

Ano XIII

N.º 7

Julho 1936



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

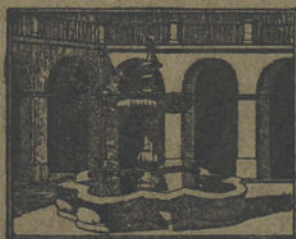
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são inoffensivas; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin Paris — " PHARMACIAS "

DOUTOR:

**NÃO CASO/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O**



**Phosphorrendi
ROBERT'**

**NA/SUA/ TRES/ FORMAS:
GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL**

**LABORATORIO
ROBERT'**

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 43

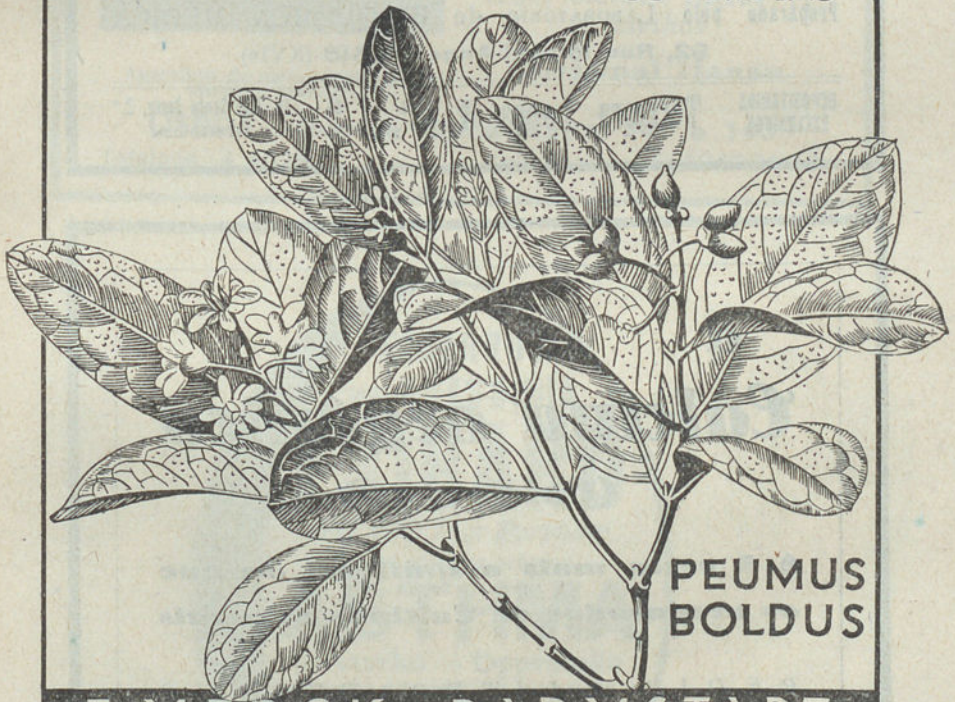
Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240. Rua da Palma,

EUBOLDINA

**AFECÇÕES HEPATO-BILIARES,
COLELITÍASE, HIPOQUINÉSIA
INTESTINAL**

FRASCOS COM
50 PEROLAS



**PEUMUS
BOLDUS**

E. MERCK DARMSTADT

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA
165, RUA DA PALMA, LISBOA



SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol
ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior
à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

a Calcina orgânica (Calciorgan)

é 5 vezes mais assimilável do que
os preparados de Calcinas minerais

P E D I R A L I T E R A T U R A A O
L A B O R A T Ó R I O S A N I T A S



Siemens Reiniger

S. A. R. L.

aparelhos para Raios X
Electromedicina
Electrodentária

Lampadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-Vermelhos

Original Hanau

Aparelhos de ondas curtas por lâmpada emissora

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED.

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito eficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmodicas das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

“A. B.” a 1.^a — insulina europeia
— no preço dos médicos
de todo o mundo

De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDON — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Folhetos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes:
COLL TAYLOR, L.^{DA}

Rua dos Douradores, 29, 1.^o
LISBOA

TELE F. 21476
G. DELTA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

“ROBIN”

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

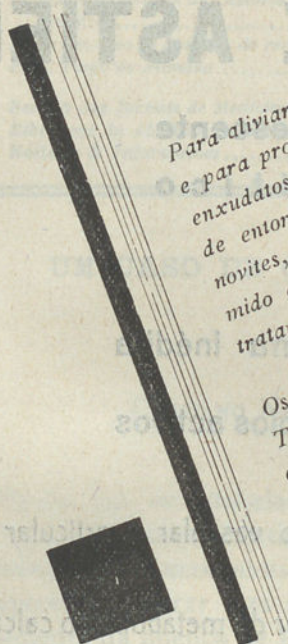
OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

N.º 4748
3 Julho 1933

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA



Para aliviar a inflamação e a dor,
e para promover a absorção dos
exudatos e infiltrações, nos casos
de entorces, deslocamentos e si-
novites, a aplicação do calor hú-
mido é uma ajuda valiosa para o
tratamento.

Os pensos de ANTIPHLOGIS-
TINE, constituem um método efi-
ciente de aplicação prolongada de
calor húmido, e uma medida tera-
pêutica racional para o tratamento
das inflamações e congestões.

Amostra e literatura sob pedido

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

ANTIPHLOGISTINE

para Deslocamentos

Entorces

Sinovites

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.

L I S B O A

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti - ar tr í t i c o



Reune numa forma inédita
33% de principios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Um caso de osteose paratiroídea</i> , por Cassiano Neves e J. Pereira Caldas.....	Pág. 423
<i>La dixième réunion de l'Association des Physiologistes</i> , por Ferreira de Mira.....	» 447
<i>Sobre um caso de fibroma do recto</i> , por Mário Rosa.....	» 457
<i>Prof. Tiago de Almeida</i>	» 467
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 470
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 486
<i>Noticias & Informações</i>	» XXVII

UM CASO DE OSTEOSE PARATIROÍDEA

POR

CASSIANO NEVES e J. PEREIRA CALDAS

Desde que se estabeleceu o papel etiológico da hiperactividade das glândulas paratiroídeas na osteíte fibrosa generalizada — doença de RECKLINGHAUSEN ou osteose paratiroídea de LIÈVRE —, procurou-se separar esta afecção doutras doenças ósseas e principalmente da doença de PAGET.

As pesquisas feitas neste último decénio permitiram já isolar um síndrome de hiperfunção paratiroídea no qual os sinais biológicos têm uma importância de primeiro plano para o diagnóstico.

Nesta orientação, vejamos a história dum caso de osteíte paratiroídea, que nos parece digno de registo:

J. L. V., de 53 anos de idade, casado, proprietário-agricultor.

Antecedentes hereditários. — Pai falecido de congestão cerebral; mãe falecida de um ataque de uremia, nem um nem outro tendo tido doenças dignas de menção.

Antecedentes pessoais. — Em criança, sarampo, papeira, variolóide. Desde criança, do tempo do seu estágio em colégios, que sofre de insónias persistentes, de que melhora em lugares calmos (Luso, Pau) ou na altitude, onde, em regra, as não tem. Também, desde a adolescência, que sofre do estômago e dos intestinos: digestões demoradas, por vezes com dores, aerofagia, eructações, prisão de ventre.

Aos 10 anos teve paludismo, que, durante um ano, o atormentou, não voltando a ter, desde então, nenhum ataque formal. Aos 11 anos teve uma febre tifóide, que evoluiu sem complicações.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Aos 20 anos teve um ataque de reumatismo agudo, que se repetiu aos 22, havendo, desde então, somente tido várias crises de reumatismo subagudo ou crônico.

Aos 25 ou 26 anos, blenorragia complicada de cistite, prostatite e orquite, de que curou sem seqüelas.

Casou e tem um filho, que é saudável.

Aos 32 anos, aproximadamente, teve nevralgias no território de ambos os trigêmios e que foram assim capituladas pelo seu médico assistente de então. Conta que, indo de automóvel, num dia de muito calor, um golpe de vento lhe arrebatou o chapéu. Pouco depois sentiu-se com cefaleias e grandes dores nas faces e regiões têmporo-parietais, de que melhorou em poucos dias, para depois recair. Não se recorda de ter sentido, então, quaisquer perturbações da motilidade da face.

As dores eram tão intensas que teve de fazer uso de cerca de vinte injeções de morfina, durante o mês da sua doença, sem que adquirisse habitação.

História progressa. — Em 1925, sem causa aparente e *sem astenia*, notou que emmagrecia e, com efeito, o seu peso habitual, à volta de 70 quilos, baixou para 55 (1926).

É possível que nessa altura sofresse de qualquer processo baciloso pulmonar discreto, visto que um clínico lhe aconselhou uma estação climática de altitude.

Foi para a Suíça e, depois de experimentar diferentes pontos, fixou-se, por se encontrar melhor, numa altitude média. Melhorou bastante e recuperou quasi todo o peso perdido. É de notar, como já se disse, que, com a altitude, se lhe atenuaram muito as insónias.

Em 1928 começou a sentir cansaço fácil e *astenia*. Levantar os braços para se pentear era, no dizer do doente, como levantar uns alteres. A mesma fadiga dos braços estendeu-se depois aos membros inferiores, e de tal modo se foi agravando, que a marcha se tornou penosa e motivava descansos frequentes. Assim, por exemplo, não conseguia atravessar a Avenida da Liberdade sem duas ou três pausas no caminho.

Esta sintomatologia, que se foi estabelecendo de uma forma gradual e progressiva, torna-se mais apreciável nos últimos dois anos. A *astenia* aumenta e experimenta ao mesmo tempo um exagerado apetite sexual. Últimamente sente dores, de tipo contínuo, pouco intensas, nas regiões lombares. O esforço da coluna para manter direito o tronco é também penoso. Quando de pé, procura sempre encostar a região lombo-sagrada a um móvel ou a uma parede, para aliviar, assim, o peso do corpo. Quando se senta, procura também amparar a coluna.

Não acusa quaisquer outras perturbações. Emontórios normais.

Observação. — Indivíduo de estatura regular; altura actual, 1^m,69 (antigamente, 1^m,72). Peso, 66 quilos.

Pescoço um tanto delgado e comprido, que contrasta com um crânio volumoso e uma face redonda. Nota-se um certo grau de emmagrecimento, não só pelo exagêro das saliências ósseas como pelo pregueamento da pele. Pigmentação cutânea normal (moreno). Cabelos pouco abundantes. Não há

exoftalmos. Não existe paralisia dos faciais, mas, ao falar, nota-se uma certa paresia dos músculos da hemi-face direita. Língua normal. Apirético. Pulso regular, rítmico, com 76 pulsações por minuto.

Partes moles dos membros flácidas. A palpação do esqueleto não desperta dor em qualquer ponto, a não ser ao nível da coluna lombar. Não se encontram deformações ósseas apreciáveis, excepto ao nível da *clavicula esquerda*. Esta apresenta um aumento de volume difuso no seu terço médio, atingindo o dôbro da espessura, em comparação com a do lado oposto, aumento de volume que se faz gradualmente, sem limites nítidos e sem irregularidades da superfície externa do osso.

Não há encurvamento apreciável dos membros. As curvaturas do *raquis* estão um pouco aumentadas.

Corpo tiroideo bem palpável, de consistência e dimensões normais.

Ao nível da parte média do seu lado direito, encontra-se um nódulo de consistência mais mole do que a glândula, do tamanho e forma de uma ave-lá, que adere fortemente ou faz corpo com ela, indolor e nitidamente delimitada nos seus contornos externos.

Reflexas normais.

Audição diminuída (mais à direita).

Hipermetropia igual dos dois olhos.

Fígado aumentado de volume (11 cm. na linha mamilar).

Pulmões: sinais de bronquite crônica com enfisema.

Coração e vasos: hipertrofia do coração com ectasia da aorta (coração atlético?); ligeiro sopro sistólico mitral. Artérias não muito endurecidas. Abuso de desportos na mocidade. Pressão arterial (PACHON): 14-7; índice oscilométrico, 3.

Determinação do CO₂ do ar alveolar (FREDERÍCIA): 39,6.

Este doente consultou um de nós (C. N.) no princípio de Novembro de 1933, queixando-se duma grande astenia, que o atormentava havia dois anos, e de dores reumáticas — dizia êle — ao nível da coluna lombar, dores espontâneas, especialmente quando não estava com a coluna apoiada, pelo que a marcha se lhe tornava difícil.

À palpação nada a sinalar, a não ser uma ligeira dor, com os movimentos de flexão ou extensão da coluna. Por defesa, o doente tomava sempre uma atitude de flexão da coluna e afastava os membros inferiores, quando de pé, para se estabilizar *melhor*. Referia que a sua altura era anteriormente de 1^m,72 e no momento de 1^m,69. Como havia no seu passado dois ataques de reumatismo articular agudo e várias crises reumatóides, pensámos que se tratasse dum processo reumatismal vertebral crônico, e, com êste diagnóstico provisório, dissemos-lhe que fizesse um exame radiológico, cujo relatório, de um de nós (P. C.), foi o seguinte (14-XI-933):

«Nas radiografias n.ºs 16.583 e 16.584, que foram principalmente feitas para as vértebras lombares, aparece um aspecto estranho e altamente interessante, correspondendo a uma osteíte rarefaciente de todos os ossos que nestas duas radiografias se visualizam; assim, os corpos das vértebras estão com uma estrutura bastante alterada e principalmente diminuída, aparecendo várias vértebras num tipo de imagem duplicada, como que formada

por dois corpos, um incluído no outro. Isto corresponde principalmente à rarefacção, que nas projecções tangenciais dá uma hipertransparência mais acentuada. Ao mesmo tempo os corpos vertebraes estão como que achatados. O sacro é apreciado, quasi que exclusivamente nas suas primeiras peças e com a estrutura alterada, em que faltam imensas trabéculas, avaliando-se somente as linhas oblíquas, que se entrecruzam num tipo de tecido ralo.

«Os ilíacos e a porção das cabeças dos fémures que foram visualizados apresentam um aspecto mosqueado, sarapintado por várias imagens arredondadas como geodos mais transparentes, bastante confluentes, nalguns pontos num aspecto turvo dum tipo esfumado. A estrutura óssea está igualmente bastante rarefeita. Os próprios ilíacos apresentam duplicação de contornos; o mesmo se pode dizer dos dois ramos púbicos.

«Chamada a atenção para êste aspecto ósseo, podem apreciar-se agora tipos idênticos na radiografia torácica, se bem que não tenha sido especialmente feita para os ossos; e assim a clavícula esquerda apresenta o mesmo aspecto de contornos duplicados com um diâmetro bastante mais engrossado em relação à clavícula direita. Há um aspecto idêntico no arco posterior da 6.^a costela esquerda.

«Trata-se pois duma osteíte rarefaciente, que se aprecia em quasi todos os ossos que neste exame se visualizaram. É indispensável fazer a radiografia de vários ossos compridos e do crânio para se tentar pôr um diagnóstico radiológico. ¿ Tratar-se-á duma osteose paratiroidea ? »

Êste exame foi completado por outro exame no dia 17-XI-933, cujo relatório refere o seguinte :

«Nas radiografias n.^{os} 16.628 da coxa direita, 16.629 da coxa esquerda, 16.630 do humero direito, 16.631 do humero esquerdo, 16.632 da cabeça, em perfil, notam-se alterações ósseas profundas, mais ou menos idênticas àquelas que foram avaliadas nos ilíacos, sacro e vértebras lombares. Nos ossos compridos essas lesões são mais acentuadas no humero direito, epífise superior, e em quasi tôda a diafise do fémur esquerdo. Notam-se no entanto deformações na omoplata esquerda, no fémur direito, principalmente junto do grande trocânter, e início de alteração da diafise do humero esquerdo.

«Estas lesões são principalmente de rarefacção em tipo de geodos, com vacuolizações, acompanhadas de uma certa deformação óssea, mas com pouca aposição cálcica. Ao mesmo tempo, na radiografia de perfil da cabeça, há vacuolização dos ossos da abóbada, com uma rarefacção das tábuas, principalmente tábua externa, dando um aspecto mosqueado, floconoso. O occipital apresenta uma rarefacção central, não se notando na base do crânio espessamento apreciável, antes aparecendo uma curvatura acentuada de concavidade inferior como que se todo o pêso do crânio tivesse dado um abaulamento em tôrno dum eixo que corresponde mais ou menos à inserção da coluna. Nas vértebras cervicais há idênticos processos de rarefacção.

«Pelo aspecto de vacuolização localizada a muitos ossos, pela falta de condensação óssea, principalmente na base do crânio ¿ Êste aspecto radiológico deve corresponder a uma doença de RECKLINGHAUSEN, osteose paratiroidea ? »

Era necessário completar êste exame com outros elementos: cálcio e fósforo no sangue e urina, e cronaxia.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



QUININO STOVAR SOL

Oxi-acetil-amino-fenil-arsinato de quinino

Combinação definitiva de

STOVAR SOL

e de

QUININO

particularmente

activa para o

tratamento

da

MALÁRIA

APRESENTAÇÃO

— TUBOS DE —
COMPRIMIDOS
DOSEADOS A 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**

21, rue Jean-Goujon, PARIS-8°

Análise do sangue:

a) Doseamento do cálcio no sôro (processo de GRIGAUT-ORNSTEIN).

O sôro sanguíneo continha 0,190 grs. de cálcio por 1.000 (normal 0,095-0,110). Hipercalcemia.

b) Doseamento dos fosfatos inorgânicos no plasma.

O plasma continha 50 mgrs. de fosfatos inorgânicos por 1.000 (normal 37 mgrs. por 1.000). (Prof. ROBERTO CHAVES, 22-XI-933). Hiperfosforemia. (Nos casos avançados estão descritas hiperfosforemias, se bem que a hipofosforemia seja mais freqüente).

Análise de urinas: volume em 24 horas, 1.100 cc. Côr, 3. Aspecto turvo. Consistência fluída. Cheiro *sui generis*. Reacção ácida. Densidade a 15°-1.015. Sedimento floconoso.

Elementos anormais: *indicam*, grande excesso; urobilinogénio em excesso.

Elementos normais (por 1.000 cc.): fosfatos em P_2O_3 , 1,07; cálcio, 0,336; ureia, 7,01; azoto da ureia, 3,26; ácido úrico, 0,471; cloretos em NaCl, 4,09. Sedimento: algumas células epiteliaes pavimentosas e leucócitos dispersos. Alguns filamentos de muco (23-XI-933, CORREIA DA CUNHA). Hipercalcúria.

Reacção de WASSERMANN (— — —). (22-XI-933, Prof. ROBERTO CHAVES).

Fórmula hemo-leucocitária:

	N.º de glóbulos em 1 mmc.	Normal
Eritrócitos	4.080.000	5.000.000
Leucócitos	5.320	6.000
Hemoglobina (H. SAHLI)	-78 %	90 a 110 %
Valor globular	0,95	1

Fórmula leucocitária:

	N.ºs relativos	Normal	N.ºs absolutos por mmc.	Normal
Granulócitos neutrófilos	50,5 %	65-70	2.676	4.000-5.500
» eosinófilos	3 »	1-4	159	60-250
» basófilos..	1 »	0-1	53	0-80
Linfócitos	35,5 »	20-25	1.882	1.200-2.000
Monócitos	10 »	6-8	530	360-640

Os números absolutos mostram que esta leucopenia é exclusivamente neutrófila. O aumento dos linfócitos é só relativo, isto é, aparente. Entre os granulócitos neutrófilos contaram-se 1 % de formas com núcleo em bastonete; relação 1/49,5 — desvio do Hem. de SCHILING para a direita.

Coagulabilidade (processo dos tubos de ensaio): tubo sem cálcio — coagulabilidade em 10 minutos (normal até 9 minutos); tubo com cálcio — coagulabilidade em 10,5 minutos.

Não há inversão do tempo do cálcio. Há um ligeiro aumento do tempo de coagulação. (Prof. ROBERTO CHAVES, 24-XII-933).

Determinação da reserva alcalina no plasma (sangue oxalatado colhido sob parafina. Aparelho de VAN SLYKE): o volume de anidrido carbónico

dos bicarbonatos do plasma, reduzido à temperatura de 0° e à pressão de 760 mm., foi de 55,5% (normal 153-70%).

Determinação do coeficiente de acidose na urina (coeficiente de MAILLARD): amónia e amino-ácidos, 0,59‰ (processo de formol). Azoto respectivo: 0,48. Ureia, 12‰ (hipobromite). Azoto respectivo: 5,0‰. Coeficiente de MAILLARD: 8,5. (Prof. ROBERTO CHAVES, 24-XII-933). O doente tinha um regime alimentar mixto, habitualmente.

Não se pôde fazer a cronaxia.

Em resumo: { Hipercalcemia analisada: 0,190 (normal 0,90 a 0,100 por litro).
 { Hipercalciúria.
 { Hiperfosfatúria.

Como se relata na história do doente, o corpo tiroídeo era bem palpável, de consistência e dimensões normais. Mas ao nível da parte média do seu lobo direito encontrava-se um nódulo mais mole que a glândula, do tamanho e forma de uma avelã, fazendo corpo com a glândula tiroídea, ainda que bem delimitado no seu contorno externo. Êsse nódulo foi visualizado radiològicamente.

Foram feitas duas radiografias do nosso doente, uma especialmente para as partes moles da região laríngea e tiroídea, com o lado direito (onde se palpa a massa) mais próximo da película (P. O. A. D.), outra do lado oposto e com raios mais duros, especialmente para contrastar as vértebras cervicais, onde se nota no axis a mesma alteração de osteose rarefaciente. Ora na radiografia em P. O. A. D., nota-se, abaixo da imagem quadrilátera da tiroídea e do bloco fundamental de ossificação laríngea, com os núcleos de ossificação da tiroídea, cricoídea, cricotiroídea e ainda da sombra característica da epiglote, uma imagem opaca, esfumada, arredondada, um pouco irregular e heterogénea, que não aparece nas radiografias normais desta região e que por tal deve corresponder à massa que se palpa; ¿massa adeonomatosa paratiroídea, processo reaccional hiperplasiado paratiroídeo? (P. CALDAS 11-XII-1932).

Com êste processo de radiografias, análises, etc., foi êste doente também observado em conferência pelo Prof. FRANCISCO GENTIL, que concordou com o diagnóstico radiològico e clínico feitos e que, lògicamente, votou pela operação proposta ao doente.

Entretanto, um de nós (C. N.) tinha feito a história do caso ao Prof. G. MARAÑON, de Madrid, e cuja opinião foi a seguinte:

«Aún cuando no he visto al paciente, los datos que propor-

ciona la radiografía, los análisis y las historias clínicas que acompañan permiten hacer con absoluta seguridad el diagnóstico.

«Se trata evidentemente de un estado de degeneración fibrosa y quística del esqueleto, en relación con un proceso hiperparatiroideo.

«Las imágenes radiográficas, tanto de los huesos largos como de los cortos, son inconfundibles del esqueleto hiperparatiroideo. A mayor convicción lleva aún el examen de la sangre que indica la típica hipercalcemia del hiperparatiroidismo, con concentración elevada de los fosfatos inorgánicos del plasma.

«Finalmente los testimonios clínicos afirman la existencia de una pequeña tumoración en la región tiroidea, tal vez visible en una de las radiografías cervicales, que, con toda verosimilitud, corresponde a un adenoma paratiroideo (bocio paratiroideo).

«El tratamiento debe a mi juicio instituirse sobre las bases siguientes: Primero: extirpación del paratiroideo adenomatoso. A mi juicio, debe hacerse lo antes posible. Segundo: después de la operación debe hacer un régimen de alimentación lo más rico posible en Vitamina D (yema de huevo, pescados azules, mariscos, ostras, manteca de vaca, etc.). Compensar esta alimentación con cantidad proporcionada de vegetales frescos (verduras y frutas).

«Como medicación creo que debiera alternar durante una semana un preparado de Tiroxina (uno a dos miligramos diarios). La semana siguiente, un preparado comercial de Vitamina D. Alternar así durante muchos meses. A diario, aceite de hígado de bacalao y un preparado de cal.

«He examinado atentamente los documentos radiográficos y analíticos del Sr. J. L. V. Se trata sin duda de uno de los casos más típicos e interesantes de hiperparatiroidismo, entre cuantos hay publicados en la literatura actual. Las lesiones óseas fibroquísticas están extraordinariamente avanzadas: no obstante creo que será utilísima la extirpación paratiroidea, seguida de un intenso y prolongado tratamiento recalcificante: alimentación, vitaminas y opoterapia.»

O doente foi operado no dia 26 de Dezembro de 1933 pelo Prof. FRANCISCO GENTIL, que fez a fineza de relatar a operação e de juntar o resultado histo-patológico do Prof. H. PARREIRA, aos quais prestamos os nossos melhores agradecimentos.

«Este doente, de 53 anos de idade, foi-me apresentado clinicamente pelo Dr. CASSIANO NEVES com uma lesão da região tiroídea e a indicação cirúrgica de lhe ser extirpado um nódulo da glândula tiroídea, de consistência mais mole que o tecido glandular e do volume e forma de uma avelã, indolor e nitidamente delimitado, fazendo saliência palpável num corpo tiroídeo de consistência e dimensões normais, mas limitando-se facilmente.

«Paratiroídea (?) adenoma (?), causa das lesões ósseas descritas pelo Dr. CASSIANO NEVES e demonstrada nas radiografias do Dr. PEREIRA CALDAS ?

«Era-me pôsto o problema operatório com um diagnóstico preciso e uma lesão palpável da região tiroídea, possivelmente causal da distrofia óssea. Assim o considerei, e, em plena concordância com o diagnóstico e indicação operatória, resolvi operar.

«O doente foi preparado para o acto cirúrgico, realizado sob anestesia local pela novocaína-sulfato de potássio-adrenalina. Havia impossibilidade de colocar o pescoço do doente em hiperextensão, prejudicando isso as manobras operatórias e tornando preferível a velha incisão de KOCHER à mais simples incisão mediana vertical de BIAGIO-MAGALDI. Incisei à KOCHER e conduzi a operação segundo a técnica dêste autor.

«Descoberto e isolado o lobo direito do corpo tiroídeo, sede do nódulo palpável, foi êste desviado para a linha média e levantado o bordo externo para expor a região póstero-lateral, artéria tiroídea inferior direita e recorrente do mesmo lado.

«Sensivelmente a meio do bôrdo e face posterior do lobo assim exposto e no limite das ramificações terminais superiores da artéria tiroídea inferior direita, localizava-se a formação tumoral, que parecia cravada em pleno tecido tiroídeo, de côr mais clara, acinzentada, tensa, envolvida por ligeira cápsula, mas de consistência menor do que o restante tecido tiroídeo.

«Extirpada, com o tecido tiroídeo vizinho, esta massa nodular, e não havendo outra formação na sede das paratiroídeas, fez-se a técnica de LERICHE, laqueando a tiroídea inferior e extirpando-a com todos os seus ramos e tecido tiroídeo, que também apresentava uma coloração mais clara (anemia da tracção?) e bem diferente da restante massa do corpo tiroídeo. Outro fragmento (gordura) do cruzamento do recorrente e tiroídea inferior foi também extirpado.

«Como noutros casos, e sempre que não é nítida a paratiroídea, preferi laquear e extirpar a tiroídea inferior, o que equivale, no dizer de LERICHE e na prática, à paratiroidectomia. Noutros casos, tenho feito praticar o exame histológico durante o acto operatório para segurança clínica, mas a técnica de LERICHE, como complemento, é igualmente útil.

«Hemostase fácil empregando *cat-gut* TRIOLLET 0 e reconstrução por planos, suturando a pele sem drenagem.

«O período post-operatório foi banal quanto à evolução da ferida e à cicatrização rápida obtida.

«Os três fragmentos extirpados foram enviados para exame histológico ao Prof. H. PARREIRA, com a seguinte requisição:

Doença de RECKLINGHAUSEN.

Adenoma da paratiroídea direita.

- I) Tumor da paratiroídea (?).
- II) Fragmento do corpo tiroídeo.
- III) Fragmento de gordura (?).

(a) F. GENTIL.

«Análise n.º 7.005. — J. L. V. Fragmentos de tecido enviados em 27 de Dezembro de 1933.

«Os fragmentos conforme a requisição, foram numerados I, II e III. O fragmento I, o maior de todos, apresenta um nódulo, de forma sensivelmente esférica, de 9 mm. de diâmetro, revestido por delgada cápsula conjuntiva, transparente e cercado lateralmente por uma orla de tecido de cor castanho-amarelado, com o aspecto de tecido tiroídeo (fig. 1).

«O nódulo é de consistência mais mole que o tecido envolvente e apresenta na superfície de secção uma cor castanho-amarelado, pálida (fig. 2) que contrasta nitidamente com a porção da glândula tiroídea que o cerca.

«Ao exame microscópico dos cortes orientados no sentido transversal e feitos em série, nota-se uma parte periférica e um nódulo central separado da primeira por delgada cápsula conjuntiva, contudo de espessura desigual conforme o ponto examinado. A parte periférica é constituída por tecido tiroídeo que se afasta um pouco do normal: vesículas de tamanho desigual, cheias de colóide homogênea e acidófila, revestidas por epitélio cúbico baixo, as maiores por epitélio achatado, sem descamação para o interior das cavidades; vasos dilatados e injectados de sangue.

«A parte central (fig. 3) corresponde ao nódulo acima descrito e está dividida em outros mais pequenos por septos conjuntivos mais ou menos desenvolvidos, por vezes em degenerescência hialina. Cada um destes pequenos nódulos é formado por numerosas vesículas de pequenas dimensões, algumas de tamanho médio e poucas vesículas grandes. Todas são revestidas por epitélio cúbico simples e contêm colóide homogênea e acidófila.



Fig. 1



Fig. 2

Nalguns encontram-se vesículas ainda maiores, de epitélio achatado, cheias de colóide com os mesmos caracteres, às vezes comunicantes entre si por se ter dado ruptura dos séptos; nalgumas existem glóbulos rubros em quantidade variável (fig. 3). Observam-se também hemorragias intersticiais dispersas, antigas e recentes, vendo-se grandes células redondas, algumas polinucleadas, carregadas de pigmento castanho que dá a reacção microquímica

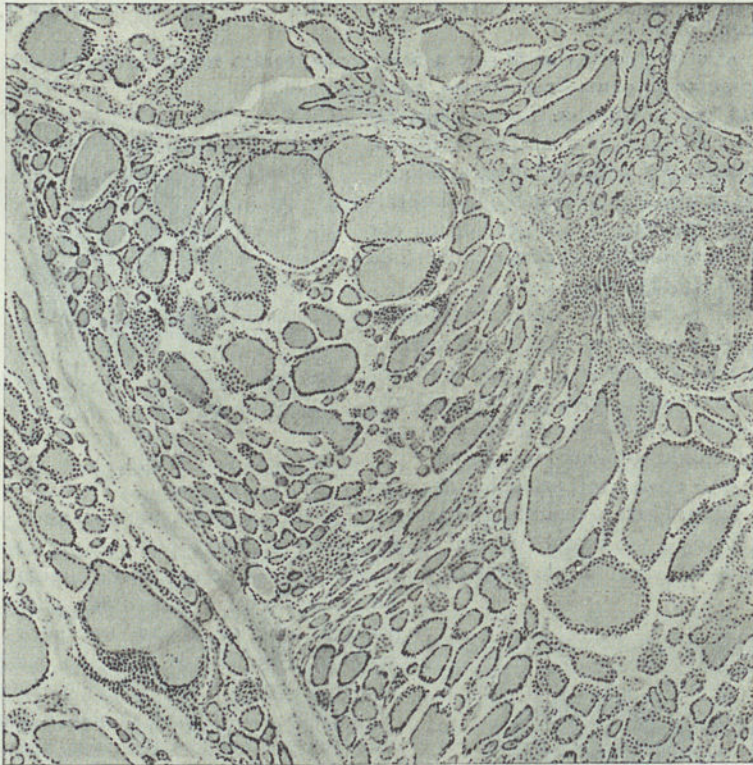


Fig. 3

do ferro (método de PERLS). Raras vezes se encontram células destacadas ou resíduos nucleares no interior das cavidades.

«Os fragmentos II têm microscòpicamente o aspecto de tecido tiroideo, o que o exame histológico confirma, mostrando estrutura idêntica à zona periférica do fragmento I.

«Os fragmentos III são constituídos por tecido adiposo normal, onde existem um ramo arterial de médio calibre, cortado obliquamente, e um pequeno gânglio linfático sem alterações patológicas.

«*Diagnóstico histopatológico*: adenoma da glândula tiroídea, em parte tipo colóide, em parte micro-folicular. (a) H. PARREIRA.»

A calcemia, antes da operação, com sangue colhido no próprio dia da intervenção, era igual a 10,9 mgrs. Ca em 100 cc. de sôro (média de três determinações paralelas concordantes) pelo método de KRAMER-TISDALL, mod. Erro máximo provável $\pm 2\%$ do valor mencionado (Prof. TOSCANO RICO).

Calcemia 48 horas depois da operação: 9,7 mgrs. de Ca em 100 cc. de sôro (método idêntico). (Prof. TOSCANO RICO).

Nova análise de sangue foi feita em 13-I-934:

a) Doseamento do cálcio no sôro (processo de GRIGAUT-ORNSTEIN): o sôro sanguíneo continha 0,090 grs. de cálcio por 1.000 (normal 0,095-0,110).

b) Doseamento dos fosfatos inorgânicos no plasma: o plasma continha 40 mgrs. de fosfatos por 1.000 (normal 37 mgrs. por 1.000). (Prof. ROBERTO CHAVES).

E, em 26-III-934: análise do sangue. Doseamento do cálcio por processo idêntico: o sôro sanguíneo continha 0,091 grs. de cálcio por 1.000 (normal 0,095-0,110). (Prof. ROBERTO CHAVES).

À grande calcificação do comêço de Novembro segue-se uma calcémia menos elevada já na véspera da operação, porque o doente, durante um período de mais de um mês, esteve medicado intensivamente com cálcio intravenoso e *per os*, fósforo e vitaminas D, além de uma alimentação recalcificante.

Depois de operado, o doente sente-se melhor, menos astênico, muito mais bem disposto, confessando êle e a *entourage* as suas melhoras, especialmente quanto à permanente hipocondria.

Mas, o que se torna mais interessante anotar são os novos exames radiológicos.

De facto, quatro meses depois da ablação da massa hipertrofiada da tiroídea, notam-se, nas radiografias feitas, uma aposição cálcica maior, que corresponde a uma menor rarefacção. Os ossos não sofreram alteração nos seus contornos, mantendo os abaulamentos e duplicação de contornos que nos anteriores exames se avaliavam, mas são seguramente mais opacos, com estrutura óssea mais acentuada, com trabéculas mais numerosas (comparar as figs. 7 e 8, e 9 e 10). É necessário comparar os negativos radiográficos originais, pois que a passagem para papel lhes tira sempre bastantes detalhes.

Em resumo, quatro meses depois da operação podemos afirmar que o doente está sensivelmente melhor, com menor descalcificação óssea e com modificação acentuada da alteração metabólica do cálcio, que inicialmente apresentava. As dores quási desapareceram.

Diagnóstico diferencial. — Dos três grandes grupos de osteopatias, o grupo de osteítes por carência (puerperais, alimentares, osteoporose senil, escrobuto, osteomalácia, esclerodermia, etc.), era fácil pôr de banda. Sòmente o outro grupo da osteíte deformante de PAGET, se prestava a confusões.

Metástases epiteliomatosas, sarcomas ósseos osteogénéticos, sarcoma de EWING, encondromas múltiplos, mielomas, disostose de SCHULLER-CHRISTIAN, não tinham razão, neste doente, de serem tomados em linha de conta.

Na verdade, se é fácil distinguir as formas típicas das duas doenças—PAGET e RECKLINGHAUSEN — em muitos casos essa destriça é muito difícil, principalmente só clínica e radiologicamente.

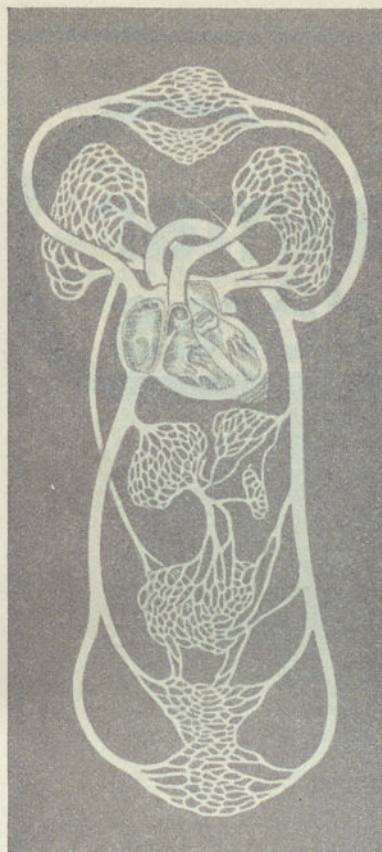
De facto a osteíte deformante de PAGET (mais freqüente que a osteose paratiroídea) observa-se mais vulgarmente depois dos 40 anos, evolucionando lentamente durante dezenas de anos. Há casos de doença de PAGET sinaladas aos 8, 11, 12 e 15 anos (observações de COSTA, KLIPPEL e WEILL, ELSNER, THIBINGE, cit. de SAINTON). As dores são pouco intensas e não se produzem immobilizações. As fracturas espontâneas são raras, os membros inferiores encurvam-se e o crânio hipertrofia-se.



Fig. 4. — Húmero direito (antes da operação)

Na osteose paratiroídea, as fracturas expostas são freqüentes, as dores são intensas, com impotência precoce e com descalcificação bastante acentuada. O aspecto esfumado, algodão em rama, pode aparecer, mas menos generalizado e sem a simetria que é costume avaliar na osteíte deformante de PAGET.

Porém, nas formas lentamente evolutivas da osteose parati-



Nas afecções do aparelho circulatorio

acompanhadas por

fraqueza muscular cardiaca,
espasmos vasculares,
hipertensão,
formação de edemas,

para a terapeutica pela teobromina
é particularmente recomendavel a

Calcio-Diuretina

já pelo facto do componente calcio
ir reforçar a acção da Diuretina e
aumentar a sua tolerancia.



KNOLL A.-G.

Fabricas de Productos Químicos
Ludwigshafen s. o Rheno

Tubos de 20 comprimidos de 0,5 g.

3 vezes ao dia 1-2 comprimidos, depois das
refeições. O melhor é desfazer-os numa pe-
quena quantidade de agua.

Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e muscu-
lares. Insonia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA
CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amstras e literatura:

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA
único representante dos Productos, Ciba em Portugal.

roídea, os aspectos radiográficos podem ser idênticos à doença de PAGET, com hipertrofias cranianas e difusas dos outros ossos dos membros.

As comunicações de H. PARREIRA e L. CASTRO FREIRE (*Lisboa Médica* de 1926 e *Compt. rend. des Séances de la Soc. de Biol.*, 1926), de SAINTON (*Ann. Anat. Patolog.*, 1931), de SALAZAR DE SOUSA (*Arch. des Mal. del Enfants*, 1910) e o aspecto radiológico d'êste nosso doente, são casos evidentes da dificuldade de dife-



Fig. 5. — Cabeça de perfil.

rênciação das duas doenças. E dizemos das duas doenças, porque julgamos, com KIENBÖCK e LIÈVRE, que a idea unicista de vários autores alemães (LOOSER e outros) e de DONATI não é exacta.

Neste nosso doente a história clínica poderia levar mais ao diagnóstico de osteíte de PAGET. As radiografias, a-pesar da opinião categórica de MARAÑON, podiam também prestar-se a confusão e em nosso entender não permitiam, só por si, pôr o diagnóstico seguro, dispensando os outros exames.

Por várias razões, êste caso tem para nós um interêsse apreciável porque, demonstrando claramente o benefício que o doente

tirou da intervenção cirúrgica a que foi submetido, a-pesar do adiantado das suas lesões, permite reflexões que talvez aclarem ideas.

Assim, encontram-se definições e descrições que parecem à primeira vista permitir diferenciar radiológica e clinicamente as duas osteopatias, numa dualidade incontestada. Por outro



Fig. 6. — Fêmur esquerdo
(antes da operação)

lado, lêem-se as opiniões unicistas atribuindo aos dois aspectos um processo evolutivo do equilíbrio da destruição e reconstrução óssea, como as observações de MEYER-BORSTEL e de WILlich, em que, pelos aspectos radiológicos, estes autores apresentam casos que inicialmente classificam de osteíte generalizada fibrosa típica e que após alguns anos se apresentam como doença de PAGET clássica. Esta evolução do aspecto radiológico pode de facto realizar-se, donde a confusão nosológica a que pode levar só por si o exame radiográfico.

Os conhecimentos físico-patológicos do tecido ósseo permitem compreender esta afirmação. E por isso a classificação não pode assentar somente no aspecto radiográfico.

Nos aspectos típicos, poderemos dizer que a osteose paratiroídea é predominantemente uma afecção óssea por carência, ao passo que a osteíte deformante de PAGET é uma afecção predominantemente condensante. Será fácil conceber quais os caracteres radiológicos da ambas as afecções nos seus aspectos clássicos, em que na osteose parati-

roídea há predominância de destruição óssea, com o osso muito ou até mesmo totalmente reabsorvido, com pouca abundância de osso reconstruído, sempre com pouca recalcificação e com os contornos ósseos mantidos, contrariamente ao aspecto pagetoíde, em que o osso se espessa, se opacifica, tomando um aspecto particular, nebuloso e manchado, deformado, encurvado e hipertrofiado, muitas vezes com duplo contôrno, digamos uma osteopatia hipertrófica crônica.

Mas quando a doença de RECKLINGHAUSEN evoluciona lentamente, há tempo do osso responder, reconstruindo-se, calcificando-se o tecido osteoíde. Então o aspecto pode ser idêntico ao processo pagetoíde e o diagnóstico diferencial radiológico muito difícil.

As próprias imagens de geodos, de aspecto quístico, não têm especificidade e não poderão só por si caracterizar a osteose paratiroídea, podendo aparecer na osteíte de PAGET, nas osteomalácias por carência e ainda, é claro, nas doenças quísticas, mielomas, etc.

Comprende-se pois que, principalmente quando a osteose paratiroídea evoluciona lenta e progressivamente, o diagnóstico diferencial seja muito difícil, não sendo possível fazê-lo sem a ajuda do laboratório.

No caso dêste doente, tudo se prestava a criar dúvidas no nosso espírito. A própria história progressiva fazia pensar num processo de reumatismo crônico; neste caso porém o exame radiológico pôde com segurança afastar tal hipótese, pois que, além de tudo o mais, faltavam em tôdas as radiografias as hiperformações em tipo de osteófitos que caracterizam esta afecção (neste caso não poderíamos entrar em linha de conta com a alteração do metabolismo do cálcio, porque também muitas vezes existe, como demonstraram LERICHE, JUNG e OPPEL).

O que nos permitiu a classificação segura da doença de RECKLINGHAUSEN, foi a associação de todos os factores avaliados, ou sejam, os sinais radiológicos, clínicos e laboratoriais com acentuada hipercalcémia. Na doença de PAGET, o metabolismo do cálcio, muitas vezes estudado por SANAPPER, SCHMORL, etc., nunca se revelou anormal.

Êste nosso diagnóstico encontrou-se ainda confirmado pela massa hiperplasiada, adenomatosa paratiroídea e também pela

evolução post-operatória que foi possível constatar. Ora na doença de PAGET não se encontram tumores paratiroídeos e nunca as paratiroídectomias efectuadas a título de experiência (SCHMORL) deram modificação alguma.

Parece-nos pois que a diferenciação das duas doenças assenta, não no aspecto radiológico, mas num conjunto de factos em que as reacções biológicas ocupam um lugar de destaque.

DONATI, no último Congresso Internacional de Cirurgia (Cairo) admite uma relação entre a doença de PAGET e as funções das paratiroídeas e julga poder concluir «que existem indiscutivelmente doenças de PAGET nas quais as manifestações bioquímicas revelam alterações quantitativas das funções paratiroídeas».

É esta maneira de encarar o problema que nós refutamos. É, a nosso ver, uma opinião que parte de uma premissa que não nos parece isenta de discussão. ¿Porque não hão-de ser doenças de RECKLINGHAUSEN (osteose paratiroídea), estes casos que DONATI classifica de PAGET, exactamente porque têm alterações bioquímicas sinónimas de perturbações das funções paratiroídeas?



Fig. 7. — Coluna de perfil
(antes da operação)

A teoria unicista—nas doenças de PAGET e RECKLINGHAUSEN—deriva principalmente do êrro dos autores as quererem identificar sòmente pelos aspectos radiográficos. A base de classificação tem de ser outra. Tem que assentar nos sintomas clínicos, aspectos radiográficos e *tests* biológicos.

Pelo que deixamos apontado, e vários investigadores puseram



25 anos de experiencia dos nossos laboratorios, na preparação desta combinação quimica altamente diferenciada, garantem a elevada eficacia e a ótima tolerancia do

NEOSALVARSAN

M A R C A R E G I S T R A D A

SOLU-SALVARSAN

M A R C A R E G I S T R A D A

Soluto de Salvarsan pronto a ser usado, para injeções intramusculares indolores. Com o mesmo efeito terapeutico que o Neosalvarsan.

Dos nossos laboratorios não sae nenhum preparado que não satisfaça ás mais elevadas exigencias.



Marca registrada

E m b a l a g e n s o r i g i n a i s :

Neosalvarsan:

Ampolas de 0 gr.15, 0 gr.30, 0 gr.45, 0 gr. 60 e ampolas duplas Iso (II-IV). Ampolas de 0 gr.75, 0 gr.90

Solu-Salvarsan:

Ampolas de 1, 2, 3, 4, 5, 6 c. c. da solução a 10 %.

BAYER, LIMITADA, Rua dos Douradores 150, 3^o, LISBOA



1 000 000 de narcoses pelo

EVIPAN-SODICO

Marca registrada

em dois annos são a prova irrefutavel

da inocuidade e da conveniencia da confiança
dos medicos e do resultado favoravel desta

**narcose de curta duração com o
EVIPAN-SODICO**

Embalagem original: Caixas contendo: 1 ampola de 1 gr.
de Evipan-sodico em pó e 1 ampola de 10 c. c. de
agua distilada esterilizada ou 5 ampolas de 1 gr. de Evipan-
sodico e 5 ampolas de 10 c. c. de agua distilada esterilizada



Marca registrada

BAYER, LIMITADA, Rua dos Douradores 150, 3º, LISBOA

em relêvo, julgamos poder enquadrar nos casos de RECKLINGHAUSEN — ou seja osteose paratiroídea de LIÈVRE — as osteopatias com hipercalcemia e portanto alterações da paratiroídea — hiperplasia simples ou adenomatosa, com hiperfunção glandular — e nos casos de PAGET as osteopatias sem hipercalcemia, associadas ambas aos sinais clínicos e radiológicos.

Há muitas doenças com caracteres muito semelhantes e aspectos radiológicos idênticos que só o laboratório e a clínica permitem destrinçar.

A doença de PAGET é antes um síndrome de etiologia múltipla, que se pode assemelhar à osteose paratiroídea, como no caso presente, em que a clavícula esquerda tem, radiológica e clinicamente, um aspecto pagetóide, sinalado já em antigas radiografias tiradas a propósito de exames do aparelho respiratório. Até mesmo a ideia dualista talvez seja insuficiente para a complexidade do problema, havendo certamente necessidade de se estabelecer subdivisões.

Assim, outras alterações do esqueleto têm sido relacionadas com perturbações endócrinas.

KOPPEN, LATZKO, HOENNICHE, HUNTER e outros descreveram vários aspectos osteomalácicos em que a disfunção tiroídea pode causar alteração na distribuição do depósito do cálcio.

Igualmente o pituitarismo, por adenoma da pituitária (CUSHING), a xantomatose por alteração do metabolismo lipóide (SCHULLER e CHRISTIAN), as perturbações esplênicas (COOLEY),



Fig. 8. — Coluna de perfil
(quatro meses depois da operação)

podem originar alterações ósseas. Não é porém constante a perturbação do metabolismo cálcico, com a hipercalcémia que na osteose paratiroídea se constata sempre (como existe quasi sem-

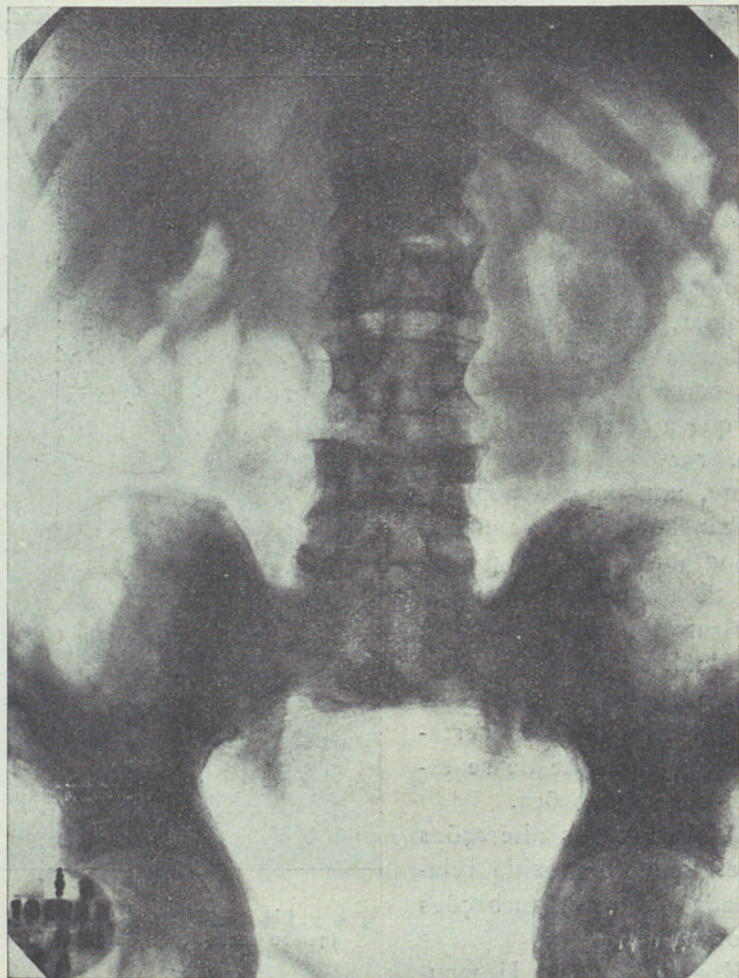


Fig. 9. — Antes da operação

pre um síndrome pluriglandular, compreender-se-á que as paratiroídeas possam estar mais ou menos afectadas). Quando não houver hipercalcémia, o doente nada lucra com a intervenção operatória ou roentgenterápica sobre as glândulas paratiroídeas, como

está suficientemente demonstrado (LERICHE, JUNG, ALESSANDRI, WERTHEIMER, etc).

A concepção pessoal de LIÈVRE, exposta em 1932, baseada

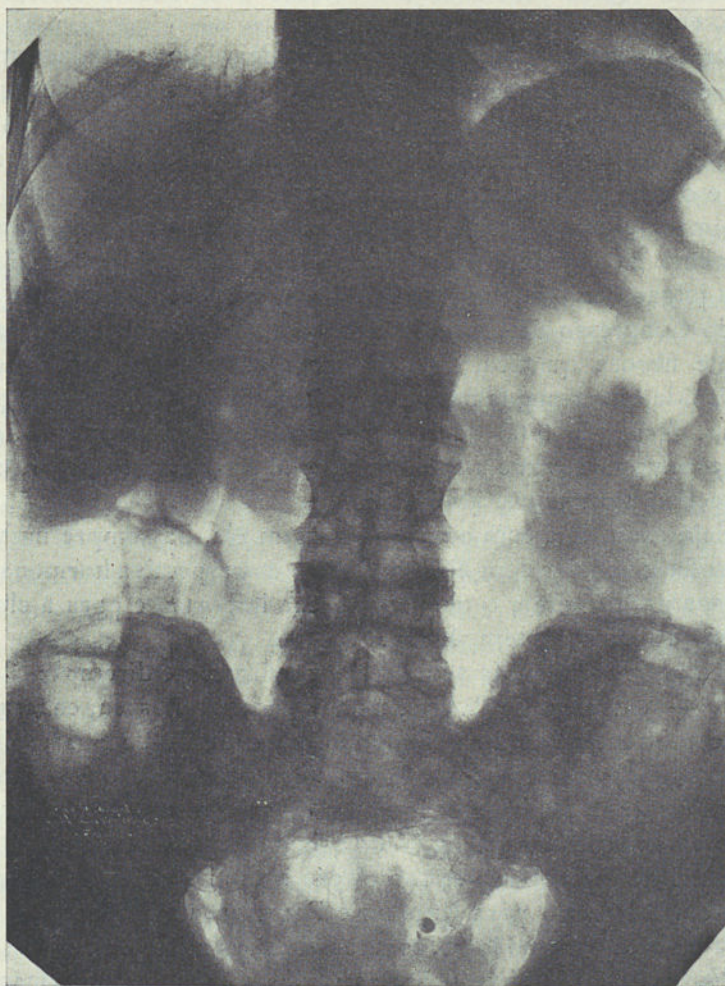


Fig. 10 — Quatro meses depois da operação

sobre as opiniões e as experiências de vários autores, dos quais além de MANDL (que se pode considerar aquele que abriu e desbravou o caminho através do então mal conhecido assunto paratiroídeo), deveremos destacar (ERDHEIM, MAC CALLUM e VOEG-

TIL, SCHLAGENHAUFER, DONATI, SNAPPER e outros), tem tido confirmação nos vários autores que trataram o assunto no XLII Congresso Francês de Cirurgia (1933) e nos recentes trabalhos americanos (BALLIN, DRESSER, HAMPTON, MORSE, HUNTER e TURNBULL, etc.).

Para LIÈVRE a osteoporose paratiroídea é uma entidade mórbida especial, por adenoma da glândula que deve ser separada das outras osteopatias, opondo-se fisiologicamente às diversas variedades de osteomalácias, osteoporoses, osteopatias de carências e osteíte de PAGET. Nesta interpretação as opiniões não são unânimes, e tanto assim que MANDL prefere a terminologia de «aumento da glândula paratiroídea» à de adenoma paratiroídeo, visto julgar que o adenoma não é constante. JUNG, no seu relatório do Congresso de Cirurgia, admite a hipótese da existência de osteíte fibrosa quística, sem adenoma paratiroídeo, podendo-se produzi-la experimentalmente por alterações do metabolismo do cálcio, derivação total da bilis, injeções de paratormonas, *mas que produzem sempre uma hipertrofia das paratiroídeas*, com respectiva hiperfunção glandular.

Seja como fôr, com adenoma ou sem êle, há sempre uma hipertrofia glandular com hiperprodução da respectiva hormona, na osteose paratiroídea, o que nos parece importante para a classificação e indicação terapêutica.

Resumindo as ideas actuais que perfilhamos, diremos:

1.º — A doença de PAGET é uma doença local óssea, encarando nós esta maneira de dizer de modo diferente da de SNAPPER.

Concebemos a doença de PAGET como uma afecção óssea do ciclo cálcico por osteólise exagerada, de mecanismo desconhecido, por perturbações da utilização do cálcio do esqueleto, em que não foi até à data reconhecida correlação com alterações hormónicas a distância. Como para LERICHE e POLICARD, uma doença do sistema ósseo e por isso local, com localizações mono ou poli-ósseas.

No estudo de CORYN sôbre as várias glândulas endócrinas, hipófise, glândulas sexuais, tiroídeas, paratiroídeas e suprarrenais, o autor chega à conclusão de que nenhuma das glândulas endócrinas parece intervir na patogenia da doença. E por esta razão, a pesar da doença poder ser mono-óssea, monomelica, bióssea, simétrica ou polióssea, não é obrigatoriamente uma doença geral, como acontece com as lesões ósseas de origem endócrina em que

as afecções são sempre generalizadas a todos os ossos do esqueleto. ¿A hipótese emitida da alteração ou alterações serem produzidas por perturbação vascular calcificante e correlativa hipercolesterolemia será exacta? No momento actual temos de reconhecer que a sua etiologia é obscura.

Contrariamente, a doença de RECKLINGHAUSEN é uma doença de um sistema, com tipo generalizado, ligada ao mecanismo paratiroídeo.

2.º — Na doença de PAGET nunca se encontra adenoma das paratiroídeas. Na osteíte fibrosa generalizada de RECKLINGHAUSEN o adenoma é extremamente freqüente, para alguns autores mesmo constante.

Pela ablação do adenoma ou laqueação das artérias paratiroídeas, pode obter-se uma melhoria ou mesmo cura, como MANDL demonstrou pela primeira vez.

Pela intervenção sôbre as paratiroídeas nunca se obteve efeito terapêutico na doença de PAGET.

3.º — Os exames radiológicos não são só por si suficientes para fazer o diagnóstico diferencial entre as duas afecções, pelas razões já expostas. Há que recorrer principalmente aos *tests* físico-químicos. A hipercalcémia será constante na osteoporose paratiroídea — doença de RECKLINGHAUSEN. Na doença de PAGET não devemos encontrar alterações apreciáveis de calcémia. Esta questão tem originado apreciações várias. Assim, MATHIEU e PIERRE WEIL querem admitir, sem mais preâmbulos, que os casos de LERI, LASSERRE, SAINTON, MEILLOT, DONATI, etc., com calcémia elevada e etiquetadas de PAGET, não tiveram doseamentos feitos com o rigor que os preceitos modernos permitem. Não nos parece que esta argumentação seja convincente. Para nós, julgamos que sômente houve arbitrariedade nosológica. Estes casos com calcémia elevada, que radiològicamente parecem de PAGET, devem ser considerados como de RECKLINGHAUSEN.

A fosforémia (fósforo mineral) deve também ser normal na doença de PAGET.

Ao contrário, a fosfatase, na doença de PAGET, está constante e consideravelmente elevada, podendo ir até cinqüenta vezes acima do valor normal (que, expresso em ácido fosfórico, é aproximadamente 50 mgr. por litro nos casos normais).

No entanto êste aumento não é patognomónico na doença de

PAGET — podendo constatar-se também em metástases, doença de BASEDOW e gravidez.

Não queremos entrar nas minúcias dos caracteres clínicos, que só por si também não bastam para estabelecer a diferenciação. É necessário associar clínica, radiologia e laboratório.

A osteíte fibrosa é um síndrome como a febre, a anemia, mas não é, só por si, uma doença.

E desde que MANDL conseguiu desbravar o terreno, mostrando que o adenoma das paratiroídeas (ou a perturbação do seu mecanismo) tem uma significação primordial para a etiologia da doença de RECKLINGHAUSEN, e desde que se conhecem as várias diferenças físico-químicas, não é razoável querer englobar numa só classificação as duas doenças — PAGET e RECKLINGHAUSEN — nem tão pouco empregar a denominação comum de osteíte fibrosa para as duas afecções.

No caso que descrevemos, a melhoria clínica, radiológica e laboratorial observada, depois da cirurgia do bócio adenomatoso paratiroídeo, é, a nosso ver, um documento de valia a juntar aos outros e a confirmar a hipótese que concebe a osteose paratiroídea como resultante de uma hiperprodução da hormona paratiroídea, hiperfuncionamento glandular.

Devido à amabilidade do nosso colega ALMEIDA DIAS, tivemos conhecimento — depois deste nosso artigo estar na composição tipográfica — de um caso publicado por MÖLLER — *Acta Chirurgica Scandinava*, 1936. Fall, von ostitis fibrosa generalisata. O aspecto radiográfico do húmero é tipicamente quístico.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, AUB e BAUER. — *J. Am. Med. Assoc.* Vol. CII. 1934.
 A. LERI. — Affections des os. Nouveau Traité de Médecine.
 — Les affections des os et des articulations. Masson & Cie. 1924.
 A. LERI et CH. RUPPE. — La maladie osseuse fibro-kistique de Rechinghausen.
Progrès Médical. 1926.
 BALLIN. — Parathyroidism. *Am. Surg.* 1931.
 — Parathyroidism. *Am J. of Roentgen. and Rad. Th.* 1933.
 BALLIN and MORSE. — Parathyroidism. *Am. Surg.* 1931.
 BARR and BULGER. — The clinical syndrome of hyperparathyroidism. *The Am. J. of the Med. Scien.* 1930.

- BARR, BULGER, DIXON. — Hyperparathyroidism. *J. of Am. Med. Ass.* 1929.
- BODANSKY and JAFFEE. — Parathormone overdosage and serum calcium and phosphorus in experimental hyperparathyroidism. *J. of experim. Med.* 1931.
- BOURGUIGNON et SAINTON. — La chronaxie dans l'hyperparathyroïdie. *C. R. Soc. Biol.* 1931.
- BOYD, MILGRAM and STEARNS. — Clinical hyperthyroidism. *J. Am. M. Ass.* 1929.
- BRULL. — Physiologie et pathologie général du calcium. XXI^e Congrès français de Médecine. Liège. 1930.
- CAMP et OCHSNER. — Osseous changes in hyperparathyroidism. *Radiology.* 1931.
- CELESTINO DA COSTA. — Sur un adénome parathyroïdien. *Bull. de la Soc. port. des Sciences Nat.* Vol. III. 1909.
- CHABROL, HAGUENAU et LE GRAND. — Étude anatomo-clinique d'un cas d'osteomalacie masculine. *Presse Médicale.* 1927.
- CHURCHIL and COPE. — *Surg. Gyn. and Obst.* Vol. LVIII. 1934.
- COLLIP. — The calcium mobilizing hormone of the parathyroid glands. *J. of Am. Med. Ass.* 1927.
- CORYN. — A doença de Paget e as glândulas endócrinas.
- CUSHING. — Basophil adenomas of pituitary body. *Bul. Johns Hopk. Hosp.* 1932.
- DEREUX. — Osteomalacie infantile. *Presse Médicale.* 1926.
- DONATI. — Congr. Italiano de Cirurgia (Pavia). 1933.
- Malattie da lesioni delle paratiroidi. Roma. 1933.
- Cong. Internacional de Cirurgia. Cairo. 1935.
- DONATI e FONTANA. — Observações sobre alguns casos de doença de Paget. *Soc. Lomb. de Cirurgia.* 1935.
- DRESSER. — Osteitis fibrosa cística. *Am. Jour. a. Rad. Therapy.* 1933.
- DRESSER and HAMPTON. — Osteitis fibrosa cística generalizada. *Am. Jour. Roentg. a. Rad. Therapy.* 1931.
- ERDHEIM. — Pathologischen Anatomie bei Rachitism Osteomalazie. — *Wien. Klin. Wochenschrift.* 1928.
- GOLD. — *Wien. Klin. Wochenschrift.* 1927.
- GUTMANN, SWSENSON and PARSONS. — *J. Am. Med. Ass.* Vol. CIII. 1934.
- HIRSCH. — Generalized osteitis fibrosa. *Radiology.* 1929.
- H. PARREIRA e C. FREIRE. — Modificações da estrutura da paratiroiídea num caso de osteite fibrosa generalizada. *C. R. Soc. Biol.* 1926.
- KERL. — Hiperplasia of the parathyroids. *Deutsche Med. Wochenschrift.* 1925.
- KIENBÜCK. — Über die «ostitis fibrosa». *Forstchrift a. d. Geb. d. Roentgenstr.* 1929-1930.
- L. CASTRO FREIRE. — Sur l'ostéite fibreuse déformante. *Arch. de Méd. des Enfants.* 1921.
- LERICHE. — Parathyroidectomy. *Lyon Médical.* 1930. XLII^e Cong. français de Chirurgie. 1933.
- LERICHE et JUNG. — *Presse Médicale.* 1931.
- LIÈVRE. — L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques. Masson. 1932.
- MAC CALLUM. — Pathology *Saunders.* Philadelphia. 1926.

- MANDL. — Klinik und Experiment zur Frage der lokalisierte und generalisierte Ostitis fibrosa. *Arch. f. Klin. Cir.* 1926.
- MATHIEU e PIÈRE WEIL. — Alguns caracteres da doença óssea de Paget.
- MERRIT. — Roentgen irradiation of the parathyroid region in cystici disease of the bones and in osteitis deformans. *Am. J. of Roentgen. and Rad. Ther.* 1933.
- MORELLE. — Contribuição para o estudo dos caracteres biológicos da doença de Paget.
- MORSE. — Parathyroidism. *Amer. of Roentg. and Rad. Ther.* 1933.
- OCHSNER e CAMP. — Tumores paratiroídeos e alterações ósseas. *Radilogy.* 1933.
- PARREIRA e CASTRO FREIRE. — Sôbre osteodistrofia generalizada nos adolescentes. *Lisboa Médica.* 1926.
- Eosinofilia na osteite fibrosa generalizada. *C. R. Soc. Biol.* 1926.
- P. SAINTON. — Hiperparathyroide et syndromes osseux. *Jour. Médical Français.* 1932.
- P. SAINTON et J. L. MILLOT. — Les lésions osseuses et parathyroidiennes de la maladie de Recklinghanson. Les lésions osseuses de la maladie de Paget. *Jour. Médical Français.* 1932.
- RAVINA et LYON. — *Presse Médicale.* 1934.
- SAINTON. — Les syndromes parathyroïdiens. *Paris Médical.* 1931.
- SAINTON, LESNÉ, TURPIN, TREMOLIERES, OLIVIER, ANGENIN, HERAUX, VIGNES, BOURGUIGNON, BIOMCINI, GUILLAUMIN, PERON. — Glandes parathyroides, tetamie et spasmofilie. *Journal Médical Français.* N.º 1925.
- SALAZAR DE SOUSA. — Un cas d'osteite fibreuse déformante osteomalacique. *Arch. de Méd. des Enfants.* N.º 12. 1910.
- SCHMORL. — Ueber die Beziehungen der ostitis fibrosa zur Osteomalacie und Rachitis. *Klin. Wochenschrift.* 1926.
- SIMONNET. — L'hormone parathyroïdienne. *Jour. Médical Français.* 1932.
- SNAPPER. — Parathyroid tumor and Changes of bones. *Arch. Int. Med.* 1930.
- SNAPPER und BOERÉ. — Skeletkrankheiten und Nebenschilddrüsenadenom. *Deutsche Arch. Klin. Med.* 1931.
- VAN HAZEL e ANDREWS. — Trabalho da Clínica Cirúrgica do Hospital de St. Pierre e *Surg. Gyn. and Obst.* T. XLV.

LA DIXIÈME RÉUNION DE L'ASSOCIATION DES PHYSIOLOGISTES

PAR

FERREIRA DE MIRA

Cette année, la réunion de l'Association des Physiologistes a eu lieu à Tamaris, près de Toulon, sous la présidence de M. LAPICQUE. Tamaris est un endroit charmant, sur la Côte d'Azur, qui possède un Institut de Biologie marine dépendant de l'Université de Lyon. Ce fut donc M. CARDOT, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon, aidé de ses assistants, qui a dû se charger de l'organisation locale du congrès, dans sa qualité de maître de maison. Il a accompli sa tâche avec un plein succès et une grâce parfaite.

On ne s'attend jamais à ce qu'une découverte retentissante voie le jour à l'occasion d'un congrès, car personne ne se résignerait à attendre une telle réunion de collègues pour leur communiquer les résultats de ses travaux. Les congrès valent surtout par les échanges de points de vue et les discussions qui s'établissent, lesquelles sont, si j'ose dire, pour l'esprit du chercheur, comme des semailles sur le terrain labouré. C'est pourquoi on a pris depuis longtemps l'habitude de choisir deux ou, au maximum, trois questions, dont l'étude fera l'objet principal des séances. En outre, des communications d'une portée plus limitée, connues d'avance, sont soumises à la discussion.

C'est la physiologie rénale qui a eu cette année les honneurs de la réunion. Elle a fait l'objet de deux rapports, l'un et l'autre venant de Belgique, dus à M. GÉRARD et M. BRULL. Un autre rapport, celui-ci d'un Français, M. TEISSIER, a constitué une mise-au-point très réussie sur les lois quantitatives de la croissance.

Il n'est pas surprenant que les rapporteurs aient été choisis parmi les physiologistes Français et Belges. L'Association des Physiologistes est une collectivité de langue française et elle ne

compte, hormis des savants de France et de Belgique, qu'un petit nombre de physiologistes qui se servent habituellement du français comme langue internationale.

Après l'allocution d'ouverture du congrès, prononcée par M. LAPICQUE avec cet entrain, cet esprit d'à propos et cette bonne humeur dont il a le secret, on a passé à l'exposé et à la discussion du rapport de M. TEISSIER.

M. TEISSIER fait, depuis quelques années, des recherches très intéressantes sur les problèmes de la croissance. Dans son rapport, il a discuté d'abord la formule de ROBERTSON pour la détermination de la croissance globale, qui donne le poids de l'organisme en fonction du temps et qui peut être considérée comme la base de toutes les théories proposés pour l'interprétation chimique de la croissance. Il a fait aussi référence aux questions de métabolisme et de sénescence. Mais toutes les formules de croissance globale, qui peuvent présenter une certaine utilité lorsqu'on doit faire une description quantitative de la croissance d'un animal, n'apportent qu'une contribution médiocre à la connaissance scientifique du phénomène. Il faut abandonner, nous a dit M. TEISSIER, ces exercices plus algébriques que biologiques, et avant de prétendre interpréter les processus les plus complexes on doit essayer d'en connaître les lois élémentaires.

Dans la recherche de ces lois, l'auteur a étudié la croissance des populations de protistes et celle des cultures de tissus, et est arrivé à une formule générale de la croissance relative :

$$y = bx^{\alpha}$$

α est une constante dont la valeur dépend des facteurs nutritifs, et M. TEISSIER la désigne par le nom de *constance actuelle de l'équilibre* ou constante de croissance. b représente la taille de l'organe lorsque $x = 1$ et a reçu le nom d'*indice origine*.

L'auteur a établi cette formule en supposant que la quantité d'aliments absorbés par un organe, en un temps donné, est proportionnelle à la masse de cet organe et à la quantité totale d'aliments disponibles, et d'autre part qu'une fraction déterminée de l'aliment sert à la croissance. x et y représentent les masses de deux organes. La même équation exprime le poids ou les dimen-

sions d'un organe relativement au poids ou aux dimensions du corps tout entier.

La croissance d'un organe peut se faire parallèlement à celle du corps, et il y a alors isométrie ($\alpha = 1$); ou bien elle peut être plus ou moins rapide ($\alpha > 1$ et $\alpha < 1$) et il y a *allométrie* positive ou négative. Lorsque l'organe étudié diminue de dimensions au fur et à mesure que la taille de l'animal augmente, une relation de même forme que celle qui exprime l'allométrie, mais avec $\alpha < 0$, peut traduire les faits observés: il y a alors *énantiométrie*, d'après la nomenclature de M. TEISSIER.

On peut se rendre compte que les variations de α obéissent à des règles très particulières et très précises qui se vérifient chez les animaux les plus dissemblables, mais on ne représente avec une exactitude suffisante une croissance relative qu'en employant successivement deux ou trois relations d'allométrie. Le graphique correspondant se compose donc d'une succession de tronçons de droite formant une ligne polygonale dont les sommets sont les *points critiques* de la croissance. On observe aussi des discontinuités et des *stades critiques*, ceux-ci correspondant à la réalisation de l'organisme adolescent et à celle de l'organisme adulte. Chez l'homme, la deuxième enfance, la troisième enfance et l'adolescence correspondent à trois étapes de croissance, séparées par des stades critiques qui se marquent par des points anguleux sur les courbes de croissance.

On s'explique facilement ces irrégularités. La quantité α dépend de quatre paramètres qui sont indépendants l'un de l'autre, de telle sorte que l'un d'eux pourra varier dans de larges limites sans que les autres soient modifiés. C'est le cas, par exemple, de l'intervention d'une hormone. M. TEISSIER croit qu'il est possible de donner une interprétation des faits observés en invoquant le jeu combiné des facteurs nutritifs et des corrélations humorales.

Le travail de M. TEISSIER a été apprécié à sa juste valeur, mais il n'a pas attiré aussi fortement l'attention des congressistes que les rapports des physiologistes Belges. C'est d'abord parce que la physiologie rénale éveille un intérêt pratique immédiat plus évident. Et encore parce que l'un des rapports était l'œuvre d'un histologiste, l'autre celle d'un chimiste, et que de cette façon on

avait vis-à-vis les deux orientations principales de la physiologie actuelle. Il y eut un temps où la physiologie cherchait ses bases dans la morphologie, presque exclusivement; mais la chimie biologique a pris de l'essor et exigé aussi sa part. Certes ces deux tendances ne se bravaient pas directement dans les deux rapports, puisque M. GÉRARD nous parlait de «Contributions apportées par l'histophysiologie comparée à la connaissance de la fonction rénale chez les Vertébrés» et M. BRULL du «Mécanisme de l'excrétion urinaire du phosphore». Cependant, il y avait des moments où il devenait de toute évidence que beaucoup de problèmes physiologiques pouvaient être envisagés sous des angles très différents.

M. GÉRARD a donné à son rapport, outre l'autorité qui lui vient de ses recherches personnelles sur l'histophysiologie des reins, une grande clarté et une grande précision. Il a rappelé qu'on trouve dans la série animale des néphrons agglomérulaires et des néphrons glomérulaires, ceux-ci ouverts ou fermés. Dans les néphrons glomérulaires, il faut distinguer trois segments principaux: le glomérule, le segment à bordure en brosse et le segment à bâtonnets. On envisage les fonctions de ces divers segments de manière tout à fait différente selon la théorie qu'on adopte pour l'explication de la sécrétion rénale. Ou bien on admet que l'eau et des cristoalloïdes filtrent au niveau du glomérule, les substances caractéristiques de l'urine (urée, acide urique, etc.) étant sécrétées par les cellules du tube urinaire; ou alors que toutes les substances cristoalloïdes contenues dans le plasma sanguin sont filtrées par le glomérule, l'urine glomérulaire étant ensuite remaniée, lors de son passage à travers le tube, par résorption sélective, totale ou partielle, de certains éléments (eau, chlorures, glucose, etc.); ou finalement que tous les constituants urinaires sont sécrétés par les tubes, le glomérule ne jouant qu'un rôle propulseur, grâce à des mouvements synchrones aux pulsations cardiaques.

Quant au glomérule, M. GÉRARD nous fait remarquer que sa fonction filtrante a été prouvée sans conteste chez les Amphibiens. On trouve, dans le filtrat glomérulaire, les cristoalloïdes dissous dans le plasma (le chlorure de sodium, l'urée, l'acide urique, les phosphates, etc.) dans les mêmes proportions que dans le plasma sanguin, et aussi le glucose qui manque dans l'urine définitive. Des colorants injectés dans la circulation passent également dans le filtrat glomérulaire.

Quant à la fonction sécrétoire du segment à brosse, le rapporteur rejette les résultats obtenus par l'emploi des méthodes de perfusion, à cause des bouleversements morphologiques qu'on constate dans le rein perfusé. D'autre part, il croit qu'on n'a pas le droit de transposer les résultats des observations chez des Poissons agglomérulaires et conclure que le segment à brosse du néphron glomérulaire sécrète tous les éléments contenus dans l'urine. Il a d'abord le micropipettage qui nous démontre le rôle de la filtration glomérulaire; et ensuite il faut considérer que l'état aglomérulaire est une disposition acquise secondairement et qui parfois se développe tardivement. Il est bien possible que le manque de développement ou l'atrophie du glomérule s'accompagne, par compensation, d'une exaltation des capacités sécrétoires du segment à brosse.

Cependant, d'autres preuves sont venues justifier l'attribution d'une fonction sécrétoire au segment à brosse des néphrons glomérulaires. Ce sont les résultats expérimentaux de l'injection de certains colorants (le sulfoindigotate de soude, la phénolphtaléine) chez la Grenouille à artères rénales ligaturées. Cette dissociation des deux fonctions, la glomérulaire et la tubulaire, permet de suivre *in vivo* l'élimination du colorant par les cellules du segment à brosse.

La fonction résorbante de ces cellules a attiré spécialement l'attention de M. GÉRARD. Il fait d'abord remarquer que dans l'urine glomérulaire de la Grenouille, le glucose, par exemple, se trouve en concentration à peu près égale à celle du plasma et ne se trouve plus dans l'urine vésicale. Il y a donc résorption, et cette résorption est sélective, parce que le glucose est résorbé dans le tube à brosse plus loin que le xylose et l'inuline, bien que son poids moléculaire occupe une place intermédiaire entre ceux de ces deux substances.

Une autre preuve de la fonction résorbante des cellules du segment à brosse nous est donnée par l'observation des phénomènes d'athrocytose: Quand on injecte du bleu trypan à un animal, on constate que les cellules du segment à brosse se chargent de granulations colorées; mais tandis que l'élimination du colorant atteint rapidement le maximum, les granulations intracellulaires sont à ce moment en très petit nombre, ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'un processus sécrétoire. Leur maxi-

mum est atteint beaucoup plus tard. D'autre part, on constate que les grains colorés sont très abondants et très gros dans la partie initiale du segment à brosse et diminuent en densité et en dimension à partir de cet endroit. Ce phénomène s'explique facilement par une filtration au niveau du glomérule et une absorption au niveau du segment à brosse. À un endroit déterminé de ce dernier, l'urine étant déjà dépouillée de la plupart du colorant, l'absorption ne se manifeste plus par un phénomène d'accumulation.

M. GÉRARD a renforcé ces conclusions en multipliant les essais. Il a injecté du bleu trypan à un Téléostéen, dont le rein est formé par un néphron glomérulaire et plusieurs néphrons agglomérulaires, tous les néphrons débouchant dans un canal excréteur commun; à des Urodèles, dont le rein pelvien possède côte à côte des néphrons glomérulaires fermés et des néphrons glomérulaires ouverts; à un Crapaud, sur lequel il a fait une expérience très intéressante, avec la collaboration de M. CORDIER: Il s'agit de supprimer la circulation glomérulaire d'une des moitiés du rein de cet animal. Dans ces conditions, l'injection de bleu trypan est suivie d'une athrocytose dans le segment à brosse de la moitié normalement irriguée; dans les segments opérés aucune trace d'athrocytose. Les cellules du segment à brosse sont donc incapables d'absorber le colorant par leur surface basale, alors qu'elles le font parfaitement par leur surface apicale: le pouvoir résorbant de ces cellules est ainsi démontré.

Quant au segment à bâtonnets, les arguments ne manquent pas pour soutenir qu'il agit principalement comme un organe résorbant. M. GÉRARD en a cité les plus importants. Enfin il a formulé ses conclusions: Dans le néphron glomérulaire une fonction différente est assignée aux segments ayant une structure différente: le glomérule est un ultra-filtre; l'urine provisoire qu'il livre au segment à brosse s'y modifie par un double processus de résorption et de sécrétion. Quant au segment à bâtonnets, il a un rôle uniquement résorbant.

Après la discussion du rapport de M. GÉRARD, qui a été courte, mais extrêmement intéressante, on a entendu le rapport de M. BRULL. Ce fut un autre son de cloche. Quoiqu'en reconnaissant qu'il est intéressant et indispensable, pour comprendre toute

la physiologie rénale, de localiser les divers phénomènes à l'intérieur de l'organe, M. BRULL fait remarquer que cette localisation ne nous donne pas la clef du mécanisme qui permet la concentration de telle substance par la glande. A ce point de vue, pas plus la théorie de filtration-résorption, aussi modernisée qu'elle soit, que la théorie de sécrétion, ne nous éclairent.

Il s'agit, dans le rapport de M. BRULL, de l'excrétion du phosphore minéral, qui constitue la plus grande partie du phosphore urinaire. Une première question se présentait naturellement : Les composés organiques de phosphore sont-ils hydrolysés dans le plasma ou dans le rein ? M. BRULL fait référence à la capacité de cette glande pour l'hydrolyse du glycérophosphate ; mais il croit qu'à moins de circonstances exceptionnelles, ce n'est pas là l'origine normale du phosphate urinaire, parce que le pourcentage des esters phosphoriques plasmatiques est très bas et parce que le débit urinaire du phosphore est très sensible à toute variation du taux du phosphore minéral plasmatique, pour autant que celui-ci ne se meuve pas en dessous du seuil d'excrétion.

Malgré la constatation d'une étroite relation entre la phosphatémie et la concentration urinaire des phosphates, on ne peut pas considérer l'élimination de ceux-ci comme un simple phénomène d'excrétion. Outre que l'existence d'une phosphatase rénale a été démontrée expérimentalement, on a attiré l'attention sur une liaison éventuelle, au niveau du rein et ailleurs, entre le métabolisme du phosphore et celui du glucose, des phosphaturies toxiques d'origine rénale étant observées parallèlement à des glycosuries rénales de même origine.

Cependant la phosphatémie reste la condition dominante de la phosphaturie. On constate l'existence d'un seuil d'excrétion. En effet, lorsqu'il se produit une chute progressive de la phosphatémie, on arrive à un taux critique au-dessous duquel la teneur en phosphore est nulle, ou tellement faible que le dosage devient impossible. Les hautes ou les baisses de la phosphatémie, produites au cours de la narcose, du sommeil, de l'ingestion ou injection de phosphates minéraux ou d'éthers phosphoriques, dans l'acidose ou l'alcalose, après l'exercice musculaire, après l'injection de sels calciques ou d'extrait parathyroïdien, au cours de la néphrite chronique ou des hyperglycémies, etc., provoquent des variations parallèles du pourcentage urinaire de phosphate.

D'après une hypothèse de STARLING et VERNEY, les sels calciques transformeraient les phosphates minéraux du sang en phosphate calcique colloïdal inexcrétable. M. BRULL a réussi à provoquer expérimentalement l'apparition du phosphate calcique colloïdal dans le plasma, sans varier la phosphatémie, et il a constaté la disparition de l'excrétion de phosphate. Il a donc conclu qu'un des mécanismes d'élévation du seuil d'excrétion du phosphore est la formation de phosphate calcique colloïdal non excrétable. C'est là un mécanisme purement sanguin, indépendant de l'état du rein.

Mais il est aussi des cas où la variation du seuil est un phénomène purement rénal. En résumé : les sécrétions parathyroïdienne et hypophysaire, l'intoxication uranique, tendent à abaisser le seuil, très vraisemblablement par une action directe sur le rein. La narcose au chloralose et probablement la phlorhydazine élèvent le seuil par une modification purement rénale. L'hyperparathyroïdie marquée et prolongée, de même que l'hypervitaminose D aboutissent à une élévation notable de la phosphatémie, due à la formation de phosphate calcique colloïdal inexcrétable. Il se produit dans ces conditions une élévation du seuil d'excrétion, indépendante de l'état du rein et relevant uniquement d'une dualité physico-chimique du phosphore plasmatique.

Ces conditions peuvent se produire expérimentalement par l'addition de phosphates, de sels calciques, ou des deux, au plasma. Une forte hausse du phosphore plasmatique est immédiatement suivie d'une augmentation considérable du débit urinaire du phosphore ; mais alors que le taux plasmatique en phosphore ne retombe que lentement, le débit urinaire revient à la normale beaucoup plus vite. M. BRULL croit que le phosphore en excès dans le plasma se transforme en phosphate calcique colloïdal, que le rein n'excrète pas.

Ainsi donc, la phosphaturie varie très fidèlement avec la phosphatémie, mais dans de certaines limites seulement. Quand le phosphore plasmatique baisse, l'élimination du phosphore urinaire est bientôt arrêtée, parce que le seuil est atteint. Quand la phosphatémie s'élève, la phosphaturie augmente ; mais le seuil s'élève aussi et la phosphaturie cesse bientôt de monter, à cause de la formation du phosphate calcique colloïdal inexcrétable.

Le rapport de M. BRULL a vivement intéressé tous les assis-

tants, y compris les histo-physiologistes. Ceux-ci se sont dits, sans doute, qu'en physiologie il s'agit de connaître aussi bien l'endroit où se réalise le phénomène que le comment de cette réalisation.

Plusieurs communications ont été présentées et discutées. Je crois que je ne fais du tort à personne en donnant la primauté à la communication de M. CHEVALIER sur la vitamine A. M. CHEVALIER a eu recours à la technique de spectrophotométrie dans l'ultra-violet, qui permet une évaluation précise de la vitamine A dans un milieu complexe, tel qu'une huile ou l'extrait alcoolique d'un tissu, à l'exclusion des caroténoïdes qui peuvent être transformés en vitamine, dans l'organisme animal.

À l'aide de cette méthode, M. CHEVALIER a constaté que le sang circulant contient de très faibles quantités de vitamine A, 3 à 5 unités internationales, par gramme, mais qu'il en renferme toujours. La teneur des tissus en vitamine est à peu près la même, sauf pour la partie corticale des surrénales et surtout pour le foie. Il a trouvé chez les herbivores une réserve hépatique de vitamine oscillant entre 50 et 1000 unités par gramme de tissu. Mais chez quelques Cobayes, aucune réserve hépatique de vitamine A n'a été trouvée.

La réserve diminue quand on supprime les caroténoïdes de l'alimentation et quand on met l'animal à jeun; mais dans ce cas elle n'est pas complètement épuisée au moment de la mort par inanition. Une excitation du splanchnique ou du bout central du pneumogastrique libère en partie la vitamine fixée dans le foie et produit une hypervitaminémie. Une diminution de la réserve hépatique a été aussi constatée chez des animaux après anesthésie par l'éther ou le chloroforme, solvants de la vitamine A.

M. CHEVALIER a encore procédé à d'autres recherches physiologiques en employant sa méthode pour le dosage: c'est ainsi qu'il a observé un métabolisme légèrement accru chez les animaux carencés en vitamine A et une diminution des échanges accompagnant l'état d'hypervitaminose. Mais ce dernier n'est obtenu pratiquement qu'en supprimant les végétaux verts de l'alimentation. On peut rétablir un métabolisme normal en donnant à l'animal des quantités importantes de levure de bière ou des injections de thyroxine.

L'auteur a constaté aussi que la chronaxie motrice du Cobaye, mesurée au niveau des extenseurs des orteils, est en relation avec la présence de la vitamine A contenue dans le foie, chez les animaux ayant une réserve de vitamine.

Un congrès scientifique comprend toujours une promenade et un banquet de confraternisation, et jamais ce mot de confraternisation ne sera mieux appliqué qu'à propos des réunions de l'Association des Physiologistes. Il faut en remercier spécialement le secrétaire général, M. GAYET, qui de chaque membre de l'Association sait se faire un ami.

Serviço do Prof. Pulido Valente

SÔBRE UM CASO DE FIBROMA DO RECTO

POR

MÁRIO ROSA

O caso clínico que vamos apresentar pertence ao número dos chamados «casos raros», constituindo a raridade uma razão da sua publicação e servindo esta também para chamar a atenção do público médico português para mais um capítulo da patologia rectal, tão descuidada entre nós.

Trata-se de uma doente que nos é enviada, por um colega da província, com o diagnóstico de um grande abcesso do recto, e para que nós decidamos sôbre o caminho a seguir.

A doente conta-nos logo que tinha, desde há muito tempo, um tumor dentro do recto, do tamanho de um ôvo e que saía tôdas as vezes que defecava, para depois se ver obrigada a recolhê-lo, não sem sofrimentos, que últimamente a martirizavam.

¡Estranho abcesso!

Intrigados, pois, imediatamente observámos a doente. Após grandes esforços de defecação, vimos aparecer, na realidade, um tumor cujo aspecto e caracteres gerais nos fixaram logo o diagnóstico de tumor benigno do recto, do grupo fibro-miomatoso. Evidentemente que se tratava da forma intracavitária, pediculada.

Só conhecíamos a existência desta variedade de tumores por leitura e fotografia, pois não tínhamos ainda observado caso algum na nossa prática clínica.

Não obstante, tal conhecimento foi-nos suficiente para fazer o diagnóstico e restava-nos saber se se tratava de fibroma puro, fibromioma ou mioma puro, particularidade, de resto, sem interesse prático.

No dia seguinte, o Dr. BERNARDO VILAR, a nosso pedido, fazia a ablação do tumor, por simples secção do pedículo, empregando

o canivete eléctrico. Depois, alguns dias de repouso e de aplicações de pomada de colargol, únicos cuidados que podem ser exigidos em tais circunstâncias.

Vejamos agora a história clínica completa.

Mulher de 33 anos de idade, casada, doméstica.

Doença actual. — Há cêrca de onze anos, depois de um parto, notou, ao

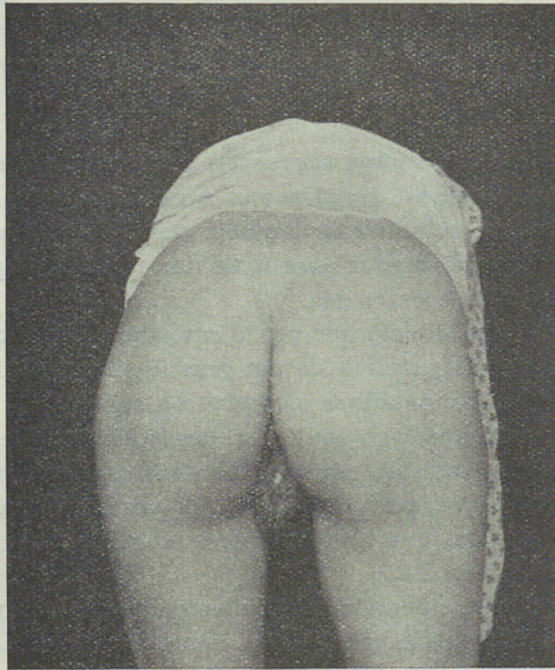


Fig. 1

obrar, o aparecimento, na região anal, de um pequeno tumor mole e pediculado, que depois saía sempre durante os esforços de defecação. Passado algum tempo, deixou de sentir o tumor, julgando-se curada.

Mas, um ano depois, começou novamente o tumor, agora maior, a aparecer durante a defecação, antes das fezes, fazendo-se a saída de uma maneira brusca, como que escapando-se, sempre acompanhada de ligeiras dores.

Após a evacuação das fezes, a doente tinha que o recolher com o auxílio da mão, servindo-se de água quente para facilitar a introdução, visto que nunca entrava espontaneamente.

O tumor em si era indolor. Assim, durante anos, foi vivendo com êste

importuno tumor, que sempre se exteriorizava durante a dejecção e nunca fora dêste acto, todavia obrando como habitualmente e sem alteração do seu estado geral.

Verificava que o tumor ia aumentando muito lentamente, atingindo por fim o volume de um ovo de peru, mas sem lhe ocasionar outras perturbações, até que há duas semanas começou a sentir muitas dores ano-rectais, contínuas, com exacerbações durante a defecação.

O tumor tornou-se muito vermelho e duro, sendo dolorosa a sua palpa-

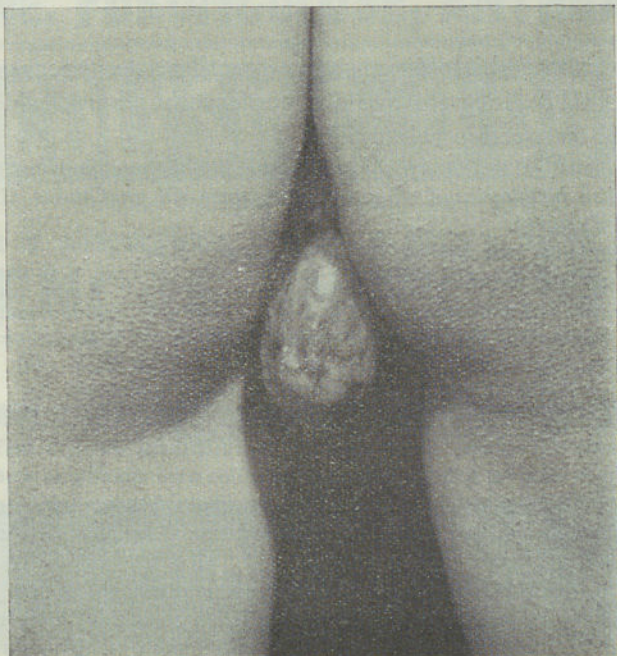


Fig. 2

ção. Foi êste estado inflamatório que levou então a doente a consultar o médico da terra.

Nunca teve febre. Nunca deitou sangue, a não ser nos últimos dias, talvez provocado pelas manobras de redução, agora mais dificultosas. As fezes foram sempre de aspecto normal.

História pregressa. Sem interêsse.

Observação.— Solicitada a doente para provocar a exteriorização do tumor intra-rectal, verificámos a existência de uma massa, de forma e tamanho de um ovo de peru, caindo suspensa do orifício anal, à maneira de um tumor pediculado. A superfície não é perfeitamente regular, sem, contudo, haver lobulação, apresentando algumas erosões.

O pedículo é largo, da grossura de um dedo, implantado ao nível da orla ano-rectal.

A côr é ligeiramente vermelha. A palpação dá-nos a sensação de dureza elástica, com edema superficial, sem dores no tumor, sobrevindo, porém, logo que se exerciam tracções no pedículo.

O toque rectal confirma o exame à inspecção. A recto-sigmoidoscopia foi feita só depois da ablação do tumor, verificando-se então que êste era único e apresentando-se a mucosa rectal inteiramente normal.

Observaram-se alguns botões hemorroidários e algumas papilas hipertrofiadas.

Do exame histológico quis gentilmente encarregar-se o Dr. SILVA HORTA, pelo que nos confessamos agradecidos.

Eis o respectivo relatório:

Análise histológica n.º 3.220 (Laboratório da 2.ª Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar.)

Fragmentos colhidos em vários pontos do tumor.

Fixação em formalina a 5 %.

Inclusão em parafina.

Colorações por hematoxilina-eosina, VAN GIESON e MALLORY (LOEWENSTEIN).

Nos cortes que interessam a superfície da massa tumoral observa-se um epitélio sem alterações, pouco espesso, estratificado, de tipo malpigiiano e com camada córnea. Não se reconhecem pêlos nem glândulas anexas. O tumor é formado por tecido conjuntivo, cujas fibras, bastante delgadas, dispostas em várias direcções, tomam a hematoxilina MALLORY e a fucsina (VAN GIESON).

Do inter cruzamento das fibras resultam malhas, em certos pontos bastante aparentes, devido ao edema que infiltra o tumor. Os elementos celulares são mais numerosos junto ao epitélio, mas nunca se agrupam à maneira dos exsudados inflamatórios, nem têm relação alguma com os vasos; as células livres são linfócitos easmócitos. Os fibroblastos são, nalguns pontos, mais numerosos; noutros, porém, predominam os elementos adultos, constituindo feixes colagêneos. Os vasos são numerosos, não trombosados, raramente de tipo embrionário, adultos, na sua maioria, venosos e arteriais, distinguindo-se bem nêles as três camadas.

Os cortes feitos do fragmento colhido do *pediculo* mostram um epitélio malpigiiano, papilomatoso, tanto em superfície como em profundidade, mas de basal intacta e citologicamente normal. Os vasos do pedículo, arteriais e venosos, não estão obliterados, nem apresentam alterações das paredes.

Diagnóstico. — Fibroma.

O exame histológico confirma os dados clínicos, que levaram a concluir tratar-se de um verdadeiro tumor e não duma forma-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das
DOENÇAS INFECCIOSAS

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé.
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246—LISBOA

TARTROL

Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisboa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisboa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

APPLICA Produto Suíço (penso rápido)

Utilizando esta ligadura consegue-se um **penso rápido**, aséptico, aderindo à pele e aos cabelos sem contudo se colar. As ligaduras fornecidas compõe-se de duas partes: uma de gaze hidrófila forrando uma outra, elástica, que não é senão o PENSO.

APPLICA

Inclusivamente substitui os agrafes na sutura da pele, o que torna este **penso** absolutamente indispensável na cirurgia estética. Nos casos em que são necessários pensos compressivos como nas hemorragias, também se consegue a máxima pressão sobre os tecidos sangrantes utilizando o PENSO

APPLICA

A' venda em tôdas as Farmácias e Drogarias

PEDIDOS A **COSTA SANTOS & STADLIN, L.^{DA}**

Rua da Trindade, 15, 1.^o — Telefone 25970 — LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroïde* em proporções judiciosas, de *Hamamelis*, de *Gastanha da Índia* et de *Citrato de Soda*.

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246—LISBOA

ção fibrosa supra-hemorroidária. A disposição do tecido colagêneo é bem a encontrada nos fibromas dos outros órgãos, não apresentando a disposição dos tecidos granulomatosos. Os vasos são, na sua maioria, adultos, nenhum dêles alterado e sem trombozes. Não se observam igualmente zonas de necrose. Por outro lado,

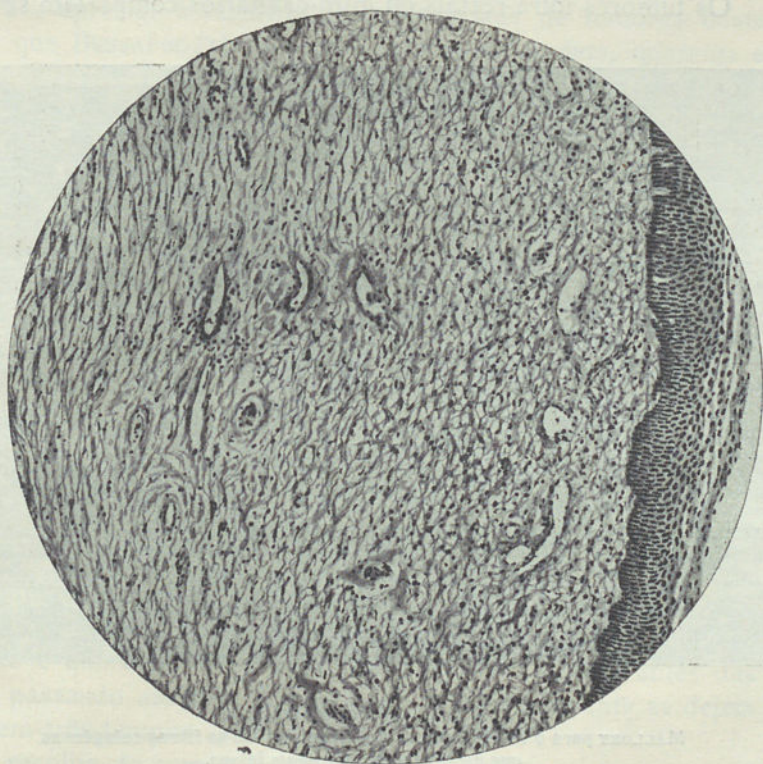


Fig. 3. — Obj. 3. Oc. 2. REICHERT. Hematoxilina-eosina.
Observa-se o epitélio estratificado que reveste o tumor. As fibras colagêneas, muito delgadas, constituem malhas, bem evidenciadas pelo edema.

também não encontrámos exsudados inflamatórios: os elementos livres são poucos numerosos e sempre dispersos, não havendo polinucleares.

O segundo ponto verificado pelo exame histológico, e sòmente interessando o lado anatómico do caso que apresentamos, é que se trata de um fibroma puro e não de fibromioma: em tôdas as

preparações dos fragmentos colhidos em vários pontos do tumor não se observaram fibras musculares lisas.

Os fibromas, fibromiomas e miomas do recto são semelhantes, *mutatis mutandis*, aos tumores do útero da mesma natureza, apresentando-se também as três formas de tumores: intra-rectais, intersticiais e extra-rectais.

Os tumores intra-rectais ou intra-cavitários comportam-se em

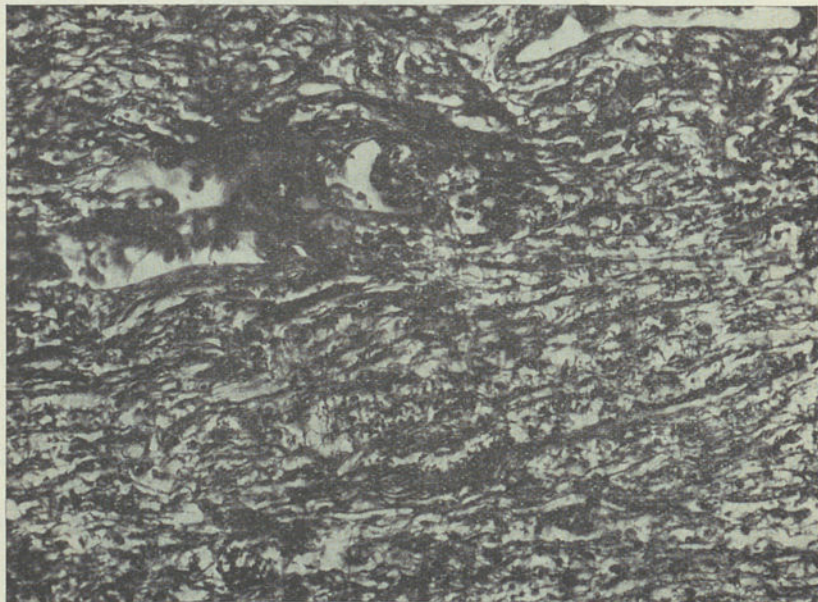


Fig. 4. — Microfotografia.
MALLORY para o tecido conjuntivo. Observam-se as fibras colágenas que nalguns pontos formam feixes.

tudo como pólipos dentro de uma cavidade; os intersticiais, como massas desenvolvidas na parede rectal, fazendo saliência para dentro ou para fora, mas especialmente para dentro, obstruindo mais ou menos a cavidade rectal; os últimos como tumores sésseis ou pediculados implantados na superfície externa do recto, apresentando-se particularmente como tumores pélvicos.

As formas intra-rectais são as que pròpriamente interessam o proctologista, tanto mais que só por si êle pode diagnosticar e tratar eficazmente tais tumores, contrariamente ao que se passa

com as outras formas. Estas exigem a intervenção do cirurgião, que por vezes se vê a braços com um diagnóstico bem difícil e uma operação melindrosa, nem sempre chegando a bom têrmo.

Os fibromas intra-rectais constituem uma afecção rara, contando-se certamente por algumas dezenas os casos conhecidos na literatura mundial.

Para apreciar a raridade desta variedade de tumores basta citar que BENSÁUDE (1) conseguiu reünir, até à data, quarenta e cinco observações, entre as quais apenas cinco na sua riquíssima consulta hospitalar, ao lado de cêrca de mil casos de cancos rectais, isto num período de treze anos.

As quarenta e cinco observações apresentadas são repartidas: como fibromas puros cinco casos, e fibromiomas, quarenta casos, o que torna ainda mais interessante e valiosa a nossa observação, visto tratar-se de fibroma puro.

Não vamos fazer uma resenha, necessariamente fastidiosa, da sua sintomatologia, mais ou menos rica, mas sòmente salientar os dois sintomas dominantes.

Procidência. — Sintoma importante, quási nunca faltando, aparece por assim dizer exclusivamente no momento da defecação, com o carácter importante de brusquidão. O tumor comporta-se, pois, ao sair e entrar através do ânus, como uma bola isolada e fugidia.

Muitas vezes, como no nosso caso, o parto é que vem denunciar a existência do tumor, obrigando a maiores esforços. A defecação é que condiciona a exteriorização do tumor, antes das fezes, passando assim o doente a ter sistematicamente as dejecções em três tempos.

A recolha do tumor nunca se faz espontaneamente, mas só depois de pressões mais ou menos habilidosas, que o doente vai executando, reduzindo ao mínimo os sofrimentos.

Tudo isto se faz com dores, por vezes intensas, compreendendo-se facilmente que os doentes fujam das defecações, o que vem aumentar ainda depois os sofrimentos. Ao doente fica-lhe todavia a certeza de que o tumor não voltará a sair até à dejecção seguinte, o contrário do que se passa com outros prolapsos rectais.

(1) BENSÁUDE: «Maladies de l'intestin». Série III (1935).

Constipação. — Evidentemente que depende do volume, do pedículo e do ponto de implantação do tumor, podendo ser pertinaz, indo às vezes até à obstrução, quando o tumor não é exteriorizável. Nalguns casos, como no nosso, não há constipação.

Em qualquer hipótese as fezes conservam o aspecto habitual.

As dores, o tenesmo e as hemorragias são muito variáveis, não constituindo sintomatologia própria.

A inspecção da região anal não nos revelará nada de anormal, a não ser a presença concomitante, de resto bem compreensível, de hemorróidas procidentes.

O toque rectal deverá elucidar-nos o diagnóstico, principalmente se o tumor não é exteriorizável.

O indicador palpará uma massa que pode ser contornada inteiramente até a implantação na parede rectal, isolando-se assim o tumor. A implantação faz-se sempre baixa, a alguns centímetros, às vezes já ao nível da orla ano-rectal, como no nosso caso. A consistência é mais ou menos dura. Nada mais se palpa que o tumor, não oferecendo as paredes rectais quaisquer alterações.

Uma vez o tumor exteriorizado, seja pelos esforços de defecação ou com o auxílio do dedo, apresenta-se como uma massa esférica ou ovóide, de dimensões variáveis, que podem ser, por vezes, consideráveis e em manifesta desproporção com o canal anal.

A superfície é mais ou menos regular, raramente lobulada. A côr vai de rosa a vermelho vivo, variável com o grau de congestão provocada.

A mucosa pode estar lisa ou apresentar erosões ou mesmo ulcerações, dependentes, certamente, da exteriorização prolongada do tumor.

O pedículo é sempre largo, da grossura de um dedo ou mais ainda. A palpação do corpo do fibroma é indolor, ao contrário do pedículo, cujas tracções são muito dolorosas.

A endoscopia podemos inspecionar todo o tumor, com o seu pedículo, apresentando-se a mucosa circunvizinha perfeitamente de aspecto normal.

Os doentes conservam sempre um bom estado geral.

Embora não interessando tão directamente o proctologista, não queremos deixar de dizer algumas palavras sôbre as formas intersticiais e extra-rectais. A sua sintomatologia, muito variada, vem, em grande parte, das perturbações de compressão que po-

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13 %
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"

Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injectções.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.^o, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO : Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada :

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na lactilose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a *dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl* é de 5 c. c. (uma empôla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculoses bacteriologicamente confirmadas) *dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.*

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

287

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmas. de 1^o cl. Fornecedores dos Hospitais.
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

LISBOA MÉDICA



GLEFINA
PODEROSO RECONSTITUINTE
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



LASA
PARA AS DOENÇAS DAS
VIAS RESPIRATORIAS

CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

dem originar, atendendo à situação das paredes rectais com os órgãos da pelve.

Os sinais rectais são as dores, as hemorragias e, sobretudo, as dificuldades da defecação, por vezes enormes.

Estes tumores são geralmente grandes, atingindo dimensões maiores que os intra-rectais, como, por exemplo, o volume de uma cabeça de criança ou até de adulto, ocupando ao máximo a cavidade rectal, que pode mesmo apresentar-se totalmente obstruída. Por vezes, sugerem dúvidas diagnóstico-diferenciais com os tumores do útero ou dos ovários, duma maneira geral com as afecções pélvicas.

Na observação, ao lado do toque rectal não podemos esquecer o toque vaginal, pois que freqüentemente só dos elementos colhidos associadamente é que fixaremos o diagnóstico.

Os tumores fibro-miomatosos do recto evoluem lentamente, durante anos e mesmo dezenas de anos, compatíveis com uma saúde geral perfeita, e se não fôsem as perturbações mecânicas, mais ou menos graves, que ocasionam, os portadores de tais tumores não se considerariam doentes.

O prognóstico das formas intra-cavitárias é, regra geral, favorável, descontada a possibilidade de degenerescência maligna.

As outras formas são evidentemente mais graves, verdadeiros tumores pélvicos. Se é fácil diagnosticar e tratar os tumores intra-rectais, o mesmo não sucede com os outros, em que se defrontam as maiores dificuldades de diagnóstico-diferencial e se necessitam, por vezes, intervenções arriscadas.

Na verdade, os fibromas intracavitários não apresentam dificuldades de diagnóstico, com as outras formações intra-rectais, podendo excluir-se, ao primeiro exame, o cancro, o tumor viloso, o adenoma (pólipos).

O pólipos suprahemorroidário pode confundir-se com um fibroma pequeno; porém, só até o momento de verificarmos o ponto de implantação, que se faz sempre na superfície de uma hemorróida interna e nunca em mucosa sã.

Raramente, todavia, o diagnóstico clínico é difícil ou impossível, tendo por fim de recorrer-se ao exame histológico. É o que sucede com os feixes hemorroidários, que vão sofrendo alterações fibrosas progressivas e acentuadas, com os sarcomas e com os lipomas.

O tratamento dos tumores intra-cavitários é bem simples, bastando a ablação por secção do pedículo, seja qual fôr o método usado, visto que todos fundamentalmente resolvem o problema. Pode anestesiarse o pedículo com novocaína.

Se o tumor não é exteriorizável, dilata-se o ânus, sob anestesia raquidiana, a mais aconselhável, e exterioriza-se então o tumor.

Na escara deverá aplicar-se a pomada de colargol. Emfim, tudo se resolve em alguns dias, ficando assim o doente inteiramente livre do tumor que tanto o importunava, sem correr riscos de qualquer ordem.

Merece, pois, bem a pena conhecer a existência destes tumores, benignos, na realidade, mas que podem ser a causa de grande sofrimento.

Prof. Tiago de Almeida

A medicina portuguesa e em especial a medicina portuense estão de luto pelo desaparecimento dum dos seus vultos mais ilustres, o Prof. TIAGO DE ALMEIDA, que ocupou, na cátedra de



Prof. Tiago de Almeida

Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Pôrto, lugar de altíssimo relêvo. Contava o ilustre extinto 71 anos de idade, pois nascera a 11 de Dezembro de 1864, em Santa Maria de Gandra, concelho de Espozende. Formou-se em 1893, na Escola a que deu, mais tarde, o brilho do seu assíduo e profícuo labor.

Não ficou no Pôrto, preferindo fixar-se em Viana do Castelo, onde deu os primeiros passos na clínica médica, em que tanto havia de notabilizar-se, tendo sido professor do Liceu e director da Escola Normal daquela cidade minhota.

Em 1906 concorreu à Escola Médica, obtendo a nomeação em 1907, tendo sido imediatamente encarregado de reger matéria médica na sucessão do Prof. AZEVEDO MAIA. Em 1910 passou para a cadeira de Clínica Médica, onde alcançou justo renome, não só como clínico de raros recursos, mas como professor devotado ao ensino, ainda hoje recordado com saúde por muitas gerações académicas que se honram do Mestre distintíssimo que foi o Prof. TIAGO DE ALMEIDA.

Tinha predilecção particular pela Tisiologia. Muito se lhe deve, no campo da profilaxia da tuberculose pulmonar, no trabalho devotado à organização dos Congressos da Liga Nacional contra esta doença, na direcção do dispensário anti-tuberculoso de Viana, etc.

A sua carreira científica foi assinalada pela publicação de numerosos trabalhos, entre os quais nos permitimos destacar os seguintes :

O líquido orquítico, 1893; *Seroterapia na tuberculose*, 1898; *Um caso de dipsomania*, 1901; *O cancro em Viana do Castelo*, 1904; *A febre na tuberculose pulmonar*, 1906; *O tratamento da tuberculose nos sífilíticos*, 1911; *Micrococccia de Bruce*, 1913; *Estenose mitral pura*, 1919; *Estudos sobre a tuberculose*, 1921; *O tratamento da febre de Malta pelo Neosalvarsan*, 1921; *Síndroma de Adams-Stokes*, 1922; *Dextrocardias congénitas*, 1925; *Aneurisma do coração*, 1926; *Antigénio metílico*, 1927; *A sífilis na patologia da aorta*, 1927; *Um caso de esporo-tricose*, 1927; *Evolução acidentada duma pleurisia*, 1927; *O aortismo na héredo-sífilis*, 1928; *Tuberculose gemelar*, 1929; *Endocardite maligna*, 1930; *Síndroma de Biermen-Addison*, 1930; *Cancro do pulmão*, 1931; *Lições de clínica médica*, 3 volumes, respectivamente de 1913, 1922 e 1924; *Excursões escolares médicas*, 3 volumes, de 1912, 1913 e 1914; bibliografias dos Profs. Drs. CLEMENTE PINTO, ROBERTO FRIAS, JOSÉ MARIA DE OLIVEIRA e Dr. LOPO DE CARVALHO; alocações e conferências diversas sobre a profissão médica, instrução e educação de ontologia profissional, etc.

Dentre estes estudos merecem especial menção o que serviu de dissertação inaugural, sôbre *Líquido orquítico, medicação sequardiana*, um dos primeiros trabalhos sôbre opoterapia publicados em português, e a sua dissertação de concurso, que versou sôbre *A febre na tuberculose pulmonar*.

Escritor sóbrio, preciso, de grande clareza de linguagem, deixa uma literatura médica vasta e erudita, que será consultada com proveito.

As homenagens prestadas no Pôrto à memória do insigne professor e brilhante clínico foram a demonstração do alto aprêço em que o tinham a sua Faculdade, donde a doença o afastara há anos, o corpo clínico do Hospital de Santo António, onde exerceu o seu magistério, e a população portuense que êle muito serviu no campo da assistência médica.

A *Lisboa Médica*, associando-se a êsse preito de sentido pesar, apresenta à Faculdade de Medicina do Pôrto e à família do ilustre professor as suas sinceras condolências.



Revista dos Jornais de Medicina

Hipófise e doenças renais, por HELLMUT MARX. — *Klin. Wochenschr.* 16 de Março de 1935 (refr. do *The 1935 Year Book of Neurology, Psych. and Endocr.*).

A dependência das funções renais de influências partindo do sistema nervoso central, há muito que foi reconhecida.

Investigações modernas vieram mostrar a interferência decisiva da região hipófiso-infundibular nas funções do rim normal, especialmente na diurese. Finalmente, observações clínicas e experimentais recentes fazem suspeitar que o sistema hipofisário tem também uma notável importância nas doenças renais.

O A. faz notar que a afirmação ou a negação desta suspeita são ainda muito difíceis, pois os estudos recentes sobre a hipófise têm motivado antes o aparecimento de novos problemas do que a aquisição de resultados definitivos.

Investigações sobre a tirototoxicose da gravidez, a hipertensão arterial, a epilepsia e certas doenças renais, estados mórbidos que podem ser relacionados com a presença de substâncias antidiuréticas no sangue, tendem a mostrar que o aparecimento destas substâncias antidiuréticas não é patognomônico de certo grupo de doenças, mas que mesmo o sangue de indivíduos normais as contém em pequenas quantidades.

O estudo da natureza química dessas substâncias tem sido, por várias razões, difícil e é actualmente impossível afirmar as relações da hormona do lobo anterior da hipófise com essas substâncias, visto que ainda não se conhece a constituição química desta hormona. Contudo, muito provavelmente, as substâncias antidiuréticas e vasopressoras do sangue, se não são idênticas, estão, pelo menos, estreitamente relacionadas com a hormona prehipofisária.

O A. inclui no seu trabalho considerações sobre casos de diabetes insípida, tumores da hipófise associados com perturbações características da excreção urinária, acromegalia, dispensando particular atenção a um caso de doença renal crônica atribuível a lesões hipofisárias, no qual uma lesão da hipófise parece ter provocado alterações funcionais agudas do rim, com uremia mortal consecutiva.

Os resultados de uma série de experiências em animais parecem mostrar que quando se estimula o sistema hipófiso-diencefálico se provoca uma produção excessiva de hormona do lobo anterior da hipófise, que, por via sanguínea, produz alterações da função renal. Assim, tanto os dados da observação clínica como os resultados da experimentação que hoje possuímos, são

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afeções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estômago.

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÈDINE

O primeiro sedativo e antiespasmódico
especialmente preparado para a
terapeutica cardio-vascular

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (DIGIBAÏNE, ETC.) PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA DA PALMA, 240 - 246 LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta—Lisboa.

Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes : Colónias e estrangeiro :

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO : 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. A. Almeida Dias, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*. — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

concordantes com a afirmação de que uma alteração renal pode ser o resultado de uma lesão primária da hipófise.

ALMEIDA LIMA.

Estudos sobre o lobo posterior da hipófise e da sua relação com certas lesões gastro-duodenais, por E. C. DODDS, G. M. HILLS, R. L. NOBLE e P. C. WILLIAMS. — *Lancet*. N.º 1099. 11 de Maio de 1935.

Os AA. descrevem as lesões hemorrágicas agudas da zona acidogénica do estômago, que se podem produzir, em animais de experiência, pela administração de extractos do lobo posterior da hipófise. Se o conteúdo gástrico foi previamente alcalinizado, não se obtêm as lesões usuais. As constatações mais interessantes destas experiências são a limitação das lesões à zona acidogénica do estômago e a ausência de lesões em qualquer outra região do aparelho digestivo.

Investigações mais recentes mostraram que o uso de doses frequentes de extractos do lobo posterior da hipófise produzem ulcerações gástricas crónicas, em tudo semelhantes às que se encontram no homem.

Experiências planeadas para conhecer qual o mecanismo que provoca estas lesões parecem mostrar que elas são devidas a uma inibição temporária da produção de ácido clorídrico.

Nos animais sujeitos a injeções repetidas de extractos do lobo posterior da hipófise aparece também uma acentuada anemia; o número de glóbulos vermelhos chega a descer, nalguns animais, de 6.000.000 a pouco mais de 1.000.000. Se se suspendem as injeções, os animais restabelecem-se espontaneamente.

Os AA. não tentam dar uma explicação completa dos fenómenos observados; afirmam apenas que a substância que provoca as alterações descritas se encontra nos extractos do lobo posterior da hipófise, e tanto nos extractos feitos directamente pelo A., como nos preparados comerciais.

Estes estudos têm uma grande importância para uma melhor compreensão de certos problemas clínicos relacionados com a doença de Simmonds, com o adenoma basófilo da hipófise e com a úlcera gastroduodenal.

Servem, também, para acautelar contra o uso incon siderado de doses elevadas de extractos do lobo posterior da hipófise.

ALMEIDA LIMA.

O lobo posterior da hipófise na hipertensão arterial, por A. GOMEZ MARCANO. — *Klinische Wochenschrift*. Vol. XIV. N.º 1525. 26 de Outubro de 1935.

O A. começa por fazer um resumo crítico da literatura que se refere às relações da hipófise com a hipertensão arterial, dando especial relêvo à observação feita por vários autores do aumento das células basófilas no lobo posterior. Cushing, nos seus casos de adenoma basófilo da hipófise, descreveu também a presença de células basófilas, tanto no lobo anterior como no posterior; encontrou, igualmente, aumento do número de células basófilas em

casos de hipertensão arterial e eclampsia. O A. faz notar que estes três syndromas têm de comum o facto de apresentarem uma elevada tensão arterial, sendo possível que, como pensam Kraus e Traube, a presença de células basófilas na hipófise represente uma tentativa de compensação da tensão arterial anormalmente alta e que o papel das células basófilas seja o de depressor da tensão arterial.

O A. examinou quarenta e nove hipófises de casos de hipertensão arterial, dita essencial, quatro de hipertensão de origem renal e vinte e dois de casos sem hipertensão.

Em todos os casos de hipertensão, fôsse qual fôsse a sua patogenia, encontrou um notável aumento do número de células basófilas da hipófise, e nunca nos casos não hipertensos. O aumento do número de células basófilas não é, porém, proporcional ao grau de hipertensão.

ALMEIDA LIMA.

Efeitos terapêuticos da interrupção, pelo alcool, dos nervos simpáticos. (*The therapeutic effects following interruption of the sympathetic nerves*), por RUSSEL PATERSON, WENDEL STAINSBY. — *Annals of Surgery*. N.º 520. Abril de 1936.

Neste trabalho os AA. referem-se principalmente ao tratamento, por interrupção simpática, de certas artrites e doenças vasculares. Os AA. descrevem minuciosamente a técnica que usam para as alcoolizações, chegando, depois de uma experiência já bastante extensa, às seguintes principais conclusões:

As doenças que certamente beneficiam pela interrupção simpática são: doença de Reynaud, doença de Burger, esclerodermia, doses cardíacas e aórticas, megacolon.

Nas artrites crónicas com acentuadas perturbações vasomotoras, extremidades frias e asfíxicas, as melhorias sintomáticas são, em geral, muito apreciáveis, mas sem uma correspondente melhoria na doença em si.

A interrupção fisiológica pela novocaína ou procaína, como meio de diagnóstico e como índice dos resultados a obter, deve ser sempre feita antes da alcoolização.

A alcoolização parece ser um excelente substituto da intervenção cirúrgica, na maior parte dos casos.

Só se deverão praticar alcoolizações dos troncos nervosos simpáticos depois de se ter adquirido um conhecimento profundo da anatomia e fisiologia do sistema nervoso autónomo e de ter ensaiado no cadáver a técnica a usar.

A simpaticectomia periarterial não tem fundamentos anatómicos ou fisiológicos e é um medíocre substituto da interrupção das cadeias ganglionares ou dos vasos comunicantes.

Com a técnica actual é impossível interromper tãda a enervação simpática de uma extremidade, sem interromper também a enervação de outras regiões. Assim, a interrupção dos nervos do braço provoca um syndroma de Claude Bernad-Horner, e interrompe também algumas das vias simpáticas

para os órgãos torácicos. A interrupção dos nervos simpáticos da extremidade inferior interrompe, por sua vez, parte da inervação para as vísceras pélvicas e algumas abdominais. Portanto, é necessário em cada caso decidir se os efeitos que se esperam e se podem obter trazem proveito que compense os efeitos secundários inevitáveis.

ALMEIDA LIMA.

Tratamento cirúrgico da siringomielia. (*The Surgical Treatment of Syringomyelia*), por CHARLES FRAZIER. — *Annals of Surgery*. N.º 520. Abril de 1936.

O A. apresenta dois casos de siringomielia, nos quais o tratamento cirúrgico produziu muito notáveis melhorias, que se mantêm, respectivamente, há quatro anos e meio e há dois anos.

Encontra-se neste trabalho uma análise de catorze casos operados por outros cirurgiões, com períodos post-operatórios superiores a um ano. Verifica-se que 50% dos doentes melhoraram ao ponto de retomarem as suas ocupações.

O sexo, a idade, a extensão do processo ou o quadro clínico, antes da intervenção, parecem não fornecer indicações sobre o provável benefício do tratamento cirúrgico. Provavelmente a duração da doença e a técnica empregada terão maior influência no resultado final.

Uma judiciosa revisão das várias técnicas empregadas sugere:

a) A melhor via de acesso à cavidade siringomiélica é através de uma incisão medular longitudinal mediana ou afastada alguns milímetros da linha média para o lado onde as lesões devem ser mais intensas (segundo o quadro clínico mostrar).

b) É conveniente tentar estabelecer uma drenagem constante da cavidade para os espaços subaracnoídeos, usando material de drenagem vário: borracha, sêda, etc. (ainda não está bem determinado qual a melhor técnica e material).

c) Se, após a primeira drenagem, o decurso clínico sugerir que a abertura da cavidade siringomiélica se encerrou espontaneamente, não se deve hesitar em reoperar.

ALMEIDA LIMA.

Sobre um caso de pseudoraquitismo renal. (*Su di un caso di pseudoraquitismo renale*), por L. RAGUGNO (Torino). — *Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore*. Vol. VIII. Fasc. I. Págs. 32-46.

O A. faz largas considerações sobre um caso de alteração renal, associado com um joelho valgo bilateral gravíssimo, com hipoevolutismo somático notável e hipogenitalismo. A causa da nefropatia parece ser de origem congênita. As alterações esqueléticas iniciaram-se com dores, na idade dos 8 anos. O exame radiológico lembra o raquitismo florido tardio. O grave valgismo dos joelhos foi completamente corrigido com uma osteotomia supracondiloídea a céu aberto, em ambos os membros.

O A. faz um diagnóstico diferencial pormenorizado com as várias formas de hipoevolutismo. Quanto à etiologia e à patogénese, chega à conclusão de que a alteração renal seja o factor determinante das distrofias do esqueleto, do hipoevolutismo somático e sexual, quer directamente, quer através de alterações das glândulas de secreção interna, especialmente do timo, causadas pela própria intoxicação renal.

O A. lembra a necessidade de procurar, além da albumina nas urinas, também a taxa azotémica em todos os doentes que apresentem hipoevolutismo somático e deformidades do esqueleto.

É indispensável instituir um rigoroso regime alimentar antes de intervir para corrigir as deformidades do esqueleto. Mostraram-se muito úteis as hipodermoclises de sêro fisiológico desintoxicante, antes e depois das intervenções operatórias, que devem ser rapidísimas.

MENESES.

Contribuição para o estudo do úmero varo dos adolescentes. (*Contributo allo studio dell'omero varo degli adolescenti*), por PERACINO MARIO. — *Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore*. Vol. VIII. Fasc. I. Págs. 17-31.

O A. apresenta dois casos pessoais, e, depois de os estudar, bem como os poucos encontrados na literatura, conclue que a patogénese do úmero varo dos adolescentes é devida a uma fractura no ponto metafisário, onde existe um quisto ósseo unilocular. Expõe o tratamento cirúrgico seguido num dos casos pessoais e o resultado satisfatório obtido.

MENESES.

Síndrome adiposo-genital. (*Sindrome adiposo-genital*), por LUIS VIAMONTE CUERVO (Havana). — *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría*. Tómo VIII. N.º 3. Págs. 105-156.

O A. descreve oito casos de síndrome adiposo-genital, insistindo particularmente sobre os aspectos clínico e patogénico do síndrome. Clinicamente, considera a obesidade sob o ponto de vista qualitativo, isto é, segundo a distribuição da gordura. Alguns dos casos que apresenta não são obesos, mas a gordura distribue-se pelo corpo duma maneira absolutamente feminina. O A. entende que o grau de obesidade — critério quantitativo ou ponderal — é secundário em face do critério qualitativo. Quanto ao factor geral, a ectopia testicular é praticamente constante.

O *deficit* de concentração mental, a abulia, a timidez, com grave repercussão sobre a capacidade aquisitiva e produtiva dos indivíduos, estão presentes na maior parte dos casos.

No aparelho locomotor, a hipotonia muscular e a relaxação dos ligamentos existiam em todos os casos, excepto num, com sinais de reacção suprarrenal-cortical. Todos tinham pés chatos. As alterações do desenvolvimento e do trofismo ósseo serão descritas noutra oportunidade.

Em todos os casos, tanto na sintomatologia (sintomatologia própria-

mente hipofisária) como patogenicamente, a insuficiência hipofisária existe. O hipometabolismo, verificado em quatro casos é considerado secundário da insuficiência tireotrófica da prehipófise.

A acção dinâmica específica está diminuída em todos os casos. O A. atribue isso a factores neuro-hipofisários, e encontrou-a baixa em casos de insuficiência hipófiso-gonádica sem obesidade, e amplia a sua significação a outros processos do metabolismo e a processos nervosos de base metabólica.

Não pôde apreciar os factores etiológicos por falta de provas. Sem dúvida, um deles sugere a existência dum adenoma hipofisário ou dum tumor na região hipofisária, em virtude de apresentar um síndrome quiasmático. Dois casos têm uma história de sífilis familiar.

MENESES.

Artrodese e, ao mesmo tempo, transplantação na paralisia do ombro.

(*Artrodese e trapianto contemporaneo nella paralisi della spalla*), por ANDREA ALBANESE (Milão) — *Archivio de Ortopedia*. Vol. LI. Fasc. IV. Págs. 763-781.

O A. imaginou uma intervenção que permite realizar ao mesmo tempo: a) uma boa artrodese intra-articular; b) uma sólida união osteofibrosa extra-articular; c) uma transplantação em boas condições das fibras superiores e médias do trapézio, na extremidade superior do úmero.

Intervindo pela via posterior, destaca, na sua base de implantação, a metade lateral da espinha da omoplata, *respeitando as fibras do trapézio que se inserem no acromion e no bordo superior da espinha*; faz com facilidade a descorticação completa das duas superfícies articulares; incisa o deltoíde entre os feixes médios e posteriores e, desnudada a extremidade superior do úmero, cava um pequeno sulco na grande tuberosidade; faz rodar cerca de 190° a espinha da omoplata destacada, pondo assim em forte tensão as fibras do trapézio e mete-a no sulco umeral. Sutura por cima da cápsula e das fibras do deltoíde, algumas das quais são suturadas directamente ao trapézio. O braço é imobilizado em abdução de 80° e projecção anterior de 25° a 30°. Três meses depois inicia a reeducação funcional mediante um tutor ortopédico especial que permite os movimentos de rotação da omoplata conservando a imobilização da artrodese em via de consolidação.

MENESES.

Estenoses funcionais da parte final do intestino delgado no lactante.

(*Sténoses fonctionnelles de la fin du grêle chez le nourrisson*), por PIERRE LOMBARD (Algéria). — *Lyon Chirurgical*. Tôm. 33. N.º 2. Março-Abril de 1936.

A-par das deformidades bem caracterizadas e bem conhecidas da parte final do íleon, é preciso pôr os casos nos quais o intestino, normalmente conformado, é sede duma perturbação puramente funcional que faz obstáculo à progressão das matérias: quer se trate dum espasmo ou dum estado parético,

a estagnação das matérias torna-se de tal modo importante que trás consigo uma estercoremia de marcha rapidamente fatal.

O A. apresenta o caso dum recém-nascido que desde o nascimento sofre duma prisão de ventre rebelde, seguida, ao fim de quinze dias, de vômitos alimentares, em seguida fecalóides.

A intervenção permite descobrir, na parte mais terminal do ileon, uma zona de cerca de 12 cms. apertada e manifestamente com espasmo. A anestesia do meso faz ceder passageiramente o espasmo e pode-se então, sem dificuldade, esvaziar as ansas dilatadas supra-jacentes no cego que se segue.

O A. sentiu-se tentado a incisar longitudinalmente esta zona estrangulada, a tratá-la como a um piloro hipertrofiado; cometeu o êrro de acreditar que um tratamento médico poderia bastar para atenuar o espasmo que acabava de ceder à anestesia do meso.

Não tendo podido fazer a autópsia, ficou na dúvida sobre a realidade da interpretação do caso. Cita, porém, um caso absolutamente semelhante de outros autores, cujas verificações anatómicas, muito precisas, esclarecem duma maneira indiscutível a realidade duma estenose funcional da parte terminal do intestino delgado. O A. conclue que se tratava, no seu caso, duma perturbação da motilidade do segmento intestinal correspondente: parestesia ou espasmo, seguidos de coproestase e de obstrução, a hipertrofia do íleon acima do obstáculo sendo a que se encontra acima de todas as estenoses.

O A. acha que ambas as observações são comparáveis: dois lactantes, ambos do sexo feminino, apresentaram, nas primeiras duas semanas de vida, vômitos alimentares, depois fecalóides, precedidos e acompanhados de prisão de ventre rebelde. O quadro é duma obstrução intestinal, duma estenose incompleta do intestino delgado, radiologicamente verificada na primeira observação. A intervenção permitiu reconhecer o espasmo e fazê-lo ceder passageira, mas indiscutivelmente, pela anestesia do meso.

Não se trata duma alteração das paredes do intestino. A hipoplasia dos plexos de Auerbach permite, talvez, admitir a interrupção neste nível do peristaltismo normal, a zona hipoplasiada fazendo de tubo inerte, através do qual a progressão das matérias pára.

Existem, pois, na verdade, estenoses funcionais da parte final do intestino delgado no recém-nascido, estenoses por espasmo ou por inércia da musculosa.

Se a existência das primeiras está bem confirmada, o tratamento da estenose hipertrófica poderia, de rigor, ser-lhe aplicado; às segundas conviria a anastomose de derivação sobre o segmento cólico, cuja motricidade conservada deverá ser prévia e sistematicamente procurada e posta em evidência.

MENESES.

A glomérulo-nefrite experimental. (*Ueber experimentelle Glomerulonephritis*), por TH. FAHR. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 15. 1936.

Refere o A. os trabalhos de Masugi, que conseguiu, por injeção duma emulsão de rim de coelho, feita em patos, que o sôro dêste último animal

fôsse altamente tóxico para o rim do primeiro, de modo a provocar-lhe uma glomérulo-nefrite difusa absolutamente idêntica à do homem, clínica e anatómicamente. É de evidente importância a produção de tal nefrotóxina, pela possibilidade que se forma de seguir, a-par e passo, tôdas as etapas que conduzem ao completo desenvolvimento daquela lesão renal, e é exactamente por êste método que o A. se julga autorizado a defender a glomérulo-nefrite difusa como uma lesão inflamatória típica e não como a consequência duma perturbação circulatória com isquemia, como a considera Volkard. Quanto à facilidade de provocar uma série de animais com maior ou menor percentagem de casos positivos, com maior ou menor extensão de lesões típicas, não nega o A. que os resultados obtidos dependem, numa certa quota parte, da disposição constitucional de cada indivíduo, como acontece em patologia humana, mas dá, ao mesmo tempo, tanta ou mais importância ao factor antígeno em si.

Ao terminar declara como, em sua opinião, não devem confundir-se as lesões provocadas pela eclampsia e aquelas que são características da nefrite difusa.

J. ROCHETA.

O exame funcional dos pulmões pela histamina. (*Eine Methode der Lungenfunktionsprüfung durch Histamin*), por A. HEYMER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 16. 1936.

Uma das acções farmacológicas da histamina é provocar ao nível do pulmão uma perturbação das trocas gasosas, feita sobretudo à custa duma maior dificuldade de absorção do oxigénio. Dêste facto nasceu a prova funcional pulmonar, apresentada pela primeira vez por Klein e Nonnenbruch, que verificaram como nos doentes pulmonares e cardíacos se registava um aumento do *deficit* de oxigénio do sangue, depois da administração daquela substância por via subcutânea, e, contemporaneamente, um abaixamento da capacidade vital.

Porque esta prova exige uma certa delicadeza de técnica laboratorial e tempo nem sempre compatível com as necessidades diárias da clínica, o A. resolveu limitar-se apenas à análise da capacidade vital e da duração da pausa respiratória, como elementos capazes, por si só, de darem indicações clínicas acerca da capacidade funcional do pulmão.

As suas investigações que, de princípio, se realizaram em indivíduos sãos, mostraram como nestes casos a redução da capacidade vital e da apneia voluntária é mínima. Pelo contrário, nos pulmonares verifica-se como estes valores se abaixam nitidamente e numa relação evidente com o grau de gravidade da doença. Nos casos submetidos ao tratamento colassoterápico, especialmente quando bilateral, pode também êste resultado constituir um auxiliar importante.

O mecanismo pelo qual a histamina provoca uma menor difusibilidade do oxigénio pulmonar não está ainda bem explicado.

J. ROCHETA.

Das relações entre vitamina D e secreções internas. (*Ueber die Beziehungen zwischen D-Vitamin und innerer Sekretion*), por A. NITSCHKE.—*Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 16. 1936.

Depois duma vasta série de experiências, em grande parte realizadas pelo A. e colaboradores, é nitidamente posta em evidência a relação íntima entre a vitamina D e a maior ou menor actividade da tiroidea. As primeiras observações de Nitschke derivam de experiências feitas em animais hibernantes, os quais, durante o sono, apresentam uma série de sintomas filiáveis numa diminuição de actividade daquela glândula; mas o A. conseguiu, por administração da vitamina D, evitar que êsses animais caíssem no sono hibernal.

Por outro lado, o raquitismo, que apresenta o traço comum de ser altamente influenciado por aquela substância, ¿pode, em parte, ser devido a uma hipofunção tiroidea?

Assim se deve julgar depois que se demonstrou existir nesta doença um abaixamento do iodo sanguíneo do metabolismo basal, com alterações do metabolismo do fósforo. Depois de outras considerações do mais alto interesse biológico, termina o A. por admitir uma acção excitante da vitamina A sobre a actividade funcional da glândula tiroidea.

J. ROCHETA.

Um processo simples de reconhecer a gastrite serosa. (*Einfaches verfahren zur Erkennung der Gastritis serose*), por G. KOTSCH e F. BALTZER.—*Klinische Wochenschrift*. N.º 16. 1936.

A gastrite serosa é uma noção química que exprime um aumento de substâncias albuminóides do suco gástrico, em relação à quantidade normal. Não constitue, por si, uma entidade clínica, nem representa um elemento que possa mais especialmente caracterizar uma determinada doença, pois encontra-se nas formas diversas da gastrite aguda ou crónica. Em geral, uma hipersecreção é acompanhada duma menor percentagem de albumina e vice-versa. Todavia, a pesquisa desta substância pode ter uma certa importância clínica e de aí os AA. apresentarem um processo que fácil e rapidamente se passou a empregar para a análise diária.

Clinicamente, há três grandes grupos de afecções gástricas nos quais se encontra um aumento da albumina:

a) Carcinomas ulcerados, os quais, em virtude da abundância de líquido canceroso, podem simular uma gastrite serosa.

b) Os casos de anemia grave, com aquilia refractária à histamina; ao lado destes se alinham os que pertencem ao grupo da anemia hipócroma de Faber.

c) O grupo mais interessante, porque constitue o ponto de partida para a individualização das gastrites serosas.

O seu carácter comum parece que deve atribuir-se ao facto da passagem duma substância tóxica do sangue que altera a secreção normal do estômago. Por exemplo, no paratifo, na intoxicação pelo bacilo de Gärtner, no botulismo, nas enterocolites não específicas, quer agudas, quer crónicas, na es-

carlatina, na parotidite epidêmica, nos períodos agudos da tuberculose. Por outro lado, a gastrite serosa encontra-se também na uremia e nas nefrites. Sobre a aumentada albumina na úlcera gástrica, é um problema que merece uma análise mais cuidadosa.

J. ROCHETA.

A prova do trabalho no electrocardiograma. (*Der Arbeitsversuche im Elektrokardiogramm*), por M. HOLZMANN e F. WUHRMANN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 17. 1936.

Numa série de artigos publicados nesta revista, nos quais os AA. referem as suas investigações sobre a prova do trabalho com exame cardiográfico, se demonstra como há conveniência prática em classificar os casos estudados em sete grupos principais, em relação ao segmento intermediário ST e acidente T.

A invariabilidade (grupo I) e o aumento (grupo II) do T, eventualmente ligado com um abaixamento de ST, que não excede 0,1 m. V, pode considerar-se como normal e encontrar-se em indivíduos sãos ou doentes. Uma diminuição de T (grupo III) é um resultado excepcional nos indivíduos sãos, e é, pelo contrário, freqüente nos doentes, especialmente se, acompanhado com um abaixamento de ST, deve considerar-se como resposta suspeita.

Uma deslocação inversa do acidente final em relação à primeira e terceira derivações (grupo IV), como também uma pronunciada negatividade na segunda derivação (grupo VI), são indícios seguros de uma afecção miocárdica orgânica. Um abaixamento de ST dá mais 0,15 m. V. (grupo V), podendo considerar-se como devido a uma perturbação circulatória difusa das coronárias. Uma pronunciada e inversa disposição de ST (grupo VII) pode encontrar-se no período que segue imediatamente um infarto do miocárdio, no chamado período reconstutivo, e que, contrariamente ao grupo V, indica uma perturbação circulatória circunscrita.

J. ROCHETA.

A patologia do divertículo de Meckel na infância. A diverticulite. (*Patología del diverticulo de Meckel en la infancia. Diverticulitis*), por I. DIAZ BOBILLO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXI. N.º 17. 1936.

A diverticulite é uma afecção relativamente rara, debatendo-se muitas vezes o problema de estabelecer se as lesões encontradas são produzidas pela diverticulite ou pela oclusão do divertículo, visto que as relações entre estes dois tipos de afecção são muito íntimas.

Sobre a patogenia da diverticulite reina enorme ignorância, sendo grande a semelhança com a da apendicite, ainda que a sua oclusão seja mais difícil, visto que o lume do divertículo é bem maior que o do apêndice, sendo o seu calibre aproximadamente igual ao do intestino em que se implanta.

No que respeita ao quadro clínico, os sintomas capitais são a dor (sinal inicial e constante, de localização sobretudo umbilical, outras vezes na fossa ilíaca direita), os vômitos (menos precoces que na oclusão intestinal e nalguns casos tardios) e, por fim, a obstipação, que é um sintoma freqüente.

O A. segue o critério de Cahier, no estudo das formas agudas da diverticulite :

a) Diverticulite simples, forma pouco freqüente, que difere somente da apendicite pela precoce agressão peritoneal, dando lugar a que muitas vezes tenham sido operados doentes com diverticulite, com a suspeita duma apendicite.

b) Diverticulite com peritonite localizada, que é a forma mais freqüente e por isso a mais conhecida, em que a dor é extraordinariamente violenta e os elementos fornecidos pela observação são muito variáveis, dependendo da situação do divertículo, das suas conexões e da intensidade da reacção peritoneal, podendo apreciar-se os sinais de peritonite tanto na fossa ilíaca direita, como na parte inferior do abdómen, na região peri-umbilical ou até mesmo na fossa ilíaca esquerda e, abandonado o processo à sua própria evolução, pode espontaneamente ir à resolução, determinar a oclusão ou formar um foco abcedado, que, aberto na cavidade peritoneal, arrastará o doente a uma situação grave, fácil de prever, havendo casos descritos por Kramer e Beach em que a colecção purulenta abriu na bexiga.

c) Quando se dá a perfuração do divertículo ou este é sede de processos de gangrena, surge a forma clínica — diverticulite com peritonite generalizada — em que tódia a sintomatologia é a do ventre agudo, com violenta agressão séptica da serosa peritoneal.

Idênticamente é apontada a forma crónica da diverticulite, mas, na maioria dos casos, é difícil determinar o que corresponde ao processo inflamatório e o que resulta da simples fixação do divertículo, provocando perturbações funcionais fáceis de prever.

Diz o A. que a diverticulite que não provoque o processo de oclusão tem um quadro clínico quasi idêntico ao da apendicite, e o seu diagnóstico só é feito pela laparotomia e não menos vezes como observação de autópsia, chegando o A. a recordar a frase de Blanc quando afirma que «os casos de diverticulite são quasi sempre objecto de erros de diagnóstico», o que se explica pela raridade da afecção e a sua vizinhança com o apêndice.

Alguns patologistas (Colzolari e Fronticelli) ainda pretendem apontar elementos para o diagnóstico diferencial diverticulite-apendicite, sobretudo a desproporção que a primeira afecção apresenta entre a gravidade do quadro clínico geral e os escassos sintomas locais, mas bem sabemos que muitas apendicites há, de forma extremamente tóxica, com queda intensa do estado geral, que não têm tradução abdominal correspondente.

A dor, na diverticulite, é, em regra, mais fixa e com maior persistência que na apendicite, mas é mais um elemento falível, podendo quasi afirmar-se que, na maioria dos casos, o diagnóstico da diverticulite é impossível, ainda que algumas vezes seja legítimo pensar nela, devendo recordar-se o caso de Ombredanne, que operou, por três vezes, uma criança, tendo na primeira sessão apendicetomizado o doente, na segunda vez fechou o ventre, sem nada mais executar, e só na terceira intervenção é que extirpou um divertículo tumefacto, congestionado e cheio de pus, não se tornando a repetir as crises que obrigaram aquele cirurgião a intervir.

O prognóstico da diverticulite aguda é sempre grave, o que resulta da

afecção atingir um órgão livre na cavidade peritoneal, e inclusivamente quando o processo se resolve deixa aderências, que, numa etapa posterior, podem ocasionar grave acidente, como seja o da oclusão.

No que diz respeito ao tratamento, declara o A. que é, na maioria dos casos, do tipo profiláctico, aconselhando que, se no decorrer duma laparotomia, fôr observada tal anomalia — um divertículo — deve fazer-se a extirpação. Quando surge a diverticulite, a conduta do cirurgião é idêntica à que se segue perante o problema da apendicite, aconselhando o A. que, em face de um ventre agudo, numa criança, se deve, ao executar a laparotomia, fazer uma cuidadosa exploração da cavidade abdominal, sem esquecer a possível existência dum divertículo de Meckel.

O trabalho do A. termina pelo resumo de alguns casos da sua clínica, não trazendo, na verdade, ensinamentos para se romperem novos horizontes neste capítulo da patologia cirúrgica infantil, mas tem, pelo menos, o valor de sistematização, encarando o problema sob o ponto de vista anatômopatológico e clínico.

BARREIROS SANTOS.

O tratamento da tuberculose pulmonar pelas injeções intravenosas de benzoato de sódio. (*Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-veineuses de benzoate de soude*), por GOLDKORN e BIELENKI. — *Revue de la Tuberculose*. Tome II. N.º 205. 1936.

Já passaram três anos sobre a data em que, num congresso realizado em Itália, Bazzano expôs os resultados obtidos na sua clínica de Milão com o tratamento do *ulcus* gastro-duodenal pelo benzoato de sódio injectado por via endovenosa, tendo posteriormente os AA. ensaiado a droga na tuberculose pulmonar, baseados na acção altamente cicatrizante preconizada pelo autor italiano, aproveitando tuberculosos com lesões fibrocaseosas e até mesmo portadores de cavernas. Nestes últimos as modificações clínicas consistiram unicamente na diminuição nítida e constante do volume de expectoração, uma ligeira melhoria do estado geral e, como prova objectiva, a discreta modificação na reacção de Biernacki, no sentido da melhoria. Pelo contrário, nalguns casos menos graves afirmam os AA. que os resultados foram prometedores, suportando os doentes o tratamento sem inconveniente algum, apontando na sua estatística sessenta casos, começando o tratamento pela dose de 5 cc. de solução a 20%, para, progressivamente, atingir a dose diária de 10 cc., a que, na maioria dos casos, se deve chegar na terceira ou quarta injeção, sem perigo para o doente, devendo a duração do tratamento depender da gravidade das lesões, bastando, nas formas recentes sem cavernas, trinta injeções, ao contrário do que se deve fazer nas formas cavitárias, em que, além de subir a dose até 15 cc., se deve também prolongar o tratamento durante dois meses.

Os AA. atribuem a existência dum pneumotropismo para o benzoato de sódio, uma vez introduzido por via endovenosa, afirmando que o êxito da terapêutica depende, acima de tudo, da criteriosa selecção dos doentes, sendo altamente beneficiados os casos recentes e mesmo os mais antigos, quando

sejam de tipo fibroso ou úlcero-fibroso, ao contrário da forma fibrocaseosa, em que os resultados são quasi nulos, observando-se somente uma vaga melhoria de alguns sintomas.

A tuberculose com expectoração muito abundante, afirmam os AA., é uma das indicações capitais do benzoato de sódio endovenoso, ao contrário das formas graves de tipo agudo e a tuberculose intestinal, em que nem sequer esta terapêutica deve ser tentada.

Os benefícios que foram observados por estes clínicos do Hospital de Czyste, em Varsóvia, levaram os AA. a ensaiar o benzoato nas pleurisias serofibrinosas, descrevendo alguns casos em que o êxito foi flagrante, necessitando, contudo, um maior número de observações.

BARREIROS SANTOS.

Resultados do tratamento da esquizofrenia pelo choque hipoglicémico.
(*Ergebnisse der Hypoglykämieschockbehandlung der Schizophrenie*), por K. DUSSIK e M. SAKEL. — *Zeitschrift f. d. g. Neurol. u. Psych.* 155 B. 3 H. 22 de Maio de 1936.

Nenhum campo da psiquiatria é mais ingrato do que o da terapêutica; principalmente pelo que diz respeito às psicoses constitucionais, como a esquizofrenia, é extremamente difícil formar um juízo seguro sobre o valor real dos inúmeros tratamentos propostos e recomendados pelos autores, numa profusão e confusão verdadeiramente «caóticas». Pondo já de parte as divergências do diagnóstico e a apreciação superficial das melhorias, passando em laro leves defeitos da personalidade ou sintomas dissimulados e ocultos, que permitem uma regular actividade social, pode mesmo a esquizofrenia aguda remitir espontaneamente, evoluir subrepticamente, etc., sem que em cada caso particular se possa fazer um exacto prognóstico e ainda menos ajuizar em que medida se podem atribuir as melhorias observadas ao tratamento empregado. Só observações «em massa», com grande número de doentes «não seleccionados», em comparação com um material não tratado, permitem resolver estas dificuldades.

O estudo presente só corresponde em parte a estes requisitos; os resultados obtidos em cento e quatro casos, dos quais cinquenta e oito iniciais e quarenta e seis antigos, são, no entanto, animadores, em comparação com a evolução espontânea habitual da doença; os AA. obtiveram, nos casos recentes, 88% de remissões, permitindo a actividade profissional; em 70,7% a remissão era total, clínica e social; nos casos antigos apenas 47,8% e 19,6%, respectivamente.

Como sempre, o resultado é tanto melhor quanto mais precoce é o tratamento; os casos de começo insidioso (hebefrénicos) são porém difíceis de apanhar numa fase favorável; importante parece ser o encurtamento de duração das fases agudas e de menor tendência para as recidivas. Muito interessantes são as observações psicopatológicas feitas durante o *shock* hipoglicémico; de começo há uma «reação inversa», com agravamento dos sintomas: ideas delirantes e sintomas psicomotores em especial; com a repetição pro-

gressiva dos acessos, atenua-se esta «reactivação» e o doente vai tomando uma atitude cada vez mais objectiva em relação às suas perturbações psicóticas, até que se consegue um juízo subjectivo sensato do seu carácter mórbido; a consciência do estado patológico anterior e a rectificação dos erros delirantes representam a medida dos efeitos do *shock* insulínico.

Demos já, numa referata anterior, um resumo da técnica do tratamento. Os perigos do *shock* hipoglicémico só podem ser evitados por uma observação contínua do enfêrmo; as doses de insulina variam em cada caso e é necessária uma grande experiência para obter estados hipoglicémicos acentuados, sem se arriscar demasiado; por estas razões não deve ainda hoje ser tentado o tratamento senão em clínicas especialmente adestradas.

BARAHONA FERNANDES.

O comportamento da glicemia no decurso do tratamento da esquizofrenia com grandes doses de insulina, por I. ROSE. — *Rocz. Psychjat.* H. 25. 1935. Ref. *Zent. f. Neur. u. Psych.* 80 B. H. 5/6. 1 de Junho de 1936.

O estado hipoglicémico provocado pela insulina começa sem apreciáveis diferenças individuais, quando a glicemia desce a 60 mgrs. $\%$; com 45 mgrs. já êste estado é acentuado, podendo ser então acompanhado de sonolência e de outros graves sintomas gerais; o *shock* propriamente dito desencadeia-se com glicemias entre 45 e 25 mgrs.; abaixo de 20 $\%$ torna-se a situação sempre extremamente perigosa. Na maioria dos casos é necessário fazer descer a glicemia abaixo de 45 mgrs. para obter sintomas acentuados e o efeito desejado.

A baixa da glicemia não é proporcional às doses de insulina; com 20-30 U. pode-se, no geral, obter um efeito igual a $\frac{2}{3}$ do efeito da dose máxima. As doses pequenas produzem o seu efeito máximo dentro de 1 a 2 $\frac{1}{2}$ horas; as doses que produzem *shock* provocam primeiro, adentro de $\frac{3}{4}$ a 1 hora, uma queda rápida da glicemia e, a seguir, uma descida mais lenta nas 1 $\frac{1}{2}$ a 2 horas seguintes. Quando a baixa de glicemia é rápida, bastam, no geral, doses pequenas (20-30 U.) para obter o efeito desejado.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a influenciabilidade terapêutica de um grupo de distímias ansioso-depressivas da idade avançada. (*Ueber die therapeutische Beeinflussbarkeit einer Gruppe von ängstlichdepressiven Verstimmungen des höheren Lebensalters*), por R. KRAEMER. — *Psychiatrisch-neurol. Wochenschrift.* N.º 2. 1936.

Na etiologia das depressões da velhice concorrem diversos factores em vária combinação, conforme os casos; entre êles contam-se a tendência constitucional e herdada para a sensibilidade, a involução endócrina do climatério, alterações vasculares arteriosclerosas e espásticas, perturbações metabólicas e outras ainda não precisamente determináveis.

Em dez doentes, nos quais predominavam os factores vasculares, obteve o A. bons resultados terapêuticos com o preparado *Allisatin* (Sandoz A. G.); êste devia ter actuado pelas suas acções hipotensora e desinfectante intestinal. Em casos de arteriosclerose cerebral, com estados ansioso-depressivos e mesmo em depressões senis, obteve também regulares efeitos sintomáticos com o mesmo medicamento.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre as particularidades da repartição do sangue nos vasos do córtex cerebral. (*Ueber die Eigentümlichkeiten der Blutverteilung in den Gefässen der Grosshirnrinde*), por M. MANDELSTAMM. — *Zeitschrift f. d. g. Neurol. u. Psych.* 155 B. 3 H. 22 de Maio de 1936.

A investigação sistemática da repartição sanguínea nos vasos do córtex, em duzentos casos, mostrou que as três camadas corticais superficiais são menos irrigadas do que as restantes profundas; a medula é também fracamente irrigada. Esta diferença mantém-se igualmente nos casos patológicos de hiperemia, e é devida menos a uma diferença na espessura e riqueza dos capilares do que a factores funcionais, em particular a resistência à circulação sanguínea, dependente do tónus capilar.

As anemias e hiperemias corticais não estão estreitamente dependentes das perturbações da circulação geral, mas sim têm uma certa independência em relação com factores locais. A hiperemia venosa ou mixta é muito freqüente no *status epilepticus*, na paralisia geral e nas psicoses com perturbações da consciência (confusões mentais, cômias); as anemias corticais eram muito freqüentes na esquizofrenia, qualquer que fôsse a causa da morte, e raras nas outras doenças acima mencionadas; apenas nos esquizofrênicos com colapso pré-mortal se encontrava congestão; parece, pois, haver uma estreita relação entre a repartição do sangue e certos processos cerebrais, principalmente quando se acompanham de alterações da consciência.

BARAHONA FERNANDES.

Investigações sobre a epilepsia. II. A barreira hemato-encefálica e o ataque convulsivo experimental. (*Untersuchungen über Epilepsie. II. Die Bluthirnschranke und der experimentelle Krampfanfall*), por M. PRADOS Y SUCH. *Archiv f. Psych. u. Nervenk.* 105 B. 1 H. 25 de Maio de 1936.

Quando se injectam determinadas substâncias corantes no organismo, estas fixam-se nos órgãos internos (sistema retículo-endotelial). Apenas o cérebro parecia fazer excepção; pesquisas recentes mostram que a barreira hematoencefálica não é permeável para o azul de tripan; o cérebro fica «branco de neve», apenas as meninges e os plexus coroideus se coram; a substância corante é retida pelas células histiocitárias dos vasos.

O A. mostrou que o ataque convulsivo modifica a permeabilidade vascular, permitindo a difusão do corante no tecido nervoso. Produzindo ataques pela injeccção repetida de cânfora mono-bromada, ao mesmo tempo que

injectava a substância corante, conseguiu o A., pela primeira vez, encontrar o encéfalo dos animais de experiência intensa e difusamente corado de azul. O exame microscópico do tecido nervoso mostrou que o corante se encontra principalmente nos capilares e nas suas paredes e somente no seio das células quando estas se encontram lesadas (principalmente as células de Purkinje do cerebelo). Não há uma simples difusão do corante por eventuais rupturas vasculares, mas sim impregnação difusa, ainda que com acentuações locais, resultante do aumento da permeabilidade das paredes vasculares.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre as relações entre a demência precoce e a tuberculose. (*Sur les relations entre la demence precoce et la tuberculose*), por A. BECK. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*. Vol. CXX. Pág. 311. 1935.

Em repetidos ensaios de inoculação com sangue, líquido céfalo-raquidiano e encéfalo de dementes precoces não pôde o A. encontrar uma prova para a tese das relações etiológicas entre esta doença mental e a tuberculose; as suas pesquisas, num total de duzentos e cinco cobaios, confirmam, assim, a opinião geral sobre este problema, em concordância com os ensaios do Ref. aqui publicada em 1934.

BARAHONA FERNANDES.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, por EGAS MONIZ. — Masson & C^o, éditeurs. Paris, 1936. Um volume de 248 págs. e 39 figs. 40 frs.

Damos, em seguida, a transcrição do índice:

Introdução.

Considerações gerais.

Os lobos frontais e a vida psíquica.

As funções dos lobos frontais perante os factos experimentais e clínicos.

A vida psíquica normal.

A vida psíquica nos alienados.

Tentativas operatórias.

Inconvenientes e vantagens.

Observação I. — Melancolia involutiva ansiosa e paranóide com três anos e meio de evolução. Cura clínica.

Observação II. — Psicose ansiosa de involução. Síndrome de Cottard. Desaparecimento da agitação. Grande atenuação da ansiedade. Melhoras da conduta geral.

Observação III. — Parafrenia sistemática. Curta fase de melhoria do estado do doente. Retorno ao estado anterior.

Observação IV. — Parafrenia expansiva e confabulatória. Melhoria da agitação psicomotora durante um mês. Regressão progressiva ao estado anterior.

Observação V. — Esquizofrenia de forma catatónica. Melhoria da agitação psicomotora.

Observação VI. — Esquizofrenia paranóide. Provável perda de ressonância affectiva das ideas delirantes. Pouco mais ou menos no mesmo estado.

Observação VII. — Nevrose de angústia. Preocupações hipocondríacas. Desaparecimento da ansiedade.

Observação VIII. — Melancolia ansiosa. Desaparecimento da ansiedade.

Observação IX. — Melancolia ansiosa. Cura clínica.

Observação X. — Nevrose de angústia. A ansiedade desapareceu. Algumas das suas preocupações continuaram.

Observação XI. — Esquizofrenia. Iniciação maníaca. A excitação maníaca desapareceu um mês depois da operação.

Observação XII. — Nevrose de angústia sôbre a base duma cardiopatia.
Cura clínica.

Observação XIII. — Mania atípica da idade involutiva com aspectos paranóides. Muito melhorada (quási curada).

Observação XIV. — Melancolia ansiosa. Cura clínica.

Observação XV. — Melancolia ansiosa. Cura clínica.

Observação XVI. — Esquizofrenia. Grande agitação motora. Melhoria da agitação.

Observação XVII. — Mania (psicose maniaco-depressiva). Cura clínica.

Observação XVIII. — Esquizofrenia alucinatória e paranóide. Excitação psicomotora. Pouco mais ou menos o mesmo estado depois da operação.

Observação XIX. — Melancolia ansiosa. Cura clínica.

Observação XX. — Mania aguda. Sem resultado imediato.

Técnica operatória.

Resultados.

Os resultados obtidos e as nossas concepções teóricas.

Sintomas do lobo prefrontal.

Sobre el diagnostico de la sífilis en una gota de plasma, por JOSÉ BASNUEVO, VICENTE ANIDO e RENZO SUTTER.

Evolution de l'hydrologie scientifique au Portugal, por ARMANDO NARCISO. — Separata de *Clinica, Higiene e Hidrologia*. N.º 2. Lisboa. 1936.

L'esthétique mammaire à travers l'histoire, por CLAUQUÉ et I. BERNARD. — Paris. 1930.

Catálogo-dicionário das teses inaugurais defendidas perante a Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo (1919-1935), por J. MAIA. — S. Paulo. 1935.

Dietetic therapy for migraine, por EUGENE FOLDES. — Separata de *The Trained Nurse and Hospital Review*. Vol. LXIV. N.º 4. Nova-York. 1935.

Agua de Inglaterra, por AUGUSTO DE ESAGUY. — Separata de *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*. Vol. IV. N.º 5. Maio de 1936

La pathogénie de la luxation congénitale de la hanche, por BARBOZA VIANNA. — Rio de Janeiro. 1935.

Pie plano, exóstosis d l calcáneo reumatismo estático, por GUIDO COSTA BERTANI. — Separata de *La Semana Médica*. N.º 3. Buenos Aires. 1936.

Gases de guerra, clínica, lesões e sintomas, por ARMANDO NARCISO. — Separata *Clinica, Higiene e Hidrologia*. Lisboa. 1935.

Deuxième congrès annuel des médecins électroradiologistes de langue française (compte rendus). Bruxelas. 1935.

Tuberkulose und vakzination baziloze bazilin, por A. K. BOSMAN e Ir. J. POHLMANN. Leiden. 1936.

The influence of acid and base food on the production of gastric and duodenal juices, por EUGENE FOLDES, M. D. — Separata de *The Review of Gastroenterology*. Vol. 2. N.º 3. Nova-York. 1935.

A new concept of meniere's disease and its response to anti-retentional therapy, por EUGENE FOLDES, M. D. — Separata de *American Journal of Digestive Diseases and Nutrition*. Vol. 11. N.º 4. Nova-York.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Academia das Ciências de Lisboa

No dia 2 de Julho reuniu-se a classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa.

O Prof. Egas Moniz apresentou uma comunicação sobre «Angiografia e lesões vasculares do cérebro. Direitos de prioridade». O conferente ofereceu ainda à Academia o seu último livro sobre «Tentativas de tratamento cirúrgico de algumas psicoses» e o «Relatório sobre o método rádio-diagnóstico da circulação cerebral», de que foi encarregado pela Sociedade de Neurologia de Paris, apresentado na última Reunião Internacional de Neurologia.

*
*

Instituto de Medicina Tropical

Nomeou-se uma comissão presidida pelo Prof. José António de Magalhães, director do Instituto de Medicina Tropical, para organizar o regulamento deste Instituto, recentemente criado.

*
*

Instituto Português de Oncologia

O Prof. Amorim Ferreira, que dirige a secção de física do Instituto de Oncologia, realizou, para o pessoal médico daquele estabelecimento, uma série de conferências sobre «Física das radiações».

Associação Portuguesa de Urologia

No dia 6 de Julho encerrou-se o ano académico na Associação Portuguesa de Urologia.

Foram apresentadas as seguintes comunicações :

«Calculose uretro-vesical», pelo Dr. Luciano Ravara Alves.

«Um caso de uretero duplo», pelo Dr. Matos Ferreira.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na sessão do dia 18 de Junho, da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, apresentaram-se as seguintes comunicações :

«Um caso de dois caninos inclusos do maxilar superior», pelo Dr. Pereira Varela.

«Um caso de osteomielite de toda a mandíbula», pelo Dr. Tiago Marques.

«Apresentação de filmes radiográficos dentários», pelo Dr. Tiago Marques.

«Síndromas dolorosos do maxilar superior», pelo Dr. Ferreira da Costa.

Concursos

Abriam-se concursos, pelo prazo de trinta dias, para provimento de um lugar de médico director da segunda enfermaria do Hospital da Misericórdia de Ponta Delgada e de facultativo municipal de Ferreira do Zézere, com sede em Areias.

Luta contra a tuberculose

Foi inaugurado solenemente o Dispensário Anti-tuberculoso de Sangalhos, com a assistência de várias individualidades oficiais.

Conferências

O Dr. Maurício Gondin, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, médico cirurgião da Beneficência Portuguesa, realizou, na Maternidade Alfredo da Costa, uma conferência sôbre o seu método pessoal de esterilização das salas de operações.

— No edificio da Companhia Portuguesa dos Caminhos de Ferro, o Dr. Craveiro Lopes realizou uma conferência intitulada «Higiene Social».

— O Dr. Augusto de Esaguy pronunciou, na Emissora Nacional, uma palestra com o título «Cuidado com as varizes!».

— O Dr. Luiz Guerreiro falou, no Sindicato Nacional dos Empregados das Companhias de Seguros, sôbre «Desastres no trabalho».

— Por iniciativa da Liga Portuguesa de Profilaxia Social realizou, no Pôrto, o Dr. Armando Narciso uma conferência sôbre «A medicina social nas termas».



Nomeações

O Dr. Luiz Figueira foi nomeado comissário adjunto da «Mocidade Portuguesa» e, como tal, partirá para Berlim, dentro em pouco, a-fim-de representar o país no Congresso de Medicina Desportiva.

— Foi convidado para desempenhar o cargo de assistente do Prof. Tudor Edwards, no Hospital de Brompton, em Londres, o Dr. Joaquim Nunes de Almeida.



Homenagem

O pessoal da Maternidade Dr. Magalhães Coutinho prestou homenagem ao Dr. Joaquim Fontes, por motivo da sua aprovação no concurso ao título de professor agregado de obstetrícia da Faculdade de Medicina.



Reunião de curso

O curso médico de 1918 da Universidade de Coimbra, reuniu-se no dia 27 de Junho, na Quinta de S. Francisco, em Vila da Rua (Beira Alta).



Visitas de estudo

O Dr. Carlos Alberto dos Prazeres, director de serviço clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, de fazer visitas de estudo, durante quarenta e cinco dias, a hospitais e serviços de isolamento de doenças infecto-contagiosas em Espanha, França, Alemanha, Áustria, Hungria, Iugoslávia e Itália.

Necrologia

Faleceram : no Pôrto, o Dr. Tiago de Almeida, professor jubilado da Faculdade de Medicina daquela cidade, e, em Faro, o Dr. António Francisco Paula Mendonça, médico municipal.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardeche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

CRISTOLAX

LAXO-DIGESTIVO

Extracto de malte Wander cristalizado | a a
Parafina pura

O CRISTOLAX dá melhores resultados que todos os outros productos nos casos de constipação agúda e crónica. Em Inglaterra este medicamento aboliu os metodos em vigor antes da instituição do tratamento pela parafina.

O CRISTOLAX lubrifica inteiramente o intestino e permite-lhe assim recuperar a sua actividade normal, enquanto que os laxativos habituais o enfraquecem cada vez mais.

O CRISTOLAX não esgota como os outros laxativos. Graças ao seu conteúdo em extracto de malte possui uma acção fortificante.

O CRISTOLAX é o laxativo

dos bebés
das senhoras
das pessoas idosas
dos operados
e para todos os casos crónicos

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2° — LISBOA

amostras e literatura gratis



Sala

Est.

Tab

N.º