

COIMBRA MÉDICA

ANO I

JULHO DE 1934

N.º 7

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

SUMÁRIO

	Pág.
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS ACÊRCADO DIVERTÍCULO DE MECKEL SOB O PRETEXTO DUMA OBSERVAÇÃO PESSOAL — Alberto Costa	391
GRANÚLIA FRIA — TUBERCULOSE PULMONAR CRÓNICA MICRO-NODULAR — Lúcio de Almeida	432
POEIRA DOS ARQUIVOS — UM PREGÃO EM 1549, Á PORTA DO HOSPITAL — A. da Rocha Brito	464
APONTAMENTO — RUBOR, TUMOR, CALOR, DOLOR — A. P.	466
NOTAS CLÍNICAS — SÔBRE A DOENÇA DE PARKINSON — Francisco T. Simões de Car- valho	469
LIVROS & REVISTAS	472
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES. . . .	LVII

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

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

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessoa

António Meliço Silvestre

Augusto Vaz Serra

José Bacalhau

José Correia de Oliveira

Lúcio de Almeida

Luiz Raposo

Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

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

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Õilina "LUX.,

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

Neurogenina "LUX., granulada, elixir e empoas.

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

Peçam amostras os Ex.^{mos} Clínicos

Laboratórios "LUX., — COIMBRA

ÁGUA DA CURIA

A água da Curia, tomada internamente, não exerce apenas uma acção lixiviante ou d'arraste dos produtos de intoxicação.

Estudos recentes reconheceram na água da Curia um poder **zimoténico**, estimulante da actividade fermentativa, e uma **acção flatíca** de defeza contra todos os venenos endogenos e exogenos (Congresso de Hidrologia de Lisboa).

E, pelo seu **ião cálcio**, (Vittel, cálcio 0,29 por litro-Curia, cálcio 0,55 por litro), é um poderoso agente de mobilisação do ácido urico tissular, devido à combinação **uro-cálcica**, que se forma no organismo (Inst. d'Hyd. de Paris, Prof. Degres).

Laboratórios da Farmácia Pereira

COIMBRA

O FORXINOL

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

É um produto que se impõe pelos seus optimos efeitos.

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

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



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

VENDEM-SE EM TODAS AS FARMÁCIAS

Laboratórios "Azevedos,,"

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

Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

LISBOA

LACTOSAN *caldo de cultura comprimidos*

Fermentos lácticos (*Bacillus Bulgaricus*) em culturas absolutamente frescas e activas.

Enterites, Auto-intoxicação, Febre tifoide, Fermentações intestinais, Prisão de ventre, Enterocolite muco-membranosa, Desenteria bacilar e amebiana.

FOSFOSAN *granulado*

Extracto de kola recente e fósforo orgânico, assimilável, paladar agradável.

Reparador da célula nervosa. Indispensável na neurastenia, fadiga cerebral. Tónico cardíaco e na convalescença das doenças infecciosas, etc.

VITAGENO *elixir e granulado*

Reconstituente dinamogénico. Especifico das doenças de nutrição.

Compensador das trocas orgânicas e da desassimilação intensa. Tónico e eupéptico.

Fósforo vegetal e arsénio orgânico atóxico.

Combinações racionais de sabor agradabilíssimo.

VITAGENO *injectável*

Tónico e reconstituente de composição **fosfo cacodil-estriena-da.**

Empolas de 2 c. c. para injeccção hipodérmica indolor.

Poderoso excitante da nutrição.

Fraqueza geral, neurastenia, adinamia, Diabetes, Tuberculose, convalescências, anemia, etc.

ANAFILARSAN *comprimidos empolas de 10 c. c. 10%*

Medicação anti-anafilática pelo Hiposulfito de magnesia, Urticaria, eczema, prurido, asma, etc.

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

FARMÁCIAS

AZEVEDO, IRMÃO & VEIGA
24, Rua do Mundo. 42

AZEVEDO, FILHOS
31, Praça D. Pedro IV, 32

Director técnico : Thebar d'Oliveira

Farmaceutico pela Universidade de Coimbra

SERVIÇO DE CLÍNICA OBSTÉTRICA

(Director: Prof. Dr. Novais e Sousa)



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS ACÊRCA DO DIVERTÍCULO DE MECKEL SOB O PRETEXTO DUMA OBSERVAÇÃO PESSOAL

POR

ALBERTO COSTA

Assistente da Faculdade de Medicina

A confissão voluntária foi sempre, à face dos códigos, atenuante da culpa, por isso, em síntese, eu conglabei no título que dei ao assunto que vou tratar, a censura do meu desplante e o *penitet me* da minha confissão.

Um caso observado na Clínica Dr. Daniel de Matos, de hérnia umbilical estrangulada do período embrionário, com fistula de Meckel, num recém-nascido, serviu-me de pretexto à rusga de determinada bibliografia e, agora, como o assunto se presta a meia dúzia de considerações clínicas ainda pouco repetidas, lembrei-me que viria talvez a propósito um estudo de conjunto sobre a patologia do divertículo de Meckel, dizendo respeito a algumas noções que as exigências da clínica moderna obrigam a conhecer e que se encontram por enquanto ainda dispersas, mal começando os tratados clássicos a esboçar-lhes referência nas modernas edições.

*

Na evolução ontogénica do embrião humano, a cavidade êntero-vitelina primitiva, que a endoderme limita, diferencia-se, ao formar-se a parede ventral, numa porção intra-embrionária e outra extra-embrionária.

A primeira irá constituir o intestino primitivo, a segunda dará lugar à vesícula umbilical ou saco vitelino, uma e outra unidas entre si pelo canal vitelino ou ônfalo-mesentérico.

Isto passa-se nas primeiras semanas de vida embrionária; depois, vesícula umbilical e canal vitelino são votados a uma rápida regressão, de tal forma que, ao 60.º dia de gestação, já do canal não restam vestígios; pouco depois os vasos ônfalo-mesentéricos desaparecem também (4) (*) e, ao nascimento, mal podem distinguir-se restos da vesícula atrofiada, incorporados na espessura do cordão (72).

Ora, nem sempre o canal êntero-vitelino desaparece sem deixar vestígios e, num certo número de casos, calculado aproximadamente em 1,5 a 2 0/0, a regressão ou quasi não se faz, — notando-se uma comunicação directa do intestino com o umbigo, podendo até pender, restos da formação embrionária, fora da parede abdominal — ou faz-se então duma maneira defeituosa. Daí a permanência dum divertículo, ou coisa que o valha, (cordão fibroso, persistência dos vasos ônfalo-mesentéricos, etc.) testemunhando uma paragem na evolução retrógrada.

É o divertículo de Meckel, que em cêrca de 2 0/0 dos casos se encontra pendente do bôrdo convexo do ileon, a maior parte das vezes inserido sôbre a face lateral esquerda do intestino (31).

Se bem que, já no século xvii, vários autores tivessem reconhecido a existência do *divertículo ileal*, (Riolan, Lavater, Ruysch) foi João Frederico Meckel que, em 1812, estudou cuidadosamente os divertículos do íleon, fazendo notar a sua importância patológica e o seu significado morfológico (72).

Ficou assim desmanchado o conceito que por muito tempo levou a supor o *apêndice ileo-cecal*, como um vestígio do canal ônfalo-mesentérico, permanecendo normalmente como testemunha de determinada fase embriológica e, assim, Cruveilhier (19) já refere, como os tratadistas posteriores a Meckel, que a comunicação da vesícula umbilical com o intestino (*sic*), não se faz no ponto onde se encontra implantado o apêndice vermicular «comme on l'avait cru d'abord».

Meckel dividiu os divertículos intestinais em falsos e verda-

(*) Os números entre parêntesis representam chamadas à nota bibliográfica.

deiros, noção primária fundamental para a sua classificação anátomo patológica; — os falsos são adquiridos e, na constituição das suas paredes, não se encontram as três túnicas do tubo intestinal.

São em regra as fibras musculares que faltam, podendo portanto considerar-se êstes divertículos, como uma hernia das outras camadas histológicas, através duma porção ausente da musculosa. Esta espécie de divertículos não interessa ao nosso trabalho. Podem ser vários e ter localizações diversas.

Os divertículos verdadeiros, um só para cada indivíduo, reproduzem na sua parede a histologia intestinal (*), possuindo as três túnicas habituais do intestino e tendo paredes de espessura idêntica à dêste órgão. Meckel considerava o seu divertículo como sempre livre na cavidade abdominal, o que hoje traduz uma doutrina errônea.

Cazin (11), em 1862, distinguia, duas formas anátomo-patológicas, o divertículo íleo-umbilical e o divertículo ileal, que, afinal, não marcam senão momentos diferentes da paragem na evolução retrógrada.

Auguier (2), em 1885, estudando os divertículos do intestino em diversos animais, encontrou-os no cão, no coelho, na lebre e no gato doméstico. Diz que as aves possuem igualmente um ou dois divertículos do intestino e, assim, considera a sua reprodução no homem como uma herança ancestral, confirmando esta opinião, o facto da sua ausência no estado normal.

O Professor Geraldino Brites (31), a quem devemos a mais documentada monografia em português sôbre *divertículos do tubo digestivo*, estudando 82 casos inéditos, afirma que o divertículo de Meckel é de todos o mais vulgar (61%). Faz ainda notar que, ao nível da sua implantação sôbre o íleon, há dobradura da ansa intestinal, ou brusca modificação de calibre, ou uma e outra coisa simultâneamente.

O comprimento do divertículo e a sua sede de implantação, variam entre números extremos demasiado afastados, únicos que indicaremos, pois todos os valores intermédios têm sido registados. Quanto à sua implantação, Herewsky encontrou o diverti-

(*) ... se fizermos abstracção de certas ilhotas de tecido gástrico e pancreático que aqui aparecem com localização ectópica

culo de Meckel junto da válvula de Bauhin, e Rolleston a 3^m à quem do cecum; quanto ao comprimento, oscila entre 0,7^{cm} (29—Caso LXXI) e 90^{cm} (caso de Pollard), dando Forgue & Riche como média 8 a 10^{cm} (26).

Estes últimos 3^m do jejuno-íleon, devem pois considerar-se sob o ponto de vista anátomo-patológico, como sob o ponto de vista cirúrgico, a *zona de Meckel* de Wallenstein e Taruffi. São êsses 3^m de intestino delgado, a partir da válvula íleo-cecal, que devem ser explorados quando, uma vez feita a laparotomia, não achamos confirmado o diagnóstico proposto, (apendicite o maior número de vezes).

Móvel como é o jejuno-íleon, longa como é a *zona de Meckel*, não podemos dizer como para o apêndice vermicular, que a projecção do divertículo se faz em tal ponto da parede do ventre e a dôr nele originada tem tal localização. Não obstante, é a região umbilical e a fossa ilíaca direita, que êle escolhe em regra para domicílio. Umaz vezes depara-se à vista mal se levanta o avental epiplóico (31) mas, outras tantas, é necessário passar pelos dedos, como as contas dum rosário, a zona intestinal acima referida.

Todos os autores são unânimes em concordar que, a percentagem de 2% attribuída à persistência do divertículo de Meckel peca muito por defeito, pois que numerosas crianças não entram nas estatísticas, porque pagaram tributo mortal às afecções diverticulares. Fritz Reginald, citado por Testut (80), supõe que 6% do número global de oclusões intestinais, são devidas a êste vício de regressão do canal vitelino. Assim, os achados de autópsia, colhidos em geral em cadáveres de adultos, falseiam por defeito as estatísticas.

Passando nós em revista 60 casos dos mais documentados, entre os muitos que se encontram descritos na literatura contemporânea e cujo diagnóstico o maior número de vezes, se fez apenas na sala de operações ou na mesa de autópsias, encontramos-os repartidos da seguinte forma pelas diferentes idades:

0 — 1 ano	— 9 casos
2 — 5 anos	— 5 »
6 — 10 »	— 10 »
0 — 10 »	— 24 »

logo :

11 — 20 anos	— 14 casos
21 — 30 »	— 4 »
31 — 40 »	— 1 »
41 — 50 »	— 6 »
51 — 60 »	— 3 »
61 — 70 »	— 3 »
71 — 80 »	— 1 »
Idade ignorada	— 4 »

Daqui se deduz que a percentagem é máxima nos primeiros 10 anos de vida e, dentro dêste período, é ainda no decurso do primeiro ano, que maior número de casos se regista. A percentagem, ainda grande dos 10 aos 20 anos, decresce depois disso, tornando-se mais ou menos estacionária. O sexo masculino é que fornece o maior número, para não dizer a quási totalidade dos exemplares.

Anomalias de regressão

Forgue & Riche (26), classificaram esquematicamente as anomalias de regressão do canal vitelino, documentados em 650 observações. Normalmente, a obliteração lenta do conduto ônfalo-mesentérico, concluída do 50º ao 60º dia de vida embrionária, faz-se por um processo de regressão, que pára precisamente no ponto onde o referido conduto desemboca no íleon. Assim, as anomalias ou preversões, podem traduzir um *excesso* ou um *defeito* de regressão. Neste último caso, a involução será

- incompleta:**
- a) Com persistência de conexões entre o intestino e o umbigo traduzindo-se: ou por um divertículo aberto no umbigo (fístula de Meckel); ou por um divertículo em dedo de luva, aderente ao umbigo; ou ainda, por um cordão fibroso ou vascularizado, atestando por vezes a persistência dos vasos ônfalo-mesentéricos;
 - b) Com persistência apenas do canal vitelino, formando um divertículo em dedo de luva, de extremidade livre ou secundariamente fixa;
 - c) Com ausência de divertículo e persistência apenas da parte umbilical do canal vitelino, constituindo inclusões embrionárias, que podem ser a sede de quistos e tumores residuais.

Pode a involução não parar ao nível do intestino, e progredir para além do ponto onde o canal vitelino termina no ileon. Diz-se então que a involução foi

excessiva: d) Ocasionalmente estenose ou atresia intestinal (37), coexistindo ou não com divertículo de Meckel.

Patologia do divertículo de Meckel

¿ Será, de facto, de alguma importância clínica o conhecimento da patologia das formações vestigiárias do sistema vitelino?

¿ Valerá a pena demorarmo-nos um instante falando do divertículo de Meckel?

A sua situação numa zona extremamente móvel do intestino, as suas dimensões, calibre e comprimento, por vezes consideráveis, as suas conexões frequentes com o umbigo — espécie de brida ileo-parietal —, o calibre diferente que a ansa intestinal sobre a qual se implanta usa apresentar a montante e a jusante da inserção diverticular (31) e, mais ainda, a constituição anómala da sua mucosa, enriquecem a patologia deste órgão, de tal forma que, se elle fôsse normal como o apêndice vermicular, a sua importância clínica dominaria a patologia cirúrgica. Assim, a patologia do divertículo de Meckel torna-se vasta e, por isso, nos lembrou que não seria de mais recordar alguns conceitos clínicos ainda não banalizados, pois sobre este capítulo têm ficado mudos até há pouco os tratados de Patologia Cirúrgica, se bem que as observações, comunicações a sociedades científicas, artigos originaes, monografias, teses, abundem na literatura médica de todos os países.

Entre nós, além do Professor Geraldino Brites (31), têm publicado observações pessoais, seguidas de considerações clínicas ou anatómicas, os Professores Pires de Lima (71-72), Salazar de Sousa (76), Roberto Frias (29), Eurico Franco (27) e drs. Júlio Franchini (28), M. Lourenço (51) e porventura qualquer outro de que não tenhamos conhecimento.

No quadro que a seguir apresentamos, damos nota dos 60 casos que respigámos entre a bibliografia consultada, escolhidos por assim dizer ao acaso, rejeitando apenas os que por falta de documentação

não nos serviam. O divertículo era responsável por causas diversas, a saber:

Diverticulites	5 vezes
Úlcera péptica, simples ou perfurada . .	10 »
Oclusões (volvulus, invaginações, estrangulamentos, curvaturas anormais) . .	19 »
Neoplasmas	7 »
Hérnias não estranguladas	3 »
Hérnias estranguladas	4 »
Fístulas umbilicais	5 »
Outras causas	7 »
	<hr/>
	60

Vinte dêstes casos terminaram pela morte (33%), alguns dêles antes que o bisturi do cirurgião tivesse tentado um salvador recurso. Todos os outros fôram sucessos operatórios (66%) que evitaram complicações gravíssimas e quiçá roubaram à morte outros tantos doentes.

*

Falando da patologia do divertículo de Meckel, analisaremos sucessiva e resumidamente:

- a) Diverticulites e corpos estranhos;
- b) Úlcera péptica meckeliana;
- c) As diferentes formas de oclusão por divertículo;
- d) Neoplasmas diverticulares;
- e) Hérnias diverticulares;
- f) Outras afecções raras do divertículo de Meckel;
- g) Fístulas umbilicais diverticulares.

Entretanto, resumiremos no quadro seguinte as observações a que nos reportamos.

N.º de ordem	Autor	Referência bibliográfica	Anos de idade	Diagnóstico clínico	Diagnóstico corrigido	Terapêutica operatória	Resultado
1	Salazar de Souza	51	8	Apendicite aguda	Diverticulite e apendicite	Diverticulectomia e apendicectomia	Cura
2	Antunes dos Santos	51	22	Apendicite crónica	Diverticulite e apendicite	Diverticulectomia e apendicectomia	Cura
3	Hallopeau & Oberthur	40	9 1/2	Oclusão post-operatória, ao 4.º dia duma apendicectomia	Diverticulite com peridiverticulite	Diverticulectomia	Cura
4	Pascual & Pujol	69	12	Ocl. intestinal aguda	Diverticulite gangrenosa; abcesso peridiverticular	Ressecção intestinal com êntero-anastomose	Faleceu
5	Rochet & Martin	74	18 meses	Invaginação com peritonite	Necrose e perfuração do divertículo	Ressecção intestinal com êntero-anastomose	Faleceu
6	Mathews	54	8	Abcesso pélvico à direita	Perfuração do divertículo	Diverticulectomia e drenagem	Cura
7	Chenut	12	22	Oclusão aguda post-operatória	Perfuração do divertículo e necrose	Ânus contra-natura com exteriorização da ansa necrosada	Cura
8	Vernéjoul	82	4	¿Perfuração apendicular?	Úlcera péptica meckeliana perfurada	Ressecção intestinal e drenagem	Cura

9	Mason & Graham	53	9	Melêna grave	Úlcera péptica diverticular	Diverticulectomia	Cura
10	M. Keen	55	53	Úlcera duodenal	Úlcera meckeliana perforada, com divertículo aderente no ponto da perfuração	Diverticulectomia	Cura
11	Robert Debré	73	17 meses	Melêna e perturbações digestivas sub-agudas	Úlcera meckeliana perforada com fistula diverticulo-cólica (Diagnóstico necróptico)	Não foi operado	Faleceu
12	Jackson	44	10	Melênas abundantes e repetidas	Úlcera crateriforme do divert. de Meckel	Diverticulectomia	Cura
13	Guibal	36	14	Melênas de repetição	Úlcera calosa do diverticulo de Meckel	Ressecção intestinal com êntero-anastomose	Cura
14	Hallopeau & Humbert	30	11 meses	Invaginação intestinal	Úlcera péptica diverticular perforada com peritonite generalizada	Lavagem do peritoneu com éter e drenagem	Faleceu
15	Mégevaud & Dunant	56	33	Melênas periódicas	Úlcera péptica meckeliana	Diverticulectomia	Cura
16	Coley	14	20	¿ Appendicite? Peritonite tub.? ¿ Tumor do cecum?	Tuberculose do apêndice e diverticulo	Appendicectomia e diverticulectomia	Cura
17	J. Pais de Vasconcelos	51	?	Febre tifoide com perfuração intestinal; peritonite	Úlcera perforada do diverticulo de Meckel. Tifo confirmado	Diverticulectomia	Faleceu

N.º de ordem	Autor	Referência bibliográfica	Anos de idade	Diagnóstico clínico	Diagnóstico corrigido	Terapêutica operatória	Resultado
18	Mathews	54	5	Tuberculose cecal com fistula estercoral	Idem e permanência do divertículo de Meckel	Ressecção do cecum e diverticulectomia	Faleceu
19	Chosson	13	?	Gravidez extra-uterina com rotura tubar	Coexistência de divertículo de Meckel	Diverticulectomia num 2.º tempo	Cura
20	Delannoy & Raramont	20	?	Quisto do ovário	Coexistência de divertículo de Meckel	Diverticulectomia	Cura
21	Fontaine & Bauer	24	19	Corpo estranho (alfinete) que ao exame radiológico não projete no intestino	Alfinete retido no divertículo de Meckel, a ponta perfurando a parede	Ressecção do divertículo com o corpo estranho	Cura
22	Gilruth	32	16	Trauma abdominal com fenómenos peritonéais	Esfacêlo parcial do divertículo de Meckel	Diverticulectomia	Cura
23	Mathews	54	9	Melêna, ventralgia e tumor à direita do umbigo	Volvulus do delgado ao nível da implantação dum divertículo	Destorsão e ablação do divertículo	Faleceu
24	"	54	30	—	Invaginação divertículo-ileal, seguida de invaginação ileo-cecal	Redução da porção invaginada; rotura do ileon; ressecção intestinal	Faleceu

25	Groes	18	18	Oclusão intestinal	Volvulus do delgado; diverticulo de Meckel aderente ao umbigo	—	Faleceu
26	Bettmann & Blum	5	10	¿ Invaginação? ¿ Apendicite?	Persistência do diverticulo de Meckel; coprostase diverticular e supra-diverticular	Expressão das massas fecais para o cecum	Cura
27	Villard & Santy	83	20	Apendicite aguda	Estrangulamento da ansa ileal pelo diverticulo de Meckel	—	Faleceu
28	Pepi	70	9	Apendicite aguda com peritonite difusa	Diverticulo de Meckel com torção de 360° e necrose	Ressecção intestinal e êntero-anastomose	Cura
29	Bianchetti	6	12	Oclusão intestinal; morte ao 5.º dia	Repuxamento da ansa ileal por diverticulo aderente ao umbigo	Não chegou a ser operado	Faleceu
30	Maisto	52	8	Oclusão intestinal	Torsão e invaginação do diverticulo	—	Faleceu
31	Mica	57	51	Oclusão intestinal grave	Oclusão por diverticulo de Meckel aderente ao duodeno	Diverticulectomia	Cura
32	Pascual & Pujol	69	16	Oclusão intestinal	Idem, com persistência do diverticulo de Meckel	Secção duma brida e ressecção do diverticulo	Cura
33	Olarin & Grigoresco	65	46	Oclusão intestinal	Estrangulamento ileal por diverticulo	Diverticulectomia	Cura

N.º de ordem	Autor	Referência bibliográfica	Anos de idade	Diagnóstico clínico	Diagnóstico corrigido	Terapêutica operatória	Resultado
34	Greysel & Armanet	16	13	Oclusão intestinal aguda	Oclusão por divertículo de Meckel aderente ao umbigo	—	Faleceu
35	Autefage	3	3	Oclusão intestinal aguda	Divertículo em vias de esfacção, cheio de líquido e determinado pelo seu peso curvatura anormal da ansa	Ressecção	Cura
36	Hans Muller	41	12	Apendicite aguda	Estrangulamento intestinal por divertículo de Meckel, com necrose e perfuração da ansa. Autópsia	Laparotomia exploradora infrufifera. Drenagem	Faleceu
37	Gabay	30	21	Oclusão intestinal aguda	Torsão do divertículo de Meckel e duma ansa intestinal	—	Faleceu
38	Fontana	25	18	Oclusão intestinal alta	Divertículo de Meckel donde parte uma brida que estrangula em anel a ansa intestinal	Ressecção do divertículo e da brida	Cura

		64	8 meses	Invaginação intestinal	Invaginação divertículo-ileal	—	Faleceu
39	Nicolas L. Bloise	64	8 meses	Invaginação intestinal	Invaginação do ileon, com ponto de partida junto do divertículo de Meckel	Ressecção intestinal com êntero-anastomose	Cura
40	Von & Ken	85	62	Invaginação intestinal aguda	Estrangulamento ileal por divertículo de Meckel aderente à parede	1. ^a — Op. Ressecção do divertículo e conservação da ansa; 2. ^a Op. — Ânus contra natura por oclusão post-operatória	Cura
41	J Franchini	28	14	¿ Oclusão intestinal? ¿ Perfuração apendicular?	Leiomioma maligno do divertículo de Meckel	Ablação com sutura intestinal	Recidiva
42	Mathews	54	44	?	Adenocarcinoma do divertículo de Meckel	Ressecção intestinal com êntero-anastomose	Cura
43	Michael & Bell	39	67	Oclusão intestinal sub-aguda	Carcinoma medular do divertículo de Meckel	Laparotomia exploradora	Faleceu
44	Wiseley	87	41	?	Neoplasma supurado do divertículo de Meckel	Ressecção intestinal de 40cm. e êntero-anastomose com botão. Drenagem	Cura
45	Allain, Conti & Astruc	1	41	?	Fibrosarcoma do divertículo de Meckel (diagnóstico necróptico)	Laparotomia exploradora	Faleceu
46	Björkstén	8	49	Melêna de causa ignorada			

N.º de ordem	Autor	Referência bibliográfica	Anos de idade	Diagnóstico clínico	Diagnóstico corrigido	Terapêutica operatória	Resultado
47	Kaspar	46	15	Apendicite?	Invaginação provocada por angioma cavernoso do divertículo	Ressecção intestinal com êntero-anastomose	Cura
48	Crile & Portmann	17	41	Oclusão intestinal	Sarcoma fuso-celular do divertículo	Extirpação	Cura
49	G. Bianchi	7	8	Hérnia inguinal	Divertículo aderente ao saco	Diverticulectomia e cura da hérnia	Cura
50	»	7	5	Hérnia umbilical reductível; (até aos 2 meses de idade fistula umbilical)	Divertículo de Meckel aderente ao saco	Diverticulectomia e cura radical da hérnia	Cura
51	Mathews	54	1 dia	Grande hérnia umbilical congénita	Divertículo de Meckel aderente ao saco	Diverticulectomia e cura radical da hérnia	Faleceu
52	Roberto Frias	29	?	Hérnia inguinal estrangulada	Divertículo de Meckel estrangulado	Diverticulectomia, ketotomia e cura radical	Cura
53	Oliva Carlo	66	77	Hérnia inguino-escrotal estrangulada	Divertículo aderente ao saco	Kelotomia, diverticulectomia e cura radical da hérnia	Cura

54	Salmon & Dor	77	66	Hérnia crural direita estrangulada	Divertículo de Meckel estrangulado	Kelotomia, diverticullectomia e cura radical da hérnia	Cura
55	Littler	50	52	Hérnia crural direita estrangulada	Divertículo de Meckel estrangulado e necrosado na base	Kelotomia, ressecção intestinal com entero-anastomose; cura radical da hérnia	Cura
56	Kirmisson	71	15 dias	Fístula estercoral umbilical	Persistência do canal vitelino	Ressecção do divertículo após laparotomia	Cura
57	Broca	71	6 meses	Fístula umbilical de origem diverticular	Persistência do canal vitelino	Laparotomia e ressecção do divertículo	Cura
58	Ingelrans & Minné	43	4	Fístula umbilical desde os 8 dias de idade	Persistência do canal vitelino parcialmente obturado	Ressecção	Cura
59	J. M. Jorge	45	1 mês	Prolapso da mucosa intestinal através do divertículo de Meckel aberto no umbigo	Idem	Ressecção e enterotomia	Faleceu
60	Kirmisson	47	1 mês	Divertículo de Meckel aberto no umbigo	Idem	Incisão circunferencial, exteriorização do divertículo, ressecção e invaginação do coto	Cura

a) **Diverticulites e corpos estranhos.**

Cazin na sua tese (1862), admitia como não rara a inflamação do divertículo; Picqué e Guillemont (1897) (*) falam pela primeira vez em *diverticulite*; Forgue e Riche (1907), entre a sua colecção de 287 observações, descobrem 39 casos desta afecção inflamatória. Mumford (**) supõe que 13 0/0 dos divertículos são inflamados ou doentes. De resto, todos os autores são concordes em afirmar que o quadro sintomático se confunde inteiramente com o da apendicite, nas suas diversas modalidades clínicas.

O divertículo de Meckel é o apêndice do intestino delgado.

De resto, como na apendicite, a inflamação do divertículo de Meckel, pode evoluir desde a simples diverticulite parietal, até à gangrena total do órgão. A oclusão intestinal, que surge por variáveis mecanismos, é o *terminus* freqüente desta afecção. A sua patogenia também nos lembra a da apendicite.

Tanto quanto o têm permitido averiguar os estudos clínicos e exames necrópsicos, a inflamação do divertículo pode fazer-se, quer por relações de vizinhança com outro órgão doente, (apêndice, trompa) quer por via intestinal ou via sangüínea (***) .

A infecção por via intestinal, teria a explicá-la tôdas as teorias propostas para a apendicite.

Apendicite e diverticulite, encontram-se não raras vezes retinidas no mesmo exemplar clínico. Guibé faz notar que pode ser simultâneo o ataque dos dois órgãos, ou sucederem-se por relações de vizinhança ou identidade de situações mórbidas. Os casos de Salazar de Sousa e Antunes dos Santos, que constituem as observações I e II da tese de Lourenço (51), bem como o caso de Müller (63), servem de exemplo à coexistência destas duas afecções, podendo contudo encontrar-se a diverticulite como afecção autónoma, sendo uma observação tipo a de Hallopeau e Oberthur (40):

¿O doente foi para a mesa de operações com o diagnóstico de «peritonite tuberculosa? apendicite?»; o apêndice era são, havia

(*) Citados por M. Lourenço (51).

(**) Citado por Black (9).

(***) Em certos casos de hérnia diverticular, o uso da funda pode causar a inflamação do divertículo, como de resto de qualquer órgão incompletamente reductível ou do próprio saco. O caso de Oliva Carlo (6) é um exemplo destas diverticulites saculares.

MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 26

COIMBRA

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

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

AGAGÊ

Mercúrio em solução
— sulfo-benzoica. —

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

Lab. ISIS

PORTO

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

Depositários
exclusivos

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

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

OS FURUNCULOS

são melhor tratados com aplicações suaves, que contribuem para diminuir a tensão da pele, remover o exsudato e destruir o microbio causador da infecção. A

Antiphlogistine

com as suas qualidades higroscopicas, antisepticas, e longa duração termogenica, amolece os tecidos inflamados, alivia a dôr e a tensão, apressando a resolução.

PEDIR AMOSTRA E LITERATURA á

THE DENVER CHEMICAL MFG CO., Nova York, N. Y.

Distribuidores em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & C^o, Ltd.

Caes do Sodré, 8 — Lisboa

VIDAGO, MELGAÇO & PEDRAS SALGADAS

*“ lembra a U. Ex.^o a vantagem de recomendar ,,
“ as suas reputadas águas alcalinas e a fre. ,,
“ qüência das suas termas, abertas até 30 de ,,
“ Setembro ,,.*

certa quantidade de líquido citrino no ventre, não passando a operação duma laparotomia exploradora sem conclusões diagnósticas. Ao quarto dia crise de oclusão; nova laparotomia, sendo desta vez encontrado um divertículo de Meckel ligado ao umbigo por uma brida e coberto por uma membrana esverdeada. Diverticulectomia. Cura.

Por isso, os relatores dêste caso lembram mais uma vez que, numa laparotomia por suposta apendicite, na qual se encontra um apêndice são, é preciso pensar na possibilidade duma diverticulite e actuar nesse sentido, o que equivale a explorar a *zona de Meckel*. A diverticulite é a primeira fase dum quadro clínico, que a maior parte das vezes termina com fenómenos peritoneais irremediáveis, outras vezes tem soluções imprevistas. O doente de Virgillo (84) «após um episódio doloroso com dor umbilical e febre desde há seis meses, apresenta flutuação na fossa iliaca direita. Uma incisão dá saída a pús de cheiro fecaloide e ascaris». Havia uma ansa intestinal aderente à parede por um divertículo que se inseria no íleon, a 50 cm. da válvula ileo-cecal.

Forgue e Riche culpam a diverticulite duma mortalidade de cêrca de 50 0/0, Saltzmann e Hilgenreiner 71 0/0 apròximadamente, Kelteler, em 28 laparotomias obteve 8 curas e 20 mortes. Êstes números carecem ser postos em cõnfronto com as estatísticas modernas, pois devem pecar por excesso, confundidos como devem estar com estas diverticulites muitos casos de úlcera péptica e suas complicações.

Compreende-se pois o interêsse que consagraria a descoberta duma sintomatologia própria às afecções diverticulares. É porém quási impossível fazer destrinças, contudo, os autores não deixam de apontar a favor do divertículo:

1.º A localização dos fenómenos dolorosos fora da zona de Mac Burney, em geral na região umbilical, onde também se encontra o empastamento;

2.º A coexistência de outro vício de conformação ou anomalia congénita;

3.º A existência anterior ou presente de fistula ou tumor congénito do umbigo.

Ligado aos estados inflamatórios do divertículo, anda a presença de corpos estranhos os mais variados: «vermes, caroços de cereja (Körte), sementes de maçã (Kramer, Beale), espinhas

de peixe (Blanc, Piquad e Grenet), um botão de Murphy (Peck), concreções estercoreais (Houston, Black), cálculos biliares (Hollander)» (31).

Mais curioso que o caso de Blanc (10) é o de Fontaine e Bauer (24):

Uma rapariga de 19 anos engole um alfinete de cabeça redonda em 24 de Março. Em 30, ventralgias e febre a 38°.

Radiografias tiradas em dias sucessivos, mostram que o corpo estranho não progride. Operação em 7 de Abril. Encontra-se o alfinete alojado no divertículo de Meckel, a ponta perfurando a parede. Ressecção do divertículo com o corpo estranho. Cura.

Webb (*), recentemente, também encontrou um divertículo de Meckel perfurado por uma espinha de peixe.

b) Úlcera péptica meckeliana.

Eis uma entidade mórbida de aquisição recente e que, salvo erro nosso, aparece pela primeira vez bem descrita nos tratados de cirurgia em 1933, consagrando-lhe Mondor (60) 39 páginas de primorosa documentação. Tem sido, sobretudo nêstes últimos 15 anos, objecto de múltiplas observações, pretendendo Mondor que o primeiro caso registado seja atribuído a Hilgenreiner (1902-1903) e não a Hübschmann (1913) o que denota, quando muito, o interesse apenas histórico do primeiro, ao qual se seguiu um período de 10 anos, sem qualquer adiantamento no estudo clínico e anátomo-patológico desta afecção, de tão basilar importância na patologia meckeliana.

É uma úlcera produzida por autodigestão da mucosa (Hübschmann), com tôdas as características das úlceras gástricas ou duodenais, com todos os caracteres, direi antes, da úlcera péptica duma bôca anastomótica gastro-jejunal.

A sua patogenia deduz-se da anatomia patológica da mucosa diverticular.

De facto, um grande número de vezes, a uma mucosa do tipo intestinal, em regra sem formações linfoides, sucede-se, sem qualquer transição, mucosa do tipo gástrico, «desenvolvida aqui não

(*) Annals of Surgery 1-6-933.

se sabe sob que influência» (Lecène). Mégevaud e Dunant (56) julgam que a presença desta mucosa ectópica, deve ligar-se a uma involução defeituosa do canal ônfalo-mesentérico, provocando uma diferenciação celular anormal, segundo um tipo epitelial qualquer do tubo digestivo. Schaezt (*) calcula em 16,6% o número de divertículos que possuem, incluso na mucosa, tecido gástrico ectópico.

Seja como fôr, a úlcera, provocada no dizer de Hübschmann e Lecène por autodigestão da mucosa, aparece no ponto onde esta muda repentinamente de configuração histológica. Schaaf (78), tendo operado um caso de divertículo de Meckel, que possuía mucosa do tipo gástrico, analisou o líquido glandular contido no órgão que ressecou, verificando nêle uma permilagem de 0,40 de HCl livre e 0,70 de acidez total. Por vezes, esta úlcera toma a configuração anátomo-patológica da úlcera calosa. O caso de Guibal (36) fornece-nos um exemplo: — É feita uma ressecção da ansa ileal sôbre a qual se insere um divertículo de Meckel...

... Êste continha uma úlcera de 12 mm por 3 mm, de bordos talhados a canivete, duros como os de uma úlcera calosa. Esta úlcera conduzia a um nicho situado na espessura do mesentério, vendo-se sôbre uma das suas faces pequenas arteríolas mesentéricas seccionadas.

O exame microscópico, feito pelo Prof. Lecène, mostrou abaixo da úlcera mucosa do tipo intestinal e, acima dela, mucosa do tipo gástrico. Na opinião de Guibal, o divertículo de Meckel, sob o ponto de vista da sua patologia, *não é mais que um estômago em miniatura*. Kirchmayr (48) publicou um caso digno de nota e sôbre o qual voltaremos a falar: — dentro do divertículo que ressecou e cuja mucosa era do tipo intestinal, havia um pólipó constituído por mucosa do tipo gástrico (**).

Não é a mucosa gástrica o único tecido aberrante que se encontra no divertículo de Meckel. Também o tecido pancreático *tem sido tantas vezes encontrado na extremidade livre destes divertículos*, (31) citando nós como exemplo o caso de Mason e

(*) Citado por Comby (15).

(**) Para Winkelbauer (*Wien. Klin. Woch.*, 1929) a úlcera diverticular não seria devida à secreção do HCl e pepsina, mas sim a um espasmo do divertículo.

Graham (53). Deetz(*) relatou a perfuração dum divertículo de Meckel revestido de mucosa gástrica e possuindo também uma ilhota de tecido pancreático.

*

A úlcera péptica domina a patologia meckeliana e necessita ser conhecida do clínico geral como do pediatra. É Mondor (60) que nos transcreve os números seguintes:

Em 98 observações, 79 vezes tratava-se de doentes com menos de 20 anos.

Em 60 doentes novos, 27 eram recém-nascidos, 33 dos 2 aos 15 anos.

Nos 10 casos que colecionamos, 6 de entre eles, diziam respeito a doentes com menos de 10 anos.

*

A hemorragia e a dor, são os sinais mais constantes da úlcera péptica meckeliana. Aschner e Karelitz, em 33 observações, só não viram hemorragia em 5 casos. Esta, aparece a maior parte das vezes sem causa adjuvante, ou então depois de desmandos alimentares (Jackson, Mayo), em seguida a um traumatismo (Hübschmann), etc. A sua abundância ou a sua renitência podem torná-la inquietante, levar o doente a um estado de anemia grave, provocar mesmo a morte quando os socorros médicos (soros, transfusão, etc.) não sejam o bastante para atenuar o mal. Esta hemorragia tem tendência à repetição, sendo igualmente caprichosa na maneira de se repetir, fugindo a tóda e qualquer descrição esquemática. A dor, compartilhando da mesma dificuldade descritiva, pode acompanhar a hemorragia, precedê-la ou suceder-lhe(**).

No caso de Vernéjoul (82):

... havia há um ano dores abdominais imprecisas. Em seguida a uma nova crise, melêna abundante e depois peritonite,

Mason e Graham (53) relatam o caso de uma criança de 9

(*) Citado por Mondor (60).

(**) M. Keen (55) é de opinião que a dor da úlcera meckeliana, alivia como a da úlcera duodenal, com a ingestão de álcalis e alimentos.

anos, *com fezes sanguinolentas há 32 horas, sem dores*, que teve de sofrer operação de urgência;

Hallopeau e Humbert (39) relatam igualmente o caso infeliz de uma criança de 11 mezes, morta por perfuração do divertículo e peritonite generalizada, que *aos 5 e 8 meses tivera hemorragias intestinais sem qualquer outra sintomatologia*;

M. Keen (55) descreve um caso em que *a dor abdominal súbita, precedeu de algumas horas a meléna abundante que durou 3 dias*;

Jackson (44) descreve-nos também um doente com *hemorragias intestinais desde há 3 anos, abundantes e prolongadas*;

Mégevaud e Dunant (56) juntam à lista das observações de úlcera meckeliana o caso de um *homem de 33 anos, que desde os 6 meses de idade tinha vômitos e dearreia sanguinolenta, tendo já sido operado* — na busca de uma terapêutica eficaz para o seu mal — *de hérnia inguinal e apendicectomia*.

E assim por diante, na senda já grande de observações clínicas desta afecção, de aquisição recente nos livros didáticos(*), a dor e a hemorragia ora se dissociam, ora se casam caprichosamente numa sintomatologia ainda tão imprecisa, quanto é certo que a pobreza de auxílios propedêuticos é manifesta.

A radiologia que tantos serviços presta em gastro-enterologia, em nada pode valer-nos, pois, até à data, ainda não foi possível conseguir a visualização do divertículo. E, como a complicação inevitável é a perfuração, diz Mondor (60) que

se num doente, em regra uma criança do sexo masculino, que teve hemorragias intestinais inexplicáveis, raras ou de repetição, sobrevem um dia uma peritonite aguda, pensar na perfuração da úlcera meckeliana.

Por outro lado,

se a intervenção é feita por um diagnóstico impreciso, (invaginação, peritonite, síndrome abdominal gráve) uma exploração detalhada do ventre é indispensável.

A úlcera meckeliana marcha irremediavelmente para a perfuração, por isso,

antes que apareçam os acidentes peritoniais, se as hemorragias intes-

(*) Em 1932 só se encontravam publicados 16 casos de perfuração (81).

tiniais numa criança não são depressa explicáveis, de causa bem conhecida, a laparotomia exploradora bem orientada completará útilmente o diagnóstico clínico e permitirá talvez o tratamento racional (61).

Na perfuração diverticular do peritoneu comporta-se, claro está, como em casos idênticos. Uma vez é a *peritonite generalizada hiper-aguda*, como no caso de Hallopeau e Humbert (39):

Criança de 11 meses com o diagnóstico de invaginação. Aos 5 e 8 meses, teve hemorragias intestinais sem qualquer outra sintomatologia.

Ventre abaulado nas regiões peri-umbilical e epigástrica, mas nada de ondas peristálticas; defesa muscular. Toque rectal negativo: o dêdo não traz sangue. Temperatura 38,5°. Pulso 112.

Dois dias depois, tendo a criança piorado, decide-se a intervenção. A laparotomia dá saída a pus fétido amarelado e misturado a gases.

Lavagem do peritoneu com éter e drenagem.

Morte no próprio dia da operação. À autópsia, divertículo de Meckel de 3^{cm}, situado a 50^{cm} do cecum, apresentando no meio uma perfuração. Junto da base, revelou o exâme histológico mucosa do tipo intestinal e, na porção distal, mucosa do tipo gástrico.

Outras vezes o peritoneu defende-se, porque o caso é sub-agudo ou crónico, porque os germes infectantes são de virulência atenuada, porque enfim as resistências orgânicas do doente se traduzem por um notável *superavit*. Forma-se então um foco circunscrito de peritonite localizada, como no caso de Vaughan e Singer (81):

Rapaz de 7 anos, tomado por dôres na fossa ilíaca direita, primeiro intermitentes, depois contínuas. Diagnóstico: — apendicite. Na intervenção verifica-se que o apêndice está são.

Foco de peritonite localizada, em torno de um divertículo de Meckel aderente à bexiga. Diverticulectomia. A mucosa era histologicamente do tipo intestinal nos $\frac{3}{5}$ proximais; do tipo gástrico nos $\frac{2}{5}$ distais. Entre as duas mucosas havia uma perfuração de 2 a 3^{mm}.

Nos casos sub-agudos ou crónicos, o encosto de uma víscera protectora, pode evitar a perfuração em peritoneu livre, tal como aconteceu no doente de M. Keen (55):

Homem de 53 anos, tomado de uma dôr súbita abdominal baixa. Passadas horas, melêna abundante que dura 3 dias. Ao exame

radiológico úlcera duodenal. A intervenção mostra tratar-se apenas duma vesícula outrora perfurada, aderente à 2.^a porção do duodeno. No ileon, a 14 polegadas do cecum, divertículo de Meckel contendo uma úlcera péptica perfurada, estando aderente ao colon no ponto de perfuração, o que evitou a peritonite. Cura.

Outras vezes ainda, nêstes casos, a úlcera na sua marcha corrosiva, prefura também a víscera protectora:

Criança de 17 meses, doente desde há 5, com hemorragias intestinais repetidas e perturbações digestivas sub-agudas. Caquechia; morte. À autopsia, divertículo de Meckel perfurado na base, aderente ao colon e com fístula divertículo cólica. — *Robert Débré, etc. (73)* —

c) As diferentes formas de oclusão por divertículo.

«Hoje já não há *Peritonite aguda* nem *Oclusão intestinal*; há em compensação *peritonites agudas* e *occlusões intestinais*». (Mondor, 60).

Assim, o divertículo de Meckel, como o apêndice íleo-cecal, pode ser causa de modalidades diferentes de oclusão, que se traduzem, embora, por síndromas idênticos ao exame clínico. A diverticulite, a perfuração, a gangrena, levarão a fenómenos peritoneais, entre os quais não faltará a paresia defensiva, (*íleus paralítico sintomático*) quadro por demais banal nos casos de *ventre agudo*.

Consideremos o divertículo aderente e o divertículo livre:

o divertículo aderente, que se prolonga até ao umbigo, — porque a êle se conservou ligado desde o período embrionário — ou adere por sua vez secundariamente a qualquer outro ponto do abdomen, funciona como uma brida sôbre a qual podem vir estrangular-se ansas intestinais. No caso de Mica (57), *o divertículo aderente ao duodeno, determinava oclusão muito pronunciada*; no caso de Creyssel (16) tratava-se dum divertículo aderente ao umbigo.

O mesmo divertículo com a ponta aderente, pode originar tracções sôbre a ansa ileal, curvaturas anormais, etc. que diminuem o *lumen* intestinal e interrompem o trânsito. O seguinte caso é de Bianchetti (6):

Uma criança de 12 anos morre ao 5.^o dia duma oclusão intestinal; umbigo deprimido, fixo em todos os sentidos, o que permite sus-

peitar do divertículo de Meckel. O exame necrópsico revela, de facto, um cordão que vai do umbigo ao ileon, onde toma inserção a 15^{cm} do cecum e que por tracção exercida sôbre a ansa, havia originado uma curvatura anormal que motivou a oclusão.

Finalmente, a ansa ileal, presa atraz pelo mesentério e à frente pelo divertículo aderente ao umbigo, pode em volta dêstes dois pontos tomados como eixo, descrever movimentos de rotação, originando *volvulus*. Croes (18) descreve-nos um caso típico.

Quando o *divertículo é livre* pode também por variadas formas originar a oclusão. Êle próprio pode ser o órgão *volvulado*, como no doente Pepi (70):

Criança de 9 anos, que entra no Hospital com o diagnóstico de apendicite aguda com peritonite.

À laparotomia, descobre-se um apêndice normal.

Existência de um divertículo de Meckel, tendo sofrido ao nível da raiz uma torção de 360°.

Necrose do divertículo e duma parte da ansa sôbre a qual se insere.

Excisão de uma parte da ansa com o divertículo. Êntero-anastomose. Cura.

Um grande número de vezes, o divertículo enrola-se à volta da ansa ileal como uma serpente, estrangulando-a, como uma ligadura ou laçada constrictora (65-41-25-28).

Mas, se o divertículo pode ser o agente estrangulador, êle pode ser também o órgão estrangulado, como nos herniados de Salmon (77) e Littler (50). Curioso ainda era o caso de Autefage (3), no qual o divertículo cheio de líquido, originava pelo seu próprio pêso curvatura anormal da ansa.

Uma das modalidades de oclusão por divertículo de Meckel, é constituída pelas invaginações ileo-diverticulares. Todos os graus de invaginação podem observar se, desde a simples invaginação do divertículo no *lumen* ileal (64), até à complicada invaginação descrita por Greenwald e Steiner (35):

— Ao nível dum divertículo de Meckel havia invaginação da ansa supra diverticular na ansa subjacente. Esta, por sua vez, achava-se *telescopada* no cecum e o cecum *telescopado* no colon ascendente.

Há casos em que o divertículo, primitivamente invaginado no ileon funciona como um pólipó, constituindo-se cabeça de invagi-

nação. Tal foi o Caso X de Mathews (54) no qual o divertículo invaginado no íleon franqueara a válvula íleo-cecal, ocasionando assim uma invaginação que enchia e distendia o cecum.

O Prof. Geraldino Brites (31), insiste na *diferença apreciável de calibre que a ansa intestinal apresenta dum e de outro lado da zona de implantação do divertículo*, diferença esta umas vezes a favor do tropo proximal, outras do topo distal. Êste facto serve-nos para explicar a facilidade com que se dão estas invaginações. Já Kirchmayr (48), tendo de reoperar por invaginação um doente a quem dias antes fizera a diverticulectomia, explicou a patogenia desta ocorrência pelo calibre maior da ansa supra-jacente, o que favorecera a invaginação ascendente, tendo a secção operatória da base do divertículo, «muito rica em filetes nervosos, determinado talvez — segundo crê — uma excitação local intensa, que desempenhasse um papel adjuvante no dinamismo da invaginação». Por isso o autor aconselha, de preferência à diverticulectomia a ressecção de uma parte da ansa, compreendendo os segmentos de calibre desigual, seguida de êntero-anastomose. Finalmente, o divertículo de Meckel pode dar lugar a oclusões, quando fôr a séde de neoplasmas, ou quando se insinua no saco duma hérnia.

d) Neoplasmas do divertículo.

Folheando a bibliografia referente ao divertículo de Meckel, encontram-se relatados muitos casos de neoplasmas, uns benígnos, outros malignos.

Já por duas vezes apontamos o caso de Kirchmayr (48), que refere a existência dum pólipio mucoso intradiverticular, pólipio que, histologicamente, era formado por mucosa do tipo gástrico.

Kaspar (46) descreve-nos uma invaginação do divertículo, pela qual tornou responsável um angioma cavernoso dêste órgão. Referindo-se a um caso de cilindroma do divertículo, por êle publicado em tempos, diz que depois disso muitos lhe foram assemelhados, sendo de opinião que o ponto de partida dessas neoplásias está nos tecidos aberrantes (gástricos e pancreáticos) que se encontram inclusos na mucosa diverticular.

Assim, êsses neoplasmas não fariam senão repetir, com localização ectópica, a anatomia patológica dos tumores gástricos e

pancreáticos. Deixando êsse estudo ao anátomo-patologista, não ficaremos porém sem passar em revista o caso de Debré (73) atrás mencionado, referente a uma criança de ano e meio com úlcera perfurada do divertículo e fístula divertículo-cólica.

A mucosa diverticular era do tipo gástrico mas, diz o anátomo-patologista, que «a sua espessura, o número das suas glândulas de aspecto adenomatoso, hiperplasiadas, cobertas de células fortemente cromatófilas, muitas vezes em *kariokinese* desordenada, lembrava o aspecto das glândulas de Lieberkuhn em vias de cancerisação». Tratava-se possivelmente, — opina o autor — dum caso de úlcero-câncer.

Crile e Portmann (17), referindo um sarcôma fuso-celular do divertículo em 1925, pretendem que êste seja o 4.º caso publicado, pertencendo os restantes a Kaufmann, Tschiknawerow e Haesser. Também Björkstén em 1933 (8) publica um caso de volumoso divertículo inflamado e em degenerescência fibrosarcomatosa, que dera durante 10 anos melênas de causa ignorada.

Michael e Bell (59) e Wiseley (87), referiram exemplares de carcinomas, que parecem traduzir neoplásias primitivas do divertículo, um dêles porque a despeito de ter já invadido a ansa ileal curou com a ressecção, o outro porque na autópsia se verificou não haver mais localizações. O XI caso de Mathews (54) refere-se a uma entidade neoplásica rara: um leiomioma maligno que, uma vez operado, recidivou mais tarde. Todos êstes casos foram levados à mesa de operações com diagnósticos vários e imprecisos, abrangendo síndromas nos quais predominavam a dôr, o tumor, a oclusão.

Kaspar (46) avalia os insucessos operatórios em 50 %.

No Arquivo dos Serviços do Prof. Gentil encontramos referência a um caso de *quisto do divertículo de Meckel* simulando quisto do ovário (doente n.º 5.735) cuja peça tivemos ocasião de examinar.

e) Hérnias diverticulares.

O divertículo de Meckel pode, como qualquer segmento livre do intestino, encontrar-se no saco duma hérnia, quer acidentalmente, sem sintomatologia clínica, quer estrangulado.

Bianchi (7), Fèvre (22), Mathews (54), Oliva Carlo (66) etc.,

relatam casos em que êste órgão se encontrou adherente ao saco herniário, às vezes não passando dum estreito cordão, sendo necessário ter sempre em vista esta ocorrência possível, não se vá ligar-lhe menos importância e laquea-lo com o saco, deixando assim uma brida íleo-inguinal, que irá originar repuxamentos, tracções, etc. Fèvre recomenda com conhecimento de causa que, um cordão elástico que apoz redução da hérnia permanece adherente ao cordão inguinal ou ao saco herniário, pode ser o apêndice ou o divertículo de Meckel.

O Prof. Roberto Frias (29) não encobriu o seu espanto, quando em 1912 comunicou à Associação dos Médicos do Norte de Portugal que, ao fazer a keloctomia por hérnia inguinal estrangulada, encontrara num doente «um longo apêndice com cêrca de 12^{cm} de comprimento, que não era o apêndice vermicular, pois inseria-se sôbre o delgado». Foi o Prof. Pires de Lima que identificou pela descrição o órgão herniado, como sendo o divertículo de Meckel.

São inúmeras as observações de hérnia diverticular.

f) Outras afecções raras do divertículo de Meckel.

Como dissemos, a regressão do canal vitelino pode ter-se feito, deixando ao nível do umbigo um segmento vestigiário, que pode dar lugar a quistos umbilicais de natureza embrionária, podendo denominar-se meckelianos.

O caso de Tevernier e Pouzet (79), ao mesmo tempo que confirma e demonstra, ilustra admiravelmente o facto em questão:

- o tumor umbilical extraído por exereses cirúrgicas, correspondia a um «quisto diverticular verdadeiro pro-peritoneal, (tipo Roser) sem relação com o intestino e cuja parede tinha estrutura da mucosa gástrica».

Êste tumor havia sido tomado por uma hérnia.

Coley (14) publica um caso de tuberculose do divertículo em 1925, afirmando ser o 10º que se encontra na literatura médica.

O doente entrara no Hospital com um síndrome da fossa ilíaca direita, sôbre o qual se formularam três hipóteses: — apendicite?; peritonite tuberculosa?; tumor maligno do cecum?

Tanto no apêndice como no divertículo havia espessamento da parêde e numerosos folículos tuberculosos na sub-mucosa.

Gilruth (32) refere um exemplo interessante de possível lesão traumática do divertículo:

Rapaz de 16 anos, ao 5.º dia duma afecção abdominal aguda, tendo recebido um traumatismo violento sobre o abdomen, em seguida ao qual começou a sentir dores e vômitos. O exame mostra sinais de oclusão e peritonite. Laparotomia.

Brida tensa que parte do umbigo e parece representar o *reliquat* dos vasos ônfalo-mesentéricos, estendendo-se até ao mesentério da ansa jejunal e contendo uma artéria volumosa no meio dum envólucro escleroso. Contra esta brida, curvado sobre ela, um divertículo de Meckel que se prolonga até ao umbigo, apresenta-se esfacelado no ponto em que toma contacto com a brida, sendo normal nas extremidades.

O trauma teria sido, na opinião do autor, o responsável pela lesão diverticular.

Finalmente referir-nos-emos apenas ao caso de Hunter (*) que Comby relata (15) e parece dizer respeito a um *infarctus* do divertículo de Meckel num recém-nascido de poucos dias.

Outros divertículos de Meckel têm sido operados fora de qualquer complicação, no decurso de outras intervenções abdominais, sendo Chosson (13) e Delannoy (20) de opinião, com os diferentes autores, que êstes devem operar-se sempre que se encontrem e o estado geral do doente o permita.

g) Fistulas umbilicais.

Já Cruveilhier (19) no seu velho *Tratado de Anatomia Patológica* (1852) se mostra bem conhecedor desta espécie de fistulas, cuja patogenia — diz — é explicada pela embriologia. Relata um caso de Dubois, outro de Kinga e um terceiro, muito interessante de Poussin (***) em que numerosos *ascaris* foram expulsos pelo umbigo. Elas representam, já o dissemos, o estado mais imperfeito de involução incompleta na classificação de Forge e Riche (26).

A presença destas fistulas êntero-cutâneas, acompanha-se por vezes de outras más conformações congénitas incompatíveis com a vida; pode porém a fistula constituir a única deformidade (***)

(*) Am. Journ. of Dis. of Child. Mars 1928.

(**) Biblioteque Médicale, 1818, pág. 213.

(***) Ingelrans (43); Kirmisson (47).

e a excisão do divertículo por uma técnica idêntica à da apedicectomia, após incisão circunferencial e exteriorização do mesmo, conquista geralmente o triunfo operatório.

J. M. Jorge (45) operou um recém-nascido com prolapso do intestino através do divertículo, formando ao lado do cordão um tumor como um morango, por onde saía líquido meconial. Era o que acontecia no nosso caso, que passamos a relatar e constitui a nossa observação pessoal.

Se pela sua raridade êle merecia ser publicado, é certo que seria de bem pouca utilidade para quem o lêsse. Por isso o fizemos preceder dum estudo de conjunto acêrca da patologia diverticular, dizendo respeito a um certo número de conceitos que, em nossa opinião, ainda não estão banalisados.

Em 6-3-934 trouxeram à Consulta Externa da Clínica Dr. Daniel de Matos, uma criança do sexo masculino nascida na véspera, (ficha n.º 1019) que apresentava qualquer má conformação do umbigo.

Informam ser o primeiro filho duma mulher saudável, casada, e ter nascido duma gravidez de têrmo ou próximo de têrmo, o que está em relação com o comprimento dos cabelos e das unhas. Comprimento do corpo 49^{cm}. Pêso 2,950^{kg}. O interrogatório do pai não faz levantar qualquer supeita de infecção luética. A inspecção notava-se o anel cutâneo umbilical muito alargado, com um diâmetro de 3^{cm}, fortemente distendido por uma massa que fazia hérnia (fig. 1), parecendo irromper através dos elementos do cordão, coberta à superfície pelo revestimento seroso daquele, por debaixo do qual serpenteavam os vasos umbilicais que, desde o côto laqueado no *apex* do tumor, desciam a superfície convexa dêste, sôbre a vertente direita, até se sumirem por detraz do anel cutâneo que o delimitava à periferia. Êste tumor, de consistência mole pastosa, não aumentava de tensão durante os esforços produzidos pelo chôro da criança. Apensa pelo meio ao polo inferior desta massa hemisférica, havia uma outra massa vermelho viva, com a forma duma pequena ocarina, de 3^{cm} de comprimento, cuja superfície apresentava a aparência de mucosa intestinal, sangrando ao menor contacto.

A extremidade direita umbilicava-se, formando um *hostium*, cateterisável, por onde saíam de quando em quando sucros intestinais e gases; a extremidade esquerda umbilicava-se igualmente num *hostium* virtual. A criança não havia ainda expulsado mecónio e ingerira já duas mamadas.

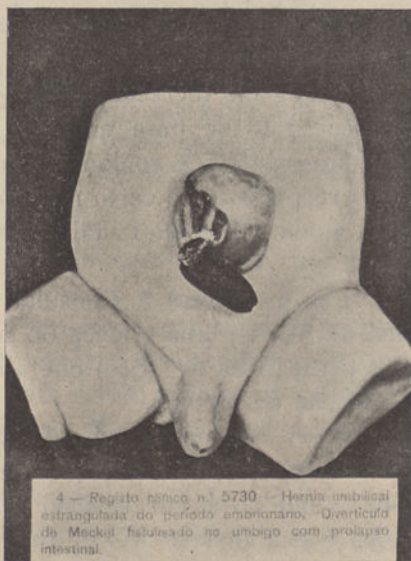


Fig. 1

Peça colorida e modelada em cêra
por Alberto Costa

Não havia imperfuração anal e um cateterismo do intestino permitiu a introdução duma sonda de Nelaton numa extensão de 10^{cm}.

Depois disto, por qualquer reflexo que a manobra houvesse despertado, a criança evacuou uma substância branca com o aspecto idêntico ao da vaselina, e que o exâme microscópico revelou ser constituída por *muco, células epiteliaes e glóbulos vermelhos* (*). Nem vômitos nem timpanismo. Temperatura rectal 36,2.

(*) Êste exame microscópico, bem como o estudo anátomo patológico dêste caso, foi feito pelo Ex.^{mo} Prof. Dr. Geraldino Brites, a quem agradecemos reconhecidamente e a quem prestamos as nossas homenagens.

Exame radiológico: — Num primeiro film, obtido com clister opaco, vê-se desenhar a empôla rectal e o colon ileo-pélvico, de reduzido calibre, descrevendo no seu tódo uma imagem em M e vindo terminar em fundo de saco



Fig. 2

no flanco esquerdo, mesmo por detraz da mancha produzida pela sobreposição do tumor umbilical (fig. 2).

*

Cateterizando a fistula estercoral, por lá injectamos substância opaca, obtendo o film reproduzido na fig. 3.

Depois de ter percorrido um trajecto filiforme, que se dirige para cima e para a direita, a papa baritada desenhou uma ansa bastante distendida, obliquamente situada no hipocôndrio esquerdo. Esta imagem sobrepunha-se em parte à obtida no primeiro film e encimava a mancha produzida pela projecção do tumor.

*

Nova radiografia feita de perfil (fig. 4), mostrou que esta ansa, situada logo por detraz da parede abdominal, ocu-

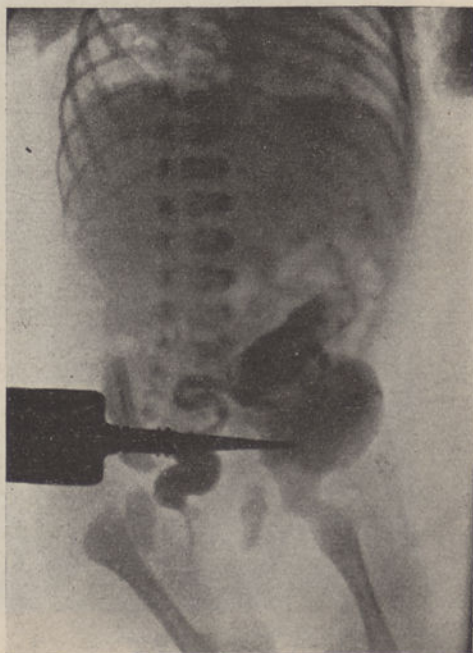


Fig. 3

pava uma situação anterior, em relação à parte injectada por clister.

*

Era pois evidente tratar-se dum divertículo de Meckel fistulisado no umbigo, constituindo uma fístula estercoral em comunicação com a porção do ileon a montante do divertículo.

Por outro lado o exame radiológico, não revelando qualquer comunicação dêste segmento do intestino com a porção distal, mostra ainda esta última porção de reduzido calibre

DIMELCOOS

Vacina estabilizada para o tratamento do Cancro Mole
e das suas complicações.

•
COMPOSIÇÃO : Emulsão estabilizada de bacilos de Ducrey de varias culturas
titrada a 225 milhões de corpos microbianos por centimetro cubico

•
APRESENTAÇÃO : Caixa de 6 ampolas de capacidade crescente : 1 cc.,
1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

•
MODO DE USAR : Injecção intravenosa. Injecta-se em doses progressivas
com dois ou trez dias de intervalo entre cada inoculação.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC frères" & "USINES DU RHÔNE"
21 rue Jean Goujon PARIS 8^e.

NOVAR SENOBENNOLO

BILLON

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Spécia —
Marques POULENC Frères et "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon - PARIS-8^e

CONTINUA
A SER O
MEDICAMENTO DE
ESCOLHA DO
TRATAMENTO DE
ASSALTO
DA

SIFILIS

INJEÇÕES INTRA-VENOSAS

— a despeito de pertencer ao intestino grosso — em oposição às dimensões exageradas da ansa ileal supra-diverticular, o que traduz um estado de oclusão congénita, sôbre a patogenia da qual passamos a raciocinar:

Ora Guibal (37), que estudou êste assunto na sua tese, mostra-nos a raridade desta afecção congénita, comparando as esta-

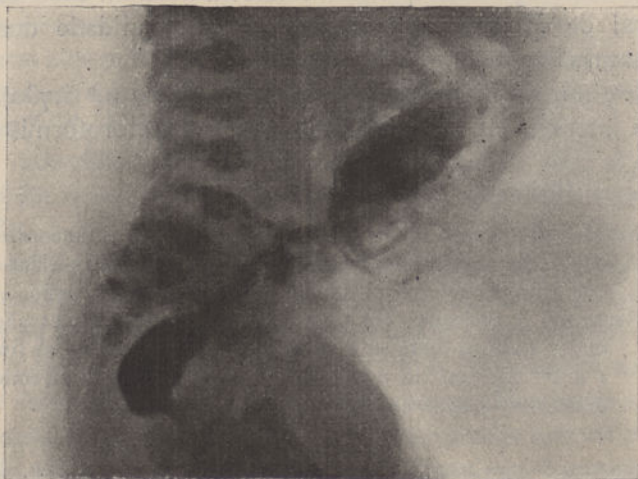


Fig. 4

tísticas de Theremin e Miller, incidindo sôbre 425.000 autópsias e achando uma proporção de 11 casos por 100.000 autópsias, ao mesmo tempo que, somadas as estatísticas de Braun e Ernest, dizendo respeito a 2.041.000 recém-nado-vivos, encontra uma percentagem de 6 casos por 100.000 nascimentos.

A oclusão congénita é em regra devida a vícios de conformação, que Geoffroy de Saint Hilaire classificou como *oclusão membranosa, cordonal e interrupção*, conforme a separação dos dois topos é constituída por um diafragma membranoso, por um segmento impermeável em forma de cordão, ou pela falta de qualquer traço de união, verdadeira discontinuidade, entre os dois tôpos, cada um dos quais termina em fundo de sacco.

A séde mais freqüente destas oclusões é o ileon, por efeitos de regressão exagerada do canal vitelino, conforme expuzemos atrás, transcrevendo o esquema de Forge e Riche. Fôsse, como

fôsse, o nosso caso reclamava uma terapêutica cirúrgica, se bem que os resultados a esperar fôsem os mais desanimadores, pois, quanto a oclusões congênitas, cita-se o doente que Fockens operou de êntero-anastomose, como única estrêla que brilha entre 114 tentativas operatórias improficuas (Guibal).

¿Mas que fazer do nosso doente, se a vida era incompatível com a sua deformidade, incompatibilidade há muito sabida, pois já Cruveilhier (19) dizia que não conhecia nenhum caso de fístula estercoral de Meckel, que preenchesse a finalidade dum anus contra-natura?

Assim, no dia 8 de Março, (Registo clínico n.º 5.730), resolveu-se a intervenção, sob anestesia geral pelo clorofórmio (*):

Operador Prof. Novais e Souza.

Incisão circunferencial no limite interno do anel cutâneo do umbigo, depois de laqueado o pedículo do apêndice mucoso, a-fim-de evitar que a fístula estercoral funcione durante a intervenção.

Reparado o peritoneu em tôda a volta, faz-se a evisceração e, para maior campo, junta-se à incisão primitiva duas outras lineares de 1 a 2^{em} que partem para cima e para baixo das extremidades do diâmetro vertical, caminhando sôbre a linha branca.

Verificou-se então que o tumor que a primitiva incisão circuncrevera era bem o saco duma hérnia umbilical congênita, dentro do qual se encontrava enovelado quasi todo o íleon. A válvula de Bauhin e o cecum, reconheciam-se apenas pela visinhança do apêndice, pois o intestino grosso era de muito mais reduzido calibre do que o delgado, a montante do saco herniário.

Ressecção do íleon, até à ansa dilatada que se vê no exâme radiológico, seguida de êntero-anastomose látero-lateral. Sutura da parêde em dois planos.

Foi grande o choque operatório, sucumbindo a criança 12 horas após a intervenção. À autópsia suturas continentas. Comprimento do intestino grosso 42^{cm}.

O exâme anátomo-patológico das peças, colhidas tanto por

(*) Os fenómenos de oclusão gráve haviam-se acentuado: vômitos, timpanismo, hipotermia, desidratação.

operação como por necrópsia, mostrou que o tumor vermelho que existia pendente do polo inferior do saco herniário, era constituído por intestino invaginado através do divertículo de Meckel.

Tanto as ansas herniadas como o intestino grosso possuíam *lumen* íntegro, se bem que de dimensões exíguas; fitas musculosas do intestino grosso muito pouco desenvolvidas. A parede do saco herniário era formada pela camada periférica do cordão umbilical, o divertículo de Meckel inseria-se no ileon a cerca de 12^{cm} do cecum.

Tratava-se pois de uma *oclusão intestinal congénita por hérnia umbilical estrangulada do período embrionário e persistência do divertículo de Meckel aberto no umbigo*.

As dimensões restritas do intestino grosso são, aqui, uma consequência da oclusão estabelecida num período embriológico afastado.

De facto, nêstes casos, o intestino situado abaixo do obstáculo, é constituído por um cordão branco, regularmente redondo, que se enovela desordenadamente, conservando o intestino grosso uma forma regularmente cilíndrica e sem fitas musculares aparentes. A todo êste intestino assim atrofiado chamou Birnbaum *segmento em colapso* e tem merecido de outros autores os termos comparativos de *intestino de rato, novelo de vermes, miniatura de intestino*, etc. O comprimento dêste segmento de intestino também costuma encontrar-se diminuído. Assim, no nosso caso, em vez de 58^{cm} que representaria o normal, segundo Forssner, encontramos 42^{cm}.

Esta porção de intestino por onde nunca transitou mecónio contém às vezes uma substância untuosa, esbranquiçada, que alguns autores apelidam de *mecónio sem bilis* e que no nosso caso foi expulsa como uma dejectão, quando cateterisamos o recto para avaliar da sua permeabilidade.

CONCLUSÕES

Correntemente, a regressão do canal vitelino, dá-se até ao fim do 2.^o mês da vida embrionária; em casos excepcionais porém, que devem ultrapassar os 2 0/0 das estatísticas, esta regressão não se dá na totalidade, ou faz-se então duma maneira defeituosa.

Daqui, a persistência dum divertículo do íleon (divertículo de Meckel) ou de formações vestigiárias com o mesmo significado embriológico.

O divertículo de Meckel tem uma patologia um tanto variada, mas em geral, o quadro clínico que se apresenta é o da *apendicite* ou o da *oclusão*.

Feita a laparotomia por suposta apendicite, se o apêndice se encontra normal é preciso pensar no divertículo e explorar para isso a *zona de Meckel*, que comporta os últimos 3^m de intestino delgado.

As hemorragias intestinais sem causa aparente, sobretudo numa criança do sexo masculino, devem fazer pensar na úlcera péptica meckeliana e devem orientar muitas vezes sobre a oportunidade duma intervenção útil.

Se num caso idêntico sobrevem um dia uma peritonite aguda, pensar na perfuração da úlcera diverticular, pois esta úlcera marcha irremediavelmente para a perfuração.

Quando se intervem por um diagnóstico impreciso de oclusão, invaginação, síndrome abdominal gráve, uma exploração detalhada do ventre é indispensável.

De um e de outro lado da zona de implatação do divertículo, a ansa intestinal apresenta geralmente diferença apreciável de calibre, o que favorece a invaginação intestinal a este nível.

Quando da cura radical duma hérnia, um cordão elástico que permanece aderente ao cordão inguinal ou às paredes do saco, após esvaziamento do mesmo, pode bem ser o apêndice ou o divertículo de Meckel.

Divertículo de Meckel encontrado no decurso de qualquer intervenção, deve operar-se sempre que o estado do doente o permita.

As diferentes espécies de fístulas umbilicais, estão geralmente

em relação com persistência total ou parcial do canal vitelino e justificam quasi sempre, como recurso único, a terapêutica cirúrgica, embora em casos complicados como o nosso, pouco ou nada se possa esperar da cirurgia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALLAIN, CONTI et ASTRUC — «Volumineuse tumeur du diverticule de Meckel». *Jour. des Pratic.* 15-11-930, pág. 743.
- 2 — AUGUIER — «Contribution à l'étude du diverticule de l'ileon ou diverticule de Meckel». *Th. de Paris*, 1888.
- 3 — AUTEFAGE — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel; laparotomie; guérison». *Soc. de Chir. Paris* (18-12-929); in *Presse Méd.*, n.º 1, Jan., 1930.
- 4 — BARBOSA SUEIRO (M. B.) — «Contribuição para o estudo do divertículo de Meckel». *Arq. de Anat. e Antropologia*, vol. VIII, 1923, Lisboa.
- 5 — BETTMAN et BLUM — «Occlusion intestinale aigüe causée par obstruction fécale dans le diverticule de Meckel». *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, n.º 4, 27-1-923; in *Journ. de Chir.*, tome XXI, 1923, pág. 616.
- 6 — BIANCHETTI — «Un nouveau cas d'ileus aigu par diverticule de Meckel». *Ospedale Maggiore di Novara*, n.º 5, Mai, 1932; in *Journ. de Chir.*, 1933, pág. 651.
- 7 — BIANCHI (G.) — «Contribution à l'étude des hernies du diverticule de Meckel». *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n.º 28, 10-7-927; in *Journ. de Chir.*, tome XXXI, 1928, pág. 439.
- 8 — BJÖRKSTEN — «Tumeur et inflammation du diverticule de Meckel». *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, Set. 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XLI, 1933, pág. 805.
- 9 — BLACK (W. T.) — «Congenital diverticula of the intestines». *Surg. Gynec. and Obstetrics*, tome XXVIII, 1919, pág. 473.
- 10 — BLANC — «Diverticulite et perforation d'un diverticule de Meckel par une arête de poisson». *Soc. des Chir. de Paris*; in *Presse Méd.*, n.º 44, 1929, pág. 725.
- 11 — CAZIN — «Étude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin». *Th. de Paris*, 1862.
- 12 — CHENUT — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel au cours de l'évolution d'un abcès appendiculaire». *Gazette hebdomadaire des Sc. Méd. de Bordeaux*, 2-6-931; in *Journ. de Chir.*, tome XXXVIII, 1931, pág. 730.
- 13 — CHOSSON — «Diverticule de Meckel opéré en dehors de toute complication». *Soc. de Chir. de Marseille*, Juin, 1929; in *Presse Méd.*, n.º 62, 1929, pág. 1012.
- 14 — COLEY — «Tuberculose du diverticule de Meckel associée à la tuberculose de l'appendice». *Arch. of Surgery*, n.º 4, Oct., 1925; in *Journ. de Chir.*, tome XXVII, 1926, pág. 329.

- 15 — COMBY — «Le diverticule de Meckel». *Arch. de Méd. des Enfants*, 1932, n.º 5.
- 16 — CREYSSEL et ARMANET — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel». *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon* (19-2-930); in *Presse Méd.*, n.º 19, Mars, 1930.
- 17 — CRILE et PORTMANN — «Sarcome fuso-cellulaire primitif du diverticule de Meckel». *Surg. Gynec. and Obstetr.*, n.º 5, Nov., 1925; in *Journ. de Chir.*, tome XXVII, 1926, pág. 491.
- 18 — CROES — «Volvulus par diverticule de Meckel». *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (Amsterdam), n.º 17, 27-10-923; in *Journ. de Chir.*, tome XXIV, 1924, pág. 359.
- 19 — CRUVEILHIER (J.) — *Traité d'Anatomie Pathologique Générale*, tome II, Paris, 1852, pág. 596.
- 20 — DELANNOY et RAREMON — «Diverticule de Meckel». *Presse Méd.*, n.º 66, 1929, pág. 1078.
- 21 — DIEULAFÉ — «Torsion d'un diverticule de Meckel». *Soc. de Chir. de Toulouse* (4-3-931); in *Presse Méd.*, n.º 24, Mars, 1931.
- 22 — FÉVRE — «Hernie étranglée incomplètement réductible par persistance dans le sac d'un diverticule de Meckel». *Soc. de Ped. de Paris* (21-10-930); in *Presse Méd.*, n.º 90, Nov., 1930.
- 23 — FÉVRE, PATEL et LEPART — «Deux cas de perforation du diverticule de Meckel; ulcus du diverticule de Meckel et hemorrhagies intestinales de l'enfance». *Soc. de Ped. de Paris* (21-10-1930); in *Presse Méd.*, n.º 90, Nov., 1930.
- 24 — FONTAINE et BAUER — «Épingle arrêtée dans un diverticule de Meckel. Extraction avec resection du diverticule-Guerison». *Rev. de Chir.*, Janv., 1933; in *Journ. de Chir.*, tome XLII, 1933, pág. 459.
- 25 — FONTANA — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel». *Anales de la Facultad de Medicina* (Montevideo), tomo IX, n.º 3, Março, 1924; in *Journ. de Chir.*, tome XXIV, 1924, pág. 473.
- 26 — FORGUE et RIGHE — *Le diverticule de Meckel*, Paris, 1907.
- 27 — FRANCO (Eurico Emilio) — «Sulle cause di alcune singolari forme del diverticolo di Meckel». *Bull. de la Soc. Port. des Sciences Naturelles*, tome VII (18-6-920).
- 28 — FRANCHINI (J.) — «Oclusão intestinal post-operatória». *Gazeta dos Hospitais do Porto*, n.º 6, 15-3-913 e n.º 4, 15-4-913.
- 29 — FRIAS (Roberto) — «Um caso insólito de hérnia inguinal». *Comunicação à Assoc. dos Méd. do Norte de Port.* (20-3-1912); in *Gazeta dos Hospitais do Porto*, n.º 7, 1912, pág. 106.
- 30 — GABAY — «Un cas rare de occlusion intestinale aiguë par le diverticule de Meckel». *Zentralblatt für Chir.*, tome LI, n.º 51, 20-12-924; in *Journ. Chir.*, tome XXV, 1925, pág. 488.
- 31 — GERALDINO BRITES — *Diverticulos do tubo digestivo (Estudo de 82 casos inéditos)*, Coimbra, 1925.
- 32 — GILRUTH — «Un cas de lésion traumatique du diverticule de Meckel». *Edinburgh med. Journ.*, n.º 4, Avril, 1924; in *Journ. de Chir.*, tome XXIV, 1924, pág. 95.

- 33 — GOBB — «Ulcère peptique perforé du diverticule de Meckel». *Annals of Surgery*, n.º 2, Août, 1931; in *Journ. de Chir.*, tome XL, 1932, pág. 755.
- 34 — GONÇALVES AZEVEDO (Filho) — «Oclusão congénita do intestino delgado». *Lisboa Médica*, 1932, pág. 606.
- 35 — GREENWALD & STEINER — «Diverticulum in infancy and childhood». *Amer. Journ. of Dis. of Child.*, Nov., 1931.
- 36 — GUIBAL — «Ulcère peptique d'un diverticule de Meckel, provoquant des hemorrhagies intestinales profuses; opération; guérison». *Soc. de Chir. de Paris* (5-3-924); in *Bull. et Mém. de la Soc.*, tome L, n.º 9, 15-3-924.
- 37 — GUIBAL (André) — «L'occlusion intestinale congénitale aigüe». *Th. de Montpellier*, 1924.
- 38 — GUIBAL, FAYOT et HENRIET — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel», in *Presse Méd.*, n.º 70, 1929, pág. 1140.
- 39 — HALLOPEAU et HUMBERT — «Péritonite généralisée par perforation d'un ulcère du diverticule de Meckel, présentant l'aspect et les caractères d'un ulcère simple dit peptique». *La Médecine Infantile*, n.º 8, Août, 1924; in *Journ. de Chir.*, tome XXIV, 1924, pág. 610.
- 40 — HALLOPEAU et OBERTHUR — «Sur les accidents causés par la persistance du diverticule de Meckel». *La Médecine Infantile*, n.º 3, Mai, 1924; in *Journ. de Chir.*, tome XXIV, 1924, pág. 358.
- 41 — HANS MULLER — «Seltene Komplikation durch ein Meckelsches Divertikel». *Munchener medizinische Wochenschrift*, n.º 12, 19-3-912.
- 42 — HUTINEL — «Ulceration et hemorrhagies ombilicales dues à un diverticule de Meckel. *Soc. de Ped. de Paris* (18-11-930); in *Presse Méd.*, n.º 1, Janv., 1931.
- 43 — INGELRANS et MINNÉ — «Fistule ombilicale par diverticule de Meckel». *Reun. Méd. Chir. des Hôp. de Lille* (16-6-930); in *Presse Méd.*, n.º 64, Août, 1930.
- 44 — JACKSON — «Ulcère hemorrhagique du diverticule de Meckel». *Annals of Surgery*, vol. LXXX, n.º 2, Août, 1924; in *Journ. de Chir.*, tome XXV, 1925, pág. 221.
- 45 — JORGE (José M.) — «Prolapso del intestino á través del divertículo de Meckel». *Rev. de la Soc. Med. Argentina*, Nov.-Dez., 1910; in *Arch. de Med. des Enfants*, tome XXV, 1912.
- 46 — KASPAR — «L'inversion et l'invagination par tumeur du diverticule de Meckel». *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, n.ºs 4-6, Jan., 1925; in *Journ. de Chir.*, tome XXVI, 1925, pág. 651.
- 47 — KIRMISSON — «Persistence du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic». *Journ. des Praticiens*, n.º 10, 9-3-912.
- 48 — KIRCHMAYR — «Pathologie et thérapeutique du diverticule de Meckel. *Wiener Klin. Wochen.*, n.º 49, 7-12-922; in *Journ. de Chir.*, tome XXI,
- 49 — LEO — «Occlusion intestinale complexe par diverticule de Meckel». *La Clinica Chir.*, Jan., 1933; in *Journ. de Chir.*, tome XLII, 1933, pág. 279.
- 50 — LITTLER — «Diverticule de Meckel étranglé dans une hernie crurale». *The British Med. Journ.*, n.º 3299, 22-3-924; in *Journ. de Chir.*, tome XXIV, 1924, pág. 95.
- 51 — LOURENÇO (Manuel J.) — «Diverticulite e apendicite». *Tese de Lisboa*, 1916.

- 52 — MAISTO — «Un cas peu fréquent d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel». *La Sem. Med.*, n.º 12, 22-3-932; in *Journ. de Chir.*, 1933, pág. 652.
- 53 — MASON et GRAHAM — «Ulcérations de la muqueuse gastrique aberrante dans le diverticule de Meckel». *Annals of Surg.*, Nov., 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XLII, 1933, pág. 120.
- 54 — MATHEWS — «Douze cas de diverticule de Meckel». *Arch. of Surg.*, vol. x, n.º 2, Mars, 1925; in *Journ. de Chir.*, tome XXVI, 1925, pág. 332.
- 55 — MC. KEEN — «Ulcère saignant du diverticule de Meckel». *Colorado Medicine*, n.º 6, Juin, 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XLI, 1932, pág. 805.
- 56 — MEGEVAUD et DUNANT — «Ulcère peptique du diverticule de Meckel; hémorragies intestinales». *Rev. de Chir.*, 1922, n.º 8-9.
- 57 — MICA — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel». *Minerva Médica*, n.º 34, 25-8-932; in *Journ. de Chir.*, 1933, pág. 804.
- 58 — MICHAEL (P.) — «Tuberculose du diverticule de Meckel». *Arch. of Surg.*, n.º 6, Décembre, 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XLI, 1933, pág. 954.
- 59 — MICHAEL et BELL — «Adénocarcinome primitif provenant du diverticule de Meckel». *Surg. Gyn. and Obst.*, Jan., 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XL, 1932, pág. 118 et *Lisboa Médica*, 1932, pág. 655.
- 60 — MONDOR (H.) — «Diagnostics urgents. Abdomen», tome I. *Masson.*, 1933, pág. 269.
- 61 — MONDOR et LAMY — «Étude clinique des ulcères du diverticule de Meckel». *Journ. de Chir.*, tome XLI, 1933, pág. 279.
- 62 — MORIDOR (M.) — «Deux cas de perforation du diverticule de Meckel». *Soc. de Chir. de Paris*; in *Journ. des Praticiens*, 28-6-930, pág. 430.
- 63 — MULLER — «Appendicite avec ectopie du caecum et diverticulite de Meckel». *Soc. des Chir. de Paris (7-3-930)*; in *Presse Méd.*, n.º 23, Mars, 1930.
- 64 — NICOLAS LEONE BLOISE — «Invagination intestinal por diverticulo de Meckel en un lactante». *Arch. Lat.-Amer. de Ped.*, Mai, 1925.
- 65 — OLARIN et GRIGONESCU — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel». *Spitalul (Bucarest)*, n.º 4, Avril, 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XL, 1932, pág. 908.
- 66 — OLIVA CARLO — «Contribution à l'étude des hernies du diverticule de Meckel». *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n.º 43, 23-10-927; in *Journ. de Chir.*, tome XXXI, 1928, pág. 439.
- 67 — OMBRÉDANNE — «Ce qu'on appelle arrêt de développement, n'est souvent qu'un retard de développement». *Arch. de Méd. des Enfants*, n.º 6, Juin, 1927, pág. 344.
- 68 — PASCALE — «L'ulcère peptique du diverticule de Meckel». *La Riforma Med.*, n.º 31, Août, 1925; in *Journ. de Chir.*, tome XXVI, 1925, pág. 546.
- 69 — PASCUAL et TRIAS-PUJOL — «Deux cas de «abdomen aigu» produits par diverticule de Meckel». *Bull. de la Soc. de Chir. de Barcelona*, Mars, 1931; in *Journ. de Chir.*, tome XXXIX, 1932, pág. 597.
- 70 — PEPI — «Sur la torsion du diverticule de Meckel». *Giorn. Veneto di Sc. Mediche*, n.º 3, Mars, 1931; in *Journ. de Chir.*, tome XXXIX, 1932, pág. 110.

- 71 — PIRES DE LIMA (J. A.) — «Sôbre alguns casos de divertículo de Meckel». Separata de *A Medicina Contemporânea*, 1919.
- 72 — PIRES DE LIMA — «A propósito do divertículo de Meckel». *A Medicina Moderna*, vol. x, Out., 1921, pág. 83.
- 73 — ROBERT DEBRÉ, BOPPE, SEMELAIGNE — «Ulcère peptique du diverticule de Meckel; perforation et fistule diverticulo-colique; evolution sub-aigüe des manifestations cliniques». *Arch. de Med. des Enfants*, n.º 5, Mai, 1932, pág. 271.
- 74 — ROCHET et ETIENNE MARTIN — «Invagination intestinale par diverticule de Meckel chez un enfant de 18 mois». *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*; in *Presse Méd.*, n.º 21, 1929, pág. 345.
- 75 — ROUDIL et MARTY — «Sur un cas de perforation d'ulcère du diverticule de Meckel». *Gazette heb. des Sc. Méd. de Bordeaux*, n.º 11, 13-3-932; in *Journ. de Chir.*, tome XL, 1932, pág. 908.
- 76 — SALAZAR DE SOUSA — *Arquivos de Pediatria e Ortopedia*, Lisboa, Março de 1921.
- 77 — SALMON et DOR — «Les hernies étranglées du diverticule de Meckel». *Arch. de Méd. Génér. et Colon.*, ano II, n.º 3; in *Journ. e Chir.*, tome XLII, 1933, pág. 927.
- 78 — SCHAAF — «Contribution à la formation de l'ulcus paptique dans le diverticule de Meckel». *Deutsch. Zeitsch. für Chir.* nov., 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XLII, 1933, pág. 120.
- 79 — TAVERNIER et POUZET — «Ulcération Ombilicale due à un kyste diverticulaire fistulisé». *Lyon Méd.*, 25-5-931; in *Journ. de Chir.*, tome XXXVIII, 1931, pág. 241.
- 80 — TESTUT — *Traité de Anatomie Humaine*, Paris, 1932, tome IV.
- 81 — VAUGHAN et SINGER — «Ulcère peptique perforé du diverticule de Meckel». *Annals of Surg.*, Août, 1932; in *Journ. de Chir.*, 1933, tome XLI, pág. 492.
- 82 — VERNÉJOUL — «Perforation d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel». *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, n.º 9, nov. 1931; in *Journ. de Chir.*, tome XL, 1932, pág. 118.
- 83 — VILLARD et SANTY — «Occlusion intestinale par diverticule de Meckel». *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*; in *Revue de Chir.*, tome XLVIII, 1913, pág. 138.
- 84 — VIRGILLO — «Diverticulite de Meckel aigüe perforée à l'extérieur». *Rinasença Médica*, 1-7-931; in *Journ. de Chir.*, tome XXXIX, 1932, pág. 110.
- 85 — VONCKEN — «Invagination intestinale aigüe par diverticule de Meckel chez une femme de 62 ans». *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LVIII, n.º 2, Jan., 1932; in *Journ. de Chir.*, tome XL, 1932, pág. 283.
- 86 — WALTERS et WILKINS — «Diagnostics urgents dans la pathologie du diverticule de Meckel». *The Lancet*, 31-12-932; in *Journ. de Chir.*, tome XLII, 1933, pág. 798.
- 87 — WISELEY — «Carcinome médullaire du diverticule de Meckel». *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6-6-931; in *Journ. de Chir.*, tome XXXIX, 1932, pág. 454.
- 88 — WULFF — «À propos de l'ulcère peptique du diverticule de Meckel». *Der Chir.*, 1-12-932; in *Journ. de Chir.*, tome XLI, 1933, pág. 806.

GRANÚLIA FRIA

Tuberculose pulmonar crônica micro-nodular

POR

LÚCIO DE ALMEIDA

Estado anátomo-clínico da maior importância, pode bem dizer-se que o seu verdadeiro conhecimento é recente, pois data, apenas, de há pouco mais de uma dezena de anos.

Na verdade, o estudo clínico (Empis, Bard, Pallard, etc.) e experimental (Calmette e Guerin) feito anteriormente sobre a granulia discreta, curável e migratória, não deve, em boa lógica, ser considerado como reportando-se à granúlia fria tal qual, pelo menos, actualmente a consideramos.

Granúlia fria, com efeito, não significa granúlia sempre curável, benigna, do mesmo modo que, granúlia aguda, não equivale constantemente a doença grave, rapidamente mortal.

Embora com fenómenos gerais acentuados, uma granúlia aguda, quando discreta, pauci-lesional, pode curar completamente. É este o modo de ver de certos autores entre os quais se contam aqueles que consideram algumas formas de tifo-bacilose como sendo a tradução clínica de uma tal modalidade de granúlia pulmonar (1).

Expressão aparentemente feliz e muito consagrada, diga-se desde já que não é, todavia, suficientemente precisa.

Primeiro, porque o respectivo substrato anátomo-patológico nem sempre é constituído por granulações, sendo-o, igualmente, por lesões tubérculo-miliares e mistas. Em segundo lugar porque

(1) Pehu et Bertoye, *cits. p. Dumarest et H. Mollard. «Les tuberculoses aiguës sans localisations apparentes», Rev. de la Tuberculose, 1930, pág. 746.*

as granulações não implicam forçosamente, como se afirmou durante muito tempo, uma origem *hematogénia* nem uma consequente localização *intersticial*. Realmente, a sua origem e sede *alveolar* (esta de origem aérea ou sanguínea) são sobejamente conhecidas (1).

Acresce, além disso, que esta doença nem sempre se acompanha de apirexia absoluta, indispensável à justificação de granúlia fria. *Poussées* febris mais ou menos longas (geralmente pouco intensas) ou um estado febricular permanente (até 38°), podem, com efeito, existir no decurso da sua evolução.

Dai a designação de *tuberculose pulmonar crónica micro-nodular* nos parecer mais apropriada e digna, portanto, de substituir a de *granúlia fria*, criada por Burnand e Sayé (2), mais cómoda, por certo, mas menos ajustada aos factos anátomo-clínicos em causa.

Com esta designação não só evitamos todos os êrros supra-citados como eliminamos, igualmente, radiograficamente falando, o resultante da existência de pseudo-granúlias — qualquer que seja a sua natureza — como veremos quando tratarmos do diagnóstico diferencial. Não obstante, porém, a sua impropriedade, tendo em vista a sua relativa oposição clínica (sintomatológica e evolutiva) quanto à granúlia aguda (generalizada ou pulmonar) e a sua comodidade, empregaremos, de preferência à designação de tuberculose pulmonar crónica micro-nodular, a de granúlia fria ou crónica.

Atingindo por igual os dois sexos, se é certo que pode aparecer na média, grande infância (3) e na velhice (4), pode dizer-se, porém, que o seu predomínio se observa dos 20 aos 30 anos (5).

(1) Herard, Cornil et Hannot, cit. p. Rist, J. Rolland, P. Jacob et E. Hautefeuille, «Contribution à l'étude anatomo-clinique de la tuberculose miliaire», *Rev. de la Tuberculose*, 1927, pág. 662; Calmette, «L'infection bacillaire et la tuberculose», planche III, 2.º édition, Masson, 1922; Ribadeau-Dumas, «Les débuts de la tuberculose pulmonaire», pág. 40, Flammarion, Paris, 1925; F. Bezançon et J. Delarue, «Remarques sur la structure et le mode de formation des nodules miliaires du poumon», *Rev. de la Tuberc.*, 1930, pág. 814, etc.

(2) R. Burnand et L. Sayé, «Granulies froides et granulies chroniques», *Annales de Médecine*, 1924, págs. 365-386.

(3) P. Nobécourt, «Granulie pulmonaire lente et oculte de la grande enfance», *Jour. des Praticiens*, 1928, pág. 161.

(4) R. Burnand et L. Sayé, *loc. cit.*

(5) *Ibidem*.

Relativamente à sua freqüência nada se pode dizer de positivo sendo, no entanto, de registrar que a consideram muito provavelmente constante (nas crianças) como expressão anátomo-clínica ou sòmente anatômica da bacilémia tuberculosa, quando esta é suficientemente intensa⁽¹⁾. Estado anátomo-clínico essencialmente radiográfico, compreende-se facilmente que existam muitos casos indagnosticados.

As seguintes palavras, salvo os possíveis êrros estatísticos, podem, no entanto, orientar-nos a tal respeito: «La granulie chronique n'est pas une maladie très fréquente, mais elle n'est pas exceptionnelle. Sur 100 cas de tuberculose thoracique à évolution fibreuse, l'un de nous l'a constatée une vingtaine de fois»⁽²⁾.

Quanto à sua sede, se pode ser bilateral e unilateral (num e noutro caso total ou parcial) é sobretudo, senão exclusivamente, à modalidade bilateral e total, que deve dar-se o nome de granúlia fria ou crônica. Evidentemente, esta situação anátomo-clínica nada apresenta de comum com as *poussées* granúlicas terminais da tuberculose pulmonar habitual⁽³⁾, mais ou menos freqüentes e muito excepcionalmente é a consequência da granúlia aguda devendo, então, chamar-se, não granúlia fria, mas sim granúlia *arrefecida*⁽⁴⁾.

Sintomatologia

É caracterizada, essencialmente, por uma relativa discreção de sinais físicos, funcionais e gerais.

Uma respiração ligeiramente rude, alguns atritos pleurais (sobretudo da base) ou a existência de pequenos derrames da pleura (freqüentemente bilaterais), eis o que principalmente nos revela o exame estetoscópico.

Funcionalmente, uma tossicola e particularmente pequenas e repetidas hemóptises, (que o exame *clínico* e *radioscópico* não explicam devidamente), são, conjuntamente com uma espectoração

(1) P. Armand-Delille et H. Gavois, «Les granulies atténuées chez l'enfant», *Paris Médical*, n.º 1, 1934, pág. 20.

(2) Burnand et Sayé, *loc. cit.*

(3) R. Burnand, «Physionomie clinique des poussées granuliques au cours de la tuberculose pulmonaire», *Annales de Médecine*, Juin 1923.

(4) P. Armand-Delille et H. Gavois, *retro*, pág. 18.

mucosa ligeira, geralmente *abacilífera*, os sintomas mais frequentes e importantes.

Hemoptises muito frequentes mas pequenas (encontradas em 75 % dos casos, segundo Nobécourt) devem, realmente, fazer-nos pensar na granúlia crónica sempre que coexistirem com um estado geral deficiente acompanhado de apirexia ou de febrícula.

Além dos atritos e derrames pleurais aparecem, por vezes, sinais de ligeira *condensação pulmonar* localizada às fossas infra-claviculares: inspiração fraca e entre-cortada, submatidez e re-fôrço das vibrações vocais.

Quanto ao estado geral podemos afirmar que é quasi sempre deficiente traduzindo-se por anemia, astenia, emagrecimento, etc.

Puro ou coexistindo com os demais sintomas referidos, físicos e funcionais, é êle que, sem dúvida (principalmente quando associado às hemoptises), conduz geralmente os doentes aos médicos e estes ao diagnóstico desta curiosa forma de tuberculose pulmonar.

Para isso torna-se absolutamente necessária uma radiografia dos pulmões, feita segundo a técnica aconselhada por Decloux e Ribadeau-Dumas para a granúlia pulmonar dos lactantes (1), isto é, rapidamente, em menos de um segundo e numa fase de apneia.

Condicionada, algumas vezes, por um excesso de zelo ou descargo de consciência da parte do médico e outras por uma sugestão ou desejo expresso do consulente, compreende-se bem que uma tal radiografia — mostrando os campos pulmonares total ou parcialmente semeados de pequeníssimos nódulos — constitua uma verdadeira surpresa.

Doença cuja anátomo-patologia só assim se pode determinar, conclui-se facilmente que o seu diagnóstico fôsse impossível durante muito tempo e como muitos casos ainda hoje passem despercebidos.

É claro, ao lado destas formas, que poderemos chamar primitivas (pelo menos aparentemente), devem mencionar-se as co-existentes com lesões pleuro-pulmonares e peritoneais mais ou menos intensas, as secundárias a um pneumotorax terapêutico, modalidade especial de bilateralização, etc.

Como, possivelmente, o prognóstico desta afecção depende da

(1) E. Decloux et Ribadeau-Dumas, «Diagnostic radiologique de la granulie pulmonaire, *Soc. hôp. de Paris*, 7/3/913.

precocidade do seu diagnóstico e tratamento e da coexistência ou não de lesões pleuro-pulmonares habituais, vê-se claramente qual a importância da radiografia em patologia respiratória, muito mais rigorosa e fidedigna, como sabemos, do que a simples radioscopia e, portanto, sempre de aconselhar em casos desta natureza.

Anatomia Patológica

Deve considerar-se sob dois aspectos: o radiográfico e macroscópico e o histo-patológico ou microscópico.

O primeiro traduz-se, essencialmente, pela existência, nos pulmões, de numerosíssimos nódulos do tamanho de pequenos grãos de milho.

Esbranquiçados, irrompendo à superfície do tecido pulmonar e bem isolados uns dos outros, são particularmente abundantes nos vértices onde, geralmente, são também maiores (com três a quatro milímetros de diâmetro) e, por vezes, centralmente caseificados, esvasiados, mesmo, e formando, conseqüentemente, cavérnulas mais ou menos numerosas.

Nas bases, especialmente, a sua distribuição, em vês de regular, dotada de uma certa equidistância, pode fazer-se sob a forma de aglomerados em «fôlha de trevo».

Separando ou unindo, (como quisermos), estes nódulos, existe uma intensa proliferação de tecido fibroso, conferindo à imagem radiográfica um aspecto grânulo-reticulado característico.

Histo-patologicamente, se é certo que, durante muito tempo, foi grande a divergência entre os autores mais competentes, pode dizer-se que, actualmente, existe uma verdadeira unanimidade de vistas.

Historiando esta momentosa questão citaremos duas escolas: a de Bezançon, considerando a granúlia fria como devida puramente a lesões granúlicas, de origem e sede, portanto, respectivamente sangüínea e intersticial, e a de Rist⁽¹⁾ atribuindo-a a lesões quer granúlicas quer tubérculo-miliares, melhor, a lesões mistas, com predomínio das últimas.

(1) E. Rist, J. Rolland, P. Jacob et E. Hautefeuille, *loc. cit.*; E. Hautefeuille, «Contribution à l'étude de la granulie froide et chronique», *Thèse de Paris*, 1926.

É certo que Bezançon bem cedo reconheceu quanto a sua opinião era errada acabando por adotar, com a maior probidade científica, a opinião de Rist e seus adeptos.

Atribuindo, muito embora, uma origem hematogénia ao *substratum* anátomo-patológico da *granúlia fria*, Bezançon, na verdade, admite actualmente que êle é constituído, ao mesmo tempo, por nódulos miliares exsudativos (*tubérculos miliares*), nódulos miliares foliculares (*granulações tuberculosas, intersticiais e alveolares*), nódulos miliares intermediários e nódulos miliares fibrosos, « forma de envelhecimento e de cicatrização dos precedentes » (1).

« Les observations que nous avons étudiées nous démontrent surabondamment que, si les nodules arrondis répondant au type macroscopique des « granulations miliaires » peuvent bien avoir une structure folliculaire, selon la description classique, ils peuvent bien aussi être réalisés par des lésions d'alvéolite. Il faut donc cesser de superposer l'aspect macroscopique et la structure histologique des lésions, d'autant que la diversité de celles-ci, leur si fréquente association rend cette superposition impossible et inutile » (2).

Depois de salientarem que a sede e natureza das lesões são, sobretudo, função do tempo, isto é, da duração da doença (alvéolar nas formas agudas e intersticial nas formas crônicas, de longa evolução) conclui Bezançon: « En général, ont peut dire ceci: la lésion semble surtout alvéolaire, les bacilles passent dans l'alvéole et constituent une lésion alvéolaire; mais il est non moins indiscutable que de temps en temps, comme l'ont vu Hirschmann et Arnold, comme l'a vu Delarue, on trouve des follicules qui sont exclusivement interstitiels, mais ce siège n'est pas fréquent. En général, ces follicules eux-mêmes siègent plutôt dans une cavité alvéolaire, dans un alvéole. En somme, on peut dire que la plupart de ces lésions ne se développent pas, comme l'a-

(1) Albert Giraud, « La tuberculose à foyers micro-nodulaires disséminés et la conception moderne de la « granulie » », *Le Monde Médical*, n.º 804, 1932, pág. 84. « La tuberculose à foyers micro-nodulaires disséminés et la granulie », *Précis de Phtiosologie*, 1933, págs. 185-196, G. Doin, édit.

(2) F. Bezançon et J. Delarue. « Remarques sur la structure et le mode de formation des nodules miliaires des poumons », *Rev. de la Tuberc.*, 1930, pág. 812.

vaiant montré les anciens auteurs, Cornil, Hanot et Hérard en particulier, dans l'intérieur du vaisseau; mais que les bacilles sortent du vaisseau, et que la première réaction, comme Delarue l'a vu au point de vue histologique avec Huguenin, se fait surtout dans l'alvéole; ce qui n'empêche que de temps en temps on voie se développer les follicules, soit dans un lymphatique, soit même dans la parois d'une bronche, soit même peut-être dans l'adventice d'un vaisseau.

Mais en général, le plus souvent, la lésion, quoique venue par la voie sanguine, va se faire à l'alvéole» (4).

Patogenia

Descrita, por assim dizer, no capítulo antecedente, vejamos, no entanto, quais os elementos a juntar-lhe.

Expressão anátomo-clínica de uma sôbre-infecção (endógena, segundo tôdas as probabilidades), duas vias, apenas, cremos — a sanguinea e a linfática — explicam cabalmente uma tal difusão e multiplicidade de lesões. A via aérea ou endo-brônquica, pelas razões mencionadas, parece, na verdade, absolutamente inadmissível. Podendo, quando muito, provocar lesões micro-nodulares localizadas (de natureza hemoptoica, tuberculosa ou mista), vê-se claramente que a sua importância é praticamente nula na patogenia dêste estado mórbida. Quanto às vias sanguinea e linfática, como é óbvio, as opiniões encontram-se divididas, predominando a primeira para uns e a segunda para outros.

Naturalmente, os defensores da via sanguinea escudam-se na étio-patogenia da granúlia aguda, fazendo, muito logicamente, corresponder às mesmas lesões, macro e microscópicas, igual mecanismo de formação.

Doutrina incontestavelmente lógica e racional confere-lhe indiscutíveis atributos de veracidade o aparecimento da granúlia consecutivamente a intervenções em focos tuberculosos, a realização experimental da tuberculose micro-nodular pela injeção intra-venosa de bacilos de Koch (2) e do B. C. G. (3). Contra

(1) Bezançon, *loc. cit.*, pág. 817.

(2) Borrel, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893.

(3) Coulaud, «Effet des injections intraveineuses du bacille bilié», *retro*, n.º 3, 1927.

ela militam, no entanto, evidentes factos clínicos: graves sintomas gerais, evolução fatal, distribuição a outros órgãos na granúlia aguda demonstrando a existência da septicémia bacilar, etc., em opposição flagrante com a discreção de todos os sintomas e ainda com a evolução lenta, arrastada, tantas vezes benigna, da granúlia fria.

Sem dúvida, estes factos não invalidam de modo algum a doutrina da sua origem hematogénia. Basta que, como é natural, a admitamos conjuntamente com outros factores: atenuada virulência dos bacilos, sua disseminação sob a forma de *descargas bacilémicas freqüentemente latentes*; especial estado de resistência do organismo, etc.

Na verdade, estando provado, experimentalmente ⁽¹⁾, que a injeccção de uma mesma dose de bacilos (dotados de igual virulência, bem entendido), produz efeitos diferentes conforme o organismo se apresenta ou não em estado de alergia e ainda segundo as flutuações desta, admite-se perfeitamente que a hemo-disseminação bacilar determine a granúlia — aguda e fria — do mesmo modo que as demais variedades anátomo-clínicas da infecção tuberculosa. Quanto à via linfática, admitida por Burnard, Sayé ⁽²⁾ e tantos outros, parece-nos ainda mais defensável que a sanguínea. A predileção da infecção tuberculosa para o sistema linfático (contraída quer por via digestiva, quer por via respiratória), junta à conhecida resistência que lhe opõe dá-nos, positivamente, melhor do que a via sanguínea, a completa explicação da razão de ser anátomo-clínica da granúlia fria.

A preferência por esta via cresce, ainda, se, como é natural, admitirmos que a infecção tuberculigénia se realiza à custa de bacilos pouco virulentos, mortos ⁽³⁾, mesmo (pelo menos alguns)

(1) M. Nasta et M. Blechmann, « Contribution expérimentale au problème de la granulie », *Arch. Roumaines de Pathol. Expérimentale et de Microbiologie*, Masson, édit. 1930, págs. 375-426.

(2) *Loc. cit.*

(3) M. Macaigue et P. Nicaud, « Granulie expérimentale », *Soc. des hôp. de Paris*, 1930, pág. 517. A tal respeito dizem estes autores, esclarecendo alguns pontos obscuros da étio-patogenia da tuberculose pulmonar crónica micro-nodular: « Dans ces conditions expérimentales nous avons constaté que la lésion élémentaire de la granulie, c'est-à-dire la granulation tuberculeuse primitive, est une lésion de l'alvéole occupant à la fois le tractus interstitiel et

ou, muito possivelmente, por granulações ácido-resistentes e bacilos cianófilos⁽¹⁾ de atenuada virulência e até por formas filitrantes⁽²⁾ ou por simples toxinas?⁽³⁾ provávelmente elaboradas nos gânglios linfáticos. Entrando em jôgo com todos êstes elementos (bacilos raros e pouco ou nada virulentos; bacilos mortos, alergia, via sanguínea e linfática, lesões anteriores, etc), apresentam-se-nos absolutamente clara a patogenia, aspectos e evolução da granúlia fria: pura, *coexistente* com lesões vulgares, *acompanhada* ou não de expectoração bacilífera, curável, complicada de tuberculose pulmonar, de meningite, etc.

É claro, dada a íntima união entre a circulação linfática e sanguínea, tanto ou mais que uma só destas vias, é forçoso admitir que ambas, em maior ou menor proporção, conforme os casos, constituam o trajecto seguido pelos gérmes determinantes da granúlia. Esta natural associação de vias de disseminação bacilar representará, até, mais um factor a considerar na determinação dos seus diferentes aspectos evolutivos. Qualquer que seja a via de disseminação, repetimos, para que a granúlia crónica se constitua torna-se necessário que se lhe associem especiais condições bacilares (muito provávelmente) e sem dúvida hístio-humorais (específicas e não específicas), correspondendo (as primeiras) ao período secundário de Ranke ou de generalização. «*En este momento tienen lugar, como al principio, dispersiones hematógenas, las siembras del segundo estadio, los procesos granulicos del segundo estadio, que muchas veces evolucionan de una manera favorable, resolviéndose todos o casi todos los elementos, curando algunos de ellos por fibrosis o por calicosis, o concretándose algunas lesiones residuales en un pequeño foco caseoso que da lugar a una ulceración, a una caverna, capa, por otro lado, de curar por cicatrización o por blobo,*

la cavité elle-même et l'alvéolite ainsi produite à la fois pariétale et cavitaire se présente soit sous la forme desquamative simple, soit sous la forme folliculo-giganto-cellulaire» (pág. 518).

(1) Jacques Delarue, «Les formes anatomo-cliniques des «Granulies Pulmonaires»», 1930, págs. 159-160, Masson et C.^o, éditeurs.

(2) P. Armand-Delille et H. Gavois, *loc. cit.*, pág. 18.

(3) P. Nicaud, «Tuberculose miliaire chronique expérimentale», *Soc. des hôp. de Paris*, 1934, pág. 946.

o de ser el punto de partida de un proceso tuberculoso crónico» (1).

Diagnóstico diferencial

Quando, por mais e melhor pesquisados, se não encontram bacilos de Koch na expectoração ou não existem concomitantemente outras lesões de evidente etiologia bacilar (ósteo-artrite, adenopatias, etc.) conferindo-lhe indiscutíveis atributos de probabilidade, é manifesto que se impõe a sua distinção com outras doenças ou causas capazes de apresentar a mesma ou semelhante imagem radiográfica.

Entre estas devemos mencionar a sífilis, as hemoptises, a tuberculose fibrosa e, sobretudo, as pneumoconioses.

A granúlia pulmonar aguda, freqüentemente associada à de outros órgãos (peritoneu, meningites, etc.), pela intensidade dos fenómenos gerais (febre alta) e funcionais (dispneia intensa, por vezes asfíxiante) jãmais poderá confundir-se com a granúlia fria.

É certo que outras doenças podem originar também lesões pulmonares de aspecto micro-nodular. São, porém, tão raras, tão excepcionais que, praticamente, podem considerar-se inexistentes. É o que pode suceder com a carcinose pulmonar miliar (2), geralmente secundária ao carcinoma gástrico, latente ou não, e, por consequência, de diagnóstico relativamente fácil tendo em vista, no primeiro caso, a simples evolução, no segundo esta e a sua coexistência ou sucessão.

É que a carcinomatose pulmonar, denunciando-se por intensa dispneia, confunde-se principalmente com a granúlia aguda (de forma sufocante). Com a granúlia fria a sua confusão somente será possível durante o período *prè-respiratório*, quando apenas existem perturbações do estado geral e nomeadamente um acen-

(1) J. Valdés Lambea, «Notas sobre patologia general y clinica de las granulias (Conferencia dada en la Academia de Medicina de Vigo)», *Los Progressos de la Clinica*, n.º 12, Diciembre de 1932, pág. 719.

(2) Ch. Achard, M. Barety, G. Desbuquois et Sternfeld, «Granulie cancéreuse des poumons secondaire à un cancer latent de l'estomac», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1931, pág. 184; A. Costedoat, «La lymphangite cancéreuse des poumons à forme suffocante», *La Presse Médicale*, n.º 37, 1933, pág. 145; M. M. Léon-Kindberg et R. Garcin, «Sur un cas d'épithéliome naevique avec granulie cancéreuse», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1927, pág. 1361; etc.

tuado emmagrecimento (período curto, de duas a cinco semanas). Uma radiografia pulmonar tirada nesta fase da linfangite cancerosa pulmonar pode, realmente, simular a granúlia fria. Como, porém, uma radiografia nestas condições só muito excepcionalmente será feita, segue-se que o problema do diagnóstico diferencial entre os dois estados mórbidos só muito excepcionalmente, também, requererá solução.

Quanto à granúlia pulmonar sífilítica⁽¹⁾ os antecedentes, a concomitância de outros sinais, a positividade da reacção de Wassermann bem como os resultados, possivelmente rápidos e brilhantes, da medicação específica, facilmente permitem estabelecer o respectivo diagnóstico. Nalguns casos, porém, só *post-mortem*, pelo exame histo-patológico, se poderá esclarecer a sua natureza.

Com a chamada *essaimage* hemoptoica é que já não sucede o mesmo. Admitida por uns⁽²⁾, negada por outros, entre os quais Bezançon⁽³⁾, uma tal imagem parece corresponder mais a uma verdadeira tuberculose pulmonar micro-nodular do que a uma pseudo-granúlia de natureza puramente hemoptoica (a hemoptise ou hemoptises, consideradas como causa da granúlia não passando, por vezes, de seus efeitos). Na verdade, a simples injeccção intra-traqueal de sangue não é capaz de a determinar em animais sensibilizados, isto é, inoculados com bacilos de Koch.

Pelo contrário, *associado a bacilos de Koch ou a tuberculina* e injectado na traqueia de *animais contaminados*, provoca lesões típicas de granúlia⁽⁴⁾. Que melhor prova de que a *essaimage* hemoptoica não é devida apenas ao sangue mas aos bacilos que este contém e ainda ao estado alérgico dos doentes? Se, porventura, tais lesões curam mais rapidamente que as da *granúlia fria* de outra origem é, certamente, ou porque a disseminação bacilar

(1) M. Favre et N. Contamin, «La syphilis pulmonaire granulique. Formes anatomiques et cliniques. Syphilis et tuberculose pulmonaires aigües», *Lyon Médical*, Juillet 1928, 2.º vol., pág. 121-136.

(2) F. Cardis, «Aspect radiologique micro-nodulaire de l'aissaimage hemoptoique dans la phthisie», *Rev. de la Tuberc.*, 1928, pág. 605-624; Jean Foix, «De quelques cas de fausses granulies froides», *retro*, 1932, pág. 276.

(3) Bezançon, *Rev. de la Tuberculose*, 1932, pág. 400.

(4) Austrian et Willis, *cits. p. G. Thoyer*, «Lésions pulmonaires disseminées curables après hémoptysie», *Annales de Médecine*, Octobre, 1933, pág. 306.

é mais atenuada (na dose e virulência) ou porque a reacção defensiva do organismo é mais intensa e eficaz.

Possivelmente, alguns casos de granúlia fria facilmente curáveis têm esta patogenia, isto é, são casos de granúlia secundária a hemoptises bacilíferas⁽¹⁾, bem patenteadas clinicamente pela sua revelação exterior, quer quasi totalmente difundidas no aparelho respiratório. Uma tal hipótese é perfeitamente admissível tanto mais que, uma pequena quantidade de sangue, finamente pulverizado, pode, à semelhança do que sucede com o lipiodol (20 cc., apenas) atingir uma grande extensão pulmonar, dando, como êste, a mesma *imagem de aspiração aérea*⁽²⁾.

Evidentemente, uma tal étio-patogenia (de verdadeiras e não de pseudo-granúlias), se é possível secundariamente a lesões mínimas (a cavérnulas indistinguisháveis, por exemplo), e localizada a grandes áreas, realiza-se, de preferência, consecutivamente a lesões bem aparentes e na vizinhança destas, em regra geral nas regiões infra-jacentes.

Daí, em si mesmas, estas formas de granúlia serem geralmente benignas, o futuro dos doentes, em tais casos, dependendo fundamentalmente das lesões vulgares concomitantes. Descrevemos êste estado mórbido, (porque assim o consideram alguns autores), entre as pseudo-granúlias, mas indevidamente, como vemos, visto tratar-se antes, segundo tôdas as probabilidades, de uma verdadeira granúlia, dotada, muito embora, pelo menos nalguns casos, de uma patogenia e evolução especiais.

Como é fácil de prever a tuberculose fibrosa, quando mais ou menos nodular, pode confundir-se com a granúlia crónica⁽³⁾.

Na verdade, os múltiplos espessamentos, redondos ou arredondados, que esta forma de tuberculose pulmonar por vezes apresenta, conferem-lhe um aspecto de certo modo granúlico. Uma tal confusão é sobretudo possível com as granúlias em evolução fibrosa, nas quais as formações nodulares são, naturalmente,

(1) Léon Bernard et Thoyer, *Lésion pulmonaires disséminées curables après hémoptysies*, *Rev. de la Tuberc.*, 1932, pág. 628.

(2) F. Cardis, *loc. cit.*, pág. 615.

(3) P. Nicaud, « De la difficulté de l'interprétation des images radiologiques micro-nodulaires. Sclérose nodulaire du poumon à images radiologiques granulées », *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 25 Juin 1934, pág. 936-941; Etienne Bernard, « Granulie froide et tuberculose fibreuse, *retro*, pág. 904-914.

menos aparentes e numerosas. Rigorosamente o respectivo diagnóstico diferencial só é possível (pelo menos nalguns casos) tendo em vista as indicações radiográficas anteriores surpreendendo o processo mórbido sob a forma de granúlia típica e evoluindo ulteriormente para a fibrose ou esta evoluindo para a *pseudo-granúlia* ou esclerose nodular. Possivelmente, a nossa V observação constitui um destes exemplares.

A sua discreção e unilateralidade, a sua acentuada fibrose, etc., justificam tanto êste diagnóstico como o de granúlia secundária a lesões fibro-caseosas do pulmão oposto. Neste caso, efectivamente, dada a relativa recência da caverna pulmonar direita, era natural que o estado pulmonar esquerdo fôsse mais típico ou seja mais nodular e menos fibroso.

É claro, êste diagnóstico não exclui (pelo menos formalmente), o de granúlia discreta instalada num pulmão, posterior e sobretudo anteriormente esclerosado. Daí a sua publicação, em qualquer das hipóteses, suficientemente justificada, parece-nos.

Entre as pneumoconioses é sobretudo a silicose que se pode confundir com a granúlia crónica⁽¹⁾.

Pura ou sempre associada à tuberculose (que provoca e à qual imprime características especiais, traduzidas por uma esclerose acentuada e por uma evolução relativamente benigna «... dans cette conception, le nodule silicotique typique, celui qu'on envisage souvent comme «pur», ne serait pas autre chose qu'un foyer tuberculeux cicatrisé et guéri, parce qu'il s'est formé au niveau d'un amas de particules siliceuses»⁽²⁾); pura ou sempre associada à

(1) Léon Bernard et Marcel Perrault. «Sur le diagnostic clinique de la silicose (l'image radiographique spéciale)», *Annales de Médecine*, n.º 3, Octobre 1933, págs. 255-266. A Policard, «Remarques sur la pathogénie de la «silicose pulmonaire»», *Rev. de la Tuberculose*, n.º 3, 1934, pág. 304; L. Croizier et Edme Martin (de Saint-Etienne), «Fibrose pulmonaire chez les mineurs plus spécialement occupés à la perforation et à l'exploitation des roches», *retro*, pág. 292; D'Hour, *retro*, pág. 307; J. de Léobardy, A. Durand et Villoutreix, «La silicose pulmonaire au Limousin», *retro*, pág. 311, etc.

(2) A. Policard, «Sur la pathogénie de la silicose pulmonaire. Mode de formation du nodule silicotitique», *La Presse Médicale*, 1933, pág. 92.

Esta é também a opinião de Rist e Dubrow afirmando: «il importe de préciser que, selon nous, la tuberculose n'est pas en pareil cas une infection terminale surajoutée à des lésions primitivement non tuberculeuses. Il s'agit

tuberculose⁽¹⁾, repetimos, compreende-se que o seu diagnóstico seja, na segunda hipótese, particularmente difícil. Os antecedentes profissionais duradouros (alguns anos de trabalho em minas contendo poeiras de sílica, como as da África do Sul e do Gard, etc.; a ausência, verificada por todos os meios possíveis, de bacilos de Koch na expectoração e a imagem radiográfica podem conduzir ao diagnóstico de primeira forma ou silicose simples. Geralmente no princípio, caracterizado por «un semis de petites taches ponctuées»⁽²⁾, é que a confusão com a granúlia fria se torna mais fácil (segundo Schaaf as lesões micro-nodulares silicóticas são mais densas que as da granúlia)⁽³⁾.

Nem sempre, porém, este problema se pode resolver devidamente. É que se a silicose simples pode dar a mesma sintomatologia clínica (dispneia, tosse, hemoptises, etc.) e radiográfica que a granúlia crónica mais a pode apresentar, ainda, a silico-tuberculose revelando a presença de bacilos de Koch na expectoração e urgindo, neste caso, sob o ponto de vista médico-legal, discriminar rigorosamente o que pertence a um e outro processo mórbidos.

Quanto às demais pneumoconioses (antracose, siderose, chistosose, etc.) a sua acção pneumo-esclerosante e, *possivelmente*, granulogénia, admite-se hoje que a têm paralelamente à sua abundância em sílica⁽⁴⁾.

Não se pense, porém, que a imagem granúllica pela qual es pode traduzir a silicose pulmonar é devida aos grânulos de sílica

d'une maladie tuberculeuse dès son début, et dont l'évolution anatomo-clinique a, du fait de la silicose, une allure insolite.»

.....

Negando-lhe toda a personalidade mórbida, concluem ainda mais categoricamente: «En somme, jusqu'ici nous n'avons pas pu trouver de caractère, radiologique, anatomique ou clinique, qui permette d'individualiser la silicose, maladie autonome, et sa lésion élémentaire» (E. Rist et S. Dubrow, «La silicose», *Rev. de Phisiologie Médico-Sociale*, n.º 1, 1933, págs. 5-15).

(1) A. Feil, «La silicose pulmonaire», *La Presse Médicale*, 1930, pág. 1220.

(2) A. Feil, *retro*, pág. 1223.

(3) Cit. p. De Léobardy et Pasquet, «Pneumothorax spontané bilatéral à rechutes, silicose pulmonaire et tuberculeuse miliaire», *Rev. de la Tuberculose*, 1932, pág. 383.

(4) A. Feil, Contribution à l'étude des pneumoconioses professionnelles, *La Presse Médicale*, 1930, pág. 539.

mais ou menos conglomerados. Um tal aspecto deve, pelo contrário, como se deduz das experiências de Laurent Moreau (1) atribuir-se apenas às reacções celulares provocadas por tais grânulos.

No tocante à asbestose ou amiantose nada conhecemos, sob o ponto de vista radiológico, que possa confundí-la com a granúlia fria (2). Pelo contrário, a pneumoconiose saturnina, embora muito excepcionalmente, pode, como a silicose, realizar o mesmo aspecto clínico e radiológico (3).

Além destes estados mórbidos poderá a imagem radiográfica da tuberculose pulmonar crónica nodular ser determinada por simples alterações ângio-pulmonares? Jean Foix (4) assim o pensa admitindo um caso devido a uma doença mitral.

Igual opinião têm Laubry (5), Grenet e Isaac-Georges, etc., citando alguns casos dependentes de maior ou menor insuficiência cardíaca e mais ou menos facilmente curáveis pela digitalina. « *La simple stase dans la circulation pulmonaire réalise sur les clichés des aspects pseudo-granuliques impressionnants. En voici un exemple: Une enfant de onze ans, atteinte de cirrhose cardio-tuberculeuse, était renvoyée de Cannes parce que, disait-on, sur la foi d'une radiographie, elle faisait une dissémination tuberculeuse: on voyait, en effet, dans les deux champs pulmonaires une série de taches irrégulières. Mais très rapidement une cure digitale faisait disparaître la majorité de ces taches, ne laissant que des empâtements péri-hilaires* » (6). Léon Bernard vai mais longe ainda admitindo que, nos lactantes, o simples choro e

(1) Dr. Laurent Moreau, « Recherches cliniques et radiologiques sur la silicose pulmonaire », *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1-xii-1933, págs. 512-521.

(2) A. Feil, « La pneumoconiose des travailleurs de l'amiante », *La Presse Médicale*, 1931, pág. 1872.

(3) E. Moreno Cobos e L. Munuera Morosoli, « Sur la pneumoconiose saturnine », *Annales de Médecine*, 1931, 2.º semestre, págs. 15-30.

(4) Jean Foix, « De quelques cas de fausses granulies froides », *Rev. de la Tuberculose*, 1932, pág. 276.

(5) Charles Laubry, « Les hémoptysies chez les cardiaques (íprofes de la communication de A. Caussade) », *Soc. méd. des hóp. de Paris*, 1934, pág. 1152.

(6) H. Grenet et P. Isaac-Georges, « A propos de trois observations de tuberculose micro-nodulaire subaiguë ou chronique chez l'enfant », *retro*, pág. 917-918.

gritos podem causar nos vasos pulmonares um estado capaz de se traduzir radiograficamente por uma imagem pseudo-granúlica. « *Même des films de nourrissons, dont les cris et les pleurs durant la prise du film gonflent les vaisseaux, sont susceptibles d'offrir des semis de taches d'origine circulatoire qu'on est tenté, si l'ont n'est prévenu, d'attribuer à des lésions pulmonaires* »⁽¹⁾.

Das imagens pseudo-granúlicas devidas à periarterite nodosa⁽²⁾, à broncopneumonia na fase de declínio⁽³⁾ e à injeção intra-brônquica de lipiodol⁽⁴⁾ desnecessário se torna falar detalhadamente, tão raras elas são e tão fácil será o seu diagnóstico atendendo, respectivamente, à concomitância de manifestações, aos antecedentes e evolução (rapidamente curável) e aos comorativos.

Finalmente, quanto às pseudo-granúlias de natureza cálcica (de origem hídrica ou metabólica) e ainda às devidas a pneumomioses⁽⁵⁾ e à doença de Besnier-Bœck é evidente que podem existir mas, como são excepcionais e mal conhecidas, limitamo-nos a citá-las aguardando que o seu estudo se faça devidamente.

Evolução e prognóstico

Mais favorável que a da granúlia aguda (generalizada ou pulmonar), nem sempre, todavia, deixa de ser grave. Assim é que umas vezes cura (por resolução, calcificação, transformação fibrosa e estabilização das lesões), outras conduz à invalidez (tuberculose ósteo-articular, mal de Pott) e à morte (por caquexia ou insuficiência cardíaca progressivas) e outras, finalmente, por *ativação granúlica*, transformação em tuberculose fibro e úlcero-caseosa ou por

(1) Léon Bernard, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1934, pág. 1154.

(2) H. Grenet et P. Isaac-Georges, « Iprofes de trois observations de tuberculose micro-nodulaire subaiguë ou chronique chez l'enfant ». *Soc. des hôp. de Paris*, 25 Juin 1934, pág. 917.

(3) Ibidem.

(4) P. Ameuille, « Le problème des granulies froides », *retro*, pág. 889.

(5) R. R. Sayers and F. V. Meriwetter, « Miliary Lung Disease Due to Unknown cause », *The Amer. Jour. of Roentgenology and Radium Therapy*, n.º 3, 1932, pág. 337-351.

meningite. Geralmente, a morte, por qualquer dos mecanismos referidos, dá-se após alguns meses e mesmo anos. Daí a razão de ser de um prognóstico imediato geralmente favorável mas tardiamente muito duvidoso, reservado.

Posição da granúlia fria no quadro da tuberculose pulmonar

Conhecidas as principais características da granúlia fria, qual o seu lugar no vasto quadro da tuberculose pulmonar crónica?

Representará, como tantas outras, uma forma mais ou menos típica? Será, pelo contrário, apenas um *modo de início* ou um *episódio evolutivo* mais ou menos freqüente daquela?

A primeira noção é defendida sobretudo por Burnand⁽¹⁾. Com efeito, para êste autor, nem o facto de, *radiograficamente*, poder ser traduzida pela silicose, esclerose, *essaimage* post-hemoptoica e carcinose miliar; de não apresentar (por vezes) confirmação bacteriológica; de ser, em regra, segundo Jacquerod, precedida de um episódio febril e merecer, portanto, mais a designação de *granúlia arrefecida* do que a de *granúlia fria*; de não ter unidade anátomo-clínica, etc., lhe podem negar essa qualidade. Como as demais formas, a granúlia crónica (embora susceptível de grande polimorfismo evolutivo) representa, realmente, uma entidade anátomo-clínica verdadeiramente típica, senão em todos, pelo menos, em muitos casos:

«Aucun des types anatomo-cliniques de tuberculose que l'on décrit couramment, ne se montre, en pratique, absolument pur de tout alliage — et aucun des mots dont on se sert pour le désigner ne comporte un sens plein et exclusif.

Il en est de même pour la granulie froide. Nous estimons que ses facteurs constitutifs sont pour le moins aussi originaux et aussi différenciés que ceux de la tuberculose fibreuse, caséuse, cavitaire localisée, etc., qui ont acquis droit de cité en nosologie.

(1) R. Burnand (de Lausanne), «Considérations sur la granulie froide, à propos d'un cas compliqué d'érythème cutané chronique», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, n.º 21, 25 Juin 1934, pág. 889-897.

Dans les cas typiques, le syndrome se maintient pareil à lui-même pendant des mois et des années. Vous en jugerez d'après les radiographies qui vous seront présentées tout à l'heure. Si, tardivement, il arrive à cette maladie de se compliquer d'infiltrations «exsudatives» et de nécroses, ce fait ne suffit pas à la banaliser et à la réduire à un simple état anatomique transitoire » (1). Nos adolescentes e principalmente nos adultos jovens é incontestado que este modo de ver é bastante defensável. Na verdade, os casos *duradoiros* e *curáveis* desta modalidade anátomo-clínica da tuberculose pulmonar são bastante numerosos para lhe conferirem absoluta ou, pelo menos, relativa individualidade. O contrário, porém, sucede geralmente com as crianças nas quais representa, apenas, um modo de início de tuberculose pulmonar mais ou menos rapidamente terminada por uma evolução úlcero-caseosa ou por uma complicação meningea, constituindo (2) a chamada «*tuberculose miliar de evolução lenta*», muito mais freqüente que a *granúlia fria*, (que é verdadeiramente excepcional) ou fazendo parte das «*formas ambulatórias da tuberculose pulmonar de imagem finamente nodular* » (3).

Defendem a segunda noção, e não menos calorosamente, Ameuille e Léon Bernard. Assim, Ameuille, depois de salientar que a granúlia fria aparece muitas vezes em tuberculosos pulmonares francos e termina, igualmente, por uma forma comum de tuberculose, diz:

«*Encadrée de la sorte entre un début et une fin de tuberculose évolutive banale, elle paraît bien n'être elle-même qu'un épisode évolutif d'un caractère un peu particulier* » (4).

Por seu lado, Léon Bernard, insurgindo-se contra o valor patognomônico atribuído à imagem miliar na individualização da granúlia fria (susceptível de ser provocada pelas mais diferentes

(1) Ibidem, pág. 890.

(2) E. Lesné, R. Clément, Mlle. Dreyfus-Sée et Cl. Launay, « À propos de la granulie froide chez l'enfant, *Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 25 Juin 1934, pág. 921.

(3) Robert Débré, Marcel Lelong, G. Sémelaigne, Mignon et Mlle. Petot, *loc. cit.*, pág. 931.

(4) P. Ameuille, « Le problème des granulies froides, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 25 Juin 1934, pág. 887.

modalidades de tuberculose pulmonar) e atribuindo o seu carácter crónico não ao tipo lesional (granulações ou tubérculos miliares) mas sim ao seu potencial evolutivo (forte, médio e fraco), causando, respectivamente, a *granúlia aguda*, *subaguda* e *crónica*, baseia a sua opinião no aspecto evolutivo (geralmente para a cura ou para a transformação úlcero-caseosa vulgar) e afirma:

« Je concluerai en disant qu'il ne me semble pas justifié d'individualiser parmi les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire une forme spéciale dite « granulie froide », fondée uniquement sur une image radiographique. Cette image, qui répond probablement à un type lésionnel particulier, la lésion miliaire (tubercule ou granulation), peut se rencontrer avec les formes cliniques les plus variées, ainsi qu'associée aux images répondant aux autres types lésionnels de la tuberculose pulmonaire. Elle marque la plupart du temps un état transitoire, souvent initial, de la maladie, mais n'en saurait constituer une forme spéciale » (1).

Vemos, assim, quão delicado é o problema da classificação da granúlia fria no quadro da tuberculose pulmonar.

Verdadeira forma para uns, simples *modo de início* ou mero episódio evolutivo para outros, é indiscutível que constitue um estado anátomo-clínico muito importante e curioso sobretudo pelo que tem de radiograficamente semelhante e clinicamente diferente, sob o ponto de vista imediato, com a *granúlia aguda*. Quando, pois, outras razões não existissem — que existem — bastariam estas para justificar a publicação do nosso trabalho.

Por seu lado Sergent, Cottenot e Poumeau-Delille, que dão ao aspecto radiográfico da granúlia fria o nome de « *imagem em malhas de filet* » e lhe atribuem uma etiologia (tuberculose, estado congestivo post-hemoptoico e estase vascular devida a insuficiência cardíaca) e uma anátomo-patologia (perilobulite, congestão vas-

(1) Léon Bernard, « La signification des tuberculoses miliaires dites « granulies froides », *retro*, pág. 951. Aos raríssimos casos que evoluem para a morte sem grande alteração da *imagem radiográfica*, começando por conceder o direito de constituírem, possivelmente, uma individualidade anátomo-clínica, classifica-os depois no quadro da tuberculose fibrosa, da qual são uma variedade.

cular, estase venosa, alveolite, brônquio-alveolite, etc.), muito diferentes, concluem :

« Cette image en mailles de filet ne permet pas, à elle seule, de faire un diagnostic topographique et encore moins un diagnostic de nature. Cet aspect n'est nullement caractéristique de la granulie froide, terme qui ne répond ni à une entité clinique bien définie, ni à des constatations histologiques précises » (1).

Quanto a nós, reconhecendo, muito embora, que a *granúlia fria pura* é muito rara, admitimos, todavia, que tem uma existência indiscutível.

Que outro nome, com efeito, deve dar-se aos casos começando apirêticamente, mantendo o mesmo aspecto rádio-clínico durante anos e anos, enfim, curando quer por esclerose quer por *nettoyage* ou causando a morte por caquexia ou insuficiência cardíaca? Desde que a apiréxia é possível em tôdas as formas de tuberculose; desde que a existência de lesões micro-nodulares (granulações ou tubérculos miliares) é inegável nos pulmões; enfim, desde que a tuberculose, em geral, é susceptível de uma grande latência e pode ter como evolução favorável a cura clínica por *restitutio ad integrum* e mais vulgarmente por esclerose, como não admitir a existência da *granúlia fria pura*? Seria, sem dúvida, negar de igual modo a existência rádio-clínica das demais formas de tuberculose pulmonar. De resto, quando êstes argumentos não fôsem suficientes para a sua individualização, conferir-lha-ia, parece-nos, a indiscutível base experimental que já tem (2).

Estaremos, assim, ao lado de André Dufourt e Jacques Brun (3)

(1) Emile Sergent, P. Cottenot et G. Poumeau-Delille, « Les images radiologiques en mailles de filet », *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1934, pág. 952.

(2) M. Nasta et M. Blechmann, *loc. cit.* M. Macaigne et Nicaud, *loc. cit.* P. Nicaud, « Tuberculose miliaire chronique expérimentale », *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1934, pág. 941.

Na falta de documentos radiográficos anteriores, necessários, absolutamente necessários ao diagnóstico de granúlia fria, os casos *d'emblée* ou rapidamente complicados de tuberculose pulmonar fibro e úlcero-caseosa (pelo menos alguns), podem, igualmente, considerar-se como tendo o sido de *granúlia pura* durante muito tempo.

(3) André Dufourt et Jacques Brun, « Étude critique du syndrome granulie pulmonaire chronique », *La Presse Médicale*, n.º 22, 1934, pág. 434.

e sobretudo de Bezançon⁽¹⁾ os quais, reconhecendo e criticando os abusos cometidos em matéria de *granúlia fria*; proclamando a sua diversidade anátomo-patológica; salientando as dificuldades do seu diagnóstico e o polimorfismo da sua evolução, não deixam, todavia, de reconhecer a sua existência.

Tratamento

Sob o ponto de vista higiénico-dietético, consiste, fundamentalmente, no da tuberculose pulmonar habitual.

Como terapêutica medicamentosa, além da auroterapia (aconselhável em todos os casos), parece-nos muito defensável a anti-genoterapia. Contra a assistolia estão naturalmente indicados, embora sem grande eficácia, os toni-cardíacos.

Nas formas localizadas, unilaterais, complicadas ou não de tuberculose úlcero-caseosa, pode e deve ensaiar-se o pneumotórax. A sua acção curativa pode ser manifesta, evidente.

Quanto à meningite bacilar, finalmente, anuviando tanto o prognóstico da granúlia (crónica e mais, ainda, da aguda) talvez que o tratamento pela alergina e pela radioterapia, segundo o método de Bokay, seja útil nalguns casos.

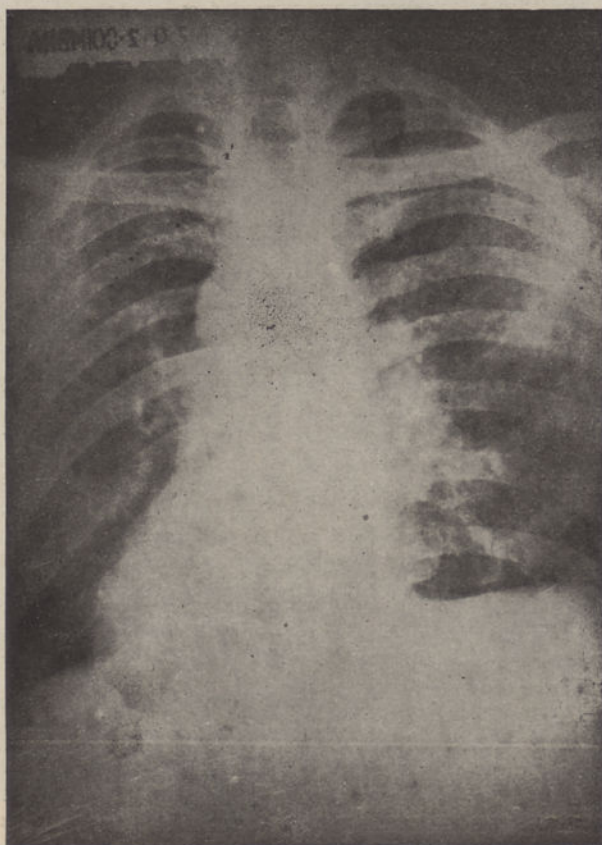
Dada a falta de melhor, mais consagrada terapêutica desta situação clínica — na qual o número de curas é tão raro, excepcional ou corresponde, segundo muitos autores, a outros tantos erros de diagnóstico — bem como a sua apregoada mas nem sempre verificada eficácia⁽²⁾, depreende-se facilmente que o seu emprêgo se imponha claramente. Com efeito, curado o processo meníngeo? poderia, ulteriormente, como em tantos casos puros, curar, embora lentamente, a granúlia pulmonar de que foi consequência ou associação mórbida.

(1) F. Bezançon, «La notion de granulie froide et l'interprétation de «l'aspect granuleux et trabéculaire»» (Discussion: M. Burnand), *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1934, pág. 953.

(2) Thérèse A. Jousset, «Étude et traitement de la méningite tuberculeuse», Masson, édit., 1933; Henri Roger et Vaissade, «Meningite tuberculeuse apyrétique de l'adolescence avec inversion du rythme du sommeil et paralysie verticale du regard. Traitement par l'allergine.» Guérison. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, pág. 1309; Benard Guedes e Carlos Salazar de Sousa, «O tratamento de Bokay nas meningites tuberculosas», *A Medicina Contemporânea*, n.º 13, 1934, pág. 112, etc.

OBSERVAÇÕES

I. — J. D., moleiro, casado, de 53 anos. A. H. e C. Sem importância. A. P. Artralgias desde há 8 anos (tíbio-társicas, dos

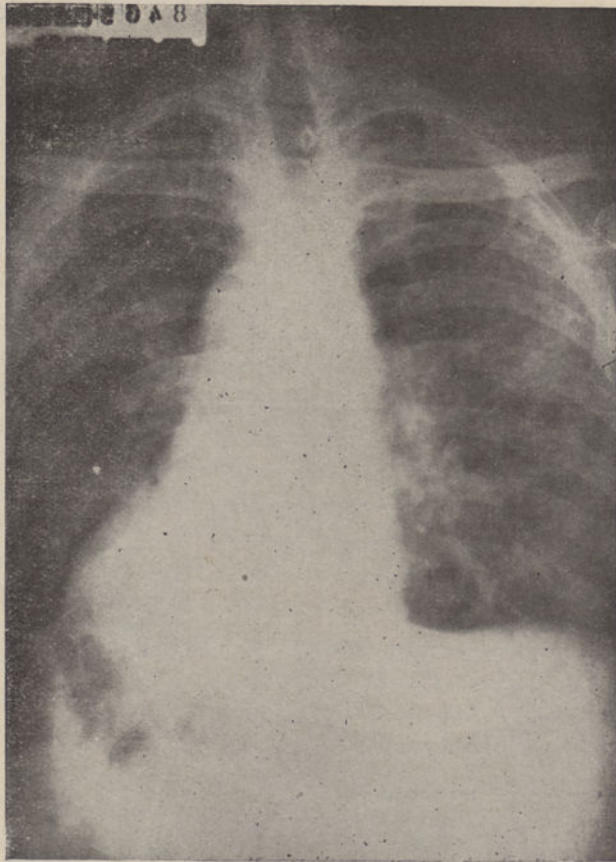


J. D. — Obs. I. Radiografia n.º 1

joelhos e cotovelos) sem tumefacção, a não ser nas primeiras, aliás muito discreta.

H. P. Internou se (desde 10-I a 5-VIII-1933) mercê do agravamento das artralgias, de sensível asteniã, ligeiro emagrecimento e de uma tossicóla acompanhada, por vezes, de escassa expectoração muco-purulenta. *Ausência de hemoptises; apirexia.*

Auscultação pulmonar: existência de respiração rude generalizada, sobretudo na fossa infra-clavicular direita (com sonoridade normal mas com leve refôrço das vibrações vocais) e

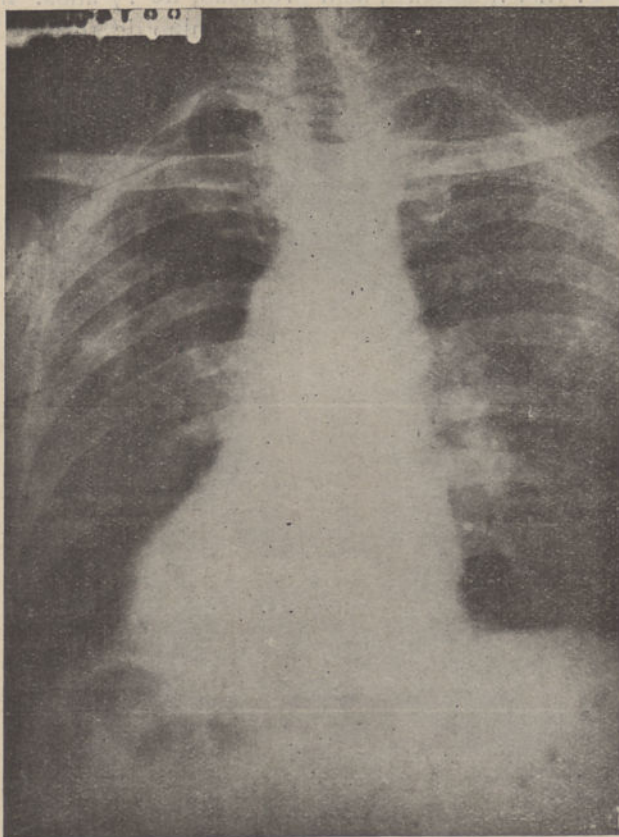


J. D. — Obs. I. Radiografia n.º 2

no espaço inter-escápulo-vertebral homónimo. Na base direita discretos atritos pleurais acompanhados de dôres ligeiras e intermitentes.

Coração, normal. Cuti-reacção à tuberculina *positiva*. Reacção de Wassermann do sangue, *negativa*. Urinas — analisadas diversas vezes — normais. Na espectoração *ausência* de bacilos de Koch (pesquisados repetidas vezes directamente, por homogeni-

zação e por cultura em meio de Loewenstein. Ausência, igualmente, de quaisquer partículas minerais reveladoras de uma *pneumoconiose*, muito suspeita em vista da sua profissão — obrigando-o



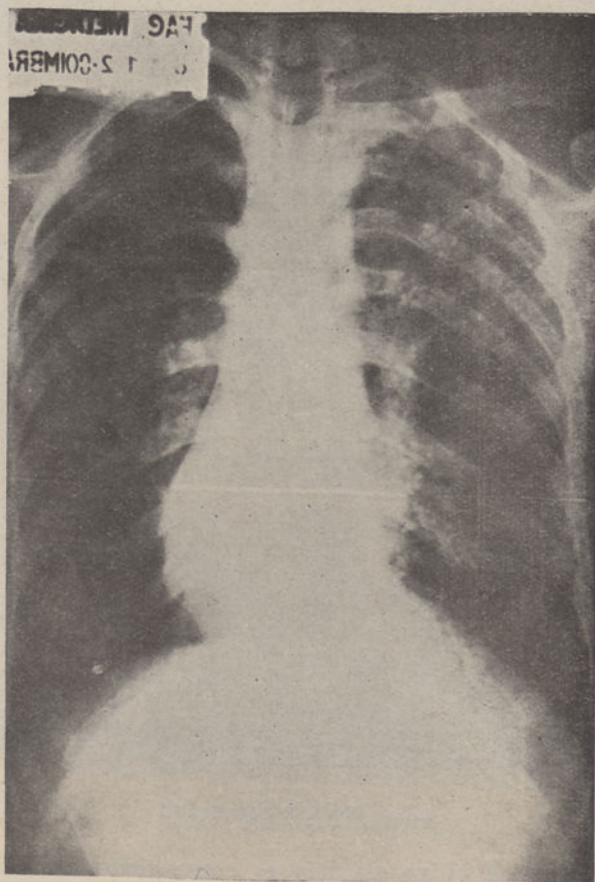
J. D. — Obs. 3. Rad'ografia n.º 3

freqüentemente a picar as mós e, conseqüentemente, a inalar poeiras irritantes do aparelho respiratório.

Radiografias do torax: n.ºs 1, 2 e 3, tiradas, respectivamente, em 21 de Janeiro, 9 de Junho e princípios de Agosto. *Idem* do joelho direito (não reproduzidas): existência de artrite por tumor branco, com opacificação da inter-linha articular e focos de descalcificação nos côneos femurais e nos pratos da tíbia (em 20-IV); *negativa* em princípio de Agosto.

Tratamento: recalcificação e auroterápia (Crisalbina e Solganal B *oleosum*).

II.— T. B. P., solteiro, sem profissão, de 17 anos. Internado em 4.^a M. h. desde 9 de Abril a 28 de Julho de 1933.



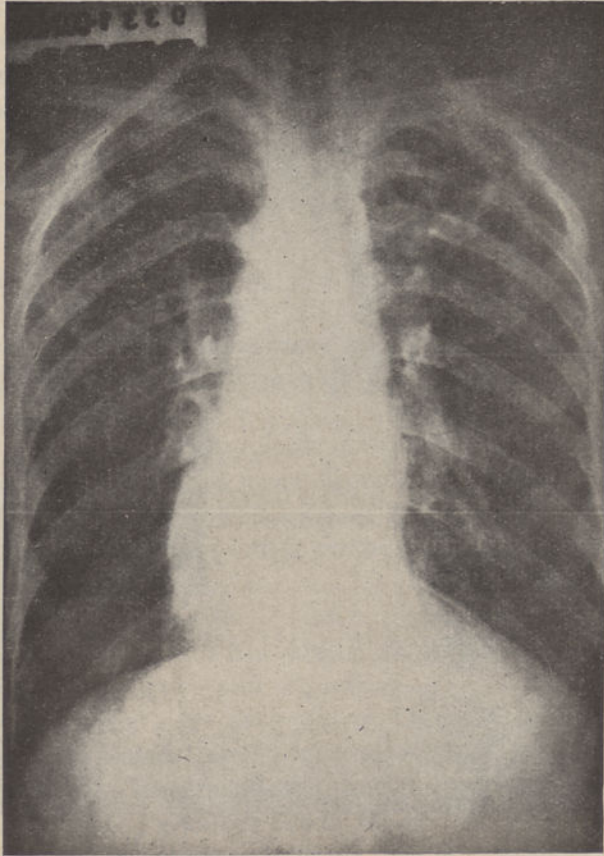
T. B. P. — Obs. II. Radiografia n.º 4

Nos seus antecedentes hereditários e colaterais nada de importante. Como antecedentes próprios uma ou outra gripe e um estado geral deficiente.

A sua história clínica resume-se no seguinte: algumas semanas,

poucas, antes de se internar, teve duas ou três hemoptises ligeiras, precedidas e geralmente acompanhadas de tosse, febrícula, etc.

Auscultação pulmonar: revela a existência de *densificação* pulmonar nas fossas infra-claviculares (sobretudo na direita) associada a discreta rudeza respiratória no resto do parenquima pulmonar.



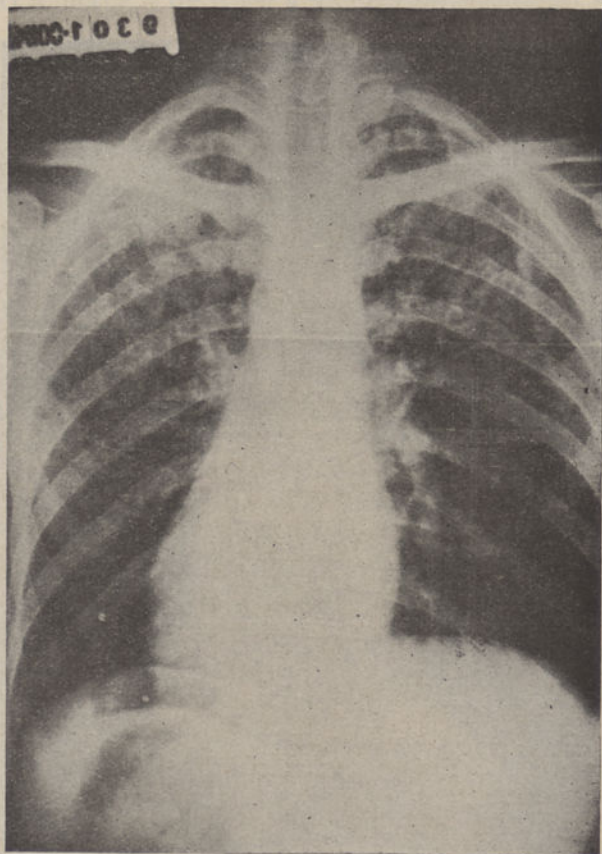
T. B. P. — Obs. II. Radioscopia n.º 5

Reacção de Wassermann no sangue, negativa. Urinas, normais. Na expectoração bacilos de Koch (III. E. G.) por pesquisa directa.

Radiografias do tórax: n.ºs 4 e 5, tiradas, respectivamente, em 11 de Abril e em 8 de Novembro de 1934 (esta já depois de ter alta).

Tratamento: igual ao da observação anterior com tentativa, *infructuosa*, de pneumotórax à direita.

III. — M. da S., solteiro, empregado comercial, de 27 anos



M. da S. — Obs. IV. Radiografia n.º 6

(internado em T. h. em 30 de Outubro de 1933 e falecido em 11 de Dezembro seguinte. A. H. e C. sem importância, havendo, nos antecedentes próprios, algumas gripes e duas blenorragias (no Brasil, onde esteve alguns anos) e de onde regressou 4 meses antes de se internar.

H. P. Acusa a existência de vagas e intermitentes dores arti-

culares (articulações tibio-társicas, do joelho, do cotovelo, etc., iniciadas cêrca de um ano antes de regressar a Portugal e dois após a cura da última blenorragia) acompanhadas de emagrecimento e anemia, de tosse discreta com expectoração a princípio sêca e depois muco-purulenta; de hemoptises ligeiras (três), febrícula (entre 36°,8 e 37°,6), etc.

Auscultação pulmonar: revela a existência de densificação na fossa infra clavicular esquerda e de rudeza respiratória no resto dos pulmões. Coração taquicárdico; hipotensão arterial (11 Mx, 9,5 My e 7 Mn). Reacção de Wassermann do sangue, negativa. Urinas, normais. Na expectoração, bacilos de Koch (III E. G.).

Radiografia do tórax: n.º 6.

Tratamento: fitina e crisalbina.

Evolução:

Morte, por intensa gastrorragia (traduzida por melena) devida a uma úlcera *latente*, constatada na autópsia.

Exame macroscópico e histo-patológico pulmonar (resumido): « minúsculos e abundantes focos de caseificação no têtço superior, sobretudo à esquerda; coexistência de granulações (*intersticiais*), e de tubérculos miliares (mais numerosos) no resto do parenquima.

Obs. IV. — M. C. dos S., casada, doméstica, de 25 anos.

A. H., C. e próprios sem importância.

Primeira consulta (no Dispensário Anti-tuberculoso dos Hospitais da Universidade) em 7 de Abril de 1933 acusando, como anamnêse, tosse, emagrecimento, dores torácicas (vagas), etc., desde há meio ano; gravidez desde Janeiro de 1934.

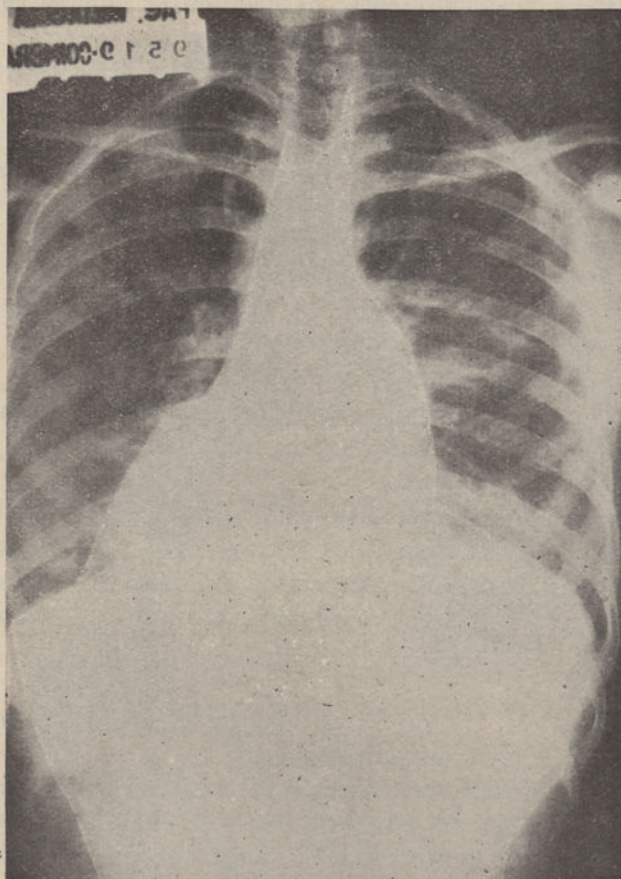
Auscultação: revela grande diminuição do murmúrio vesicular na região infra-clavicular direita com evidente reforço das vibrações vocais e submatidez. Reacção de Wassermann do sangue, negativa. Urinas, normais. Na expectoração, bacilos de Koch (VI — E. G.).

Radiografia do tórax: n.º 7.

Tratamento: sais de cálcio e de ouro; pneumotórax à direita.

Evolução:

O pneumotórax, a princípio eficaz, complicou-se depois de *ci-surite superior* (impedindo o colápsio do lobo pulmonar homó-



M. C. dos S. — Obs. V. Radiografia n.º 7

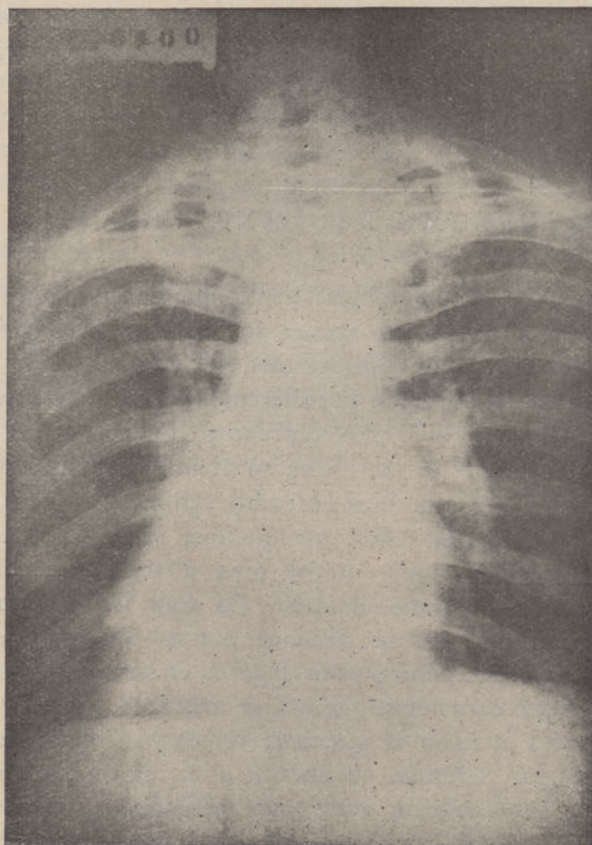
nimo) e de derrame pleural (ligeiro). Do lado esquerdo (radiografia, não reproduzida, tirada em 9 de Abril de 1934), «pulmão totalmente infiltrado de pequeninas sombras de densificação pulmonar, por bacilose, mais acentuadas no lobo superior, irradiando do hilo, que está muito aumentado de volume».

Estado geral razoável. Gravidez bem suportada.

V. — Pedro Ferreira, solteiro, trabalhador rural, de 27 anos de idade (internado, actualmente, em 4.^a M. h. desde 2 de Março de 1934).

A. H., C. e P., sem importância.

H. P. Em princípio de Outubro de 1933, após uma *gripe*,



Pedro Ferreira — Obs. VI. Radiografia n.º 8

começou a ter tosse e expectoração hemoptóica (frequentes vezes, de 15 em 15 dias, aproximadamente) ao mesmo tempo que o seu estado geral ia declinando um pouco (astenia, emagrecimento, etc.).

Auscultação pulmonar: acusa (à entrada) e acusa ainda ruidez respiratoria generalizada, acentuada sobretudo no espaço inter-escápulo-vertebral direito e na fossa infra-clavicular esquerda

onde existe, também, sensível refôrço das vibrações vocais. Nas fossas supra e infra-espinhosas — à entrada — discretos estálidos. Apirexia dominante, entrecortada, por vezes, de *poussées* febriculares (37° a 37°,7).

Wassermann do sangue, negativa. Urinas, normais. Na espectoração presença de bacilos de Koch (III em 5 de Março e I em 12 de Abril, E. G.); sua *ausência*, por pesquisa directa, em 30 de Maio e em 12 de Junho; *idem*, por *homogenização*, em 27 de Junho e em 4 de Agosto).

Radiografia do tórax: n.º 8.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

La granulie froide, malgré sa connaissance datant de plus d'une dizaine d'années, est encore un sujet des plus vives discussions. C'est ainsi que pour les uns elle constitue une véritable forme anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire tandis que pour bien d'autres elle n'en représente qu'un simple mode de début ou un épisode évolutif plus ou moins fréquent. Pour nous, la vérité (partiellement, bien entendu) semble être dans les deux champs opposés. En effet, quelquefois, sans doute exceptionnelles, la granulie froide mérite bien d'être tenue comme une véritable entité anatomo-clinique. Ce sont les cas où elle est d'emblée chronique et se dénonce par un état général plus ou moins atteint, des hémoptysies légères et surtout par une image radiographique caractéristique qui se maintient pendant des mois et des années et subit la guérison autant par *restitutio ad integrum* que par sclérose ou aboutit à la mort par insuffisance cardiaque, par cachexie voire par méningite. On pourrait, de même, leur ajouter les cas qu'une transformation fibro-caséuse ou ulcéro-caséuse, après une très longue période d'évolution, a jeté dans le cadre anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire commune.

Les autres cas, plus nombreux, subissant rapidement une telle transformation (étant donnée l'impossibilité d'en connaître le début) représenteront le fondement de la seconde doctrine.

Dans son diagnostic, tout à fait radiologique, il faut tenir compte des images pseudo-granuliques réalisables par les états

morbides suivants: tuberculose fibreuse, pneumoconioses (silico-tique, saturnine, etc), pneumomycoses, syphilis, carcinose miliaire, et congestion pulmonaires, etc. Vu que la granulie froide n'est pas toujours apyrétique et que son substratum anatomopathologique est formé surtout par des tubercules miliaires et non par des granulations (au demeurant susceptibles de siéger dans les alvéoles) on devrait la designer du nom de tuberculose pulmonaire chronique micro-nodulaire plutôt que de celui de granulie froide, en verité plus simple et plus imagé et qui a, par cela même, fait fortune. Parmi nos cinq observations, deux, (observations I^e et V^e) doivent appartenir à la véritable granulie froide. En ce qui concerne les autres, dont une à issue fatale par gastrorragie d'origine ulcéreuse⁽¹⁾, deux doivent être considérées comme des cas de granulie froide compliquée de tuberculose ulcéro-caséuse.

La dernière, étant donnée son unilatéralité et son association à une tuberculose cavaire du poumon opposé, on doit la regarder comme secondaire à celle-ci, voire même comme une tuberculose fibreuse plus ou moins micro-nodulaire.

(1) L'examen histo-pathologique de cette observation a pleinement confirmé la doctrine de l'origine au même temps tuberculo-miliaire et granuleuse de l'image radiographique de la granulie froide.

POEIRA DOS ARQUIVOS

Um pregão em 1549, à porta do Hospital

«Juiz eu el-rei vos envio muito saudar eu sou informado que nos degraus da porta do hospital dessa cidade de Coimbra que está na praça della se faz almoeda e com os pregões que se dam da fazenda que se vende e gente que se ai se ajunta se faz tro-uação aos officios divinos que na dita Igreja se celebram e porque eu não ei por bem que a dita almoeda se faça na porta da dita praça ordenês outro logar em que se faça e no logar em que assi ordenardes se fará e não na parte da dita Igreja como até aqui se fazia porq̃ asy o ey por bem e serviço de d̃s e meu Francisco figueira o fez em Lx.^a a quatro de dezembro de 1549 alv.^o p̃z o fiz escrever.

SOBESCRICÃO:

p.^a o juiz de fora da cidade de Coimbra p. que v. a. ha por bem que a almoeda se não faça nos degraus da Igreja do hospital da dita cidade que está na praça della como se soie fazer e que na dita praça ordene outro lugar em que se a dita almoeda faça daqui em deante.

DESPACHO DO JUIZ:

Cumpra-se e mando que com o treslado deste alvará se faça certo e apregoe que com pena de dez crazados se não faça almoeda na porta do dito hospital e se faça ao pelourinho que assino para se fazer o tal auto. — *Jorge da Cunha.*

EST.^o DO PREGÃO

Saibam quantos este est.^o de fe e certidão dado por mandado e autoridade de Justiça yirem em como no anno do nasc.^{to} de

noso sñor jsu xº de 1549 años em esta cidade de Coimbra e praça desta cidade e aos dez dias do mes de janeiro do dito ano em esta cidade de Coimbra e praça della por Joane fêz pregoeiro foi apregoado que doje por deante nenhuma pessoa vendesse nem fiz esse allmoeda nos degraos da porta do hospital desta cidade sob pena de dez cruzados ametade para os cativos e outra para quem os acusar e esto foi por mandado do juiz de fora como consta dos autos que em meu poder ficão a que me reporto e por verdade lhe dei esta por my assinada de meu proprio sinal assinei que tal he.

*

Como sabeis, e ainda recentemente foi lembrado pelo professor Alberto Pessoa, o hospital de Coimbra a que o curioso documento se refere era o hospital da Conceição ou hospital del-rei D. Manuel I, situado na Praça da Cidade, também conhecida por Praça Velha e actualmente Praça do Comércio. Conforme a determinação do monarca D. João III a almoeda que então se fazia à porta do hospital, passou a realizar-se junto ao pelourinho existente na mesma praça, segundo se depreende da leitura do manuscrito, que trasladei e podereis ver no Arquivo do Hospital da Universidade.

A. DA ROCHA BRITO.

APONTAMENTO

Rubor, tumor, calor, dolor

No *Précis de Pathologie Externe* de Forgue — por onde se estudava no meu tempo — vem logo nas primeiras páginas — *Les anciens s'étaient bornés à définir l'inflammation par ses quatre symptômes cardinaux: une région enflammée est rouge, chaude, tuméfiée, douloureuse. Et la vieille formule de CELSE est encore vraie après deux mille ans: rubor, calor, dolor, tumor.*

E depois, pela vida fora, muita vez tenho lido e muita vez tenho ouvido dizer coisa mais ou menos parecida.

Ora não sei se isto será bem verdade, assim posto sem qualquer restrição.

Quere-me mesmo parecer que nunca chegará a diagnosticar uma mielite, uma gastrite ou uma enterite, por exemplo, qualquer moço estudante que ingenuamente se convença de que só sejam processos inflamatórios aqueles em que possam verificar estes quatro sintomas.

Roger na sua *Introduction à l'Étude de la Médecine* — outro livro do meu tempo — põe a questão em termos mais prudentes.

Diz primeiro, ao tratar da evolução da inflamação — *Les manifestations cliniques de ces divers processus anatomiques sont excessivement variables. Cependant, dans le cas d'inflammation aiguë bien franche, on observe un certain nombre de troubles intéressants.*

Ce sont d'abord, au point envahi, les quatre signes cardinaux de l'inflammation: la douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction, dont nous ferons l'étude complète à propos de la suppuration.

E, algumas páginas mais adiante, acrescenta de facto — *Le*

développement d'un foyer purulent se traduit par une série de symptômes, dont les principaux, les quatre symptômes dits cardinaux, sont la douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction, seguindo depois a examinar estas coisas, uma por uma.

Ora, para evitar illusões, parece-me que vale bem a pênna pôr a questão nos seus devidos termos.

Quando Celso escreveu o seu livro ainda se não constituiria, está claro, o conceito actual do que seja a inflamação.

Era coisa mais restrita.

L'inflammation — diz-se no Dicionário de Dechambre — dut son nom aux phénomènes de rougeur et de chaleur qui dénotent sa présence dans les affections du tégument externe, de l'œil, et général des parties accessibles à l'inspection directe. Cette origine est indiquée clairement par les appellations anciennes... Ces termes ont été traduits successivement dans les langues modernes et repondent exactement à ceux qui sont encore en usage aujourd'hui. Tous rappellent l'action du feu, tant à cause de l'analogie que présentent les phénomènes inflammatoires avec les effets de la brûlure que parce qu'on y attachait l'idée d'une sorte de combustion morbide dont les tissus affectés étaient le siège... La douleur et la tuméfaction complétaient aux yeux des anciens le cortège symptomatique des phlegmasies des parties externes du corps...

Foi depois, mesmo muito depois, que se alargou a noção de inflamação, metendo lá para dentro uma série complexa de alterações mórbidas, tanto externas como internas, com que Celso nem sequer sonhava quando escreveu a passagem célebre, cuja redacção exacta é a seguinte — *Notae vero inflammationis sunt quator, rubor et tumor, cum calore et dolore (De re medica, lib. III, cap. x).*

Referia-se fundamentalmente aos sintomas do simples e banal abcesso.

E assim o entendeu Gomes de Lima quando, ao tratar do *Abscesso*, a páginas 6 e 7 do seu *Receptuário Lusitano*, impresso no Pôrto em 1749, se explicou dêste modo, nuns versos bastantes coxos:

Dureza que por largo tempo dura
Dor, pulso, e calor acrescentados
Que se faz a materia te assegura

Mas se os tais symptomas mitigados
Gom agudeza esta aparte, e com brancura
E faz ondas aos dedos applicados
Será signal (se observação he seria)
De que está o pus feito ou a materia.

A. P.

NOTAS CLÍNICAS

Sôbre a doença de Parkinson

Não vem o modesto profissional de medicina em terras de província, trazer ao lume da ciência novos conhecimentos, mas sim expor à crítica autorizada dos nossos neurologistas, certos conceitos e hipóteses já há muito conhecidas no que se possa relacionar e admitir em certos estados parkinsonianos.

*

Pertence a paralisia agitante ao grupo das entidades mórbidas cuja etiopatogenia se ignora. Comtudo, a meu ver, não se incorreria em graves erros explicá-la com os conhecimentos vulgares que a ciência médica dispõe. Convirá para mais fácil dedução recordar êsses conhecimentos e em face dêles admitir, pelo menos em hipótese, os factores que possam ser incriminados na génese desta não rara doença.

É por todos nós sabido que, no vasto campo da Patologia interna e externa há que ter sempre em conta a acção coíncidente dos chamados factores endógenos e exógenos como causa determinante das doenças.

Reportando estes princípios basilares da ciência médica ao domínio da neurologia, Krabe concebe um grupo de enfermidades nervosas que, segundo parece deduzir-se das investigações actuais, têm de considerar-se como afecções *endógenas puras*. Os factores externos que, casualmente, nelas possam intervir como causa, não fazem mais que condicionar o momento — precoce ou tardio — em que essas afecções se manifestam. Seguidamente define certas entidades mórbidas do fôro neurológico a que denomina *Abiotrofias*. Criteriosa e racionalmente subdivide em dois grupos as afecções abiotróficas, firmando-se apenas em concepções e hipóteses relativas ao seu dinamismo etiológico. Depois enquadra no 1.º grupo a que chama abiotrofias hereditárias as seguintes doenças: *distrofia muscular progressiva, doença de Friedreich, paralisia espinal espasmódica, coreia de Huntington, doença de Thomsen e a degenerescência hepato-lenticular*.

No 2.º grupo coloca a doença de Charcot e a doença de Parkinson a que denomina abiotrofias não hereditárias. Segundo êste autor as afecções abiotróficas são caracterizadas pelo facto de se produzir dentro do sistema neuro-muscular (eu direi vasculo-neuro-muscular) uma verdadeira morte progressiva e uniforme mais ou menos lenta dos elementos que o constituem. Para o

compreender bastará lembrar os significados das expressões: *hereditariedade*, constituição ou estado do corpo, diferença de humores, o metabolismo, alterações humorais, secreções internas e certos estados artríticos como seja o reumatismo. Podem também entrar no número dos factores etiológicos certos agentes que habitam normalmente no organismo e que num dado momento se tornam patogénicos.

Poderão ser igualmente incriminados os agentes microbianos externos em circunstâncias tais que sejam bem suportados pelo organismo; estando neste caso os estados infecciosos crónicos de evolução muito lenta e duradoira.

Com êste apanhado geral de conhecimentos poderemos sem grande receio explicar mais ou menos a etiopatogenia das abiotrofias e entre elas a da doença de Parkinson: seguidamente concluir que, tem sido até hoje muito limitado o arsenal de drogas com que se têm combatido estes males. É sobretudo êste ponto que eu quero frisar, isto é, que se torne mais amplo o caminho para a realização dos vários métodos e processos terapêuticos, tendentes a curar ou pelo menos a aliviar os portadores destas enfermidades.

Data de Agosto de 1933 o exame clínico feito a Maria da Conceição Santa de 60 anos de idade, casada, natural de S. Martinho do Bispo, concelho de Coimbra.

Vinha sofrendo de há dois anos de paralisia agitante, diagnosticada pelos nossos mais eminentes neurologistas.

A. H. — Sem importância.

A. V. I. — Sem importância.

A. P. — Um tanto de alcoólica.

Wasserman — negativa.

A. P. — A doente encontrava-se no leito, com parestesias do lado direito e esquerdo, mais acentuadas dêste a ponto de se não poder voltar.

Rigidez muscular, algias dos membros e precordiais, algumas fugases outras contínuas, tumores, suores, sensação de calor, exoftalmia e prisão de ventre.

Não havia alterações psíquicas. Vinha há muito seguindo o tratamento que usualmente os tratadistas e especializados costumam, nestes casos, instituir. Cumpre-me dizer sem qualquer reserva que, o estado da doente, a quando do meu exame, parecia querer agravar-se sob o a acção dos medicamentos.

Em face disto entendi por bem e por dever, mandar suspender o uso das drogas que então tomava.

De facto assim procedi, não sem um certo constrangimento, embora no momento o fizesse com a convicção firme de que nisso resultaria certo benefício para a paciente em questão.

Prescrevi alguns medicamentos de acção disintoxicante, tonicardíacos e mais tarde salicitato de sódio em doses médias. Quando passava uma ou outra noite mais agitada tomava luminal.

Passados dez dias a doente pôde levantar-se e melhorou a ponto de andar com relativa facilidade. Há oito meses que se mantém no mesmo estado não

sabendo porém se êste facto é devido à manifesta incurabilidade do mal, se ao pouco tratamento que tem feito. Infelizmente a sua situação económica não lhe permitira talvez continuar como se havia recomendado.

E. A. — Refere o doente que está melhor. As algias, sensação de calor, suores, facies e tremores mais discretos; não tem prisão de ventre e os movimentos mais livres.

CONCLUSÃO: — Em meu entender, os agentes reumatígenos devem incluir-se no número dos variados factores na etiopatogenia das afecções abiotróficas e que as lesões por eles determinadas podem ser mais ou menos difusas, mais ou menos focadas em um ou outro departamento do organismo. Ultimamente Carles Masière e Katz fazem ressurgir a antiga tese que observa coïncidência do reumatismo crónico com a paralisia agitante. Isto parece em parte corroborar o que há muito tempo se vinha constatando. Quanto ao uso da escopolamina ou os seus derivados, deve ser limitado em tempo e doses, em vista de constituirem apenas uma terapêutica sintomática.

FRANCISCO T. SIMÕES DE CARVALHO.

LIVROS & REVISTAS

Paul Isch-Wal — **Aspects cliniques de l'hémogénie.** (*Nutrition*, n.º 6, 1933, p. 621.

Tendo na púrpura a sua expressão clínica mais típica pode, igualmente, revelar-se por outras manifestações menos impressionantes pela sua sede e intensidade: *equimoses fáceis*, epistáxis repetidas, hematemeses, melenas, metro e menorragias, gingivorragias, hemoptises, hematúrias, etc. Doença revelando-se geralmente na segunda infância (ao contrário da hemofilia que pode revelar-se após a queda do cordão umbilical ou aos primeiros passos), a hemogenia atenua-se em regra aos 25 anos exacerbando-se, por vezes, durante a menopausa. Contrariamente, ainda, à hemofilia, que é uma doença do sexo masculino mas de origem materna, a hemogenia constitui, essencialmente, uma hemopatia do sexo feminino.

Discrasia endotélio-plasmática, tem como estigmas hematológicos: o aumento do tempo de sangria (prova de Duke) o qual, de três a três minutos e meio, seu valor normal (convém verificá-lo três vezes nas 24 horas) passa para cinco e, nos casos graves, mesmo para um quarto de hora e mais; a *diminuição* (*trombopenia essencial* de Franck) ou a *insuficiência* funcional dos globulinos (*trombastenia hemorrágica* de Glanzmann) e conseqüente hipo ou irretratilidade do coágulo contrastando com a duração do tempo de coagulação, que é normal ou subnormal (muito aumentado, como sabemos, na hemofilia) e a positividade do sinal do laço denunciando uma evidente *fragilidade vascular* (endotelite de Roskam). Note-se, no entanto, que estes sintomas existem sem hemogenia clínica ou são intermitentes, atenuados. Dai a necessidade, quando a hemogenia é suspeita, de se pesquisarem várias vezes por dia e em períodos mais ou menos afastados, tanto durante as fases de acalmia como de agravamento. *Diátese de instabilidade sanguínea* compreende-se assim que as suas manifestações clínicas sejam atenuadas (aparecimento fácil de equimoses, hemorragias gengivais após a simples lavagem dos dentes; precocidade ou atraso da puberdade, *regras abundantes*, sua irregularidade, malformações vasculares tais como angiomas, capilositades, *rubis*, varises, hemorróidas, etc).

É a chamada hemogenia *fruste*, cujo conhecimento é da maior importância na realização de qualquer anestesia ou intervenção cirúrgica e ainda no tratamento pelos arsenicais.

Compreende-se, igualmente, que as suas manifestações sejam localizadas (meno e metrorragias, epistáxis frequentes, hematúrias e hemoptises pseudo-

-essenciais, hemorragias do corpo-vítreo, etc.) e, finalmente, *paradoxais*, devidas a hipercoagulabilidade, traduzidas em precipitações fibrinosas: flebites, trombozes e embolias. Ao lado destas modalidades de hemogenia essencial devem citar-se a de origem *hepática* (síndrome de insuficiência hemocrásica do fígado de P. Emile-Weil e Paul Isch-Wall), *esplênica*, exteriorizada, sobretudo, por gastrorragias; *tiroideia* (*hiper* e hipotiroidismo); *medulo-sanguínea* (leucemias crônicas e sobretudo agudas; anemias benzólicas, acidentes salvar-sânicos, etc.).

Hematológica e clinicamente bem distinta da hemofilia a associação das duas hemopatias, sendo uma realidade mórbida, traduz-se, fundamentalmente, no campo clínico pela coexistência de *hemorragias* do tipo hemofílico (hemar-troses) e *equimoses* do tipo hemogénico e no campo hematológico pelo aumento *hemofílico* do tempo de coagulação e *hemogénico* do tempo de sangria.

LÚCIO DE ALMEIDA.

W. Bensis et A. Goutas — **Lymphogranulomatose maligne traduite cliniquement par une hyperplasie ganglionnaire localisée, Intrication des lésions tuberculeuses et lymphogranulomateuses avec pureté de l'infiltration granulique du foie et de la rate.** (*Le Sang*, n.º 3, 1934, p. 288-297)

Referem os autores as relações invocadas entre a linfogranulomatose maligna (doença de Hodgkin) e a tuberculose, que são, quanto à *etiologia*, absolutamente iguais para uns e distintas para outros, como sabemos. Pelo que se refere à sua observação, interessante a muitos títulos (*longa* evolução febril ondulante, hiperplasia ganglionar localizada, falta de paralelismo entre a hiperplasia ganglionar e a intensidade da manifestações linfogranulomatosas, leucocitose *quasi normal* com polinucleose mas sem *eosinofilia*, anemia acentuada (até 600.000 glóbulos vermelhos por mil cúbico com megaloplastose, etc.) concluem pela independência etiológica das duas doenças. Baseiam-se, para isso, no exame histo-patológico dos gânglios *mostrando* um deles lesões puras de linfogranulomatose e cinco meses depois, *post-mortem*, mostrando, muitos outros, sobretudo os brônquicos e mesentéricos, lesões mistas. Os dois estados mórbidos não evoluíram, pois, paralelamente *ab initio* mas apenas na fase terminal, por *aposição* de tuberculose à linfogranulomatose. A existência de granúlia pura, localizada ao *baço* e ao *fígado*, comprova igualmente esta opinião.

É assim que geralmente sucede: as duas doenças coexistem ou *associam-se* frequentemente, de um modo geral sendo a linfogranulomatose que favorece a eclosão da tuberculose, qual, dêste modo, erradamente tem sido tomada como causa daquela.

LÚCIO DE ALMEIDA.

A. Brindeau — **De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses.** (*Paris Médical*, n.º 1, 1934, p. 11.)

Tem sido e continuará a ser um problema médico-social muito importante. Brindeau subordina-o aos seguintes elementos: ¿ quais os casos susceptíveis de agravamento? ¿ qual o valor do produto concepcional? ¿ qual, finalmente, a gravidade do abôrto?

Quanto ao último a sua importância parece ser nula. Com efeito, a aplicação, na véspera, de uma vela de Hégar afim de dilatar o útero e, sobretudo, de preparar a sua retracção; o emprêgo da anestesia regional (epidural), insensibilizando o períneo e a vagina, e local (das bitesgas laterais) de modo a bloquear os gânglios de Franckenhäuser; a dilatação do útero por meio das referidas velas e o seu esvaziamento digital ou pela cureta romba, segundo a idade da gravidez, tornam o abôrto uma intervenção simples e inofensiva, e, no dizer do autor, desprovida de hemorragia.

Pelo que respeita ao valor do feto as opiniões divergem, sendo, como é, muitas vezes, fraco, débil e difícil de criar, ao contrário de outras em que se pode considerar normal, sobretudo se colocado, logo após o nascimento, fora de meio contagiante, em instituições do tipo Grancher. Excluídos estes dois factores, um, o de abôrto em si mesmo, por inexistente, pode dizer-se, o outro por imponderável durante a gravidez, resta-nos o primeiro, do qual, praticamente, tudo depende.

Conforme os casos as indicações do abôrto podem ser *formais* (tuberculose associada a uma cardiopatia, a nefrite, pielonefrite e vômitos incoercíveis) e *duvidosas* (tuberculose sobrevinda após psucos meses de *amentação*; tuberculose iniciada conjuntamente com a gravidez e evoluindo rapidamente; tuberculose agravada desde o início da gestação e contra o qual o pneumotorax é impossível; emfim, tuberculosos que evoluem a-pesar-da colapsoterápia ou se complicam de bilaterisação).

Constituem, naturalmente, o campo das mais divergentes opiniões exigindo, mais do que em qualquer dos outros casos, que a decisão da prática de abôrto seja tomada (depois de um cuidadoso exame clínico, bacteriológico e radiológico) pela consenso de vários médicos um dos quais fisiologista.

Paralelamente existem as *contra-indicações formais* de causa bem diferente (tuberculosos muito graves, granúlia, tuberculosos ligeiras, fibrosas, não agravadas pela gestação e quando esta tem mais de quatro meses).

LÚCIO DE ALMEIDA.

A. Oswald Zurich. — **Blutkrankheiten und inkretion.** *Doenças do sangue e secreção interna.* (*Kl. Woch*, 1934, n.º 19, p. 681).

As hormonas influenciam o sangue nos seus aspectos químico e morfológico. Esta ideia decorre naturalmente das modificações qualitativas do sangue observadas nas doenças do sistema glandular interno, das alterações hematológicas provocadas pela introdução ou pela ablação de certa secreção interna

e ainda das variações leucocitárias que acompanham as oscilações fisiológicas de certas hormonas (poliglobulia e leucocitose gravídica e menstrual, trombopenia menstrual).

Antes de entrar na discussão dêste tema, Oswald passa em revista, apoiado na clínica e na medicina experimental, as variações dos glóbulos vermelhos e dos glóbulos brancos sob o exagêro ou o *deficit* das hormonas melhor conhecidas.

Hemácias. — No *hipo- e atiroidismo* (mixedema, caquexia tireopriva, cretinismo endêmico) estão reduzidos os glóbulos vermelhos (até 3,5 milhões de eritrocitos e 50% de hemoglobina) e o número de reticulocitos.

Nas anemias experimentais a regeneração é demorada e incompleta, devido à parte da tiroide igualmente lesada pela intoxicação anemiante.

No *hipertiroidismo* existe uma tendência oposta: aumento do número de eritrocitos e da taxa de hemoglobina e como sinal de uma maior actividade da medula óssea, um aumento dos reticulocitos no sangue periférico. Os preparados tiroidêos têm um resultado idêntico, além do que aceleram a reparação das anemias por hemorragias. Conclui-se que a tiroide excita a capacidade eritroplástica da medula óssea.

As *paratiroides* não influenciam a eritropoiese. A poliglobulia dos acessos tetânicos não depende de influências hormonais mas do estado de contracção. A paratormona de Collip não tem acção sobre o número de eritrocitos. Os estados *hipogenitais* (distrofia adiposo-genital, eunuchoidismo, infantilismo) e a castração em jôvens trazem no sexo feminino uma queda das hemácias e em menor grau da hemoglobina. Em animais anemiados por sangria a regeneração é demorada. Por outro lado a hormona ovárica aumenta o conteúdo em hemoglobina e excita a regeneração do corante sanguíneo nos animais artificialmente anemiados.

Em correspondência com isto, nota-se nas mulheres sãs aumento das hemácias e das plaquetas na gravidez e no premenstruo. O mesmo se observa no hipergenitalismo.

Nos estados avançados da *doença de Addison* baixam os eritrocitos e a hemoglobina, tendo esta baixa, em casos raros, aspectos de anemia perniciosa. Sabe-se que a adrenalina aumenta os elementos figurados do sangue, porque trás vasoconstricção, esplenocntracção e excita a medula óssea. A patologia das suprarrenais está de acôrdo com estes resultados.

A *hipófise* influencia ligeiramente os eritrocitos. Talvez uma ligeira baixa nos estados acromegálicos avançados.

A *epífise*, o *timus*, o *aparelho insular* não influenciam a eritropoiese.

O *baço* tem íntimas relações com o sangue. O sangue é modificado no seu interior e os produtos desta transformação excitam a medula óssea. Ao lado desta acção o baço parece ter uma acção frenadora sobre a actividade da medula óssea, porque a esplenectomia ou a enervação do baço fazem aparecer na circulação sanguínea numerosas formas imaturas.

Glóbulos brancos. — No *hipo- e atiroidismo* o número dos leucocitos está em geral mais ou menos diminuído principalmente à custa dos neutrófilos e

em parte dos linfocitos. Muitas vezes sobe o número dos eosinófilos e mastzellen. Nos animais tiroidectomizados, a sangria traz uma menor neutrofilia e as substâncias leucotáxicas são menos activas.

No *hipertiroidismo* existe de um modo inconstante neutropenia e linfocitose. Os outros elementos brancos sofrem alterações em vários sentidos. A injecção de tiroxina aumenta os neutrofilos com desvio para a esquerda da fórmula de Arneth-Schilling. No Basedowismo a linfocitose não deve depender da secreção tiroidêa, porque os estados graves da doença e o aumento do metabolismo não a influenciam, e por outro lado esta linfocitose não retrocede após tiroidectomia.

As *paratiroides* não têm acção sobre os leucocitos. A leucocitose dos acessos tetânicos pertence como a poliglobulia a contracção do baço. Aparece por exemplo nos ataques epiléticos.

Os *estados hipogenitais* têm em regra linfocitose e neutropenia. No período premenstrual e gravidez há leucocitose com aumento dos neutrófilos e queda relativa dos linfocitos. Durante a menstruação e depois do parto, regressa ao primitivo estado.

A *doença de Addison* aparece muitas vezes com leucopenia e linfocitose relativa e absoluta. A falta de adrenalina parece condicionar a neutropenia, porque a injecção de adrenalina aumenta os neutrófilos. A linfocitose parece estar mais na dependência do *status timo-lymphaticus* que coexiste frequentemente com a doença de Addison.

Na *acromegalia* os leucocitos são em regra normais, raras vezes diminuídos. A maioria das vezes existe neutropenia, relativa linfocitose e frequente eosinofilia. A linfocitose parece ser devida ao *status lymphaticus*.

Na hipertrofia do *timus* existe linfocitose com ou sem cosinofilia, mas não constantemente. Apoz ablação do *timus* os linfocitos baixam e a injecção de substâncias leucotáxicas fica sem acção.

A *esplenectomia* traz queda dos linfocitos e aumento dos neutrofilos com desvio para a esquerda do esquema de Arneth. O baço frena a acividade da medula óssea, de modo que a injecção de substâncias leucotáxicas nos animais esplenectomizados dá resultados mais sensíveis.

Tardiamente apoz a esplenectomia pode aparecer linfocitose devida à acção vicariante das glândulas linfáticas.

Depos de uma breve referência à importância do equilibrio acidobásico e do sistema vago simpático na fórmula leucocitária e de se insurgir contra a noção de disfunção ou disharmonia ou endocrinologia o A. passa em revista as mais importantes entidades em patologia do sangue.

Policitemia verdadeira. — Tem se acusado alternadamente a tiroide (Blumenthal) as suprarenais (Hnatek, Stephan) a hipófise, os ovários, sem haver identidade de opiniões.

No basedowismo há um ligeiro aumento das hemácias mas na policitémia essencial não há sintomas de basedowismo. Do mesmo modo se passa com o ovário, dando-se até o caso de se observar poliglobulia em casos de infantilismo (Engelking), eunuoidismo (J. Bauer, Mosse) onde há *deficit* das glândulas sexuais.

O mesmo sucede no hipopituitarismo (Brown). Em dois casos, Stephan, apoz a extirpação da suprarrenal de um lado, obteve queda dos glóbulos vermelhos.

É mais importante o papel do *baço*. Naegeli sustenta a hipótese da hipofunção esplénica, baseado na suposta acção, paralisante da medula óssea, da secreção interna do baço. Na falta de uma base anátomo-patológica, têm valor as experiências de enervação do baço de Henschen e Howald, já citadas, a semelhança da poliglobulia assim produzida com a doença de Vaquez e o facto de que nesta doença pode haver esplenomegalia e aparecimento na circulação de formas imaturas (normoblastes, macrocitos, megaloblastes).

Oswald fala da possibilidade da influência cerebral como causa das alterações das funções do baço, hipótese esta fortalecida por uma série de observações clínicas: poliglobulia em muitos casos de encefalite epidémica (Schulhof e Mathes, Halir), focos de amolecimento cerebral, fraternas do crâneo (Hensehen), emoções violentas parecendo nestes casos ser devida a esplenomacraçção (Isquierdo, Cannon, Benhamou, Jude, Marchioni). É interessante o caso de Günthers (homem de 26 anos, poliglobulia, adiposidade, alterações vosomotoras e respiratórias e acessos de narcolepsia).

Sem dúvida participam nesta hemopatia diferentes factores, além do que é bom pensar no estado constitucional da medula óssea, atestado pelo aspecto hereditário-familiar e pela sua associação a anomalias de desenvolvimento (eunucoidismo, distrofia adiposo-genital).

Zondek e Koehler encontraram nos seus casos forte irritabilidade da medula óssea.

Anemia perniciosa criptogenética. — Tem sido considerada dependente de alterações das secreções internas, principalmente da tiroide e glândulas sexuais, da hipofise, suprarrenal e do pâncreas.

A anemia aparece com freqüência na doença de Basedow, ora precedendo-a, ora acompanhando-a, ora seguindo-a. O mais verosímil é que ou a doença de Basedow prepara a anemia ou que ambas as doenças emanam duma mesma disposição constitucional. Contra uma intima união das duas doenças falam os casos em que estas duas doenças estão associadas, mas os seus sintomas evoluem separadamente (Reinholds, Liebesny, Krauss e Chvostek, Curschmann, etc.). Além disto outros autores accusam o *deficit* tiroideo de ser em certos casos a causa da anemia. Assim no mixedema (Gulland e Goodall, Meulengracht), na caquexia tireopriva (Kerpolla). Esta hipótese é reforçada com o facto de em casos de anemia perniciosa os preparados tiroideos terem aumentado a hemoglobina e os glóbulos vermelhos (Eppinger, Holler) e tornarem possível a acção do arsénico, em formas arsénio-resistentes (Pappenheim). Vê-se destas divergências que a participação da tiroide na etiologia da anemia de Biermer é moderada e eventual.

Tem-se acusado as suprarrenais, baseados numa certa pigmentação da pele e das mucosas e na sensibilidade da pele às radiações solares e ultravioletas (Stephan) e ainda em certa semelhança de sintomas. Falta porém a base anátomo-patológica.

Enxertando uma suprarrenal no peritónio de um animal ou injectando-lhe

extratos suprarrenais aumenta a eritropoièse, baixa a bilirubinémia e aumenta a coagulabilidade. Já vimos que as suprarrenais excitam a eritropoièse. No entanto os dados da clínica e da experiência não permitem afirmar esta acção causal.

A hipofise e o baço não tem interferência de maior. O facto de algumas melhorias apoz esplenectomia (Klemperer e Hirschfeld, Decastell, etc.) não pode tomar-se no sentido etiológico.

Oswald dá maior valor ao pâncreas, pela associação relativamente freqüente anemia perniciosa e diabetes (em 1931 conhecia 48 casos), se bem que note a evolução discordante destas duas doenças quando associadas e a enorme freqüência destes dois morbos isolados.

A importância do fígado, aliás notável como o mostra o progresso da hepatoterápia, não está ainda precisada. ¿Estará no centro da etiologia da anemia perniciosa? ¿Viram daí as perturbações endocrinas ou metalólicas que estão na origem da anemia perniciosa? São perguntas que ainda esperam resposta.

Leucémia. — Naegeli defendeu a hipótese de se tratar de uma «disharmonia da regulação endócrina», e daí aumento da produção dos elementos mieloides ou linfoides.

Já vimos como as várias inereções modificavam a leucocitose, mas na leucemia a alteração é tão notável que ela não pode depender só de uma alteração funcional de dada glândula e quanto a alterações orgânicas nunca elas foram encontradas.

Contra a importância etiológica das glândulas hormonais falam ainda os casos de leucemia infantil numa idade em que a tiroide e as glândulas sexuais ainda não segregam e onde as autópsias não mostram lesões das suprarrenais.

Clorose. — Parece estar na dependência da hipofunção ovárica. Em apoio das influências genitais ou hormonais, em geral, na clorose estão certos sintomas como a pobreza de pigmento cutâneo, a fraca pigmentação solar (na dependência de hiperadrenalina), o aspecto hipoplástico dos órgãos sexuais, o comprimento do corpo freqüentemente maior e com mais gordura (excesso de secreção de prehipofise), esqueleto forte, viril, e linfopenia (hipofunção do aparelho linfático). No entanto há factos que fazem pensar de outro modo. Na ovariectomia total a pobreza sanguínea nunca atinge o alto grau que se encontra na clorose. Casos de eunucoidismo e anemia acentuada, impõem-se clinicamente dentro do grupo do eunucoidismo e não da clorose (Gross e Beutler).

Na maioria dos cloróticos não há hipoplasia dos órgãos sexuais e por outro lado esta hipoplasia é compatível com funções sexuais absolutamente normais.

Nota-se mais que o comprimento do corpo, o edificio ósseo viril não entram no quadro clínico do hipo ou agenitalismo. Resta a falta de pigmento cutâneo, que se duvida pertença exclusivamente ao *deficit* genital.

A hipótese da etiologia pluriglandular tem mais valor porque sintomas há como os acima referidos que pertencem à hipofise outros às suprarrenais.

No entanto as discordâncias aparecem quando se pensa na questão. Com vimos o excesso da secreção suprarrenal traz poliglobulia e não o inverso.

Oswald não esquece a tiroide tão notada nas associações clorose — doença de Basedow, se bem que a doença de Basedow não traga necessariamente clorose.

A hipertrofia da tiroide é um sinal da crise da puberdade época esta em que os ovários atingem a maturidade e que a clorose aparece.

Daí lícito pensar-se em possível ligação entre estes vários órgãos. Oswald porém não pondo de parte a influência destas glândulas crê que se deve ir procurar a causa a uma disposição constitucional do organismo.

Icterícia hemolítica. — Está freqüentemente associada ao infantilismo (Frey-mann, Barkan, Brill), ou quando se manifesta em doentes que atingiram a maturidade sexual não raro se notam modificações dos caracteres sexuais primários e secundários. Aqui o infantilismo não é a causa da Hemopatia, mas sim as duas doenças assentam numa comum degenerescência constitucional. No entanto a doença do sangue pode ser a causa do infantilismo, porque em três casos de ictericia hemolítica, observada por Grefe Freymann, a esplenectomia curou a ictericia e trouxe o desenvolvimento completo do organismo.

Resumindo os ensinamentos que advêm desta digressão endocrino-hematológica Oswald conclui que as doenças das glândulas endocrinas não bastam para a gênese das hemopatias essenciais, se bem que possam ser uma causa adjuvante.

A. VAZ SERRA.

Publicações recebidas

Revista de Semiótica Laboratorial. Arquivos dos trabalhos do Laboratório Médico do Professor Alberto Aguiar. Tómo III, fascículo III-IV.

Revista das mais perfeitas e completas no gênero, com estudos valiosos explicados pela extraordinária freqüência do Laboratório e pela douda orientação do seu ilustre Director.

Alguns capítulos que aí versa: Concreções e cálculos; Urologia e bases da interpretação urológica; Síndromas renais; Semiologia urológica das funções hepáticas; Importância da relação urico ureica na semiótica urinária do funcionamento renal; Esquema de duas lições sobre hidro-raquidologia; Quisto-hidato do fígado aberto para a pleura; Quilúria nostras?; Curiosos moldes brônquicos; Exame dum líquido de quisto ovárico; Hidrúria e poliúria de origem encéfalo-basal, etc., mostram bem a importância dos Arquivos na preparação dos estudantes que iniciaram já o estudo da semiótica laboratorial e da Propedêutica e ainda para médicos que tantas vezes precisam de

rectificar os seus conhecimentos sobre a matéria. Todos os capítulos aí são tratados com brilho e espírito pedagógico, cimentados em rica e profusa documentação.

António Pacheco — *Febre biliosa hemoglobinúrica*, 1934.

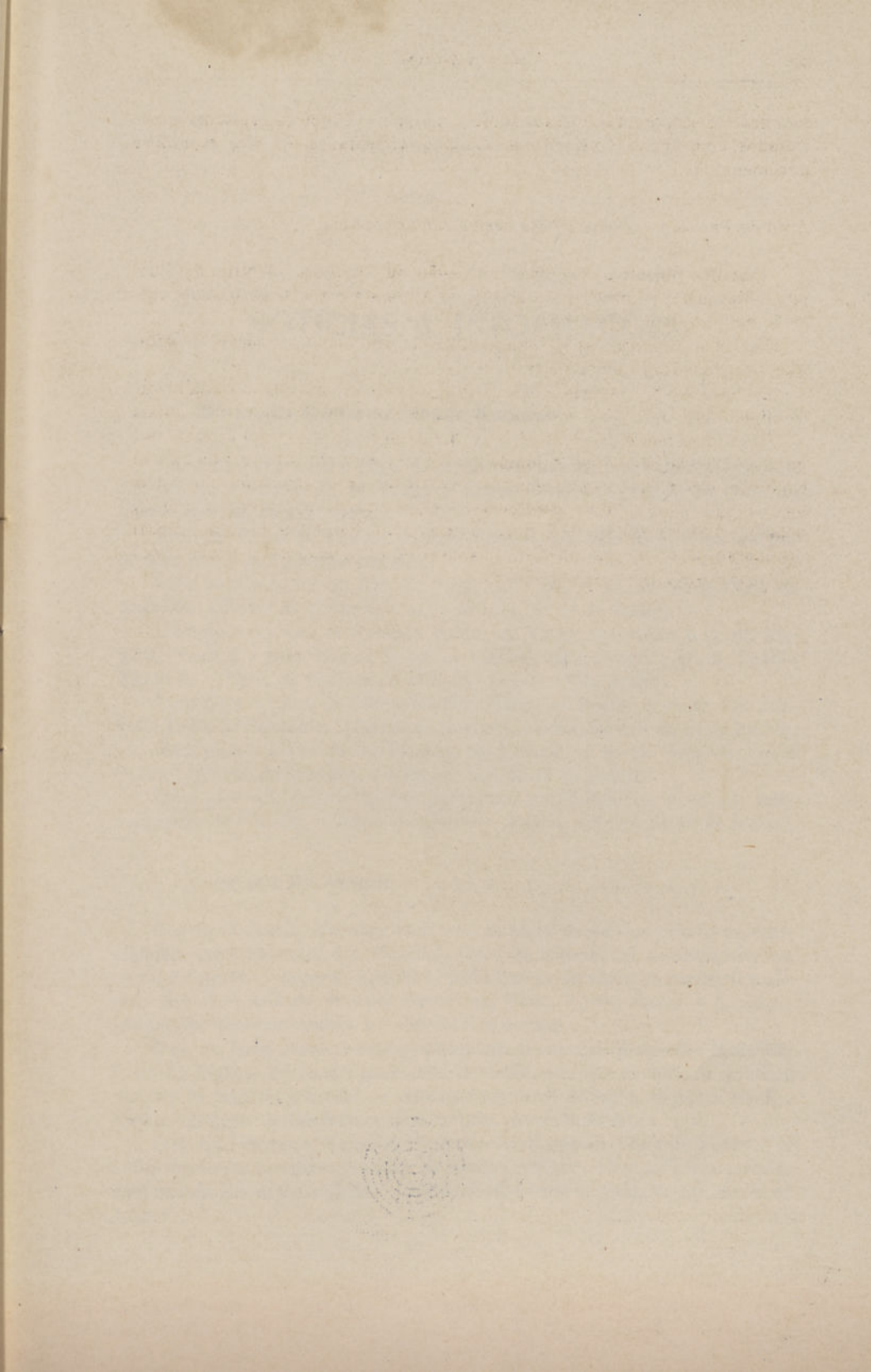
Trabalho objectivo, realizado na região de Xinovane (distrito de Lourenço Marques), de observação directa, o A. baseia-o em 84 casos cuja evolução acompanhou hora a hora.

Faz-se aí uma resenha da sintomatologia, etiologia, patogenia, diagnóstico, prognóstico, profilaxia e tratamento.

De leitura fácil e atraente descobre-se através as suas páginas qualidades de clínico que supre com os sentidos a insuficiência dos meios laboratoriais.

Tem ideas muito pessoais particularmente sobre o tratamento. O cloreto ou gluconato de cálcio usado juntamente com soro glucosado ou fisiológico e em certos casos, com as pequenas mas repetidas transfusões com a acetilcolina e com o quinino (este obedecendo a determinadas condições) é, em sua opinião, o medicamento que deva considerar-se específico da febre biliosa hemoglobinúrica. E com tal êxito o fez que daquele número de casos apenas dois não conseguiram restabelecer-se.





NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Direcção Geral de Saúde Escolar.

Foi contratado para o lugar de médico escolar do Liceu de Rodrigues de Freitas, no Pôrto, o sr. dr. Ludgero Lopes Parreira. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 129, de 5 de Junho).

Idem do Liceu de Camilo Castelo Branco, em Vila Real, o sr. dr. Domingos Alves de Carvalho Campos.

Idem para o Liceu de João de Deus, em Faro, o sr. dr. Mário Pinto de Andrade. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 134, de 11 de Junho).

Idem para o Liceu de Gonçalo Velho, em Viana do Castelo, o sr. dr. Joaquim Proença, e para o Liceu de Latino Coelho, em Lamego, o sr. dr. Teófilo Esquivel. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 136, de 18 de Junho).

Idem para o Liceu de Alexandre Herculano, no Pôrto, o sr. dr. José Joaquim Lobo de Carvalho. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 143, de 21 de Junho).

Idem para o Liceu de Gil Vicente, em Lisboa, o sr. dr. José de Paiva Boléu. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 145, de 23 de Junho).

Idem para o Liceu de Martins Sarmiento, em Guimarães, o sr. dr. João Fernandes de Freitas. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 147, de 26 de Junho).

Missões de estudo.

O sr. dr. Fernando Ferreira da Costa, director de serviço clínico da especialidade estomatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, de visitar os serviços de estatística clínica dos Hospitais de Madrid, Barcelona, Paris, Lyon, Roma e Londres. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 130, de 6 de Junho).

O sr. dr. Isaac Jaime Anahory, assistente de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado em comissão gratuita de serviço público, durante 60 dias, de proceder ao estudos em centros de lepra, no país e em Espanha. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 139, de 16 de Junho).

O sr. dr. Henrique Weiss de Oliveira, dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado em comissão gratuita de serviço público, de ir a França estudar assuntos da sua especialidade. (*Diário do Govêrno*, II série, n.º 147, de 26 de Junho).

Instituto Português de Oncologia.

Foi nomeado para desempenhar as funções de assistente dêste Instituto, o sr. dr. Caldeira de Abreu Bacelar. (*Diário do Governo*, II série, n.º 135, de 12 de Junho).

Direcção Geral de Saúde.

Dr. José Eduardo Vieira, nomeado para o lugar de delegado de saúde efectivo do concelho de Vila Franca de Xira. (*Diário do Governo*, II série, n.º 137, de 14 de Junho).

Dr. João Alves do Vale, nomeado para exercer interinamente as funções de delegado de saúde do concelho de Valongo. (*Diário do Governo*, II série, n.º 139, de 16 de Junho).

Dr. José Joice Damas Mora, nomeado para exercer, interinamente, as funções de delegado de saúde do concelho de Cadaval. (*Diário do Governo*, II série, n.º 145, de 23 de Junho).

Dispensário Popular de Alcântara.

Foram nomeados médicos do Dispensário Popular de Alcântara, os srs. drs. Fernando Augusto Ribeiro Cabral e Manuel Nazaré Cordeiro Ferreira, assistentes de serviços dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Foi nomeado definitiva e vitaliciamente director do mesmo Dispensário, o sr. dr. Fernando de Lencastre. (*Diário do Governo*, II série, n.º 129, de 5 de Junho).

Faculdades de Medicina.

De Lisboa. — O Supremo Tribunal Administrativo enviou ao Ministério da Instrução a cópia da minuta de recurso interposto pelos srs. drs. Amândio Pinto e Luiz Adão, do despacho ministerial que nomeou professor de cirurgia da Faculdade de Medicina, o sr. dr. Jorge Monjardino.

— O sr. dr. Silvério Gomes da Costa terminou as suas provas para professor agregado de fisiologia geral e especial, química fisiológica, farmacologia e terapêutica geral.

Do Porto. — Prestou as suas provas para doutoramento na Faculdade de Medicina, o licenciado sr. Francisco Pereira Viana, assistente de Medicina Interna.

De Coimbra. — Foi renovado o contrato entre a Reitoria da Universidade e o licenciado Aires Martinho de Faria Duarte para a continuação do desempenho das funções de ajudante de clínica do 7.º grupo (cirurgia) da Faculdade de Medicina de Coimbra. (*Diário do Governo*, II série, n.º 137, de 14 de Junho).

Sociedades científicas.

Academia das Ciências (Classe de Ciências). — Foram eleitos e tomaram posse de sócios da Academia das Ciências, os srs. dr. Henrique de Vilhena, Lopo de Carvalho a quem se referiram em termos muito elogiosos os srs. drs. Silva Carvalho, Egas Moniz, General Simões de Oliveira, Moreira Júnior e Charles Lepierre.

O sr. dr. Egas Moniz fêz uma importante comunicação sôbre «A visibilidade das veias profundas do cérebro: importância da sua deformação e deslocação como elemento do diagnóstico em alguns casos de tumores cerebrais».

Expôs primeiro algumas noções anatómicas sôbre as veias profundas do cérebro: empola de Galeno e veia de Galeno.

Mostrou como é possível obter, com grande nitidez, não só a visibilidade dos troncos profundos do cérebro, mas ainda de alguns pequenos vasos, que são seus afluentes, cujo estudo mais cuidado traz entre mãos pelo exame comparativo de mais de cem boas flebografias do cérebro, normais e patológicas.

Relatou apenas dois casos típicos, documentados pela flebografia e pela necropsia de tumores cerebrais com deslocação e deformação da empola e das veias de Galeno devidas à proximidade de neoplasias cerebrais.

Primeiro caso: tumor que invade o terceiro ventrículo. Na flebografia vê-se a empola de Galeno deformada. Em vez da sua disposição em semi-círculo, apresenta-se angulosa e irregular. A veia de Galeno está repuxada para a parte superior e segue em linha bastante recta, devida à pressão exercida pelo tumor de baixo para cima sôbre a tela coroideia. Entre os seus dois folhetos caminham, como se sabe, as veias de Galeno. Mostra um corte do cérebro em que se vê o tumor determinando êsse desvio.

A segunda observação diz respeito a um enorme meningioma da foice do cérebro, atingindo o hemisfério direito, cujos diagnósticos de localização, de volume e natureza do tumor, foram precisados pela forma angiográfica. A flebografia mostra igualmente deformação da empola e veia de Galeno. Neste caso, ao contrário do primeiro, o tumor comprimia de cima para baixo as veias profundas do cérebro. A empola está alargada. Nos casos normais tem esta uma abertura de 1,6 a 1,7 cm.; nas flebografias dêste doente verifica-se um aumento considerável do seu diâmetro para 3 cm. A veia de Galeno à direita, lado do tumor, está bastante abaixada, o que se torna evidente por comparação das duas flebografias obtidas à direita e à esquerda.

Estas investigações fazem supor que está reservado um importante futuro, à flebografia cerebral pelos subsídios que podem fornecer no diagnóstico dos tumores especialmente aos da parte média do cérebro, algumas vezes de difícil localização.

Desde que conseguiu tornar visíveis não só as artérias, mas também veias do cérebro, seguindo por meio de sucessivas radiografias, a substância opaca aos raios X na sua marcha artério-capilo-venosa, a prova angiográfica ganhou em valor e em resultados práticos.

Maternidade dr. Alfredo Costa.

Retiniu-se o corpo clínico da Maternidade Alfredo Costa, sob a presidência do sr. professor dr. Augusto Monjardino, secretariado pelos srs. professores drs. Costa Sacadura e Jorge Monjardino.

Antes de se entrar na ordem da noite o sr. professor Augusto Monjardino referiu-se à morte do notável obstetricista brasileiro dr. Miguel Couto, fazendo o elogio da sua obra e pondo em relêvo as suas excelentes qualidades como professor eminente, que foi, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Propôs — o que foi aprovado — um voto de profundo sentimento pela grande perda que o Brasil sofreu.

O sr. professor dr. Costa Sacadura apresentou a estatística anual, relativa a 1933, do serviço de Obstetria, que dirige.

Referem os mapas e os gráficos: o movimento da população enferma — 2.204 mulheres admitidas, que produziram 2.207 crianças; a representação gráfica do número de partos em relação à idade da mãe — pela qual se verifica que é a idade de 23 anos aquela em que mais crianças nasceram (177), seguindo-se a de 22 anos (166) a de 24 (150), e onde se notam duas mãis com 13 anos e uma com 49; o número de partos em relação ao estado civil da grávida — casadas 1.156, solteiras 1.098.

O sr. dr. Costa Félix fez uma comunicação em que relatou um caso de acidente obstétrico bem solucionado; a sr.^a dr.^a Maria Teresa Paulo comunicou um caso de amenorrea congénita. Sôbre êste assunto falaram os srs. drs. Costa Sacadura, que referiu dois casos clínicos também de amenorrea congénita, e Augusto Monjardino, que deu conta de um interessante caso de uma mulher que só tinha amenorrea fora das épocas da gravidez.

Numa nova reunião do corpo clínico da Maternidade dr. Alfredo Costa, o sr. dr. Costa Sacadura dissertou sôbre o valor morfológico da placenta e de alguns exemplares colhidos naquela maternidade.

Sociedade Portuguesa de Biologia.

Sob a presidência do sr. professor dr. Ferreira de Mira retiniu-se a Sociedade Portuguesa de Biologia, tendo sido feitas importantes comunicações científicas.

O sr. José Pires Soares, investigador do Instituto de Rocha Cabral, apresentou um interessante trabalho — «Acção da luz sôbre culturas de tecidos *in vitro*».

O sr. dr. Gonçalves da Cunha fez duas comunicações sôbre «Coloração vital da vacuoma e evolução do condrioma na células de Chara vulgaris L. var. longibracteata Kütz». E, de colaboração com a sr.^a D. Matilde Ben-saúde, apresentou um trabalho sôbre «A existência duma Pitiácea parasitando o arroz em Portugal».

Os srs. drs. Alberto Carvalho e Carlos Vidal demonstraram que a administração de cimento nas cobáias, por qualquer das três vias (digestiva, respi-

ratória ou venosa), torna a injeção tuberculosa mais benigna, em relação aos animais testemunhas.

Os srs. drs. Kurt Jacobsohn e Anselmo da Cruz estudaram o coeficiente da temperatura do sistema da fumarase.

O sr. dr. Santana Leite, depois de dizer que tem sido observado pelos oto-rino-laringologistas que, em seguida às amigdalectomias, os doentes obtêm melhoria notável ou cura completa, tanto do estado local como da saúde geral, relatou experiências de fisiologistas, de que se concluiu que havia pressões na faringe durante a deglutição.

Cursos médicos internacionais em Berlim.

A academia berlinense de formação médica suplementar dirigida pelo burgomestre da cidade de Berlim, sucessora da agremiação de lentes para a formação médica em Berlim, preparou para Outubro de 1934 os seguintes cursos médicos internacionais:

- 1.º Medicina interna com tratamentos especiais sobre a tuberculose, de 1 a 13 de Outubro. Matrícula 60 marcos.
- 2.º Curso de tuberculose no hospital de tuberculose da cidade de Berlim: «Waldhaus Charlottenburg» de 15 a 20 de Outubro (ocupa o dia inteiro). Matrícula 50 marcos. Possibilidade de moradia e abastecimento por 2.70 marcos por dia.
- 3.º Semana obstétrica-ginecologia de 15 a 20 de Outubro. Matrícula 50 marcos.
- 4.º Curso sobre oto-rino- e laringologia de 1 a 13 de Outubro. Matrícula 120 marcos.
- 5.º Curso de pediatria de 22 a 27 de Outubro. Matrícula 50 marcos.
- 6.º Cirurgia de doenças endotorácicas, com tratamentos especiais sobre a tuberculose pulmonar, de 29 de Outubro a 2 de Novembro. Matrícula 80 marcos.
- 7.º Cursos especiais de tôdas as disciplinas de medicina com trabalhos práticos nas clínicas e nos laboratórios são realizados cada mês. A matrícula para oito exercícios de 2 horas é de 50 a 80 marcos. Nestes cursos dá-se maior importância à parte prática, sendo o ensino teórico secundário.

Programas e informações detalhadas pelo escritório da academia berlinense de formação médica (Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung), Berlim NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friederich-Hauz).

Podem tomar parte nos cursos tanto médicos alemães como estrangeiros.

Os participantes estrangeiros recebem um abatimento de 60 % nas viagens com a «Deutsche Reichsbahn» (Caminho de Ferro alemão).

Conferências.

Com uma interessante conferência do sr. dr. Rocha Brito, sobre «Sifilis e engenia» terminou, no Instituto de Farmacologia, o primeiro ciclo das conferências culturais, ali efectuadas por iniciativa do director daquele Instituto, sr. dr. Feliciano Guimarães.

À notável conferência do sr. dr. Rocha Brito presidiu o sr. dr. Elísio de Moura, secretariado pelos srs. drs. Almeida Ribeiro e Maximino Correia.

O conferente pôs o problema social daquela endemia em Portugal, fazendo largas considerações sobre os estragos causados pelo treponema e seus venenos na família e citou estatísticas, entre as quais as do serviço do sr. dr. Novais e Sousa para destacar a extensão do mal.

Esclareceu e criticou: a propaganda educativa, por todos os meios de expressão; o exame médico prenupcial obrigatório; o atestado médico prenupcial obrigatório; o delito de contaminação sexual; a organização duma rede de dispensários polivalentes; a lei alemã de esterelização para os portadores de doenças hereditárias e que segundo aquela legislação são: a debilidade mental, a esquizofrenia, a loucura circular, a epilepsia essencial, a coreia de Huutington, a cegueira hereditária, a surdez hereditária, graves defeitos físicos hereditários e ainda o alcoolismo grave; os individuos afectados por quaisquer destas doenças podem ser esterelizados pela vasectomia, se são homens, ou pela laqueação dos trompas se são mulheres.

Terminou, dirigindo-se à assistência: Se a conferência calou em vossas almas, peço que a tomeis sobre os hombros e a propagueis, onde a vossa palavra chegar, preparando essa mística — de que é necessário forjar uma consciência higiénica da nação — mística sem a qual nada vingará neste mundo;

Sêde, pois, o espirito vivificador desta modesta palestra: defendei a propaganda educativa, higiénica, moral e sexual deste assunto; defendei o exame médico prenupcial obrigatório; defendei a criação, largamente, de dispensários de higiene, de profilaxia, de tratamentos gratuitos aos necessitados;

Se quereis deixar aos vossos filhos, como quero deixar aos meus, uma pátria feliz e sã, principiai por dar a esta filhos felizes e sãos.

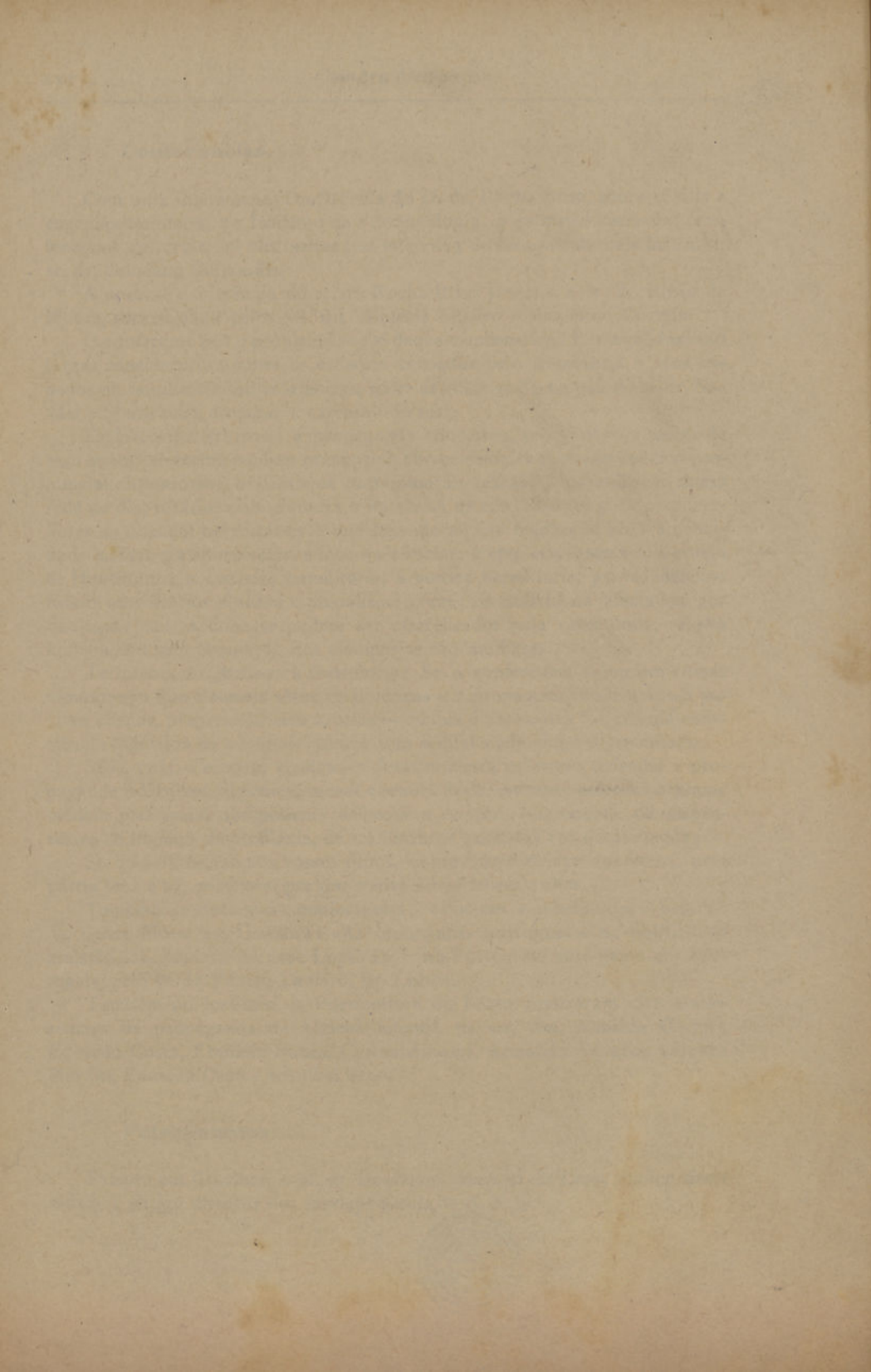
Também se realizaram conferências: «Poeiras e tuberculose» pelo sr. dr. Costa Mota, em Coimbra; «As criancinhas portuguesas na política da assistência», pelo sr. dr. José Lopes Dias, no Pôrto; «O sezonismo em Portugal», pelo sr. dr. Fausto Ladeiro, em Lisboa.

Também no Instituto de Puericultura do Pôrto realizaram oito conferências de propaganda de higiene infantil, os srs. drs. Almeida Garrett, Eduardo Costa, Franklin Nunes, Carlos Amaral, Armando Tavares, Oliveira Martins, Fonseca Castro e Aníbal Bessa.

Falecimentos.

Faleceu em Coimbra, o sr. dr. Domingos António de Lara, clínico desta cidade e antigo director dos serviços gerais da A. N. T.





ÚLTIMAS NOVIDADES:

- L'Armement Antituberculeux 3^e édition entièrement refondue, 1 vol., 244 pages publié par le « Comité National de défense contre la tuberculose » (M). — Frs. 26,00.
- GASTINEL et PULVENIS** — La Syphilis expérimentale. Etude critique et nouvelles recherches. 1 vol., 244 pag., 19 fig., 4 planches (M). — Frs. 45,00.
- GERSON** — Les varices, 1 vol. de 122 pag., avec 34 fig. (D). — Frs. 28,00.
- HENRY** — Hypertension et hypotension artérielles par anaphylaxie chronique. 1 vol. de 96 pag. (D). — Frs. 20,00.
- JUNOD** — Obsession. Neurasthénie, 1 vol. (N). — Frs. 20,00.
- LAPEYRE** — Coeur et anaphylaxie, 1 vol. de 142 pag. (D). — Frs. 30,00.
- LÉON-KINDBERG** — Les dilatations des bronches, 1 vol., 126 pag., avec 19 fig. (M). — Frs. 22,00.
- LIÈGE** — Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale, 1 vol., 174 pag. avec 15 fig. (M). — Frs. 22,00.
- MARIO SIMÕES TRINCÃO** — Tratamento Médico da Úlcera Gastro-Duodenal. A Pepsinoterapia, 1 vol. — 12750.
- MOLLANT** — Le traitement des Névralgies sciatiques, 1 vol., gr. avec 72 pag. (B). — Frs. 8,00.
- MOLLARET** — Le traitement des névralgies sciatiques 1 vol., 72 pag. (B). — Frs. 12,00.
- MONTPELLIER et MONCEAUX** — Pratique hématologique. Le sang normal, le sang pathologique, techniques d'études (D). — Frs. 60,00.
- MORICHAU-BEAUCHANT** — L'exploration de l'intestin. Diagnostic et traitement des malades et des syndromes, 1 vol., 514 pag. (D). — Frs. 42,00.
- PACHON et FABRE** — Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire, 1 vol., 254 pag. (D). — Frs. 38,00.
- PIÉRY et BOURDELÈS** — La Pratique de la Collapsothérapie en Phtisiologie. 2^e édition. Un vol., 350 pag. (D). — Frs. 60,00.
- RENNES** — Manuel du préposé à l'inspection des viandes, 1 vol. (V). — Frs. 15,00.
- SERGENT** — Traité élémentaire d'exploration clinique médicale. Technique et Séméologie, 1 vol., 1176 pag., 410 fig., 10 planches en couleurs (M) broché. — Frs. 120,00 Relié Frs. 145,00.
- SLOCK** — Précis de psychologie Pédagogique, 2 vol. (PR). — Frs. 50,00.
- STEPHANI et TURINI** — La Tuberculose Vertébrale vue aux Rayons X. Un vol., 60 pag., avec 39 gravures (D). — Frs. 24,00.
- TOURNAY** — Sémiologie du sommeil. Essai de neurologie expliquée. 1 vol. de 136 pag. avec fig. (D). — Frs. 30,00.
- VALLERY-RADOT** — Pathologie de l'appareil urinaire. 1 vol., 202 pag., avec 10 fig. (M). — Frs. 22,00.

LIVRARIA ACADÉMICA
DE
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

- BARTHÉLEMY** — Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, 1 vol. (N). — Frs. 45,00.
- BÉRARD et PATEL** — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, 1 vol., 254 pág., avec 69 fig. (M). — Frs. 50,00.
- FÉVRE** — Chirurgie infantile d'urgence, 1 vol., 452 pág., avec 110 fig. (M). — Frs. 70,00.
- GLEY** — Traité élémentaire de Physiologie, 8^e édition revue, 2 vols. de 1.100 pág., avec 320 fig. (B). — Frs. 95,00.
- GRINGOIRE** — Les vitamines B, 1 vol. (F). — Frs. 15,00.
- HARTMANN** — Gynécologie opératoire, 2^e édition, 1 vol., 585 pág., avec 478 fig. (M). — Frs. 110,00.
- HINAULT et MOLLARD** — Le traitement aurique de la tuberculose, 1 vol. de 325 pág. (V). — Frs. 40,00.
- JAQUEROD** — La cure de repos dans la tuberculose pulmonaire, 2^e édition, 72 pág., avec 10 fig. (M). — Frs. 15,00.
- KISTHINIOS** — Le traitement des cardiopathies, 1 vol. de 103 pág., avec 6 fig. (B). — Frs. 12,00.
- LEDOUX-LEBARD** — Manuel de Radiodiagnostic clinique 2 vol., grands de 1076 pág., avec 1143 fig. (M) brochés. — Frs. 230,00, reliés 260,00.
- MARAÑON** — Amiel, un estudio sobre la timidéz, 2^a edición aumentada, 1 vol., 365 pág. (C). — Pesetas 5,00.
- MARAÑON** — Once lecciones sobre el reumatismo con 51 grabados, 1 vol. gr., 249 pág. (C). — Pesetas 10,00.
- MONDOR** — Diagnostics urgents — Abdomen, 2 vol. de 1054 pág., avec 276 fig., dont 30 planches hors texte (M) brochés. — Frs. 125,00, reliés 145,00.
- OYARZABAL** — Tratamiento de las enfermedades de la piel y sexuales, 1 vol. 320 pág. (M). — Pesetas 12,00.
- PEMBERTON** — Le rhumatisme chronique. Formes, nature, traitement, 1 vol., 408 pág. (D). — Frs. 80,00.
- PÉHU et ROUGIER** — Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance, 1 vol. de 180 pág., avec 10 planches (G). — Frs. 30,00.
- RATHÉRY** — Le traitement des albuminuries juvéniles, 1 vol., de 52 pág. (B). — Frs. 8,00
- RAVINA** — L'Année thérapeutique, 8^e année, 1933, 1 vol., 192 pág. (M). — Frs. 18,00.
- REYNES** — Les éléments filtrables du virus tuberculeux, 1 vol. de 352 pág., avec une planche hors texte (V). — Frs. 50,00.
- RUDOLPH** — Le traitement des colites, 1 vol. de 41 pág. (B). — Frs. 6,00.
- TIXIER ET CLAVEL** — Les grandes hémorragies gastro-duodénales, 1 vol., 292 pag. (M). — Frs. 30,00