



Secção de Encadernação
Fac. de Medicina
da
Univ. de S. Paulo

20/12/03



Nº 1565936

IMPORTANTE !

**SE UMA OBRA
BIBLIOGRÁFICA DE
NOSSO ACERVO ESTIVER
DANIFICADA**

NÃO TENDE “SALVÁ-LA”
(Não use duréx, fitas adesivas
ou cola)

**APENAS, COMUNIQUE AO
FUNCIONÁRIO.**

**OS REPAROS SERÃO
EXECUTADOS PELO SETOR
DE CONSERVAÇÃO DA
BIBLIOTECA**

BC-FMUSP-STI Setor de Tratamento da Informação e
SCP Setor de Conservação e Preservação Acervo

Dermatologia	Mastologia
DR. MARIO GRINBLAT Clínica – Cirurgia – Raio Laser – Fototerapia Av. Europa, 669 – Tel.: 853-5111	DR. JOÃO SAMPAIO GÓES Mastologia – Ginecologia DR. JOÃO CARLOS SAMPAIO GÓES Mastologia – Cirurgia Plástica Av. Brasil, 594 – Tel.: 887-8644
Endoscopia	Oftalmologia
PROF. ARNALDO J. GANC Endoscopia Digestiva Propedêutica e Terapêutica Proteses Biliares e Esofágicas Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 4557 Tel.: 853-5400	DR. LECH M. SZYMANSKI Oftalmologia personalizada – Hora Marcada, fone: 289-8566 * Clínica e cirurgia ocular – * Lentes de Contacto * Microcirurgia para miopia e astigmatismo * Implantes intra-oculares * Orientação de candidatos a cirurgia ocular. Rua Itapeva, 366 – conj. 31 – 3º andar São Paulo – SP
Endoscopia	Ortopedia
DR. ARTUR A. PARADA Esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia, Colangiopancreatografia, Polipectomia, Papilotomia. Cons. – Av. Arnolfo Azevedo, 201 Tel.: 864-5722 – Pacaembú – S.P.	Dr. Luiz Carlos P. Guimarães Dr. Carlos Alberto Martinez Dr. Paulo Ulbricht Neto Dr. Denis Roberto Moldenhauer ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Praça Kennedy, 301 – Moóca – Tel.: 291-5377
Gastroenterologia	Psiquiatria
DR. NAGAMASSA YAMAGUCHI Cirurgia do Aparelho Digestivo e Proctologia Consultas com hora marcada – 2º, 3º e 5º das 16 às 20 horas Cons. – Al. Campinas, 1021 – São Paulo Tels.: 885-0078 – 885-5373 – 885-4837 – 885-0296 Central BIP: 815-3344 – Código 3790	NEURO – “PSI” CLÍNICA DR. A. ABELARDO MOURA COSTA Medicina – Psicossomática – Hipnoterapia – Relaxamento – Regressão – Psicoterapia – Clínica Geral Rua São Paulino, 206 – Tel.: 570-2342
Ginecologia	Reumatologia
DRA. CATALINA CONSTANTINO DA VEIGA CRM 21203 Diagnóstico das Moléstias da Mama e Ginecológicas Check Up – Radioterapia – Betaterapia – Crioterapia Cons: – Rua Dona Veridiana, 248 – Tel.: (011) 220-6894 CEP 01238 – São Paulo – Brasil	DR. JOSÉ KNOPLICH Coluna Vertebral e Reumatismo Rua Maranhão, 598 – 6º andar – s/ 61 a 64 Tels.: 826-7805 – 826-7918 – São Paulo

Dr., Prestigie a
REVISTA de MEDICINA
anunciando em
suas páginas



DIRETORIA DA REVISTA

Diretor: André Echaime Vallentsits Estenssoro
Secretária Geral: Ana Cristina Pugliese de Castro
Revisão: Riberto Liguoni

DIRETORIA DO DEPTO. CIENTÍFICO DO CENTRO ACADÊMICO OSWALDO CRUZ

Presidente: Ana Cristina Pugliese de Castro
Vice-Presidente: Danilo Sone Soriano
1º Secretário: Paulo Jacomo Negro Jr.
2º Secretário: Paulo Eduardo M. Carrilho
Tesoureiro: Mário Sérgio D. Andrioli
Diretor de Cursos: André Echaime V. Estenssoro
Diretor de Divulgação: Célia Wakisaka
Diretor de Avaliação de Cursos: Joaquim Edson Vieira

COMPOSIÇÃO:

BENECOMP – Composição e Artes Gráficas Ltda. Rua Rêgo Freitas, 354 – 1º andar – cj. 17 – Tel.: 231-1157

IMPRESSÃO:

Lucida Artes Gráficas Ltda. Rua Dr. Pennaforte Mendes, 93 – Tel.: 258-8178

EDITADA POR:

EDMETEC – Edições Médicas, Técnicas e Científicas Ltda. R. Dr. Pennaforte Mendes, 57 – Tels.: 258-2610 e 256-5643

PERMUTA

Desejamos estabelecer permuta
Deseamos establecer el cambio
Desideriam cambiare quaseta
On désire établir l'échange
We wish to establish exchange
Wir wünschen den Austausch

Endereço/Address:

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ" DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Av. Dr. Arnaldo, 455 - Subsolo
CEP 01246
São Paulo SP
BRASIL

sumário

Nova classificação para a AIDS	1
O VI COMU-FMUSP	2
A 1ª mostra de Vídeo-Tape Científico do COMU-FMUSP	4
O POC – 1987	5
Resumo dos Trabalhos Concorrentes ao Prêmio Oswaldo Cruz de 1987	7
Alucinação Alcoólica – Revisão Bibliográfica	11
Doença de Crohn.	14
Exame Proctológico – Técnica	19
Trabalhos apresentados no IV Congresso Médico Universitário da FM-USP – 1985.	23

CONSELHO CONSULTIVO

Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz
Prof. Dr. Charles E. Corbett
Prof. Dr. Fulvio Pillegi
Prof. Dr. Gabriel Oselka
Prof. Dr. Gerhard Malnic
Prof. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva
Prof. Dr. Luiz Venére Decourt
Prof. Dr. Mario Ramos de Oliveira
Prof. Dr. Noedir Stolf
Prof. Dr. Vicente Amato Neto
Prof. Dr. Wilson Cossermelli

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Francisco Lacaz Vieira
Prof. Dr. João Garcia Leme
Prof. Dr. Paulo Hilário Saldiva
Prof. Dr. Antonio Atílio Laudanna
Prof. Dr. Ricardo Nitrini
Prof. Dr. Antonino dos Santos Rocha
Prof. Dr. Joaquim J. Gama Rodrigues
Prof. Dr. Dario Birolini
Prof. Dr. Berilo Langer

* Os trabalhos deverão ser enviados para o Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" À Av. Dr. Arnaldo, 455 – subsolo – CEP 01246 – São Paulo – SP, como correspondência registrada.

A Revista de Medicina é catalogada no "Index Medicus Latino Americano", de Biblioteca Regional de Medicina e na "PERIÓDICA – Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências" Fundada em 1916 e registrada na D.N.P.I. sob o nº 96.946.

DANZEN®

Serratiopeptidase

Mucolítico/Antiinflamatório

- Ação eficaz na patologia respiratória
- Facilita a penetração dos antibióticos
- Comodidade posológica

APRESENTAÇÃO: Embalagem com 24 pequenos comprimidos de revestimento entérico.

POSOLOGIA: 1 a 2 comprimidos de 8 em 8 horas.



LABORATÓRIOS
FRUMTOST S.A.
Indústrias Farmacêuticas

**Folhetos, Catálogos Técnicos,
Livros, Jornais e Revistas.**



Impressão em off set:
preto e branco e cores.

LUCIDA Artes Gráficas Ltda.

Rua Dr. Pennaforte Mendes, 93 - CEP 01308 - Fone: 256-5643 e 258-8178 - São Paulo

REGULAMENTO

1. Objetivo

Este concurso é dirigido especificamente aos jovens médicos, com o objetivo de estimular a discussão e a pesquisa sobre a hipertensão arterial em nosso meio.

2. Quem pode participar

Poderão participar do concurso médicos de todas as especialidades, que tenham terminado residência ou estágio em período não superior a 10 (dez) anos.

3. Como participar

O concurso engloba duas categorias de trabalho:
- Trabalho Original e Monografia.
Será considerado como Trabalho Original um relato que reproduz experiência própria do autor.
Será considerado como Monografia um trabalho baseado em fatos já publicados.
Para ambas as categorias, os autores devem abordar tema relacionado com a Hipertensão Arterial; por exemplo:
- Etiologia
- Fatores hemodinâmicos
- Fisiopatologia
- Aspectos epidemiológicos, econômicos, psicológicos e políticos
- Tratamento.

4. Julgamento

A análise e o julgamento dos trabalhos serão feitos por uma Comissão Julgadora designada pela Diretoria do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, não havendo nenhuma interferência no julgamento por parte da Biogalênica Química e Farmacêutica Ltda.

5. Entrega dos Trabalhos Originais e das Monografias

Os trabalhos deverão ser enviados diretamente ao Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, à Rua Itapeva, 574, Bairro Bela Vista, CEP 01332, São Paulo - Capital, indicando no envelope "Prêmio Higroton para Pesquisadores Jovens".

6. Data-limite para entrega

Só concorrerão os Trabalhos Originais e as Monografias recebidos pelo referido Departamento até o dia 30 de novembro de 1987.

7. Apresentação dos Trabalhos

Somente serão aceitos trabalhos datilografados, em 2 (duas) vias. Deverão constar, na primeira página, além da categoria na qual o trabalho está concorrendo (Trabalho Original ou Monografia), os seguintes dados do autor:

- Nome completo
- Especialidade médica
- Ano e local da formatura
- Denominação do(s) local(is) de trabalho
- Função exercida no(s) local(is) de trabalho

8. Resultado do julgamento

O resultado do julgamento será comunicado a todos os participantes pelo Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

9. Prêmios

Em ambas as categorias, será premiado 1 (um) trabalho selecionado pela Comissão Julgadora. Os autores dos trabalhos premiados receberão, durante o ano de 1988, uma bolsa de estudo dividida em 12 parcelas mensais, conforme segue:

- Trabalho Original	
valor da bolsa de estudo:	Cz\$ 72.000,00
Parcela mensal:	Cz\$ 6.000,00
- Monografia	
Valor da bolsa de estudo:	Cz\$ 60.000,00
Parcela mensal:	Cz\$ 5.000,00

O valor de cada parcela é líquido, cabendo à Biogalênica Química e Farmacêutica Ltda. os ônus dos tributos incidentes sobre essa parcela.
Todos os médicos concorrentes que cumprirem os critérios dos itens 2, 3, 5, 6 e 7 deste Regulamento receberão, gratuitamente, uma publicação científica da área de cardiologia.

10. Devolução dos Trabalhos Originais e das Monografias

A Biogalênica Química e Farmacêutica Ltda. não se compromete a devolver os originais recebidos, porém só fará uso ou publicação dos mesmos mediante autorização prévia do autor.

11. Disposições Gerais

Não é permitida a participação de médicos que tenham vínculo empregatício com a Biogalênica/Ciba-Geigy. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Julgadora.

P R Ê M I O

HIGROTON

CIORTALDONA®

PESQUISADORES JOVENS

Bolsas
de estudo
até
Cz\$ 72.000,

EDITORIAL

Juntamente com esta edição da Revista de Medicina ocorre a transição da Diretoria do Departamento Científico.

Documentaremos aqui todo evento do VI COMU e do Prêmio Oswaldo Cruz, agradecendo a todos aqueles que de alguma forma colaboraram conosco.

Temos tido dificuldades de conseguir patrocinadores. O país atravessa uma situação difícil mas gostaríamos de lembrar que de nós, jovens, de nosso esforço com a ajuda daqueles que acreditam e investem em nosso trabalho depende o futuro que viveremos.

Passamos a Diretoria com o prazer da missão cumprida, desejando àqueles que, com certeza, muito edificarão sobre as bases que lhes deixamos: uma gestão profícua.

ANSIEDADE

alívio acima de tudo

BUSPAR®

(Cloridrato de Buspirona)



O primeiro e único ansiolítico seletivo
que faz apenas o que deve ser feito...

Alivia a ansiedade.



Não causa sedação/letargia/hipnose e não compromete o desempenho intelectual e psicomotor.



Não interage com álcool, não potencializando seus efeitos depressores.



Estudos clínicos até o momento indicam que BUSPAR® não causa tolerância e/ou dependência física.



APRESENTAÇÕES

BUSPAR® está apresentado na forma de comprimidos de 5 e 10 mg, acondicionados em caixas com dois blisters de 10 comprimidos cada.

IMPORTANTE

Ao contrário dos benzodiazepínicos, BUSPAR® não é uma droga controlada que requer receituário especial (Notificação de Receita B), mas sim uma prescrição em receituário normal (DIMED-Portaria n.º 27 de 24/10/86), pois não se observou potencial de abuso com sua utilização.

LABORTERÁPICA-BRISTOL



Maiores informações à disposição no Depto. Médico-Científico.
Rua Iguatinga, 82 - São Paulo - CEP 04744

BUSPAR®

(Cloridrato de Buspirona)

INFORMES PARA PRESCRIÇÃO

CLORIDRATO DE BUSPIRONA
APRESENTAÇÃO/COMPOSIÇÃO:
BUSPAR® é apresentado em caixas com 2 blisters com 10 comprimidos de 5mg e 10mg cada. Cada comprimido de BUSPAR® 5mg contém 5mg de cloridrato de buspirona. Cada comprimido de BUSPAR® 10mg contém 10mg de cloridrato de buspirona.

CONTRA-INDICAÇÕES:
BUSPAR® é contra indicado em pacientes que apresentam hipersensibilidade à droga, Miastenia Gravis, Glaucoma Agudo, Gravidez e Lactação.

ADVERTÊNCIAS:
Os efeitos de BUSPAR® em pacientes com história de manifestações convulsivas ainda não foram bem avaliados.

Estudos experimentais em animais de laboratório, mostraram que BUSPAR® tem uma baixa atividade anticomicial. BUSPAR® não é recomendado para o combate às crises epiléticas.

PRECAUÇÕES:
Gerais: Os efeitos do uso concomitante de BUSPAR® com outras drogas ainda não foram estudados, de uma forma que permitam resultados conclusivos. No entanto, algumas pesquisas relatam que, não foram observadas diferenças significativas, tanto na frequência como na severidade, nos efeitos colaterais de BUSPAR® quando foi usado concomitantemente com medicação analgésica, antihistamínica, vasoconstritoras, anticoncepcionais, diuréticas, antihipertensivas, hormônios, sedativas e hipnóticas. O uso concomitante de BUSPAR® e essas medicações deve ser cuidadosamente acompanhado pelo clínico.

Comprometimento renal ou hepático: As precauções usuais no tratamento em paciente com disfunção renal ou hepática devem ser observadas.

Exames laboratoriais: Não são necessários, em pacientes que apresentem comprometimento somático.

Uso concomitante com álcool: BUSPAR® não potencializa de forma significativa os efeitos depressores do álcool.

A capacidade funcional de pacientes que ingeriram álcool, não é significativamente diferente daqueles que ingeriram álcool com placebo.

O uso concomitante de BUSPAR® com álcool não compromete de modo significativo às funções psicomotoras, contudo, o uso de álcool durante o tratamento deve ser evitado.

Interação com drogas em exames laboratoriais: BUSPAR® não altera o resultado dos testes de laboratório mais comumente empregados na clínica.

Carcinogênese, efeitos mutagênicos, diminuição da fertilidade: Não foi observado potencial carcinogênico em ratos, em estudos de 24 meses e com o uso aproximado de 530 vezes mais que a dose oral terapêutica em humanos, e também, em estudos em camundongos em uso por 18 meses e com 670 vezes a dose terapêutica humana. Com ou sem ativação metabólica, BUSPAR® não apresentou mutações in vitro: onde foram usados *Salmonella Typhimurium* (AMES/TEST), em culturas e células de camundongos, e não se observou alterações na estrutura D.N.A. de células humanas. Aberrações ou outras alterações cromossômicas não foram observadas em experimentos com células de medula de camundongo.

Gravidez: Nenhum comprometimento da fertilidade, ou alterações fetais foram observadas em estudos feitos em ratos e coelhos, sendo que as doses de BUSPAR® utilizadas foram de aproximadamente 120 vezes maiores que a dose usual em humanos. Em humanos, estudos sobre o efeito de buspirona sobre a gravidez ainda não foram adequados e bem controlados.

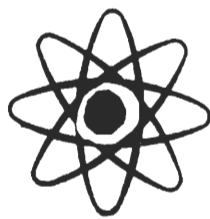
Trabalho de parto: Os efeitos de BUSPAR® sobre o trabalho de parto não são conhecidos.

Amamentação: A quantidade de buspirona e seus metabólitos presentes no leite humano não é conhecida. Em ratos, observa-se a presença de buspirona e seus metabólitos no leite. Por esta razão, BUSPAR® só deverá ser administrado em mulheres que estão amamentando, quando o clínico determinar que os benefícios do uso da droga pela mãe são relevantes, a ponto de determinar a interrupção da amamentação.

Uso pediátrico: A segurança e eficácia de BUSPAR® em indivíduos, menores de 18 anos, ainda não foi bem determinada.

REAÇÕES ADVERSAS:
Os efeitos colaterais de BUSPAR®, se ocorrerem, são em geral observados no início da terapêutica e, geralmente diminuem com a continuação do tratamento, ou decréscimo da dose. Os mais frequentemente observados são: sensação de fraqueza, cefaléia, tonturas, sudorese, náuseas, insônia e inquietação.

POSOLOGIA:
A dose inicial habitual de BUSPAR® é de 5 mg 3 vezes ao dia. As doses poderão ser ajustadas de acordo com as necessidades dos pacientes e os eventuais aumentos de dosagem devem ser de 5mg a cada 2 ou 3 dias. Usualmente a dose de manutenção é de 15 a 30mg ao dia em 2 ou 3 tomadas. A dose máxima diária não deverá exceder a 60mg.



**instituto de radioterapia
osvaldo cruz**

diretor presidente

dr. j. roberto barreto lins
crm 1092

consultores científicos

dr. a. costa pinto
crm 8093
dr. dirceu m. vizeu
abfm 6

departamento médico

diretor

dr. wladimir nadalin
crm 24931
dr. avelino antonangelo filho
crm. 23892
dr. camillo segredo
crm 156
dr. carlos victorio feriancic
crm 13785
dra. heloisa de a. carvalho
crm 39614
dr. josé waldemar petitto
crm 16206
dra. m. dalila m. da c. costa
crm 35 149
dr. odilon v. campos filho
crm 15236
dr. roberto araujo segredo
crm 33098
dr. salim aisen
crm 13425
dr. yoran weissberger
crm 15776

departamento de física

diretor

dr. luiz a. m. scaff
abfm 25
dra. m. cristina zuppardo
abfm 465

r. joão julião, 331 – tel.: 287-2166 – SP

NOVA CLASSIFICAÇÃO PARA A AIDS

Vicente Amato Neto*

Desde que cabalmente identificada, há poucos anos, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) passou a ser alvo de numerosas e intensas especulações científicas. Sem medo de errar, é lícito destacar que raramente ocorreu, até agora, tão expressiva atenção, em pequeno período, no que tange a outros problemas médicos. Com certeza, esse comportamento tem base em gravidade, disseminação crescente e dificuldades quanto ao controle através das medidas coercitivas interpretadas como úteis.

Tais vultosas especulações dizem respeito à etiologia, à epidemiologia, às anormalidades imunológicas e ao diagnóstico laboratorial. Nesse contexto, ficaram também em foco, obviamente, aspectos diferentes dos citados e, entre eles, os de ordem clínica.

Muitos profissionais e, em especial, os que se dedicam às doenças infecciosas aprenderam com certa facilidade a identificar as feições fundamentais da síndrome, resumidas nos itens adiante especificados: a) infecção assintomática pelo HTLV-III/LAV; b) quadro agudo e auto-limitado, semelhante ao da mononucleose infecciosa; c) processos rotulados como LAS (síndrome linfadenopática) e ARC (complexo relacionado com a AIDS), expressos mormente por meio de aumento de volume de linfonodos, diarreia, cansaço, febre e emagrecimento, compondo situações habitualmente interpretadas como pré-AIDS; d) AIDS, que é o estágio evolutivo final, demarcado pela associação de uma ou mais afecções oportunistas.

Com o intuito de contribuir sob o ponto de vista clínico, mas também para permitir melhores vigilância, notificação, estudos epidemiológicos, prevenção, controle e planejamentos, órgãos diversos, com presteza, prepararam novas classificações da virose desencadeada pelo HTLV-III/LAV, no âmago da qual encontra-se a AIDS. Assim agiram o Exército dos Estados Unidos da América, relativamente a militares, e o Instituto Nacional do Câncer, desse mesmo país. Não obstante, vem tendo maior repercussão a sistematização divulgada pelo "Centers for Diseases Control (CDC)" de Atlanta (Georgia), em virtude das quase sempre acatáveis normas produzidas por essa instituição.

Fazem parte desse elenco quatro grupos, a seguir referidos: I — infecção aguda; II — infecção assintomática; III — linfadenopatia generalizada e persistente; IV — engloba cinco subgrupos (doença constitucional; doença neurológica; doenças infecciosas secundárias (pneumonia pelo *Pneumocystis carinii*, criptosporidiose crônica, toxoplasmose, estrogiloidíase extra-intestinal, isosporíase, candidíase em esôfago, brônquios ou pulmões, criptococose, histoplasmose, infecção por micobactéria atípica, herpes "simplex" mucocutâneo ou disseminado, infecção pelo citomegalovírus, leucoencefalopatia multifocal progressiva e outras não incluídas na definição de AIDS e representadas por leucoplasia "peluda" oral, herpes zoster, bacteremia recorrente por *Salmonella*, nocardiose, tuberculose e candidíase oral; cânceres secundários; outras condições, como a pneumonia intersticial linfóide crônica.

Os técnicos do CDC, a propósito desse sistema, destacam que ele configura as conseqüências do HTLV-III/LAV e dos problemas a ele associados, parecendo-me que o rótulo AIDS ficou evitado.

A catalogação que estou comentando afigura-se mais aberta e completa, possibilita inclusão de novos conhecimentos e aparentemente será duradoura. Apesar, porém, de sua origem e da categoria dos profissionais, certamente muito bem pagos, que a produziram, creio que cabem algumas ponderações críticas acerca delas. Assim, julgo que subdividir bastante é desaconselhável, que convencionar subgrupos não goza de grande importância prática se levarmos em conta isolamento dos enfermos, tratamento e diferentes conotações, que mudanças reiteradas geram indiscutíveis percalços e, acima de tudo, que não percebo como dispensar apoio laboratorial para efetivar os devidos enquadramentos.

Para áreas subdesenvolvidas, o desiderato é simplificar, sem prejuízo de premissas científicas bem ajustadas. Convém não desprezar, como circunstância relevante, o fato de que nesses locais inexitem ou são pouco numerosos os laboratórios incumbidos de amparar as tarefas atinentes à saúde pública, dificultando de maneira marcante a feita dos diagnósticos exigidos.

Vigilância epidemiológica, no Brasil e em nações congêneres, é executada precariamente, como decorrência de vários motivos. Faltam preparo de médicos e de auxiliares correlatos, funcionários e estrutura. Nessa conjuntura, singeleza é, então, imperiosa, almejando-se que enquadramentos como o presentemente analisado por mim não desprezem essa particularidade.

Chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias da FMUSP, Diretor do Serviço de Doenças Transmissíveis do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", Diretor do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, Superintendente do Hospital das Clínicas da FMUSP.

O VI COMU-FMUSP

Ac. Ana Cristina Pugliese de Castro*

Foi difícil perceber o que foi o VI COMU — FMUSP enquanto ele estava acontecendo. Não só pela falta de tempo de parar para pensar, como pelo significado deste evento para nós, que durante um ano trabalhamos para que ele se concretizasse com sucesso.

É inevitável lembrar os obstáculos enfrentados, pois eles marcaram talvez até mais que o sucesso que tivemos. Não me refiro aos imprevistos de última hora que surgem em qualquer trabalho, mas sim às dificuldades que tivemos durante estes doze meses: para montar uma Comissão Organizadora que tivesse um número suficiente de colaboradores e funcionasse como uma equipe integrada, para obtermos patrocínio em face da crise econômica que o País atravessa, para divulgarmos nosso Congresso em meio a greves em várias escolas, para prevermos todos os detalhes a fim de minimizar os imprevistos durante o Congresso.

Felizmente, tivemos a nosso lado a experiência e a boa vontade dos 14 membros da Comissão Organizadora, o apoio formal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na pessoa dos Professores Doutores Vicente Amato Neto e Luís Baccalá, e da Faculdade de Medicina da U.S.P. na pessoa do seu Diretor Prof. Dr. Fábio Schimdt Goffi, o apoio e estímulo dos professores desta Casa, e, finalmente, a preciosa participação de inúmeros colaboradores anônimos.

E reunindo toda essa força ao apoio do BANESPA S/A, e dos Laboratórios Farmacêuticos:

- Degusa S/A — Divisão Labofarma.
- Ind. Quím. e Farm. Schering S/A.
- Coopers Brasil S/A.
- Cilag Farm. Ltda. / Janssen Farm. Ltda.

pôde ter início no dia 18 de maio de 1987 o VI COMU — FMUSP.

Estiveram presentes na Abertura Solene do Congresso o Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz, Presidente de Honra,

* Presidente do Departamento Científico do C.A.O.C. entre maio de 1986 e maio de 1987.
Presidente do VI COMU — FMUSP

que nos brindou com brilhante discurso, o Prof. Dr. Fábio Schimdt Goffi, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Prof. Dr. Mário Ramos, ex-Diretor desta Casa, o Prof. Dr. Vicente Amato Neto, Superintendente do Hospital das Clínicas da FM-USP, o Acadêmico André Echaime V. Estensoro, Presidente do Prêmio Oswaldo Cruz/87 e a Presidente do VI COMU — FMUSP, que escreve este informativo. Com esta sessão, em que todos os participantes da mesa falaram sobre a importância do espírito que sempre vigorou na Casa de Arnaldo e o Congresso Médico Universitário, iniciou-se o Congresso.

Dentre as atividades do Congresso, são tradicionalmente de destaque os Cursos.

O Curso I, "Tópicos em Neurociência" foi coordenado pelo Prof. Dr. César Timótlia, figura de renome internacional no campo da Neurociência. Como os demais, este curso foi ministrado durante os quatro dias do Congresso abordando os tópicos:

- A Descoberta do Sistema Nervoso,
- O Futuro da Neurofisiologia,
- Neuroanatomia e Compreensão do Sistema Nervoso,
- Informática e Inteligência Artificial.
- Neurotransmissão.
- Emoções.
- Psicologia Normal Vista pela Psiquiatria.
- Eletrofisiologia da Linguagem.

Ministraram as aulas: o próprio coordenador, o Prof. Dr. Juarez Aranha Ricardo, o Prof. Dr. Moacir Aizenstein, o Prof. Dr. Frederico Graeff, o Prof. Dr. Carol Sonnenreich, o Dr. Miguel Nicoletis, Dr. Koichi Sameshima e o Dr. Armando Freitas da Rocha. Este curso, por abordar de forma inovadora assuntos de interesse permanente, teve grande aceitação por parte dos congressistas, observando que a assistência era em boa parte composta por profissionais e acadêmicos de outras áreas que não Medicina, tais como Fisioterapia, Psicologia, etc.

O Curso II: "Temas em Oncologia Clínica" foi o que recebeu maior número de inscrições, juntamente com o Curso IV, talvez pela pertinência do tema, tão importante em tantas áreas da Medicina, foi coordenado pelo Prof. Dr. Ricardo Brentani, Titular da Cadeira de Oncologia na FM-USP, que ministrou a aula sobre "Carcinogênese e Ciclo Celular". Os outros temas do curso foram:

- Fundamentos de Radioterapia,
- Fundamentos de Quimioterapia,
- Marcadores Tumorais: Antígeno Carcino-embriônico,
- Emergências Oncológicas,

que foram abordados respectivamente pelo Dr. Wladimir Nadalin, Dra. Nisi Hitomi Yamaguchi, Dra. Célia R. Whitaker Carneiro e Dr. Arthur Katz. Encerrando o curso, realizou-se uma mesa-redonda com a presença dos Profs. Paulo Vaz de Arruda, Rafael Possik e Arthur Katz, que debateram sobre a "Abordagem Multidisciplinar do Paciente Oncológico".

O Curso III, "Temas em Cirurgia Vascular" foi coordenado pelo Prof. Dr. Berilo Langer, Prof. Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Vascular do HC-FMUSP, e conseguiu transmitir aos alunos conhecimentos que não se limitam à especialidade, mas sim, cujo enfoque prático faz parte da formação de qualquer cirurgião, ou mesmo clínico geral. Assim, foram convidados médicos da Clínica para falar sobre:

- Arteriosclerose Obstrutiva Periférica (Maximiano T.V. Albers),
- Aneurismas Arteriais Periféricas (Paulo Kaufman),
- Arterites (Eduardo Toledo Aguiar),
- Tromboembolismo Venoso (Cálógero Presti).
- Varizes de Membros Inferiores e Hipertensão Venosa Crônica (Cid Sitrângulo Jr.)
- Úlceras de Membros Inferiores (Júlio César Mariño),
- Hemorragias em Cirurgia e Clínica (Milton J. Bechara),
- Traumatismos Arteriais (Ricardo Aun).

O Curso IV, "Abuso de Drogas" foi o curso do Congresso que maior interesse despertou pela atualidade de tema. Sua assistência consistiu de uma platéia heterogênea, que englobou profissionais e acadêmicos de várias áreas. Foi convidado a coordená-lo o Dr. Arthur Guerra de Andrade, médico assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FM-USP e Coordenador do GREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos do Alcoolismo). Embora abordando temas de importância até mesmo para leigos ("Alcoolismo", "Maconha", "Benzodiazepínicos" "Cocaína – Aspectos Clínicos e Sócio-políticos"), as aulas ministradas respectivamente pelos Drs. Jandira Masur, Elisaldo Carlini, Márcio Bernik, Luísa H. Villas-Boas de Carvalho e Luís Francisco da S. Carvalho Filho, manteve-

ram-se com excelente nível técnico-científico. Fizeram parte do temário também aulas mais técnicas; "Introdução e Histórico" ministrada pelo Prof. Carol Sonnenreich, "Conceito de Dependência" pelo coordenador do curso, e "Abordagem Psicodinâmica dos Farmacodependentes" pela Dra. Diva Reale.

Além dos cursos, as palestras organizadas tiveram bastante aceitação pelos congressistas: "Desenvolvimento Neuropsicomotor" proferida pela Dra. Beatriz Lefèvre e "Microcirurgia" proferida pelo Prof. Dr. Marcus Castro Ferreira, que também participou do Congresso apresentando um filme na I Mostra de Vídeo-Tape Científico do COMU-FMUSP.

A Mostra foi uma iniciativa pioneira de acadêmicos e obteve apoio de vários Departamentos da FM-USP e da organização do COMU, que assim se mantém na vanguarda, promovendo este excelente recurso didático que só agora vem sendo verdadeiramente descoberto e aproveitado em nosso meio.

O Congresso se manteve na vanguarda também apresentando um Debate-Audiovisual sobre "Sexualidade" de excelente nível científico.

O Prêmio Oswaldo Cruz, tradição da Faculdade anterior ao COMU, recebeu apenas treze trabalhos, este ano, a nenhum dos quais a Comissão Julgadora decidiu conferir o POC/87, contribuindo para manter a tradição de qualidade e bom nível científico deste prêmio.

O Departamento Cultural do CAOC colaborou com o D.C. no sentido de organizar uma extensa programação cultural, editando também um número especial da Revista Caótica, seu órgão de divulgação.

Com essas atividades, o Congresso encerrou-se no dia 21 de maio de 1987.

Descreve-se assim o que foi o COMU, e talvez com este balanço nós, que o organizamos, possamos ter uma idéia melhor do porte do evento, para transmití-la ao leitor da Revista de Medicina, órgão do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" que tradicionalmente tem vínculos de colaboração com o COMU e o POC.

Mas nada é igual a ter vivido tudo isso, e ter sentido de perto termos alcançado nossos objetivos ao ver os corredores de nossa Casa repletos de colegas, alguns inclusive de outras escolas, buscando participação na vida acadêmica, e encontrando-a, com satisfação, no fruto de nosso trabalho.

Só podemos então convidar nossos sucessores a manter viva essa chama, criando e construindo sobre o que já fizemos, superando-nos a cada ano, a cada COMU, escrevendo com páginas de sucesso a história do D.C.

A 1ª MOSTRA DE VIDEO-TAPE CIENTÍFICO DO COMU-FMUSP

Ac. Mauro Speranzini*

O Vídeo-Tape Médico-Científico se tornou mais um instrumento de auxílio didático em nosso meio. Trata-se de um recurso valioso que veio ocupar uma lacuna do ensino, permitindo uma compreensão dinâmica de procedimentos médico-cirúrgicos, muitas vezes fora do alcance daqueles interessados em ampliar seus conhecimentos ou simplesmente se atualizar. O advento de aparelhagem simplificada para uso doméstico vislumbrou novo campo de produção científica disponível a todos que desejam produzir seus próprios vídeos.

A sua introdução é recente entre nós e a iniciativa pioneira de alguns departamentos da FM-USP com o apoio do Departamento Científico possibilitou a organização da "1ª Mostra de Vídeo-Tape Científico" um evento inédito no meio universitário. Foram apresentados temas nas áreas Cirúrgica e Clínica durante os quatro dias do VI COMU-FMUSP, com gratificante aceitação por parte de estudantes, médicos e outros profissionais da área médica.

O uso do vídeo-tape está crescendo e a idéia da Mostra é recente. A presença da televisão em local acessível a todos os congressistas despertou o interesse inicial e divulgou o evento dentro do Congresso. Nossos objetivos iniciais foram portanto alcançados e com as sugestões daqueles que responderam ao questionário esperamos tornar a próxima Mostra ainda melhor.

A participação do acadêmico nesta atividade trará contribuição importante para a difusão desta prática na Universidade, elaborando material didático e produções científicas para nossa formação profissional.

Participaram da 1ª Mostra de Vídeo-Tape Científico:

- Prof. Daher E. Cutait – Departamento de Cirurgia – Disciplina de Gastroenterologia – Filmes: "Retossigmoidectomia Abdominoperineal" "Anastomose Color-

retal Automática pelo Stapler em Ressecção Anterior por Câncer do Retossigmóide", "Proctocolectomia Total por Retocolite Ulcerativa" e "Hemicolectomia Direta por Câncer do Ceco"

- Prof. Jorge Ishida – Grupo de Cirurgia Plástica da O.R.L. do Hospital das Clínicas – Filme: "Neoplastia"
- Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras – Chefe Prof. Orlando Lodovici – Disciplina de Otorrinolaringologia – Chefe Prof. Lamartine J. Paiva – Filmes: "Abdominoplastia" e "Rinoplastia Estética"
- Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras – Chefe Prof. Orlando Lodovici – Filmes: "Adenomastectomia com Correção por Retalhos Gordurosos" e "Feminilização da Genitália Ambígua dos Estados Intersexuais".
- Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras – Chefe Prof. Orlando Lodovici – Disciplina de Ginecologia – Chefe Prof. Carlos A. Salvatore – Filme: "Neovaginoplastia"
- Prof. Marcus Castro Ferreira – Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras – Filme: "Microcirurgia".
- Prof. Eugênio Américo Bueno Ferreira – Disciplina de Técnica Cirúrgica – Filme: "Esofagectomia sem Toracotomia"
- Dr. Aldo Junqueira Jr., Dr. Belchor Fontes, Ac. Mauro Speranzini e Ac. Wagner Fontes – Liga de Cirurgia Ambulatorial – Filmes: "Passagem de Intracath", "Punção Arterial" "Punção de Tórax", "Sonda Vesical" e "Sonda Nasogástrica"
- Dr. Aldo Junqueira Jr., Dr. Luís Toshimitsu Horita e Ac. Mauro Speranzini – Liga de Cirurgia Ambulatorial – Filme: "Frenulectomia"
- Dr. Aldo Junqueira Jr., Dr. Belchor Fontes, Dr. Carlos Alberto Ruiz, Ac. Mauro Speranzini e Ac. Wagner Fontes – Liga de Cirurgia Ambulatorial – Filme: "Parto Normal"
- Dr. Rogério Tuma e Dr. Eduardo Genaro Mutarelli – Departamento de Neurologia – Filmes: "Força Muscular" "Reflexos", "Sensibilidade" e "Pares Cranianos"

Beclosol[®] Nasal Spray

DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA

O TRATAMENTO CONSAGRADO PARA O PACIENTE COM RINITE ALÉRGICA

FORNECE UM CONTROLE EFETIVO DOS SINTOMAS NASAIS

Porque apresenta em sua fórmula o dipropionato de beclometasona, que é indiscutivelmente o corticóide de maior potência antiinflamatória local.

NÃO PROVOCA OS EFEITOS COLATERAIS INDESEJÁVEIS DOS ESTERÓIDES SISTÊMICOS

O dipropionato de beclometasona é um esteróide tópico virtualmente isento de absorção sistêmica em doses terapêuticas. Portanto não produz efeitos secundários indesejáveis, comuns ao uso de esteróides orais, parenterais e os até hoje utilizados por via nasal.

EVITA OU REDUZ A NECESSIDADE DO USO DE ANTI-HISTAMÍNICOS

Possibilitando a eliminação da sonolência que é o principal efeito indesejável dos anti-histamínicos, sabidamente perturbadora da maioria das atividades normais.

EVITA OU REDUZ A NECESSIDADE DO USO DE VASOCONSTRITORES TÓPICOS

Estes, em graus variados, tendem a causar um retorno à sintomatologia inicial e seu uso deve ser restrito a poucos dias, pois sua continuidade pode acarretar rinite medicamentosa.

INFORMAÇÕES DO PRODUTO BECLOSOL NASAL SPRAY: é um aerossol de dose calibrada que libera 50mcg de dipropionato de beclometasona por compressão de um aplicador nasal especialmente desenhado. **INDICAÇÕES:** profilaxia e tratamento da rinite alérgica temporária ou crônica. **POSOLOGIA:** A dose recomendada é de 2 aplicações em cada narina (a primeira dirigida para a parte superior e a segunda para a parte inferior do conduto nasal) duas vezes ao dia (400mcg/dia). Para alguns pacientes pode ser preferível a posologia de uma aplicação em cada narina, três ou quatro vezes ao dia. **FÓRMULA:** BECLOSOL NASAL SPRAY contém dipropionato de beclometasona em micropartículas suspensas em propelentes liquefeitos. **APRESENTAÇÃO:** BECLOSOL NASAL SPRAY é apresentado em recipientes pressurizados, contendo 200 doses, com uma válvula medidora de dose que libera a cada jato 50mcg de dipropionato de beclometasona.



Glaxo

Pesquisa-Qualidade-Tradição

INFORMAÇÕES ADICIONAIS À DISPOSIÇÃO EM NOSSA DIVISÃO CIENTÍFICA

INÉDITO!

ÚLCERAS PÉPTICAS
GASTRITES
DUODENITES

Cloridrato de ranitidina®
Antak

Reduz adequadamente a secreção ácida
nas 24 horas
do dia



300
mg

DOSE ÚNICA
1 comprimido ao deitar

... REDUZ
ADEQUADAMENTE
O VOLUME DA
SECREÇÃO E A
CONCENTRAÇÃO
DE ÁCIDO E PEPSINA.

COMODIDADE PARA O PACIENTE

A administração de dose única ao deitar permite maior comodidade para o paciente e garante uma posologia correta.

RÁPIDA CICATRIZAÇÃO

96% dos pacientes tratados com 300mg de ranitidina (ANTAK®) ao deitar tiveram suas úlceras cicatrizadas em 4 semanas.

MENOR ÍNDICE DE RECIDIVAS

Estudos multicêntricos internacionais demonstraram que 150mg de ranitidina (ANTAK®) em dose única noturna é superior a 400mg de cimetidina na prevenção da recidiva da úlcera.

PROPRIEDADES: ANTAK contém, como substância ativa, a ranitidina, capaz de inibir diretamente a secreção clorídico-péptica do estômago. **COMPOSIÇÃO:** comprimido contendo: cloridrato de ranitidina 168 mg (equivalente a 150mg de ranitidina base). **INDICAÇÕES:** tratamento dos estados patológicos que se acompanham de hipersecreção gástrica: úlceras pépticas; esofagianas; gástricas e duodenais; hérnias de hiato diafragmático; refluxo gastroesofágico e esofagite de refluxo; úlceras pépticas hemorrágicas; gastrites agudas e crônicas; duodenites; erosões do trato gastrointestinal superior; síndrome de Zollinger-Ellison; hemorragias digestivas altas em geral. **EFEITOS COLATERAIS:** raramente pode ocorrer diarreia discreta e fugaz, tontura e erupção cutânea. Não foi observada interação da ranitidina com outros medicamentos. **PRECAUÇÃO:** não utilizar o medicamento durante a gravidez e a amamentação. **APRESENTAÇÕES:** COMPRIMIDOS - caixas contendo 20 e 10 comprimidos; INJETÁVEL - caixa com 5 ampolas de 2 ml.

Glaxo

PESQUISA - QUALIDADE - TRADIÇÃO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS À DISPOSIÇÃO EM NOSSA DIVISÃO CIENTÍFICA.

O POC 1987

Ac. André Echaime Vallentsits Estenssoro*

Gostaríamos de agradecer a todos os que de alguma forma colaboraram para que pudéssemos chegar a esse momento, especialmente à Labofarma que, na pessoa da Dra. Patrícia Sarmento, se mostrou sempre solícita; aos debatedores; ao Prof. Carlos Lacaz que, mais uma vez na História da Casa de Arnaldo, preocupou-se com nossa formação científica, a Revista de Medicina e aos acadêmicos concorrentes, motivo maior deste evento.

Com a apresentação dos trabalhos concorrentes visamos não só avaliar esta mas, principalmente, mostrar aos demais participantes o trabalho desenvolvido por nossos colegas, jovens iniciando-se no campo da pesquisa médica assim como orientá-los no sentido de engrandecer sua formação universitária.

Limitando-se a participação de profissionais graduados a somente um orientador, temos como objetivo estimular a produção científica a nível acadêmico, forçando a criação de um espaço especificamente a ele destinado.

Infelizmente tivemos apenas treze trabalhos inscritos, sendo dada a todos a oportunidade de serem apresentados e concorrer. É com tristeza que constatamos o envio de somente um trabalho concorrente na Área Básica, o mesmo ocorrendo na Área Preventiva. Dentro das Áreas Clínica e Cirurgia a situação não se mostrou muito diferente, com 6 e 5 trabalhos respectivamente.

Isto reflete a situação que, extrapolando, está ocorrendo não só dentro das instituições de ensino e pesquisa mas em todo o País.

Lembremos que nós jovens, num futuro próximo, seremos os responsáveis por nossa comunidade.

Será que não é responsabilidade dos que hoje nos orientam, zelar pela nossa formação, estimular-nos na procura das soluções de nossos anseios e, em última análise, preparar-nos para que nesse futuro existam perspectivas?

Sob este prisma, a Comissão Julgadora, escolhida entre profissionais de reconhecida competência, analisou rigorosamente o material que lhes foi enviado. Dentre as observações e opiniões que nos foram entregues há algumas que merecem menção, ora pela gravidade ora pela freqüência:

- o emprego de metodologia inadequada, observando-se conclusões que não poderiam ser obtidas pelos dados apresentados;
- impropriedades na forma e conteúdo de alguns trabalhos;
- falta de citações pertinentes. Lembrando que a maioria dos autores pertence a esta Casa, vale ressaltar a escassa citação de trabalhos produzidos em nossa Instituição, especialmente daquelas publicadas em literatura de circulação internacional e de política editorial rígida;
- erros inadmissíveis de Português;

* Presidente do POC de 1987.

– e o mais grave, evidências de que alguns trabalhos não foram feitos por acadêmicos.

Estes deveriam ser aprimorados em seu potencial e não serem utilizados como meros levantadores de prontuários e bibliografia e, inaceitavelmente, como acesso a áreas que exclusivamente a eles que se destinam. O acadêmico não é um meio, ele é o objetivo primordial.

Será que não é função de nossos mestres abrir-nos campo de pesquisa e supervisionar-nos na sua utilização?

Divulgar-se-ão agora as decisões das Comissões Julgadoras e seus integrantes:

ÁREA BÁSICA

Concede-se Menção Honrosa ao Trabalho: "MODELO DE CALORIMETRIA INDIRECTA: ESTUDO EXPERIMENTAL PRELIMINAR DE VIABILIDADE TÉCNICA"

Aos Professores:
Pedro Guertzenstein
Regina Scivoletto
Wilmar Dias da Silva

Nosso muito obrigado.

ÁREA PREVENTIVA

Houve desclassificação do Trabalho: "AUTOMEDIÇÃO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE POPULAÇÕES DE ALTA E BAIXA RENDA" por não comparecimento do apresentador.

Aos Professores:
Amélia Cohn
João Yunes
Luci Moreira da Silva

Nosso muito obrigado.

ÁREA CLÍNICA

Concede-se Menção Honrosa ao Trabalho: "ELETROCARDIOGRAMA NA DOENÇA DE CHAGAS: FORMA CRÔNICA"

Aos Professores:
Hans Wolfgang Halbe
Hoel Sette
Ricardo Renzo Brentani

Nosso muito obrigado.

ÁREA CIRURGIA

Houve por bem a não concessão do Prêmio Oswaldo Cruz ou Menção Honrosa a nenhum dos Trabalhos concorrentes.

Aos Professores:
Ruy G. Bevilacqua
Sérgio Mies
Urio Mariani

Nosso muito obrigado.

Uma nova
entidade
química



Riopan[®]

Magaldrate

O REGULADOR DA ACIDEZ

O Magaldrate não se assemelha simplesmente às misturas dos hidróxidos de magnésio e de alumínio, uma vez que o hidróxido de alumínio recentemente formado no ácido gástrico não tem tempo de se converter em formas menos ativas. Conseqüentemente, o Magaldrate tampona com mais eficiência e conteúdo gástrico do que as misturas.

Goodman e Gilman

Propriedades

- Riopan regula e mantém o pH na faixa ideal de 3,5 a 5, diminuindo a atividade da pepsina livre. (Wenger)
- Riopan adsorve e inativa a lisolecitina e os ácidos biliares, quando ocorre refluxo duodenogástrico. (Begermann)
- Riopan possui elevada velocidade reguladora do pH do suco gástrico em função da solubilidade que aumenta inversamente proporcionalmente ao pH. (Breidenbach)
- Riopan é uma monossubstância que libera os princípios ativos em proporções que não interferem no trânsito intestinal. (Erckenbrecht)
- Riopan tem comprovada ausência de efeito rebote. (Fordtran)

Vantagens

- Riopan proporciona menor incidência de efeitos colaterais. Riopan não produz hipersecreção rebote, por ser isento de carbonato de cálcio.
- Riopan tem baixo teor de Sódio, podendo ser administrado a hipertensos e cardiopatas.
- Riopan é recomendável para diabéticos, por ser isento de açúcares.
- Riopan tem agradável sabor, o que assegura maior adesão ao tratamento.

Indicações

- Gastrite
- Esofagite de refluxo
- Úlcera de estresse
- Úlcera gastroduodenal
- Azia e perturbações gástricas leves

Apresentações

Caixas com 20 comprimidos mastigáveis
Fracos com 240ml do gel

Posologia:

- Azia, perturbações gástricas leves: 1 comprimido ou 10ml do gel, conforme a necessidade
- Gastrite, úlcera gástrica e esofagite de refluxo: 1 comprimido ou 10ml do gel, 4 vezes ao dia (de 1 a 3 horas após as refeições).
- Úlcera duodenal: 1 a 2 comprimidos ou 10 a 20ml do gel, 7 vezes ao dia (de 1 a 3 horas após as refeições).

Bibliografia à disposição da classe médica

Byk Química e
Farmacêutica Ltda.
C. Postal 9322 - CEP 01000
São Paulo - SP



UM PROGRAMA BEM ARTICULADO CONTRA A INFLAMAÇÃO E A DOR

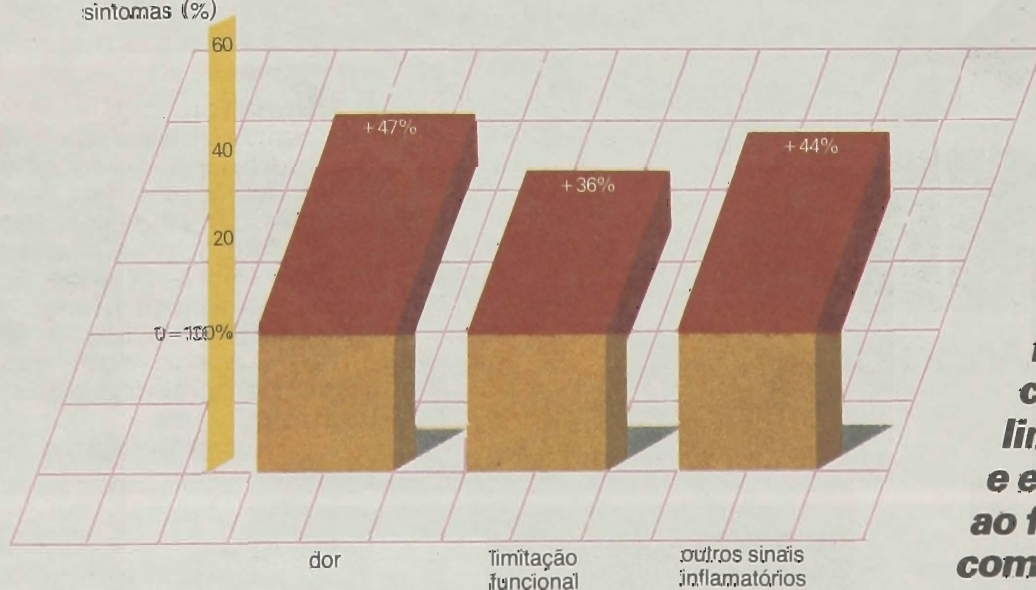
Mostanol®

Acemetacina

O ANTIINFLAMATÓRIO/ANALGÉSICO BEM PROGRAMADO

ELEVADA POTÊNCIA ANTIINFLAMATÓRIA

melhora dos
sintomas (%)



280 pacientes com artrite reumatóide ou artrose deformante foram tratados durante 3 meses com indometacina e, a seguir, 187 dos mesmos receberam MOSTANOL® por 10 a 12 semanas.

Após a mudança para MOSTANOL® verificaram-se melhoras significativas com relação à dor, limitação funcional e edema, que subsistiam ao final do tratamento com indometacina.

3 meses de tratamento com indometacina

seqüência do estudo com MOSTANOL® por 10 a 12 semanas

Blumberger, W.; Rechziegler, H.; Spechtmeyer, H.; *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* 30 (11): 1463, 1980.

Informações para prescrição à disposição com seu representante
Boehringer Ingelheim ou a Al. dos Quinimuras, 187
CEP 04068 São Paulo, SP - Fone: (011) 276 4899.

Boehringer
Ingelheim



RESUMO DOS TRABALHOS CONCORRENTES AO PRÊMIO OSWALDO CRUZ DE 1987

ÁREA BÁSICA: MENÇÃO HONROSA

— MODELO DE CALORÍMETRO INDIRETO — AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE VIABILIDADE TÉCNICA

Orientador: Ernesto Lima Gonçalves
Acadêmicos: Yen Min Ming
Hugo Massao Yamada
Tulio Mitio Yamada
Sofia Mizuo Miura

A taxa metabólica do organismo pode ser calculada com um alto grau de precisão a partir da taxa de utilização do oxigênio, pois mais de 95% da energia consumida no organismo derivam da reação do oxigênio com os diferentes tipos de alimentos.

Métodos de calorimetria indireta baseiam-se neste conhecimento; utilizou-se na presente investigação um modelo experimental de calorímetro indireto respiratório de circuito fechado, no qual o ar é circulado por meio de uma bomba elétrica. No decorrer de cada experimento injetamos 100,0 ml de carbogênio, 95% de modo a manter a pressão constante no interior do circuito. O aparelho é constituído por uma câmara de vidro; fora desta, o ar passa através de um tubo conectado a ela e que contém granulado de sílica, onde é absorvido o vapor d'água da mistura gasosa proveniente da câmara; a seguir, passa através de uma bomba de circulação e daí, por um recipiente contendo NaOH onde o CO₂ é absorvido; este é a seguir determinado por método de titulação.

Os resultados obtidos foram da ordem de $95,62 \pm 1,86$ ml de CO₂ recuperado para injeções de 100,0 ml de carbogênio 95%.

A avaliação preliminar do modelo de calorímetro indireto de circuito fechado desenvolvido no Laboratório de Metabologia Cirúrgica da FMUSP demonstra uma exatidão ao redor de 99,34%, demonstrando sua viabilidade técnica.

ÁREA CLÍNICA: MENÇÃO HONROSA

— ELETROCARDIOGRAMA NA DOENÇA DE CHAGAS — FORMA CRÔNICA.

Orientador: Eros Antonio de Almeida
Acadêmicos: Vera Maria Cury Salemi
Samira Nasser
Maria Aparecida Santos Lopes
Cristina F. Martin
Marcelo Manzano Said

A revisão dos eletrocardiogramas de 468 pacientes portadores de forma crônica da Doença de Chagas demonstrou que 87,3% destes, apresentaram-se alterados. Essas alterações se relacionavam a (I) Distúrbios na formação do estímulo elétrico cardíaco. (II) Distúrbios na condução do estímulo (isolados e associados). (III) Distúrbios na repolarização ventricular. (IV) Sobrecarga das cavidades cardíacas. (V) Diminuição das forças anteriores.

No grupo I predominavam as extra-sístoles que ocorreu em 184 casos (39,31%) sendo que 141 casos (30,12%) eram ventriculares.

No grupo II sobressaíram-se o Bloqueio do Ramo Direito (31,62%) e o Bloqueio Divisional Antero Superior Esquerdo (35,25%), sendo que encontramos todos os demais distúrbios da condução intra-ventricular e do nó átrio ventricular em frequências menores.

No grupo III os distúrbios primários de repolarização ventricular ocorreram em 20 casos (4,20%).

No grupo IV predominaram a sobrecarga ventricular esquerda (11,32%).

No grupo V a diminuição das forças vetoriais para a frente esteve em 85 casos (18,16%).

A porcentagem muita alta de eletrocardiogramas alterados na população estudada deve-se provavelmente, a alta incidência de cardiopatia neste grupo de chagásicos crônicos, uma vez que se trata de indivíduos que procuram atenção médico-hospitalar ou são encaminhados para tal instituição.

Consideremos o parágrafo anterior, achamos entretanto, que a alta sensibilidade do eletrocardiograma conven-

cional no diagnóstico de cardiopatia chagásica, o seu custo relativamente baixo e sua facilidade operacional, fazem do eletrocardiograma um exame imprescindível na avaliação da cardiopatia chagásica, embora grandes avanços tecnológicos tenham sido alcançados nos dias de hoje.

— AGENTES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA SALPINGITE AGUDA: INCIDÊNCIA E IMPORTÂNCIA NA DETERMINAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS, LABORATORIAIS E MORFOLÓGICOS.

Orientador: Eduardo Tomioka
Acadêmicos: Claudio Luiz Yamamishi
Yu Tan Lin
Marcelo Hoshino
Luiz Akio Sakanos
Antonio Paulo Ramos Rocha

A determinação dos aspectos diferenciados dos vários subgrupos de salpingite aguda foi o principal objetivo do presente estudo. Concomitantemente procurou-se estabelecer a incidência dos agentes sexualmente transmissíveis implicados na gênese desta moléstia. Para tal analisou-se paralelamente um grupo controle composto de 34 mulheres.

O grupo de estudo foi composto de 54 pacientes com quadro clínico e laparoscópico de salpingite aguda. Neste grupo a avaliação microbiológica foi sempre efetuada no canal endocervical, uretra e reto. Os meios e técnicas utilizados foram, para *Neisseria gonorrhoeae* o ágar Thayer-Martin; para *Chlamydia trachomatis* utilizou-se o cultivo em células McCoy; *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum* foram cultivados segundo a metodologia descrita por Shepard e Lunceford.

As pacientes seguiam ainda um protocolo para avaliação dos aspectos epidemiológicos, clínicos e laparoscópicos da moléstia.

A análise dos resultados demonstrou que:

- No grupo controle *N. gonorrhoeae* não foi isolada, *C. trachomatis* foi cultivada em apenas 1 (2,9%) paciente, *M. hominis* foi cultivado em 2 (5,8%) pacientes, *U. urealyticum* foi cultivado em 10 (29,3%) pacientes.
- No Grupo salpingite *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* foram isolados em 15 (27,8%) pacientes, *M. hominis* foi cultivado em 4 (7,4%) pacientes e o germe mais frequentemente isolado foi *U. urealyticum* em 32 (59,3%) pacientes.

Concluímos que a *C. trachomatis* juntamente com a *N. gonorrhoeae* são importantes agentes etiológicos em nosso meio.

As salpingites gonocócicas relacionam com pacientes usuárias de anticoncepcional oral, tinham início do quadro clínico concomitante ao catamênio, apresentavam leucocitose mais frequente quando comparada com as salpingites não gonocócicas e apresentavam uma tendência a superestimação do quadro clínico.

— O USO TERAPÊUTICO DE ANTICORPOS MONOCLONAIS: PREPARO E REVISÃO NO TRATAMENTO DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTES.

Orientador: Jorge Elias Kalil Filho
Acadêmicos: Walter André dos Santos Moraes
Karin Schidt Rodrigues

O uso de anticorpos Monoclonais na terapêutica foi introduzido em 1981 por Cosimi et al., que utilizaram o OKT3 no tratamento da rejeição aguda de transplantes renais. No presente trabalho acompanhamos a preparação de anticorpos monoclonais anti-linfócito, anti-monócito e anti-hemácia, tendo em vista sua futura utilização clínica. Os anticorpos foram obtidos da fusão entre células de plasmocitoma da linhagem SP2-O com células de baço de camundongos imunizados contra subpopulações celulares sanguíneas. A fusão foi promovida pelo polietilenoglicol. Os dados bibliográficos levantados mostram que o OKT3 é um agente eficiente no tratamento da rejeição não responsiva à terapia convencional e também como droga de primeira escolha. Mostrou-se eficiente em transplantes renais, hepáticos e cardíacos. Os efeitos colaterais são semelhantes aos sintomas da gripe: febre, calafrios, dispnéia, dor torácica, vômitos e náuseas. Aparecem no máximo até a terceira aplicação em infusão endovenosa a 5 mg por dia. Estão também relatadas infecções virais por reativação de CMV e Herpes Simplex. O maior fator limitante do uso de OKT3 e a formação de anticorpos anti-OKT3 pelo hospedeiro por volta do 12º dia de tratamento. Por isso mesmo o seu uso como droga profilática é controversa. Até 1986, 703 pacientes com transplante de órgão haviam sido tratados com OKT3. A nossa revisão abarcou 648 pacientes (92% de todos os pacientes tratados). Novas esperanças devem ser postas na imunossupressão por moléculas conjugadas de anticorpos monoclonais e toxinas celulares.

— MÉTODOS TERAPÊUTICOS AUXILIARES PARA O TRATAMENTO DA SEPTICEMIA NEONATAL.

Orientador: Uenis Tanuri
Acadêmicos: Marcelo Creado Pedreira
Tércio Genzini
Marcelo Pedrosa de Miranda

A incidência global de septicemia neonatal é de menos de 1% das crianças nascidas vivas, notavelmente aumentada por vários fatores de risco que podem elevá-la a 30% ou mais em recém-nascidos de baixo peso. Constitui assim uma preocupação diária em qualquer serviço, apesar dos progressos na prática obstétrica, na manipulação dos neonatos, no uso de antibióticos e no tratamento em geral, tornando-se importante causa de morte neste período de vida.

Neste estudo, os autores realizaram uma revisão da literatura a respeito da utilização da exsanguíneo-transfusão (ET), da transfusão de polimorfonucleares (leucócitos PMN) e da plasmaferese como métodos auxiliares na terapêutica da septicemia em recém-nascidos, em vista da ineficiência, nos casos mais graves, do uso exclusivo dos métodos convencionais pelas limitadas reservas imunológicas, cárdio-pulmonares e metabólicas deste grupo de pacientes.

Como conclusões, a ET pareceu mostrar-se uma potente alternativa terapêutica no tratamento da septicemia neonatal grave, embora estudos ainda sejam necessários para sua maior aceitação e estabelecimento de critérios mais objetivos para sua indicação. De maneira geral, não foram observadas complicações diretas como resultado do procedimento. A transfusão de PMN mostrou grande importância na correção de deficiências leucocitárias, melhorando a defesa tecidual, com indicação especial em casos com neutropenia associada. Por outro lado, a plasmaferese não se definiu como um método terapêutico pelo alto custo e poder prejudicial além de não se conseguir comprovar sua boa eficiência em crianças.

Dados experimentais sugerem ser a transfusão de PMN o tratamento de escolha para a septicemia não complicada, podendo ser preferível a ET na presença de CIVD ou de choque séptico.

– ANÁLISE CLÍNICA – LAB. DO TRATAMENTO EM DOSE ÚNICA DA TRICOMONÍASE.

Orientador: Wu Nan Kwang
Acadêmicos: Cláudio Luiz Yamanishi
José Luiz de Oliveira
Anderson Issamu Iamanaca

O objetivo da pesquisa é avaliar o resultado clínico-laboratorial do tratamento da tricomoníase vaginal com derivados 5-nitroimidazólicos.

Foram estudadas 23 pacientes com diagnóstico clínico de tricomoníase vaginal, provenientes da Liga de Combate à Sífilis e outras Doenças Venéreas do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O diagnóstico foi confirmado através do exame à fresco e pela coloração de Gram. O tratamento realizado foi através da administração de dose única de 2,0 g de Tinidazol para a paciente e parceiros. Novos controles eram feitos no 7º e no 30º dias após o tratamento.

Conclui-se que:

- 1) A cura clínica e microbiológica ocorreu em 95,7% das pacientes.
- 2) Houve uma incidência de 69,6% de efeitos colaterais, mas todos de curta duração e boa tolerabilidade.
- 3) A administração de dose única é de fácil praticabilidade e boa aceitação pela paciente e seu parceiro.

– CARACTERÍSTICAS DAS HIPONATREMIAS EM HOSPITAL GERAL.

Orientador: Newton José Eugênio Pizzotti
Acadêmicos: Júlio Cesar Madi
Anderson Issanui Issamu Iamanaca

O perfil clínico da hiponatremia tem mudado nos últimos anos por: descrição de grande morbidade/mortalidade (até 70%) e mudança da etiologia.

Persistem, na literatura, controvérsias quanto à terapêutica e velocidade de correção ideais; tendo sido relatadas experiências com resultados discrepantes. Em nosso meio, são raros os estudos de hiponatremia e uma análise das mesmas em hospital geral não é conhecida.

Levantamos os resultados do Laboratório Central do HCFMUSP durante um período de 3 meses e selecionamos os pacientes adultos com Na sérico 128 mEq/l. Fizemos análise da evolução clínica, em especial a neurológica, laboratorial e terapêutica. Analisamos mais de 15.000 determinações, resultando em 49 hiponatremias confirmadas. Nossos dados, assemelham-se aos da literatura quanto a prevalência (0,78%), patologias de base da população, e deflagradores, mostrando que as pneumopatias, patologias do SMC e infecções são os principais desencadeantes (60%). A prescrição médica (dietas, soros e drogas), teve também grande importância (70%) como desencadeante. Por outro lado, as patologias classificadamente consideradas determinadoras de hiponatremia, tais como a síndrome nefrótica, as hepatopatias e a ICC, foram pouco importantes.

Neste estudo, a morbi-mortalidade mostrou resultados inesperadamente baixos e até discrepantes em relação à literatura.

Concluimos:

- A incidência de hiponatremias é grande em nosso meio, inclusive em enfermarias cirúrgicas com alta incidência de casos graves.
- Mudança do perfil etiológico de hiponatremia, com maior relevância das patologias que aumentam o ADH em detrimento da síndrome nefrótica, hepatopatias e ICC. Além disso, o médico tem papel decisivo na patogenia, pela sua prescrição inadequada de dietas e soros.
- A maioria dos médicos reconheceu a hiponatremia e iniciou a terapêutica com medidas pouco agressivas, fato este, que pode explicar a diminuta morbi-mortalidade deste estudo em relação à literatura.
- Ser fundamental a casuística de cada hospital, roindo resultados, quanto à etiologia, não se superporem nos vários serviços.

ÁREA CIRÚRGICA

CIRURGIA AMBULATORIAL EXPERIÊNCIA DA LIGA DE CIRURGIA AMBULATORIAL DO CAOC DA FM-USP

Orientador: Aldo Junqueira Rodrigues Jr.
Acadêmicos: Eliza Miki Yamamuro

O sucesso e a crescente valorização dos Centros de Cirurgia Ambulatorial nos últimos anos, vem aumentando o elenco de operações passíveis de serem realizadas a nível ambulatorial.

Justamente, neste contexto, a Liga de Cirurgia Ambulatorial representa uma nova filosofia de ensino aplicável em instituição universitária no sentido de proporcionar ao Acadêmico de Medicina habilidade profissional para solucionar parte considerável das necessidades de sua comunidade.

Foram realizadas 169 operações pela Liga de Cirurgia Ambulatorial no período de julho de 1986 a março de 1987, coordenada e supervisionada diretamente docentes da 3ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço do Prof. Mario Ramos de Oliveira.

Nesta casuística não se observou nenhuma complicação no ato operatório. 82,24% dos casos operados foram seguidos até a alta ambulatorial. Houve 20 complicações pós-operatórias sendo duas de natureza infecciosa.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL NA CLÍNICA GINECOLÓGICA DO HC-FM-USP — 35 CASOS

Orientador: Jorge Saad Souen ✓
Acadêmicos: Alexandre Ades
Cristina Moreira Leite
Denise Araújo Lapa
Eduardo Vieira da Motta
Eva Duran

A histerectomia subtotal tem sido procedimento cirúrgico raro na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Durante o período compreendido entre janeiro de 1980 e março de 1985 foram realizadas 35 dessas operações, englobadas num total de 1.035 histerectomias abdominais praticadas no mesmo prazo, proporcionando uma incidência de aproximadamente 3% de histerectomias subtotais.

A orientação do Serviço é a de realizar a histerectomia total sempre que possível. Assim sendo, os autores estudaram as condições que levaram à execução da operação subtotal.

Destacaram-se, entre essas condições, as dificuldades técnicas representadas pela presença de processos aderenciais, moléstia inflamatória pélvica, excessivo sangramento intraoperatório e obesidade, assim como más condições clínicas daquelas pacientes.

Foram analisadas, também, as complicações relacionadas ao ato cirúrgico.

CÂNCER DO ESÔFAGO: ANÁLISE DOS MÉTODOS PALIATIVOS

Orientador: Bruno Zilberstein
Acadêmicos: Roberval Cabraitz Jr.
Fernando U. Coelho
Ivaldo P. Oliveira
Rafael M. Laurino Neto
Ricardo Sugai

O tratamento paliativo do câncer do esôfago apresenta maus resultados, pelo avançado grau de comprometimento local, pelo estado nutricional em que se encontra o paciente e pela elevada morbi-mortalidade que acompanha os procedimentos utilizados para esse tratamento.

A análise de 229 casos assim tratados, permitiu concluir pela inexistência de um método ideal de tratamento paliativo, pela contra indicação das esofagocoloplastias, pelos índices não desprezíveis de complicações das simples ostomias e finalmente pela perspectiva representada pelas intubações transtumorais, que, permite ao paciente ter alta hospitalar precoce, alimentando-se por via oral.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO INCISIONAL IMPORTÂNCIA DA FIXAÇÃO DE COMPRESSAS AS BORDAS DA FERIDA CIRÚRGICA

Orientador: Cláudio J.C. Bresciani
Acadêmicos: Ricardo H. Bamman
Pedro L. Bertevello
Celso U. M. Figuglietti
Carlos E. Malzoni
Paulo R. T. Rodrigues

Face à grande importância da infecção pós-operatória na cirurgia do aparelho digestivo, o presente estudo tem como objetivo avaliar o real valor de fixação de campos às bordas incisionais na prevenção de contaminação e infecção da ferida operatória.

Utilizou-se como método o acompanhamento clínico da incisão até o 30º dia pós-operatório, bem como a análise dos dados de cultura de material do subcutâneo obtido imediatamente antes do fechamento da pele. Formados dois grupos de pacientes, um no qual se fixaram as compressas às bordas da incisão cirúrgica e outro no qual não se fixaram compressas, correlacionou-se, então, a positividade da cultura bacteriana com o aparecimento de infecção incisional.

Analisando os resultados obtidos prospectivamente de um total de 182 doentes submetidos a intervenção cirúrgica sobre o aparelho digestivo, pode-se concluir que, independentemente do tipo de operação, não há necessidade de se fixar compressas às bordas da ferida, pois esta técnica não implica menores taxas de contaminação ou de infecção incisional.

Verificou-se ainda que quando da obtenção de cultura negativa, praticamente não houve evolução da incisão para infecção clínica pós-operatória.

CARCINOMA IN SITO DE VULVA

Orientador: Jorge Saad Souen -
Acadêmicos: Alexandre Ades
Cristina Moreira Leite
Denise Araújo Lapa
Eduardo Vieira Motta
Eva Duran

O carcinoma primário da vulva, apesar de sua localização facilmente acessível durante o exame ginecológico, tem sido detectado em estágios avançados, frequentemente em considerável grau de invasão.

Apresentamos 7 casos de carcinoma *in situ* da vulva diagnosticados entre 1974 e 1983.

Os aspectos atuais da abordagem diagnóstica e tratamento dessa neoplasia, assim como o papel do teste de Collins como procedimento de triagem para a biópsia são discutidos.

ALUCINOSE ALCOÓLICA- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Márcia B. de Macedo Soares¹
Arthur Guerra de Andrade^{**}

Definição:

A Alucinoze Alcoólica é um quadro psicótico apresentado por indivíduos que têm dependência do álcool, e que se inicia na maioria das vezes após alguns dias de abstinência, quando se verifica uma queda nos níveis sanguíneos de álcool (1, 4, 11). Poucos são os casos relatados em que as alucinações aparecem ainda durante períodos de ingestão etílica excessiva (1, 11).

O conceito sugerido pelo DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease, 3rd. ed.), um critério psiquiátrico operacional, estabelece que no diagnóstico da Alucinoze Alcoólica devem ser observados os quatro itens abaixo (6):

- A) Existência de uma alucinoze orgânica, com alucinações auditivas claras, que aparecem usualmente 48 horas após a interrupção da ingestão etílica severa, num indivíduo que aparentemente apresenta dependência do álcool.
- B) O paciente apresenta reação às alucinações de forma adequada ao conteúdo das mesmas (p. ex.: frente a alucinações ameaçadoras o paciente apresenta ansiedade).
- C) Ausência de rebaixamento de consciência, ao contrário do que se observa no "Delirium Tremens"
- D) Os sintomas apresentados pelo paciente não são consequentes a qualquer outro distúrbio físico ou mental.

Para facilitar o reconhecimento do que se entende por uma alucinoze orgânica o DSM-III estabelece as características abaixo referidas e sobre as quais deve se basear o diagnóstico (6):

- 1) Presença de alucinações persistentes ou recorrentes.
- 2) Ausência de rebaixamento da consciência; ausência de alterações significativas nas capacidades intelectuais (que estão presentes no quadro da Demência); ausência de distúrbios do humor (encontrados nos Distúrbios Afetivos); ausência de delírio predominante (existente no Síndrome Delirante Orgânico).
- 3) Evidência na história, exame físico ou exames complementares de um fator etiológico que se supõe estar relacionado com o aparecimento do distúrbio.

É interessante lembrar que o quadro de uma alucinoze orgânica pode aparecer também como consequência do uso de alucinógenos como o LSD, a psilocibina e a mesalina. São também considerados como causas de alucinoze orgânica quadros de intoxicação por levodopa, efedrina, propranolol (9).

Quadro Clínico:

No quadro clínico da Alucinoze Alcoólica predominam as alucinações auditivas (1,3), que se iniciam como ruídos e/ou sibilos de aparecimento preferencialmente noturno: a seguir surgem as vozes, que dirigem acusações diretas ao paciente, chamando-o de "ladrão" "assassino", "sem-vergonha", "marginal", etc, fazendo-o geralmente em 3ª pessoa (2,11,13). Muitas vezes essas vozes são reconhecidos como sendo de parentes ou amigos.

O paciente passa a desenvolver, sobre essas alucinações, idéias de conteúdo persecutório; passa a acreditar que está sendo vigiado, perseguido, imagina-se cercado por inimigos. Surgem então a ansiedade, a agitação, aí vem então a ansiedade, a insônia, a agressividade e pânico reativos às idéias deliróides. A conduta do paciente passa a ser regida por essas emoções, e ele pode chegar a cometer homicídios ou suicídio de eliminar o perseguidor imaginário (1,2).

Uma característica importante da Alucinoze Alcoólica, como já dito anteriormente, é o fato de a consciência permanecer lúcida, ou seja, o paciente está consciente, lúcido,

* Aluna do 5º ano da F.M.U.S.P.

** Coordenador do Grupo de Estudos em Alcoolismo do H.C. da F.M.U.S.P.

durante todo o tempo. Não se observam, também, alterações no pensamento ou distúrbios volitivos (5,10); o ajuste pré-mórdio nas esferas social e sexual costuma ser também normal nesses pacientes (5).

Exemplo: P.S.S., 40 anos, casado. Etilista importante há 20 anos, parou de beber há cerca de 4 meses, quando iniciou tratamento neste serviço. Refere que, há 3 dias, aparentemente sem motivo, começou a ouvir vozes de outras pessoas, que começavam a chamá-lo de imbecil, ladrão, sem-vergonha, homossexual; essas vozes apareciam à noite e o paciente refere que “não conseguia pegar no sono” (sic). Parou de se alimentar durante esse período e faltou ao trabalho; diz que ficou ansioso, com ligeira agitação psicomotora. Apresentava idéias supervaloradas de auto e heteroagressividade: achava que essas vozes eram de seu ex-cunhado e queria matá-lo. Passou a andar armado, o que chamou a atenção de um de seus irmãos, que passou a vigiá-lo sempre que saía de casa. Um dia antes da internação, tentou se matar atirando-se em cima de um carro que passava na rua em frente à sua casa; como estava em baixa velocidade parou a tempo, e o paciente sofreu apenas escoriações leves, tendo sido tratado no PSC-HC e encaminhado ao Instituto de Psiquiatria. Segundo informa, a consciência se manteve lúcida durante todo o tempo. Foi internado e tratado com baixas doses de Haloperidol (4mg/dia). Com intensa melhora do quadro em 2 semanas, teve alta.

Diagnóstico Diferencial:

Embora as alucinações orgânicas também aparecem em consequência a intoxicação por certas drogas, e em condições clínicas como cegueira e surdez bilaterais, hipotireoidismo, neurosífilis, e em presença de processos neoplásicos intracranianos do Sistema Nervoso Central (10), o principal diagnóstico diferencial deve ser realizado entre a Aluciose Alcoólica e a Esquizofrenia, com base nas seguintes características (1,3,11).

ESQUIZOFRENIA

- idade inferior a 40 anos
- quadro de início insidioso
- história familiar de esquizofrenia
- personalidade esquizóide
- as vozes ouvidas são provenientes do “espaço interior subjetivo”; o conteúdo tem significado mais profundo e especial para o paciente
- perda de associações: ausência de objetividade; ausência de corporalidade; desorganização do pensamento formal; desagregação

ALUCINOSE ALCOÓLICA

- idade variando entre 40 e 60 anos
- quadro de início agudo
- ausência de história familiar de esquizofrenia
- vários tipos de personalidade pré-mórbida
- as vozes ouvidas são provenientes do “espaço externo” e têm características de perseguição; o conteúdo consiste basicamente em ameaças e insultos
- a consciência permanece lúcida; ausência de distúrbios volitivos ou alterações no pensamento

Evolução:

A maioria dos casos de Aluciose apresenta um curso curto, não ultrapassando um mês. Benedetti (5), em clássico trabalho publicado sobre o assunto, propôs uma classificação, segundo a qual os casos de Aluciose Alcoólica poderiam ser classificados como “agudos” ou “crônicos” com base na duração do quadro. Os casos de “Aluciose Alcoólica Aguda” seriam aqueles cuja duração não ultrapassasse os seis meses; nestes casos a cura seria obtida uma vez mantida a abstinência. Permanecendo a ingestão etílica excessiva, entretanto, cerca de um terço dos pacientes tenderia a apresentar uma ou mais recidivas (5). Os casos de “Aluciose Crônica” menos frequentes, seriam aqueles de duração superior a 6 meses (segundo Benedetti, de 113 pacientes com Aluciose Alcoólica por ele observados, 90 correspondiam ao quadro agudo e 23 ao quadro crônico). Nestes casos o curso independia da abstinência, com alucinações que persistiriam mesmo que não tenha sido reiniciada a ingestão etílica. Ainda segundo este mesmo trabalho, o início dos casos agudos e crônicos teria a mesma forma, o que as tornaria indistinguíveis nesta fase; tudo levaria a pensar que as formas crônicas nada mais seriam do que progressivamente cronificar-se-iam.

Estado Final:

De acordo com essa classificação proposta por Benedetti, observou-se que os apresentavam quadro de “Aluciose Alcoólica Aguda” não apresentaram, após cessado o quadro, modificações a nível de personalidade. Por outro lado, os pacientes que apresentavam quadro de “Aluciose Alcoólica Crônica” passaram a apresentar, depois de um certo tempo, algum grau de embotamento afetivo, embotamento sensorial, indiferença, num quadro que apresentava semelhanças com aquele exibido por pacientes esquizofrênicos. Benedetti, no mesmo trabalho anteriormente citado, observou que dos 23 pacientes com “Aluciose Alcoólica Crônica” segundo aquele critério, 13 evoluíram para a Esquizofrenia. O prazo para o aparecimento dos sinais iniciais de Esquizofrenia variou de sete meses a cinco anos após o episódio agudo inicial. Os casos “crônicos” poderiam também evoluir para a Síndrome de Korsakoff (Distúrbio Amnésico causado pelo Álcool).

90 casos de A.A. Aguda (duração inf. a 6 m)	
113 pacientes com Al. Alcoólica	13 casos de Esquizo.
23 casos de A.A. Crônica (duração sup a 6 m)	10 casos de Sindr. Korsakoff

Benedetti: “Las Alucinaciones por el Alcohol” 1955

Etiologia e Fisiopatologia:

A etiologia da Aluciose Alcoólica é ainda obscura, desconfia-se do envolvimento de uma predisposição endógena, mas nada foi concluído: (2)

Em termos de Fisiopatologia, alguns autores atribuem as alucinações a disfunção ou lesão dos lobos temporais (decorrentes do uso do álcool), porém nada de muito concreto foi até agora estabelecido (4).

Tratamento:

O tratamento proposto por Benedetti preconizava o uso de complexos polivitamínicos, drogas antialcoólicas e tratamento desintoxicante (5).

Por ser um quadro alucinatório em paciente que está com a consciência lúcida, e que pode evoluir situações de auto, e heteroagressividade, trata-se de um caso de urgência (1). A internação em hospitais psiquiátricos está, portanto, indicada como método terapêutico. O objetivo da internação é acalmar o paciente, retirando-o de um ambiente mais conturbado e tratando dos fenômenos alucinaórios (1). Para que isto seja conseguido, utiliza-se a terapêutica farmacológica; é indicado preferencialmente o uso de Haloperidol por via oral, na dosagem de 1 a 10 mg/dia. A maioria dos pacientes apresenta regressão do quadro com doses baixas como 1 a 3 mg/dia. Se, entretanto, o quadro alucinatório persistir, está indicado o uso de Haloperidol por via intra-muscular, na dosagem de 5 mg de 30 em 30 minutos (1,8). O outro grupo de medicamentos, de características mais ansiolíticas, como os benzodiazepínicos Diazepam e Clordiazepóxido, vem também sendo utilizado (1, 7, 8).

Além da terapêutica farmacológica e do recurso da internação é bastante importante o suporte psicoterápico para estes pacientes, auxiliando-o em sua readaptação ao seu ambiente de origem.

Referências:

- 1) Walker JI: Management of Alcohol Emergencies, in Psychiatric Emergencies: Intervention and Resolution, pp 85–85, JB Lippincott, New York, 1983.
- 2) Mesquita ME: Psicoses Alcoólicas. Apostila do Grupo de Estudos em Alcoolismo do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P., pp 21–23 São Paulo, 1983.
- 3) Alonso-Fernandez F: El círculo de los Alcoholismos e Las Drogadependencias, in Fundamentos de la Psiquiatria Actual, pp 502–503, vol III, Editora Paz Montalvo, España, 1979.
- 4) Kendell RE, Zealley AK: Dependence on Alcohol and other Drugs in Companion to Psychiatric Studies, pp 426, Churchill Livingstone, London, 1983.
- 5) Benedetti G: Las Alucinaciones Por el Alcohol, monografias Médicas Alhambra Editorial Alhambra S.A., 1955:
- 6) American Psychiatric Association: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease, 3rd. ed., Washington D.C., 1980:
- 7) Ayd FD: Haloperidol in Alcoholism, in Haloperidol Update: 1958–1980, pp 148–153, Ayd Medical Comunicatios, Maryland, 1980.
- 8) Rada RT, Kellner R: Drug Treatment in Alcoholism, in Psychopharmacology Update; New and neglected areas, Grune & Stratton New York, 1979.
- 9) Goldmann HH: Organic Mental disorders, in Review of General Psychiatry, pp 273–274, Lange Medical Publications, California, 1984.
- 10) Surawickz F: Alcoholic Hallucinosi, a missed diagnosis, Can J Psychiatry, 25:57–63, 1980.
- 11) Cavenar Jr JO, Brodie HKH: Hallucinations, in Signs and Symptoms in Psychiatry, pp 445, JB Lippincott, N. York, 1983.
- 12) Sherlock S: Alcohol ad Disease, pp 100, British Council by Churhill Livingstone, London, 1981.
- 13) Fortes JRA: Efeitos Psíquicos do Álcool, in Alcoolismo, pp 42–43, Editora Sarvier, São Paulo, 1975.

INSTITUTO DE RADIOTERAPIA DE SÃO PAULO SOC.COOP.LTDA.

Telefone: 549-1422
CEP – 04013 – São Paulo – SP

Médicos:

- Dr. Oswaldo Peres – Diretor
- Dr. Fernando Tognato Ladeia
- Dr. Edvalmir Q. Figueiredo
- Dra. Catalina Rosa C. da Veiga
- Dr. William E.N. Soares
- Dr. Marcelo Oliveira dos Santos
- Dra. Marineide Prudêncio C. Leite
- Dr. José Franchi Neto

Rua Cubatão, 1.190 – Estação Ana Rosa do Metrô
Caixa Postal: 45.338
Casa de Saúde Santa Rita S.A.

Equipamentos:

- Acelerador Linear de Partículas
- Bomba de Cobalto – Theratron 80
- Radioterapia convencional
- Radioterapia de contato

Braquiterapia:

- Radium em agulhas
- Cesium para moldes
- Ouro
- Iridium e
- Iodo radioativo para implantes

DOENÇA DE CROHN

Rodolfo Luís Korte*

A doença de Crohn pode ser definida como um processo inflamatório inespecífico crônico do trato digestivo, podendo acometer desde a boca até a região anal. Ela apresenta outras denominações como enterite regional, ileíte terminal, ileocolite granulomatosa, colite segmentar ou colite transmural, dependendo de sua apresentação.

INCIDÊNCIA e ETIOLOGIA

A idade em que mais se verifica a doença é entre a terceira e quarta décadas, sendo que a incidência no sexo masculino é igual à do sexo feminino. A doença de Crohn pode ser encontrada desde em crianças recém nascidas até em indivíduos de idades bem avançadas. O prognóstico costuma ser tanto pior quanto mais jovem for o paciente. A incidência na população geral é desconhecida porém há evidências de que ela venha aumentando de 1960 para cá. Sabe-se que a incidência varia de região para região, sendo mais elevada em países do Norte da Europa, onde encontram-se até 6 casos por 100.000 habitantes (Suécia). A incidência nos Estados Unidos (estudo realizado em 15 áreas diferentes) é de 2,4 casos por 100.000 habitantes. Por essas grandes diferenças de incidência de região para região, torna-se muito difícil de se saber qual a incidência da Doença de Crohn na população em geral.

A incidência é mais elevada em indivíduos brancos e em elementos da mesma família. Foi constatado que em negros, orientais e índios americanos, a doença é bastante rara. Alguns autores (6) sugeriram que o aumento de ingestão de dietas ricas em fibras e açúcar pode favorecer o aumento da Doença de Crohn.

A etiologia da doença de Crohn ainda é desconhecida. As teorias mais comumente aceitas são as seguintes (6):

a) *Teoria infecciosa* — Embora não tenha sido isolado nenhum agente patogênico, já se tentou correlacionar a doença de Crohn à ação de uma micobactéria. Tal hipótese foi sugerida porque na cultura de tecidos reti-

rados de um paciente com a doença de Crohn desenvolveram-se colônias desse germe que, quando inoculadas em cabras jovens, determinaram o desenvolvimento de ileíte granulomatosa.

b) *Teoria imunológica* — As evidências a favor desta teoria são indiretas. A melhoria do quadro clínico frente ao uso de corticosteróides e a presença de anticorpos contra células epiteliais do cólon sugerem a presença de distúrbios imunológicos. Não existem dados conclusivos até o momento.

c) *Teoria genética* — A maior propensão ao aparecimento da afecção em membros da mesma família sugere a possibilidade de existirem mecanismos genéticos envolvidos. Na realidade tais evidências são indiretas e não excluem a participação de fatores ambientais ou outros.

HISTOPATOLOGIA

Aspecto Macroscópico (1)

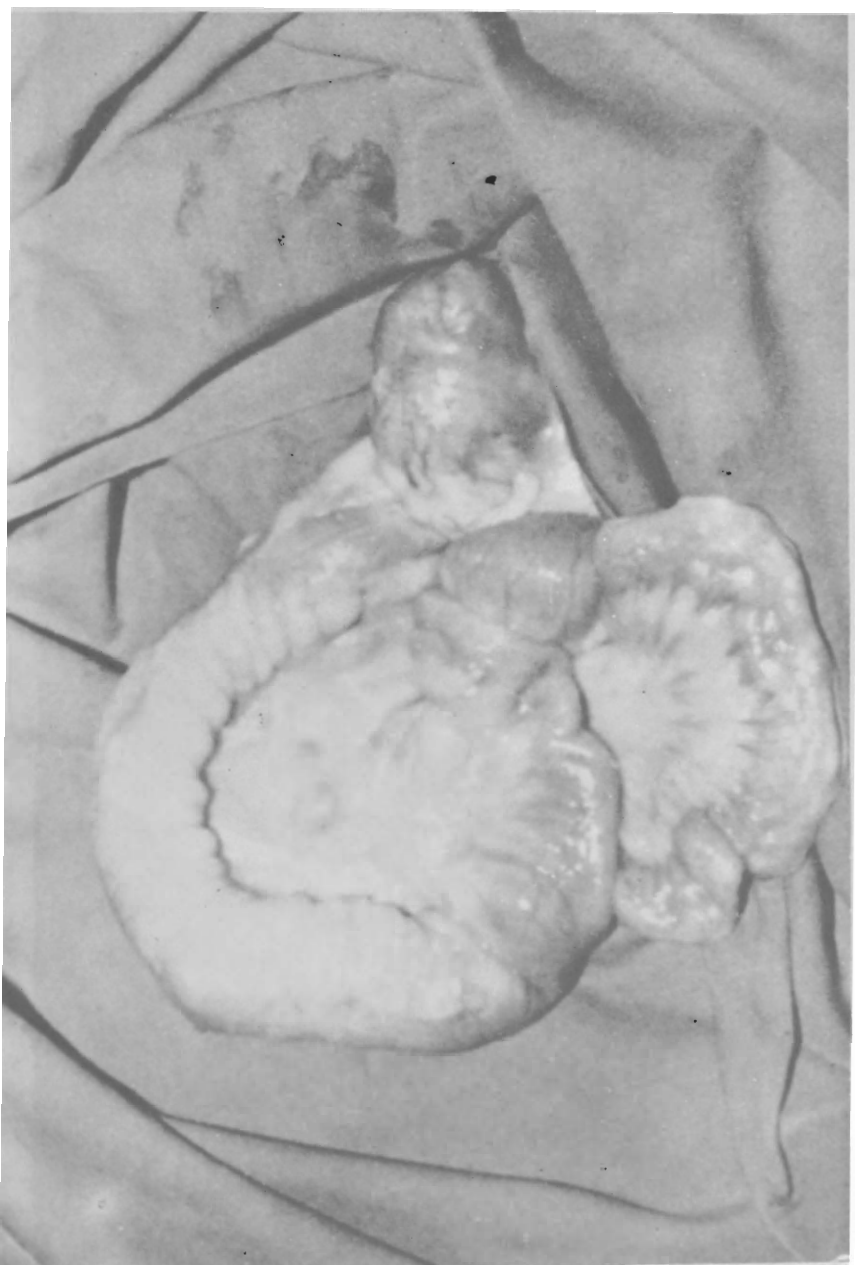
A doença de Crohn é caracterizada pelo comprometimento segmentar do intestino. Independente de qual for o segmento acometido, as áreas afetadas são demarcadas abruptamente e entremeadas por intestino normal. O segmento mais comumente lesado é o íleo terminal. A parede apresenta-se espessada e pouco flexível assemelhando-se a um "cano de borracha". A superfície serosa é granulosa e de cor cinza fosca. Existe espessamento da gordura mesentérica recobrimdo quase toda a alça intestinal afetada (foto 1). O mesentério apresenta-se espessado e edemaciado, às vezes com presença de fibrose. O lume intestinal encontra-se diminuído, o que pode ser confirmado pelo Raio-X contrastado (enema opaco, trânsito) que evidencia o assim chamado "sinal da corda". Fig. 2. Ao exame da peça verifica-se a separação das camadas anatômicas costumeiras por tecido fibroso e de textura granulosa, comprometendo, classicamente, a subserosa e a submucosa. Graus variáveis de edema, ulcerações e descamação da mucosa podem ser encontrados. As úlceras, quando presentes, são longas e serpiginosas, às vezes bastante estreitas e escondidas entre as pregas da mucosa, conferindo-lhe o aspecto de estrada "calçada por paralelepípedo (foto 3). Em casos crônicos elas evoluem para

* Aluno do 6º ano da Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica — São Paulo.

a formação de fístulas para outras alças ou para o trato urinário ou para o trato genital no sexo feminino. Quando alcançam a cavidade peritoneal determinam a formação de abscessos.

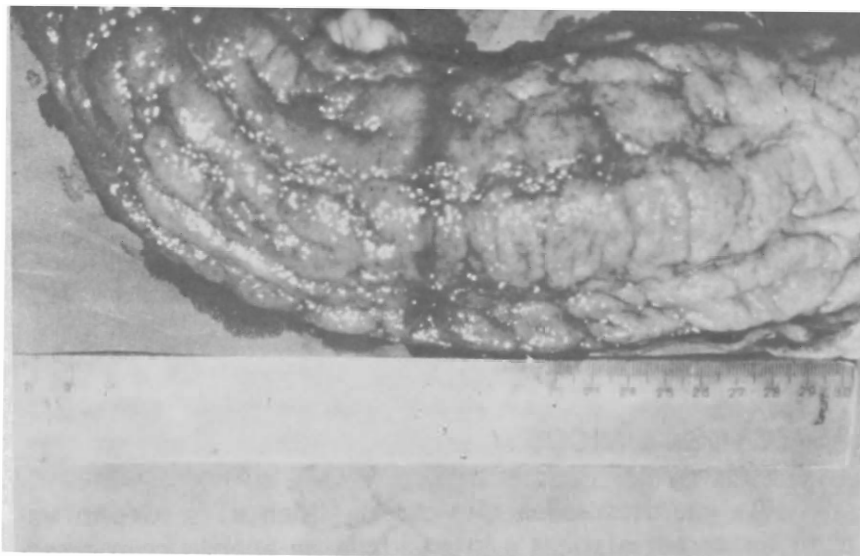
Aspecto Microscópico (1)

O infiltrado inflamatório e a fibrose afetam todas as camadas, até a serosa. Esta inflamação transmural e o aparecimento de granulomas não caseificantes são as características mais constantes da Doença de Crohn. Entretanto os granulomas estão ausentes ou pouco desenvolvidos em 50% dos casos. As ulcerações da mucosa são de graus variáveis. A mucosa ao redor das úlceras pode apresentar processo inflamatório difuso e inespecífico, e as glândulas podem estar distorcidas e com dilatações císticas. A fibrose da submucosa costuma ser acentuada, com reação inflamatória crônica. A túnica muscular está preservada e a subserosa costuma evidenciar intensa fibrose. Dentro das camadas submucosa e subserosa, os focos inflamatórios dispersos de células mononucleares estão sempre agregados dentro dos folículos linfóides e alguns destes contém os granulomas bem formados, lembrando



Aspecto cirúrgico do íleo terminal acometido por moléstia de Crohn. Nota-se o espessamento da gordura mesentérica que recobre a alça e a adomegalia no mesentério.

o aspecto sarcóide. A resposta inflamatória é inespecífica e composta de neutrófilos, linfócitos, histiócitos e células plasmáticas.



Estudo do trânsito intestinal evidenciando o "sinal da corda" no íleo terminal. Nota-se dilatação do intestino à montante e espessamento da parede das alças que estão separadas entre si.

Diagnóstico Diferencial

A doença de Crohn pode ser confundida com outras afecções, em particular com a tuberculose do trato digestivo, a retocolite ulcerativa e a colite isquêmica.

- a) *Tuberculose* (1) pode atingir todo o trato digestivo, sendo mais comum, assim como na doença de Crohn, o acometimento do íleo terminal, seguido da região ileocecal. Em certos casos, nos quais a doença de Crohn se apresenta com resposta tecidual tuberculóide ou sarcóide, é impossível estabelecer o diagnóstico somente com a histopatologia. Os achados radiológicos, a cultura para o bacilo de Koch e o teste de Mantoux, podem contribuir para esclarecer o diagnóstico, assim como os antecedentes do paciente que permitem determinar se ele se situa em grupos de alto risco de apresentar tuberculose.
- b) *Retocolite Ulcerativa* (1) apresenta distribuição diversa da doença de Crohn, acometendo difusamente o intestino grosso e o reto sem que existam segmentos de intestino normal intercalados às áreas afetadas. A mucosa apresenta-se difusamente comprometida, granular, hemorrágica e sem fissuras. Existe frequentemente polipose inflamatória secundária, proeminente e extensa. A região lesada é intensamente irrigada, o que pode levar a episódios de hemorragias. Nunca ocorrem fístulas. A malignização é frequente, devendo-se por isso fazer o diagnóstico sem demora. Microscopicamente a inflamação atinge preferencialmente a mucosa e a submucosa, enquanto é transmural na doença de Crohn. É comum a presença de agregados celulares epiteliais com características pré-cancerosas. A vascularização é muito proeminente, principalmente se a doença estiver em atividade.

c) *Colite Isquêmica* (12) – Acomete mais frequentemente a flexura esplênica e o cólon descendente. O aspecto macroscópico da superfície serosa pode ser normal ou evidentemente isquêmico. A superfície mucosa mostra edema, escurecimento e ulcerações disseminadas. Em casos crônicos ou avançados pode-se encontrar estenose tubular. O padrão microscópico é o da perda de toda espessura mucosa. Nas áreas ulceradas são encontradas atrofia disseminada da mucosa remanescente, espessamento da submucosa com resposta inflamatória acentuada e necrose hemorrágica.

ASPECTOS CLÍNICOS

As manifestações clínicas da doença de Crohn variam de características e intensidade de acordo com o segmento intestinal acometido pela afecção.

Segundo Farmer e colaboradores (2) a doença se localiza mais frequentemente no segmento ileocólico (45%), e a seguir no intestino delgado (26%), no cólon (25%), e na região ano-retal (4%).

As manifestações clínicas mais comuns são diarreia, perda de peso, dor abdominal, febre, complicações perianais e fístulas. É raro o sangramento. Artrite e espondilite podem ocorrer tão logo se iniciem as manifestações intestinais, especialmente se a área lesada for o cólon. Febre, hemorragia baixa e complicações perianais sugerem mais acometimento do cólon.

Em sua evolução não são raras as complicações particularmente a obstrução intestinal, as fístulas internas e externas e o comprometimento perianal.

A obstrução intestinal ocorre com certa frequência quando a doença acomete o íleo terminal e ceco.

As fístulas internas ou externas são mais frequentes quando o cólon e o reto são acometidos, mas podem estar presentes nas diversas localizações da Doença de Crohn.

As fístulas podem ser êntero-vaginais, êntero-cutâneas, êntero-enterais, êntero-urinárias ou para a cavidade peritoneal, resultando então na formação de abscessos.

O diagnóstico clínico da Doença de Crohn pode ser reforçado pelo estudo radiológico (enema opaco e trânsito intestinal).

Ao Raio-X sugerem o diagnóstico de Crohn as seguintes imagens (3):

- Envolvimento assimétrico da parede com massa tumoral adjacente.
- Separação das alças intestinais entre si (Foto 2 e 4).
- Estreitamento da luz intestinal (Foto 2 e 4).
- Padrão de edema de mucosa com espessamento das pregas intestinais (Foto 4).
- Áreas de falha de enchimento de contraste (Foto 4).
- Combinações de úlceras lineares e longitudinais com fissuras profundas e transversais, dando à mucosa um padrão de chão forrado com paralelepípedo (Foto 3).

TRATAMENTO

O tratamento da Doença de Crohn pode ser clínico ou cirúrgico, dependendo do grau de acometimento do intestino e da presença ou não de complicações.

O tratamento clínico fundamenta-se na adoção de um regime alimentar adequado que consiste de alimentos que estimulem o peristaltismo, como sucos, frutas e vegetais cozidos. Algumas bebidas que têm essa mesma ação, como o álcool, o café e outras podem ser indicadas. Alguns pacientes podem desenvolver alergias a certos alimentos, fato este que deve ser levado em consideração na elaboração da dieta.

Alimentos ricos em gorduras devem ser evitados por levarem a diarreia. Alimentos ricos em carboidratos e proteínas devem ser preferidos, e todo o reforço nutricional que puder ser feito deve sê-lo com elevados teores de proteínas e calorias.

A abordagem farmacológica inicia-se pelo tratamento sintomático. Dentre os sintomas, o mais importante é a diarreia. As drogas usadas para inibi-la

A abordagem farmacológica inicia-se pelo tratamento sintomático. Dentre os sintomas, o mais importante é a



Aspecto macroscópico de peça cirúrgica mostrando as lesões mucosas descritas no texto.

diarréia. As drogas usadas para inibi-la são os anticolinérgicos que devem ser ministradas 15 a 30 minutos antes das refeições. A dor, outro sintoma bastante frequente, deve ser tratada com compostos de beladona, em dose fisiológicas. Quando a dor é muito intensa pode indicar a conveniência do uso de imunossupressores e antibiótico. Se o paciente estiver tenso e ansioso, podem ser indicadas pequenas doses de fenobarbital, por período de tempo limitado. O uso terapêutico de drogas, isoladamente ou em combinação, é discutido. Os estudos neste campo estão em larga expansão.

Drogas Imunossupressoras - Segundo O'Donoghe (7) o uso de azothioprine (2 mg/kg/dia) pode ser eficaz, não tanto no tratamento, mas sim na profilaxia das recidivas da doença. O seu uso prolongado é restrito por poder acarretar sérios efeitos colaterais (pancitopenia, reações alérgicas).

Corticóides - (8) O seu uso é indicado quando todos os demais métodos empregados para o tratamento não surtiram efeito, na agudização da doença e na presença

de artrite, espondilite, uveíte e eritema nodoso. A combinação de outras drogas com os corticóides não parece aumentar seu efeito terapêutico (8).

Segundo estudos de Singleton e colaboradores (9) a combinação de prednisona e sulfasalazina (1,0 gr/cada 15 kg peso/dia), incontestável segundo alguns, não surtiu o resultado esperado, porque a sulfasalazina pareceu retardar a ação da prednisona e seus efeitos colaterais, notadamente os sintomas gastrointestinais, foram um fator adverso ao uso desta associação.

Metronidazole - O uso do metronidazole parece ser de muita valia no tratamento da Doença de Crohn. As doses ainda não foram padronizadas, variando de 3 mg/kg/dia a 40 mg/kg/dia. Gilat (4) - acredita que doses de 0,8 gr/dia sejam efetivas. Sabe-se que quanto maiores forem as doses, também maiores serão os efeitos colaterais, principalmente a neuropatia periférica que se traduz por parestesias. A neuropatia costuma ser progressiva e bastante prolongada, chegando a persistir até 6 meses após a parada do uso do medicamento.

Sulfasalazina - As doses terapêuticas dessa droga são elevadas variando de 4 a 6 gr/dia. Geralmente inicia-se o tratamento com 500 mg duas vezes ao dia, acrescentando-se 1 gr em dias alternados ou a cada dois dias, até que se chegue às doses terapêuticas.

Num estudo comparativo, Ursing e colaboradores (10) relataram ser o metronidazol (0,4 gr duas vezes ao dia via oral) levemente superior à sulfasalazina (1,5 gr duas vezes ao dia via oral) no tratamento da Doença de Crohn. É conveniente por isso, sempre que o tratamento com a sulfasalazina não surtir o efeito esperado, substituí-la pelo metronidazol. A recíproca, ou seja a substituição do metronidazol pela sulfasalazina não costuma trazer vantagens terapêuticas.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Analisaremos as principais indicações cirúrgicas e métodos empregados. De modo geral reserva-se o tratamento cirúrgico para os pacientes que apresentam complicações da Doença de Crohn, tais como obstrução intestinal, fístulas e outras manifestações perianais.

Na experiência de Greenstein e colaboradores (5), as indicações cirúrgicas mais comuns foram as seguintes:

- a) Obstrução intestinal - 26%.
- b) Intratabilidade medicamentosa - 18%.
- c) Fístulas internas - 12%.
- d) Abscessos - 11%.
- e) Fístulas externas - 6%.
- f) Doenças perianal - 5%.
- g) Reconstrução da continuidade - 3%.
- h) Coto retal residual - 2%.
- i) Abscesso retroperitoncal - 3%.
- j) Carcinomas - 3%.
- k) Fístulas reto-vaginais - 3%.
- l) Hemorragias maciças - 2%.
- m) Megacólon tóxico - 2%.



O mesmo da foto 2 evidenciando separação das alças intestinais, estreitamento de lume, espessamento das pregas mucosas com formação de úlceras e fissuras.

- n) Perfuração em cavidade livre, peritonite disfunção da ileostomia e fístula próximo da ileostomia, cada uma com cerca de 1%.

Para o tratamento cirúrgico o paciente deve estar, sempre que possível em boas condições nutricionais. Laxativos e enemas podem ser usados para limpeza do intestino.

O procedimento mais empregado é a ressecção da área gravemente lesada, removendo exclusivamente o segmento de intestino que se apresente intensamente afetado pela doença. Não há indicação de manter margem de segurança macroscópica ao microscópica por não trazer nenhum benefício ao paciente e nem diminuir as possibilidades de recorrência, além de envolver ressecções mais extensas do intestino com futuro prejuízo para a absorção intestinal, em geral, já prejudicadas pela própria doença. ••

A mortalidade com o emprego desse procedimento é pequena, variando, no geral, de 5% a 10% (5).

Outra alternativa cirúrgica é o "Bypass" com exclusão da alça acometida. Esse procedimento pode ser realizado tanto por uma anastomose latero-lateral como por uma transecção do intestino seguida de uma reconstrução em "Y", deixando a alça acometida excluída do trânsito. Os inconvenientes dessa alternativa mais conservadora são de deixar uma alça desfuncionalizada e de não remover o segmento afetado. Compreende-se, assim, que, com o emprego do "Bypass", a incidência de reoperações e o aparecimento de câncer são maiores, como aliás referem Greenstein (5) e Trnka (11).

Por tudo isso a ressecção limitada em sua extensão vem sendo usada como a forma de tratamento cirúrgico de escolha.

PROGNÓSTICO

A mortalidade após procedimento cirúrgico pode ser dividida em precoce (período pós-cirúrgico imediato, até o 30º P.O) e tardia. Na casuística de Greenstein (5), a taxa de mortalidade precoce foi de 3,2%, e todos os óbitos foram secundários a processos sépticos que estavam presentes antes da cirurgia. A mortalidade tardia foi também de 3,2%. No total houve 8 mortes, 6 por câncer com metástase e 2 por recorrência de Crohn.

Segundo Trnka (10), a taxa global de mortalidade de seus pacientes acompanhados durante 30 anos foi de 23,4%. A recidiva de Crohn em 5 anos, foi de 29%; em 10 anos, 52%; em 15 anos, 64%; e em 25 anos 84%.

Tanto Greenstein como Trnka notaram maior incidência de progressão da moléstia com o emprego do "Bypass" sobre a ressecção.

A resposta ao tratamento clínico não é muito satisfatória, visto que quase 2/3 dos pacientes em algum momento da evolução da doença necessitarão tratamento cirúrgico devido ao aparecimento de complicações.

Independentemente do tratamento empregado, os pacientes poderão levar uma vida produtiva e razoavelmente estável na maioria dos casos.

Resumo e Conclusão

Esta é uma revisão bibliográfica que tem como objetivo descrever o que vem a ser a doença de Crohn, quais os métodos para sua identificação e diagnóstico, os diferentes modos de tratamento empregados e o seu prognóstico.

Concluimos ser a doença de Crohn uma afecção de incidência reduzida na população em geral, de etiologia ainda desconhecida, que apresenta como manifestações clínicas principais: diarreia, dor abdominal, febre, perda de peso e fístulas. Essas manifestações são inespecíficas impondo-se muitas vezes o diagnóstico diferencial com outras doenças do tubo digestivo, como tuberculose, retocolite ulcerativa e colites isquêmicas.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. O clínico fundamenta-se na adoção de dieta adequada, no uso de drogas como a sulfasalazina, já consagrada, e, mais recentemente o metronidazol, que segundo alguns autores vem se mostrando superior à sulfasalazina.

O tratamento cirúrgico empregado atualmente consiste na ressecção da área acometida pela doença.

O prognóstico não é muito bom, pois as taxas de recorrência são elevadas, independentemente do tratamento escolhido. O paciente, não obstante isso, poderá ter uma vida praticamente normal na maioria das vezes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bockus, H.L. — Gastroenterology — 3 rd Ed. Philadelphia, Saunders 1976 — V2: 554-560.
- 2) Farmer, R.G. — The Protean Manifestation of Crohn's Disease Post Grad, Med 1975 — 57: 129-136.
- 3) Goldeberger, H. — Radiographic Findings of The National Cooperative Crohn's Disease Study. Gastroenterology 1979 — 77: 925-937.
- 4) Gilat, T. — Metronidazole in Crohn's Disease. Gastroenterology 1982 — 83: 702-704.
- 5) Greenstein S.A.; Meyers S.; Sher L.; Hermann T. & Aufser H.A. Jr. — Surgery and Its Sequelae in Crohn's Colitis and Ileocolitis, Arch, Surg. 1981 — 116: 285-288.
- 6) Mayberry, J.F. & Rhodes J. — Epidemiological Aspects of Crohn's Disease: a review of Literature, Gut 1984 — 8: 886-899.
- 7) O' Donoghue D.P.; Dawson A.M.; Powell — Tuch J.; Brown R.L. & Lennard — Jones J.E. — Double — Blind Withdrawal Trial of Azathioprine as Maintenance Treatment of Crohn's Disease 1978 — 2: 955-957.
- 8) Singleton J.W.: Corticosteroids for Crohn's Disease. Ann. Int. Med, 1979 — 90: 983-984.
- 9) Singleton J.W.; Summers W.R.; Kern F.Jr.; Beckett J.M.; Bést R.W.; Hansen N.R. & Winship H.D. — A Trial of Sulfasalazine as Adjunctive Therapy in Crohn's Disease. Gastroenterology 1979 — 77: 887-897.
- 10) Ursing B.; Alm T.; Bárány F.; Bergclín I.; Ganrot-Norlin K.; Hoevels J.; Huitfeldt B.; Järnerot G.; Krause V.; Krook A.; Lindström B.; Nordle O. & Rosén A. a Comparative Study of Metronidazole and Sulfasalazine for active Crohn's Disease The Cohoperative Crohn's Disease Study in Sweden: Results. Gastroenterology — 1982 — 83: 550-562.
- 11) Trnka Y.M.; Glotzer D.J.; Kadson E.J.; Goldmann H.; Steer M.L. & Goldman L.D. — The long Term Outcome of Restorative Operation in Crohn's Disease. Influence of Location, Prognostic Factors and Surgical Guidelines. Ann Surg 1982 — 196: 345-355.
- 12) Willians L.F.; Bosniak M.A.; Wittenberg J.; Manuel D.; Grimes & Dyrne J.J. — Ischemic Colitis Am J. Surg. 1969 — 117: 254.

**Atividade
Antialérgica e
Antiinflamatória**

(Valerato de Betametasona)

Controla a inflamação e o prurido, ao mesmo tempo que domina as reações alérgicas.

**Atividade
Bactericida**

(Sulfato de Gentamicina)

Contra os principais patógenos da pele, sem os inconvenientes da sensibilização.

**Atividade
Antimicótica**

(Tolnaftato)

Agente fungicida na erradicação dos dermatófitos.

**Potente ação
contra Candida
albicans**

(Iodoclorohidroxiquina)

Resumindo:




QUADRIDERM

Um produto que vale por quatro.

Apresentado nas formas de Creme e Pomada, em bisnagas de 20 e 45 g.

Para maiores informações, consultar o DEF-Dicionário de Especialidades Farmacêuticas ou a Diretoria Médica da Schering.

Schering

Indicador Profissional	INDICADOR MÉDICO
<p align="center">LABORATÓRIO DURVAL ROSA BORGES</p> <p align="center">Todos os exames de laboratório Imunologia – Radioisótopos Vacinas Anti-Alérgicas Bioquímica, "Check-up" Colheitas a domicilio Estacionamento próprio</p> <p align="center">Av. Brasil, 1955 Fone: 282.7011</p>	<p align="center">Cirurgia Geral</p>
<p align="center">ATUALIZAÇÃO MENSAL EM CARDIOLOGIA E PEDIÁTRIA</p> <p>Receba em sua casa ou consultório os resumos dos trabalhos publicados nas mais conceituadas revistas nacionais e internacionais.</p> <p>PRODOC Fone (011) 884-2204 – São Paulo SP</p>	<p align="center">DR. NADIM F SAFLATE</p> <p align="center">Cirurgia Geral – Aparelho Digestivo – Colo – Proctologia</p> <p align="center">Cons. – Rua 13 de Maio, 1.954 – São Paulo Tels.: 289-3541 – 284-3998</p>
<p>CLIMADIM – Clínica Médica Auxiliar de Diagnósticos Por Imagem</p> <p>R. Estela, 515 – Bloco "C" – 1º andar – Central Park – Ibirapuera – Tel.: 549-9433</p> <ul style="list-style-type: none"> • RADIOLOGIA GERAL E ESPECIALIZADA – PLANIGRAFIAS/TOMOGRAFIAS E MAMOGRAFIAS • ULTRASSONOGRRAFIA GERAL <p> CLÍNICA RADIOLÓGICA BRAFER CEP 04071 – Av. dos Bandeirantes, 2060 – Tels.: 61-0142/533-2851 – Brooklin Novo – São Paulo</p>	<p align="center">Oftalmologia</p>
	<p align="center">DR. LECH M. SZYMANSKI</p> <p>Oftalmologia personalizada, Hora Marcada, fone: 289-8566</p> <ul style="list-style-type: none"> * Clínica e cirurgia ocular – * Lentes de Contacto * Microcirurgia para miopia e astigmatismo * Implantes intra-oculares * Orientação de candidatos a cirurgia ocular. <p>Rua Itapeva, 366 – conj. 31 – 3º andar São Paulo – SP</p>
	<p align="center">Ginecologia</p>
	<p align="center">DRA. CATALINA CONSTANTINO DA VEIGA CRM 21203</p> <p>Diagnóstico das Moléstias da Mama e Ginecológicas Check Up – Radioterapia – Betaterapia – Crioterapia Cons: – Rua Dona Veridiana, 248 – Tel.: (011) 220-6894 CEP 01238 – São Paulo – Brasil</p>
	<p align="center">Endoscopia</p>
	<p align="center">PROF. ARNALDO J. GANC</p> <p>Endoscopia Digestiva Propedêutica e Terapêutica Proteses Biliares e Esofágicas Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 4557 Tel.: 853-5400</p>
	<p align="center">DR. ARTUR A. PARADA</p> <p>Esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia, Colangiopancreatografia, Polipectomia, Papilotomia.</p> <p align="center">Cons. – Av. Arnolfo Azevedo, 201 Tel.: 864-5722 – Pacaembú – S.P.</p>

**Dr., Prestigie a
REVISTA de MEDICINA
anunciando em
suas páginas**

EXAME PROCTOLÓGICO- TÉCNICA

* Dr. Paulo Roberto Arruda Alves
** Dr. Maria José Feminas Vieira
*** Prof. Dr. Angelita Habr-Gama



EXAME PROCTOLÓGICO

O exame proctológico deve ser realizado sempre que o paciente apresenta sintomas que possam estar relacionados ao colon, ao reto e ao ânus, como sangramento, alterações do hábito intestinal, dor abdominal ou ano-reto-perineal. Além destas indicações do exame proctológico, este exame deve ser realizado em indivíduos assintomáticos que pertençam aos chamados grupos de risco para câncer colo-retal.

O exame geral do doente e, em particular o exame do abdomen e das regiões inguinais deve preceder o exame proctológico propriamente dito.

POSIÇÃO DO PACIENTE

O posicionamento cuidadoso do paciente é essencial para a realização adequada do exame proctológico. As posições mais utilizadas são:

1. Posição Genu-Peitoral

Embora desconfortável para o doente esta posição (Fig. 1) oferece excelentes condições para a realização do exame proctológico completo, principalmente para a endoscopia, pois a passagem da junção retosigmoidiana é muito facilitada pela queda do sigmoide para a parede anterior do abdomen, retificando sua angulação.

2. Decúbito Lateral Esquerdo ou Posição de Sims

É a mais utilizada pois é confortável ao doente, principalmente para os mais idosos, gestante ou artríticos. Além disso o paciente se sente muito menos constrangido, e a posição é também confortável ao examinador, desde que o doente seja corretamente posicionado (Fig. 2). O paciente se deita em decúbito lateral esquerdo, obliquamente, com a cabeça colocada junto ao bordo lateral oposto ao do examinador. As nádegas devem projetar-se para fora do bordo lateral do mesmo lado que o examinador. As coxas fletem-se sobre o abdomen e as pernas fletem-se em um ângulo de 90 graus. O paciente deve rodar o tronco no sentido de colocar a face na direção da superfície do divã, ficando discretamente pronado. Adicionalmente o paciente deve ser instruído para não mudar de posição durante o exame, pois existe a tendência de girar para um decúbito dorsal a medida que ele procura falar com o examinador e acompanhar o que está ocorrendo. A fonte de iluminação coloca-se na direção dos pés do divã de forma a não interferir com o acesso do examinador ao instrumental colocado a sua direita.

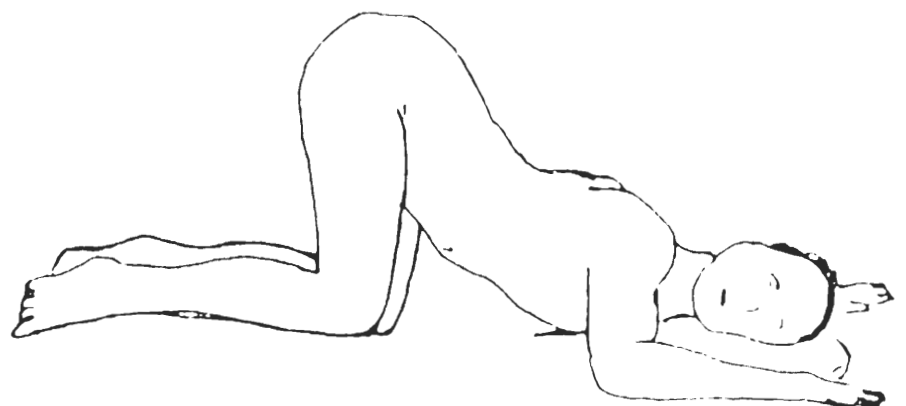


Fig. 1 – Posição genu-peitoral.

* Médico Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Experimental (Prof. Silvano Raia) Médico Colaborador do Serviço de Colo Proctologia Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo.
** Estagiária do Serviço de Colo-Proctologia de Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo (Prof. Henrique Walter Pinotti).
*** Diretora do Serviço de Colo-Proctologia da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo.

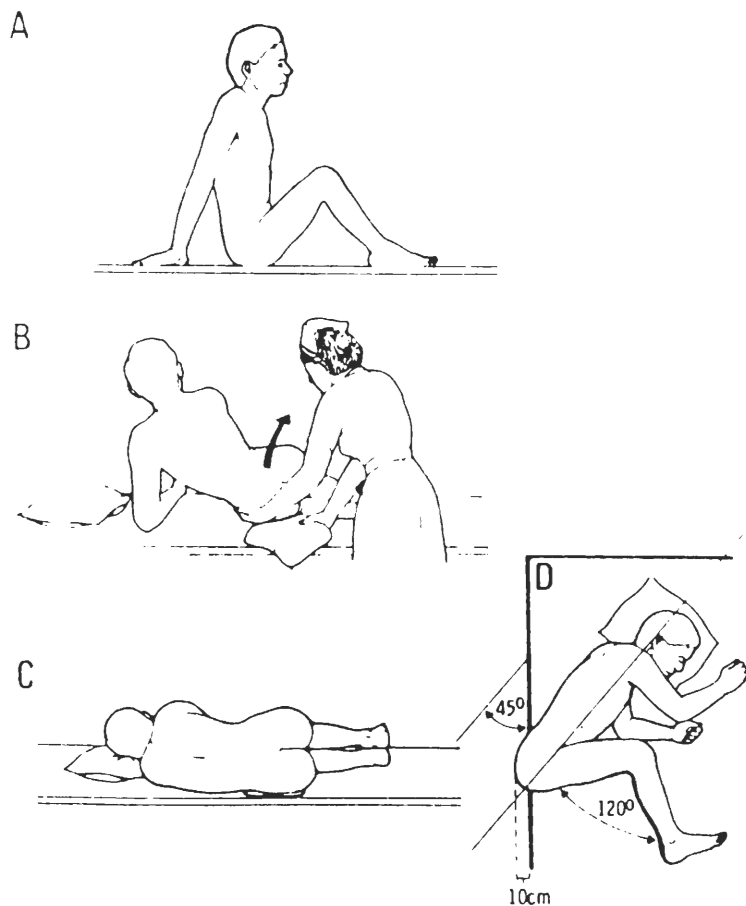


Fig. 2 – Posição de Sims

3. Exame Propriamente Dito

O examinador deve ter sempre em mente que o exame proctológico é uma experiência que causa grande apreensão em quase todos os pacientes e, em especial, aos acometidos de uma afecção que produza dor na região anal, pois o paciente teme que o exame em si possa despertar desconforto ainda maior. O paciente, já bastante tenso, se sentir dor, contrairá a musculatura das nádegas e dos esfíncteres, aumentando substancialmente a dificuldade do exame.

O objetivo inicial do examinador deve ser o de reduzir as preocupações do paciente e antecipar, durante todo o procedimento, as sensações associadas ao exame de tal forma que o paciente não se surpreenda com o que sente e adquira confiança na proficiente ação do examinador.

Outro aspecto para o qual o examinador deve estar atento e para a limitação da insuflação de ar ao mínimo necessário durante a retossigmoidoscopia, alertando o paciente que a sensação de que vai evacuar corresponde a presença do aparelho e do ar e que ele deve ficar tranquilo que nenhum acidente ocorrerá durante o exame.

Nas afecções agudas, em que o paciente apresenta grande desconforto, quer pela presença de trombose hemorroidária, fissura anal ou de abscesso anal, o exame proctológico deve restringir-se ao mínimo necessário para estabelecer o diagnóstico, sem impor sofrimento inútil ao paciente.

Uma vez posicionado o paciente e orientado quanto a natureza do procedimento, seguem-se os estágios do exame propriamente dito:

- 1) INSPEÇÃO
- 2) PALPAÇÃO
- 3) TOQUE RETAL
- 4) ANUSCOPIA
- 5) RETOSIGMOIDOSCOPIA

1. INSPEÇÃO

1.A – Estática

Existem muitas condições que são óbvias a inspeção da região anal e vizinhanças e por esse motivo esta fase do exame não deve jamais ser descuidada. Os hematomas anais, a trombose hemorroidária, o abscesso anal, o condiloma peri anal, a presença do orifício externo de uma fístula ano-reto-perineal, hidroadenite supurativa, cisto pilonidal, são diagnosticados a simples inspeção da região anal sem qualquer dificuldade. O estado da pele peri anal, a presença de cicatrizes, de secreções devem ser anotados. Nos casos em que existe qualquer queixa relacionada a continência deve ser observada a presença de resíduos fecais bem como o estado de fechamento completo ou não do ânus. Em seguida a pele perianal é afastada com vigor com o objetivo de examinar melhor o anus propriamente dito. Nestas condições, uma fissura anal, se presente, poderá ser vista.

1.B – Dinâmica

Deve-se sempre solicitar que o paciente faça força para evacuar, para demonstrar a presença de hemorroidas prolapsadas, papilas hipertróficas, prolapso de reto, eliminação de fezes ou descida do períneo. Muitas vezes a inspeção dinâmica é ainda mais eficiente com o paciente em posição sentada.

2. PALPAÇÃO DA REGIÃO PERI ANAL:

Usualmente é realizada antes de se lubrificar a luva e visa essencialmente estabelecer a presença de áreas endurecidas ou amolecidas relacionadas a um eventual abscesso, áreas infiltradas, por tecido tumoral, bem como saber se a compressão de uma determinada região provoca dor. Em doentes com sintomas de incontinência fecal, a palpação deve ser completada com a pesquisa dos reflexos ano-retais, através da picada de uma agulha para verificação de sensibilidade a dor e a resposta de contração esfinceteriana.

3. TOQUE RETAL:

Após lubrificar a luva, o examinador introduz lentamente o dedo indicador no orifício anal aguardando o relaxamento da musculatura, o que ocorre em alguns segundos e observando a seguir:

- o sulco inter-esfintérico, notado como uma depressão entre os dois esfíncteres e mais evidentes nos pacientes idosos do sexo feminino, em que o esfíncter interno se projeta de forma cônica.
- anel ano-retal, representado pela projeção da parede posterior do reto pela ação do músculo pubo retal que circundando o reto por trás para inserir-se bilateralmente no púbis, traciona para frente o reto, produzindo o ângulo ano-retal, mecanismo fundamental da continência. O paciente é solicitado a contrair a musculatura em esforço para não evacuar e observa-se pulsão do dedo para a frente.
- a cavidade retal propriamente dita e suas paredes na qual irregularidades da superfície ou endurecimentos localizados podem ser a tradução de um processo tumoral, cuja extensão e localização deve ser cuidadosamente observada. Usualmente no interior do reto existem fezes em maior ou menor quantidade, de consistência variável, que o examinador inexperiente pode confundir com um achado patológico.
- Estruturas extra retais podem ser reconhecidas, como o colo do útero, no sexo feminino, a próstata, no sexo masculino, bem como tumores extra retais, gânglios peri retais, abscessos, tumores de fundo de saco ou um fecaloma que se apoia na parede retal estando localizado no sigmóide. A conformação óssea do sacro e do cóccix oferece informações importantes.
- Exame do material aderido a luva após o toque retal permite o reconhecimento de secreções purulentas nas infecções retais, e na reto colite ulcerativa, a presença de sangue, em processos inflamatórios ou tumorais, bem como a presença de fezes.

4. ANUSCOPIA:

Não há necessidade de preparação especial para a anuscopia. Após lubrificar o anuscópio (Fig. 3), este é mantido na mão direita com o mandril colocado em posição firme. A nádega esquerda é tracionada com a mão direita com o objetivo de expor o anus. O cabo do anuscópio é mantido na direção do sacro e a ponta do mesmo é dirigida para o orifício anal. De início a progressão do aparelho é obstada pela contração dos esfíncteres, porém a medida que se mantém pressão delicada sobre o anus, dirigindo o eixo do aparelho em direção ao umbigo do paciente, ocorre o relaxamento da musculatura. O relaxamento da musculatura usualmente ocorre em alguns segundos, porém, algumas vezes pode demorar um minuto ou pouco mais. Uma vez introduzido o aparelho, sua extremidade alcança o limite superior do canal anal, exigindo a seguir a mudança de direção do aparelho para a concavidade sacra a fim de evitar trauma da parede anterior do reto. Quando a flange do aparelho apoia-se firmemente contra as nádegas, o cabo é passado para a mão esquerda e retira-se o mandril. Uma vez ajustada a luz, observa-se

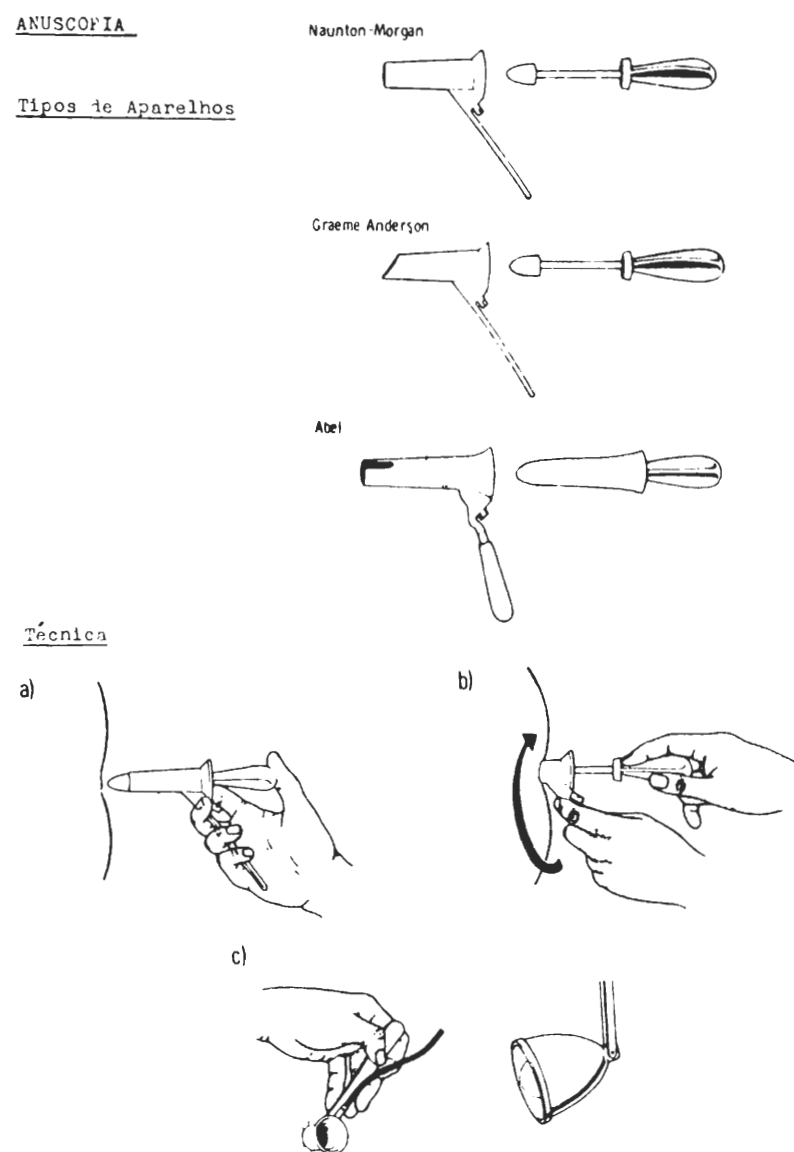


Fig. 3 – Anuscópios e técnica de exame.

o material aderido a ponta do mandril, seja ele fezes, pús ou sangue. Pelo interior do anuscópio podemos então observar a mucosa retal, de coloração rosada, lisa, brilhante e sem ulcerações. A vascularização submucosa é claramente visível se não houver processo inflamatório. O anuscópio é retirado e no momento em que se coloca na altura do anel ano retal, a luz passa a colapsar. Quando há hemorroidas estas projetam-se para a luz do proctoscópio, tornando-se mais evidentes se o paciente proceder a uma manobra de Valsalva. Adicionalmente podem observar-se fissuras, orifícios fistulosos no interior do canal anal, hipertrofia das papila. Se houver necessidade de re-exame e portanto re-introdução do aparelho, tal deve ser feito sempre com o mandril recolocado para não traumatizar o anus.

5. RETOSSIGMOIDOSCOPIA:

A retossigmoidoscopia pode ser realizada sem limpeza do reto ou após a evacuação induzida por um supositório de glicerina ou por uma pequena lavagem. O aparelho é introduzido com o mandril, inicialmente em direção ao umbigo (Fig. 4), em seguida alterando-se a direção de intro-

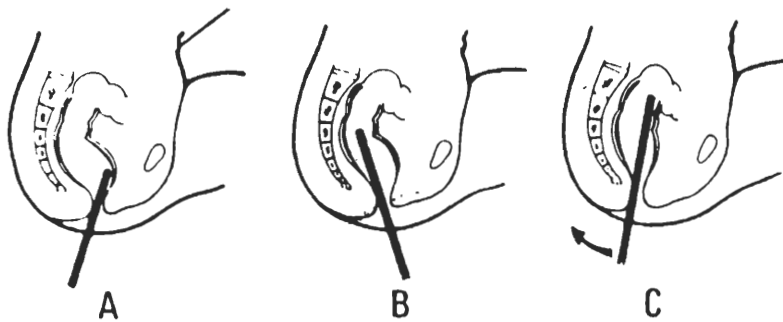


Fig. 4 – Introdução do Retosigmoidoscópio.

dução para a concavidade sacra. Neste ponto retira-se o mandril e toda progressão subsequente faz-se sob visão direta (Fig. 5). A ultrapassagem do ângulo reto sigmoidiano faz-se com muito cuidado, sem grande insuflação de ar, o que aumentaria o desconforto do paciente. Uma vez no sigmoide não há dificuldade em avançar o retosigmoidoscópio. Deve-se tomar cuidado para não progredir o aparelho sem ver a luz intestinal ou quando houver resistência para evitar perfuração. O exame mais acurado realiza-se por ocasião da retirada do retosigmoidoscópio com especial atenção para:

- o conteúdo do reto e do cólon: observa-se se o reto está vazio ou apresenta fezes de aspecto normal, ou líquidas, púas, sangue ou muco.
- o diâmetro interno do reto e cólon, se é complacente ou apresenta zonas de espamo ou estenose.
- o aspecto da mucosa, que quando normal é rosada, lisa, brilhante, não apresenta sangramento fácil ao toque do aparelho, permite a visualização da vascularização submucosa e que quando inflamada perde estas características.
- presença de ulcerações ou elevações da mucosa, pólipos pediculados e vegetações associadas aos tumores benignos e malignos do reto e do sigmóide.

Deve ser anotada a distância do segmento examinado além da borda anal, observando-se a marcação em centímetros que consta no aparelho.

Identificada uma lesão pode-se confirmar ou orientar o diagnóstico através de biópsias, facilmente retiradas com a pinça adequada. Uma boa porção de tecido e tradicionalmente, mantendo-se a extremidade da pinça fechada, roda-se a pinça e com tração mais forte destaca-se o segmento. O movimento de rotação da pinça diminui a possibilidade de sangramento. O material é retirado da pinça com uma agulha, colocando-o em solução de formol e encaminhando-o para exame histológico.

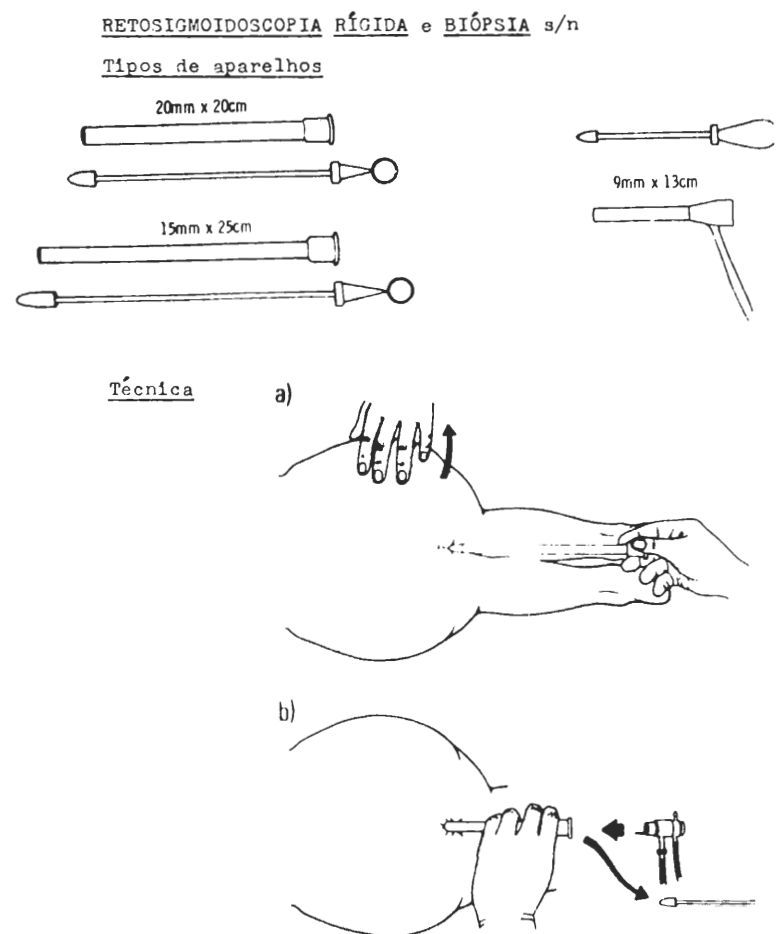


Fig. 5 – Técnica e aparelhos de retosigmoidoscopia.

TRABALHOS APRESENTADOS NO IV-CONGRESSO MÉDICO UNIVERSITÁRIO DA FM-USP-1985



TEMAS LIVRES

BÁSICA

ESTUDO DA VASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DO GRANDE OMENTO NO HOMEM ADULTO.



Hélio Cipele
Flávio Hojaij
Iolanda Calvo
Aldo Junqueira Jr.
Manlio Speranzini
Claudio A. Ferraz de Carvalho

Foram retirados trinta conjuntos em monobloco, contendo o estômago, o baço, o pâncreas, o cólon transverso e o grande omento.

Através do isolamento e cateterismo dos ramos arteriais do tronco celíaco, foram injetados 80-100 ml de solução de Celobar*. O conjunto, em seguida, foi submetido a radiografias no aparelho Phillips**. Ainda, duas peças foram injetadas com Celobar* acrescentado de Neoprene látex, e submetido à dissecação dos seus ramos arteriais.

O estudo realizado permitiu distinguir três padrões de arranjo arterial no grande omento, a saber: o primeiro com círculo anastomótico completo, o segundo com círculo anastomótico incompleto, e o terceiro com ausência de círculo anastomótico.

A importância do estudo se prende na potencialidade do emprego do retalho pediculado do grande omento, utilizado em várias especialidades cirúrgicas.

ESTUDO ANATÔMICO DA VEIA CAVA INFERIOR RETRO-HEPÁTICA NO HOMEM ADULTO



Iolanda Calvo
Flávio Hojaij
Aldo Junqueira Jr.
Manlio Speranzini
Claudio A. Ferraz de Carvalho

Foram realizadas 30 disseções da Veia cava inferior em adultos: 17 do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

As disseções compreenderam, além da morfologia, relações topográficas da Veia Cava Inferior retro-hepática, supra-hepática e supra-diafragmática.

As relações entre a porção retro-hepática da Veia cava inferior, o tamanho do lobo esquerdo do fígado e via frênica inferior esquerda foram estabelecidas.

A importância do estudo se revela na possibilidade de aplicações médico-cirúrgicas nas afecções traumáticas da Veia Cava Inferior que, como se sabe, são responsáveis por altos índices de mortalidade.

CLÍNICA

O LUTO NA GÊNESE DAS DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

Sérgio Ishara
Maria do Carmo Canpozana
Rui H. Dolacio Mendes

Os autores estudaram 30 dependentes químicos encontrando em 15 deles a dependência química precedida de perda de um ente querido, sendo que o achado mais comum foi a perda do pai, entre 7 dos examinados. A perda da mãe se deu em 2 casos, perda de um irmão em 2 casos, perda de um filho em 2 casos, perda do avô em um caso e perda de um amigo em um caso.

Entre 20 jovens notamos a ausência da figura paterna ideal. Entre estes 20 pais que não correspondiam às expectativas, 5 deles eram alcoólatras e em 8 casos a mãe era extremamente autoritária.

A falta da figura paterna causou muitas vezes uma super valorização da figura terapeuta, fazendo com que o relacionamento médico-paciente seja muitas vezes mais intenso que nas terapias com não dependentes.

O TESTE DO DESENHO DE FAMÍLIA ENTRE DEPENDENTES QUÍMICOS

Maria do Carmo Campos
Sergio Ishara
Rui Hellmeister Dolácio Mendes

Realizaram o Teste do Desenho de Família a 30 dependentes químicos em tratamento na Casa de Santa Marta.

Dos 30 examinados, 18 desenharam a própria família. Dez não desenharam a própria família, preferindo fazer uma família ideal que não os seus parentes. Um dos examinados desenhou uma família de coelhos e um outro colocou apenas palavra "família", recusando-se a desenhar qualquer outra coisa.

Dezesseis dos examinados excluíram a si mesmos do desenho, considerando-se entre estes 16 o paciente que não desenhou ninguém.

Entre os trinta examinados, 20 excluíram do desenho um ou mais irmãos.

A família foi desenhada em cores por 6 examinados. Os demais usaram lápis preto ou uma só cor de lápis ou caneta.

CONDICIONAMENTO FÍSICO EM INDIVÍDUOS IDOSOS – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PELA ELETROCARDIOGRAFIA DE ESFORÇO

Maria do Carmo Sitta
Wilson Jacob Filho

Foram estudados 26 pacientes com idade variando entre 65 e 75 anos (média de 68,1 anos) sendo 23 pertencentes ao sexo masculino e divididos em 3 grupos conforme a alteração apresentada e o tratamento proposto:

- A – Insuficiência coronariana com tratamento clínico: 06 pacientes;
- B – Insuficiência coronariana com revascularização: 11 pacientes;
- C – Prevenção Primária: 09 pacientes.

Todos os pacientes foram submetidos a um teste ergométrico inicial (T_0) e a partir de então desenvolveram um programa de condicionamento físico bi ou trisemanal. Os testes de avaliação foram realizados aos 3 meses (T_1) e/ou aos 6 meses (T_2) após o início do treinamento, de maneira que 24 pacientes têm um teste de controle aos seis meses.

Os testes foram realizados em cicloergômetro (8 pacientes) e esteira rolante (18 pacientes) e admitiram-se como parâmetros importantes:

- a Frequência cardíaca máxima e submáxima;
- o Cansaço;
- a variação da Pressão Arterial;
- a ocorrência de manifestações clínicas;
- o Duplo Produto;
- o Trabalho total;
- o consumo máximo de oxigênio;
- a interpretação dos resultados.

Os testes assim como o treinamento foram realizados no Setor de Condicionamento Físico do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Como resultado observou-se que:

– a frequência cardíaca submáxima foi alcançada em 52 testes (75,7%) sendo que em 20 pacientes a frequência cardíaca submáxima é persistentemente alcançada em 17 e não alcançada em 3. Nos 6 pacientes restantes a eficácia do teste foi variável, salientando-se que 5 destes eram revascularizados.

– Quanto ao cansaço, houve diminuição em 38% dos pacientes entre T_0 e T_1 e em 72,7% dos pacientes entre T_0 e T_2 .

– As alterações clínicas foram mais frequentes no T_0 (15,5%) do que no T_1 (4,3%) ou no T_2 (6,2%).

– Quanto ao duplo produto não houve alteração evidente entre T_0 e T_1 e entre T_0 e T_2 .

Houve aumento do trabalho total em 71,4% entre T_0 e T_1 e 75% dos pacientes entre T_0 e T_2 nos testes em cicloergômetro. Nos testes em esteira rolante, houve aumento do trabalho total em 52,9% dos pacientes entre T_0 e T_1 e em 91,6% dos pacientes entre T_0 e T_2 .

– Quanto ao consumo de oxigênio houve aumento em 56,5% dos pacientes entre T_0 e T_1 e em 73,3% dos pacientes entre T_0 e T_2 .

– Quanto a classificação da capacidade aeróbica foi considerada média em 26,9% dos pacientes no T_0 , 45,8% dos pacientes no T_1 e 62,5% dos pacientes no T_2 .

– Quanto a interpretação dos testes não se observou variação expressiva dos resultados para cada paciente.

Concluiu-se que o exercício físico interfere positivamente em todos os parâmetros avaliados pela eletrocardiografia de esforço na faixa etária estudada. Esta, por sua vez, mostrou-se eficaz para avaliação inicial, comparação dos pacientes e para o acompanhamento das influências do condicionamento físico. As alterações foram melhor observadas aos 6 meses, mas na maioria dos parâmetros considerados já eram evidentes aos 3 meses conforme os resultados supra citados.

CIRURGIA EM IDOSOS – ESTUDO COMPARATIVO DAS ALTERAÇÕES PRÉ, INTRA E PÓS OPERATÓRIAS.

Maria do Carmo Sitta
Wilson Jacob Filho

Foram analisadas as alterações pré, intra e pós operatórias ocorridas em indivíduos idosos com idade entre

71 e 94 anos (média de 74,9 anos) submetidos às cirurgias mais frequentemente indicadas nesta faixa etária: colecistectomia e prostatectomia, seja esta por via transvesical ou transuretral. As cirurgias foram realizadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período que se estendeu de Janeiro de 1979 a Agosto de 1982. Admitiram-se como parâmetros importantes:

- a eletividade e a urgência do ato cirúrgico;
- o tempo de internação total a seu componente pré e pós operatório;
- as doenças previamente conhecidas pelo paciente;
- as doenças detectadas na avaliação hospitalar;
- os exames complementares realizados: hemograma, uréia e creatina sérica, sódio, potássio e glicose plasmática, radiografia de Tórax e eletrocardiografia;
- ocorrência de complicações no intra e pós operatório.

Como resultado observou-se que:

- o tempo de internação pré operatória foi semelhante nas Prostatectomias transvesicais (4,8 dias em média) e transuretrais (6,5 dias em média) quando o paciente referia ou não perturbações orgânicas prévias. Ao contrário, nas colecistectomias eletivas este mesmo período foi de 10,2 dias em média para aqueles que não referiam alterações pré existentes e 17,2 dias em média para os que as apresentavam.
- quanto as doenças associadas, a cardiopatia foi a mais freqüente, ocorrendo em 42,1% das colecistectomias eletivas, 56,3% das prostatectomias transvesicais, 61,1% das prostatectomias transuretrais dentre os pacientes portadores de alterações clínicas. Nas colecistectomias de urgência a alteração mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (75%).
- apresentaram complicações intraoperatórias 70,4% das prostatectomias transvesicais, 30% das prostatectomias transuretrais, 25% das colecistectomias eletivas e 25% das colecistectomias de urgência, sendo as mais frequentes as hemorragias com ou sem repercussão hemodinâmica e as arritmias cardíacas.
- quanto às complicações pós operatórias foram observadas em 63,3% das prostatectomias transuretrais, 86,2% das prostatectomias transvesicais, 59,4% das colecistectomias eletivas e 90% das colecistectomias de urgência, sendo as mais frequentes as hemorragias com ou sem repercussão hemodinâmica, infecções e alterações pulmonares.
- a mortalidade foi nula nas prostatectomias transuretrais, de 3,7% nas prostatectomias transvesicais, de 8,8% nas colecistectomias eletivas e 35,0% nas colecistectomias de urgência.
- o tempo médio de internação pós-operatória foi de 7,8 dias nas prostatectomias transuretrais, 10,6 dias na colecistectomias de urgência, 14,7 dias nas prostatectomias transvesicais, e 16,8 dias nas colecistectomias eletivas. Nas cirurgias eletivas, este intervalo foi diretamente relacionado com o aparecimento de complicações, sendo que:
 - nas prostatectomias transvesicais foi de 9,3 dias em média nos casos com complicações e 5,6 dias em média quando estas não ocorreram;
 - nas prostatectomias transvesicais foi de 11,4 dias em

média nos casos com complicações e 7,5 dias em média quando estas não ocorreram;

- nas colecistectomias eletivas foi de 19,9 dias em média nos casos com complicações e 12,2 dias em média quando estas não ocorreram.

MANIFESTAÇÕES ARTICULARES E ERRO DIAGNÓSTICO NA FEBRE REUMÁTICA

Celso Dario Ramos
João Oclávio de Senne Peranovich
Rachel Snitcowsky

“Foram estudados 100 casos em atendimento na Liga de Combate. Febre Reumática do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano de 1984 e primeiros meses de 1985. Especial atenção foi dedicada às manifestações articulares, ressaltando-se a grande incidência de erros diagnósticos quanto a essas queixas. Observou-se os seguintes fatos:

- o fenomeno articular valorizado como sinal maior de atividade reumática induziu a erros frequentes.
- a queixa de acometimento em joelho, tornozelo e cotovelo foi semelhante entre reumáticos e não reumáticos, porém nesses últimos houve maior incidência de acometimento de pequenas articulações e outras acometidas pouco frequentemente em FR.
- pacientes não reumáticos apresentaram sintomas na sua primeira manifestação em faixa de idade não usual em FR.
- a valorização da queixa articular associada a infecção de vias aéreas superiores precedentes aumentou as causas de erro diagnóstico”

ANÁLISE DE 144 CASOS NOVOS DA LIGA DE COMBATE À FEBRE REUMÁTICA

Jamal Sobhi Azzam
Eduardo Emerique Lauretti
Luis Alfredo Morales Tribaldos
Rachel Snitcowsky

“Foram analisados 144 casos novos atendidos na Liga do Combate à Febre Reumática do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de Dezembro de 1983 a Setembro de 1984. Fez-se o diagnóstico de Febre Reumática em 37 casos (31,1%), 03 (2,5%) apresentaram-se suspeitos e 79 (66,4%) tiveram este diagnóstico afastado. Comenta-se a dificuldade diagnóstica da Febre Reumática e descrevem-se as queixas principais e os diagnósticos diferenciais encontrados”

CIRURGIA

LAPAROSCOPIA NA AVALIAÇÃO DO FATOR ETIOLÓGICO DA ESTERILIDADE FEMININA



Fauze Maluf Filho
Luis Fernando Perin
Mauro Miguel Daniel
Mariangela Maluf
Paulo Marcelo Perin
Vicente Mario Izzo

A experiência tem mostrado que anormalidades pélvicas em pacientes estéreis dificilmente são analisadas adequadamente, através do exame pélvico e métodos diagnósticos usuais. No presente estudo, 185 pacientes foram submetidos à laparoscopia para determinação do fator etiológico da esterilidade. A idade média foi de 29,4 anos, variando de 19 a 38 anos. Em nosso material obtivemos 76 casos (41,4%) de esterilidade primária e 109 casos (58,9%) de esterilidade secundária. A obstrução tubárica bilateral revelou-se como fator etiológico mais freqüente (53,2%) nos casos de esterilidade secundária. O mesmo não ocorreu nas enfermas portadoras de esterilidade primária, sendo o hidrossalpígeo o fator etiológico mais comum (23,7%). Nos 74 casos de obstrução tubárica diagnosticados pela laparoscopia e histerossalpingografia, houve concordância entre os dois métodos, quanto ao local da obstrução, em 41,8% dos casos.

A LAPAROSCOPIA NO ESTUDO PRÉ-OPERATÓRIO DAS PLÁSTICAS TUBÁRICAS-OBSERVAÇÃO DE 21 CASOS



Luís Fernando Perin
Fauze Maluf Filho
Maurício Simoes Abrão
Mariangela Maluf
Paulo Marcelo Perin
Vicente Mário Izzo

Atualmente, verifica-se crescente desejo das pacientes, sujeitaram-se à reversibilidade da obstrução tubárica. Em consequência faz-se necessário rigoroso estudo pré-operatório para verificar se o procedimento é viável e exequível. Antes do emprego da laparoscopia, os critérios para indicação da reversibilidade eram absolutamente falhos e imprecisos, porque os métodos propedêuticos disponíveis não forneciam os subsídios para se avaliar, com precisão, as condições dos anexos.

Em nosso material, 21 pacientes submetidas à esterilização tubárica prévia desejavam engravidar novamente por várias razões (morte de um filho, novo casamento, arrependimento). Todas estas pacientes foram submetidas à laparoscopia para avaliação e determinação do prognóstico de reversibilidade do processo. Em nosso estudo, a

idade das pacientes variou entre 20 e 38 anos (idade-média 29,4 anos). Os resultados mostraram que o prognóstico está relacionado principalmente com 2 fatores: tempo de esterilização tubárica e aspecto macroscópico das tubas à laparoscopia.

Com relação ao tempo de esterilização tubárica, 13 pacientes apresentaram prognósticos favorável, sendo que destas, apenas 2 tinham tempo de esterilização tubárica maior que 4 anos. Por outro lado, das 8 pacientes com prognóstico desfavorável, 7 pacientes apresentaram tempo de esterilização maior que 4 anos.

A laparoscopia revelou condições desfavoráveis para a reversibilidade da permeabilidade tubárica em 6 casos (28,6%), sendo a principal causa desta contra-indicação a presença de hidrossalpígeo e aderências tubo-ovarianas bilateralmente (4 casos). O prognóstico se mostrou favorável em 15 casos (71,4%), nos quais se observava unicamente o envolvimento tubárico.

PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO

Valter Nilton Felix
Ricardo Gomes de Lemos
Renato Ayrosa Cury
Fauze Maluf Filho

Os autores analisam o comportamento pós-operatório do paciente idoso, procurando justificar o seguimento destes enfermos em unidade de terapia intensiva.

Para tanto, discorrem a respeito das alterações de cicatrização, de ordem metabólica, dos problemas cardiovasculares, renais e respiratórios, e indicam as medidas gerais de terapêutica que visam a melhor evolução dos pacientes cirúrgicos de idade avançada.

ASSOCIAÇÃO DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO COM QUILOTÓRAX

Claudio Celso Najjar Valle
Claudia Guertzenstein
José Roberto Cordeiro Gabriel
Emanuel Ferraz Vespucci

Os autores relatam um caso de fístula de ducto torácico produzida por um linfoma linfocítico bem diferenciado. A paciente relatava um quadro de dor torácica acompanhada por dispnéia que foram de surgimento

súbito e com intensidade rapidamente progressiva. No exame radiológico de entrada a paciente apresentava um volumoso hidropneumotórax, o qual foi drenado, sendo eliminado grande quantidade de líquido quiloso. O exame laboratorial do líquido mostrou tratar-se de um líquido de origem linfática. A paciente permaneceu drenada por 10 dias, mas persistia a eliminação de cerca de 700 ml de líquido quiloso por dia, de modo que foi submetida a uma toracotomia para correção da fístula linfática. Durante o ato operatório foram encontradas massas mediastinais, cujo exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um linfoma linfocítico bem diferenciado. O ducto torácico apresentava as suas paredes muito destruídas, o que impossibilitou a reconstrução do trânsito linfático, de forma que realizou-se a ligadura do vaso linfático. No terceiro dia pós operatório a paciente apresentou uma extensa pneumonia que acarretou em uma grave insuficiência respiratória. No 7º dia pós-operatório a paciente evoluiu a óbito.

SEQUESTRO PULMONAR DO LOBO MÉDIO

Claudio Celso Najjar Valle
José Roberto Cordeiro Gabriel

A sequestração pulmonar é uma anomalia congênita, na qual encontramos uma artéria aberrante que é originada da aorta, tanto do seu segmento torácico como do seu segmento abdominal. O fluxo sanguíneo desta artéria aberrante supre uma parte do parênquima pulmonar, o qual geralmente pertence ao lobo inferior.

O seqüestro pulmonar pode ser distinguido anatomicamente do restante do lobo acometido, o que faz com que seja chamado de extralobar. Porém, em outras ocasiões ele está incluído na substância do lobo, sendo então chamado de intralobar. Os dois tipos podem apresentar uma comunicação brônquica com o restante da árvore respiratória.

A sequestração intralobar é bem mais frequente do que a extralobar, sendo geralmente correspondente a 70 a 80% dos casos; ela incide igualmente em ambos os pulmões. Já a sequestração extralobar costuma acometer em 85 a 90% dos casos o pulmão esquerdo e em 80% de todos os casos o lobo inferior. Uma outra característica interessante são as freqüentes associações com outras malformações, que ocorrem em 14% no caso das sequestrações intralobares e 50% no caso das extralobares.

Os autores relatam um caso de sequestro, pulmonar extralobar direito que acometeu quase totalmente o lobo médio em um paciente na terceira década de vida. O paciente apresentava graves quadros de broncopneumonias de repetição há 4 anos e surtos de hemoptise, muitas vezes intenso nos últimos 6 meses. No exame radiológico simples dos pulmões encontrávamos um velamento luminal no terço inferior do hemitórax direito, cuja planigrafia e aortografia confirmaram o diagnóstico de sequestração pulmonar. Como o paciente apresentava uma importante

sintomatologia, foi submetido a uma toracotomia anterolateral direita no 5º espaço intercostal. Durante o ato cirúrgico encontramos uma comunicação do sequestro com a árvore brônquica. Realizamos uma lobectomia média, da qual o exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico. O paciente evoluiu muito bem pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório.

TUBERCULOMA DE MEDIASTINO

Claudio Celso Najjar Valle
Claudia Guertzenstein
José Roberto Cordeiro Gabriel
Emanuel Ferraz Vespucci

Os tuberculomas são lesões produzidas pelo *M. tuberculosis* com rara localização no mediastino (apenas um caso descrito nos últimos 15 anos). Os autores relatam um caso de tuberculose de mediastino, associado a uma pneumonia produzida por *Pseudomonas aeruginosa*. O paciente apresentava no exame radiológico do tórax na entrada um importante alargamento de mediastino, onde a planigrafia mostrou tratar-se de massas nodulares, fazendo com que pensássemos em um possível processo neoplásico de mediastino em especial um linfoma. Indicamos, então uma toracotomia com finalidade diagnóstica e possivelmente terapêutica. Durante o ato operatório encontramos confluência de massas nodulares, cuja biópsia de congelação mostrou-se tratar-se de um tuberculoma de mediastino. Com este achado tomamos uma conduta conservadora para o caso e instituímos o clássico esquema tríplice com Hidrazida, Etambutol e Rifampicina. Com a introdução desta terapêutica o paciente apresentou uma rápida regressão da massa mediastinal e atualmente encontra-se muito bem e fazendo acompanhamento ambulatorial.

LIPOMA ENDOBRÔNQUICO

Claudio Celso Najjar Valle
Claudia Guertzenstein
José Roberto Cordeiro Gabriel
Emanuel Ferraz Vespucci

Os lipomas são tumorações formadas por tecido adiposo, que podem localizar-se nos mais variados locais do organismo humano. Esta tumoração quase sempre mostra-se benigna e com uma morbidade bastante baixa, porém, os lipomas podem localizar-se em determinados locais do organismo, como por exemplo na face interna dos brônquios, determinando um aumento significativo de sua morbidade.

Os autores relatam um caso de lipoma endobrônquico em um paciente com história de pneumonias de repetição há dois anos. O exame radiológico do paciente apresentava um velamento total do hemitórax esquerdo e a planigrafia mostrava uma obstrução do brônquio fonte esquerdo, que a broncoscopia localizou à 2,0 cm da carina, obstruindo totalmente a luz brônquica. A ressecção endoscópica foi impossível e as biópsias mostraram tratar-se de um lipoma submucoso. Desta maneira, foi indicado

uma toracotomia exploradora para a retirada da massa e restabelecimento do fluxo de ar pelo brônquio. Porém, após a ressecção do lipoma e restabelecimento do fluxo brônquico, o pulmão não apresentava mais expansibilidade, ficando desprovido de função respiratória. Assim, realizou-se uma pneumectomia e o anátomo-patológico mostrou uma destruição quase que completa do parênquima pulmonar. O paciente evolui muito bem no pós-operatório e passou a fazer acompanhamento ambulatorial.



revista
de
medicina

REV. MED. – VOL. 67 – Nº 02

DIRETORIA DA REVISTA**DIRETOR:**

André Echaimé Vallentsits Estenssoro

SECRETÁRIOS:

Julio Cesar Madi e Riberto Liguori

REVISÃO:

Sylvia Massue Iriya

DIRETORIA DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO C. ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ"**PRESIDENTE:**

Eduardo Sawaya Botelho Bracher

VICE-PRESIDENTE:

Cristina Pires de Camargo

1ª SECRETÁRIA:

Débora Nunes Araujo Moreira

2ª SECRETÁRIO:

Marcelo Teixeira Nicolela

TESOUREIRO:

Hazem Adel Ashmawi

DIRETORES DE CURSO:

André de Campos Duprat e Celso Koyama

DIRETORES DE DIVULGAÇÃO:

Antônio Macedo Júnior e

Cássio Roberto Domingues Forster

DIRETOR DO PATROCÍNIO:

Anderson Issamu Iamanaca

COMPOSIÇÃO:

JMS – Promoção e Propaganda

Rua Bueno de Andrade, 706

Tel.: 278-3526

IMPRESSÃO:

Lucida Artes Gráficas Ltda.

Rua Dr. Pannaforte Mendes, 93

Tel.: 258-8178

EDITADA POR:

EDMETED – Edições Médicas, Técnicas e Científicas Ltda. – Rua Dr. Pannaforte Mendes, 57 – Tels.: 258-2610 e 256-5643

PERMUTA

Desejamos estabelecer permuta.

Deseamos establecer el cambio.

Desideriam cambiare quasetta.

On désire établir l'échange.

We wish to establish exchange.

Wir wunschen den Austausch.

Endereço/Address:

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ" DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Av. Dr. Arnaldo, 455 – Subsolo

CEP 01246

São Paulo – SP

BRASIL

sumário

Dois congressos integram a comunidade médico-estudantil da América do Sul	29
XVIII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina – Campinas – UNICAMP – 25 de julho a 1º de Agosto de 1987	31
Informativo sobre as "Ligas" filiadas ao Centro Acadêmico Oswaldo Cruz	34
Normas de avaliação pré-operatória do paciente de cirurgia ambulatorial	37
Ferimentos arteriais associados a fraturas e luxações	40
Homeostase e Homeorrese na desnutrição	44
Experiência preliminar com o uso do cateter em veia central de Silicone para quimioterapia antineoplásica	49

CONSELHO CONSULTIVO

Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz
 Prof. Dr. Charles E. Corbett
 Prof. Dr. Fulvio Pillegi
 Prof. Dr. Gabriel Oselka
 Prof. Dr. Gerhard Malnic
 Prof. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva
 Prof. Dr. Luiz Venére Decourt
 Prof. Dr. Mario Ramos de Oliveira
 Prof. Dr. Noedir Stolf
 Prof. Dr. Vicente Amato Neto
 Prof. Dr. Wilson Cossermelli

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Francisco Lacaz Vieira
 Prof. Dr. João Garcia Leme
 Prof. Dr. Paulo Hilário Saldiva
 Prof. Dr. Antonio Atílio Laudanna
 Prof. Dr. Ricardo Nitrini
 Prof. Dr. Antonino dos Santos Rocha
 Prof. Dr. Joaquim J. Gama Rodrigues
 Prof. Dr. Dario Birolini
 Prof. Dr. Berilo Langer

* Os trabalhos deverão ser enviados para o Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" À Av. Dr. Arnaldo, 455 – subsolo – CEP 01246 – São Paulo – SP, como correspondência registrada

A Revista de Medicina é catalogada no "Index Medicus Latino Americano", de Biblioteca Regional de Medicina e na "PERIÓDICA – Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências" Fundada em 1916 e registrada na D.N.P.I. sob o nº 96.946.



ORIENTAÇÕES PARA O USO

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

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

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

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