il dit que plutôt que les faits c'est leur interprétation que nous intéresse.

Certainement après la grande réalité qui a été le triomphe de la thérapeutique des maladies mentales par les *neuroleptiques* (J. Delay) est née la perplexité d'esprit des psychiatres dans la méditation sur les mécanismes de l'influence de telles drogues. Mais quelle que soit la nature de l'action de ces substances, les fondements scientifiques de la Psychiatrie, siègeant sur une architecture nosologique et pathogénique précise, restent là bien, et nous croyons vraisemblable que la structure, si différente, des psychoses ne sera pas compatible avec l'idée d'envisager comme thérapeutique pathogénique ou étiologique ce qu'on devra regarder simplement comme effets symptomatiques. La maladie mentale est une maladie de toute la personne humaine et les effets des dérivés de la phénothiazine sont actions secondaires de médicaments initiallement anti-histaminiques, caractérisées par leur influence de *narcobiose* exercée spécialement sur le système nerveux.

En cherchant les mécanismes d'action, si puissante, des *psycho-tropes* nous sommes convaincu que le diencéphale endocrine doit être invoqué pour résoudre ces questions si importantes et si actuelles.

Est-ce-que les *neuroleptiques* agissent sur toute l'écorce cérébrale ou limitent leur influence à des aires déterminées? Voilà, à mon avis, le problème capital au point de vue psycho-pharmacologique.

Quel sera le rôle joué par le diencéphale endocrine dans l'ensemble de telles actions? Voilà une autre question décisive. Il est vraisemblable d'admettre une concentration élective de telles substances dans les noyaux hypothalamiques, bien justifiée par les particularités de son architecture capillaire et de son activité neuroglandulaire. Mais, c'est à cause des changements structurels possibles de ses noyaux, donc à cause des modifications de son activité hormonale, que le diencéphale agira sur l'écorce cérébrale:

RÉSUMÉ

Outre la nature de centre nerveux à activité psycho-végétative, le diencéphale médian est aussi une glande à sécrétion interne dont les hormones suivent deux voies d'excrétion différentes: sanguine et céphalo-rachidienne.

Par la première, il fait partie du grand système incrémenteur et collabore dans les équilibres endocrines qui assurent la vie normale de tout l'organisme; par la seconde, il atteint surtout l'écorce cérébrale et agit dans le fond biochimique de sa structure.

Au moyen des rapports endocrines diencéphalo-corticales établis par la circulation du *liquor*, l'hypothalamus interviendra dans le fonctionnement normal du cerveau humain dont l'activité psychique il sera capable de régler.

Ce mécanisme de régulation de la vie mentale nous a inspiré une conception pathogénique diencéphalique des troubles psychiques, et en particulier, de la psychose maniaque-dépressive, peut-être la plus sensible aux narcobiotiques.

Par son influence sur les fonctions psychiques, nous admettons que le diencéphale, à cause de la grande réceptivité vasculaire, puisse intervenir dans les mécanismes d'action des drogues psychotropes, en changeant son élaboration hormonale.

SUMMARY

Besides the nature of nervous center characterized by a psycho-vegetative activity, the diencephalon is also an intern secretion gland whose hormones follow two excretion ways: sanguine and hydrencephalic.

Through the forms it participates in the great incretor system and collaborates in the endocrine balance that secures the normal life of all body; through the later, it reaches chiefly the cerebral cortex and acts on the background of its structure.

By means of the diencephalic-cortical endocrine mediation, established by the circulation of the *liquor*, the hypothalamus will interfere in the normal mechanism of the human brain whose psycho-activity it will be able to command.

This governing mechanism of mental life inspired us a diencephalic pathogenic conception of the psychic troubles, and specially, the manic-depressive psychose, perhaps the most sensible to narcobiotics.

Owing to its influence upon psychic functions, we admit that the diencephalon, on account of the great vascular receptiveness, could interfere the mechanisms' action of the psychotropic drugs, by changing its hormonal elaboration.

ZUSAMMENFASSUNG

Ausser seiner Eigenschaft eines nervösen Zentrums psychisch-vegetativer Aktivität ist das mittlere Zwischenhirn auch eine Drüse innerer Sekretion, deren Hormone zwei verschiedene Wege der Exkretion einschlagen: den des Blutes und den cephalo-rachidischen.

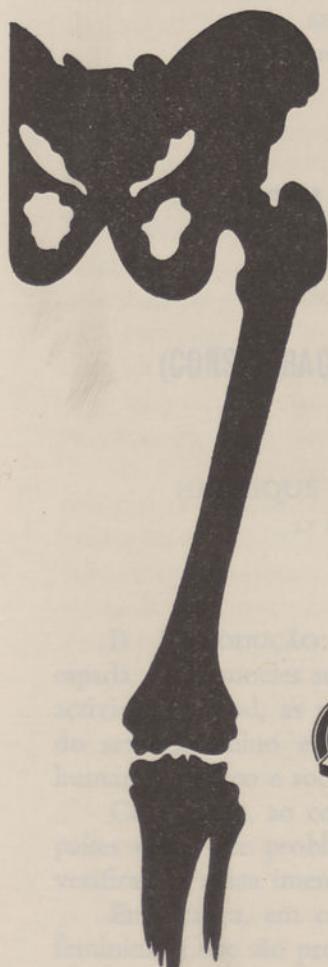
Auf dem ersten gehört es zu dem grossen inkretorischen System und wirkt an dem endokrinen Gleichgewicht mit, das das normale Leben des ganzen Organismus sicherstellt; auf dem letzteren erreicht es besonders die Hirnrinde und wirkt auf das biochemische Gebiet seiner Struktur ein.

Vermittels seiner durch den Kreislauf des Liquors bewirkten endokrinen diencephalisch-cortikalen Beziehungen greift der Hypothalamus in die normale Funktion des menschlichen Gehirns ein, dessen psychische Aktivität er sicher regeln vermag.

Dieser Regulierungsmechanismus des Geisteslebens lässt uns eine pathogene diencephalische Auffassung der psychischen Störungen annehmen, besonders der manisch-depressiven Psychose, die vielleicht den Narcobiotika am zugänglichsten ist.

Auf Grund seiner Einwirkung auf die psychischen Funktionen nehmen wir an, dass das Zwischenhirn infolge seiner grossen vaskularen Rezeptivität auf den Wirkungsmechanismus der psychotropen Drogen einwirken könnte und dadurch seine hormonale Betätigung verändert.

rheulysin



Nas afecções reumáticas das articulações e das regiões vizinhas.

Rheulysin revelou-se um agente anti-reumático eficaz.

RHEULYSIN é um preparado seguro, eficaz e económico graças à combinação de

- 1) **Di-Adreson** — prednisona Organon.
- 2) Ácido acetilsalicílico — O agente anti-reumático experimentado.
- 3) **Trevidal** — O preparado moderno que neutraliza a hiperacidez e que protege a parede gástrica, com uma fórmula simplificada.

Apresentação: 30 comprimidos



ORGANON — HOLANDA

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250
LISBOA

Rua Alexandre Braga, 138
PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

SERVICIOS DE GINECOLOGIA

(DIRECTOR: PROF. EXT. IBÉRICO NOGUEIRA)

EPITELIOMA INTRA-EPITELIAL DO EXOCOLO UTERINO

(CONSIDERAÇÕES A PROPÓSITO DE UM CASO)

POR

HENRIQUE MIGUEL RESENDE DE OLIVEIRA

2.º Assistente da Faculdade de Medicina

I) INTRODUÇÃO: Espectro dos mais aterradores, verdadeira espada de Damocles suspensa sobre a cabeça da mulher adulta em actividade sexual, as neoplasias do útero são um autêntico flagelo do sexo feminino e constituem hoje um problema de interesse humano, médico e social.

Com efeito, ao compulsarmos as estatísticas recentes de alguns países onde este problema tem sido mais acuradamente estudado, verificamos a sua imensa projecção no campo médico-social.

Em França, em cada 100.000 óbitos da sua população adulta feminina, 1.600 são provocados por neoplasias do colo. E prevê-se que em cada 100.000 mulheres de 40 anos de idade, 70 serão portadoras de cancro do colo, no espaço de um ano.

Estas cifras embora impressionantes, são todavia relativamente suaves se as compararmos com os dados estatísticos provenientes dos Estados Unidos da América do Norte, onde a técnica de detecção pelos esfregaços cérvico-vaginais permitiu carregar o quadro até

estes limites: uma, em cada 50 mulheres de 40 anos de idade, é portadora de carcinoma do colo uterino.

Mesmo que descontemos nesta última estatística a margem de excesso que porventura lhe seja comunicada pelas contingências da técnica colpocitológica, fica-nos ainda uma margem de incidência suficientemente expressiva do enorme interesse social desta afecção.

A falta de conhecimento da sua verdadeira etiologia, impedindo a conquista de medidas terapêuticas seguramente eficazes, confere à doença cancerosa foros de flagelo social incontrolável nos domínios da Medicina curativa.

O dissipar da nuvem só é, por enquanto, possível actuando convictamente durante a fase inicial precoce, a que poderemos chamar de pré-malignidade. Na verdade, é velha a esperança de por meio de técnicas de exploração cada vez mais perfeitas conseguirmos detectar as lesões cancerosas em fase evolutiva tão precoce que permita a sua erradicação segura. Parece que este objectivo foi alcançado, pelo menos em parte, no campo das neoplasias do colo uterino. E o significado médico e social desta aquisição não pode ser minimizado se nos lembarmos de que um terço dos cancros da mulher têm o seu início no colo do útero.

Com efeito, neste sector orgânico, que tão facilmente se deixa devassar pela vista e pelo tacto, encontraram-se, mercê de exaustivos trabalhos anátomo-patológicos, os traços de união que permitem validar a doutrina de que existe uma graduação sucessiva desde as lesões simplesmente inflamatórias, às displasias de nucleos regulares, às displasias de nucleos irregulares, ao epiteloma intra-epitelial, até ao cancro invasivo.

Esta graduação evolutiva é documentada pelos dados clínicos e anátomo-patológicos e recebeu recentemente o apoio da medicina experimental.

Nesta escada de evolução das lesões do colo uterino depara-se-nos um degrau decisivo que marca o limite entre as lesões benignas (lesões inflamatórias, displasias de nucleos regulares e irregulares) e as lesões malignas que se iniciam sob a forma de epiteloma intra-epitelial e culminam no cancro invasivo.

De entre as multiplas definições que têm sido dadas de Epiteloma-Intra-Epitelial (E. I. E.) preferimos a mais simples e objectiva, a de Moricard: «O E. I. E., *in situ*, ou pré-invasivo, é uma lesão neoplásica maligna do revestimento epitelial do colo (exo ou endocolo), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente».

O facto de termos deparado, recentemente, com um caso típico de Epitelioma «*in situ*», e o grande interesse prático da despistagem do cancro do colo nesta fase relativamente precoce da sua evolução, leva-nos a apresentar o seu estudo clínico e anátomo-patológico, a propósito do qual bordaremos algumas considerações.

II) CASO CLÍNICO: N. A. M. de 24 anos de idade, solteira, meretriz, natural de Lisboa e residente em Coimbra.

AH: Sem interesse

AC: » »

AP: » »

A. Fisiológicos: Menarca aos 14 anos, ciclos menstruais regulares, tipo 30/3. Fluxo menstrual pouco abundante (4 a 5 mudas na totalidade). Dismenorreia pré-menstrual.

A. Obstétricos: 1.^a Gestação: Parto normal e a termo aos 21 anos. Criança viva e saudável.

2.^a Gestação: Aborto expontâneo (?) de um mês e meio de evolução. Curetagem uterina.

H. P.: Há cerca de 3 meses começou a sentir dores nas fossas ilíacas, que se faziam acompanhar de um corrimento abundante de cor esbranquiçada, sem qualquer cheiro característico. Após as relações sexuais tem pequenas perdas sanguíneas. É esta a sintomatologia que leva a doente a recorrer aos Serviços de Ginecologia dos H. U. C.

E. A.: Doente de estatura mediana, em bom estado de nutrição. Esqueleto aparentemente normal. Pele e mucosas de coloração normal. Colabora bem no interrogatório.

A. Circulatório: Pulso rítmico, cheio, amplo com a frequência de 78/m.

Tons cardíacos normais. T. Art.: Max. 11 — Mn. 5.

A. Respiratório: Normal.

A. Digestivo: Por vezes tem dores no epigastro e náuseas. Sofre de obstipação crónica.

A. Urinário: normal.

Exame Ginecológico: Da inspecção ao espéculo e do toque reúnem-se os seguintes elementos: Vulva e vagina de aspecto e configuração normais.

Ausência de processos inflamatórios ou tumorais.

Colo: consistência sensivelmente normal. Orifício em fenda transversal. No lábio anterior encontra-se uma pequena lesão que sangra facilmente ao toque.

Útero: discretamente aumentado de volume, de consistência normal, móvel e ligeiramente doloroso.

Anexos: tamanho e consistência normais; dolorosos à pressão, particularmente o esquerdo.

A doente após este exame preliminar foi submetida à colposcopia a fim de podermos observar com detalhe o colo sangrante. Verificou-se que neste se encontrava uma zona de mosaico com vasos capilares de tipo saca-rolhas. O teste de Schiller revelou ser a lesão uma zona iodonegativa, de contornos nítidos.

Sopesando os elementos obtidos até esta altura da exploração ginecológica, ressalta a necessidade de uma biópsia para esclarecimento definitivo sobre a natureza histológica do processo. As dúvidas sobre a benignidade ou malignidade da lesão eram fundadas, pois aos elementos clínicos (leucorreia, pequenas perdas sanguíneas post-coito) associavam-se os dados coloscópicos que, mostrando a presença de uma zona de mosaico, faziam recair sobre ela a dúvida se teria ainda ou não a benignidade conservada. O teste de Schiller mostrando os contornos nítidos da lesão e a sua total expoliação em glicogénio, confirmava a suspeita, pois estas características são próprias das lesões malignas ou pré-malignas.

Teve ainda este processo exploratório a inestimável vantagem de, ao delimitar rigorosamente a lesão, permitir uma biópsia electiva e exacta.

Feita a biópsia recebemos o seguinte relatório do Instituto de Anatomia Patológica.:

Exame histológico n.º 25908 — «O epitélio malpighiano de revestimento apresenta hiperplasia marcada, com gomos interpapilares profundos.

Notam-se numerosos nucleos volumosos, hiperchromáticos com mitoses atípicas, qualitativa, quantitativa e topograficamente, perda de polaridade nuclear e conservação da basal em toda a extensão. Há ainda imagens de invasão epitelial malpighiana glandular.

Conclusão: Deve tratar-se de um «carcinoma malpighiano in situ».

Este depoimento anátomo-patológico conduziu a uma histerectomia total com anexectomia bilateral. A peça operatória foi enviada ao Instituto de Antomia Patológica para estudo. Passamos a transcrever na íntegra o relatório anátomo-patológico (Dr. Oliveira Firmino):

Exame histológico n.º 26058:

«Colo do útero: Nos fragmentos estudados encontrou-se um epitélio malpighiano hiperplásico com exocitose e ligeira acantose, sem fenómenos de queratinização. O córion apresenta infiltração histio-linfo-plasmocitária, congestão e edema. As glandulas são numerosas, revestidas por uma assentada de células altas, sendo algumas distendidas, de aspecto quístico. Não se observam aspectos cancerosos.

Corpo do útero: A mucosa está na fase foliculínica, com glândulas abundantes e ligeiramente distendidas. O córion apresenta um processo de infiltração polimorfa intensa e difusa. Ausência de sinais malignos.

Ovário direito: Presença de quistos foliculares volumosos, revestidos por granulosa com várias camadas celulares. *Corpus Albicans* e ligeira infiltração histio-linfo-plasmocitária.

Trompa direita: Discreta infiltração do córion, sem exsudado na cavidade.

Ovário esquerdo: Ovarose com quistos volumosos e ligeira ovarite.

Trompa esquerda: Infiltração discreta do córion. Congestão e edema.

Conclusões: *Carcinoma cervical in situ*, extraído totalmente pelo acto de biópsia. Cervicite crónica com ovos de *Naboth*. Metrose ligeira com metrite. Ovarose e ovarite discretas. Processo de salpingite bilateral, também discreto.

A doente fez um post-operatório sem acidentes, tendo tido alta, completamente bem.

Este caso clínico merece algumas considerações e resolvemos publicá-lo por ser o primeiro de Epitelioma Intra-Epitelial diagnosticado nos Serviços de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Vamos apresentar alguns aspectos das preparações histológicas que mostram características particulares deste tipo de lesão.

O diagnóstico histológico desta afecção baseia-se em dois critérios principais: *anomalias celulares* e *anomalias arquitecturais*.

I) *Anomalias celulares*:

- a) *Anaplasia* — irregularidade da forma e do volume das células, diminuição ou desaparecimento do glicogénio, basofilia do citoplasma e aumento da relação nucleo-plasmática.
- b) *Atipias nucleares* — núcleos polilobados, aumento do número de núcleos e gigantismo.
- c) *Anomalias da proliferação*:

Quantitativas: mitoses em número excessivo.

Qualitativas: mitoses anormais com multipolaridade, poliploidia e anomalias de posição dos cromosomas.

Topográficas: presença de mitoses nas camadas superficiais.

II) *Anomalias arquitecturais*: Desproporção da espessura relativa das diversas camadas, sendo especialmente marcado o aumento de espessura da camada indiferenciada.

Perda da estratificação normal.

Descontinuidade entre o revestimento patológico e o normal.

Nenhuma das alterações esquematizadas impõe, só por si, o diagnóstico de *carcinoma in situ*.

Neste caso obtivemos alguns aspectos histo-patológicos curiosos que conseguimos documentar fotográficamente.

Na micro-fotografia n.º 1, que mostra um campo do retalho biópsico, encontramos marcada anaplasia, atipias nucleares, anomalias quantitativas, qualitativas e topográficas da proliferação.

Deve notar-se que as mitoses atípicas se encontram também nas camadas superficiais.

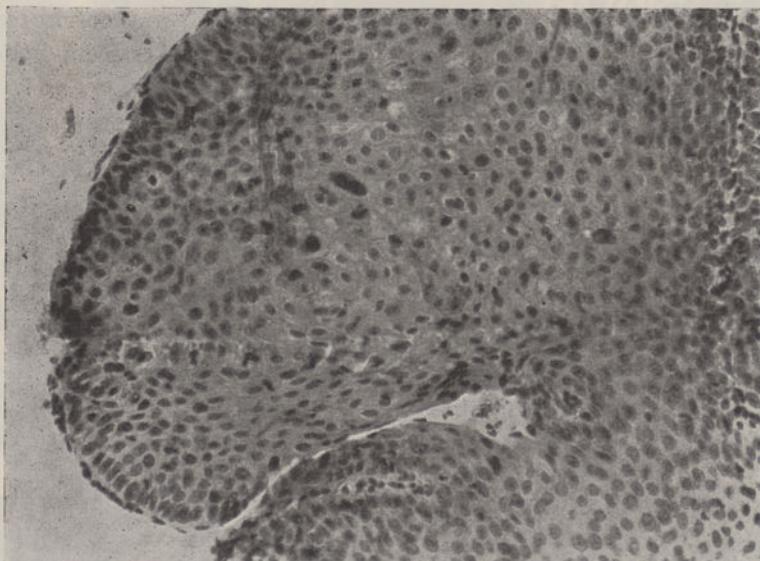


Fig. 1 — Desigualdades nucleares com monstruosidades e perda da polaridade celular.
Hematoxilina — eosina: 100 X .

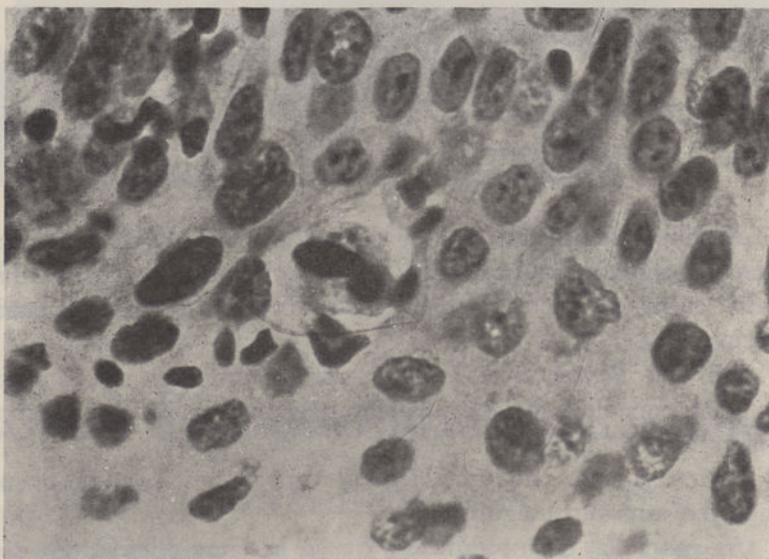


Fig. 2 — Aspecto do epitélio de revestimento malpighiano, mostrando a hipercromatide nuclear, a desigualdade dos núcleos e no centro uma célula disqueratótica.
Hematoxilina — eosina: 450 X .

As monstruosidades nucleares e a alteração núcleo-citoplasmática sugerem a ideia de que nesta lesão o epitélio está em franco paroxismo proliferativo atípico.

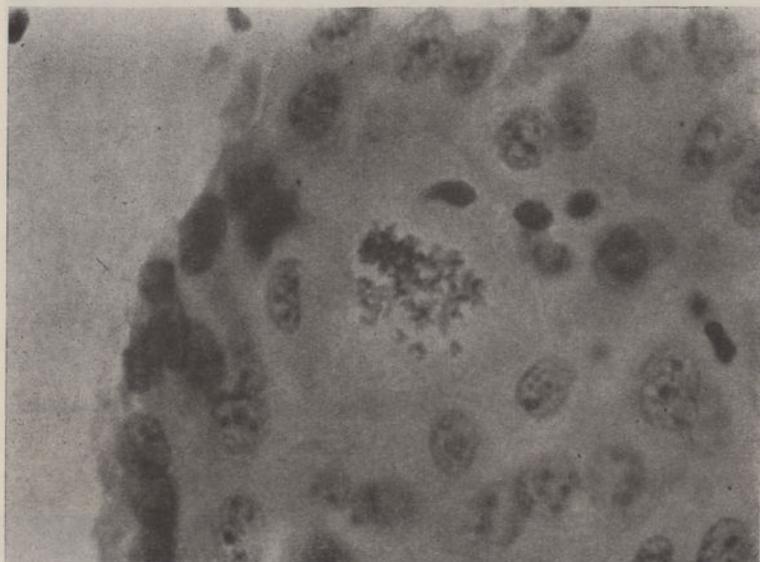


Fig. 3 — Mitose atípica com poliploidia. Hematoxilina — eosina: 450 X.

A célula monstruosa que se destaca nítidamente neste campo, apresenta algumas características que por serem pomo de discordia entre os anátomo-patologistas merecem uma referência especial.

Em 1951 *Parmentier e Dustin Jr.* apresentaram um trabalho em que põem em evidência a elevada percentagem de anomalias cromosómicas nos E. I. E..

Posteriormente, em 1952, *Moricard* volta a referir-se ao problema dando-lhe uma nova significação.

As anomalias cromosómicas a que se referem estes autores são a poliploidia (aumento do número de cromosomas) e a precessão ou seja alteração da migração durante a mitose, alteração esta que parece presidir à formação das metafases a 3 grupos.



ULCERANOL "SCIENTIA"

FÓRMULA: — Cada ampola de 5 c. c. contém: Sólido injetável de cloridrato de Histidina a 4% com 0,005 grs. de Vitamina C (ácido l-ascórbico).

Uecus

"SCIENTIA"

FÓRMULA: — Solutos injetáveis de cloridrato de Histidina a 4% e de Vitamina C (ácido l-ascórbico) a 10%, em ampolas separadas de 5 c. c., para mistura extemporânea

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "SCIENTIA"

DE

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA. — LISBOA

Avenida 5 de Outubro, 164 — Telef. P. P. C. (2 linhas) 7 3057

Direcção Técnica: A. Queiroz da Fonseca . H. Moreira Bordado (Licenciados em Farmácia)



Esta última anomalia tem todavia significação diferente pois enquanto *Parmentier* e *Dustin Jr.* a interpretam como sendo uma profase anormal que resultaria da perda da vitalidade celular, baseando-se em imagens idênticas que se obtêm quando se realiza o bloqueio mitótico celular pela hidroquinona, *Moricard* defende a opinião de que a anomalia resulta dum a típica e perturbada migração cromosómica ao longo do fuso celular condicionando, a quando do termo da divisão, o aparecimento de 2 células com grande diferença do número de cromosomas, facto que apoia a hipótese dum a futura e total insubordinação metabólica e proliferativa das células, elementos que são imprescindíveis em qualquer critério de cancerização.

Afirmam os mesmos autores que estas células se apresentam agrupadas em verdadeiros ninhos, que se delimitam abruptamente em relação ao epitélio que os circunda por zonas de proliferação discreta.

A persistência, a expoliação total do glicogénio, as anomalias cromosómicas, as alterações proliferativas topográficas (mitoses abundantes em toda a espessura do epitélio) e a sua independência em relação aos factores inflamatórios, permitem separar claramente esta lesão (E. I. E.) das displasias de núcleos irregulares e das situações histológicas dependentes de sobrecargas hormonais complicadas de infecção. Além de servirem de base a este diagnóstico diferencial, as características apontadas justificam que aquela lesão se classifique como cancerosa.

A fig. 4 mostra um outro aspecto histológico que recentemente foi discutido e que reforça nitidamente a ideia de que o E. I. E. é uma lesão neoplásica maligna.

Trata-se da invasão de uma glândula cervical pelo epitélio malpighiano atípico. Para *Moricard*, *Hinselmann* e *Glathaar* esta invasão, além de demonstrar a malignidade do E. I. E., explica o motivo porque os esfregaços cérvico-vaginais não podem despistar os E. I. E. do endocolo pois as glândulas não se ulceram precocemente. Quando o fazem, a basal já está rota e o carcinoma pertence ao estado I.

Para terminar esta documentação anátomo-patológica, apresentamos a fotografia seguinte que mostra a integridade da basal. Trata-se de um campo obtido na peça operatória e visto com ampliação de lupa.

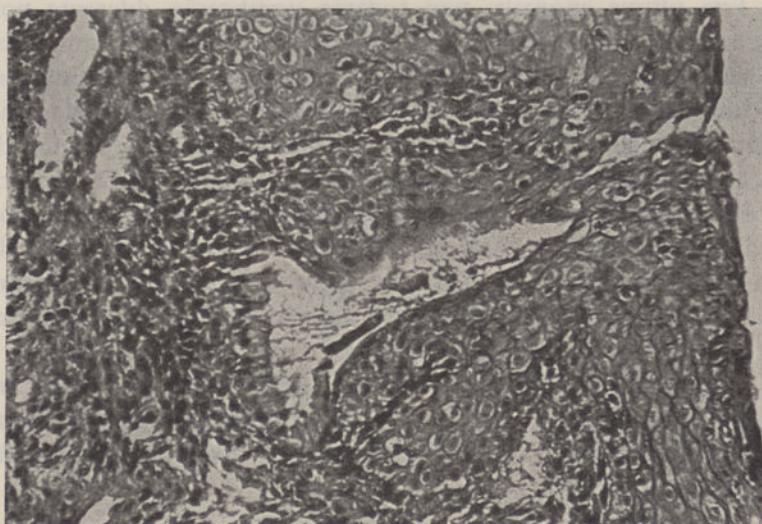


Fig. 4 — Invasão epitelial malpighiana glandular. Hematoxilina — eosina: 100 X.

anatomopathologico que era (colheça os resultados a elas no estabeleciamento quanto ao tipo histológico predominante existem nas literaturas muitos artigos e resumos que mostram os resultados em (3, 4, 5) etc).



Fig. 5 — Epitélio malpighiano com zonas hiperplásicas, mostrando a integridade da basal. Vêem-se duas glândulas quísticas. Ampliação de lupa.

III) DISCUSSÃO: Neste caso clínico são de salientar algumas particularidades interessantes:

1.^o *A idade da doente* — 24 anos. Este facto sugere duas observações:

a) — Até que ponto a sua vida sexual particular (meretriz) poderá explicar o aparecimento precoce desta lesão maligna.

b) — Urge banir do nosso espírito a noção de que só a partir dos 35 ou 40 anos são possíveis as neoplasias genitais. A condição de idade deve ser substituída por esta outra: toda a mulher com vida sexual activa pode ser portadora de uma neoplasia do colo seja qual for a sua idade.

O que dizemos está alicerçado em provas de tal modo conclucentes que não há lugar para dúvidas.

Os estudos de *Gaghon* (Quebec) incidindo sobre 13.000 religiosas, os trabalhos de *Bonafos*, *Garez* e *Laffont* sobre as religiosas das Congregações da África do Norte, mostram a inexistência de cancros do colo nas mulheres sem vida sexual activa. Confirma também esta noção o trabalho que *Runge* (Heidelberg) apresentou em 1954 no Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia de Genebra em que salienta o facto de em 2.049 casos de cancro do colo, só dois terem deflagrado em mulheres virgens.

Sabendo-se que o Epitelioma Intra Epitelial precede de meses a anos o carcinoma invasivo, conhecendo-se que *Hertig* e *Young* apresentaram 42 casos em que se pôde demonstrar a evolução de E. I. E. para carcinoma invasivo, evolução que se realizou entre 11 meses e 13 anos, fica irrefutavelmente demonstrado que o E. I. E. é uma lesão maligna e que a idade não interessa nas fases iniciais das neoplasias do colo.

2.^o *A descrição da sintomatologia*: Leucorreia e pequenas hemorragias post-coito. Esta sintomatologia discreta é edificante porquanto mostra que não se deve aguardar o aparecimento de síndromas ginecológicos dramáticos para se pensar na pior das hipóteses — o cancro genital.

Sobretudo as hemorragias post-coito, por insignificantes que pareçam, constituem um sinal de alarme que deve determinar um exame ginecológico objectivo imediato e tão completo quanto possível, com o fim de despistar qualquer anomalia do colo uterino.

3.^º *A biópsia fez a ablação total da lesão:* Talvez nesta possibilidade se encontre a justificação para os casos de regressão total do E. I. E., o que suscitou os mais desencontrados comentários no mundo médico.

Held apresentou um trabalho onde relata 13 casos em que a biópsia bem dirigida promoveu a ablação total do *epitelioma in situ*.

4.^º O diagnóstico foi, no presente caso clínico conduzido duma forma rectilínea: Exame ao espéculo, colposcopia, teste de Schiller e biópsia elctiva que esclareceu definitivamente a situação.

Isto leva-nos a uma exposição crítica dos meios de detecção mais eficazes no diagnóstico precoce do carcinoma do colo. E este será certamente um dos aspectos de maior interesse prático deste modesto trabalho.

IV) MEIOS DE DIAGNÓSTICO: Nos últimos vinte anos foram surgindo novas técnicas e novo instrumental que permitem despistar as lesões cancerosas do colo num estado precoce, porque é diagnosticando as neoplasias ainda no estado O, que reside a esperança de se obter a sua cura.

Quando o cancro do colo pertence ao estado I o êxito terapêutico é já muito problemático como se pode ver por exemplo na estatística de Heymann (1951); em 5.635 casos de cancro tratados no estado I, havia 2.164 falecimentos ao fim dos primeiros 5 anos após o tratamento.

Na revisão que vamos fazer dos diferentes meios de diagnóstico, seremos muito resumidos sobre a sua técnica, salvo a respeito daquelas que estão ao alcance do clínico geral.

A) *Exame ao espéculo:* É o mais seguro e simples processo de exploração ginecológica. O seu abandono como exame de rotina pelo clínico geral é verdadeiramente trágico. Da necessidade da sua obrigatoriedade nas mulheres em plena vida sexual activa não se pode duvidar. Lembremo-nos de que em cada 1.000 mulheres sãs, uma é portadora de cancro do colo.

Que em cada 1.000 mulheres com queixas do foro ginecológico 10 são portadoras de cancro do colo silencioso (Palmer).

Nas mulheres com perdas sanguíneas nos intervalos das menstruações ou sofrendo de leucorreia, não se pode nem deve estabe-

A. T. P.

VITAMINAS

HEMOFIR

SAIS MINERAIS

CLORIDRATO DE HEMATOPORFIRINA

SUPLEMENTO DIETÉTICO • EM CÁPSULAS

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

INVESTIGAÇÃO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESDE 1895

ISO-BUTOL

ANTI-REUMATISMAL

FENILBUTAZONA E ISOPROPILFENAZONA
EM GRAJEIAS E SUPOSITÓRIOS

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
INVESTIGAÇÃO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESDE 1895

lecer qualquer terapêutica sem exame ao espéculo, sob pena de se correr o risco de prejudicar gravemente o futuro da enferma.

Sabendo-se que várias lesões do colo são precursoras do cancro, mais avulta o valor deste exame elementar e que talvez por isso mereça a primazia, entre todos os métodos de exploração.

Para que o exame ao espéculo nos possa fornecer o maior número de dados exactos não se deve esquecer a necessidade duma boa iluminação, o que praticamente só se consegue com luz artificial fornecida por uma lampada potente.

Enumeremos os aspectos particularmente suspeitos de malignidade e que exigem exames complementares:

- 1) Toda a ulceração ou erosão;
- 2) Os gomos carnudos;
- 3) As leucoplasias; estas devem ser consideradas sempre como lesões potencialmente malignas. *Funck Brentano* em 55 leucoplasias encontrou 6 epitelomas;
- 4) Toda a placa angiomatosa de cor brilhante ou de contornos nítidos;
- 5) Toda e qualquer lesão vascularizada;
- 6) As lesões de cervicite surgidas antes ou depois da menopausa.

Durante a observação com o espéculo, precisar, sempre que haja hemorragia, qual a sede desta. Exoloco ou endocolo?

Se a zona sangrante está situada no endocolo ou na cavidade uterina, enviar, sem demora, a paciente ao ginecologista para que este proceda aos exames necessários.

B) *Teste de Schiller*: Sabe-se que o epitélio pavimentoso exocervical é rico em glicogénio e que a sua produção é condicionada pelas hormonas sexuais, em particular pelos estrogéneos. O glicogénio não se reparte igualmente por todas as camadas epiteliais. As camadas mais superficiais designadas pelas abreviaturas C₅, C₄ e C₃ são ricas em glicogénio.

A camada C₂ é pobre e a C₁ (a basal) é desprovida de glicogénio.

Em 1852 *Claude Bernard* demonstrou que o glicogénio tomava cor castanha em contacto com um soluto iodado.

Schiller em 1926 aplicou ao revestimento do exocolo uma solução iodada para evidenciar clínicamente a respectiva carga glicogénica desse epitélio. Assim nasceu o *teste de Schiller*.

Este método foi lançado na França em 1936 por *Palmer e Mocquot* difundindo-se depois rapidamente a toda a Europa.

Técnica: O soluto de Lugol que costumamos utilizar tem a seguinte composição:

Iodo.....	1 grama
Iodetox de potassio.....	2 gramas
Água.....	100 c. c.

Pincela-se o colo com um rolho de algodão embebido nesta mistura.

O contacto deve durar de 1 a 3 minutos. Em seguida observa-se o colo com boa iluminação.

Um colo normal, eutrófico, apresenta-se uniformemente de cor castanha de cajú. No orifício externo do colo vê-se uma linha que não toma o Lugol. É aí que começa o epitélio cilíndrico do endocolo que não possue glicogéneo.

Se no exocolo existe alguma zona que não cora, diz-se iodo-negativa ou gliconegativa. Uma zona gliconegativa é sempre anormal.

A ausência de glicogéneo traduz sempre uma distrofia. Todas as lesões prè-malignas e malignas são iodonegativas. Logo, em presença de uma zona iodonegativa, é necessário fazer uma biópsia, para que o histo-patologista se pronuncie sobre a malignidade ou a benignidade da lesão.

Esta biópsia, feita após a execução do teste de *Schiller*, é muito fácil de realizar.

É que o teste de *Schiller* revela-nos uma zona patológica e delimitando-a rigorosamente permite uma biópsia electiva de grande exactidão.

Por isto mesmo e dado que a sua técnica é muito simples, o teste de *Schiller* deve ser usado sistemàticamente pelo clínico geral.

C) *Colposcopia*: Proposta por *Hinselmann* em 1924, consiste na observação do colo com uma lupa binocular que permite aumentos de 10 a 40 diâmetros.

Este teve, desde o início, larga divulgação na Alemanha. Daqui estendeu-se à Suiça por obra de *Anderes, Wespi, Glatthaar e Dewateville*.

Depois à Áustria com *Antoine*, à França inicialmente com *Palmer* e à Argentina com *Salaber* e *Calandra*.

E hoje um método de exploração ginecológica de domínio universal.

Técnica: Para se criarem as melhores condições de observação, deve-se pincelar o colo com um rolho de algodão embebido em ácido acético a 3%.

Esta formalidade técnica designa-se sob o nome de *teste de Hinselmann*.

Com ele removemos o muco e todas as secreções, conseguindo-se também realçar quase todas as alterações epiteliais, particularmente as leucoplasias que se tornam muito brilhantes. Depois foca-se o colposcópio que possue uma potente iluminação axial.

Apontaremos exclusivamente as imagens que traduzem as mais sugestivas suspeitas de malignidade.

a) *Leucplasia* — apresenta-se como uma lesão que faz relevo e tem uma cor branca nacarada. Nela encontram-se frequentemente zonas já malignizadas sob a forma de E. I. E. ou de epitiomas invasivos.

b) *Base de leucplasia* — apresenta-se como uma zona branco-amarelada, marcada por pontos vermelhos que correspondem às papilas conjuntivas do córion. Obtém-se esta imagem se destacarmos a camada córnea superficial duma leucplasia.

c) *Mosaico* — é uma lesão de aspecto vítreo, que se apresenta como um conjunto de ladrilhos.

d) *Zona vermelha não característica* — é uma lesão de cor vermelha-arroxeadas, de contornos nítidos que a experiência demonstrou necessitar de biópsia.

A importância da biópsia nestas 4 lesões anteriormente apontadas é extraordinária, para o que basta por exemplo antentar nalguns dados estatísticos de *Moricard*.

Em 55 zonas de leucplasia encontraram-se 6 epitiomas e havia a suspeita de 1 E. I. E.

Em 62 bases de leucplasia encontraram-se 8 epitiomas.

Em 103 zonas de mosaico encontraram-se 11 epitiomas e suspeitou-se de 3 E. I. E.

Em 76 zonas vermelhas não características havia 27 epitiomas e suspeita de 1 E. I. E.

Estas zonas são por tudo isto consideradas como lesões pré-cancerosas.

A colposcopia dá-nos também numerosas outras imagens, como por exemplo de erosão verdadeira, de falsa erosão, de ectopia, etc., que são lesões benignas. Do interesse desta técnica de exploração muito havia a dizer, mas resumindo: A colposcopia despista as lesões suspeitas do exocolo por diminutas que sejam. Podendo, em muitos casos, separar as alterações benignas das suspeitas de malignidade evita muita biópsia que seria inútil.

É um meio indispensável para uma completa exploração ginecológica e o seu uso está exclusivamente confirmado aos especialistas.

D) *Histerocervicografia*: Este meio de exploração é sem dúvida o menos brilhante porque visando a despistagem de anomalias no endocolo é largamente suplantado pelos esfregaços cervico-vaginais e pela curetagem do endocolo.

Estes dois últimos meios constituem os métodos mais seguros para a despistagem dos cancros iniciais do endocolo.

Resumidamente, pois não tem interesse para o clínico geral, apontemos a técnica da *Histerocervicografia*: Sob protecção antibiótica e antiespasmódica e utilizando como meio de contraste o *Lipiodol* ou a *Endografina*, faz-se uma série de chapas radiológicas de repleção e esvaziamento do endocolo. Nos processos malignos deste departamento as imagens radiológicas mais frequentes são:

- 1.º Pequena lacuna num dos bordos do colo;
- 2.º Imagem irregular que se estende até ao istmo cervical.

E) *Os esfregaços cérvico-vaginais*: Este método nasceu sob a égide de *Papanicoloau*. Seguiram as suas pisadas, *Traut*, *Meigs*, *Te Linde* e outros que rapidamente levaram esta técnica a uma difusão extraordinária em toda a América do Norte. Só mais tarde se difundiu o método na Europa.

As bases deste método são:

1.º A descamação celular é intensa nos tumores epiteliais malignos mesmo que sejam recentes.

2.º As células descamadas apresentam alterações que as classificam como sendo neoplásicas.

Técnica: 24 horas antes da colheita, a mulher deve abster-se de relações sexuais e de quaisquer tratamentos tópicos ou lavagens vaginais.

KEMICETINE-SUCCINATO: O primeiro cloranfenicol HIDRO SOLÚVEL

A

Carlo Erba — superando o problema da escassa solubilidade do Cloranfenicol em água — chegou à produção do Succinato de Cloranfenicol, o primeiro e único derivado hidrossolúvel do antibiótico até a este momento introduzido em terapêutica. Possui a mesma elevada eficiência antibacteriana, uma vez que, em contacto com os líquidos orgânicos, se hidroliza, deixando em liberdade o Cloranfenicol activo.

Graças às suas propriedades, a Kemicetine Succinato proporcionou a perfeita administração do Cloranfenicol por via intramuscular, endovenosa, endorraquidiana, intrapleural, endobronquial, aeroterapia, etc. São também óptimas as suas possibilidades de emprego por via tópica: ferimentos, cirurgia profunda, especialmente a abdominal e a torácica, instalações oculares e auriculares, etc.

INDICAÇÕES

Todas aquelas próprias do Cloranfenicol. Nos processos graves há especial indicação para a via intramuscular e a endovenosa sempre que se deseje absorção rápida do antibiótico e sempre que a presença de vômitos ou diarreia impeçam a terapêutica oral ou retal.

POSOLOGIA MÉDIA

Via intramuscular e endovenosa: 500 mg cada 6-12 horas, na diluição a 10-20 %; metade da dose ou dose proporcionalmente reduzida para as crianças.

Via endobronquial e intrapleural: 2-8 cc. da solução a 10 %, diluídos posteriormente em 10-15 cc. de água destilada ou solução fisiológica, em dias alternados.

Via endorraquidiana: 1-2 mg por Kg de peso ao dia.

Via endoperitoneal: 10-20 cc. de solução a 10 % directamente na cavidade, depois da intervenção, continuando-se eventualmente a introduzir também nos dias consecutivos, através do tubo de drenagem.

Por aerosol: 2 cc. da solução a 0,5-10 % em cada aplicação.

Em oftalmologia: 2-4 gotas da solução a 10 %, 2-3 vezes ao dia.

Em otologia: 2-4 gotas da solução a 10 %, 2-3 vezes ao dia.

APRESENTAÇÃO

Frasco com rôlha perfurável, de 20 cc., contendo cloranfenicol succinato sal sódico liofilizado correspondente a 1 g de cloranfenicol levógiro, para solução extemporânea. (A temperatura ambiente a solução conserva-se estável durante 30 dias aproximadamente).

CARLO ERBA MILANO

Representantes exclusivos: PEDRO AUGUSTO FRANCO, LDA.
R. de Belém, 18-22 — LISBOA

transbronouina GOTAS

TOSSE



DIR. TEC. DO PROF. COSTA SIMÕES

ACEI SOCIAIS OTUSICA CORTI MEDICINA MATERIAIS
BONSTE - RUA VILA DA S.

Deve-se eliminar o factor infeccioso porque pode este levar a resultados falsamente positivos.

O espéculo a introduzir não deve ser lubrificado, nem a sua aplicação precedida de desinfecção por meios químicos. Retira-se o produto, raspando ligeiramente o exocolo, utilizando para isso uma espátula de madeira tipo da usada por Ayre.

Para o endocolo ou se faz a aspiração ou então utiliza-se a cureta citológica de Bourg ou uma espátula de Ayre com dimensões adequadas.

Estende-se o produto numa lamina bem limpa e seca, mergulhando-se imediatamente numa solução de alcool a 95° e éter em partes iguais.

Fica assim a colheita pronta para enviar ao citologista.

Este faz a coloração e procede ao exame, onde pesando as anomalias celulares e a percentagem relativa dos elementos normais e atípicos, chega a um conjunto de dados que lhe permitem classificar o esfregaço num dos 5 tipos ou classes internacionalmente aceites.

Classe I: esfregaço negativo — todas as células são normais.

Classe II: » » — algumas células apresentam alterações mas de tipo seguramente benigno. São células inflamatórias.

Classe III: esfregaço suspeito — Existem células atípicas sem que todavia se possam diagnosticar seguramente como cancerosas.

Classe IV: esfregaço positivo — há células profundamente atípicas, neoplásicas.

Classe V: esfregaço positivo — há células neoplásicas em franca abundância.

Os sinais citológicos de cancerização em que se baseiam os colpocitologistas pertencem ao núcleo e ao citoplasma celular.

No núcleo:

- a) Anisonucleose — aumento do volume do núcleo e aumento da relação núcleo-citoplasmica.
- b) Discromasia — hiperchromatismo nuclear.
- c) Polimorfismo.
- d) Mitoses atípicas.
- e) Núcleos volumosos, irregulares e hiperchromáticos.

No citoplasma:

- a) Polimorfismo
- b) Anisocitose
- c) Policromasia
- d) Vacuolização.

A colpocitologia tem, como todos os métodos, vantagens e defeitos.

Vantagens:

- 1.º Colheita totalmente indolor, a técnica de execução dos esfregaços é muito fácil.
- 2.º É de grande valor nos cancros do endocolo, em início, pois neste departamento o teste de Schiller e a colposcopia, que permitem a biópsia electiva, não são exequíveis.
- 3.º É muito eficaz para avaliar dos resultados terapêuticos no tratamento dos neos genitais.
- 4.º Pela sua rapidez permite um rastreio em grandes massas populacionais.

Desvantagens:

- 1.º Não permite a localização da neoplasia nem dá informes sobre a sua extensão.
- 2.º Leva a erros quer sob a forma de esfregaços falsamente negativos, quer falsamente positivos.

Estes dois inconvenientes são de ponderar, dado que fora de um centro da especialidade onde os restantes meios de detecção são facilmente realizáveis, o clínico geral não pode firmar-se sobre o resultado dum esfregaço cervico-vaginal.

Para considerar os esfregaços como meio absolutamente seguro, capaz portanto de fazer o diagnóstico duma neoplasia do exocolo uterino, teríamos de aceitar que a anaplasia era por si só suficiente para se fazer o diagnóstico de cancro.

Os dados clínicos e a experimentação (*Von Haam e D. G. Scarpelli*) mostram-nos que os sobrecargas hormonais complicadas de infecção, as displasias de núcleos irregulares, certas cervicites crónicas com ectopia, as hipoplasias de colos premenopáusicos e menopáusicos e também ainda as infestações por *Trichomonas* (*Haour, Lauras e*

Mikaplian) podem traduzir-se, quando a nossa apreciação se baseia em elementos celulares isolados, sob a forma de, pelo menos, uma forte suspeição ou seja, esfregaços grupo III e ainda grupo IV de *Papanicoloau*.

É que no esfregaço faltam os ninhos de mitoses, é impossível apreciar a proporção relativa das diversas camadas epiteliais, escapam-se-nos as alterações proliferativas topográficas, e o modo de transição entre o epitélio são e o doente, quer dizer, não se podem apreciar os elementos da arquitectura do epitélio, e estes são imprescindíveis em qualquer critério seguro de cancerização.

O método dos esfregaços é um elemento útil na detecção precoce do cancro do exocolo, mas implica o uso da biópsia para confirmação do diagnóstico, para localizar e determinar a extensão da lesão neoplásica.

F) *Biópsia*: Este último meio de detecção é o mais precioso de todos porque é o mais seguro e o único capaz de precisar, na grande maioria dos casos, a natureza benigna ou maligna das alterações epiteliais do colo.

De resto, todas as outras técnicas na sua essência prática levantam a suspeita sobre a natureza da lesão e permitem a sua localização. Fornecendo as condições necessárias à execução duma biópsia electiva, o seu papel é de extraordinária importância.

Já não temos necessidade de correr o risco de obter um retalho biópsico que não incida sobre a lesão, e por isso mesmo é excepcional termos de recorrer a biópsias múltiplas, nos quatro pontos cardinais do rebordo do orifício externo do colo.

Tendo o anátomo-patologista, mercê de diversos cortes histológicos, a oportunidade de apreciar as alterações celulares, as arquitecturais e ainda o modo como se faz a transição entre o epitélio patológico e o normal, facilmente se comprehende que seja máxima a possibilidade de estabelecer um diagnóstico correcto. Evidentemente que sobre certas displasias de núcleos irregulares e ainda em lesões do colo gravídico, o diagnóstico é difícil e por vezes impossível como confessa *Emil Novack*.

Técnica: Utilizam-se normalmente as pinças de biópsia de *Donay* ou de *Faure*. O local deve estar suficientemente indicado pela prévia observação ao espéculo, teste de *Schiller* e colposcopia, quando esta última é possível.

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO — LISBOA



NA VANGUARDA DA INDÚSTRIA DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS
O INSTITUTO LUSO-FÁRMACO ORGULHA-SE DE APRESENTAR
AS SUAS NOVAS CÂMARAS ASSÉPTICAS, RECENTEMENTE INAUGURADAS

Não devemos ser avarentos quanto ao volume do retalho a extraír.

Assim, se a lesão é periorificial devemos abranger também na biópsia um pouco de endocervix. Se a lesão está muito afastada do rebordo orificial então contentar-nos-emos em abranger uma porção de epitélio normal que confine com a lesão.

A utilidade de retirarmos também endocervix ou tecido perilesional está esclarecida nas considerações que tecemos anteriormente neste trabalho. Se nos rodearmos das condições que permitam uma biópsia bem localizada e bem orientada, será raro subsistirem dúvidas acerca da natureza benigna ou maligna das alterações aparentes surpreendidas no colo.

Algumas escolas utilizam a *ring biopsy* (Ayre e Latour) ou ainda preferem a conização do colo.

Estas duas técnicas possuem inconvenientes que as afastam da possibilidade de se alargar o seu uso pois exigem anestesia geral, hospitalização e por vezes originam homerragias rebeldes. Além de que, exigindo cortes seriados só são exequíveis em Laboratórios anatomo-patológicos dotados de suficiente pessoal especializado e de verbas compatíveis.

Se por quaisquer circunstâncias se não podem usar os meios de detecção que permitem a limitação do local de biópsia, recorrer-se-á então à biópsia nos 4 pontos cardiais do orifício do colo, pois é nessa zona de transição epitelial que mais frequentemente se inciam as alterações malignas do epitélio do exocolo uterino. Se possível, e em casos idênticos far-se-á a conização do colo.

V) REMATE: Dois elementos essenciais — o médico e a doente — precisam de adoptar novas atitudes, em vista do diagnóstico precoce do cancro genital.

No nosso País, a falta de cultura e a falta de uma propaganda bem orientada, fazem com que não possamos contar com a colaboração da doente.

Esta, na maior parte dos casos, totalmente fora do problema, surge diante do médico em fase adiantada da evolução da sua neoplasia.

Pelo que diz respeito às doenças do aparelho genital, a mulher, vergada ainda ao peso de um falso pudor medieval, protela em regra a sua consulta. Por isso não podemos contar com a sua colaboração.

Urge promover junto da população uma propaganda que conduza a um estado de alerta, mas nunca a um estado de pânico.

Fica nesta luta, sózinho, o médico. E é ao clínico geral que cabe um extraordinário papel na solução do problema. Tem ao seu alcance algumas armas eficazes e inócuas.

Se o clínico geral partir do princípio de que toda a mulher com vida sexual activa tem probabilidades de ser portadora de neoplasia genital assintomática, e se realizar sistemáticamente alguns exames de indiscutível simplicidade, poderemos assistir a um aumento do número de portadoras de cancro genital operável e mesmo curável.

Limburg comunicou ao *I Symposium Internacional de Citologia Exfoliativa* (Bruxelas, 1957) que a execução sistemática das técnicas de exploração atrás citadas, conduziu ao resultado de 27,7% dos cancros do colo diagnosticados em Hamburgo, serem Epitelomas Intra-Epiteliais.

Na grande maioria dos casos, se não na totalidade, o clínico geral não vai diagnosticar o carcinoma nas fases precoces, mas vai separar as mulheres que têm fortes probabilidades de serem portadoras de cancro das que o não são. Parece-nos que o procedimento do clínico geral em face de toda e qualquer mulher com vida sexual activa, e com queixas do toro ginecológico, deve ser a seguinte:

- 1.º Exame ao espéculo com boa iluminação
- 2.º Estregaço cervico-vaginal
- 3.º Teste de Schiller.

O estregaço cervico-vaginal pode comportar duas lâminas. Uma com o estregaço da colheita do fundo do saco vaginal posterior, outra com o esfregaço da colheita que se obtém raspando ligeiramente o exocolo.

Enviará estas lâminas devidamente embaladas para o colpocitologista.

Se o teste de Schiller mostrar alguma zona iodonegativa, impõe ao clínico o envio da doente a uma consulta da especialidade, acompanhada de uma breve resenha clínica onde se especifique claramente a localização da zona anormal. Para isso considera-se o exocolo como um quadrante de relógio.

Se o clínico geral estiver familiarizado com a técnica da biópsia do colo, pode ele mesmo fazer uma biópsia que abranja a zona suspeita e enviá-la ao anatómo-patologista, acompanhada dum resumo da história clínica da paciente.

Quando os exames a que nos vimos referindo forem discordantes, só há um caminho a seguir. Enviar a doente a uma consulta da especialidade, acompanhada da história e dos respectivos exames laboratoriais.

Se ambos os exames foram concordantemente positivos, a conduta a seguir é a mesma do caso anterior. Se são ambos negativos não é de presumir que a docente seja portadora de cancro do colo.

Antes do completo esclarecimento da situação clínica, o médico deve abster-se de qualquer terapêutica por hormonas ou por tópicos físicos ou químicos.

O médico tem muitas vezes dificuldade em conseguir que uma paciente aceite submeter-se aos exames acima referidos, tanto mais que muitas não referem qualquer queixa dramática do foro ginecológico. Cabe ao tacto do médico o êxito da sua missão na despistagem precoce do cancro genital e muito particularmente do cancro uterino.

Parece que a sua missão é simples e a tarefa técnica elementar, sem dúvida, mas a projecção social do seu trabalho neste campo é incomensurável. Cremos estar dentro da razão ao afirmar que no clínico geral reside a grande possibilidade de diagnóstico do cancro do colo em fase precoce e muitas vezes curável.

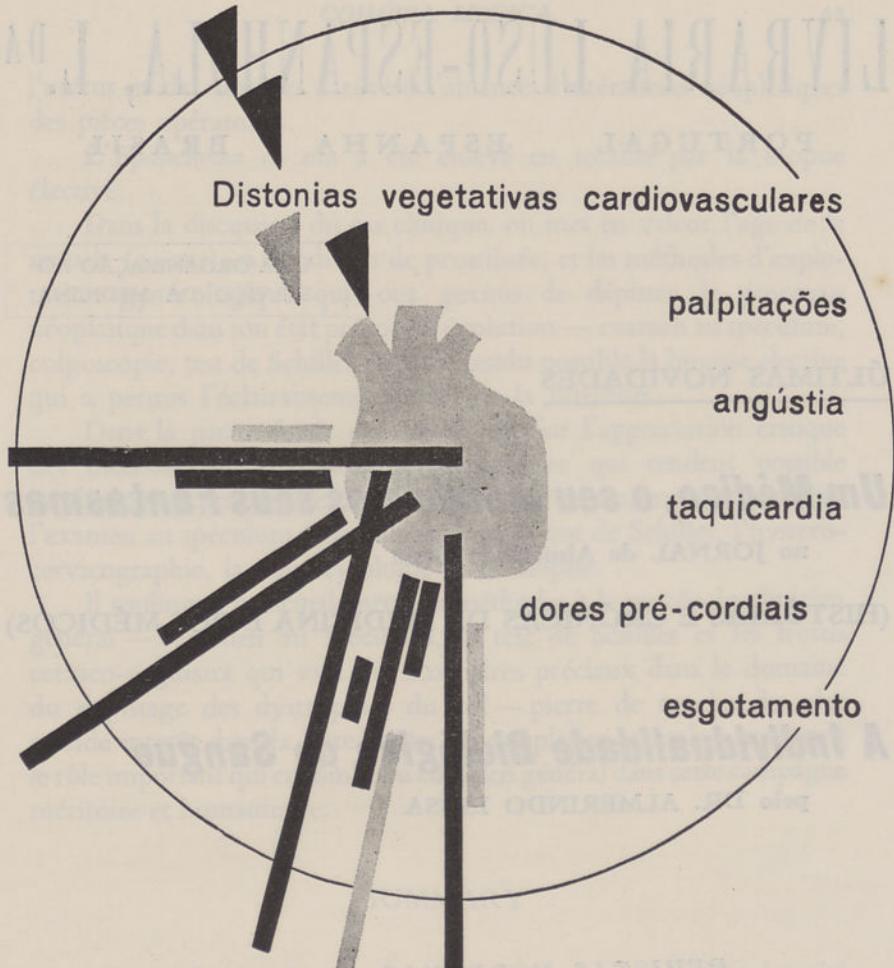
Não pensem os ilustres colegas que o cancro do colo é raro e que só flagela as mulheres de quarenta anos ou mais. Nada mais falso.

Na sua integração no espírito de equipa, no rápido envio dos casos de colos anómalos para clínicas da especialidade, reside a chave deste objectivo precioso: Salvar um maior número de vidas humanas!

RÉSUMÉ

Après quelques considérations préalables sur l'importance medico-sociale du cancer du col uterin et du grand intérêt d'un diagnostic précoce de cette affection, l'A. présente l'étude clinique et anatomo-pathologique d'un cas d'Epithelioma Intra-Epithelial, diagnostiqué à la Clinique Gynécologique de la Fac. de Médecine de Coimbra, et observé chez une femme âgée de 24 ans.

Le diagnostic histo-pathologique d'E. I. E. a entraîné une hysterectomie totale dont l'étude anatomo-pathologique systématique de



SANDOZ

Bellergal®

o tri-fármaco

do terreno neuropático

LIVRARIA LUSO-ESPAÑOLA, L.DA

P O R T U G A L

E S P A N H A

B R A S I L

UMA ORGANIZAÇÃO AO
SERVIÇO DA MEDICINA

ÚLTIMAS NOVIDADES

Um Médico, o seu mundo e os seus Fantasmas

no JORNAL de Almerindo Lessa

(HISTÓRIAS E CRÓNICAS DA MEDICINA E DOS MÉDICOS)

A Individualidade Biológica do Sangue

pelo DR. ALMERINDO LESSA

REVISTAS MODERNAS:

Progressos de Terapêutica Clínica

Progressos de Patología y Clínica

Progressos de Pediatría y Puericultura

Progressos de Obstetrícia y Ginecología

FILIAL EM COIMBRA:
RUA DA SOFIA, 78-1.^o

Exposição permanente no Átrio do Edifício da Faculdade de Medicina

l'utérus et des annexes a révélé l'absence d'altérations néoplasiques des pièces opératoires.

L'Epithelioma in situ a été enlevé en totalité par la biopsie élective.

Dans la discussion du cas clinique, on met en valeur l'âge de la malade (24 ans), sa condition de prostituée, et les méthodes d'exploration gynécologique qui ont permis de dépister le processus néoplasique dans son état précoce d'évolution — examen au spéculum, colposcopie, test de Schiller ce qui a rendu possible la biopsie elective qui a permis l'éclaircissement total de la situation.

Dans la partie finale du travail, on fait l'appréciation critique des méthodes d'exploration gynécologique qui rendent possible un diagnostic précoce des anomalies du col utérin, mettant en relief l'examen au spéulum, à la colposcopie, le test de Schiller, l'hystero-cervicographie, la colpocytologie et la biopsie.

Il souligne principalement les méthodes à la portée du clinicien général — l'examen au spéulum, le test de Schiller et les frottis cervico-vaginaux qui sont des auxiliaires précieux dans le domaine du dépistage des dystrophies du col — pierre de touche du plus grande intérêt dans la lutte contre les neoplasies génitales, montrant le rôle important qui incombe au clinicien général dans cette campagne méritoire et humanitaire.

SUMMARY

After a few preliminary words about the medical and social meaning of cancer of the cervix and the considerable importance of early diagnosis of this disease, the author presents the clinical and pathological features of a case of Intra-Epithelial Carcinoma in a 24 year old woman observed at the Gynecological Department of the University of Coimbra.

The microscopical diagnosis of Intra-Epithelial Carcinoma led to total hysterectomy; the pathological study of uterus and annexae did not show any neoplastic changes in these viscera. The *carcinoma in situ* had been completely removed by means of a selective biopsy.

On discussing this case the writer stresses upon the patient's age (24 yrs.) and her being a prostitute, as well as upon the methods of physical examination that permitted the disease to be diagnosed at an early stage — speculum examination, colposcopy, Schiller's

test; these methods rendered possible a selective biopsy which made the diagnosis a completely clear one.

Finally the author evaluates the gynecological methods of physical examination leading to early diagnosis of abnormalities of the cervix, stressing very specially, Schiller's test, hysterography, colpocytology and biopsy.

The authour insists upon those methods accessible to General Practitioners — speculum examination, Schiller's test and cervico-vaginal smears; these methods are extremely important for diagnosis of cervical dystrophies which have the greatest importance for the fight against genital cancer. The writer emphasizes the important rôle of the General Practitioners in this meritorious and humanitarian effort.

SUMMARY

The author presents the results of his study of 100 cases of cervical dysplasia, all of whom were submitted to hysterography. The author also presents the results of 100 cases of cervical dysplasia submitted to colpocytology, all of whom were submitted to hysterography. The author also presents the results of 100 cases of cervical dysplasia submitted to biopsy, all of whom were submitted to hysterography.

The author also presents the results of 100 cases of cervical dysplasia submitted to Schiller's test, all of whom were submitted to hysterography. The author also presents the results of 100 cases of cervical dysplasia submitted to cervico-vaginal smears, all of whom were submitted to hysterography. The author also presents the results of 100 cases of cervical dysplasia submitted to colpocytology, all of whom were submitted to hysterography. The author also presents the results of 100 cases of cervical dysplasia submitted to biopsy, all of whom were submitted to hysterography.

BIBLIOGRAFIA

- Moricard, R. — 1955 — Anatomie pathologique de l'épithélioma intra-épithelial. Définition du stade O. Congrès Français de Chirurgie, Paris.
- Funck-Brentano, P. — 1955 — Moyens de détection et de diagnostic des états précancéreux du stade O. et du stade I. Ibidem.
- Ghikitch, M. — 1955 — La colpocytologie dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Ibidem.
- Greenhill, J. P. — 1952 — Malignant Tumors. The 1952 Year Book of Obst. and Gyn. Chicago.
- Antoine, T. — 1954 — Diagnostic précoce du cancer du col. Bull. Gyn. et Obst. 2.
- Varangot, J. Nuovo, V. et Vassy, S. — 1955 — Recherches sur le diagnostic des cancers génitaux féminins par les frottis vaginaux. Gyn. et Obst. 54, n.º 3.
- Moricard, R. — 1955 — Problèmes statistiques des erreurs apportées par les frottis vaginaux dans le diagnostic précoce du cancer du col. Biopsies orificielles et critères chromosomiques des épithéliomas intra épithéliaux. Gyn. et Obst. 54, n.º 3.
- Haour, P. G. et Mikaplian — 1957 — Etudes des dysplasies cellulaires dues aux Trichomonas (sous presse).
- Brux, J. de — 1955 — Discrimination des atypies cellulaires sur les frottis cervico-vaginaux. Sem. des Hôp. 61, n.º 31.
- Limbourg, H. — 1955 — Examens biochimiques avec l'appareil de Warburg du cancer du col utérin dans ses stades précoces. Sem. des Hôp. 61, n.º 31.
- Wachtel, E. et Plester, J. — 1952 — The vaginal cancersmear as an aid to diagnosis of genital tract malignancy in women. The Jour. of Obst. and Gyn. of the British Empire. LIX, n.º 3.
- Mestwerdt, G. — 1955 — Atlas de colposcopie. Masson et Cie, Paris.
- Wartman — 1956, 1957 — Diagnosis of tumors. Year Book of Pathology and Clinical Pathology, Chicago.
- Clark, R. e Cumley, R. — 1957 — Cytology and Pathology. Year Book of Cancer, Chicago

Cantil

nas afecções do cólon

ACÇÃO SELECTIVA

sobre o cólon, totalmente
livre dos efeitos
secundários perniciosos
dos antiespasmódicos
e dos anticolinérgicos
comuns.

EM

*Colite ulcerativa
Côlon irritável
Colite mucosa
Colite espástica
Diverticulite, diverticulose
Rectoespasmo
Diarreia consequente
a operações gastrintestinais
Doenças bacilares
e parasitárias*

UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA

Rua da Prata, 250
LISBOA

Rua Alexandre Braga, 138
PORTO

 LAKESIDE

DACRIOPS SECUNDÁRIO À OBSTRUÇÃO CICATRICIAL DOS CANAIS EXCRETORES E SUA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

POR

LEOVEGILDO DE ALBUQUERQUE

Médico auxiliar da Clínica Oftalmológica dos H. U. C.

Em 25-XI-957 veio à nossa consulta particular a docente M. G. J. S. de 12 anos de idade, queixando-se de sensação do corpo estranho no olho esquerdo, que a vem incomodando há cerca de um ano.

Ao levantarmos a pálpebra superior, notamos a existência de um pinzel de três cílios com o comprimento de um centímetro, implantados numa formação dermoide situada no fundo saco superior, canto externo.

Ao procedermos à sua extração, tivemos necessidade de excisar a parte da conjuntiva bulbar correspondente ao «ostium» dos canais excretores da glândula lacrimal, terminando a intervenção com uma sutura por deslizamento.

O pós-operatório foi normal, porém, passados três meses, aparece-nos de novo a docente com uma cicatriz exuberante, obrigando-nos a nova intervenção, que praticámos em 10-III-948, depois de verificarmos o insucesso da aplicação local de pomada de cortisona.

Ao fazer a exérese do tecido de neoformação, verificámos que este se prolongava para a porção palpebral da glândula lacrimal, o que motivou a sua ablção.

Cinco dias depois assistimos ao aparecimento de uma tumefacção no terço externo da pálpebra superior, que embora não se fizesse acompanhar da tríade sintomática dos processos inflamatórios, mas apenas de redução da função, aconselhamos a aplicação de parches quentes, antibióticos e proteinoterápia, sem qualquer resultado.

A tumefacção foi aumentando progressivamente, extendendo-se por baixo da arcada supra-orbitária, seu terço externo, o que originou o deslocamento de globo ocular para baixo e para dentro, com o aparecimento de diplopia.

Fizemos uma punção exploradora através do fundo saco, tendo extraído cerca de 3 c. c. de um líquido claro e opalescente, cuja



composição não determinámos por estarmos convencidos tratar-se de líquido lacrimal retido nos acinos da porção orbitária da glândula, consequência da obstrução dos canais excretores.

O globo ocular retomou a sua posição normal e a diplopia desapareceu, porém, três dias depois a doente apareceu-nos em situação idêntica, como se pode ver na fotogravura.

Enquanto nos decidimos pela atitude a tomar, resolvemos fazer novo esvaziamento da formação quística, a fim de sossegarmos a doente, eliminando-lhe transitóriamente a diplopia que tanto a impressionava.

Depois de consultar a bibliografia de que pudemos dispor e de optarmos pela ablação da porção orbitária da glândula, foi-nos sugerida pelo Ex.^{mo} Director da Clínica Oftalmológica dos H. U. C. a ideia de criar um trajecto fistuloso que funcionasse de canal excretor.

Bowmann aconselha na cura das fístulas da glândula lacrimal o emprego de um fio armado com duas agulhas que faz passar pela fístula e sair no fundo saco conjuntival a uma pequena distância uma da outra, fio que deixa ficar durante uns dias, seccionando depois a ponte da mucosa conjuntival intermediária dos dois pontos da perfuração.

Na nossa doente resolvemos empregar um pequeno tubo de polietileno cedido pelo colega Fernando Pinheiro e que destinava ensaiar em uma das recentes técnicas cirúrgicas dos descolamentos retina.

Em 29 de Março último procedemos à introdução do referido tubo numa botoeira feita no fundo do saco conjuntival em direcção à glândula, fazendo a sua fixação à conjuntiva com um ponto de sutura.

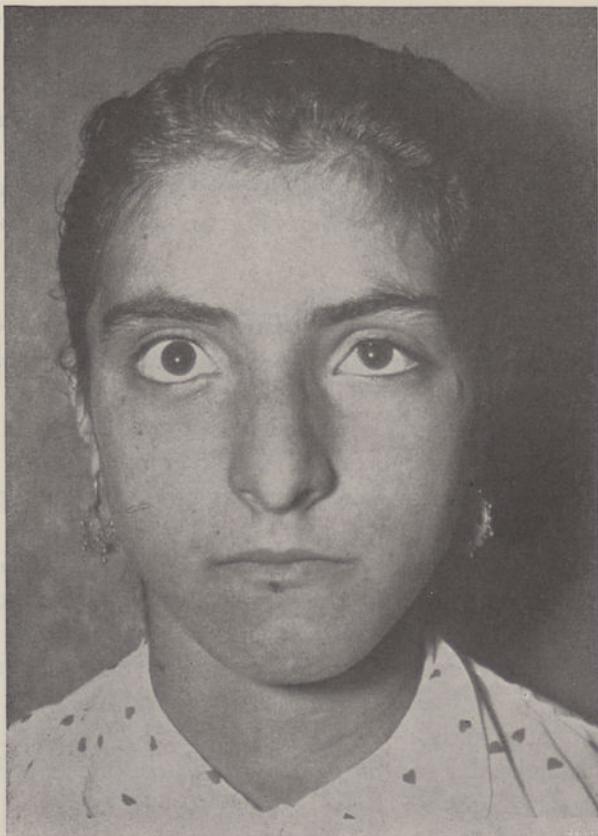
A partir dessa altura a retenção não se deu mais, verificando-se que a drenagem se fazia completamente através do tubo, que a paciente tolerava sem o menor incômodo.

Receitámos um colírio antiséptico e aconselhámos a sua vinda até nós todos os oito dias, verificando-se a expulsão do tubo só ao fim de quatro semanas, tendo porém ficado um trajecto fistuloso, verdadeiro canal excretor, por onde se continuou a dar a eliminação das lágrimas.

Em 23 de Julho é tirada a fotografia que a fotogravura mostra, verificando-se que o canal excretor criado continua a dar saída às lágrimas.

O interesse deste caso clínico reside não só na modalidade técnica empregada com bom resultado anatómico e funcional, mas também nas consequências que advieram da ablação da porção palpebral da glândula, operação que se encontra aconselhada para resolver a epífora, tantas vezes motivada pela extirpação do saco lacrimal.

Assim, Textut diz que quando se extirpa a glândula palpebral, produz-se uma diminuição mais considerável da secreção das lágrimas do que a resultante da ablação da porção orbital, em virtude da destruição obrigatória dos canais excretores desta última glândula, que secundariamente se atrofia.



Na nossa doente, da destruição dos canais excretores resultou a retenção das lágrimas que continuaram a ser segregadas pelo parenquima glandular, podendo explicar-se o mecanismo da sua formação pela teoria mixta que sustenta Sourdille no que respeita à patogenia do «dacrióps» o qual diz resultar duma infecção ascendente e de origem conjuntival, invadindo primeiro as porções terminais



NOVIDADE



CAL-DE-CE

AMPOLAS

10 % gluconato de cálcio

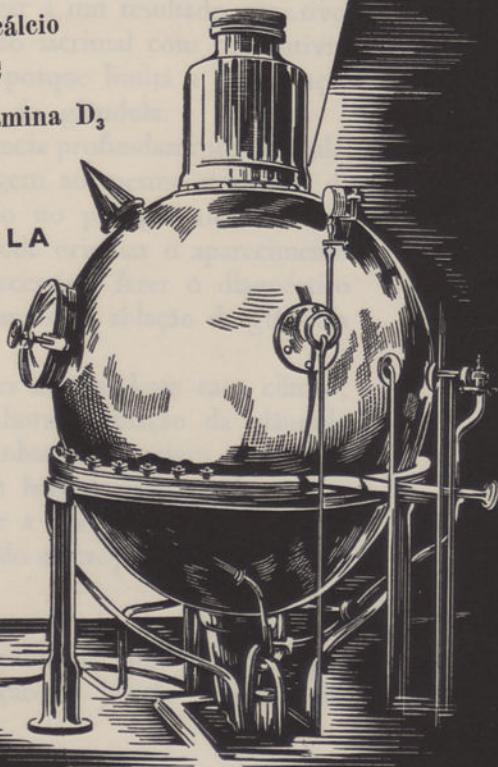
0,5 g de vitamina C

20.000 U. I. de vitamina D₃

NA MESMA AMPOLA

PARA AS VIAS
INTRAMUSCULAR
E INTRAVENOSA

Cx. de 5 ampolas
de 5 e de 10 c.c.



DR. A. WANDER S.A., BERNE - SUÍÇA

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, LDA.



GAL-DE-GE

AMPLIADA

100% de satisfação de cliente

comodato de 30 dias

comodato de 30 dias

AMPLIADA AMPLIADA AMPLIADA

100% de satisfação
comodato de 30 dias
comodato de 30 dias

100% de satisfação
comodato de 30 dias
comodato de 30 dias

DR. WANDERLE S.A. BEERNE-SUÍCA

Escolha a melhor cerveja de sua preferência, diversificada e sempre comunitária.

dos canais excretores, avançando a pouco e pouco até aos ácinos, provocando uma secreção exagerada da glândula.

A complicação que nos surgiu ao extirpar a glândula palpebral, está em concordância com a opinião de Sourdille, o que nos leva a ponderar a indicação estabelecida para combater certos casos de epífora.

Uma das razões que nos levou a hesitar na ablação da glândula orbitária, foi o receio de ver aparecer as mencionadas complicações conjuntivais /Xerosis conjuntival/ e corneanas /queratite filamentosa/, embora pareçam ser pouco frequentes, visto a secreção lacrimal não ser abolida completamente, por continuar a fazer-se por intermédio das glândulas de Krause, que bastam em geral para assegurar a lubrificação da córnea, como afirma Magitot, opinião esta que se encontra em discordância com a de Jules François ao dizer que a exérese do lóbulo palpebral equivale funcionalmente a uma exérese total, dando quase sempre lugar a um resultado excessivo, isto é, a um sindroma de hiposecreção lacrimal com conjuntivite seca e queratite filamentosa, motivo porque limita a sua ablação quase exclusivamente aos adenomas da glândula.

Sabido que a avitaminose A influencia profundamente as células que segregam as lágrimas, dando origem ao mesmo sindroma de hiposecreção, outro tanto acontecendo no pênfigos ocular e até mesmo a paralisia do facial, a qual pode originar o aparecimento de uma queratite, torna-se sempre necessário fazer o diagnóstico diferencial com as perturbações resultantes da ablação da glândula lacrimal.

Depois destas breves considerações acerca deste caso clínico, parece-nos poder-se concluir que embora a ablação da glândula lacrimal nem sempre se faça acompanhar dos perigos apontados por alguns autores no que respeita à hiposecreção, pode ,como aconteceu na nossa doente ao extirpar a porção palpebral, dar-se a retenção das lágrimas com formação do diacróps, em vez da atrofia do tecido glandular restante.

Finalmente, a modalidade técnica por nós seguida, além de simples, resolveu anatómica e funcionalmente uma situação que não teria sido possível com a extracção da porção orbitária da glândula.

SERVIÇOS DE ORTOPEDIA

(DIRECTOR: PROF. DOUTOR LUÍS RAPOSO)

SERVIÇOS DE PROPEDÊUTICA CIRÚRGICA

(DIRECTOR: PROF. DOUTOR MORAIS ZAMITH)

UM CASO DE LUXAÇÃO ÍLIO-PÚBICA DA ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL

POR

JOÃO VEIGA VIEIRA

2.º Assistente da Faculdade de Medicina

E

ALARÇÃO E SILVA

A medicina e cirurgia de urgência exercem-se dentro dum quadro próprio, onde a variedade e raridade das situações e a decisão do médico e do cirurgião, são características dominantes, que se enfrentam a todo o momento.

Estes dois factos levam, por conseguinte, qualquer médico ou cirurgião a inscrever no seu Arquivo os casos clínicos que, ou o apaixonaram pela incerteza do diagnóstico, o surpreenderam pelo resultado, por vezes espetacular, da terapêutica, o ensinaram a dedilhar hipóteses e soluções para o caso-problema ou lhe permitiram, enfim, verificar se a situação presente já foi vivida e se é possível adaptar-se-lhe raciocínios anteriores. Foi esta última circunstância que determinou a publicação do caso clínico que relatamos sucintamente, com os comentários que o mesmo nos suscitou.

Nota clínica, por conseguinte, é o que se vai ler, sem a pretensão de fazer uma revisão do assunto, mas sim chamar a atenção para a urgência duma situação de manifesta raridade.

OBSERVAÇÃO

O doente J. L., de 9 anos de idade, natural da Granja de Semide (Miranda do Corvo) foi internado de urgência no serviço de Propedéutica Cirúrgica em 7 de Setembro de 1958 por, em consequência de ter caído dum muro de cerca de dois metros de altura ter ficado impossibilitado não só de andar, mas até de esboçar qualquer movimento do membro inferior esquerdo e com dor particularmente intensa na anca esquerda, a irradiar para o resto do membro.

Da observação clínica há que salientar os seguintes pontos:

- estado de choque acentuado.
- posição viciosa do membro inf. esquerdo que se encontrava em abdução, muito ligeira flexão da coxa sobre a bacia, da perna sobre a coxa e rotação externa.
- alteração de configuração anatómica desta região. Apreciava-se uma elevação na base do triângulo de Scarpa que prolongava por sobre a arcada crural.
- a palpação desta deformação revelou a existência dum maciço de consistência óssea, arredondado, que era solidário com o fémur, descolando-se a quando dos movimentos discretos que imprimimos ao fémur durante a exploração.

Na zona correspondente ao grande trocanter notava-se uma escavação.

- como complicação desta situação o membro inferior esquerdo apresentava-se aumentado de volume pelo edema, particularmente acentuado no terço superior da coxa e parte baixa da região inguino-abdominal. Havia a registar cianose marcada e arrefecimento de todo o membro em consequência da possível compressão e distensão dos vasos femoriais provocados pelo deslocamento ósseo. A apreciação do pulso da femoral era impossível.

Este quadro clínico, assaz aparatoso, fazia levantar a suspeita duma luxação coxo-femoral anterior, na sua forma pélvica. O exame radiográfico, indispensável para nos demonstrar o tipo de luxação e nos informar de possíveis fracturas associadas, veio confirmar a suspeita e esclarecer-nos ainda sobre a variedade de luxação em causa: ilio-pélvica.



Sr. Vincent - Anglade.

RAQUIFEROL

GRANULADO

	FRASCO A	FRASCO B
Vitamina A	400.000 U. I.	Fosfato dicálcico 10 g
Vitamina D ₃	500.000 U. I.	Ácido Glutâmico 2 >
		Fluoreto de cálcio 0,021 >
		Vitamina C 2 >
		Vitamina B ₁₂ 35 mcg
		Excipiente q. b.

BURBUJOSA CORROTAROJA

ESTADOS UNIDOS - JAPÓN - AUSTRALIA
BRASIL - MÉXICO - VENEZUELA

Na profilaxia e tratamento do raquitismo

Vitamina A

Vitamina D₃

Nos atrasos do desenvolvimento físico e mental

Vitamina B₁₂

Ácido Glutâmico

Nas anomalias de calcificação e cárie dentária

Fosfato dicálcico

Fluoreto de cálcio

Vitamina C

R^c

RAQUIFEROL

Em RAQUIFEROL associa-se ao choque vitamínico — **A + D₃**(*) — o complemento sempre necessário quando se pretende fazer uma terapêutica «recalcificante»:

CÁLCIO — FÓSFORO — FLUOR

(*) Quando a grandes doses de Vitamina D se associa Vitamina A, observa-se uma ausência de manifestações tóxicas por hiperdosagem da primeira.

<Terapéutica con sus fundamentos de farmacología experimental>

B. LORENZO VELAZQUEZ



LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS

AVENIDA MIGUEL BOMBarda, 42-44
TELEF. 77.71.35 - LISBOA

Enfrenta o trânsito de sangue, que deve ser sempre de direção ascendente, fruto de mecanismos que se manifestam de modo mais ou menos frequente, sobretudo entre os vasos sanguíneos que se dirigem para as órbitas ósseas. E como cada um desses vasos tem a sua possibilidade de dilatação, é natural que sejam sempre os mesmos os que se dilatam.



FIG. 1



Fig. 2

Embora o número de casos de luxação desta articulação vá em acréscimo, fruto de mecanização dos tempos, eles são ainda muito pouco frequentes, sobretudo entre nós, em comparação com as luxações doutras articulações. E esses casos, na sua maioria são de luxações posteriores. As luxações anteriores, pélvica e obturadora, contribuem apenas com 15% das luxações deste segmento do membro inferior.

Atendendo à idade do doente surpreende-nos o vermos uma luxação, em vez duma fractura do colo fémur ou dum descolamento epifisário, o que é regra em traumatizados desta idade e neste segmento do membro inferior.

Para que se produza luxação anterior é necessário que a coxa se encontre em abdução forçada, sendo o mecanismo de produção favorecido pelo grau maior ou menor de rotação externa do membro. Se a coxa se encontra em flexão, a cabeça do fémur deslocar-se-á em direcção ao orifício obturado. Se se encontra em extensão ir-se-á colocar numa posição pélvica. A deslocação da cabeça para uma posição ilio-pélvica seria devida neste caso a uma força produzida de baixo para cima, segundo o eixo longitudinal do fémur, a quando do embate no solo.

Numa articulação em que desde a configuração óssea, com uma cavidade, a cotiloide, tão profundamente escavada, um anel fibrocartilaginoso, o bordelete cotiloide, a ampliar a cavidade e pela maneira como se dispõe à volta da cabeça, a impedi-la de sair mesmo depois de eliminados todos os outros meios de manutenção das superfícies ósseas, um aparelho capsulo-ligamentar poderoso bem como músculos potentes que do tronco ou da bacia se dirijem ao fémur e ajudam à estabilidade da articulação, todo o traumatismo que conduza a uma lesão deste tipo, tem de ser de particular intensidade do qual resultam consequentemente complicações imediatas ou tardias, e repercussão sobre o estado geral, que impõem uma terapêutica de urgência. Esta deve ser fruto dum cuidadoso exame, para que as manobras ortopédicas, com as quais quase sempre se consegue a redução, ou cruentas só muito raramente requeridas, não venham a ser mais um traumatismo a somar-se a outro já de certa gravidade.

Vários são os métodos descritos para a redução das luxações desta articulação. Assim, em *Afections Traumatiques*, de *Merle d'Aubigné* lê-se: «dans les luxations antérieures, il faut porter la cuisse en flexion, exercer une vigoureuse traction dans cette position, puis porter le membre en adduction-rotation interne».

Watson-Jones, depois de descrever o método de Bigelow «There is a much easier method of manipulative reduction, and it applies equally to posterior and anterior displacements. With the patient lying on blankets on the floor the flexed hip is turned into a neutral position and the femur is then lifted into the acetabulum. No matter whether the femur is adducted and medially rotated from a dorsal dislocation, or abducted and laterally rotated from an anterior dislocation, when the hip is turned into the neutral position the head of the femur lies below the acetabulum and is quite gently lifted into it».

Porém neste caso particular, em que o colo do fémur cavalgava a junção ílio-pública, qualquer dos métodos descritos nos pareceu poderem originar maiores lacerações cápsulo-ligamentares e musculares e em certa medida virem a ser responsáveis por um descolamento epifisário, para já não falar de fratura do colo do fémur, além de poderem aumentar o dano do rolo vásculo-nervoso, já comprometido. Estas as razões que nos levaram a empregar este outro método, por vários autores perfilhado, não apenas para esta variedade de luxação anterior, mas para todas as outras em que o descolamento da cabeça do fémur se faz para diante e para cima, e que consiste na tracção segundo o eixo longitudinal do fémur — aqui e enquanto tal se fazia, uma segunda tracção ao Zenith permitia a cabeça decavalgar o rebordo da bacia — ao mesmo tempo que, com a mão, se exerce pressão na cabeça do fémur para a conduzir à cotiloide.

A redução, sob anestesia geral e sempre que possível sob cura-
rização, foi extremamente fácil e nada traumatizante. Imediata-
mente a cianose e frialdade desapareceram e o pulso arterial se tornou
palpável.

Clínica e radiologicamente reduzida seguiu-se a imobilização num aparelho de gesso pelvi-pedioso.

Poucos são os que não recomendam uma imobilização gessada e dizem que logo no dia seguinte deve o doente começar com exer-
cícios musculares activos. Mas, se a maioria a recomenda, à per-
gunta de — por quanto tempo? — surgem as mais diferentes respostas,
desde duas semanas de imobilização até oito ou mais, fora de quais-
quer sequelas indesejáveis. Porém, imediatamente deve o doente
começar a executar contracções musculares estáticas, e se ao fim
dum mês e meio o exame clínico, mas sobretudo o radiológico

Novo!

ONDASIL®

onde entra o doente com a sua doença primária mais os sintomas activos e mais tarde a desmobilização.

Dúas palavras reservamos para encerrar as complicações tardias, pois que se resolvem pelo que fizeram expectativa e real história.

Sedativo de largo espectro de acção

Assegura uma acalmia geral

**Actua sobre as esferas
psíquica e somática**

**Modera por via central
os substractos corticais e vegetativos**

Tem um efeito rápido e prolongado

Drageias: Caixa de 40 drageias

**1 drageia contém 75 mg de Doriden®
e 0,05 mg de Serpasil®**

Ondasil "forte": Frasco de 20 drageias

**1 drageia contém 250 mg de Doriden
e 0,15 mg de Serpasil**

CIBA

não despistarem quaisquer complicações, que adiante focaremos, deve então o doente começar a executar os primeiros movimentos activos e mais tarde a deambulação.

Duas palavras reservamos para mencionar as complicações tardias, pois que as imediatas, pelo que ficou exposto e pela história



Fig. 3

do acidente, facilmente se deduzem, e mostrar a percentagem elevada em que elas aparecem, mesmo numa luxação pronta e convenientemente tratada. Antes de mais frizemos que num intervalo maior entre a luxação e a redução — 12 horas ou mais — e na imobilização curta e deambulação precoce estão dois factores que elevam em muito a percentagem dessas mesmas complicações para as quais apenas uma artroplastia ou artrodese são solução. É para evitar

estas soluções últimas, que um doente com luxação desta articulação deve ser pronta e convenientemente assistido e a prazos curtos vigiado. Durante certo tempo a dor e a limitação dos movimentos são complicações que há a esperar. Mas não é só clinicamente que

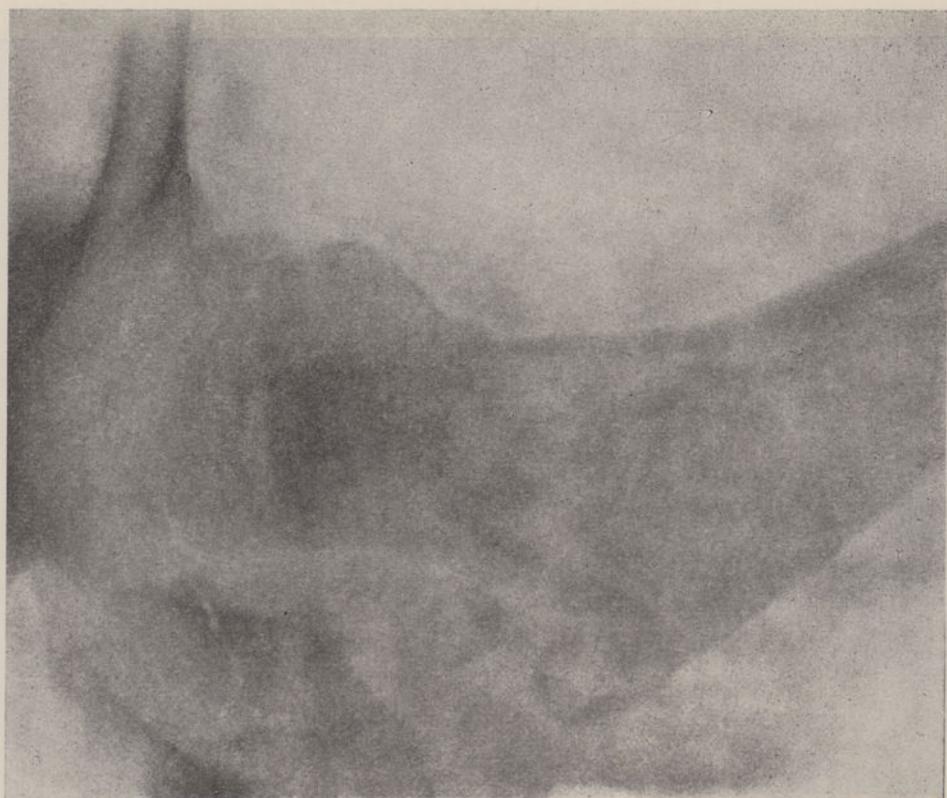


Fig. 4

devemos apreciar a evolução. Durante um período de dois anos, exames radiográficos repetidos de três em três meses nos devem informar da existência ou não duma miosite ossificante, duma necrose isquémica da cabeça do fémur ou duma artrite degenerativa.

A necrose, consequência da laceração e trombose vascular, bem como fruto de alterações intracelulares de célula óssea, directamente dependentes do traumatismo, aparece numa percentagem,

de 15 a 20% em luxações em que não foi preciso intervir cirurgicamente e que foram prontamente tratadas; e a artrite degenerativa em cerca de 40%. Estas cifras elevam-se em função dum intervalo maior antes da redução, de manobras intempestivas ou por mais que uma vez empregadas para que a redução se venha a conseguir e que podem vir a condicionar o aparecimento duma luxação recorrente, da associação de possíveis fracturas, ou da sanção cirúrgica para a solução do caso.

SUMMARY

The authors present a case of an anterior dislocation of the hip, ilio-pubic type, on a boy nine years old.

They point out:

- the rarity of this type of injury in children.
- the rate of the complications chiefly avascular necrosis and traumatic arthritis.
- the importance of the lapse of time between trauma and reduction.
- the necessity of a clinical, but above all, the X Ray control on the following months.

I — TRATAMENTO LOCAL

Se alguma infiltração de anestésico local é necessária, deve ser feita com a menor dose possível, evitando-se a toxicidade.

A aplicação de gelo deve ser feita imediatamente, evitando-se a aplicação de gelo seco ou de um simples tubo de gelo seco, pois a temperatura extremamente baixa é danosa para os tecidos. O uso de gelo seco deve ser evitado, uma vez que causa desidratação das células e tecidos, podendo causar lesões irreversíveis nos tecidos.

A compressa de gelo deve ser aplicada por 15 a 20 minutos, e deve ser seguida por uma pausa de 15 a 20 minutos, repetindo-se este processo 3 a 4 vezes ao dia, sempre quando houver indicação.

BIBLIOGRAFIA

- DEHNE, E. IMMERMANN, E. W. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 731, Julho, 1951.
- ECONOMU, GAVRILITA e NASTASE — Lyon Chirurgical — pág. 203, Março, 1958.
- HAMADA, G. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 471, Agosto, 1957.
- HENDERSON, R. S. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 602, Novembro, 1951.
- KEY, I. A. e CONWELL, H. E. — Fracturas, Luxaciones y Esguinces — Tomo II — UTEHA.
- LITTON, L. O. and WORKMAN, Ch. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 1419, December, 1958.
- MERLE D'AUBIGNÉ — Affections traumatiques — Editions Médicales Flammarions.
- MIKHAIL, J. K. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 899, Novembro, 1956.
- NICOLL, E. A. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 503, Agosto, 1952.
- RIGGS, T. F. e SLOCUM, R. C. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 779, Julho, 1951.
- STEWART, M. I. e MILFORD, L. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 315, Abril, 1954.
- THOMPSON, V. P. e EPSTEIN, H. C. — J. Bone and Joint Surg. — pág. 746, Julho, 1951.
- TRUETA, J. e HARRISON — J. Bone and Joint Surg. — pág. 442, Agosto, 1953.
- WATSON-JONES — Fractures and Joint Injuries — Vol. II — Fourth Edition — Livingstone Ltd.

NOTAS DERMATOLÓGICAS

O TRATAMENTO DAS VERRUGAS

POR

A. BAPTISTA

(2.º Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra)

As verrugas são pequenos tumores cutâneos, contagiosos e autoinoculáveis, de origem viral, resultantes duma hiperplasia papilar e epidérmica.

Muito frequentes, em especial nas crianças e adolescentes, são de evolução benigna e de diagnóstico em regra bem evidente.

Embora possam desaparecer espontaneamente, as possibilidades duma multiplicação e duma longa persistência, as recidivas e o perigo dum contágio familiar ou escolar, levam-nos a aconselhar o seu tratamento.

É-nos impossível enumerar todos os métodos terapêuticos propostos. Apenas mencionaremos os mais usuais e os de maior garantia de êxito.

I — TRATAMENTO LOCAL

Se alguns actuam destruindo ou excisando as verrugas, outros parecem actuar duma maneira específica ou em parte por simples sugestão.

1 — A Neve carbónica, aplicada com o criocautério de Lortat-Jacob ou com um simples tubo de alumínio (tubo de comprimidos farmacêuticos) com o fundo furado em crivo, produz uma necrose mais ou menos acentuada da epiderme e uma bôlha dermo-epidérmica cujo tecto é formado pela verruga que é assim eliminada.

A duração da aplicação é variável consoante a espessura das lesões: 5 segundos para uma verruga plana ou vulgar pouco espessa, 30 segundos ou mais para uma verruga plantar.

Este método pode dar bons resultados, em particular nas lesões superficiais, mas tem o inconveniente de necessitar na maior parte das vezes de numerosas sessões.

— O *Azoto líquido*, actuando igualmente pelo frio, não tem aplicação prática na clínica particular, pois a botija que o contém deve ser utilizada logo após a sua entrega.

2 — Os Cáusticos químicos têm a vantagem de não necessitarem dumá prévia anestesia local.

O *nitrato de prata*, em lápis ou em solução a 30%, o *ácido tricloroacético* a 30 ou a 50%, o *ácido crómico*, o *ácido nítrico*, são os mais utilizados.

A técnica da aplicação é simples: — raspa-se prèviamente a verruga com uma cureta ou um bisturi, aplica-se o cáustico e recobre-se em seguida com um penso e adesivo. De 3 em 3 dias faz-se nova aplicação, e de cada vez procede-se à raspagem dos tecidos necrosados.

Os solutos cáusticos devem ser aplicados com um palito cuja ponta é embebida no ácido, tendo o cuidado de não atingir os tecidos sãos vizinhos.

Este tratamento pode ser combinado com a neve carbónica que será então aplicada imediatamente antes.

É um método simples mas lento e por vezes insuficiente, sujeito a infecções secundárias.

3 — A **Diatermocoagulação** e a **Galvanocauterização** dão uma destruição rápida e completa das verrugas, mas necessitam em regra dumá anestesia local.

A *anestesia* a impregar varia consoante a sede e as dimensões das lesões. O jacto de *Cloreto de etilo* ou a própria *Neve carbónica* são suficientes nas verrugas de pequenas dimensões e nas intervenções de curta duração. A infiltração pela *novocaína* a 1 ou 2%, com adrenalina ou simples (no caso de verrugas digitais), ou de preferência pela *xylocaina* (menores riscos de sensibilização), torna-se necessária quando temos que intervir nas verrugas plantares, nas verrugas vulgares de grandes dimensões e nas verrugas periungueais.

A aplicação do *galvano-cautério*, que deve estar regulado para que a ponta esteja vermelho-escura, será bastante ligeira e con-

trolada frequentemente com a curetagem dos tecidos necrosados de modo a que toda a verruga seja destruída.

A *diatermo-coagulação* será aplicada com o mesmo cuidado, mas aqui a agulha poderá penetrar até ao centro da lesão para que ela seja destruída em bloco.

Nas verrugas de grandes dimensões mas superficiais, é preferível o seguinte método: — após prévia anestesia local com o cloreto de etilo, arranca-se a verruga pela base com um golpe de cureta e em seguida cauteriza-se o fundo da ferida com o gálvano ou electrocautério, procedendo-se depois a uma desinfecção local com um penso antiséptico (sóluto de mercuro-cromo, sóluto de eosina alcoólica, ou pomada de aureomicina, spiramicina ou outro antibiótico).

4 — A **Radioterapia**, superficial ou de contacto, tem a vantagem de ser indolor, eficaz e de fácil aplicação.

A técnica deve porém ser rigorosamente perfeita, não só no que diz respeito às doses, mas também à exacta localização à lesão, a uma imobilização perfeita durante as sessões e à protecção eficaz dos tecidos sãos.

Se bem que preconizada por numerosos autores, tem no entanto, os seus perigos e inconvenientes que levam a maior parte dos dermatologistas a desaconselhá-la formalmente ou pelo menos a reservá-la para alguns casos particulares.

Com efeito a radioterapia não impede um certo número de *recidivas* que põem um problema delicado de resolver porque uma nova irradiação está absolutamente contraindicada e uma intervenção cirúrgica feita, antes dos 6 meses após a irradiação vai abrir uma ferida que será dolorosa e de difícil cicatrização. Do mesmo modo, uma *necrose tardia*, 3 a 4 anos após a radioterapia, pode sobrevir bruscamente, em especial na planta dos pés, formando-se uma escara átona e dificilmente curável. Uma *radiodermite tardia*, embora excepcional, é igualmente de temer.

A radioterapia ficará assim *reservada* para aqueles casos em que os métodos operatórios estejam contraindicados: — nos indivíduos idosos, diabéticos, arterioescleróticos, intolerantes aos anestésicos, pusilâmines, recidivas após outros métodos (em particular nas verrugas periungueais), etc.. Nunca deverá ser empregue nos indivíduos jovens.

5 — As Injeções locais, de produtos esclerosantes, como a glicerina cromada, a glicose em solução a 50%, o clorohidrolactato duplo de quinina e ureia, assim como a tintura de tuia, a colchicina ($1/_{10}$ de cc duma solução a $1/_{1000}$ em soro fisiológico) têm sido preconizadas com resultados variáveis.

6 — Certas substâncias, de acção aparentemente específica, são por vezes eficazes.

A tintura de tuia, em pomada a 12% (tintura de tuia: 12 gr.; lanolina: 100 gr.) tem uma acção favorável em todas as variedades de verrugas, em especial nas verrugas planas das mãos e da face, nas verrugas vulgares e nas verrugas sub-ungueais.

A técnica da aplicação é simples:—directamente ou após um banho local ou um penso húmido com água quente para amolecer os tegumentos, aplica-se sobre as verrugas uma espessa camada de pomada que deve ser mantida com um penso seco, e renovada diariamente. A duração do tratamento é em média de 3 a 5 semanas, sendo prudente prolongar as aplicações da pomada alguns dias após a cura das lesões a fim de evitar as recidivas.

O formol a 3%, em compressas aplicadas durante 10 minutos, duas vezes por dia, tem sido igualmente indicado.

II — TRATAMENTO GERAL

1 — A Psicoteráپia tem um efeito incontestável na cura das verrugas, embora em percentagens variáveis segundo os autores. Esta possibilidade de cura por simples sugestão, característica bem curiosa desta afecção tumoral e viral, leva a considerar com bastante espírito crítico as curas obtidas pelos métodos chamados específicos, gerais ou locais.

A fim de sugestionar e impressionar vivamente o doente, deve-se prescrever um tramento bastante minucioso e até complicado, como por exemplo tocar cada verruga várias vezes ao dia, a horas precisas, com um palito embebido numa solução ligeiramente cáustica e corada, durante um dia inteiro no decurso do qual o doente fixará o seu espírito constantemente sobre as verrugas.

Do mesmo modo o receio duma intervenção dolorosa, uma forte emoção, podem actuar eficazmente.

A psicoteráپia está indicada em particular nas verrugas planas.

2 — Certos tratamentos gerais tem sido indicados, alguns com uma suposta acção específica:

— A *Metionina*, «per os», na dose de 1 a 2 gr. por dia, durante 10 dias;

— Os sais de *Magnésio*, sob a forma de *Magnésia calcinada*, na dose de 0,20 a 0,50 gr. diários, durante 1 mês, ou de *cloreto de magnésio*, 0,6 a 1,20 gr. diário durante igual período;

— A *tintura de tuia*, XX gotas 3 vezes por dia, durante 10 a 15 dias;

— a *Autohemoterápia*, 3 vezes por semana durante 3 a 4 semanas;

— a *Vitamina A*, na dose diária de 100.000 U, etc., dão alguns resultados e devem ser ensaiados nas verrugas numerosas e recidivantes, só ou associadas ao tratamento local.

Porém, a sugestão só por si pode talvez explicar os sucessos destes diversos medicamentos.

ESCOLHA DOS MÉTODOS

— Em presença dum *pequeno número de verrugas vulgares*, poder-se-á proceder à destruição individual de cada uma delas: — anestesia pela novacaína ou xylocaina ou pelo jacto de cloreto de etilo,

— galvano ou electrocauterização ou um golpe de cureta da verruga e aplicação dum cáustico.

— pensos antisépticos.

— Nos casos de *verrugas vulgares múltiplas e disseminadas* pode-se tentar de início o tratamento por sugestão ou destruir apenas a «verruga mãe» na esperança do desaparecimento dos outros elementos por um mecanismo psíquico ou imunológico.

— As *verrugas periungueais* podem ser tratadas pela radio-terápia que tem aqui uma indicação primordial, com a condição das irradiações serem cuidadosamente limitadas.

Mas na maioria dos casos a galvanocauterização ou a diatermocoagulação, após prévia anestesia pelo cloreto de etilo ou pela infiltração da base do dedo, dá bons resultados.

— Nas *verrugas planas*, habitualmente dissimilados e localizadas na face, é necessário evitar as intervenções que possam provocar cicatrizes.

A psicoterápia está, nestas verrugas, particularmente indicada. Se não resulta poderemos utilizar a pomada da tintura de tuia ou a associação da Neve carbónica bastante superficial e da ponta fina com os toques do ácido tricloroacético a 30%.

Do mesmo modo poderemos proceder à electrocoagulação fina de algumas verrugas, as restantes acabando em regra por desaparecerem em 4 a 6 semanas.

— Nas *verrugas plantares* é aconselhável fazer-se a extirpação cirúrgica, em bloco:

— anestesia local pela novocaína a 1 ou 2% ou pela xylocaína que deve ser profunda, debaixo da verruga, de modo a que ela forme uma saliência e se torne assim mais evidente;

— com um bisturi ou uma lâmina, cortar tangencialmente a hiperqueratose que recobre e circunda, em regra, a verruga;

— com uma cureta, descolar e extirpar a verruga da sua loca, com um movimento circular;

— cauterizar o fundo e as paredes da loca com o gálvano ou electrocautério;

— aplicar um penso antiséptico e controlar a ferida nos dias seguintes.

Este método tem a vantagem de ser eficaz e inócuo. Tem porém os inconvenientes de necessitar de um período de cicatrização de 2 a 3 semanas e de a picada da agulha para a anestesia ser dolorosa. Este último inconveniente é, em parte, evitado se se tiver o cuidado de a injecção não ser dada directamente na face plantar, mas atingir a verruga a partir do bordo lateral do pé ou mesmo através dos espaços intermetatarsicos.

A radioterápia, se bem que eficaz e indolor, está contraindicada pelas razões já expostas.

REVISTA DAS REVISTAS

VALOR COMPARADO DAS DIFERENTES TÉCNICAS DE GASTRECTOMIA — EDELMAN (G.) — «J. de Cirurg.», T. 75, n.º 4, pág. 482, Abril. 1958.

Analisando uma estatística comparativa de 377 gastrectomias, tipo Finsterer e de 161 tipo Péan-Bilroth I, chega-se às seguintes conclusões:

Os resultados funcionais são equivalentes. O sindroma Dumping observou-se em 10% das gastrect. Finsterer e em 12% das Péan.

As vantagens das Péan não se fazem sentir nítidamente senão na recuperação do peso do doente.

A indicação da operação de Péan, deve reservar-se para as úlceras gástricas (pequena curvatura ou faces).

Mialaret analisa uma estatística de 1.985 observações inéditas de gastrectomia seguida de anastomose gastro-duodenal, demonstrando que a mortalidade da Péan-Bilroth I, não é superior à das gastrectomias com anastomose gastro-jejunal.

A desunião da sutura gastro-duodenal é rara e a sua frequência pode comparar-se à da desunião do coto duodenal no processo Polya ou Pinsterer. As estenoses da anastomose são excepcionais e no seu conjunto os resultados funcionais são ligeiramente superiores aos das anastomoses gastro-jejunais, sendo também mais raro o sindroma Dumping.

Pelo contrário a úlcera péptica é um pouco mais frequente após a Péan, mas observa-se sobretudo após a Péan por úlcera duodenal. Deste modo a anastomose gastro-duodenal, deve reservar-se para as úlceras gástricas, tanto mais que nestes casos, é mais facilmente realizável.

Na úlcera duodenal, a indicação do processo Péan-Bilroth I, deve ser mais prudente e função do estado anatómico do duodeno,

da existência de disquinásia duodenal pré-operatória, de quimismo gástrico (possibilidade de úlcera péptica pós-operatória).

Em caso de cancro, se bem que o Péan não esteja formalmente desaconselhado, tem pelo menos uma indicação excepcional.

Hopp, Couinaud, etc., estudam estatísticas de gastrectomias com interposição de um segmento cólico ou jejunal e concluem:

Se a interposição jejunal primitiva é de aconselhar nas gastrectomias totais por cancro, ela não tem muitas indicações nas gastrectomias sub-totais por úlcera, deve prescrever-se no caso da úlcera duodenal e nas úlceras gástricas, sendo-lhe preferível a operação de Péan. Pelo contrário, a correcção secundária duma gastrectomia por úlcera, por transposição da ansa aferente ao duodeno, tem indicações precisas: as perturbações carenciais, as anemias hipocrómicas, e síndrome Dumping grave, nas quais determina por vezes melhorias espectaculares.

A gastrectomia com interposição jejunal entre o coto gástrico e o duodeno (operação de Henley), tem como desvantagem a grande proporção de úlceras pépticas e é recomendada sómente para as úlceras gástricas ou para a correcção das gastrectomias tipo Polya de resultados defeituosos.

Fora da grande frequência das úlceras pépticas, a operação de Henley dá óptimos resultados funcionais, nutricionais e hematológicos. Nunca apareceu nos doentes operados por este processo, o síndrome Dumping ou qualquer síndrome pós-prandial.

Gevarts, Colard, etc., fazem um estudo analítico minucioso das perturbações originais pela gastrectomia total.

Estas perturbações clínicas e biológicas, são em seguida olhadas em relação às diversas modalidades técnicas de restabelecimento da continuidade digestiva após a gastrectomia total (esojunostomia, esoduodenostomia, interposição esoduodenal de um segmento cólico ou jejunal), sendo a comparação nitidamente a favor da interposição jejunal, tanto sobre o ponto de vista clínico como biológico, se bem que a assimilação das gorduras e dos prótidos seja ainda defeituosa, embora bastante melhor que com os outros processos de anastomose. É também a interposição jejunal que melhor evita as perturbações disfágicas, e síndrome Dumping, a perda de peso e diarréia. Como este processo não aumenta a mortalidade operatória da gastrectomia total, os AA. dão-lhe a preferência.

NEVRITES
MIALGIAS
REUMATISMOS
CIÁTICAS

BÊ-SÓDIO

SOLUTO INJECTÁVEL

(Vitamina B₁ + Iodeto de sódio)

As doses de Vitamina B₁ no Bê-Sódio são:
25 mg., por ampola, no fraco
100 mg., por dose, no forte.

Anti - N e v r í t i c o
Anti - R e u m á t i c o

A P R E S E N T A Ç Ã O

FRACO: Caixa de 6×5 c.c.

FORTE: Caixa de 6×5 c.c.+6×2 c.c.



LABORATÓRIO *fidelis*

RUA D. DINIS, 77 • LISBOA • PORTUGAL

REUMATISMOS
GOTA MIALGIAS
CIÁTICA

POLIARTRINE

D R A G E I A S

(Fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + Vitamina B₁)

O POLIARTRINE não contém derivados da antipirina, como pirimidão, de alto poder agranulocitopénico.

Anti-Álgico • Antipirético
Anti-Reumático

A P R E S E N T A Ç Ã O
Frasco de 20 drageias



LABORATÓRIO *fidelis*

RUA D. DINIS, 77 • LISBOA • PORTUGAL

Sarcofias do mesentério e do mesocolon — DELANNOY (E.), etc. — «Lyon Chirurg.», T. 54, n.º 3, pág. 394, Maio 1958.

Os AA. relatam 4 casos de sarcoma do mesentério e do mesocolon, tumores bastantes raros, não existindo mais de 200 casos na literatura.

Os sinais subjetivos, são na maior parte das vezes pouco importantes e é a presença de um tumor abdominal que chama a atenção.

A rapidez de evolução deste, a sua consistência firme, a sua superfície bosselada, permitem pensar na malignidade, enquanto que a sua grande mobilidade caracteriza a sua situação num mesocolon.

A radiografia mostra compressões extrínsecas e desvio excêntrico das ansas intestinais.

Histologicamente, tratava-se nos 4 casos, de sarcoma fibroblástico com polimorfismo celular ou diferenciação lipoblástica. A exérese cirúrgica, nos casos em que é possível, parece ser o único tratamento com certa valia, pelo menos nos casos de forma fibroblástica.

O prognóstico é severo: em 4 casos, dois morreram entre 3 e 12 meses. Dois doentes estão ainda vivos; um doze anos após a intervenção e outro um ano depois.

FRANCISCO PIMENTEL

Sofrimento do pâncreas e perturbações das suas funções após as intervenções sobre as vias biliares — SCHNETZ (H.) — «Wiener Klinisch Wochenschrift», vol. 68, n.º 26, págs. 540-543, 2 fig., 29 Junho 1956.

O pâncreas ocupa um lugar importante nos acidentes que sobrevêm nas sequências operatórias das intervenções sobre as vias biliares. O A., lembra alguns dos múltiplos trabalhos publicados sobre o assunto.

O seu estudo pessoal, fundamenta-se em 500 casos de sindromas secundários à colecistectomia, não aparecendo as perturbações senão após um intervalo livre que varia de algumas semanas a alguns meses.

O elemento principal do síndrome pancreático, é representado pela dor epigástrica, mediana ou esquerda que aparece após a absorção de gorduras ou de açúcar. Esta dor irradia para o raquis, para a espádua esquerda e para a região lombo-sagrada. Variável na sua intensidade e na sua duração, pode dar lugar a múltiplos erros de diagnóstico.

As perturbações dispépticas, manifestam-se sob a forma de intolerância para os alimentos gordurosos, para os alimentos assucarados ou para o próprio açúcar.

Ao lado da dor que testemunha o sofrimento da totalidade da glândula, existem também perturbações dispépticas que traduzem desordens das secreções externa e interna e pode encontrar-se um síndrome de hipoglicémia pancreática puro, com fome, tremuras, fraqueza, suores que corresponde à crise insular.

Podem, enfim, as perturbações traduzir-se por um síndrome dispéptico com conservação do apetite, bastante característico, ou por um síndrome de intolerância à fome.

Ao lado destas manifestações subjectivas, é necessário notar durante as crises pancreáticas, a existência de sensibilidade epigástrica mediana ou esquerda, de hiperstesia cutânea, de meteorismo do ângulo cólico esquerdo e sinais radiológicos de atonia gastro-duodenal. As provas laboratoriais (exame das fezes, estudo da diástase urinária e sanguínea, das secreções após a injecção de prostigmina ou de histamina, o estudo dos fermentos duodenais após a refeição oleosa e estudo da função langerhansiana), constituem elementos importantes de diagnóstico.

O agrupamento destes diferentes sintomas, permitiu ao A., separar 4 síndromas:

- 1.^o — De inibição das secreções interna e externa, com hipoquilia enzimática e diabetes assucarado mais ou menos intenso.
- 2.^o — De inibição da secreção externa, com excitação do pâncreas insular, traduzindo-se por hipoquilia enzimática e hipoglicémia.
- 3.^o — Perturbações associadas da secreção externa.
- 4.^o — De excitação da secreção externa, com hipoquilia e hiperinsulinismo, o mais raramente observado.

FRANCISCO PIMENTEL

Técnicas relativas à colheita e identificação microscópica dos cancros brônquicos — J. CHRÉTIEN e J. M. LEMOINE — «La France Médicale», pág. 10, Dezembro 1958.

Os autores salientam o valor extraordinário que o laboratório proporciona no diagnóstico e identificação dos cancros brônquicos.

Depois de descreverem os métodos que são utilizados no Serviços de Vias Respiratórias do hospital Cochim (Técnica de colheita: biopsia com pinça, aspiração biópsia, aspiração escalonada, Técnica de Identificação (Fixação, inclusão em parafina, preparação do bloco e montagem dos cortes) citam a classificação que fazem do resultado das colheitas, chamam a atenção dos médicos práticos para a estreita colaboração que devem ter com o laboratório, e salientam que os métodos actuais de colheita e estudo microscópico como os que praticam permitem um diagnóstico de certeza com todas as garantias desejáveis em grande proporção de casos.

LOPES DA SILVA

Opacificação do ventrículo esquerdo por cateterismo retrógrado a partir da femoral — R. LEGRAND, M. LINQUETTE, J. DESRUELLES, G. BAUTE, A. GERARD et J. CARON — «Archives des Maladies du Coeur et des Vaseaux», n.^o 11, Novembro 1958.

Os autores depois de fazerem algumas considerações acerca da grande actualidade do cateterismo cardíaco, em consequência dos progressos realizados em cirurgia cardíaca, falam dos ensinamentos interessantes que o registo das

curvas de pressão fornece, depois da punção directa, mas a opacificação do ventrículo esquerdo fornece argumentos suplementares para o bilan operatório das cardiopatias congénitas e adquiridas.

Falam dos métodos de exploração das cavidades esquerdas, quer por punção da auricula esquerda por via transbrônquica e por via transtorácica quer por punção directa do ventrículo esquerdo, dos perigos que surgem quando tais punções são realizadas e referem uma técnica recentemente realizada por Wilder e que eles próprios seguiram; citam os resultados interessantes obtidos pela escola de Montpelier que confirmam que a aortografia torácica utilizando os instrumentos de Seldinger permite franquear as válvulas pigmôides e penetrar no ventrículo esquerdo. Parece que o acesso ao ventrículo esquerdo por esta via é fácil e bem tolerado.

Depois de descreverem a técnica, as vantagens do método, os insucessos e as contra-indicações, indicações e resultados, concluem que o cateterismo retrógrado do ventrículo esquerdo é susceptível de impor-se como uma técnica de exploração interessante, quer para o radiologista pela qualidade das imagens obtidas quer para o cardiologista pelos exames complementares que permite.

O cateterismo retrógrado por via femoral tem a vantagem de ser mais simples, mais rico de possibilidades que os processos de punção directa, mas comporta os riscos de toda a opacificação torácica ainda que as indicações devam ser postas com cuidado; o exame só deve ser feito logo que é tomada uma decisão cirúrgica.

LOPES DA SILVA

Tuberculose renal e gravidez. Considerações terapêuticas — J. BRET, R. LEGROS e J.-M. RICHARD — «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», 12, 871, 1958.

Os AA. referem as duas razões porque a tuberculose renal se acompanha mais frequentemente de esterilidade: a má reputação desta associação e o temor que as mulheres portadoras desta afecção têm de engravidar, por um lado, e, por outro lado, a associação frequente da tuberculose renal e genital.

Actualmente o tratamento pelos antibióticos é eficaz e mudou o prognóstico. A nefrectomia pode ser a terapêutica de escolha, particularmente em casos graves.

RODRIGUES BRANCO

Carcinoma da tiroide lingual tratado com iodo radioactivo — W. A. MILE, N. F. C. GORDING, BRAISE REEVES e D. W. IMITHERS — «The Lancet», 7063, 76, 1959.

Uma mulher de 24 anos sofreu edema faringeo e hemorragias repetidas, de sangue vivo, durante a gravidez. O estudo histológico do tecido colhido por biópsia revelou tratar-se de neoplasia da tiroide lingual. É rara esta

posição do tecido tiroideu e a sua hipertrofia é devida a insuficiência da glândula cervical.

Os cancros da tiroide lingual são muito raros e têm um prognóstico mais benigno que os carcinomas da glândula cervical. O caso referido pelos AA. foi tratado pelo radioiodo com bons resultados, uma vez que uma dose-teste administrada previamente, revelara boa fixação do radioelemento pelo tumor.

RODRIGUES BRANCO

Valor de três métodos de exploração tiroideia. Estudo comparativo em

104 doentes — J. PEREMANS — «La Semaine des Hopitaux», 1, 36, 1959.

O A. começa por referir algumas situações interferindo na interpretação do M. B., do colesterol e da curva de radioiodo. Salienta que o M. B. não preenche o lugar dos testes do iodo radioactivo, nem estes o daquele, por avaliam fenómenos diferentes. A curva do iodo comporta duas porções: a 1.^a diz respeito à fixação do iodo pela glândula, enquanto a 2.^a comprehende a síntese hormonal e a libertação intravascular de tiroidina.

O A. verifica haver coincidência mais frequente entre a clínica e a curva de I¹³¹, quando convenientemente interpretada.

RODRIGUES BRANCO

Cortisona e Gravidez — J. BRETE — «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», 12, 855, 1958.

O A. inicia o trabalho salientando que a cortisona, só em condições particulares se deve administrar durante a gravidez, atendendo aos possíveis perigos para a mãe e feto.

Depois de passar em revista os diferentes factos mais importantes sobre a acção da cortisona durante a gravidez, factores conhecidos pela experimentação em animais, pelas dosagens químicas ou ainda pela clínica, refere porém algumas situações necessitando terapêutica pela referida hormona, como o lupus eritematoso, herpes, púrpura trombocitopénica, etc.

A dieta sem sal é obrigatória e esta terapêutica não deve seguir-se nos diabéticos insuficientes renais, ulcerados, etc.

RODRIGUES BRANCO

Cancro do colo e gravidez. Conclusões práticas — J. BRETE e F. COUPEZ — «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», 12, 831, 1958.

Durante a gravidez há circunstâncias favorecedoras para a despistagem do cancro do colo, qualquer que seja a técnica ou técnicas empregadas. Os AA. referem ser o 3.^o mês depois do parto a melhor oportunidade para executar a

colheita de material, quando é possível realizar-se uma colheita única. Deve porém, combinar-se todas as técnicas para se conseguir um diagnóstico conveniente.

Quanto ao tratamento do carcinoma in-situ depois do parto, defendem a cirurgia conservadora e nesta a amputação do colo.

No cancro confirmado a actuação é diferente, segundo se trata de uma gravidez nos três primeiros meses, do 3.^º ao 6.^º mês ou nos três últimos. No primeiro caso atende-se particularmente ao perigo corrido pela mãe — curieterapia seguida, pouco tempo depois, por hysterectomia alargada e completada pela radioterapia. Depois do 7.^º mês e encarando a viabilidade do feto, recorre-se à cesariana seguida de radioterapia e operação de Wertheim. As dificuldades surgem no tratamento do cancro no 2.^º trimestre da gravidez, atendendo aos perigos corridos pelo feto sujeito a terapêutica conservadora e pela mãe se se aguarda o termo da gravidez. Em princípio, se a cura da mãe é viável, sacrifica-se a gravidez.

RODRIGUES BRANCO

Anatomia segmentar aplicada à ressecção segmentar — SMITH (F. R.)
— «Dis. of Chest», 34, 602, 1958.

O A. considera que a prática das ressecções segmentares é de limitado interesse e, quando realizável, se deve apoiar no reconhecimento das suas dificuldades e numa perfeita base anatómica.

Afirma, ainda, que alguns segmentos não se devem ressecar isoladamente: os da lingula e lobo médio, os subsuperior, posterobasal e laterobasal do lobo inferior; outros são de ressecção isolada difícil: os apical e posterior do lobo superior e o anterobasal. Outros, no entanto, são extirpados facilmente: os apical e paracardíaco do lobo inferior e o anterior do lobo superior.

ROBALO CORDEIRO

Complicação da cirurgia torácica por anemia de células falciformes
— TAYLOR (D. E.), SAMMONS (B. P.) — «Dis. of Chest», 34, 646, 1958.

É relatada a história clínica de um doente com células falciformes surgidas no pós-operatório de uma toracotomia exploradora, que revelou uma hipoplasia arterial pulmonar.

Este facto está de acordo com a demonstração, *in vitro*, da transformação falciforme de eritrócitos a um meio gazoso com 10% de CO₂ e 18% de O₂.

De facto, verificou-se uma perturbação na dissociação da oxi-hemoglobina, que passou de 15 grs. % antes da intervenção para 9,5 grs. % no pós-operatório.

ROBALO CORDEIRO

O hematoma dissecante da aorta — GONIN (A.), PERRIN (A.), PELLET (M.), FROMENT (R.) — «Arch. Mal. Coeur. Vaiss.», 51, 1001, 1958.

Os AA., depois de justificarem o emprego da designação de «hematoma dissecante», que preferem à de «aneurisma dissecante», apresentam o estudo de 14 casos pessoais desta situação.

De interesse assinalar que a evolução do hematoma se realizou, de preferência, para a ruptura externa nas primeiras horas ou nos primeiros dias (7 casos — hematoma mediastinico extenso; 7 casos — hemopericárdio volumoso).

Clinicamente, salientavam-se a dor torácica, o sopro diastólico de insuficiência aórtica, o síndrome de oclusão aguda de uma artéria periférica, os sinais neurológicos (parestesias, monoplegias) e os radiológicos (sombra aórtica de duplo contorno; aumento da área cardíaca por hematoma intrapericárdico; etc.).

ROBALO CORDEIRO

Pleuropneumonectomia na tuberculose — MILLOY (F. J.), LANGSTON (H. I.) — «Dis. of Chest», 34, 593, 1958.

Referem-se as técnicas e os resultados de 38 pneumonectomias em que a dissecção, devido a extensas aderências, teve que ser realizada por via extrapleural.

A ressecção da pleura foi, inclusivamente, total nos doentes com pleurisia, e, especialmente, com empiema associados, visto que a conservação da serosa apresenta uma probabilidade de infecção ulterior do espaço residual.

É possível tentar-se a extirpação em bloco da pleura, sem abrir a sua cavidade e dar saída ao empiema colectado; no entanto, mais importante que a manutenção da integridade pleural é, segundo os AA., a sua extirpação total.

Outras vantagens da via extrapleural consiste, ainda, na menor frequência de rupturas de cavernas e na execução de intervenções com hemorragias muito inferiores às devidas à dissecação intrapleural.

ROBALO CORDEIRO

O significado clínico da diverticulose — RUSSEL, BOLES, SARA, JORDAN — «Gastro-Enterology», 579, vol. 35, n.º 6, Dezembro 1958.

O tratamento médico dos doentes com diverticulose deve ser dirigido para o seu cólon irritado — regimen dietético, medicação e higiene para combater o espasmo, pois que este causa retenção de matérias resultando daí inflamação e infecção.

Em 70% dos pacientes com diverticulose, 25% apresentaram como complicação diverticulite, 5% hemorragia, 5% obstrução e 5% perfuração.

Mais de metade destes pacientes (40) tinham só uma destas complicações. Nos restantes existiam duas ou mais complicações associadas.

Tendo sómente em 5,4% do total (294) dos doentes com diverticulose, aparecido cancro sem preferência de incidência neste ou noutra (diverticulite ou diverticulose).

ADOLFO MESQUITA

Serotonina no trânsito gastro-intestinal — BERNARD HAVERBACK e DAVIDSON — «Gastro-Enterology», 570, vol. 35, n.º 6, Dez. 1958.

A presença dum taxa elevada de serotonina na urina dum individuo com sprue não tropical, acompanhada de elevação de 3-ácido-acético, conduziu ao estudo do efeito da serotonina na mobilidade gastro-intersticial.

Provaram os AA. que o 5-Hidroxytryptofano é um potente estimulante da mobilidade intestinal. Esta substância estimula a mobilidade sem alterar a respiração, a pressão sanguínea, o pulso, etc.

O efeito de 5-HTP sobre a motilidade do jejuno foi determinada em 7 adultos com doses variáveis entre 10 a 30 mgrs.

ADOLFO MESQUITA

Antibióticos na cirurgia do cólon — ISIDORE COHN — «Gastro-Enterology», 583, vol. 35, n.º 6, Dezembro 1958.

Durante dois e meio anos, 200 doentes foram submetidos ao seguinte programa antibiótico:

- 1.ª fase, preparação antibiótica;
- 2.ª fase, instilação intracôlon do antibiótico;
- 3.ª fase, administração antibiótica pós-operatória.

Neste estudo não foram observados casos de enterocolite pseudo-membranosa.

O uso dum tubo plástico para a introdução intralumen do antibiótico foi muito discutido e são apresentadas as suas vantagens. A ausência de fistulas e de peritonites foi encorajadora para futuros estudos desta forma de terapêutica.

ADOLFO MESQUITA

Ictus espontâneo em jovens — HAROLD STEVENS — «Annals of Internal Medicine», vol. 49, n.º 5, Novembro 1958.

A existência de acidentes cerebrovasculares em individuos normotensos é contrária à noção de que a arterioesclerose e doença vascular cerebral é um fenómeno de idade adulta. No entanto o ictus não é raro em pessoas jovens.

Assim o autor encontrou 32 casos de ictus em jovens adultos e dois casos em crianças, com idades entre 5 a 44 anos.

Encontra como factores etiológicos principais a trombose cerebral venosa e trombose cerebral arterial, sobretudo a da artéria carótida.

Neste último caso — trombose da artéria carótida — o diagnóstico é feito pela presença de determinados sintomas, nomeadamente o começo agudo com cefaleias, com hemiplegia contralateral e síndrome de Horner; entre os sintomas objectivos destaca-se a palpação da artéria carótida, o oftalmodinamômetro e a arteriografia que permite excluir a hipótese dum tumor ou aneurisma intracraniano.

O autor chega à conclusão de que a maioria dos ictus espontâneos em jovens são devidos à existência de placas ateromatosas isoladas, como aparecem em adultos.

PEREGRINO DA COSTA

Considerações etiológicas do síndrome de Plummer-Vinson (Paterson-Kelly) — ERNEST L. WYNDER e J. H. FRYER — «Annals of Internal Medicine», vol. 49.^o, n.^o 5, Novembro 1958.

O Síndrome de Plummer-Vinson na sua forma clássica caracteriza-se por alteração na pele, nas unhas e na língua e tem nos seus antecedentes, história de anemia e disfagia. De todos estes sintomas o mais característico é a disfagia.

Baseados neste facto e nas histórias clínicas de 150 doentes com disfagia, os AA. chegam a interessantes conclusões:

- a) a sua maior frequência pelo sexo feminino;
- b) entre as 133 mulheres observadas, 20 perderam os seus dentes antes dos 30 anos;
- c) a frequência com que os doentes apresentavam secura da pele e rouquidão;
- d) uma maior quantidade de fluxo menstrual;
- e) a influência da dieta no aparecimento deste síndrome — alimentação deficiente em frutos frescos, vegetais e carnes.
- f) a presença de uma siderémia e de uma hemoglobina normal não excluem a presença deste síndrome. Assim 68% das doentes tinham taxas de ferro sanguíneas normais;
- g) a existência dum estreita relação entre o cancro da porção inferior da faringe e do síndrome de Plummer-Vinson;
- h) a acção profilática do ferro e vitaminas B e C sobre este síndrome, razão da sua menor frequência modernamente.

PEREGRINO DA COSTA

A patogenia, diagnóstico e tratamento do ictus — IRVING WRIGHT — «Annals of Internal Medicine», vol. 49.^o, n.^o 5, Novembro 1958.

Recentes estudos sobre a patogenia, diagnóstico e tratamento do ictus vieram mostrar que esta doença não pode estar confinada ao domínio do neurologista. Assim, além deste especialista, a doença deve igualmente interessar o

patologista, o bioquímico, o oftalmologista, o especialista cardiovascular, o endocrinologista, etc.

O ictus representa uma manifestação duma aterosclerose, duma hipertensão ou duma diátese trombo-embólica.

Não se sabe ainda a relação que existe entre a quantidade de gorduras ingeridas e o desenvolvimento do ictus; contudo é duvidoso o facto observado por alguns autores, de que uma alimentação gorda aumenta o risco duma trombose intravascular.

O uso de anticoagulantes constitui um passo importante para o tratamento do ictus ligeiro, sobretudo nos casos de oclusão das artérias carótida e basilar e parece desempenhar um papel predominante na evolução do ictus.

Outra causa muito frequente na patogenia do ictus é a trombose venosa.

Modernamente para o tratamento do ictus tem-se usado novas técnicas cirúrgicas que muito contribuirão para o bem-estar destes doentes.

PEREGRINO DA COSTA

Pericardite na tularémia — ADAMS (C. W.) — «Dis. of Chest», 34, 632, 1958.

São relatados 2 casos de pericardite devida à tularémia, que são comparados com 20 outros da literatura mundial.

Um dos casos apresentados não se acompanhava de lesões pleurais ou de focos de pneumonite, o que contrasta com a aceitação habitual de uma patogenia por contiguidade da pericardite tularémica.

Esta situação, embora extremamente rara—20 casos na literatura mundial—pode ser diagnosticada mesmo na ausência de contactos com coelhos e o seu tratamento actual, quando apoiado na administração de estreptomicina, derivados da tetraciclina ou cloromicetina, é eficaz, a ponto de o prognóstico da pericardite tularémica se assemelhar, então, ao da pericardite aguda benigna.

COELHO SILVEIRINHA

Estado corrente da aldosterona na etiologia do edema — LIEBERMAN (A. H.) — «Archives of Internal Medicine», 102 (6), Dezembro 1958.

A reabsorção tubular alterada parece ser responsável primariamente pela retenção sódica encontrada em pacientes edematosos cardíacos, hepáticos e renais. Nestes pacientes, tal como nos indivíduos normais, há uma relação inversa entre a excreção do sódio e de aldosterona. Na ausência das suprarrenais não pode haver retenção de sódio nem se pode manter o edema. Contudo, a administração

de aldosterona exógena a individuos normais não dá lugar a retenção prolongada de sódio e fluidos. É evidente que algum outro factor ou factores, em conjunto com excessiva secreção de aldosterona, deve contribuir para a formação do edema encontrado nos doentes.

São necessários estudos ulteriores para aclarar o papel da aldosterona e esta outros factores na patogenia do edema.

COELHO SILVEIRINHA

Antagonistas da aldosteroa — LIDDLE (G. W.) — «A. M. A. Archives of Internal Medicine» — 102 (6), Dezembro 1958.

O A. estuda o mecanismo de inibição da aldosterona pelos 17-esteroides-espirolactonas abreviadamente designados pelo nome de espirolactona.

É difícil predizer o papel da espirolactona em medicina. As drogas anteriormente utilizadas possuem a desvantagem de provocar distúrbios do balanço electrolítico; a perda de potássio é uma complicação particularmente frequente da terapêutica diurética. A espirolactona é a única que provoca a eliminação do sódio sem perda de potássio.

A associação da espirolactona a outro diurético deve aumentar a eliminação do sódio enquanto que diminui a perda de potássio originada pelo outro diurético.

A espirolactona terá lugar como material de diagnóstico e de investigação, que pode ser utilizada para demonstrar quanto a retenção do sódio e a excreção do potássio dependem dos esteroides.

Por isso, a espirolactona tem algum valor pois demonstra inequivocamente que há uma perda de sal dependente do esteroide e que, apesar da sua pequena actividade aparente, o esteroide pode actuar como antagonista de outro.

COELHO SILVEIRINHA

Problemas correntes e futuros no tratamento da insuficiência renal — MERRILL (J. P.) — «A. M. A. Archives of Internal Medicine», 102 (6), Dezembro 1958.

O A. discute alguns dos problemas correntes no tratamento e avaliação da insuficiência aguda e crónica e esboça a orientação a tomar ulteriormente no estudo do problema da doença renal.

Parece provável que, quando se conseguir uma barreira imunológica às enxertiais coroadas de êxito, a transplantação do rim humano pode resultar na cura das nefropatias crónicas.

COELHO SILVEIRINHA

O tratamento endoscópico das fistulas brônquicas pós-operatórias
S. DAVIDSON e Y. ESKENASY — «Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoraciques, n.º 6, 645, 1958.

Os AA. iniciam o seu trabalho por apresentar as eventualidades etiológicas, referindo-se à maior frequência depois de operações por tuberculose. Depois, analisando as possibilidades terapêuticas das fistulas brônquicas pós-operatórias por endoscopia, considera dois métodos.

Usando o primeiro método os AA. fecham a fistula com uma prótese acrílica moldada na canal brônquico. Abandonaram este processo por causa da grande percentagem de insucessos.

O segundo método consiste em provocar uma reacção plástica proliferativa da mucosa brônquica por cauterizações químicas. Apresentaram quatro casos satisfatórios e um insucesso.

Depois de fazerem algumas considerações de ordem técnica, os AA. fizeram a descrição de nove casos pessoais.

FRANCISCO SEVERO

Um caso de linfoma giganto-folicular (doença de Brill-Symmers) de manifestação endobrônquica—R. ISRAEL-ASSELAIN, BILSKI-PASQUIER e D. UZZAN — «Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoraciques», n.º 6, 665, 1958.

Os AA. apresentam um caso de linfoma giganto-folicular de localização brônquica, tendo tido anteriormente outras localizações: cervicais esquerdas, inguinais, axilares, supra-clavicular esquerda, inguinal e retro-crural esquerda.

A broncoscopia mostra a existência de estenose localizada ao brônquio principal direito e do segmento intermediário, que foram confirmadas broncograficamente. A biópsia brônquica faz pensar num processo linfomatoso que se verifica igualmente no estudo histológico de uma biópsia ganglionar.

O doente é submetido a um tratamento pelo Telecobalto, verificando-se uma manifesta melhoria na lesão endobrônquica com desaparecimento quase total da estenose.

Finalmente, os AA. fazem comentários de natureza fisio-patológica e terapêutica. A doente foi novamente internada, não por recidiva mas sim com um quadro de leucose aguda.

FRANCISCO SEVERO

Doze anos de radioterapia nos cancros brônquicos—J. FAUVET et J. M. LEMOINE — «Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoraciques, n.º 6, 687, 1958.

Os AA., no seu trabalho, fazem comentários baseados em mil casos de cancro brônquico tratados pela radioterápia, salientando particularmente o indiscutível aumento desta entidade clínica, e a frequente confusão com a tuberculose pulmonar.

Focaram ainda as dificuldades do seu diagnóstico precoce. Referindo-se particularmente à radioterapia, os AA. não a realizam nos doentes com idade superior a 70 anos, nos febris e ainda nos doentes com hémoptises prolongadas que não cedem ao tratamento médico e nos que têm um estado geral mediocre.

A forma que cede melhor à radioterapia é o gomo eritrobrônquico e a pior é a forma estenosante.

É o epiteloma de células pequenas o menos radio-sensível.

Referindo-se à falta de paralelismo entre a melhoria clínica e radiológica, os AA. terminam o seu estudo, referindo-se às três vias por eles adoptadas.

FRANCISCO SEVERO

Possibilidades e limites da biópsia de Daniels no diagnóstico das afecções toráccas

P. LAGÈZE, P. GALY e R. G. TOURAIN — «Société Médicale des Hopitaux de Paris», n.º 32 e 33, pág. 827, 1958.

No seu trabalho os autores começam por referir a utilidade da biópsia de Daniels nas afecções torácicas e fazendo um balanço da literatura mundial afirmam ser esta prova principalmente útil no diagnóstico de sarcoidose.

Resumidamente indicam a técnica seguida e referem os resultados de de 32 biopsias por eles efectuadas no serviço de bronco-pneumologia do Hospital Edouard-Herriot.

Em 13 casos a biopsia mostrou aspecto histológico do tipo sarcoide, em 8 o resultado foi negativo embora o quadro clínico não parecesse indicar, em 5 tratava-se de tumores malignos intratorácicos e nos últimos 6, feitos por razões várias, os resultados foram negativos.

ROCHA ALVES

A diálise peritoneal no tratamento dos edemas irredutíveis dos cardíacos.

A propósito de 2 casos novos — **M. GIRARD, J. TRAEGER, M.-T. FREYLN e D. FRIES** — «Société Médicale des Hopitaux de Paris», n.º 32, pág. 855, 1958.

Os autores iniciam o seu trabalho pela descrição dos princípios da diálise peritoneal e da composição do líquido que utilizam.

Referem em seguida os 2 casos em que empregaram o método e com excelentes resultados: boa tolerância, efeito imediato sobre a diurese que aumentou consideravelmente, diminuição da taquicardia, perda de peso de 25 e 28 kgs. em 34 dias e desaparição da albuminúria.

Chamam a atenção para a diferença na acção dos diuréticos mercuriais antes e depois da diálise.

Depois de apresentarem os resultados em 7 doentes relatados na tese de Jacquot em que, independentemente da evolução ulterior, os resultados da diálise peritoneal foram de idêntico modo brilhantes, terminam o seu trabalho por discutirem o mecanismo de ação e estabelecem as indicações para o emprego deste método terapêutico.

ROCHA ALVES

Considerações sobre 410 casos de anemia hipocrómica do adulto

— L. REVOL, A. BEL, J. FAVRE-GILLY e P. CROIZAT — «Société Médicale des Hopitaux de Paris», n.º 32 e 33, pág. 804, 1958.

Segundo os autores, são estas as anemias mais frequentes nos adultos e podem dividir-se em sideropénicas (deficiência em ferro de causas várias) não sideropénicas por distúrbio na utilização do ferro e síntese da hemoglobina. O diagnóstico é laboratorial.

Em seguida referem haver maior frequência nas mulheres e entre os 20 e 30 anos de idade (de causa principalmente genital 18%) e depois dos 40 anos nos dois sexos de causa principalmente digestiva 48,7%).

As formas não sideropénicas encontram-se numa percentagem de 9% sendo mais frequentes, anemias aplásicas com 10 casos e hemopatias malignas diversas com 15 casos, num total de 37.

As formas sideropénicas (91%) são ainda divididas em 2 grupos. No 1.º estão as anemias de carácter carencial ou metabólico com 16,3% e no 2.º as anemias por perda ou subtração sanguínea (74,6%).

Os autores terminam o seu trabalho por focar alguns casos mais interessantes, chamam a atenção sobretudo para as hemorragias ocultas e para a necessidade de estabelecer o diagnóstico tanto preciso quanto possível para maior eficiência terapêutica.

ROCHA ALVES

Embolismo coronário; referência de 3 casos — THOMAS GILL, BRIDE e DAMNIN — «Am. Heart Journal», 56, 8, 1958.

A embolia nas coronárias é rara. A causa mais frequente é a endocardite bacteriana. Os trombos de origem vascular podem fixar-se nas artérias coronárias. Depósitos ateromatosos nos seios de Valsalva e na aorta proximal podem entrar na circulação coronária e dar a sintomatologia de embolia com esta sede. G. B. e D. referem 3 casos muito curiosos em que as embolias coronárias provieram, respectivamente, de um trombo mural da aurícula esquerda, de uma endocardite vegetante, e de uma placa ateromatosa fixada num dos seios de Valsalva. A sintomatologia da oclusão coronária não tinha nada de característico.

ROCHA ALVES

Tratamento dos acessos agudos de asma nos jovens e crianças — MAC GOVERN — «J. A. M. A.», I, 20, 1959.

Quando surge ou a mãe prevê o aparecimento de um ataque de asma na criança é preciso agir sem demora, começando por dar broncodilatadores e sedativos e ao mesmo tempo manter adequada absorção de líquidos, combater vigorosamente a infecção, se ela existe, eliminar as fontes imediatas de alergenos.

A efedrina, os barbitúricos, a epinefrina, a hidratação estão frequentemente indicadas.

Quando sobrevém um estado asmático a situação é mais desagradável e requer frequentemente os nebulisadores, o ACTH, a cortisona, o oxigénio e o anidrido carbónico.

ROCHA ALVES

Carcinoma da tiroide nas crianças depois de radioterapia na infância — ROONEY e POWELL — «The J. of A. M. A.», I, 1, 1959.

Em 357 crianças com carcinoma da tiroide, aproximadamente um terço tinha recebido antes radioterápia na faringe, pescoço ou tórax para tratamento das afecções não malignas. Estes números são de tal modo chocantes que sugerem a obrigação de se não usar liberalmente a radioterápia em circunstâncias patológicas de franca benignidade.

ROCHA ALVES

O ECG na astenia neurocirculatória — KANNEL e DAWBER — «An. of I. Med.», 49, 1351, 1958.

Em 203 doentes com astenia neurocirculatória foi feito o ECG, mas de um modo geral não se encontraram quaisquer sintomas de sobrecarga ventricular ou de insuficiência coronária.

Comparando estes resultados com os de 757 indivíduos considerados normais não foram encontradas diferenças sensíveis.

ROCHA ALVES

Estudo clínico e metabólico da clorotiazida — ASSALI e JUDD — «J. A. M. A.», I, 26, 1959.

Em 15 doentes com toxémia gravídica, em 100 grávidas normais, fora de pequenos edemas nas pernas e em 35 com edema e albuminúria a administração de clorotiazida na dose de 500 mgrs., 4 vezes por dia, trouxe aumento da excreção de sódio, cloro e água, com correspondente diminuição de peso.

A excreção do potássio também foi aumentada mas em grau menor. 5 a 10 mgrs. de clorotiazida por quilo de peso dada intravenosamente trouxe rápido aumento da diurese, logo 20 minutos após a injecção, sem baixa da tensão ou alteração da frequência do pulso. Tais factos mostram que o Clorotiazide pode ser usado com resultados satisfatórios e o mínimo de efeitos desagradáveis no tratamento do edema da gravidez.

ROCHA ALVES

Hematoma subdural devido a terapêutica anticoagulante — NATHANSON e CRAVITO — «An. of I. Med.», 49 1368, 1958.

Num homem de 69 anos com hemiparesia por provável embolia cerebral (hipertensão e fibrilação auricular) foi feita a terapêutica anticoagulante com o dicumarol. 6 dias após o início desta terapêutica o doente queixou-se de cefaleia oxiptital e acusou febre. 4 dias depois o doente morria em coma. O exame necrópsico mostrou um hematoma subdural comprimindo o lobo parietal esquerdo. A taxa de protrombina tinha sido mantida entre 21 e 26 segundos (padrão 12 segundos).

ROCHA ALVES

A evolução da hipertensão primária nos jovens — G. A. PERERA — «An. of Med.», 49, 1348, 1958.

O conhecido investigador G. A. Perera seguiu a evolução de 30 casos de hipertensão juvenil e pôde registar que 8 tinham sobrevivido 21 anos e que 22 estavam vivos ao fim deste tempo.

Alguns mesmo não tinham qualquer sintomatologia.

Tal facto leva-o a considerar como relativamente benigna a hipertensão essencial dos indivíduos jovens, apesar de, nos casos fatais, ter sido, a hemorragia cerebral e a urémia, as causas da morte.

ROCHA ALVES

O teste de tolerância à xilose como medida da absorção de hidratos de carbono na sprue — FINLAY e WIGHTMAN — «An. of I. Med.», 49, 1332, 1958.

A medida de absorção intestinal dos hidratos de carbono é difícil porque numerosos outros factores podem intervir e porque o metabolismo das substâncias empregadas pode ser alterado por outros mecanismos.

Em 25 indivíduos normais F. e W. usaram o teste da tolerância à xilose por via oral e obtiveram respostas não alteráveis pela cortisona.

Na sprue idiopática a xilose não passa para o sangue nem aparece na urina. Quando o tratamento é eficaz sobem os níveis da xilose no sangue e urina. Esta substância mostrou-se de valor aparente superior ao da glicose, visto que se mantém inalterada, uma vez absorvida.

ROCHA ALVES

Alguns aspectos da função pulmonar na estenose mitral — MAC INTOSH, SINNOLT, MILNE, REID — «An. of I. Med.», 49, 1294, 1958.

Os autores mediram, em doentes com estenose mitral, o equivalente ventrilatório de oxigénio durante o exercício. Valores altos foram encontrados em doentes com severidade de doença do grau 2 ou maior.

O grau da elevação foi proporcional à gravidade da doença. Após a comissurotomia e queda do equivalente ventrilatório de oxigénio esteve de acordo com a melhoria clínica.

Os autores consideram que a medida do equivalente ventrilatório de oxigénio tem valor como método de classificação dos doentes e para aferir do resultado da terapêutica.

A capacidade da difusão pulmonar determinada durante o exercício pela técnica do Monóxido de carbono foi baixa em todos os doentes com reduzida tolerância ao exercício e não melhorou com a operação o que sugere a ideia de lesões pulmonares irreversíveis.

ROCHA ALVES

A biologia da hipertensão metacorticoide — F. M. STURTEVART — «An. of I. Med.», 49, 1281, 1958.

Há 4 tipos de hipertensão experimental: neurogénica, renal, renopriva e hormonal. Green, revendo as semelhanças e diferenças entre a hipertensão experimental e a hipertensão humana conclui que a h. e. tem analogias com o síndrome pós-D C A ou metacorticoide.

Dando a ratos desoxicorticosterona e sódio em excesso obtém-se hipertensão com reatividade cardiovascular, lesões vasculares, alterações do metabolismo do sol e água e vida diminuída. Os medicamentos hipotensores podem provocar neste animais queda da tensão, apesar de, por vezes, serem precisas altas doses.

ROCHA ALVES

INFORMAÇÕES

ENCERRAMENTO DO XXI CURSO DE APERFEIÇOAMENTO E REVISÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

No dia 17 de Dezembro, pelas 21 horas, realizou-se a sessão de encerramento deste curso, que teve lugar na Sala de Anatomia da Faculdade de Medicina sob a presidência do Reitor da Universidade, Sr. Prof. Doutor Maximino Correia, com a presença de quase todos os professores da Faculdade de Medicina, assistentes, representante da Ordem dos Médicos e numerosos médicos, de Coimbra e arredores.

Proferiu em primeiro lugar a sua conferência o Sr. Prof. Doutor Luís Raposo sobre «Indicações médicas de esplenectomia», ilustrada com projecções e exposição de casos clínicos.

Na cerimónia que em seguida se realizou tomou a palavra em primeiro lugar, o Director da Faculdade que depois de saudar e agradecer ao Reitor da Universidade a honra e o estímulo da sua presença, assinalou as características do curso que agora findava, insistindo no grande interesse com que todas as lições tinhão sido seguidas, frequentemente com uma assistência que ultrapassava as possibilidades da sala, o facto de alguns ouvintes se deslocarem de longe com exemplar assiduidade, a variedade dos temas tratados, todos de flagrante oportunidade clínica, agradecendo por fim a colaboração recebida dos prelectores, dos alunos, das entidades oficiais com que tivera de entender-se, destacando a Ordem dos Médicos, Delegação de Saúde e Director do Hospital de Rovisco Pais.

Falou depois o Sr. Dr. Amadeu da Cunha Mora, médico em Pombal que proferiu um discurso, sublinhado frequentemente por francos aplausos, que publicamos na íntegra:

«Quando o ilustre Director da Faculdade de Medicina teve a gentileza de solicitar a minha anuênciia para aqui proferir, em nome dos médicos inscritos, algumas palavras sobre este curso, num elevado sentido crítico, logo se me afigurou difícil a incumbéncia, pois sendo a nossa Faculdade a orientadora dos trabalhos e por ventura a sua criadora, me colocava na posição de um filho que se permite criticar os actos da própria mae.

É que a nossa formação profissional, uma grande parte da nossa cultura, e, porque não dizê-lo, para lá da técnica, o que de idealismo pomos sempre na nossa actuação, o devemos em grande parte aos Mestres eminentes que aqui deixámos há trinta e cinco anos, à sua palavra amiga e convincente, ao calor do seu incitamento, à contemplação do seu frutuoso exemplo.

Não admira pois que a minha geração de esculápios tenha permanecido indissoluvelmente vinculada às paredes desta Escola; creiam V.** Excelências que não é simples flor de retórica o afirmar que continuamos sentindo pela vida fora o maior entusiasmo pelos seus progressos, a alegria das suas vitórias, a amargura das suas faltas, o sabor doce ou o travo das comparações a que a sujeitam, aquele reconfortante orgulho dos filhos cujas mães são um vivo exemplo de pureza, ou o silêncio respeitoso com que desconhecem as suas omissões.

Foi pois dentro deste espirito que muito me honrou juntar duas palavras que de algum modo pudessem interpretar o sentimento dos médicos deste Curso de Férias da nossa Faculdade, perante a gestão e o transtorno dos seus trabalhos.

E se não fora por outras razões, bastaria para me felicitar a oportunidade que se me apresenta, de aqui prestar o mais vivo e exuberante testemunho de respeito, gratidão e apreço a essa pléiade inegualável de professores, alguns desaparecidos, outros mortos em vida, e felizmente alguns, embora poucos, ainda ao nosso lado, que das suas cátedras souberam modelar o barro que nos tornou profissionais dignos desta Universidade.

O ilustre e sapientíssimo Reitor, que preside a esta sessão de encerramento, se não era ainda um professor, acompanhava já de perto o nosso estudo, iluminando com o seu acolhedor e complacente sorriso amigo a fria aridez das matérias anatômicas.

Que dizer do velho Professor Adelino Vieira de Campos, cuja presença adivinhamos a cada momento, personificado e continuado, na íntegra personalidade de médico e de homem que é o Dr. Augusto Vaz Serra? Que dizer que possa retratar aquela figura, ao mesmo tempo nobre, irrequieta e inspirada, do Dr. Moraes Sarmento? Como poderemos invocar sem uma lágrima a presença desse que, pior mal que a morte, roubou ao nosso convívio, tolhendo uma palavra fluente e inspirada, uma pena de artista do melhor quilate, uma inteligência da melhor água, desse grande Rocha Brito, para quem a Medicina e a Literatura eram um único jardim, onde só ele sabia colher as flores do mais estranho aroma? Como esquecer o paternal convívio de João Duarte de Oliveira, a aristocracia e interessantíssima figura de Basílio Freire, a profunda ciência e empolgante didatismo de Ângelo da Fonseca, a marcada elegância crepitante de espírito desse mestre da Medicina Legal que é o Dr. Almeida Ribeiro, a pujante e irrequieta inteligência criadora de Bissaia Barreto, a austeridade singular de Novais e Sousa, a bonomia culta e extraordinariamente lúcida de Elísio de Moura, a personalidade marcada de Feliciano Guimarães, para quem Medicina e Arte se confundem, o valor incomparável de João Porto? A todos estes grandes homens de alto saber rende o nosso coração a maior homenagem de gratidão e respeito.

Formavam no seu tempo a Ala Namorada de um exército, hoje rendida por geração mais nova, que soube continuá-la e em quem a Universidade e todos nós depositamos a maior esperança.

E nós que fizemos? Aproveitámos ou malbaratámos os anos que rolaram?

Nós lutámos na verdadeira frente de batalha, estivemos sempre na primeira linha sangrenta do combate à doença, lá onde sobejam traições e faltam abrigos que guardem o coração e poupem a alma; estivemos nos campos e aldeias tristes, calcurreámos as veredas tortuosas do mato e os alcantilados recantos dos vales e dos montes, a par da miséria revoltada, amparando nos braços o moribundo, respirando o nefítico ambiente das mais sórdidas ignorâncias; mas lutando sem desfalecimentos, lutando desde que se ergue o sol, de alma aberta à desgraça, e alegre, sempre alegre, porque dentro dessa alma purificada pela provação jamais deixou de soar o clarim da vitória. Este é o médico rural, o que veio para escutar os Mestres. Na sua grande maioria deixou os bancos da Universidade quando a Medicina se preparava para deslumbrar o Homem com a mais prodigiosa aventura de todos os tempos, a singular e espantosa transformação com que hoje se nos apresenta. Pois foi precisamente esta a geração de médicos que sentiu mais duramente um tão grande e súbito avanço; para que se comprehenda a nossa posição basta dizer que durante o curso nunca nenhum daqueles talentosos professores apresentou na aula uma radiografia, para estudo ou comentário; quer dizer que a medicina de então se mostrava muito mais fiel ao exame clínico, sem que recebesse o auxílio tão vultuoso dos meios auxiliares de diagnóstico, hoje em catadupas. E se recordamos tais factos é para salientar que os actuais cursos de revisão podem dividir-se quanto aos médicos inscritos em duas categorias quase distintas: os que saíram nas últimas fornadas universitárias e os que fizeram a sua preparação nas eras pré-penicilianas, perdoem-me o neologismo.

Os primeiros dispõem, na sua maior parte, porque continuam frequentando os Hospitais, do convívio sempre aliciante e instrutivo dos Professores, da entrada em Congressos, assistência a semanas médicas, a concursos de doutoramento, etc., ou seja um conjunto de oportunidades todas conducentes à obtenção de uma melhor cultura médico-cirúrgica.

Quando, por dificuldades de diagnóstico ou impossibilidade de tratamento domiciliário, os nossos doentes são enviados para as grandes Clínicas Hospitalares, tudo se passa como se uma parede estanque se tivesse erguido entre nós e os professores, aquilo a que podemos chamar a «cortina de algodão»; através dela nada transpira; do que se fez ou revelou no Hospital nada fica sabendo o médico de cabeceira, aquele que o vai seguir meses e anos e talvez assistir a uma nova crise. Não constituiria porventura uma nova fonte de conhecimentos para o médico rural a criação de uma «carteira de doença» onde ele constatasse o resultado dos exames levados a efeito no Hospital, comparando-os com os dados colhidos na sua observação anterior? A sugestão, de grande interesse até para a economia do Estado, senão para o doente, já aqui foi apresentada pelo colega Dr. Francisco Frasão e é tal a sua aquidade, que nos pareceu conveniente renová-la.

De tudo o exposto permitimo-nos tirar a primeira conclusão crítica:

OS CURSOS DE REVISÃO DEVEM SER ESPECIALMENTE DIRIGIDOS AOS MÉDICOS RURAIS.

Não foi por motivos ou circunstâncias muito diferentes que nos honramos de ter publicado, há perto de trinta anos no jornal «O Século» um extenso artigo, um tanto escandaloso para a época, em que se preconizava a instante necessidade

de proporcionar aos médicos rurais cursos sistemáticos de revisão e aperfeiçoamento.

Foquemos agora a difícil elaboração dos programas, cuja delicadeza é incontroversa. O mesmo será que perguntarmos a nós próprios: Satisfaz-nos o programa deste curso?

Sem querer iludir a resposta somos levados a dirigir-nos, muito reverentemente aliás, aos senhores prelectores: Num curso *prático* de aperfeiçoamento pouco podem interessar aos médicos da clínica rural aqueles casos extremos que só nos grandes Hospitais são susceptíveis de tratar-se; apresentar-lhes mais ou menos ilustrada ou aparatosamente semelhantes misérias pode ter os mesmos resultados que mostrar a um bombeiro um grande incêndio lavrado na Via Láctea. A técnica de uma operação do aperto mitral, a coarctação da aorta, os malabarismos mais ou menos discutíveis de novíssimos dados laboratoriais, a exegese iluminada de hipóteses etiológicas raras, podem emprestar a estes cursos um aparente nível elevado, mas acabam necessariamente por trair o fim para que foram criados.

Quer dizer que o brilho da lição deve sacrificar-se ao lado prático, à eficiência. Mas o interesse de uma lição nem sempre está na razão directa da transcendência, o que nos traz à memória o grande Elísio de Moura: nunca nos pareceu mais brilhante do que a prelecionar noções elementares de pediatria; fora dos alucinantes problemas da psiquiatria, perante as coisas simples, comensinhas, ele agigantava-se mostrando-se tal qual era, um profundo investigador, uma das maiores cabeças desta Faculdade em todos os tempos.

De resto, é da sabedoria geral que foram os temas literários mais simples, que mais vezes imortalizaram os grandes génios.

E agora perguntamos: Não deveriam os futuros ouvintes colaborar na feitura dos programas?

O alvitre aí fica, supomos que digno de experiência, através da Ordem dos Médicos, por exemplo, e a levar a efecto alguns meses antes da abertura dos cursos. Caberia à Faculdade aproveitar e joeirar o que melhor lhe aprouvesse; aos senhores prelectores não seria difícil encontrar entre os assuntos sugeridos os que melhor se coadunassem com as suas preferências.

Das lições proferidas muitas houve que se enquadraram totalmente adentro do critério exposto e todas elas foram de molde a satisfazer as mais exigentes preocupações didácticas e científicas, o que nos leva a recomendar a sua publicação em conjunto, com se pratica, julgamos, noutras Escolas e devia ser método de rotina.

Resumindo as sugestões apresentadas, as quais são perfilhadas por grande número de colegas, assim as concretizamos:

- a) Cursos dirigidos aos médicos rurais.
- b) Lições em que o brilho seja sacrificado ao lado prático.
- c) Exclusão de problemas interessando apenas os grandes meios hospitalares.
- d) Consulta aos médicos de clínica rural antes da elaboração dos programas.
- e) Publicação das lições de cada curso em livro separado.

Esta a critica ousada e atrevida a que nos condenou o Excelentíssimo Director da Faculdade de Medicina a quem presto as minhas humildes homenagens.

gens, a crítica que o filho obediente e respeitoso se permite apresentar à mãe desvelada, num gesto de amistosa colaboração.

E se foram vãs as nossas palavras, permiti ao menos que eu não acabe sem formular um voto de prosperidade à nossa gloria Faculdade, no sentido da sua elevação e aperfeiçoamento permanente, para que nunca se deixe ultrapassar, nem pelas congénères nem pelo próprio avanço das ciências que se tornou alucinante. E sem dirigir, também, daqui um apelo à Faculdade e à Ordem dos Médicos, para que não esqueçam a figura do médico rural, quando fordes consultadas na elaboração da grande reforma assistencial que se avizinha. Lembrai-vos de que, seja qual for o figurino adoptado, sejam quais forem as inovações introduzidas, o elemento essencial de uma boa assistência é e será sempre o médicos das vilas e aldeias, aquele que prestará o maior número de serviços, o lutador da primeira linha, como ainda há pouco lhe chamámos.

Tudo quanto fizerdes pela elevação do seu nível científico, material e moral, será feito a bem da saúde do nosso desgraçado povo e a bem portanto da nossa querida Pátria.»

Por fim foi feita a chamada dos alunos inscritos no curso, a quem o Ex.^{mo} Reitor entregou o diploma comprovativo da frequência do referido curso.

REUNIÕES MÉDICAS NA CLÍNICA DANIEL DE MATOS

Vai para três anos que, nas noites de sexta-feira, se realizam reuniões médicas na Maternidade, sendo muito frequentadas por médicos, estagiários e estudantes de Medicina. Trata-se geralmente da discussão de temas com interesse obstétrico ou ginecológico, sob a orientação do Director do Serviço, intervindo os presentes à «mesa redonda».

Entre os assuntos já apresentados ou a apresentar, no início de 1959, figuram: «Displasias congénitas da anca», pelo dr. Pacheco Mendes; «Panorama da assistência maternal em Inglaterra», pelo dr. Silva Pereira; «Parto prolongado por distócia dinâmica», idem; «Problemas da anoxia fetal», pelo dr. Mário Mendes; «O Estomatologista perante a gravidez», pelo dr. David Baptista.

**VII CONGRESSO LUSO-ESPAÑOL DE OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA E II REUNIÃO CONJUNTA DOS
GINECOLOGISTAS ESPANHOIS**

Em Valência realizam-se, de 31 de Maio a 3 de Junho de 1959, o III Congresso Luso-Espanhol de Obstetrícia e Ginecologia e a II Reunião de Ginecologistas Espanhóis.

Sob a forma de *symposium* serão tratados os seguintes temas:

Para o Congresso Luso-Espanhol: 1 — Algumas afecções dos rins no ciclo grávido-puerperal (pielonefrite, rim poliquístico, litíase, anúrias) a cargo dos colegas portugueses). 2 — Lesões urinárias no carcinoma do colo (a cargo dos colegas espanhóis).

Para a Sociedade Ginecológica Espanhola: 1 — Metrorragias funcionais, com as seguintes divisões: a) Metropatia juvenil; b) Metropatia climatérica e pós-climatérica; c) Descamação irregular do endométrio; d) Histologia do endométrio nas hemorragias funcionais; e) Histologia do ovário nas hemorragias funcionais; f) Tratamento das hemorragias funcionais. 2 — O factor Rh.

Para a Sociedade de Esterilidade: 1 — Esperma e aborto. 2 — A cura espontânea da esterilidade.

Quaisquer informações podem ser pedidas ao Secretário Geral Dr. Lorenzo Abad Colomer («Revista Espanhola de Obstetricia e Ginecología»), Cirilo Amorós, 88 Valencia (Espanha).

Ao Prof. Dr. João de Oliveira e Silva, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, foi concedida equiparação a bolseiro fora do País.

O dr. Evaristo Cerveira de Moura, médico das Caixas de Previdência e radiologista do Hospital Municipal de Condeixa, proferiu naquela localidade, uma conferência subordinada ao tema

«Breves noções sobre primeiros socorros» e à qual presidiu o dr. Soares Coimbra, delegado do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

O dr. Domingos Vaz Pais, tomou posse, no Instituto de Assistência Psiquiátrica de Lisboa, de delegado do Instituto de Assistência Psiquiátrica e de director do Dispensário de Higiene Mental da Zona do Centro.



o subjetivo das ações de governo e governo das ações subjetivas da
sociedade, que é o resultado da interação entre os agentes que compõem
a sociedade. P. B. LIMA, CONCEPÇÃO DA SOCIEDADE E
SOCIOPOLITICA. 1960. COIMBRA: EDIÇÕES MASTERS ESPAÑA.

ob mudanças no seu modo de vida e no seu ambiente social,
ob mudanças ob obrigadas ob sociais ob politicas ob ambientais.
mudanças ob transformações ob sociais ob a estrutura social.
Seja a forma de organizar a vida social.

Para a Cidade de Coimbra: 1 - Alguns aspectos das
crescidas urbanas recentes e futuras, e suas possibilidades de
transformação; 2 - Leões, critérios
ao carcinoma de colo de útero nas mulheres coimbrãs;

Para a Faculdade de Odontologia: 1 - Desenvolvimento
funcional, com as seguintes subáreas: a) Microbiologia periodontal;
b) Biologia clínica e patobiológica do tecido dentário;
c) Histologia do envelhecimento das haversianas
funcionais; d) Histologia do ósso nas hemimigas funcionais;
e) Tumores das haversianas funcionais. 2 - O fator R.

Para a Faculdade de Engenharia: 1 - Problemas de
aplicação prática da estatística.

Qualquer informação adicional pode ser feita ao Prof. Dr. Domingos Afonso Colares V. Ribeiro (Departamento de Odontologia e Estomatologia, Cirilo Amorim, 35, Valverde, Funchal).

Ao Prof. Dr. José de Oliveira e Silva, professor catedrático
da Faculdade de Medicina da Coimbra, na comissão encarregada
política para a Pólo.

HIDRAGLUTONE

D-GLUCURONOLACTONA DA ISONICOTIL-HIDRAZONA

UM NOVO FÁRMACO ANTITUBERCULOSO

ACTIVO CONTRA AS ESTIRPES DE BK RESISTENTES
À MEDICAÇÃO CONHECIDA

MENOR TOXICIDADE

MAIOR ACTIVIDADE

UMA NOVA ARMA CONTRA A TUBERCULOSE,
SOBRETUDO NOS CASOS EM QUE SE ESGOTARAM TODAS AS
OUTRAS POSSIBILIDADES DE QUIMIOTERAPIA ESPECÍFICA

BIBLIOGRAFIA

- Brouet e colab. — Presse Médicale — 61:863 — 1953
> > — Revue de la tuberculose — 17:789 — 1953
> > — Société de Biologie — Sessão de 14-3-1953
Helpert > — > — Sessão de 14-3-1953
Hauges e Mitchel — J. Pharm. & Pharmacol. — 4:687 — 1952
Passedouet, Fussey e Roussos — Revue de la Tuberculose — 17:784 — 1953
Pratt — Anal. Chem. 25:814 — 1953
Sha — J. Amer. Chem. Soc. — 75:2512 — 1953

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO — LISBOA

Gerivio

Bial

DRAGEIAS



Bitartrato de Colina	0,1	g
Di-Metionina	0,1	g
Inositol	0,075	g
Vitamina A	5.000 U. I.	
Vitamina B ₁	0,003	g
Vitamina B ₂	0,003	g
Vitamina B ₆	0,003	g
Vitamina B ₁₂	0,001	mg
Vitamina Bc	0,5	mg
Vitamina C	0,03	g
Vitamina E	0,005	g
Vitamina P	0,005	g
Vitamina P.P.	0,01	g
Pantotenato de Cálcio	0,005	g

Por drageia

Atrás o
envelhecimento

SENILIDADE
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA - HEPATITES
ESTEATOSE E CIRROSES HEPÁTICAS
ARTERIOSCLEROSE
FRAGILIDADE VASCULAR
ASTENIA — CONVALESCÊNCIAS