

COIMBRA MÉDICA

ANO I

FEVEREIRO DE 1934

N.º 2

PROPRIETÁRIO E EDITOR — DR. J. PÔRTO. — IMP. DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. — VISADO PELA CENSURA

SUMÁRIO

	Pág.
CERVICITES CRÓNICAS — Luiz Raposo . . .	49
CHIRURGIE DU COL DE LA VESSIE — Angelo da Fonseca	79
DOSAGEM VOLUMÉTRICA DO SODIO EM MEIOS BIOLÓGICOS — Curt Fuhrmann . .	115
NOTAS CLÍNICAS — Guilherme de Oliveira .	119
SUPLEMENTO — INFORMAÇÕES E NOTÍCIAS.	

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. A. Vieira de Campos —
Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da Fonseca —
Prof. Santos Viegas — Prof. Elísio de Moura — Prof.
Alvaro de Mattos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes
Sarmiento — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Marques
dos Santos — Prof. Novais e Sousa — Prof. Geraldino
Brites — Prof. Egídio Aires — Prof. Maximino Correia
— Prof. João Porto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Porto

Redactor principal

Alberto Pessoa	José Correia de Oliveira
António Meliço Silvestre	Lúcio de Almeida
Augusto Vaz Serra	Luiz Raposo
José Bacalhau	Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

Õilina "LUX.,

Medicamento de base óleo de figados de bacalhau com a **vitamina D**, radiada e irradiada. E' de efeitos soberanos no raquitismo.

Neurogenina "LUX.,

granulada, elixir e empolas.

Medicamento poliglicerofosfatado, nucleinado, metilarsinado com sais de sódio-cálcio, ferro, manganésio e noz de kola. O maior tônico e recalificante.

Peçam amostras aos Ex.^{ma} Clínicos

Laboratórios "LUX., — COIMBRA

MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

Grande sortido de seringas em vidro e cristal de IENA desde 2 c. c. até 100 c. c., aos melhores preços do mercado.

Agulhas Contracid, podendo ser aquecidas ao rubro vermelho, substituindo assim as agulhas de platina com enorme economia de preço. Temos em armazem todos os tamanhos desde 2 até 10 centímetros de comprimento.

Laboratórios da Farmácia Pereira

O FORXINOL

O *Forxinol* é um tónico reconstituente bastante conhecido pela Ex.^{ma} Classe Médica.

É um produto que se impõe pelos seus optimos efeitos.

É uma preparação farmaceutica constituída por elementos quimicos da maxima pureza e tão agradável ao paladar que as *crianças* o *tomam* com prazer.

Existe sob a forma elixir e granulado e o seu custo é apenas de 15\$00 escudos.



COIMBRA



Entre os preparados destes Laboratórios destacam-se o *Floromentol* e o *Crème Eudermine*. O *Floromentol* apresenta-se sob a forma de pastilhas, Combate eficazmente as infecções da boca e da garganta. O *Crème Eudermine* é um bom preparado para doenças de pele, muito usado, com apreciáveis resultados, por vários dermatologistas do País. Não suja a pele e dá-lhe um tom levemente aveludado.

VENDEM-SE EM TODAS AS FARMÁCIAS

LABORATORIOS "AZEVEDOS,"

Sob a direcção de : **Dr. Manuel Pinheiro Nunes**

LISBOA

Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

CINOSAN *injectável*

Terapeutico antibacilar, **Cinamato de benzile, Colesterina, gomenol, cânfora em soluto oleoso.**

em empoas de 5 c. c.

CINOSAN *irradiado*

Ação conjunta da Vitamina D e do **Cinosan**. Pre-tuberculose. Tuberculose óssea, Raquitismo, Linfatisimo, Astenia.

Em empoas de 2 c. c. e 5 c. c.

Injecções intramusculares indolores.

CALCOSAN *granulado*

Medicção tónica e recalçificante anti-raquitico.

Fosforo orgânico; sais assimiláveis de cálcio, magnésio e sódio; extractos glandulares e Vitamina D, sob a forma de granulado.

Indicações: — Neurastenia, Convalescências, Raquitismo, Anemia, Deficiência alimentar, Tuberculose.

SOLUCALCIO *gotas*

Soluto concentrado de cloreto de cálcio puro, estável e não irritante (40 gotas contêm 1 gr. $Cl^2 C^2$, 6 OH^2).

Hemostático e recalçificante poderoso.

Tónico anti-asténico aconselhado na Tuberculose, adinamia, fracturas, denticção imperfeita ou demorada.

SOLUCALCIO *vitaminado gotas*

Cálcio coloidal, Vitaminado D e cloreto de cálcio em solução concentrada, estável e bem tolerada.

Medicção cálcica superactiva. Hemostático e anti-raquitico recomendado nas tuberculosas óssea e pulmonar. Raquitismo, osteomalacia. Anti-dermatósico indicado na urticaria, eczema, supuração prolongada, etc.

SOLUCALCIO *vitaminado injectável*

Associação superactiva de **Cálcio Coloidal** (0,5 milig. — 1 cc.) e da Vitamina D (40 unidades por c. c.) em injeccção sub-cutânea ou intramuscular, indolor.

Raquitismo, Tuberculose, Linfatisimo, Gravidez, Estados caquéticos. Eritemas, Furunculose, Psoriasis, Pleurisas, Pneumonias.

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

FARMACIAS

AZEVEDO, IRMÃO & VEIGA

24, Rua do Mundo, 42

AZEVEDO, FILHOS

31, Praça D. Pedro IV, 32

Director técnico: Thebar d'Oliveira

Farmacéutico pela Universidade de Coimbra

CLÍNICA GINECOLÓGICA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA
(Serviço do Prof. Dr. Alvaro de Matos)

CERVICITES CRÓNICAS

Significado clínico e tratamento

POR

LUIZ RAPOSO

Prof. auxiliar de Obstetria e Ginecologia



Embora de diagnóstico fácil e a-pesar-de quasi todos os médicos — e, até, parteiras! — se suporem assaz conhecedores dos meios de que dispõe a medicina para o seu combate, a cervicite crónica constitui ainda hoje assunto digno de ser apreciado e discutido, tais e tão variadas continuam a ser as opiniões que a seu respeito se sustentam, se não tanto no que se refere ao significado clínico, pelo menos no que interessa ao tratamento. Efectivamente, sabe-se que constituem verdadeira legião os meios terapêuticos empregados, como se sabe, também, desde há muito, que a maior parte d'elles resultam absolutamente improficuos, não obstante os bons desejos dos clínicos e das próprias doentes que resignadamente se conformam a subir meses e meses, quando não anos e anos, as escadas dos consultórios em demanda da cura do seu mal.

Duma frequência extraordinária, as cervicites crónicas merecem ser tratadas com um pouco mais de efficácia do que correntemente estamos habituados a ver.

Se para as doentes é desagradável a pertinácia e rebeldia da doença, para os médicos não é menos o terem de constatar, periodicamente, que a-pesar-de tudo a afecção se mantém sem modificações apreciáveis.

No bom desejo de carrear materiais que ajudem ao esclarecimento dêste assunto proponho-me indicar neste pequeno estudo o que penso sobre o caso e qual a forma como trato as

doentes portadoras de cervicite crónica que se confiam aos meus cuidados.

*

Ainda que não se conceba de maneira fácil a individualização da metrite do colo em relação à metrite do corpo e aceitando, mesmo, que sob o ponto de vista histo-patológico a inflamação crónica do colo se acompanha sempre de certa inflamação por parte do corpo, a verdade é que sob o aspecto clínico, ou, se quisermos, sob o aspecto anátomo-clínico, é perfeitamente lícita a diferenciação.

Nas metrites agudas o colo e o corpo estão quasi sempre igualmente tocados, sucedendo, até, que a maior parte dos sintomas provêm antes da inflamação do corpo que da inflamação do colo.

Nas metrites crónicas, porém, o corpo está, como regra, pouco atacado; pelo contrário, o colo revela-se profundamente atingido.

Duma maneira geral, pois, pode dizer-se que os processos crónicos de metrite são fundamentalmente de sede cervical.

Tanto nas metrites agudas como nas crónicas a parte mais atingida é o endométrio. O estroma parenquimatoso não deixa, contudo, de ser tocado nos casos mais antigos.

A mucosa do colo oferece em relação à do corpo determinadas variantes que explicam, de certo modo, a maneira diferente como uma e outra se comportam nos estados inflamatórios crónicos (1).

Diagnóstico

Os sinais clínicos principais das cervicites crónicas são constituídos pela leucorreia e exulceração do colo. Quer um quer outro orientam-nos com relativa facilidade no sentido do diagnóstico.

A exulceração não se nota sem que concomitantemente exista

(1) O epitélio da mucosa cervical é formado de elementos mais alongados e mais delgados do que aqueles que se observam no corpo uterino; as glândulas são mais grossas e penetram menos profundamente, quando sãs, e o córion é menos rico em células redondas e encerra muitas mais fibras conjuntivas e elásticas.

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

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

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

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

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

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

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

A leucorreia do colo não oferece, no que respeita à sua eliminação, um carácter de continuidade rigorosa, visto que pode

aumentar ou diminuir, por períodos. Isto depende da circunstância de poderem as perdas acumular-se no interior do canal cervical, passando a ser eliminadas por «poussées», como depende, também, das épocas de maior ou menor secreção glandular (crises secretórias de Pozzi). É assim que nas proximidades dos períodos menstruais a leucorreia aumenta habitualmente. A dilatação intra-cervical do colo é susceptível, quando bastante pronunciada, de dar a êste a configuração dum pequeno barril (Bouilly). Semelhante modalidade verifica-se, em especial, nas cervicites crônicas das nulíparas e explica-se pela dificuldade de eliminação do corrimento através do orifício externo, que nestes casos é apertado, como regra.

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

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

A-pesar-de grande número de cervicites crônicas ser de natureza blenorragica, a presença do gonococos de Neisser é raramente acusada nos exames bacteriológicos pedidos, o que resulta do facto dêste germen se acantonar de preferência no fundo das glândulas cervicais. Nos períodos de hipersecreção juxta-menstruais encontra-se com muita mais freqüência.

— Outro sinal característico das cervicites crônicas consiste, como ficou dito, na presença de exulcerações, ou, até, ulcerações, no focinho de tenca, junto do orifício externo.

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

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

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

A exulceração resulta, habitualmente, da acção irritante das secreções do colo sobre o epitélio do focinho de tenca (1).

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

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

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

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

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

(1) É fora de dúvida que a modificação da reacção química das secreções da vagina contribue, também, para o aparecimento da exulceração do colo; assim, com o aumento da acidês ligeira usual, ou com transformar-se em alcalino, o meio torna-se impróprio para o desenvolvimento dos saprofitas úteis da vagina. Nestas condições pode dar-se a maceração e a queda das células pavimentosas de revestimento do focinho de tenca sem que exista propriamente cervicite. No caso geral, porém, não é este o mecanismo da formação da exulceração do colo.

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

— A côr e a consistência do colo variam, também, segundo se trata de casos relativamente recentes ou de casos antigos. Nos primeiros não se apresentam sensivelmente modificadas em relação ao normal; quanto aos segundos essas modificações são bastante apreciáveis. Nestes últimos a côr é violácea ou esbranquiçada, conforme se trata de cervicites flóridas ou esclerosadas, e a consistência é sempre rija, podendo aparecer no focinho de tenca e em tórno do orifício externo pequenas bosseladuras que correspondem aos chamados quistos de Naboth (1).

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

Nas metrites cervicais poliposas ou vilosas estas perdas podem ser importantes e revelar-se, mesmo, fora dos exames clínicos, o que nos faz suspeitar, especialmente nas mulheres idosas, na possibilidade da existência de cancro (2).

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

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

— Pelo que respeita ao estado geral podemos dizer que as cervicites crónicas não dão nêle qualquer rebate apreciável. A presença de febre indica-nos sempre retenção de exudatos ute-

(1) Os quistos de Naboth resultam da acumulação das secreções glandulares devida a obstrução simples das glândulas, ou, então, devida a obstrução por estrangulamento, que o tecido conjuntivo inter-glandular é susceptível de produzir, mercê da sua proliferação intensa.

(2) O aparecimento de pólipos é freqüente nas endo-cervicites crónicas. Provêm de hiperplasia pronunciada de certos pontos da mucosa.

rinos ou complicação por parte dos anexos, do paramétrio ou do peritoneu pélvico.

Tem-se acusado muitas vezes o corrimento das metrites crónicas de dar lugar a enfraquecimento geral e a certas perturbações de ordem nervosa (psiconevroses, neurastenias, etc.). Embora não possamos excluir por completo a idea de que a eliminação contínua de substâncias proteicas é susceptível de produzir um certo esgotamento fisico, a verdade é que a sua acção sob este ponto é relativamente insignificante. Do mesmo modo, não está averiguada, claramente, a influência directa das cervicites crónicas sobre o sistema neuro-psíquico, embora certos autores a admitam (1). A influência que existe é, segundo creio, de ordem indirecta e resulta do desgosto que as doentes têm por se verem continuamente humedecidas com corrimento, ou — o que é mais freqüente — da apreensão em que vivem por julgarem ter qualquer coisa grave, uma vez que alguém lhes disse que tinham uma «ferida» no útero, segundo a expressão usualmente empregada. Este estado de espirito é muitas vezes entretido por parteiras pouco escrupulosas que se dão ao desporto de pontificar em assuntos ginecológicos.

A circunstância de se verem com freqüência associadas a astenia geral, a psicastenia ou quaisquer psico-nevroses, com um aumento acentuado de «perdas brancas» uterinas, provém, antes, do facto das mulheres asteniadas e com tendência a perturbações de ordem psíquica estarem mais sujeitas do que as outras a estas perdas. Reconhece-se que assim é pelo desaparecimento ou diminuição da leucorreia com a cura dessas perturbações. O corrimento nestes casos é antes um efeito do que uma causa. Resolvamos, claro é, a eventualidade da leucorreia provir de estados inflamatórios agudos ou crónicos, porque, então, só o tratamento destes estados dará lugar ao seu desaparecimento.

Em resumo, as cervicites crónicas não acarretam, por si só,

(1) Francis Ward Langstorth pretende demonstrar esta interdependência num trabalho publicado no *Medical Record* (New-York, maio, 1921). Assim, em 20 doentes que sofriam de afecções mentais e ao mesmo tempo de cervicites crónicas, diz ter verificado que após a operação de Sturmdorf 11 curaram e 21 melhoraram. Esta interdependência não tem sido aceite pela maioria dos observadores.

quaisquer perturbações mentais; quando estas existem temos de pensar em outras causas.

Etio-patogenia

As cervicites crónicas tanto sucedem a estados inflamatórios agudos ou sub-agudos, como podem instalar-se duma forma tórpida, clinicamente imperceptível no comêço.

A sua natureza é sempre infecciosa. Quando é o gonococos que está em causa são naturalmente designadas por cervicites blenorragicas; se são devidas a outros germens costumam classificar-se de cervicites banais.

Como se disse já a endo-cervicite constitue a primeira 'étapa de tôdas as cervicites. A exulceração ou ulceração do focinho de tenca, assim como as modificações do formato do colo, apparecem secundariamente.

Dos elementos da mucosa os mais tocados são as glândulas cervicais. A hipersecreção destas é que dá origem às glaras mucosas ou muco-purulentas.

O diagnóstico diferencial das formas clinicas de cervicite crónica faz-se à custa do exame bacteriológico. Não esqueçamos, porém, que o gonococos pode não se revelar nos primeiros exames. Quando a leucorreia cervical é muco-purulenta e de côr amarelo-esverdeada temos por obrigação pensar na natureza blenorragica da cervicite, ainda que a pesquisa do gonococos seja negativa.

Fêz-se já referêcia, embora em nota, ao mecanismo de produção dos «ovos» ou quistos de Naboth e dos pólipos, pelo que não há necessidade de reinsistir neste ponto.

Prognóstico

A cervicite crónica, por si só, não constitui uma doença que devemos considerar de carácter grave; todavia, pode ser ponto de partida para certos estados inflamatórios de feição mais séria, e, sobretudo, pode originar, ou pelo menos favorecer, o aparecimento duma afecção extremamente grave: o cancro do colo.

Pelo que respeita à progressão do processo inflamatório pode acontecer e acontece algumas vezes, que os anexos sejam tomados; as salpingites e salpingo-ovarites crónicas não são raras, como é

sabido, nas seqüências das metrites do colo, especialmente de forma blenorragica. As parametrites e celulites pélvicas difusas de carácter crónico sobrevêm-lhe, igualmente, bastantes vezes. Segundo Sturm Dorf e Curtis a endo-cervicite crónica é a causa da maior parte dos processos inflamatórios dos anexos e do perimétrio. O colo seria no que respeita à inflamação destes órgãos o que as amígdalas são em ordem a certos estados infecciosos de ponto de partida amigdalino.

O diagnóstico clínico das salpingites e salpingo-ovarites faz-se, na maior parte dos casos, com relativa facilidade. Já assim não sucede com as celulites crônicas peri-uterinas que muitas vezes não se traduzem ao clínico por outro sintoma que não seja a dôr, espontânea ou provocada.

O aspecto, porém, mais grave do futuro anátomo-clínico das cervicites crônicas, especialmente as do 2.º e 3.º grau, está, repito, na possibilidade de darem lugar ao aparecimento do carcinoma do colo.

Embora para alguns este perigo não exista, a verdade é que nós não podemos, em face do que a experiência nos ensina, deixar de atribuir a este facto um real valor.

«À priori» compreende-se bem que assim seja. É ou não verdade que as irritações químicas e mecânicas preparam o terreno para a eclosão do cancro? A possibilidade da transformação experimental da bilharzia da bexiga em carcinoma e, por outro lado, a circunstância de ser freqüente o cancro nos operários que trabalham nas fábricas de anilina e parafinina (E. Opitz) e nos lábios dos fumadores, assim no-lo atesta todos os dias.

No caso particular do cancro do útero sabe-se, também, que êle é muito mais freqüente nas mulheres das classes operárias do que nas mulheres das classes abastadas, o que tem de atribuir-se, por um lado, ao maior grau de multiparidade que usualmente se observa nas primeiras e, por outro, à maior falta de cuidados de hygiene, do que resulta para a mesma classe um número mais elevado de metrites crônicas. Para Hofmeier a distribuição nosológica nas clínicas hospitalares de mulheres deu 3,9 0/0 de carcinomas uterinos, enquanto que na clínica particular não foi além de 2,1 0/0. Corrobora no mesmo sentido o facto averiguado do carcinoma do útero ser mais freqüente nas mulheres que procriaram do que nas nulíparas e muito em espe-

cial nas virgens. Ora, isto só pode explicar-se pela acção predisponente, para o cancro, das cicatrizes viciosas de roturas antigas do colo, ou, então, das ulcerações dos processos de cervicite crónica.

As causas do cancro são ainda hoje desconhecidas, todavia, é fora de dúvida que existem factores de predisposição manifesta. A hereditariedade é um dêles e as alterações locais anteriores são outro.

No caso especial do cancro do colo as alterações anteriores resultam de lacerações antigas que não foram suturadas e que, portanto, cicatrizaram defeituosamente e resultam ainda de exulcerações, ou ulcerações, pròpriamente ditas, de hipersecreções prolongadas e de hipertrofia localizada ou generalizada da mucosa (J. L. Faure). Francesco Spirito, Bossi, Pescarolo, Charlton, Pemberton e Smith, Villard e Montel (1), etc., proclamam o alto valor predisponente das exulcerações e ulcerações das cervicites crónicas.

Esta inter-relação é tanto mais aceitável quanto é certo que estes processos ulcerativos se manifestam, sobretudo, no rebôrdo do orifício externo, precisamente na zona de transição dos epitélios do colo, onde com mais freqüência se inicia o carcinoma (Schiller).

Bossi pôde constatar em nada menos de 7.000 casos, vigiados durante vários anos e que foram operados de plastiãs do colo por cervicites crónicas, que vez alguma se revelou o carcinoma.

Charlton afirma que em mais de 100 doentes por êle obser-

(1) Villard e Montel sustentam, contra a opinião clássica — que nos diz que as exulcerações do colo representam lesões em que há persistência do epitélio de revestimento, com descamação, apenas, das camadas superficiais — que tais estados constituem na realidade e na maior parte dos casos, verdadeiras ulcerações com perda total do epitélio e afirmam ainda que muitas vezes nas «erosões» cervicais existem modificações da estrutura tissular com vários pontos de contacto com as neoplasias do colo, tornando-se impossível fazer, em certos casos, uma destrinça completa entre os estados inflamatórios e o carcinoma. Concluem dizendo que não é raro que se estabeleça uma verdadeira cadeia cujo primeiro elo é constituído pela inflamação crónica e em que o último é representado pelo cancro, passando por uma fase intermediária de tumores benignos de origem inflamatória (*Gynecologie et Obstétrique*, t. xx, pág. 9).

vadas o cancro do colo tinha sido sempre precedido de estados perfeitamente averiguados de cervicite crônica.

Eu próprio tenho reconhecido em alguns casos a mesma correlação de factos. É, pelo menos, a conclusão que devo tirar dos resultados dos exames biópsicos que me falam dum mixto de hiperplasia de natureza inflamatória e de formações epiteliais atípicas nitidamente cancerosas ou apenas fortemente suspeitas (1).

Em conclusão: as cervicites crônicas, especialmente as formas inveteradas com lesões destrutivas do epitélio endo e exocervical, devem considerar-se como estados de predisposição para o cancro do colo. Resulta daqui o maior interêsse em as tratar convenientemente.

— As cervicites crônicas têm, também, uma influência grande como factor de esterilidade. De facto, a hipersecreção abundante do colo constitue uma das suas causas, quer pelo obstáculo mecânico que representa à passagem dos espermatozoides, quer pela acção nefasta que sôbre êles exerce, devido à modificação da ligeira alcalinidade das secreções normais do útero. Esta acção impeditiva é confirmada pelos bons resultados que muitas vezes se obtêm, sob o ponto de vista de concepção, com o tratamento conveniente das metrites do colo. Tenho podido constatar em alguns casos êste beneficio terapêutico.

Tratamento

Como referi, no comêço dêste estudo, quási todos os médicos, e até parteiras, se sentem habilitados a prescrever o tratamento das metrites crônicas; não obstante, a terapêutica eficaz dêstes estados e muito em especial das cervicites, oferece tais detalhes e variantes de técnica que só um médico especializado pode compreender e praticar devidamente.

Da dificuldade real da eficácia da terapia das metrites crônicas do colo dá-nos uma idea a grande variedade de tratamentos que têm sido apontados e o fracasso inerente à maior parte dêles. Compreende-se que assim seja visto que a parte

(1) Devo ao ilustre Prof. Dr. Geraldino Brites, cujo valor e alta competência ninguém põe em dúvida, a gentileza dêstes e doutros exames hístico-patológicos.

verdadeiramente doente se encontra na mucosa, na profundidade de cujas glândulas se acantonam os micróbios em causa; ora, sucede que a quasi totalidade dos tratamentos usualmente empregados não têm, nem podem ter, a mais pequena acção sobre esses pontos. Os estados crónicos, especialmente os mais inveterados, necessitam dum tratamento que interesse a mucosa em toda a sua extensão, de contrario não é possível obter-se a cura.

Passemos em revista as modalidades principais de tratamento que têm sido aconselhadas e façamos, a par e passo, a sua critica para melhor comprehensão do que acabo de dizer.

Irrigações vaginais: — As irrigações vaginais constituem o a b c em matéria de tratamento de todos os estados inflamatórios agudos ou crónicos do canal genital. Se, porém, nos estados agudos ou sub-agudos, prestam serviços apreciáveis, nos estados crónicos a sua acção é bastante diminuta, muito em especial quando se trata de metrites. Apesar-disso é proveitoso o seu emprego porque o calor, com provocar uma certa congestão dos órgãos pélvicos, acalma alguns estados dolorosos e favorece as reacções locais úteis ao processo inflamatório. Por outro lado, não é de todo indiferente a acção antisséptica e mecânica das irrigações sobre o corrimento uterino que banha o focinho de tenca e inunda por vezes as betesgas vaginais.

Como regra, não prescrevo mais duma irrigação por dia, a não ser nos casos em que mando fazer a applicação de óvulos vaginais; conselho, então, uma irrigação ao deitar, immediatamente antes da introdução do óvulo e outra ao levantar.

Quanto aos antissépticos a usar penso, como todos os ginecologistas, que devem preferir-se os menos irritantes. O permanganato de potássio à razão de 0^{gr},30/100 é ainda o melhor e mais barato. Nos casos em que não é bem suportado aconselho um soluto de borato de sódio a 10/100. Os produtos com base de formol podem empregar-se, também; algumas vezes, porém, são mal suportados pelas doentes. O soluto de rivanol, que é bom, tem no entanto o inconveniente de ser caro e de ser difícil de fazer desaparecer as manchas que produz na roupa.

As irrigações vaginais devem fazer-se de preferéncia com as doentes deitadas e não sentadas como é corrente.

Tampões e óvulos vaginais: — Dos meios simples ordinariamente empregados os tampões e os óvulos são talvez os melhores.

Sempre que seja possível devemos preferir os tampões porque actuam mais junto do colo; uma condição se impõe, todavia: é que sejam na realidade tampões, ocupando todo o fundo da vagina, e não simplesmente uma hipótese de tampão, como tantas vezes acontece.

A substância que se emprega para embeber os tampões ou para o fabrico dos óvulos é, como se sabe, a glicerina, simples ou adicionada a outras substâncias, em regra o ictiol ou tigenol (10 %). No mercado de especialidades encontram-se hoje em dia óvulos muito bem apresentados mas cujo valor intrínseco não vai além dos manipulados na farmácia.

A acção benéfica dos pensos glicerinados juxta-cervicais resulta fundamentalmente do poder higroscópico da glicerina. Produz-se como que a aspiração das glaras endo-cervicais e activa-se a secreção glandular, o que contribue para uma melhor eliminação dos gérmens em causa. Realiza-se, assim, segundo a expressão de Gallard, uma verdadeira «sangria branca».

Os antissépticos encorporados à glicerina têm uma acção limitada mas benéfica, em todo o caso, visto que favorecem a cicatrização das exulcerações cervicais. Os tampões e os óvulos serão tanto melhores quanto menos irritantes forem os antissépticos usados. Pelo que me respeita continuo fiel ao tigenol e ictiol.

A aplicação dos tampões deve ser sempre feita pelo médico; quanto aos óvulos podem ser introduzidos pela doente. Num e noutro caso deve a aplicação fazer-se preceder duma irrigação vaginal.

Repito: êste meio de tratamento se não é, muitas vezes, de grande eficácia pode ser susceptível de produzir uma certa melhoria nos casos pouco inveterados. Quando esta se não verifique, é, pelo menos, absolutamente inofensivo, o que nem sempre sucede com outros métodos terapêuticos. A êle devemos recorrer sempre que não possamos fazer mais e melhor.

Irrigações intra-uterinas: — As irrigações intra-uterinas não têm no caso das metrites crónicas em geral a importância terapêutica que muitas vezes se lhe atribue, precisamente pela circunstância de não actuarem senão à superfície da mucosa, o que é insuficiente como já vimos. Se nos casos ligeiros podem prestar algum benefício, nos restantes a sua acção pode considerar-se

praticamente nula, muito em especial quando se trata de cervicites.

O permanganato de potássio e o rivanol devem ser os antisépticos preferidos.

Sempre que se apliquem irrigações intra-uterinas é indispensável velar pela boa saída do líquido através do canal cervical, pois que, se não se dá devidamente, podem surgir cólicas violentas e algumas vezes crises inflamatórias por parte dos anexos. Quando seja necessário proceder-se-á previamente à dilatação do colo por meio duma laminária ou com auxílio do dilatador de Siredey.

No caso de haver sinais de anexite, aguda ou crónica, devem pôr-se inteiramente de parte.

Em resumo: as irrigações intra-uterinas devem considerar-se em relação às cervicites crónicas como um tratamento de excepção, dado o seu pouco valor e dados, também, os seus inconvenientes.

Instilações medicamentosas: — Alguns ginecologistas têm aconselhado e praticado instilações no canal cervical, por meio da seringa de Braun, com soluções de nitrato de prata a 1:50, de cloreto de zinco a 1:10 e de tintura de iodo. Este método dá resultados pouco seguros e tem contras dignos de se ponderar; assim, é susceptível de dar cólicas violentas, bastante duradouras, e reacções por parte dos anexos muito apreciáveis. Não tendo as vantagens das cauterizações endo-cervicais têm todos os seus inconvenientes, pelo que deve ser pôsto de lado.

Vacínoterápia: — A vacinação tem sido tentada muitas vezes como meio de tratamento das cervicites crónicas mas devemos concordar que a expectativa tem sido iludida na quasi totalidade dos casos.

Nas cervicites banais ou mixtas o seu emprêgo não me deu resultados animadores, a-pesar-de a ter ensaiado em muitas doentes. Nas cervicites blenorragicas também não colhi efeitos muito brilhantes, todavia, uma ou outra vez pareceu-me obter uma certa melhoria. Á excepção de dois ou três casos, em que fiz a vacinação local, segundo o método proposto por Basset e Poincloux, em 1927, recorri sempre à vacinação geral com «stocks» vacinas anti-gonocócicas ou mixtas (1).

(1) Como vacina anti-gonocócica costumo empregar o *arthigon*, simples e extra-forte. Como vacinas mixtas uso habitualmente o *imunizol* Gremy

A acção das vacinas é muito mais eficaz nas anexites do que nas cervicites, contudo, em face duma cervicite blenorragica acho conveniente tentar o seu emprêgo, que mais não seja para procurar impedir manifestações a distância, sempre possíveis quando se faz um tratamento enérgico.

Os caldos vacinas applicados localmente não me proporcionaram melhores resultados do que a vacinação, pelo que deixei de os utilizar.

Diatermia simples: — A diatermia oferece vantagens indiscutíveis no tratamento das cervicites crônicas, especialmente de natureza blenorragica.

O bom resultado provém da acção directa do calor e, também, da sua acção descongestionante.

No caso particular das cervicites gonocócicas pensou-se que era possível, com algumas sessões de diatermia, destruir todos os gonococos infiltrados na mucosa, graças, por um lado, à circunstância de se saber que estes gérmens não resistem a temperaturas superiores a 45° e por outro, à possibilidade de se elevar o eléctrodo vaginal à temperatura de 46° sem que daí advenham inconvenientes de maior. Na verdade, em alguns casos esta temperatura é perfeitamente suportada, mas no caso geral já assim não acontece. Além de 40° torna-se necessária uma extrema prudência porque as doentes podem acusar dôr muito viva no baixo-ventre, seguida ou não de reacções inflamatórias por parte dos anexos e podem também originar-se queimaduras nos tecidos em contacto com o eléctrodo vaginal. Fora isto, temos de contar com uma maior resistência do gonococos «in vivo» do que «in vitro».

Por qualquer destas razões parece-me veleidade pretender a esterilização do colo, mesmo em relação ao gonococos, com o emprêgo da diatermia a temperaturas altas; por outro lado, hoje em dia, atribui-se menos importância ao grau de temperatura do eléctrodo activo, porque se admite que os efeitos da diatermia não dependem unicamente da intensidade do calor produzido.

n.º 41. Não tenho prática pessoal com auto-vacinas mas ao que parece os seus resultados não são superiores aos que se obtêm com as vacinas do comércio.

Devemos evitar tôda a sensação dolorosa à doente durante a aplicação.

Nas cervicites crônicas não blenorrágicas a diatermia presta, também, bons serviços. Num e noutro caso, porém, a eficácia é tanto maior quanto menos pronunciada e antiga é a inflamação. Nas formas inveteradas, com hipertrofia notável do colo, com glaras muito abundantes e exulcerações extensas, o êxito é praticamente nulo. Empregar-se-á, no entanto, a título de ensaio, desde que estejam contra-indicadas as cauterizações ou coagulações do colo e as doentes não queiram sujeitar-se ao tratamento cirúrgico.

A diatermia tem-me prestado ainda bons serviços no tratamento preparatório da cauterização ou diatermo-coagulação do colo. O descongestionamento que se obtém, a modificação das secreções glandulares, que se tornam mais fluidas com a diatermia, a acção sedante e, sobretudo, a preparação por parte dos anexos uterinos não é indiferente para o bom êxito das pequenas intervenções a que aludo.

Como se sabe nem a diatermo-coagulação nem as cauterizações do colo se devem fazer quando haja inflamação apreciável dos anexos. Nos casos de dúvida o emprêgo duma série de 10 a 12 sessões de diatermia tem a vantagem de permitir explorar a reacção por parte dêstes; assim, quando é bem suportada temos elementos para crer que não existe qualquer estado inflamatório, ou, a existir, que êle está clinicamente extinto, não havendo probabilidades, portanto, de se reactivar sob a influência daqueles tratamentos. Note-se que me refiro, apenas, aos casos em que é duvidoso afirmar a existência duma anexite crônica, porque se há sinais evidentes em seu favor as cauterizações e a própria diatermo-coagulação devem pôr-se de parte, pelo menos em princípio.

A diatermia no tratamento das cervicites crônicas deve fazer-se com um eléctrodo metálico na vagina e outro com placa de chumbo no baixo-ventre ou com placa dupla abdominal e lombar ou, ainda, com cinto abdominal, tipo Kowarschik.

Como eléctrodos vaginais podem empregar-se vários modelos. Por mim dou preferência ao eléctrodo côncavo de Lindemann que tem a vantagem de se adaptar por completo ao colo, do que resulta uma maior concentração térmica a nível dêste.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

AGAGÊ

Mercúrio em solução
— sulfo-benzoica. —

**Medicação antilué-
tica absolutamente
indolor, mesmo por
via hipodérmica. —**

Lab. ISIS
PORTO



SERÃO ANALISADOS
NA SECÇÃO RESPECTIVA
TODOS OS LIVROS MÉDICOS
DE QUE SEJAM ENVIADOS
DOIS EXEMPLARES
À ADMINISTRAÇÃO DA
“COIMBRA MEDICA.,,
Livraria MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

Algumas vezes emprego o eléctrodo oval de Theilhaber, aplicado no fundo da vagina. Quanto ao outro eléctrodo prefiro a placa dupla ou o cinto. Faço sessões de 20 a 30 minutos, em dias alternados. Como regra, graduo a intensidade da corrente segundo o grau de tolerância das doentes.

Os resultados, repito, costumam ser bons nas formas ligeiras e apreciáveis nas formas avançadas e antigas. Nestas últimas impõe-se um tratamento mais enérgico que tenha por fim destruir a mucosa cervical, pois só assim se obterá a cura e isto quer se trate de cervicites blenorragicas simples, quer de cervicites banais ou mixtas.

No estudo dos métodos que visam esta destruição não me deterei a apreciar a termo cauterização, que Hunner e outros ginecologistas praticam, nem tampouco a galvano-cauterização, a-pesar-dos bons resultados com ela obtidos por Matthews, Healy, L. Dickinson, C. Holden, F. Harrimann, Montel, Fulkerson e outros, nem, ainda, a crioterápia, aconselhada por Bizard, Rabut, Dandinian e Delotte e isto porque me parecem mais aconselháveis as cauterizações com o cáustico Néo-Filhos e, sobretudo, com a diatermo-coagulação. De resto, a minha experiência pessoal limita-se a êstes dois processos que a meu ver satisfazem inteiramente.

Cauterizações com o cáustico Neo-Filhos:— A partir de 1902, com os trabalhos de Richelot, as cauterizações da mucosa cervical com o cáustico de Filhos passaram a ser consideradas, em França primeiro e em outros países depois, como o melhor meio de tratamento das cervicites crónicas.

Como ficou dito, nas metrites do colo do 2.^o e 3.^o grau impõe-se a destruição da mucosa endo-cervical, sem o que a cura completa é impossível; ora, a experiência ensina que o cáustico de Filhos satisfaz inteiramente a êste objectivo.

Desde Richelot até aos nossos dias as cauterizações do colo com o Filhos ou Néo-Filhos têm tido inúmeros adeptos, se bem que não tem faltado, também, opiniões em seu desfavor.

Como vantagem do seu emprêgo aponta-se a acção curativa brilhante, reconhecida por todos, e a inocuidade, apregoada pelos entusiastas, que são a maior parte.

Como inconveniente indica-se a possibilidade de originar atresia do colo, com dificuldade correlativa de dilatação em partos futuros e, ainda, a eventualidade de poder provocar reacções

inflamatórias por parte dos anexos uterinos, do paramétrio e do peritoneu pélvico.

Embora a maior parte dos ginecologistas pensem que as aplicações bem feitas do Filhos não dão lugar a atresia do colo, a verdade é que são em número tão elevado os casos nestas condições que têm sido comunicados às Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia que temos por obrigação de encarar a possibilidade dêste contratempo, que é, como pode calcular-se, extremamente aborrecido.

Hamant, F. Ferrari, Camelot, Sésini e Ezes, M. Péry, M. Hartemann, M. Baux, A. Grosse, Cabane e Pouget, E. Vayssiére e outros, apontam casos dêste género.

Guillemin, Pouliot, Siredey e André Chalier, que permanecem fiéis ao método, atribuem estes insucessos a imperfeições de técnica; de facto, a maior parte das vezes o número de cauterizações foi superior a seis, o que é muito, e o intervalo que as separou foi pequeno.

A técnica primitiva de Richelot e até mesmo a aconselhada, depois, por Guillemin, não são recomendáveis nem práticas, visto que exigem repouso no leito durante 5 dias, pelo menos, após o tratamento.

Como uma cauterização pode não bastar e a sua repetição, segundo estas técnicas, deve fazer-se dentro de 10 a 15 dias, avalie-se quão grande não será a relutância que as doentes opõe a semelhante terapêutica.

Todo e qualquer processo de tratamento das cervicites crónicas tem de obedecer ao princípio de poder aplicar-se nos consultórios ou consultas externas dos Hospitais, de contrário os seus efeitos práticos são a bem dizer nulos.

Quanto às reacções inflamatórias pelvi-anexiais, que podem surgir após as cauterizações, tornam-se extremamente raras desde que se seleccionem devidamente os casos; assim, nunca deve cauterizar-se o colo nas cervicites agudas ou sub-agudas, nem quando por parte dos anexos e perimétrio existam sinais de reacção inflamatória susceptível de se agravar. Nas anexites crónicas muito antigas, sem empastamento e dôr apreciável e que não se reactivam com o tratamento pela diatermia, poderão tentar-se as cauterizações, na opinião de muitos autores, desde que se façam com suavidade e desde que as doentes guardem o leito, com gêlo

sôbre o ventre, durante 4 ou 5 dias. Quanto a mim julgo imprudente o emprêgo do cáustico de Filhos nestas condições. Deve preferir-se a diatermo-coagulação que não desperta reacções tão vivas por parte dos anexos.

A partir de junho de 1931, depois da comunicação de L. Pouliot à *Société d'Obstétrique et de Gynecologie de Paris*, o emprêgo do Filhos tornou-se menos perigoso e mais praticável.

Datam de então as minhas observações que até ao momento perfazem um total de 38. Referem-se tôdas ao 2.º semestre de 1931 e ao ano de 1932. No ano findo empreguei a diatermo-coagulação, que, a meu ver, oferece melhores garantias.

Adoptei com o Néio-Filhos a técnica descrita por Pouliot (4).

Obteve-se a cura do catarro cervical e exulcerações do colo em 30 casos. Nos 8 restantes a cura não se deu por completo, porque as doentes, devido a circunstâncias várias, não puderam completar o tratamento.

Em 22 casos fiz simplesmente uma cauterização; nos restantes fiz duas, número que nunca excedi.

(4) Quando o colo não está suficientemente dilatado procede-se à sua dilatação prévia por meio de laminárias. Com uma compressa de gase protege-se a betesga vaginal posterior. Faz-se a limpeza do canal cervical com pequenos tampões de gase e acto contínuo passa-se o «crayon» até junto do orifício interno, tendo o cuidado de o encostar bem às paredes de forma a obter uma escara uniforme. Suspende-se a cauterização quando se obtém uma escara negra a tôda a altura. Como regra esta pequena operação não dura mais de 20 segundos.

Logo a seguir faz-se a neutralização do excesso do cáustico com o auxílio de pequenos tampões de algodão embebidos numa solução saturada de ácido tartárico. Graças a esta variante de técnica consegue-se limitar em profundidade a acção do cáustico, que doutra forma continuaria a actuar mesmo depois de retirado o «crayon». É esta a modalidade principal da técnica de Pouliot. Por êste processo evita-se, segundo êle, a destruição das camadas musculares sub-mucosas e, conseqüentemente, a atresia futura do canal.

Para terminar irriga-se o canal cervical com água esterilizada. As cauterizações não devem repetir-se com intervalos inferiores a 4 semanas, visto que importa não fazer nova cauterização antes que a mucosa esteja regenerada. Não é prudente ir além de 3 cauterizações, mas como regra uma ou duas bastam (*Bulletin d'Obstétrique et Gynecologie* T. xx, 1931, p. 443).

Como cáustico empreguei sempre o Néio-Filhos preparado por Le Perdriel, de base: potassa e cal.

Pouliot não aconselha ordinariamente repouso, após as cauterizações; eu, por prudência, mando deitar as doentes durante 24 horas, ou mais, se se esboça qualquer reacção anxial.

Registo apenas um caso de reacção inflamatória por parte dos anexos, com hipertermia e empastamento, que cedeu à aplicação de gêlo. Hoje essa doente encontra-se grávida. A partir de então resolvi-me a fazer, nos casos antigos e suspeitos de não integridade anxial, 10 a 12 sessões de diatermia preparatória, simples, segundo referi. Os resultados têm sido bons.

Na quarta parte das doentes, aproximadamente, notei uma leve reacção dolorosa pelvi-genital nos primeiros dois dias após a cauterização, mas sem quaisquer consequências.

As cauterizações provocam dôr viva mas efémera; desaparece logo que se faz a neutralização do excesso do cáustico com o soluto saturado de ácido tartárico. Tôdas as minhas doentes a suportaram bem.

Aconselho abstenção de serviços pesados nos primeiros oito dias a seguir à cauterização.

A escara costuma cair por volta do 12.^o ao 15.^o dia. No momento de se destacar dá origem, quási sempre, a perdas sangüíneas, maiores ou menores, conforme, mas não grandes, como regra. Até à queda da escara o corrimento aumenta bastante e manifesta, habitualmente, um certo mau cheiro, devido à decomposição dos tecidos causticados. Convém pôr as doentes de sobreaviso a êste respeito, para que não se surpreendam.

Duma maneira geral, pois, os resultados que obtive com o Néo-Filhos podem considerar-se excelentes; todavia, eu prefiro hoje, repito, a diatermo-coagulação.

Pelo que respeita ao futuro obstétrico das doentes tratadas é ainda cedo para emitir opinião, visto que de meu conhecimento apenas duas tiveram partos, que decorreram sem qualquer acidente. Tenho a impressão, porém, que a possibilidade da atresia do colo não é um mito, a avaliar pela redução do calibre do canal cervical e por uma certa rizeja das paredes que a passagem do hysterómetro parece denunciar em certos casos. Nada me espanta que em partos futuros se possa verificar um ou outro caso de distócia do canal cervical, a-pesar-da prudência com que fiz as cauterizações.

Que esta reserva, aliás não documentada devidamente, não

sirva para esmorecer o entusiasmo que êste processo consegue despertar a quem assiste à sua brilhante acção curativa. Quando deixe de se empregar — e eu preconizo essa idea — nas mulheres em condições de vir a conceber, fica-lhe ainda reservado um campo vasto no tratamento das cervicites crônicas após a menopause.

Diatermo-coagulação: — Não reconheço na diatermo-coagulação da mucosa endo-cervical um efeito curativo superior ao do cáustico Néó-Filhos; não obstante, prefiro o seu emprêgo pela seguinte ordem de factos: 1.º a cicatrização não dá origem a estenose do colo, pelo contrário, torna-o flácido e a passagem do histerómetro não encontra dificuldade alguma; 2.º as reacções anxiais são mais raras, tanto que alguns ginecologistas não têm receio de a aplicar nas anexites arrefecidas (Casalto, Jean Chosson, etc.); 3.º o tratamento é menos doloroso do que a cauterização com o Néó-Filhos (quási tôdas as doentes o suportam sem queixumes); 4.º a queda da escara não se acompanha de hemorragia apreciável e, finalmente, 5.º porque basta quási sempre uma única sessão para se obter a cura.

Registo, até à data, 22 casos tratados pela diatermo-coagulação e confesso que me sinto inteiramente satisfeito com os resultados colhidos.

Sem que se saiba bem porquê é fora de dúvida que a cicatriz é flácida e não retráctil, ao contrário do que costuma acontecer com as cicatrizes que sucedem às cauterizações com os cáusticos químicos, quaisquer que êles sejam, ou com o termo ou galvano-cautério.

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

Alguns médicos empregam o método bipolar. Outros e entre êles Jean Gagey, preferem o método monopolar, servindo-se como eléctrodo indiferente duma placa de chumbo aplicada na região lombar.

Nas diatermo-coagulações a que procedi usei sempre o método

monopolar, empregando como eléctrodo activo uma pequena esfera metálica de maior ou menor diâmetro, conforme o calibre do canal cervical (possuo três: uma de 5^{mm} de diâmetro, outra de 3^{mm} e outra de 2^{mm}).

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

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

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

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

Nos colos pequenos emprego um eléctrodo com esfera metálica terminal de 2 ou 3^{mm} de diâmetro, conforme o calibre do canal cervical; nos colos volumosos uso, se a permeabilidade o permite, uma esfera de 5^{mm} de diâmetro.

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

Empregando eléctrodos com superficies de contacto superior

às indicadas, tornava-se necessário aumentar a intensidade da corrente para produzir a coagulação, do que resultaria um certo perigo e maior dôr durante o tratamento.

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

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

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

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

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

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

Não me parece possível a coagulação perfeita da mucosa com uma passagem apenas do eléctrodo, como pretende Risacher. Efectivamente, não vejo forma de empregar um eléctrodo que se ajuste inteiramente a tôda a mucosa, visto que o calibre do canal é susceptível de variar de ponto para ponto. Por outro lado, julgo muito difficil conseguir um efeito igualmente coagulante em tôda a volta do eléctrodo, além de que não é indiferente, como já referi, empregarem-se eléctrodos activos de grande diâmetro, dado o risco que se corre de se obter uma escara muito extensa em profundidade.

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

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

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

A dôr, como já referi, costuma ser pequena. A coagulação da mucosa externa é, a bem dizer, indolor; a da mucosa interna costuma ser um pouco mais sensível. Quando se trata de doentes pusilânimes pode fazer-se preceder o tratamento de toques endo-cervicais com pequenos tampões embebidos num soluto de cloridrato de cocaína a 10%; a dôr é, então, praticamente nula.

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

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

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

A eliminação da escara costuma dar-se, em bloco ou fragmentada, entre o 12.º e o 15.º dia. Tôdas as manobras tendentes a obter o seu descolamento prematuro são absolutamente contra-indicadas; de facto, além do perigo duma hemorragia contribuir-se-ia para a propagação em profundidade de estados inflamatórios.

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

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

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

Entre os vinte e dois casos tratados obteve-se a cura clínica em nada menos de quinze. Dêstes apenas três necessitaram uma segunda coagulação, que foi sempre menos intensa e mais limitada do que a primeira. Em quatro casos não se obteve a cura completa, todavia, as melhoras foram de tal maneira acentuadas que julguei desnecessário repetir o tratamento. Os três restantes não puderam ser controlados por as doentes não voltarem à consulta.

Registo apenas um caso de reacção anexial apreciável, com hipertermia e empastamento, o que attribuo a excessos cometidos pela doente nas 48 horas que se seguiram à coagulação.

Sôbre o futuro clínico dos casos tratados não posso emitir ainda um juízo seguro, por ser insufficiente a sanção do tempo; no entanto devo dizer que tenho elementos que abonam a consolidação da cura, a ajuizar por oito a dez casos que segui mais de perto.

Não verifiquei caso algum de atresia do colo, o que está de acôrdo com a opinião dos restantes observadores. Neste ponto reside o alto valor do método sôbre os restantes que têm sido preconizados para obter a destruição da mucosa endo-cervical por meios que não pertencem, pròpriamente, ao domínio da cirurgia.

A diatermo-coagulação e bem assim as cauterizações nunca devem fazer-se nos seis dias que precedem ou seguem o fluxo menstrual, dado que nestes períodos são mais freqüentes as reacções anexiais.

Tratamento cirúrgico: — Apesar do bom resultado que se obtém com as cauterizações pelo Néo-Filhos e pela diatermo-coagulação, casos há em que está indicado o tratamento cirúrgico. Na realidade, nas cervicites crónicas do 3.º grau, que se acompanham de grande hipertrofia do colo, por hiperplasia simples, por adenomas difusos do colo ou por quistos de Naboth, o tratamento cirúrgico deve ser preferido, assim como nos casos em que não podemos recorrer à diatermo-coagulação por haver inflamação pronunciada e duradoura do lado dos anexos e doométrio.

A preferência que certos ginecologistas dão ao tratamento cirúrgico sobre as cauterizações com o Néo-Filhos e diatermo-coagulação parece-me injustificável, ao mesmo tempo que o seu valor prático é incomparavelmente inferior.

Os processos cirúrgicos aconselhados são muitos, como é natural. Cito os mais importantes, sem os criticar, já porque a índole deste estudo é outra, já porque não tenho dêles prática necessária para emitir um juízo pessoal.

Tem-se preconizado: ora, a amputação simples do colo (Francesco Spirito), ora, a excisão da mucosa endo cervical e tecidos exulcerados do focinho de tenca, segundo os métodos de Schroeder, de Sturm Dorf, de Henri Hartmann, de Dartiguea, de Simon Marckwald, etc. Todos êles dão bom resultado quando a técnica é perfeita, mas a verdade é que esta nem sempre é fácil.

CONCLUSIONS

1^e) La presque totalité des nommées leucorrhées glaireuses (muco-purulentes ou simplement catarrhales) correspondent à des états de cervicite chronique, qu'il faut bien connaître et soigner.

2^e) Les métrites du col constituent le point de départ de quelques affections inflammatoires pelvi-annexielles et, surtout, elles peuvent prédisposer, dans les cas inveterés, à l'eclosion du cancer du col, qui est, d'après tous les avis, la plus grave des maladies du système génital de la femme.

3^e) Les cervicites chroniques ne bénéficient que trop peu, ou rien du tout, des traitements simples ordinairement mis en action, tels que: des irrigations vaginales ou utérines, des tampons ou ovules, des instillations intra-cervicales; pourtant, lorsqu'on ne

peut pas faire mieux, on y doit employer plutôt les irrigations vaginales, les tampons ou les ovules de glycérine thigénolée ou ichtyolée a 1:10.

4^e) La diathermie simples offre de très bons résultats dans le traitement général des cervicites chroniques, surtout celles de nature blennorrhagique; cependant, elle n'a pas habituellement un effet curatif, si ce n'est qu'il s'agit de formes légères (1^e degré). Dans les cas inveterés, elle prête, tout de même, de beaux services comme moyen de préparation du coté des annexes utérins, envers les cautérisations de la muqueuse intra-cervicale.

5^e) Dans les cervicites du 2^e e 3^e degré on doit détruire la muqueuse endo-cervicale, autrement la guérison ne se fait pas, soit avec le caustique Néo-Filhos soit avec la diathermo-coagulation.

6^e) Le caustique Néo-Filhos a une très belle action curative, cependant il peut originer, quoique rarement, de l'atrésie du col et, quelques fois, des réactions annexielles remarquables. Si on y prend prudemment, d'après la technique dont on a fait mention, ces méfaits ne se verifient presque jamais. Après la mènopause ou quand il n'y a pas à craindre des grossesses futures nous pouvons employer le Néo-Filhos avec confiance, sauf s'il y a des contra-indications annexielles ou ailleurs.

7^e) La diathermo-coagulation de la muqueuse intra-cervicale du col constitue, selon mon avis, le plus utile des traitements des cervicites chroniques du 2^e e 3^e degré.

Elle ne donne pas lieu à de l'atrésie du col et, bien aussi, à des reactions pelvi-annexielles appréciables, sur condition d'y être bien appliquée.

Il suffit, comme règle, une seule session.

BIBLIOGRAFIA

- A. COUVELAIRE — «Résultats du traitement des métrites cervicales chroniques par les applications du caustique Filhos». — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, T. XIII, 1924, p. 409.
- A. GROSSE — «Deux cas d'oblitération cicatricielle du col utérin; extraction du foetus par les voies naturelles dans le premier; césarienne suivie d'hystérectomie dans le second». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. XII, 1923, p. 263.
- ANDRÉ CHALIER — «Sur le traitement ambulatoire des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au Filhos». — *Gyn. et Obst.*, T. XXIV, 1931, p. 626.

- BRINDEAU — «Sténose et atrophie utérines consécutives à des applications de caustique Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xv, 1926, p. 555.
- BRINDEAU ET DÉVÉ — «Sténose cervicale après emploi du caustique de Filhos; grossesse ultérieure; césarienne». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xvii, 1928, p. 599.
- BAUX — «Césarienne basse pour atrésie du col consécutive à des applications de Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, n.° 8, 1932, p. 561.
- BLAIR BELL — «The prevention of cancer». — *Journal of State Médical*. Vol. xxxvi, in-*Gyn. et Obst.*, T. xix, 1929, p. 396
- BUDD G. CORBUS AND VINCENT O' CONOR — «Diathermy in the treatment of gonorrhoeal endo-cervicitis». — *The Journal of the American Médical Association*. T. lxxxvii, n.° 22, p. 1802.
- CAREY GULBERTSON — «Érosions of the cervix uteri». — *Idem*, p. 1808.
- CHARLTON — «Prevention of carcinoma of the cervix». — *The Amer. Journal of Obst. and Gyn.*, T. xiii, 1927, p. 735.
- CAMELOT — «Atrésie du col utérin consécutive à la cautérisation par le Filhos, hematométrie». — *Journal des Soc. Méd. de Lille*, 14 de abril de 1927, p. 108, in-*Gyn. et Obst.*, T. xvii, 1928, p. 493.
- DURAND-DASTÈS — «Trente deux cas de métrites cervicales traitées par diathermo-coagulation». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, 1933, p. 252.
- E. OPITZ — *Tratado de Ginecologia* — 1928.
- E. DOUAY — «L'évidement conique du col avec double point en U.». — *Gyn. et Obst.*, T. v, 1922, p. 377.
- — «Métrite du col (endo-cervicite)». — *Gyn. et Obst.*, T. iv, 1921, p. 135.
- E. VAYSSIÈRE — «Deux cas de dystocie cervicale après applications du caustique Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, 1933, p. 200.
- E. CABANES ET POUJET — «Rigidité cicatricielle du col. Infection amniotique. Césarienne vaginale». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xiv, 1925, p. 226.
- FRANCESCO SPIRITO — «Sur la prophylaxie des cancers du col de l'utérus». — *Gyn. et Obst.*, T. xxii, 1930, p. 193.
- F. FERRARI — «Les sténoses du col après l'emploi des caustiques chimiques». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xviii, 1929, p. 285.
- FRANCIS LANGSTORTH — «Focal infection of the cervix and its relations to systemic and mental diseases». — *Médical Record*, New-York, 21 de maio 1927, in-*Gyn. et Obst.*, T. vi, 1922, p. 292.
- GUILLEMIN — «Sur le traitement des métrites cervicales». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xvi, 1927, p. 26.
- HENRI CROSSEN — *Diseases of women* — 1926.
- H. BORDIER — *Diathermie et diathermothérapie* — 1928.
- H. HENSELER — *Nociones de diatermia* — 1930.
- — *El tratamiento de enfermedades ginecológicas por medio de diatermia* — 1930.
- HARVEY B. MATHEWS — «Electric cautery versus Sturmdorf operation in the treatment of chronic endo-cervicitis». — *The Journal of the American Médical Assoc.*, T. lxxxvii, n.° 22, p. 1802.

- H. VERMELIN — «Lenteur de dilatation consécutive à l'emploi du caustique de Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xv, 1926, p. 512.
- HARTEMANN — «Méfais du Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, n.° 8, 1932, p. 561.
- H. HARTEMANN — «L'amputation autoplastique du col utérin». — *Gyn. et Obst.*, T. v, 1922, p. 142.
- — «La cervicectomie supra-isthmique». — *Gyn. et Obst.*, T. vi, 1922, p. 277.
- G. L. FAURE ET SIREDEY — *Traité de Gynecologie Médico-Chirurgicale* — 1914.
- J. VANVERTS — «Le traitement des métrites cervicales chroniques par le caustique de Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xiii, 1924, p. 634.
- JEAN CHOSSON — «Les avantages de la diathermo-coagulation dans le traitement de la métrite cervicale chronique». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, 1933, p. 207.
- JEFF MILLER — «Chronic endo-cervicitis». — *Jour. of the Amer. Méd. Assoc.*, T. LXXXVII, n.° 21.
- JEAN GAGEY — «La diathermie en gynécologie». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xix, 1930, p. 605.
- KENNEDY — «Chronic endo-cervicitis». — *The Am. Jour. of Obst. and Gyn.*, T. I, 1921, p. 929.
- KELLER ET VYVER — «Essai d'interprétation de l'état dit précancéreux du col de l'utérus». — *Gyn. et Obst.*, T. xx, 1929, p. 695.
- LYNN L. FULKERSON — «Endo-cervicitis, a clinical study of 1039 cases». — *The Am. Jour. of Obst. and Gyn.*, T. xii, 1926.
- L. POULIOT — «Traitement ambulatoire des métrites chroniques du col par le Filhos inoffensif». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, 1931, p. 443.
- LAQUERRIÈRE ET LÉONARD — *Les courants de haute fréquence en Gynécologie* — 1932.
- LOUIS NETTER — «Traitement des métrites chroniques». — *Le Monde médical*, n.° 788, 1931, p. 517.
- M. RISACHER — «Traitement des métrites chroniques du col utérin par la diathermo-coagulation». — *Gyn. et Obst.*, T. xxviii, 1933, p. 536.
- MATHIEU ET LAFLOTTE — «Oblitération cicatricielle d'un cul de sac vaginale à la suite de l'emploi du caustique de Filhos». — *Bul. d'Obst. et Gyn.*, 1922.
- M. GUILLEMIN — «Résultat du traitement des métrites cervicales catarrhales chroniques par les cautérisations intra-cervicales au caustique Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xiii, 1924, p. 321.
- MONTEL — «Cervicite chronique et cancer du col». — *Thèse de Lyon*, 1928.
- MORAIS BARROS — «Prophylaxia do carcinoma uterino». — *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*, 1932, n.° 1, p. 31.
- PÉRY — «Césarienne pour rigidité du col consécutive à des cautérisations au Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xix, 1930, p. 630.
- RICHELOT — *La Chirurgie utérine* — 1902.
- ROBERT DUPONT — «Étude anatomique de deux cols traités au Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. xiii, 1924.
- SÈSINI ET EZES — «Césarienne supra-symphysaire pour atrésie du col consé-

- cutive à des cautérisations au caustique de Filhos». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, T. XIX, 1930, p. 187.
- V. VASSIËSYLIVITCH — «Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales». — *Thèse de Bordeaux*, 1926.
- VERMELIN ET HAMANT — «Nécrose cervicale et atrésie cicatricielle consécutives à l'emploi du caustique de Filhos; césarienne suivie d'hystérectomie». — *Bul. d'Obst. et de Gyn.*, 1931, p. 87.
- VILLARD ET MONTEL — «Cervicite chronique et cancer; états précancéreux du col utérin». — *Gyn. et Obst.*, T. XX, 1929, p. 9.

CHIRURGIE DU COL DE LA VESSIE (1)

(Rapport de M. Le professeur Angelo da Fonseca (Coïmbra, Portugal)
au cinquième Congrès de la Société Internationale d'Urologie)

(Londres, 10 à 15 Juillet 1933)

IV

Statistique

A la clinique des voies urinaires des Hospitiaux de l'Université de Coïmbre, nous avons opéré 92 malades dont:

Par diathermo-coagulation, voie endo-urétrale	88
Par voie hypogastrique, excision du col à ciel ouvert	2
Par divulsion du col	2
	<hr/>
	92

Si nous nous rapportons aux diagnostics qui ont déterminé l'intervention chirurgicale, nos opérés se répartissent entre les catégories suivantes:

Col fibreux	28
Adénomes du col (hypertrophie de la prostate)	61
Epithéliome de la prostate	2
Polypes du col	1
	<hr/>
	92

Pour ce qui est des adénomes du col il n'entre dans cette statistique que les cas opérés par diathermo-coagulation, et la

(1) Continuado do n.º 1, pá . 21.

voie endo-urétrale, à l'exclusion de tous ceux qui ont été opérés par voie hypogastrique (prostatectomie).

Dans les 61 cas d'adénome du col opérés par diathermo-coagulation, 4 pouvaient être opérés par voie hypogastrique. Si nous ne l'avons pas fait, c'est que nous avons dû recourir à la diathermo-coagulation, car ces malades n'ont pas voulu accepter l'opération transvésicale.

Les 57 autres étaient inopérables, car ils souffraient de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, ou d'insuffisance cardio-rénale.

Chez 4 de ces malades diathermo-coagulés on avait fait auparavant une cystostomie hypogastrique, pour placer un drain à demeure, puisqu'ils étaient inopérables par adénomectomie transvésicale (prostatectomie).

Ils ont vécu ainsi plusieurs années; depuis ils sont sortis de la clinique après avoir été opérés par diathermo-coagulation, la fistule hypogastrique fermée et pouvant vider leur vessie complètement.

Un malade (n.º 5469 U. h. obs. xxiv), a été d'abord opéré avec le «Punch Operation» de McCarthy — instrument en guillotine. Il s'est produit une hémorragie après l'opération, et le malade qui était en rétention complète arriva à avoir un résidu de 300 c. c. à 350 c. c.

Il a été opéré à nouveau par diathermo-coagulation, et est sorti de la clinique, il y a environ un an, avec un résidu de 20 c. c. Il a actuellement un résidu de 10 c. c.

Dans les opérations de diathermo-coagulation par voie endo-urétrale nous avons employé :

L'anesthésie épidurale à novocaïne pour	69 malades
L'anesthésie locale à novocaïne pour	19 »
	<hr style="width: 10%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
	88 »

Dans les opérations par voie hypogastrique nous avons employé :

La rachi-anesthésie pour	2 malades
L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle pour	2 »
	<hr style="width: 10%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
	4 »

Nombre d'interventions de diathermo-coagulation réalisées pour chaque malade :

Chez les malades opérés par anesthésie locale on a fait :

1 intervention sur.	7 malades
2 " "	8 " "
3 " "	3 " "
4 " "	1 " "
	19 " "

Pour les malades opérés à l'anesthésie épidurale on a fait :

1 intervention sur.	48 malades
2 " "	14 " "
3 " "	5 " "
4 " "	2 " "
	69 " "

Résidu existant avant l'opération :

Malades en rétention complète.	54
Malades à résidu de 500 c. c.	1
" " " " 400 c. c.	1
" " " " 350 c. c.	2
" " " " 300 c. c.	3
" " " " 250 c. c.	4
" " " " 200 c. c.	9
" " " " 100 c. c.	8
" " " " 50 c. c.	3
" " " " 20 c. c.	1
" " " " zero c. c.	6
	92

Les malades à résidu zero sont venus à la consultation pour des phénomènes de dysurie, polakiurie, modification du jet de l'urine etc.

En observant le col de ces malades à l'urétrocystoscope on a diagnostiqué des lésions en relations avec des troubles fonctionnels.

Tous ont guéri par la diathermo-coagulation.

Pour ce qui est des malades ayant un résidu, nous savons bien que dans plusieurs cas il suffit d'une application de la sonde à demeure pour résoudre une crise de rétention, et le malade, au moyen de cette thérapeutique, arrive à se libérer de la crise en quittant la clinique sans résidu.

Cependant sur les malades de notre statistique on a préala-

blement vérifié la fixation des résidus présentés ou la récurrence des crises de rétention.

Il s'agit par conséquent d'états morbides permanents, que l'intervention a guéris.

Résidus existant après l'opération :

72 malades sont sortis ayant un résidu de	zéro
2 » » » » » » »	5 c. c.
5 » » » » » » »	10 c. c.
2 » » » » » » »	15 c. c.
3 » » » » » » »	20 c. c.
2 » » » » » » »	30 c. c.
1 » » » » » » »	40 c. c.
1 » » » » » » »	70 c. c.
1 » » » » » » »	80 c. c.
1 » » » » » » »	100 c. c.
1 » » » » » » »	150 c. c.
1 » » » » » » »	rétention complète.
<hr/> 92	

Parmi les malades à résidu zéro, 69 ont été opérés par diathermo-coagulation, 2 par excision du col et 1 par divulsion.

Le malade qui présente un résidu de 150 c. c. a été opéré par divulsion.

Tous les autres malades à résidus variés (indiqués à la table ci-dessus), ont été opérés par diathermo-coagulation.

Sur le malade à rétention complète on s'est livré à deux opérations de diathermo-coagulation. Il s'agissait d'un vieillard de 83 ans (Obs. LVIII n° 5236 U. h.) rétentionniste depuis environ 14 ans, lequel n'a pas voulu continuer son traitement.

Le malade de la LI^{ème} observation (n° 815 Q. I), a subi 4 interventions de diathermo-coagulation et il est sorti de la clinique ayant un résidu de 70 c. c.; mais, malgré ses efforts, il mettait longtemps à uriner. Plus tard il est tombé en rétention complète; toute fois après être retourné à la clinique au bout de deux mois, et avoir subi, alors, l'opération d'adénomectomie par voie hypogastrique (prostatectomie), il est sorti de l'hôpital avec un résidu de zéro.

L'examen histologique de la pièce enlevée a démontré l'existence d'un fibro-cysto-adénome en évolution carcinomateuse.

Le malade (Obs. LXX n° 5556 U. h.) a subi une intervention

dé diathermo-coagulation, et est sorti de la clinique avec un résidu de zéro. Au bout de 4 mois il est revenu à la clinique en état de rétention complète mais cette crise a disparu au moyen de la sonde à demeure durant 15 jours.

Le malade (Obs. LXXV n° 5561 U. h.) après une intervention de diathermo-coagulation est sorti avec un résidu de zéro; mais, au bout de 7 mois, il est revenu à la rétention complète. On lui a fait une nouvelle application de diathermo-coagulation avec le «Stern McCarthy Visual Prostatic Electrotome» et en quittant l'hôpital il avait un résidu de zéro.

Le malade de l'obs. XXXIII (n° 5493 U. h.) qui a subi une intervention de diathermo-coagulation avait un résidu de 10 c. c. en quittant l'hôpital. Dix mois après il y est retourné en raison de phénomènes de cystite avec un résidu de 100 c. c. Il s'y trouve encore en traitement.

Pour conclure: nous avons opéré par diathermo-coagulation — voie endo-urétrale — 88 malades, desquels 83 (c'est à dire 94 %) ne sont plus retournés à la clinique.

Nous avons reçu de très bonnes nouvelles de plusieurs de ces malades, puisque leur appareil urinaire ne les a plus fait souffrir.

Parmi les cinq autres un octogénaire n'a pas voulu continuer son traitement; un autre a fini par subir l'opération d'adenomectomie hypogastrique, un troisième a subi une seconde intervention de diathermo-coagulation et a guéri; chez le quatrième, la sonde à demeure a résolu la question et, enfin, le dernier, ayant un résidu de 100 c. c., continue son traitement.

Nous avons opéré avec succès des rétentionnistes chez lesquels il y avait des adénomes de la face inférieure ou des faces latérales du col (lobe moyen, lobes latéraux): ces malades sont sortis de la clinique avec des résidus insignifiants ou même nuls.

Presque tous les malades de cette catégorie étaient de vieux urinaires chez qui les conditions générales contre-indiquaient l'adenomectomie transvésicale (prostatectomie).

*

Nous avons bien soin de procéder à la sélection des cas et n'opérons par la voie hypogastrique que les malades en condition satisfaisantes de résistance.

Et en agissant ainsi nous avons réduit à zéro la mortalité des opérés (prostatectomisés).

Parmi les opérés il y a deux femmes: une opérée par la voie hypogastrique — excision du col — (n° 749 U. m. Obs. xxxix), et l'autre par la voie endo-urétrale — diathermo-coagulation (n° 760 U. m. Obs. lxxxvi).

Toutes les deux sont entrées à la clinique en rétention complète et elles en sont sorties avec un résidu de zéro.

Opérées il y a environ un an, rien de fâcheux, après l'intervention, n'a affecté leur appareil urinaire, et même, maintenant, elles vident complètement leur vessie.

L'examen histologique du col vésical de la malade opérée par excision a décelé comme lésions: hyperplasie épithéliale, ulcération, sclérose interstitielle, myosite, dégénérescence hialine, infiltrations plasmoleucocytaires, etc.

Pour conclure: hyperplasie du col vésical, cystite chronique.

*

Si nous nous reportons à la statistique, nous constatons d'une manière générale, qu'ayant opéré 92 malades:

- 1.° — La mortalité est de zéro
- 2.° — que les complications post-opératoires sont nulles
- 3.° — que la dynamique vésicale post-opératoire est parfaite;

et qu'enfin les malades ont quitté la clinique presque tous avec un résidu de zéro, ou un résidu de 15 à 20 c. c.

Avec la diathermo-coagulation l'hémorragie est petite, pourvu que les malades gardent le lit avec sonde à demeure pendant une période de 10 à 20 jours, selon les conditions locales et l'intensité de l'intervention.

Avec le nouvel instrument — Stern McCarthy Prostatic Electrotome — avec le McCarthy Visual System muni de l'appareil de haute fréquence «The McCarthy Surgical Unit» l'hémorragie est nulle, pendant et après l'opération, et les cicatrices obtenues tout à fait souples.

On doit certainement ce résultat au courant spécial fourni

par l'«Unit», appareil de haute fréquence à lampe et à ondes courtes.

Les malades à col fibreux que nous avons opérés, qui souffraient dès l'enfance et étaient venus nous consulter ayant de grands résidus, ou étant en complète rétention, sont tous sortis de nos cliniques en pouvant vider complètement leur vessie.

Quelques uns étaient porteurs de petits diverticules qui se sont atténués ou qui ont même disparu des films radiographiques après l'opération; chez d'autres, il existait des reflux vésico-rénaux qui ont également disparu; enfin un malade, qui, pendant la miction, sentait l'urine couler le long de la région lombaire, après trajet fistuleux, a pu assister à la guérison définitive de son terrible mal, grâce à une seule intervention de diathermo-coagulation du col.

Nous avons opéré deux malades par diathermo-coagulation du col fibreux en barre atteint de calculose rénale double.

Dans les deux cas il y avait des coliques rénales, ce qui les amena à se faire examiner.

Les deux malades souffraient de polyurie, ils avaient de mauvais constants d'Ambard et un résidu variable oscillant entre 60 et 150 c. c.

Après la diathermo-coagulation du col le résidu est tombé également à zéro.

Chez ces malades je n'ai pas osé toucher au rein, non seulement parce que l'état fonctionnel de ces organes était mauvais, mais aussi pour observer l'effet de l'opération pratiquée sur le col. Or, tous deux ont été opérés au mois de mai 1932, et jusqu'à présent les coliques rénales ne se sont plus renouvelées.

Existe-t-il quelque relation entre l'affection du col et l'état pathologique du rein? Nous constatons qu'au fur et à mesure que le temps passe, le rétentionniste voit s'étendre le champ des troubles dérivés de son affection.

Ce sont d'abord les influences exercées sur l'uretère qui entr'ouvrent le sphincter et permettent à l'urine un mouvement rétrograde — c'est à dire le reflux; c'est ensuite le bassinot qui se distend et l'hydronéphrose qui se constitue; c'est finalement l'infection qui survient et la piélonéphrite qui s'installe.

Normalement dans l'appareil urinaire se développent et se propagent des ondes de contraction qui déchargent les réservoirs,

des ondes qui résultent des réflexes commandés par le système nerveux organo-végétatif.

Nous savons que les uretères sont actionnés séparément par des nerfs qui proviennent du plexus hypogastrique, dont les uns, d'origine para-sympathique, provoquent la contraction de la musculature de l'organe, tandis que les autres, d'origine sympathique, déterminent l'inhibition de la dite musculature. Tous les deux sont interrompus au niveau des plexus muraux de la vessie.

S'il en est ainsi, les troubles dérivés du déséquilibre produit dans le système nerveux intercalé de la vessie peuvent se réfléchir sur les uretères, qui restent ainsi assujettis à l'influence de courts-circuits, lesquels pourront agir sur l'un ou l'autre de ces organes, ou sur les deux ensemble.

Uretère et bassinnet se laisseront donc dilater, quand leur musculature ne réagira point en présence de l'urine qui remplit leurs cavités, à cause de réflexes pathologiques qui empêchent la production des ondes de contraction normale.

Par conséquent, le mécanisme intime par lequel ce phénomène se produit dépend du réflexe antagonique qui provoque l'inhibition de l'uretère et du bassinnet, et qui a comme point de départ le col de la vessie.

Si nous sommes dans la vérité, le reflux doit disparaître quand nous agissons sur le col en pratiquant des manoeuvres thérapeutiques destinées à rétablir son fonctionnement.

C'est ce qui arrive aux malades de la I^{re} et de la XI^{ème} observations.

Chez le premier, n^o 5240 U. h., on avait à faire à un col en barre, accompagné de reflux à gauche; chez le second, n^o 5986, il y avait un adénome du col, deux diverticules et un reflux à droite.

Tous les deux, après avoir été soignés par la diathermo-coagulation du col, ont quitté l'hôpital sans résidu, sans reflux, tout à fait guéris.

Nous savons que le reflux, d'abord limité à l'uretère, ensuite au bassinnet, peut encore monter un peu plus haut et arriver jusqu'au rein.

Il se produit ainsi une espèce de paralysie de la musculature fine et délicate qui intervient dans la contexture des calices et des papilles, et dont les ondes de contraction, aspirant l'urine des tubes de Bellini, aident les phénomènes d'osmose au niveau des glomérules de Malpighi.

Les calices, les tubes urinifères, se dilatant, la valeur fonctionnelle du rein s'affaiblit; et il survient la polyurie réflexe des distendus. La glande produit en quantité ce qu'elle ne peut pas produire en qualité. L'organisme se déshydrate en même temps que l'urée s'accumule dans le sang.

La constante d'Ambarde monte, le phénolsulphono-phtaléine est retenu, l'organisme s'intoxique, le malade maigrit, s'affaiblit, en même temps que l'infection gagne du terrain.

Et cependant, dans plusieurs de ces cas, c'est bien dans le col que l'on trouve la cause primitive de tous ces états pathologiques.

En effet, combien de fois nous constatons l'existence de lésions graves, irréparables, de lésions qui conduisent le malade à la mort — lésions qui ont eu leur origine dans des troubles dynamiques dérivés d'une affection du col!

V

Conclusions

Pour le traitement des affections du col il faut considérer d'abord les états pathologiques résultant des anciens processus inflammatoires, les cols fibreux, les petits néoplasmes (révélés à l'examen uréthro-cystoscopique, ou bien décelés au microscope par l'examen histologique), les malformations congénitales, en somme, cet ensemble d'affections dont relèvent tous ces rétentionnistes qu'Albarran appelait «les prostatiques sans prostate». Comment soigner ces malades?

Pratiquer l'excision du col par la voie transvésicale ou, au contraire, utiliser la voie endo-urétrale pour détruire au moyen d'un courant de haute fréquence les barres fibreuses, les petits adénomes sous-muqueux?

Assurément la voie endo-urétrale peut être empruntée dans tous les cas, quel que soit l'état général du malade; il n'y a point de contre indication; il n'y a point à cela d'empêchement.

Et au point de vue fonctionnel, les résultats des statistiques sont excellents; la rétention disparaît, aussi bien que le reflux; les malades vident complètement leur vessie, leur état général se modifie, ils guérissent.

Par la voie transvésicale, et en pratiquant l'excision du col, les résultats obtenus satisfont au point de vue fonctionnel aussi bien qu'en ce qui regarde les modifications produites dans les divers organes, comme conséquence de cette même infirmité.

Mais, tant que l'intervention endo-urétrale n'a point de limites dans son emploi, l'intervention transvésicale à ciel ouvert par excision du col, la seule admissible en l'espèce, exige un état général compatible avec les phénomènes de choc, lesquels se déchaînent fatalement dans l'organisme de l'opéré.

Chez les malades qui se trouvent en état de résister on pourra emprunter la voie hypogastrique; toutefois, la technique diathermique par voie endo-urétrale sera dorénavant la méthode à préférer, nous voudrions pouvoir dire: *la méthode de prédilection du chirurgien.*

*

Quant aux malades par adénome du col (prostatiques rétentionnistes) qui viennent chez nous en vue d'une intervention, si leurs conditions générales sont compatibles avec l'adénomectomie transvésicale (prostatectomie), nous n'hésiterons pas à les faire opérer.

Mais, parmi les rétentionnistes adénomateux qui passent par nos cliniques, 60 0/0 d'entre eux, environ, ne sont pas dans les conditions désirables et ne peuvent, par conséquent, bénéficier de cette intervention.

En regardant les statistiques de notre service, nous voyons que dans ces derniers temps près de 550 rétentionnistes ont passé entre nos mains et parmi ceux-ci 160 à peine ont pu être opérés d'adénomectomie transvésicale (prostatectomie).

Est-ce que pour ces malades, chez lesquels les rigueurs du choc opératoire exigent des conditions générales qu'ils ne remplissent point, on pourra employer les méthodes endoscopiques de traitement, extrêmement bénignes et par là même sans aucun danger?

Nous croyons que la diathermo-coagulation par voie endoscopique est tout à fait indiquée chez de tels malades, condamnés à l'usage de la sonde à demeure ou au tube de drainage hypogastrique le restant de leurs jours.

En procédant ainsi, nous arrivons à soigner des malades dits incurables, qui, désormais, peuvent voir rétablir l'équilibre fonctionnel de leur vessie, perdu pourtant depuis des années.

Résumé

Les lésions du col se manifestent par des troubles de la miction qui amènent les malades à la consultation. Mais comme de tels troubles peuvent être dûs à des causes étrangères au col, un diagnostic précis est donc indispensable puisque seuls les troubles dûs aux lésions existant dans le col sont justiciables de la chirurgie dudit col.

Les fibres nerveuses du sympathique qui se sont distribuées sur le col s'interrompent au niveau des plexus muraux existant dans la paroi de la vessie; et ce sont les neurones des ganglions qui, donnant lieu à des arcs réflexes de petite longueur, président à la contraction musculaire, et par cela même règlent le fonctionnement de l'organe, en dehors des commandements médullaires et cérébraux.

Les lésions du col provoquent des désordres dans les domaines de ce système nerveux intercalé qui entraînent des réflexes intempestifs, de vrais courts-circuits dont le résultat est le désaccord fonctionnel.

Pendant la miction le moment vient où le potentiel du détrusor n'est pas assez puissant pour vaincre le col en cet état d'érectisme pathologique.

Et alors, le col se ferme, la miction s'arrête, et le liquide qui reste dans la vessie représente le résidu. La rétention complète se produit quand la force contractile de la musculature de la paroi de la vessie ne peut entr'ouvrir le col.

*

Les glandes para-urétrales sont l'origine de plusieurs affections du col, aussi bien néoplasiques qu'inflammatoires.

Au nombre des néoplasmes figurent surtout les grands adénomes, improprement appelés hypertrophie de la prostate, et les petits adénomes que le toucher rectal ne révèle point, mais que l'on voit dans la tranche anatomique, ou que le microscope met en évidence.

Les processus inflammatoires peuvent avoir leur origine soit dans la glande para-urétrale, soit dans les tissus périphériques, en suivant dans les deux cas une évolution fibreuse.

Dans certains examens histologiques du col vésical des malades que nous avons opérés, il y avait des lésions inflammatoires chroniques très nettes.

Ce sont des cas de cols fibreux acquis.

Pareil cas peut se présenter chez l'enfant sous la forme fibreuse, en barre, valvulaire, etc., indépendamment de toute lésion inflammatoire.

Ce sont des cas de cols fibreux congénitaux.

*

Dans la chirurgie du col nous pouvons suivre deux voies : la voie endo-urétrale ou la voie hypogastrique.

I — Voie Endo-Urétrale. — Dans les interventions endoscopiques nous avons employé le McCarthy Foroblique Pan Endoscope, fabriqué par Wappler; et comme appareil de haute fréquence, l'appareil de Gaiffe à éclateur.

Nous commençons à attaquer le col par sa face inférieure en ajustant l'électrode sur son versant postérieur ou vésical; ensuite nous faisons passer le courant et, à mesure que l'incision s'approfondit, nous retirons l'instrument, de manière à creuser un sillon depuis la luette jusqu'au voisinage du veru montanum.

Aussitôt que nous arrivons à la limite de cette dernière région, nous interrompons le courant et nous recommençons l'opération.

Par cette manoeuvre de va-et-vient on détruit complètement l'angle saillant de la face inférieure du col. Cela fait, on commence de la même manière l'attaque des faces latérales et de la voûte du col.

L'opération dure de 15 à 30 minutes en moyenne.

Ensuite on applique une sonde à demeure, qu'on laisse de 10 à 20 jours, attendu que la diathermo-coagulation circulaire détermine toujours une certaine réaction locale accompagnée d'œdème.

Ces derniers temps nous avons remplacé le Pan-Endoscope

par un nouvel instrument bien plus parfait: le Stern McCarthy Visual Prostatic Electrotome avec McCarthy Visual System.

Nous employons pour la haute fréquence le McCarthy Surgical Unit, appareil à lampe qui fournit un courant à ondes courtes.

En utilisant convenablement cet outillage, l'hémorragie est nulle, non seulement pendant l'opération, mais aussi les jours suivants.

On obtient une eschare blanche qui s'élimine en laissant après elle une cicatrice flaccide laquelle se recouvre rapidement d'épithélium.

Pour les opérations endoscopiques nous prenons toujours à l'égard des malades toutes sortes de précautions, comme s'il s'agissait d'une grave opération transvésicale.

*

II — Voie Hypogastrique. — L'abord du col par la voie hypogastrique permet de réaliser trois opérations: l'excision, la divulsion et l'adénomectomie.

L'excision du col bénéficie d'une technique parfaite, méthodiquement réglée, ce qui n'est pas du tout le cas de la divulsion, laquelle, selon nous, doit être complètement abandonnée.

L'adénomectomie (prostatectomie) est une opération excellente pour les adénomes du col (hypertrophie de la prostate).

Dans toutes les interventions de ce genre, le grand danger, considéré encore comme le point noir, est l'hémorragie.

Les moyens physiques d'hémostase on fait faillite dans cette chirurgie spéciale; on craint d'abord l'effet hémostatique de la chaleur et du massage, et on s'est rabattu sur la mèche, qui a le grand défaut de provoquer des douleurs épouvantables.

Ces derniers temps nous avons réussi à surmonter ces difficultés en employant les procédés biologiques d'hémostase.

Nous trouvons dans les muscles du pigeon l'élément désiré: l'hémostase est parfaite et les malades ne souffrent plus.

Dans les opérations par voie hypogastrique, nous employons la rachi-anesthésie à la stovaïne qui donne un calme abdominal absolu.

Dans les opérations par la voie endo-urétrale de diathermo-coagulation, nous employons l'anesthésie épidurale à la novocaïne, qui donne de bons résultats puisque les malades ne souffrent point, et on peut l'utiliser quel que soit l'état général de l'opéré.

*

Nous avons opéré 92 malades dont;

88	par diathermo-coagulation, voie endo-urétrale:
2	par voie hypogastrique, excision du col
2	» » » » , divulsion du col
<hr/>	
92	

Si l'on se reporte à notre diagnostic — nous comptons :

Cols fibreux en barre.	28
Adénomes du col (hypertrophie de la prostate)	61
Epithéliomes de la prostate	2
Polypes du col	1
	<hr/>
	92

Dans les adénomes du col il n'y a que des opérés par diathermo-coagulation, dont 57 étaient inopérables par adénomectomie hypogastrique.

Des 88 malades opérés par diathermo-coagulation, 83 (c'est à dire 94 %) ne sont plus retournés à la clinique; et de plusieurs d'entre eux nous savons qu'ils n'ont plus souffert de leur appareil urinaire.

Parmi les opérés il y a deux femmes: une opérée par voie hypogastrique et l'autre par voie endo-urétrale (diathermo-coagulation). Toutes les deux sont entrées à la clinique en rétention complète et elles en sont sorties il y a un an, avec un résidu de zéro, qui est le leur encore aujourd'hui. L'examen histologique du col a révélé l'existence d'une cystite chronique.

En nous reportant à la statistique, finalement, nous constatons :

- 1° — que la mortalité est de zéro;
- 2° — que les complications post-opératoires sont nulles;
- 3° — que la dynamique vésicale post-opératoire est parfaite.

Pour conclure: les cols fibreux ou les cols comportant de petits néoplasmes, ou accompagnés de malformations congénitales, bref tous ces malades rétentionnistes qu'Albarran appelait «prostatiques sans prostate», guérissent toujours avec la diathermo-coagulation par voie endo-urétrale.

Voilà la méthode que nous préférons, puisque la mortalité est nulle et que les résultats dynamiques en sont aussi satisfaisants que possible.

Les adénomes du col (hypertrophie de la prostate), doivent être opérés par la voie hypogastrique (prostatectomie), chaque fois que les conditions générales de ces malades, coeur, foie, et reins le permettent. C'est l'opération idéale dans ces cas-là, puisqu'elle constitue une véritable chirurgie physiologique.

Chez tous les autres rétentionnistes adénomateux, qui sont le plus grand nombre, et chez lesquels des conditions générales ne permettent pas cette opération, il faut recourir à la diathermo-coagulation.

Avec cette intervention nous réussissons à réduire presque à zéro, leur résidu, et à soigner ainsi des malades considérés jusqu'à comme incurables.

Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urètre	Toucher rectal (prostate)	Rétention	Épreuves fonctionnelles du rein (C. d'Ambarard Ph. S. Ph. (m. ligr.))	Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opération	Anesthésie	Résultat. Résidu
I 5.240 U. h.	5-11-931 30 ans	17	Normale	Complète	0,22 0,0028	—	Col fibreux Réflux vésico-rénal gauche Fistule réno-cutanée	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 10 c. c.
II 5.140 U. h.	1-7-931 30 ans	17	Normale	Complète	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Locale	Guéri R: 5 c. c.
III 594 Q. l.	3-3-931	—	Normale	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (4 interventions)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
IV 5.303 U. h.	28-12-931 72 ans	20	Augmentée adénome	Résidu: 200 c. c.	—	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
V 9.169 Cons.	49 ans	—	Normale	Résidu: 0 c. c.	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
VI 5.023 U. h.	27-12-930 65 ans	19	Augmentée adénome	Complète	—	Anévrisme aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.

VII 7.188 Cons.	26-5-026 34 ans	—	Normale	Résidu : 350 c. c.	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R : c. c.
VIII 5.389 U. h.	5-2-032	19,5	Normale	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R : c. c.
IX 5.232 U. h.	5-10-031 70 ans	20	Augmentée adénome	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Locale	Guéri R : c. c.
X 596 Q. l.	11-3-031 71 ans	—	Normale	Complète	—	0,0031	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (3 interventions)	Locale	Guéri R : c. c.
XI 5.652 U. h.	8-9-031 59 ans	16,5	Augmentée adénome	Complète	0,05	—	Adénome du col Diverticules vésicaux Réflux à droite	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R : o c. c.
XII 5.227 U. h.	4-10-031 64 ans	20,5	Augmentée adénome	Complète	0,15	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Locale	Guéri R : o c. c.
XIII 5.200 U. h.	22-8-031 73 ans	22,5	Augmentée adénome	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Locale	Guéri R : o c. c.
XIV 5.145 U. h.	21-6-031 82 ans	—	Normale	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Locale	Guéri R : 10 c. c.

Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urète	Toucher rectal (prostate)	Rétention	Épreuves fonctionnelles du rein C. d'Amberd Ph. S. Ph. (6 ml. ligr.)	Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opérations	Anesthésie	Résultat. Résidu
XV 3.384 U. h.	12-11-925 58 ans	16	Normale	Complète	0,06	0,0029	Col fibreux	Divulsion du col	Générale (Kéléne)	Guéri R: 0 c. c.
XVI 619 Q. 1.	5-6-931 58 ans	22	Augmentée adénome	Résidu: 200 c. c.	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (3 interventions)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
XVII 5.109 U. h.	18-6-931 22 ans	—	Normale	Résidu: 300 c. c.	—	—	Col fibreux	Excision du col	Rachi-Stovaine	Guéri R: 0 c. c.
XVIII 608 Q. 1.	57 ans	—	—	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (3 interventions)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
XIX 603 Q. 1.	7-4-931 58 ans	—	Normale	Complète	0,17	0,0057	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
XX 5.150 U. h.	11-6-931 57 ans	—	Normale	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Locale	Guéri R: 40 c. c.

XXI 701 Q. l.	9-12-931 68 ans	23	Augmentée adénome	Complète	0,114	0,004	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Locale	Guéri R: 15 c. c.
XXII 5.447 U. h.	7-3-932 68 ans	19,5	Augmentée adénome	Complète	—	0,0048	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XXIII 5.468 U. h.	5-4-932 64 ans	19	—	Complète	—	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XXIV 5.469 U. h.	6-4-932 54 ans	—	Normale	Complète	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 20 c. c.
XXV 5.314 U. h.	2-6-926 68 ans	18,5	Normale	Complète	0,37	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XXVI 5.431 U. h.	9-2-932 66 ans	22	Augmentée adénome	Complète	0,101	0,0038	Dilatation du coeur	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XXVII 5.475 U. h.	14-4-932 66 ans	—	—	Complète	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XXVIII 5.511 U. h.	30-5-932 30 ans	17	Normale	Résidu: 0 c. c.	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.

Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urètre	Toucher rectal (prostate)	Rétention	Épreuves fonctionnelles du rein		Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opération	Anesthésie	Résultat. Résidu
XXIX 756 Q. 1.	9-5-932 29 ans	—	Normale	Résidu: 200 c. c.	C. d'Ambar 0,401	Ph. S. Ph. (6 ml.) ligr. 0,0006	—	Col fibreux Réflux vésico- rénal bila- téral	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
XXX 5 491 U. h.	30-4-932 60 ans	—	Normale	Résidu: 100 c. c.	0,096	—	—	Adénome du col Diverticule vésical, ré- flux à droite	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
XXXI 4 565 U. h.	31-3-932 64 ans	19	Augmentée adénome	Complète	0,061	0,0042	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: c. c.
XXXII 8,908 Cons.	48 ans	17	Normale	Résidu: 10 c. c.	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Locale	Guéri R: c. c.
XXXIII 5,403 U. h.	5-5-932 60 ans	—	Normale	Résidu: 40 c. c.	—	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- gulation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R. c. c.
XXXIV 5.102 U. h.	12-4-931 80 ans	21	Normale	Complète	0,15	0,15	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Locale	Guéri R: c. c.

XXXV 744 Q. I.	13-4-932 72 ans	—	Normale	Résidu : 250 c. c.	0,049	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R : 15 c. c.
XXXVI 3.491 Cons.	14-1-931 66 ans	25	Normale	Complète	—	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Locale	Guéri R : 5 c. c.
XXXVII 5.501 U. h.	14-4-932 37 ans	—	Normale	Résidu : 140 c. c.	0,12	0,0028	—	Col fibreux Calcul rénal bilatéral	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R : 0 c. c.
XXXVIII 762 Q. I.	1-4-932 52 ans	—	—	Résidu : 200 c. c.	0,165	0,0034	—	Col fibreux Calcul rénal bilatéral	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R : 0 c. c.
XXXIX 749 U. m.	11-4-932 65 ans	—	—	Complète	—	—	—	Col fibreux	Excision du col	Rachi- -Sto- vaïne	Guéri R : 0 c. c.
XL 5.552 Q. U. h. 7.575 Cons.	23-7-932 43 ans	—	—	Résidu : 150 c. c.	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R : 0 c. c.
XLI 5.102 U. h. 9.147 Cons.	12-4-931 80 ans	21	Augmentée adénome	Complète	0,15	0,0037	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Guéri R : 0 c. c.

Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urètre	Toucher rectal (prostate)	Rétention	Épreuves fonctionnelles du rein C. d'Ambard Ph. S. Ph. (6 ml. Hgr.)	Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opération	Anesthésie	Résultat. Résidu
XLII 71 Cons.	49 ans	17	Normale	Résidu: 20 c. c.	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Locale	Guéri R: 0 c. c.
XLIII 5.249 U. h. 9.377 Cons.	17-11-931 70 ans	21	Augmentée adénome	Résidu: 80-140 c. c.	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
XLIV 3.898 U. h.	27-11-927 68 ans	20	Normale	Complète	0,08	Hypotension	Col fibreux	Divulsion du col	Générale Kéléne	Amélioré R: 150 c. c.
XLV 637 Q. l.	15-8-932 67 ans	—	—	Résidu: 200 c. c.	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
XLVI 641 Q. l.	4-2-932 67 ans	21	Augmentée adénome	Complète	0,072	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (4 interventions)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.

XLVII 759 Q. I.	5-6-932 68 ans	21	Augmentée adénome	Résidu: 300 c. c.	0,147	0,0047	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XLVIII 765 Q. I.	2-6-932 70 ans	19	Normale	Complète	0,195	0,0016	Dilatation du coeur	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
XLIX 668-780 Q. I.	19-9-931 67 ans	22	Augmentée adénome	Complète	0,182	0,0037	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (3 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
L 767 Q. I.	17-8-932 61 ans	23	Augmentée adénome	Résidu: 270 c. c.	0,075	0,0031	Anévrisme aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (3 interventions)	Épidu- rale	Amélioré R: 80 c. c.
LI 800 Q. I.	27-8-932 68 ans	21,5	Augmentée adénome	Résidu: 260 c. c.	0,089	0,0059	Dilatation du coeur et dilata- tion aor- tique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.
LII 815 Q. I.	11-10-932 55 ans	23	Augmentée adénome	Complète	0,086	0,005	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (4 interventions)	Épidu- rale	Amélioré R: 70 c. c.
LIII 819 Q. I.	21-10-932 73 ans	—	Epi thélio- me	Complète	0,108	0,0043	—	Épithéliome de la pros- tate	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Amélioré R: 0 c. c.
LIV 820 Q. I.	25-10-932 50 ans	18	Normale	Résidu: 350 c. c.	0,104	0,0038	Dilatation aortique	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 0 c. c.

Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urètre	Toucher rectal (prostate)	Retention	Épreuves fonctionnelles du rein		Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opération	Anesthésie	Résultat-Residu
					C. d'Ambar	Ph. S. Ph. (6 ml. Hgr.)					
LV 823 Q. 1.	2-10-932 65 ans	—	—	Résidu: 180 c. c.	0,20	0,0033	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LVI 830 Q. 1.	17-11-932 41 ans	—	—	Complète	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LVII 858 Q. 1.	4-3-933 72 ans	—	Augmentée adénome	Résidu: 200 c. c.	0,072	0,0046	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (3 interventions)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LVIII 5236 U. h.	3-12-931 83 ans	23,5	Augmentée adénome	Complète	0,32	0,0024	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Le même état Rétention: Complète
LIX 5486 U. h.	18-4-932 50 ans	18	Normale	Résidu: 65 c. c.	—	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LX 5489 U. h.	21-4-932 74 ans	20,5	Augmentée adénome	Complète	0,106	0,0034	Anévrisme aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (3 interventions)	Épidurale	Amélioré R: 100 c. c.

LXI 5.513 U. h.	31-5-932 46 ans	18	Normale	Résidu: o c. c.	0,084	0,0042	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXII 5.496 U. h.	11-5-932 70 ans	18,5	Normale	Complète	—	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (3 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXIII 5.391 U. h.	6-2-932 24 ans	17	Normale	Résidu: o c. c.	0,068	0,0044	—	Col fibreux Réflux vésico- -rénal bila- -téral	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXIV 5.504 U. h.	18-5-932 75 ans	18,5	Augmentée adénome	Complète	0,081	0,0053	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXV 5.503 U. h.	18-5-932 62 ans	21,5	Augmentée adénome	Complète	0,058	0,0038	Hypoten- sion	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 20 c. c.
LXVI 5.536 U. h.	5-7-932 65 ans	22,5	Augmentée adénome	Complète	0,108	0,0037	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 30 c. c.
LXVII 5.524 U. h.	15-6-932 72 ans	24	Augmentée adénome	Complète	0,12	0,0056	Anévrisme aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXVIII 5.577 U. h.	1-9-932 62 ans	—	—	Résidu: 50-80 c. c.	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.

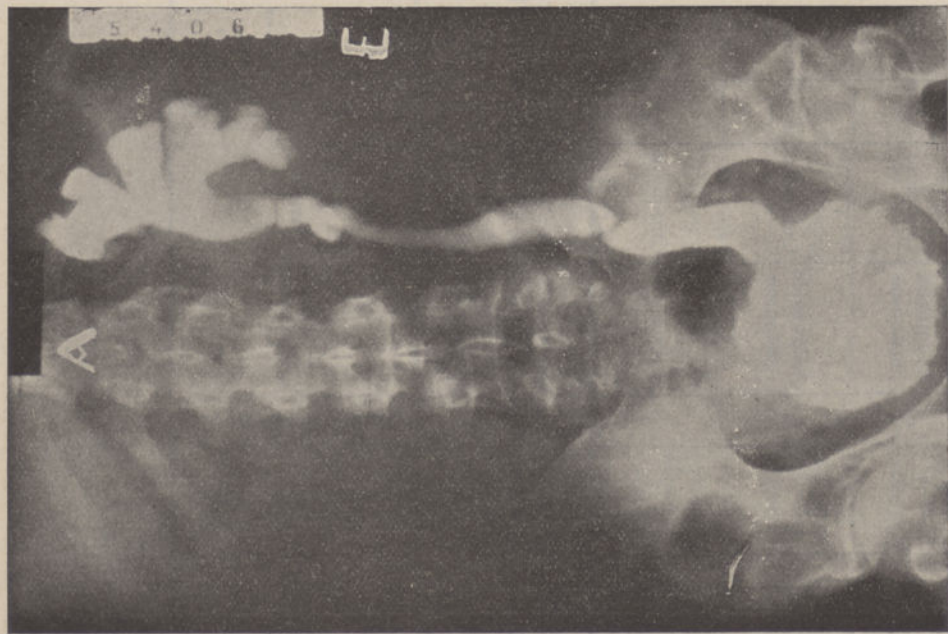
Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urètre	Toucher rectal (prostate)	Retention	Épreuves fonctionnelles du rein C. d'Ambar Ph. S. Ph. (6 ml. lig.)	Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opération	Anesthésie	Résultat. Résidu
LXIX 5.557 U. h.	4-8-932 68 ans	17,5	Normale	Complète	0,081 0,004	Hypotension	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: o c. c.
LXX 5.556 U. h.	4-8-932 67 ans	20,5	Augmentée adénome	Complète	0,20 0,0019	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: o c. c.
LXXI 5.563 U. h.	10-8-932 71 ans	20	Augmentée adénome	Complète	0,18 0,0032	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: o c. c.
LXXII 5.567 U. h.	18-8-932 78 ans	20	Normale	Résidu: 120 c. c.	— 0,093	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 20 c. c.
LXXIII 5.587 U. h.	20-9-932 70 ans	18	Normale	Complète	— 0,044	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: o c. c.
LXXIV 5.573 U. h.	25-9-932 54 ans	18	Normale	Résidu: 130 c. c.	— 0,136	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: o c. c.

LXXV 5.561 U. h.	9-8-932 74 ans	20	Augmentée adénome	Complète	0,072	0,0049	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXXVI 5.578 U. h.	10-9-932 74 ans	21	Augmentée adénome	Complète	0,10	0,0045	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (2 interventions)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXXVII 5.610 U. h.	19-10-932 74 ans	21	Augmentée adénome	Complète	0,058	0,0032	Anévrisme aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXXVIII 5.644 U. h.	6-12-932 38 ans	18	Normale	Résidu: 140 c. c.	0,07	0,0039	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXXIX 5.649 U. h.	12-12-932 73 ans	18,5	Augmentée adénome	Complète	—	0,0034	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: 30 c. c.
LXXX 5.674 U. h.	14-1-933 46 ans	18	Normale	Résidu: 290 c. c.	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXXXI 5.625 U. h.	15-12-932 72 ans	21,5	Augmentée adénome	Complète	0,118	0,0027	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.
LXXXII 5.681 U. h.	23-1-933 48 ans	18	Normale	Résidu: 0 c. c.	—	—	—	Polype du col	Diathermo-coagu- lation (1 intervention)	Épidu- rale	Guéri R: o c. c.

Observations	Entrée à l'hôpital. Age	Longueur de l'urètre	Toucher rectal (prostate)	Rétention	Épreuves fonctionnelles du rein (C. d'Ambar, Ph. S. Ph., 6ml.)	Examen cardio-vasculaire	Diagnostic	Opération	Anesthésie	Résultat, Résidu
LXXXIII 5.680 U. h.	22-1-933 66 ans	22	Augmentée adénome	Résidu: 240 c. c.	C. d'Ambar — Ph. S. Ph., 6ml. 0,104 0,0034	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LXXXIV 5.707 U. h.	21-2-933 54 ans	18	Normale	Résidu: 80-150 c. c.	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LXXXV 5.704 U. h.	19-2-933 76 ans	20	Normale	Résidu: 220 c. c.	—	Hypertension	Adénome du col	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 10 c. c.
LXXXVI 760 U. m.	2-6-932 38 ans	—	—	Résidu: 250-500 c. c.	—	—	Col fibreux Réflux à droite	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LXXXVII 878 Q. I.	8-5-933 72 ans	19	Normale	Résidu: 80 c. c.	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.
LXXXVIII 5.701 U. h.	18-2-933 55 ans	18	Normale	Complète	—	—	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Guéri R: 0 c. c.

LXXXIX 5,713 U. h.	2-3-933 68 ans	16	Épithéliome	Complète	—	—	—	Épithéliome de la prostate	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Amélioré R : o c. c.
XC 5,709 U. h.	22-2-933 71 ans	19	Augmentée adénome	Complète	0,064	0,0039	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Guéri R : o c. c.
XCI 889 Q. l.	5-6-933 77 ans	21	Augmentée adénome	Complète	0,118	0,0056	Dilatation aortique	Adénome du col	Diathermo-coagulation (2 interventions)	Épidurale	Guéri R : o c. c.
XCI 5,786 U. h.	31-5-933 76 ans	18	Normale	Complète	—	—	—	Col fibreux	Diathermo-coagulation (1 intervention)	Épidurale	Guéri R : o c. c.

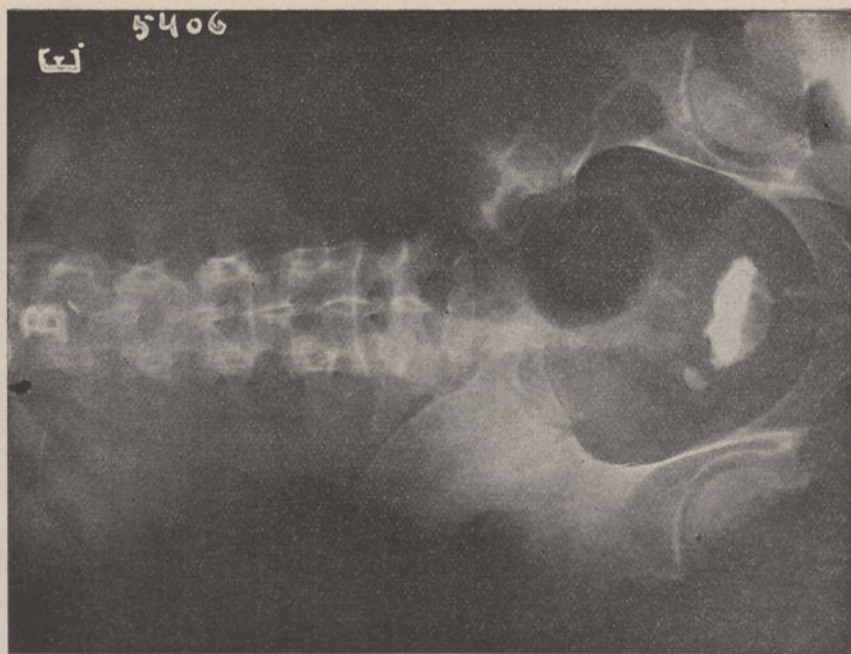
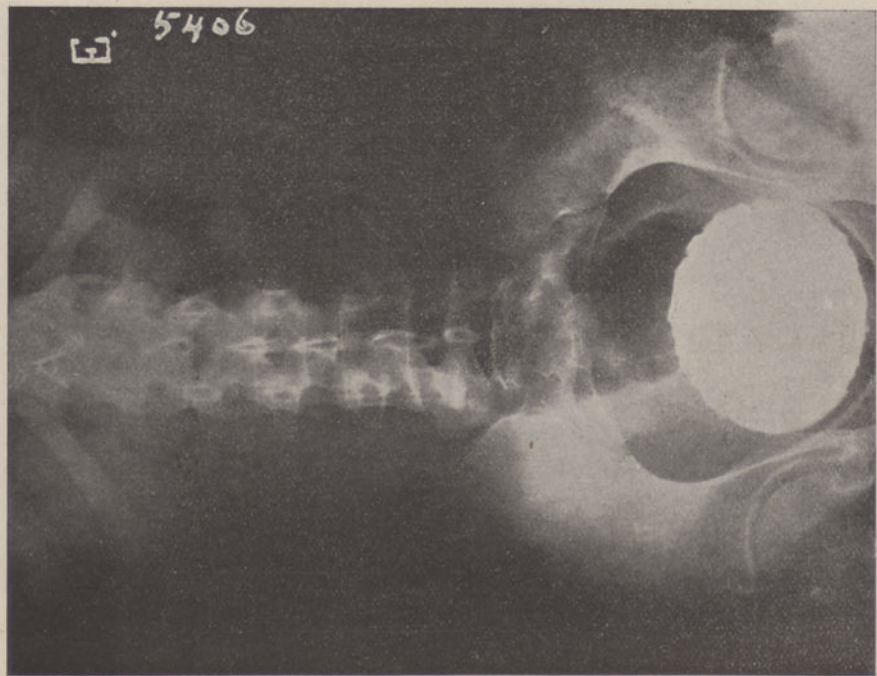
Les 39 premières observations ont été publiées dans le rapport — *La pathologie du col vésical*, présenté au 3ème Congrès Hispano-portugais d'Urologie, Coïmbre, Portugal, 4 au 7 Juillet 1932.



Pl. I — Malade n.° 5.240 U. h. Observation I

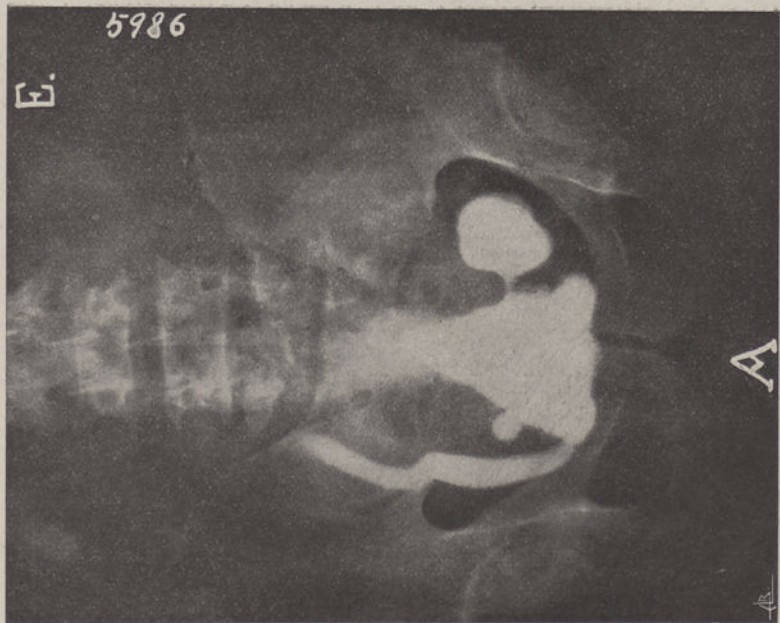
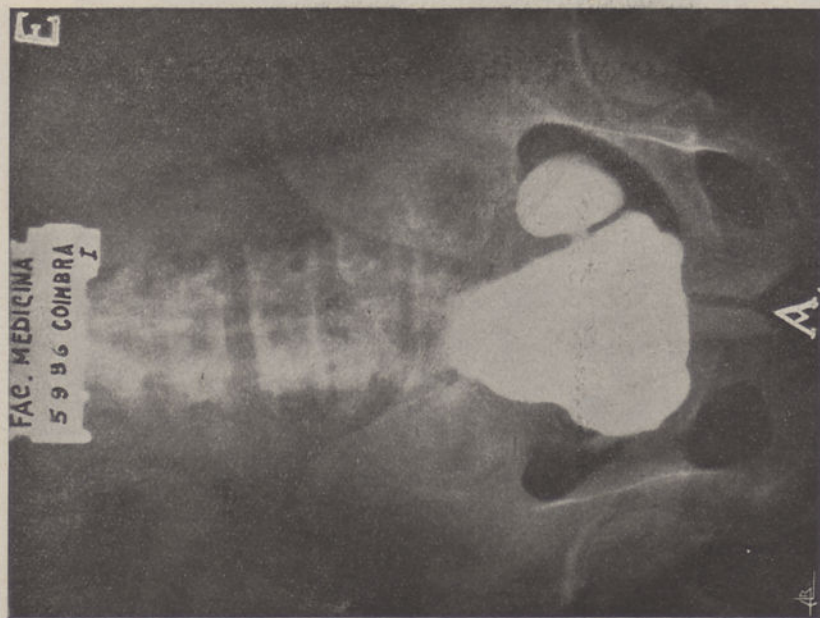
Diagnostic. — Col fibreux, compliqué de reflux vésico-rénal.
Cystographies réalisées avant l'opération.

A) Malade couché en décubitus dorsal. On voit la vessie avec ses contours irréguliers et du côté gauche l'uretère, le bassin et les calices dilatés.
B) Malade en décubitus latéral ayant uriné. On voit un résidu de 600 cc. et l'uretère gauche dilaté.



PL. II — Malade n.° 5.240 U. h. — le même que celui de la pl. I

Cystographies réalisés après l'opération. Diathermo-coagulation par la voie endo-urétrale.
 A) On voit la vessie; et maintenant ses contours sont presque normaux. On ne voit pas l'ombre de l'uretère.
 Le reflux vésico-rénal a disparu.
 B) On voit dans la vessie du malade, qui a uriné, 10 cc. de résidu.



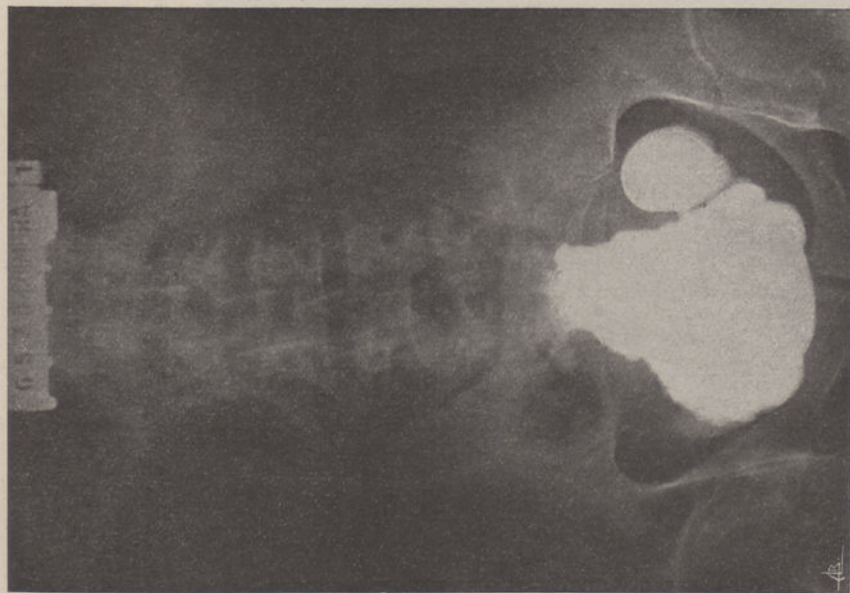
PL. III — Malade n.º 5.652 U. h. Observation XI

Diagnostic. — Adénomes du col, compliqués de diverticules vésicaux et de reflux vésico-rénal à droite.

Cystographies réalisées avant l'opération.

1) On voit la vessie qui a côté d'elle un diverticule.

2) On voit dans la vessie, après la miction, un grand résidu, un grand reflux, et à droite un reflux vésico-rénal. On dirait que le malade a uriné ver le rein.



PL. IV — Malade n.° 5.652 U. h. — le même que celui de la pl. III

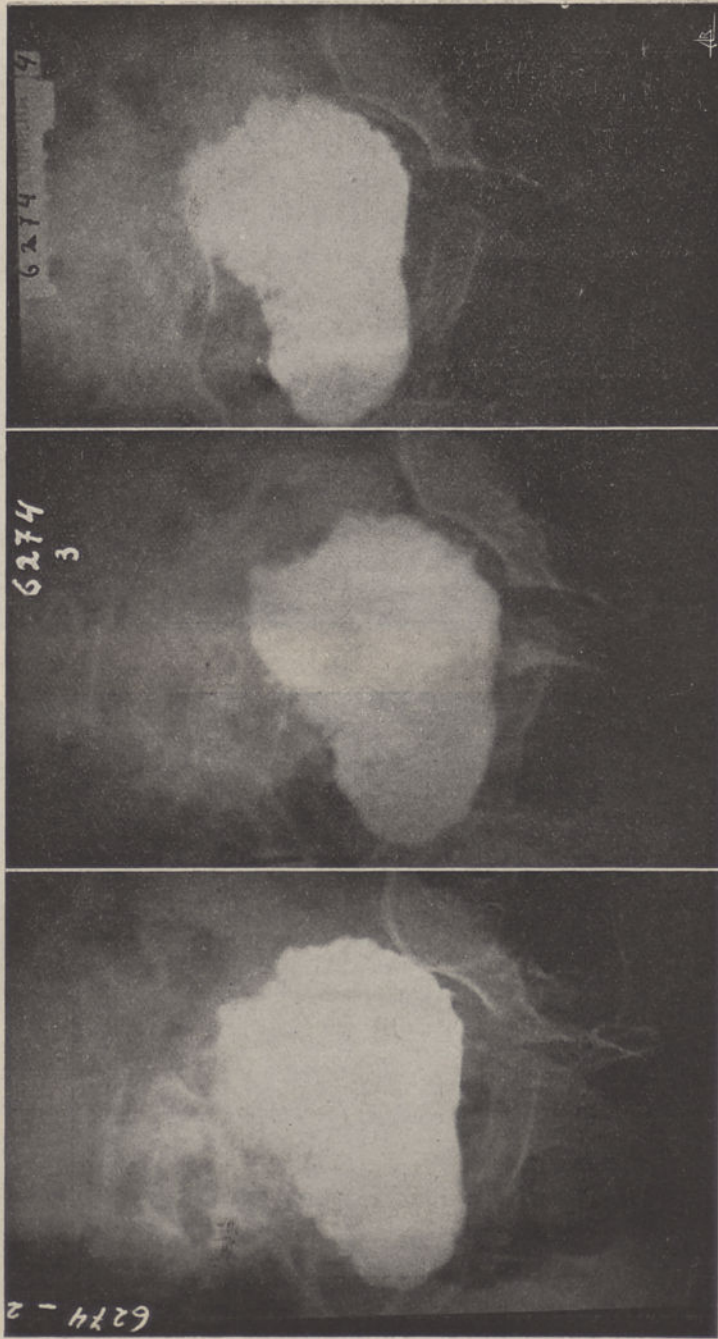
Cystographies réalisées après l'opération. Diathermo-coagulation du col par la voie endo-urétrale.

- 1) On voit la vessie et sa configuration triangulaire ainsi qu'un diverticule à gauche.
- 2) Kadiographie prise dans la même position et après que le malade a uriné. On ne voit pas de substance opaque.

Il n'y a plus de reflux.

Résidu ZÉRO.

Le malade a vidé non seulement sa vessie mais encore son diverticule.



PL. V — Malade n.° 5.489 U. h.

Diagnostic. — Adénomes du col.

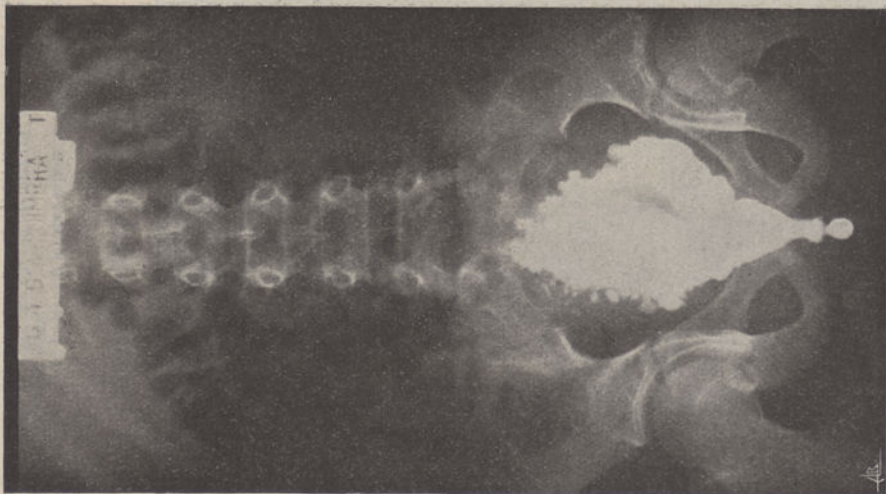
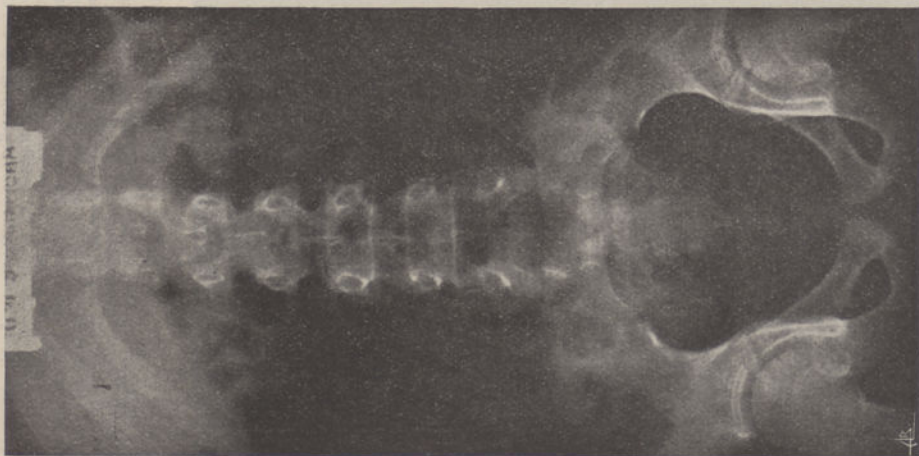
Cystographie réalisée en décubitus dorsal, position oblique.
Charge vésicale 300 c. c. de solution opaque.

2) On voit que dans la vessie au repos la région du col, est horizontale.

Le col est fermé.

3) On voit la vessie pendant la miction: le col est ouvert pour laisser passer le liquide. Le malade a uriné 25 c. c. à peine.

4) Après avoir terminé la miction le col s'est fermé, et il reste dans la vessie un résidu de 275 c. c.



PL. VI — Malade n.º 5.105 U. h.

Diagnostic. — Spina bifida.

A) Radiographie de la colonne vertébrale. On voit une solution de continuité dans l'arc postérieur de la cinquième vertèbre lombaire.

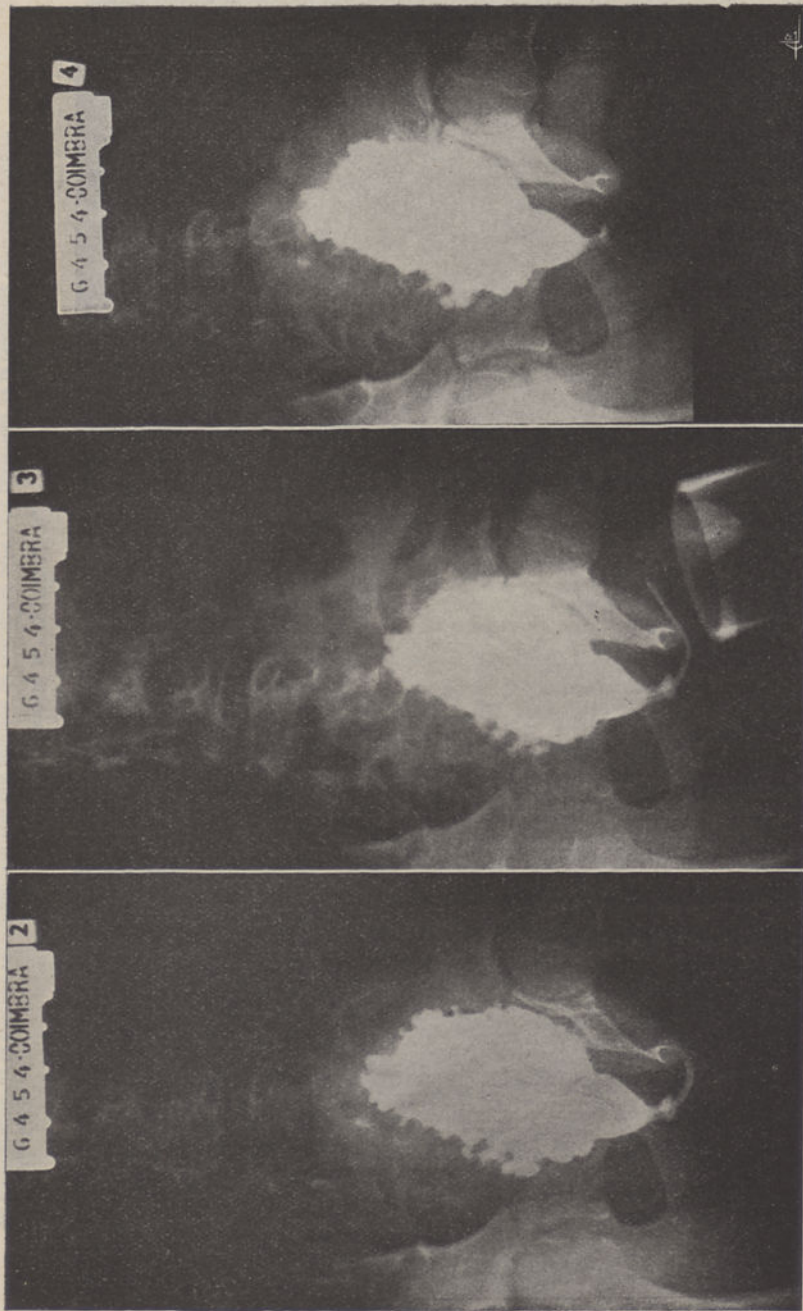
1) Cystographie. — Malade en décubitus dorsal. Charge vésicale 90 cc. de solution opaque. Dans la vessie en repos on voit ses contours irréguliers. Il n'y a pas de reflux urétéral.

Le col vésical largement ouvert prend la configuration d'un cône à base renversée.

G 4 5 4-COIMERA 2

G 4 5 4-COIMERA 3

G 4 5 4-COIMERA 4



PL. VII — Malade n.° 5.105 U. h. — le même que celui de la Pl. VI. Spina bifida.

Cystographies: — Malade en décubitus dorso-latéral-gauche.

2) On voit l'image conique du col, toujours ouvert et le sphincter externe incomplètement fermé.
 3) On voit la vessie pendant la miction: la configuration du col n'a pas changé; le sphincter externe laisse passer un jet très mince de solution opaque.
 4) On voit dans la vessie, après la miction, un grand résidu, le col toujours ouvert et le sphincter externe fermé.

Maintenant, s'il on compare ces deux sortes de rétentionnistes — malade n.° 5.489 et malade n.° 5.105, on voit: que chez le premier (pl. V) — Adenome du col — la rétention a lieu au moment précis où le col se ferme; que chez le second (pl. VI et VII) spina-bifida — le col est toujours ouvert et la rétention commandée par le sphincter externe, c'est à dire, par les nerfs honteux.

Si l'on fait quelque intervention chirurgicale sur le col de celui-ci, on n'obtiendra aucun résultat, comme d'ailleurs je l'ai vérifié.

LABORATÓRIO DE FÍSICA-QUÍMICA E QUÍMICA BIOLÓGICA

(Director Prof. Dr. A. de Moraes Sarmento)

DOSAGEM VOLUMÉTRICA DO SÓDIO EM MEIOS BIOLÓGICOS

PELO

DR. ING. CURT FUHRMANN

Chefe do Laboratório

Durante a execução do nosso trabalho «Action biominéral de la diète de Gerson» em publicação na *C. R. Soc. Biolog.*, elaborámos um processo volumétrico de dosagem do sódio, partindo do precipitado de Kolthoff (1).

Na literatura existe já o processo volumétrico de Blenkinsop (3). O nosso método tem sobre o deste autor as vantagens de ser mais económico, mais simples e, cremos, do mesmo rigor.

O princípio em que nos baseámos é a redução do sal urânio hexavalente (U VI) em sal urânio tetravalente (U IV) por intermédio do H nascente.

A quantidade de oxidante necessário para transformar o U IV em U VI, dependente da concentração do U que existe no precipitado [(U O₂). Zn.Na. (CH₃.COO) 9.6 H₂ O)], preparado segundo Kolthoff e Barber (2), permite indirectamente deduzir o valor de Na da amostra (1).

Empregámos os seguintes reagentes: H₂ SO₄ a 5 0/0, Zn em pó (livre de Fe) e K Mn O₄ n/100 ou Ce (SO₄)₂ n/100, dissol-

(1) Também tentámos o emprêgo da molibdomaganometria segundo Fontès e Thivolle (4), mas os resultados não foram satisfatórios, pois se formam facilmente turvações e precipitados insolúveis (fosfatos), quando se determina o Na dos meios biológicos, e ainda, porque o ponto de viragem do Mo O₂ se realiza antes de se utilizar a quantidade de oxidante prevista pela teoria.

vido em H_2SO_4 n, $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ n/100, K I a 40% e solução de amido a 1%.

Utilizamos a técnica de Kolthoff e Barber, até obtermos o precipitado contido no filtro de vidro (Jena No.4) acima mencionado. Lavamos 3 vezes com éter e deixamo-lo em seguida secar ao ar. Ajusta-se o filtro de vidro num Erlenmeyer de 150 cc. Procedemos então à dissolução do precipitado com 20 cc. de $\text{H}_2 \text{SO}_4$ a 5%, que lançámos em pequenas quantidades, e por meio de uma trompa, realizámos a aspiração para o Erlenmeyer.

Para reduzir o U VI, juntamos ao filtrado 0,5 ou 1 gr. de Zn em pó. Fechamos o Erlenmeyer com uma válvula de Bunsen e submetemos o seu conteúdo à ebulição durante 5 minutos. A côr amarela (U VI) primitiva torna-se esverdeada (U IV). Esta operação deve realizar-se imediatamente após a junção de zinco; no caso contrário, forma-se uma turvação e por vezes um precipitado, à custa de U, que não desaparece a quente nem a frio, originando-se assim perda de U oxidável. Arrefece-se com água corrente e decanta-se em seguida a parte líquida para um balão graduado de 50 cc. O Zn é lavado por várias vezes com pequenas porções de água acidulada (5 cc. de $\text{H}_2 \text{SO}_4$ a 5% mais 15 cc. de água destilada) e os líquidos de lavagem são lançados no mesmo balão, cujo volume se prefaz com água destilada ou melhor com $\text{H}_2 \text{SO}_4$ n. (1).

Procede-se depois à oxidação por manganometria ou pelo sulfato de cério tetravalente. Do balão de 50 cc., tiram-se várias amostras de 2 ou 3 cc. lançando o líquido para Erlenmeyers de 50 cc. Numa análise preliminar, partimos unicamente das mesmas quantidades de $\text{H}_2 \text{SO}_4$, Zn e água que se empregam na análise definitiva, e efectuámos as mesmas operações acima mencionadas, determinando também a quantidade de oxidante gasta por estes reagentes.

Se usamos a manganometria devemos juntar às amostras referidas o K Mn O_4 , notando-se o fim da oxidação pelo aparecimento da côr dêste oxidante. Os cc. de K Mn O_4 n/100 gastos, menos os utilizados na análise preliminar, representam os cc. correspondentes à oxidação de U IV.

(1) O sulfato de U IV dêste soluto é relativamente estável. Num becher com abertura larga, o máximo de oxidação pelo O atmosférico, durante 24 horas, não ultrapassa 5%.

Preferimos ultimamente trabalhar com o $Ce(SO_4)_2$, por não ser atacável pelo oxigénio do ar e por ter ainda a vantagem de se poder oxidar a quente. Junta-se uma quantidade conhecida d'êste oxidante em excesso (3 cc. de $Ce(SO_4)_2$ n/100 para 0,1 mgr de Na provável) e aquece-se o Erlenmeyer até à fervura. Depois do arrefecimento, titula-se êste excesso de oxidante por iodometria. Os cc. de $Ce(SO_4)_2$ n/100 empregados, menos os gastos de $Na_2 S_2 O_3$ n/100 e menos os utilizados na análise preliminar, representam os cc. de $Ce(SO_4)_2$ necessários para a oxidação de U IV.

1 cc. de $Ce(SO_4)_2$ n/100 ou 1 cc. de $K Mn O_4$ n/100 equivale a 0,03833... mgrs de Na.

EXEMPLO I — Soluções padrões de Na Cl:

	1	2	3	4
Na Cl %	54.42 mg	55.51 mg	60.03 mg	57.13 mg
= Na %	21.40	21.84	23.62	22.84
= Na em 3 cc.	0.6423	0.6551	0.7085	0.6743

Valores achados pela titulação em 3 cc. destas soluções padrões:

Titulação com:

K Mn O ₄ n/100	0.680 mg	0.665 mg	0.765 mg	0.717 mg
" " "	0.636	0.622	0.694	0.685
Ce(SO ₄) ₂ n/100 a frio	0.695	0.680	0.791	0.760
Ce(SO ₄) ₂ n/100 a quente	0.680	0.643	0.720	0.693
	0.652	0.657	0.736	0.662

II — Solução padrão de 1,368 gr $Na_2 CO_3 \cdot 10 H_2 O = 220$ mg Na %

Gravimetricamente	Volumetricamente
225.8 ^{mg} Na %	218.6 ^{mg} Na %
213.4 " "	219.4 " "

III — Determinação de Na em meios biológicos:

Soluções de Na, de valor desconhecido, feitas com pele de cão:

Gravimetricamente	Volumetricamente
	Cão No. 1.
257.9 ^{mg} Na %	258.8 ^{mg} Na %
250.0 " "	257.7 " "

Cão No. 2.

229.4^{mg} Na ‰

228.0 » »

240.0^{mg} Na ‰

239.6 » »

Cão No. 3.

150.4^{mg} Na ‰

156.9 » »

152.7^{mg} Na ‰

151.8 » »

BIBLIOGRAFIA

1. — KOLTHOFF — *Z. anal. Chem.* 70, 397 (1927).
2. — KOLTHOFF-BARBER — *J. Amer. Chem. Soc.* 50, 1625 (1928).
3. — BLENKINSOP — *J. agricult. Sci.* 20, 511 (1930).
4. — FONTÈS-THIVOLLE — *Chimie et Industrie*, IV Congrès, 93-105 (1924).

NOTAS CLÍNICAS

Anginas úlcero-necrotizantes

Considerações sôbre a necessidade do estudo sistemático do quadro sangüíneo

Não é raro que venham à consulta doentes que se queixam de terem sido súbitamente acometidos de arrepios, dores musculares nos membros, deglutição dolorosa, incapacidade para o trabalho, febre, cefaleias etc. Um exame rápido destes doentes revela sinais infecciosos gerais: côr térrea, lábios secos, olhar brilhante, anemia e como causa da sua deglutição dolorosa um processo de amidalite que já se pode ter propagado aos pilares do veu do palatino e às gengivas. Estas partes encontram-se ulceradas e cobertas de camadas necróticas, membranas ou pús. O hálito é pestilento. Os gânglios do pescoço, nomeadamente os sub-maxilares estão aumentados de volume, por vezes dolorosos à palpação, móveis sôbre os planos subjacentes. Por vezes mostram ainda estes doentes pequenas hemorragias gengivais e num estado mais adiantado da sua afecção, diarrrea, dores abdominais, icterícia, vômitos, aumento de volume dos gânglios nas várias regiões do corpo etc.

É hábito assistir-se aos mais variados diagnósticos. Assim inclinam-se os médicos umas vezes para Angina de Plaut-Vincent ou para Angina diftérica; outras vezes pronunciam-se pela Sepsis, pela Endocardite lenta post-anginosa ou mesmo, se os fenómenos bucofaringeos não são muito acentuados pelo que podem não despertar a atenção dos médicos e dos doentes, decidem-se fazer o diagnóstico de tuberculose em regra miliar sub-aguda. Por último acontece ainda que os clínicos fazem o diagnóstico de Agranulocitose ou de outra afecção do fóro hematológico sem o assentarem num estudo prévio do sangue. Hegler (Hamburg) cita um caso de uma rapariga que se apresentou a um médico sofrendo de Angina, enfartamentos ganglionares do pescoço, febre, depressão física e inaptência a quem foi diagnosticada uma tuberculose miliar sub-aguda. Outro médico, a quem passados dias a doente se mostrou, atendendo às lesões buco-faríngeas escolheu o diagnóstico de Difteria e injectou sôro. Porque os seus males se não atenuassem recorreu a doente a outro «Consiliarius» que pensou em Agranulocitose e foi com êste diagnóstico que a paciente recolheu ao Hospital de S. Jorge de Hamburgo. Não precisava a doente de ir tão longe nas suas peregrinações galénicas pois que a sua doença era daquelas que só afligem quando três médicos não se lembram de que os doentes têm sangue que

deve ser tão bem observado como as amídalas, a língua ou o coração! Uma simples observação dum esfregaço sangüíneo fêz a luz; a prova de Hanganatziu-Deicher confirmou o diagnóstico de febre ganglionar de Pfeifer e a doente deixou passados poucos dias a clínica para onde tinha entrado para morrer num meio de categoria... O inverso dêste caso tão elucidativo é bem conhecido.

Quantas vezes um doente não morre duma Leucemia Myeloblástica ou mesmo duma Anemia Perniciosa havendo sido tratado como portador duma Angina de Plaut-Vincent. Os casos como os do Prof. Hegler são deploráveis pelo golpe que vibram na reputação profissional dos médicos.

Poucas vezes os doentes se prejudicam com estes erros de diagnóstico porque infelizmente as afecções a que me quero referir se resolvem quasi sempre pelo Exitus letal dos individuos, pela carência dos meios de que dispõe a clínica que não conhece a sua natureza e nem sequer a sua Nosologia. Porém aos clínicos não compete só diagnosticar e tratar, êles devem também prognosticar. O prognóstico, feito de harmonia com os conhecimentos actuais, é a meu ver um grande dever social do médico que serve por assim dizer de contacto entre os arranjos da morte e os da vida que continuam. Há obrigações, há determinações que constituem interesses vitais dos individuos que ficam e que só se podem satisfazer em vida dos que morrem!

Sob a marca do sindroma anginoso podem-se encobrir algumas afecções do fôro hematológico que é necessário sempre despistar. Porque os sinais que se podem colhêr no exame somático do doente não bastam; é de absoluta necessidade fazer o estudo sistemático do sangue.

A Leucemia aguda, a Agranulocitose, a Angina monocítica, e a febre ganglionar de Pfeifer são entidades clínicas cujo quadro pode ser iniciado ou mesmo dominado por uma Angina úlcero-necrotizante. A Anemia perniciosa vem muitas vezes aumentar o número das dificuldades quer como doença primaria a que se junta a Leucemia aguda ou a Agranulocitose, quer sucedendo a estas. Porque me parece que a prática do estudo do sangue em casos desta natureza não é muito espalhada, nos meios rurais, acho oportunas estas notas. Leucemia aguda: — Esta afecção que foi pela primeira vez descrita por Ebstein e Fraenkel e que pode instalar-se súbitamente com arrepios, febre elevada, diathese hemorrágica, tendência para Stomatitides e Gengivitides úlcero-necrotizantes e cuja duração é curta e acidentada e o têrmo é por via de regra fatal, tem características hematológicas definidas. O comportamento dos elementos vermelhos e brancos é muito variável sendo porém a Anemia constante.

Por vezes os glóbulos brancos podem rarear de tal modo, sobretudo no domínio dos neutrófilos que os médicos são levados a pensar na Agranulocitose (Achard). Regista-se porém sempre a presença de células anormais da série branca que de per si só afasta aquela hipótese (Ch. Aubertin). Estas células cuja natureza foi e é muito discutida, como de resto a afecção de que são a marca, são elementos grandes com protoplasma basófilo, relativamente estreito em relação com um núcleo grande nucleolado cuja rede de cromatina é finamente entretecida dando o aspecto de favo de mel.

Primeiro consideradas como elementos linfáticos, depois como células indiferentes origem destes elementos e dos da série mielóide, foram classificadas de myeloblastos por Naegeli que se apoia nos resultados das reacções da oxydase e da peroxydase que revelam pequenas granulações protoplásmicas típicas da série mielóide. Porque muitos autores não têm podido confirmar esta maneira de ver denominam-se estes elementos, sobretudo na França, de leucoblastos e de leucoblastemia a Leucemia aguda (Achard). É no entanto preferível a orientação de Naegli pois que assim se pode fazer a distinção entre Leucemias limfoblásticas (raras) e Myeloblásticas (numerosas). Por outro lado há casos que embora com a mesma sintomatologia clínica têm que ser rotulados de Leucemias monocíticas por serem os monocitos que dominam o quadro sangüíneo.

Neste último caso temos o quadro da conhecida Angina monocítica.

Resumindo: nas Leucemias agudas quer myeloblásticas, quer Limfoblásticas, ou Monocíticas tem o clínico que atender às lesões bucofaringeas e aos syndromas anémico, hemorrágico, infeccioso e hematológico, este último o de maior importância para o diagnóstico diferencial.

Os casos em que se verifica a associação de Leucemia aguda e de Anemia Perniciosa têm sido relatados. A dúvida estabelece-se quando se quer concluir qual das afecções é dominante e qual a primeira em ordem cronológica do aparecimento, motivo porque se deve instituir a hepatoterapia sempre que o doente seja observado tardiamente e que se encontrem os sinais hematológicos clássicos da Anemia Perniciosa (Megalocitose, Megaloblastose, anemia, valor globular aumentado).

Nos casos de febre ganglionar de Pfeifer, que é por vezes epidémica e em que freqüentemente a par de insignificantes sinais anginosos se estabelecem enfartamentos ganglionares generalizados, fazem-se os diagnósticos mais variados como no caso do Prof. Hegler. É muito vulgar diagnosticar Leucemia linfática crónica. O quadro sangüíneo desta afecção tão alarmante pelos seus sintomas e pelo seu poder epidémico e tão benigna pelo seu desfecho de cura é também característico. Aqui encontrará o clínico por, via de regra, ligeira Leucocitose, numerosos Linfocitos, muitas formas jovens e grandes e finalmente linfoblastos.

A prova de Hanganatziu-Deicher confirma o diagnóstico se fôr positiva. Seja-me permitido fazer uma curta exposição prática desta prova ainda muito nova.

Tomam-se 12 tubos de ensaio ou menos, lança-se nêles sôro fisiológico assim distribuído: 3^o no primeiro tubo e 2^o em cada um dos restantes. Toma-se agora o sôro do doente e lança-se 1^o no primeiro tubo agita-se bem e temos um soluto a $\frac{1}{3}$ de sôro fisiológico + sôro do doente. Servindo-se duma pipeta tiram-se 2^o desta diluição e lançam-se no 2.^o tubo, dêste tiram-se do mesmo modo 2^o que se lançam no 3.^o e assim até ao penúltimo de que se tiram ainda 2^o para desprezar, ficando o último tubo a servir de contróle pois que nêle se contém apenas 2^o de sôro fisiológico. Em todos os tubos lança-se agora uma gota de sangue desplasmatizado de carneiro, agita-se e deixa-se o sistema à temperatura ambiente até ao dia seguinte em que se observa se houve ou não hemólise e se houve até que diluição do sôro do

doente, se efectuou. Hemolise = resultado positivo = febre de Pfeifer. Nos casos de angina monocítica é também positiva esta prova. A distinção das duas afecções está na interpretação do quadro sangüíneo como já foi dito.

Como complemento destas notas clínicas acho oportuno descrever a criação da Peroxydase, a que melhor se pode praticar mesmo no decurso do exame do doente. Contando com a operação da colheita do sangue que se faz pelo processo vulgar da picada na pólpa dum dedo ou no lóbo da orelha, são necessários 4 tempos:

- 1.º obtenção do esfregaço sangüíneo pelo processo habitual.
- 2.º fixação do esfregaço durante 10 minutos em Alcool + Farmalina (90^o de Alcool a 96 % + 10^o de Form. a 40 %).
- 3.º coloca-se a lâmina sem limpar ou secar 14^m num soluto de Alcool + Benzidina (20^o de Alcool a 40 % + 1/2 tableta de Benzidina Merk).
- 4.º lança-se sobre o esfregaço assim tratado, soluto de Unna Papenheim na proporção de 2 de soluto para 1 de água dest.

Em substituição do sol. U. P. pode-se usar o soluto Giemsa ou Haematoxilina.

Nos elementos da série mielóide revela-se por meio desta reacção a existência de granulações protoplásmicas coradas de amarelo acastanhado se se usou U. P. ou de azuis esverdeadas se se usou o Giemsa.

BIBLIOGRAFIA

- ACHARD — *Maladies du sang* — Masson e C.^a. Paris.
- CH. AUBERTIN — *Problèmes actuels de Pathologie Médicale*, par Clerc, 1931.
— Masson e C.^a.
- DEICHER — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n.º 12 — 1933.
- HEGLER — *Ueber Frühsymptome von Blutkrankheiten. Die Medizinische Welt*, n.º 1 — 1934.
- NAEGELI — *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik*.

Mais bibliografia vidé: *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie* — I Band, erster Teil, Blut Lymphknoten. LUBARSCH.

GUILHERME DE OLIVEIRA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Partidos médicos.

Estão a concurso, por espaço de 30 dias, os seguintes partidos médicos:

Azambuja. — Lugares vagos do segundo partido médico de Azambuja abrangendo as freguesias de Azambuja, Vila Nova da Rainha e Aveiras de Baixo, com sede em Azambuja, e o partido médico em Aveiras de Cima, com sede em Aveiras de Cima, cuja área abrange também a freguesia do Paraíso, com o vencimento anual de 600\$00, a melhoria da lei e o pulso sujeito à tabela camarária. (*Diário do Governo*, III série, n.º 13, de 16 de Janeiro de 1934).

Moimenta da Beira. — Lugar de partido médico do segundo círculo daquele concelho, com o ordenado de 400\$00, respectivas melhorias e emolumentos da tabela, constituído pelas seguintes freguesias: Aldeia de Nacomba, Alvite, Castelo, Cever, Leomil, Moimenta da Beira, Nagosa, Paradinha, Passô, Peralvelha e Sarzedo. (*Diário do Governo*, III série, n.º 23, de 27 de Janeiro de 1934).

Conferências.

Na sua permanência em Coimbra, onde veio de visita à Faculdade de Medicina, realizou duas conferências nesta cidade, o sr. dr. Hilário Veiga de Carvalho, assistente da Faculdade de Medicina de S. Paulo e médico perito do Serviço Médico Legal daquele Estado.

As conferências que se efectuaram no Instituto de Medicina Legal, versaram sob o tema «Contribuição paulista para o estudo diagnóstico-diferencial entre as lesões produzidas em vida e depois da morte», que fêz acompanhar de interessantes diapositivos.

Na primeira conferência a que presidiu o sr. Prof. Maximino Correia, o sr. dr. Hilário de Carvalho desenvolveu a crítica do processo de Verderan para a diagnose «ante» ou «post mortem» de um dado ferimento pela contagem globular. Documentou, por meio de projecções, a aplicação médico-legal que neste campo fornece a histopatologia e demonstrou desde quando e até quando se manifestam os fenómenos de reacção vital indicadores de que o ferimento foi produzido durante a vida.

Na segunda conferência, presidida pelo sr. Prof. João Duarte de Oliveira, reitor da Universidade, o conferente mostrou quais os quadros histológicos das hipostases e a aplicação que o seu conhecimento fornece para o estudo

da histologia dos fenómenos reaccionais e para o estabelecimento do tempo da morte. Por último, demonstrou quais as alterações que a hipostase poderia trazer para os quadros histológicos nos ferimentos «ante» e «post mortem», concluindo por uma bem orientada crítica geral do trabalho.

O sr. Prof. Almeida Ribeiro fêz a apresentação do conferente e enalteceu os seus trabalhos.

O corpo docente do Instituto de Medicina Legal ofereceu um banquete ao ilustre conferente.

— O sr. dr. Armando Narciso realizou, em Lisboa, uma conferência sôbre «O clima e as termas de Portugal na indústria do Turismo».

— O sr. Prof. Augusto de Almeida Monjardino foi autorizado a ausentar-se do país a-fim-de realizar, em Santiago de Compostela, uma conferência, a convite da Faculdade de Medicina da respectiva Universidade. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 22, de 26 de Janeiro de 1934).

Faculdades de Medicina.

De Lisboa. — Em substituição do sr. dr. Leonardo de Sousa Castro Freire, foi nomeado para exercer o cargo de chefe de serviço da cadeira de pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, o sr. dr. Francisco Pinto de Miranda. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 4, de 5 de Janeiro de 1934).

Foi anulado e considerado de nenhum efeito o despacho de 7 de Dezembro de 1931, por virtude do qual foi assalariado para o lugar de preparador da cadeira de propedêutica médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, o sr. dr. José Espadinha Rocheta. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 13, de 16 de Janeiro de 1934).

— Foi aprovado o têrmo de contrato celebrado entre a Faculdade de Medicina de Lisboa e o sr. dr. Augusto da Cunha Lamas, para assistente extraordinário da cadeira de urologia. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 15, de 18 de Janeiro de 1934).

— Foi aprovado o têrmo de contrato celebrado entre a Faculdade de Medicina de Lisboa e o sr. dr. José Espadinha Rocheta, para exercer as funções de assistente extraordinário da cadeira de clínica propedêutica. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 20, de 24 de Janeiro de 1934).

— Foi aprovado o contrato celebrado entre a Faculdade de Medicina de Lisboa e o sr. dr. Jacinto Croner Santana e Vasconcelos Moniz de Bettencourt, para assistente extraordinário da cadeira de fisiologia. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 22, de 26 de Janeiro de 1934).

— Foram nomeados professores agregados de medicina interna (6.º grupo) da Faculdade de Medicina de Lisboa, os srs. drs. Eduardo Carneiro de Araújo Coelho, Mário da Silva Moreira, José Henriques Cascão de Anciães, Fernando da Conceição Fonseca. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 24, de 29 de Janeiro de 1934).

De Coimbra. — O sr. dr. Afonso Augusto Pinto, foi nomeado para exercer, interinamente, as funções de director do Instituto de Higiene da Faculdade de

Medicina de Coimbra, no impedimento do director efectivo, sr. dr. João Serras e Silva. (*Diário do Governo*, II série, n.º 13, de 16 de Janeiro de 1934).

Do Pôrto. — Os srs. dr. Pedro Vitorino e Emanuel Ribeiro ofereceram ao Museu de História da Medicina trinta peças, entre documentos, gravuras e objectos diversos, respeitantes à medicina, destacando-se, dentre elles, oito curiosos vasos de faiança (boticas dos séculos XVII, XVIII e XIX), um baixo-relevo em madeira colorida representando um parto (século XVII), estojos cirúrgicos, cartas de sangrador e cirurgião, dois ex-votos (olhos em prata) e algumas litografias e gravuras de Hipócrates, Vesálio, Turner, etc.

Pelo professor J. A. Pires de Lima foram oferecidas ao Museu duas fototipias de documentos respeitantes à fundação da Faculdade de Medicina de Toulouse; pelo professor Afonso Guimarães, uma fotografia do professor oftalmologista Plácido da Costa, e pelo sr. dr. Luiz de Pina variadas gravuras, desenhos e fotografias de aparelhos cirúrgicos, hospitais e gafarias, têrmas romanas, etc.

Realizaram-se os concursos dos srs. dr. António Martins Gonçalves de Azevedo e Francisco Manuel da Fonseca e Castro para professores agregados da Faculdade de Medicina do Pôrto, respectivamente, de obstetrícia e ginecologia e pediatria e ortopedia. Nas provas dêste concurso argumentaram os srs. Prof. da Faculdade de Medicina de Coimbra, Novais e Sousa e João Pôrto. Os candidatos foram aprovados.

Hospitais.

À sala 2 do serviço n.º 3 (Silva Amado) do Hospital do Destêrro, foi dado o nome de Sala Melo Breynner. (Decreto-lei n.º 23.484, I série, n.º 18, de 22 de Janeiro de 1934).

— Foram nomeados precedendo concurso de provas documentais e práticas e pela ordem da respectiva classificação, internos do 3.º ano dos serviços clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa, os srs. dr. Henrique Aires Nunes Soares, António Antunes de Meneses, Armindo Crespo, Tertuliano Lopes Soares, Mário Monteiro Pereira, António Esperança Mendes Ferreira, Maria Luiza de Freitas Branco Herédia, António Rosa Damásio, Armando Cardoso Jorge, Manuel Otero Ferreira, Felipe Queiroz Salazar de Sousa, Carlos Figueira Rêgo, Ricardo Pereira Chaves de Almeida, João Luiz da Veiga, António Durão Leitão, Maria Teresa Duarte da Silva Paulo, Humberto Gabriel da Silva Neves, Lino Aires Leal de Matos, Rogério Nunes, Amadeu Bettencourt Machado, Jaime da Silva Sardinha Mota, Fernando de Sousa Teixeira de Sampaio, Francisco Adelino de Vasconcelos, Alfredo Augusto Gonçalves Coimbra, Manuel Mota Pereira, Aníbal Cardoso e Cunha, José Rico Louro Júnior, Augusto da Assunção Tavares e José Dias Pina Monteiro. (*Diário do Governo*, II série, n.º 3, de 4 de Janeiro de 1934).

— Foi exonerado a seu pedido, de interno do 2.º ano dos Hospitais Civis de Lisboa, do qual não chegou a tomar posse, o sr. dr. Artur dos Santos Alves de Moura. (*Diário do Governo*, II série, n.º 9, de 11 de Janeiro de 1934).

— Foram rescindidos os contratos dos srs. dr. José Maria Fernandes

Lopes, de interno contratado do 1.º ano; António Júlio de Almeida de Assis Brito, Francisco Cabral Sacadura, Octávio Meneses da Costa Sampaio, de internos contratados do 3.º ano dos Hospitais Cíveis de Lisboa. (*Diário do Governo*, II série, n.º 22, de 26 de Janeiro de 1934).

Assistência social.

Instituto de Oncologia. — O decreto-lei n.º 23.480 determinou que as obras do Instituto de Oncologia fiquem a cargo de uma comissão administrativa autónoma, de carácter temporário, dependente do Ministério das Obras Públicas e Comunicações. (*Diário do Governo*, I série, n.º 16, de 19 de Janeiro de 1934).

Sociedades científicas.

Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnografia. — A esta sociedade foram apresentadas as seguintes comunicações: *Estudos sobre a hereditariedade da cor dos olhos e dos cabelos*, pelo sr. dr. Alfredo Ataíde; *Impressões de arqueologia em Trás-os-Montes*, pelo sr. dr. Joaquim Santos Júnior; *Impressões e gravuras de pés pre-históricos*, *O problema de Moron em Estrabão* e *Os Belitanos de Artemidoso*.

Foi reeleita a direcção desta sociedade, constituída pelos srs. dr. Mendes Correia, presidente; Santos Júnior, tesoureiro; Alfredo Ataíde, secretário; Luiz de Pina, vogal.

Academia das Ciências. — Além de uma comunicação sobre Zacuto, feita pelo sr. dr. Silva Carvalho, foi apresentada outra do sr. dr. Pires de Lima, director do Instituto de Anatomia do Pôrto, sobre «um gato melómelo», cuja pata anterior direita se desdobrava à altura do cotovelo, tendo a mão apenas dois dedos, e saindo do cotovelo um esboço de membro supranumerário, de forma cónica, que se dirigia para trás, quasi horizontalmente: caso de melomelia muito singular.

Instituto Internacional de História das Ciências. — Por intermédio da secção do Pôrto deste Instituto, o sr. Prof. Pires de Lima fez uma dissertação sobre a história da teratologia portuguesa, em referência aos «monstros-duplos auto-sitários».

Reunião científica. — Na primeira sessão científica do presente ano realizada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, o sr. professor dr. Costa Sacadura referiu-se à morte do professor S. Recassens, de Madrid, obstetricista e ginologista de reputação mundial, salientando o alto valor intelectual desse ilustre homem de ciência, propondo que se enviasse, em nome do corpo clínico da Maternidade, uma mensagem de sentidas condolências a seu filho, o professor Luiz Recassens, de Sevilha. Esta proposta foi aprovada por unanimidade.

Em seguida, o mesmo professor referiu-se ao movimento do Serviço de

Obstetrícia no último ano e fêz, a propósito, algumas considerações, que se propõe desenvolver numa próxima sessão.

Os srs. dr. Cabral Sacadura, Coelho de Campos e Jorge Horta apresentaram um interessante estudo sobre um caso de monstrosidade fetal, que observaram. Tratava-se dum feto, que apresentava pés bôtos, polidactilia, meningocelo, dois grandes rins poliústicos e um enorme fígado, também quístico. Este caso, digno de citação pela sua raridade relativa, foi apreciado sob múltiplos aspectos, obstétricos e patológicos.

O sr. dr. Jorge Horta relatou, por fim, o resultado da autópsia, a que procedeu, e acompanhou o seu estudo de belas projecções e de preparações microscópicas muito elucidativas.

O sr. dr. Machado Macedo deu conta do movimento de urologia da Maternidade, levado a efeito em doentes internados ou enviados pelas consultas de Obstetrícia e de Ginecologia. Mencionou os seus estudos, ainda em decurso, sobre as contracções ureterais durante a gravidez e no puerperio.

O sr. professor Augusto Monjardino agradeceu os trabalhos apresentados, e, acêrca duma doente recentemente operada no Serviço de Ginecologia, pôs em destaque o alto valor da colaboração do urólogo em questões de interesse obstétrico e ginecológico.

Falecimentos.

Faleceram os srs. dr. Siegmundo Rosenblatt, António Teixeira Brandão de Vasconcelos, Carlos Augusto Pinto, major médico e antigo lente da Escola de Guerra; Francisco José Barreto, sub-delegado de saúde na Calheta, Ilha da Madeira; Oscar Correia Cardoso, 1.º tenente médico da Armada.

Conselho Médico-Legal de Coimbra. — Foi nomeado vogal do Conselho Médico-Legal de Coimbra, o professor catedrático da cadeira de Bacteriologia da Faculdade de Medicina, sr. dr. Afonso Augusto Pinto. (*Diário do Governo*, II, série, n.º 25, de 30 de Janeiro de 1934).

Missão de estudo.

O sr. dr. Samuel Domingos Maia de Loureiro, director do serviço clínico (serviço geral de clínica médica) dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, de estudar as instituições de assistência social em Espanha, França, Itália, Austria, Alemanha e Inglaterra por um período de noventa dias, seguidos ou interpolados. (*Diário do Governo*, II série, n.º 2, de 3 de Janeiro de 1934).

Foi concedido o subsídio mensal de 1.200\$00 ao delegado de saúde substituto da Inspeção de Saúde de Lisboa, sr. dr. Fernando Nunes da Silva Araújo, na qualidade de bolseiro a cargo da Fundação Rockefeller. (*Diário do Governo*, II série, n.º 4, de 5 de Janeiro de 1934).

O sr. dr. António Anastácio Gonçalves, delegado de saúde de Lisboa foi encarregado de proceder ao inquérito do tracoma em Portugal, especificando quanto possível os focos existentes e as suas relações etiológicas com a emigração, cohabitação, conglomeração, dados profissionais e ao estudo das bases

práticas necessárias para profilaxia, combate e tratamento dessa doença, em serviço na dependência de colaboração com a Fundação Rockefeller, e sendo-lhe arbitrada a gratificação mensal de 1.026\$50. (*Diário do Governo*, II série, n.º 12, de 15 de Janeiro de 1934).

Medicina tropical.

As colónias foram autorizadas a subsidiar os médicos dos seus quadros, que desejem, durante qualquer período de licença na metrópole a que tenham legalmente direito, frequentar por tempo não superior a cinco meses no estrangeiro, um curso de aperfeiçoamento ou de especialização em qualquer ramo de medicina tropical. (Decreto-lei n.º 23.447, *Diário do Governo*, I série, n.º 4, de 5 de Janeiro de 1934).

Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Foi aprovado o quadro e respectivos vencimentos do pessoal do Dispensário de Ponta Delgada, da Assistência Nacional aos Tuberculosos. (Decreto-lei n.º 23.458, *Diário do Governo*, I série, n.º 13, de 16 de Janeiro de 1934).

Foram cedidos, a título precário, à Câmara Municipal de Elvas as ruínas e um terreno do suprimido convento de Santa Clara, a fim de a Assistência Nacional aos Tuberculosos construir um dispensário anti-tuberculoso.

Direcção Geral de Saúde.

Foi determinado que o último concurso para o provimento dos lugares de delegados de saúde substitutos do quadro da Inspeção de Saúde de Lisboa e de inspectores de saúde dos aglomerados de mais de 10.000 habitantes seja válido até à promulgação do regulamento geral de saúde pública. (Decreto-lei n.º 23.463, *Diário do Governo*, I série, n.º 15, de 18 de Janeiro de 1934).

— Pelo Ministério do Interior foi louvado o delegado de saúde de Celorico de Bastos, sr. dr. Artur Alves Ferreira, pelo trabalho esforçado e bem orientado posto, de há anos, no serviço de vacinação do seu concelho e por êle manifestando excelentes qualidades de sanitarista e de funcionário. (*Diário do Governo*, II série, n.º 5, de 5 de Janeiro de 1934).

— O sr. dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca, delegado de saúde do quadro da Inspeção de Saúde de Lisboa, foi chamado ao desempenho de serviço eventual naquela Inspeção. (*Diário do Governo*, II série, n.º 15, de 18 de Janeiro de 1934).

Direcção Geral de Saúde Escolar.

Foi determinado que os funcionários civis contratados para os lugares da Direcção Geral de Saúde Escolar não percam o direito a quaisquer lugares que exercem à data da nomeação e seja sempre de carácter interino a nomeação dos funcionários que os substituírem. (Decreto-lei n.º 23.496, *Diário do Governo*, I série, n.º 19, de 23 de Janeiro de 1934).

Licenças.

Foram concedidos 60 dias de licença aos srs. dr. Hermano Firmino de Pina, e Joaquim Gonçalves Junqueira Júnior, médicos de 2.^a classe do quadro de saúde de Cabo Verde.

— Foram concedidos 30 dias de licença ao sr. dr. Reinaldo dos Santos, director de serviço clínico (serviço geral de clínica cirúrgica) dos Hospitais Cívicos de Lisboa. (*Diário do Governo*, II série, n.º 7, de 9 de Janeiro de 1934).

— Dr. Joaquim Peres dos Santos Júnior, médico de 2.^a classe do quadro de saúde de Angola, concedidos 90 dias de licença. (*Diário do Governo*, II série, n.º 9, de 11 de Janeiro de 1934).

— Dr. Mário Fialho Barradas, médico de 1.^a classe do quadro de saúde de Angola, concedida licença ilimitada a seu pedido. (*Diário do Governo*, II série, n.º 9, de 11 de Janeiro de 1934).

— Dr. Vergílio Oscar dos Santos Mota, capitão médico do quadro de saúde das colónias, concedidos 60 dias de licença. (*Diário do Governo*, II série, n.º 10, de 12 de Janeiro de 1934).

— Dr. Francisco Inácio Teixeira Mós, delegado de saúde do concelho de Bragança, concedida licença graciosa de 30 dias. (*Diário do Governo*, II série, n.º 11, de 13 de Janeiro de 1934).

— Dr. Pedro Crespo de Lacerda, delegado de saúde do concelho de Figueiró dos Vinhos, concedida licença graciosa de 10 dias. (*Diário do Governo*, II série, n.º 15, de 18 de Janeiro de 1934).

— Dr. Alberto de Azevedo Gomes, director de serviço clínico (serviço geral de clínica cirúrgica) dos Hospitais Cívicos de Lisboa, concedida licença graciosa interpolada de 30 dias. (*Diário do Governo*, II série, n.º 24, de 11 de Janeiro de 1934).



INSTITUTO DE ESTATÍSTICA
MÓDULO DE CARTÃO

LIVRARIA ACADÉMICA
DE
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

- BARTHÉLEMY** — Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, 1 vol. (N). — Frs. 45,00.
- BÉRARD et PATEL** — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, 1 vol., 251 pág., avec 69 fig. (M). — Frs. 50,00.
- FÉVRE** — Chirurgie infantile d'urgence, 1 vol., 452 pág., avec 110 fig. (M). — Frs. 70,00.
- GLEY** — Traité élémentaire de Physiologie, 8^e édition revue, 2 vols. de 1.100 pág., avec 320 fig. (B). — Frs. 95,00.
- GRINGOIRE** — Les vitamines B, 1 vol. (F). — Frs. 15,00.
- HARTMANN.** — Gynécologie opératoire, 2^e édition, 1 vol., 585 pág., avec 478 fig. (M). — Frs. 110,00.
- HINAULT et MOLLARD** — Le traitement aurique de la tuberculose, 1 vol. de 325 pág. (V). — Frs. 40,00.
- JAQUEROD** — La cure de repos dans la tuberculose pulmonaire, 2^e édition, 72 pág., avec 10 fig. (M). — Frs. 15,00.
- KISTHINIOS** — Le traitement des cardiopathies, 1 vol. de 103 pág., avec 6 fig. (B). — Frs. 12,00.
- LEDOUX-IEBARD** — Manuel de Radiodiagnostic clinique 2 vol., grands de 1076 pág., avec 1143 fig. (M) brochés. — Frs. 230,00, reliés 260,00.
- MARAÑON** — Amiel, un estudio sobre la timidez, 2^e edición aumentada, 1 vol., 365 pág. (C). — Pesetas 5,00.
- MARAÑON** — Once lecciones sobre el reumatismo con 51 grabados, 1 vol. gr., 249 pág. (C). — Pesetas 10,00.
- MONDOR** — Diagnostics urgents — Abdomen, 2 vol. de 1054 pág., avec 276 fig., dont 30 planches hors texte (M) brochés. — Frs. 125,00, reliés frs. 145,00.
- OYARZABAL** — Tratamiento de las enfermedades de la piel y sexuales, 1 vol., 320 pág. (M) — Pesetas 12,00.
- PEMBERTON** — Le rhumatisme chronique. Formes, nature, traitement, 1 vol., 408 pág. (D). — Frs. 80,00.
- PÉHU et ROUGIER** — Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance, 1 vol. de 180 pág., avec 10 planches (G). — Frs. 36,00.
- RATHÉRY** — Le traitement des albuminuries juvéniles, 1 vol., de 52 pág. (B). — Frs. 8,00
- RAVINA** — L'Année thérapeutique, 8^e année, 1933, 1 vol., 192 pág. (M). — Frs. 18,00.
- REYNES** — Les éléments filtrables du virus tuberculeux, 1 vol., de 352 pág., avec une planche hors texte (V). — Frs. 50,00.
- RUDOLPH** — Le traitement des colites, 1 vol. de 41 pág. (B). — Frs. 6,00.

COIMBRA MÉDICA

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADEANTADO

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

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

Tôda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA,,

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA