



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

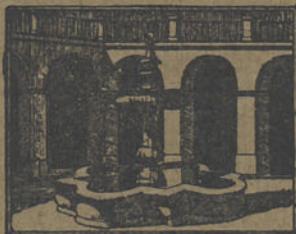
*A. Almeida Dias*

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

# 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, OPPRESSÃO, 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** CRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — " PHARMACIAS.

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

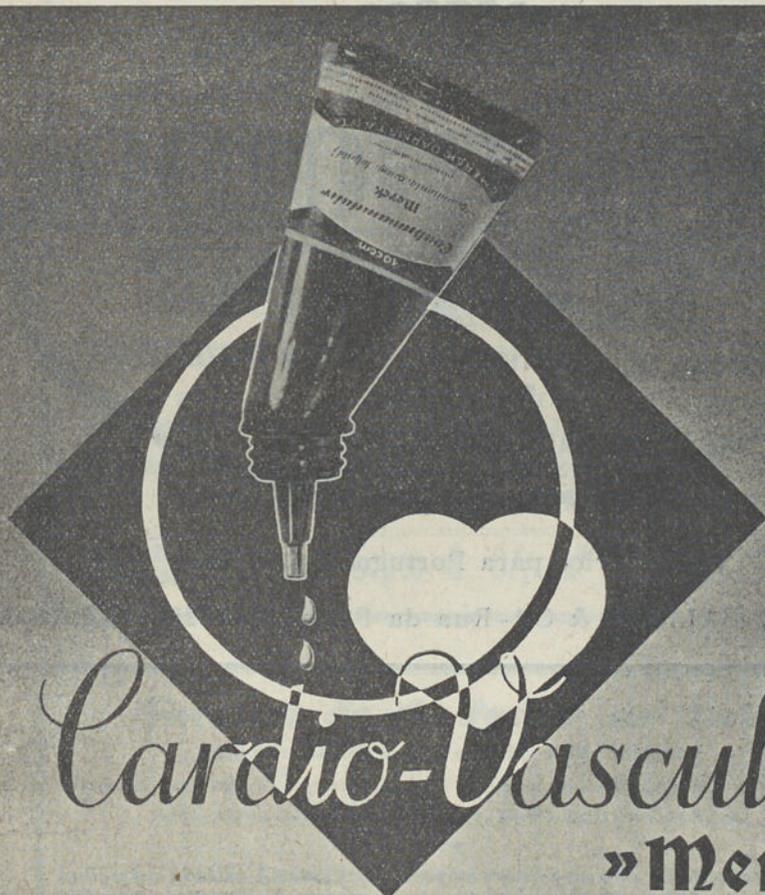
Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. A. Almeida Dias, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*. — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala 8

Est. 9

Tab. 2

N.º 55



# Cardio-Vascular

## »Merck«

Embalagem original: Frasco conta-gotas de 10cc.

Para a profilaxia e terapêutica da debilidade cardíaca e circulatória em estados de esgotamento, doenças infecciosas (gripe, difteria etc.), antes e após operações, na hipotensão constitucional.

**E. MERCK - DARMSTADT**

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

# BISMUTHOIDOL

## "ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,  
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 1748  
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

## VIZELA ESTABELECIMENTO TERMAL

O maior e melhor balneário do país, com o mais perfeito arsenal hidrológico

Director clinico: **Dr. Alfredo Pinto** — Adjunto: **Dr. Bravo de Faria**

Agua sulfuradas, sódicas, litinadas e rádio-activas de temperatura de 15° a 65°. Especificas no tratamento do reumatismo, diversas dermatoses, doenças crónicas do aparelho respiratório e da naso-faringe. Altamente benéficas na cura da sífilis e nas doenças crónicas do aparelho uro-genital. Instalações modernas e modelares. Pulverizações e inalações brônquicas e nasais, irrigações nasais, vaginaes, uretraes e rectais. Aplicações de lamas. sistema Dax — parciais e totais. Luxuoso gabinete de fisioterapia para applicações de banhos hidro-eléctricos, diatermia, raios ultra-violetas, galvanização e faradização. Balneário do Mourisco — Temperatura da água 33°. Especial para as doenças da pele. Em Vizela encontram-se bons hotéis com primoroso tratamento de mesa. Restaurantes e pensões mais económicas. Grande número de casas particulares que se alugam mobiladas, para familias. — Aberto todo o ano.

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à 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

## Termas de S. Pedro do Sul

Estância de cura, de repouso e de Turismo

A maior nascente termal portuguesa e a de maior termalidade (cêrca de 69° c.)

Águas sulfurosas sódicas, alcalinas, silicicatadas, radioactivas

**Indicações gerais:** Reumatismos, afecções tórpidas da pele, das mucosas (rino-faringites, laringites, bronquites, asma, metrites, anexites). Sífilis, linfatisimo, atonia gastro-intestinal.

**Indicações especiais:** Reumatismos crónicos de lesões não estabilizadas (A. Narciso).

**Contra indicações:** Estado agudo das doenças referidas, tuberculose, cardiopatias descompensadas, doenças infecto-contagiosas, cancerose.

Tôdas as applicações hidroterapicas

Especialidade: Banhos de vapor directos da nascente

Clima ameno — região encantadora e exuberante

Telégrafo — Telefones — Estação do Caminho de Ferro — Automóveis de Aluguer

Hotéis — Pensões — Casas de hóspedes e de aluguer

Vasta rede de estradas alcatroadas

INFORMAÇÕES — Junta de Turismo

# CALDAS DAS TAIPAS

## ESTANCIA TERMAL DAS TAIPAS

Cura, Repouso, Vilegiatura e Turismo. — *Estabelecimento Termal*: — As melhores instalações hidroterápicas para duche, imersão, inalações, pulverizações, irrigações, etc.

Desinfecção pelo vapor a 180°. — Tratamentos anti-sifilíticos. — Diatermia, raios ultra-vermelhos e infra-vermelhos

## HOTEL DAS TERMAS

Instalações modernas e confortáveis, reunindo tódas as condições de higiene e comodidade para os seus hóspedes. Ligação directa com o Estabelecimento Termal. — Correspondência: Empresa Termal das Taipas — Taipas  
Telefone Guimarães 198

## *Aguas de Entre-os-Rios*

Premiadas com medalhas de ouro nas Exposições de Sevilha e Barcelona

**Desde tempos imemorais usadas nas doenças das vias respiratórias e das vias gastro-intestinais**

**Aplicam-se:** a) em bebidas, estando os seus elementos sulfurosos — os mais ricos de todas as águas congêneres do País, segundo o dr. Ferreira da Silva — disfarçados em sulfidatos alcalinos, que evitam a acção agressiva, das águas sulfurosas, nas mucosas do tubo digestivo.

b) em inalações, pulverizações, irrigações naso-faríngeas e retro-nasais, banhos, duches e banhos gazozos.

Nas bronquites asmáticas — em que não raro entram grandes deformações do peito, principalmente nas asma infantis — o efeito das Águas de Entre-os-Rios é notável, sendo, com frequência, auxiliado com o tratamento de gymnástica médico-respiratória, feito desde há muitos anos na estância de Entre-os-Rios por um profissional sueco. Os banhos de Entre-os-Rios — cujas águas apresentam uma rádio-actividade que as coloca em lugar primordial (Dr. Pereira Forjaz, professor de química na Universidade de Lisboa) — dão excellentes resultados (banhos amarelos e brancos) nos eczemas, acnes, psoriasis e peladas, não esquecendo a acção poderosa na sífilis e nas fiébriles, conforme o atestou o Dr. Melo Breiner, falecido professor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

A Estância das Águas de Entre-os-Rios, abriu no dia 20 de Junho, e o Grande Hotel da Torre no dia 1 de Julho.

Depositários: Em Lisboa, Centeno & Neves, Ltd., Rua da Prata, 208, 1.º, e no Porto, António Cardoso de Mesquita & C.ª, Rua da Madeira, 182.

## TERMAS DE LUSO

### ESTANCIA DO RIM

- |                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
| Modos de tratamento     |  | Cura de Diurese (água hipometálica fortemente radioactiva)    |
|                         |  | Cura de emanção (Emanatório)                                  |
|                         |  | Banhos radioactivos (por meio de gases radioactivos naturais) |
| Indicações terapêuticas |  | Doenças do Rim (uremia, albuminúria, nefrites litíases, etc.) |
|                         |  | Perturbações de circulação cárdio-vascular                    |
|                         |  | Doenças de nutrição   |

## **Incisar ou não incisar...**

já não há questão, pois que geralmente se admite que o tratamento conservador é a melhor decisão a tomar no manejo de

### **Furúnculos, Carbúnculos, Abscessos, Furunculoses, Celulites**

Porque, sendo a ANTIPHLOGISTINE hiperémica no seu efeito, e tendo acção bacteriostática e descongestiva, é uma das aplicações tópicas preferidas para esses estados sépticos agudos.

Nos estágios iniciais, esse medicamento estimula a resolução sem supuração; também é de muito valor quando está iminente a supuração, e então, a sua aplicação às partes deveria ser tão quente quanto possível suportá-la, deixando-se uma abertura no centro para a drenagem.

Diferindo dos unguentos comuns benignos e dos emplastros do ácido bórico, a ANTIPHLOGISTINE não concorre para que a infecção se desenvolva, mas sim, tende a preveni-la.

# *Antiphlogistine*

AMOSTRAS SOB PEDIDO

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

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

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

Cais do Sodré, S. 1.º

LISBOA



Aparelhos de ondas curtas por  
lâmpada emissora

## Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X  
Electromedicina  
Electrodentária

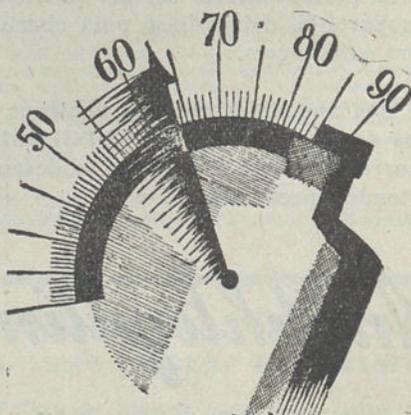
*Lampadas de Raios Ul-  
tra-Violetas e Infra-Ver-  
melhos*

**Original Hanau**

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

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED



*o peso aumenta! tomando*

# NUTRICINA

**TONICO PODEROSO PARA DOENTES,  
VELHOS E CRIANÇAS**

**A' venda em todas as farmácias**

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5  
Porto: Ern. Cibrão & C.<sup>ª</sup>, Ltd, R. Almada, 244  
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

# CALDAS DA FELGUEIRA

ESTAÇÃO DE CANAS, LINHA DA BEIRA ALTA

ESTABELECIMENTO HIDROTERAPICO COMPLETO  
APARELHAGEM MODERNA PARA BANHOS DE «BOLHAS DE AR»

CANÇASSOS DO CORAÇÃO — ALTERAÇÕES DA TENSÃO ARTERIAL — FLEBITES  
— DOENÇAS GRANULOSAS DA RESPIRAÇÃO — DERMATOSSES — REUMATISMOS  
ARTICULARES E AS VARIADAS DOENÇAS DA PELE

Dizia destas águas o Dr. Manuel Bento, o célebre médico e professor da antiga Escola Médica de Lisboa — o maior clinico do seu tempo:

«Por mais tapada que seja a **rinite**, por mais rouca que seja a **laringite**, por mais **díspneica** que seja a **bronquite**, a Felgueira dá melhoras certas e curas tão admiráveis como as mais famosas de **Cauterets**».

**Anginas antigas**, «com grandes engrossamentos dos tecidos subjacentes e relêvos hipertróficos dos músculos faríngeos (diz o Dr. Manuel Bento) curam-se completamente.

Em **dermatoses** observam-se «casos triunfais das suas águas... os das curas grandes e algumas vezes surpreendentes».

Estados hemorroidários com antigos endurecimentos «desaparecem de todo» (diz ainda o grande médico).

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

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

Folhetos aos Ex.<sup>mos</sup> Clinicos

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

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

TELE F. } 21476  
G. } DELTA

# A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente  
anti - artrítico



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

Iodo }  
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

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

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

---

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

---

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

---

Literatura e amostras  
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS  
ou nos representantes  
**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa**





## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Contribuição à l'étude de la bacillurie</i> , par J. Moniz Pereira et M. Rodrigues Cardoso .....	Pág.	401
<i>Esclerose tuberosa</i> , por A. Almeida Dias .....	»	407
<i>Alterações cerebrais consecutivas à ventriculografia com torotraste</i> , por A. Almeida Dias .....	»	439
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	446
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	XXXIII

*Institut Rocha Cabral — Lisbonne*

## CONTRIBUITION À L'ÉTUDE DE LA BACILLURIE

PAR

J. MONIZ PEREIRA et M. RODRIGUES CARDOSO

La présence de bacilles de KOCH dans l'urine des malades atteints par la tuberculose, mais sans avoir localisation rénale, a été très discutée.

En 1882, CONHEIM a admis l'hypothèse de l'excrétion de bactéries à travers les reins sans procès inflammatoire de ceux-ci, mais déjà en 1886, WYSSOKOWITSCH, après avoir injecté des lapins par la voie endoveineuse avec des suspensions de différents groupes de bactéries, a conclu à la nécessité d'un procès inflammatoire du parenchyme rénal pour obtenir la bactériurie.

Et alors deux champs se sont établis: d'un côté, défendant la bacillurie avec des reins sains, les noms de HÖBNER, HYMAN, MAN, VAN RIJSSEL, THOMSON-WALKER, ROMANIS, MITCHINER, KIELLEUTNER, RAMEL, DEIST, FAVENTO, HAGER, POPPER, CORONINI, etc. De l'autre: PERNICE, SCAGLIOSI, SHERRINGTON, LEPPER, DYKE, LIEBERTAHL, VON HUTH, HELMHOLZ, BUMPUS, THOMPSON, PEZZANGORA et BACANU, SAENZ et EISENDRATH, WILLIAMS et SPITZER, GAIGINSKY et PETRESCO, OPITZ, TSCHICKNAWERON, BOTHE, LIESEGANG, HÜBSCHMANN, RIEDER, DIMTZA et SCHAFFHAUSER, KALLÓS, MUNRO, etc.

Parmi ceux du premier groupe il y a aussi BIEDL et KRAUS, qui ont trouvé, 5 minutes après une injection endoveineuse, des bactéries dans l'urine. La valeur de ces travaux a été niée par MONTGOMERY, ALLEN, KALLÓS, etc.

SERGENT, dans son traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée, se range aussi parmi les défenseurs de la bacillurie sans lésions rénales, mais correspondant alors aux décharges bacillémiques — bacillémies de sortie — qui accompagnent les poussées évolutives.

Les plus récents travaux en faveur de cette hypothèse sont de DEIST et de ceux qui suivent sa méthode et qui défendent l'existence de la bacillurie transitoire quand la maladie s'aggrave ou après un pneumotorax.

Contre ces conclusions — les travaux expérimentaux de MEDLAR et SASANO et de MONTGOMERY et ALLEN, qui ont injecté à des cobayes par la voie endoveineuse, respectivement, des bacilles de KOCH virulents et des bacilles acido-résistants — *Mycobacterium avium* et *Mycobacterium phlei* — avirulents pour ces animaux; et les travaux cliniques de JOHN MENTON, de HARRIS, PEZZANGORA et BACANU, GRÖNINGER et PESCH, DIMITZA et SCHAFFHAUSER, etc.

Ce sont les travaux de ces derniers auteurs les meilleurs, d'après KALLÓS. Parmi 225 malades ils ont trouvé seulement 8 cas de bacillurie et dans tous les 8 cas la nefrectomie a révélé toujours une tuberculose rénale cavitaires.

Comme conclusion finale pour DIMITZA et ses collaborateurs, on doit seulement parler de tuberculo-bacillurie, quand dans l'urine des reins séparés on trouve des bacilles de KOCH virulents sans qu'on puisse trouver des lésions de l'appareil uro-génital ou des lésions histologiques dans les coupes sériées des reins.

Dans notre travail nous avons voulu étudier le problème soit au point de vue clinique, soit au point de vue expérimental.

Dans l'étude clinique nous avons considéré des malades tuberculeux pulmonaires avec bacilles de KOCH dans l'expectoration, mais sans signes cliniques de tuberculose rénale.

Dans l'étude expérimentale nous avons considéré deux parties: dans la première nous avons cueilli aseptiquement, par ponction de la vessie, l'urine d'animaux infectés, depuis trois mois soit par voie sous-cutanée, soit par voie endoveineuse et ayant graves lésions générales; dans la seconde, nous avons cueilli de même, aseptiquement, par ponction de la vessie, l'urine de lapins normaux, auxquels nous avons fait préalablement, en temps variant de demi à cinq heures, une injection endoveineuse d'une suspension de bacilles de KOCH virulents.

La recherche des bacilles, soit dans l'urine des malades, soit dans celle des animaux, a été toujours faite par l'examen du sédiment en lâmes colorées par la méthode de ZIEHL-NEELSEN, ensemencement en milieu de LÖWENSTEIN et inoculation au cobaye.

#### ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons recherché le bacille de KOCH dans l'urine de 30 malades de tuberculose pulmonaire — formes fibro-caséuses et ulcero-caséuses, contrôlés par examen radiographique — sous-fébriles et fébriles, avec expectoration positive et sans indices cliniques de tuberculose rénale.

Nous avons employé, avec de légères modifications, la technique suivie par PEZZANGORA et BACANU. Nous n'avons pas fait une prise aseptique de l'urine, par algation des malades, parce que nous n'avons jamais trouvé au cours de nos observations des microorganismes susceptibles d'être confondus avec des bacilles de KOCH.

Les urines de 24 heures de chaque malade étaient recueillies dans des vases propres. Après agitation, 100 cc. de chaque urine étaient prélevés dans un tube stérile et centrifugés pendant 20 minutes à une vitesse de 3500 rotations par minute. Après décantation du liquide, deux frottis du culot étaient colorés par la méthode de ZIEHL-NEELSEN. Le culot dilué dans un volume double d'acide sulfurique à 15 % était agité pendant 5 minutes.

Après avoir laissé reposer une demi-heure, le mélange était neutralisé avec de la soude à 30 %, en présence de la teinture de tournesol, jusqu'à obtenir une couleur lilas, qui correspond à un pH de 7,2.

Une fois encore, le mélange était centrifugé et du sédiment alors obtenu nous faisons deux parties; l'une, était ensemencée en trois tubes de milieu de LÖWENSTEIN et l'autre, injectée par voie sous-cutanée à un cobaye.

L'examen microscopique des frottis colorés par la méthode de ZIEHL-NEELSEN a été toujours négatif. Négative aussi fut l'observation pendant trois mois des tubes de LÖWENSTEIN et négatives les épreuves de tuberculine et les autopsies des 30 cobayes inoculés.

Pour contrôler ces faits, à cinq échantillons d'urine d'individus

normaux, nous avons ajouté une suspension de bacilles de KOCH virulents, dans la proportion de 36 cc. d'urine pour 4 cc. de la suspension de bacilles de KOCH contenant 0,0001 gr. de SIV par cc. À la même occasion, pour vérifier si les procès fermentatifs de l'urine n'iraient pas détruire des bacilles de KOCH que les urines pourraient peut-être contenir, nous avons ajouté dans trois tubes contenant du sérum physiologique, au lieu d'urine, la même suspension bacillaire.

Les échantillons d'urine et de sérum physiologique, auxquels nous avons ajouté la suspension de bacilles, ont été traités comme les urines des malades.

Les frottis colorés par ZIEHL-NEELSEN ont révélé beaucoup de bacilles de KOCH, les tubes de LÖWENSTEIN ont présenté leur surface à demi ou à trois quarts couverte par colonies de bacilles de KOCH et les cobayes inoculés présentaient des lésions générales très étendues.

Il n'y avait aucune différence entre les résultats des cultures en LÖWENSTEIN et les lésions obtenues dans les cobayes correspondants, soit aux échantillons d'urine, soit aux suspensions en sérum physiologique.

#### ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

I— Recherche de bacilles de KOCH dans l'urine d'animaux infectés expérimentalement et présentant à l'autopsie des lésions tuberculeuses généralisées.

Dans cette partie de notre travail nous avons considéré deux groupes d'animaux.

a) A l'autopsie de 6 cobayes, inoculés depuis trois mois par voie sous cutanée dans la cuisse droite avec 0,1 cc. de la suspension  $10^{-3}$  de bacilles de KOCH de la souche SIV et présentant des lésions ganglionnaires et viscérales étendues, l'urine a été cueillie aseptiquement par ponction de la vessie. Cette urine a été traitée par la méthode employée pour l'urine humaine. Du culot de chaque urine nous avons fait deux frottis colorés par la méthode de ZIEHL-NEELSEN, ensemencé trois tubes au milieu de LÖWENSTEIN et inoculé un cobaye.

Toutes ces épreuves furent négatives.

b) A l'autopsie de 18 lapins, préalablement infectés en temps

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

# QUININO STOVAR SOL

Oxi-acetil-amino-fenil-arsinato de quinino

Combinação definitiva de

**STOVAR SOL**

e de

**QUININO**

particularmente

activa para o

tratamento

da

**MALÁRIA**

APRESENTAÇÃO

— TUBOS DE —  
COMPRIMIDOS  
DOSEADOS A 0 gr. 25

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
— Specia —

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

21, rue Jean-Goujon, PARIS-8°

variables d'un à trois mois, les uns par injection sous-cutanée dans la cuisse droite de 0,1 cc. de la suspension contenant  $10^{-2}$  de SIV, les autres par injection endoveineuse de 0,1 cc. de la suspension contenant  $10^{-3}$  de SIV et qui présentaient les uns et les autres des lésions bacilleuses très étendues, l'urine a été cueillie aseptiquement par ponction de la vessie et traitée par la méthode indiquée.

On a fait des frottis colorés par ZIEHL-NEELSEN, ensemencement en milieu de LÖWENSTEIN et inoculation au cobaye.

Toutes ces épreuves furent négatives pour 16 animaux; les 2 animaux qui ont eu des preuves positives — des colonies en milieu de LÖWENSTEIN et des lésions bacillaires dans l'animal inoculé — présentaient des lésions rénales tuberculeuses très étendues.

II — Dans cette dernière partie de notre travail, nous avons injecté endoveineusement en des lapins normaux des quantités massives de bacilles de KOCH virulents.

Nous avons employé 20 lapins, qui ont reçu par voie endoveineuse 1 cc. de la suspension contenant 0,001 gr. de bacilles de KOCH de la souche SIV.

En 5 animaux la prise aseptique de l'urine par ponction de la vessie fut faite aux 20, 25 et 30 minutes après l'injection; en 3, aux 30, 60 et 90 minutes; en 4, à deux heures; en 4, à quatre heures, et, finalement, encore en 4 animaux, à 5 heures après l'injection.

Toutes ces urines ont été traitées par la méthode indiquée. Du culot de chacune on a fait trois frottis colorés par ZIEHL-NEELSEN, ensemencé trois tubes de LÖWENSTEIN et inoculé deux cobayes.

L'examen des frottis n'a jamais révélé des bacilles de KOCH et on n'a pas trouvé des colonies pendant trois mois d'observation des tubes de LÖWENSTEIN. Aux 40 cobayes inoculés a été faite l'épreuve de la tuberculine, qui a toujours été négative, sauf une fois. L'autopsie de ces animaux n'a révélé des lésions bacillaires, sauf dans le cobaye dont l'épreuve de la tuberculine a été positive et qui présentait des lésions étendues.

Cet animal avait été injecté avec le sédiment d'une urine de lapin, cueillie deux heures après l'injection de la suspension de bacilles. Mais comme l'autre cobaye correspondant à la même

urine ne présentait aucune lésion et comme dans les tubes de LÖWENSTEIN il n'y avait aucune colonie, nous pensons que l'infection ne doit avoir aucune relation avec l'injection.

#### CONCLUSIONS

Soit dans la partie clinique de notre travail — où a été étudiée l'urine de 30 malades de tuberculose pulmonaire, mais sans signes cliniques de tuberculose rénale — soit dans la partie expérimentale — où a été étudiée l'urine de 24 animaux, qui présentaient des lésions tuberculeuses généralisées, et l'urine de 20 lapins, auxquels, préalablement, en temps qui a varié de une demi-heure à 5 heures, on avait fait par voie endoveineuse une injection massive de bacilles de KOCH — nous n'avons jamais trouvé de bacillurie, sauf en deux cas, dans lesquels l'urine appartenait à deux lapins ayant des lésions des reins.

Avec ces résultats, nous sommes portés à conclure que le passage de bacilles à travers les reins n'est possible qu'au cas de lésions du parenchyme rénal.

#### BIBLIOGRAPHIE

- DEIST. — *Klin. Wschr.* 1933, I, 26. *Tuberkulose.* 1933, I, 33.  
 DITZ und SCHAFFHAUSER — *Münch. Med. Wschr.* 1933, II, 1423.  
 DROEGEMULLER. — *Surg. Clin. N. Am.* 1933, 13, 1007.  
 GAIGINSKY et PETRESCO. — *C. R. Soc. Biol.* 1935, 119, 44.  
 HAGER. — *Tuberkulose.* 1933, I, 33.  
 HELMHOLZ. — *Am. J. Dis. Child.* 1929, XXIX, 497, 506, 641.  
 KALLÓS (P.) und KALLÓS-DEFFNER (L.). — *Zent. f. ges. Tbkforsch.* 1935, 43, 7/8.  
 MENTON (J.). — *Brit. med. Journ.* 1932, 3751, 965.  
 MONTGOMERY and ALLEN. — *Am. Rev. Tub.* 1932, 30, 92.  
 MUNRO W. T. — *Zent. f. ges. Tbkforsch.* 1935, 43, 1/2.  
 NÈGRE et TROISIER. — *Pr. Méd.* 1935, 90, 1745.  
 PEZZANGORA et BACANU. — *C. R. Soc. de Biol.* 1935, 119, 954. *Pr. Méd.* 1935, 58, 1160.  
 POPPER. — *Klin. Wschr.* 1933, II, 1650.  
 SAENZ. — *C. R. Soc. de Biol.* 1935.  
 SAENZ et EISENDRATH. — *An. Inst. Pasteur.* 1932, 5, 608.  
 SAENZ, EISENDRATH, COSTIL et SADETTIN. — *Pr. Méd.* 1935, 58, 1160.  
 SERGENT. — *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée.* Paris, 1924.  
 SPITZER and WILLIAMS. — *J. Amer. Med. Assoc.* 1927, 88, 1870.  
 TSUGE (Y.). — *Zent. Tbkforsch.* 1136, 75, 33.

Trabalho do Instituto de Neurologia da F. M. L.  
(Director: Prof. EGAS MONIZ)

## ESCLEROSE TUBEROSA

POR

A. ALMEIDA DIAS

O nome *esclerose tuberosa* (E. T.) designa de há muito uma estranha doença, que atingindo principalmente o sistema nervoso produz quasi constantemente lesões muito especiais da pele e não raro determina ainda alterações tumorais de vários órgãos, especialmente rim e coração e mais raramente ovários, corpo tiroídeo, cápsulas suprarrenais e fígado.

Foi BOURNEVILLE quem, em 1879, assim designou tal afecção e o primeiro a isolá-la como entidade nosológica. Êste autor procurou na nomenclatura proposta focar dois dos mais habituais aspectos anatómicos da doença: a esclerose cerebral e a existência de nódulos ou tuberosidades corticais.

BOURNEVILLE isolou de-facto, dentre as epilepsias com acentuado *deficit* mental, uma forma muito especial bem caracterizada anatómicamente, e é justo chamar à E. T. doença de BOURNEVILLE. Elementos para o diagnóstico *intra-vitam* só, porém, mais tarde se precisaram quando, a-par dos sintomas nervosos e mentais, que nada oferecem de específico (ao contrário do que alguns autores pretenderam), se começou a reparar na coexistência de certas afecções cutâneas, em indivíduos com epilepsia e perturbações mentais e se verificou em exames necrópsicos que exactamente êsses indivíduos apresentavam as lesões cerebrais típicas da E. T. Só então passou a ser possível o diagnóstico *intra-vitam* da doença. O chamado adenoma sebáceo é dentre essas afecções cutâneas a que mais freqüentemente se encontra e a que primeiro se apontou como pertencendo ao quadro clínico da E. T. O adenoma sebáceo é constituído por uma

série de pequenos nódulos salientes, moles, por vezes mais pequenos do que cabeças de alfinetes, e não excedendo no máximo as dimensões de um pequeno grão de milho, nódulos confluentes, de côr umas vezes apenas um pouco mais pigmentada do que a dos tegumentos vizinhos, outras com um tom levemente vinoso. Estes nódulos têm uma sede e distribuição muito características. Distribuem-se nas asas do nariz, sulcos naso-labiais, commissuras labiais e queixo, com uma disposição que é clássico comparar à figura de uma borboleta (figs. 1, 2 e 3). Sem pretendermos entrar em



Fig. 1. — Adenoma de PRINGLE (caso 2)

por menores descritivos desta afecção cutânea, que corre com o nome de adenoma sebáceo de PRINGLE—e que aliás não é hoje, duma maneira geral, considerada um adenoma, mas sim uma lesão névica, algumas vezes com neoformação de vasos, o que lhe dá, em certos casos, um aspecto angiomatoso — queremos muito especialmente salientar que outras formas menos frequentes de lesões cutâneas são, quando coexistem em indivíduos com crises epiléticas, de uma grande importância para o diagnóstico da E. T. Referimo-nos ao chamado

adenoma do tipo BARLOW (fig. 4) e aos fibromas do tipo *pendulum* (fig. 5). No adenoma de BARLOW a pele toma, numa certa extensão, um aspecto «chagrinado» e áspero, com estrias profundas, e, além de rugosa e dura, tem uma pigmentação mais marcada do que a dos tegumentos vizinhos. O adenoma de BARLOW não tem como o de PRINGLE uma distribuição simétrica, mas possui todavia sedes de eleição: a pele do dorso, especialmente a da região lombar, junto da linha média, e a região frontal, junto à inserção do cabelo. Os fibromas moles do tipo *pendulum* distribuem-se também por forma muito característica, em volta da pele da nuca, à maneira de um colar. São flagrantes as coinci-

dências de sede destas várias afecções cutâneas na E. T., como o demonstram os casos que coligimos na literatura médica e os casos pessoais que vamos referir. Não raro ainda se encontram numerosas manchas pigmentadas como aquelas que correntemente existem na doença de RECKLINGHAUSEN (fig. 6). São estas as lesões cutâneas que quando associadas à epilepsia podem dar a chave do diagnóstico.

Pelo lado do sistema nervoso, a E. T. produz quasi sempre

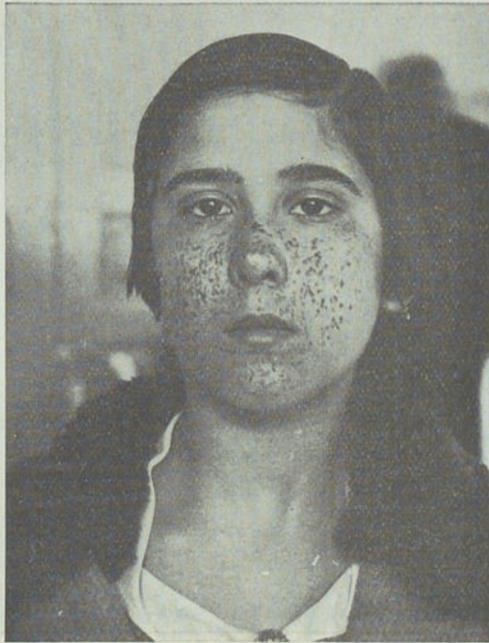


Fig. 2. — Adenoma de PRINGLE (caso 3)

epilepsia, que se manifesta nas primeiras idades, e *deficit* mental mais ou menos acentuado — mas por via de regra muito marcado. Como já de início apontámos, esta sintomatologia não tem porém nada de específico. Pode encontrar-se em muitos outros estados que nada têm que ver com a doença de BOURNEVILLE.

No cérebro destes doentes costuma ver-se, logò ao simples exame macroscópico, um aspecto muito característico. Várias circunvoluções são desmedidamente largas, mantendo todavia a sua configuração geral, e de onde em onde notam-se nódulos re-

dondos ou ovais, verdadeiras formações tumorais com uma depressão central em cratera, bem circunscritas— as chamadas *tuberosidades*— que interrompem o decurso normal das circunvoluções. À palpação e ao corte nota-se que em certas zonas, e especialmente nas tuberosidades, o cérebro tem uma consistência muito maior do que o normal, consistência quasi cartiláginea, e que os nítidos contrastes normais entre a substância cinzenta e a substância branca desaparecem, tomando o todo um

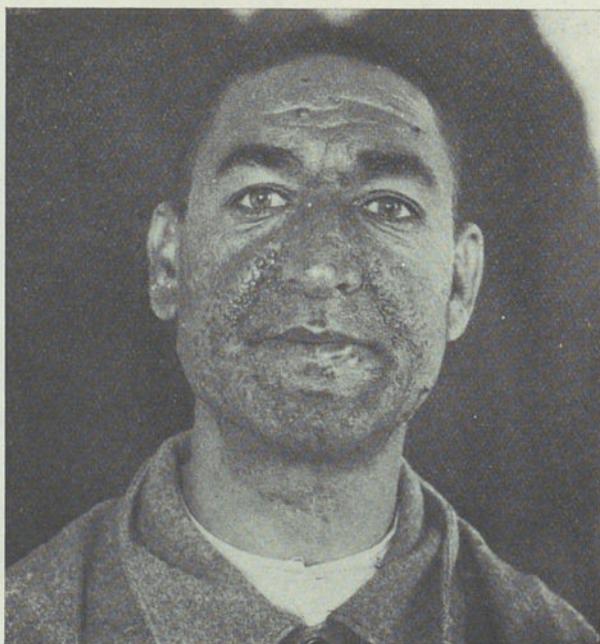


Fig. 3. — Adenoma de PRINGLE (caso 4)

aspecto acinzentado homogêneo. Além destas alterações corticais, encontram-se quasi constantemente as paredes dos ventrículos laterais semeadas de pequenos nódulos, pequeninos tumores que em geral não excedem o tamanho de uma cabeça de alfinete, mas podem chegar a atingir o tamanho de uma cereja e mais, como num dos nossos casos. Estes tumores contêm quasi sempre numerosas concreções calcáreas e raríssimo é que dêem sintomas clínicos de neoplasia intracraniana.

O exame histológico revela uma acentuada proliferação ne-

vróglica, principalmente da camada zonal, ou seja da camada mais externa da substância cinzenta cortical, que quási sempre se mostra muito mais larga do que o normal. Essa proliferação glial torna-se bem patente tanto nas preparações específicas para a glia, como nas do método de NISSL. A-par desta acentuada reacção nevróglica, há alterações mais ou menos marcadas da arquitectura cerebral. Diminuição do número de células nervosas, principalmente na camada das células piramidais. As células

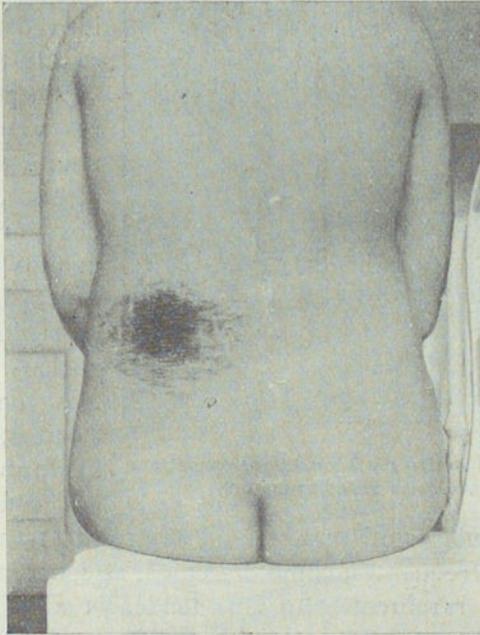


Fig. 4. — Adenoma de BARLOW. Pele de «chagrin»  
(CASO 2)

que existem não estão, além disso, regularmente dispostas com uma orientação constante (vértice voltado para a periferia das circunvoluções), mas dispõem-se obliquamente ou mesmo com o vértice voltado para a substância branca. Muitos dos elementos celulares existentes mostram ainda lesões de degenerescência crónica pigmentar ou vacuolar, desaparecimento central das granulações de NISSL, restando de algumas células apenas uma pálida *silhouette*.

Porém a alteração histológica característica da E. T. é-nos

dada pelas «grandes células atípicas». Estas células a um exame com as técnicas histológicas modernas ora oferecem caracteres que permitem classificá-las com segurança como células nervosas atípicas ou como células gliais atípicas, e não devem, como alguns autores pretendem, considerar-se como elementos indiferenciados. Melhor do que qualquer descrição as microfotografias que apresentamos de um caso pessoal (o primeiro, cremos, diagnosticado e estudado

entre nós) dão uma ideia das características destas células.

Os pequenos tumores ventriculares de uma estrutura sempre idêntica, são constituídos por grandes elementos celulares com protoplasma indiferenciado, alguns com núcleos gigantes, outros com grandes astrócitos, e por células fusiformes dispostas em estrias. A estes



Fig. 5. — Fibromas do tipo *pendulum*, dispostos em volta do pescoço como um colar (caso 2)

elementos celulares mistura-se uma abundante trama fibrilar nervóglia. São freqüentes, como dissemos, as concreções calcáreas. Tais tumores raramente têm uma tendência a infiltrar o tecido nervoso juxta-ventricular, com que estão em relação, sendo pelo contrário isolados d'ele por uma barreira glial mais ou menos completamente desenvolvida.

Não nos consta que até hoje tenham sido encontrados nestes tumores ventriculares elementos celulares que pudessem classificar-se de células nervosas, quer atípicas, quer de configuração normal.

Estas formações tumorais dos ventrículos são consideradas como verdadeiros vulcões extintos, sem tendência alguma proliferativa e com uma marcada tendência regressiva, como o atestam as freqüentes e numerosas concreções calcáreas que encerram.

Para terminar esta rápida descrição do quadro da E. T. devemos ainda referir que freqüentemente se têm encontrado nestes

# Novo! Octinum

$C_8 H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

«Knoll»

**Espasmolítico e antialgico  
nas dores devidas a espasmos.**

Não é alcaloide,  
age mais forte e mais duradouramente do  
que a papaverina,  
não provoca sensação de secura na gar-  
ganta, como a atropina.

**Indicações principais:**

Espasmos gastro-intestinais.  
Úlcera gástrica e duodenal.  
Dores gástricas devidas a secreção excessiva.  
Espasmos da biliar, dos rins, da bexiga.  
Obstipação espasmódica.  
Dismenorréa espasmódica.

**Embalagens originais:** Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Líquido (de cloridrato de Octinum a 10%), vidros com 10 c.c. — Empólas de 1,1 c.c. (1 c.c. contem 0,1 g de cloridrato de Octinum), caixas com 5 emp.

**Posologia:** Comprimidos e líquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia. — Empólas: por via subcutânea 2 a 3 vezes ao dia 1/2—1 empóla, por via intramuscular ou intravenosa 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empóla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

LISBOA MÉDICA<sup>1</sup>

# Para acalmar as dôres

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

**CIBALGINA**  
**CIBA**

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:

E. BRUNNER & COMP., L<sup>DA</sup>  
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA  
único representante dos Productos, Ciba<sup>®</sup> em Portugal.

doentes, além de variadas malformações, tumores mixtos do rim e rabiomiomas cardíacos. Após esta breve resenha, que julgamos indispensável para justificar algumas das afirmações que fazemos a-propósito dos casos pessoais, passamos a ocupar-nos dos quatro casos que conseguimos reunir, graças à amabilidade de alguns colegas. O primeiro caso, aquêle de que temos estudos histológicos do cérebro, foi-nos enviado do Alentejo pelo Prof. ANTÓNIO FLORES.

Creemos ser, como já dissemos, o primeiro caso que entre nós foi estudado e diagnosticado histologicamente. Dois dos outros casos de que resumidamente lhes faremos a história clínica foram-nos enviados pelo colega ÁLVARO LAPA e o último que tivemos ocasião de observar estava internado no Manicómio Miguel Bombarda (1).

Começaremos pelo caso que nos foi enviado pelo Prof. ANTÓNIO FLORES, o mais antigo na ordem cronológica e o mais raro desta série, que, a-pesar-de pequena, nos parece de certo interêsse.

Êste primeiro caso, que vamos estudar mais pormenorizadamente, oferece, sob alguns aspectos, um interêsse muito especial:

I— Por não apresentar as lesões cutâneas típicas da E. T.

II— Por vir a manifestar-se clinicamente por sintomas de hipertensão intracraniana de evolução rápida.

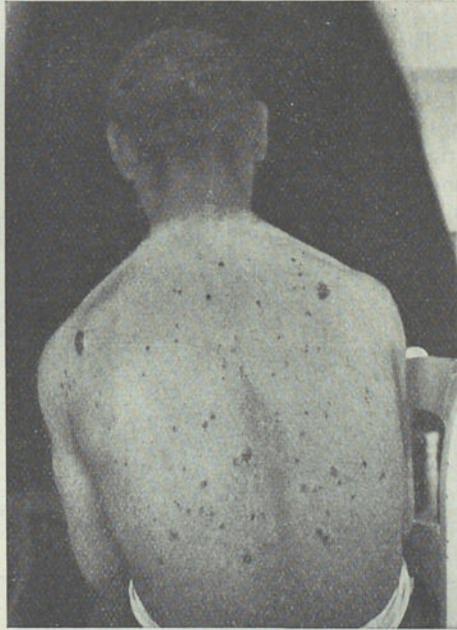


Fig. 6. — Numerosas manchas pigmentadas como as que se observam correntemente na doença de RECKLINGHAUSEN (caso 4)

(1) Queremos agradecer ao Prof. SÓBRAL CID a gentileza com que nos permitiu estudar o caso.

III — Pela ausência de perturbações mentais, ao contrário do que, por via de regra, se dá na E. T. típica.

IV — Pela presença de nódulos calcificados corticais.

V — Pela existência de um volumoso tumor ventricular contendo bastantes células nervosas mais ou menos completamente desenvolvidas e completamente isento de calcificações, ao contrário do que é de regra nestas formações tumorais, onde tais calcificações costumam ser abundantíssimas.

HISTÓRIA CLÍNICA. — Emília S., de 20 anos de idade, solteira, doméstica, de Portalegre. Entrada em N. B. (Hospital de Santa Marta), em 29-IX-931.

O parto, de termo, foi normal. Aos dois anos começou a sofrer de ataques epilépticos. Parece não ter havido traumatismo ou qualquer doença anterior. Tinha crises mais que uma vez por dia. Este estado manteve-se durante um mês e tal. Prescreveram Luminal e as crises desapareceram, só as voltando a ter dos 12 para os 13 anos, na época da puberdade, mas então não com a freqüência anterior, mas apenas nos períodos menstruais. As crises eram tipicamente epilépticas. (Perda do conhecimento acompanhada de cianose, convulsões, mordedura da língua, saída de espuma ensangüentada pela bôca, emissão involuntária de urinas). Tinha, por vezes, uma aura que não consegue bem definir. Diz apenas: «foge-me a vista» sem, todavia, ter os sentidos perdidos.

Nos últimos tempos o tipo de algumas crises é diferente. Bate em si própria e nas pessoas que a rodeiam, agarrando-se violentamente a quem esteja perto. Toma, por vezes, atitudes um pouco descompostas. Grita muito.

De há uns cinco para seis meses, dores de cabeça muito intensas, sem qualquer localização especial. Vômitos e estado nauseoso quasi permanente, com grande repugnância pela comida. Certo torpor e falta de interêsse e aptidão para o trabalho, em contraste com a sua grande actividade anterior. Visão conservada.

Teve há dias um exantema

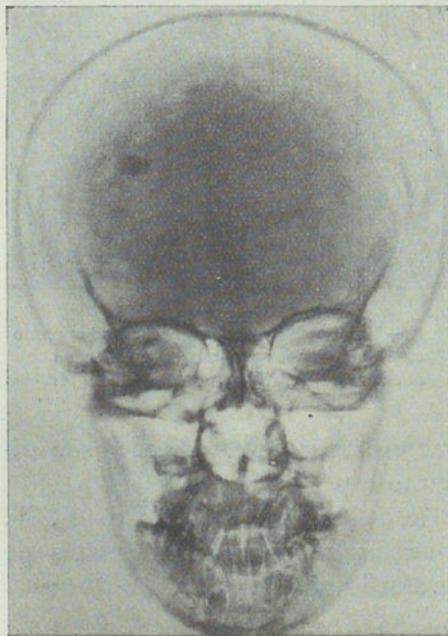


Fig. 7. — Nódulo calcificado à esquerda da figura (caso 1)

generalizado. Ficou a pele muito vermelha. Tomava então antipirina para procurar alívios contra as fortes e persistentes dores de cabeça.

Nada de notável nos antecedentes hereditários e familiares Regular constituição. Ar de sofrimento muito acentuado, queixando-se constantemente da cabeça.

Nervos cranianos: I, normal. II, miopia de cêrca de 2D. Visão 6/20 em ambos os olhos. Neuro-retinite com tumefacção papilar bilateral, aproximadamente igual em ambos os olhos. a) A. DA FONSECA. Oculomotores: ligeiro

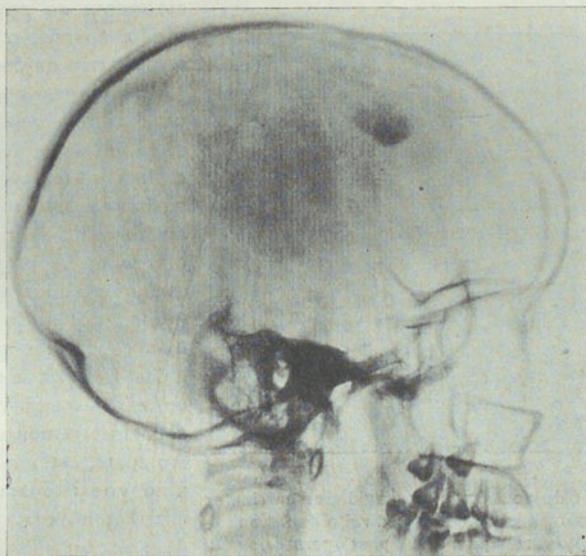


Fig. 8. — Imagem em radiografia transversal do nódulo calcificado

nistagmo, lento, no olhar para a direita, não fixando bem os olhos na posição extrema conjugada direita. Nada mais nos outros pares cranianos.

Reflexos tendinosos e ósteo-tendinosos: normais.

Motilidade e sensibilidade geral sem alterações. Funções cerebelosas também íntegras.

Radiografias do crânio: sombra de calcificação na região correspondente ao lobo frontal direito (figs. 7 e 8).

Outubro de 1932: progressão rápida dos sintomas de hipertensão, com dores de cabeça cada vez mais intensas, que não cedem a qualquer medicação. Frequentes vômitos. Baixa progressiva da visão. Aparecem, em meados de Outubro, sintomas bulbares, com irregularidades muito acentuadas de pulso. Pequenas síncope respiratórias. Dado o agravamento dos sintomas gerais de hipertensão e as ameaçadoras perturbações bulbares, resolve-se fazer uma trepanação descompressiva simples, que é protelada por a doente estar nas

proximidades do período menstrual. A menstruação não aparece no tempo devido (é a primeira vez que isto lhe acontece). A 5 de Novembro faz-se uma descompressiva subtemporal, à direita, seguida de punção lombar. Hipertensão acentuadíssima. A doente melhora um pouco a seguir à descompressiva e a 16 de Novembro é operada de novo para fazer a ablação do presumido tumor do lobo frontal direito. Morte no dia imediato.

Protocolo da autópsia: Para não alongar esta exposição dispensamo-nos de fazer uma descrição minuciosa, não referindo as modificações do tecido cerebral produzidas pelas intervenções operatórias, que não interessam espe-

cialmente ao caso e apontando, apenas, o que é característico da doença.

Meninges apenas com um ligeiro espessamento de onde em onde. Não há anomalias apreciáveis da superfície a não ser algumas circunvoluções um pouco alargadas. À palpação, pequenos nódulos duros espalhados por todo o córtex, mas especialmente nas regiões frontais e temporais, em zonas que, à vista, parecem inteiramente normais. Ao corte, estes nódulos têm uma consistência quasi de cartilagem, e na superfície de secção mostram-se de um branco sujo. Não se nota

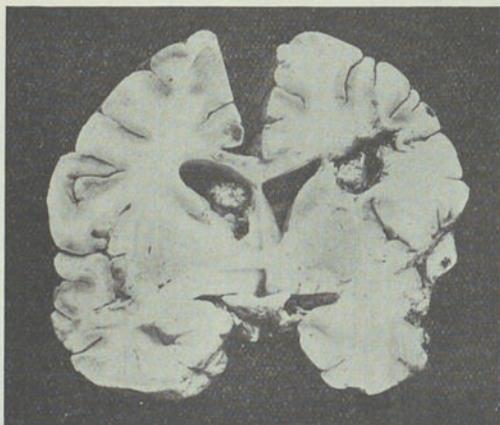


Fig. 9 — Tumor do ventrículo (na cavidade ventricular à esquerda da figura). Do lado direito da figura as lesões do parênquima são post-operatórias

diferença de cor e de aspecto entre as substâncias cinzenta e branca. O todo tem um aspecto homogéneo. Alguns dos nódulos crepitam ao passar da faca (pequenas calcificações).

Dilatação ventricular bilateral simétrica. No ventrículo lateral esquerdo, repousando sobre a cabeça do núcleo caudado, um tumor ovóide do tamanho de uma grande amêndoa, saliente na cavidade ventricular (fig. 9). Esbôço de pedículo, todo o tumor de cor acizentada, excepto no seu polo livre na cavidade ventricular, onde tem uma cor acentuadamente vinosa (hemorragias). Tem maior consistência que a do cérebro normal. Além deste tumor, tanto no ventrículo esquerdo como no direito, alguns pequenos nódulos fazendo saliência na cavidade ventricular. O 4.º ventrículo livre de qualquer formação tumoral.

*Exame histológico.* — Não pretendemos, de forma alguma, dar uma descrição completa das alterações histológicas que o caso oferecia, o que tornaria este nosso trabalho demasiado longo. Fo-

caremos, apenas, rapidamente, os elementos que permitem o diagnóstico e algumas particularidades de maior interesse. — Dura normal. As leptomeninges mostram-se absolutamente livres de alterações inflamatórias, mostrando apenas de onde em onde uma ligeira proliferação fibrosa.

No córtex, a-par de zonas de uma estrutura que apenas diverge do normal por uma certa proliferação da glia e por as células nervosas mostrarem alterações histológicas, principalmente do tipo da chamada doença crónica (NISSL), encontram-se

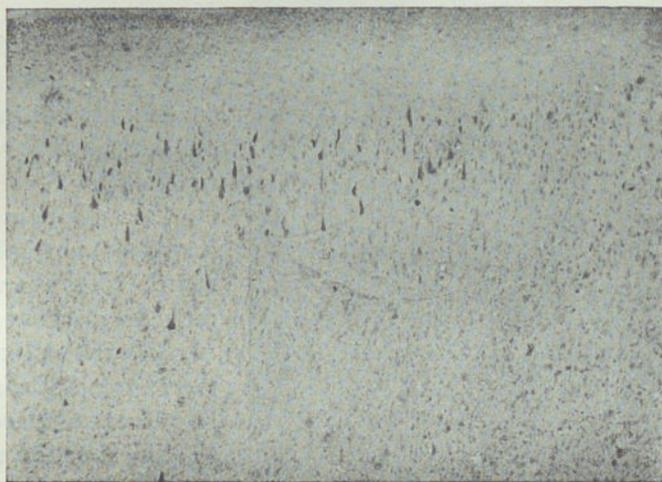


Fig. 10. — Marcada alteração da arquitectura. Método de Nissl.

numerosos *focos*, predominantemente nos lobos frontais e temporais, mas não poupando todavia os outros lobos cerebrais, onde topámos também com profundas alterações: umas, que não possuem propriamente carácter específico, e, outras, as que caracterizam a doença.

Das primeiras citaremos a abundante proliferação nevrógica, tanto celular como fibrilar, especialmente na camada zonal, ou seja na mais superficial do córtex, proliferação difusa que vai diminuindo à medida que vamos caminhando em profundidade na substância cinzenta, para de novo se intensificar na zona de transição para a substância branca e nesta última.

Acentuada pobreza de células nervosas, com marcada altera-

ção da arquitectura. Encontram-se células muito anormais não só pelo seu tamanho e configuração, como pela sua disposição desordenada, e ainda certos tipos celulares em camadas onde tais elementos normalmente não existem (figs. 10 e 11). Na substância branca numerosas células nervosas esparsas a várias alturas. Com ampliações mais fortes verifica-se que muitas das células

nervosas existentes apresentam sinais evidentes de degenerescência crónica. A-par destas alterações, que podem encontrar-se em variadíssimos casos de mal-formações congénitas, encontramos os elementos característicos da E. T.



Fig. 11. — Alteração da cito-arquitectura. Outro aspecto. Método de Nissl

Consideremos primeiro a substância cinzenta. Nesta encontramos as grandes *células características*, células monstruosas, atingindo, por vezes, dimensões que chegam a exceder as das grandes células de BETZ do córtex motor, e de configuração muito variada e atípica. Todavia, excepção feita de algumas células que difícil se

torna classificar, encontram-se sempre elementos que permitem incluí-las ou entre as células nevróglícas ou entre as células nervosas. As primeiras, as mais numerosas, são por via de regra redondas ou ovais, umas isentas de prolongamentos, outras com prolongamentos protoplásmicos mais ou menos abundantes e de complicada disposição. Nenhum destes elementos mostra, nas preparações pelo método de Nissl, esbôço sequer de granulações protoplásmicas, tendo, pelo contrário, um protoplasma homogéneo, pálido, e nas impregnações pela prata de BIELSCHOWSKY

não se encontra, nem mesmo em esbôço, nada que nos faça pensar na presença de neurofibrilas. Estas células têm, além disso,



Fig. 12. — Célula monstruosa, multinucleada, de tipo glial.  
Método de CAJAL, do ouro-sublímado

uma marcada afinidade para o ouro-sublímado de CAJAL. Mono ou multinucleadas, os seus núcleos atingem, por vezes, dimensões enormes, apresentando em numerosos elementos d'êste tipo uma



Fig. 13. — Outra célula de tipo glial. Método do ouro-sublímado de CAJAL

disposição da cromatina como nas células gliais normais, e encontrando-se tôda a gama de transições, desde estas últimas células

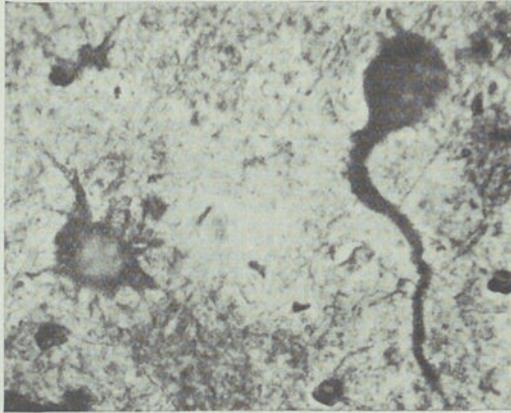


Fig. 14. — Duas células gliais muito atípicas.  
Ouro-sublimado de CAJAL

até os elementos mais atípicos. Estas células mostram, por vezes, vacúolos no protoplasma e alguns dêsses vacúolos encerram substâncias lipóides (figs. 12, 13, 14, 15, 16 e 17).

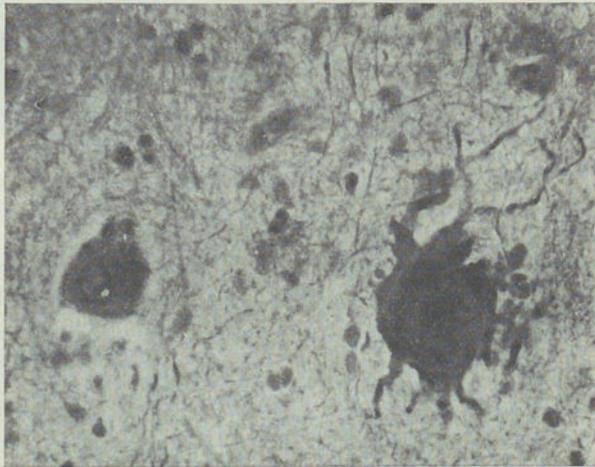


Fig. 15. — Tipo de célula muito correntemente observado na E. T.  
(lembrando vagamente uma santola). Impregnação pelo  
ouro-sublimado



# EUPHORYL

DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

**Dermatoses Pruridos Anafilaxias Intoxicações**

**Asma**

3 hostias por dia  
Casos agudos: Injeções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS



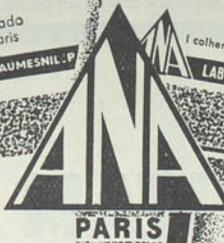
# Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"  
(Granulado solúvel)

**Perturbações digestivas**  
**Dermatoses - Pruridos**  
**Anafilaxias**  
**Insuficiência hepática**

POSOLOGIA: 1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS




# Hirudinase

DRAGÉAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS

DOSE MÉDIA: 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA

**Insuficiências venosas**  
**Infeções**  
**Vasculo-sanguíneas**  
**Flebites**  
**Amenorreias**

Criada e experimentada nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



# Euphoryl DRAGÉAS

**DERMATOSES PRURIDOS ANAFILAXIAS INTOXICAÇÕES**

2 DRAGÉAS = 1 HOSTIA  
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA



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

## Laboratórios da Farmácia Serrano

### GADIDOLEO

Emulsão dos princípios ativos vitamínicos dos fígados de bacalhau com extracto de malte e hipofosfitos de cal e soda. Muito agradável ao paladar

### CINOBENZIL

Solução oleosa da cânfora, cinameína e colestérina

### PULMOTIOL

Tiocol, dionina, benzonato de sódio, balsamo de Tolu, polygala, lactucario e felandrio, em xarope

### MYOGENOL

GRANULADO

Glicerofosfato de cálcio, ácido nucleínico, arrenal e vitaminas do óleo de fígado de bacalhau

Rua 20 de Abril, 128 - LISBOA

A natureza glial destas células é ainda corroborada pelo facto de se encontrarem elementos absolutamente idênticos a outros que se observam em certas doenças, nas quais a sua classificação não oferece dúvida alguma, como, por exemplo, em certos gliomas de células gigantes, na pseudo-esclerose, na doença de WILSON (figs. 18, 19 e 20) e, ainda, na doença de RECKLINGHAUSEN.

O segundo tipo de grandes células, geralmente em muito menor número do que as que acabamos de descrever resumidamente, tem caracteres morfológicos que permitem integrá-las no grupo das células nervosas (fig. 21). Nas preparações pelo método de NISSL mostram-se umas vezes com forma piramidal mais ou menos perfeita, outras vezes poligonais, com a configuração que apresentam as células motoras dos cornos anteriores da medula, e ainda com aspecto fusiforme, extremamente alongadas (fig. 22). Contêm granulações de NISSL, que quasi sempre se adensam bastante, dando a tôda a célula uma côr muito mais carregada do que a das células

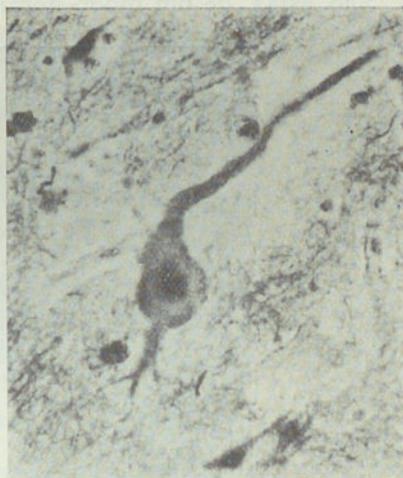


Fig. 16. — Outra célula característica do tipo glial. Impregnação pelo ouro-sublimado

nervosas normais, e mostram uma fibrilação mais ou menos perfeita quando se estudam pelos métodos de impregnação argêntea. O seu núcleo tem também os caracteres de um núcleo de célula nervosa, com um nucléolo quasi sempre bem nítido.

A-par dêstes elementos celulares suficientemente diferenciados para permitir a sua classificação, quer como células nervosas, quer como células nevróglia atípicas, outros há em que a classificação se torna de-veras difficil (figs. 23 e 24).

Estas grandes células atípicas encontram-se isoladas ou em pequenos grupos e despertam freqüentemente uma intensa reacção da nevróglia normal da vizinhança, que, além de proliferada, encerra inclusões lipóides.

Na substância branca encontram-se numerosos ninhos de gran-

des células, quasi exclusivamente do primeiro tipo, isto é, gliais, e, por via de regra, isentas de prolongamentos (figs. 25 e 26). Em tôrno dá-se uma proliferação da nevrógliã normal muito mais intensa do que na substância cinzenta. Já mesmo à vista desarmada é possível marcar nas peças a fresco a presença destes ninhos celulares da substância branca pela existência de pequenas manchas de côr acastanhada esparsas em plena substância branca.

São estas, de um modo geral, as alterações histológicas cor-

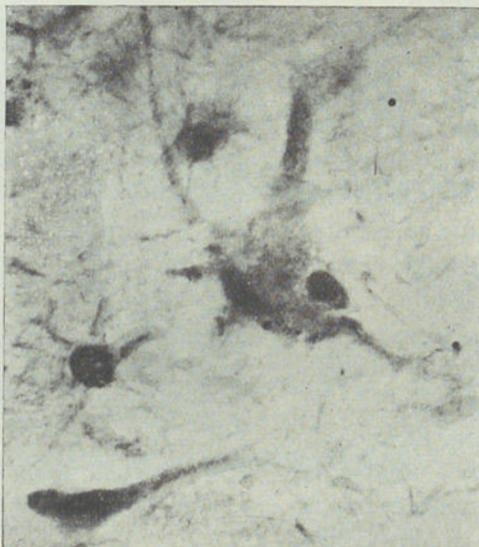


Fig. 17. — À esquerda, um astrocito; ao centro, uma grande célula glial característica. Impregnação pelo ouro-sublimado

ticais que o caso oferecia e que permitem estabelecer o diagnóstico de E. T.

Resta, ainda, referir a estrutura dos tumores ventriculares, tanto do grande tumor, como de um dos pequenos nódulos a que anteriormente nos referimos.

A estrutura é fundamentalmente a mesma nas duas formações. São tumores muito ricos em elementos celulares, com uma disposição quasi sempre irregular. Apenas de onde em onde as células se dispõem em pseudo-rosetas (fig. 27). Nos intervalos entre as células, abundante estroma fibrilar.

Muitas das células são idênticas aos grandes elementos de tipo glial que descrevemos no córtex, mas um grande número mostra caracteres morfológicos que permitem classificá-las entre as células nervosas, encontrando nós elementos que documentam várias fases do desenvolvimento ontogénico da célula nervosa, desde o neuroblasto até à célula nervosa adulta. Para não alongar demasiado este trabalho apresentamos apenas algumas microfotografias pela prata de BIELSCHOWSKY, que melhor documentam as nossas afirmações (figs. 28 e 29). Em algumas regiões do

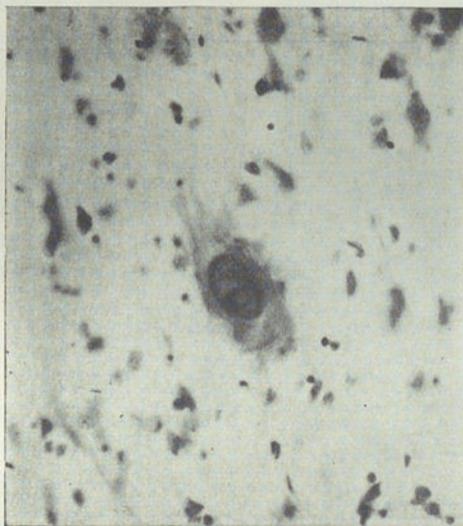


Fig. 18. — Célula glial. Método de NISSL.

tumor ventricular encontram-se numerosos elementos de grande núcleo ovóide, com granulações cromáticas fortemente argentófilas dispostas, por vezes, em retículo e um protoplasma piriforme, também fortemente argentófilo, com um extenso prolongamento. Outros elementos esboçam já uma forma nitidamente piramidal, sem diferenciação fibrilar ainda nítida, mas com uma marcada afinidade para a prata e, finalmente, alguns elementos mostram a estrutura típica de uma célula nervosa adulta, com fibrilação nítida (fig. 30).

Entre estes vários elementos há tôdas as gradações de transição.

Estamos, pois, em presença de células da série neurónica em

varios estados do seu desenvolvimento, desde o neuroblasto monopolar até à célula nervosa adulta.

As preparações pelo método de NISSL confirmam inteiramente esta maneira de ver, mostrando no tumor alguns elementos com granulações protoplásmicas mais ou menos perfeitamente desenvolvidas.

Queremos, ainda, referir que no tumor se vê uma rica trama fibrilar que, em parte, é constituída por neurofibrilas.

É êste um facto que nos parece merecer referência especial



Fig. 19. — Duas células gliais monstruosas.  
Método de NISSL

porque não nos lembra caso algum na bibliografia que nos foi possível consultar — e não foi pequena — em que êle se tenha observado.

Outro facto queremos ainda sublinhar: a ausência de concreções calcáreas, que não encontrámos em nenhuma das muitas preparações que estudámos. Êste tumor, fora do que é habitual, não mostra sinais de ter entrado numa fase de repouso com tendências regressivas, mas, muito pelo contrário, revela sinais de uma activa proliferação, como o atestam algumas figuras de divisão celular e, de certo modo, a neo-formação de vasos com focos hemorrágicos em via de organização. Havia uma marcada tendência

expansiva, parecendo infiltrar o tecido nervoso do núcleo caudado, sobre o qual assentava, sem, todavia, se manifestarem grandes tendências destrutivas. O crescimento do tumor fazia-se, sobretudo, na direcção da cavidade ventricular. Revestimento epidimário só em parte o observámos.

Um outro pequeno tumor do ventrículo que estudámos histologicamente apresenta sensivelmente as mesmas características que o último que acabamos de descrever. Nêle se encontram, também, células nervosas. Não encerra, exactamente como o anterior, concreções calcáreas.

Antes de apontarmos os ensinamentos a tirar não só dêste caso como dos outros que conseguimos reunir, vamos, muito resumidamente, fazer a história clínica dêsses outros casos.

Num dêles (caso 2), trata-se de uma mulher de 25 anos de idade. Tem variadíssimas lesões cutâneas típicas: adenoma de PRINGLE, adenoma de BARLOW e fibromas moles do tipo

*pendulum* (figs. 1, 4 e 5). A-propósito destas duas últimas formações queremos chamar muito especialmente a atenção para o facto de, quer o adenoma do tipo BARLOW, quer os fibromas *pendula*, terem exactamente as mesmas localizações em quasi todos os casos em que nesta doença têm sido encontrados. Os fibromas *pendula* distribuem-se em volta da nuca, como um colar; o adenoma de BARLOW localiza-se, por via de regra, na região lombar, junto à coluna vertebral. Devemos ainda mencionar a existência de formações idênticas às do adenoma de PRINGLE tanto na mucosa da bôca, como na língua.

A doente não revelava, quer ao exame neurológico, quer ao exame psíquico, quaisquer sinais mórbidos e referia apenas nos antecedentes três crises epilêpticas na infância. A coexistência das lesões cutâneas referidas e de epilepsia, basta, certamente, para poder afirmar com segurança a existência de lesões cerebrais da E. T.

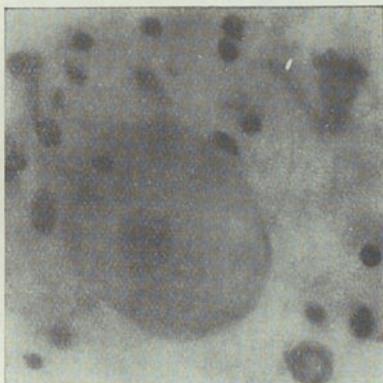


Fig. 20. — Outro tipo de célula glial. Notar a diferença de tamanhos em relação aos núcleos gliais circunvizinhos. Método de NISSL.

Uma outra doente, (caso 3), apresenta, também, um típico adenoma de PRINGLE. Trata-se de uma rapariga de 12 anos de idade (fig. 2), epiléptica, com crises desde a primeira infância, crises quasi sempre de pequeno mal. Sofre, além disso, de equivalentes epilépticos: cefaleias e ausências. Não tinha *deficit* mental, sendo,

pelo contrário, até uma aluna com bom aproveitamento, aprendendo com facilidade música e as disciplinas do liceu. Tem, todavia, certas bizarrrias de carácter, como, por exemplo, a tendência para isolar-se e para não brincar com crianças da sua idade.

Finalmente, o último, (caso 4), diz respeito a um doente de 37 anos de idade, internado no Manicómio Bombarda há uns vinte anos. Sofre de epilepsia grave e acentuadas perturbações mentais. Tem, além do adenoma sebáceo de PRINGLE típico, múltiplas e variadas alterações cutâneas, como pequenos fibromas em volta do pescoço e pequenos adenomas, do tipo BARLOW, no dorso, numerosas manchas pigmentadas no tronco, exactamente como aquelas que se observam na



Fig. 21. — Célula nervosa de enormes dimensões. Camada das pequenas células piramidais. Comparar as dimensões da célula com as de duas outras de tamanho normal na parte inferior da figura. Método de NISSL

doença de RECKLINGHAUSEN (figs. 3 e 6), múltiplos quistos sebáceos e numerosos vergões na pele do tronco, como os vergões da gravidez, por perda das fibras elásticas.

Vejamos agora os comentários que podem sugerir os casos que acabamos de referir e os ensinamentos que êles encerram.

Foi-nos possível reunir em quatro casos exemplos de várias formas de esclerose tuberosa, desde o caso típico, clássico, o último que apontámos, até o mais raro de todos, o primeiro, de que fizemos o estudo histológico. No primeiro caso a doente,

tendo apenas raras crises epilépticas, sem nunca ter apresentado perturbações mentais acentuadas, começou depois dos 20 anos de idade a sofrer de hipertensão craniana de marcha rápida. Fizemos, em resumo, a descrição das características clínicas e particularidades histológicas.

Casos como estes apenas três conseguimos apurar na literatura médica e creio serem os únicos descritos. Um de KAUFMANN, outro de SCHUSTER e outro de BERLINER. Os dois primeiros revelam uma flagrante coincidência na localização dos tumores ventriculares. Em ambos, como no nosso caso, o tumor assentava sôbre a cabeça do núcleo caudado e desenvolvia-se quási totalmente para dentro do ventrículo.

Vejamos agora, finalmente, o problema da etiologia e da patogenia.

A etiologia da E. T. é ainda hoje *terra ignota*. Dado o carácter degenerativo da doença, tem-se procurado indagar principalmente da existência de factores endógenos e as taras hereditárias têm sido freqüentemente apontadas, ainda que não de uma maneira constante. A-propósito dos quatro casos que apresentamos devemos dizer que, pelo que respeita ao primeiro e ao segundo, se não averiguou a existência de taras, a-pesar-de minuciosa investigação nesse sentido. O terceiro caso descende de um ciclotímico, que por crises depressivas teve já em tempos de ser isolado, e finalmente sôbre o último não nos foi possível colhêr dados precisos sôbre hereditariedade e história familiar. Como sempre que não se conhece uma etiologia precisa, tem-se apontado como factores etiológicos: o alcoolismo dos antecedentes, a sífilis, as privações e choques morais durante a gravidez e até os traumatismos. Exactamente a multiplicidade dos factores apontados revela a nossa ignorância.

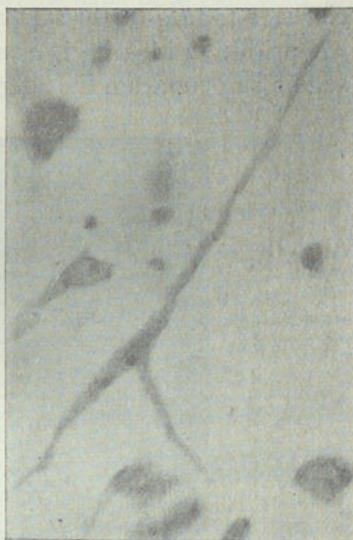


Fig. 22. — Célula nervosa fusiforme extremamente alongada. Substância cinzenta cortical. Método de NISSL

Se o problema da etiologia se tem até hoje mostrado de impossível solução, o da patogenia, ainda que mais esclarecido, não deixa de oferecer numerosas dificuldades. Para encarar sob o seu verdadeiro aspecto êsse problema há que considerar a afecção no seu conjunto, englobando não só as alterações do sistema nervoso, como as da pele e as de todos os outros órgãos que frequentemente são atingidos e procurar uma explicação que possa esclarecer todo o quadro da doença.

A primitiva idea de BOURNEVILLE e dos primeiros autores que a seguir se ocuparam da doença e pretenderam atribuí-la a uma

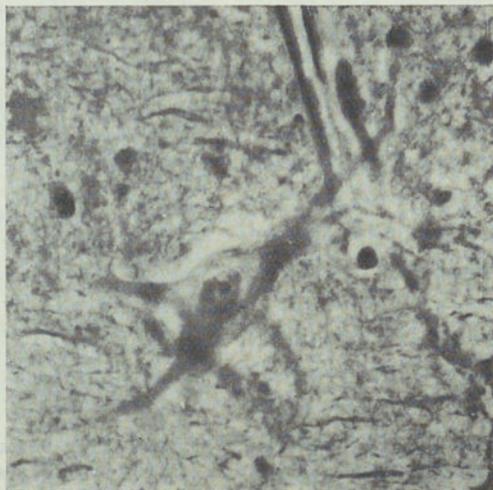


Fig. 23. — Grande célula de difícil classificação. Certos caracteres fazem pensar que se trate de uma célula nervosa. Método de BIELSCHOWSKY

causa inflamatória e vascular não tem hoje mais do que o interesse de uma curiosidade histórica. Nada há realmente que possa justificar tal maneira de ver.

Duas outras correntes têm sido defendidas e estas de-facto com abundantes argumentos a documentá-las. Pretendem uns, a maioria, que se trata exclusivamente de um desvio no desenvolvimento ontogénico, de perturbações teratológicas. Estas perturbações estabelecer-se-iam, segundo uns, logo nos primeiros tempos da vida embrionária, nos elementos celulares ainda não diferenciados, isto é, pelo que respeita ao sistema nervoso, antes da

# 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 — TRYPANOSOMIASAS — 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 injeccões.

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>a</sup>, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

# CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

**COMPOSIÇÃO:** Cada empòla de CINNOZYL  
contem a solução seguinte esterilizada:

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

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

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

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

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

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup> Pharmas. de 1<sup>re</sup> or. Fornecedores dos Hospitais.  
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

1477

## BACTEROTERAPIA LÁCTICA

# LACTOBACIL GRANULADO ÚNITAS

Cultura sêca e seleccionada de bacilos búlgaros  
*SABOR MUITO AGRADÁVEL*

**Laboratório ÚNITAS, L.<sup>DA</sup>**

Direcção Técnica de Barreto de Faria  
LISBOA



# Agua Radium

CARIA (BEIRA BAIXA) — PORTUGAL

A mais rádio-activa de Portugal

(Relatório do Prof. Charles Lepière)

A única no mundo que, pelos Sais de Rádio em Dissolução que contém  
conserva perpétuamente todo o seu valor

(XIV.º Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia  
e Geologias Médicas, Toulouse — França 1933)

De efeito seguro na artério-esclorose, dissolvendo a cal das artérias, assim como nos edemas, nas doenças de coração e rins. **Regulador da pressão arterial evitando o perigo das apoplexias.** Aconselhada com êxito no artritismo e em outros defeitos de nutrição. **Nos diabetes elimina o açúcar das urinas mesmo sem regimen.** Revigorador do sistema glandular, desenvolvendo o seu funcionamento, tonificando poderosamente todo o organismo debilitado. Um remédio eficaz contra o reumatismo e a gôta



..... Á VENDA EM TODA A PARTE .....

Depósitos: LISBOA, R. dos Fanqueiros, 99 - Telef. 2 7878 — PORTO, R. Fernandes Tomaz, 111 - Telef. 7000

sua transformação em neuroblastos e em espongioblastos, para terminarem nos últimos meses da vida fetal ou, quando muito, nos primeiros tempos da vida extra-uterina. Para outros a perturbação viria mais tardiamente, no quinto ou sexto mês fetal, vindo todavia também a terminar nos primeiros tempos que se seguem ao parto.

Para um outro grupo de investigadores a E. T. deve incluir-se entre os blastomas, isto é, as alterações que a caracterizam seriam de natureza puramente tumoral.

Não é possível negar a existência de um desvio embrionário, como o demonstram numerosos factos. Basta referir as constantes verificações nos casos histologicamente estudados: deficiência na diferenciação das células nervosas e na sua disposição e agrupamento, freqüentes heterotopias, encontrando-se numerosas células nervosas que se fixaram em plena substância branca a meio da sua migração para a substância cinzenta, facto êste que um dos nossos casos mais uma vez confirma.

Mas além destas particularidades há ainda que não esquecer a freqüente coexistência de autênticas malformações de vários órgãos, como agenesia do corpo caloso, das olivas, de um pedúnculo cerebral, espina bífida, não pigmentação da íris, anomalias várias da face, persistência do buraco de BOTAL, etc.

Ainda as formações cutâneas, que são em grande parte de incluir — como é o caso, por exemplo, do adenoma de PRINGLE — no sistema das lesões névicas, são hoje consideradas pela maioria dos autores como a conseqüência de uma perturbação embrionária. O mesmo critério se segue ainda na classificação dos

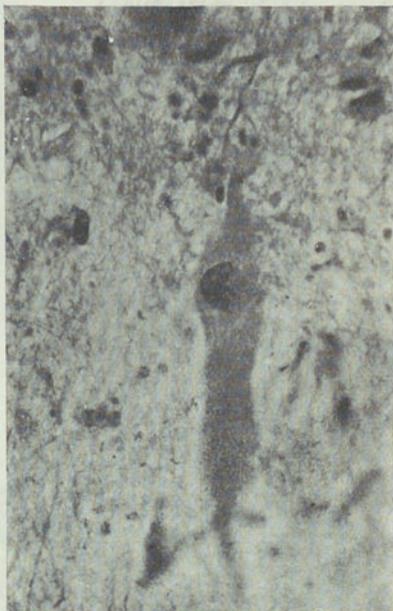


Fig. 24. — Grande célula atípica. Método de BIELSCHOWSKY

rabdomiomas cardíacos e até mesmo para os tumores mixtos do rim.

Qualquer dos dois critérios rigidamente considerados oferece dificuldades para a explicação de todos os factos verificados na E. T.

Já em 1908 H. VOGT, defendendo a teoria teratológica pura, refere que certas particularidades fazem lembrar processos tumorais. A-propósito do problema do crescimento dos focos, pensa

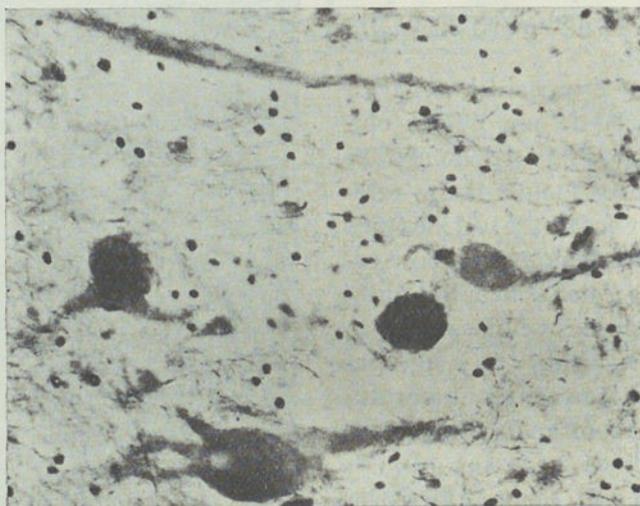


FIG. 25. — Alguns exemplares de células características da E. T. em plena substância branca. Em cima uma célula nervosa fusiforme; os pequenos pontos negros são núcleos da glia.  
Método de BIELSCHOWSKY

que este se extingue no final da vida intra-uterina. Apenas para os tumores dos ventrículos abre uma excepção, concedendo que são susceptíveis de crescimento nos primeiros tempos da vida extra-uterina.

BIELSCHOWSKY pôde ocupar-se recentemente do problema, documentado em mais de uma dezena de casos, e pensa que na questão da patogenia há que aceitar a existência de malformações, mas não é possível negar uma tendência blastomatosa. Num dos seus trabalhos afirma mesmo que esta última é a predominante. Que na E. T. o factor predominante reside num desenvol-

vimento blastomatoso da glia. Não julga verosímil a formação de novos focos durante a vida extra-uterina, mas pensa que os exis-

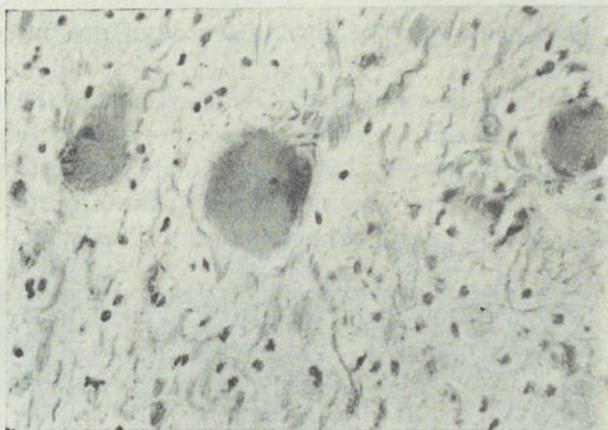


Fig. 26. — Alguns exemplares de células características da E. T. em plena substância branca. Método de BIELSCHOWSKY

tentes são susceptíveis de crescer e de se adensarem em qualquer período da vida.

Sem concordar inteiramente com vários pormenores da concepção patogénica de BIELSCHOWSKY, como, por exemplo, com a

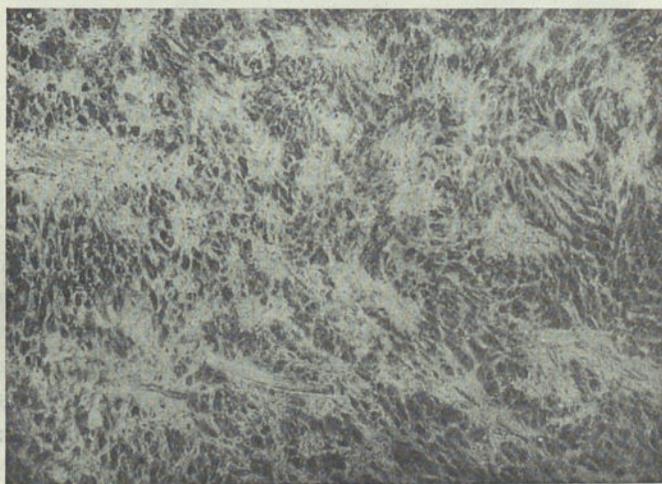


Fig. 27. — Tumor ventricular. Aspecto de conjunto. Método de NISSL

afirmação de que as alterações morfológicas das células nervosas e os desvios arquitectónicos são secundários e devidos à primitiva tendência blastomatosa da glia, não podemos deixar de afirmar que o ponto de vista geral dêsse autor nos parece o mais aceitável.

O problema é de-veras difícil e nós não temos de forma alguma a pretensão de o resolver. Desejamos apenas apontar os factos que observámos, encarando-os o mais libertos possível de preconceitos e expor a nossa maneira de os interpretar.

Que o processo se não extingue durante a vida fetal mostra-o

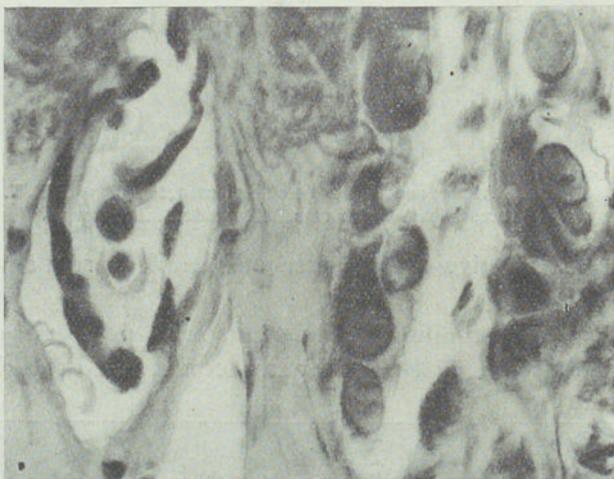


Fig. 28. — Tumor do ventrículo. Elementos celulares de tipo neuroblástico. Método de BIELSCHOWSKY

já, entre outros factos, a abundante proliferação glial e a desintegração tissular em marcha, nos focos de E. T., atestada especialmente pelas preparações para a gordura. Mas ainda e muito principalmente casos como o primeiro que estudámos corroboram bem esta maneira de ver. Sabemos que casos como êste constituem uma raridade, mas não deixa por isso de ser um facto ineludível a possibilidade do crescimento rápido dos tumores ventriculares da E. T. e exactamente são factos positivos desta ordem que marcam.

Os tumores ventriculares não são sempre, como alguns autores pretendem, apenas formações latentes, sem marcada tendência

a crescer. Podem, como um dos nossos casos o atesta, entrar, em dado período da vida, em fase de rápido crescimento, dando, quer clínica, quer histològicamente, sinais de intensa actividade.

O factor primordial residiria num desvio no plano genético, instalado logo nas primeiras fases da vida embrionária, mas não há que negar a existência de verdadeiros tumores e a interdependência dos dois processos.

A E. T. oferece assim o tipo mais perfeito daquelas doenças

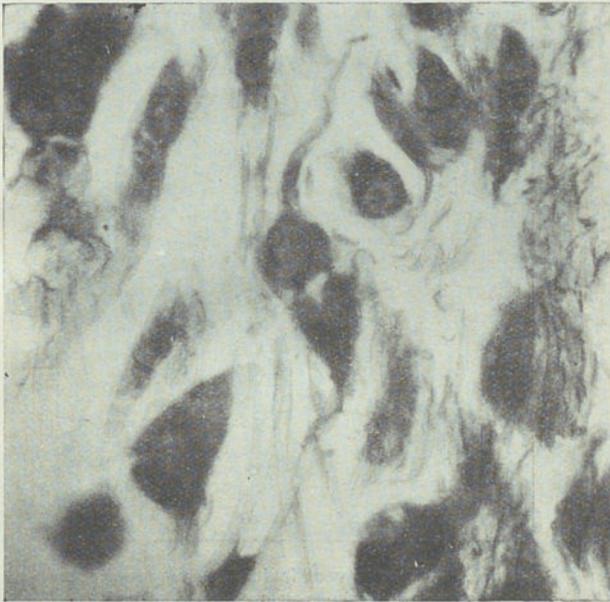


Fig. 29. — Tumor do ventrículo. Células de tipo neuroblástico.  
Método de BIELSCHOWSKY

em que malformações e neoformações andam intimamente ligadas e constitue um dos argumentos a justificar a velha teoria de COHNHEIM sôbre os tumores.

Casos como o que acabamos de expor não podem perder-se de vista ao estudar-se o problema dos gliomas e muito especialmente dos raros tumores dos centros nervosos em que se encontram células nervosas — os gangliogliomeuromas.

Antes de terminar queremos ainda sublinhar o contraste entre a ausência de perturbações mentais no primeiro caso e as pro-

fundas alterações histológicas do cérebro. E bem um exemplo flagrante, a atestar o cuidado e escrúpulo que é necessário, ao responsabilizar determinadas alterações do cérebro de serem a causa de certas doenças mentais. As alterações morfológicas neste caso que estudamos são incomparavelmente maiores do que as que têm sido apontadas, por exemplo, na demência pre-



Fig. 30. — Tumor do ventrículo. Célula nervosa com as características de uma célula adulta. Fibrilação do protoplasma e dos seus prolongamentos. Método de BIELSCHOWSKY

coce, e, todavia, a mentalidade da doente não estava, ou quasi não estava, comprometida.

Queremos ainda por último chamar a atenção para a importância que deve dar-se a um cuidadoso exame da pele, em todos os casos de epilepsia, e o valor que outras lesões cutâneas muito menos citadas a-propósito da E. T. (do que o adenoma de PRINGLE) podem ter para o diagnóstico da doença.

E julgamos ter assim resumidamente focado os pontos mais importantes que os casos apresentavam e mostrado o grande interesse que a E. T. oferece.



FIG. 31.—Tumor do ventrículo. Célula muito atípica.  
Método de NISSL

#### BIBLIOGRAFIA

- ABRICOSSOFF. — Ein Fall von multiplem Rhabdomyom des Herzens und gleichzeitiger herdförmiger Sklerose des Gehirns Zieglers Beiträge. Vol. XLV. Pág. 376.
- BABONNEIX, L. — À propos de l'épiloia. *Ach. de Méd. des Enf.* 1928. **31**, 133.
- BALZER, F. et MÉNÉTRIÉ, P. — Étude sur un cas d'adénomes sébaces de la face et du cuir chevelu. *Arch. de Physiol.* 1885. **6**, 564.
- BALZER, F. et GRANDHOMME. — Nouveau cas d'adénomes de la face. *Ibid.* 1886. **8**, 93.
- BERG, H. — Vererhung der tuberöse Sklerose durch Zwei bzw. drei Generationen. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1913. **19**, 528.
- Ueber die Klinische Diagnose der tuberöse Sklerose und ihre Beziehungen zur Neurofibromatosis. *Ibid.* **25**, 229.
- BERLINER. — Tuberöse Sklerose und Tumor. *Beitrag Path. Anat.* 1921. **69**.
- BIELSCHOWSKY, M. und FREUND. — Ueber Veränderungen des Striatums bei tuberöser Sklerose und deren Beziehungen zur den Befunden bei anderen Erkrankungen dieses Hirnteils. *Ibid.* 1918. **24**, 20.
- BIELSCHOWSKY, M. und GALLUS. — Ueber tuberöse Sklerose. *Journ. f. Psych. u. Neur.* 1913. **20**, 1.
- Ueber tuberöse Sklerose und ihre Beziehungen zur Recklinghausenscher Krankheit. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1914. **26**, 133.

- BIELSCHOWSKY, M. und GALLUS. — Zur Histopathologie und Pathogenese der tuberösen Sklerose. *Journ. of Psych. u. Neur.* 1924. **30**, 167.
- BIELSCHOWSKY, M. und ROSE, M. — Zur Kenntnis der Zentralen Veränderungen bei Recklinghausenscher Krankheit. *Ibid.* 1927. **35**, 42.
- BIELSCHOWSKY, Z. — Zur Klinik der Sklerosis Tuberosa. *Deut. Zeit. f. Nerv.* 1931. **120**, 304.
- BLOCK, E. BATES. — Epiloia, adenoma sebaceum with epilepsy. *Internat. Clinics.* 1931. **3**, 41, 218.
- BOLSI, D. — Contributi all'istologia patologica cerebrale della Sclerose tuberosa. *Riv. di Pat. Nerv. e Ment.* 1928. **33**, 656.
- BOURNEVILLE. — Scléreuse tubéreuse des circonvolutions cérébrales; idiotie et épilepsie hémiplegique. *Arch. de Neur.* 1880-81. **1**, 81.
- Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'histerie et l'idiotie. Paris, 1881. **4**, 3.
- Idiotie symptomatique de scléreuse tubéreuse ou hypertrophique. *Le Progr. Méd.* 1889. **3**, **10**, 241.
- Scléreuse cérébrale hypertrophique ou tubéreuse compliquée de méningite. *Le Progr. Méd.* 1896. 3<sup>me</sup> Série **3**, 129.
- Idiotie symptomatique de scléreuse tubéreuse ou hypertrophique. Recherches, etc. 1899. **19**, 183.
- Idiotie et épilepsie symptomatique de scléreuse tubéreuse ou hypertrophique. *Arch. de Neur.* 1900. **11**, 29.
- BOURNEVILLE et BONNAIRE. — Scléreuse tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions cérébrales. *Bull. Soc. Anat.* 1881. **1**, 545.
- Idiotie complète; vertiges et accès épileptiques; rougécle; broncho-pneumonie consécutive; scléreuse tubéreuse des circonvolutions cérébrales. *Le Progr. Méd.* 1881. **9**, 667.
- Scléreuse tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions. Idiotie complète. *Ibid.* 1881. **9**, 1007.
- BOURNEVILLE, D. M. et BRISSAUD. — Encéphalite ou scléreuse tubéreuse des circonvolutions cérébrales. *Arch. de Neur.* 1880-81. **1**, 397.
- BRUSHFIELD, T. and WYATT, W. — Epiloia. *Brit. Journ. Child Dis.* 1926. **23**, 178 e 254.
- BUSCH, N. — Morbus Pringle: Subunguale Fibromatose. Papillomatosis cutis et mucosæ. Molluscum pendulum. *Dermat., Zentralbl.* 1931. **62**, 8.
- CAMPBELL, A. W. — Cerebral Sclerosis. *Brain.* 1905. **28**, 367.
- CREUTZFELDT. — Zur Frage der tuberösen Sklerose. *Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 1932. **62**, 396.
- CRITCHLEY, MACDONALD and EARL, G. J. C. — Tuberos Sclerosis and Allied Conditions. *Brain.* 1932. **55**. 311.
- DOBSON, M. B. — A case of Epileptic Idiocy Associated with tuberous Sclerosis of the Brain. *Lancet.* 1906. N.º 2, 1583.
- DORÉ, S. E. — *Brit. Journ. Dermat.* 1906, N.º 18, 215.
- FERIZ, H. — Ein Beitrag zur Histopathologie der tuberösen Sklerose. *Virchow's Arch.* 1930. **278**, 690.
- FURBER, S. — Congenital Rhabdomyoma of the Heart. *Amer. Journ. Path.* 1931. **7**, 105.

# 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

”

# eregumil

## Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal  
Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidr carbonados 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**  
Deposítarios. GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

”

LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmodico 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

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

## *Veinosine*

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroïde* em proporções judiciosas, de *Hamamelis*, de *Castanha da India* 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

- GAMPER, E. — Zur Kenntnis der Zentralen Veränderungen bei Morbus Recklinghausen. *Journ. f. Psych. u. Neur.* 1928. **39**, 39.
- GLOBUS, J. H. — Article on Malformations of the Nerve Cell in Cytology and Cellular Pathology of the Nervous System. 1932. Vol. III, 1150.
- HARTDEGEN, A. — Ein Fall von multipler Verhärtung des Grosshirns nebst histologisch eigenartigen harten Geschwülsten der Seitenventrikel (Glioma gangliocellulare) bei einer Neugeborenen. *Arch. f. Psych.* 1881. **11**, 117.
- HINZ, A. — Ein Fall von Naevus Pringle und Neurofibromatosis (V. Recklinghausen). *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1911. **106**, 277.
- VAN DER HOEVE, J. — Augengeschwülste bei der tuberösen Hirnsklerose (Bourneville) und verwandten Krankheiten. *Arch. f. Ophthalm.* 1923. **111**, 1. — Eye Diseases in Tuberosc Sclerosis of the Brain and in Recklinghausen's Disease. *Trans. Ophthal. Soc. (Lond.)*. 1923. **43**, 534.
- HYMAN, A. — The Association of Hypernephroma with Tuberosc Brain Sclerosis and Adenoma Sebaceum. *Journ. of Urol.* 1922. **8**, 317.
- JAKOB, A. — Zur Pathologie der Epilepsie. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1914. **15**, 1.
- JAMIENSON, W. A. and HUIE, L. H. — Molluscum Fibrosum Pendulum and Adenoma Sebaceum. *Brit. Journ. Derm.* 1906. **18**, 379.
- JOSEPHY, H. — Zur Pathologie der tuberöse Sklerose. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1921. **67**, 232.
- KAUFMANN. — Lehrbuch der speziellen path. Anatomie. 1909. 5.<sup>a</sup> edição.
- KIRPICZNIK, J. — Ein Fall von tuberöser Sklerose und gleichzeitigen multiplen Nierengeschwülsten. *Virchow's Arch.* 1910. **202**, 358.
- KREYENBERG, E., DELBANCO, E. und HAACK, K. — Beiträge zur Klinik und Variationsbreite der tuberöse Sklerose unter besonderer Berücksichtigung des Adenoma sebaceum. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1930. **128**, 236.
- LEY, A. — Sur la sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales. *Journ. de Neur.* 1931. **31**, 689.
- LIND, W. A. T. — Epiloia. *Med. Journ. Austral.* 1924. **2**, 290.
- VON MEDUNA, L. — Tuberöse Sklerose und Gliom. *Zeit. f. d. g. Neur. u. Psych.* 1930. **129**, 679.
- MÜNCKEBERG. — Multiple Rhabdomyome des Herzens. *Münch. Med. Woch.* 1914. **61**, 2108.
- DE MONTET, CH. — Recherches sur la sclérose tubéreuse. *L'Enc.* 1908. **3**, 97.
- NITSCH, M. — Augenhintergrundsbe fund bei tuberöser Hirnsklerose. *Zeit. f. Angenheilk.* 1927. **62**, 73.
- ORZECZOWSKI, K. und NOWICKI, W. — Zur Pathogenese und pathologische Anatomie der multiplen Neurofibromatose und der Sclerosis tuberosa (Neurofibromatosis universalis). *Zeit. f. d. g. u. Psych.* 1912. **11**, 237.
- PELAGATTI. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1904. 983. Abs. *Brit. Journ. Derm.* 1905. **17**, 342.
- PELLIZZI. — Contributo allo studio del idiozia. *Riv. sperim. di Freniat.* 1901. **27**, 265.
- PERUSINI. — Ueber einen Fall von Sclerosis tuberosa hypertrophica (Istiotipia corticale disseminata von Pellizzi). *Monat. f. Psych. u. Neur.* 1905. **17**, 169, 255, 352.

- POLLAK, E. — Ueber tuberöse Hirnsklerose. *Obersteiner's Arb.* 1923. **24**, 93.
- PRINGLE, J. J. — A Case of Congenital Adenoma Sebaceum. *Brit. Journ. Derm.* 1920. **2**, 1.
- SAILER, J. — Hypertrophic Nodular Sclerosis. *Journ. Nerv. and Ment. Dis.* 1898. **25**, 402.
- SCARPATETTI. — Zwei Fälle, frühzeitiger Erkrankung des Zentralnervensystems (Multiple tuberöse Sklerose des Gehirns). *Arch. f. Psych.* 1898. **30**, 537.
- SCHUSTER, P. — Die Beziehungen der sog. tuberöse Sklerose des Gehirns zur Dermatologie. *Dermat. Wochenschr.* 1913. **57**. 1475.
- Beiträge zur Klinik der tuberösen Sklerose des Gehirns. *Deut. Zeit. f. Nerv.* 1914. **50**. 96.
- STEINBISS, W. — Zur Kenntnis der Rhabdomyome des Herzens und ihrer Beziehungen zur tuberösen Hirnsklerose. *Virchow's Archiv.* 1923. **243**, 33.
- VOGT, H. — Zur Pathologie und pathologischer Anatomie der verschiedenen Idiotieformen II, Tuberöse Sklerose. *Monat. f. Psych. u. Neur.* 1908. **24**, 106.
- WEBER, F. PARKER and PERDRAU, J. R. — Periosteal neurofibromatosis, with a Short Consideration of the Whole Subject of Neurofibromatosis. *Quart. Journ. Med.* 1930. **23**, 151.
- WOLBACH, S. B. — Congenital Rhabdomyoma of the Heart. *Journ. Med. Res.* 1907. **16**, 495.
- YAKOVLEY, P. I. and GUTHRIE, R. R. — Congenital Ectodermosis (Neurocutaneous Syndromes) in Epileptic Patients. *Arch. Neur. Psych.* 1931. **26**, 1145.

*Trabalho do Instituto de Neurologia da F. M. L.*

Director: Prof. EGAS MONIZ

---

## ALTERAÇÕES CEREBRAIS CONSECUTIVAS À VENTRICULOGRAFIA COM TOROTRASTE

POR

A. ALMEIDA DIAS

Há um certo tempo para cá é o torotraste frequentemente empregado como meio de diagnóstico e justo é dizer que tem prestado valiosos serviços não só na arteriografia, como para tornar visíveis aos raios X o fígado e o baço. Não são até hoje conhecidos incidentes que, pela sua gravidade ou freqüência, contra-indiquem o emprêgo do produto para tais fins (1). Dada a sua elevada opacidade aos raios de RÖNTGEN e a fácil miscibilidade com o líquido céfalo-raquidiano, tentou-se mais recentemente o seu emprêgo em injecções ventriculares, com o fim de tirar da ventriculografia indicações diagnósticas. Viria assim substituir o ar, o meio de contraste mais correntemente empregado, segundo a técnica de DANDY. A ventriculografia com torotraste foi proposta e tem sido principalmente defendida pelos americanos FREEMAN, SCHÖNFELD e MOORE, que já no Congresso Internacional de Neurologia de Londres, em Julho-Agosto de 1935, deram a conhecer os resultados obtidos em uns vinte e cinco casos reunidos no espaço de dois anos.

Uma tentativa feita em Lisboa, na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina, em Outubro de 1935, não foi de modo

---

(1) Já depois de concluído êste trabalho observámos vários acidentes graves consecutivos a arteriografias com torotraste. Durante vários anos, em algumas centenas de arteriografias, nada observámos de parecido, o que nos faz pensar que, actualmente, haja qualquer diferença nas propriedades dêsse preparado.

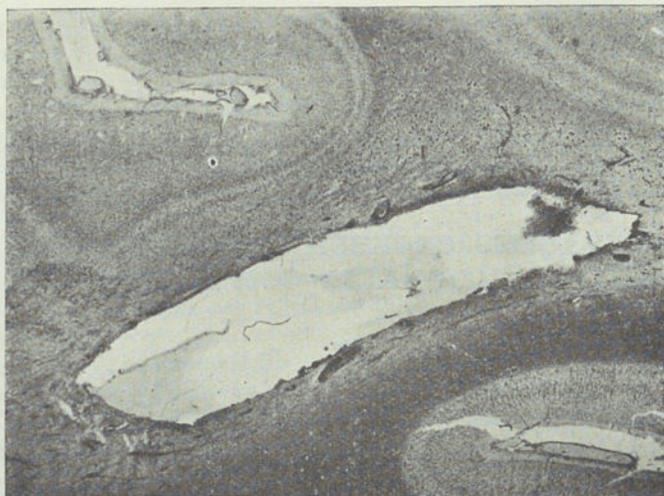


FIG. 1. — Ventrículo lateral, aspecto de conjunto. Intensa reacção inflamatória peri-ventricular. Floculação do bióxido de tório dentro da cavidade ventricular (a mancha escura no extremo superior do ventrículo). Método de NISSL

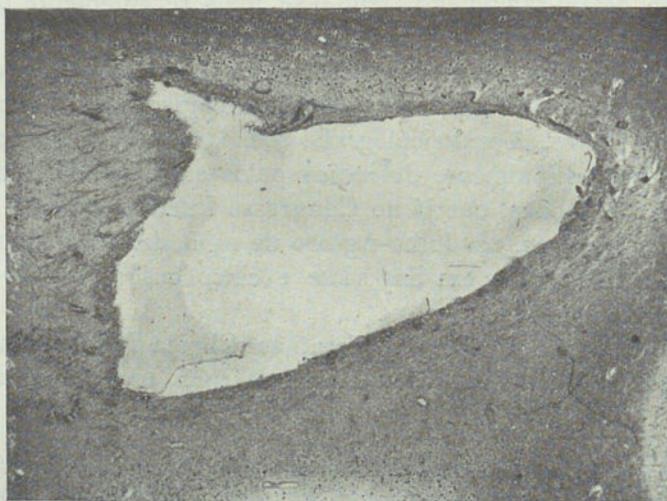


FIG. 2. — Ventrículo lateral. Reacção inflamatória peri-ventricular e extensa destruição do revestimento endimário, à esquerda da figura. Método de NISSL

algum encorajante para prosseguir adoptando o método. Imediatamente a seguir à ventriculografia o estado do doente agravou-se consideravelmente (rigidez da nuca, torpor acentuado, hipertermia e, a breve prazo, morte). Na autópsia verificou-se que existia notável hiperemia e edema de todo o cérebro. Dentro das cavidades ventriculares encontrava-se uma abundante massa com aspecto de leite talhado, de côr branco-amarelada, em parte aderente à substância nervosa peri-ventricular. Ependimite granulosa, parecendo haver destruição parcial, mas extensa, do revestimento endimário. Devo dizer que se tratava de um caso

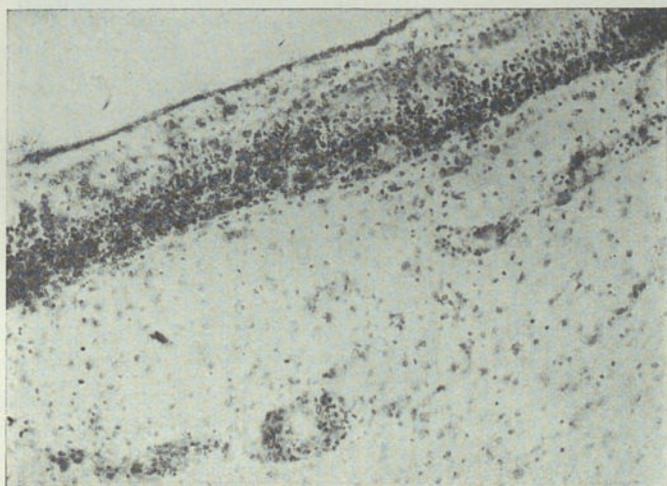


FIG. 3. — Proliferação glial difusa na região sub-ependimária. Células carregadas de torotraste. Método de Nissl.

de hipertensão craniana com síndrome adiposo-genital e certos sintomas que levavam a suspeitar de neoplasia da fossa posterior, com possível hidrocefalo ocluso. Além do já apontado, mostrou ainda a necrópsia que havia obstrução do Aqueduto de SYLVIVS por pequeno glioma que o circundava.

Ao exame histológico verificou-se a existência de intensa reacção inflamatória peri-vascular nos vasos da proximidade dos ventrículos laterais, reacção constituída principalmente por linfocitos, com proliferação das células da adventícia e proliferação glial difusa, muitíssimo intensa na região subependimária (figs. 1,

2, 3, 4 e 5). Numa grande parte dos elementos mesodérmicos e gliais viam-se, em tórno do núcleo, pequenas partículas esféricas, constituídas por torotraste, que, aliás, se encontra também esparso pelo tecido nervoso, fora dos elementos celulares. Era fácil reconhecer a sua presença pela especial refringência ao exame microscópico.

Queremos ainda apontar um pormenor que nos parece curioso. Os cortes do cérebro, fixados em álcool e corados depois pela tionina, segundo o método de NISSL, apresentavam um aspecto bastante estranho, aparecendo a substância branca intensamente

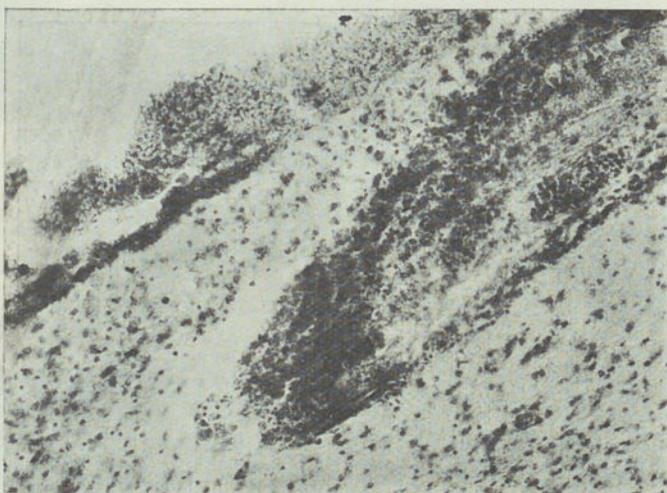


FIG. 4. — Intensa reacção peri-vascular. Células carregadas de torotraste. Destruição do revestimento endimário. Torotraste floculado e aderente ao tecido nervoso dentro da cavidade ventricular (ângulo superior esquerdo da figura). Método de NISSL.

corada em verde-escuro, quási negro, ao contrário do que habitualmente acontece em tal método, que apenas dá à substância branca um ligeiríssimo tom azul muito pálido, ou levemente violeta, pela coloração dos núcleos da nevrógia (fig. 6). O torotraste actuou, por assim dizer, como mordente, fixando o corante na substância branca e dando aos cortes um aspecto que fazia lembrar um pouco preparações tratadas pelos métodos da mielina. Esta particularidade não deve, talvez, atribuir-se a fenómenos passados *intra-vitam*, mas sim à acção daquele torotraste, que,

aderente à parede dos ventrículos, passou depois não só para o álcool de fixação, como para aquêle que se usa no ulterior trata-

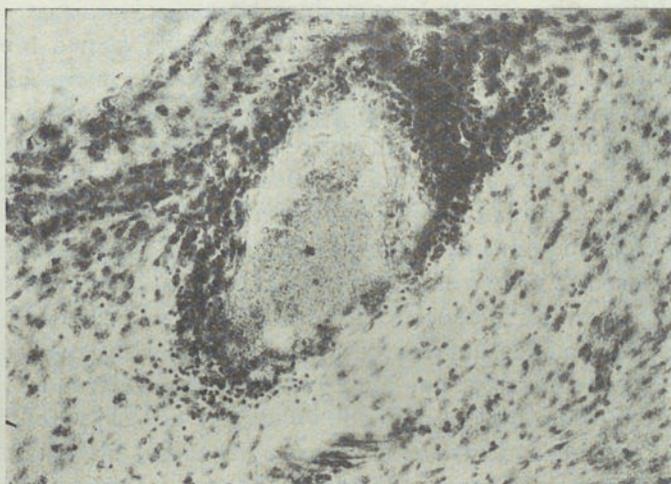


FIG. 5.— Outro vaso com intensa infiltração peri-vascular

mento dos cortes de celoidina e se foi fixar na espessura da substância branca.

FREEMAN, SCHÖNFELD e MOORE, os autores americanos já citados e os maiores defensores do método, afirmam que durante

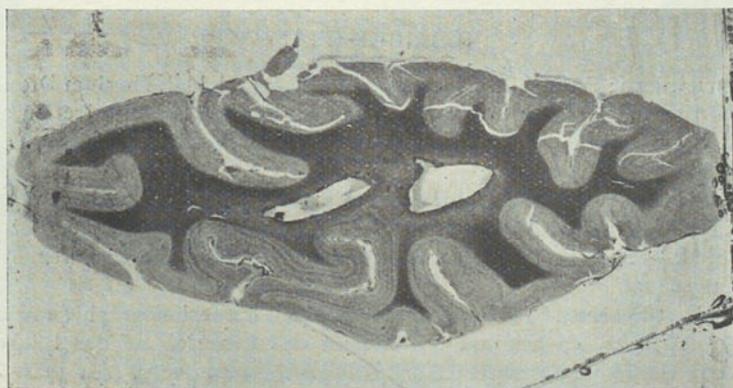


FIG. 6.— Corte corado pelo método de NISSL. Notar a coloração escura intensa da substância branca

dois anos, em vinte e cinco casos em que empregaram o torotraste em ventriculografias, apenas tiveram dois casos de morte, que aliás não atribuem ao torotraste, mas sim apenas à simples punção ventricular (morte uma a duas horas após a ventriculografia). Pretendem mesmo que a ventriculografia com o bióxido de tório coloidal é mais inofensiva do que aquela em que se emprega o ar. Segundo os citados autores, nos casos em que não haja obstrução do sistema ventricular o torotraste passa, em duas a quatro horas, para a circulação venosa e desaparece do cérebro. Quando, pelo contrário, haja impedimento à livre circulação do líquido céfalo-raquidiano, o bióxido de tório coloidal deposita-se nas paredes dos ventrículos, onde permanecerá indefinidamente. Aí deve permanecer bloqueado em tais casos, mas não indefinidamente, como aquêles autores afirmam, pretendendo assim significar, quere-nos parecer, que êle é perfeitamente tolerado.

Estamos muito pouco inclinados a aceitar que seja inofensiva a sua permanência dentro dos ventrículos, como aliás também não acontece nos espaços subaracnoídeos e, especialmente, na cisterna suboccipital. As preparações que reproduzimos demonstram que se deu uma floculação do bióxido do tório, possivelmente por dispersão da dextrina, que funciona de colóide protector, e que êsse bióxido de tório precipitado se comportou como uma substância altamente irritante para o parênquima nervoso que invade, acarretando a morte em poucos dias, certamente pelas extensas lesões das formações nervosas juxta-ventriculares.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, LEO; JUNG, T. S. et LYMAN, R. S. — Colloidal Thorium Dioxide (Its Use in Intracranial Diagnosis and Its Fate on Direct Injection into the Brain and the Ventricles). *Arch. Neurol. & Psychiat.* 1934. **32**, 1143-1158.
- ARCÈ, J. — Iodo-ventriculographie cérébrale: Endoscopie cérébrale et ventriculo-photographie. *Bull. et Mém. Soc. nat. de chir.* 1932. **58**, 786.
- BALADO, M. — Técnica de la ventriculografia con lipiodol. *Semana Méd.* 1930. **1**, 1479.
- BRUSKIN, J. et PROPPER, N. — Experimentelle Myelo-Encephalographie an Hunden und über den Einfluss von Jodipin und Lipiodol auf das Rückenmark, Gehirn und dessen Häute. *Ztschr. f. d. ges. exper. Med.* 1931. **75**, 34-35.
- CAPUA, A. — Sulla encefalomiografia con thorotrast. *Radiol. Med.* 1933. **20**, 1376-1383.

Nos estados de esgotamento,  
depressões e na convalescença

# Campolon

o preparado injectavel de  
fígado para a estimulação  
rapida dos órgãos hema-  
topoieticos e modificação  
persistente das condições  
metabolicas.

Terapeutica com que con-  
segue-se muitas vezes sal-  
var na anemia perniciosa  
a vida do doente.

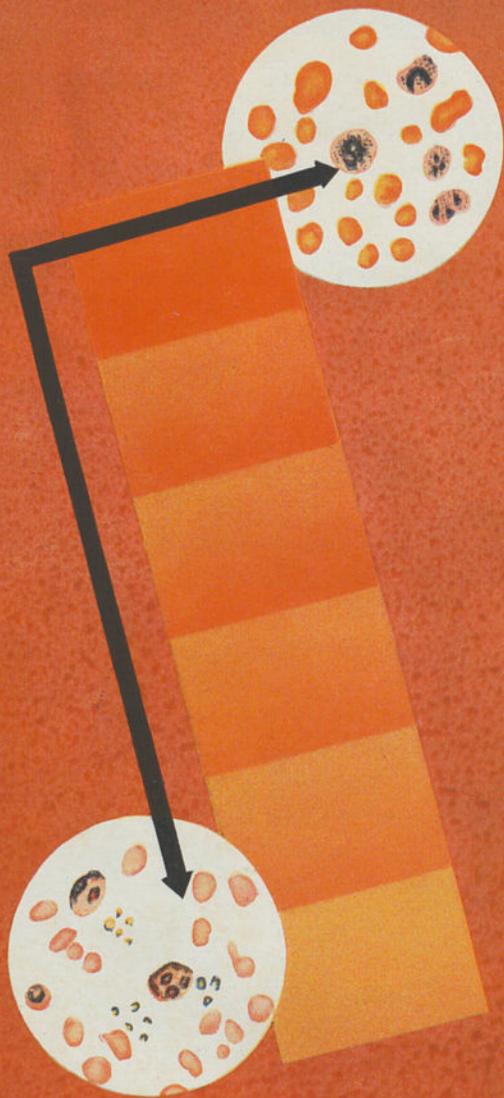
Embalagem original:

Caixa com 5 ampolas de 2 c.c.

Caixa com 3 ampolas de 5 c.c.



BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA.



# Bioferrina

Preparado fisiológico  
de hemoglobina, ferro  
e fígado.

De acção rápida e dura-  
doira sobre o quadro  
sanguíneo e o aumento  
do conteúdo em eritro-  
citos. Tónico eficaz na  
anemia, nos estados de  
esgotamento e fadiga  
física e intelectual.

Embalagem original:  
Frasco com 200 c.c.



BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA.

- CARRILHO, RAMÓN. — La radiografía del cuarto ventrículo. *Semana Méd.* 1931. **2**, 719.
- FREEMAN, WALTER; SCHOENEELD, HERBERT H. et MOORE, CLAUDE. — Ventriculography with colloidal Thorium dioxide. *The Journal of the Amer. Med. Association.* January, 11. 1936. **106**, 96.
- HAGUENAU et GALLY. — Exploration lipiodolée rachi-médullaire et craniocérébrale. *J. de radiol. et d'électrol.* 1929. **13**, 369.
- JACOBI, WALTER et LÜHR, WILHELM. — Eine neue Methode zur Relief-darstellung des Zentralnervensystems im Roentgenbild. *Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk.* 1933. **130**, 15.
- JACOBI, WALTER; LÜHR, WILHELM et WUSTMANN, OTTO. — Ueber die Darstellung des zentralen und peripheren Nervensystems im Röntgenbild. Leipzig. Johann Ambrosius Barth. 1934.
- MONIZ, EGAS. — Diagnostic des Tumeurs cérébrales et Épreuve de l'Encéphalographie artérielle. Masson & C<sup>ie</sup>. Paris. 1931.
- L'angiographie cérébrale: Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique. Masson & C<sup>ie</sup>. Paris. 1934.
- MOREA, R. — Técnica y resultados de la ventriculografía. *Semana Méd.* 1932. **4**, 281.
- NORDMANN, MARTIN. — Referat über die Spontanblutungen im menschlichen Gehirn. *Verhandlungen der Deutschen Patholog. Gesellschaft.* 1936. 29. Tagung. Pag. 11.
- RADOVICI, A; BAZGAN, I. et MELLER, O. — Liquidographie d'un foyer de ramolissement cérébral par le thorotrast sous-arachnoïdien. *Encéphale.* 1933. **28**, 726.
- RADOVICI, A. et MELLER, O. — Essai de liquidographie céphalo-rachidienne: Encéphalo-myélographie par le thorotrast sous-arachnoïdien. *Bull. Acad. de Méd.* Paris. 1932. **107**, 314.
- Encéphalo-myélographie liquidienne. *Presse Méd.* 1932. N.° 40, 1933.
- Encéphalo-myélographie par le thorotrast sous arachnoïdien et épidual: Recherches expérimentales. *Comp. rend. Soc. de Biol.* 1932. **109**, 1382-1384.
- La liquidographie chez l'homme (essai d'encéphalo-myélographie par le thorium colloidal). *Rev. Neurol.* 1933. N.° 1, 541.
- Ueber eine neue Methode der encephalographie. *Klin. Wochenschr.* 1933. N.° 12, 429.
- TSCHUGUNOFF, S. A. — Zur Frage über die Veränderungen der cerebrosinalen Flüssigkeit nach der Encephalographie. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.* 1929. **122**, 452.
- WUSTMANN, O. — Experimentelle Untersuchungen über die Reliefdarstellung (Umrissszeichnung) des Zentralnervensystems im Röntgenbild durch Thoriumkontrastmittel. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 1933. **238**, 529.

## Revista dos Jornais de Medicina

**Hemorragia intracraniana traumática com intervalo livre.** (*Traumatic intracranial internal hémorrhage*), por R. B. RANEY e H. G. CROCKETT. — *Bull. of the Los Angeles Neurol. Soc.* Vol. I. N.º 4. Dezembro de 1936. (Ref. da *Rev. Neurol.* Abril de 1937).

Numa série de mil e quinhentos casos de traumatismos cranianos os AA. encontraram trinta casos que apresentaram hemorragias intracranianas e nos quais foi necessário intervir cirurgicamente

Nestes casos o «intervalo livre» foi assinalado por um estado variável de melhora ou de agravamento do estado geral, antes que se manifestassem os sintomas de compressão motivados pela hemorragia. Uma recuperação completa da consciência não é freqüente. O alcoolismo e outras lesões cerebrais associadas complicam, evidentemente, nestes casos, o diagnóstico e aumentam os riscos operatórios.

Os AA. acentuam ter encontrado uma grande variabilidade nos sintomas de hemorragia, considerados por muitos como patognomônicos.

O sintoma afasia apresentou-se, nos casos estudados, sem valor, não só para o diagnóstico de hemorragia, mas também para a sua localização, antes de aparecerem os fenómenos de compressão. A dilatação pupilar parece ser um sintoma localizador mais seguro. Em todos os casos em que havia uma hemiparesia e, do mesmo lado, midríase, tratava-se de uma hemorragia anormalmente extensa e homolateral. A mortalidade operatória mostrou-se, em todos os casos, estreitamente relacionada com o estado do doente antes da intervenção.

ALMEIDA LIMA.

**Tratamento dos traumatismos cranianos.** (*Treatment of Injuries of the Head*), por W. DANDY. — *Pennsylvania Med. Jour.* N.º 39. Pág. 755. Julho de 1936. (Ref. do *Year Book of Neurology*, etc. Chicago. 1936).

Trata-se de um artigo onde novamente Dandy vem expor os seus pontos de vista, hoje já seguidos por muitos, sôbre o tratamento dos traumatismos cranianos.

Em seguida a um traumatismo da cabeça, o doente deve ser colocado o mais brevemente possível em repouso, e não deve ser sujeito nem a exames radiológicos nem a punções lombares, pois nem uma, nem outra coisa são necessárias para o diagnóstico. O diagnóstico da lesão sofrida faz-se por uma observação cuidada do doente. O aumento da pressão intracraniana é provo-

cado ou por hemorragia ou por edema. Não tem uma grande importância para o tratamento imediato saber qual desses elementos prepondera. Um certo aumento da tensão intracraniana é facilmente compensado pelos mecanismos fisiológicos de regulação da tensão intracraniana.

Muito melhores informações do que quaisquer métodos laboratoriais podem dar são as fornecidas pelos seguintes sinais: o vômito é sempre sinal de hipertensão intracraniana; se tem tendência a acentuar-se, é porque a tensão intracraniana aumentou; se tem tendência a tornar-se menos profundo, é porque se está dando uma compensação da hipertensão.

A irrequietação motora é sinal de deficiente compensação da hipertensão intracraniana. A morfina, que pode mascarar este sinal importante, não se deve empregar. As irregularidades na frequência e outras qualidades do pulso são sinais de alarme, e um aumento acentuado e progressivo da frequência é um sinal de perigo iminente. Frequências de pulso acima de 140, respiração irregular ou com tendência para Cheyne-Stokes e temperatura retal acima de 39°, indicam um estado muito grave e impõem um tratamento imediato.

O único tratamento é o cirúrgico. As soluções hipertônicas têm um efeito apenas transitório, provocando oscilações na tensão intracraniana, de resultados nocivos a maioria das vezes.

A punção lombar não possui utilidade alguma e tem sempre como efeito provocar uma subida da tensão intracraniana, após a hipotensão provocada pela extracção de líquido, em que a elevação secundária atinge um nível superior ao inicial.

A hemorragia extradural, com vômito, após um intervalo livre ou com epilepsia iniciada pela face e estendendo-se ao braço e à perna, deve ser tratada pela remoção do coágulo e laqueação da artéria meníngea média.

Em todos os outros casos a intervenção está indicada quando aparecem os sinais, já referidos, da quebra da compensação da tensão intracraniana ou muito pouco tempo depois.

Se existirem sinais de localização deve-se fazer um pequeno orifício de trépano na região parietal, do lado suspeito, e verificar a presença de hematomas ou acumulações de líquido, que, havendo, se evacua por essa pequena trepanação.

Se de um lado, mesmo o suspeito, não se encontrar nada, deve-se fazer o mesmo do lado oposto. Após estas explorações, se elas forem negativas ou a quantidade de sangue ou líquido evacuado insuficientes para aliviar a hipertensão, deve-se completar a intervenção com uma trepanação decompressiva subtemporal direita. Os hematomas e higromas de desenvolvimento tardio são facilmente diagnosticáveis pela ventriculografia.

O A. refere-se em seguida ao tratamento de algumas complicações tardias: meningites, pneumocéfalo, aneurismas carótido-cavernosos. No tratamento das primeiras nada indica de novo; quanto ao tratamento dos aneurismas carótido-cavernosos, já aqui fizemos referência a um extenso trabalho de Dandy sobre o assunto (*Lisboa Médica*, Maio de 1937). As nevroses post-traumáticas manifestam-se após traumatismos pouco graves. São sempre muito difíceis de tratar e deve-se ter sempre presente a possibilidade do seu

aparecimento, procurando evitá-las, para o que é importante fazer voltar o doente à sua actividade habitual, apresentar-lhe o traumatismo como um incidente de pouca gravidade e assegurar-lhe, nos casos em que isso fôr possível, a certeza de que não ficará com nenhum *deficit* psíquico ou de qualquer outra espécie.

ALMEIDA LIMA.

**Lesões intracranianas dos recém-nascidos por traumatismo durante o parto.** (*Intracranial Lesions of the New-Born before Delivery*), por HANS HEIDLER. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*. N.º 86. Pág. 176. 15 de Fevereiro de 1936 e pág. 209, 22 de Fevereiro de 1936. (Ref. do *Year Book of Neurology*, etc. Chicago, 1936).

Segundo o A., a asfixia é citada, freqüentemente, como causa de morte dos recém-nascidos em casos de partos demorados, mas as autópsias demonstram que a asfixia é secundária a traumas cranianos com lesões cerebrais.

De 1925 a 1927 nasceram, na clínica obstétrica da Universidade de Viena, sete mil, quatrocentas e sessenta e cinco crianças, das quais cento e sessenta e nove faleceram durante o parto. Setenta e seis morreram em resultado de traumatismos sofridos durante os últimos períodos do parto. Os principais achados de autópsia foram: hemorragias extradurais, intradurais, intraventriculares ou em plena substância cerebral. Outras conseqüências graves do traumatismo, foram: dilaceração da tenda do cerebello e roturas de vasos piais.

Uma observação anátomo-patológica cuidada revelou nalguns, em que não havia sinais evidentes de hemorragia, alterações necróticas do tecido nervoso.

O A. considera um erro grave a tendência para atribuir à asfixia a morte de muitos recém-nascidos, pois esta idea errada pode levar alguns parteiros a não avaliarem bem a intensidade e a gravidade das lesões que se podem provocar no parto.

O A. crê que se podem dar graves lesões do sistema nervoso nos partos prolongados e entende que se devem encurtar o mais possível as últimas fases.

ALMEIDA LIMA.

**Alguns casos de pelagra e polinevrite tratados com preparados gástricos,** por SUEND PETRI e OSCAR WAUSCHER. — *Acta Medica Scandinavica*. Vol. XCI. Fasc. IV-V. 1937.

Baseados em experiências anteriores sôbre a origem gástrica da pelagra, nas quais puderam simultaneamente demonstrar a presença de um «factor» antipelagroso nas paredes do estômago, os AA. experimentaram administrar a cinco doentes com pelagra, nevrite alcoólica, e aquília com sintomas nervosos, suco gástrico humano, e extractos de estômago de animais (porco). Os resultados terapêuticos foram extremamente favoráveis. Estas experiên-

cias fornecem alguns elementos importantes para o estudo do modo de acção e características do «factor» antipelagroso.

ALMEIDA LIMA.

**Perturbações cerebrais consecutivas à laqueação da artéria carótida primitiva.** (*Cerebral Disorders Following Ligation of the Common Carotid Artery*), por HEINZ GOLUB. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 83. Pág. 1827. Novembro de 1936.

Foi Perthes, em 1920, o primeiro a chamar a atenção para as perturbações cerebrais que se manifestavam após a laqueação da carótida primitiva. Estes sintomas de lesão cerebral podem manifestar-se imediatamente após a laqueação ou só após um intervalo livre de sintomas de doze a vinte e quatro horas. As perturbações mais benignas são: cefaleias, vertigens, miose, alterações da memória, surdez, irregularidades do ritmo respiratório, etc.

Tem sido assinalado, com certa frequência, o aparecimento de hemiplegias, e, nalguns casos, encefalomalacias extensas e, por vezes, casos de morte súbita.

As opiniões variam sobre a patogénese destes fenómenos.

Segundo Perthes, os sintomas nervosos seriam determinados por embolias partidas do trombo que se forma no local da laqueação. Outros mantêm que as lesões cerebrais são provocadas por uma irrigação colateral insuficiente.

Brunning resume os factores que favorecem o aparecimento de lesões cerebrais após a laqueação da carótida primitiva do modo seguinte:

1) Circulação colateral insuficiente, determinando isquemia e amolecimento. Nestes casos o prognóstico é sempre grave.

2) Trombose e embolia, com encefalomalacia consecutiva. As manifestações clínicas aparecem, em regra, após um intervalo livre de sintomas. O prognóstico é também muito reservado.

3) Estase venosa e edema. Nestes casos aparecem algum tempo após a laqueação sintomas cerebrais pouco intensos; por vezes desenvolve-se uma hemiplegia. O prognóstico é, em regra, bom e os sintomas atenuam-se gradualmente, desaparecendo ao fim de alguns dias ou semanas.

O A. relata quatro casos clínicos, três dos quais ilustram clinicamente as afirmações de Brunning. No quarto a laqueação da carótida primitiva não provocou fenómeno nervoso algum. Neste último caso tratava-se de um homem de 59 anos de idade, operado duas vezes de um extenso carcinoma da amígdala. Na segunda intervenção deu-se uma grande hemorragia, que tornou necessária a laqueação da carótida primitiva. Uma outra hemorragia, tempo depois, determinou a morte, sem que o doente tivesse apresentado nenhum sinal clínico de lesão cerebral, não tendo a autópsia revelado qualquer alteração encefálica.

O caso segundo refere-se a uma rapariga de 10 anos de idade, em que foi necessário laquear a carótida para dominar uma hemorragia provocada numa intervenção sobre um abcesso retro-faríngeo. Nove horas depois desenvolveu-se uma hemiparesia, atingindo a face do mesmo lado, que desapareceu gradualmente durante o mês seguinte. Numa outra rapariga de 8 anos de ida-

de, a laqueação da carótida provocou uma paresia facial, velo-palatina e do recorrente, que regressou completamente em três semanas.

Num outro caso trata-se de um homem de 46 anos de idade, em que foi feita a laqueação da carótida primitiva direita, para dominar uma hemorragia que se deu vinte e seis dias após uma laringotomia. Poucas horas após a laqueação instalou-se uma hemiplegia esquerda muito acentuada. O doente apresentava também ptose da pálpebra, à direita, desvio conjugado dos olhos para a direita e hemianestesia esquerda, tendo este último sintoma aparecido só no dia seguinte. O doente faleceu nove dias após a laqueação. A autópsia mostrou haver uma trombose da artéria abaixo do ponto da laqueação e uma extensa encefalomalacia do hemisfério cerebral direito.

Têm sido descritos vários métodos que têm como fim evitar estas complicações. Perthes sugere a vantagem de laqueação parcial com uma tira de fascia-lata, que só se torna completa passados alguns dias. Franz julga que conservando o doente, durante oito dias após a laqueação, numa posição de Fowler invertida, se facilita o estabelecimento da circulação colateral.

Walker, baseado em várias observações antropométricas, diz que os meso e braquicéfalos têm um polígono de Willis menos alongado e com artérias comunicantes mais desenvolvidas do que os dolicocefalos, sendo portanto a laqueação da carótida primitiva mais grave nestes últimos.

ALMEIDA LIMA.

**Cinco casos de anquilose do joelho tratados por artroplastia.** (*Cinq cas d'ankylose du genou traités par arthroplastie*), por MOCQUOT, BOPPE e COURVOISIER (Paris). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômo 24. N.º 2. Março-Abril de 1937. Págs. 105-118.

Estas cinco artroplastias do joelho foram feitas em quatro adultos e numa criança. Em um único a anquilose era óssea, em todos os outros era fibrosa. A origem gonocócica era certa num destes últimos e nos outros era secundária, conseqüências duma artrite pneumocócica, duma artrite purulenta de natureza indeterminada, cuja natureza gonocócica não pôde provar-se, duma artrite tímica e duma artrite aguda traumática.

A técnica foi sempre a de Putti, com interposição dum retalho livre de fascia lata. Os AA. verificaram que um dos tempos capitais da intervenção era o alongamento do tendão do quadrícipete.

O prazo de tempo guardado entre a cessação dos fenómenos inflamatórios e a execução da artroplastia foi de oito meses, num caso, de um ano, em outros dois, dum ano e meio, noutro e de três anos, ainda, noutro. Este último foi o único em que se respeitou o prazo clássico, o que não mostrou influência no resultado funcional.

A importância dos cuidados post-operatórios, na parte que diz respeito à vontade e à energia do operado, é bem notória.

O melhor resultado obtido foi na anquilose fibrosa de origem infecciosa, com extensão normal e flexão que ultrapassa largamente o ângulo recto: pode

ser considerado perfeito. Dois outros operados atingem quasi o ângulo recto, com um resultado funcional excelente.

Aparte a artroplastia feita numa criança, a artrite gonococcica deu menos resultado, que ainda era satisfatório, podendo caminhar com uma extensão de movimentos de 55°, entre 170° e 115°. A criança a que nos referimos deu um insucesso, talvez devido à dificuldade em conduzir o tratamento post-operatório, onde faltava o factor principal: a colaboração do operado. Por isso os AA. acham a artroplastia contra-indicada nas crianças.

Estes operados foram seguidos durante um período suficientemente extenso para que os resultados possam ser considerados como definitivos: as intervenções datam de nove, cinco e quatro anos. Entre os factores que condicionam a qualidade do resultado, devem pôr-se em relêvo as lesões da artrite crónica desenvolvida na neartrose. Traduzem-se, clinicamente, pela crepitação, que todos os operados dos AA. apresentavam, e, radiològicamente, por irregularidades das superficies articulares, apparecidas secundariamente e sobretudo nítidas na parte posterior dos cõndilos femurais.

MENESES.

**Cavilhamento intramedular das fracturas diafisárias; estudo dos resultados de dezasseis casos.** (*Enchevillement intramédullaire des fractures diaphysaires; étude des résultats de 16 cas*), por H. LAFFITTE (Niort). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tõmo 24. N.º 2. Março-Abril de 1935. Págs. 132-150.

O estudo dos dezasseis casos de cavilhamento intradiafisário simples ou composto, mostra-nos que êste método permite uma reconstrução excelente da diafise, com a condição de que sejam observadas certas regras. O único insucesso na série de casos do A. foi, todavia, parcial, pois que diz respeito a um único osso do antebraço, e põe em destaque uma das regras capitais desta técnica: *a necessidade de juxtapor exactamente os dois fragmentos diafisários e de os manter bem adaptados*. Uma outra falta, igualmente observada sob o ponto de vista da resistência dos fragmentos e algumas angulações ligeiras, *são devidas a uma immobilização imperfeita*. O enxêrto ósseo corrige e mantém corrigidos, sem dificuldade, o desvio dos topos, o encurtamento e a rotação, mas não é de modo algum sufficiente para, só por si, impedir qualquer traço de angulação. *O aparelho de contenção é necessário*. Lembremos o mínimo tempo da sua aplicação: três meses e meio para o fêmur, dois meses e meio para a perna, dois meses para o úmero, um mês e meio para os antebraços.

O A. não aconselha a técnica do cavilhamento como modo de tratamento de tõdas as fracturas diafisárias. Deve ser resevada para certos casos, todavia raros:

— As *pseudartroses* beneficiam dêle no mais alto grau. Recomenda-se até o emprêgo do anel osteoperiòstico complementar.

— Os *calos viciosos*, os *atrasos de consolidação*, podem ser tratados com uma técnica que permite tõdas as esperanças.

São sobretudo as *fracturas dos dois ossos do antebraço e certas fracturas*

da côxa que constituem, além disso, as indicações mais freqüentes, quando se apresentam com um certo grau de irreducibilidade, persistindo, a-pesar-de tôdas as tentativas sinceras; e nestes casos temos a impressão de que a técnica do cavilhamento é superior às outras.

*As fracturas do braço e da perna, mal reduzidos, são igualmente indicações precisas, mas menos imperativas do que as precedentes.* A clavícula pode beneficiar do cavilhamento, quando está fracturada na sua parte média e quando não há esquirola; *estes casos, porém, devem ser raros.*

Emfim, se a fractura é exposta, é preciso esperar a evolução aséptica. *Adiar-se-á para mais tarde o tratamento sangrento, que permitirá a correcção ortopédica perfeita.*

MENESES.

Sobre a «apofisite do calcâneo dos adolescentes». (*Sulla cosidetta «apofisite calcaneare degli adolescenti»*), por S. L. CARNEVALI (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LI. Fasc. IV. Págs. 737-761.

A-propósito duma estatística de doze casos, o A. passa em revista as noções, todavia bastante obscuras, que actualmente possuímos, se bem que o seu síndrome clínico e os caracteres anátomo-patológicos e radiológicos sejam definidos. Sabe-se, com efeito, que se apresenta de preferência no momento da puberdade, entre os 8 e os 14 anos de idade, e no momento da ossificação do núcleo apofisário; à parte algumas observações excepcionais, não se observa depois dos 15 anos na mulher, onde a soldagem ao corpo do calcâneo se faz mais precocemente que no homem; daí se tiraram conclusões sobre o papel etiológico do traumatismo e, tão logicamente como êsse, ao da perturbação endócrina. A teoria infecciosa só teve o seu cabimento num caso de Baj, que pôde obter uma cultura de estafilococo doirado. Os exames histológicos revelam lesões de necrose. O aspecto clínico, classicamente característico, de fragmentação do núcleo apofisário, de alargamento da cartilagem conjugal e de rarefacção da parte posterior do corpo do calcâneo, não deve ter valor, porque existem em calcâneos clinicamente sãos. O diagnóstico deve ser feito pela radiografia, com as localizações tuberculosas, sífilíticas ou osteomielíticas do calcâneo e pela evolução habitual da apofisite para uma cura espontânea, simplesmente facilitada pelo repouso simples, em algumas semanas; em poucos casos, somente, a persistência dos fenómenos levou à imobilização em aparelho gessado, fixando o pé em equinismo e o joelho em flexão para relaxar ao máximo o tricipete sural.

MENESES.

Artrite múltipla em individuos suspeitos de tuberculose; dificuldades de diagnóstico e de tratamento. (*Multiple arthritis in presumably tuberculous subjects: difficulties in diagnosis and treatment*), por D. COLLINS e CH. CAMERON. — *The British Journal of Surgery*. Vol. 24. N.º 94. Págs. 272-291.

Os factos que podem levar a uma confusão no diagnóstico são os seguintes:

- 1) A localização monoarticular de qualquer caso de artrite múltipla não específica.
- 2) A coexistência no doente de uma tuberculose visceral, que pode mais ou menos influenciar o curso duma poliartrite não tuberculosa.
- 3) A presença possível duma articulação tuberculosa isolada numa artrite múltipla não tuberculosa.
- 4) A presença ocasional de uma verdadeira artrite tuberculosa em duas ou três articulações.
- 5) O caso raro duma artrite não específica da cabeça do fêmur em doentes de meia idade e a tendência para diagnosticar um tal caso como de tuberculose.
- 6) Modificação do curso duma artrite não específica devida a uma imobilização precoce.
- 7) A possibilidade de existência duma forma tuberculosa atípica duma artrite tuberculosa reumática.

Os AA. aconselham a que se use em todos estes casos um tratamento de expectativa, que consiste em higiene geral e repouso na cama, sem imobilização, até que apareçam ou não os sintomas da localização de natureza tuberculosa.

#### MENESES.

A patologia das glândulas suprarrenais e as suas relações com o caso da morte súbita. (*Pathology of the adrenal gland in relation to sudden death*), por KEITH SIMPSON. — *The Lancet*. N.º 5,928. Pág. 937.

São relativamente numerosas as comunicações que têm sido feitas para mostrar a interferência na gênese de muitos casos de morte súbita.

Determinadas imagens anátomo-patológicas que se observam nas autópsias desses casos e que alguns autores pretendem apontar como sinais de *deficit* suprarrenal agudo (tais como a dilatação do coração, o estado congestivo dos pulmões e do pâncreas, etc.), não têm significado patognomônico, havendo casos em que nem as próprias glândulas suprarrenais apresentam lesões apreciáveis, e somente o estudo bioquímico e as perturbações funcionais nos revelam a claudicação suprarrenal aguda.

Nos casos em que de-facto se confirma objectivamente a agressão orgânica das suprarrenais, podemos agrupar em três tipos as lesões que se observam:

- 1) A necrose hemorrágica que se dá com frequência no período natal, desde as primeiras horas até alguns dias após o nascimento, como mostrou Levinson, no seu recente trabalho publicado no *American Journal of Surgery*. Atribue-se este acidente às manobras intempestivas que por vezes se executam no parto ou inclusivê à intervenção do *forceps*. Esta explicação é diferente da que apontou Krause, que relacionou o facto com o fenómeno de intensa congestão venosa, seguida de hemorragia, que se dá ao nível das cápsulas suprarrenais pela tracção que sofre o hilo da glândula com imediata redução do calibre das veias suprarrenais.

Em idade avançada pode também dar-se a necrose hemorrágica das glândulas suprarrenais, em regra pelo mecanismo da trombose venosa, resultante

dum estado septicémico (sobretudo por estreptococos), meningite, pneumonia ou difteria. Em regra as hemorragias são bilaterais, adquirindo as glândulas um volume muito considerável.

2) A tuberculose caseosa aguda, forma relativamente rara, visto que as lesões das suprarrenais, na maioria dos casos, têm uma marcha insidiosa. Geralmente são processos secundários a lesões primitivas do pulmão ou da cavidade abdominal, sendo provável que a agressão tuberculosa das suprarrenais se dê por embolia feita através da corrente sanguínea. O A. transcreve o caso, muito curioso, dum desportista, que, após exercício físico violento, foi vítima de morte súbita, resultante de crivação bacilosa bilateral das suprarrenais, encontrando-se na autópsia umas discretas lesões pulmonares que nunca tinham tido manifestações clínicas, em contraste com as formações caseosas das suprarrenais.

3) A morte súbita pode também resultar da formação de metástases de tumores malignos ao nível das suprarrenais, acidente relativamente mais freqüente que o *deficit* suprarrenal agudo por tumor primitivo da própria suprarrenal, que em regra se mantém unilateral. Qualquer víscera atingida por um carcinoma pode dar metástases nas suprarrenais, mas essa complicação é relativamente rara. Além disso, a anatomia vascular ao nível da suprarrenal permite que as metástases prefiram a região medular, visto que a embolia se faz através das arteríolas e capilares da cortical, vasos que penetram quasi verticalmente no seio da medula, atravessando o córtex e seguindo um trajecto relativamente fácil, visto nessa zona o calibre dos vasos ser considerável.

É pelo crescimento da metástase que secundariamente é atingida a cortical, e nesse momento surgem os sintomas provenientes do *deficit* do córtex (como a astenia, vômitos, etc.) e em regra a morte está próxima.

O A. recorda o facto dos sintomas do quadro clínico do *deficit* suprarrenal agudo apresentarem grande paralelismo com os sinais que experimentalmente se observam após a extirpação das cápsulas suprarrenais no animal.

A evolução do quadro é, nalguns casos, anunciada por sintomas de apatia progressiva do doente, astenia, vômitos, convulsões, etc., como pode acontecer em certos doentes vítimas de necrose hemorrágica, para num determinado momento sobrevir rapidamente a morte. O caso de tuberculose caseosa que o A. descreve no seu trabalho, foi fulminante, visto que nada fazia suspeitar tal acidente, tanto mais que se tratava dum individuo robusto, capaz de dedicar-se a desportos violentos.

As modificações humorais que se verificam no *deficit* suprarrenal são muito objectivas e estão intimamente relacionadas com a perturbação funcional do fígado e do rim.

Observa-se um notável aumento do colesterol, ao mesmo tempo que o metabolismo dos hidratos de carbono sofre uma profunda alteração no sentido do esgotamento das reservas de glicogénio no músculo e fígado, as quais difficilmente se refazem após o esforço físico, e concomitante abaixamento da taxa de açúcar sanguíneo, havendo uma tendência para hipoglicemia, responsável pelos accidentes convulsivos que com tanta freqüência se observam.

A função renal é de modo idêntico atingida, possivelmente por disfunção

glomerular e dos tubos, traduzindo-se essa alteração pelo aumento de ureia no sangue e dos outros produtos azotados não proteicos, ao mesmo tempo que o débito urinário baixa consideravelmente, com imediata diminuição do volume total da massa sanguínea, dando-se a desidratação dos tecidos.

As taxas de potássio e magnésio no sangue aumentam, respectivamente, cerca de 42 % e 23 %, ao contrário da cloremia e da natremia, que sofrem uma considerável baixa, visto que as perdas de Cl e Na por parte do organismo são tão intensas que dificilmente se podem compensar pelo «ingesta». Deve ser esta profunda perturbação metabólica uma das principais causas da morte súbita, podendo nós com segurança afirmar que pelo menos o estado de toxemia e os sinais musculares devem resultar desta alteração da imagem humoral.

O A. transcreve alguns casos, meticolosamente estudados sob o ponto de vista bioquímico, que confirmam em absoluto as considerações anteriores, afirmando que não é exagerada a hipótese que atribue às cápsulas suprarrenais um papel de destaque no metabolismo do cloreto de sódio, cuja alteração é flagrante no *deficit* suprarrenal, facto que tem em seu favor os benefícios que se observam nessa situação com terapêutica salina intensiva.

BARREIROS SANTOS.

O diagnóstico da doença de Addison. (*The diagnosis of Addison's disease*), por E. KLINE. — *The Journal of the American Medical Association*. Vol. CVIII. N.º 19. 1937.

Ainda que haja casos de doença de Addison em que o diagnóstico clínico é relativamente fácil, outros há em que o quadro clínico não é suficientemente objectivo para se assegurar a diagnose, e então vemos na necessidade de recorrer a vários meios acessórios, para se obter a confirmação dessa suspeita clínica.

Sendo conhecida a gravidade do prognóstico dessa situação mórbida, impõe-se, como é fácil de prever, a necessidade de fixar o diagnóstico, nalguns casos relativamente difícil.

O A., com os seus colaboradores, tentou fornecer alguns elementos de investigação para ser possível estabelecer o diagnóstico precoce, recorrendo ao estudo das alterações humorais consecutivas a dieta hiposalina, prova já conhecida pela denominação de *test* salino de Harrop.

O A. submeteu alguns casos, considerados duvidosos, a uma dieta com restrição de sal, verificando nos doentes de Addison um notável agravamento do quadro clínico, sobretudo entre o terceiro e o quinto dia da prova, ao mesmo tempo que se dava um acréscimo na taxa do potássio sanguíneo e do azoto não proteico, com diminuição do volume de massa sanguínea.

Neste trabalho é resumida uma das provas a que foi submetido um doente com a suspeita de doença de Addison, e em que a ingestão diária de cloreto baixou de 12 gr. para 1 gr., como os vômitos, a astenia, perturbações circulatórias, etc., manifestações que cederam em breve com a injeção intra-

venosa de soro fisiológico, sem ter havido necessidade de recorrer à administração de extracto da suprarrenal.

BARREIROS SANTOS.

Sobre a condução retrógrada do estímulo automático auriculo-ventricular para a aurícula no bloqueio auriculo-ventricular completo. (*Ueber die Rückleitung automatischer AV-Reize zum Vorhof bei komplettem AV-Block*), por E. SCHRAMM e C. KORTH. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 22. 1937.

Os AA. referem-se a um fenómeno já observado e descrito, a primeira vez por Cohn e Fraser, em 1914, e, depois, por vários autores, como Danielopolu e Danulesco, Veil e Codina-Altés, Barker, Mc Millon e outros.

Relatam um caso de observação própria, num indivíduo de 52 anos de idade, a observação do qual foi conduzida durante várias semanas, e dão nota detalhada e minuciosa da história clínica do doente, apresentando os accidentes observados no curso da estadia na clínica e o resultado da observação.

Mostram electrocardiogramas colhidos neste caso, e da sua análise concluem a existência de transtornos da condução, no sentido da existência de marcha retrógrada do estímulo a partir do ventrículo para as aurículas.

Discutem as várias teorias e hipóteses apresentadas para explicação do fenómeno pelos vários autores que se têm preocupado com esta questão e terminam resumindo as suas conclusões e enunciando a necessidade de serem revistas e discutidas as teorias explicativas do fenómeno em estudo.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre o sintoma de Hill na insuficiência aórtica. (*Ueber das Hillsche Symptom bei der Aorteninsuffizienz*), por GEORG LEINER e MAX WACHSTEIN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 23. 1937.

Os AA. estudam o fenómeno descrito por Hill e colaboradores, em 1909, e que consiste na diferença de tensões arteriais, tomadas, respectivamente, nas artérias umeral e femural.

Para a verificação do facto, os AA. fizeram sistematicamente medidas de tensão arterial pelos métodos incruentos usuais e por um método cruento, introduzindo no seio do vaso uma cânula venosa perpendicularmente à direcção da corrente sanguínea, e inscreveram ópticamente os valores obtidos nos diferentes momentos. Praticaram estas medições em indivíduos sãos — isto é, sem insuficiência aórtica — e compararam os resultados com os que obtiveram de quatro indivíduos sofrendo da referida lesão valvular. Concluem que, praticamente, a diferença tensional nas artérias umeral e femural não tem valor, quando foi feita a medição cruenta mergulhando a cânula directamente na corrente circulatória, e, para explicarem as diferenças encontradas na medição indirecta, servem-se, por um lado, da interpretação de R. Singer, segundo a qual o fenómeno seria devido à espessura dos tecidos circulantes do vaso arterial — explicação apoiada em factos de ordem experimental in-

# Nestogéno

## LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FORMULA)

«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.

### ANALISE:

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

### INDICAÇÕES:

O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepisia e atrepisia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vômitos, 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—“Emprego 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

LISBOA

AVANCA

PORTO

# Eledon - NESTLÉ

## LEITE MEIO GORDO EM PÓ ACIDIFICADO

### ANÁLISE:

Matéria gorda . . . . .	8,0 °/o	Amido . . . . .	10,0 °/o
Matérias proteicas . . .	18,0 °/o	Cinzas . . . . .	4,0 °/o
Lactose . . . . .	24,6 °/o	Acido cítrico . . . . .	2,4 °/o
Maltose-Dextrina . . .	30,0 °/o	Agua . . . . .	3,0 °/o

**100 grs. de Eledon fornecem 414 calorias**

### INDICAÇÕES

O ELEDON tem todas as indicações do babeurre.

**LACTANTES E CRIANÇAS DA 2.<sup>a</sup> INFANCIA:** Diarreias, disenterias. Intolerância do leite e distrofia. Lesões cutâneas, principalmente eczemas rebeldes e o ermo. Píloro-espasmo. Alimentação mixta das crianças, especialmente das prematuras.

**CRIANÇAS DA 3.<sup>a</sup> INFANCIA E ADULTOS:** Gastrites, diarreias vulgares ou disentéricas, convalescença de febre tifóide, perturbações do fígado, curas de emagrecimento, prisão de ventre.

### VANTAGENS

Preparação imediata de um leite meio gordo acidificado, pronto para consumo, sem fervura, por simples dissolução em água tépida.—Composição regular.—Valor calórico igual ao do leite inteiro e quantidade de matéria gorda suficiente para garantir uma alimentação normal.—Completa garantia bacteriológica.—Perfeita conservação durante muitos meses (conservar a lata em sítio fresco e sêco).

### 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 de 1932.

## O ELEDON É UM PRODUTO PORTUGUEZ

FABRICADO PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

CONCESSIONÁRIA EXCLUSIVA DA NESTLÉ

LISBOA

AVANCA

PORTO

vestigados por êste último autor — e, por outro lado, admitem como factor importante a variação da velocidade da corrente circulatória, o que está inteiramente de acôrdo com as observações de Toussig e Glasermann, que encontraram, respectivamente, em casos de tireotoxicose e anemia grave, a existência freqüente do fenômeno de Hill.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a questão de uma reacção serológica do treponema pálido na sífilis. (*Zur Frage einer serologischen Pallidareaktion bei Syphilis*), por A. L. KAPPUS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 22. 1937.

O A. estuda as tentativas efectuadas no sentido da obtenção de uma reacção serológica especifica do agente da sífilis, não só feitas pelo próprio como também as realizadas por outros autores, e discute a conveniência da sua existência. Refere-se às tentativas infrutíferas de cultivar com facilidade o treponema pálido, citando os resultados dos trabalhos de Cl. C. Kast e J. A. Kolmer e J. A. Gammel e E. E. Ecker, autores que são unânimes em declarar a impossibilidade de realizar culturas ou, pelo menos, de as obter sem se alterarem as propriedades biológicas do treponema, o que, segundo o A., é essencial para se poder pensar em fazer uma reacção biológica de antigénio em face de anticorpo, como convém para substituir a reacção de Wassermann, cujo valor, como é sabido, não corresponde em absoluto ao desejo dos biologistas.

OLIVEIRA MACHADO.

Timo e sistema linfático. (*Thymus und lymphatisches System*), por FR. KLEIN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 23. 1937.

O A. aborda a questão das relações entre o timo e o sistema linfático, citando, em primeiro lugar, uma série de conclusões a que chegaram vários autores, como Berblinger, Nitschke, Schulze e outros, e das quais ressalta a íntima relação entre o timo e os órgãos linfóides.

O A. administrou, subcutaneamente, urina de grávida em cobaios de ambos os sexos, durante cinco a seis semanas, passadas as quais fêz a autópsia de todos os animais, observando especialmente os gânglios linfáticos, o timo, o baço e a tiroideia e comparando os resultados com os encontrados nos animais tomados para testemunhas. Como índice especial, procurou, sistematicamente, a relação entre o pêso do animal em gramas e o do baço, expresso em miligramas.

Em seguida refere-se aos trabalhos de Perla, sôbre a dependência do lobo anterior da hipófise, e às alterações por êste autor encontradas na estrutura do baço, comparando-as com as próprias conclusões.

Em resumo, o A. encontrou, pela administração da urina de grávida, alterações no baço, que consistiam em redução dos corpúsculos de Malpighi e hiperplasia da polpa vermelha, juntamente com aumento do pêso esplênico, e notou que estas alterações foram mais nítidas nos animais do sexo feminino. Os gânglios aumentaram de pêso, tendo ficado invariável a estrutura

microscópica, e a parte linfática do timo também mostrou claras transformações. Por último encara a possibilidade da influência do prolán sôbre a estrutura do baço.

OLIVEIRA MACHADO.

**Vitamina C e defesa da infecção.** (*C-Vitamin und Infektabwehr*), por S. THADDEA. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 24. 1937.

O A. verifica a acção da vitamina C nas doenças infecciosas e administra-a juntamente com extractos do córtex da suprarrenal, partindo do conhecimento de que esta glândula de secreção interna influe no decurso das infecções e, por outro lado, é, por vezes, lesada no decorrer das mesmas doenças. Fêz experiências em animais e estudou vários órgãos, no sentido de investigar as variações do conteúdo em vitamina C, nas variadas circunstâncias respeitantes às infecções.

Como método de determinação da vitamina refere-se ao processo de Martini e Bonsignore (pelo azul de metilene) e faz breves considerações acêrca destas determinações. Estudou o comportamento dos animais cobaias, em face de certas infecções (difteria, tuberculose, pneumococcias) e notou que a resistência dos animais tratados simultaneamente com extractos de córtex da suprarrenal e grandes doses de ácido ascórbico era maior do que a apresentada por cobaias tomadas para testemunhas da experiência.

Por último, analisou as variações da eliminação de vitamina C pela urina e as da quantidade de ácido ascórbico existente no líquido céfalo-raquidiano e conclue que há estreitas relações entre estas variações e as sucessivas fases das doenças infecciosas.

OLIVEIRA MACHADO.

**Malária e reticulocitos.** (*Malaria und Reticulocyten*), por BASILIOS MALAMOS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 25. 1937.

O A. estuda a questão, pouco conhecida, de saber se os reticulocitos que aparecem no decurso da infecção com plasmódios são ou não parasitados por estes.

Cita, em primeiro lugar, os vários autores que se têm preocupado com assuntos que se podem prender com o problema em jôgo e os trabalhos que, em especial, tais AA. produziram. Faz notar que foram Davidson e Crie que, em 1928, demonstraram o extraordinário aumento do número de reticulocitos no decurso do paludismo e, muito particularmente, no momento em que mais se acentua a regeneração sanguínea consecutiva à anemia produzida pela destruição das hematias parasitadas. Refere-se à observação de Jakobsthal, em 1936, que verificou que 90 a 98% dos parasitas de uma infecção recente parasitavam reticulocitos e faz, depois, o relato das suas próprias observações e experiências. Estas são resumidas em tabelas, que dão noção nítida da marcha das investigações e mostram que estas se fizeram com indivíduos infectados com terçã e estivo-outonal e em macacos infectados também.

Por último, o A. conclue que não lhe é possível compartilhar a opinião de Eaton e Jakobsthal, segundo a qual só os reticulocitos seriam aptos para serem parasitados pelos plasmódios. De facto, Eaton afirma que isto é verdade com respeito ao plasmódio da terçã, e Jakobsthal sustenta que 90 a 98% dos parasitas de uma terçã e estivo-ontonal parasitavam reticulocitos.

OLIVEIRA MACHADO.

As alterações dos órgãos e do sangue consecutivas à introdução parentérica de auto-sôro. (*Blut-und Organveränderung durch parenterale Zufuhr von Eigenserum*), por HEINLEIN e MUSCHALLIK. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 25. 1937.

Conhecidas as alterações do quadro hemático, no que respeita às variações do aspecto morfológico, que se produzem no sangue pela administração parentérica de sôro do próprio animal, os AA. estudam idêntico assunto, encarando, sobretudo, o lado químico dêste problema. Para tal trabalharam em coelhos, previamente analisados os valores normais dos vários componentes do sangue durante bastante tempo. Então injectaram na circulação periférica 5 cc. de sôro do próprio animal, por várias vezes, e, de novo, realizaram idênticas pesquisas no sangue. Os resultados estão expressos num quadro do qual ressaltam claramente os aumentos e diminuições das substâncias pesquisadas, como o fibrinogénio, a albumina, a globulina, o azote residual, etc.

Fizeram, mais tarde, as autópsias dos animais usados nas experiências e procuraram as lesões encontradas nos vários órgãos, sendo a destacar, sobretudo, pequenas alterações do miocárdio e do endocárdio, assim como do fígado, estas últimas representadas por pequenos focos de necrose. Nos restantes órgãos também se encontraram transtornos morfológicos, mas menos nitidos e freqüentes do que os já citados.

De tudo o exposto, os AA. são levados a concluir que as alterações encontradas, tanto no sangue como nos órgãos, são, na essência, do mesmo tipo daquelas que é costume verem-se quando se faz a injeção de sôro estranho, só se distinguindo pela intensidade, que, no caso presente, é muito menor. Por esta razão, o sôro do próprio indivíduo actuaria de maneira semelhante ao do indivíduo estranho, com pequenas variantes na intensidade das lesões.

OLIVEIRA MACHADO.

O coração na tuberculose pulmonar. (*The heart in pulmonary tuberculosis*), por A. HOPE GOSSE e ALEC WINGFIELD. — *The British Journal of Tuberculosis*. Abril de 1937.

A relação entre as afecções cardíacas e a tuberculose pulmonar tem sido pouco estudada em Inglaterra, como o afirmam os AA. nas primeiras linhas do seu artigo, e pode dizer-se que êste assunto pouca atenção tem merecido

também noutros países. Com excepção de alguns, poucos, trabalhos aparecidos na América do Norte e da monografia, mais extensa e mais detalhada, apresentada em 1933 por von der Weth, esgota-se a bibliografia deste tema. Ora a verdade é que ainda que outro interesse não merecesse, bastava a cada vez maior proporção de doentes operados de toracoplastia, para que aquela relação merecesse mais atenção. Os AA. apresentam os resultados das suas observações, que dizem respeito a determinações da tensão arterial, radiografias do coração e electrocardiogramas feitos em tuberculosos pulmonares. Verificaram alterações electrocardiográficas em aproximadamente 50%; a severidade destas era sensivelmente a mesma em qualquer das formas estudadas. Por outro lado, nem sempre o deslocamento do coração produzia modificações sensíveis dos complexos. A colapsoterapia também nem sempre as provocava, e este facto é particularmente nítido nas toracoplastias. Fazem algumas considerações sobre a pressão arterial e sobre o exame radiográfico e terminam por confessar que não encontraram nenhum elemento que permita com segurança um apoio para o prognóstico ou o tratamento da tuberculose pulmonar.

J. ROCHETA.

A acção da acidificação sobre o miocárdio. (*Die Wirkung der Ansäuerung auf den Herzmuskel*), por P. RADNAI. — *Zeitschrift für Kreislaufforschung*. Heft 1. 1937.

Sabe-se hoje, por numerosos trabalhos, como é fácil provocar uma miocardite experimental e como, por outro lado, é difícil fazer-se o diagnóstico *in vivo*. O A., que se tem ocupado desta questão, apresenta neste artigo o resultado das suas observações no que respeita à influência que a ingestão de ácidos pode exercer sobre o músculo cardíaco. O *contrôle* foi feito electrocardiograficamente e a seguir examinadas microscópicamente as alterações histológicas. Empregou o cloreto de amónio em coelhos e verificou que quando aquela substância é administrada em doses comparáveis às doses terapêuticas, nada resulta de anormal; quando, pelo contrário, se empregam doses superiores, há modificações nítidas das fibras miocárdicas, com o aspecto da degenerescência gorda e hialina, e nalguns casos até se encontram infiltrações intersticiais de células redondas, especialmente naqueles que evoluem dum modo menos agudo.

Este facto prova que tais resultados devem imputar-se principalmente ao envenenamento pelo ácido, e não à acidificação, como resulta quando se empregam quantidades terapêuticas, mas para isso é necessário que o miocárdio esteja são, porque, de contrário, — e neste facto reside o valor prático desta comunicação — quando há individuos que necessitam empregar uma dieta e uma terapêutica acidificantes é conveniente não ultrapassar certas doses, quando o seu electrocardiograma apresenta alterações da condutibilidade, porque, nestas circunstâncias, essas alterações podem piorar, como se verifica nalguns casos apresentados pelo autor.

J. ROCHETA.

O desaparecimento atelectásico das cavidades durante o pneumotorax artificial. (*El cierre atelectasico de las cavidades en el curso del neumatorax artificial*), por J. L. BONILLA. — *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. N.ºs 1-2. 1937.

Muitas têm sido as teorias explicativas para o desaparecimento das cavernas pulmonares tuberculosas, sem que até hoje se chegasse a conclusões definidas. A mais moderna de tôdas é a apresentada por Coryllos, em 1932, que expõe a evolução duma cavidade como absolutamente dependente do estado do seu brônquio de drenagem, e que pode apresentar qualquer das três eventualidades: primeira, permanecer aberto e manter constante comunicação entre aquela e o ar exterior; segunda, fechar-se completamente, em maior ou menor espaço de tempo; e, terceiro, estreitar-se a ponto de constituir um mecanismo valvular, em virtude do qual permite a entrada do ar na cavidade durante a inspiração, enquanto durante a expiração a obstrução se faz completa, impedindo, por consequência, a saída do ar que entrou. No primeiro caso, o ar pode circular livremente dentro da cavidade, assegurando assim a vitalidade do bacilo de Koch, estritamente aeróbio. No segundo caso, por obstrução brônquica completa e permanente, desde que o ar se não renove, absorve-se aquêlê que lá existe e, por esta circunstância, a cavidade tende para a diminuição até ao desaparecimento completo; se por qualquer razão a drenagem brônquica se reconstitue, a caverna pode reaparecer. No terceiro caso, por mecanismo valvular, a cavidade tende a aumentar, a inchar, como diz o autor americano.

O A. apresenta quatro casos de tuberculose pulmonar com cavitação, em que fêz pneumotorax, o que provocou alterações do volume das cavernas, que aquêlê não sabe explicar senão admitindo a teoria de Coryllos, pois só esta pode cabalmente esclarecer o desaparecimento das mesmas num espaço de tempo tão curto como o reterido nas respectivas histórias clínicas.

J. ROCHETA.

As bronquectasias dos lobos superiores. (*Le bronchiectasie dei lobi superiori*), por E. LIVERONI e N. MAGNO. — *Minerva Medica*. N.º 18. 1937.

Apresentam os AA. uma série de casos de bronquectasias dos lobos superiores que, em seu entender, não são tão raras como geralmente se pensa, embora acentuem a sua maior frequência nas zonas basais. Em seu modo de ver, mesmo aceitando a hipótese hoje dominante da diátese bronquectásica, há, de facto, um certo número de factores que concorrem para favorecer a maior frequência desta afecção nos lobos inferiores; citam, em primeiro lugar, a tese de Morelli, que dá a principal importância ao trauma respiratório, e, pelo mesmo mecanismo, às aderências pleurais, que, muitas vezes, como os próprios autores acentuam, não se limitam aos dois folhetos da serosa, mas invadem o parênquima, constituindo cordões mais ou menos profundos até atingirem as terminações brônquicas; constitue-se assim a corda ideal para

exercer uma tracção contínua sôbre as paredes brônquicas, que são excentricamente estriadas, quer pela tendência retráctil do processo fibroso, quer pela dinâmica respiratória. Para as partes altas do pulmão onde as excursões respiratórias são mínimas, a acção traente da aderência plêurica é menor, mas não devem esquecer-se outras razões que podem auxiliar a formação de dilatações brônquicas apicais, e que não são tão raras como se tem afirmado. De-facto, a espessura do vértice é muito inferior à da base, o que significa uma maior facilidade para que o processo fibroso atinja as paredes brônquicas; além disso, sabe-se que o ápice é a sede mais freqüente de processos intrapulmonares de tipo cicatricial.

A favor da preferência da localização basal há ainda a disposição anatômica dos brônquios inferiores, que favorecem a estase das secreções, e é talvez esta a principal razão porque as bronquectasias inferiores se denunciam mais facilmente do que as superiores, podendo estas últimas permanecer latentes ou dar lugar a uma sintomatologia tão escassa que as não caracterize e, assim, dar motivo à noção corrente da sua pequena freqüência.

Das diversas terapêuticas apresentadas consideram os AA. a posição de declive a que melhor permite uma evacuação do conteúdo brônquico, que deve fazer-se todos os dias, como a mais proveitosa.

J. ROCHETA.

---

**Pesquisas histopatológicas sôbre a innervação das artérias coronárias.** (*Ricerche istopatologiche sull'innervazione delle arterie coronarie*), por G. M. ROSARIO. — *Minerva Médica*. N.º 48. 1937.

Dos resultados a que chegou o A. nas suas pesquisas histológicas sôbre as artérias coronárias, um ponto há que merece especial menção, e que é o achado de fibras sensitivas ao nível dêstes vasos; por outro lado, não encontrou alterações a cargo da innervação intra e extra-neural coronária em todos os casos nos quais não existiam lesões miocárdicas ou vasculares. As mais graves lesões foram encontradas nos indivíduos que apresentavam alterações graves arterioscleróticas ou luéticas das paredes coronárias.

Nos casos de coronarite luética as lesões dos gânglios eram constituídas por freqüentes infiltrações parvi-celulares, peri e intra-capsulares, com ectasia dos vasos peri-gangliares e alterações das células gangliares; do mesmo modo se encontraram alterações dos troncos e das fibras nervosas. Nos casos nos quais não existia um processo de coronarite sifilitica, mas se encontravam lesões arterioscleróticas, as lesões dos elementos nervosos eram sensivelmente idênticas, mas de menor gravidade. O A. conclue que as freqüentes alterações da innervação coronária devem, com muita verosimilhança, ter uma grande importância na gênese das perturbações de regulação do tono arterial e, por consequência, da irrigação miocárdica. Pelo que respeita à relação que existe entre lesões nervosas e lesões arterioscleróticas, conclue Rosario que se não pode excluir que as alterações nervosas possam ter importância na gênese das lesões arterioscleróticas.

J. ROCHETA.

O «contrôle» nervoso da respiração. (*Nervous control of respiration*), por P. HEINBECKER. — *The Journal of Thoracic Surgery*. N.º 4. 1937.

Apresenta o A. uma interpretação do *contrôle* nervoso da respiração em relação com os últimos trabalhos experimentais seus e doutros autores, feitos últimamente neste sentido.

Parece definitivamente estabelecida a existência de um grupo bilateral de células na substância reticular, estendendo-se do cálamus até ao nível do atlas, e que constitue o centro de todo o aparelho respiratório. Este grupo de células estabelece ligações com uma cadeia de núcleos motores que innervam os músculos próprios do acto respiratório. O mecanismo do centro é funcionalmente separável em duas categorias de células, umas iniciando a inspiração e outras a expiração. Cada um dos grupos celulares possui uma actividade rítmica espontânea que transmite ao neurão motor. Ambos os grupos de neurões podem ser excitados ou inibidos por impulsos aferentes vindos dos pulmões, dos vasos, dos receptores sensitivos dos músculos respiratórios e do restante organismo em geral. Os neurões centrais e certos receptores dos vasos sanguíneos são nitidamente sensíveis a mudanças químicas do seu meio externo ou interno.

J. ROCHETA.

Produção experimental de bronquectasias. (*Experimental production of bronchiectasis*), por J. WEINBERG. — *The Journal of Thoracic Surgery*. N.º 4. 1937.

Tôda a série de hipóteses criadas para explicar a patogénese das bronquectasias se baseia em elementos clínicos. O A. resolveu estudar esta afecção por via experimental e escolheu para sua produção a introdução de corpos estranhos intra-brônquicos, sabido como estes provocam não só inflamação como dilatações dos ductos aéreos. Procedendo dêste modo, procurou-se imitar tanto quanto possível as condições habituais da clínica, evitando-se ao mesmo tempo qualquer contaminação do corpo obstruente pelos germens da bôca; para isso foi escolhida a via transtraqueal e o coelho o animal preferido. Os pulmões foram examinados em intervalos variados após a introdução dos corpos estranhos, de modo a poderem ser observadas em série as alterações provocadas.

Da série de experiências feitas se verifica que a atelectasia e a retenção de secreções infectantes são factores muito importantes para a produção de bronquectasias, mas como se tinha empregado uma técnica asséptica, pode afirmar-se que os organismos que provocam a supuração já existiam no pulmão. Normalmente aqueles são inofensivos e talvez por acção das celhas vibráteis, da secreção brônquica e da tosse, mas desde que se dê uma obstrução e aquelas acções paralitem, a virulência dos agentes pode aumentar num grau muito elevado. Sem se ignorar portanto os casos de supuração pulmonar por aspiração de organismos virulentos, estas experiências mostram, evidentemente, que é mais importante a oclusão do brônquio; nestas circunstâncias,

no território atelectasiado, há um abaixamento de resistência, devido talvez ao reduzido fluxo sanguíneo, com possível congestão passiva capilar a esse nível. Por outro lado o grande papel da atelectasia sobre os brônquios não se exerce enquanto estes não se alteram; antes das modificações patológicas das suas paredes, que se seguem à supuração, a sua resistência é suficiente para se não dilatar e preencher assim o vazio criado pela atelectasia, mas desde que aquele facto se verifique começa naturalmente a ectasia.

Uma outra constatação para que o A. chama a atenção é a formação de vacúolos no parênquima atelectasiado, achados que outros autores já têm mencionado, cujo mecanismo de formação é idêntico ao que provoca a bronquectasia.

Por sua vez observou-se também um certo grau de bronquectasia nos outros lobos pulmonares cujos brônquios não tinham sido experimentalmente obstruídos, o que pode explicar-se por uma imigração de material infectante partido da obstrução primitiva; nestas circunstâncias o tipo formado é geralmente o tipo cilíndrico.

J ROCHETA.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Academia das Ciências

O Prof. F. Wohlwill realizou na Academia das Ciências uma palestra intitulada: «Sobre a história da anatomia histológica do sistema nervoso».

Acêrca dêste trabalho falaram os Profs. Celestino da Costa e Sabino Coelho, o Dr. Xavier da Costa e o presidente, Prof. Egas Moniz.

Na mesma sessão o Prof. Sabino Coelho fez uma comunicação acêrca dos novos estudos sobre infecções.

## Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 23 de Julho de 1937, da Sociedade das Ciências Médicas, presidida pelo Prof. Francisco Gentil, o Dr. Ermindo Alvarez apresentou uma comunicação intitulada: «Raquianestesia pela percaína».

O Dr. Manuel Bento de Sousa comunicou um caso de sarcoma da laringe.

Em 29 de Junho reuniu-se novamente a Sociedade. O Dr. Fernando Correia fez uma comunicação sobre: «Alguns aspectos do problema da Assistência hospitalar».

## Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Em sessão da Sociedade Portuguesa de Estomatologia o Dr. António Bonfim apresentou um caso clínico; o Dr. Mota Pereira falou sobre nevralgia facial reflexa e o Dr. Valente de Araújo fez uma comunicação sobre: «Germinação dentária e estomatite áurica».



## Ordem dos Médicos

O ante-projecto dos Estatutos da Ordem dos Médicos, elaborado pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência Social, está patente na Associação dos Médicos Portugueses.

Todos os médicos podem apresentar sugestões e alterações ao referido diploma, as quais devem ser enviadas àquela Associação, em carta registada, até o dia 31 de Julho.

Para tratar do mesmo assunto o presidente da extinta Associação dos Médicos do Centro de Portugal convocou, em Coimbra, uma reunião dos médicos locais.

\* \* \*

## Exames de aptidão às Faculdades

Para os júris dos exames de aptidão às Faculdades de Medicina foram nomeados os seguintes professores:

Faculdade de Medicina do Pôrto: presidente, Prof. António de Almeida Garrett; vogais, Profs. Hernani Bastos Monteiro, Amândio Joaquim Tavares, Álvaro António Pinheiro Rodrigues e Elísio Filinto Milheiro Fernandes.

Faculdade de Medicina de Coimbra: presidente, Prof. João Maria Pôrto; vogais, Profs. Feliciano Augusto da Cunha Guimarães, Afonso Augusto Pinto, Alberto Cupertino Pessoa e António Silvestre.

Faculdade de Medicina de Lisboa: presidente, Prof. Augusto Pires Celestino da Costa; vogais, Profs. Henrique Fragoso Domingos Parreira, José Toscano de Vasconcelos Rico, Matias Boleto Ferreira de Mira e Pedro Roberto da Silva Chaves.

\* \* \*

## Auto-Clube Médico Português

Os sócios do Auto-Clube Médico Português realizaram um passeio turístico a Coimbra, com o fim de inaugurar a delegação do Clube naquela cidade.

Nos dias 11 e 12 de Julho realizaram-se as comemorações do primeiro aniversário desta agremiação, com visitas a vários estabelecimentos de assistência.

\* \* \*

## Missões de estudo

O Prof. Egas Moniz vai, em missão oficial, durante os meses de Agosto e Setembro, fazer uma série de demonstrações e conferências científicas no

hospital de doenças mentais e nervosas de Raconigi (Itália) e visitar algumas clínicas neurológicas e psiquiátricas italianas.

— Em missão de estudo foi à Alemanha e à Áustria o Dr. Almeida Amaral, director da clínica de doenças nervosas e mentais no Hospital da Marinha.

### Medicina colonial

O Dr. César Simões, médico de 1.<sup>a</sup> classe do quadro das colónias, foi autorizado a aceitar a equiparação de bolsheiro, a-fim-de frequentar, em Roma, o Curso Internacional de Malariologia.

— Aprovou-se o orçamento para a construção dum edifício destinado a enfermaria de mulheres indígenas no Hospital de Pôrto Amélia, na importância de 246.600 escudos, que sairá da verba destinada à assistência médica aos indígenas.

— Seguiram para Moçambique o médico de 1.<sup>a</sup> classe Dr. Henrique Cardoso do Rosário Seixas e o Dr. Artur Francisco de Oliveira, e para Cabo Verde o médico de 1.<sup>a</sup> classe Dr. Diogo Coutinho de Miranda.

— Foram nomeados professores interinos da Escola Médica de Nova Goa os Drs. Fernando de Albuquerque e Basso Marques.

— O cargo de chefe dos Serviços de Saúde da Província do Bié foi ocupado pelo Dr. Lopes da Cruz.

— Vai construir-se, na colónia de Macau, um pôsto sanitário modelar, onde se fará a desinfecção dos veículos destinados à condução de doentes atacados de moléstias infecciosas.

— Estabeleceu-se um serviço de tratamento anti-rábico no distrito de Damão.

### Direcção Geral de Saúde

A Direcção Geral de Saúde publicou a seguinte nota officiosa :

«A-propósito da epidemia do passado ano, informou, então, a Direcção Geral de Saúde que, segundo os dados epidemiológicos permitiam deduzir, poderia o País voltar a ser atingido em 1937 pela poliomielite epidémica, em qualquer região e desde norte a sul.

Os factos, porém, não estão confirmando essa previsão, visto que, nesse caso, já seria tempo de irem aparecendo, a partir de Março, alguns focos de doença, e assim não succedeu.

Em tôdas as hipóteses convém, todavia, acentuar que não existe razão alguma para se supor que esta ou aquela zona do País esteja em condições de maior ameaça epidémica em relação às outras.»



**Prof. Azevedo Neves**

O Prof. Azevedo Neves foi agraciado com a Grã-Cruz da Ordem da Instrução Pública.

**Reunião de curso**

A-fim-de comemorar o 10.º ano da sua formatura, reuniram-se, no dia 17 de Junho findo, os médicos do curso de 1926-27.

**Homenagens a médicos portugueses**

Na Academia de Medicina de Saragoça realizou-se uma sessão de homenagem à medicina portuguesa. Falou o Dr. Roys Villanueva, que traçou a história das Faculdades de Medicina do nosso país, focando especialmente os nomes dos Profs. Francisco Gentil, Nicolau de Bettencourt e Lopo de Carvalho.

**Saúde Pública**

Para o cargo de delegado de saúde do concelho de Évora nomeou-se o Dr. Agostinho Pereira Caeiro.

— O Dr. António da Veiga e Sousa, tenente-coronel médico, foi colocado na reserva.

**Bólsas de estudo**

O Instituto para a Alta Cultura concedeu uma bólsa de estudo, por doze meses, no estrangeiro, à Dr.ª D. Maria Teresa Paulo, interna da Maternidade Alfredo da Costa.

**Necrologia**

Faleceram: em Bucelas, o Dr. Pedro António Bettencourt Raposo, professor jubilado da Faculdade de Medicina de Lisboa; em Carvalhais (Figueira da Foz) o Dr. José Gonçalves de Macedo.



**PANBILINE**  
nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**  
na PRISÃO DE VENTRE

**HÉMOPANBILINE**  
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

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

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

# Maltosan

*Enquanto uma criança goza boa saúde pode-se obter, pelo menos por um certo tempo, por todos os meios possíveis, uma alimentação eficaz. Keller 1898*

MALTOSAN é o alimento especialmente destinado ás creanças atacadas de perturbações digestivas, gastro-interites etc.; contribue para restabelecer a alimentação normal em todos os casos em que os meios possíveis e impossíveis não deram resultado.

O MALTOSAN é conforme as prescripções do Dr. Keller, relativas á composição da alimentação das creanças de mama atacadas de perturbações digestivas: pouca albumina, pouca gordura, mas aumento do valor nutritivo pela junção de hidratos de carbono sob a forma de Maltose, que possui, de todos os assucares, o limite de assimilação mais elevado.

O MALTOSAN impede o desperdício de albumina no organismo e por conseguinte economia de albumina.

Com o emprego do MALTOSAN a putrefacção das matérias intestinais desaparece rapidamente.

Na clinica particular o MALTOSAN simplifica a preparação da sopa de Malte do Dr. Keller tornando possível a sua preparação em casa.

*«Tenho a convicção de ter conservado a vida, graças ao MALTOSAN a varias creanças que não podiam ter uma ama e caminhavam para uma morte certa».* Dr. Comte, Fribourg

DR. A. WANDER S. A., BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.º — LISBOA

*amostras e literatura gratis*



Sala

Est.

Tab

N.º