

Ano VII

N.º 7

Julho de 1930



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura dos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — 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. Prova que 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** CHRYST.

TONICO do **CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ-SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA NOVA DA TRINDADE,

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.^o 92

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso consideravel, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notável visibilidade. E' absolutamente insensível ás marcas de fricção

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos.

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminarsenofenol

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 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.º
LISBOA

ELIXIR

DOCTOR

Quando se trata de receitar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel?

Nesse caso receite o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma açcao tao eficaz quanto agradável é tomal-o.

M. N. S. S.

Amostras a disposicao dos Ex^{mos} Srs. Medicos

Representante:

LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.^a

LISBOA

TERMOMETROS

"NEGRETTI & ZAMBRA"

OS UNICOS DE CONFIANÇA ABSOLUTA, SENSIVEIS, COM A SUA COLUNA MUITO VISIVEL E INQUEBRANTAMENTO GARANTIDO.

Basta afirmar que o nome avança que o maximo dos termometros clinicos se deve a "Negretti & Zambra" em 1861, sem a qual não seria o instrumento indispensavel de hoje.

ENDEM
TODAS AS FARMACIAS, DROGARIAS E MAIS CASAS DA ESPECIALIDADE

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROT

Capsulas contendo a totalidade
dos principios activos
extrahidos

do **BUCCHU**

ANTISEPTICO URINARIO
ANALGESICO — DIURETICO

Novo Remedio receitado
pelas autoridades medicas.

Experimentado com o maior exito em
Paris nos celebres
Hospitaes Saint-Louis e Saint-Lazare.

Esgotta o corrimento dentro de
alguns dias.

Faz desaparecer em poucas horas
as dores agudas da micção.

Aclara as urinas.

*Blennorrhagia, Urethrite chronica, Cystite,
Prostatite, Rheumatismo blennorrhagico.*
Efficacissima contra as Colicas nephriticas.

DÓSE: 9 capsulas por dia.

Laboratorios Doutor H. FERRÉ.

Doutorem Medicina, Pharmaceuticos de 1ª classe.
6, Rue Dombasle, Paris.

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados a 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

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

A BASE SCIENTÍFICAdos
AFAMADOS**alimentos**

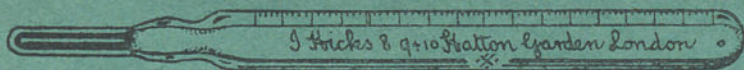
VITAMINADOS

Allenburys

PARA AMAMENTAÇÃO

É O SEGRÊDO— do sucesso
— da eficácia
— do apreço**que alcançaram em todo o mundo.**Fabrico esmerado de ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — fundada em 1715
FOLHETOS, TABELAS E IMPRESSOS AOS EX. MOS CLÍNICOSRepresentantes: COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.ª — LISBOA — Tele {fone - 21476
gramas-DELTA

O

**genuino, aferido, garantido e preferido
pelos médicos e pelo público.**

— EM QUALQUER BOA FARMACIA —

ABSOLUTASPUREZA, POTENCIA
E
INALTERABILIDADE**SÃO**— as características da supremacia e
— os fundamentos do apreço mundial da**Insulina**

PARA a DIABETES

marca



registada

(De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

APROVADApelo III.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
pela MISERICÓRDIA DE LISBOA**e a de maior venda em Portugal.**Frasquinhos de 100, 200 e 500
unidades.Folheto de 40 páginas
GRATIS a médicos.

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LTD. — Rua dos Douradores, 29, 1.ª — LISBOA — Tele {fone - 21476
gramas-DELTA

Agente no PORTO: M. PEREIRA DA SILVA, LARGO DOS LOIÇOS, 36



Enterocolites

Cholera

Infantil

Peritonites

a

Antiphlogistine
TRADE MARK

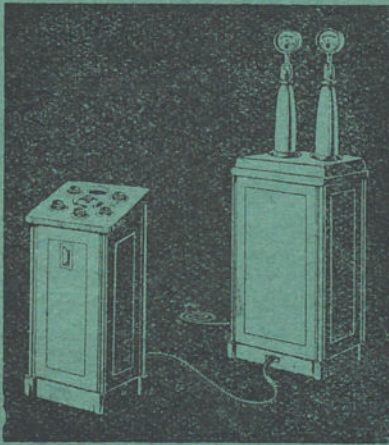
No tratamento de um ataque agudo de inflamação intestinal é considerada como um grande valor. Não tira o lugar da dieta habitual e da medicação interna, mas aliviando a congestão local e acalmando o sistema nervoso, torna-se um adjuvante inestimável.

The Denver Chemical MFG. Co.,
163, Varick Street — New York

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S. Caes do Sodré, S

LISBOA



APARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»
Próprio para pequenos hospitais e consultórios

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

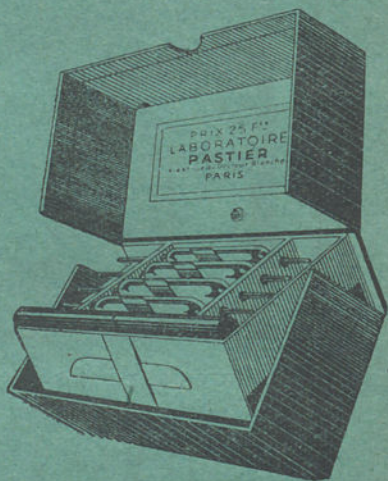
2 novidades em vacinoterápia

Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



1) Outras formas: injectavel e filtrado para aplicações locais*

stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais facil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C. - R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Notions et conceptions recentes sur les cirrheses hepaticues, par M. Askanazy.....</i>	pág.	339
<i>Aspectos arteriográficos num caso de tumor da glândula pineal e tubérculos quadrigêmeos, por Egas Moniz.....</i>	»	368
<i>Contribuição para o estudo dos sarcomas dos ossos, por Custódio Cabeça, Luis Adão e Bernardo Vilar.....</i>	»	381
Notas clínicas		
<i>Abcesso tuberculoso da epífise radial direita, por Luis Adão.....</i>	»	404
<i>Revista dos Jornais de Medicina.....</i>	»	409
<i>Noticias & Informaçoes.....</i>	»	LXV

NOTIONS ET CONCEPTIONS RECENTES SUR LES CIRRHOSES HEPATIQUES (1)

PAR

M. ASKANAZY, de Genève

Excellences, Monsieur le Directeur
de la Faculté, honorés Collègues,
Mesdames, Messieurs :

Permettez-moi d'abord de vous exprimer mes chaleureux remerciements pour l'aimable invitation que vous avez bien voulu m'adresser en m'appelant à venir dans ce pays qui, par le charme de son paysage-partout des jardins fleuris-ainsi que par la valeur de son peuple entreprenant et actif, a su inspirer dans le passé, comme de nos jours un si vif intérêt à tout le monde. Ce voyage m'a beaucoup tenté en me donnant l'occasion de rencontrer des collègues distingués amis et élèves que j'eus l'avantage de connaître au cours de leurs visites et études à Genève où dont nombreux autres nous sont devenus des esprits familiers par leur œuvre scientifique. Parmi ces derniers je prie son Excellence E. Moniz, notre excellent Collègue et votre remarquable Doyen d'accepter l'assurance de ma très vive gratitude pour les gracieuses paroles de bienvenue qu'il vient de m'adresser et dont j'apprécie tout le prix.

(1) Conférence faite le 25 Mars 1930 à la Faculté de Médecine de Lisbonne

Je saisis avec empressement l'occasion que vous voulez bien m'offrir de vous entretenir ce soir d'un sujet qui paraît vous intéresser puisque vous l'avez choisi parmi les questions dont je vous ai prié de faire le choix.

Plusieurs mobiles m'engagent à parler devant cette honorable assemblée de divers problèmes des cirrhoses hépatiques :

Le champ copieux dans ce domaine à Genève, le hasard favorable de mes constatations personnelles dans l'étiologie et la pathologie de cette maladie, l'effort moderne qui tend à jeter un jour plus clair sur la nature et l'image polymorphe des cirrhoses du foie, le besoin de s'attaquer plus aux problèmes des inflammations chroniques non spécifiques, enfin la préparation des travaux en vue de la *Conférence Internationale de Pathologie géographique* où la cirrhose hépatique fera l'objet d'une enquête et synthèse internationale. Ce dernier évènement que j'ai envisagé et préparé vous fera comprendre qu'il ne s'agit pas pour moi aujourd'hui de dire un dernier mot mais de préparer un terrain en soulignant les questions litigieuses. La divergence est grande entre les uns qui mettent (Lubarsch) tout en doute, depuis la dénomination, toute étiologie invoquée jusqu'à la classification des cirrhoses, et les autres (Rössle) qui par une analyse très approfondie entrent dans un détail créant ainsi un cadre très ample. Le non de cirrhose, choisi par Laennec s'est dénaturé. La couleur *jaune* du foie, non sa consistance, lui a paru décisive. D'ailleurs la couleur a aussi son importance, comme dans la pseudo maladie de cirrhonose de Lobstein où la couleur jaune du foie du fœtus mort est causée par l'hématoïdine. J'ajoute encore un facteur qui expliquera la teinte spéciale du foie cirrhotique passant du brun au jaune et qui peut être causée par l'anémie relative (il passe par le foie moins de sang qu'à l'état normal), la richesse en graisse et parfois par certains degrés d'ictère. Le fait que le foie contient bon nombre de cellules jeunes nous autorisera à croire que *la couleur du parenchyme*, produit d'un long labeur fonctionnel, a diminué. Le foie à parenchyme reconstruit est moins imbibé par ses produits métaboliques.

I. *Questions préliminaires.* — Quelques questions préliminaires doivent être envisagées avant d'entrer dans les problèmes centraux du chapitre. La séparation de 2 formes seulement de

cirrhoses (de Laennec et de Hanot) ne se maintient plus. Le besoin d'une nouvelle classification des cirrhoses s'impose impérieusement, des types nouveaux anatomo-cliniques cherchent à obtenir droit de cité dans la médecine moderne. Nous nous trouvons en face de deux opinions extrêmes et contradictoires. Les uns veulent, malgré la multiplicité des aspects, renoncer à toute classification, parce qu'il y a trop de formes de passage et intermédiaires et maintenir la cirrhose comme unité, entité unique. Fiesinger, par exemple, dans son rapport de Paris 1929 y renonce, tout en avouant qu'à la fin de cette déclaration de principe il donne à ses élèves un groupement pour l'usage pratique. C'est la lutte éternelle du biologiste qui se dit que les règles de la vie ne connaissent pas de limites précises entre ses manifestations et la nécessité qu'a notre esprit de s'orienter pour le besoin réel dans les types variés d'apparitions morbides qui ont leur raison d'être et de disparaître. Aussi trouvons nous, d'autre part, de nos jours les efforts faits depuis Naunyn jusqu'à Mallory, Eppinger et Rössle pour procéder à une classification plus ou moins minutieuse. Mais avant de s'entendre sur ce problème, il faut établir d'abord le cadre général : *Quels sont les caractères qui nous permettent de compter une affection hépatique parmi les cirrhoses ?*

1. *Définition de la cirrhose dans ses caractères essentiels.* —

Comme il serait toujours désirable en pathologie, on devrait connaître les caractères essentiels à savoir, *la nature étiologique, la voie pathogénique* de l'affection jusqu'au tableau définitif et *la fonction pathologique* en détail du foie malade. Or, les lacunes de notre savoir y sont nombreuses. Et parce que l'étiologie, comme nous le verrons plus tard, est variée et que le dérangement ou la modification fonctionnels varient aussi depuis le silence clinique jusqu'aux troubles graves, nous suivons toujours l'exemple des cliniciens anciens qui soulignent comme base de la cirrhose son aspect anatomique. Mais que faut-il mettre en avant, la lésion paraissant primordiale, la perturbation épithéliale avec la tendance réparatrice et compensatrice ou la prolifération du tissu conjonctif ? Il faut souligner, quoique on en dise, l'augmentation du tissu conjonctif, preuve évidente de la présence des cirrhoses. Mais il faut insister sur deux particularités de cette prolifération fibreuse ; tout d'abord *elle doit être d'origine inflammatoire et ensuite intéresser le foie d'une façon diffuse ou, au*

moins, se faire remarquer sur une vaste étendue. On écarte donc dès le début les petites infiltrations cellulaires, même multiples, les capsules fibreuses autour des foyers circonscrits de toute nature, les stromas des tumeurs hépatiques et les élargissements purement mécaniques que l'on rencontre dans les foies volumineux (par exemple diabétique) et encore dans les foies par stase, altération à laquelle on a voulu donner le nom de cirrhose cardiaque. Il y a, il est vrai, une combinaison plutôt rare d'un foie par stase avec des processus cirrhotiques, mais les formes mixtes ne peuvent rien changer au fait que la soit-disant cirrhose cardiaque n'appartient pas aux cirrhoses classiques. Il est curieux de noter que plusieurs auteurs modernes hésitent à reconnaître comme caractère essentiel de la cirrhose, la prolifération du tissu fibreux, évidemment, troublés qu'ils sont par le fait que cette prolifération est souvent un geste réparateur ou cicatriciel et que l'on n'a pas l'habitude de considérer la cicatrice comme la manifestation significative d'un processus pathologique. Cependant nous ne devons pas oublier que la morphologie a son droit immuable et que c'est l'existence de cette néoformation fibreuse qui décide du diagnostic. Rappelons encore que d'autre part cette prolifération fibreuse peut être, à côté de la prolifération du stroma en général, un résultat direct de l'agent pathogène et qu'en dernier lieu la cicatrisation est à la base de phénomènes typiques de la cirrhose tels que: l'ascite, parfois l'ictère. On ne pourra s'empêcher de relever le rôle capital du tissu fibreux excessif. Évidemment ce caractère prépondérant n'est pas le seul qui s'impose, il se combine plutôt avec d'autres dont l'altération des cellules hépatiques peut s'éteindre par périodes pour réapparaître sous forme de troubles du métabolisme cellulaire, jusqu'à la nécrose et indiquer la raison des processus actifs des cellules hépatiques par régénération, hypertrophie et hyperplasie. Pour ce qui concerne les proliférations des canalicules biliaires nous sommes devenus un peu plus sceptiques, car si celles-ci peuvent se manifester surtout dans les cas de cirrhoses d'origine biliaire, elles ont été souvent confondues avec la formation des pseudocanalicules, œuvre des cellules hépatiques atrophiées et réduites à des tubes rudimentaires. Si donc au bout du compte la cirrhose est un foie signalé par le stroma accru un peu partout, on se demandera *depuis quel moment le diagnostic de cirrhose est justifié.*

LISBOA MÉDICA

Durante o verão

o

alimento ideal

para as

crianças

é o

DRYCO

por ser

um leite puríssimo

isento de

quaesquer bacterias

The Dry Milk Company

15, PARK ROW — NEW YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de Leite Puro)

Depositários para Portugal, Colónias e Açores

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

R. Nova da Trindade 9,-1.º — LISBOA

LISBOA MÉDICA

FITINA

"CIBA"



RECONSTITUINTE
TONICO DO SISTEMA
NERVOSO
REMINERALIZADOR

O preparado mais rico em fósforo orgânico
e substancias remineralizantes assimilaveis.

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

Amstras e literatura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos „Ciba“ em Portugal

2. *Limites du diagnostic des cirrhoses.* — Cette question ne peut être résolue que par l'examen microscopique, bien que le toucher nous fournisse des indications importantes sur la consistance; mais la possibilité d'une erreur de diagnostic macroscopique existe toujours, telle que par exemple, dans les indurations et dans l'aspect granuleux d'un foie cardiaque. Nous admettons que le diagnostic d'une cirrhose est acceptable depuis le moment où les espaces de Kiernen se sont allongés et élargis à travers un ou plusieurs champs de vue à faible grossissement, où le tissu fibreux commence à dissocier la périphérie des lobules et où parfois l'hémossiderine s'est déposée au sein du tissu conjonctif augmenté. Cette existence d'une cirrhose de degré moins marqué rend difficile la statistique comparative entre la fréquence des cirrhoses des pays et l'établissement d'un chiffre exact pour le même pays, car il n'est pas aisé d'examiner microscopiquement d'un chiffre exact pour le même pays, car il n'est pas aisé d'examiner microscopiquement à travers les années tous les foies ou tous les cas nets et douteux de cirrhoses. Cependant il n'y a pas de doute que la fréquence des cirrhoses varie suivant les pays et pour Genève nous pouvons affirmer que le nombre minimum est de 4 % par an, si l'on s'en tient seulement aux procès-verbaux macroscopiques et que le chiffre est de 10 % si l'on charge un assistant expérimenté de surveiller avec nous par un contrôle serré tous les cas, surtout à l'aide du microscope. Ce chiffre considérable nous a poussé depuis 22 ans à approfondir les études du problème entier et à poursuivre certaines questions particulières sur place et par l'enquête internationale actuellement en cours. Ajoutons de suite que cette masse de cirrhoses concerne des formes variées, mais je suis tout de même étonné que certains types tels que les cirrhoses biliaires se présentent plutôt rarement.

3. *Pathogénie générale des cirrhoses.* Après avoir arrêté le cadre *nosologique*, il convient de parler d'abord des auteurs pour chercher une *unité pathogénétique* de tous les processus de cirrhose hépatique. Si l'on n'aborde pas en premier lieu cette question il sera difficile d'apprécier la valeur des classifications envisagées par les auteurs de notre époque. Les progrès de pathologie générale ont facilité dans une certaine mesure la tâche de trouver des vues nouvelles sur la lésion primitive des cirrhoses et sur le point de départ atteint par les facteurs étiologiques.

On peut séparer trois phases dans le développement de notre pensée pathogénétique des cirrhoses du foie. Si nous laissons de côté l'idée de Laennec qui considéra la cirrhose comme processus néoplasique, la conception la plus ancienne considérait la prolifération inflammatoire du tissu conjonctif comme phénomène pathologique primordial qui conduisait à l'étranglement secondaire du parenchyme hépatique. Cette formule se fonda sur le fait que l'on voit parfois une atrophie par compression des travées hépatiques périphériques sous le coup des masses fibreuses mais nous notons encore des images où justement les cellules hépatiques extérieures des pseudolobules ont subi une hypertrophie nette dans toutes les parties cellulaires. Cette première opinion sur la prolifération des tissus, déjà combattue par Weigert pour des raisons d'ordre général a été définitivement écartée par Frerichs, Ackermann et Kretz qui dans la deuxième phase de nos notions regardaient la lésion épithéliale comme effet primordial et l'augmentation du tissu fibreux comme réaction cicatricielle. Kretz a mis en lumière la transformation de la circulation et de la structure intime du foie cirrhotique, la production régénératrice des pseudolobules à la place des acinus anciens; il déclara que des cellules hépatiques succombent au début de la cirrhose sous l'influence toxique et que les autres cellules entrent en hypertrophie régénératrice. Les grains sont des zones hypertrophiées comme Cruveilhier l'a déjà fait remarquer. Les jeunes cellules hépatiques se caractérisent (Adler) par leur protoplasme clair et les mitoses visibles par moments plaident dans le même sens. La réalité de ces faits ne saurait être contestée, pour beaucoup de cas, mais les études ultérieures ne manquaient pas de laisser certains doutes sur la portée générale de cette conception. D'un côté la transformation (Umbau) de la structure hépatique n'est pas chose indispensable. Nous avons en outre appris l'existence des altérations et des proliférations ultérieures nombreuses de cellules hépatiques dans des maladies qui ne conduisent pas facilement à la cirrhose hépatique, comme cela s'observe assez souvent dans la fièvre typhoïde, la variole, les endocardites, certaines atrophies jaunes et d'autres affections encore. Et nous savons actuellement que la vieille conclusion de l'incapacité régénératrice du foie est erronée et due à des expériences défectueuses procédant à une destruction simultanée complète de morceaux

entiers du foie, de leurs cellules parenchymateuses et de leur stroma. Si, par contre, le stroma avec son squelette fibrovasculaire est conservé, le pouvoir régénérateur des cellules hépatiques est dans la règle remarquable. L'impuissance reproductrice des cellules hépatiques ne peut être la cause des cicatrifications car les processus actifs du parenchyme sont évidents. C'est ainsi que s'est préparée la troisième phase qui a trouvé son représentant dans Roessle qui n'oppose plus l'altération primordiale de l'épithélium hépatique à l'action progressive du tissu fibreux, mais qui regarde leur sort *commun* dans l'altération d'un côté et dans leur prolifération de l'autre, à l'origine et dans le développement des cirrhoses. La lésion primitive et la prolifération intéressent le tissu hépatique dans son ensemble. Dans cet ordre d'idées, la route a été frayée par des progrès qui ont été réalisés dans la physiologie pathologique des fonctions du stroma vascularisé des organes. Permettez-moi d'insister sur deux points qui dominent tous ces phénomènes biologiques. Le premier fait est que nous ne croyons plus que le stroma des organes ne sert uniquement que comme cadre mécanique ou comme une enveloppe pour le parenchyme, mais qu'il est un tissu à fonctions multiples dont une capitale est le nettoyage de l'organe et de certains organes pour l'organisme entier. Le stroma se charge de la filtration des impuretés et des impuretés et des substances étrangères. C'est pourquoi j'ai caractérisé il y a longtemps les 3 organes : foie, rate et moëlle osseuse comme filtres du sang, en soulignant l'activité de leurs cellules endothéliales et réticulaires pour débarrasser le sang d'éléments étrangers ou excessifs. Si ces éléments sont irritants ou délétères, les cellules qui les fixent seront irritées ou altérées et cette modification aura sa répercussion sur les cellules nobles (anémie aplastique par rayons). Or, malgré l'harmonie de cette fonction du stroma des 3 appareils filtres du sang, leurs cellules endothéliales et réticulaires ne sont pas identiques, ni morphologiquement, ni fonctionnellement. Rappelons à ce sujet que seules les cellules réticulaires de la moëlle osseuse sont capables de se transformer en cellules adipeuses et que seulement le foie possède cette cellule étoilée de Kupffer qui surveille en même temps la propreté du courant sanguin des capillaires et du dehors, la vie des fibrilles de la charpente pericellulaire. Cette inégalité du

stroma nous oblige à parler des rapports spécifiques parenchymostromatiques dans les organes, rapport qui donne à tout organe le stroma quasi spécifique et approprié à ses fonctions. Anciennement on estima que dans les cirrhoses, le tissu conjonctif développé dans les lobules du foie envahissait toujours le parenchyme du côté du tissu interlobulaire en voie de prolifération. Mais Roessle et Fiessinger soutiennent à juste titre que les cellules endothéliales des capillaires elles-mêmes sont aptes à déterminer la cirrhose intralobulaire et pericellulaire par production des cellules et des fibrilles conjonctives soit dans la lumière soit dans le pourtour des capillaires. Il y a donc des formes de cirrhoses à faible participation des espaces de Kiernan, tandis qu'ordinairement le processus cirrhotique débute sur ce terrain et dans le voisinage du tissu interlobulaire. L'application de ces 2 principes sur la pathogénie primordiale de la cirrhose du foie nous mène à croire que la maladie ne peut naître que d'une influence qui retentit sur le parenchyme et sur le stroma, tantôt avec un accent plus prononcé sur les cellules hépatiques, tantôt davantage sur le stroma vascularisé, de sorte que Roessle attribue à toute cirrhose une origine primitivement «histolytique», à savoir une lésion de parcelles totales du foie. Mais, nous demanderai-t-on, n'y a-t-il pas encore une attaque primitive du système biliaire dans certaines cirrhoses? On n'osera pas le nier, mais dans ces cas là la lésion doit dépasser les bornes de ce système pour atteindre le tissu hépatique lui-même, soit d'abord du côté du stroma, soit d'abord du côté des cellules hépatiques. — Ainsi orientés dans les questions préliminaires nous pouvons *nous occuper directement de la classification des cirrhoses.*

II. *Classification des cirrhoses.* — Vu la pluralité peut-être simultanée des facteurs étiologiques et l'incertitude qui règne sur le rôle possible de nombreux facteurs étiologiques, nous ne pouvons pas les utiliser comme base générale de notre groupement, mais nous les considérons par rapport à leur importance et leur rôle décisif, en certains cas on ne saurait non plus les négliger complètement. Pour être logique il faudrait dans ces conditions séparer les cirrhoses à étiologie connue et inconnue ce qui ne nous avancerait pas encore beaucoup à l'heure actuelle. C'est ainsi que l'on est toujours forcé malgré toutes les exigences logi-

ques de classer les cirrhoses d'après les deux principes combinés, l'un étiologique et l'autre pathogénétique, les deux reflétant sur le tableau anatomo-clinique. Jusqu'à nos jours il persiste la tendance à employer le volume ou le poids du foie pour distinguer deux formes de cirrhose, la cirrhose atrophique et hypertrophique et dernièrement encore Roessle s'en sert dans sa classification minutieuse, allant jusqu'à une série de plus de 12 types. Mais nous hésitons à le suivre sur ce point, constatant que lui-même souligne le fait que la forme hypertrophique de la cirrhose de Laennec et de la cirrhose graisseuse ne sont que des variations des formes atrophiques. Si l'on rencontre les formes hypertrophiques il existe deux possibilités: ou le foie était gros avant d'entrer en cirrhose, comme tel est le cas pour le foie gras simple et pour le foie diabétique où l'hyperplasie parenchymateuse est acquise au cours de la cirrhose, même combinée à l'hyperplasie fibreuse qui n'a pas encore donné lieu à une rétraction marquée du tissu néoformé. Il est toujours possible que nous surprenions le stade hypertrophique qui n'est pas un type anatomo-clinique séparé, sauf pour certaines cirrhoses biliaires, caractérisées par un autre facteur concernant le système biliaire. Nous aimons placer parmi les cirrhoses, dans le cadre créé par la médecine empirique, à la tête:

1. *Le foie gras cirrhotique* (fig. 1), d'un côté parce qu'il nous paraît souvent comme un stade initial conduisant du foie gras à ce type fréquent pour se terminer en cas de survie par une cirrhose classique. Nous n'ignorons pas que certains auteurs se refusent à compter les foies gras cirrhotiques parmi les formes classiques, d'un côté parce qu'il s'agit quelques fois de degrés faibles voire microscopiques. Mais qui saura nous dire combien de cas de cirrhose de Laennec, où les malades ont vécu assez longtemps pour arriver à ce type de cirrhose, ont été des foies gras cirrhotiques de la première heure? Il est évident que la graisse si banale dans les cellules hépatiques des cirrhotiques peut-être le phénomène de l'altération récente du parenchyme, mais il se peut aussi qu'elle soit un dépôt permanent ou renouvelé depuis l'époque du foie gras initial. Et nous estimons qu'il faut garder au foie gras cirrhotique son rang dans le registre des cirrhoses par raison du problème étiologique qui restera à l'ordre du jour.

2. Ensuite, tout le monde se plait à accorder le premier rang

à la *cirrhose de Laennec* qui restera la pierre angulaire dans la structure scientifique de tout le problème. C'est elle qui empêche surtout l'orientation étiologique des formes de cirrhose, car il est à peu près certain que des macro ou micro-lésions multiples et pour causes multiples, conduisent à cette destruction et reconstruction progressive de l'organe. Il en résulte ce foie qui, à l'œil nu, s'édifie des pseudo lobules à petits grains, de taille tout de même variée. On y étudie bien les cadres fibreux annulaires ou les travées biveineuses avec leurs anastomoses internes entre les

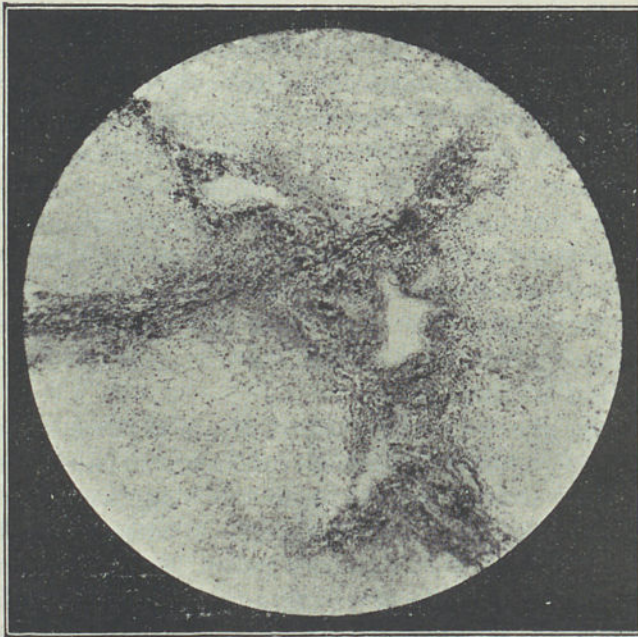


Fig. 1. — Foie gras cirrhotique

veines porte et cave et qui renferment les pseudo-canalicules biliaires qui ne sont que les cellules hépatiques atrophiées et dégradées en tubes exocrines, tandis que les cellules hépatiques non cernées s'hypertrophient et s'hyperplasient. Mais la production du tissu réticulaire et fibreux elle aussi est en partie l'œuvre d'une hyperplasie irritative comme on le remarque bien dans certaines phases de la maladie et la prolifération des fibres élastiques de son côté ne manque pas de valeur fonctionnelle comme

l'hyperplasie des artérioles hépatiques dans certains cas. C'est encore dans la cirrhose de Laennec où le pseudo-lobule hépatique dépourvu de la veine centrale se montre le plus nettement, tandis qu'ailleurs cette veine est désorientée près de la région fibreuse et l'artère se charge directement de la vascularisation du pseudo-lobule. Ce sont enfin ces foies de la cirrhose de Laennec où le poids de l'organe peut descendre à la moitié du chiffre normal et la surface enfin s'égaliser, et où la masse du protoplasme peut tomber de 257 gr. à 147 gr. (Hoppe-Seyler). Au fur et à mesure que l'atrophie s'accroît, les troubles circulatoires du système porte s'aggravent (ascite, varicosités, phlébosclérose), tandis que dans les stades et formes hypertrophiques ils peuvent faire entièrement défaut.

3. On arrive, de plus en plus, malgré toutes les protestations du début, à accepter la forme spéciale de *cirrhose pigmentaire* qui s'est introduite dans la science par plusieurs portes. Le nom et le type anatomo-clinique a été créé par Hanot (1882), tandis que Recklinghausen (1889) publia le syndrome anatomique de l'hémochromatose, nom d'un intérêt historique, mais publication d'un grand intérêt parce qu'elle brosse un tableau destiné à compléter la cirrhose pigmentaire décrite par Hanot. On se refusa longtemps à reconnaître la cirrhose pigmentaire en faisant à juste titre remarquer que la teneur en pigment hémoglobino-gène, soit en hémosidérine, varie dans les limites extraordinaires dans les cirrheses de Laennec. On voit en effet des cas de cirrheses de Laennec où aucune trace d'hémossidérine ne se révèle aux réactions typiques et d'autres où ce pigment est plus ou moins abondant. Si la cirrhose pigmentaire a tout de même maintenu sa position, c'est grâce à la notion qui s'impose carrément que cette affection hépatique n'est, au fond, qu'une manifestation locale d'une maladie modifiant l'économie simultanément en plusieurs points. Nous émettons l'idée que la cirrhose pigmentaire n'est pas une *nonocirrhose pigmentaire*, mais une *polycirrhose polypigmentaire*. J'ai proposé le nom de polycirrhose parce qu'on trouve presque toujours dans cette maladie à côté de la cirrhose hépatique une cirrhose pigmentaire pancréatique, souvent une cirrhose pigmentaire de la zone glomérulaire des surrénales, sans insister sur l'interprétation de Roessle, qui définit la splénomégalie comme une splénite chronique. L'entrée en scène des autres

cirrhoses se fait souvent simultanément et s'accuse davantage avec le temps. C'est ainsi que se comprend le fait que sur le même fond nosologique et peut-être étiologique le tableau clinique se présente tantôt comme cirrhose hépatique, tantôt comme diabète bronzé, tantôt comme nous l'avons vu avec le syndrome addisonien marqué. Quant à la polypigmentation rappelons qu'un accent principal de l'affection est la polyhémosiderose qui inté-

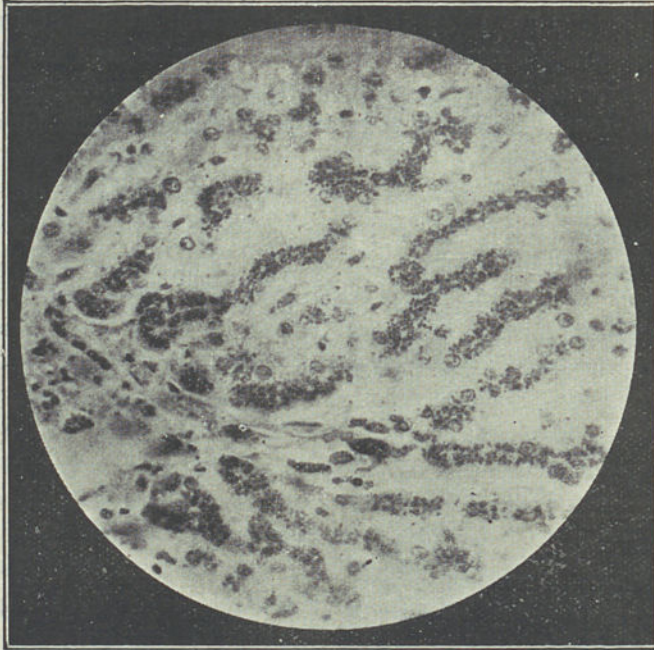


Fig. 2. — Cirrhose pigmentaire

resse même des régions lointaines comme la thyroïde, l'hypophyse, le myocarde et les plexus choroïdes. A côté de l'hémossiderine on y rencontre abondamment ce pigment sans fer que Recklinghausen dénomma l'hémofuscine et dont la nature hémoglobigène n'est plus admise de nos jours. Peut-être s'y cache-t-il un secret de l'étiologie de la maladie. Enfin, il peut exister encore la melanine dans la peau, qui peut loger tous les 3 pigments. Quant au foie dans cette polycirrhose pigmentaire l'hémossiderine y est copieusement déposée et s'impose dans les cellules hépatiques, cellules de Kupffer, cellules épithéliales des canaux biliai-

LISBOA MÉDICA

3

FORMAS APERFEIÇOADAS
DA ACREDITADA DIURETINA



Calcio-Diuretina

perfeitamente tolerada, sem sabôr alcalino. Valioso complemento da acção da theobromina e do acido salicylico por meio do calcio.

Iodo-Calcio-Diurefina

Combinação da Calcio-diuretina com o iodeto de potassio. Antiasthmatico e antiestenocardico por excellencia.

Rhodan-Calcio-Diurefina

Contra a hypertensão. Rapidas melhoras dos symptomatos subjectivos devidos a uma pressão sanguinea elevada.

*Encontram-se á venda em
tubos de 20 comprimidos.*

KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Chimicos,
LUDWIGSHAFEN / Rheno

Injecções

arseno-bromo-tonicas *Zambeletti*

Fosfol-Arseniato de Ferro Bromo-Valerianico

*Associa a acção sedativa à reconstituente
para o tratamento do*

Histerismo - Neurastenia

e de tôdas as neuropatias
essenciais com alteração
da crase sanguínea.

Aos senhores médicos enviámos amostras grátis

L. Lepori

Rua Victor Cordon, 1-E a 1-G
Apartado 214 LISBOA

Para combater a
hipertensão arterial
a

Ipotenina Serono

*é um excelente preparado, ba-
seado na conhecida acção tera-
péutica dos nitratos e dos ni-
tritos, como vaso-dilatadores.*

É portanto insubstituível na
artero-esclerose, gota, etc.

Amostras grátis para os senhores médicos.

L. Lepori

Rua Victor Cordon, 1-E a 1-G
Apartado 214 LISBOA

res vrais et apparents, ainsi que dans les parois des vaisseaux. Nous fûmes frappés dans certains cas par la localisation de l'hémوسiderine dans les cellules hépatiques le long des capillaires biliaires qui traçaient une raie blanche entre les bords pigmentaires des protoplasmés (fig. 2). Le problème qui se pose est de trouver le facteur pathogène qui provoque en même temps la polycirrhose et la polypigmentation. La fréquence de cette mala-

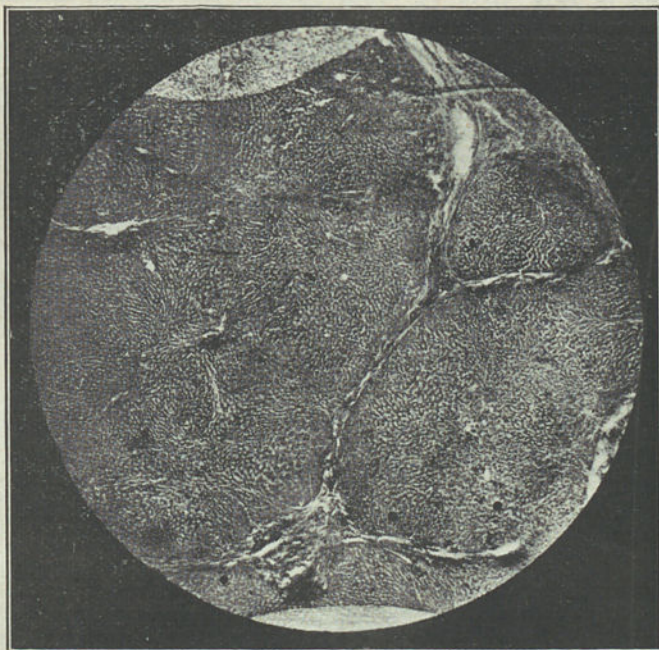


Fig. 3. — Cirrhose syphilitique

die varie avec les pays, mais il y a des formes frustes qui ne sont pas toujours dépistées.

Les 3 formes suivantes que nous allons mentionner ont le trait commun qu'elles représentent des cirrhoses à gros grains ou à gros noyaux.

4. Nous citerons d'abord comme type de notre série la *cirrhose syphilitique à gros grains* (fig. 3). Il ne faut pas croire qu'elle est la seule manifestation de la syphilis cirrhotique du foie, car on trouve le type de Laennec peut-être parfois avec infiltration lymphocytaire bien accusée chez les personnes luétiques. Mais nous

admettons avec Kaufmann que la cirrhose à gros noyaux est souvent de cette origine, puisqu'on la rencontre à côté du foie ficelé ou dans le même organe à côté des gommés typiques, ou on la trouve encore chez des individus atteints d'autres stigmates de la vérole.

5. Le cinquième type de la cirrhose encore à gros noyaux est représenté par le foie dans *la maladie de Wilson*, (1912). Dans cette affection curieuse qui altère par un rapport encore mystique le foie et le cerveau, surtout les noyaux lenticulaires



Fig. 4. — Cirrhose de Wilson

et dans laquelle cliniquement le syndrome du parkinsonisme s'impose, il se trouve encore d'autres particularités, telle que la jeunesse des malades et le caractère ordinairement familial de l'état pathologique, ce qui aurait pu donner un poids spécial à l'idée de la prédisposition congénitale aux cirrhoses si l'on savait que l'affection débute par l'altération hépatique et non par la lésion du Pallidum. Dans cette maladie de Wilson, le foie, dont nous avons pu voir un cas à Genève et examiné les coupes d'un cas étranger se distingue par sa petite taille, par la séparation de gros

grains multilobulaires et hypertrophiés qui sont encadrés par des septa minces fibreux et qui sont traversés par des réseaux capillaires dilatés, nous autorisant à parler d'une cirrhose telangectasique (fig. 4). Tout en sachant que la dilatation vasculaire n'a rien de spécifique, elle est tout de même fréquente dans la maladie de Wilson. On a vu la cirrhose de Wilson, consécutive à l'encéphalite épidémique; nous avons trouvé dans un cas pareil peu de lésions dans le foie. Probablement que le facteur fami-

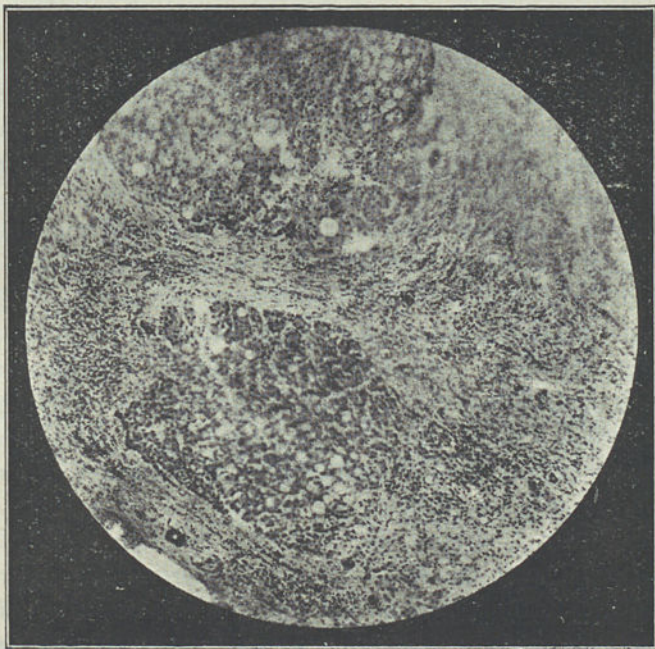


Fig 5. — Chirrhose à la base d'une atrophie jaune

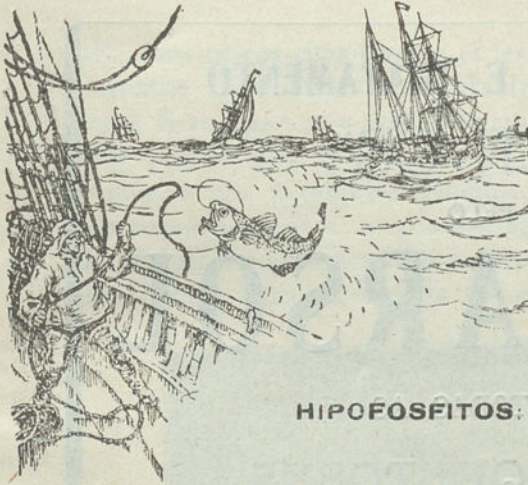
lial et son influence sur le métabolisme crée une prédisposition qui est à la base de cette maladie.

6. Comme sixième type de la cirrhose, en même temps que le troisième qui aime se présenter comme cirrhose à gros grains hépatiques, il faut placer la *cirrhose consécutive à l'atrophie jaune* surtout à forme traînante et chronique. Parce que les pertes de substance hépatique sont souvent considérables et bien que des zones assez larges puissent rester indemnes, le volume du foie est *petit*, parfois même extrêmement petit, tandis que les parties

bien conservées et hypertrophiées peuvent dépasser encore les dimensions des grains que l'on observe dans les types précités. Ces vastes régions où le squelette vasculaire isolément conservé dans l'atmosphère fibreuse augmentée et offrant des restes minimes de pseudocanalicules, domine seul à travers les champs de vue, sont une autre spécialité de l'aspect anatomique (fig. 5). Cependant il faut se garder de ne pas confondre cette cirrhose par réparation et hypertrophie noueuse de l'atrophie jaune avec les cas où une ancienne cirrhose de Laennec se termine brusquement par une atrophie jaune. Ce type de cirrhose atteint encore volontiers les personnes jeunes voire même des enfants. Le passage de l'atrophie jaune en cirrhose s'explique par le ménagement relatif des grandes parties du foie et par une participation du stroma, à la lésion primordiale et à la prolifération réparatrice.

Nous passerons en silence les tableaux cirrhotiques en foyers qui se dessinent parfois largement dans les infections histologiquement spécifiques du foie: le lymphogranulome, la tuberculose, la syphilis, parce que la spécificité encore marquée leur donne une place et une note à part. Nous ne traiterons pas le problème à savoir si la tuberculose est capable de créer une cirrhose non spécifique, car ses cas sont rares en pathologie humaine. Nous finirons notre revue par les 3 types de cirrhose qui seraient *d'origine splénique* et *d'origine biliaire* et y adjoindrons les cirrhoses *zoonparasitaires*.

7. Eppinger a donné une vie et une impulsion nouvelles aux cirrhoses splénogènes formant le *septième type*, représenté par la forme du morbus Banti ou, pour mieux dire, le syndrome de Banti. On n'ignore pas que l'existence de cette maladie a été adoptée par les uns et contestée par beaucoup d'autres. Un syndrome pareil se présente en effet, mais tous les traits spéciaux n'ont rien de significatif. Il s'agit de savoir si une cirrhose survient ou s'associe à une affection qui concerne d'abord et essentiellement les 2 autres organes filtres du sang, la rate et la moëlle. Dans les cas de Banti que le médecin ou le chirurgien nous ont fait examiner, nous avons en vain attendu le stade cirrhotique. Par contre, je tiens à mentionner un cas où l'anémie pseudo-leucémique de Jaksch sous l'apparence d'une leucémie congénitale se montra associée à une cirrhose ictérique chez un nouveau-né (fig. 6). Nous soutenons, parce que la syphilis pouvait être ex-



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio de ferro, de quinina e de estricnina

D O S E S :

Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

LASA para as doenças das vias respiratórias.

Outras especialidades: **TONICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GÓTAS F. V. A. T.: Potente antiespasmódico.

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



Laboratório de Preparados Dermatológicos

J. Caballero Roig

Rocafort, 135 - Telefone 31031 - Apartado Concas 710 - BARCELONA

SULFURETO - Cura a SARNA em 10 minutos, tempo que se demora em efectuar uma fricção.

DEPURATIVO INFANTIL - (Sabor agradável). Eficaz nas erupções e doenças de pele das crianças.

GÓTAS DEPURATIVAS - (Antiarpéticas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afecções cutâneas dos adultos.

PASTA POROSA DERMATOLÓGICA - Antiséptica, absorbente dos exudados e cicatrizante rápida - Recomendada para queimaduras.

LIXALINA - Para as inflamações da epiderme, comichões das doenças eruptivas.

Todos estes preparados foram premiados com a Medalha de Ouro na Exposição Internacional de Barcelona em 1929.

Depositários Gerais para Portugal: - **Pestana Branco & Fernandes, L.da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

PROFILAXIA E TRATAMENTO
"PER OS"
PELO
STOVAR SOL

DE TODAS AS
ESPIROQUETOSSES,
DISENTERIA AMIBIANA,
PALUDISMO

Tratamento arsenical dos
estados de anemia e de astenia

Embalagem: Em frascos de 28 comprimidos doseados a 0 gr. 25
— 70 — — 0 gr. 05
— 200 — — 0 gr. 01

O emprego do STOVAR SOL deve ser feito sob a vigilancia do Médico

Société Parisienne d'Expansion Chimique
Marcas POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
86, Rue Vieille du Temple — PARIS - 3 •

Representante — **CARLOS FARINHA**
Rua dos Sapateiros, 30, 2.º — LISBOA

clue dans ce cas chez l'enfant et les parents, qu'il y a à côté de l'hépatite syphilitique encore d'autres cirrhoses congénitales. Du reste, Berblinger en a publié un autre cas. Dans notre cas, la fillette décédée peu de temps avant l'accouchement faisait voir à l'autopsie une hydropisie générale, une diathèse hémorragique, une rate énorme de 70 gr., un foie également augmenté de volume, de 180 gr., un gros placenta de 810 gr. Dans le sang, le nombre des éléments nucléés, dans la rate et dans la moëlle osseuse l'ery-

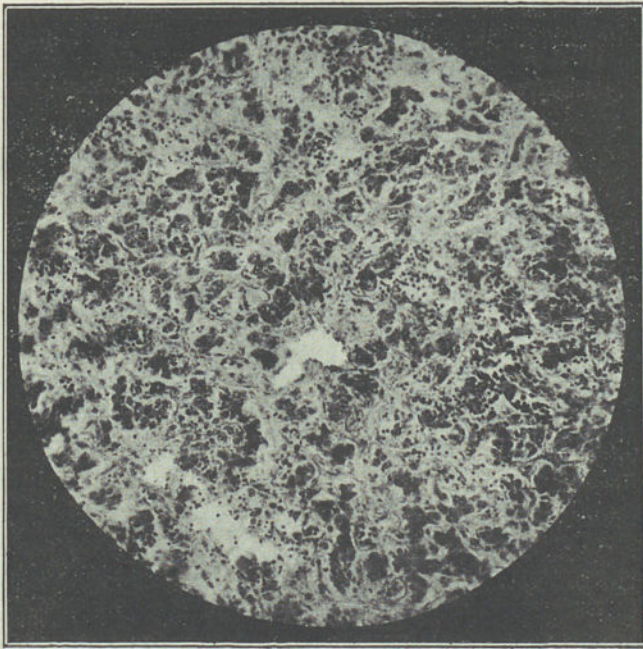


Fig. 6. — Cirrhose congénitale chez un enfant nouveau-né avec anémie megalosplénique (Jacksch-Hayem)

throblastose et leucoblastose étaient extraordinaires, tandis que la thrombopoëse y était en défaut. Le foie riche en cylindres ictériques dans les capillaires biliaires et en hémosiderine faisait voir une cirrhose diffuse inter et intra-lobulaire avec persistance de foyers hémopoïétiques. Ajoutons encore que nous sommes de nouveau en présence d'une maladie familiale, car un enfant né plus tard montra la même affection générale mais sans lésion cirrhotique. On pourrait peut-être ranger à côté de cette maladie, le

cas de leucémie myéloïde chronique avec cirrhose chez l'adulte, rapporté par Roessle dans son traité sur la cirrhose (p. 484).

8. D'une portée pratique plus grande est *le huitième type*, la *cirrhose biliaire*: Deux notes concordantes s'harmonisent ordinairement dans ce groupe: l'origine chologène et l'ictère comme symptôme consécutif. Nous allons retenir que toute affection des canaux biliaires ne conduit pas à l'ictère et ne retentit pas forcément sur le foie. Pour provoquer une cirrhose chologène il est

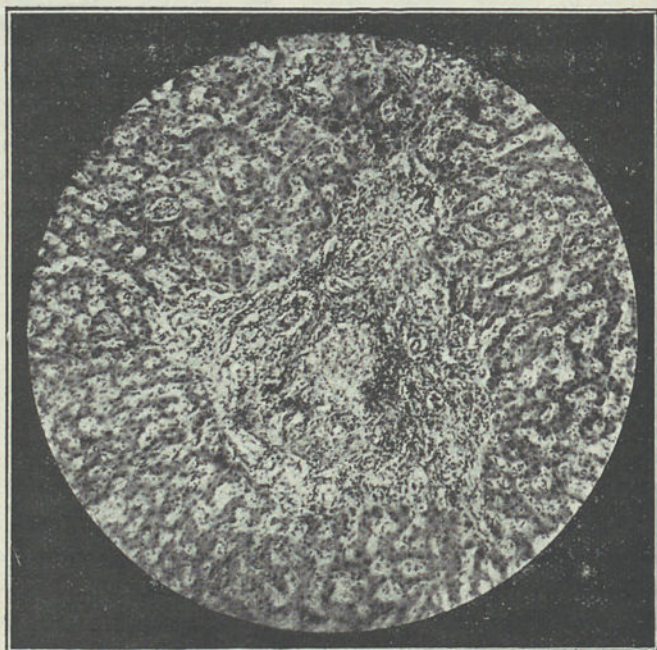


Fig. 7. — Cirrhose biliaire

indispensable que l'état pathologique des conduits biliaires atteigne le domaine hépatique, soit la cellule hépatique, soit l'espace peri-cellulaire et intra-lobulaire qui embrasse les produits de la sécrétion interne et externe du parenchyme. On peut donc préciser que c'est moins la cholangite ou cholangiolite pure que la pericholangite qui porte atteinte à l'intégrité du foie. Voilà le type des cirrhoses où les microbes, qui peuvent arriver dans le courant biliaire par voie enterogène ou hématogène, ont leur mot à dire. On discute toujours sur la question de savoir si, par exem-

ple, la stase biliaire par obstacle, sans infection, peut engendrer une cirrhose. Les expériences faites sur les animaux donnent une réponse différente suivant l'espèce d'animal employée à la ligature du cholédoque. En pathologie humaine on hésite, mais on croit pouvoir admettre (Roessle) un certain degré de cirrhose par stase biliaire parce qu'on la voit se déclarer après une stagnation biliaire apparemment stérile qui ne peut durer longtemps sans tuer l'individu par cholémie. La bile blanche nous a donné comme à Naunyn des cultures microbiennes positives. En tout cas l'altération des terrains hépatiques est plus menaçante lorsque l'affection des voies biliaires ajoute au facteur auto-toxique de la bile l'effet des toxines ou endotoxines microbiennes. La cholangite purulente des gros et petits canaux biliaires peut s'arrêter en cicatrices circonscrites, mais les microbes atteignent souvent et surtout avec le concours des espaces lymphatiques pericapillaires les cellules hépatiques qui seront dissociées et nécrosées. Dans ces foies verts et fermes à surface lisse et traversée par des trainées fibreuses, au microscope riches en lympho ou leucocytes, on trouve la cholangite à l'oeil nu par le contenu pathologique des canaux dilatés (soit bile purulente ou grumeleuse ou contenant des concrétions intrahépatiques) ou la peri-cholangite s'impose dans l'image histologique comme centre des rayons fibreux qui s'irradient jusqu'à l'origine des capillaires biliaires remplis eux mêmes par la boue biliaire solide (fig. 7). Notons en passant qu'à cette place il fraudrait classer la cirrhose hypertraphique de Hanot si l'on est convaincu de l'existence de cette maladie. L'épithélium des canaux biliaires peut proliférer dans les cirrroses biliaires sans manifester une tendance à la malignité qui est plus accusée dans le type suivant :

9. Nous tenons en effet à réserver une place spéciale aux *cirrroses zooparasitaires*, à ces cirrroses qui sont dues aux parasites animaux spécialement aux vers *trématodes*. Nos champs d'activité à Koenigsberg et à Genève, nous ont successivement appris à séparer les deux représentants différents de ce type : La cirrhose consécutive à des trématodes hermaphrodites logés dans les canaux biliaires (*fasciola hepatica* et *opisthorchis felinus*) et les autres provoquées par les schistosomes japonais ou de Manson ou plus particulièrement par leurs oeufs. Suivant le nombre et la diffusion des éléments parasitaires le processus cirrhotique

se réalisera ou l'infection zooparasitaire restera circonscrite pour les trématodes hermaphrodites aux parois des canaux biliaires, pour les schistosomes à des îlots du tissu interlobulaire. Dans les cas des distomiasés la cholangite s'accompagne presque toujours d'une prolifération abondante des canalicules et de leurs glandes (fig. 8) ce qui se terminera parfois par un carcinome. Dans l'infection par les schistosomes nous avons attiré dernièrement l'attention sur l'importance des cirrhoses hépatiques à larges ban-



Fig 8. — Cirrhose zooparasitaire par *Distom. Felineus*

des fibreuses et bien vascularisées qui contiennent jusqu'à la capsule fibreuse des oeufs (fig. 9) qui, déposés par les femelles et arrivant par voie sanguine, peuvent être enveloppés par une sorte de pseudotubercule. Cette cirrhose a jeté un jour nouveau sur certaines formes de splénomégalie dont la nature étant restée mystérieuse par le fait que les oeufs ne se trouvaient pas dans la rate.

Voilà le long registre des cirrhoses hépatiques comme il se présente actuellement à nos yeux. Mais les études que nous avons

entreprises m'engagent à vous prier, Messieurs, de me suivre encore sur le terrain de deux autres questions de la pathologie des cirrhoses.

III. *Les modifications des voies biliaires dans les cirrhoses.*— Nous avons apprécié la cirrhose biliaire, mais j'ai tenu à souligner la nécessité de la séparer de la cirrhose à affection biliaire secondaire. Naunyn qui ne croyait pas à la réalité de la cirrhose

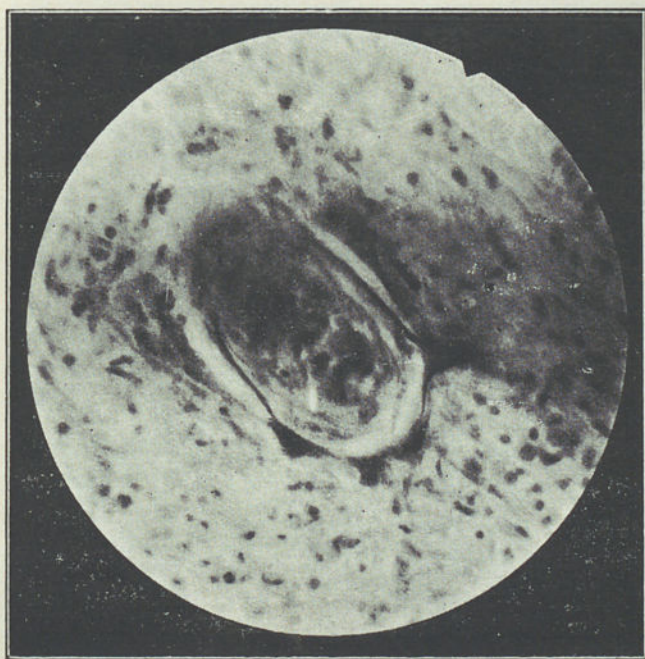


Fig. 9. — Cirrhose zooparasitaire. Oeuf de schistosome de Manson

biliaire explique théoriquement l'ictère dans la cirrhose par une cholangite survenue à la suite de la cirrhose. Les documents ont manqué longtemps à ce sujet. Mais déjà depuis 1915, j'ai rendu compte des trouvailles que j'ai faites dans les voies biliaires et surtout dans la vésicule des cirrhotiques. J'ai continué ces études dès lors, en partie avec le Docteur G. Lemmel et voilà ce que j'ai constaté. On a parfois supposé qu'il y a des rapports entre l'affection hépatique et la calculose biliaire, mais on n'a donné aucune précision. Nous allons voir qu'il y a une calculose qui est

pour ainsi dire propre à la cirrhose hépatique et l'intérêt particulier c'est que l'on peut poursuivre son origine jusqu'à la genèse microscopique de cette lithiase. J'ai mentionné les microlithes que l'on rencontre dans la bile soit comme corpuscules seuls, soit à côté du calcul qui en dérive : calcul noirâtre souvent muriforme et multiple de bilirubinate de chaux. Examinons d'abord les *microlithes* (fig. 10). Ils se trouvent en exemplaires isolés jusqu'au cas où l'on voit à l'œil nu une espèce de poussière noirâtre dans la



Fig. 10. — Microlithes dans la bile

bile visqueuse. Ils montrent un beau dessin pittoresque, régulier à structure concentrique, parfois encore à striation radiaire et sont réfringents à cause de leur calcification progressant vers la périphérie, mais chose intéressante, biréfringente au Nicol. Ils sont dans la règle colorés par la biliverdine depuis le vert délicat jusqu'au vert foncé et même noirâtre. Il y a des cas où tous les microlithes sont incolores, par exemple dans l'hydropisie de la vésicule, et alors leurs formes sont un peu différentes des autres comparables à celles des citrons, de fuseaux, etc. Il faut donc

conclure que le début de ces microlithes n'est pas un dépôt de pigment, mais une matière organique. Nous avons en effet rencontré dans certaines biles troubles des corpuscules homogènes ronds et brunâtres dans lesquels la striation commence à se faire voir et dont la masse albuminoïde se colore en rouge ou violet méthyle comme les substances amyloïdes. Voilà le début des sphérolithes. De même que les embryons de calcul de bilirubinate de chaux ne renferment pas de cholestérine, leurs macroti-

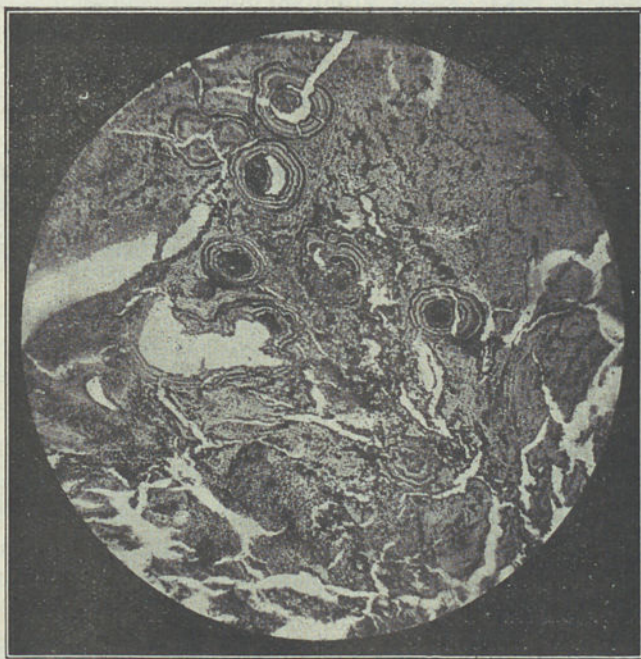


Fig 11. — Microlithes inclus dans un calcul de bilirubinate de chaux

thes, c'est à dire les concrétions de bilirubinate de chaux n'en contiennent pas non plus. Il est intéressant de constater que la teneur en chaux des concrétions de bilirubinate varie, ce que l'on voit facilement par la radiographie des calculs. Il est plus intéressant encore de voir au microscope comment les microlithes contribuent à la construction des calculs (fig. 11). Une délcacification prudente et des coupes très fines des concrétions noires font voir surtout dans les zones périphériques, que les microlithes jaune-brunâtres en nombre, sont soudés entre eux par une masse

cimentaire brune ou verte, homogène ou granuleuse et toute cette masse s'est imprégnée ensuite de sels calcaires. Il y a des images qui nous poussent à admettre que les microlithes peuvent être creusés plus tard par des pores et se désorganisent progressivement au cœur des calculs. Mais il se peut que les concrétions de bilirubinate de chaux s'édifient d'une masse qui n'ait jamais renfermé des microlithes. Nous avons donc conclu il y a 15 ans, que des rapports génétiques existent entre nos microlithes et la forme spéciale des calculs biliaires qui est représentée par les bilirubinate de chaux. L'examen microscopique en a apporté une nouvelle preuve et en même temps nous a fait ressortir le rapport existant entre les deux produits, microlithes et macrolithes et les maladies hépatiques, en particulier les cirrhoses hépatiques. Nous avons trouvé dans une première série d'observations, parmi 21 cas de cirrhose, 15 fois des microlithes et 9 fois des calculs de bilirubinate, dans une deuxième série examinée avec le Docteur G. Lemmel sur 62 cas de cirrhose, 9 fois des microlithes et 21 fois des calculs de bilirubinate. Ces calculs ne se rencontrèrent pas dans les foies gras cirrhotiques mais à peu près dans la moitié des cas de cirrhose de Laennec et des cirrhoses pigmentaires. On les constate aussi parfois dans des foies non cirrhotiques, mais une table synoptique vous fera remarquer que ces calculs ne se voyaient pas dans les foies de poids normal, dans lesquels les calculs mixtes ordinaires, sont en pourcentage élevé. Notons qu'au Japon on a également constaté une abondance des calculs de bilirubinate de chaux et un grand nombre de cirrhose. Récemment Mr. Hammar m'a informé qu'il a pu se prononcer dans le même sens pour son matériel d'Amsterdam.

Nous avons procédé à un examen chimique de la bile et à un examen histologique des voies biliaires pour mieux comprendre la pathogénie des microlithes et calculs de bilirubinate. Voici notre résultat: au point de vue microscopique on peut dépister le début des formations primordiales microlithiques depuis les canalicules biliaires interlobulaires, mais on peut en trouver en nombre dans la vésicule où ils pourraient naître ou s'entasser. La forme des calculs en tige s'expliquerait bien par leur formation dans des canalicules. Au point de vue chimique la teneur de la bile en cholestérine n'offre rien de particulier, mais sa teneur

LISBOA MÉDICA

Termómetros Clínicos "Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismaticos de 11 e 13 centimetros de 1 minuto e de 12 centimetros de 1/2 minuto.

Representantes para Portugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

Gotas Sanguineas ROYEN

PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRAUES

Doses: 8 gotas antes de cada refeição, diluidas em agua ou vinho

Depositarios para Portugal e Colonias: *Gimeres-Salinas & C.ª* Rua Nova da Trindade, 9, 1.ª Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

PILULAS OPOBYL PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhoses, Angiocholites e Choleccystites,*
Lithiasis biliares, Enterocolites,

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoidarios.

COMPOSIÇÃO

Extracto hepatico Saes biliares
Boldo e Combretum Rhamnus,
Podophyllo e Evonymina

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

*Cholagoga, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do figado
e dos intestinos.*

MODO DE EMPREGO Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8º)

Rivanol

Soberano
antiséptico
chimiote-
rapêutico
superficial
e profundo.

Alto poder bactericida sobre os coccus pyogenicos — estreptococcus, estafilococcus e gonococcus.

Embalagem original: Frascos de 10 e 25 gr.
Tubos de 20 comprimidos a 0 gr. 10 cada um.

Rivanoletas

Específico contra a dysenteria amibiana, com propriedades espasmolíticas e anestésicas, para o tratamento pela boca.

Embal. orig.: Caixas de 30 capsulas de 0,025 gr. (adultos).
» » 30 Rivanoletas a 0,008 gr. (crianças).

Para o
tratamento
por clyste-
res:

Rivanol

Granulado

Actua da
mesma forma favorável em outras infecções intestinais.

Embalagem original: Caixas de 10 tubos com 1 gr. cada.



Bayer - Meister Lucius

Secção Farmacéutica Científica

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

LEVERKUSEN

(Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO

AUGUSTO S. NATIVIDADE — Rua dos Douzadores, 150, 3.º — LISBOA

en chaux peut être élevée. Pour comprendre la flocculation et le dépôt du matériel albuminoïde qui représente le squelette organique des microlithes il est permis de penser à un trouble de l'équilibre des colloïdes dans la bile. Le matériel qui vient troubler cet équilibre peut provenir des cellules hépatiques altérées ou des parois des voies biliaires. Quant aux cellules hépatiques il n'est point besoin de souligner la maladie hépatique. Quant aux parois des canaux et vésicule biliaires nous avons constaté que dans 24 cas de calculs de bilirubinate de chaux, 15 ont fait voir des modifications inflammatoires dans les canaux intrahépatiques, extrahépatiques ou dans la vésicule biliaire, dans leur paroi y compris les glandes muqueuses et le tissu ambiant. L'examen bactériologique de bile dans 4 cas avec nos calculs ou microlithes n'a fourni qu'une seule fois un résultat positif. (*B. Coli* et streptocoques). L'inflammation n'étant pas très active le rôle des microbes ne l'est pas non plus. Mais l'infection n'est pas indispensable, car Ross, Mc. Master et Drury ont reproduit chez des chiens lors d'une intervention chirurgicale dans la bile ordinairement stérile des calculs avec microlithes comparables aux nôtres, sans connaître notre publication antérieure. Il y a encore un point très intéressant dans les rapports que je signale entre micro-macrolithes et cirrhoses, un point qui nous ramène à la question palpitante étiologique.

IV. *Cirrhoses hépatiques et le cuivre.* — Depuis 1865 on sait, et on l'a confirmé depuis lors à maintes reprises, que les calculs de bilirubinate contiennent du cuivre. Parmi les questions étiologiques qui nous passionnent le plus dans le problème des cirrhoses il y a surtout deux poisons qui sont à l'ordre du jour: L'alcool depuis toujours et le cuivre depuis les études de Mallory, de moi-même et de mes collaborateurs. Quant au fond du problème des intoxications et de leurs conséquences il ne faut jamais oublier qu'un poison n'est pas une valeur pathogène absolue mais que certains poisons sont efficaces pour une espèce d'animaux et moins ou pas du tout, pour une autre, qu'il y a en outre des prédispositions individuelles et même d'organes suivant l'individu. Le rôle étiologique des boissons alcooliques dans les cirrhoses ne saurait être contesté d'une façon générale mais on objecte toujours et non sans raison, que l'on se heurte à cet égard à des

difficultés. D'abord les buveurs notoires d'alcool (tel que l'eau de vie) ne montrent souvent à l'autopsie qu'un foie gras ou gras légèrement cirrhotique. (Orth et d'autres). Nous estimons que ces personnes succombent parce que leur système nerveux ne peut pas résister, que le délirium, la névrite, leur prédisposition à la pneumonie ou à d'autres infections les tuent, avant que la cirrhose ait eu le temps de se développer. Mais la cirrhose ne doit pas forcément se manifester chez les buveurs car ils périssent parfois avec des foies intacts. Cela peut tenir à la composition des liquides alcooliques qu'ils absorbent, en évitant l'alcool méthylique, des essences toxiques et d'autres substances accessoires nuisibles. En outre, l'énergie du travail corporel joue son rôle, car un travail physique considérable contribue à brûler les substances en question. Enfin nous avons toujours insisté sur le fait que l'alcoolique est un bon exemple de la signification de l'importance de la constitution, du terrain; l'organe faible devient victime de l'intoxication alcoolique et il est fort probable que le foie se comporte comme les autres organes qui ont une fonction plus ou moins active suivant les familles et l'individu. Dans cet ordre d'idée on a cité les cirrhoses de l'enfance, les cirrhoses de Wilson, ce qui n'est pas un document sûr. Roessle relève la rareté des cirrhoses chez les asthéniques soit les leptosomes en ajoutant que se serait plutôt le tempérament qui leur manque pour devenir cirrhotique. Notons que les expériences sur les animaux font également ressortir une prédisposition individuelle du foie après introduction de poisons variés dans leur corps. Quoiqu'il en soit, il faut admettre que même pour les cirrhoses de Laennec l'alcoolisme ne suffit pas toujours comme facteur étiologique. Lorsqu'en arrivant à Genève, j'ai constaté le nombre considérable de cirrhoses, je fus poussé à chercher d'autres facteurs étiologiques que l'alcoolisme et voyant le sulfatage des vignobles, je me suis décidé à examiner la question de savoir si le cuivre pouvait avoir une influence toxique sur le foie, cet organe étant chargé avant tout de l'élimination des métaux. Je m'en suis entretenu avec mon Collègue Michaud de Lausanne qui fit de cette question un sujet de discussion dans la Société Médicale Vaudoise (1916) où des opinions contradictoires se firent entendre. L'excellent chirurgien Roux s'exprima d'une façon sympathique au rôle pathogène du cuivre. Moi-même je procédai de deux ma-

nière: 1.^o en faisant faire des expériences sur les animaux auxquels je fis absorber des sels de cuivre, 2.^o en faisant procéder à des analyses chimiques de foies cirrhotiques d'hommes afin d'être renseigné sur leur teneur en cuivre. En 1925, Mallory a bien voulu m'adresser un article où il soutenait que la cirrhose pigmentaire serait due à une intoxication par le cuivre ingéré avec des aliments acides cuits dans des casseroles de cuivre, par des boissons distillées dans des tuyaux de cuivre, chez les ouvriers d'usine, par des poussières de cuivre. Mallory déclara avoir provoqué une cirrhose chez les lapins ayant mangé pendant des mois de l'acétate de cuivre. Ces assertions n'ont pas été confirmées par d'autres auteurs.

Quant à la teneur supérieure en cuivre des foies cirrhotiques, Mallory n'avait pas obtenu un résultat positif. J'ai prié, en 1924, le Prof. Cherbuliez, avant l'apparition des travaux de Mallory, d'examiner un cas de cirrhose pigmentaire (490/24) et ce chimiste me donna un résultat net; le foie contenait 80 mgr. de cuivre par kilog. de substance hépatique, donc plus que la moyenne ordinaire indiquée par Weitzen, laquelle serait de 10-13 mgr. cuivre par kgr. Encouragé par ce résultat, j'ai engagé Mr. Adrianoff à analyser la teneur en cuivre dans 21 cas de formes variées de cirrhose et nous avons constaté que dans beaucoup de cas de cirrhose la quantité de cuivre dépasse le chiffre habituel. J'ai communiqué (1927) oralement notre résultat à Mr. Aschoff qui fit faire ensuite dans son Institut des analyses analogues par Schœnheimer et Oshima; ces derniers trouvèrent un excès de cuivre uniquement pour la cirrhose pigmentaire. Mais dernièrement ils nous ont informé que des résultats analogues avait été confirmés dans d'autres cirrhoses. Notons que Mr. Adrianoff a travaillé d'après la méthode électrolytique, tandis que Schœnheimer et Oshima employèrent une méthode colorimétrique. Afin d'avoir un contrôle de plus, j'ai invité notre assistant-chimiste Mr. Ansbacher à procéder à de nouvelles analyses d'après une troisième méthode, sa nouvelle volumétrique à l'acide nitroso-chromotrope. Il a constaté que sur 12 cas de foies non-cirrhotiques d'adultes, la teneur en cuivre variait à Genève entre 0,6 et 9,9 mgr. par kgr. et que parmi 22 cas de cirrhose du foie, entre 2,9 et 85,6 mgr. par kgr. Il y avait 14 cas qui ont dépassé la limite supérieure de la teneur en cuivre des foies non

cirrhotiques. Dans une publication récente A. Vogt. *Schweiz. med. Wschr.* N.° 4, 1930) cite un cas de cirrhose de Wilson où le chimiste le Prof. Karrer a trouvé 290 mgr. de cuivre par 1 kgr., chiffre énorme qui dépasse toutes les trouvailles antérieures. Nous concluons que dans la cirrhose hépatique le cuivre s'entasse, l'organe malade n'étant plus capable de se débarrasser de ce métal peut-être même apporté en dose augmentée. Une certaine élimination continue car nous avons insisté plus haut sur la présence de cuivre dans les calculs de bilirubinate. Mais une question plus importante s'impose: à savoir si cette rétention de cuivre, entretient ou provoque les cirrhoses. Depuis 1923, j'ai fait ainsi que mes assistants, des expériences sur les animaux avec des tartrates, des citrates de cuivre ou du cuivre colloïdal, dont les résultats ont été faibles ou nuls. Cependant, la situation a changé l'année passée (1929) lorsque Mr. Adrianoff a nourri dans mon Institut des rats avec des pâtées (riz et maïs cuits) auxquelles il ajoutait du sulfate de cuivre. Dans un groupe de 4 rats, un animal est mort 2 mois et demi plus tard en ne présentant que des lésions des cellules hépatiques et des cellules de Kupffer. Les 3 autres sont morts au bout de 9 mois et demi et 14 mois et demi, montrant des degrés variés mais nets de cirrhose vérifiés au microscope.

Dans une deuxième série de 7 rats nourris avec cuivre et alcool dans les pâtées, 2 animaux morts au bout d'un mois, et 2 morts 11 et 12 mois après le début de l'expérience ne présentaient pas de cirrhose, par contre, les 3 autres morts après 4 mois, 4 mois et demi et 10 mois et demi montraient des cirrhoses, le dernier avec formation de pseudo-lobules. On n'a jamais constaté chez ces animaux de cirrhose pigmentaire à hémosiderine. Notons que les rats nourris uniquement avec les pâtées sans cuivre conservaient leur foie intact. Il faut donc admettre que l'excès de certains sels de cuivre dans l'alimentation peut favoriser ou, dans des conditions appropriées, causer des processus cirrhotiques. On a du reste fait remarquer que des doses mêmes faibles de cuivre détruisent les vitamines dont le foie est le dépôt (Hess). Notre tâche ultérieure consistera donc à continuer les études sur le rôle du cuivre dans l'étiologie des cirrhoses humaines. D'après notre exposé antérieur, il semble presque inutile de souligner que ni l'alcool ni les métaux ne suffisent pour expliquer toutes les

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^A Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o LISBOA

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

SOLGANAL
INTRAVENOSO
SOLGANAL B
INTRAMUSCULAR

CHIMIOThERAPIA
MODERNA DAS
ENFERMIDADES
INFECCIOSAS

arthritis infecciosa (rheumatismo articular), syphilis, tuberculose, lepra, sclerose multipla, lupus erythematoso, febre undulans, psoriasis, etc.

com os NOVOS PREPARADOS ORGANICOS DE OURO de maxima eficacia e minima toxicidade SOLGANAL e SOLGANAL-B

exactamente estudados em ensaios chimiotherapicos em animaes e comprovados clinicamente durante varios annos.

6274-8503

Caixas com 1 amp. do pó em secco e 1 amp. do dissolvente, em doses de 0,01, 0,05, 0,1, 0,25, 0,5 e 1,0 gr.
(Doses I-VI)

Amostras e litteratura á disposição dos Senhores Medicos
SCHERING-KAHLBAUM A. G., BERLIN

Os nossos concessionarios:

SCHERING LIMITADA,
Rua Vitor Cordon, 7, Lissabon.

formes de cirrhoses. Les progrès réalisés ces temps derniers ont avancé certains problèmes des cirrhoses du foie. Nous croyons que ces progrès seront plus solidement établis et encore amplifiés lorsque l'examen se fera simultanément avec la collaboration des savants de nombreuses nations. J'ai proposé pour cette raison de mettre les cirrhoses hépatiques à la tête du programme scientifique que s'est imposé la Société Internationale de Pathologie Géographique. Je suis heureux de savoir que nos excellents collègues du Portugal nous prêteront leur concours si précieux. Je tiens surtout à remercier mon Cher Collègue, Monsieur le Prof. Parreira, de Lisbonne, qui veut bien nous favoriser par sa collaboration inestimable dans les problèmes qui seront choisis pour l'analyse méthodique dans notre Société Internationale.

ASPECTOS ARTERIOGRÁFICOS NUM CASO DE TUMOR DA GLÂNDULA PINEAL E TUBÉRCULOS QUADRIGÊMEOS

POR

EGAS MONIZ

No início dos nossos trabalhos sôbre a encefalografia arterial, ligámos, em especial, a nossa atenção aos deslocamentos do grupo silvico como podendo denunciar a existência de um tumor subjacente. Duas razões nos levaram para essa orientação. Primeiro, o ser constante a visibilidade do grupo silvico, que apresenta normalmente a mesma direcção e constituição similar. Em segundo lugar, as primeiras arteriografias não nos mostrarem nenhum dos aspectos encontrados mais tarde, no seguimento das nossas experiências, tais como: a visibilidade da circulação accessória de alguns tumores e a visibilidade da artéria cerebral anterior e dos seus ramos.

Pelo desvio do grupo silvico conseguimos fazer, até hoje, 18 diagnósticos de localização de tumores cerebrais, dos quais foram confirmados 13, não tendo sido operados os 4 restantes. Na fig. 1 apresentamos um exemplo de localização de um tumor temporal bem evidente pela deslocação, para cima, do grupo silvico.

A irrigação dos tumores pelo líquido opaco, isto é, a sua visibilidade directa, foi observada em 13 arteriografias. Dêsses casos, 9 foram verificados. Os quatro restantes não foram operados. Nas figs. 2 e 3 podem ver-se tumores cuja localização foi feita por êste processo e em que os sintomas clínicos não forneciam quaisquer elementos de diagnóstico.

Últimamente, procurando investigar a razão, da visibilidade nem sempre constante, da cerebral anterior, pudemos chegar a algumas conclusões que nos parecem ser da maior importância diagnóstica.

Quando existe um tumor de certo volume de um dos hemisférios cerebrais, aparece muitas vezes visível a cerebral anterior do lado oposto. O tumor impede, por compressão, a circulação regular e a comunicante anterior deixa de levar sangue dêsse hemisfério para o oposto por ter diminuído muito a pressão na cerebral anterior dêsse lado. Quando a carótida é injectada do lado oposto, como o sangue não vem do hemisfério onde existe o tumor, obtém-se, em geral, a visibilidade, não só do grupo silvico, mas também da cerebral anterior. A concentração do iodeto



Fig. 1. — Grande tumor do lobo temporal. Deslocação do grupo silvico (G. S.) para cima. A posição normal dêste grupo está indicada pela linha pontilhada.

deixa de ser abaixada pela mistura do sangue que nos casos normais vem pela comunicante.

Êste elemento de diagnóstico por visibilidade unilateral da cerebral anterior tem um certo valor.

Por vezes vêem-se nas arteriografias obtidas pela técnica da laqueação temporária da carótida interna (1) as cerebrais ante-

(1) Se injectarmos com velocidade a carótida interna, mesmo sem laqueação temporária, também se obtém a visibilidade da respectiva árvore arterial do cérebro. Nós preferimos, porém, a técnica da laqueação temporária.

riores dos dois lados. Êste facto, que a princípio quisemos apenas explicar por uma questão de técnica (injecção mais rápida) intrigou-nos durante muito tempo.

Hoje estamos convencidos de que o fenómeno da dupla visibilidade da cerebral anterior pode produzir-se, em casos muito excepcionais, por uma *anomalia cerebral*. Com efeito, a comunicante anterior é de calibre muito variável. Num estudo feito por D. Fernando de Almeida no Instituto de Anatomia Normal, de que é digno director o Sr. Professor Henrique de Vilhena,



Fig. 2. — Tumor (T) visível pela prova encefalográfica da pequena asa do esfenóide. O grupo silvico (G. S.) está muito elevado. Uma das artérias temporais (a temporal média) ficou em baixo, na sua posição normal.

vê-se que a comunicante anterior, por vezes de exíguo calibre, se apresenta em outros indivíduos muito grossa e até dupla. As duas cerebrais anteriores encostam-se, por vezes, e chegam mesmo a fundir-se num tronco comum para de novo se separarem.

A visibilidade da cerebral anterior deve existir sempre que a sua congénere do lado oposto não a inunde abundantemente de sangue durante a injecção do iodeto de sódio, de sorte a não fazer baixar a sua concentração além de 8 a 10 0/0. Mas estes casos derivados de uma anomalia anatómica da comunicante anterior (calibre muito reduzido) são bastante raros.

Uma razão de ordem patológica devia forçosamente existir para explicar a relativa freqüência da visibilidade da cerebral anterior dos dois lados.

Depois de longas observações, chegámos à conclusão de que uma forte dilatação ventricular, ou um tumor que comprima a comunicante anterior ou afaste as duas cerebrais anteriores, tornando difícil a passagem do sangue de uma para a outra pelo estiramento e adelgaçamento da comunicante, devia ser a causa desta dupla visibilidade. Os tumores da região central do cére-



Fig. 3. — Tumor (T) visível pela prova encefalográfica, na parte média do lobo temporal. O grupo silvico (G. S.) está muito desviado para cima. Extirpação pelo Dr. Amândio Pinto. Cura.

bro, por exemplo do III.º ventrículo, região da pineal e dos tubérculos quadrigêmeos, deviam estar nestas condições. Desde que alcançámos algumas provas da veracidade desta presunção, procurámos aproveitar os deslocamentos das artérias derivadas da cerebral anterior como elemento de diagnóstico.

A importância desta nova interpretação radioarteriográfica apresenta-se como das mais valiosas, porque os tumores das regiões centrais e inter-hemisféricas têm, em geral, uma sintomatologia clínica muito deficiente.

A cerebral anterior, que se dirige para a fenda inter-hemisférica e fornece, pela sua convexidade anterior, as artérias orbitárias e frontais anteriores, ajusta-se, logo a seguir ao corpo caloso

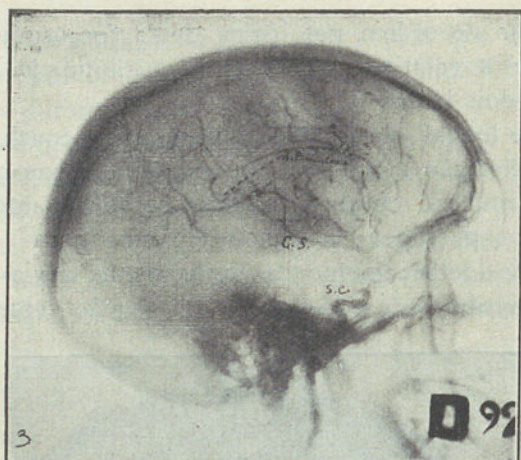


Fig. 4. — Artériografia à direita. Grupo silvico (G. S.) normal. Pèricaloza elevada na sua parte posterior. A linha pontilhada indica a sua posição normal.



Fig. 5. — Artériografia à esquerda. Tumor visível (T). O grupo silvico conserva a sua posição mais ou menos normal. Vê-se também dêste lado a pèricaloza igualmente elevada. A linha pontilhada indica a posição normal. Tumor da glândula pineal e tubérculos quadrigêmeos.

que contorna desde o joelho ao bordalete (artéria pèricalosa) caminhando em geral, no sulco que existe entre o corpo caloso e a circunvolução que o contorna, ou seja no chamado seio do corpo caloso. Muitas vezes na parte anterior a artéria caminha a uma certa distância por sobre a circunvolução do corpo caloso, indo depois procurar o seio caloso, onde se introduz para seguir até o bordalete ou *splenium*.

Nesse longo trajecto dá vários ramos para as circunvoluções da face interna do cérebro. Contorna-as e atravessa-as na parte

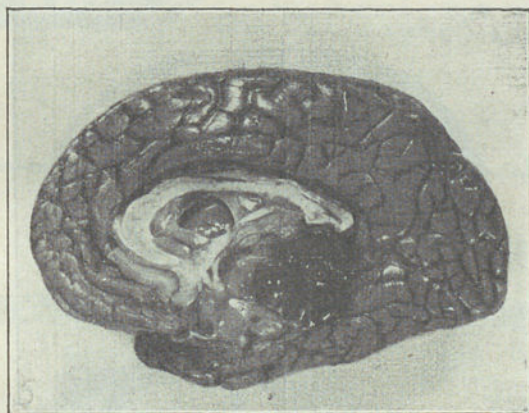


Fig. 6.—Tumor da glândula pineal elevando o *splenium* do corpo caloso. Corresponde às duas arteriografias anteriores.

superior indo irrigar uma faixa convexa da parte superior do hemisfério até a fenda calcarina.

Pretendem alguns anatómicos, e entre êles Latarjet, que a artéria cerebral anterior se termina no ramo que, à altura dos dois terços anteriores e do têrço posterior do corpo caloso, segue para a fenda caloso-marginal. Esta artéria dá ramos ao lóbulo quadrilátero e lóbulo paracentral, terminando por irrigar a parte superior e externa do hemisfério. A êste ramo deu Duret o nome de «artéria frontal interna e posterior». Latarjet denomina-o «parte terminal da cerebral anterior», aceitando a designação de artéria pèricalosa, de Foix e Hillemand, para o ramo que continua o seu trajecto contornando o corpo caloso no seu têrço posterior até o *splenium*.

Esta nomenclatura deve ser, em nosso entender, modificada. As artérias cerebrais devem tomar as designações anatómicas das regiões com que estão em contacto. De outra forma a anatomia dos vasos cerebrais, aliás pouco estudada pelos neurologistas e até pelos anatómicos, torna-se confusa e difícil. Não pode admitir-se a designação de Duret de *artéria frontal interna e posterior* dada a uma artéria que vai irrigar uma parte importante dos lobos frontal e parietal. Também não nos parece lógico que se chame artéria cerebral anterior, como quer Latarjet, a

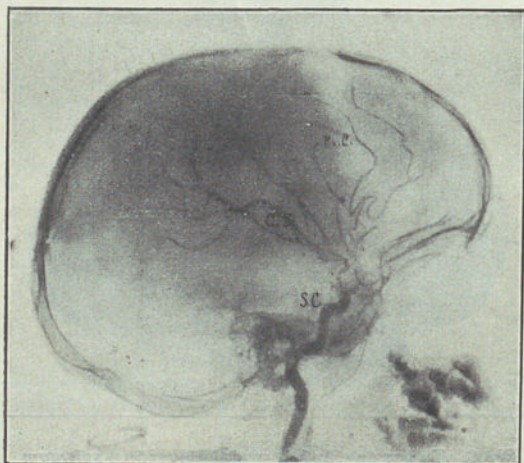


Fig. 7. — O grupo sílvico (G. S.) sobe e diagonal. A pèricalosa. (Per. C.) também elevada acompanha | quâsi paralelamente o grupo sílvico. Tumor do cerebello. Comprovado pela operação.

artéria que contorna o corpo caloso nos seus dois têtços anteriores e se dê o nome de pèricalosa ao ramo que a continua, acompanhando o têtço posterior do mesmò corpo caloso.

Agora, que a encefalografia arterial veio dar importância diagnóstica à circulação arterial do cérebro, carecemos de uma nomenclatura precisa e simples. E, assim, nós chamamos *artéria cerebral anterior* ao trajecto que vai da carótida ao Joelho do corpo caloso dando, neste percurso, as *artérias orbitárias e frontais anteriores*.

Chegada ao Joelho do corpo caloso, aloja-se a cerebral anterior no seio do corpo caloso, ou segue-o de perto, contornan-

LISBOA MÉDICA



Opothérapie Hématica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^l, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“
eregumil
Fernández

**Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas**

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

**Insubstituível como alimento nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeções intestinais. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago.**

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

FERNANDEZ & CANIVELL MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ-SALLINOS & C.^a
Rua Nova da Trindade, 9-1^o
LISBOA

Protargol

Na grande maioria dos casos de gonorrhœia, tanto nas formas agudas como nas chronicas, impõe-se sempre e sempre pelo seu valor o inexcêdível Protargol.

(Embalagem original: Frascos de 25 gr.

A fácil e pronta solubilidade do novo preparado

Protargol Granulado

satisfaz um desejo manifestado desde ha muito tempo pelos numerosos amigos do Protargol. Protargol Granulado facilita a rápida e comoda preparação de solutos de Protargol para uso immediato na hora da consulta.

Forma comercial: 1/2 Frascos de 30 gr.

Bayer-Meister-Lucius

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft,
Leverkusen (ALEMANHA)



do-o. Esta artéria passa a ter, para nós, como para Foix e Hillemand, a designação de *artéria pèricalosa* e vai desde o Joelho ao *splenium* do corpo caloso.

A pèricalosa dá, em geral, pela sua convexidade, três importantes ramos; *artéria frontal média interna*, *artéria frontal posterior interna* e *artéria fronto-parietal interna* (ramo terminal da cerebral anterior de Latarjet, artéria frontal interna e posterior de Duret). O seguimento da pèricalosa acompanha o corpo caloso até o bordalete. Os diferentes ramos, que enumerámos, em geral muito variáveis, pela extensão e importância, de indivíduo para indivíduo, formam, no seu conjunto, o que Foix e Hillemand designaram *artéria calosa-marginal* e que segue, com interrupções, no sulco do mesmo nome. As artérias cerebrais alojam-se, em geral, nos sulcos das circunvoluções. Quando uma termina, vem outra substituí-la. E, assim, nesse longo sulco caloso marginal vêem-se, na parte anterior, a frontal anterior interna, a seguir a frontal média interna e, por fim, a fronto-parietal interna. Êste conjunto de artérias que se continuam no mesmo sulco apresentam um certo aspecto de continuidade que justifica a designação de *artéria calosa marginal* dado a êste seguimento arterial.

Estas noções anatómicas são precisas para a boa compreensão das arteriografias, sôbre que vamos fazer algumas considerações a propósito do seguinte caso clínico:

Henrique S. G., de 34 anos, trabalhador, veio à consulta de Neurologia em março último. Fortes cefaleias, que começaram três meses antes, mais intensas na região occipital. Vômitos. Um mês depois do aparecimento das cefaleias, diminuição da visão e da audição. Quando o observámos pela primeira vez, estava quasi cego. A visão estava reduzida de 5/100 à direita e ainda era inferior à esquerda. A surdez, já então muito acentuada, progrediu rapidamente até se tornar completa.

Anamnese. — Não havia sífilis.

Motilidade. — Conservada. Marcha normal. Fôrça segmentária dos membros normal.

Reflexos. — Rotuliano direito abolido, esquerdo muito fraco, aquilianos abolidos dos dois lados. Tricipitais e radiais fracos à esquerda, abolidos à direita. Reflexos abdominais e cremasterianos normais. Plantares em flexão. Não havia sinais de vida piramidal.

Sensibilidades. — Superficiais e profundas normais.

Linguagem. — Normal.

Nervos cranianos. — I, normal. O doente sentia e identificava os aromas dos dois lados. II, forte estase papilar com hemorragias. No fim amaurose completa. VII, durante alguns dias, ligeira paresia facial do tipo central à direita. Desapareceu sem deixar vestígios. VIII, diminuição muito acentuada da audição no momento da sua entrada na enfermaria. Tempo depois, surdez completa.

Funções cerebelosas. — Normais. Nem vertigens nem nistagmo.

Perturbações psíquicas. — O doente insistia constantemente por urinar sem ter necessidade de o fazer. A surdez e a amaurose impossibilitaram-nos de fazer um exame pormenorizado do seu estado mental. Pareceu-nos, contudo, que havia um acentuado *deficit* psíquico. O doente proferia frases um pouco bizarras e esteriotipadas. Na fase terminal, torpor e sonolência.

Análises. — Urinas normais. Líquido céfalo-raquídeo: tensão ligeiramente aumentada, albumina no limite do normal, Pandy + — — —, linfocitose 2 por mm³, Takata e Ara negativa, benjoim normal.

Fez-se-lhe a prova encefalográfica dos dois lados sem reacção do doente. A arteriografia à *direita* (fig. 4) é normal no domínio do grupo sílvico. Vê-se a cerebral anterior, a pericalosa e a calosa marginal.

A arteriografia à esquerda (fig. 5) mostra uma forte vascularização na metade superior do grupo sílvico, que conserva a sua posição normal. Vê-se, também, deste lado, a cerebral anterior e os seus ramos.

Nas duas arteriografias nota-se que a pericalosa está levantada na sua parte posterior.

Fizemos o diagnóstico apoiados, sobretudo, na forte vascularização encontrada no grupo sílvico à esquerda de *um tumor muito vascularizado, profundo, do hemisfério esquerdo, a altura da parte posterior do ventrículo médio*. Devia ser central, porque não só não deslocava o grupo sílvico de nenhum dos lados, como também levantava o *splenium* do corpo caloso. Julgamos que se tratasse de um glioma muito vascularizado.

A operação foi realizada a 28 de Março deste ano, pelo Dr. Amândio Pinto. Aberta a região têmporo-parietal, verificou-se que a dura não pulsava. Puncionou-se o cérebro em três direcções. De uma das vezes saíram umas gotas de um líquido citrino de provável origem ventricular. Resignámo-nos a fazer uma craniotomia decompressiva por impossibilidade de atingir a região do tumor. Cura operatória. Ligeiras melhorias nos primeiros tempos.

Em seguida, o doente piorou. Morte um mês depois da intervenção cirúrgica.

À autópsia verificou-se a existência de um grande tumor, muito vascularizado, da glândula pineal e tubérculos quadrigêmeos do tamanho de uma tangerina. Na fig. 6 vê-se a metade do tumor correspondente ao hemisfério direito.

Estava aderente à parede posterior do ventrículo médio e colocado sob o *splenium*.

O diagnóstico feito estava bastante exacto, a-pesar-de ser o primeiro caso que tínhamos desta região. Faltavam, por completo,

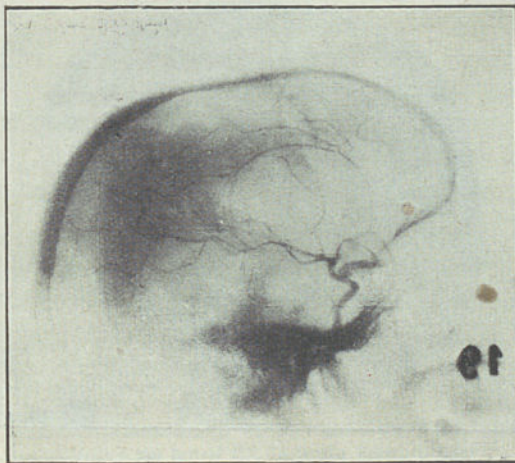


Fig. 8. — Tumor da hipófise. O sifão canotídico toma o aspecto de linha quebrada e a pèricalosa apresenta-se muito elevada na parte anterior.

sintomas clínicos de localização. O doente não apresentava nenhuma das desordens atribuídas a destruição da pineal. O mesmo podemos dizer dos tubérculos quadrigêmeos e regiões vizinhas.

O exame histo-patológico feito no Instituto Anátomo-Pathológico de Paris, pelo Prof. Ch. Oberling, mostrou que se tratava de um *ependimoma*.

O diagnóstico arteriográfico dèste caso, dos mais interessantes da nossa colecção, merece algumas considerações. A visibilidade do tumor pela vascularização observada à altura de um dos grupos sílvicos mostra um aspecto muito curioso da circulação dos tumores cerebrais.

A propósito dos meningiomas que podem ser diagnosticados pela prova encefalográfica, não só pelo que respeita à sua localização, mas também à sua espécie anátomo-patológica, fizemos notar que estes tumores, apesar de serem derivados das meninges, não têm apenas uma circulação proveniente das artérias meníngeas. Possuem também uma circulação acessória, talvez ainda mais importante, derivada de um dos ramos da carótida interna que se tornam visíveis nas arteriografias (fig. 2). No caso de outros tumores muito vascularizados (gliomas periféricos, astro-

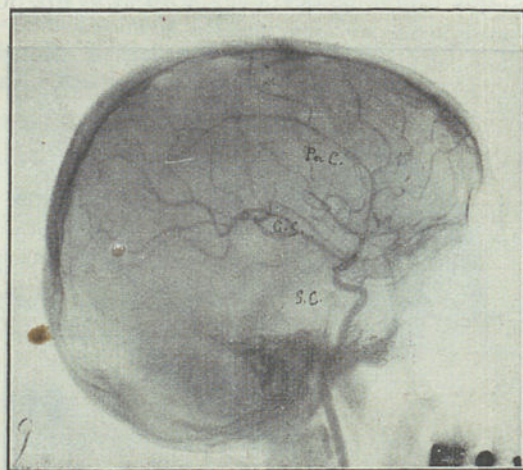


Fig. 9. — Tumor do III.º ventrículo a cuja altura parece haver uma pequena circulação acessória do silvico que mantém a sua posição normal. A pèricalosa fortemente elevada.

citomas, etc.), o aspecto da mancha arteriográfica é muito diferente. Vê-se uma forte dilatação arterial, bastante localizada, mas não se vêem os contornos do tumor (fig. 3). O mesmo se pode dizer da dilatação arterial da fig. 5. São duas categorias de tumores que a prova encefalográfica pode distinguir e diagnosticar.

No caso presente, vê-se que só um dos grupos silvicos forneceu vascularização abundante ao tumor (fig. 5) e, contudo, ambos estavam a igual distância da neoplasia. A primeira neoformação arterial fez estabelecer a circulação unilateral de um tumor central.

¿ Será também alimentado por vasos da cerebral posterior? Esta artéria só é visível à prova encefalográfica em casos de anomalia, quando a comunicante posterior não existe *de facto*, por estar reduzida a uma insignificante arteríola. Não é visível neste caso. Por isso, não podemos saber se também contribuiu para a vascularização do tumor, embora nos pareça pouco provável.

A vascularização dos tumores, e, em especial, dos tumores cerebrais, encontrou na arteriografia um elemento valioso de estudo.

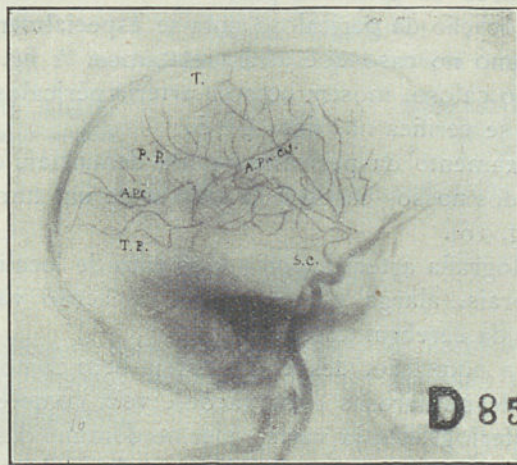


Fig. 10. — Abaixamento da pèricalosa (A. Per. Cal.) devido a um tumor (T) da fenda interhemisférica. Operado pelo Dr. Amândio Pinto. Extirpação, cura. As artérias temporal posterior (T. P.), da prega curva (A. P. C.) e parietal posterior (P. P.), que fazem parte do grupo sílvico, mantém-se na sua posição normal.

O valor diagnóstico da deslocação da pèricalosa e calosa marginal parece impor-se neste caso.

Os tumores do cerebello dão na prova encefalográfica um aspecto particular devido à forte dilatação ventricular que os acompanha. O grupo sílvico (fig. 7) sobe em *diagonal*. A pèricalosa, muitas vezes visível, devido principalmente à dilatação do III.º ventrículo, aparece deslocada na sua parte média, acompanhando, um pouco paralelamente, a direcção do grupo sílvico (fig. 7).

Os tumores de hipófise, diagnosticados muitas vezes no campo

arteriográfico pela transformação do sifão carotídeo, de curvas mais ou menos regulares, por uma *linha quebrada*, apresentam por vezes a elevação da parte anterior da pèricalosa por elevação do Joelho do corpo caloso (fig. 8).

Os tumores III.º ventrículo mostram uma elevação da pèricalosa visível dos dois lados (fig. 9) com os grupos sílvicos mantidos na sua posição normal. Êste aspecto apresentamo-lo sob reservas, por nos faltar a averiguação necròpsica.

Nos tumores da glândula pineal e dos tubérculos quadrigémeos, a deslocação da pèricalosa nota-se especialmente na parte posterior, como no caso que atrás relatamos. A fig. 6, em que se vê o corpo caloso, mostra como a artéria pèricalosa deve aparecer, o que se verifica nas figs. 4 e 5.

Um abaixamento da pèricalosa pode denunciar, como verificámos num dos nossos casos, a existência de um tumor inter-hemisférico (fig. 10).

A encefalografia arterial, como elemento de localização de tumores cerebrais, alarga o seu campo de acção valendo-se da rede arterial da cerebral anterior.

Esta nova aquisição, desde que esteja bem comprovada pela experiência de numerosas observações, vem completar a sintomatologia arteriográfica já vasta, quer no domínio das opacidades ligadas às neoplasias, quer nos desvios do sifão carotídeo, do grupo sílvico e até das alterações da coroideia anterior.

Os diagnósticos arteriográficos filiados nas alterações da pèricalosa e calosa marginal são mais delicados e de mais difícil interpretação. Carecem de um exame minucioso dos filmes e de excelentes arteriografias.

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DOS SARCOMAS DOS OSSOS

POR

CUSTÓDIO CABEÇA

Professor catedrático de clinica cirúrgica

LUÍS ADÃO
Professor auxiliar

e

BERNARDO VILAR
Assistente

(Continuação do número anterior)

ENDOTELIOMAS

(*Endoteliomas múltiplos dos ossos, de Zahn e Marckwald; sarcoma de Ewing; sarcoma central; sarcoma globo-celular; sarcoma encefalóide*).

Este sarcoma aparece nos ossos curtos das extremidades, nos ossos chatos da base do crânio e nas diáfises dos ossos compridos, poupando quasi sempre as epífises apenas invadidas num grau já muito avançado da doença. A neoplasia inicia-se na medula central e na dos canais de Havers por focos múltiplos, que a crescer se encontram e fundem, acabando finalmente por constituir um bloco único. A parte compacta do osso passa a ser reabsorvida ainda que irregularmente; em parte umas lâminas ósseas são destruídas e outras, pela pressão do tumor que irrompe da cavidade medular, entram a arquear-se. É nesta fase que a radiografia do endotelioma se assemelha muito à da osteomielite crónica (fig. 3). O perioste, empurrado pelas células neoplásicas acabando de perfurar a parede óssea parcialmente rarefeita e destruída, reage criando como que uma cápsula, que, se por algum tempo resiste, em breve se rompe permitindo assim ao tumor a faculdade de livremente se infiltrar pelos tecidos molles circunvizinhos (fig. 8). Um ou outro foco de calcificação irre-

gular também, às vezes, se verifica. Em certos doentes êste crescimento é fulminante, nem mesmo permitindo qualquer defesa perióstica, e por motivo de tal acuidade formam-se finalmente focos de necrose e de liquefacção com um conteúdo lembrando pus espesso.

A consistência dêstes tumores depende de várias causas e muito especialmente da irrigação, que influi na rapidez do crescimento e nas perturbações nutritivas. Um tumor de crescimento muito rápido pode adquirir então o aspecto de massa cerebral, disposto em lóbulos cercados por finas lâminas conjuntivas e tudo incluso numa pseudo-cápsula condenada, como já foi dito, a inevitável destruição. Era esta, quando muito, a fase que a velha patologia nos podia revelar, porquanto os aspectos anteriores (isto é, aqueles em que o endoteliomas e confunde com a osteomielite crónica) êsses só o raio X alcançou descobrir e esclarecer.

*

*

*

Estrutura. — Os endoteliomas dos ossos são constituídos por células mononucleadas pequenas, muito iguais — com um núcleo redondo, oval ou ligeiramente alongado, e com grânulos de cromatina espalhados. A haver nucléolos êstes são invisíveis. O citoplasma é pouco abundante. Mitoses muito freqüentes e rarisimas células gigantes legítimas, cuja existência a maioria dos anátomo-patologistas até mesmo contesta. Neoplasia de uma notável riqueza em células, que por vezes também se tornam poliédricas, mercê de compressão mútua. Estas células dispõem-se em tórno de abundantes vasos (arteríolas e capilares) constituindo parte integrante da estrutura da neoplasia. Há uma completa ausência do estroma intercelular, muito embora o protoplasma descorado possa levar à impressão de existirem as células mergulhadas numa substância intercelular como que edemaciada. Porque não existem células gigantes, ou sejam em percentagem mínima, como já foi dito, toda a osteólise é obra das próprias células tumorais. Encontram-se igualmente *plasmazellen* e linfócitos na periferia, o que facilmente faz lembrar o tecido de granulação inflamatório ou os mielomas.

A presença de vasos grandes e muito abundantes realiza a

variedade dos ângio-sarcomas, embora com o tipo acima descrito (fig. 4). Onde começa o endotelioma? Será no endotélio vascular (a disposição em tórno dos vasos nos canais de Havers isso sugere) ou provirá dos vasos linfáticos? É mesmo lícito poder pensar-se que o endotelioma dos ossos alguma cousa é mais que um simples tumor ósseo, visto haver focos múltiplos no mesmo osso, em ossos diferentes, nos gânglios linfáticos e também nas vísceras. Isto é: os considerados e chamados tumores metastáticos em alguns casos aparecem às vezes perfeitamente coetâneos da lesão primária. São sarcomas que infectam o organismo simultâneamente por via sanguínea e linfática; os gânglios regionais são tocados e os outros ossos, em especial os do crânio, são invadidos. As metástases vão preferentemente aos pulmões e raramente ao fígado. Repetem o tipo do tumor inicial, mas nunca formando osso verdadeiro.

*

* *

Estudo clínico. — É o endotelioma tumor de um difícil diagnóstico, talvez o mais embaraçoso e incompleto dentro de todas as variedades de sarcomas. São tumores raros, sem a menor possibilidade de biopsia, e na fase inicial confundindo-se facilmente com as osteomielites crônicas.

As suas características clínicas são as seguintes:

1) Mais freqüentes nos homens do que nas mulheres na proporção de 3 para 1;

2) Sendo um tumor central diferencia-se do mieloma por ser este mais comum dos 40 aos 50 anos, ao passo que o endotelioma aparece dos 5 aos 15 anos e muito raramente depois dessa idade. Ainda assim um doente com radiografia, que apresentamos, tinha 43 anos (obs. 1 — figs. 5 e 6);

3) As crianças atacadas são fracas, de ossos longos e delgados, ou então obesas e com deminutas secreções internas;

4) Os ossos são atacados pela seguinte ordem: ossos longos — tibia, peróneo, humero, cúbito e fémur; ossos curtos e chatos — clavícula, ossos da mão e do pé, costelas, vértebras e mais raramente maxilares e crânio;

5) A doença começa sempre pela diáfise e numa longa extensão;

6) Sendo o sarcoma osteogénico raríssimo em mais dum foco; no endotelioma é característica a multiplicidade — quer no mesmo osso, quer em ossos diferentes; não é só atingida uma vértebra ou costela, são muitas e ao mesmo tempo;

7) Um traumatismo, seguido de dor e de febre, marca muitas vezes o início da doença. A dor é inicialmente intermitente e exacerbada com a febre durante dias ou meses; o tumor aparece mais tarde e nessa altura a dor torna-se então permanente (obs. 3 e 4);

8) O exame leucocitário do sangue parece revelar também um estado inflamatório. As percentagens são normais, mas o número de glóbulos brancos ascende para 12.000 e 15.000. Mais tarde vem anemia;

9) A pele conserva-se intacta. Logo porém que se faça uma solução de continuidade, por aí irrompe uma fungosidade que sangra e nunca mais cicatriza;

10) A palpação mostra o osso duro, engrossado de volume e fusiforme;

11) Os gânglios regionais são invadidos;

12) São raras as fracturas espontâneas, ficando intactas as articulações, bem como as epífises;

13) As metástases fazem-se nos pulmões e no crânio e são raríssimas no fígado.

*

* *

Diagnóstico.—No estudo dos sarcomas dos ossos a radiografia da lesão é um elemento tão importante para o seu diagnóstico, que muitas vezes por êle só o poderíamos obter. Estão neste caso as radiografias dos mielomas, do sarcoma de células gigantes, do sarcoma osteogénico e dos sarcomas periósticos nas suas variedades interna e externa. No endotelioma não é assim; porque a semelhança, diremos mesmo até a igualdade, com a radiografia da osteomielite crónica é tal — que por vezes se torna impossível fazer a distinção.

Não nos sendo fácil uma fixação de diagnose pela radiografia, necessário se torna aproveitar o que o estudo clínico, o trauma-

tismo, a dor e a febre (evolucionando intermitentemente e, às vezes mesmo desaparecendo durante semanas e meses para depois voltar mais intensa e então permanente até a formação do volume com ausência de supuração) nos traga de esclarecedor. Se a localização se faz na diáfise dum osso comprido de um doente cuja idade oscile entre os 5 e os 15 anos, teremos assim elementos bastantes para pôr o diagnóstico. O exame histológico é de difícil interpretação e execução.

*

* *

Prognóstico. — E fatal num período de 5 meses a 3 anos.

*

* *

Tratamento. — No caso de lesão única e num só osso a dearticulação dêsse osso ou de todo o membro é o tratamento indicado; em casos de localização múltipla, havendo já metástases ganglionares ou pulmonares, poderemos recorrer ao raio X ou ao rádio, tratamento êste preferido pelos americanos. Com as radiações profundas o efeito é rápido e bom; mas as recidivas são freqüentes e com a agravante de serem refractárias a qualquer nova tentativa.

*

* *

As seis observações que apresentamos, e para as quais pedimos, por mero interêsse científico e para esclarecimento de sempre possíveis e angustiosas dúvidas, uma especial atenção são constituídas: as três primeiras por casos de endoteliomas dos ossos, cujo diagnóstico era permitido após análise adequada; a quarta do trabalho, *Bone Sarcome*, mostra-nos um caso em que o operador julgou tratar-se de uma osteomielite recidivante, diagnóstico a que o tempo opôs desmentido formal afirmando a natureza sarcomatosa do caso; a quinta é de um doente operado por Leriche (supomos até tratar-se de uma senhora portuguesa ida até Estrasburgo) e em que êste cirurgião, a-pesar-de pensar

inicialmente numa osteomielite, julga ter errado, aceitando a hipótese de um endotelioma de Ewing. Só a análise bacteriológica revelando estafilococos desfez o equívoco

A observação sexta (osteomielite subaguda do fémur direito) e que, como a 1.^a, 2.^a e 3.^a, foi por nós colhida, é igualmente uma prova nítida da embaraçosa confusão entre as osteomielites e os endoteliomas dos ossos.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I. — C. 2. A. B. — Bol. 1291-1922. Manuel G. C., 23 anos, Cardiga.

Em Outubro de 1919, indo em bicicleta caiu sobre a mão direita, onde fez uma grande equimose. Fica sofrendo e em 19 de Janeiro de 1920, três meses depois do traumatismo, entra neste serviço, onde lhe foi desarticulado o polegar com o diagnóstico de sarcoma.

O doente considera-se curado até Março de 1922; mas depois a mão começou a inchar e em Julho dêsse ano entra novamente na 2.^a Clínica Cirúrgica; a mão apresentava-se aumentada de volume, abaulada, com abundante rede venosa dorsal, dando à palpação a sensação de zonas de consistência mole e outras de consistência dura.

Faz-se uma radiografia, que mostra envolvidos dois metacarpos por neoplasia central; o 3.^o metacarpo tem destruídas a epífise superior, metade da diáfise e invadido ainda o resto da medula diafisária; o 2.^o metacarpo tem destruída a epífise superior e metade da diáfise. Na massa neoplásica do 3.^o metacarpo vêem-se ainda trabéculas escuras limitando grandes espaços de forma arredondada, que lembram a disposição dos sarcomas de células gigantes.

Não se pode pela radiografia afirmar a integridade dos ossos trapézio e trapezóide nem a do terço inferior da diáfise do 2.^o metacarpo.

Fez-se a amputação do antebraço pelo terço médio, cicatrizando sem acidentes a ferida operatória. O doente foi novamente visto em 1928, conservando-se até então completamente curado.

A análise histológica n.º 1:904 dá: sarcoma fuso-celular de pequenas células, fortemente irrigado e com focos hemorrágicos.

O exame macroscópico dá: sarcoma fuso-celular fortemente irrigado. A preparação apresenta em toda a extensão uma intensa hemorragia e no meio dela e dispersas células fusiformes,

A hemorragia é tão intensa que não deixa ver as relações que as células conjuntivas têm entre si.

Em alguns raros pontos as células conjuntivas têm a forma mais oval ou arredondada, mas estas são em pequeno número. O aspecto da preparação não permite fazer um diagnóstico diferente de *sarcoma fuso-celular* com intensa hemorragia (fig. 1).

OBSERVAÇÃO II. — António da C. F., 20 anos, Lisboa.

Em Outubro de 1927 sofreu um forte traumatismo do antebraço direito, que passados quinze dias estava aumentado de volume, duro e doloroso. Em Janeiro de 1928 entrou para o Hospital de Arroios, onde foi amputado o braço pelo têrço médio. Ao fim de 15 dias saiu curado, sentindo-se muito bem, com apetite e tendo aumentado de pêso. (O resultado da análise histológica de um fragmento do tumor extirpado vai no fim da observação).

Quatro meses depois começou a ter dores no ombro esquerdo com dificuldades de movimento; o ventre aumentou de volume e teve diarreia de sangue; sem apetite e com edemas das pernas, entrou para o Hospital Escolar, enfermaria C. 2.

Observação: braço direito amputado pelo têrço médio; a palpação do braço esquerdo é indolor, o húmero espessado e duro no têrço médio e superior; os seus movimentos são normais e indolores. O ventre está timpanizado e tem ascite; edema das pernas e pés.

<i>Análise de urinas:</i>		10-XII	<i>Análise de sangue:</i>	
Vol.	1210		Hemoglobina .. .	90
Côr .. .	3		Gl. rubros ...	4.768.000
Densidade ...	1018		Gl. brancos.	6.200
Reacção alcalina...	—		Linf.	49
Cloretos.	8,76		Mon.	1,5
Ureia .. .	21		P. N.	44
Albumina.	12 grs.			
Sedimento: poucos gl. de pus e células pavimentosas				

As temperaturas dêste doente foram sempre abaixo de 37°.

Foi tirada a radiografia (fig. 3), que mostra o húmero atacado na diáfise por um tumor que se formou em tórno da camada cortical e a destruiu quasi completamente. Uma radiografia do tórax mostrou não haver lesão intratorácica e uma artério-radiografia mostra que a irrigação na sede do tumor está aumentada

O tumor do antebraço direito tinha-se formado na diáfise cubital, metade superior, e o exame microscópico deu; análise n.º 2 282 em 21 de Fevereiro de 1929: tecido bem irrigado, levemente lobulado; os lóbulos mal definidos, mais se desenhando os contornos por alterações da intensidade de coloração. Metade do tumor é constituído por células redondas bem definidas e a outra parte é formada por elementos, que devem ter sido iguais mas que se encontram agora em necrose. Entre as duas partes há uma zona intermédia em que as células de citoplasma tumefacto têm um volume relativamente grande (14') e parecem menos ligadas entre si. A primeira parte do tumor, onde a vitalidade celular é mais evidente, é constituída principalmente por células redondas, não se observando substância intercelular de suporte e por vasos. As células redondas que formam o tecido do tumor têm um diâmetro de 4 a 9' com o núcleo central e raras vezes excêntrico. Os núcleos não apre-

sentam picnose e tomam a côr moderadamente. O citoplasma às vezes é tão reduzido que passa despercebido, mas encontra-se na maior parte das células com o aspecto hialino, tomando a eosina com pequena intensidade.

O tumor é abundantemente irrigado e em volta das paredes dos vasos as células são mais numerosas.

No dia 14 de Dezembro de 1928 foram tirados 10 c. c. de sangue endovenoso ao doente da cama 20, portador de linfo-sarcomas, e injectados nos músculos da região glútea do doente em estudo.

Este doente começou logo a melhorar e em 2 Janeiro de 1929 os edemas dos membros inferiores tinham desaparecido, bem como a ascite e o edema da parede do ventre.

As melhoras mantêm-se e o doente sai da enfermaria em 23 de Maio de 1929 sem edemas, mais gordo, bom apetite e com as seguintes análises:

<i>Urina</i>		<i>Sangue</i>	
Vol.	1050	Hemog.	97
Côr.	3	Gl. rubros	5.088.000
Densidade	1014	Gl. brancos . . .	10.400
Reacção anfotérica.	—	Linf.	31,5
Cloretos	13,06	Mon.	0,8
Ureia.	5,5	P. N.	65
Albumina.	2 grs.	P. E.	1,5
Sedimento: abundantes gl. de pus e bactérias; algumas células pavimentosas		F. passagem.	1,5

Mais tarde, passados meses, o doente volta à enfermaria com grandes edemas generalizados aos membros inferiores e ascite. Em 5 de Janeiro de 1930 extraem-se 3 litros de líquido ascítico, incolor, com a seguinte análise laboratorial: raríssimas células endoteliais; rivalta negativo; cloreto de sódio, 9^{gr},4 por litro.

A palpação do ventre dá, na região epigástrica e muito profundamente, um tumor com o volume dum punho, transmitindo as pulsações aórticas e que deve comprimir a cisterna de Pecquet (figs. 2, 3 e 4).

Resultado da análise histológica feita após a 1.ª operação:

Sarcoma globo-celular. Há dois pedaços para análise: um mole, outro em que há residuo ósseo. A parte mole mostra ser um tecido bem irrigado, levemente lobulado, os lóbulos mal definidos, mais se adivinhando os contornos por alterações da intensidade da coloração. Sensivelmente metade do tumor é constituído por células redondas bem definidas e a outra parte é formada por elementos, que devem ter sido iguais, mas que se encontram actualmente em necrose. Entre as duas partes há uma zona intermédia em que as células de citoplasma tumefacto têm um volume relativamente grande (14') e parecem menos ligadas entre si.

A primeira parte do tumor, onde a vitalidade celular é mais evidente, é constituída principalmente por células redondas, não se observando substância intercelular de suporte e vasos cujas paredes são formadas de células redondas que formam o tecido do tumor. Estas têm um diâmetro de 4-9 com um núcleo central e em raros casos excêntrico. Os núcleos não apresentam picnose e tomam a cor moderadamente.

O citoplasma às vezes é tão reduzido que passa despercebido, mas encontra-se na maior parte das células com o aspecto hialino, tomando a eosina com pequena intensidade. O tumor é abundantemente irrigado e em volta das paredes dos vasos as células são mais numerosas.

Prof. Pedro Roberto Chaves.

21-II-929.

OBSERVAÇÃO III.—Albino dos S., 43 anos de idade, natural de Lisboa, residente em S. Vicente, Cabo Verde. Chegado a Lisboa em 6 de Junho de 1927 e falecido em 13 de Junho de 1927.

Observação em 6 de Junho de 1927.

Há cêrca de 2 meses, depois de uma intensa furunculose, sentiu durante a noite uma violenta dor na extremidade inferior da coxa esquerda, dor que dia a dia se tornou mais violenta, exacerbando-se durante a noite; passados alguns dias appareceu tumefacta a mesma região e a perna começou a apresentar-se em flexão, sendo dolorosa a extensão e impossível a marcha.

Antecedentes pessoais: 7 anos antes uma pleurisia, pouco depois uma flebite (perna esquerda) e por vezes sentia dores ligeiras na mesma perna, que attribuía a reumatismo. Ano e meio antes febre tifóide.

Observação geral: doente de constituição regular, bastante emmagrecido e com cor terrosa acentuada. Perna esquerda em meia flexão sobre a coxa e apresentando no terço médio da coxa, a partir da sua união com o terço inferior um tumor duro com a extensão aproximadamente de 19 cm, abrangendo uma parte da face externa e da posterior e toda a face anterior e interna, aderente aos planos profundos, não aderente à pele e doloroso à palpação, sendo o ponto de dor máxima na face externa, 4 dedos acima da articulação, do joelho. Os gânglios do triângulo de Scarpa esquerdo são grandes, duros, aderentes profundamente aos vasos sanguíneos.

Cópia da análise de sangue:

COAGULABILIDADE

Normal	Analisado
5 ^m — 10 ^m	5 ^m — 6 ^m
Hemoglobina %/0.....	73
Glób. rubros/mm3.....	3,887.500
Glób. brancos/mm3.....	10 800
Forma leucocitária.....	—

Linfócitos.....	24,6
Monócitos.....	9
Polinucleares neutrófilos.....	66
Polinucleares eosinófilos.....	0,4
Raros eritroblastos basófilos.	—

O doente foi operado em 13-6-927 e morreu no dia da operação (figs. 5 e 6).

OBSERVAÇÃO IV. — *Zone Sarcome*, Case 538, pág. 143

Um rapaz de 6 anos sofre um traumatismo na perna esquerda caindo por uma escada; tem dor, febre e anda a coxear. Ao décimo dia a temperatura é 39º, o pulso 140 e a leucocitose 12.000. Uma radiografia mostra que há descalcificação da tibia, 10 centímetros abaixo dos côndilos e ao longo do canal medular. Faz-se o diagnóstico de osteomielite aguda e o doente foi operado de trepanação da tibia, encontrando-se um líquido espesso, que se chamou pus estéril.

A temperatura desceu à normal e o doente cura-se mas, passado um mês voltam as dores e a febre; a radiografia mostra uma descalcificação ainda maior. Dois meses passados a dor é mais intensa e a perna está volumosa rio têtço médio; há febre e custa-lhe a andar. Leucocitose 15.000. A radiografia mostra que a descalcificação continua e que o perióstee reage.

Nova trepanação da tibia, indo então encontrar-se uma loca com pus amarelo-avermelhado. Faz-se a raspagem da cavidade medular sendo a superfície tocada com ácido fénico e alcohol. Ainda o diagnóstico é de osteomielite subaguda com pus estéril.

Um ano mais tarde continuavam as dores e a febre intermitentemente; a radiografia mostrava que a destruição óssea era cinco vezes maior e havia depósitos calcáreos irregulares e áreas de absorção no resto da tibia. Neste momento pensou-se em osteomielite tuberculosa e só 22 meses depois do início da doença aparece então a primeira radiografia, que faz suspeitar a presença duma neoplasia maligna; a zona calcificada estava muito destruída e por uma abertura safa tecido mole que envolvia o ósso. Extraído um pedaço dêste tecido, o exame histológico deu: tecido de granulação de células linfóides com um bocado de tecido neoplásico infiltrando o tecido de granulação.

Pela incisão sai uma fungosidade que não mais cicatriza.

O doente tem então 8 años de idade e 2 de doença, temperaturas elevadas e muitas dores.

Hemoglobina.....	70 %
Gl. rubros.....	2.600.000
Gl. brancos.....	9.000

O exame histológico da fungosidade acrescenta: o diagnóstico oscila entre sarcoma e tecido de granulação; há muitas zonas súspeitas de sarcoma. Faz-se tratamento pelos raios X e logo a circunferência da perna baixa de 302mm a 270mm: a temperatura torna-se normal e a dor desaparece completamente; o estado geral melhora e o doente ganha em pêso 1.500 grs. Dois meses mais

tarde é extraído um grande sequestro e tecido mole necrosado onde se não encontra vestígios de sarcoma.

Um mês depois desta última operação aparecem dores de cabeça e a radiografia mostra numerosas metástases nos ossos do crânio com pulmões e costelas intactas. Faz-se radioterapia ao crânio, as dores de cabeça cedem e o estado geral volta a melhorar. 3 meses depois do tratamento pelos raios X ao crânio a primitiva lesão volta a mostrar-se dolorosa, o estado geral agrava-se, a fungosidade reaparece, o volume aumenta, começa então um corrimento fétido. O doente morre aos 2 anos e 10 meses depois do traumatismo.

OBSERVAÇÃO V. — LERICHE. — Sarcoma de Ewing? Osteíte diafisária cortical metastática de origem estafilocócica.

Lyon Chir 1929-XXVI, 536.

M. R. C., 34 anos, casada. Em princípios de Outubro de 1928 teve furúnculos e foi tratada com vacinas; em 10 do mesmo mês dor súbita na coxa esquerda, enucleação e dificuldade de movimentos. Durante um ano a temperatura da doente oscila entre 37,8 e 38,0.

As radiografias mostraram uma pequena cavidade na diáfise, lembrando a osteomielite ou o início dum sarcoma. Em 30 de Novembro de 1929, Leriche observa a doente sub-febril, côr macilenta, e faz o diagnóstico de osteomielite cortical metastática, indicando a operação que faz: incisão, tumor de aspecto lardáceo, sem estrutura muscular e sem pus; na face anterior do fêmur e no córtex, uma pequena cavidade com 1 cm. de extensão e 2 a 3 cm. de profundidade contendo tecido mole e avermelhado; as paredes da cavidade eram normais

Leriche julgou o seu diagnóstico errado e que se deveria tratar antes de um sarcoma de Ewing; raspou a cavidade óssea e, após uma sementeira, mostrou-se uma cultura pura de *staphylococcus aureus*. A ferida supurou e passados dois meses estava curada com a formação de uma hiperostose moderada na diáfise femural.

OBSERVAÇÃO VI. — Manuel M. de O., 7 de Janeiro de 1930, 53 anos de idade, agricultor, alta em 18 de Janeiro de 1930.

Foi saudável até o dia 20 de Setembro de 1929. Nesse dia começou a ter dores na nuca acompanhadas de febre e arrepios. Foi-lhe diagnosticado um antraz na nuca que foi lancetado por três vezes, ficando curado ao fim de 45 dias.

Há uns 10 dias, durante portanto a sua doença, começou a ter dores em todo o membro inferior direito, sobretudo no joelho, e exacerbadas de noite. Tratou-se como se fôsse reumatismo e nunca melhorou. As juntas não incharam mas começou a coxa a inchar coincidindo com um aumento de dores nessa região. A coxa foi aumentando de volume e as dores a serem mais fortes até fim de Novembro; veio para Lisboa onde fez 23 tratamentos eléctricos e o estado melhorou, porque até aí tinha emmagrecido imenso e tinha poucas forças. O volume da coxa também diminuiu bem como as dores se tornaram mais leves, e foi-lhe indicado tirar umas radiografias com as quais foi en-

viado para êste serviço. Hoje conserva ainda algumas dores, claudica por se exacerbar a dor com o andar. Acha que ultimamente não tem emmagrecido como no princípio, pelo contrário aumentou de pêso, e sente-se mais forte.

Observação.—Membros em posição normal. A inspecção vê-se um ligeiro aumento de volume da parte média da coxa direita, que pela palpação corresponde a um espessamento nitido dessa região do fêmur, que não é dolorosa. Os movimentos dos membros são intactos e não dolorosos. Na mesma região e na face externa há uma escara, resultado das aplicações eléctricas. Essa escara é pequena e está em via de cicatrização. Há aumento de temperatura local. Não há gânglios na virilha. Marcha incorrecta, pois o doente claudica do lado direito, por sentir fraqueza do membro. Não há modificações da pele. Doente muito emmagrecido, de côr macilenta.

Temperaturas.

Análise de sangue em 3 de Janeiro de 1930:

Hemoglobina	85 %
Gl. rubros.....	4.200.000
Gl. brancos	12.200
V. globular.....	1
Linf.....	32
Mon.....	3,2
P. Neut.	62,8
Eos.....	2

O doente sai da enfermaria C. 2. com o diagnóstico provável de um sarcoma de Ewing.

Foi operado noutro serviço clínico; numa primeira incisão nada se encontrou, nem pus, nem sequestro ósseo; numa segunda incisão, ântero-interna, encontrou-se um pequeno sequestro do córtex; em 50 dias a cicatrização era completa e o estado geral melhorou (fig. 7).

SARCOMAS DE CÉLULAS GIGANTES

O actual sarcoma de células gigantes possui em patologia a seguinte sinonímia: tumor de mieloplaxes, tumor mielóide, sarcoma mielóide, sarcoma de mieloplaxes, sarcoma gigante-celular, sarcoma angioplástico, e até mesmo por mieloma é conhecido também. Estas designações derivam da presença de grandes células multinucleadas (as células mielóides) análogas às células da medula óssea na sua fase de intensa actividade nutritiva. Também são ainda conhecidos por sarcomas de células mixtas, porque nos mesmos se encontram células fusiformes (e estas as mais



Fig. 1. — Endotelioma dos metacarpós direitos. Observação I.



Fig. 3. — Endotelioma do húmero esquerdo. Observação II.

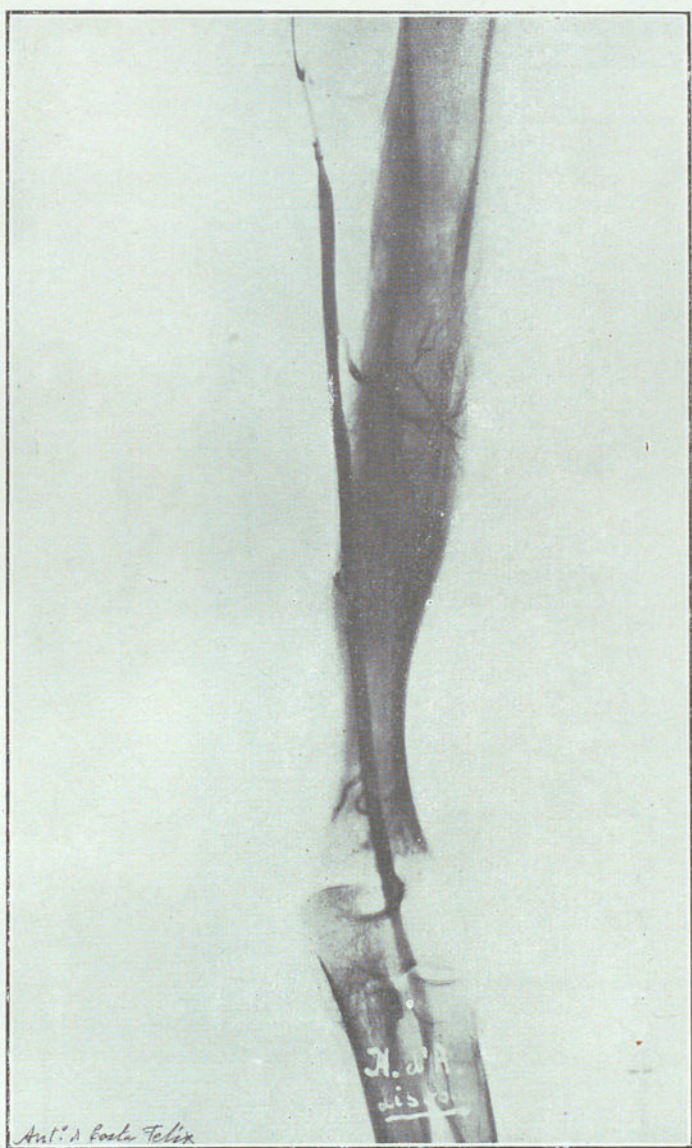


Fig. 4. — Arteriografia da húmeral esquerda. Observação II.



Fig. 5. — Endotelioma do fêmur esquerdo. Observação III.

numerosas), células redondas e as típicas células gigantes. A substância intercelular revela-se escassa, possuindo todavia por vezes uma farta circulação, de que resulta as neoplasias mostrarem-se nesse caso nitidamente pulsáteis.

A-pesar-de ter sido a célula gigante que deu o nome ao tumor, não é apenas êsse factor histológico que, por si só, inteiramente o caracteriza. Outras neoplasias há com células gigantes e que não pertencem a esta variedade (até nem mesmo sarcomas são); como igualmente se conhecem doenças com a existência dêsses elementos celulares e que simplesmente constituem meras lesões inflamatórias. Descreveremos por isso, e embora muito sucintamente, três tipos de células gigantes correspondendo às diferenças supracitadas:

1) *A célula gigante, que caracteriza o verdadeiro blastoma, é uma célula com muitos núcleos, estes de volume igual — separados e regularmente distribuídos pelo citoplasma;*

2) *Células, cujos núcleos se multipliquem rapidamente, não permitindo, por isso, ao citoplasma tempo para êste se dividir; o que se verifica em qualquer tumor maligno de crescimento activo e conseqüentemente de excessiva malignidade. Têm os núcleos de forma e volume variáveis, conservando-se alguns por vezes ligados entre si. É êste o caso que poderá observar-se em qualquer tipo de sarcoma e até mesmo em epitelomas;*

3) *A célula gigante de Langhans, que se encontra no tubérculo e na goma sífilítica. É uma célula grande com muitos núcleos dispostos na periferia ou até mesmo em disposição bipolar. Em duas outras lesões ósseas é possível igualmente descortinar a presença de células gigantes: a osteomielite fibroquística e a epúlide. A osteomielite fibroquística (osteomielite fibrosa, osteomielite hemorrágica, osteíte fibrosa ou doença de Recklinghausen) é um processo inflamatório de escassa virulência e em que a medula óssea é atacada e substituída por tecido conjuntivo de nova formação. Não é, de facto, uma neoplasia; mas antes sim quasi um processo reparador do organismo em conseqüência da destruição sofrida e no qual a célula gigante representa, talvez, um elemento eliminador de detritos e corpos estranhos. Mikulicz, Mallory, Codman, Zubarsch e outros consideram as células gigantes nestes casos como derivadas dos leucócitos, que entram na*

estrutura das paredes vasculares (leucócitos endoteliais) numa função que Kontetzy chama «processo crónico de reabsorção». A epúlide é um tumor fibroso da gengiva ou do periósteo alveolar, muito vascularizado, de evolução benigna, podendo, porém, degenerar e tornar-se então altamente maligno. Neste fibroma encontram-se também numerosas células gigantes.

Um pouco mais adiante e mais detalhadamente exporemos o nosso pensamento a propósito das células gigantes (tipo 1), afirmando desde já que, se muitos autores consideram esta variedade de tumores conjuntivos sempre como verdadeiros blastomas — outros os encaram como processos inflamatórios ou até mesmo como um grau de transição destes últimos para os blastomas legítimos.

A anatomia patológica mostra-nos duas variedades de sarcomas de células gigantes:

a) *Forma em espuma de sabão*, aspecto este que só a radiografia nos deixa ver e de que se não encontra similar em qualquer outra lesão conhecida (fig. 1).

O periósteo e a cartilagem articular resistem muito, deixando-se distender, mas não sendo perfurados. A camada compacta do osso reduz-se progressivamente de espessura, amolece, descalcifica-se, distendendo-se por vezes enormemente, até que acaba por se romper empurrada pela massa neoplásica que se desenvolveu na cavidade medular da epífise dos ossos compridos. Toda a medula da epífise atacada se transformou em neoplasia, que aí se circunscreveu não invadindo habitualmente a medula diafisária. No limite constitui-se uma espécie de membrana separadora de côr acastanhada, vendo-se de um lado a medula óssea normal a contrastar com a neoplasia. A massa neoplásica apresenta ao corte uma superfície de côr variável (amarela, vermelha, vermelho-clara, castanha, vermelho-negra) em tom uniforme ou com manchas. A sua consistência ou é mole, parecendo geleia de groselha e deixando-se facilmente destacar com uma colher de raspagem, ou então é dura, com trabéculas ósseas muito finas ou septos fibrosos, que se cruzam em várias direcções, podendo ainda apresentar várias cavidades cheias de líquido espesso e corado variavelmente por sangue. São os septos acima referidos que formam as paredes das bôlhas observadas nas radiografias.

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRAUES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.**

**ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9 - LISBOA**

FOI para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiências das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

que é isenta de princípios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados têm merecido os mais rasgados elogios:

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos á ovariotomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação*. Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e aumentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas. — DOSE: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



Quando o crescimento do tumor destruiu a parte calcificada e distendeu o involucro perióstico, succede êste romper-se indo o tumor proliferar entre as partes moles circunvizinhas, dissociando-as, empurrando-as, mas não as infiltrando. A cartilagem articular é muito resistente, mesmo quando premida pela própria neoplasia, que destruiu já a parte esponjosa existente de permeio. Isto também se pode verificar nos sarcomas osteogénicos. Nos sarcomas gigante-celulares é típica esta disposição, que se mantém por muito mais tempo (fig. 3).

Quando o tumor perfura o periosteio e encontra uma inserção muscular ou um tendão, o crescimento vai fazer-se agora guiado por estes, e o mesmo succede igualmente quando o tumor, trespassando a cartilagem articular e seguindo os ligamentos intra-articulares, vai atingir os ossos do lado oposto. Os tendões resistem à invasão neoplásica. Trata-se, portanto, de um tumor central, medular e circunscrito pela cápsula, que lhe forma o periosteio e a camada ossificada mais ou menos reduzida de espessura e às vezes, mesmo, até desaparecida.

b) *Forma condro-osteóide.* — Se a *forma em espuma* é própria do terço inferior do rádio e terço superior do humero, esta que agora vamos estudar é própria dos côndilos do fêmur e da tíbia (figs. 5, 6, 7, 8 e 9).

O côndilo atacado é único, volumoso, conservando todavia a sua forma externamente. O periosteio e a camada ossificada estão intactos ou pouco alterados. A secção da diáfise e epífise doentes mostra-nos que os dois segmentos estão perfeitamente separados; a cavidade medular é limitada por uma lâmina de osso condensado em continuação com a parede óssea. A massa neoplásica epifisária é constituída por massas irregulares de cartilagem e trabéculas ósseas muito finas formando malhas, dentro das quais estão elementos celulares fusiformes, redondos, poligonais e, às vezes, com núcleos vesiculares. A cor é esbranquiçada, amarelada ou vermelha mais ou menos escura. Quando a cor é muito amarela dão-lhe alguns autores o nome de xantoma. Esta cor é devida a substâncias gordas, lipóides. Quando há zonas de cartilagem ou de tecido mucoso, o aspecto é muito descorado. Os vasos sanguíneos são sempre muito desenvolvidos e contribuem não só para modificar a cor, como também para um crescimento rápido, tornando a neoplasia pulsátil e hemorrágica.

O estroma do sarcoma de células gigantes é fibroblástico e contém células fusiformes, redondas e poligonais. As células especiais são as gigantes (grandes) com muitos núcleos pequenos, ovais, isolados uns dos outros e agrupados na parte central da célula, ou então empurrados para um lado quando o protoplasma da parte restante está vacuolizado (fig. 2).

As células gigantes devem provir do endotélio e, quando atingem a fase vacuolizada, vão morrer e desagregar-se, sendo depois arrastadas pela circulação ou pelos fagócitos. O papel da célula gigante não está averiguado, mas admite-se que servirá para destruir a camada óssea. Além destas células o sarcoma pode ser infiltrado por linfócitos e mielócitos. A presença de elementos gordos lipóides já apontada no xantoma, de tecido mixomatoso, de cartilagem hialina (que se conserva no estado puro ou sofrendo uma calcificação mais ou menos regular) poderá modificar o aspecto geral do tumor, cujo fundo etiológico é todavia o mesmo, com os mesmos elementos celulares e sempre com células gigantes (figs. 7, 8 e 9).

*

* *

Estudo clínico. — O estudo clínico dos sarcomas de células gigantes pode considerar-se em início, visto serem neoformações pouco freqüentes, talvez mesmo os menos observados de todos os sarcomas. O que vamos indicar representa, quando muito, uma série de elementos de observação donde não é possível, por agora, tirar conclusões definitivas:

- 1) São mais freqüentes na mulher;
- 2) Sendo o sarcoma mielóide um tumor de tecido conjuntivo, natural é formar-se quando esse tecido estiver em plena actividade, como seja na época do crescimento - e assim o vemos surgir nos primeiros anos da vida (o portador mais novo com 6 anos), aumentar em seguida, sobretudo dos 16 aos 25, para depois diminuir, sendo conhecido como *record* de senectude para esta doença um homem de 68 anos;
- 3) Os ossos compridos são os preferentemente atacados e pela ordem seguinte:
 - a) membros inferiores; fémur no homem e tibia na mulher;

formando-se nos cõndilos, em volta do joelho e muito raros em qualquer outro ponto;

b) membros superiores, cabeça do húmero e principalmente o terço inferior do rádio. A diáfise dos ossos compridos, os ossos curtos, os maxilares e os corpos vertebrais, podem ser atacados; mas consideram-se como raríssimas tais localizações.

4) O traumatismo é considerado, pelo menos, como um excitante; às vezes, um pequeno traumatismo provoca a osteomielite hemorrágica, mais tardiamente transformada em sarcoma de células gigantes; podendo dêste modo encarar-se esta variedade histo-patológica com uma fase intermediária na evolução entre a osteomielite (simplex lesão inflamatória) e o sarcoma osteogénico (neoplasia esta da maior gravidade);

5) Dor: existe desde o início embora não muito intensa, agravada pelo esforço ou por um traumatismo. As aplicações de raio X intensificam-na, tornando-a, por vezes, intolerável. A dor é nitidamente subjectiva, podendo mesmo palpar-se vigorosamente o tumor e o doente nem por isso sofre mais;

6) A palpação dá-nos sinais diferentes nas duas variedades já apontadas; no tumor em *espuma de sabão* podemos sentir as irregularidades da neoplasia e quando a camada óssea estiver muito reduzida de espessura verificar o que se chama o *quebrar da casca de ovo*. Na outra variedade a pele mostra-se distendida, edemaciada, cianótica, sem veias aparentes e com pouca elevação de temperatura local. A palpação permite encontrar a massa dura tendendo para a forma arredondada. O crescimento faz-se lentamente, durante muitos meses até 2 a 3 anos. A pele resiste sem se ulcerar, a não ser que se infecte, o que então é extremamente grave. A infecção é quasi sempre seguida de hemorragias locais e pode levar o doente a morte por septicémia. Não há infecção linfática nem ganglionar. As articulações próximas ficam quasi sempre intactas e só o volume do tumor as inibe de uma perfeita mobilidade.

*

*

*

Diagnóstico. — Pode muitas vezes fazer-se o diagnóstico de sarcoma de células gigantes pela história clínica, pela observação

do doente e pela radiografia, sobretudo na variedade em *espuma de sabão*. Outras vezes apela-se para a biopsia.

Se é certo existirem noutras variedades de tumor células gigantes, é no tumor de mieloplaxes que êsses elementos constituem a sua nítida característica. Quando tais elementos abundantemente se revelam a confirmação do diagnóstico, já previsto, acaba por fazer-se. A dificuldade impõe-se na diferenciação da osteomielite crónica e em especial na forma tuberculosa. A doente M. A., por exemplo, esteve durante três anos sob o diagnóstico de osteoartrite tuberculosa do joelho e a fazer o suposto tratamento adequado em casa e num sanatório marítimo. É preciso notar que na tuberculose são invadidos os dois cêndilos e o joelho toma a forma de fuso, ao passo que no sarcoma a deformação se faz apenas em tórno do cêndilo doente. Mais tarde, em fase mais adiantada da evolução, vem a dificuldade do diagnóstico diferencial com o sarcoma osteogénico. Ainda à mesma doente M. A., depois do tratamento no sanatório, foi feito o diagnóstico de sarcom inoperável.

A radiografia na forma de *espuma de sabão* é quasi sempre decisiva e superior a qualquer outro dado clínico; dá a impressão dum aglomerado de cavidades cheias de líquido ou dum quisto multilocular, cujas paredes correspondem à parede óssea e aos septos que dela partem, cruzando-se mais ou menos descalcificados. Na realidade tais cavidades não existem; o efeito é apenas devido à diferença de densidade dos tecidos e também nada tem a ver com a côr dêsses tecidos. A transição da medula sã para a da massa neoplásica é perfeitamente marcada, mostrando que a cavidade medular fica bem isolada, e isto mesmo se vê muito claramente numa radiografia bem feita. A sombra neoplásica é sempre cercada pelo periosteo intacto revestido internamente pela camada calcificada mais ou menos reduzida de espessura (figs. 1 e 3).

No sarcoma osteogénico a sombra é inteiramente diferente: o involucro rasgotou-se e deixou passar o tumor, que vai infiltrar e destruir os tecidos em contacto; não há contornos nítidos e na variedade osteóide formam-se massas calcificadas que dão manchas de volume e aspectos variados na espessura do tumor. No sarcoma de células redondas ou fusiformes nunca o periosteo faz involucro ao tumor.

A radiografia que mais pode simular a do sarcoma de células

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

Metodo cytóphylatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina.
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)

DELBIASE

estimulante biologico geral
por hypermineralisação magnesia do organismo.
Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet.

Principais Indicações :

**Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares,
Perturbações neuro-musculares,
Asthénia nervosa,
Perturbações cardiacas por Hypervagotonia,
Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso,
Prophylaxio do Cancro.**

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, rue Vivienne, PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

LISBOA MÉDICA

VIGANTOL

Vitamina-D

Acção favorável sobre a denticão crescimento dos ossos e a formação do cálcio ao nível das fracturas Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbridas.

Embalagens
originais:

VIGANTOL

solução óleo

VIGANTOL

chocolatado em drageas



**Raquitismo,
Craneotabes,
Osteomalacia,
Cária dos dentes,
Tuberculose ossea
Prétuberculose,
Escrofulose,
Espasmofilia
e Tétano.**



Bayer-Meister-Lucius

Secção Farmacéutica Científica
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen

depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º
Lisboa

E. Merck

Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt

Deposítários: **J. WIMMER & C.º**
Rua 24 de Julho, 34
Lisboa



gigantes é a da osteomielite fibroquística; mas é fácil reparar que, em regra, nesta lesão o osso invadido conserva o seu diâmetro normal ou quando muito pouco aumentado, propagando-se a lesão sempre no sentido do eixo longitudinal do osso, ao passo que no sarcoma a propagação se faz no sentido do diâmetro transversal e jamais invade a epífise. Na osteomielite o corpo do osso amolecido mostra-se curvado em arco e às vezes em ângulo (fig. 10).

A radiografia da segunda variedade do sarcoma de células gigantes já não tem, infelizmente, o mesmo merecimento diferencial. Pode confundir-se com o do sarcoma osteogénico e para ter valor é preciso combiná-la com a história clínica.

Quando o sarcoma de células gigantes é telangiectásico, com pulsações, lembrando o chamado aneurisma dos ossos, a radiografia é ainda típica (fig. 11).

As formas mixtas com tecido cartilágneo ou mixomatoso não tem radiografia própria e são as mais difíceis de diagnosticar, podendo mesmo dizer-se que só o exame histológico depois da operação o permite fazer (obs. 3). A biopsia neste caso só deve fazer-se, também, depois da intervenção; porque o tumor poderia infectar-se ou generalizar-se, ou até ainda suceder que o fragmento de tecido extirpado correspondesse, quando muito, a uma zona normal ou sem alterações definidas.

*

* * *

Prognóstico. — É sempre grave, visto não poder admitir-se a maior ou menor benignidade no sarcoma; o que poderá aceitar-se é haver uma maior ou menor malignidade. O tumor que se mantiver por dois ou três anos, que fôr bem capsulado dentro do seu involucro ósteo-fibro-periosteico é certamente menos maligno do que um a evolucionar em meses mole e pulsátil. O sarcoma de células gigantes tem sempre uma evolução fatal agravada com traumatismo.

As curas espontâneas, a duração de muitos anos, e até mesmo as curas por raspagem devem forçosamente referir-se a casos de osteomielite fibroquística. O prognóstico do grau de malignidade deduz-se do exame histológico; o grande número de células gi-

gantes é favorável, ao passo que o seu número diminuto e disseminadas por entre muitas células fusiformes e redondas é de mau prognóstico, e pior ainda se houver hiperchromatismo das células do estroma. O sarcoma de células gigantes muito vascularizado é ainda mais grave, pela maior facilidade dos seus elementos celulares serem arrastados pela corrente sanguínea e irem subseqüentemente formar metástases.

*

*

*

Tratamento. — Tem variado no decorrer do tempo conforme o juízo que o cirurgião fez da natureza íntima das lesões. Desde a cirurgia mutilante até a mais conservadora tudo se tem executado. No período mais recuado (há 20 anos atrás), considerando-se o sarcoma de células gigantes como um tumor maligno, só se admitia a desarticulação ou pelo menos a amputação a distância. Depois o grau de malignidade desceu no critério dos operadores e anátomo-patologistas, e assim se fez a ressecção do tærço superior do húmero e a do tærço inferior do rádio seguidos ou não de homoplastia. Como outras localizações (fémur e tibia) não se prestassem tão facilmente para ressecções e enxertos, continuou-se, porisso, nesses casos a amputar.

Sendo a malignidade posta em dúvida por uns e negada até mesmo por outros, veio então a idea de arredar as mutilações, fazendo-se simplesmente a raspagem da massa amolecida seguida ou não de drenagem e esperando depois a cicatrização demorada da ferida óssea. Devemos notar que a raspagem só poderia empregar-se na variedade *em espuma*, mole, quística, em que toda a massa neoplásica é extraída com a colher, ficando subseqüentemente só um involucro ósteo-fibro-perióstico, saneada a cavidade por uma passagem com soluto de cloreto de zinco ou ácido fénico. A hemorragia local, que se segue a esta simples operação, é porém tão grande que algumas vezes tudo termina pela morte do doente. Para evitar êsse incidente propôs-se então encher a cavidade com gaze bem calcada, que depois se retiraria muito lentamente e durante dias. Pretendeu-se dêste modo evitar um mal cometendo outro, porque se a drenagem se infectava o

doente sucumbia inevitavelmente. E até mesmo quando escapava, a fractura era quasi sempre uma complicação a esperar.

Por entre estas dúvidas surgiu a idea de aplicar o raio X e o rádio, quer como tratamento exclusivo, quer associado à raspagem. Não conhecemos nenhum caso curado e condenamos o tratamento pela radiação seguido por raspagem. É possível que a radiação aplicada à cavidade depois de raspada traga a cura do sarcoma; a cavidade porém é que não cicatriza mais, acabando finalmente por se amputar o membro após uma longa supuração e sofrimento.

Os radiologistas americ nos apontam, e quasi exclusivamente, como tratamento o emprêgo do rádio, referindo que se durante as primeiras applicações de uma radiação intensa o sarcoma reage, aumentando as dores e o próprio volume do tumor, tornando-se a pele mais quente e edemaciada — passados três a quatro meses o volume regressa, a neoplasia endurece, as dores desvanecem-se e a radiografia mostra (assim o dizem) uma involução que poderá ir até a cura. O tempo, como bom mestre, nos dirá da exequibilidade e vantagem desta técnica terapêutica. Nós, por ora, julgamos que o tratamento indicado nos casos de sarcomas de células gigantes é a amputação ou a desarticulação; o raio X e não o rádio ficarão reservados para os ossos, para os quais se não pode aplicar, de facto, o tratamento cirúrgico — como seja nas localizações da coluna vertebral e do crânio.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I. — Maria E. R., 23 anos, Lisboa.

Há 5 meses pancada no têrço inferior do antebraço esquerdo; muitas dores e há 2 meses appareceu-lhe o tumor, espalhando-se as dores pelo hemitórax esquerdo. Sem febre. Tumor no têrço inferior do antebraço esquerdo, muito doloroso: pele normal sem calor nem veias muito salientes.

Radiografia: sarcoma em espuma de sabão.

Amputação do braço no têrço inferior. 23-III-922.

Análise n.º 849: sarcoma de células gigantes (figs. 1 e 2).

OBSERVAÇÃO II. — Maria da A., 48 anos, Lisboa.

Há 4 anos começou a ter dores no pulso esquerdo e há 18 meses o pulso inchou, tornando-se os movimentos pouco a pouco impossíveis. Tumor arre-

dondado, volume duma laranja, na extremidade inferior do antebraço esquerdo, rede venosa desenvolvida na face anterior, aumento de temperatura local, palpação dolorosa, superfície regular, consistência dura mas não óssea, e na face anterior encontra-se uma zona de resistência quasi com flutuação. Há movimentos na articulação do punho, mas limitados.

Amputação do antebraço pelo fêrço médio. 15 de Novembro de 1915. Cura.

Análise n.º 3: sarcoma de células gigantes da extremidade inferior do rádio esquerdo, desenvolvido à custa da medula, com destruição do ósso, apenas restando uma camada sub-perióstica papirácea.

Radiografia: sarcoma em espuma de sabão (fig. 4).

OBSERVAÇÃO III. — Maria A., 17 anos, nasceu em África e vive há 3 anos em Lisboa; mulata.

Ainda em África, sem qualquer traumatismo, começou a sentir picadas no cõndilo interno da tibia esquerda que a levaram a fazer repouso, e tudo passou.

Em 1924, já em Lisboa, em Outubro, apareceram dores no mesmo sitio e começou a coxear; depois o joelho inchou, sendo-lhe applicados revulsivos, pontas de fogo e injeções de g14; em cinco meses nada melhorou e o joelho foi-lhe flectindo até 90º.

Depois, fez o tratamento com aparelhos gessados por um suposto tumor branco, com resultado nulo.

Em Janeiro de 1927 tira as primeiras radiografias, fazem então o diagnóstico de sarcoma e começa com a radioterapia; as dores tornam-se contínuas e é necessário recorrer ao veronal. Novas sessões de radioterapia; apparecem queimaduras no joelho, bõlhas de serosidade por toda a pele, prurido e edema generalizado.

Em Julho faz outra série de 12 sessões contínuas, as dores acalmam um pouco, mas é ainda necessário tomar 3 a 3 comprimidos de veramon; formam-se queimaduras cutâneas no outro membro que não tinha sido protegido.

Em Outubro de 1927 — estado geral: anquilose do joelho em valgo e extensão completa; a pele no têrço inferior da coxa com muitas pequenas flictenas assim como nos dois terços superiores da perna, e nalguns pontos queimaduras do 2.º grau: a cõr de todo o membro, de cima a baixo, é castanha. Os tecidos moles sub-cutâneos estão duros e infiltrados; todo o joelho é muito doloroso, em especial o cõndilo interno da tibia: rótula imóvel. A doente passa os dias na cama por não poder levantar-se nem apoiar-se no membro doente.

Amputação da coxa no têrço inferior em 15 de Novembro de 1927. Cura.

Análise n.º 2141: sarcoma de células gigantes com degenerescência condro-mixomatosa.

A preparação mostra um tecido conjuntivo polimorfo; em alguns pontos este tecido é apenas fibroso, em outros as células conjuntivas acumulam-se dando um aspecto completamente diferente. A observação destes últimos pontos mostra uma grande abundância de células conjuntivas arredondadas e



Fig. 1. — Sarcoma giganteo-celular da extremidade inferior do rádio direito.
Observação 1.

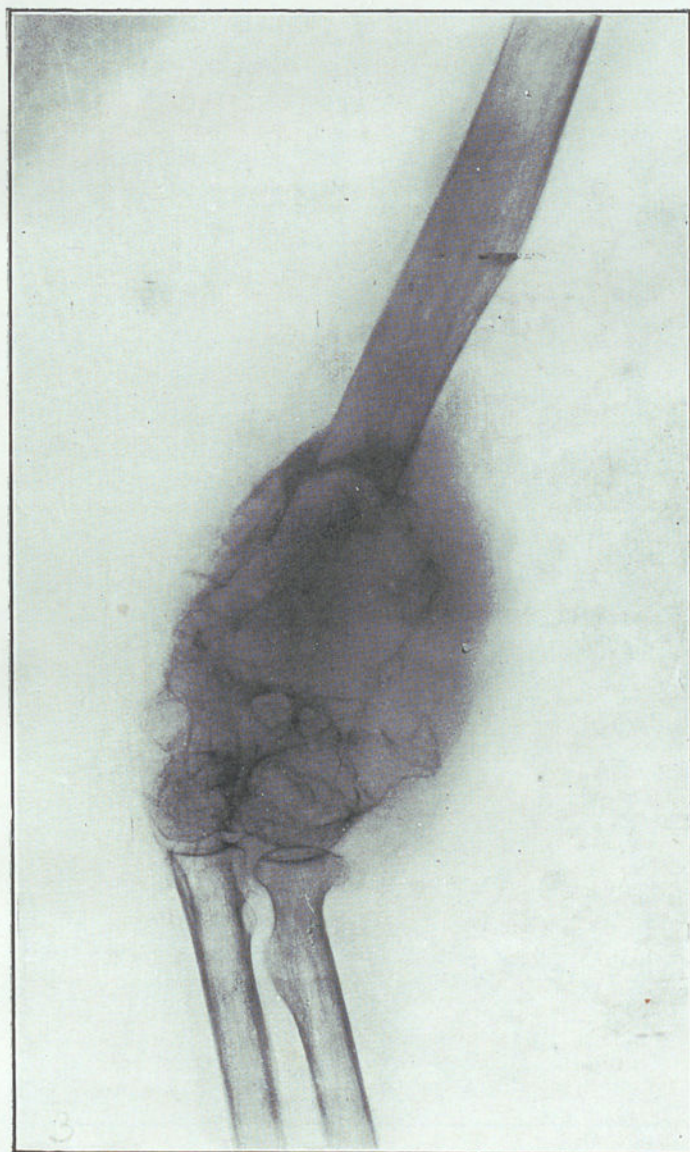


Fig. 3. — Sarcoma giganteo-celular da extremidade inferior do húmero.



Fig. 5. — Sarcoma gigante celular da extremidade superior da tibia esquerda (variedade condro-osteóide), Observação III.

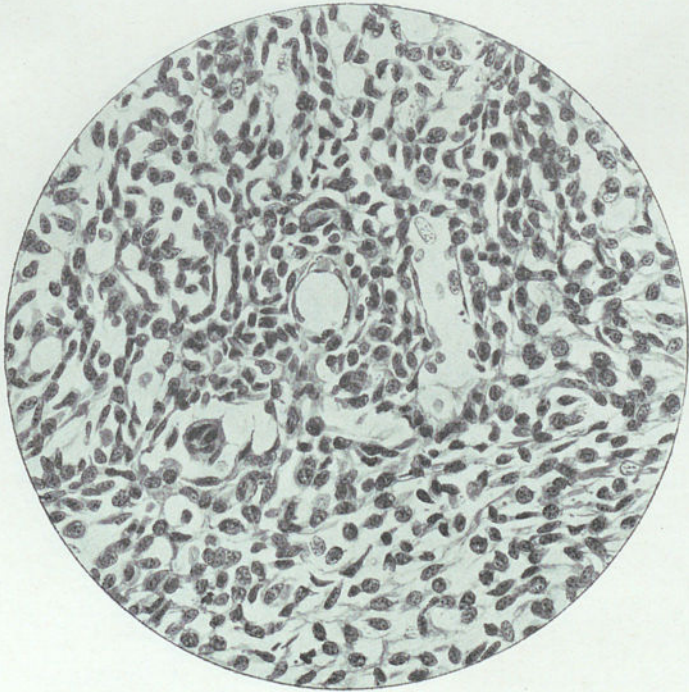


Fig. 7. — Sarcoma giganteo-celular (variedade condro-esteiôde)
Observação III

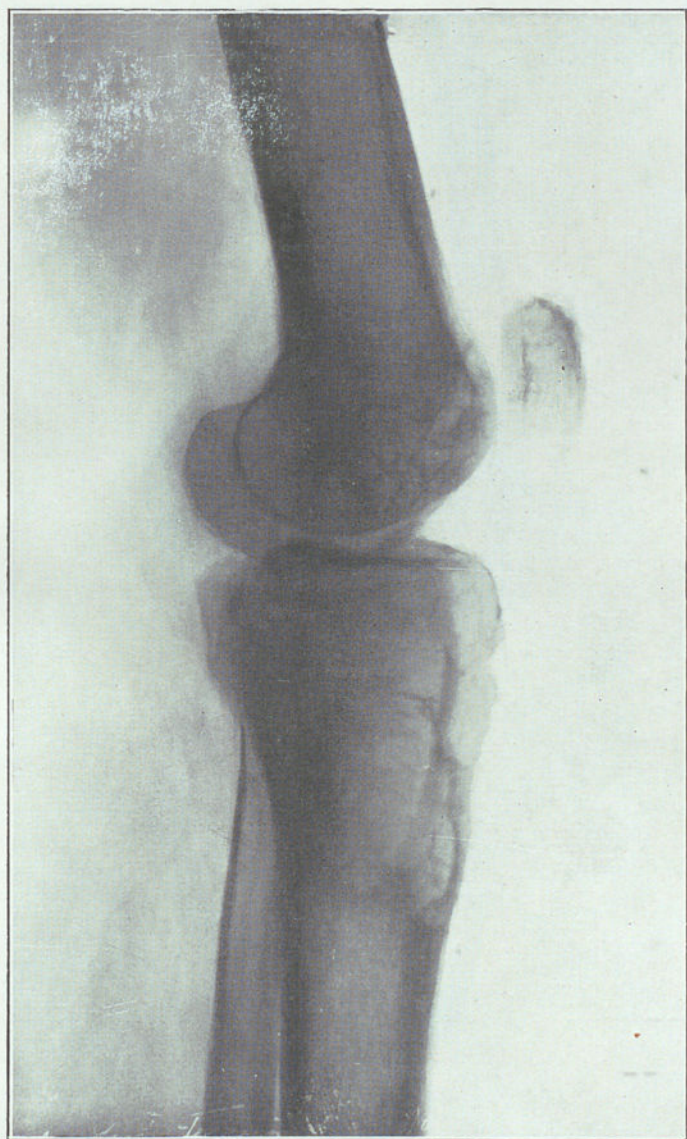


Fig. 11. — Sarcoma giganteo-celular pulsátil.

fusiformes, predominando estas últimas, e entre estas há algumas células gigantes.

As células gigantes têm quasi sempre um citoplasma acidófilo, de formação mais recente do que as células adultas em volta. Têm um número variável de núcleos, a maior parte das vezes acumulando-se na parte central, e de tamanho variável; umas vezes são menores do que os núcleos das células em volta, outras vezes são sensivelmente iguais. Os núcleos das células gigantes estão bem separados uns dos outros.

Estas células encontram-se onde as células conjuntivas são em maior número, umas vezes no estroma, mas na maior parte próximo dos vasos sanguíneos, de que formam às vezes parte da parede. A parte fibrosa não é também homogênea.

Em alguns pontos predominam as fibras conectivas, em outros há alterações de degenerescência hialina, noutros, ainda, vêem-se células cartilagineas. Numa segunda preparação as alterações do tecido conjuntivo são mais acentuadas e vê-se o tecido fibroso substituído por um tecido cartilágneo e mixomatoso. Alguns pontos estão em via de necrose.

O tecido é moderadamente irrigado, tendo porém pontos em que os vasos formam verdadeiras lagunas (figs. 5, 6, 7, 8 e 9).

NOTAS CLÍNICAS

ABCESSO TUBERCULOSO DA EPÍFISE RADIAL DIREITA

POR

LUÍS ADÃO

A doente, a que se refere o seguinte relato clínico, entrou para o Serviço sob a suspeita de apresentar uma osteíte fibrosa da extremidade inferior do rádio direito. A observação da radiografia, de que se fazia acompanhar, suscitou, quer no radiologista quer no clínico, em exame primário a impressão de uma doença de Recklinghausen, impressão esta todavia que um exame mais cuidadoso, e ponderando outras razões concomitantes, houve que desvanecer-se, aceitando preferentemente a diagnose de abcesso tuberculoso da epífise radial.

São sempre dignos de registo os casos de osteíte fibrosa, difficil até mesmo por vezes o seu diagnóstico diferencial que, com doenças afins, pelo menos sob o ponto de vista radiográfico e até um pouco anátomo-patológico, obriga a investigações cuidadosas; mas a apresentação de um caso como o que aqui vai referir-se bem merece o conhecimento de nós todos, porque constitui morbo de relativa raridade pela sua localização e aspecto intrínseco.

A observação é como se segue: (25-III-1930). A doente ocupa a cama n.º 22 da 2.ª Clínica Cirúrgica, é solteira e tem 19 anos. A H. sem importância. Tem cinco irmãos: três actualmente vivos, embora pouco robustos, e dois já falecidos — um muito criança, de doença que desconhece; um outro com 7 anos e tendo tido ataques epilépticos.

Teve sarampo, variolóide, escrófulas submentais supuradas. Aos 10 anos appareceu-lhe no dorso do pé esquerdo, na região correspondente à articulação metatarso-falângica do dedo grande, uma tumefacção não muito dolorosa, acompanhada por dilatação das veias cutâneas, e que foi incisada pelo médico, que tratava da doente. O pus, que saíu após a incisão era mal ligado e de tipo sero-hemático. Algum tempo depois instalava-se-lhe uma fistula, que se manteve por algum tempo, cicatrizando depois e voltando a reabrir-se. Num desses períodos, pela fistula saíu-lhe um osso que o médico disse ser a falange. Na região ingüinal do mesmo lado, e pouco depois de se iniciar o sofrimento do pé, appareceu à doente uma tumefacção muito dolorosa, impedindo a movimentação do membro inferior, supurando em curto prazo após o seu comêço e fistulizando não só no triângulo de Scarpa como também para a face externa da coxa.

Este adeno-fleimão ingüinal cicatrizou e hoje da sua passagem apenas restam cicatrizes dos pontos onde na superficie tegumentar se abriam as fistulas. A lesão do pé, que o originou (e que não foi mais do que uma osteo-artrite supurada), durou 5 anos.

No decurso ainda deste sofrimento um novo incidente surge. Sem que tivesse experimentado qualquer espécie de traumatismo de que se recorde, entrou a doente a ter dores violentas no ráquis, na sua parte dorsal, acompanhadas de fortes elevações de temperatura, que parece haver atingido 40º.

Respirava com dificuldade e muito lhe custavam quaisquer movimentos, sobretudo os que diziam respeito aos membros superiores. O clínico que lhe assistiu, notando a gibosidade que ia a formar-se-lhe, resolveu pôr um colete de gesso, que a doente todavia não suportou, tendo até de o tirar ao fim de 3 dias. O seu estado geral manteve-se precário e acamou por 6 meses. Desta incidência resultou a cifo-escoliose que hoje apresenta.

Há 3 anos principiou a sentir dores no dorso do pé direito, desconhecendo igualmente a causa. Fez-se uma tumefacção com predomínio para o bordo externo, havendo dilatação venosa superficial e impossibilidade de movimentos. Abriu-se por fim e espontâneamente o abcesso ossifluente com um pus mal ligado e por vezes muito hemático. Não notou a doente na supuração a presença de qualquer fragmento ósseo. Mantém aberto um tracto fistuloso. Anda, agora, sem dificuldade de maior.

Há um ano reconheceu uma notável deminuição de fôrça em todo o membro superior direito, reparando que a articulação radiocárpica dêsse lado começava a tumefazer-se-lhe. Tinha livres, pelo menos, inicialmente os movimentos. Há 3 meses e meio entrou a sentir algumas dores e por isso depois de radiografada resolveu hospitalizar-se.

Status praesens. — Apirética, estatura infantil correspondendo à altura de uma criança de 12 anos aproximadamente. Tem 1m,37 de altura, pesa 35 quilos e nunca foi menstruada. Notam-se cicatrizes da derme na face externa da coxa esquerda, bem como também na região ingüinal do mesmo lado. O dorso do pé direito encontra-se tumefacto e avermelhado na região correspondendo ao 2.º, 3.º e 4.º metatarsos, havendo uma fistula que se abre exteriormente numa área de 1 centimetro com o fundo lardáceo e com os bordos descolados. Tem também uma cifo-escoliose da coluna dorso-lombar vinda da 3.ª dorsal à 1.ª lombar. O estudo radiográfico mostra a destruição parcial dos corpos da 10.ª dorsal e 1.ª lombar e total da 11.ª e 12.ª dorsal.

A articulação do punho direito encontra-se tumefacta e dolorosa à pressão, com restrição nítida dos movimentos de flexão e extensão da mão direita, que em relação do punho realiza o *dröps hand* (mão pendente). Não há, todavia, lesão do radial. A flexão da mão sôbre o punho, que se revela com o membro em supinação, traduz apenas impotência por atrofia muscular. De facto, uma medição circular feita 6 cm. abaixo do oleocrânio revela uma diferença de 3 cm. em desfavor do antebraço direito. Não sendo a doente canhoto, isto só demonstra uma acentuação de atrofia.

Tem uma cárie do 2.º grau do incisivo superior lateral direito e à auscultação apresenta respiração soprante à esquerda. Normais os restantes aparelhos.

A análise do sangue dá:

Hemoglobina.....	90 0/0
Glóbulos rubros.....	4.512 000
Glóbulos brancos	8.400
Linfócitos	40 0/0
Glóbulos mononucleares	1,5 0/0

Formas de passagem	2 0/0
Neutrófilos	52; 5 0/0
Poli. eosinófilos.	3 0/0
Basófilos.	1 0/0

Relatório das radiografias:

Fizeram-se num filme radiografias de frente e de perfil do punho direito. Encontra-se uma zona de osteíte na extremidade inferior da diáfise do rádio e na epífise dêste mesmo osso. Vê-se que se trata dum processo já antigo, podendo encontrar-se na radiografia de perfil um limite bem nítido a uma cavidade de forma triangular alongada na extremidade inferior da diáfise. Para o lado interno do rádio há reacção perióstica bem marcada. Encontra-se periostite também do lado interno da extremidade inferior da diáfise do cúbito.

Encontra-se uma zona de osteíte também da extremidade proximal do 5.º metacárpico, interessando a articulação do 4.º metacárpico como o unciforme. Nota-se atrofia óssea da região, aliás não demasiadamente acentuada.

20-I-930.

(a) *C. Santos, filho.*

Duas radiografias da articulação tibio-társica direita, feitas em planos perpendiculares, não nos mostram sinais de lesões ósseas nem articulares. Duas radiografias do punho direito mostram-nos a presença de zonas de rarefacção e condensação óssea ao nível da extremidade inferior do rádio e irregularidades de contôrno dêste osso devido a espessamentos do perióstio. Também se notam alterações idênticas ao nível da extremidade superior do 5.º metacárpico. Há sombra de periostite ao nível da extremidade inferior do cúbito.

30-I-930.

(a) *G. Branco.*

Duas radiografias da coluna dorso-lombar feitas em planos perpendiculares mostram-nos destruição parcial dos corpos da 10.ª dorsal e 1.ª lombar e total das 11.ª e 12.ª dorsais, pelo que aqueles dois segmentos da coluna formam um ângulo recto de abertura anterior.

4-II-930.

(a) *G. Branco.*

*
* * *

Diagnóstico. — As doenças com as quais teremos que estabelecer diagnóstico diferencial são:

- a) Osteomielite fibroquística;
- b) Doença de Paget (osteíte deformante);
- c) Osteomielite sifilítica;
- d) Osteomielite na variedade abcesso de Brodie;
- e) Tumores dos ossos.

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica).

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).
em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeções.

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

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^o — PARIS

GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1^o — LISBOA

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunização artificial do organismo tuberculoso

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

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

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

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

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

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

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

LISBOA MÉDICA

AMPOLA COOLIDGE GAIFFE-GALLOT ET PILON

TYP0-R6

*o melhor tubo
para as*

*radiographias
em serie
e
teleradiographias*



GRANDE POTENCIA EM REGIMEN PROLONGADO

REPRESENTANTES: LISBOA
SOCIEDADE IBERICA DE CONSTRUÇÕES ELECTRICAS
PRAÇA LUIZ DE CAMOES, 36-2: - T.1722

a) Osteomielite fibroquística :

Descrita em 1891 por Recklinghausen, a osteomielite fibroquística é um processo inflamatório de fraca virulência em que o tec do medular do ôsso atacado é substituído por tecido conjuntivo de nova formação com ou sem a formação de quistos de mucina. Há uma absorção geral e difusa do ôsso, que se adelgaça e vai sendo substituído por tecido conjuntivo fibrovascular, e a que se pode associar a formação de quistos, a formação de tumores de células gigantes e até de fracturas espontâneas. A forma das cavidades quísticas é aguçada para baixo ou para as extremidades. É uma doença que aparece entre os 10 e os 20 anos, tem uma evolução lenta e pretere os ossos compridos (fémur, humero, tibia, peróneo e rádio) muito embora se tenha encontrado também nos ossos pélvicos, omoplata e até em ossos curtos. Levemente dolorosa e tumefazendo igualmente os segmentos do membro ou porção do nosso organismo em cujo esqueleto a doença se instala—a osteomielite fibroquística arrasta bastas vezes os doentes às consultas ou às enfermarias por motivo de fractura.

À primeira vista a observação da radiografia, sobretudo na posição de perfil, poderia impor-nos o diagnóstico de osteomielite fibroquística. A consideração de não ser porém única a cavidade e não ter os seus contornos perfeitamente nítidos, da disposição da cavidade ter a parte mais aguçada dirigida para cima e de haver uma reacção do periósteo, excluem a aceitação da doença de Recklinghausen.

b) Doença de Paget :

A idade do seu início (quasi sempre depois da meia idade), as perturbações ósseas nos ossos longos, humero, fémur e tibia, que na última fase da doença por trabalho activo do periósteo dão os longos braços, as grandes pernas em indivíduos com a cabeça igualmente grande e cifóticos—contrastam fundamentalmente e excluem *ipso facto* tal possibilidade de diagnose para o nosso caso.

c) Osteomielite sifilítica :

A osteomielite sifilítica tem características clínico-radiológicas que nos permitem diferenciá-la do caso em questão. Tem na sífilis o periósteo uma parte de tal modo activa que permite ao ôsso um revestimento (isto faz-se sobretudo na região diafisária) de muitos milímetros. Essa proliferação faz-se em camadas, que se dispõem paralelamente ao grande eixo do ôsso, tudo isto acompanhado da desapareição da cavidade medular obliterada por tecido osteóide ou até mesmo por ôsso de nova formação. Nem o passado da doente—nem os sinais clínicos presentes, incluindo a radiografia, permitem adoptar-se esta rubrica para o morbo em questão.

d) Abscesso de Brodie :

A osteomielite na variedade abscesso de Brodie, que poderia em exame superficial confundir-se com o nosso exemplar radiográfico, tem o início das osteomielites vulgares (dor violenta, febre elevada, tumefacção acen-

tuada, oligúria, etc.). Nada disso se verificou; antes uma marcha tórpida caracteriza a evolução desta doença.

e) Tumores dos ossos:

Há finalmente que acrescentar ao diagnóstico diferencial a referência aos sarcomas gigante-celulares (excluídos pelo tipo radiográfico, exame do estado geral e local) aos mixomas e condromas — atacando estes os ossos compridos das extremidades (metacarpos e falanges). Ai destroem a parede compacta do osso e o periósteo, acabando por invadir os tecidos moles vizinhos.

Conclusão.— Dado o passado da doente, os seus focos múltiplos de lesões tuberculosas, a evolução e características radiográficas e clínicas, propomos o diagnóstico de abcesso tuberculoso da epífise radial direita.

Revista dos Jornais de Medicina

A Psitacose. (*La Psittacose*), por HENRIQUE DE BARROS. — *Revue Sud-Am. de Méd. et de Chir.* N.º 3. 1930.

O A. observou os tipos seguintes:

a) Formas pneumônicas; b) com congestão das bases; c) com córtico-pleurite; d) com bronco-pneumonia prolongada; e) com hepatização sem sôpro. Observou em todos os doentes dispneia e cianose mais ou menos acentuadas.

Os papagaios transmissores da doença provinham do Brasil e do Paraguai.

A doença tende para a cura, e então a convalescença é das mais longas, ou os sintomas se agravam; a pele torna-se sêca, a sede ardente, a língua queimada, o pulso fraco e dicroto, o baço aumentado de volume, as urinas escuras e albuminosas, e o doente mantém-se num estado de adinamia e de indiferença quando a morte sobrevém.

A estatística da mortalidade por pneumonia, bronco-pneumonia e gripe atingiu em Julho de 1929 o número elevado de 185 sôbre um total de 841.

E. C.

O diagnostico dos tumores quisticos do pâncreas. (*Diagnostic des tumeurs kistiques du pancréas*), por P. I. NUIRIZZI. — *Revue Sud-Am. de Méd. et de Chir.* N.º 3. 1930.

O A. publica 3 casos operados e faz realçar a importância dos raios X e da reacção de Wohlgemuth para o diagnóstico desta doença.

Foi Schlessinger quem primeiro chamou a atenção para as noções valiosas que nos podiam trazer o desvio do estômago e as modificações do seu contorno. Redwitz, num caso de quisto do pâncreas que desviava o estômago, observou ao exame radiológico dêste último uma vasta goteira semicircular que abraçava o terço médio da grande curvatura. Müller, a propósito desta observação, insiste sôbre o desvio anterior do estômago e do cólon no exame de perfil. Eha observou uma compressão do cólon transversos; Ballin e Salztein, uma compressão do intestino delgado. O desvio assinalado por Redwitz caracteriza especialmente, segundo o A., os quistos que comprimem o ligamento gastrocólico. A deformação gástrica descrita pode exagerar-se até provocar o desaparecimento da grande curvatura, dando à pequena um contorno convexo, como o A. documenta com uma radiografia.

Quando o tumor se infiltra através do pequeno epíploon, origina uma imagem radiológica especial, já descrita por Buffalini: projecção do estômago para a esquerda, dando-lhe o aspecto de ampulheta. Num dos casos do A., em que esta imagem foi verificada, havia os seguintes sinais radiológicos: desa-

parecimento da zona intermediária da pequena curvatura e ao largo da grande curvatura desenhava-se uma rêde, marcando as pregas da mucosa gástrica. Êste facto tem uma grande importância e confirma a concepção de Chaoul, segundo a qual essa rêde indica a integridade do revestimento epitelial. Êste carácter corresponderia muito bem à localização extragástrica do tumor. Neste caso, o tumor pancreático actua como um balão que comprimissem o estômago, sem todavia se opor de modo completo à passagem da refeição opaca. Os quistos que comprimem o pequeno epíploon são os mais bem situados para se comportarem como um balão. Mas o estudo radiológico da deformação gástrica que resulta de um quisto do pâncreas, tendo comprimido o pequeno epíploon, oferece certas dificuldades. A refeição opaca não ficava nos dois têrços superiores do órgão, mas caia na parte inferior, mesmo nas radiografias tiradas na posição horizontal.

Relativamente à reacção de Wohlgemuth, em dois pseudo-quistos post-traumáticos foi positiva. Foi, pelo contrário, negativa nos seguintes casos, supostos de tumores pancreáticos: um quisto hidático do pâncreas, sífilis hepática, tuberculose do quadrante superior direito como síndrome coledoco, hidrosia da vesícula com aderências a deformar os dois têrços inferiores do estômago. Quando a reacção é positiva tem grande valor diagnóstico; mas o seu valor é relativo em casos de reacção negativa.

O aumento do poder diastásico da urina implica sempre uma participação da glândula pancreática; um número normal ou inferior ao normal não exclui o diagnóstico de quisto do pâncreas.

E. C.

A hipertensão venosa. (*L'hipertension veineuse*), por J. C. PLA. — *Revue Sud-Am. de Méd. et de Chir.* N.º 3. 1930.

O A. chega às seguintes conclusões:

1.º A hipertensão venosa pode aparecer em circunstâncias muito diversas e manifestar-se de diferentes maneiras, consoante as causas múltiplas. Pode ser *latente* e *condicionada*, *paroxística*, e estável ou permanente. Pode, demais, manifestar-se em qualquer território periférico, ou sómente em algumas das suas partes. Pode ser, portanto, *localizada* ou *generalizada*.

2.º A hipertensão venosa *latente* e *condicionada* constitui, às vezes, o primeiro sinal da descompensação cardíaca.

3.º A hipertensão venosa paroxística, sobrevindo nos tuberculosos, tem grande valor como *sinal positivo* precursor de uma hemoptise.

4.º Em clínica, a hipertensão venosa *localizada* pode constituir um elemento de grande valor diagnóstico para descobrir as causas de compressão, p. ex. nas «costelas cervicais».

5.º Quando é generalizada e corresponde a um desequilíbrio circulatório, é um elemento de prognóstico muito importante; quando se torna normal pelo tratamento a evolução do caso é favorável; pelo contrário, a-pesar-de uma terapêutica nacional, se a hipertensão venosa continua irreductível, o prognóstico é desfavorável.

E. C.

O equilíbrio cloro-azotado no decurso da pneumonia. (*Les échanges chloro-azotes au cours de pneumonie*), por ANNES DIAS e T. DE SOUSA. — *Revue Sud-Am. de Méd. et de Chir.* N.º 4. 1930.

O A. conclui que :

A pneumonia comporta um equilíbrio cloro-azotado proporcional à gravidade do caso.

A retenção salina é um meio de defesa contra a desintegração azotada.

O clínico deve seguir o metabolismo cloro-azotado, pois a azotemia constituiu uma complicação grave.

Em caso de azotemia com cloropenia, a terapêutica clorosódica está indicada.

O sal deve ser dado sob a forma de injeções intravenosas hipertónicas, de injeções de soro fisiológico ou em ingestão.

Nos hipertensos é preciso ser-se prudente no manuseamento desta medicação.

E. C.

A ataxia tabética aguda. (*L'ataxie aiguë*), por W. PIRES. — *Rev. Sud-Am. de Méd. et de Chir.* N.º 4. 1930.

O A. publica dois casos de ataxia tabética aguda, produto de uma meningo-radiculo-mielite inflamatória, com topografia posterior e representando um acesso inflamatório super-agudo da tabes.

O prognóstico é quasi sempre favorável, excepto quando atinge o bolbo. O doente continua tabético, mas sem ataxia.

E. C.

Síndromas sciáticos. Algumas considerações clinicas. (*Syndromes sciatiques. Quelques considérations cliniques*), por A. VALÉRIO. — *Rev. Sud-Am. de Méd. et de Chir.* N.º 4. 1930.

O A. considera a *sciática sifilitica*, as *sciáticas blenorragicas*, *gonocócicas*, e as *sciáticas* de origem apendicular, por anexites e peri-anexites, por osteo-sarcomas da bacia, por lipomas do cavado popliteo, por mal de Pott dorso-lombar e por sacralização.

E. C.

Três anos de piretoterapia pelo «*Treponema Hispanicum*» no Uruguai. (*Trois ans de pyrétothérapie par le tréponema hispanicum en Uruguay*), por R. V. PALICE. — *Rev. Sud-Am. de Méd. et de Chir.*

Conclusões :

1.º O vírus da febre recorrente espanhola é fácil de conservar nos laboratórios, quer nos vertebrados, nos invertebrados ou em culturas. Podemos ter sempre à nossa disposição o material necessário para piretoterapia.

2.º A febre recorrente espanhola experimental é uma doença constantemente benigna, curavel espontâneamente, sem complicações graves.

Além disso, na ocasião desejada, pode ser facilmente interrompida pelas injeções intravenosas de novarsenbengol.

3.º Pode admitir-se que a febre recorrente espanhola não é transmitida pelo piolho nas condições da piretoterapia.

Qualquer receio de contágio ocidental nos hospitais deve ser abandonado.

4.º Os resultados da recorrentoterapia feita com êste espiroqueta são brilhantes na paralisia geral, na demência precoce e no parquisonismo post-encefáltico segundo os psiquiatras e neurologistas que o têm empregado.

E. C.

Estudo experimental da calcificação das lesões tuberculosas sob a influência do ergosterol irradiado. (*Étude expérimentale de la calcification des lésions tuberculeuses sous l'influence de l'ergostérol irradié*), por C. LEVADITI e YUAN PO. — *Bul. Acad. de Méd.* N.º 19. 13 de Maio de 1930.

As investigações efectuadas pelos autores conduzem a estas conclusões: o ergosterol irradiado em solução oleosa, administrado a coelhos portadores de lesões de tuberculose experimental, com evolução arrastada e tendência para a cura espontânea, aumenta, em proporções bastante notáveis, a calcificação destas lesões.

A calcificação dos tubérculos é o resultado de uma alteração no metabolismo cálcico tendo por sede o citoplasma dos elementos celulares bacilíferos que entram na constituição dos tubérculos, os linfócitos, as células epitelioides e as células gigantes.

Os depósitos de cálcio, nos focos tuberculosos em necrose e caseificação, resultam da confluência de concreções calcáreas intracelulares. Daqui deriva a formação de verdadeiras concreções minerais que incrustam os tecidos infectados pelos bacilos de Kock; estes geralmente modificam-se na sua morfologia e nas suas afinidades tintoriais.

É lógico supor que os depósitos de cálcio constituem um meio de defesa do organismo, que impede a extensão do processo baciloso aos tecidos vizinhos.

MORAIS DAVID.

Investigações clinicas acérea do efeito das injeções intravenosas de insulina. Sintomas de hipoglicemia em individuos normais. (*Clinical investigations into the effects of intra venous injections of insulin. Hypoglycemic symptoms in normal individuals*). por NORDSTED, NORGAARD e THAYSEN. — *Act. Med. Scand.* Vol. LXXIII. Fasc. II.

De entre os sintomas de hipoglicemia, os mais proeminentes são o aumento da pressão sistólica, a queda da pressão diastólica e a aceleração do ritmo cardíaco.

As alterações máximas da pressão sangüínea coincidem com a altura em que a hipoglicemia sofre uma paragem que precede um aumento da concentração do açúcar no sangue.

Uma parte muito importante do mecanismo regulador, provavelmente mesmo o mais importante, é o acréscimo na actividade das cápsulas supra-renais.

É possível que outras glândulas de secreção interna tomem parte neste mecanismo regulador da concentração do açúcar.

O termo «insulinismo» deve substituir a expressão «sintomas hipoglicémicos».

MORAIS DAVID.

Alterações locais do tecido celular subcutâneo em seguida às injecções de insulina. (*Local changes in the subcutaneous tissue following injections of insulin*), por R. EEG e OLOFSSON. *Act. Med. Scand.* Vol LXXIII. Fasc. II.

A literatura médica tem relatado alguns casos de atrofia do tecido celular subcutâneo, como resultado das injecções locais de insulina. No artigo publicam-se dois casos clínicos de lipo-distrofia em diabéticos submetidos ao tratamento insulinico, um com atrofia da camada adiposa dos terços médios, face externa, dos braços e da coxa esquerda, outro com tumefacção da camada célulo-adiposa da face externa das coxas.

O exame histológico de fragmentos de tecidos extirpados das regiões apontadas permite a interpretação do processo histo-patológico, que vem descrito e documentado no artigo.

Com a mudança no local das injecções de insulina, a atrofia do tecido celular subcutâneo do 1.º caso não progrediu, e no 2.º caso os tumores determinados por uma hiperplasia do tecido conjuntivo foram progressivamente diminuindo de volume.

MORAIS DAVID.

A anemia fisiológica da gravidez. (*The physiological anemia of pregnancy*), por B. BLAND, L. GOLDSTEIN e A. FIRST. — *Surg. Gyn. and Obst.* Junho de 1930.

O estudo feito ao sangue de 1.000 grávidas permite concluir pela existência freqüente de uma anemia, de vários graus.

A patogenia desta anemia tem sido interpretada de diferentes maneiras. Para certos autores a anemia está relacionada com as alterações de carácter metabólico, digamos, a anemia é devida à clorose. Para outros trata-se de um quadro de hidremia com diluição correspondente dos elementos do sangue. Outros autores pensam ainda que a anemia é proveniente de uma hemólise do sangue materno gerada por uma hemolisina das células do córion.

Os números da riqueza hemoglobínica e dos glóbulos rubros que os autores consideram como limites mínimos do normal são respectivamente 70% e 4.000.000.

Sumário e conclusões: De 1.000 grávidas examinadas em diferentes períodos da gravidez, 47,4% apresentaram sinais de anemia, com contagem globular de 3.500.000 ou menos. Uma riqueza hemoglobínica de 70% ou menos verificou-se em 58,6% dos casos.

Apenas 24,7% das grávidas examinadas no decurso dos dois primeiros trimestres mostraram anemia moderada ou severa em contraste com 56,7% das grávidas examinadas nas alturas do 3.º trimestre.

A maior frequência da anemia coincidiu com os períodos mais avançados da gravidez e foi também nestes que se encontraram as formas de anemia mais acêntuada.

De 106 doentes com anemia moderada ou severa, 58,4% começaram a melhorar logo ao fim de 1 a 2 dias do parto.

De 94 doentes com anemia ligeira, ou mesmo com um número normal de glóbulos rubros, 73,4% tiveram uma baixa do número de glóbulos rubros nas 24 a 48 horas que se seguiram ao trabalho de parto.

De 100 doentes examinados durante a gravidez e depois dela, a intervalos variáveis entre 2 e 6 meses, 12 mostraram uma considerável melhoria na numeração globular e 95 na percentagem da hemoglobina.

MORAIS DAVID.

A artério-esclerose na diabetes juvenil. (*Arteriosclerosis in the young diabetic patient*), por H. C. SHEPARDSON. — *Arch. Int. Med.* Maio de 1930.

Para avaliar da importância que cabe à diabetes como factor causal da artério-esclerose, estuda-se um grupo de doentes com diabetes juvenil, com idade em que a artério-esclerose exclusiva constitui uma raridade clinica. Neste grupo especial de diabéticos examina-se especialmente o estado do sistema vascular, por meio dos exames radiológicos dos troncos arteriais, e simultaneamente investigam-se certos elementos de observação clinica ou aboratorial.

Conclusões :

Em um grupo de 50 doentes, com diabetes há mais de 5 anos e com idades inferiores a 40 anos, fizeram-se investigações com o intuito de determinar a incidência da artério-esclerose.

A idade média d'este grupo de doentes era de 23,4 anos e a duração média da doença 6,9 anos.

18 casos, ou 38%, mostraram lesões de esclerose vascular.

Nem a severidade da doença nem tão pouco a associação desta com diversas complicações (salvo talvez a tuberculose) podem ser consideradas como um factor patogénico no desenvolvimento da artério-esclerose na diabetes.

A duração da doença explica somente que o factor etiológico deve exercer a sua influencia durante um período determinado até que se manifestem os seus efeitos.

Os valores médios da colesterinemia encontrados neste grupo de doentes são muito mais baixos do que aqueles que em épocas anteriores foram habi-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE é a UNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO

Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona

DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA

Communição ao XIII^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.

Doses medias : Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapie physiologica pelo Peptoniodo.

LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

LISBOA MÉDICA

Hãmafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36
Telefone Trindade 2525

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com
arsénio - brometo de cálcio - cálcio - ferro inorgânico - ferro e arsénio - gaiacol - iodo - silício - silício e cálcio - silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável

S P E T O N

PODEROSO DESINFECTANTE VAGINAL

O protector ideal
para as mulheres

conhecido desde ha
mais de 25 anos

Fabricante: **Semmler Werke**
BERLIN — JOHANISTHAL

Depositários exclusivos:

Henrique Linker, Ltd.^a
Rua de D. Pedro V., 32 a 36
LISBOA Telefone Trindade 2525



tualmente apontados em tais circunstâncias. O mesmo se pode dizer para os valores da lipemia. Esta redução dos números que representam a colesterinemia e a lipemia corresponde à baixa que hoje se verifica na incidência da artério-esclerose.

A nítida diminuição na intensidade dos malefícios produzidos pela demorada acção da diabetes, consequência imediata da terapêutica insulínica, traduz-se também na diminuição dos valores comuns da lipemia. A baixa concomitante na frequência da artério-esclerose reforça, aparentemente pelo menos, a hipótese de que a alteração no metabolismo das gorduras é o factor determinante no desenvolvimento das afecções vasculares na diabetes açucarada.

MORAIS DAVID.

Colite crónica ulcerosa. (*Chronic ulcerative colitis*), por J. ARNOLD BARGEN. — *Arch. Int. Med.* Abril de 1930.

Bargen exprime assim o seu conceito a propósito da doença :

A colite crónica ulcerosa é uma doença infecciosa, que atinge inicialmente o cólon, e apresenta-se com características clínicas, rectoscópicas, patológicas e radiológicas especiais.

O diplo-estreptococo isolado de lesões do recto, de focos distantes e do sangue de doentes atingidos pelos estados agudos da doença, durante a vida e depois da morte, tem um significado etiológico na colite crónica ulcerosa.

MORAIS DAVID.

Trombo-angite obliterante (Buerger). Resultados do tratamento com repetidas injeções de soro fisiológico hipertónico. (*Thrombo-angiitis obliterans (Buerger). Results of treatment with repeated injections of hypertonic salt solutions*), por S. SILBERT. — *Jour. Am. Med. Ass.* 31 de Maio de 1930.

Os resultados obtidos com o uso das injeções intravenosas repetidas de soro fisiológico hipertónico, em 225 doentes com trombo-angite obliterante típica e em 64 com formas menos características, foram satisfatórios. Estes resultados só se verificam quando a par do tratamento proposto se suspende inteiramente o consumo de tabaco.

MORAIS DAVID.

Alguns aspectos clinicos terminais das doenças de fígado. (*Certain clinical and terminal pictures in hepatic disease*), por L. ROWNTREE. — *Clin. of North Am.* Junho de 1930.

A icterícia e a ascite, representando respectivamente obstrução dos sistemas biliar e portal, são sintomas vulgares no grupo das afecções hepáticas e suficientemente conhecidos, pelo menos no seu significado clínico. O autor chama a atenção para outros sintomas terminais das doenças de fígado, por

vezes tão sobressalientes que ganham certo significado nosológico, e exemplifica-os com 8 casos clínicos caracterizados: 1) por obnubilação mental progressiva atingindo por fim a narcose, 2) por hemorragias do canal digestivo e 3) da superfície cutânea, 4) por nefrose com sinais tóxicos de insuficiência renal, 5) por lesões de hepatite amebiana difusa, 6) por icterícia de retenção, febril devida a compressão neoplásica da cabeça do pâncreas, 7) por crises nervosas com hipoglicemia hepatogênea, e 8) por sintomas psíquicos graves de intoxicação devidos aos compostos de antimônio.

MORAIS DAVID.

A **acromia parasitária no Brasil**. (*L'achromie parasitaire au Brésil*), por PARREIRAS HORTA. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et Chirurgie*. TÔMO I. N.º 2. 1920.

Nestes últimos anos foi chamada a atenção do autor para vários casos de dermatose da cabeça e pescoço que se poderiam classificar clinicamente entre as acromias parasitárias de Jeanselme.

Numa sessão da Sociedade de Medicina de Aracaju apresentou o autor fotografias de doentes e preparações microscópicas com o respectivo parasita.

Casos idênticos desta doença foram isolados no Rio de Janeiro, e o autor está convencido de que ela existe também nos estados do norte do Brasil, sobretudo nos da zona equatorial, sendo assim grande a área de disseminação desta epidermo-micose.

A acromia parasitária da cara e pescoço ataca de preferência os indivíduos de raça negra e os mulatos.

As manchas brancas são, por vezes, tão numerosas e tão vastas, que a distância se distingue a doença. A dermatose brasileira tem aspectos clínicos inteiramente idênticos aos descritos por Fontoynt e Carrougeau na acromia parasitária observada em Madagascar e que é conhecida sob o nome de *Hodypotsy*.

Os casos observados no Brasil têm grande semelhança clínica com a *tinea alba* e a *tinea flava* de Castellani.

Numerosas placas brancas ou amareladas observam-se na face, principalmente nas zonas laterais da face e do mento, destacando-se da cor negra ou castanha da pele; estas placas estão cobertas por uma formação pitiriásica, variando de consistência segundo os casos. Ora são constituídas por escamas muito finas e furfuráceas, ora por escamas espessas e consistentes.

No começo, os doentes apresentam pequenos pontos esbranquiçados sobre a pele, apresentando esta um aspecto especial vulgarmente designado «cara suja».

Estas formações pitiriásicas não mudam de cor, como na *pityriasis versicolor*; não formam as grandes placas características da *pityriase versicolor tropical*, tão bem descritas por Castellani.

É muito fácil obter um material abundante para exames e constatar a presença de ricos desenvolvimentos micelianos ramificados.

Entre os filamentos podem-se observar numerosos esporos ovóides ou

arredondados que, por vezes, formam massas como os ninhos da Hormondendron, descritas por Fontoyont et Carrougeau e magistralmente estudadas por Langeron.

Espalhadas nos meios de cultura indicados, sobretudo no de Sabourand, as escamas mostram-se, em geral, estéreis. Entretanto, algumas vezes uma cultura cresce com extrema lentidão.

As culturas obtidas pelo autor são brancas, de centro elevado, podendo destacar-se facilmente; quando envelhecem tomam uma cor ligeiramente mais carregada. As de Hormondendron-Fontoyont são brancas e tomam facilmente uma cor verde escura.

O aspecto do cogumelo nas culturas é semelhante ao que se observa na pele.

O tipo de acromia observado no Brasil não tem nada que ver com os casos de pitiríase versicolor tropical; segundo o parecer do autor são idênticos ou semelhantes aos de acromia parasitária de Janselme.

F. FONSECA.

A classificação clinica das ictericias (*La classification clinique des ictères*),
par G. OLESCHEA. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*.
Tômo I. N° 2. 1930.

É impossível fazer uma idea das ictericias sem recordar as teorias da biligenia, visto que a icterícia representa apenas uma perturbação desta função.

Actualmente há duas teorias que atribuem a tecidos diferentes a formação do pigmento biliar. A bilirubina é considerada pelos experimentadores como um pigmento desprovido de ferro que se forma à custa da hemoglobina

A teoria mais antiga atribui à célula hepática a formação da bile: é a teoria hepatogénea.

A teoria actual localiza a formação da bilirubina no tecido retículo-endotelial: é a teoria retículo-endotelial ou hematogénea.

Depois de relatar os numerosos factos clínicos e experimentais sôbre que se apoiam estas duas teorias, o autor confessa não poder optar por qualquer delas e segue a opinião de Roger, que adoptou as conclusões da tese de Florentin sôbre a biligenia.

Segundo Florentin, o ciclo da elaboração do pigmento biliar comportaria quatro fases sucessivas.

Durante a primeira fase as células retículo-endoteliais, sobretudo as do baço, actuam sôbre a hemoglobina e transformam-na em pigmentos, uns providos, outros desprovidos de ferro; entre estes últimos haveria uma pequena quantidade de pigmento biliar, provávelmente biliverdina, que seria fixada pelas células de Kupffer. Na segunda fase as células de Kupffer fabricariam biliverdina à custa dos outros pigmentos imperfeitamente elaborados e da hemoglobina ainda não transformada. Na terceira, a biliverdina que chega à célula hepática é reduzida e transformada em cromogéneo incolor. Durante

a quarta fase o cromogéneo oxida-se nas vias biliares para formar, segundo as espécies, o pigmento definitivo: bilirubina ou biliverdina.

O autor regeita a concepção de Brulé e Abrami, segundo a qual a célula hepática não desempenharia papel algum na biligenia e actuaria sobre a bilirubina de modo idêntico ao do rim em relação à ureia.

O autor adopta a classificação das ictercias proposta por Mc-Nee, que se impõe pela sua simplicidade.

Mc-Nee considera três formas clínicas de ictercia:

1.º — A ictercia por obstrução.

2.º — A ictercia intra-hepática tóxica ou infecciosa.

3.º — A ictercia hemolítica.

Descreve ainda a reacção de Van den Bergh e as características clínicas de cada uma das formas de ictercia.

F. FONSECA.

Os factores determinantes do choque operatório nas desarticulações da anca. (*Les facteurs determinant du choc opératoire dans les désarticulations de la hanche*), por C. STAJANO, D. BENNATI e PERTUZZO. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. TÔMO I. N.º 2. 1930.

Conhecendo as causas e o mecanismo é possível prevenir os accidentes que complicam a desarticulação da anca.

Os autores aconselham evitar a queda brusca do membro no último tempo da operação, a fim de não produzir o repuxamento das massas musculares e dos troncos nervosos, que determina o sindroma inibitor.

F. FONSECA.

O conceito actual das micoses médicas do aparelho respiratório. (*Le concept actuel des mycoses médicales de l'appareil respiratoire*), por R. TALICE. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. TÔMO I. N.º 2. 1930.

A maioria dos cogumelos isolados nos escarros humanos são saprofitas (frequentes nas vias aéreas superiores) que começaram a vegetar nas vias aéreas como pseudo-parasitas, em seguida a uma alteração primitiva das mucosas ou das suas secreções quasi sempre de origem microbiana. Êstes cogumelos podem depois tornar-se verdadeiros parasitas e exercer acção patogénea.

A grande maioria das micoses bronco-pulmonares descritas (como as micoses intestinais) são pois micoses secundárias e associadas. São frequentes e a sua importância é considerável sob o ponto de vista biológico, patogénico, clínico e terapêutico.

F. FONSECA.

Sobre o tratamento da linfadenite aguda nas crianças. (*Zur Behandlung der Lymphadenitis acuta im Kinderalter*), pelo DR. KURT OCHSE-
NINS (in Chemnitz). — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1930.

A linfadenite aguda, e sobretudo a da região cervical, é mais freqüente nas crianças do que nos adultos. Czerny com fins clínicos dividiu os gânglios cervicais em 4 grupos:

a) Cervicais posteriores, situados atrás do esterno-cleido-mastoídeo e tendo como regiões tributárias a região cervical posterior e a mucosa da naso-faringe (abscessos da nuca, angina retro-nasal);

b) Gânglios sub-maxilares com a mucosa da faringe e as amígdalas como regiões tributárias (anginas e faringites);

c) Gânglios submentonianos, no pavimento da boca, com a língua, lábios, gengivas e maxilares como regiões tributárias;

d) Gânglios paralaríngeos, costeando lateralmente a laringe (pseudo-crup, laringites agudas e crônicas).

O tratamento duma linfadenite deve não só atingir o gânglio inflamado, mas também o processo patológico que provocou essa inflamação. Nas linfadenites por piodermite basta quasi sempre a incisão e o esvaziamento dos abscessos cutâneos, para que regresse o processo ganglionar; quando se trata de impetigo, a aplicação local de rivanol a 1%, em pomada ou em soluto, basta também dum modo geral.

Nos casos de angina retro-nasal deve recomendar-se o uso de instilações, feitas com uma pipeta, do soluto seguinte: colargol, protargol: ãã 0,1 gr.; água destilada: 10 gr.; 3 aplicações diárias, 5 gotas de cada vez. Muitas vezes este tratamento não evita a infecção ganglionar que, uma vez produzida, perturba bastante o estado geral, criando a chamada febre ganglionar de Pfeiffer; emprega-se nestes casos com bons resultados a omnadina, cuja acção parece exercer-se sobre o próprio gânglio.

Como agente terapêutico influenciando directamente os gânglios, temos o iodo, pela hiperemia provocada e pela infiltração sofrida, provocando assim a fusão e a reabsorção dos tecidos lesados; de acção idêntica há ainda o unguento napolitano e a pomada de eutirsol.

Dos agentes físicos deve empregar-se sempre o calor, mas de molde a não produzir grandes diferenças de temperatura em curtos lapsos de tempo; evita-se este inconveniente com a antiflogistine usada nas primeiras vezes em camada delgada, que aumenta sucessivamente de espessura. A diatermia, a-pesar-dos bons resultados que se poderiam obter, é inviável na prática.

A intervenção cirúrgica será o último recurso e quando a flutuação fôr bem nítida, pois não se deve esquecer que quanto mais tardiamente aquela se fizer, mais rápida será depois a cura; no caso de a infecção se propagar de gânglio a gânglio, como freqüentemente acontece no pescoço, a incisão única sobre um dêles, exerce muitas vezes uma influência benigna sobre os outros.

A apendicite aguda nos velhos. (*Ueber die akute Appendizitis im Alter*), pelo DR. H. FLÖRCKEN und DR. R. RIEMANN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1930.

A apendicite aguda é essencialmente uma doença da idade juvenil e da idade média, e diminui rapidamente para além dos 50 anos.

Oberndorfer e Aschoff têm encontrado no apêndice de todos os adultos processos inflamatórios que sucessiva e progressivamente levam à destruição da mucosa e desapareição dos folículos linfóides e finalmente à esclerose total do órgão. Consideram estes processos como fisiológicos e daí o conceito de que na velhice não podia haver apendicite por ter terminado já o mecanismo biológico regressivo do apêndice vermicular O A., porém, na sua estatística de apendicectomias de 1920 a 1929, que atinge o número de 1.620, encontra 145 em doentes com mais de 50 anos, ou seja uma percentagem de 8,9%. Este número é, pois, suficientemente alto para ser ponderada a hipótese de uma apendicite nos velhos.

Predominam os homens. A média das temperaturas é sempre baixa mesmo nos processos intensamente destrutivos, com perfuração e peritonite purulenta. A diferença, nítida na juventude, entre a temperatura axilar e a rectal não se encontra nestes casos; em geral não vai além de 0°,5. O pulso também não atinge altos valores, oscilando entre 80 e 90 pulsações por minuto. A frequência dos vômitos é em geral pequena: 15%, e em todas havia peritonite purulenta generalizada. A polinucleose é quasi sempre relativamente baixa: 12.000 a 15.000, podendo, porém, atingir um valor duplo nas peritonites purulentas difusas. O exame local só em 50% dos casos apresenta os sinais típicos. Por isso, perturbações no esvaziamento normal do intestino, com sensação de enchimento do ventre, dores à pressão na região apendicular, e um ligeiro aumento de pulsações deve sempre fazer pensar uma apendicite.

A mortalidade é em geral alta: 12,4%, motivada em grande parte pelo agravamento rápido de lesões que apresentam poucos sintomas característicos.

Ao lado da peritonite desempenha um papel importante o infarto pulmonar e a pneumonia. O risco operatório é também maior, se bem que o chamado coração senil nem sempre seja uma contra-indicação. Como anestesia há sempre que preferir a local.

J. ROCHETA.

Os germes do cat-gut estéril do comércio. (*Der Keimgehalt des sterilen Handelskatgut*), pelo Prof. DR. M. KNORR. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 14. 1930.

O A., fundamentando-se em pesquisas realizadas durante vários anos, chega ao seguinte resultado acêrca da esterilidade do cat-gut do comércio:

1) Há cat-gut «estéril» que contém formas esporuladas e apatogéneas de bacilos vulgares, e quasi sempre formas esporuladas, patogéneas e altamente virulentas nos animais de experiência (gangrena gasosa, bacilos de Novy do edema maligno).

2) Há cat-gut «estéril» que se differença do mencionado atrás, apenas por nêse se encontrarem mais raramente os esporos anaeróbios e patogêneos.

3) Cat-gut «estéril» que quasi sempre, mais ou menos freqüentemente, contém unicamente esporos aeróbios dos bacilos vulgares. Finalmente, cat-gut «estéril» que, corado pelo Ziehl, mostrava a existência de grumos de bacilos ácido-resistentes e cuja forma lembra a dos bacilos de Koch, mas com os quais se não fizeram culturas nem experiências nos animais. Além disso, verificou-se ainda que não se consegue em absoluto a destruição do *octinomicés* com os métodos de esterilização adoptados actualmente.

A maneira como se infecta o cat-gut é que é ainda desconhecida, assim como não é fácil saber se o maior número de embolias constatadas últimamente por alguns autores são derivadas de pequenas infecções provocadas pelo cat-gut. A afirmação de que o cat-gut estéril provoca uma supuração estéril está ainda por provar, e realmente o assunto merece ser estudado, pois aquele pode, por ser uma albumina estranha, produzir reacções em pes-soas muito sensíveis.

J. ROCHETA.

Miomas e gravidez. (*Myom und Schwangerschaft*), por HEINRICH KATZ. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1930.

A-pesar-da freqüência dos miomas uterinos, são raras as perturbações na gravidez provocadas por êles. Todavia é bom não esquecer as transformações que os tumores sofrem durante os períodos gravidicos e as complicações a que podem dar origem. É sabido que a maioria aumenta de volume, facto que é devido essencialmente a uma maior irrigação local; outros há, especialmente sub-serosos, que não apresentam esta característica, porque sofrem um achatamento por compressão da musculatura uterina. A melhor irrigação provoca também o aparecimento do edema, permitindo que o tumor, devido a uma diminuição de consistência, se desloque com mais facilidade e constitua portanto menor perigo para o feto. Dá-se em geral também uma ascensão do tumor, muito variável de caso para caso, sendo nalguns brusca e noutros bastante lenta. Além destas modificações de volume, forma e consistência, os miomas sofrem às vezes degenerescências; a mais importante é a necrose, caracterizada por febre ligeira, mal-estar geral, vômitos, cafealias, anorexia, e que muitas vezes se infecta secundariamente.

A-pesar-de se ter exagerado a acção abortiva dos miomas, sabe-se, de facto, que quando estes se implantam em determinadas zonas da matriz conduzem quasi sempre ao abôrto. É assim que a gravidez tubária pode dever a sua aparição a miomas fúndicos: o encravamento precoce dum útero grávido por miomas sub-serosos da parede posterior que encham a pequena bacia; o mioma de cervix que não precisa atingir grande volume para perturbar o bom andamento da gravidez.

Há a lembrar ainda a inércia uterina *post-partum* produzida em úteros polimiomatosos e que pelas hemorragias que provoca pode levar ao diagnóstico errado de restos placentares não completamente expulsos.

No que diz respeito ao tratamento deve acentuar-se que a intervenção

cirúrgica só é indicada em casos extremos: necrose, infecção ou torção de pedículo dum mioma; o método conservador é em geral pouco freqüente, isto é, haver possibilidade de extirpar o tumor sem afectar a marcha normal da gravidez. Quando um mioma constitui de facto um obstáculo à passagem do feto, então deve ser feita a histerectomia total depois da abertura do útero e extracção do feto.

Nas hemorragias graves *post-partum*, por atonia acentuada em úteros miomatosos, mais vale fazer logo a amputação do útero, do que tamponamentos que nada resolvem e apresentam ainda o perigo das infecções.

Êste heróico procedimento é ainda de aconselhar na *retentio placenta*, quando as secundinas assentam sobre um mioma que por sua vez dificulte as manobras para a extracção daquelas.

J. ROCHETA.

A determinação da coagulabilidade do sangue. (*Die Bestimmung der Blutgerinnungs Zeit*), por HEIRINCH LAMPERT. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 14. 1930.

Para uma boa determinação da coagulabilidade sanguínea devem ser utilizados métodos que evitem tanto quanto possível a influência dos factores extravasculares. Como factores que influem na coagulabilidade fora da circulação temos:

a) A qualidade do material. O A. verificou após cuidadosas experiências que o vidro não é próprio, pois acelera a coagulação, por ser facilmente embebido pelo líquido. Conseguiu porém fabricar uma resina artificial, produto de condensação de fenol e aldeído fórmico a que deu o nome Athrombit, transparente, menos quebradiça que o vidro, de reacção ácida, má condutora do calor e que pode servir para o fabrico de instrumentos (1). Além disso o Athrombit pode esterilizar-se em água fervente durante 5 minutos. Á temperatura do laboratório a coagulabilidade no vidro é de 15 minutos e no Athrombit é de 40 minutos.

b) A temperatura. Sabe-se que a coagulabilidade depende também da temperatura ambiente: coagulação quasi nula abaixo de 8º que aumenta progressivamente com a temperatura. Por isso a temperatura deve em todas as experiências permanecer constante (37º).

c) Conteúdo gasoso do sangue; sangue rico em Co₂ coagula mais lentamente. Por isso extracção de sangue venoso e não arterial, procurando fazê-la o mais rapidamente possível e evitando tanto quanto possível misturar o sangue extraído com bôlhas de ar.

Usando pois instrumental de Athrombit e procurando seguir à risca os cuidados expostos acima, o A. aumenta o tempo de coagulação média e assim mais rigorosamente pode notar as diferenças que existam nos diversos casos.

J. ROCHETA.

(1) Firms Lautenschläger, Filiale München Lindwurmstrasse.

Contractura isquêmica de Volkmann (*Contrattura ischemica di Volkmann*), por F. E. GODOY MOREIRA (S. Paulo-Brasil).—*La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. xiv. Fasc. v. Março, 1930. Págs. 573-582

Deixando aqui os nossos cumprimentos ao A, nosso companheiro de trabalho no Oscar-Helene-Heim, em Berlim, resumimos o seu artigo, que numa forma concisa e clara põe em dia a questão do tratamento cirúrgico da contractura isquêmica de Volkmann, apresentando uma observação e fazendo-a acompanhar de gravuras muito elucidativas.

Na presente exposição, o A. pôs de parte as considerações clínicas, patogênicas e anátomo-patológicas da contractura de Volkmann, para estudar apenas o lado prático do problema do tratamento, e dêste apenas o cirúrgico.

Das diversas intervenções que têm sido propostas para corrigir a deformidade de Volkmann, todas têm as suas indicações especiais. As condições particulares dos ossos, dos músculos, o desenvolvimento maior ou menor dos diferentes componentes da deformidade, as considerações de ordem estética, são todas elas elementos que contribuem para dar a preferência a uma ou a outra operação.

Um doente com perturbações da ossificação, processos de rarefacção óssea, ou que tenha fracturas mal consolidadas, localizadas no antebraço, ou num caso em que o encurtamento já é muito considerável, é evidente que não se recorrerá a uma operação baseada no encurtamento do esqueleto. Por outro lado, num caso em que o antebraço apresente escaras ou aderências cicatriciais dos tendões flexores, evitar-se há o alongamento plástico dêstes tendões.

Algumas vezes estará indicada a associação de duas ou mais das operações descritas, para obter a correcção da contractura.

No que respeita ao método do encurtamento ósseo, o A. descreve a técnica que lhe parece oferecer maiores garantias.

Os pontos capitais desta técnica são: a divisão do cúbito e do rádio em nível diverso, mais proximalmente o rádio e mais distalmente o cúbito; fazer a ressecção plástica de modo que o afrontamento dos topos do cúbito se faça no plano frontal e o dos do rádio no plano sagital; aparelho em hipercorrecção e mobilização precoce.

MENESES.

Sobre o tratamento das dores de cabeça após a anestesia raquidiana. (*Ueber die Behandlung, usw.*), por THEODOR BURGHELE. — *Zentralblatt für Chirurgie*. 1930. Nr. 7.

Entre os mais sérios e os mais freqüentes acidentes post-anestésicos da anestesia raquidiana estão as dores de cabeça. Muito tem sido escrito sobre a sua patogenia bem como sobre o seu tratamento. As dores de cabeça, bem como outros acidentes da anestesia raquidiana (estado nauseoso, vômitos, rigidez da nuca) devem, segundo Leriche, ser atribuíveis a baixa pressão do líquido céfalo-raquidiano. No tratamento das dores de cabeça empregam-se

vários processos, como por exemplo a injeccção intravenosa de água destilada, os extractos hipofisários, etc.

O A. confirmou outras observações feitas de que a anestesia raquidiana baixa a pressão arterial. Por isso foi racional ir-se procurar uma substância cuja acção fôsse a de elevar a pressão. Cuidou encontrar na adrenalina um agente nessas condições, e da qual empregou doses intravenosas de um miligramma.

Teve, porém, de abandonar o método, que em alguns casos provocou *shock*. Experimentou então a injeccção intravenosa de efetonina (Merck), que só em raros casos deu sintomas do lado do simpático (palpitações) e que nos restantes provou uma acção eficaz como a da adrenalina.

Em 80 casos de dores de cabeça após anestesia lombar com novocaína foi experimentada a efetonina e os resultados obtidos foram classificados pelo A. como muito bons. Uma única injeccção de 1 c. c. de efetonina bastou quasi sempre. Só raras vezes foi preciso repetir a injeccção. Todas as perturbações em seguida à anestesia raquidiana desaparecem 5 a 20 minutos depois da injeccção de efetonina.

O A. ensaiou então o método durante cêrca de um ano. Numa publicação posterior fará o A. referências mais detalhadas sôbre o grande número de casos, mas desde já aconselha o ensaio do método que acha simples e inofensivo.

MENESES.

Sôbre o coto de Pirogoff. (*Ueber den Pirogoffschen Stumpf*), por I. W. STUDZINSKY.—*Zentralblatt für Chirurgie*. 7 de Setembro de 1929. N.º 36.

Na operação de Pirogoff, o retalho osteoplástico calcaneano deveria ter, segundo a idea do cirurgião que a inventou, uma dupla finalidade: constituir um coto que sustentasse bem o pêso, e dar um encurtamento do membro limitado tanto quanto possível. A experiência clínica demonstrou que estas duas finalidades são perfeitamente conseguidas nos amputados que não usam aparelho de prótese, pois que nêles as perturbações na posição de pé são limitadas e a deambulação executa-se com claudicação pouco acentuada, sem as modificações do esqueleto compensadoras (escoliose, pé chato no lado bom, etc.).

Pelo contrário, nos amputados destinados a fazerem uso dum aparelho de prótese, o coto de Pirogoff resulta incômodo para a deambulação. É todavia possível evitar tal inconveniente ressecando os ossos da perna num nível mais alto, aquela que foi chamada por alguns cirurgiões «Pirogoff alta».

Em dois doentes o A. fez esta Pirogoff alta, e em ambos os casos foi obrigado a cortar a artéria tibial posterior, o que não influi de modo algum na nutrição e na cura perfeita do retalho osteoplástico calcanear. Repetiu depois a operação com a técnica indicada, no cadáver dum rapaz de vinte e cinco anos, fazendo em seguida a injeccção com uma massa bismutada. O radiograma não revelou nenhuma injeccção vasal do coto osteoplástico calcanear. Isto mostra que para a nutrição dêste, contrariamente ao que pensava

Pirogoff, é perfeitamente suficiente (pelo menos nos indivíduos novos sem artério-esclerose) a rede vascular do pedúnculo cutâneo

MENESES.

Sacralização da 5.^a vértebra lombar. (*Sacralisation des 5 ten Lumbalwirbels*), por R. INGEBRIGTSEN (Oslo).— *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXV. Fasc. IV. Págs. 283-340.

É necessário, segundo o A., considerar separadamente a sacralização de 5.^a lombar sob o ponto de vista anatómico e sob o ponto de vista patológico.

Dos estudos expostos neste trabalho, acompanhado de excelentes reproduções radiográficas, deve-se concluir que o primeiro e segundo grau de sacralização (le double) são formas normais, existindo em 75 por cento dos indivíduos examinados. Enquanto que desde o 4.^o ao 6.^o grau de sacralização (le double) podem ser origem de desvios da coluna vertebral, contracturas e dores.

Radiologicamente, uma sacralização patológica é caracterizada pela apófise transversa muito alargada, fazendo íntimos contactos anatómicos, seja com o sacro seja com o osso iliaco. A sacralização unilateral é muitas vezes a causa dum desvio da coluna vertebral (escoliose).

O quadro clínico motivado pela sacralização é tal e qual o traçado por Bertolotti e Rossi; mas contrariamente aos autores italianos, deve-se dizer que não há atrofia muscular e a sensibilidade cutânea está intacta.

Segundo todas as probabilidades, a fixação assimétrica da coluna vertebral à bacia é a origem das dores e das contracturas.

A ressecção da apófise transversa assimétrica e hipertrófica faz desaparecer as dores nos doentes de vários autores. O A. fez a ressecção em duas doentes com sacralização unilateral. Esta ressecção foi seguida duma cura imediata e definitiva das dores e das contracturas.

Deve-se concluir, pois, que a sacralização unilateral pode causar desvios da coluna vertebral seguidos de dores e contracturas, que este síndrome é uma entidade clínica, a sacralização dolorosa, cujo tratamento pela ressecção da apófise transversa assimétrica é de recomendar.

MENESES.

Estudo das variações leucocitárias nas crianças vacinadas com o B. C. G. (*Estudio de las variaciones, etc.*), por G. PITTALUGA e FERNANDO GARCIA (Madrid).— *Archivos Españoles de Pediatría*. Ano XIII. N.^o 9. Pág. 577-608.

O exame comparativo das percentagens leucocitárias dos diferentes grupos de crianças vacinadas por via digestiva com o B. C. G. leva os AA. a notarem uma reacção geral caracterizada por uma *monocitose precoce* (primeira-segunda semana) bastante acentuada (15,5 por 100, média), *acompanhada*, e com maior frequência *seguida por uma linfocitose prolongada*, e por uma baixa correspondente dos granulócitos neutrófilos, com um leve desvio para a esquerda do número de lobulações nucleares (Arneth).

Estas alterações leucocitárias, que os AA. submetem a um estudo crítico, representam, no seu modo de ver, uma reacção celular em relação com a actividade defensiva do organismo vacinado, contra a proliferação do vírus-vacina localizado nos tecidos depois da sua passagem através do intestino; e demonstram que esta actividade defensiva, em virtude da qual se estabelece um estado de «premunição» em face da infecção tuberculosa, exerce-se pelos mesmos meios e com o mesmo tipo de reacção local e hemática que se conhece como própria da infecção tuberculosa primária, pôsto que adopte uma evolução mais rápida e abreviada, da qual encontram a expressão no ciclo das modificações leucocitárias do sangue.

MENESES.

Luxação das vértebras cervicais. (*Dislocations of the cervical vertebrae*), por MITCHELL LANGWORTHY. — *The Journal of the American Medical Association*, 11 de Janeiro de 1930. N.º 2.

O A. refere os excelentes resultados obtidos com a manobra de redução de Walton em 17 casos de luxação bilateral de uma vértebra cervical e em 13 casos de luxação unilateral.

Esta manobra foi praticada sempre sob anestesia, com perfeito relaxamento muscular, à excepção de poucos casos nos quais o traumatizado se encontrava em *shock* grave. A manobra deve consistir:

1 — Na inclinação da cabeça para a espádua oposta ao lado luxado (para obter um desencravamento da faceta articular).

2 — Na rotação da cabeça para o lado luxado (para obter a propulsão da faceta articular luxada para baixo e para dentro, contra a correspondente faceta de vértebra que lhe está abaixo).

Nos casos de luxação bilateral, nos quais a redução se deve fazer primeiro dum lado, a mesma manobra deve ser repetida em sentido oposto para o outro lado.

É útil pôr a cabeça em hiperextensão, mantendo-a assim aparelhada, logo após a redução, com o fim de prevenir uma recidiva da luxação. Uma minerva gessada deve ser então aplicada em posição de hiperextensão, incluindo cabeça, pescoço e tórax.

MENESES.

Linfogranuloma vertebral. (*Linfogranuloma vertebrale*), por ALCESTE CONTI (Bologna). — *Rinascenza Médica*. 1929. N.º 21. Págs. 503-506

O A. descreve e ilustra com uma página a côres um caso de doença de Hodgkin, durante a qual se produziu um síndrome espondilítico da 4.ª e 5.ª vértebras lombares.

O doente morreu e ao exame necrópsico viu-se que os corpos destas vértebras estavam invadidos por produções linfo-granulomatosas, que faziam saliência no canal raquidiano, mas não tinham lesado os elementos da cauda eqüina.

A natureza da doença foi confirmada dum modo seguro pelo exame histológico.

Mas já o quadro clínico orientava para o diagnóstico de doença de Hodgkin, seja pelos caracteres dos tumores linfoglandulares (sede, consistência, volume, individualidade de cada elemento) e também pela existência dum movimento febril cotidiano, dum anergia à tuberculina, de fenómenos tóxicos (prurido, diarreia) e sobretudo, emfim, dum leucocitose neutrófila absoluta (até 20.000) com eusinofilia (até 20 %).

MENESES.

O diagnóstico precoce da apendicite nas crianças. (*Zur Frühdiagnose der kindlichen Appendicitis*), por E. FLUSSER. — *Münchener Mediz. Wochensh.* 13 de Setembro de 1929. N.º 37.

A apendicite evoluciona nas crianças, mesmo nos casos graves, com um quadro clínico especial, diferente em tudo ao do decurso nos adultos. Assim, podem faltar as dores espontâneas, a febre, o meteorismo, o vômito, e até a hipersensibilidade do ponto de Mac Burnay e a defesa muscular. Compreende-se facilmente que o médico muitas vezes não consiga fazer o diagnóstico de apendicite na criança ou só o faça quando a doença já está muito avançada e quasi rebelde a todo o tratamento.

Por isso Flusser procurou e estudou os sintomas precoces que permitem ao médico suspeitar dum apendicite. Um dos sintomas constantes, pôsto que precoce, é a falta de apetite, em que a criança recusa obstinadamente os alimentos. Um segundo sintoma muito importante é o tenesmo: de facto, as crianças sentem a necessidade de evacuar sem que consigam satisfazer êsse desejo; êste estímulo é incessante, incômodo, doloroso e não cessa nem mesmo quando a criança volta de novo a evacuar.

Um outro sintoma precoce é o vômito: vômito tóxico que não se pode relacionar com perturbações gastro-enteríticas.

Emfim, um outro sintoma precoce diz respeito à micção: a criança sente a necessidade de urinar, mas não consegue emitir mais do que algumas gotas de urina; êste estímulo para a micção, que ainda se acompanha do tenesmo acima descrito, aborrece o doente a tal ponto que os pais se vêem obrigados a chamar o médico.

MENESES.

Um novo método de tratamento operatório da pseudartrose do colo do fêmur, por FR. PAUWELS (Aachen). — *Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie.* Bd. LV. H. 1/2. Págs. 125-134.

A pseudartrose do colo do fêmur traz perturbações graves ao funcionamento da anca. O trocânter encontrando-se subido na fossa ilíaca externa, os músculos pelvi-trocantarianos relaxados não podem fixar a bacia quando o membro são dá um passo, e o doente coxeia avançando a espádua.

Êste coxear desloca a linha de gravidade do corpo para a anca lesada, e esta vem quasi confundir-se com a entrelinha da pseudartrose. A cabeça

do fémur bascula para fora; a massa trocanteriana desliza sobre ela para cima quando o membro doente se apoia, e para baixo, levada pelo seu próprio peso, quando oscila.

O tratamento ideal destas pseudartroses seria a redução seguida de consolidação óssea por avivamento, enxerto ou encavilhamento. Os resultados nem sempre têm sido muito encorajantes e isso sobretudo por ser muito difícil obter a redução da pseudartrose. É mais simples não tentar esta redução e adaptar o mecanismo da anca à nova situação da cabeça do fémur.

O A. recomenda com este fim uma osteotomia cuneiforme da base externa do fémur ao nível do pequeno trocânter; depois da consolidação da osteotomia, o vértice do trocânter encontra-se abaixado, a inserção inferior dos glúteos está na mesma altura que do lado sã, donde resulta a tensão e a função normais destes músculos, o que suprime o coxear sobre as espáduas.

E ainda, a entrelinha da pseudartrose toma uma direcção quasi perpendicular à linha de gravidade do corpo. O trocânter, por conseguinte, já não tem tendência a deslizar para a fossa ilíaca externa, há supressão do movimento de vai-vem da massa trocanteriana sobre a cabeça do fémur, donde a desapareição das dores.

Calcula-se primeiro sobre a radiografia o ângulo da cunha de osteotomia.

Depois da correcção, o eixo da diáfise deve formar com a entrelinha da pseudartrose um ângulo de 60°. Fixam-se em seguida dois parafusos de Schanz, um no trocânter e outro na diáfise, cada um dêles paralelamente à linha de secção vizinha.

Faz-se a osteotomia; afasta-se a diáfise até que os parafusos estejam paralelos. Faz-se um calção gessado, englobando as extremidades dos parafusos. Este gesso deve ser mantido até a consolidação completa.

O A. empregou esta técnica num rapaz de 20 anos. O resultado é perfeito. A anca recuperou quasi toda a sua mobilidade e quasi toda a sua lôrça.

É difícil de dizer, pelas radiografias, se a pseudartrose assim tratada chega à consolidação óssea. A persistência da pseudartrose tem, de resto, pouco importância, pois a cabeça do fémur, bem fixada, constitui um excelente apoio para o membro inferior.

Esta intervenção, simples e inofensiva, pode perfeitamente ser executada em individuos de idade.

MENESES.

A hiperventilação nos epilépticos e nos histéricos. (*Zur Frage der Hyperventilation bei Epileptikern und Histerikern*), por J. KÜTTENDORF. — *Deutsche Mediz. Wochens.* N.º 11. 1930.

O A. experimentou em larga escala na clínica psiquiátrica e neuropatológica de Bonn o método terapêutico da hiperventilação nos epilépticos, que em 1924 foi pela primeira vez aconselhado por Forster.

Este método curativo, aconselhável pela sua simplicidade e inocuidade, consiste em fazer executar aos doentes, cómodamente sentados, durante 10 minutos, intensas e prolongadas inspirações. Nas primeiras sessões esta hiperventilação provoca num certo número de doentes um ataque epiléptico típico,

mas depois de alguns dias os ataques tornam-se progressivamente mais raros e mais leves até que algumas vezes desaparecem por completo.

As recentes tentativas dêste método foram seguidas pelo A. em 89 doentes, entre os quais havia 28 epilêpticos e 61 histéricos.

Entre os 28 epilêpticos a hiperventilação apenas em três doentes pôde provocar um ataque convulsivo típico. A prova da excitabilidade eléctrica durante a hiperventilação deu em 8 casos uma diminuição da excitabilidade eléctrica à abertura do catodo abaixo dos 5 miliampères, o que constitui um dado electrodiagnóstico típico de grande valor diagnóstico nos epilêpticos. Pelo contrário, nos histéricos a excitabilidade eléctrica à abertura do catodo nunca desceu durante a hiperventilação abaixo dos 5 miliampères, enquanto em 77 % dêsses doentes a hiperventilação provocou um típico ataque histérico. Aparte, pois, o valor curativo, a hiperventilação de Fœrster tem importância diagnóstica, permitindo obter em pouco tempo, com grande segurança e com um processo inócuo, o diagnóstico diferencial, muitas vezes difficil, entre convulsões epilêpticas e convulsões histéricas.

MENESES.

Tratamento cirúrgico do catarro vesical crónico renitente e doloroso.
(*Chirurgische Behandlung der chronischen, hartnäckigen und schmerzhaften Blasenkatarrhe*), por G. PETRESCU. — *Zentralblatt für Chirurgie*.
1 de Março de 1930. N.º 9.

Fundando-se na teoria de Rochet sôbre a possibilidade de curar as cistites crónicas renitentes pela ressecção dos troncos nervosos ou dos seus correspondentes gânglios hipogástricos, que presidem à inervação da bexiga e do segmento uretral interior, o A. resolveu-se a praticar a intervenção num velho doente da bexiga.

As micções executavam-se nele 15 a 20 vezes por dia, acompanhando-se de dores insuportáveis, mas depois da ressecção do nervo sagrado começaram gradualmente a tornar-se mais raras e sempre indolores.

Seis meses depois da intervenção o doente tinha readquirido o completo bem-estar e toda a sua capacidade de trabalho.

A intervenção não pode ser generalizada além de certos limites, porque os seus resultados são absolutamente dependentes do abstracto anátomo-patológico e patogénico das dores nas cistites e uretrites crónicas, mas uma selecção cuidadosa dos operandos poderá vulgarizar o conhecimento do método e valorizá-lo.

MENESES.

Estado actual da profilaxia da difteria. (*État actuel de la prophylaxie de la diphtérie*), por GASTON LAPIERRE (Montréal). — *Archives de Médecine des Enfants*. TÔMO XXXII. N.º 5. Maio de 1930. Págs. 263-283.

O A. expõe o problema da profilaxia diftérica no seu estado actual em todo o mundo e faz uma revista geral dos diferentes métodos que têm sido

usados para êsse efeito, a seroterapia preventiva, a vacina diftérica e a vacinação pela anatoxina.

A experiência pessoal do A. mostra-nos bons resultados com esta última. Até 1 de Setembro de 1926, injectou duas injectões hypodérmicas de 0,5 c. c. de anatoxina Ramon, feitas com quatro semanas de intervalo; desde essa data até 1 de Março de 1927, deu uma injectão de 0,5 c. c. e quatro semanas depois outra de 1 c. c., de anatoxina; desde 1 de Março, passou a acrescentar-lhe uma terceira injectão de 1,5 c. c. de anatoxina, passando a intervalar as injectões de duas ou três semanas, e os resultados obtidos foram então seguros e constantes.

A imunização contra a difteria foi limitada às crianças de um ano até seis ou sete anos aproximadamente. Tomou como certo que a imensa maioria nesta idade era positiva para a difteria, e não fizeram a reacção de Schick antes das injectões, para diminuir as dificuldades que sempre surgem quando se determina que as crianças sejam trazidas, muitas vezes em datas fixas, para as picar.

Foi estabelecido que 93% dos recém-nascidos têm uma reacção de Schick negativa. Aos seis meses, esta percentagem baixa para 43%. O período de eleição para fazer a imunização antidiftérica é de um aos dois anos. Em cerca de 200 crianças imunizadas pelo A. até agora, contra a difteria, não conseguiu fazer a reacção de Schick senão em cerca de um quarto delas. Neste número, 56 apresentam um Schick positivo; acrescente-se, porém, que estes casos se recrutaram inteiramente nas crianças que apenas tinham recebido duas injectões (isto é, duas vezes 0,5 c. c. ou 0,5 c. c. e 1 c. c.). Depois disso nunca voltou a ver um Schick positivo em crianças que tivessem recebido, com duas ou três semanas de intervalo, 0,5 c. c., 1 e 1,5 c. c. de anatoxina Ramon.

O A. teve 9 casos de difteria em indivíduos que passaram pelo seu serviço de profilaxia, mas ainda aí se tratava de crianças que não tinham recebido senão duas injectões, e duas de entre elas não tinham sido injectadas mais do que uma vez.

Por êsses factos conclui que se deve fazer incessantes esforços para fazer beneficiar o maior número possível de crianças da idade pre-escolar da imunização contra a difteria, e que as comissões escolares devem exigir um atestado de imunização contra a difteria feita a seu tempo, desde a primeira admissão da criança na escola. Esta vacinação deve ser recomendada desde o fim do primeiro ano de idade.

MENESES.

Contribuição para o problema da cura aparente da tuberculose renal.
(*Ein Beitrag zur Scheinheilung der Nieren tuberkulose*), por WERNER RETTIG (Barmen). — *Münchener mediz. Wochens.* N.º 19, 1930. Págs. 802-803.

A terapêutica da tuberculose renal cavito-caseosa unilateral foi por muitos anos exclusivamente cirúrgica e limitada à nefrectomia. Um notavel número de observações clinicas revelou, todavia, a possibilidade de uma cura espontânea sempre que se dêem as três condições seguintes:

1.ª — Eliminação, pelo lado do outro rim, de uma urina isenta de pus e de bacilos.

2.ª — Ausência de todo e qualquer abcesso peri-renal.

3.ª — Resultados normais no que respeita à prova da função renal.

O A. apresenta, todavia, alguns casos clínicos nos quais a leveza dos sintomas mórbidos fazia pensar, senão na cura, pelo menos numa fase evolutiva do processo mórbido mais ou menos latente, quando afinal a operação mostrou alterações renais bastante graves, de carácter destrutivo.

Resulta destas observações clínicas a conclusão prática que em todos os casos de tuberculose renal localizada, com integridade do rim oposto, deve-se ainda hoje recorrer sem hesitação à nefrectomia, evitando ilusões danosas e falazes sobre a eficácia de curas médicas expectativas e sobre possibilidades de uma cura espontânea.

MENESES.

O valor diagnóstico diferencial do aumento de pressão do «liquor».

(*Zur differential diagnostischen Bewertung der Liquordruckerhöhung*),

por KARL MAYER (Frankfurt a. M). — *Münchener Mediz. Wochenschrift*.

1930. N.º 19. Págs. 796-797.

Os estudos do A. demonstraram quanto é erróneo o conceito de querer ajuizar a pressão do *liquor* pela velocidade e pela força com que êle sai do carvão da agulha. Há muitos doentes nervosos, com certa vasolabilidade, nos quais o líquido sai em jacto continuo da agulha, conquanto a pressão do líquido seja normal, e, pelo contrário, outros nos quais o *liquor* sai lentamente e gota a gota, conquanto a determinação da sua pressão mostre um aumento patológico bastante considerável.

Não se pode, pois, atribuir um valor prático ao simples exame da velocidade e da força de defluxo do *liquor*, sendo necessárias determinações por meio de instrumentos que trazem valores concretos e absolutamente indispensáveis em vários diagnósticos, como, por exemplo, na diferenciação entre um tumor cerebral e uma meningite serosa.

A valorização clínica das variações de pressão, sobretudo da hipertensão do *liquor*, deverá ser confirmada pelo resultado do exame citológico (policitemia) e em alguns casos pelo da encefalografia.

MENESES.

Tratamento prático do furúnculo vulgar com a solução de mercuro-

crómio. (*Traitement*, etc.), por M. G. LEO. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurg.*

Paris, 1929. Nr. 16.

O A. aconselha o seguinte tratamento para o furúnculo, que deu excelentes resultados:

1.º Cauterizar o vértice do furúnculo com uma ansa de platina dum pequeno galvano-cautério eléctrico.

2.º Introduzir através do orifício assim obtido uma sonda ou estilete banhado numa solução de mercurocrómio a 2 0/0.

3.º Aplicar uns pensos húmidos quentes, que devem ser renovados duas ou três vezes por dia.

4.º Injectar por via subcutânea ou endovenosa uma vacina antiestafilocócica.

5.º Fazer tomar *per os* uma vacina antiestafilocócica ou preparado de qualquer bacteriófago.

MENESES.

Aperto congénito do esofago. (*Rétrécissement congénital de l'œsophage*), por G. COMBY. — *Archives de Médecine des Enfants*. Tòmo xxxii. N.º 5. Maio de 1930. Págs. 296-303.

O A. aproveita-se duma magnífica comunicação apresentada por Beatty, de Londres, e faz o seu estudo sumário, do qual nós tiramos a seguinte sùmula :

1.º Podem apresentar-se duas variedades desta rara anomalia: *a*) um tipo membranoso no qual existe uma oclusão parcial do *lumen* por um folheto da mucosa normal, e *b*) um tipo não membranoso no qual há uma redução localizada da cavidade do esófago. A estenose pode estar situada num ponto qualquer do esófago, mas as suas localizações mais comuns são nas duas extremidades.

Há ausência de lesões parietais, contrariamente ao que se vê nas estenoses adquiridas, mas pode haver hipertrofia e dilatação acima do obstáculo.

2.º O início dos sintomas é habitualmente na primeira infância, a maior parte das vezes na época do desmame. O sintoma mais característico é a regurgitação dos alimentos não modificados, alguns minutos após a deglutição, sem dor nem náusea.

Os doentes que assim chegaram a adultos podem ser bem desenvolvidos e bem alimentados, mas não é raro encontrar um certo grau de infantilismo.

3.º O prognóstico, no tipo membranoso, é favorável com um bom tratamento e a cura completa é possível. Na variedade não membranosa o prognóstico não é mau quanto à vida, e muitos doentes viveram mesmo até a velhice.

Quanto à desapareição dos sintomas, é uma cousa diferente, e são necessárias severas restrições durante toda a vida do doente.

4.º O melhor tratamento na variedade membranosa é a dilatação progressiva com velas, sob o contròle do esofagoscópico, até que a membrana tenha sido destruída, após o que não é necessário algum tratamento ulterior. Na forma não membranosa a dilatação expõe à rotura do esófago.

MENESES.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

II Congresso Internacional de Pediatria

Em 4.^a circular, a Comissão organizadora dêste Congresso, que se realizará em Estocolmo de 18 a 21 de Agosto próximo, comunica os temas officiais e respectivos relatores:

I — *Efeitos biológicos das radiações ultravioletas directas e indirectas* — Alfred Hess (New York).

II — *Papel fisiológico e patológico do sistema timo-lymfático* — J. Hommar (Upsal), C. Cattaneo (Milão), E. Moro (Heidelberg), G. Mouriquand (Lião).

III — *A psicologia e a psicopatologia da infância no ensino da pediatria e sua aplicação à medicina social* — R. Gillespie (Londres), E. Hamburger (Graz), N. Krasnogorski (Leninegrado), V. Pechère (Bruxelas).

Para discutir estes assuntos estão convidados cêrca de 30 congressistas. Há já 120 comunicações anunciadas.

O prazo para a inscrição de congressistas termina no dia 20 de Julho. Um programa especial de excursões será distribuído brevemente. Todos os esclarecimentos devem ser pedidos a: «Deuxième Congrès International de Pédiatrie, Stockholm, Suède».

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Foram autorizados os Profs. Geraldino de Brito e Elísio de Mouta a representarem a Faculdade de Medicina respectivamente nos Congressos de Anatomia de Amsterdão e de Neurologia de Lille.

— O Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão foi nomeado para completar o júri do concurso para professor auxiliar de bacteriologia.

De Lisboa

Pelo conselho da Faculdade de Medicina foi solicitada autorização para o Prof. Nicolau de Bettencourt representar a Faculdade no Congresso Internacional de Microbiologia de Paris.

— Também o Prof. Sílvio Rebêlo pediu autorização para visitar vários institutos de farmacologia e terapêutica estrangeiros.

— Os Profs. Augusto Monjardino e Carlos de Mêlo vão ao estrangeiro em missão de estudo.

*

*

*

Academia das Ciências

O Prof. Egas Moniz fez, no dia 6 de Junho, na Academia das Ciências, uma comunicação sôbre «O tratamento cirúrgico dos tubérculos solitários do encéfalo».

— O Dr. Mendes Correia, na mesma sessão, falou sôbre «Os esquemas da hereditariedade dos grupos sanguíneos».

*

*

*

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão de 7 de Junho continuou a discussão da comunicação do Prof. Nicolau de Bettencourt, especialmente sôbre as relações da cultura do arroz com o sezonismo. Falaram os Drs. Júlio Lopes, Mota Cabral, Alberto Mac-Bride, Assis de Brito, Tiago Sales e Prof. Silva Carvalho.

— No dia 20 de Junho retiniu-se novamente a Sociedade das Ciências Médicas, tendo sido apresentadas as seguintes comunicações: «Hepatites sifilíticas», pelo Dr. Adriano Burguette; «O tracoma na Madeira», pelo Dr. Alfredo Rodrigues.

*

*

*

Associação Médica Lusitana

A direcção da Associação Médica Lusitana resolveu promover uma visita de estudo a algumas estâncias hidrominerais.

*
* *
* *

Associação dos Médicos Portugueses

A Associação dos Médicos Portugueses abriu inscrição para uma excursão à Itália, a realizar no mês de Setembro do ano corrente.

*
* *

Curso de Medicina Sanitária

Para reger os cursos de Medicina Sanitária do Instituto Central de Higiene Dr. Ricardo Jorge foram nomeados os Drs. António Augusto Gonçalves Braga, inspector chefe de sanidade marítima e internacional, Manuel de Vasconcelos Carneiro e Meneses, inspector chefe de higiene do trabalho e das indústrias, Carlos de Arruda Furtado, inspector chefe de sanidade terrestre, António de Pina e Oliveira Júnior, inspector chefe de demografia sanitária, Raúl de Carvalho, adjunto do inspector chefe de epidemias e profilaxia de moléstias infecciosas, Fernando Waddington, médico analista. Os cursos regidos por estes funcionários sanitários são os seguintes: epidemiologia e sanidade marítima, salubridade e higiene industrial, prática sanitária, legislação sanitária e estatística, desinfecção, inspecção e fiscalização de géneros alimentícios, e química sanitária.

*
* *

Prof. Azevedo Neves

O Prof. Azevedo Neves realizou em Bruxelas, numa das sessões das *Journées Médicales*, uma conferência intitulada: *A máscara do cadáver*.

*
* *

Conferência

Na Universidade Livre, o Dr. Mendonça Santos realizou uma conferência acêrca da *Tuberculose sob o ponto de vista social*.

UM
LO
LIVRO ACHADO EM
BIBLIOTECA



Missão de estudo

Em missão de estudo vai ao estrangeiro o Dr. João Avelar Maia de Loureiro, a fim de visitar os Institutos para o estudo do cancro.



Homenagem

Constituiu-se em Ponte de Sor uma comissão angariadora de donativos para a compra de um busto a erigir em homenagem ao Dr. João Felicissimo.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
RESIDUO COIMBRA



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de **Extracto de Bilis**
glicerinado
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Ceral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉREZ-SALINAS & C.^a Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉREZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se empregá em larga escala. Há vinte anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito mínimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com sucesso, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º