

Ano XIII

N.º 9

Setembro 1936



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

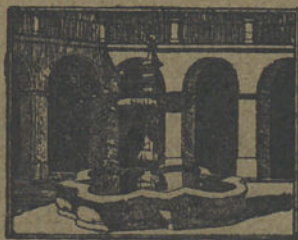
*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio  
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

**TONICO RECONSTITUINTE RECALGIFICANTE**

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; exigir os Verdadeiros Granulos CATILLÓN Gremio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3. Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS

DOCTOR:

NO/ CAS/ EM  
QUE PRECISE TONI-  
FICAR UM ORGA-  
NI/ MO DEBILITADO  
RECORDE O



# Phosphorrendal

ROBERT  
NA/ SUA/ TRES/ FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL  
LABORATORIO  
ROBERT

Sala B. ....

Est. 9 .....

Tab. 2 .....

N.º 45 .....

Depositarios para Portugal e Colonias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

240. Rua da Palma, 246 LISBOA

# Vitamina C

## Cebion *Merck*

Nos tratamentos dietéticos (afeições gástricas e intestinais, sobretudo na úlcera gástrica e duodenal), hemorragias internas, doenças infecciosas, escorbuto, preescorbuto, paradentoses

VITAMINA

# Cebion

*Merck*

por via intra-venosa, intra-muscular ou sub-cutânea, ampólas de 0,05 = 1.000 U. I.  
ampólas de 0,10 = 2.000 U. I.  
por via bucal, comprimidos de 0,05 = 1.000 U. I.

*E. Merck - Darmstadt*

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

Rua da Palma 165

Porto

Rua do Alameda 59

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# IODO NIE

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

**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<sup>e</sup>)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

**“A. B.”** a 1.<sup>a</sup> — insulina europeia  
— no preço dos médicos  
— de todo o mundo

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

Folhetos aos Ex.mos Clínicos

Representantes:  
COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup>

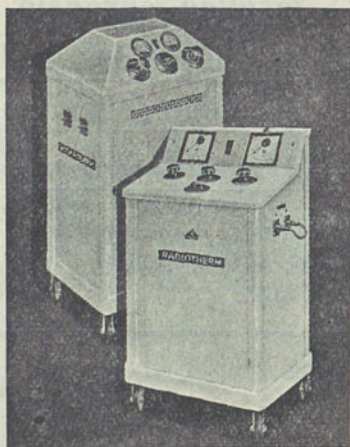
Rua dos Douradores, 29, 1.<sup>o</sup>  
LISBOA

TELE F. 21476  
G. DELTA

a  
**Calcina orgânica**  
(Calciorgan)

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

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



# Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X

Electromedicina

Electrodentária

*Lampadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-Vermelhos*

**Original Hanau**

Aparelhos de ondas curtas por lâmpada emissora

**LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143**

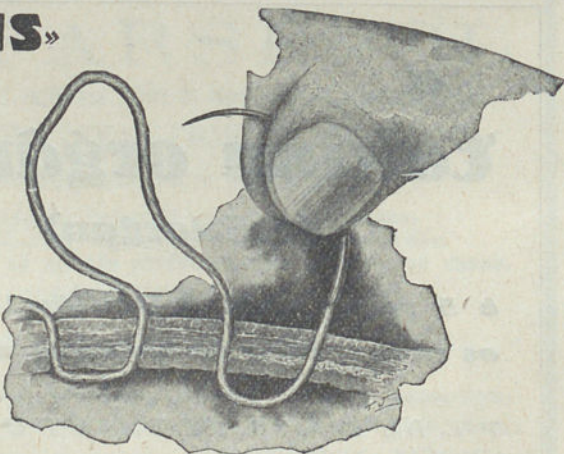
Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED.

## «LUKENS»

### CAT-GUT

O melhor em qualidade e de maior uso em todos os países do mundo!



### ATRAUMÁTICO

Fômos nós os primeiros a apresentar à cirurgia esta inovação!

Laboratórios: C. DE WITT LUKENS COMPANY — ST. LOUIS

---

## Entorces, fracturas e traumatismos articulares

---

Em tais accidentes, o uso de applicações quentes de ANTIPHLOGISTINE, pode contribuir bastante para evitar a rigidez nas articulações.

A má distribuição e estagnação dos desperdícios nas estruturas em redor, bem como a contracção das fibras musculares visinhas, serão reparadas pelo aumento do fluxo da linfa e da circulação arterial por meio de pensos de ANTIPHLOGISTINE.

Usada em combinação com a fisioterapia, a ANTIPHLOGISTINE, pela sua acção descongestiva, bacteriostática, termogénica e analgésica, é de efeito salutar e corfortador.

# ANTIPHLOGISTINE

*Amostra e literatura sob pedido à*

**The Denver Chemical Mfg. Co..**

163, Varlick Street

Nova York, E. U. A. N.

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

Cais do Sodre, 8. 1.º

L I S B O A

# A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente  
a n t i - a r t r í t i c o



Reune numa forma inédita  
**33%** de princípios activos

Iodo }  
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

**Gluconato de calcio:** modificador do metabolismo calcário

**Bitartrato de lisidina:** eliminador do ácido úrico

---

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFE-  
RIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

---


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

Literatura e amostras

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

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





## PROF. CUSTÓDIO CABEÇA

No dia 7 do corrente faleceu, no Chalet Natália, em S. João do Estoril, o Prof. CUSTÓDIO CABEÇA. Para todos aqueles que sabiam da evolução da doença de que sofria, havia já longo tempo, não constituiu surpresa a triste notícia da sua morte. Todos porém, seus colegas e seus discípulos, lamentam nesta hora a grande perda que a medicina portuguesa acaba de sofrer.


Afastado já de há muito, por doença, da regência da sua cadeira de Clínica Cirúrgica, fôra, há pouco, jubilado, por ter atingido 70 anos de idade. Teve nessa ocasião ensejo de avaliar a estima e o aprêço em que era tido. A Faculdade de Medicina de Lisboa e muitos dos seus antigos discípulos renderam nessa data merecida homenagem às suas nobres qualidades. Pouco tempo porém sobreviveu a essas homenagens.

Em tôda a sua carreira o Prof. CABEÇA, Mestre de inextinguível zêlo pelo ensino e dedicação pelos seus discípulos, foi, além do mais, um exemplo vivo da mais extremada probidade profissional.

A *Lisboa Médica*, onde CUSTÓDIO CABEÇA publicou alguns dos seus trabalhos, perde um dos fundadores e também um dos seus amigos. No nosso próximo número, pela pena do Prof. AUGUSTO MONJARDINO, faremos uma mais larga referência à vida e à obra do Prof. CABEÇA.

Desde já queremos, porém, apresentar a tôda a família, e em especial à viúva, a expressão sincera do nosso grande pesar.

A REDACÇÃO.





NEW YORK OFFICE



## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>Papilomas da mama</i> , por Donald H. Kaump e António E. Mendes Ferreira .....	Pág.	569
<i>Um caso de hipertrofia congênita do colo vesical</i> , por Fortunato Levy .....	"	581
<i>As epifisites vertebrais e sua interpretação radiológica</i> , por Fernando Matos Moreira .....	"	587
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	"	596
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	"	XXXVII

*Serviço de Biopatologia e diagnóstico da «Mayo Clinic» no St. Mary's Hospital*  
(Director: Prof. Dr. VM. CARPENTER MAC CARTY)

## PAPILOMAS DA MAMA

(Estudo de 273 peças anátomo-patológicas)

POR

DONALD H. KAUMP (1) e ANTÓNIO E. MENDES FERREIRA (2)

Vários objectivos nos levaram à execução deste trabalho:

1.º — Determinar a incidência de transformação maligna nos papilomas da mama.

2.º — Submeter à crítica, através duma longa série de peças anátomo-patológicas, a opinião exprimida por MAC CARTY, em vários artigos (3, 4, 5, 6), sôbre a diferenciação de células malignas.

3.º — Rever a classificação de neoplasias proposta por MAC CARTY em 1932 (7), tendo em vista aplicá-la a êste grupo de lesões.

MAC CARTY (2), em 1923, depois de aturados estudos em citologia normal e patológica, escreveu: «As células vivas e frescas de neoplasmas malignos são corpos perfeitamente esferoidais ou ovais, apresentando um núcleo grande, esferoidal ou oval, no qual se encontra um ou mais nucléolos, também grandes, esferoidais ou ovais. Morfológicamente as células malignas não se assemelham a qualquer célula adulta do organismo, se bem que

(1) Fellow em Patologia.

(2) Fellow em Cirurgia.

«The Mayo Foundation for Medical Education and Research, Graduate School of the University of Minnesota. Rochester, Minnesota — U. S. A.»



possam apresentar um arranjo histológico semelhante. Diferem das células regeneradoras ordinárias por terem uma parede mais espessa, um citoplasma e um nucleoplasma mais densos, um

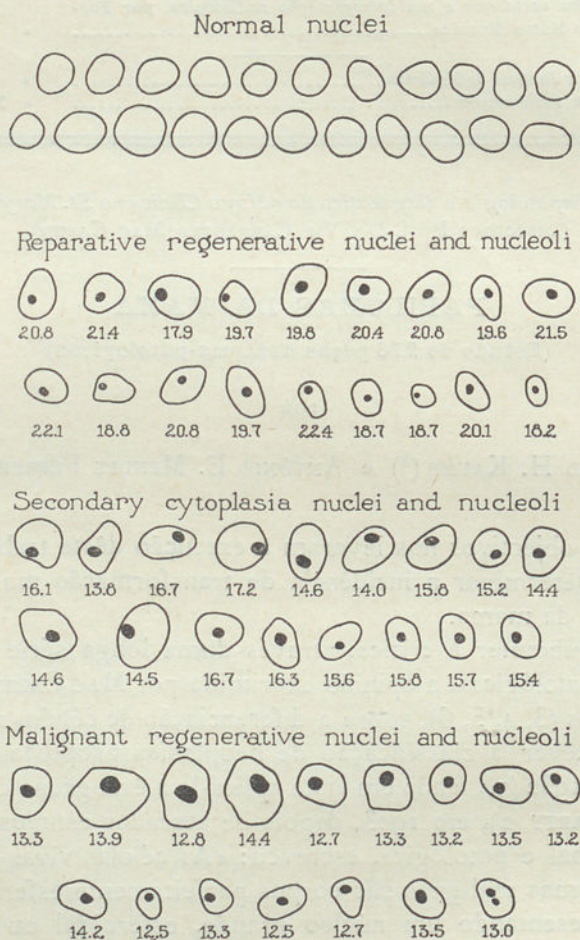


Fig. 1. — Desenhos de núcleos e de nucléolos com as respectivas relações núcleo-nucleolares nas quatro formas de diferenciação celular.

núcleo maior em proporção ao resto da célula e um nucléolo também maior. Há uma maior variação nos tamanhos extremos das células, núcleos e nucléolos, nos elementos neoplásticos, do que nas células regeneradoras de reparação».

Uma célula do tipo maligno, quando encontrada fora dum acino glandular, é considerada uma célula cancerosa (citoplasia terciária ou célula migradora — MAC CARTY) (figs. 1 e 2). Células do mesmo tipo, dentro de acinos glandulares, são, provavelmente, células cancerosas, mas podem encontrar-se em algumas inflamações crónicas. A estas células, morfológicamente indistinguíveis

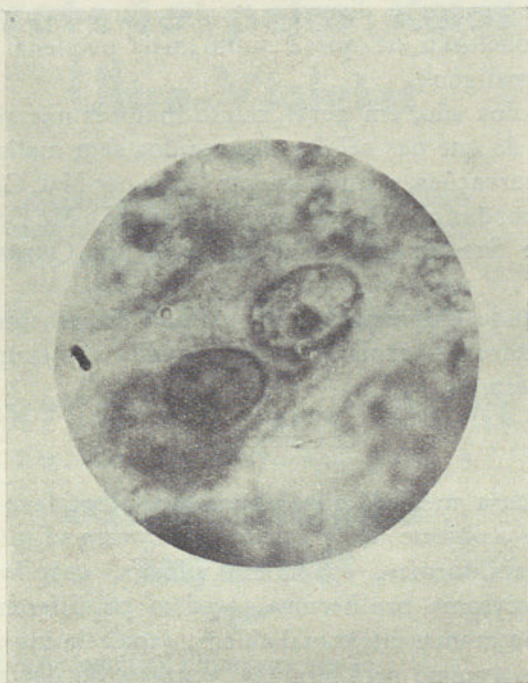


Fig. 2. — Células cancerosas dum adenoblastoma papiliforme da mama.

das células cancerosas, deu MAC CARTY o nome de «citoplasia secundária», células premigradoras ou preneoplásticas.

As células próprias das inflamações crónicas, a que MAC CARTY chama citoplasia primária ou células reparadoras e regeneradoras, não têm as características das células cancerosas e nelas é sobretudo notável o facto dos nucléolos serem muito pequenos em relação aos núcleos.

Na maioria dos tecidos as células de citoplasia primária, secundária e terciária ou respectivamente células reparadoras e

regeneradoras, células precancerosas e células cancerosas, não provêm das células adultas ou altamente diferenciadas e especializadas, mas sim das células de reserva (1), parcialmente diferenciadas.

No diagnóstico das lesões malignas MAC CARTY e os seus discípulos dão a maior atenção à relação existente entre os núcleos e os nucléolos. Essa relação núcleo-nucleolar tem sido estudada em muitos e diversos tecidos normais e patológicos, levando à conclusão de que é muito mais pequena nas células dos tecidos malignos.

Os nucléolos são, em geral, muito maiores nas células malignas (10, 11) do que nas células dos tecidos sem malignidade.

Estas observações, primeiramente feitas por MAC CARTY, foram depois confirmadas por HAUMEDER (1), RAAF (15), Mc CORMACK (12), NAIDU (13) e STROHL (16), na América, e por QUENSEL (14), na Europa.

Neste estudo empregámos um método semelhante ao usado por estes autores; — explicá-lo-emos quando nos ocuparmos dos métodos de estudo.

#### CLASSIFICAÇÃO

Na literatura médica, para expressar a entidade patológica que constitue o objecto deste estudo, encontram-se termos como: «quistoma papiliforme», «papiloma viloso», «papiloma canalicular», «polycytoma proliferum», «quisto papiliferens», «epitelioma, cytoma mamæ intracanalicular», «epithelioma dendriticus papilliferum», «quisto proliferante», «cancro do ducto», «quisto-adenoma papilar», «quisto-adenoma papiliforme» e muitos outros, igualmente confusos e muitas vezes insignificativos.

Em virtude desta multiplicidade e variedade de termos propostos para a classificação dos papilomas da mama, não virá fora de propósito considerar a nova nomenclatura de MAC CARTY,

---

(1) Células de reserva são as pequenas células achatadas que nos acinos glandulares da mama normal se encontram entre as células colunares secretoras e a membrana basal. MAC CARTY chamou-lhes células de reserva, porque, quando qualquer processo fisiológico ou patológico destrói as células secretoras adultas, são elas que, sofrendo um processo de hipertrofia e hiperplasia, vão revestir os acinos glandulares.

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

✓ Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

**Simenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



LISBOA MÉDICA

---

---

**APPLICA** Produto Suíço (penso rápido)

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

**APPLICA**

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

**APPLICA**

*A' venda em tôdas as Farmácias e Drogarias*

PEDIDOS A **COSTA SANTOS & STADLIN, L.<sup>DA</sup>**

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

---

---

---

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

***Veinosine***

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

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

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



que nos parece mais compreensível e lógica do que tôdas as outras que conhecemos.

Em 1932 MAC CARTY (7, 8), considerando a nomenclatura do cancro e de lesões anátomo-patológicas relacionadas com êle, escreveu: «I have collected over 1.000 different, often synonymous, and frequently meaningless terms for neoplasms in the literature of the last thirty years».

Na mesma ocasião, com a autoridade que lhe dava a observação de mais de 50.000 tumores, esboçou uma classificação de neoplasmas, que, por simples e prática, passaremos a expor.

Para êle todos os neoplasmas, conforme a sua origem e aspecto cito-histológico, podem ser incluídos num dêstes três grandes grupos:

1.º) *Testocitomas* ou *citomas*. — Neoplasmas compostos de células adultas (testócitos — MAC CARTY) dispostas de forma a irritarem tecidos normais.

2.º) *Testoblastomas* ou *blastomas*. — Neoplasmas compostos de células com um arranjo histológico normal ou quási normal, mas cuja morfologia é idêntica à das células regeneradoras malignas (testoblastos — MAC CARTY).

3.º) *Protoblastomas* ou *problastomas*. — Neoplasmas compostos de células do tipo regenerador maligno, dispostas de forma tal que o tecido que elas constituem em nada se assemelha a qualquer tecido normal.

Segundo MAC CARTY, esta classificação é só por si suficiente para os fins práticos, desde que a observação clínica e o estudo post-operatório dos doentes lhe mostrou que:

a) Os tumores do primeiro grupo são, clinicamente, benignos — não invadem os tecidos vizinhos, não dão metástases e se porventura matam o doente é simplesmente porque, em virtude da sua localização num órgão vital ou sua vizinhança, o crescimento expansivo do tumor perturba gravemente a função dêsse órgão.

b) Os tumores do segundo e terceiro grupo são, clinicamente, malignos — invadem os tecidos, dão metástases e matam o doente por caquexia.

Clinicamente, os tumores dos dois últimos grupos são muito semelhantes; contudo, os do terceiro grupo mostram, em geral, uma maior malignidade.

Para fins científicos e maior especificidade os dois primeiros

grupos podem ser subdivididos — tantas vezes quantas as diferentes variedades de células que os constituem. Assim, os tumores do primeiro grupo, compostos por células adultas (testócitos) ou pela sua forma reparadora e regeneradora podem ser formados por: adenócitos, condrócitos, endoteliócitos, epiteliócitos, fibrócitos, gliócitos, lipócitos, linfócitos, melanócitos, miócitos, mixócitos, neurócitos, odontócitos e osteócitos, recebendo, respectivamente, os nomes de: adenocitomas, condrocitomas, endoteliomas, etc.

Do mesmo modo os tumores do segundo grupo, compostos de células do tipo regenerador maligno — indiferenciadas ou só parcialmente diferenciadas — são chamados adenoblastomas, condroblastomas, endotelioblastomas, epitelioblastomas, eritroblastomas, fibroblastomas, glioblastomas, leucoblastomas, lipoblastomas, linfoblastomas, melanoblastomas, mioblastomas, mixoblastomas, neuroblastomas, odontoblastomas e osteoblastomas, dependendo a sua escolha dum destes nomes do tipo de células que constituem o tumor: adenoblastos, condroblastos, endotelioblastos, epitelioblastos, eritroblastos <sup>(1)</sup>, fibroblastos, glioblastos, leucoblastos <sup>(2)</sup>, lipoblastos, linfoblastos <sup>(3)</sup>, melanoblastos, mioblastos, mixoblastos, neuroblastos, odontoblastos e osteoblastos. Estas células, cujo nome genérico é «testoblasto», têm, em geral, um núcleo grande e granular que ocupa uma importante parte da célula, no qual se encontra um ou mais nucléolos volumosos — são, numa palavra, células cancerosas, como já dissemos, muito diferentes das células reparadoras e regeneradoras.

Como acentuámos anteriormente, as células que constituem os tumores do terceiro grupo são ainda mais indiferenciadas do que as que constituem os do segundo grupo. Esta indiferenciação é tão marcada que não é possível reconhecer a sua origem, e por isso os tumores que elas constituem são, genericamente, chamados «protestoblastomas» ou «problastomas», não sendo possível usar qualquer prefixo que denote as células ou tecidos de que derivam.

---

(1) Encontram-se nas anemias perniciosas.

(2) Encontram-se nas leucemias mielóides.

(3) Encontram-se nas leucemias linfóides, linfosarcomas e doença de HODGKIN.

MAC CARTY inclui no segundo grupo — blastomas — os vários adenocarcinomas, sarcomas fusocelulares, miosarcomas, ósteo e condro-sarcomas, alguns gliomas, etc.

No terceiro grupo — problastomas — devem incluir-se todos aqueles tumores altamente malignos para os quais a maioria dos patologistas não encontram um nome apropriado, colocando-se por isso muitas vezes no vasto e indefinido grupo dos sarcomas.

De acôrdo com esta simples nomenclatura, os papilomas da mama, quer intraquísticos, quer intracanaliculares, podem ser classificados como adenocitomas papiliformes (benignos) e adenoblastomas papiliformes (malignos) conforme o tipo celular observado no exame cito-histológico. Será esta a classificação usada neste artigo.

#### ADENOCITOMAS E ADENOBLASTOMAS PAPILIFORMES

Os neoplasmas papiliformes da mama, quer intraquísticos, quer intracanaliculares, são tumores que se apresentam como expansões do revestimento epitelial e do estroma conjuntivo subjacente do sistema glandular da mama. Segundo MAC CARTY (9), esta forma de tumor constitue cêrca de 3,3% de tôdas as lesões da mama, sendo, portanto, relativamente freqüente.



Fig. 3. — Adenocitoma papiliforme intraquístico.



Fig. 4. — Adenoblastoma papiliforme intraquístico.

Apresentam-se, em geral, como tumores arredondados e móveis, situados, a maioria das vezes, ao nível da areola, podendo, contudo, encontrar-se em qualquer outra parte do órgão (figs. 3 e 4). O crescimento, em geral, é lento e muitas vezes dão origem ao escoamento dum líquido seroso ou sero-sanguinolento através do mamilo.

Microscòpicamente, apresentam-se como excrescências papiliformes ligadas a um segmento da parede do ducto, sendo o seu aumento de volume devido ao crescimento destas projecções papilares.

Se é certo que muitos dêstes tumores são benignos, não é menos verdadeiro que um grande número dêles são caracteristicamente malignos, devendo por isso o cirurgião ter em conta não só êste facto, mas também a possibilidade de que um papiloma benigno como qualquer outro tumor pode sofrer uma transformação maligna.

#### MÉTODOS DE ESTUDO

Êste trabalho é baseado no estudo de duzentas e setenta e três mamas removidas cirurgicamente por conterem papilomas. Êste material anátomo-patológico foi dividido em duas partes: uma compreendendo os espécimes que foram estudados num estado perfeitamente fresco, sem qualquer fixação, sendo as preparações coradas pelo azul de metileno de UNNA (Modificação de TERRY) (17,18), e outra constituída pelos espécimes cujo estudo só foi efectuado depois de fixados numa solução de formalina a 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> e cujas preparações foram coradas pelas hematoxilina-eosina.

Tanto para as preparações frescas como para as fixadas foi usada a técnica dos cortes congelados (1).

O estudo de tôdas as preparações microscópicas compreende não só o exame histológico geral, mas também, e sobretudo, a observação citológica com lente de imersão (objectiva Spencer, 8 mm. N. A. 1.25; comprimento de tubo, 150 mm.; ocular 6 X).

---

(1) A técnica de inclusão em parafina modifica a estrutura celular e por isso não é um meio adequado para o estudo de estruturas tão delicadas como os nucléolos.

As sombras dos núcleos e as dos nucléolos (20 células de cada preparação) foram projectadas por uma câmara lúcida sobre papel quadriculado, sendo os seus contornos cuidadosamente desenhados.

Em virtude das reduzidas dimensões dos desenhos dos nucléolos e para tornar possível medi-los correctamente com um planímetro, foi necessário ampliá-los. Para isso usámos uma objectiva de Spencer de 48 mm. (N. A., 0,08; comprimento de tubo, 250 mm.; ocular, IX).

Os valores planimétricos destas ampliações como os dos desenhos dos núcleos, foram matematicamente corrigidos, a-fim-de se saber o valor real das áreas dos núcleos e dos nucléolos, os quais são expressos em microns quadrados.

#### RESULTADOS DO ESTUDO

No quadro I, que contém as médias das áreas dos núcleos e dos nucléolos e as relações núcleo-nucleolares de quatro papilomas da mama estudados em preparações frescas (coradas pelo azul de metileno) e em preparações fixadas numa solução de formalina a 10% (coradas pela hematoxilina eosina), vê-se que tanto os núcleos como os nucléolos sofrem uma retracção quando fixados. Êste quadro mostra também que essa retracção dos núcleos e dos nucléolos é mais acentuada nos últimos e que, portanto, a relação núcleo-nucleolar aumenta durante o processo de fixação.

O quadro II representa as médias das áreas dos núcleos e dos nucléolos, assim como as médias das relações núcleo-nucleolares em diferentes tipos de células de trinta e quatro casos de papiloma da mama estudados em preparações fixadas numa solução de formalina a 10% e coradas pela hematoxilina eosina. Neste quadro vê-se que o aumento das médias das áreas dos núcleos e dos nucléolos é maior nas células de citoplasia secundária.

Deve, sobretudo, notar-se que o aumento das áreas é relativamente maior nos nucléolos do que nos núcleos e que tanto as células de citoplasia secundária como as células regeneradoras malignas apresentam um aumento absoluto e relativo notável das áreas dos nucléolos, como se pode constatar observando a

coluna do quadro II, em que estão representadas as relações entre os núcleos e os nucléolos.

O estudo de mais duzentos e trinta e cinco espécimes, de que não se fizeram desenhos dos núcleos e dos nucléolos, conduziu-nos aos mesmos resultados que acabamos de referir.

## QUADRO I

Médias das áreas dos núcleos e dos nucléolos e relações núcleo-nucleolares em quatro casos de papiloma da mama

Tipo de lesão	Núcleos (áreas em microns quadrados)		Nucléolos (áreas em microns quadrados)		Relação núcleo-nucleolar	
	Espécimes frescos	Espécimes fixados	Espécimes frescos	Espécimes fixados	Espécimes frescos	Espécimes fixados
Adenocitoma papiliforme . . . . .	34,45	17,80	2,26	0,89	15,78:1	23,30:1
Adenoblastoma papiliforme . . . . .	47,03	27,80	3,07	1,68	15,50:1	16,45:1
Adenoblastoma papiliforme . . . . .	29,98	20,68	2,08	1,26	15,27:1	17,73:1
Papiloma com citoplasia secundária . . . . .	33,83	29,11	2,09	1,56	17,29:1	19,37:1

## QUADRO II

Média das áreas dos núcleos e dos nucléolos e relações núcleo-nucleolares de diferentes tipos de células em trinta e quatro casos de papiloma da mama

N.º de casos	Tipo de células	Núcleos — Áreas em microns quadrados	Nucléolos — Áreas em microns quadrados	Relações núcleo-nucleolares
12	Reparadoras e regeneradoras	20,40	1,57	19,55:1
6	Citoplasia secundária . . . . .	31,02	2,27	15,00:1
16	Cancerosas ou regeneradoras malignas . . . . .	33,00	2,62	13,55:1

## SUMÁRIO

Analisámos neste artigo, através do estudo de duzentos e setenta e três casos de papiloma da mama, quais as relações existentes entre os núcleos e os nucléolos nas células que os cons-

tituem, procurando tirar desta relação um meio de auxílio para o diagnóstico da sua malignidade.

Adoptámos neste trabalho a nomenclatura e classificação das neoplasias sugeridas por MAC CARTY em 1932.

#### CONCLUSÕES

1) A classificação de neoplasias de MAC CARTY é facilmente compreensível, adaptando-se plenamente aos papilomas da mama.

2) A relação núcleo-nuclear é menor nas células malignas do que nas células de citoplasia secundária e sobretudo do que nas células de regeneração reparadora.

3) O estudo citológico de tecidos frescos, com o auxílio da objectiva de imersão e subsequente apreciação dos detalhes de diferenciação celular, constitue uma ajuda poderosa no diagnóstico precoce do cancro.

4) No nosso grupo de duzentos e setenta e três papilomas da mama 45,6 % foram classificados como adenoblastomas (malignos); 19,3 % mostravam citoplasia secundária, a qual, muito provavelmente, representa um estado intermediário entre as lesões benignas e as malignas; os restantes 35,1 % foram incluídos no grupo dos adenocitomas, sendo classificados como adenocitomas papiliformes (benignos).

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) HAUMEDER, EVA M. — Vergleichende Kern- und Nucleolenmessungen an verschiedenen Organgeweben mit besonderer Berücksichtigung der malignen Tumorzellen. *Ztschr. f. Krebsforsch.* XL: 105-116, 1933.
- 2) MAC CARTY, W. C. — The cytologic diagnosis of neoplasms. *Jour. Am. Med. Assn.* 81: 519-522 (Aug. 18) 1923.
- 3) — The early diagnosis of cancer. *Arch. Clin. Cancer. Res.* 1: 11-20 (Jan) 1925.
- 4) — A cytologic key to the diagnosis and prognosis. *Jour. Lab. and Clin. Med.* XIII: 354-365 (Jan.) 1928.
- 5) — The cancer cell in the practice of medicine. *Radiology.* XI: 379-387 (Nov.) 1928.
- 6) — The malignant cell. *Jour. Cancer. Res.* XIII: 167-172 (July) 1929.
- 7) — Neoplasms: their classification, diagnosis and prognosis. *Texas State Jour. Med.* XXVII: 704-707 (Feb.) 1932.
- 8) — Importance of nomenclature in cancer clinics. *Surg., Gynec. and Obst.* LIV: 317-328 (Feb.) 1932.

- 9) MAC CARTY.—The diagnosis of mamary conditions. In Piersol. *The cyclopedia of medicine*. Philadelphia, F. A. Davis Company. Págs. 536-656.
- 10) MAC CARTY, W. C. and HAUMEDER, EVA M.—Has cancer cell any differential characteristics? *Am Jour. Cancer*. XX: 403-407 (Feb) 1934.
- 11) MAC CARTY, W. C., HAUMEDER, EVA M. and BRCKSON, JOSEPH.—A differential characteristic of malignant cells: preliminary report. *Proc. Staff Meetings of Mayo Clinic*. VIII. 38-45 (Jan. 18) 1935.
- 12) MAC CORMACK, C. J.—Biometric Studies of endometrial cells. *Proc. Staff Meetings of Mayo Clinic*. X: 24-28 (Jan. 9) 1935.
- 13) NAIDU, V. R.—The value of enlarged nucleoli in the diagnosis of malignancy. *Proc. Staff Meetings of Mayo Clinic*. X: 356-360 (June 5) 1935.
- 14) QUENSEL, ULRIK.—Zur Frage der Zytodiagnostik der Ergüsse seröser Höhle Methodologische und pathologisch-anatomische Bemerkungen. *Acta Med. Scand.* LXVIII: 427-457. 1928.
- 15) RAAF, J. E.—A study of atypical cellular hyperplasia in gastric ulcers and its relation to cancer. *Proc. Staff Meetings of Mayo Clinic*. X: 641-645 (Oct. 9) 1925.
- 16) STROHL, E. L.—Cytologie study of an adrenal tumor. *Proc. Staff Meetings of Mayo Clinic*. X: 353-355 (June 5) 1935.
- 17) TERRY, B. T.—A rapid method of examing tissue microscopically for malignancy: preparation of polychrome methylene blue. *Jour. Path. and Bacteriol.* XXX: 573-575. 1927.
- 18) WISON, L. B.—A method for the rapid preparation of fresh tissues for the microscope. *Jour. Am Med. Assn.* XLV: 1737 (Dec. 2) 1905.



LISBOA MÉDICA

# Cardiazol- Efedrina «Knoll»

## **contra a asma**

indicada principalmente na asma crônica com alteração do coração direito, asma brônquica com estados de bradicardia ou de hipotonia, asma-brônquite, enfisema,

## **combate a debilidade circulatória**

recomenda-se muito em colapso vascular, insuficiência cardiovascular, bradicardia, bloqueio cardíaco, hipotensão, minus-descompensação, intoxicações, e também profilacticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 ampola (contendo cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de cloridrato de Efedrina «Knoll») uma ou várias vezes ao dia, se for necessário. Empacotamentos originais: Tubos com 10 comprimidos. Vidros com 10 g de líquido. Caixas com 6 ampolas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Químicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

LISBOA MÉDICA

# Prokliman "Ciba"

Associação racional de hormónio ovariano e de substâncias sedativas descongestivas e reguladoras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos  
transtornos da

# Menopausa

Amostras e literatura:

F. BRUNNER & Comp., L<sup>da</sup>  
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,  
único representante dos Productos "Ciba" em Portugal



*Trabalho do Serviço do Prof. Reynaldo dos Santos*  
(Hospital de Arroios)

## UM CASO DE HIPERTROFIA CONGÊNITA DO COLO VESICAL (1)

POR

FORTUNATO LEVY

Sob o nome de hipertrofia congénita do colo vesical, MARION descreveu, em 1926, um síndrome que se caracteriza por disúria acentuada, com ou sem retenção, que aparece na idade juvenil, é de agravação progressiva, e cuja origem é desconhecida. Não se encontram modificações aparentes no colo da bexiga, e esta afecção cura-se com a ablação do colo vesical.

Esta denominação refere-se, como vemos pela definição anterior, a uma doença extremamente vaga, quanto à etiologia e patogenia. Por isso preferimos considerá-la como referindo-se a um síndrome clínico e não a uma afecção caracterizada, constituindo, em nosso entender, apenas um parágrafo do capítulo das doenças do colo vesical, ou melhor ainda, das disectasias do colo vesical, como lhes chamou LEGUEU.

Têm sido numerosos os trabalhos que neste último decénio hão sido consagrados a este problema das disúrias sem obstáculo, quer prostático, quer uretral, e entre nós foi um dos assuntos escolhidos como tema no III Congresso Hispano-Português de Urologia, tendo sido largamente tratado no relatório do Prof. ANGELO DA FONSECA, que foi seguido de discussão, na qual intervieram a maioria dos membros da nossa Associação. Se voltamos hoje a este assunto é porque, tendo presente uma observação, que vamos descrever detalhadamente, e que seguimos há seis anos, pareceu-nos que a discussão de mais um caso não seria inútil para se aclarar este problema, ainda tão confuso, da patologia urinária.

---

(1) Comunicação feita à Associação Portuguesa de Urologia.

M. A. S., de 20 anos de idade, estudante. Vem pela primeira vez ao meu consultório, em Fevereiro de 1930, portador de uma blenorragia aguda, de algumas semanas de duração. Fêz tratamento por si durante êste tempo, e, como não melhorasse, resolveu consultar. A observação mostra-nos que o doente tem uma uretrite total, sem disúria, próstata sem lesões. Feito o tratamento habitual, melhora rápidamente, desaparecendo os gonococos da secreção uretral. Chamou-nos, porém, a atenção a turvação permanente das

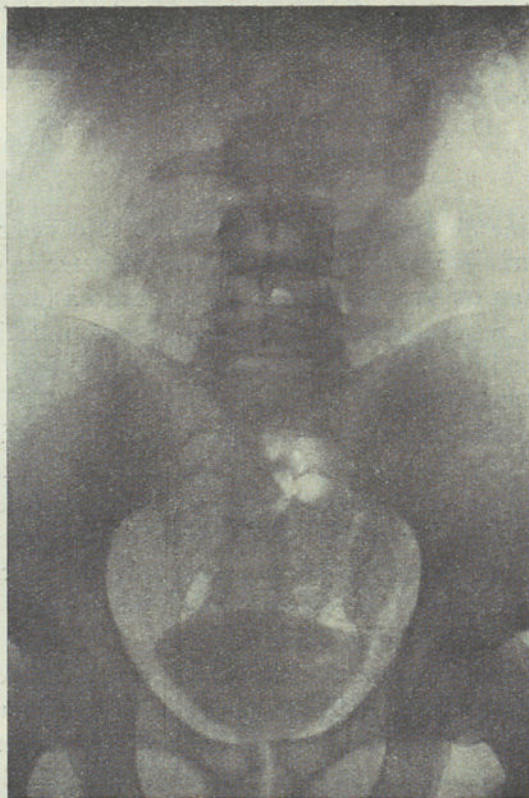


Fig. 1

urinas, tendo pensado na hipótese de uma colibacilúria, que não se confirmou pela cultura das urinas colhidas assépticamente. Fizemos nessa altura uma cistoscopia, que nos mostrou uma bexiga de grande capacidade, com os orifícios ureterais normais, mas com as paredes cheias de células e colunas, como a bexiga de um velho prostático. A-pesar-de o doente não se queixar de qualquer dificuldade na micção, fizemos dilatações até o número 60, e, quando lhe demos alta, recomendamos a dilatação periódica.

Passa bem até Maio de 1932, procurando-nos então, por ter tido uma vio-

lenta cólica renal esquerda, com febre elevada e polaquiúria, sendo as urinas ainda mais turvas que habitualmente. Após uns dias de repouso e de desinfectantes urinários, estes sintomas cedem e fizemos então uma radiografia para pesquisa de cálculos, que foi negativa, e uma pielografia intravenosa, que, francamente má, não nos trouxe esclarecimento algum.

Novo período de acalmia, durante o qual passa bem, até que em Agosto de 1933 teve nova cólica renal, mas esta diferente da anterior. Provocada

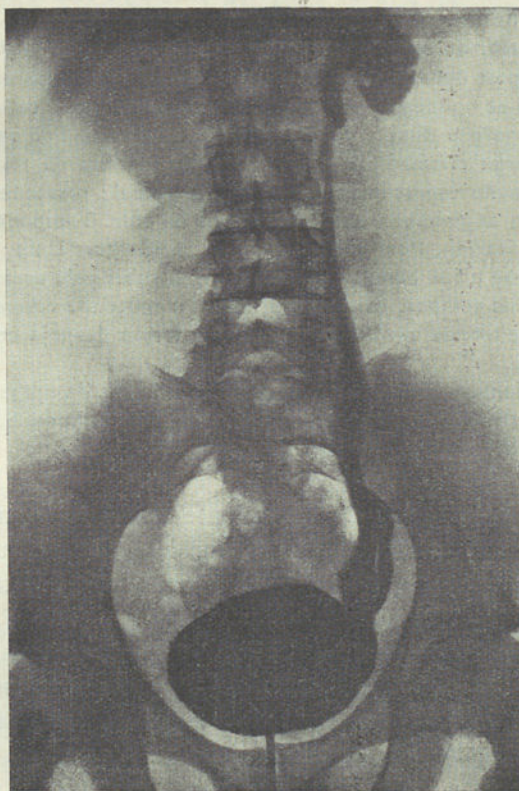


Fig. 2

pela micção, após ter sustido a vontade de urinar durante muito tempo, a dor foi ascendente, começando na bexiga, subindo depois, para se fixar no rjm. Ficou depois com uma dor permanente no rim esquerdo. Estranhando êste facto, verificámos que o doente tinha, a-pesar da facilidade da micção, um resíduo de 250 cc. Uma cystografia feita imediatamente (fig. 1) mostra-nos um enorme refluxo do lado esquerdo, lado no qual há um bassinete bífido, estando o uretero muito dilatado, assim como o bacinete, e um refluxo menos acentuado do lado direito, sem dilatação. Uma uretrocistoscopia, com o

McCarthy, não nos mostrou alteração do colo ou da uretra posterior, vendo-se o orifício ureteral esquerdo escancarado. Feitas algumas lavagens vesicais e nova dilatação, a retenção vesical mostra ainda tendência para aumentar, atingindo 400 cc. Em vista d'êste agravamento, propomos a ressecção endoscópica do colo vesical, pondo o diagnóstico definitivo de hipertrofia congénita do colo. Antes de intervir, pedimos a opinião do nosso Mestre Prof. REYNALDO DOS SANTOS, que concorda com o diagnóstico e tratamento propostos. Em 22 de Setembro de 1933, sob anestesia epidural, e com o Kirwin vesical neck resector, fizemos uma ressecção o mais extensa possível das vertentes laterais e posterior do colo.

Teve um post-operatório sem incidentes, mas persiste a retenção e o refluxo mantém-se no mesmo estado. Resolvemos extirpar o colo a céu aberto e operámos de novo o doente em 28 de Março de 1934. Sob raqui-anestesia, fizemos uma larga cistostomia, com exposição perfeita da região. Notámos logo um acentuado espessamento da parede vesical; ressecámos um longo cone musculoso englobando todo o contorno do colo. Tamponamento da região e tubo de Marion. Post-operatório sem incidentes. Uma vez a bexiga fechada, o doente urina bem, mas sente a urina subir pelo uretero, e despeja a bexiga em dois tempos, urinando primeiro o conteúdo vesical e, depois, o refluxo, como se tivesse um divertículo. Desta forma despeja completamente a bexiga (fig. 2).

Visto em Janeiro de 1936, quasi dois anos depois da operação, não tem retenção, persistindo o refluxo e a micção em dois tempos. Não tem dores; urina ligeiramente turva.

Resumindo: trata-se de um doente novo, com uma retenção que deu origem a um refluxo ureteral, e que se curou com a ablação do colo da bexiga. É quasi textualmente a definição de MARION, faltando apenas a disúria.

Analisemos agora êste síndrome mais detalhadamente. A sua etiologia é o mais obscura possível; os colos ressecados não apresentam lesões, apenas uma hipertrofia da camada muscular, formando, segundo MARION, um debrum à roda do orifício do colo. Mesmo esta hipertrofia das fibras musculares não é constante, pois em um colo extirpado por MARION, CHEVASSU não encontrou alteração alguma. Também MARION chamou a atenção para o facto de com frequência se encontrarem malformações da bexiga ou dos ureteres juntamente com a hipertrofia do colo, e cita três casos que operou, nos quais existiam também divertículos, comparando a hipertrofia do colo com a hipertrofia do piloro, dos lactantes. Não vemos comparação possível, pois na hipertrofia do piloro encontra-se sempre uma verdadeira e acentuada hipertrofia da camada muscular, enquanto que no colo

# Nestogéno

## LEITE EM PÓ NESTLÉ (NOVA FÓRMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

**Hidratos de Carbone:** «Nestogéno» contém quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

**Vitaminas:** O processo de fabrico assegura, no «Nestogéno», a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

### ANÁLISE:

Gorduras . . . . .	12,0%
Proteínas . . . . .	20,0 »
Lactose . . . . .	30,0 »
Maltose-Dextrina . . . . .	15,0 »
Sacarose . . . . .	15,0 »
Cinzas . . . . .	4,7 »
Agua . . . . .	3,3 »
Calorias por 100 grs. . . . .	436

### INDICAÇÕES:

O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrespia e atrespia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vómitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância lactea.

### LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro de 1932.  
R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11-LISBOA

# Eledon

## BABEURRE NESTLÉ

EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

### ANÁLISE:

Gorduras . . . . .	8%
Proteínas . . . . .	20%
Hidratos de carbone solúveis:	
Lactose . . . . . 24%	
Maltose-Dextrina . . . . . 25%	49%
Ácido láctico . . . . .	4%
Amido . . . . .	12%
Cinzas . . . . .	4%
Água . . . . .	3%
100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias	

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbone.

### LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa): — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Langstein: — «Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson.»

Putzig: — «De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11-LISBOA



vesical estas lesões são inconstantes e, quando existem, pouco acentuadas. Em muitos casos têm-se encontrado lesões inflamatórias das glândulas cervicais, e LEGUEU atribue principal importância a estas. Não deve deixar de ter fundamento, explicando assim as lesões do colo na mulher, que existem e que dão retenções, dos quais ANGELO DA FONSECA apresentou um caso no seu relatório, conhecendo nós outro caso observado pelo nosso colega AUGUSTO LAMAS.

É incontestável que há disectasias congénitas do colo. A observação primitiva de MERCIER, publicada há quasi um século, em que o seu doente se algaliava desde a primeira infância, e as observações recentes de CAULK, de doentes de poucos anos e até de meses, com disúrias acentuadas, que se curaram com o «punch», vêm mostrar-nos que as disectasias do colo são frequentes na infância, sendo provavelmente congénitas. Porém, a definição de MARION parece-nos demasiado larga nesse ponto, pois há casos, como o nosso, em que, a-pesar da pouca idade dos doentes, se torna muito mais plausível a hipótese da origem inflamatória, tendo em conta a longa uretrite que sofreu, e a falta de perturbações urinárias antes dessa uretrite.

Sôbre o diagnóstico, apenas direi que se faz ao constatar uma disúria ou uma retenção sem que apareça a sua causa. O relêvo do colo hipertrofiado constatado à uretroscopia é um sintoma de valor, mas falta, por vezes. A falta de contracção do colo na micção, fácil de ver com o uretroscópio, é mais própria das esclerosos do colo, afecção que nos parece diferente daquela de que nos ocupamos.

O tratamento desta afecção faz parte da sua definição: cura-se com a ablação do colo vesical. É tentador o emprêgo da ressecção endoscópica do colo, nestes casos, e assim o fizemos, como muitos outros também o têm feito. Tivemos um resultado nulo, o que não nos impede que, se tivermos de futuro ocasião de tratar outra hipertrofia do colo, comecemos de novo pelo tratamento pelas vias naturais. Não direi, a respeito da técnica dêste, nada de novo; apenas afirmarei que não basta a coagulação da superfície: é preciso ressecar e bastante.

O sucesso terapêutico veio emfim com a ablação do colo a céu aberto, intervenção regrada, simples, em casos como o nosso, de indivíduo novo, com bexiga grande, podendo-se fazer a sua

larga exposição e executar tôda a operação sob o *contrôle* da vista.

Como conclusão; e para terminar com esta simples contribuição para o estudo das «doenças do colo da bexiga», diremos que, na denominação que usámos de «hipertrofia congénita do colo vesical»:

1.º — A hipertrofia muscular é duvidosa, sendo provavelmente inflamatória a origem de muitos casos.

2.º — A congenialidade existe seguramente, mas exige, como prova, o início dos sintomas na primeira infância, não sendo portanto de admitir em casos como o nosso, em que só começaram depois dos 20 anos.

3.º — É ponto seguro que a causa das perturbações é o colo, pois a sua extirpação cirúrgica ou endoscópica trás sempre consigo a cura dos sofrimentos existentes.

Serviço de Radiologia do Hospital Escolar  
(Director: Dr. BENARD GUEDES)

## AS EPIFISITES VERTEBRAIS E SUA INTERPRETAÇÃO RADIOLOGICA

POR

FERNANDO MATOS MOREIRA

A *epifisite vertebral* constitue hoje um estado patológico definido e independente do quadro das lesões inflamatórias da coluna vertebral. Cumpre ao radiologista especialmente diagnosticá-la, mais ainda do que ao clínico mesmo especializado nestes assuntos, porque a sua sintomatologia clínica é a mais variada, não sendo possível o seu diagnóstico, sem o exame directo dos corpos vertebraes pelos raios X. Freqüentes vezes são rotulados de Mal de Pott, reumatismo, etc., os diagnósticos com que os doentes são enviados ao radiologista. O exame radiológico não só afastará aquelas hipóteses, como também permitirá definir a doença, evitando que os pequenos doentes sejam submetidos a tratamentos inúteis.

A quantidade de nomes por que foi designada a afecção, demonstra bem a variedade de interpretações por que tem passado. Foi SCHEUERMANN quem primeiro a individualizou como uma entidade nosológica, chamando-lhe *Cifose dorsal juvenil*. Outras designações foram depois aparecendo. Assim, DUCROQUET denominou-a *Cifose dolorosa*; CALVÉ, GALLIE e BUCHMAN definiram-na como uma *Osteocondrite vertebral infantil*. SORREL e DELAHAYE, na sua descrição, chamaram-lhe *Epifisite dolorosa dos adolescentes*. A designação por que é mais conhecida hoje e a que é mais usada pela maioria dos autores é a de *Epifisite vertebral*.

Para uma boa interpretação radiológica da epifisite vertebral torna-se indispensável conhecer o que se tem dito sobre a sua etiologia provável e especialmente sobre o mecanismo das alte-

rações ósteo-epifisárias das vértebras. Numerosas têm sido as teorias apresentadas. Apenas me referirei às que julgo mais importantes.

No que respeita à etiologia da doença, admitem vários autores, e MAU partilha da mesma hipótese, que se trataria duma desproporção entre as exigências estáticas e a capacidade estática da coluna. HANSON modificou esta teoria, apresentando uma interpretação que defendia a insuficiência da zona de desenvolvimento das vértebras (especialmente epifisária) em face de exigências de ordem mecânica. LERICHE baseou a sua opinião sôbre a etiologia da doença nas alterações vaso-motoras-hiperemia. Muito tempo tomou vulto a hipótese de FROELICH, apresentada no seu belo trabalho «Les lésions du raquis» (Paris 1920), em que admitia como causa da afecção os traumatismos. GALEAZZI invocou como base da doença o raquitismo tardio.

Porém, a teoria mais aceite hoje, e que é defendida por vários autores (MULLER, DELITALA, etc.), é a que admite como causa primordial as perturbações endócrinas. De facto, se atendermos que êste estado mórbido aparece quási sempre na segunda infância e puberdade, idades em que se produzem alterações intensas do organismo, poderemos admitir a possibilidade de que a causa mais importante, entre outras, parta do sistema endócrino. Esta hipótese não afasta, contudo, certas causas coadjuvantes, tais como enfraquecimento dos músculos vertebrais, alguns estados infecciosos, aplasia e alterações dos discos, etc.

Efectivamente, entre dezenas de epifisites vertebrais que tivemos ocasião de seguir e observar, clínica e radiològicamente, nos serviços de SORREL e DELAHAYE, de OMBREDANNE e LANCE, e ainda no serviço de radiologia do Dr. BENARD GUEDES, no Hospital Escolar, não encontrámos nenhuma cuja causa primordial tivesse sido um traumatismo (como admite FROELICH) ou raquitismo, que são as causas mais freqüentemente apontadas pelos que combatem a teoria endócrina.

Mas interessa mais ao radiologista o estudo patogenético da epifisite vertebral e especialmente o aspecto anátomo patológico da afecção, porque êle orientará e fará compreender melhor o seu quadro radiográfico. As investigações anátomo-patológicas, de que SCHMORL tanto se ocupou, deram à epifisite vertebral um verdadeiro substracto anatómico, talvez o mais brilhante, mas

# STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

# MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

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

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

## TARTROL

Indolór

Solutu aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.<sup>3</sup> em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

## LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa

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

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

L I S B O A

LISBOA MÉDICA



**GLEFINA**  
PODEROSO RECONSTITUINTE  
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



**LASA**  
PARA AS DOENÇAS DAS  
VIAS RESPIRATORIAS



**CLAVITAM**  
TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

não o que mais freqüentemente se traduz nas imagens radiográficas comuns. SCHMORL baseia os seus estudos nas alterações dos discos intervertebrais, ou melhor, das lâminas cartilaginosas que separam os discos das superfícies vertebrais; quando diminue a resistência destas lâminas, produz-se um alongamento dos discos no território do núcleo, acabando por fazer, muitas vezes, hérnia através duma ruptura produzida na lâmina cartilaginosa. Êste facto teria como consequência alterações da ossificação e crescimento endocranal dos corpos vertebrais, produzindo-se proliferações cartilaginosas de reacção-nódulos cartilagosos. A pressão do disco sôbre a vértebra correspondente diminuiria, provocando uma ossificação endocranal anormal. A cifose que acompanha estas alterações ocasionaria também, sôbre as vértebras, uma desigual pressão, diminuindo o poder de ossificação da sua parte ventral (facto que explicaria a persistência das «bôcas de tartaruga», a que nos referiremos mais longe) e contribuindo para a deformação em cunha. Esta interpretação de SCHMORL, sendo verdadeiramente interessante, não consegue todavia explicar todos os aspectos radiológicos da afecção de SCHEUERMANN.

Na interpretação de DONATI, e que tem alguns partidários, êste cirurgião admite uma predisposição particular das últimas vértebras dorsais. Baseando-se em estudos histológicos, anatómicos e radiográficos, chegou à conclusão de que a imagem lacunar existente na metade anterior dos corpos vertebrais, durante os primeiros anos da vida, e que se encontra exagerada e mais nítida na epifisite vertebral, não representa canais venosos (como admite HANSON), mas espaços medulares amplos; estes seriam a expressão duma modalidade particular do processo de ossificação fibro-periostal, que nestas zonas substituiria a ossificação endocranal. Nestas condições, a resistência dos corpos vertebrais seria menor e as deformações poderiam explicar-se por trauma ou infecção, que encontrariam terreno propício ao desenvolvimento da doença. MAU apresenta também uma interpretação patogenética que muito pode contribuir para o estudo do quadro radiográfico da epifisite vertebral; tem um grande interêsse, pois permite compreender os diferentes aspectos que o exame radiológico fornece nos vários estados da cifose. A descrição de MAU, que assenta especialmente no estudo das lesões epifisárias, distingue três estados da doença:

a) *Estado irritativo*, no qual se notam alterações da epífise e da zona de crescimento endocondral dos corpos vertebrais, mas com integridade destes.

b) *Estado deformante*, no qual se observa a deformação dos corpos vertebrais que tomam a forma de cunha.

c) *Estado reparador*, no qual os corpos vertebrais tomam aspecto mais denso, mais opaco, apresentando uma nitidez marcada dos contornos e espessamentos irregulares das superfícies resultantes da sinostose do anel epifisário com o corpo vertebral.

Os vários conceitos formulados para o esclarecimento da evolução patogénica da doença assentam essencialmente nestes dois critérios, que MAURIC exprime em conclusão:

1.º — O processo mórbido inicia-se no período de ossificação e interessa a zona de crescimento endocondral do corpo vertebral.

2.º — Esta zona pode ser lesada não só na sua parte ventral (lesão herniária do disco de SCHMORL), mas também na parte que corresponde à linha epifisária (lesão epifisária de MAU).

Quanto ao *quadro clínico*, nem sempre é claro. O principal sintoma é a dor ao longo da coluna, aliada à sensação de cansaço, dando aos pequenos doentes o aspecto asténico, que leva muitas vezes aos diagnósticos mais desencontrados, desde o reumatismo ao Mal de Pott. A deformação da coluna (escoliose e cifose) aparece num período mais adiantado. É interessante notar que ordinariamente não existe uma grande repercussão sobre o estado geral. A percussão da coluna não refere nenhum ponto doloroso em especial, como habitualmente sucede no Mal de Pott. Outros sinais clínicos poderíamos mencionar e que são de uso pesquisar para elucidação do diagnóstico, mas interessam-nos sobretudo aqueles que nos são dados pelo exame radiológico. A importância duma boa interpretação radiológica — não é demais dizê-lo — é considerável, porquanto ela evitará erros terapêuticos, que se seguem naturalmente a diagnósticos clínicos prováveis. A radiografia da coluna impõe-se.

O conhecimento do aspecto radiológico da coluna normal nestas idades (segunda infância e puberdade) é imprescindível para uma boa interpretação das lesões que constituem a epifisite vertebral. É sobretudo nas radiografias laterais que podemos observar melhor as vértebras. Os corpos vertebrais não apre-



sentam então limites ou contornos nítidos. Os pontos epifisários dos corpos vertebrais, não se encontrando soldados, dão-lhes um aspecto irregular, menos denso, marcando duma forma pouco precisa as suas superfícies superior e inferior. O limite anterior é igualmente irregular, apresentando na parte média uma fissura transversal de osteoporose, com um aspecto de «bôca de tartaruga», designação com que foi descrita pela primeira vez por HAHN. Esta imagem observa-se principalmente nos primeiros anos de vida e vai desaparecendo à medida que a ossificação das cartilagens progride, persistindo sobretudo ao nível das últimas vértebras dorsais até mais tarde (8 a 10 anos). Pelo facto de alguns autores apontarem a persistência destas imagens numa idade mais avançada, admitindo-as como normais, parece-nos que, embora se possa conceber um atraso na evolução normal das vértebras, a persistência dêsse aspecto deva ser considerado já como a expressão duma disendocrinia e, portanto, duma verdadeira epifisite incipiente.

A interpretação radiológica da epifisite vertebral assenta especialmente nas deformações ou persistência dos sinais apontados como normais. Quási sempre os corpos das vértebras afectadas apresentam uma ligeira deformação em cunha, de base posterior, o que provoca um alargamento dos espaços intervertebrais e uma imagem mais transparente, como se estivessem descalcificados. A parte média apresenta, muitas vezes, uma zona transversal de osteoporose, que se estende até à face anterior do corpo vertebral, dando o aspecto de «bôca de tartaruga» que, como já dissemos, aparece nos primeiros anos de vida, sem que isso constitua um sinal patológico. A sua persistência é, porém, suspeita. As linhas limitantes entre os corpos vertebrais e os discos apresentam-se irregulares, com depressões e espessamentos, que lhes dá um aspecto rendilhado; êsses espessamentos dos pontos epifisários dão, mais tarde, num estado mais adiantado da afecção, uma imagem diferente. Da fragmentação das superfícies epifisárias resulta um verdadeiro achatamento das epífises, que se destacam nítidas como linhas limitantes entre os corpos e os discos, com uma opacidade marcada de leves depressões e elevações. Os próprios corpos vertebrais perdem também aquela transparência descrita, para apresentarem uma opacidade mais acentuada. Êste conjunto de sinais radiológicos permite o dia-

gnóstico da epifisite vertebral, embora haja algumas vezes necessidade de reunir todos os dados clínicos para estabelecer um diagnóstico diferencial. O quadro radiográfico pode, contudo, apresentar-se com outros aspectos. Assim, segundo a interpretação de SCHMORL, na qual as alterações partem do disco vertebral (hérnia do disco e nódulos cartilagosos), teremos de considerar como uma fase de epifisite vertebral as imagens radiográficas que se apresentam com deformações das superfícies dos corpos vertebrais, verdadeiros sulcos que se cavam nestas.

Mas o verdadeiro substracto anatómico e radiográfico da cifose juvenil, e que mais freqüentemente a representa, é a da lesão epifisária, descrita por MAU, a que já nos referimos.

Sob o *ponto de vista diferencial*, sem querer enumerar todos os estados patológicos da coluna que podem dar lugar a hesitações na interpretação radiográfica mas que são quasi sempre diagnosticados por uma semiologia diferente, apontarei os que mais se podem assemelhar. O Mal de Pott pode, no início, confundir-se clinicamente com a epifisite vertebral. A relativa facilidade com que na primeira infância e na puberdade a coluna se deforma, permite apontar como um dos primeiros sinais clínicos do Mal de Pott — a cifose. Esta é, muitas vezes, no princípio, uma defesa ocasionada pelas dores e contractura, podendo nesta altura confundir-se com a cifose da epifisite. O exame radiológico, neste período, pode não mostrar sinais da lesão inflamatória que começa, tornando-se necessária uma cuidadosa observação clínica. A repercussão sobre o estado geral, os caracteres da dor, que incide quasi sempre num ponto limitado da coluna, a contractura exagerada, etc., são sinais clínicos que permitem afastar o diagnóstico de epifisite e admitir a hipótese dum Mal de Pott. Quando as lesões estão, porém, num estado mais adiantado, o exame radiológico faz, por si só, o diagnóstico, que na maioria dos casos não oferece dúvidas. O estreitamento dum ou doutro espaço intervertebral, a destruição dos corpos e discos, são sinais radiológicos que não se observam nas epifisites vertebrais e que impõem o diagnóstico da espondilite bacilar. O *raquitismo* pode também dar lugar a hesitações na interpretação radiológica da epifisite vertebral. De facto, as deformações em cunha das vértebras e, conseqüentemente, a cifose e a escoliose, podem observar-se no raquitismo. Raras vezes, porém, estes sinais ra-

diológicos do raquitismo se apresentam isolados, sendo quasi sempre acompanhados de outras manifestações raquíticas, além de que o aspecto radiológico das epífises é diferente do observado nas verdadeiras epifisites.

Parece-nos interessante mencionar ainda a diferenciação com as cifoses ocasionadas por traumatismo da coluna, os quais, provocando fracturas, dão posteriormente, por vezes, deformações dos corpos vertebrais, com raquialgias, constituindo a chamada *doença de Kimmel*. Aqui o achatamento em cunha é mais uniforme, não se notando o rendilhado das epífises. De resto, só um ou dois corpos vertebrais ordi-



Radiografia I



Radiografia II

nariamente sofrem esta deformação, notando-se quasi sempre uma certa descalcificação daqueles, mais ou menos acentuada, ao contrário das epifisites já constituídas, em que êles se apresentam mais densos e opacos.

*Casos clínicos.* — Apresentamos finalmente dois casos clínicos, um do período irritativo da doença, outro em que as lesões estão já mais adiantadas, tendo-se iniciado o período reparador:

J. H. F., de 16 anos de idade. Apresenta dores ao longo da coluna, sem localização especial em qualquer vértebra. Astenia, cifose ligeira, sem contractura. Não refere nos antecedentes pessoais qualquer traumatismo. Duas radiografias da coluna cervical e dorsal, com incidência lateral, mostram a persistência das «bôcas de tartaruga» ao nível da região anterior dos corpos vertebrais de algumas vértebras dorsais, apresentando estas uma certa tendência para a forma em cunha, traduzida por um alargamento dos espaços intervertebrais. Estes sinais radiológicos correspondem a uma epifisite vertebral no período irritativo (radiografias I e II).



Radiografia III

Tratamento: foi aplicado ao doente um colete gessado. A imobilização durou dois meses. As dores desapareceram poucos dias depois da aplicação do aparelho. Após a ablação do gesso, o doente foi submetido a maçagem e ginástica médica, não voltando a sofrer da coluna.

D. J., de 19 anos de idade. Coluna dorsal dolorosa, astenia geral, fraco desenvolvimento físico, apresentando uns 13 a 14 anos. Não refere qualquer traumatismo nos seus antecedentes pessoais. Uma radiografia da coluna dorsal, feita com incidência lateral, mostra a persistência das «bôcas de tartaruga», notando-se sôbre as superfícies superiores e inferiores dalguns corpos vertebrais irregularidades constituídas por pequenas depressões (pontos indicados pelas setas na radiografia III). Nota-se a êste nível, nas epifises respectivas, um certo espesamento, que torna mais nítida a imagem dessas depressões e que constituem

nódulos de SCHMORL. Estes sinais radiológicos correspondem aos observados nas epifisites vertebrais no período reparador.

Tratamento: imobilização da coluna em colete gessado durante três meses. As dores desapareceram. O doente não chegou a ser submetido a qualquer tratamento fisioterápico, depois de tirado o aparelho de gesso.

#### BIBLIOGRAFIA

SORREL et DELAHAYE. — Des epiphysites de croissance et en particulier de l'epiphysite vertébral. *Presse Médical*. N.º 73. 1924.

- OMBREDANNE. — Chirurgie infantil et orthopédique. Paris, 1923.
- DUGROQUET. — La cyphose douloureuse.
- CALVÉ et GALLAND. — Le nucleus pulposus intervertébral. *Presse Médical*. N.º 31. 1930.
- EDELSTEIN. — Adolescent kyphosis. *The British Journal of Surgery*. Pág. 119. Vol. XXII. N.º 85. July 1934.
- HANSON. — On the développement of the spinal vertebral. *Acta Radiológica*. V. 1926.
- MARIO DONATI. — Cifósi dorsale inferiore degli adolescenti. *Archivio Italiano di Chirurgia*. Vol. XVIII. 1927.
- LERICHE. — Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os. Paris, 1926.
- MAURIC. — Le disque intervertébral. Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs. 1933.
- DELAHAYE. — Signes radiologiques de l'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents. *Journal de radiol. et d'électrol.* Vol. XV. 1931.
- GALEAZZI. — Sulla cifósi dell'adolescenza. *Archivio di Ortopedia*. Vol. XL. 1924.
- CALVÉ. — Sur une affection particulière de la colonne vertébrale chez un enfant, simulant le Mal de Pott. *Journal de Radiologie*. Tómo IX. 1925.

## Revista dos Jornais de Medicina

Algumas observações sobre o tratamento cirúrgico da nevralgia do trigémio. (*Some observations on the surgery of trigeminal neuralgia*), por E. P. STIBBE. — *The British Journal of Surgery*. Vol. XXIV. N. 93. Julho de 1936.

O A. principia por relatar resumidamente a história dos dois métodos cirúrgicos usados na ressecção do V par para tratamento da nevralgia do trigémio: o processo de Frazier (via temporal, extradural) e o processo de Dandy (via posterior, intradural).

As experiências, feitas em macacos, mostram que na raiz sensitiva do trigémio há um entrecruzamento com separação das fibras em dois grupos, um que se dirige ao núcleo espinal, outro ao núcleo principal do trigémio.

Esta divisão pode ser interpretada com uma divisão funcional em fibras condutoras das sensações tácteis (indo ao núcleo principal), e fibras condutoras das sensações dolorosas (indo ao núcleo espinal).

O A. pôde também constatar que, ao longo da raiz sensitiva do trigémio, se encontram grandes células sensitivas, disseminadas em pequenos grupos, até próximo da protuberância. Este facto mostra a possibilidade de regeneração das fibras sensitivas do trigémio após terem sido cortadas, como sucede quando se adopta a técnica de Frazier, junto do gânglio de Gasser.

ALMEIDA LIMA.

Investigações clínicas e anatómicas sobre o «ictus» na paralisia geral, por P. TOMESCU e S. CONSTATINESCU. — *Bulletin de la Soc. de Psychiatrie de Bucarest*. Vol. I. N.º 1. 1936.

As interpretações patogénicas que até hoje se têm dado do «ictus» na paralisia geral são, segundo os AA., insuficientes e não concordam com a realidade.

Para os AA., a patogenia do «ictus» tem sempre como início uma hemorragia meníngea de maior ou menor intensidade. Estas hemorragias são devidas às graves lesões vasculares produzidas só pelos treponemas ou por factores tóxicos que se lhe adicionam (alcoolismo, intoxicações medicamentosas).

As alterações sofridas pelo cérebro do paralítico geral facilitam o aparecimento de fenómenos epilépticos, e a adição das alterações provocadas por uma hemorragia meníngea é suficiente para produzir o quadro do «ictus».

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13%  
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"  
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

## SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C<sup>ie</sup> — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>o</sup>, 240, Rua da Dalma, 246 — LISBOA

D. P. 158

# PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.  
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

## ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)  
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)  
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.  
Collyrio em amp. conta gott. de 10 c.c.  
Pomada (Tubo de 30 gr.)  
Ovulos (Caixa de 6).

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenico.

N. B. — O ELECTRARGOL é egua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicás (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

## ELECTRAUROL

(Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)  
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 12 ampollas)  
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

## ELECTROLATINOL

(Platina)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)  
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

## ELECTRORHODIOL

(Ródio)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 e 6 ampollas).

## ELECTR = Hg

(Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as formas da Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)  
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

## ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

Tratamento do Cancro.

## ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)  
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

Tratamento do Syndroma anemico.

## ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

## COLLOTHIOL

(Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa). — Pomada.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

## IOGLY SOL

(Complexo Iodo-glyco genio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

Curas lodada e iodurada.

## ELECTROMANGANOL

(Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa)

Affecções estaphylo. coccicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C<sup>ia</sup> - PARIS 1507

**AUROTHERAPIA  
DA  
TUBERCULOSE**

por via intravenosa

**CRISALBINE**

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO

(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15

0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular  
ou sub-cutanea

**MYOCHRYSINE**

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05

0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON : PARIS



Os autores descrevem minuciosamente a aparência macro e microscópica das lesões hemorrágicas meníngeas, que conseguiram encontrar em todos os casos de paralisia geral com «ictus» que estudaram. Julgam a patogenia que atribuem ao «ictus» dos paralíticos gerais a mais próxima da realidade, podendo ser verificada em todos os casos pelo exame anatómico.

---

ALMEIDA LIMA.

**Uma propriedade desconhecida do líquido céfalo-raquidiano. Aspectos normais.** (*Une propriété inconnue du liquide céphalo-rachidien: la chloruro-cristallisation. Ses aspects normaux*), por P. TOMESCU, I. COMOLESCU e M<sup>ELLE</sup> SERBAN. — *Bulletin de la Soc. de Psychiatrie de Bucarest*. Tômoo I. N.º 1. 1936.

Se se evaporar sobre uma lâmina gotas de sôro fisiológico de cloreto de sódio a 8<sup>o</sup>/<sub>60</sub>, a uma temperatura de 7<sup>o</sup> C, observa-se que as gotas, ao desaparecerem, deixam sobre a lâmina uma circunferência de cristais limitando um espaço vazio.

Juntando ao sôro fisiológico líquido céfalo-raquidiano em quantidade tal que se obtenham diluições a  $\frac{1}{20}$ - $\frac{1}{40}$ , o círculo circunscrito pela circunferência cristalina passa a ser ocupado por uma camada cristalina translúcida, que começa a apresentar espaços vazios se se aumentar a diluição; em diluições a  $\frac{1}{100}$ - $\frac{1}{200}$ , a camada reduz-se a uma faixa estreita junta à circunferência marginal.

Esta camada translúcida, quando examinada ao microscópio, revela-se formada por cristais em roseta, em círculos concêntricos, em linhas paralelas ou em agulhas. O aspecto e forma destas cristalizações variam com a diluição de *liquor* empregada. Estes aspectos macroscópicos e microscópicos das gotas secas são característicos do líquido céfalo-raquidiano normal.

---

ALMEIDA LIMA.

**A cloreto-cristalização na paralisia geral. Aspectos patológicos desta propriedade do líquido céfalo-raquidiano.** (*La chloruro-cristallisation dans la paralysie générale. Les aspects pathologiques de cette propriété du liquide céphalo-rachidien*), por P. TOMESCU, I. COMOLESCU e M<sup>ELLE</sup> F. SERBAN. — *Bulletin de la Soc. de Psychiatrie de Bucarest*. Tômoo I. N.º 1. 1936.

Seguindo a técnica anteriormente exposta, os AA. descrevem os aspectos anormais da cloreto-cristalização.

O tipo patológico é caracterizado, macroscopicamente, pelo facto da camada cristalina ocupar tôda a área das gotas secas em quaisquer das diluições estudadas ( $\frac{1}{20}$ - $\frac{1}{120}$ ) microscópicamente por diferenças de morfologia dos cristais, que apresentando as mesmas formas, rosetas, círculos concêntricos, etc., que nós *liquors* normais, têm contornos extremamente finos,

como traçados com uma pena muito delgada, ao passo que nos líquidos normais o cortôrnio é marcado por linhas bastante grossas.

Entre os tipos patológico e normal puros, os AA. descrevem alguns tipos mixtos (anormais) caracterizados macroscòpicamente por apresentarem lacunas na camada cristalina só em diluições muito mais elevadas do que no tipo normal ( $1/80-1/120$ ) e microscòpicamente por apresentarem uma mistura de aspectos cristalinos normais e patológicos.

Existe uma relação entre o grau de intensidade das reacções clássicas do líquido céfalo-raquidiano e o grau de anormalidade da cloreto-cristalização, mas o paralelismo não é perfeito, o que mostra que os factores determinantes da cloreto-cristalização não são os mesmos que condicionam as outras reacções do líquido céfalo-raquidiano.

ALMEIDA LIMA.

---

**Consequências imediatas e tardias dos traumatismos vertebraes; aracnoidites post-traumáticas.** (*Les suites immédiates et tardives des traumatismes vertébraux; l'arachnoidite post-traumatique*), por D. PAULIAN, C. FORTUNESCU e M. TUDOR. — *Bulletin de la Soc. de Psychiatrie de Bucarest*. Tôm. I. N.º 1. 1936.

Os AA. apresentam as observações de sete casos de traumatismo vertebral, todos êles diferindo tanto sob o ponto de vista clínico como no modo como se deu o traumatismo. Na maioria dos casos as perturbações apareceram só bastante tempo após o traumatismo e o prognóstico foi sempre benigno nestes casos. Os casos fataes foram sempre devidos a grave «choque» medular.

Contudo, os traumatismos da coluna vertebral podem provocar compressões bruscas da medula, que Purves Stewart e Ridoch classificaram entre as dilacerações traumáticas da medula. Os AA. conservam, porém, o têrmo «compressão», porque o sindroma compressivo não se instala imediatamente após o trauma, mas, em regra, é retardado e progressivo.

Têm sido assinalados alguns casos nos quais as perturbações desapareceram após intervenção cirúrgica (Cl. Vincent, Puissep).

As lesões traumáticas da medula podem ser provocadas por: comoção, compressão, contusão ou por ferida directa. As perturbações consequentes são também variáveis.

Os AA. usaram, para o estudo de todos os casos, o lipiodol.

Dos sete casos estudados, quatro tinham lesões de contusão ou compressão, os três outros feridas directas da medula. Os sindromas clínicos variavam correspondentemente.

A região mais atingida foi a dorso-lombar e a medula foi quasi sempre ferida na parte posterior.

Dêstes sete casos, seis apresentaram aracnoidites post-traumáticas, o que foi verificado pelo estudo dos espaços subaracnoideos por meio do lipiodol.

ALMEIDA LIMA.



Casos raros de patologia dos meniscos: menisco em disco e quisto do menisco. (*Vřacnejsi operacni nalezy na řevium menisku*), por VLADIMIR GERABEK (Praga). — *Slovansky Sbornik Ortopedicky* (Revista ortopédica eslava). Ano XI. Fasc. 2. Págs. 74-89. 1936.

A forma em disco do menisco é extremamente rara. Ao todo, registaram-se, até ao presente, trinta e seis casos, aos quais o A. vem juntar dois. Só treze dêstes casos foram operados. Trata-se duma anomalia congénita, que se apresenta sobretudo no menisco exterior e na sua maior parte em mulheres.

O menisco em disco não causa, só por si, dificuldades na articulação, e, segundo o A., só os provoca, como um menisco normal, quando sofrem qualquer lesão em virtude de um acidente. Um menisco irregular parece predisposto para isso, pois a maior parte dos operados são adolescentes. Nos casos de meniscos alterados produzem-se obstruções que têm um carácter patognomónico. O joelho tem uma flexão inteiramente livre até 160° — nos últimos 15° a 20°, necessários para acabar a flexão, manifesta-se uma resistência no interior da articulação, que de início se pode vencer aumentando a tracção dos extensores; o joelho passa, em seguida, sem interrupção, imediatamente duma semiflexão a uma extensão completa, o que se acompanha do fenómeno sonoro típico e duma sensação de dores. Infelizmente, êste sintoma não é constante, e, num dos casos do A., não existia. A sintomatologia do menisco em disco está longe de estar fixada (como dizem vários autores) para poder permitir em cada caso um diagnóstico, como se verificou nas anamneses dos dois casos que o A. descreve.

Como tratamento, os dois meniscos em disco foram extirpados. Os doentes — um rapaz de 14 anos e uma rapariga de 21 anos de idade — não sentiram a seguir qualquer perturbação. Encontrou-se na rapariga um quisto no interior do menisco, no qual o exame microscópico revelou um revestimento endotelial.

Os quistos do menisco são muito raros. Em tôdas as publicações sôbre o assunto, revistas pelo A., apenas encontrou cento e cinqüenta e três casos. Foram observados sobretudo no menisco externo em adultos de 24 a 32 anos e na maior parte do sexo masculino. Os sintomas dos quistos são muito diversos. Muitas vezes não passam duma rigidez da articulação, uma sensação de tensão na tibia, dores articulares, etc. A atenção é atraída para os quistos por dores de intensidade variável e por uma resistência na parte exterior da entrelinha articular. Os quistos são, em geral, da dimensão duma ervilha ou duma cereja, raramente maiores.

A questão da origem dos quistos ainda não está resolvida e é sôbre êsse ponto que as opiniões são mais discordantes. Os quistos em que o revestimento endotelial pode ser verificado são, segundo a opinião do A., congénitos. Nisto adopta a teoria chamada «artrômica» de Hertel e de Küttner.

A raridade dêste género de quistos explica que a teoria do carácter congenital tenha tão poucos partidários, e é preciso situar estes quistos num grupo especial muito diferente dos quistos que se formam um pouco mais freqüentemente sôbre a base de processos degenerativos. Vários autores pro-

curaram em vão, nestes pseudo-quistos, o revestimento endotelial. O caso descrito pelo A. é interessante e talvez único, porque se alinha na primeira categoria de quistos e reúne os sintomas dum quisto congénito e dum menisco congénitamente anómalo.

MENESES.

**Sobre o tratamento da tosse convulsa pela vacina.** (*Zur Vakzinebehandlung des Keuchhlustens*), por WERNER. — *Gahrbuch für Kinderheilkunde*. Vol LXVIII. N.º 2. 1936.

Em setenta casos de tosse convulsa, o A. usou a vacina específica. Catorze destes doentes eram lactantes. Afirma que em todos os casos pôde observar uma acção terapêutica certa, de parte da vacina.

A vacina deve ser aconselhada em qualquer período da doença, por muito avançada que ela esteja, mas é, porém, tanto mais eficaz quanto mais precocemente administrada.

Consegue-se uma melhora na intensidade dos acessos e um encurtamento do tempo de duração da doença.

Nos lactantes observados viu-se que a sua eficácia é mais limitada, sem dúvida devido à menor capacidade de formar anticorpos.

MENESES.

**A dieta de Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch no tratamento da tuberculose infantil.** (*La dieta di Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch nell' trattamento della tubercolosi infantile*), por A. GOLIN e R. DOMENIGHINI. — *Rivista di Clinica Pediatrica*. N.º 3. Março de 1935.

Os AA. applicaram a dieta de G.-H.-S. em trinta casos de crianças tuberculosas, entre os 3 e os 9 anos de idade.

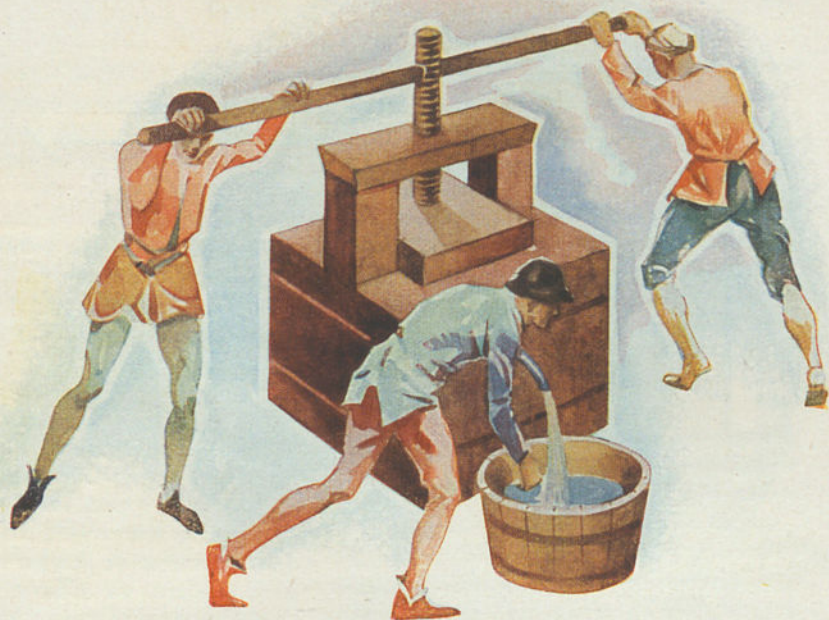
Dividem estes trinta casos em três grupos: primeiro, aqueles que não toleram a dieta (16,6 %); segundo, aqueles que a ela se não adaptam até ao fim de algum tempo (30,1 %); terceiro, aqueles que a toleram bem desde principio, e que são mais de metade (53,3 %).

A dieta hipoclorada de G.-H.-S. pode ser applicada com êxito no tratamento da tuberculose médica infantil em actividade, mas deve ser modificada e adequada à idade infantil, tendo em conta algumas particularidades como, por exemplo, o mínimo de albuminóides indispensáveis na ração alimentar da criança e a necessidade de a adoptar a cada caso particular segundo a idade, pêso, hábito, estação e clima, mesmo seguindo os principios de G.-H.-S.

Os beneficios mais directos apreciados pelos AA. nestes trinta casos foram o aumento de pêso, melhora do estado geral, da nutrição e do sangue e maior tonicidade dos tecidos. Tais resultados não podem ser conseguidos com uma hiperalimentação pura.

Todos os doentes submetidos à dieta evoluem em melhores condições do que os não submetidos, nas mesmas condições de tratamento.

Os AA. aconselham que, nas crianças em quem a dieta de G.-H.-S. proporciona uma melhora evidente, disfrutem dela no maior tempo possível por



# SALYRGAN

Marca registrada

## O diuretico energico

injetavel por via intramuscular ou endovenosa

Destina-se á remoção de edemas e estases, assim como á regulação do metabolismo de agua nas afeções cardiacas, hepaticas e renais, alem de todas as hidrolipomatoses. Resultados seguros mesmo nos casos desesperados. \* Otima tolerancia, sem efeitos colaterais, mesmo pelo emprego repetido.



Marca registrada

EMBALAGEM ORIGINAL:  
Caixas de 5 ampolas de 1 e 2 c. c.

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

20%

30%

40%

50%

60%

70%



*Melhoramento rápido  
do quadro hematológico,  
do apetite e do estado  
geral por meio do*

# CAMPOLON

Marca registrada

o preparado hepático injetável com ação intensiva sobre os órgãos hematogêneos em todas as anemias, sobretudo durante e depois da malária, helmintíases, disenterias, anemia perniciosa. Na convalescência de doenças consuntivas.

Também recomendado em clínica para a profilaxia e o tratamento das trombozes.



Marca registrada

EMBALAGEM ORIGINAL:

Caixa com 5 ampolas de 2 c. c.

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

períodos de dieta alternando com períodos da vida ordinária em família, mas voltando periódicamente à clínica ou enviando-as a preventórios ou colônias onde a dieta se possa conduzir bem, já que não é aconselhável praticá-la no domicílio do doente.

## MENESES.

Quatro casos de cura do tétano agudo generalizado na criança pelo método de Dufour. (*Quatre cas de guérison de tétanos aigu généralisé chez l'enfant par la méthode de Dufour*), por GUILLEMINET e A. MOREL (Lião). — *Soc. de Chirurgie de Lyon*. Sessão de 14 de Novembro de 1935. In *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXXIII. N.º 2. Págs. 198-200. Março-Abril de 1936.

O tratamento do tétano está a mudar de rumo neste momento. A prevenção do tétano pela anatoxina de Ramon e o seu tratamento pela soroterapia associada com a vacina, vão modificar, espera-se, os resultados, muito desiguais, observados até aqui nas formas agudas.

Os AA. apresentam os resumos das observações clínicas de quatro casos observados em crianças e tratados com êxito pela soroterapia combinada com a anestesia geral pelo clorofórmio. Esta associação é conhecida vulgarmente pelo nome de Dufour, desde 1925. A sua paternidade foi reivindicada recentemente por Lehmann, que já a teria usado em 1917.

Estes casos merecem publicação pela conhecida gravidade do tétano agudo generalizado na criança e porque o método tem os seus detractores, que afirmam ser a anestesia inoperante e representar uma intoxicação inútil, condenando também formalmente as injeções intra-raquidianas de sôro.

Dos quatro doentes tratados pelos AA. com o método de Dufour, três levaram injeções intra-raquidianas de sôro.

A grande gravidade do tétano na criança está expressa em todos os tratados clássicos. É uma doença sempre grave, a maior parte das vezes mortal — afirmam os tratados. A mortalidade varia de 40 a 90 %. Quanto mais nova é a criança, mais curta é a incubação, e mais grave é o tétano.

Como os quatro doentes apresentados — três dos quais, pelo menos, tinham formas graves da doença — se curaram, os AA. julgaram justificada a publicação dos resultados obtidos com o método de Dufour.

## MENESES.

Cóto doloroso. Simpatectomia cérvico-torácica. (*Moignon douloureux. Sympathectomie cervico-thoracique*), por P. WERTHEIMER e PH. FRIEH (Lião). — *Soc. de Chirurgie de Lyon*. Sessão de 14 de Novembro de 1935. In *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXXIII. N.º 2. Págs. 187-190. Março-Abril de 1936.

Posto-que seja prática, a cirurgia do simpático não pode deixar de ser atingida pela freqüente discordância entre os resultados que ela procura nos síndromas dolorosos, hipertônicos ou vaso-motores, segundo a intervenção afecta os membros superiores ou os membros inferiores.

Ora é um facto que, sob o ponto de vista puramente técnico, é muito mais fácil realizar a enervação simpática do membro inferior, desde que a secção da cadeia lombar seja feita num ponto conveniente.

No que respeita ao membro superior, a operação actualmente praticada é habitualmente a ablação do gânglio estrelado.

Se bem que muitas ablações do gânglio estrelado se reduzem, afinal, à do gânglio intermediário, está provado que, mesmo correcta, ela não assegura mais do que uma enervação muito incompleta do membro superior.

Está geralmente admitido que um número bastante considerável de nervos simpáticos, dependentes deste território, são tributários dos dois ou três primeiros gânglios torácicos.

Esta condição anatómica merece ser retida, tanto mais que, dentro da medida em que uma sistematização do sistema neuro-vegetativo possa ser admitida, a esfera cubital é particularmente favorável ao desenvolvimento de fenómenos dolorosos ou vaso-motores. Ora ela está precisamente sob a dependência desta enervação torácica.

A observação apresentada pelos AA. tem o valor dum facto experimental em abão destas sugestões e é um novo exemplo afirmando o valor terapêutico que as intervenções no simpático representam.

Tratava-se dum doente sofrendo de crises dolorosas do tipo nevítico, no membro superior esquerdo, após amputação do polegar e ferida do indicador. Feita a ressecção dos dois gânglios com a porção intermediária, a cura foi completa, quanto aos fenómenos dolorosos.

MENESES.

---

Contribuição para o estudo da patogenia da gota. (*Contribucion al estudio de la patogenia de la gota*), por H. STOCKER. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIII. N.º 21. 1936.

A apreciação dos inúmeros elementos fornecidos pela experiência leva o A. a focar a notável preponderância do factor renal na patogenia da gota, cometendo-se certamente um êrro quando se pretende apontar a insuficiência funcional como única causa de surgirem no organismo as manifestações gotosas, devendo entrar-se em linha de conta com o factor de ordem constitucional, que cria um terreno propício para essas manifestações, inclusivamente até certas afinidades locais para a fixação de uratos, ao nível de determinados tecidos.

A insuficiência renal, no que respeita à eliminação do ácido úrico, está bem demonstrada por Thannhauser Czomezzer, e, como consequência desta deficiente excreção, resulta a típica hiperuricemia. Esta perturbação funcional do rim não é rígida e fixa, variando dentro de certos limites, o que poderá ser explicado pela influência do sistema neuro-vegetativo, que enerva o sistema renal dum modo tão exuberante, ou por claudicação transitória no poder funcional do rim.

É evidente que esta forma de encarar o problema só pode ser admitida naquilo a que Thannhauser chamou gota funcional, em que o rim está íntegro e que só tem alterada a sua capacidade de eliminação em relação ao



ácido úrico, visto que na gota secundária a hiperuricemia é um dos aspectos de insuficiência renal que abrange todos os elementos eliminados normalmente através desse sistema, havendo não só deficiente eliminação do ácido úrico, mas também dos habituais componentes da urina, traduzindo-se esta situação por lesões renais orgânicas e morfológicamente demonstrada, mas não devemos entretanto esquecer que a gota funcional produz, *à la longue*, lesões graves do rim, estabelecendo-se uma situação que passa a corresponder à «gota secundária de Thannhäuser», e assim, enquanto que na etapa da gota funcional são activos determinados agentes farmacológicos, já o mesmo se não dá na fase posterior.

Encarada a gota funcional na sua fase essencial e pura, com a hiperuricemia consecutiva, ¿ como explicar a precipitação dos uratos em determinados tecidos?

Aqui surge a noção de factor constitucional, termo até certo ponto vago, que oculta a nossa ignorância de determinados factos. Hipoteticamente, poder-se-á aceitar a ideia de fenómenos alérgicos, de alterações hormonicas, regulados pelo sistema neuro-vegetativo, que ao nível de determinados tecidos produz um desequilíbrio na solução dos uratos em presença dos colóides, e daí a sua precipitação.

O A. termina o seu trabalho por afirmar que o problema da patogenia da gota não deve ser encarado sob um prisma unilateral, mas sim admitir a intervenção de vários factores, alguns ainda desconhecidos, uma vez que as teorias apontadas até hoje não nos dão a justificação clara e precisa de todo o quadro mórbido.

BARREIROS SANTOS.

**O empiema tuberculoso.** (*El empiema tuberculoso*), por G. SAYAGO e V. LASTRA. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIII. N.º 22. 1936.

O empiema tuberculoso, encarado na sua patogenia e terapêutica, foi a base dum cuidadoso estudo que os AA. apresentaram na III Conferência Pan-Americana de Tuberculose, dedicando especial atenção ao empiema que se forma após o pneumotorax espontâneo e ao que surge como complicação da insuflação pleural com finalidade terapêutica.

Em épocas anteriores à que se deu a difusão do método de Forlanini no tratamento da tuberculose pulmonar, já o empiema tuberculoso da pleura representava um motivo de especial preocupação, no que respeita ao seu tratamento, aumentando o interesse por este problema à medida que o pneumotorax terapêutico ia conquistando terreno.

O pneumotorax espontâneo é, como se sabe, uma causa freqüente de empiema pleural, provocando, na maioria dos casos, a formação de exsudados serosos, que dentro em pouco se transformam em purulentos. Se bem que o pneumotorax espontâneo é índice duma infecção da cavidade pleural, há, contudo, casos em que a perfuração se oblitera muito rapidamente, representando tal facto um fenómeno defensivo, em que deve intervir não só a elasticidade dos tecidos, mas também o próprio colapso pulmonar, formando-se um exsudado seroso ou escassamente purulento, mas benigno. Quando,

pelo contrário, persiste a perfuração pulmonar, e há, ao mesmo tempo, lesões bacilosas do pulmão em actividade, forma-se, de início, um derrame purulento de tipo maligno, muitas vezes acompanhado de vômitos, que dão lugar à sementeira do pulmão por via broncogénia.

Se o empiema é complicação do pneumotorax artificial, pode surgir uma imediata reacção purulenta, ou então dar-se a transformação dum derrame seroso preexistente, e até mesmo ter-se feito a perfuração do pulmão no decorrer da insuflação pleural executada com má técnica; o empiema do primeiro e do último tipo é, evidentemente, o mais grave.

É bom notar que, praticamente, o empiema que surge após o pneumotorax espontâneo resulta duma infecção associada, enquanto que na maioria dos casos de pneumotorax artificial não há associação infecciosa, o que permite concluir, dum modo quasi genérico, que este último tipo de empiema é de maior benignidade. O aparecimento desta complicação resulta sobretudo de erróneas indicações para o pneumotorax, tais como: tentar o colapso incompleto do pulmão pela presença de aderências, muitas vezes com elevada pressão intra-pleural, a existência de processos caseosos corticais e a localização periférica de cavernas, o que é plenamente confirmado pelo abundante material das estatísticas de Unverricht, Sangman e Matson. Se é verdade que, nalguns casos, o pneumotorax, executado com plena indicação e boa técnica, pode dar um derrame seroso, já o empiema não é complicação obrigatória e pode dizer-se quasi excepcional.

Os AA., antes de encararem os vários aspectos do problema terapêutico, procuram estudar os fundamentos que regem ou condicionam a cura do empiema tuberculoso, afirmando que várias dificuldades se têm que demover para se alcançar o êxito, e isso resulta da complexidade dos factores que intervêm na génese do empiema e na sua evolução.

Perante uma colecção purulenta deste tipo fica destituído do seu valor o aforismo médico — *ubi pus vacua* — visto que só uma minoria de casos e muito acidentalmente é que tal critério será benéfico, sendo o problema muito mais complexo de resolver, e só duas directrizes se desenharam:

a) A cura do empiema com persistência da cavidade de supuração, com o fim de se obter a transformação serosa do exsudado purulento e a diminuição da capacidade exsudativa da cavidade.

b) Ou, pelo contrário, haver necessidade de fazer o encerramento da cavidade purulenta, objectivo que se tenta alcançar por vários processos: tanto pela libertação do pulmão, abandonando-o à sua própria expansão, como pela retracção da parede torácica ou inclusive por um intenso espessamento da pleura à custa duma exuberante reacção fibrosa.

É evidente que, em muitos casos, a primeira solução não pode ser posta em prática, sobretudo quando o colapso já é antigo e a formação de tecido fibroso no seio do pulmão é abundante, e outras vezes pode estar contra-indicada a expansão pulmonar, por causa das lesões bacilosas em actividade.

O critério que na maioria dos casos nos dá maiores vantagens é o da retracção da parede costal por demolição plástica, obtendo-se o encerramento mais ou menos completo da cavidade do empiema.

O espessamento da pleura é uma solução que algumas vezes poderemos

“**Ceregumil**”  
**Fernández**

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÈDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
RUA DA PALMA, 240 - 246 LISBOA

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

tentar, sobretudo quando, após a intervenção plástica, reste uma pequena cavidade residual do empiema.

A conduta terapêutica a seguir no empiema é muito discutida, podendo afirmar-se que o critério da individualização dos diferentes tipos de empiema pleural é a única directriz que nos pode conduzir a um resultado terapêutico eficaz e, exceptuando uma minoria de casos em que a solução do problema clínico se obtem pela transformação serosa do exsudado purulento, verificamos que o rumo a seguir é tentar a adesão dos dois folhetos pleurais entre si, fundamento comum à terapêutica dos empiemas tuberculosos.

Em face dum empiema dêste tipo, deve ter-se, dentro de certos limites, uma atitude de expectativa, que corresponde ao que os AA. chamam a etapa médica, em que está englobada a extracção de gás e pus, uma vez que surjam complicações de ordem mecânica ou tóxica. É bom notar que muitas vezes o esvaziamento da pleura exige a sua imediata insuflação, para evitar uma sínfise precoce e assim manter o pulmão doente em imobilidade.

Neste mesmo período médico estão incluídas as lavagens à pleura, que, salvo o caso do empiema ser proveniente da rotura duma caverna, são sempre benéficas, sobretudo quando são abundantes, sendo indiferente a qualidade do líquido. Obtêm-se resultados favoráveis, não definitivos, mas transitórios, principalmente quando feitas fora do período agudo, dificultando não só a reprodução do exsudado como diminuindo a toxemia, representando tais benefícios o primeiro passo no caminho da cura, estando apontados alguns casos felizes em que a repetição das lavagens conseguiu a transformação serosa do exsudado purulento, encontrando-se a dificuldade dêste tratamento em calcular o período da sua aplicação, até ceder o lugar à intervenção operatória, que é sempre favorecida pelas lavagens executadas anteriormente.

Quando a tendência expansiva do pulmão é intensa, ameaçando uma sínfise precoce, e a substituição do pus por gás é insuficiente para deter o pulmão atingido por processos mórbidos em plena actividade, teremos de recorrer ao oleotórax, indicação aliás transitória, que pode ser contrariada pela existência duma perfuração pleuro-pulmonar, a qual dará vômicas oleosas muito penosas.

O tratamento operatório oferece aspectos diferentes, segundo o critério que fundamenta a sua indicação, seja tentando a cura definitiva ou simplesmente modificar transitóriamente as condições do empiema. O tratamento operatório «transitório» inclui as intervenções destinadas a obter a drenagem da cavidade. Se em certos casos a pleurotomia pode dar um resultado definitivo, na maioria é uma indicação simplesmente transitória, e que deve ser executada quando o empiema perfurado provoca vômicas repetidas, sendo para o doente uma intervenção paliativa.

Os AA., passando em revista as vantagens e inconvenientes da pleurotomia, resumem o seguinte:

a) Que a pleurotomia é um recurso preparatório da intervenção plástica definitiva, quando esta última está contra-indicada por um estado geral precário ou a sintomatologia tóxica seja intensa.

b) Que as fistulas residuais da pleurotomia têm tendência a persistir, representando por isso um sério obstáculo à cura definitiva, e portanto, ao

tentar executar-se uma intervenção plástica ideal, devemos evitar a drenagem para o exterior.

c) Que a pleurotomia só em casos muito excepcionais pode dar a solução definitiva do caso clínico.

O tratamento operatório definitivo é fundamentalmente plástico e procura a adesão dos folhetos pleurais entre si.

A oportunidade da sua indicação surge nos casos em que o fracasso da terapêutica médica é flagrante, havendo doentes em que tal operação se impõe precocemente. As contra-indicações são as mesmas que para a toracoplastia no tratamento da tuberculose pulmonar.

A intervenção plástica tem uma notável vantagem nos casos de coexistência de empiema e lesões pulmonares susceptíveis de melhorarem com êste tratamento, mostrando a prática os bons resultados obtidos, o que leva a pensar que muitas vezes o empiema é mantido à custa dum foco pulmonar em actividade, retrocedendo logo que se obtem o colapso do pulmão.

Os AA. terminam êste curioso trabalho pela análise da sua casuística, encontrando 18,23 % de casos de empiema no abundante material que lhes serviu de estudo, baixando essa cifra para 6,12 %, se considerarem somente os derrames primitivamente purulentos em relação ao número total dos exsudados pleurais que observaram.

Dêstes casos correspondem 12,19 % a empiemas, que surgiram como acidente do pneumotorax espontâneo, e 87,8 % ao pneumotorax terapêutico, verificando-se, nestes últimos, uma maior freqüência de doentes com formas pulmonares caseosas, ao contrário do empiema post-pneumotorax espontâneo, em que predominam as formas fibrosas.

Os casos dos AA. mostram bem claramente que o colapso pulmonar parcial tem uma influência decisiva nas complicações pleurais, opinião aliás já confirmada por muitos investigadores. Outra conclusão se pode tirar: é que nas formas espontâneas predomina a infecção do tipo mixto, ao contrário do empiema post-terapêutico, em que é mais vulgar a infecção pura.

Os resultados terapêuticos alcançados pelos AA., no seu material, mostram que as cifras mais altas de curas correspondem à intervenção plástica, devendo simultaneamente pôr-se em prática outros tipos de tratamento, de modo a tornar eficaz o combate a uma complicação tão grave da tuberculose pulmonar, tomando as medidas que os elementos clínicos e radiológicos nos fornecem para a solução do caso.

BARREIROS SANTOS.

---

O valor do complexo electrocardiográfico ventricular no exame funcional do coração. (*Die Bewertung der Anfangsschwankung des Elektrokardiogramms bei der Herzfunktionsprüfung*), por E. SCHWINGEL. — *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin*. 98 Band, 5 Heft. 1936.

Numerosos têm sido os trabalhos que procuram, por meio de provas electrocardiográficas, avaliar da funcionalidade cardíaca, e variados têm sido os resultados e as suas interpretações; com excepção da prova de trabalho que baseia as suas conclusões sobre a transformação do T, de positivo em

negativo depois do esforço, e sobre a qual quasi todos estão de acôrdo em dar-lhe valimento, as restantes investigações terminam por conclusões contraditórias na critica dos diversos autores.

Schellong já em 1926 tinha estabelecido que a duração de QRS, expressão do tempo de propagação da excitação através do ventrículo, pode variar desde que o estado do miocárdio se tenha modificado. Está hoje assente que os valores normais dessa duração oscilam entre 0,06 e 0,08 de segundo, e que para além de 0,1 de segundo, se deve considerar como patológica; baseado neste critério, procurou o A. verificar se, depois dum certo trabalho, se observavam alterações da duração e constituir assim um método, que pudesse despistar lesões latentes. Realizou primeiro numerosos ensaios em indivíduos averiguadamente sãos, tendo observado que estes, na sua maioria, reagem à prova por um encurtamento da duração de QRS, acompanhado em geral por um certo grau de taquicardia, que não é constante; a relação entre estes dois valores exige uma análise mais cuidadosa e sobre a qual o A. não se alarga por agora. Pelo contrário, nos cardíacos o exame electrocardiográfico, depois das provas, mostra sempre um aumento do complexo ventricular, aumento que regressava até atingir os valores normais, à medida que os sintomas clínicos se atenuavam até desaparecer.

O A. termina por acentuar que a sua prova tem, evidentemente, um valor relativo, e que da sua positividade não deve concluir-se da existência duma insuficiência cardíaca; o aumento de QRS revela apenas a existência duma alteração muscular do coração, e, neste sentido, é importante conhecê-la para que junto a outra possa de facto obter-se uma análise funcional mais completa.

J. ROCHETA.

**O reflexo pulmo-coronário.** (*Ueber den gefäßverengernden Pulmonocoronarreflex*), por P. RADNAI e L. MOSONYI. — *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin*. 98 Band, 6 Heft. 1936.

A possibilidade de poder ser influenciada a circulação coronária e a função cardíaca por alterações da circulação pulmonar, que se transmitiriam por intermédio do pneumogástrico, tem sido admitida por vários autores. Para o estudo dêste reflexo procederam os dois autores dêste artigo como segue: provocaram embolias múltiplas pulmonares pré-capilares por administração intravenosa duma suspensão de fécula de batata, de modo a provocar por êste modo uma constricção das coronárias, facilmente denunciável pela electrocardiografia. No primeiro grupo de experiências, realizadas em coelhos, verificou-se que estes, após a injeção de 2 cc. da suspensão, se tornavam rapidamente dispnóicos e morriam ao fim de cinco a seis minutos e o electrocardiograma realizado neste intervalo mostrava, sem alterações da frequência, um progressivo abaixamento do segmento ST, na primeira derivação, com elevação e aguçamento de T na terceira derivação. Como é rejeitada a hipótese destas alterações terem sido produzidas por embolia das coronárias, e se admite, pelo contrário, a idea de terem sido provocadas por um reflexo, cujo arco centrípeto segue as vias do vago, o segundo grupo de

experiências realizou-se nas mesmas condições, mas com secção prévia daquele nervo. Nesta circunstância observou-se uma duração da vida que se prolongou por horas e sem modificações electrocardiográficas que fizessem pensar em insuficiência coronária. Ainda na mesma ordem de ideas, num terceiro e quarto grupos de experiências, administrou-se aos animais atropina e inalações de nitrito de amilo e os resultados foram sensivelmente idênticos aos obtidos nos animais do segundo grupo. Daqui se deduz, além da existência do referido reflexo, um certo número de medidas terapêuticas e também se credita a hipótese da angina de peito de origem pneumogástrica, por aumento de tónus dêste nervo, que provocaria a hipoxemia miocárdica por constricção das coronárias.

J. ROCHETA.

Algumas observações electrocardiográficas nos chamados corações nervosos. (*Einige elektrokardiographische Befunde bei dem sogenannten Cor nervosum*), por P. ECKEY. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 20. 1936.

Apresenta o A. uma série de histórias clínicas, nas quais o sintoma predominante era de origem cardíaca, sem que os habituais métodos de pesquisa encontrassem do lado do coração qualquer alteração que explicasse aquele; de aí o diagnóstico de coração nervoso ou irritável, dado aos casos como estes. Verificou-se porém, pelo exame electrocardiográfico, que todos os doentes com aquele diagnóstico e que Eckey apresenta, tinham de facto perturbações vasculares ou miocárdicas, ponto de partida e origem de tôdas as queixas apresentadas pelos pacientes. De onde a necessidade evidente de proceder àquele exame, mesmo nos casos em que a percussão, auscultação e radiografia sejam negativas para a sintomatologia apresentada por alguns doentes.

J. ROCHETA.

A plumbagem com o músculo peitoral à «de Winter» (Brugge) no tratamento das grandes cavernas tuberculosas. (*Ueber die gestielte Pectoralmuskelpломbe nach «de Winter» (Brügge) zum Behandlung grosskavernöser Lungentuberkulose*), por F. HABERLIN. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 88 Band, 1 Heft. 1936.

As últimas directrizes da terapêutica cirúrgica da tuberculose pulmonar tendem tôdas para limitar a ressecção costal à porção do esqueleto em relação com as lesões; de aí a necessidade duma maior porção das costelas a ressecar e a tal ponto que se atinge não só a apófise transversa da vértebra correspondente como ainda se aconselha a própria desarticulação (Maurer, Paris). O A. começa por apresentar três casos de cavernas gigantes, que tendo sido operados por três cirurgiões diferentes e com as melhores perfeições técnicas, não se conseguiu que desaparecessem por completo. Aconselha por isso o emprêgo da técnica «de Winter», que consiste em fazer, em uma primeira sessão, a pneumólise apical por via anterior, com plumbagem conse-



cutiva com o grande peitoral e por vezes com o pequeno peitoral, músculos que podem ser ambos separados *in toto* das costelas e do braço, sem prejuízo da sua artéria nutritiva; numa segunda sessão realiza-se então a toracoplastia, de maneira que nesse momento se podem modelar com mais facilidade as massas musculares, de forma a eliminar todo o espaço morto e a obter assim uma obliteração completa do pulmão.

J. ROCHETA.

A influência da hormona do córtex suprarrenal e da vitamina C sobre a insuficiência circulatória diftérica. (*Ueber die Beeinflussung diphtherischer Kreislaufschwäche durch Nebennierenrindenhormonen und Vitamin C*), por H. BERNHARDT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 28. 1936.

Depois que alguns experimentadores demonstraram a acção intensamente curativa da hormona do córtex suprarrenal e da vitamina C nas cobaias intoxicadas pela toxina diftérica, começou a generalizar-se o emprêgo destas substâncias durante o decurso desta doença e depois, por generalização, a tôdas as doenças toxi-infecciosas. O mecanismo de acção é ainda desconhecido, mas parece não se tratar duma acção específica, mas sim dum aumento das resistências orgânicas contra as infecções.

O A. refere os bons resultados obtidos com esta terapêutica nos seus casos de difteria e aconselha, desde o início duma difteria maligna, o emprêgo de pancórtex e Cebion, nas doses médias de 5 a 10 cc. do primeiro e 2 cc. do segundo, e melhor ainda em combinação com soluto de glucose a 10% e soluto de cloreto de sódio na mesma percentagem. Nos casos mais ligeiros, a administração por via bucal, basta.

J. ROCHETA.

Irradiação da hipófise no hipertiroidismo. (*Röntgenbestrahlung der Hypophyse bei Thyreotoxikosen*), por H. HALES. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 28. 1936.

Provou-se, por trabalhos experimentais, que o extracto do lobo anterior da hipófise possui uma acção estimulante sobre o metabolismo orgânico, independente da tiroideia, e verificou-se também que este extracto não contém a hormona tireotropa.

O A., em ratas, notou que a administração de lobo anterior provocava um aumento do metabolismo e um abaixamento da acção específico-dinâmica; esta observação tem importância, porquanto não é unívoco o comportamento das tireotoxicoses em relação com este facto. Por esta razão era de experimentar, por determinação da acção específico-dinâmica, quais as tireotoxicoses provocadas pela hipófise. Os resultados obtidos foram incertos, mas verificou-se que um aumento do metabolismo pode ser provocado por uma hiperfunção da hipófise, independente da tiroideia ou então por intermédio desta. Dêste modo era justificável a irradiação da hipófise naquelas afecções.

Apresenta o A. uma série de histórias clínicas de hipertiroidismo que submeteu a esta terapêutica, terminando o seu artigo com o seguinte resumo:

O hipertiroidismo pode ser nitidamente melhorado só pela irradiação da hipófise; a irradiação deste órgão produz melhores resultados terapêuticos que a irradiação da glândula tiroideia. Dêste modo alarga-se a defesa terapêutica contra aquela afecção, e por isso o A. propõe a irradiação da hipófise, de preferência nos casos de hipertensões do climatério e nas mulheres novas, nas quais a irradiação da tiroideia não deu resultado.

J. ROCHETA.

**Pesquisas sobre a transmissão da tuberculose ao feto e sobre a morbidade nos primeiros anos de vida.** (*Ricerche sulla trasmissione della tubercolosi al feto e sulla morbidità nei primi anni di vita*), por V. MADON e E. ROBECCHI. — *Minerva Médica*. N.º 29. 1936.

A concepção da tuberculose congénita, negada pela grande maioria dos autores, recebeu novos alentos depois que a autoridade de Calmette deu à questão do ultravírus a importância de que êste ainda hoje goza. Os AA. apresentam uma casuística que, embora modesta, tem o mérito de ser constituída por casos bem observados, e através da qual procuram concorrer para o esclarecimento do problema, tão debatido, da passagem transplacentária de germes que da mãe contagiassem o filho. Compõe-se de quarenta e sete casos, vinte e dois dos quais filhos de mãis com tuberculose progressa, mas à data da observação clinicamente curada, e dos restantes vinte e cinco de mãis com tuberculose grave, na maioria cavitária. Os exames feitos não foram só de ordem puramente clínica, mas também radiológica e anátomo-patológica, e o resultado final das suas investigações leva-os a concluir pela negatividade da transmissão através da placenta do ultravírus (se é que êste existe) e contemporaneamente sobre a eventualidade de um período de latência da doença, ao qual alguns autores dão um limite mesmo de meses (tuberculose latente congénita, estado bacilar, tuberculose congénita discreta, etc.). São, por isso, de opinião que a profilaxia, quando tomada a sério, no sentido do isolamento absoluto e precoce dos neo-natos em meio infectante, é a única medida capaz de dar resultados eficazes.

J. ROCHETA.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdades de Medicina

### Do Porto

Foram reconduzidos dois licenciados, pelo prazo de um ano, nos cargos de assistentes de Medicina Operatória (1.º grupo) e Anatomia Topográfica (1.º grupo).

### De Lisboa

Foi nomeado assistente da cadeira de Bacteriologia e Parasitologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Dr. João Cândido de Oliveira.

## Hospitais

### Do Rabaçal

Inaugurou-se o Hospital do Rabaçal, cujos fundos foram doados pelo Sr. Lúcio Xavier Lima.

### De Penela

Escolheu-se o local destinado à construção do Hospital de Penela.

## Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Para o lugar de sub-chefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana foi nomeado o Dr. Aníbal Bettencourt Correia Mendes.

## Maternidade Dr. Alfredo Costa

Pelo Ministério das Obras Públicas autorizou-se o dispêndio da verba de 2.350.000 para estudos do projecto e orçamento da obra de construção dum Dispensário anexo da Maternidade Dr. Alfredo Costa.



## Luta anti-venérea

Determinou-se que, no dia 7 de Setembro, os médicos das diferentes unidades e estabelecimentos de Marinha fizessem palestras sobre profilaxia anti-venérea. O primeiro tenente-médico Dr. Tovar Faro, director da clínica dessas doenças, também realizou uma conferência sobre o mesmo assunto.

## Saúde Pública

O Dr. António Pereira Peixinho vai ocupar o cargo de delegado de saúde no concelho de Aveiro.

— Para o lugar de director dos Serviços de Saúde de Macau foi nomeado o Dr. Brito Chaves.

— A povoação da Trafaria reclama a nomeação dum médico efectivo.

— Inaugurou-se, em Águeda, o Dispensário anti-tuberculoso.

## Homenagem

Em Montijo inaugurou-se um monumento à memória do Dr. Manuel da Cruz Júnior, que foi médico daquela região.

A inauguração foi precedida duma sessão solene, a que assistiram as autoridades locais.

## Medicina Naval

Publicou-se uma portaria que dissolve a comissão encarregada de elaborar uma tabela de aptidão física a que devem satisfazer os inscritos marítimos, composta do médico do Bairro das Casas Económicas da Ajuda, Dr. Mário de Sousa Dias; do capitão de fragata médico, Dr. Teodomiro de Miranda e do capitão-tenente médico, Dr. Joaquim de Oliveira Duarte, e uma outra portaria que aprova e manda pôr em vigor as referidas tabelas, elaboradas pela mesma comissão.

## Visitas de estudo

O Dr. Óscar Teixeira Bastos, chefe de serviço de Medicina Legal, foi, em missão oficial da Junta de Educação Nacional, fazer estágios de Polícia Científica e Medicina Legal, nos institutos de França, Áustria e Alemanha.

— O Dr. Amândio Pinto, assistente de serviço da clínica cirúrgica dos Hospitais Cíveis de Lisboa, foi, em comissão gratuita de serviço público, visitar os principais centros cirúrgicos de França, Bélgica e Holanda.



**PANBILINE**  
nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**  
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

**HÉMOPANBILINE**  
nas ANEMIAS

LABORATOIRE **J. D. PLANTIER** ANNONAY (Ardeche)  
FRANCE  
ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

**HORMOVARINE BYLA**

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PÊDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>, Rua da Palma, — 240-246 — LISBOA



# Nutromalt

Assucar nutritivo para creanças de mama, preparado segundo Soxhlet.

Cura as perturbações digestivas sem submeter as creanças a uma dieta debilitante.

**INDICAÇÕES:** Para creanças com saúde em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão facil, sem perturbações gastricas ou intestinaes. Em todos os casos de desarranjos das funções digestivas do bébé acompanhadas de fezes ácidas e diarreicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarreia estival.

**DOSE:** A maior parte das vezes basta substituir o assucar natural pelo NUTROMALT. Segundo os casos deve prescrever-se 2 a 8% de NUTROMALT por biberon. V. literatura.

*O NUTROMALT contem as vitaminas de crescimento (factor b) indispensaveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.*

DR. A. WANDER S. A. BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.<sup>o</sup> - LISBOA

*Amostras e literatura gratis*



Assucar nutritivo para creanças de mama

Sa  
Es  
Ta  
N.