

Ano IX

N.º 8

Agosto 1932



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

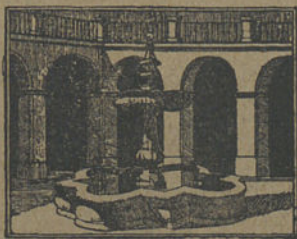
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Menezes,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peca-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MI. RAES. 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

DOCTOR:

NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O



Phosphorrendel

ROBERT!
NA SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO
ROBERT

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 116

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

240, Rua da Palma, 246

O Tratamento Intravenoso da Gonorrhêa
Com Glucosa e

MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Redewill, Potter e Garrison, da Marinha dos Estados Unidos de América (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dez. de 1929) demonstraram em 2053 casos que a glucosa com Mercurochromo, intravenosamente, em solução fresca, aumenta a propriedade bactericida do ultimo e reduz a sua anafilaxia duas terças partes, mantendo ao mesmo tempo uma bacteriostasis sanguinea muito eficaz contra toda a espécie de infecção génito-urinária, e estimula a formação dos anticorpos especificos. Estes resultados conduzem com as informações obtidas de uma infinidade de autoridades e investigadores da Europa e da América do Norte e do Sul.

DESCONFIE!

de todo o Mercurochromo
cuja embalagem não leve o
nosso nome na etiqueta, com
a designação de

"MERCUROCHROMO H. W. & D."
ou "MERCUROCHROMO-220
SOLUVEL H. W. & D."



Unicos Fabricantes
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Representantes: ROBINSON, BARDSLEY & Cia., Lda., Lisboa

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. B, Baltimore E. U. A.

Peço-lhes tenham a bondade de enviar-me amostras e litterature descriptiva do MERCUROCHROMO,

Doutor

Endereço

Cidade

(Escrever em letra bem legivel.)

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo
Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 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

Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado

30 GOTAS=1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite**Em todas as hemorragias internas**

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

COIRRE, 5 Bd. du Montparnasse, Paris (6°)AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA**TOTAL MAGNESIEN**

Produto baseado na comunicação do Professor DELBET à Academia de Medicina de Paris, em 1928, sobre a acção dos sais halogéneos de magnésio na profilaxia do cancro.

Fornece-se gratuitamente um exemplar da referida comunicação e respectivas amostras aos Ex.^{mos} Médicos que as solicitem aos

Depositários exclusivos do TOTAL MAGNESIEN

Raul Vieira, L.^{da}

RUA DA PRATA, 51, 3.º

LISBOA

Salvitae

Na sub-infecção intestinal

SALVITAE é o processo que permite ao medico contrastar eliminação e alcalisação actuando de maneira fundamental e eficiente na protecção do organismo contra Sub-infecção intestinal, Toxemia, Acidose, Uricacidemia, Prisão de Ventre e ainda um grande numero de enfermidades caracterizadas por um metabolismo imperfecto, eliminação deficiente e desarranjos no equilibrio acido-basico do corpo,

.....
AMERICAN APOTHECARIES CO.,

New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

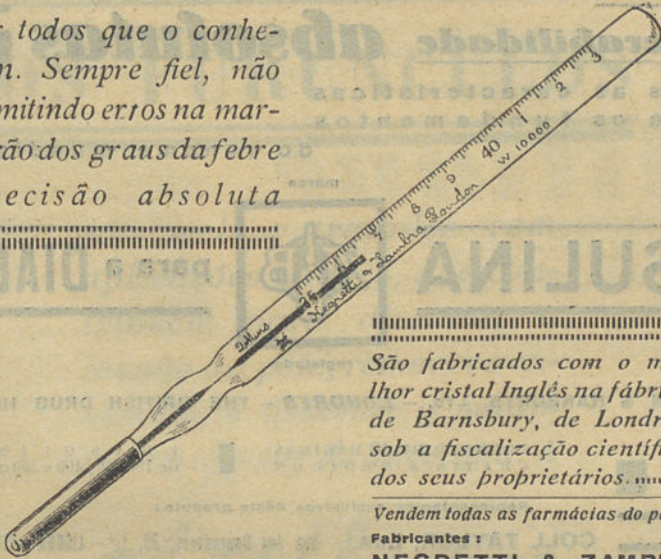
Simenex - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



O PREFERIDO

por todos que o conhecem. Sempre fiel, não admitindo erros na marcação dos graus da febre. Precisão absoluta



São fabricados com o melhor cristal Inglês na fábrica de Barnsbury, de Londres, sob a fiscalização científica dos seus proprietários.

Vendem todas as farmácias do país.

Fabricantes :

NEGRETTI & ZAMBRA
38, Holborn Viaduct Londres

O DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:

Bismogenol

Laboratorios
E. Tosse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**
PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN-R.** da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

acção**pureza****inalterabilidade absolutas**eis as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA

registada

para a **DIABETES**

(De ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
GRATIS A MÉDICOSFRASQUINHOS
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 21476
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701

allenburysalimentos de confiança para o bebé tomare para o médico receitarVITAMINADOSA FAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOS**GARANTIDOS**n.º 1 — recém-nascidos
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses
n.º 3 — depois dos 6 e adultos
BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele. } F. 2 1476
G. DELTA

OS FURUNCULOS

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

Antiphlogistine

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

PEDIR AMOSTRAS E LITERATURA A'

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163 Varick Street,

New York

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.

Caes do Sodré, 8, 1.'

L I S B O N

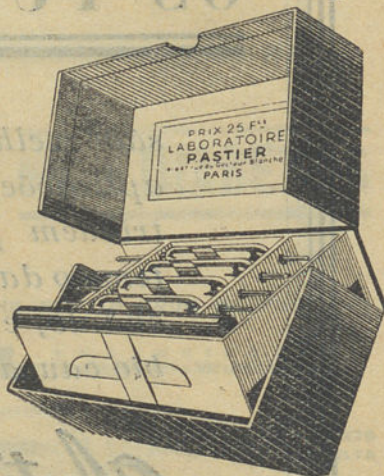
2 novidades em vacinoterapia

Dupla superioridade { Acção directa sôbre 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 applicações locais

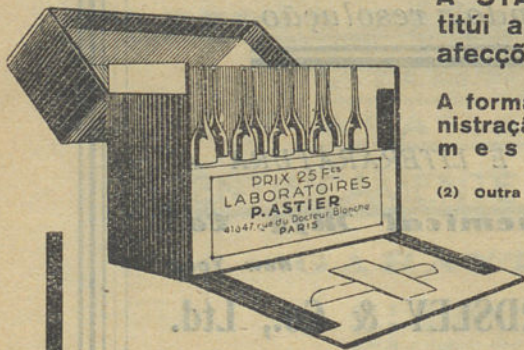
stalysine

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 fácil 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.ª, R. da Palma, 240-246 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Sôbre o diagnóstico e terapia da tosse convulsa</i> , por L. de Castro Freire	Pág.	665
<i>A acção tópica das substâncias hipoglicemizantes sôbre os cancros ulcerados da pele</i> , por S. F. Gomes da Costa.....	»	690
<i>Um caso de teratoma cervical</i> , por Amândio Tavares e Gonçalves de Azevedo (Filho).....	»	732
<i>Uma carta</i> , por João Nepomuceno de Freitas.....	»	746
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	747
<i>Noticias & Informaçôes</i>	»	LXXV

Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa
(Director : Prof. Salazar de Sousa)

SÔBRE O DIAGNÓSTICO E TERAPIA DA TOSSE CONVULSA

POR

L. DE CASTRO FREIRE

I PARTE — DIAGNÓSTICO

O diagnóstico precoce da tosse convulsa é problema que sempre interessou e interessa o pediatra, o médico prático. Por um lado o isolamento do doente e o evitar assim a difusão da epidemia, por outro o desejo de actuar precocemente e mais seguramente também, por meio da terapêutica específica ou aespecífica, são tudo questões de alcance prático que tornam apreciáveis as tentativas de melhoria do diagnóstico precoce. Se na verdade as características clínicas do início da tosse convulsa, aliadas ao conhecimento da origem da infecção, contágio intra-familiar etc., tornam possível, muitas vezes, o reconhecimento da doença no início, quantas vezes também, o clínico, na ignorância daqueles elementos, em presença de formas abortivas, larvadas, de período catarral atípico e arrastado, hesita dias e dias, ora inclinando-se contra, ora pró, sem que mesmo a provocação dos ataques possa elucidá-lo.

São dois os processos de que actualmente nos socorremos para a elucidação dos casos duvidosos, ao lado da investigação dos anamnésicos e do estudo clínico: a pesquisa cultural do



bacilo de Bordet-Gengou, o método das placas, chamado, e o exame hematológico.

O primeiro, relativamente fácil de executar nos serviços bem providos de instalações bacteriológicas, torna-se menos prático quando incide num material ambulatório como o que enxameia a nossa consulta externa; a êste mais facilmente se ajusta o exame hematológico.

Alguns autores, Gierthmühlen, entre outros (*Norddeutsch. pediatr. Gesells.* Hamburgo, 1930) reputam insatisfatórios os resultados das placas de Pétri e subseqüentes culturas, dando a preferência ao método hematológico. Outros, como Sauer e Hambrecht (*Am. Journ. of Dis. of Child.* Junho, 1931) dão a preferência no início, período catarral, ao método bacteriológico (100 0/0 de resultados positivos na 1.^a semana, 40 0/0 no início do período paroxístico, diminuindo os casos positivos rapidamente a seguir); as alterações hematológicas seriam menos precoces. Lugase e Mac Leo (*Lancet.* N.º 5.526—1929) referem apenas 12 resultados bacteriológicos positivos em 21 casos de tosse convulsa averiguada, sendo a maior percentagem na 1.^a semana.

Referiremos apenas de passagem, como elemento de ajuda para o diagnóstico precoce, a reacção intracutânea por meio da vacina ou filtrado de cultura (Besredka), método de resultados absolutamente inconstantes, como por mais de uma vez tivemos ensejo de observar.

As alterações hematológicas que caracterizam a tosse convulsa, entrevistas por Frölich em 1897, são nomeadamente a leucocitose e linfocitose percentual. Vários autores confirmaram a seguir mais ou menos êsse achado, com valores variáveis tanto para uma como para outra alteração. Crombie em 1908 estudou o sangue branco nos diferentes estadios da tosse convulsa e em 24 casos ainda no período catarral encontrou o valor médio de 20.200 glóbulos brancos com 36,6 0/0 de neutrófilos e 60 0/0 de linfócitos; apenas em 3 casos se apresentaram os leucócitos abaixo de 10.000; 1 caso atingiu o valor máximo de 85.000; na 1.^a semana do período de estado encontrou a leucocitose com o valor máximo de 68.000, mas teve também 1 caso de 8.000; num caso apenas obteve granulócitos percentualmente em número maior do que os linfócitos; na convalescença dá-se em regra a pouco e pouco baixa dos glóbulos brancos com volta da fórmula à nor-

malidade; nas formas crônicas e arrastadas notou ainda o mesmo autor que a leucocitose se mantinha mais ou menos, sendo a linfocitose menos pronunciada; nos casos ligeiros, *coqueluchette*, notou alterações do mesmo tipo, menos acentuadas; as formas complicadas de pneumonia dão em geral valores máximos de 120.000 e mesmo 140.000 leucócitos, mantendo-se por via de regra a linfocitose. Crombie considerou estas alterações como específicas, em relação com o agente infectante. Hess e outros em contraposição consideram-nas como de causa mecânica, aparecendo sobretudo no período de estado e nas formas convulsivantes, dando-se como que uma expressão dos depósitos centrais dos linfócitos. Lash, Fischer e Miemitz (1925) numa série de mais de 150 análises verificaram os trabalhos anteriores, mas notaram ausência de leucocitose em 20 % dos casos e de linfocitose em 72 %. Reiche, Kuiffing e Rieder encontraram as alterações descritas no período catarral, mas igualmente em catarros simples, na ausência de tosse convulsa (?); as observações de Heimann não confirmam êste modo de ver. Naegeli refere-se à neutrofilia no período catarral.

Duma maneira geral a grande maioria dos numerosíssimos trabalhos que sôbre o assunto percorremos assentam em como no período convulsivo e já nas suas primeiras semanas existe leucocitose e linfocitose relativa, sendo raras as excepções e podendo considerar-se o exame hematológico, sobretudo quando positivo, de real valor diagnóstico.

Devem considerar-se essas alterações como tóxico-infecciosas e não como de natureza puramente mecânica, não havendo correlação entre a intensidade da doença e o grau das mesmas alterações. Nas formas complicadas (pneumonia) mantêm-se as mesmas alterações, segundo uns, há aumento dos neutrófilos e conservação do número absoluto dos linfócitos, segundo outros.

No período catarral, segundo alguns autores, Baar e Stransky entre êles, as excepções tanto à leucocitose como à linfocitose são mais numerosas. Sauer e Hambrecht referem a existência de leucopenia inicial, considerando a leucocitose e a linfocitose apenas como características do período de estado. Siegler, pelo contrário, em 19 casos que estudou em período catarral encontrou com grande freqüência leucocitose e linfocitose relativa.

É portanto para o período catarral, duas primeiras semanas,

podendo a segunda englobar já o início do período de estado, que os pareceres divergem, no tocante ao exame hematológico, e é êsse precisamente o período de importância prática como diagnóstico, visto que é dos 8 aos 15 dias que os doentes nos procuram pedindo um diagnóstico seguro; até então, quasi sempre o início da tosse passou como um catarro banal. Por outro lado é justamente depois da primeira semana de tosse convulsa que o diagnóstico bacteriológico pode começar a falhar.

Julgamos portanto digno de interesse o estudo e publicação dos resultados do exame de sangue a que procedemos em 177 casos de tosse convulsa suspeita e subsequentemente averiguada ou não, procurando assim indagar do valor dêste método para o diagnóstico precoce. Nos quadros onde êsses resultados estão coordenados, todos os casos etiquetados de tosse convulsa (T. C.) são aqueles em que a evolução clínica não deixou dúvidas sobre a natureza da doença. A grande maioria das observações foram feitas entre os 8 e 15 dias de tosse, algumas no 1.º setenário, isto é, no período catarral e início do período de estado.

Dividimos a totalidade dos casos em dois grupos, um até a idade de 5 anos, outro daí por diante; escolhemos esta idade de separação por ser aquela em que, por via de regra, já se apresenta na criança a fórmula hematológica do adulto. Existindo normalmente para o primeiro grupo linfocitose percentual, há aí que ter todo o cuidado na apreciação de alterações patológicas e julgamos por isso que se deve atender não só ao valor relativo mas também ao valor absoluto dos linfócitos. Não ligamos especial interesse ao período do recém-nascido; é destituído de importância no diagnóstico da tosse convulsa.

O primeiro grupo contém 144 observações (quadro I). O segundo 35 observações (quadro II). O primeiro grupo é mais numeroso mercê das condições do nosso material clínico, na maioria constituído por crianças que vivem em precárias condições de higiene, sujeitas portanto ao contágio das doenças infecciosas em baixa idade; de resto é neste grupo que mais nos interessa o diagnóstico precoce da tosse convulsa, especialmente pela abundância dos catarros das vias respiratórias superiores, pela frequência das adenopatias específicas e não específicas que bastante se prestam pela espasticidade da tosse à confusão com a tosse convulsa no início.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL
Especialmente preparado para a
**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Jimenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

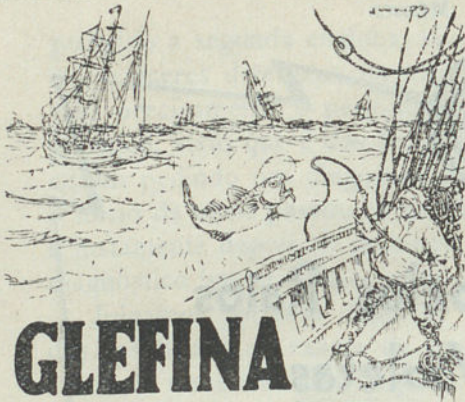
L i s b o a



Glefina e Lasa

São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.



GLEFINA

é o único reconstituinte a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Oleo de Fígado de Bacalhau, Hipofosfitos e Extrato de malte

NÃO PRODUZ TRANS-TORNOS DIGESTIVOS

SABOR AGRADAVEL



LASA

Tomando LASA no verão evitará as doenças das vias respiratórias durante o Inverno

Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
Émulsion - Comprimés
54 centigr. d'iode par cm³

A. GUERBET & C^o, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy
S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: **Pestana, Branco & Fernandes, Lda.**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

Entre as observações do quadro I descontaremos, em 144 casos, 22 de suspeita não confirmada de tosse convulsa. Ficam-nos 122 casos averiguadamente de tosse convulsa; nesses obtivemos em 98 casos (80,8 %) análises características, isto é, com leucocitose e linfocitose percentual; 84.000 foi o número máximo de glóbulos brancos encontrados (obs. n.º 115 — 15 dias de evolução); 89 % a maior percentagem de linfócitos (obs. n.º 29 — 15 dias de evolução). Nas restantes 24 observações de casos averiguados de tosse convulsa (n.ºs 2, 9, 12, 23, 40, 55, 56, 58, 74, 79, 81, 82, 90, 96, 99, 100, 101, 120, 123, 124, 127, 131, 135, 140), desequilíbrio na conjugação dos dois elementos (leucocitose e linfocitose); algumas vezes (n.ºs 2, 23, 123) leucocitose sem linfocitose percentual, as mais das vezes (n.ºs 12, 55, 56, 58, 74, 79, 82, 90, 99, 100, 101, 120, 124, 131, 135, 140) linfocitose percentual elevada com número normal de glóbulos brancos, ou mesmo baixo relativamente à idade da criança, (n.ºs 9, 40, 81, 96, 127) valores normais dos glóbulos brancos e linfócitos percentualmente abaixo do valor normal para a idade. Relativamente ao número de dias de provável duração da tosse vemos que 3 casos apenas com menos de 8 dias aparecem com análises incaracterísticas (obs. n.º 9 com 5 dias, n.º 56 com 3 dias, n.º 90 idem); todas as outras análises incaracterísticas aparecem com 8 dias e mais; não há portanto relação nítida entre o pequeno número de dias de evolução da tosse e o não aparecimento de um hemograma típico, como por vários autores tem sido apontado; e, se é certo que a maior percentagem de análises de sangue típicas as encontramos depois dos 8 dias e sobretudo no fim do 2.º setenário, início do período de estado portanto, em muitos casos, porém, verificámos alterações características já na primeira semana (obs. n.º 24 — 6 dias, n.º 28 — idem, n.º 33 — 3 dias, n.º 38 — 4 dias, n.ºs 80 e 83 — 6 dias, n.º 111 — 3 dias, n.º 125 — 6 dias, n.º 136 — 4 dias, n.º 141 — 3 dias). Por outro lado, embora mais raramente pudemos ver tosses convulsas, em geral benignas, é certo, com mais de duas semanas de evolução apresentarem alterações pouco características (obs. n.º 135 — 15 dias, n.º 127 — 16 dias, n.º 96 — 1 mês).

Se em lugar de tomarmos em consideração a linfocitose percentual, cuidarmos antes do valor absoluto dos linfócitos por m. m., o que julgamos mais seguro no grupo das crianças até

5 anos, pela existência da linfocitose fisiológica, devemos tomar como valor absoluto normal aproximadamente o número 6.000, que corresponde a uma leucocitose de 12.000 para uma percentagem linfocitária de 50 0/0. Os 98 casos com alterações hemáticas características ficam, escusado é dizê-lo, todos para cima dêsse número. Dos 24 não considerados como análises características só os n.ºs 2, 9, 12, 40, 81, 82, 96, 99, 123, 124, 127 e 171 se apresentam com um número absoluto de linfócitos abaixo do número 6.000, que estabelecemos como limite; são em número de 12, mas na realidade as obs. n.ºs 123 e 124 devem ainda ser descontadas por se tratar de um caso complicado com febre e bronquite, com alterações subseqüentes no aspecto do sangue periférico; o n.º 40 ficou com diagnóstico indeterminado por não ter voltado à consulta; incluímo-lo, na dúvida, entre os casos de T. C. com análise incharacterística. Os 12 casos restantes, com valores absolutos de linfócitos acima de 6.000, elevam a 90 0/0 aproximadamente a percentagem de análises características em casos averiguadamente de T. C.

Vejamos agora o que se passa com os casos, em número de 22, de suspeita não confirmada de T. C. (obs. n.ºs 4, 6, 19, 21, 31, 35, 36, 42, 49, 57, 62, 65, 66, 67, 78, 87, 93, 116, 117, 119, 137, 142). É óbvio que se trata de catarrros das vias respiratórias superiores onde o número de leucócitos se pode apresentar mais ou menos acima do normal, sendo por via de regra a leucocitose mais acentuada nas infecções agudas, febris (n.ºs 117 com 17.000, 137 e 142 com 18.000, 42 com 18.400, 4 com 26.000, 49 com 27.000 e 67 com 30.000); mas na grande maioria a percentagem de linfócitos está consideravelmente diminuída, visto como em tais casos o aumento dos leucócitos se faz à custa dos granulócitos; por isso na avaliação do número absoluto dos linfócitos apenas em 7 observações das 22 estudadas aparece o número absoluto de linfócitos acima de 6.000 (obs. n.ºs 4, 35, 42, 49, 87, 116 e 117), das quais 5 (n.ºs 4, 42, 49, 116 e 117) se referem a infecções agudas febris. Ficam-nos portanto, excluindo êsses últimos casos de infecções agudas, apenas 2 casos de catarrros benignos das vias respiratórias superiores, averiguadamente não de T. C., com números absolutos de linfócitos acima de 6.000 e respectivamente 7.040 n.º 35 e 6.125 n.º 87.

Resumindo, diremos que para as crianças do 1.º quinquênário,

com suspeita de tosse convulsa, examinadas sob o ponto de vista hematológico entre os 8 e os 15 dias, quando as duas características leucocitose e linfocitose não estejam reunidas, postas de parte as infecções agudas das vias respiratórias, os valores absolutos dos linfócitos acima de 6.000 e sobretudo acima de 8.000 são fortemente característicos no sentido afirmativo; números abaixo de 6.000 não excluem a tosse convulsa, mas constituem raridade.

Passando agora ao estudo das crianças de mais de 5 anos examinadas, como no grupo anterior, em período catarral ou início do período de estado (quadro II), é de notar que de uma maneira geral a leucocitose é menos acentuada do que no primeiro grupo. Em 35 casos, quantos se comportam no referido quadro, tivemos 1 caso com 44.000 glóbulos brancos, outro com 32.000, outro com 30.000, outro com 26.000 e outro com 24.000; a grande maioria apresenta-se com uma leucocitose oscilando entre 12.000 e 20.000. Casos de T. C. averiguada, com número de leucócitos abaixo de 12.000, são em número de 5 — 15,6 % (obs. n.ºs 5, 7, 12, 14, 21). A linfocitose mantém bem neste grupo o seu valor como elemento de caracterização; na T. C. averiguada com linfocitose percentual abaixo de 40 % apenas figuram 4 casos, 12,5 % (obs. n.ºs 2, 4, 19, 30); abaixo de 30 % nenhum. Na associação dos dois elementos de caracterização, com leucocitose inferior a 13.000 e linfocitose percentual abaixo de 40 %, apenas aparece 1 caso — 3,1 % (obs. n.º 19).

Na série dos 35 casos estudados os de suspeita não confirmada de T. C. são em número de três :

Obs. n.º 10	— leucócitos	13.200	— linfócitos	37 %
» » 28	— »	11.200	— »	34 »
» » 31	— »	19.000	— »	20 »

Mostram igualmente o valor do estudo hematológico na tosse convulsa e assim, no grupo acima dos 5 anos, a associação de leucocitose moderada acima de 13.000 e linfocitose percentual acima de 40 % confirma a suspeita de tosse convulsa.

As análises neste grupo incidiram quasi todas, como no primeiro grupo, em tosses com 8 a 15 dias de evolução; no entanto algumas observações, com menor número de dias, mostravam já alterações bem características (n.ºs 1 e 6), ao passo que a obs. n.º 19, com três semanas de evolução, não apresentava as modificações costumadas.

Apreciado assim o valor do hemograma nos dois grupos em que dividimos as nossas observações, convém agora estudar, no conjunto, a influência que as complicações e as doenças intercorrentes ou concomitantes venham a imprimir nesse aspecto.

Vários autores, Reich, Knipping e Ruder entre outros, observaram que as infecções secundárias não alteram a reacção linfocitária, transformando-a em mielóide; Austrian, no entanto, refere um caso de criança de 4 anos com tosse convulsa e pneumonia com reacção mielóide e Naegeli aponta a neutrofilia na pneumonia complicando a tosse convulsa.

Na nossa estatística os casos complicados não são numerosos.

A observação n.º 25 (quadro I), T. C., com 8 dias de evolução, com bronquite difusa febril, apresenta 20.000 glóbulos brancos e 66% de linfócitos, sem desvio para a esquerda no hemograma. A observação n.º 26 (quadro I), mesmo diagnóstico, apresenta 20.000 glóbulos brancos, 65% de linfócitos e um ligeiro grau de desvio para a esquerda (24 segmentados para 7 bastonetes). Observação n.º 33, do mesmo quadro, T. C., bronquite e depois bronco-pneumonia, em nenhuma das fases apresentou reacção mielóide, ou mesmo desvio para a esquerda. A observação n.º 46, T. C., tuberculose evolutiva, bronco-pneumonia, apresenta 24.000 leucócitos, 51% de linfócitos e acentuado desvio para a esquerda (27 segmentados para 18 bastonetes). A observação n.º 55, T. C. e Kala-Azar não tratado com quatro meses de evolução, com 13.000 glóbulos brancos e 58% de linfócitos, mostra-nos bem a marca da T. C. pela ausência de leucopénia; apresenta desvio para a esquerda (21 segmentados para 12 bastonetes). Observação n.º 72, T. C., colite disenteriforme, bronquite difusa e caquexia, apresenta 36.000 glóbulos brancos, 50% de linfócitos e desvio para a esquerda (20 segmentados para 11 bastonetes). Observação n.º 85, T. C. post-sarampo com bronco-pneumonia, apresenta 16.400 glóbulos brancos, 67% de linfócitos, sem desvio para a esquerda. Observações n.ºs 123, 124, T. C., bronquite aguda gripal com febre elevada, mostra na altura da doença intercorrente 20.000 glóbulos brancos, 25% de linfócitos sem desvio para a esquerda; três dias depois, na apirexia, 8.000 glóbulos brancos, 72% de linfócitos. Observação n.º 135, T. C. com adenopatia, apresenta 11.000 glóbulos brancos, 65% de linfócitos, sem desvio para a esquerda. Observação n.º 4 (quadro II), T. C., bronquite difusa, mostra-nos 18.000 glóbulos brancos, 32% de linfócitos, sem desvio para a esquerda. Observação n.º 5 (quadro II), T. C., tuberculose latente, dá-nos 9.600 leucócitos e 56% de linfócitos e ligeiro desvio para a esquerda.

De uma maneira geral mostram as observações, que destacamos dos quadros I e II, estarem em concordância com os que afirmam que na tosse convulsa, complicada ou associada, é a tosse

convulsa quem imprime a marca do aspecto hematológico, sobretudo no que diz respeito à linfocitose; oscilações mais irregulares aparecem no tocante ao número dos leucócitos; como excepções aparecem-nos apenas as obs. n.ºs 123 e 4 (quadro II); recentemente observámos um caso, que não figura nos quadros, de tosse convulsa em criança de 2 anos com bronco-pneumonia: leucócitos 84.000, linfócitos 74 0/0, neutrófilos 24 0/0 sem a menor reacção mieloide.

Independentemente de quaisquer complicações, o exame hematológico, já por ser feito muito precocemente, já por se tratar de formas muito benignas, abortivas, ou já pelas condições de constituição da criança, pode, como atrás dissemos, embora não com freqüência, ser pouco característico e tornar-se necessário repetir a análise 2, 3 ou mais dias depois para confirmar ou infirmar o diagnóstico; eis o que aconteceu com os casos que a seguir relatamos:

O. S., 5 1/2 anos. — Suspeita de T. C. 1.ª análise (6 dias): leucócitos, 9.000; linfócitos, 35 0/0; monócitos, 8 0/0; neutrófilos segmentados, 52 0/0; bastonetes, 5 0/0; metamielócitos, 0 0/0; mielócitos, idem; eosinófilos e basófilos, idem. A análise é pouco característica. 2.ª análise, 7 dias depois: leucócitos, 18.000; linfócitos, 37 0/0; monócitos, 6 0/0; neutrófilos segmentados, 44 0/0; bastonetes, 5 0/0; metamielócitos, mielócitos e basófilos, 0 0/0; eosinófilos, 5 0/0; a evolução clínica confirmou, como a 2.ª análise, o diagnóstico de tosse convulsa benigna.

D. T., 4 anos — Bronquite difusa com exacerbações e acalmias; suspeita de T. C. de carácter benigno. 1.ª análise (tempo de T. C. difícil de precisar pela existência de bronquite): leucócitos, 10.000; linfócitos, 41 0/0; monócitos, 5 0/0; neutrófilos segmentados, 46 0/0; bastonetes, 4 0/0; eosinófilos, 6 0/0; análise duvidosa. 2.ª análise (14 dias depois continuam as suspeitas): leucócitos, 16.000; linfócitos, 44 0/0; monócitos, 6 0/0; neutrófilos segmentados, 42 0/0; bastonetes, 5 0/0; eosinófilos, 3 0/0; a segunda análise confirma a suspeita pela modificação apresentada; dois irmãos da criança começam a tossir com o aspecto clínico de tosse convulsa. 3.ª análise, 8 dias depois, em período de exacerbação de bronquite; tosse convulsa confirmada pelo contágio familiar: leucócitos, 19.000; linfócitos, 34 0/0; monócitos, 6 0/0; neutrófilos segmentados, 47 0/0; bastonetes, 8 0/0; eosinófilos, 5 0/0.

Ao lado da leucocitose e linfocitose percentual um outro característico de tosse convulsa se impõe no exame do sangue periférico; é a ausência de desvio para a esquerda no esquema de Schilling, tanto no período catarral como no período de estado, e

em geral até nos casos complicados e com doenças intercorrentes. Há por vezes mesmo desvio para a direita se atentarmos que fisiologicamente a criança dos primeiros anos apresenta um ligeiro grau de desvio para a esquerda. Êste aspecto é absolutamente confirmado pelos nossos casos; julgamo-lo, porém, destituído de grande valor diagnóstico, porquanto o desvio para a esquerda não aparece em geral nos catarros simples das vias respiratórias superiores, que tantas vezes se prestam à confusão com a T. C. no início; por outro lado pode aparecer nos casos de T. C. com complicações bronco-pulmonares (vid. observações acima citadas); apenas no diagnóstico diferencial com a adenopatia tráqueo-brônquica, forma oculta, acompanhada de tosse espástica, a existência ou ausência de desvio tem um certo significado diagnóstico. Na associação da T. C. com adenopatia ou tuberculose oculta, como vimos atrás (obs. n.^{os} 135 e 5, quadro II), o desvio para a esquerda ou não existe ou é pouco marcado pelo predomínio da fórmula da T. C.

Muito recentemente Rohr e Krieger chamaram a atenção dos clínicos sobre o valor da velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros como elemento de diagnóstico na tosse convulsa. Notaram estes autores que a maior parte das vezes a V. S. se apresentava com retardamento, à excepção dos casos de complicações, sobretudo febris. Se êste facto se confirmasse era mais um elemento de valor a juntar aos outros sinais hematológicos que acima estudámos.

A V. S. normal na criança oscila, como é de todos sobejamente conhecido, entre 6 a 12 mm. na primeira hora. Nos 32 casos de T. C. ou suspeita, em que pudemos estudar a V. S. (quadro III), 8 vezes, em casos de T. C. averiguada, observámos uma V. S. retardada, menos de 6 mm. na primeira hora; êsses casos eram, na verdade, casos de T. C. sem complicação. Como na série dos 32 casos, 24 constitue a totalidade dos casos de T. C. sem complicação, verificámos assim que o retardamento de V. S. aparece apenas em 33 % dos casos. Dos restantes 16 casos de T. C. averiguada 8 apresentavam valores normais de V. S. Nos restantes 8 casos a V. S. era ligeiramente superior à normal, compreendidos entre 13 e 20 mm.; duas vezes apenas (obs. n.^{os} 6 e 7) atingiu a V. S. os valores de 29 e 33 mm., casos igualmente de T. C. não complicada.

Nos casos de T. C. complicada, em 2 de tuberculose latente (n.ºs 3 e 5, quadro II) a V. S. apresentava respectivamente o valor de 10 e 20 mm., em 2 casos de bronquite aguda complicando a T. C. (n.ºs 26 e 30, quadro I) a V. S. tinha o valor de 20 e 45 mm.; num caso de bronco-pneumonia complicando a T. C. (n.º 46, quadro I) a V. S. era de 44 mm. Em 3 casos de suspeita não confirmada de T. C. (obs. n.ºs 4, 6, 21, quadro I), a V. S. era respectivamente de 13, 15 e 68 (caso de infecção aguda com tosse espasmódica).

Vemos assim que o estudo da V. S. por si só não pode constituir critério seguro para o diagnóstico e apenas podemos dizer que uma das características da T. C. não complicada é ser a V. S. normal, retardada ou ligeiramente aumentada.

CONCLUSÕES

a) Ao lado dos anamnésicos, exame clínico e pesquisa bacteriológica, o aspecto hematológico constitue um elemento de valor para o diagnóstico da tosse convulsa.

b) Embora as características hematológicas sejam sobretudo marcantes no período de estado, a partir do 1.º setenário e em muitos casos mesmo antes, já nos podemos servir dêsse meio de diagnóstico com grande vantagem. Pela altura em que o exame de sangue caracteriza a tosse convulsa, constitue um auxiliar da prova bacteriológica que começa a fraquejar, precisamente quando aquele se valoriza.

c) Em casos duvidosos é prudente repetir o exame de sangue alguns dias depois.

d) O aspecto hematológico característico consiste em primeiro lugar na existência de leucocitose e linfocitose; em segundo plano, como elemento diagnóstico de menos interêsse, vem a ausência de desvio para a esquerda no esquema de V. Schilling e em muitos casos mesmo desvio para a direita e o retardamento ou manutenção dentro dos limites normais da velocidade de sedimentação.

e) A importância do estudo do sangue como elemento de diagnose faz-se sentir na primeira como na segunda infância e na idade da escola, embora além dos 5 anos as reacções sejam muitas vezes menores do que em crianças de mais tenra idade e tendo sobretudo valor a linfocitose nas crianças aquém dos 5 anos.

f) Na idade de linfocitose fisiológica devemos atender sobretudo à linfocitose absoluta, aparecendo raramente números inferiores a 6.000 linfócitos por mm. c. em casos de tosse convulsa.

g) Em casos de complicações ou de doenças intercorrentes é de notar a tendência para se manterem as características essenciais (reação linfocitária). O esquema de V. Schilling e a velocidade de sedimentação sofrem naturalmente alterações consoante a intensidade e o tipo das complicações.

BIBLIOGRAFIA

- ABT. — Extrem leucocytosis in Pertussis. *Med. Clin. of North Amer.* March, 1931.
- AUSTRIAN. — Hyperleukocytosis in whooping cough. *Bull. J. Hopkins Hosp.* Bd. 22. S. 296, 1912.
- BAAR u. STRANSKY. — Die klinische Hämatologie des Kindesalters. *Fr. Deuticke.*
- CIMA. — Della leucocitosi nella pertossi. *Pediatria.* Sept. 1899.
- FRÖHLICH. — Beitrag zur Pathologie des Keuchhustens. *Jahrb. f. Kinderh.* Bd. 44. S. 53. 1897.
- HEIMANN. — The clinical value of the examination of blood in the diagnosis of pertussis. *Am. Jour. of Dis. of Child.* Bd. 28, S. 257, 1922.
- HESS. — Zur Keuchhustenlymphozytose. *Zeits. f. Kinderh.* Bd. 27, S. 111, 1921.
- HILLENBERG. — Beitrag zur Keuchhustenleukozytose. *Ib.* Bd. 37, S. 222, 1924.
- LASCH, FISCHER u. MIEMITZ. — Zur Frage der praktischen Verwertbarkeit des Blutbefundes usw. *Jahrb. f. Kinderh.* Bd. 108, S. 337, 1925.
- LEITNER. — Keuchhusten und Blutbild. *Id.* Bd. 121, S. 161, 1928.
- MEUNIER. — La leucocytose dans la coqueluche. *Arch. de Méd. des Enf.* Bd. 1, S. 193, 1898.
- MITCHEEL and FRIEDMANN — Marked leukocytosis in whooping cough. *Arch. of Pediat.* Bd. 43, S. 617, 1926.
- NAEGELI. — Blutkrankheiten u. Blutdiagnostic.
- REICHE. — Keuchhusten Krämpfe. *Zeit f. Kinderh.* Bd. 25, S. 28, 1920.
- ROHR und KRIEGER. — Blutsenkungs geschwindigkeit bei der Keuchhusten. *Deuts. Med. Woch.* Bd. 56, 23, 1930.
- SAUER-HAMBSECHT. — Diagnostic of pertussis. *Am. Journ. of Dis. of Child.* June 1931.
- LUGASE and MAC LEO. — Bacteriologic diagnosis of pertussis *Lancet.* 5.526, 1929.
- THIEMANN. — Atypischer Keuchhusten und bakteriologische Diagnostik. *Monats f. Kinderh.* Bd. 22. S. 471, 1922.
- WILDTGRUBE. — Einige Fragen aus der Keuchhustenpathologie. *Zeits. of Kinderh.* 50, 152, 1930.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de insuficiência cardíaca

LABORATOIRES DEGLAUDE

MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.)—PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL;

GIMENEZ-SALINAS & C^a.

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

NOVO PREPARADO DE TIROIDE ELITYRAN

**mesma actividade que a
glândula total.**

Medicamento isento de efeitos secundários e bem tolerado, mesmo em altas doses, aumenta em muito o metabolismo de base, determina efeitos rápidos; indicado nas deficiências da tiróide e na obesidade, bem como nas úlceras trópicas (mixoedema local) e na profilaxia das trombozes

EMBALAGEM ORIGINAL:
Tubo de 30 comprimidos de 25 mg



„Bayer-Meister-Lucius“



M. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

„LUSOPHARMA“

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

QUADRO I — CRIANÇAS DOS PRIMEIROS CINCO ANOS

N. ^{os}	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N. ^o dos leucóc.	L. % M % N. %	Bast. %	Met. Miel. %	E. %	B. %	L. V. abs.
1	M. C. F.	2 anos	Suspeita de T. C. não confirmada.	6 dias	7.900	65 7,5 22	1,5	0	2,5	1,5	5.135
2	M. R.	3 »	T. C.	8 »	19.000	26 16 49	3	0	6	0	4.940
3	M. A.	3 »	» »	» »	16.400	64 7 22	0	0	7	0	10.456
4	I. P.	3 »	Infeção aguda; tosse espástica; evolução afasta T. C. mantoux negativo.	—	26.000	16 5 61	13	0	5	0	7.760
5	C. A.	14 meses	T. C.	4 dias	31.000	81 5 9	1	0	4	0	25.110
6	H. A.	4 anos	Suspeita não confirmada de T. C.	—	17.600	24 5 54	1	0	16	0	4.224
7	A. J. B.	9 meses	T. C.	7 dias	16.400	64,5 10 19	2	0	3,5	1	10.496
8	S. A. C.	2 anos	» »	8 »	16.000	63 6 25	0	0	6	0	10.080
9	T. C.	3 »	» »	5 »	9.600	41,5 4,5 43,5	1,5	0	6,5	0,5	4.032
10	M. C. R.	10 meses	» »	15 »	22.000	77 2 19	0	0	2	0	16.940
11	I. M.	1 ano	» »	10 »	34.000	85 3 9	0	0	3	0	28.900
12	R. S.	3 anos	T. C. benigna confirmada pela evolução clínica.	8 »	8.000	57 8 29	1,5	0	4,5	0	4.560
13	G. S.	5 meses	T. C.	15 »	17.000	75,5 4,5 16	0,5	0	3,5	0	12.920
14	A. R.	11 »	» »	8 »	19.500	42 13 39	1	0	5	0	8.190

N.º	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N.º dos leucóc.	L. %	M. %	N. %	East. %	Met. Miel. %	E. %	B. %	L. abs. V.
15	F. C.	13 meses	T. C.	8 dias	16.000	59	2	35	0	0	4	0	9.440
16	S. F.	2 »	T. C. suspeita confirmada.	15 »	20.700	48	27	22	2	0	1	0	10.436
17	M. R.	3 »	T. C.	10 »	20.000	72	6	19	0	0	2	0	14.400
18	E. D.	2 1/2 »	» »	15 »	15.000	55	10	27	1	0	7	0	8.850
19	M. C. A.	20 »	Suspeita T. C. não confirmada.	—	12.000	46	4	41	3	1,5	1	3,5	5.500
20	M. E. A.	45 dias	T. C.	8 dias	20.000	79	7	12	0	0	2	0	15.800
21	M. A.	8 meses	Suspeita de T. C. não confirmada.	—	9.600	33	3	58	3	0	3	0	3.168
22	M. Z. C.	4 anos	T. C. ligeira, clinicamente confirmada.	8 dias	16.000	45	5,5	40,5	5,5	0	3,5	0	7.200
23	I. S.	1 ano	T. C.	15 »	16.000	37	12	39	5	0	5	2	6.920
24	M. M.	11 meses	» »	6 »	20.000	87	3	8	0	0	2	0	17.400
25	V. S.	2 anos	T. C. Febril. Bronquite difusa.	8 »	22.000	66	5	23	4	0	2	0	14.520
25	E. T.	7 meses	T. C. Bronquite difusa. Mau estado geral. Febre.	15 »	20.000	65	2	24	2	0	1	0	13.000
27	M. F.	4 anos	T. C.	8 »	17.000	55,5	5	35	3	0	1,5	0	9.520
28	A. A. R.	18 meses	» »	6 »	28.400	77	5	14,5	0	0	3,5	0	21.868
29	M. E.	20 »	» »	15 »	40.000	89	3	7	0	0	1	0	35.600
30	F. D. P.	19 »	» »	8 »	24.000	58	3	35	2	0	2	0	13.920
31	I. P.	3 anos	Suspeita de T. C. que não se confirmou.	—	11.000	34	6	41	16	0	3	0	3.740

32	V. L. B.	5 meses	T. C.	8 dias	13.000	64	4	25	3	0	0	0	3	0	8.320
33	M. F.	6 »	T. C. Bronquite.	3 »	18.000	53	3	38	4	0	0	0	2	0	9.540
34	» »	» »	4 dias depois, bronco-pneumonia.	7 »	20.000	55	0	42	2	0	0	0	1	0	11.000
35	I. S.	2 anos	T. C.	8 »	42.000	72	2	22	2	0	0	0	3	0	30.240
36	A. R.	10 meses	Catarro das V. R. sup. T. C. não confirmada.	—	12.800	50	8	22	5	0	1	13	1	1	7.040
37	M. J. C.	3 anos	Suspeita de T. C. não confirmada.	—	11.200	36	8	26,5	6	1	0,5	2	0	0	4.032
38	C. A.	4 1/2 »	T. C.	4 dias	17.000	69	3	19	4	0	0	4	1	1	11.730
39	M. A. B.	4 »	» »	10 »	27.000	80	2,5	16	0,5	0	0	1	0	0	21.600
40	E. F.	28 meses	T. C. (?). Não voltou à consulta.	8 »	13.000	42	2	34	15	5	0	2	0	0	5.460
41	M. F. A.	16 »	T. C.	» »	68.000	86	2,5	8,5	0,5	0	0	2,5	0	0	58.480
42	M. F. A.	18 »	Catarro agudo das V. R. sup. T. C. não confirmada.	—	18.400	40	4	42	7	5	2	0	0	0	7.360
43	M. S.	4 »	Suspeita de T. C. confirmada.	8 dias	22.000	80	0	14	1	4	0	1	0	0	17.600
44	M. T. G.	11 »	T. C.	» »	24.000	77	7	14	1	0	0	1	0	0	18.480
45	M. S. G.	3 anos	» »	7 »	58.000	71	2	27	1	1	1	2	1	1	41.180
46	A. R.	28 meses	T. C. Tub. Mantoux. +++ Bronco-pneumonia.	15 »	24.000	51	3	27	18	1	0	0	0	0	12.240
47	M. H.	5 »	T. C.	30 »	15.000	78	1	18	2	0	1	1	0	0	11.700
48	A. C.	7 »	» »	10 »	23.000	50	9	34	3	0	0	4	0	0	11.560
49	J. M.	4 »	Suspeita de T. C. não confirmada. Tosse espástica. Febre.	—	27.000	49	4	35	10	1	0	1	0	0	13.250

N.ºs	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N.ºs leucóc.	L. %	M. %	N. %	Bast. %	Met. %	Miel. %	E. %	B. %	L. V. abs.
50	M. S. G.	8 dias	T. C.	8 dias	24.000	51	4	41	1,5	0	0	8	0,5	12.240
51	N. P. S.	18 meses	Suspeita de T. C. não confirmada.	—	9.000	27	5	60	6	0,5	0	1,5	0	2.450
52	M. T. A.	20 »	T. C.	8 dias	23.000	82	3,5	11,5	0,5	0	0	2,5	0	18.860
53	A. R.	2 »	» »	» »	14.000	61	3	27	5	1	0	3	0	8.540
54	L. C. D.	2 1/2 anos	T. C. (forte)	15 »	48.000	77	3	16	2	0	0	2	0	36.960
55	B. C. P.	2 »	T. C. Kala-Azar com 4 meses de evolução.	» »	13.000	58	2	21	12	5	2	0	0	7.540
56	F. R.	2 1/2 anos	T. C. contágio intratamiliar.	3 »	12.000	59	4	33	0	0	0	4	0	7.080
57	M. P.	2 »	Suspeita não confirmada de T. C.	—	7.600	37	4	52	0	0	0	2	0	2.812
58	I. P.	3 meses	Suspeita de T. C. que se confirmou.	1.ª 3 dias 2.ª 11 »	8.000 10.000	78 72	3 10	16 11	3 0	0 0	0 0	0 2	0 0	6.240 7.700
59	M. C. F.	3 anos	Suspeita de T. C. que não se confirmou.	—	16.000	28,5	6,5	60	3,5	0	0	1,5	0	4.490
60	M. J. R.	20 meses	T. C.	8 dias	36.000	76	4	17	0	0	0	3	0	27.360
61	M. L. P.	6 »	» »	» »	22.00	76	3	18	2	0	0	1	0	16.720
62	M. H. B.	18 »	Suspeita de T. C. que não se confirmou.	—	2.000	48	8	38	1	0	0	5	0	4.320
63	O. T.	3 anos	Idem	—	11.600	42	5	47	3	0	0	3	0	4.872
64	M. S.	» »	T. C.	21 dias	18.000	70	4	22	2	0	0	2	0	12.600
65	M. E. L.	15 meses	Susp. de T. C. que não se confirmou.	—	11.000	30,5	13	47,5	7	0,5	0	1,5	0	3.300

66	M. T. S.	2 anos	Susp. de T. C. que não se confirma.	21 dias	8 600	48,5	3,5	44	1,5	0,5	0	1,5	0,5	4.128
67	M. C. L.	1 ano	Suspeita de T. C. Tosse, febre e abatimento.	—	30 000	11	3	80	6	0	0	0	0	3.300
68	M. V.	4 anos	T. C.	1 mês	14.400	64	2	32	0	0	0	2	0	9.216
69	M. L. N.	16 meses	»	8 dias	22.000	57,5	4,5	32,5	3,5	0	0	1	1	12.540
70	R. S.	3 anos	»	15 »	22.000	64	7	24	4	0	0	1	0	13.680
71	L. F.	2 meses	»	1 mês	32.200	71	2	22	1	0	0	3	1	22.862
72	C. P.	2 anos	T. C. Colite disenteriforme. Caque- xia. Bronquite difusa.	?	36 000	50	10	20	11	3	0	0	0	18.000
73	C. D.	3 »	T. C.	15 dias	33 000	57	0	35	4	0	0	4	0	18.810
74	R. C.	11 »	T. C. benigna. Infecções repetidas da V. R. superiores.	12 »	11 200	63,5	2	29,5	1	0	0	1,5	0,5	7.280
75	I. C.	14 meses	T. C.	8 »	44 000	79	0	18	2	0	0	1	0	34.320
76	M. G.	13 »	»	»	44 000	74	1	20	1	0	0	4	0	32.560
77	I. L.	3 anos	»	6 »	21 000	46	3	48	1	0	0	2	0	9.660
78	D. S.	4 meses	Suspeita de T. C. não confirmada. Catarro das V. R. sup. Irmãos não tosseem.	—	17.000	26	8	62	4	0	0	0	0	4.420
79	J. R.	4 anos	T. C.	8 dias	9 000	75	2	22	1	0	0	0	0	6.750
80	N. R.	15 dias	»	6 »	30.000	71	4	21	3	0	0	1	0	21.300
81	I. A. P.	8 meses	»	15 »	9.200	41	5	45	6	1	0	2	0	3.692
82	M. Z. M.	18 »	»	8 »	11.680	49	6,5	30,5	10,5	2,5	0,5	0,5	0	5.823
83	E. R. M	3 anos	»	6 »	26.800	60	4	27	3	0	0	6	0	10.080

N.º	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N.º dos leucóc.	L. %	M. %	N. %	Bast. %	Met. Miel. %	E. %	B. %	L. abs.
84	C. P.	10 meses	T. C.	8 dias	74.000	52	3	38	3	1	0	3	38.480
85	M. F. A.	2 »	T. C. Anteriormente sarampo, bronco-pneumonia.	8 »	16.400	64	4	27	0	0	0	1	11.450
86	O. M.	2 anos	T. C. febril. Confirmação clinica.	15 »	34.000	81	2	15	0	0	0	2	27.540
87	M. L. P.	9 meses	Susp. de T. C. que não se confirma.	—	12.000	51,5	6,5	35	1,5	0	0	5,5	6.125
88	I. A.	4 anos	T. C.	15 dias	54.000	60	1	37	3	0	0	0	32.400
89	M. F. G.	22 meses	»	10 »	22.000	80	1	18	0	0	0	2	17.600
90	D. S.	3 »	T. C. (Irmão do precedente).	3 »	11.000	65	5	25	0	0	0	5	7.150
91	J. L. M.	2 anos	T. C.	8 »	34.000	71	2	26	0	0	0	1	24.140
92	F. C.	4 »	»	8 »	22.000	71,5	2	23	1	0	0	2,5	15.620
93	M. A. F.	10 meses	Suspeita de T. C. não confirmada.	—	12.400	47	7	41	3	0	0	4	5.808
94	M. L. G.	17 »	T. C.	15 dias	52.000	82	1	15	1	0	0	1	42.640
95	J. L. S.	7 »	T. C. Atrofia.	6 »	16.000	60,5	7,5	19	0	0	0	12,5	9.600
96	E. B.	8 »	T. C. benigna.	1 mês	8.800	44	3	46	0	0	0	7	3.872
97	E. C.	15 »	T. C.	8 dias	10.600	58	6	36	1	0	0	5	6.148
98	A. A.	2 anos	»	21 »	38.000	81	2	15	1	0	0	1	30.780
99	I. S.	3 meses	»	8 »	8.000	63	6	24	3	0	1	3	5.040
100	J. M. T.	»	»	8 »	10.700	60	5,5	30,5	6,5	0	0	3,5	6.420
101	C. S.	»	T. C. Irmão. T. C. averiguada.	8 »	9.000	71	5	20	2	0	0	2	6.390

102	F. R.	5 meses	T. C.	12 »	32.800	62	4	32	1	0	0	1	0	20.336
103	H. N.	3 anos	»	8 »	28.000	76	3	15	0	0	0	6	0	21.280
104	M. I. S.	4 1/2 »	»	21 »	13.600	65	1	33	0	0	0	1	0	8.840
105	M. P.	3 meses	»	15 »	17.000	72	6	17	0	0	0	3	2	12.240
106	M. E.	4 anos	»	15 »	23.000	62	4	29	3	0	0	2	0	14.260
107	R. S.	2 »	»	8 »	20.000	50	4	30	4	0	0	11	1	10.000
108	A. P. L.	3 »	»	8 »	24.000	79	3	10	2	0	0	6	0	18.960
109	F. F.	»	»	15 »	31.000	85	1	12	1	0	0	1	0	26.350
110	R. S.	2 »	T. C. Repetição da obs. 107.	15 »	26.000	82	3	9	2	0	0	4	0	21.320
111	R. P.	3 meses	T. C. Contagiada pela irmã.	3 »	16.700	54	2	36	5	0	0	3	0	8.748
112	C. M.	2 anos	T. C.	15 »	70.000	92	0	5	1	0	0	2	0	64.400
113	I. S. L.	4 meses	»	15 »	24.000	86	3	10	0	0	0	1	0	20.640
114	D. S.	3 anos	»	8 »	29.000	59	1	31	1	0	0	7	0	17.110
115	C. S.	2 »	»	15 »	84.000	64	6	24	2	0	0	4	0	53.760
116	N. R.	17 dias	Suspeita não confirmada de T. C. Bronquite. Convulsões.	—	14.000	66	3	18	7	4	1	0	1	9.240
117	I. R.	18 meses	Susp. não confir. de T. C. Laringite espasmódica post-morbilosa.	—	17.000	49	4,5	35,5	7,5	2,5	0	1	0	8.330
118	Z. S.	3 1/2 anos	T. C.	8 dias	14.000	68	1	25	2	0	0	4	0	9.520
119	M. C. S.	2 »	Suspeita não confirmada de T. C. Bronquite.	—	10.400	36	5,5	41,5	10,5	4,5	0	2	0	3.744
120	M. P.	6 meses	T. C.	18 dias	12.000	60	5	26	2	0	0	7	0	7.200

N.ºs	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N.º dos leucóc.	L. %	M. %	N. %	Bast. Met. %	Miel. %	E. %	B. %	V. %	L. abs.
121	M. M.	18 meses	T. C.	8 dias	23.000	66	2	27	5	0	0	0	0	15.180
122	A. P.	11 »	» »	21 »	22.000	61	3	21	0	0	4	1	0	14.520
123	I. S.	3 1/2 anos	T. C. Período de estado. Febre, gripe e bronquite.	—	20.000	25	8	63	2	1	6	0	0	5.000
124	2.ª análise. Mesmo doente.	»	Apirético. Ataques característicos.	3 d depois da 1.ª an.	8.000	72	4	22	0	0	1	1	0	5.760
125	S. L.	17 meses	T. C.	6 dias	17.600	65,5	1,5	29	1,5	0	2,5	0	0	11.528
126	M. P.	8 »	» »	8 »	17.000	64	3	31	0	0	2	0	0	10.880
127	M. A.	4 anos	T. C. confirmada clinicamente.	16 »	7.200	42	6	41	5	0	3	0	0	3.024
128	A. S.	1 1/2	T. C. post-sarampo.	8 »	36.000	70	3	24	1	0	2	0	0	25.200
129	A. C.	3 1/2	T. C.	8 »	25.000	44	1	49	1	0	3	0	0	11.000
130	A. F.	2 »	» »	8 »	17.000	52	5	35	2	2	4	0	0	8.840
131	E. A.	17 meses	» »	» »	11.400	49	6	32	3	0	9	1	0	5.586
132	C. R.	9 »	» »	21 »	50.000	72	3	25	0	0	0	0	0	36.000
133	M. R.	2 »	» »	» »	18.000	84	3	10	0	0	3	0	0	15.120
134	A. M.	45 dias	» »	» »	15.000	73	7	14	1	0	2	1	0	11.250
135	M. F.	4 anos	T. C. Adenopatia.	15 »	11.000	65	3	25	2	0	8	1	0	7.150

N.º	C. M.	Idade	T. C.	Tempo de tosse	N.º dos leucóc.	L. %	M. %	N. %	Bast. %	Met. %	Miel. %	E. %	B. %	V. abs.
136	C. M.	2 meses	T. C.	4 »	12.600	73	5	16	4	0	0	2	0	9.108
137	H. A.	4 anos	Suspeita não confirmada de T. C. Tráqueo-bronquite.	—	18.000	30	7	49	6	1	0	7	0	5.400
138	M. A. N.	9 meses	T. C.	15 dias	34.000	76	1	17	4	1	0	1	0	25.840
139	H. V.	3 anos	»	21 »	26.000	83	1	14	1	0	0	1	0	21.580
140	D. P.	3 meses	»	10 »	11.000	80	5	12	0	0	0	3	0	8.800
141	I. B. D.	3 »	»	3 »	15.000	77	2	18	1	0	0	2	0	11.550
142	M. R.	10 »	Suspeita não confirmada de T. C. Tráqueo-bronquite.	—	18.000	24	1	54	15	4	0	1	0	4.320
143	M. D.	20 »	T. C.	7 dias	15.000	67	8	18	2	0	0	3	0	10.050
144	M. J. S.	18 »	»	7 »	26.000	65	6	24	5	0	0	0	0	17.420

QUADRO II — CRIANÇAS DE MAIS DE CINCO ANOS

N.º	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N.º dos leucóc.	L. %	M. %	N. %	Bast. %	Met. %	Miel. %	E. %	B. %	V. abs.
1	M. P.	5 anos	T. C.	6 dias	16.000	49	4	41	2	0	0	3,0	0,5	—
2	M. M.	7 »	»	9 »	12.000	34	7	47	6	0	0	5	1	—
3	A. S. G.	5 1/2 »	T. C. Intradermo-reacção a 1/5000 +++.	8 »	30.000	77	1	18	1	0	0	3	0	—
4	J. B.	5 anos	T. C. Bronquite difusa	»	18.000	32	3	52	6	0	0	7	0	—
5	L. C. R.	5 »	T. C. Tuberc. latente em regressão	10 »	9.600	56	5,5	27,5	4,5	0,5	0	5,5	0,5	—
6	M. F. L.	5 »	T. C.	4 »	17.000	53	8	33	5	0	0	1	0	—

N.º	Nomes	Idade	Diagnóstico	Tempo de tosse	N.º dos leucóc.	L. $\frac{1}{10}$, M. $\frac{1}{10}$, N. $\frac{1}{10}$	Bast. Met. $\frac{1}{10}$	Miel. $\frac{1}{10}$	E. $\frac{1}{10}$, B. $\frac{1}{10}$, V. abs.	L. V. abs.				
7	M. P.	6 anos	T. C.	8 dias	8 000	50	7	38	3	0	0	2	0	—
8	C. M.	»	»	»	14.000	58	1	32	2	0	0	0	9	—
9	M. M. L.	5 »	»	12 »	19.000	63	6	27	2	0	0	0	2	—
10	J. P.	8 »	Suspeita não confirmada de T. C.	—	13.200	37	8,5	44	8	0,5	0	2	0	—
11	A. C. S.	6 »	T. C.	8 dias	24.000	69	4	21	1	1	1	2	1	—
12	L. S.	9 »	T. C. benigna-epidemiologicamente confirmada.	»	9.400	44	6,5	39	5	1	0,5	0,5	0	—
13	M. M.	5 »	T. C.	15 »	16.000	63	3	29	3	0	0	0	2	—
14	M. L. R.	»	T. C. 1.ª análise.	»	8.400	51	9	34	1	0	0	0	5	—
15	»	»	» » 2.ª »	20 »	18.000	78	5	13	0	0	0	0	4	—
16	A. R.	»	T. C.	15 »	32.000	60	3	36	0	0	0	0	1	—
17	A. F.	6 »	»	15 »	26.000	60	2	33	2	0	0	0	3	—
18	I. V. C.	8 »	»	8 »	12.600	53	5	39	1	0	0	0	2	—
19	A. R. R.	7 »	T. C. ligeira.	21 »	11.000	34	5,5	40	4,5	0,5	0	10,5	0	—
20	M. P.	8 »	T. C.	15 »	44.000	71	2	22	2	0	0	0	3	—
21	A. J.	9 »	»	8 »	9.000	53	1	40	4	0	0	0	2	—
22	E. S.	5 »	»	8 »	21.000	54	6	37	3	0	0	0	0	—
23	A. S.	7 »	»	15 »	20.000	66	3	27	2	0	0	0	2	—
24	A. V.	7 »	»	8 »	14.000	51	2	37	5	0	0	0	5	—

25	M. P.	5	T. C.	8	15.400	55	6	33	2	0	0	0	4	0	—
26	A. L. S.	5	»	8	12.800	71	4	22	2	0	0	0	2	1	—
27	F. C.	5	»	8	12.000	64	3	27	2	0	0	0	1	0	—
28	M. L.	9	Suspeita não confirmada de T. C. Tráqueo-bronquite.	—	11.200	34	4	49	5	1	0	0	7	0	—
29	C. P. C.	9	T. C. ligeira.	10	10.300	40	5	50	2	0	0	0	4	0	—
30	I. R. A.	8	T. C.	8	13.600	35	3	55	1,5	0	0	0	5	0	—
31	I. S. S.	7 anos	Suspeita não confirmada de T. C. Bronquite.	—	19.000	20	4	66	7	1	0	1	1	1	—
32	C. V.	5	T. C.	15 dias	12.000	57	1	36	5	0	0	0	1	0	—
33	M. S. B.	10	»	8	20.000	48	2	4,5	0	0	0	0	1,5	0	—
34	I. S. B.	11	»	»	17.000	59	3,5	33	0,5	0	0	0	3,5	0,5	—
35	A. V. S.	7	»	»	16.500	68,5	5,5	22,5	0,5	0	0	0	2,5	0,5	—

QUADRO III — VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO

N.º	Números dos quadros I e II	Idade	Diagnóstico	Dias de tosse	N.º de leucóc.	L.	V. S. macro	V. S. micro
1	1 do quadro II	5 anos	T. C.	6 dias	16.000	49	—	6 mm
2	2 » » I	3 »	T. C. Análise característica.	8 »	19.000	26	—	» »
3	4 » » »	» »	Infeção aguda, tosse espástica, suspeita não confirmada de T. C.	—	26.000	16	—	68 »
4	2 » » II	7 »	T. C. Análise duvidosa.	9 dias	12.000	34	—	15 »
5	6 » » I	4 »	Suspeita não confirmada de T. C.	—	17.600	24	—	» »
6	7 » » »	9 meses	T. C.	7 dias	16.400	64,5	—	8 »
7	8 » » »	2 anos	T. C. Sem complicação.	8 »	16.000	63	—	23 »
8	10 » » »	10 meses	T. C.	15 »	22.000	37	—	5 »
9	11 » » »	1 ano	» »	10 »	34.000	85	—	8 »
10	12 » » »	3 anos	T. C. ligeira na evolução.	8 »	8.000	57	—	16 »
11	13 » » »	5 meses	T. C.	15 »	17.000	75,5	—	3 »
12	14 » » »	11 »	» »	8 »	19.500	42	—	22 »
13	3 » » II	5 1/2 anos	T. C. Intrader. (mantoux) a 1/5000 +++	8 »	30.000	77	10 ^{mm}	10 »
14	17 » » I	3 meses	T. C.	10 »	20.000	72	—	3 »
15	5 » » II	5 anos	T. C. Tuberculose latente inactiva.	10 »	9.600	56	23 ^{mm}	20 »
16	6 » » »	» »	T. C. Sem complicação.	4 »	17.000	53	—	29 »
17	7 » » »	6 »	T. C. Sem complicação.	8 »	8.000	50	—	33 »
18	21 » » I	8 meses	Suspeita não confirmada de T. C.	—	9.600	33	—	13 »
19	22 » » »	4 anos	T. C. ligeira na evolução.	8 dias	16.000	45	—	20 »

N.º	Números dos quadros I e II	Idade	Diagnóstico	Dias de tosse	N.º de leucóc.	L.	V. S. macro	V. S. micro
20	23 " " I	1 ano	T. C.	15 dias	16.000	37	—	10 mm
21	24 " " "	11 meses	" "	6 "	20.000	87	—	6 "
22	25 " " "	2 anos	" "	8 "	22.000	66	—	3 "
23	26 " " "	7 meses	T. C. Bronquite de medios e finos brônquios.	?	20.000	65,6	—	45 "
24	27 " " "	4 anos	T. C.	8 dias	17.000	55,5	6 mm	5 "
25	28 " " "	18 meses	" "	6 "	28.400	77	—	3 "
26	29 " " "	20 "	" "	20 "	40.000	89	—	5 "
27	9 " " II	5 anos	" "	12 "	19.000	63	—	16 "
28	30 " " I	19 meses	T. C. Bronquite-febre	8 "	24.000	58	—	20 "
29	46 " " "	28 "	T. C. Bronco-pneum.	—	24.000	51	—	44 "
30	144 " " "	" "	T. C.	—	26.800	65	—	6 "
31	145 " " "	7 "	" "	15 dias	23.000	49	—	" "
32	146 " " "	20 "	" "	" "	19.200	74	—	4 "

A ACÇÃO TÓPICA DAS SUBSTANCIAS
HIPOGLICEMIZANTES
SÔBRE OS CANCROS ULCERADOS DA PELE

POR

S. F. GOMES DA COSTA

I

Em princípios de 1931, publicámos nos *C. R. de la Soc. de Biol.*, no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, e mais tarde na *Presse Médicale* e na revista *Tumori*, os resultados dos nossos estudos acêrca da acção tópica da insulina sôbre os cancros da pele. Concluímos das observações que então apresentámos, que a insulina aplicada localmente, duas vezes por dia, sôbre os cancros ulcerados da pele, determina a cicatrização das úlceras neoplásicas e a regressão, pelo menos parcial, do tecido canceroso. As numerosas observações que fizemos desde então permitem-nos confirmar absolutamente estas conclusões prévias. Dos 23 doentes de cancro ulcerado da pele (1), em que até hoje fizemos a aplicação local da insulina sôbre as ulcerações neoplásicas, segundo a técnica que descrevemos, só 4 não cicatrizaram por completo. Êsses 4 doentes que tinham cancros ulcerados da pele, já de há muito resistentes ao rádio e aos raios X, serão objecto de um trabalho especial, juntamente com outras observações de doentes nas mesmas condições.

Queremos fazer notar no entanto que, em muitos casos, as recidivas de cancros cutâneos já tratados pelo rádio ou pelos raios X são tão sensíveis à acção tópica da insulina, pelo que diz respeito à cicatrização das úlceras neoplásicas, como os cancros cutâneos ainda não irradiados. As 2 primeiras observações

(1) Agradecemos à Sr.^a Dr.^a D. Cristina Cunha o valioso auxilio que nos restou na execução destas observações.

que seguem são exemplos da possibilidade de cicatrização pela insulina das rádio-recidivas de cancro da pele.

OBSERVAÇÃO I.—M. L. R., ♀, de 44 anos. (Observação n.º 4.708 do Instituto Português de Oncologia).

Há 22 anos aparecimento na região frontal média de um nódulo pequeno que se manteve muito tempo sem aumentar de dimensões. Em X-928, a



Fig. 1

lesão começou a progredir e pouco tempo depois ulcerou. A doente veio então pela primeira vez à consulta do Instituto. A biopsia (anál. histol. n.º 362 do I. P. O.), feita nessa data, mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular. A lesão foi tratada, primeiramente, com rádio (filtro 1/2 mm. Pt., duração 20 horas, Mgl. 251,748, Mcd. 2).

A úlcera neoplásica cicatrizou completamente depois dêste tratamento, mas 16 meses mais tarde a lesão recidivou. A doente foi tratada de novo com

rádio (filtro 1/2 mm. Pt., duração 20 horas, Mgl. 266,40, Mcd. 2,00), mas a nova ulceração não voltou a cicatrizar por completo; ficou sempre um pequeno nódulo que se manteve estacionário até XII-930, data em que a lesão voltou de novo a progredir. Por impossibilidade momentânea de tratar de novo a doente com rádio, a lesão foi submetida a um tratamento com raios X superficiais numa dose total de 30 H. Em 19-II-931 (fig. 1),

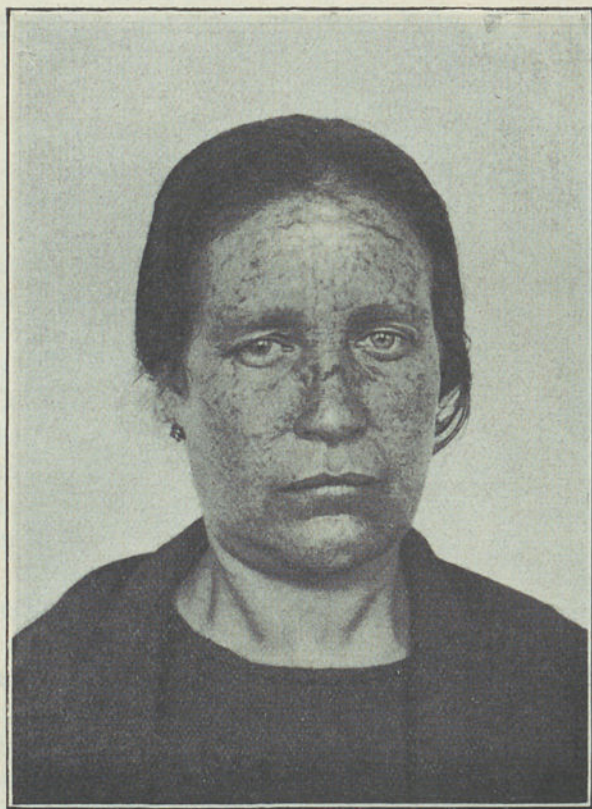


Fig. 2

a ulceração mantinha-se ainda sôbre a antiga cicatriz do rádio com uma forma irregularmente circular, de 1 cm. de diâmetro, de bordos salientes que sangravam facilmente ao toque. A biopsia feita então mostrou tratar-se de um carcinoma mixto (anál. histol. n.º 2.443 do I. P. O.). Em 25-II a doente começou a fazer a aplicação local da insulina (Schering-Kahlbaum) na concentração de 100 unidades clínicas para 5 c. c., duas vezes ao dia. Dois meses mais tarde, a ulceração estava completamente cicatrizada (fig. 2).

OBSERVAÇÃO II. — J. C., ♀, de 65 anos de idade. (Observação n.º 7.544 do I. P. O.).

A doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto em 6-VI-1931. Há 6 anos aparecera-lhe no dorso do nariz uma pequena ulceração que cresceu pouco a pouco. À data da observação, notava-se no dorso e na vertente direita do nariz uma ulceração de bordos irregulares, coberta de crosta espessa e saliente, com 2,5 cm. por 1,5 de diâmetro, que sangrava muito fácil-

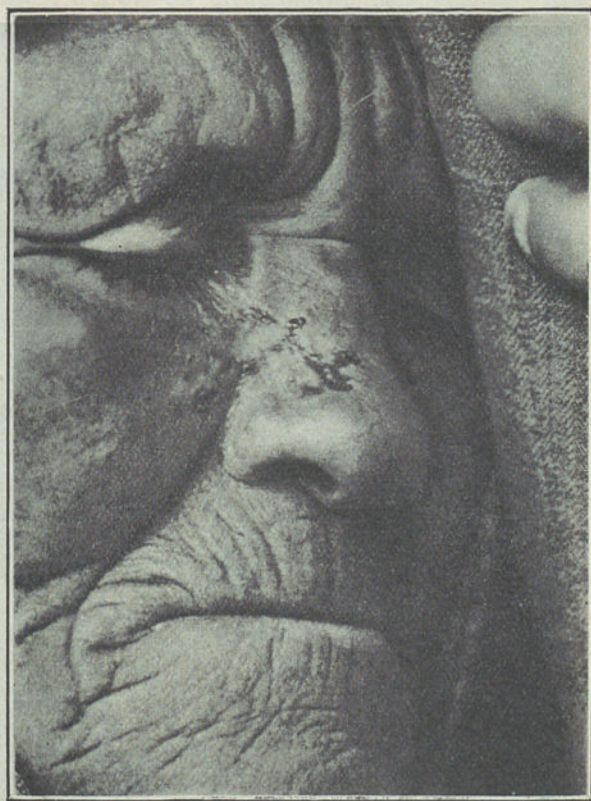


Fig. 5

mente. A biopsia (anál. histol. n.º 1.635 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular. A doente fez aplicações de rádio (filtro 1/2 mm. de Pt., duração 18 horas, Mgh. 799,20, Mcd. 6,00). Em 6-VIII, a lesão estava cicatrizada, mas recidivou, e em 27-II notava-se na vertente direita do nariz uma nova ulceração de 3 cm. de diâmetro. A doente fez então tratamento pelos raios X (dose total 1.200 r, duração 102 minutos, distância 50 cm., filtro 1/2 mm. de cobre, volt. 190 KV, Int. 4 mA). A lesão não cicatrizou completamente e diminuiu apenas muito levemente de dimensões.

Em 15-IV-1932 (fig. 3), a úlcera neoplásica apresentava-se com uma forma irregular, sangrava facilmente ao toque e cobria-se periódicamente de uma crosta linear, facilmente destacável. A cicatrização provocada pelos raios X mantinha-se estacionária há dois meses. A doente começou a aplicação local da insulina, duas vezes ao dia, em 16-IV; passados doze dias, a cicatrização estava completa (fig. 4) e assim se tem mantido até hoje.

Esta observação demonstra que a insulina, aplicada localmente sôbre as



Fig. 4

ulcerações neoplásicas cutâneas não completamente cicatrizadas pelos raios X, acelera essa cicatrização. A aplicação mesmo recente dos raios X, não parece tornar portanto uma úlcera cutânea neoplásica insensível à acção local cicatrizante da insulina.

Como já acentuámos, a cicatrização de uma úlcera neoplásica da pele não é suficiente para que se possa concluir que a neo-

plasia está curada. O tecido neoplásico pode continuar a evoluir por baixo da cicatriz e portanto, passado algum tempo, a lesão recidiva, ou melhor, torna a ulcerar. Falámos nas nossas primeiras comunicações de «regressão parcial» do tecido neoplásico. Baseámos esta afirmação prévia nos resultados das análises histológicas que fizemos nas duas primeiras observações que apresentámos, depois da cicatrização das úlceras. Mas, em alguns dos doentes que apresentámos no ano passado, a cicatrização das úlceras não foi seguida da extirpação da cicatriz. Quise-



Fig. 5

mos verificar se, passado algum tempo sôbre a cicatrização das úlceras neoplásicas da pele, provocada pela aplicação local da insulina, o epitélio de neoformação da cicatriz não viria a participar do processo neoplásico, com formação de uma nova ulceração. Por outras palavras, ¿ qual o futuro das neoplasias ulceradas da pele, quando cicatrizadas pela aplicação local da insulina? ¿ Pode conseguir-se, pela aplicação local desta substância, a desapareição completa do tecido neoplásico de um cancro ulcerado da pele, isto é, a cura dos carcinomas cutâneos? Não temos ainda observações de doentes de cancro ulcerado da pele, cujas úlceras neoplásicas tenham sido cicatrizadas pela insulina com tempo

suficiente para que possamos tirar conclusões definitivas a êste respeito. É possível, no entanto, que a regressão do tecido neoplásico dos cancros da pele se possa fazer por completo pela aplicação local da insulina, como o prova a evolução da cicatriz da lesão de um dos primeiros doentes em que aplicámos localmente essa substância. A úlcera neoplásica dêsse doente (fig. 5), cuja observação constituiu o último dos casos que apresentámos na Soc. das Cienc. Méd., cicatrizou completamente pela aplicação local de insulina, em Março de 1931 (fig. 5'); actualmente, 17 me-

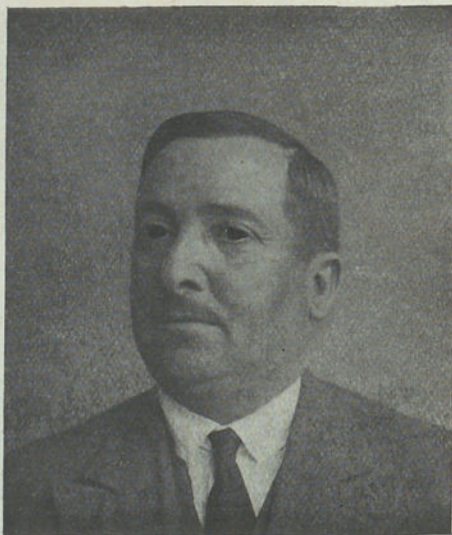


Fig. 5'

ses mais tarde, a cicatrização mantém-se perfeita (fig. 6) sem que o doente tenha feito qualquer outro tratamento.

As doentes cujas observações constituíram o 3.^o e o 4.^o dos casos, também apresentados na Soc. das Ciências Médicas, tinham recidivas de cancros da pele já tratados mais de uma vez pelo rádio ou pelos raios X.

Nestes doentes, a cicatrização das úlceras neoplásicas, determinada pela aplicação local da insulina, só se manteve perfeita durante aproximadamente 3-4 meses. Passado êsse espaço de tempo, as cicatrizes determinadas pela insulina começaram a ul-

**OPOTERAPIA
FEMININA**

CINECINA **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 da insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

que é isenta de principios excitantes tornando-se mais economica 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 propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios:

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, accidentes consecutivos à ovariectomia. 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 a aumentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N. 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver 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.



cerar lentamente; as doentes foram operadas pouco tempo depois. O mesmo aconteceu à doente cuja observação constituiu o primeiro dos casos que apresentamos neste trabalho. A cicatrização da úlcera neoplásica dessa doente manteve-se perfeita durante 3 meses, mas pouco tempo depois um traumatismo aci-



Fig. 6

dental provocou a aparição de uma nova ulceração neoplásica (anál. histol. n.º 244' do I. P. O.) sôbre a cicatriz anterior. Mais tarde a doente foi operada.

Estas observações parecem provar que a insensibilização progressiva dos cancros cutâneos à acção do rádio ou dos raios X, ou por outras palavras, a rádio-resistência dos cancros da pele,

determina também uma menor sensibilidade do tecido neoplásico à acção da insulina, digamos uma insulino-resistência.

Estudaremos detalhadamente num outro trabalho, de colaboração com o Dr. Bénard Guedes, as relações entre as acções do rádio, dos raios X e da insulina sobre os cancros da pele. Uma observação do Prof. Gentil levou-nos, de acôrdo com a interpretação dêste nosso Mestre, a admitir a hipótese de uma potenciação da acção dos raios X e do rádio sobre os cancros ulcerados da pele, determinada pela aplicação prévia da insulina. Mostraremos que um cancro da pele absolutamente rádio-resistente pode tornar-se sensível à acção dos raios X e do rádio pela aplicação local e preliminar da insulina.

Como conclusão prévia, havíamos emitido também a hipótese de que possivelmente os carcinomas basocelulares seriam menos sensíveis à acção da insulina de que os carcinomas plano-celulares. Com efeito, a análise histológica do fragmento da pele onde primitivamente existira a ulceração neoplásica da doente, cuja observação apresentámos como segundo caso na nossa comunicação à Soc. das Ciências Médicas, apenas mostrou, pela aplicação local da insulina, uma ligeira regressão do tecido neoplásico. Por outro lado, a cicatriz das úlceras neoplásicas dos doentes dos 3.º e 4.º casos que então apresentámos só muito lenta e dificilmente se fez, se atendermos às dimensões primitivas dessas lesões. Ora dos 5 casos apresentados o ano passado, o 2.º, o 3.º e o 4.º eram de doentes com carcinomas basocelulares e daí a nossa conclusão. De acôrdo com os resultados que obtivemos de então para cá em muitos outros doentes nas mesmas circunstâncias, julgamos poder atribuir hoje essa menor sensibilidade à acção da insulina, mais à rádio-resistência das neoplasias dêsses doentes de que à estrutura celular do carcinoma.

Por acaso em todas as observações que apresentámos até agora de carcinoma basocelular rádio-resistente a cicatrização completa pela insulina foi de curta duração.

A observação que segue é, pelo contrário, um exemplo de cicatrização rápida e duradoura de um carcinoma basocelular já rádio-resistente, pela aplicação local de insulina.



OBSERVAÇÃO III. — J. S., ♀, de 69 anos. (Observação n.º 6.633 do I. P. O.). A doente veio pela primeira vez à consulta do I. P. O. em 21-II-930. Há 6 anos, formação de uma pequena borbulha sôbre a asa esquerda do nariz. Fez tratamento com raios X, que em nada influenciou a evolução da lesão. Quando veio à consulta a doente apresentava na asa esquerda do nariz uma pequena zona de ulceração plana, arredondada, com cêrca de 3 mm. de diâ-

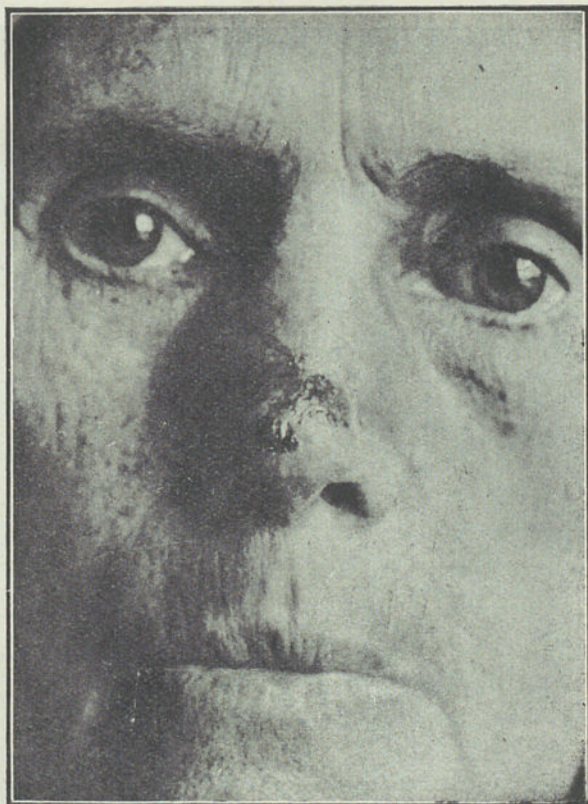


Fig. 7

metro. A biopsia (anál. histol. n.º 1.420 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular. Fez depois tratamento com rádio que também não deu resultado algum. Em 15-XII-931 notava-se na extremidade do nariz e parte da asa esquerda uma crosta espessa, facilmente destacável, deixando ver uma ulceração irregularmente arredondada, com 2 por 2,5 cm. de largura, de bordos planos, e que sangrava com facilidade (fig 7). A doente começou a fazer aplicação local da insulina (Schering-Kahlbaum) duas vezes ao dia em 16-II-931. Em 10-I-932 a ulceração (fig. 8) estava completa-

mente cicatrizada e assim se tem mantido desde então (há oito meses) sem qualquer outro tratamento.

Nas primeiras observações que fizemos estudando a acção da insulina, quando aplicada localmente sôbre as ulcerações neoplásicas da pele, empregámos esta substância na concentração de

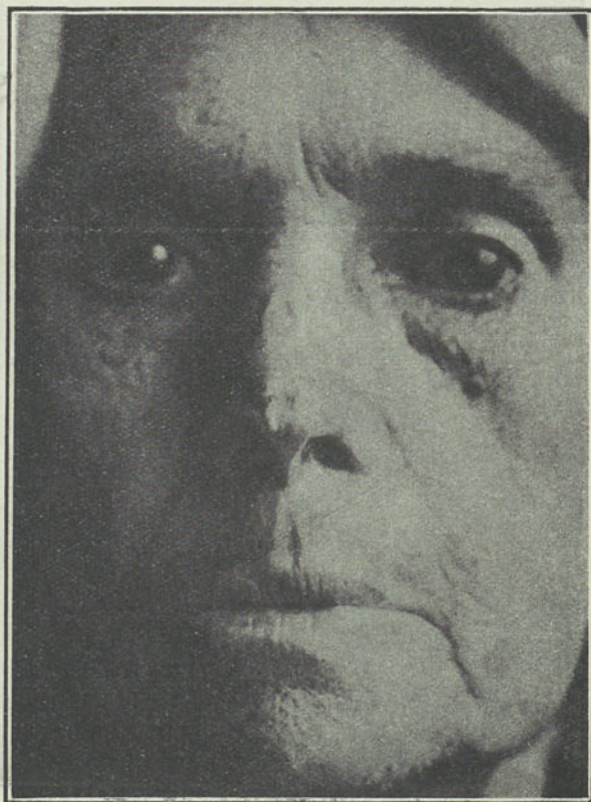


Fig. 8

100 unidades clínicas por 5 c. c. Vimos que, na maioria dos casos, a cicatrização das úlceras neoplásicas provocada por essa substância começava pelos bordos da úlcera limitando cada vez mais a superfície a cicatrizar, de modo que, quando a cicatrização era quasi completa, a parte ainda não cicatrizada correspondia à parte central da primitiva úlcera. Contudo, em alguns casos, a cicatri-

zação pode fazer-se unicamente a partir de uma determinada região da periferia.

Apresentamos, como exemplo, a observação seguinte :

OBSERVAÇÃO IV.— M. R. G., ♀, de 70 anos. (Observação n.º 6.282 do I. P. O.).

A doente veio pela primeira vez à consulta em 12-X-931. Há 8 anos for-

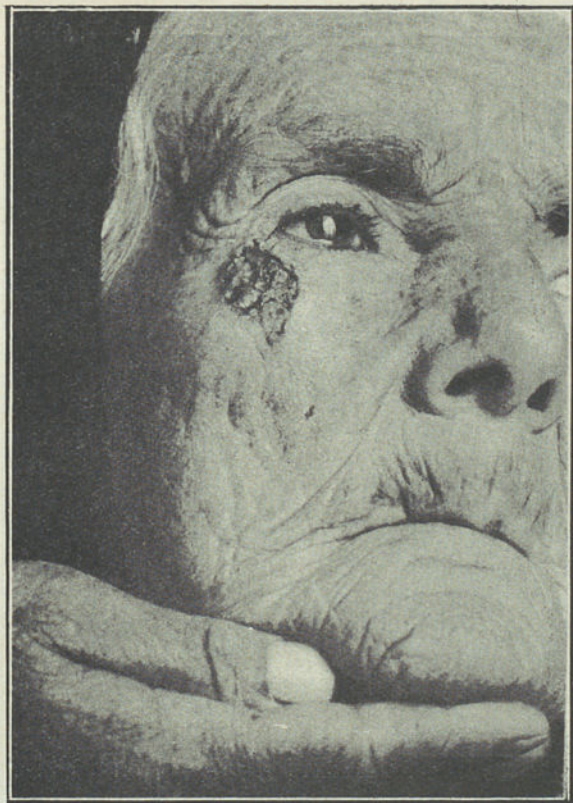


Fig 9

mar-se na pálpebra inferior do olho direito, junto à comissura externa, uma ulceração que progrediu lentamente, cobrindo-se por vezes de uma crosta facilmente destacável. À data da primeira observação (fig. 9), notava-se na parte externa da pálpebra inferior direita, e estendendo-se para a região geniana correspondente, uma úlcera irregularmente rectangular de 1,5 cm. de lado. A biopsia feita nesta data mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular (anál. histol. n.º 2.898 do I. P. O.).

A doente começou a fazer a aplicação local da insulina duas vezes ao dia a 14-X-931. Um mês depois, a ulceração estava em via de cicatrização completa. Nesta doente, que não pudemos continuar a seguir por ter abandonado a consulta, a cicatrização da úlcera neoplásica fez-se apenas a partir do bordo inferior da úlcera (fig. 10).

Por vezes a cicatrização das úlceras neoplásicas pela aplicação local da insulina pode fazer-se, não a partir dos bordos da

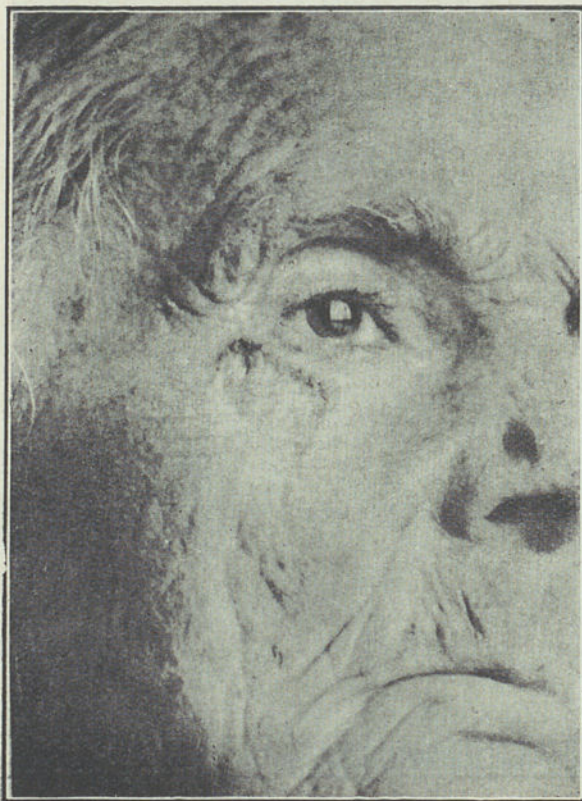


Fig. 10

úlcera, mas pelo aparecimento, no meio da superfície ulcerada, de pequenas zonas de epitelização, com o aspecto de gotas de estearina, cujo desenvolvimento e confluência determinam mais tarde a cicatrização completa. Observámos este aspecto particular de cicatrização (que será reproduzido noutro trabalho) numa

doente do Prof. F. Gentil, com um carcinoma ulcerado da mama esquerda, inoperável, cuja observação detalhada publicaremos mais tarde.

Em todas as observações que apresentámos até agora usámos a insulina na concentração de 100 unidades clínicas para

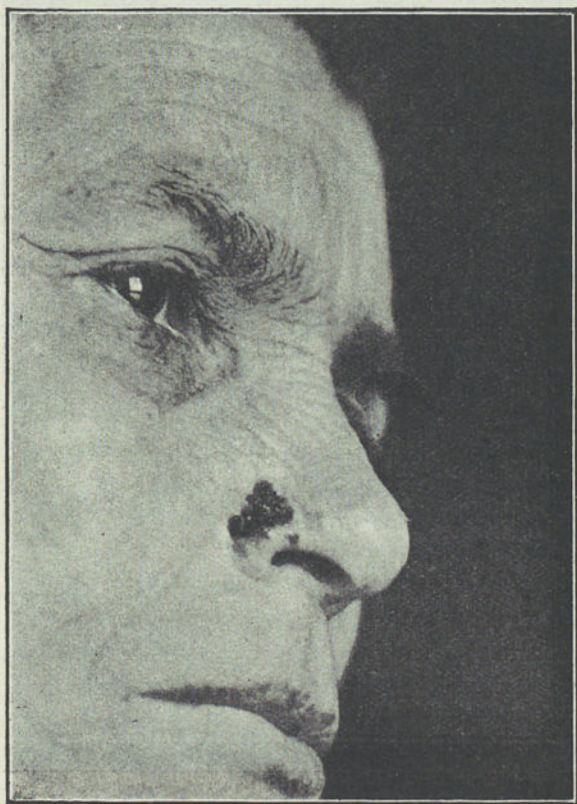


Fig. 11

5 c. c. de solvente. Em alguns doentes que observámos últimamente ensaiámos também a aplicação local da insulina sobre os cancros ulcerados da pele, mas empregando essa substância em concentração mais forte. A observação que segue pode ser tomada como tipo dos resultados que obtivemos.

OBSERVAÇÃO V.—M. E. B., ♀, de 52 anos. (Observação n.º 6.751 do I. P. O.).

A doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto em 26-XI-928. Contou que, tendo desde há 6 anos um sinal escuro na asa direita do nariz, êste se transformara havia pouco numa ulceração que só muito lentamente aumentara de dimensões. A doente apresentava então na asa direita do nariz uma ulceração de cêrca de 1,5 cm. de diâmetro, arredondada, sangrando

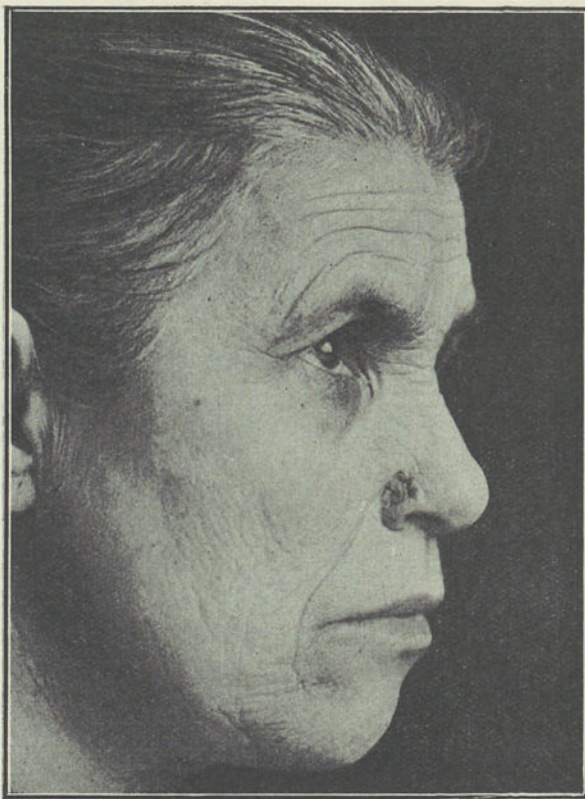


Fig. 12

muito facilmente e de bordos um pouco salientes. A biopsia (anál. histol. n.º 452 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular. Fez tratamento pelo rádio (filtro 1/2 mm. Pt, duração 30 horas, Mgh 394,26, Mcd 3,00). A lesão cicatrizou. Voltou de novo à consulta em 4-VIII-930, com uma recidiva, com uma nova ulceração também de 1,5 cm. de diâmetro, coberta de uma crosta espessa. Fez nova série de aplicações de rádio (filtro 1/2 mm. Pt, duração 30 horas, Mgh 399,60, Mcd 3,00). A lesão cicatrizou de novo, mas voltou a reproduzir-se em 19-XII-931. Nessa data a doente apresen-

rava (fig. 11) na asa direita do nariz uma úlcera irregularmente triangular, com 1 cm. de lado, ligeiramente saliente, sangrando facilmente. A aplicação local da insulina, em soluto concentrado a 400 unidades clínicas por 5 c. c. (preparado a partir da insulina Schering-Kahlbaum), começou a 15-1-32. Em 29-1-32, a úlcera estava completamente cicatrizada (fig. 12), mas por baixo do epitélio de neoformação da cicatriz, que nesta doente era muito tênue, conhecia-se perfeitamente, por transparência, o tecido neoplásico do fundo da primitiva úlcera. A lesão desta doente manteve-se cicatrizada até o princípio de Maio, data em que a cicatriz ulcerou

Esta observação mostra bem as diferenças de actividade da insulina sobre o tecido neoplásico da profundidade da úlcera e sobre o epitélio pavimentoso estratificado dos bordos, cuja proliferação dá origem, na grande maioria dos casos, ao epitélio de neoformação que cobre a úlcera e constitue mais tarde a cicatriz.

Pensámos que, empregando a insulina localmente numa concentração maior, poderíamos obter uma acção mais enérgica desta substância sobre a regressão do tecido neoplásico, e daí maiores probabilidades de cura completa da neoplasia. A observação que acabamos de resumir mostra que a acção da insulina, em grandes doses, sobre as úlceras neoplásicas da pele, não é tão simples como se poderia pensar. Já na primeira comunicação emitimos a hipótese de que, em certos casos, a insulina aplicada localmente poderia determinar uma cicatrização muito rápida da ulceração neoplásica; nesse caso, o epitélio de neoformação da cicatriz, desenvolvendo-se rapidamente, impediria que a insulina chegasse directamente a contacto com o tecido neoplásico da profundidade da úlcera, durante o espaço de tempo necessário para que a regressão do tecido canceroso se fizesse completamente. Essa cicatrização rápida dificultaria a acção directa e prolongada da insulina sobre as próprias células neoplásicas. A observação que acabamos de resumir confirmaria esta hipótese que será mais detalhadamente estudada noutro trabalho.

Como resultado das observações que fizemos até agora empregamos actualmente a insulina, em todos os casos de doentes de cancro ulcerado da pele em que queremos usar essa substância, sob a forma de soluto na concentração de 200 unidades clínicas para 5 c. c.

Em alguns doentes ensaiámos a insulina localmente sobre as úlceras neoplásicas, sob a forma de pomada.

OBSERVAÇÃO VI. — J. A., ♂, de 44 anos. (Observação n.º 5.958 do I. P. O.).

Este doente apresentava, em 21-VII-931, uma recidiva operatória de um carcinoma basocelular (anál. histol. n.º 2.716 do I. P. O., feita 3 meses após a operação), da comissura interna do olho esquerdo e da pele vizinha do nariz (fig. 13). Experimentámos neste doente a aplicação local da insulina sob a forma de pomada (na concentração de 60 unidades clínicas por 30 grs. de excipiente), que nos foi oferecida pelo Prof. Fornet (Saarbruecken) para estes estudos. A aplicação local desta pomada, duas vezes ao dia, começou a



Fig. 13

26-VII-931. Vinte dias mais tarde a ulceração neoplásica estava completamente cicatrizada (fig. 14). Actualmente, 13 meses mais tarde, a cicatriz continua perfeita (fig. 15), sem que o doente tenha feito qualquer outro tratamento. Apenas se nota a cicatriz operatória.

OBSERVAÇÃO VII. — D. M., ♂, de 74 anos. (Observação n.º 5.468 do I. P. O.).

Início da doença há cerca de 3 anos pelo aparecimento na vertente direita do nariz de uma pequena ulceração que sangrava facilmente e que passado pouco tempo começou a alastrar. A primeira biopsia, feita a 16-V-931

(anál. histol. n.º 2.502 do I. P. O.), mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular. Em 28-V-931, a lesão foi extirpada com faca diatérmica mas não chegou a cicatrizar completamente. Uma nova biopsia, feita a 4-VI-931 (anál. histol. n.º 2.564 do I. P. O.), mostrou que a extirpação do tecido neoplásico não fôra completa. O doente foi de novo operado a 19-XII-931; ainda desta vez a cicatrizaçãõ não se fez completamente. Uma nova biopsia (anál. histol. n.º 3.140 do I. P. O.), feita a 23-XII-931, mostrou ainda a existênciã de carci-

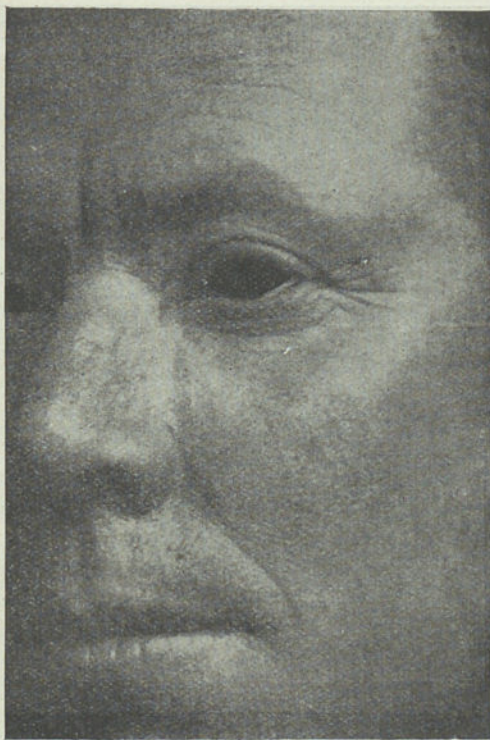


Fig. 14

noma mixto. O doente apresentava então uma ulceraçãõ na pele da vertente direita do nariz (fig. 16), iniciando-se 1 cm. para dentro do ângulo interno da órbita correspondente, irregularmente rectangular, medindo aproximadamente 1 cm. no sentido horizontal e 2 cm. no sentido vertical; bordos ligeiramente proeminentes, indolores, moles, sangrando facilmente. Neste doente, a applicaçãõ local da insulina, duas vezes ao dia, foi feita primitivamente sob a forma de pomada Fornet (simples), concentrada a 30 unidades clínicas por 30 grs. Três meses depois do início do tratamento, a 15-III-932, a ulceraçãõ estava meio cicatrizada. Apenas metade da primitiva úlcera neoplásica es-

tava coberta de epitélio de neoformação, em continuação directa com o epitélio da pele vizinha da parte inferior da lesão. Neste caso, a cicatrização não se fez regularmente a partir de toda a periferia da úlcera, mas simplesmente a partir do bordo inferior.

A pomada vulgar de insulina (Fornet) que experimentámos primeiro foi então substituída por uma outra pomada de concentração 4 vezes superior (120 u. c./30) que nos foi fornecida também pelo Prof. Fornet. Duas semanas



Fig. 15

depois (31-III-932) toda a ulceração estava cicatrizada (fig. 17); os bordos salientes da primitiva lesão tinham desaparecido por completo. Hoje, 5 meses mais tarde, a úlcera continua cicatrizada, sem qualquer outro tratamento, e a cicatriz apresenta um aspecto idêntico ao da pele normal dessa região.

OBSERVAÇÃO VIII. — M. R. S., ♀, de 46 anos. (Observação n.º 7.250 do I. P. O.).

O doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto em 15-II-1932. Tinha tido, havia então 5 semanas, uma furunculose na região geniana esquerda. Mais tarde, os furúnculos confluíram aparecendo então uma massa proeminente, pouco dolorosa, do volume de uma amêndoa. Fez-se biopsia que mostrou a existência de um carcinoma planocelular. (Anál. histol. n.º 3.317 do I. P. O.).

Quando o doente começou o tratamento notava-se na região geniana

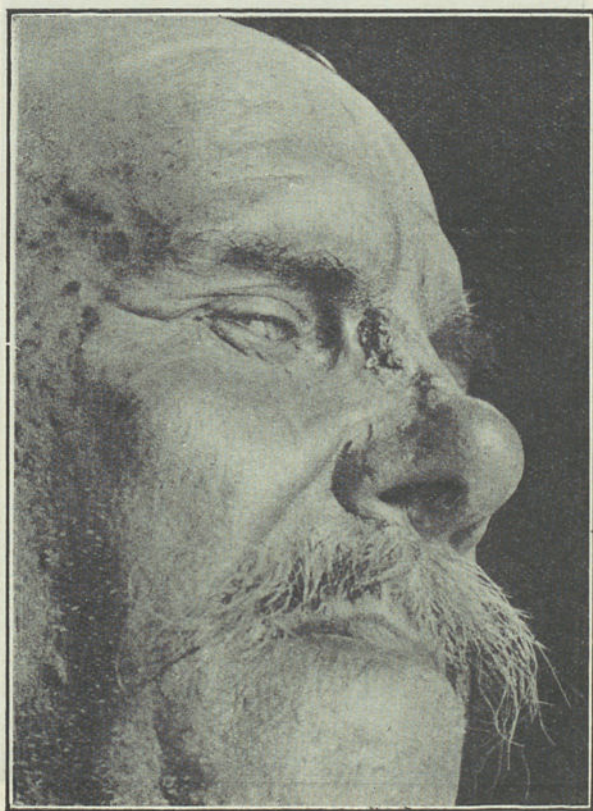


Fig. 16

esquerda uma ulceração irregularmente rectangular, com 2 cm. de altura por 7 mm. de largura máxima. A insulina foi aplicada sobre esta ulceração sob a forma de pomada Fernet (4 vezes concentrada). A cicatriz começou a fazer-se pela extremidade inferior da lesão; 3 semanas depois as 3/5 partes inferiores estavam cicatrizadas. Nessa data, a pomada foi substituída por uma outra mais concentrada (0,4/30) feita com insulina bruta (Fernet). A cicatrização da parte da lesão ainda ulcerada fez-se rapidamente. Um mês depois, a ul-

ceração estava completamente cicatrizada (fig. 18), mas a parte superior da cicatriz apresentava-se muito mais transparente que a parte inferior, deixando ver facilmente por transparência os tecidos da profundidade. Os resultados obtidos neste doente usando a pomada de insulina muito concentrada são absolutamente idênticos aos que obtivemos na Obs. V, em que empregámos um soluto também muito concentrado de insulina.

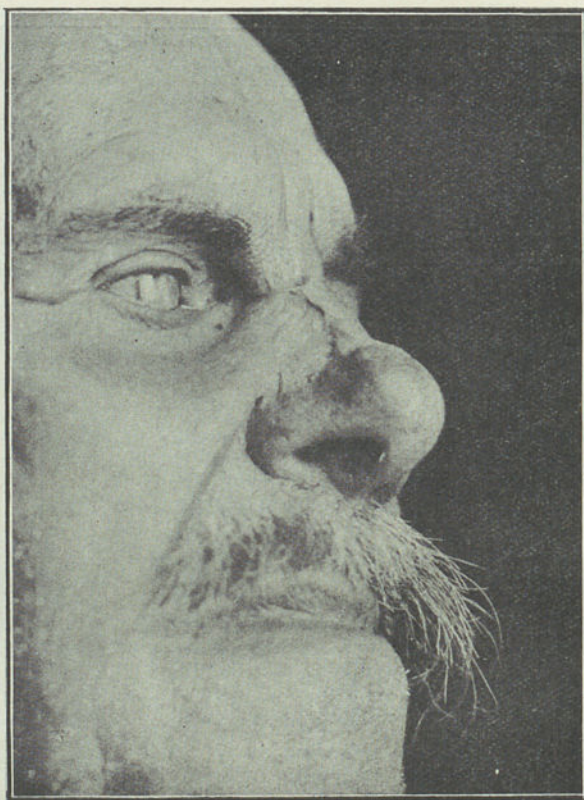


Fig 17

Destas três últimas observações pode concluir-se que a insulina sob a forma de pomada cicatriza também, por aplicação local, os cancro ulcerados da pele. De uma maneira geral, pensamos que a concentração mais conveniente da pomada para esta aplicação é a de 200 unidades clínicas para 30 grs. de excipiente. Já vimos que a concentração da pomada usual do comércio é fraca para estas aplicações. Pode concluir-se também que

a insulina aplicada sob a forma de pomada em concentrações muito elevadas pode cicatrizar rapidamente as úlceras neoplásicas da pele, mas em pouco influência o tecido neoplásico da profundidade, porque possivelmente, sob a influencia dessas doses muito elevadas de insulina (1), o epitélio de neoformação da cic-

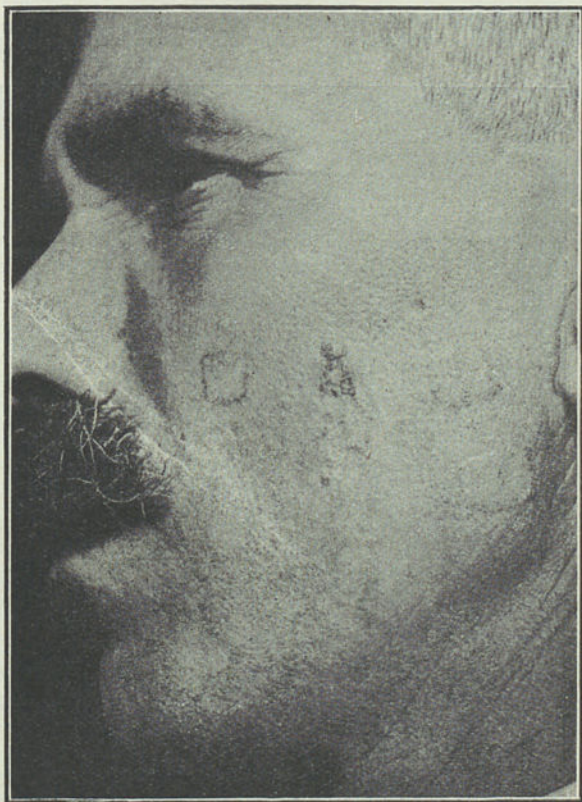


Fig. 18

triz se desenvolve muito rapidamente, isto é, porque nessas condições a cicatrização da úlcera neoplásica é muito rápida.

Antes de resumirmos alguns factos novos que observámos

(1) Se, como diz Ahlgren, 1 mg. de insulina equivale a 15 unidades clínicas, a concentração da pomada mais forte que empregámos equivale a 6.000 unidades (!) por 30 grs. de banha.

últimamente, não queremos deixar de notar que a aplicação local da insulina influencia também benêficamente a evolução das lesões precancerosas da pele. A observação que segue é um exemplo desta acção.

OBSERVAÇÃO IX. — A. M. P. S., ♂, de 72 anos. (Observação n.º 7.820 do I. P. O.).

Há 2 meses aparecimento na região geniana esquerda, logo por baixo da

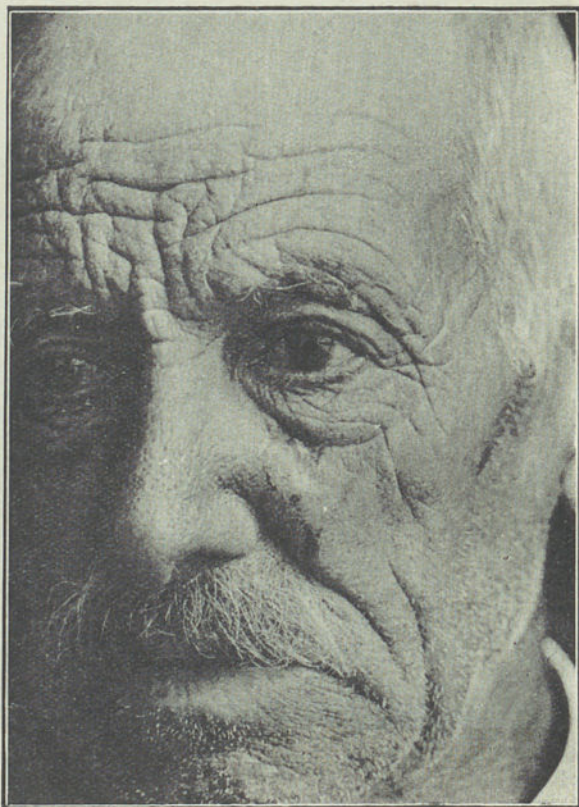


Fig. 19

pálpebra inferior do olho correspondente, de uma pequena perda de epiderme, que pouco a pouco alastrou atingindo uma zona irregularmente rectangular, com 1 cm. de comprimento por $\frac{1}{2}$ cm. de largura (fig. 19). A biopsia (anál. histol. n.º 3.523 de I. P. O.) feita apanhando uma grande parte da lesão não mostrou ainda sinais evidentes de transformação maligna. Temos, no entanto,

a certeza clínica de que se tratava de uma neoplasia cutânea, em via de formação. O doente começou a fazer a aplicação da insulina sob a forma de pomada (feita com insulina bruta Fernet) concentrada a 0,1/30 (1.500 unidades clínicas por 30) a 28-IV-932. Duas semanas depois, a lesão estava completamente cicatrizada (fig. 20), e assim se tem mantido.

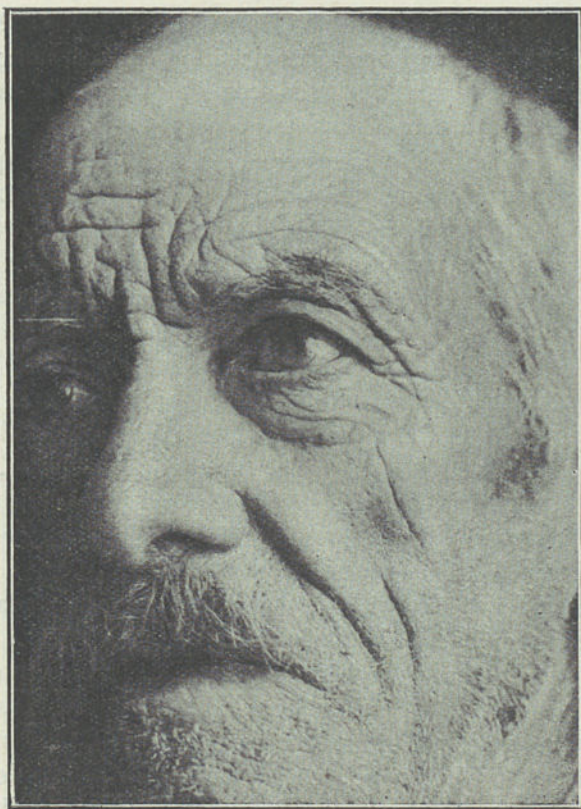


Fig. 20

11

A hipótese fundamental de que partimos, para o estudo da acção da insulina sobre as neoplasias ulceradas da pele, foi a seguinte: a insulina aplicada localmente favoreceria a utilização dos hidratos de carbono pelas células cancerosas, mas por um mecanismo diferente do que é habitual a estas células. Possivelmente, sob a acção deste fármaco, as células neoplásicas metaboliza-

riam os hidratos de carbono, não por glucólise, mas, segundo o mecanismo normal de utilização dos hidratos de carbono, sob a acção da insulina. Poder-se-ia pensar também que, necessitando as células neoplásicas para o seu desenvolvimento de uma grande quantidade de hidratos de carbono, a metabolização usual destes corpos provocada pela insulina determinaria uma carência relativa de hidratos de carbono em relação às células neoplásicas, a qual determinaria portanto más condições para o desenvolvimento do processo neoplásico.

Se esta hipótese é verdadeira, é natural admitir que toda e qualquer substância que tenha uma acção hipoglicemizante suficientemente intensa deve determinar a cicatrização das úlceras neoplásicas da pele, quando aplicada localmente sobre as ulcerações. As observações que seguem confirmam absolutamente estas ideias.

Entre as substâncias cuja acção hipoglicemizante está hoje demonstrada, a guanidina tem um interesse especial debaixo do ponto de vista que nos ocupa, porque, segundo Collip, Lakanal, etc., esta substância ou seus derivados fariam parte da fórmula de constituição da insulina. A insulina, segundo êsses autores, seria constituída por uma mistura de polipeptídeos e de numerosas moléculas de derivados da guanidina. É interessante notar ainda que a precipitação e a purificação da insulina e da guanidina são obtidas pelo emprêgo de um mesmo reagente, o ácido dinitronaftolsulfónico (Frank, Stern e Nothmann, Kossel, etc.).

A acção hipoglicemizante da guanidina foi demonstrada primeiramente por Watanabe, em coelhos. Os resultados obtidos por êste autor foram depois confirmados por Underhill e Blaterwick, Bakucz, Gergens e Baumann, Gordon, Cannis, etc. Por outro lado, Hummel e Pribram estudaram em especial a acção antitóxica da glucose nas intoxicações pela guanidina, com idêntico resultado.

Experimentámos êste composto sob a forma de pomada na concentração de 1/30. Julgamos interessante comunicar que a guanidina, aplicada sobre os cancrios ulcerados da pele, provoca a cicatrização das úlceras neoplásicas, como demonstra a observação seguinte.

OBSERVAÇÃO X. — I. M., ♀, de 80 anos. (Observação n.º 7.104 do I. P. O.).

A doente foi observada na consulta do Instituto em 29-I-932. Notava-se então (fig. 21), na vertente esquerda do nariz, uma úlcera um pouco proeminente, irregularmente circular, com 1 cm. de diâmetro, de bordos salientes, friável, sangrando facilmente ao toque, e com uma evolução de 7 meses.

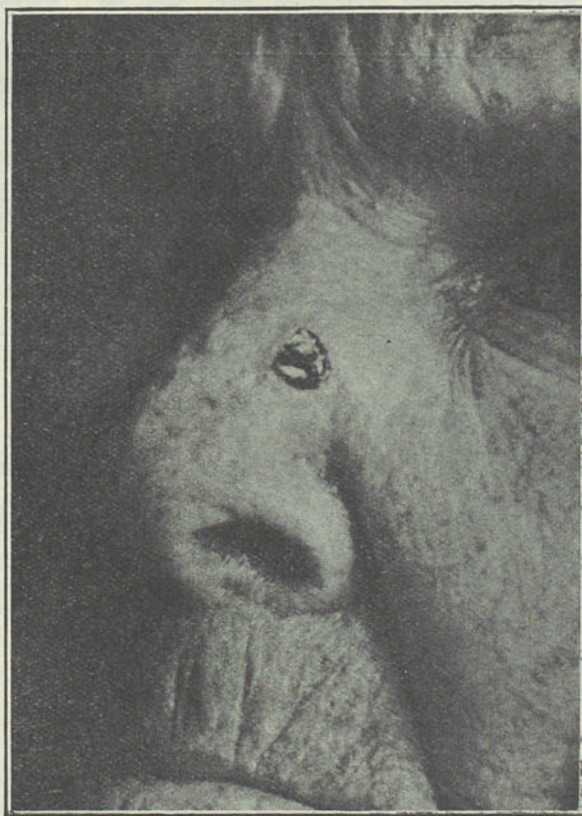


Fig. 21

A biopsia (anál. histol. n.º 3.252 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular (das glândulas sebáceas).

A doente começou a aplicação local da pomada de guanidina (concentrada a 1/30), sobre a úlcera neoplásica, duas vezes por dia, em 5-II-932. Em 28-III-932 (fig. 22), essa ulceração estava cicatrizada e assim se mantém ainda 5 meses depois.

Muitos derivados da guanidina, sobretudo derivados metilados, têm sido estudados debaixo do ponto de vista da sua acção

hipoglicemizante por Bischoff, Sahyem e Jong, por Kumagai, Sui-iti, Kaivai e Schikinami, Dubbin e Corbitt, Noel Paton e Findlay, Heyde, Fuchs, Weichardt e Schwenk, Klinger, Fühner, Cannis, Koch, Langley, etc. Os resultados mais interessantes foram obtidos por Frank, Nothmann e Wagner, com a descoberta

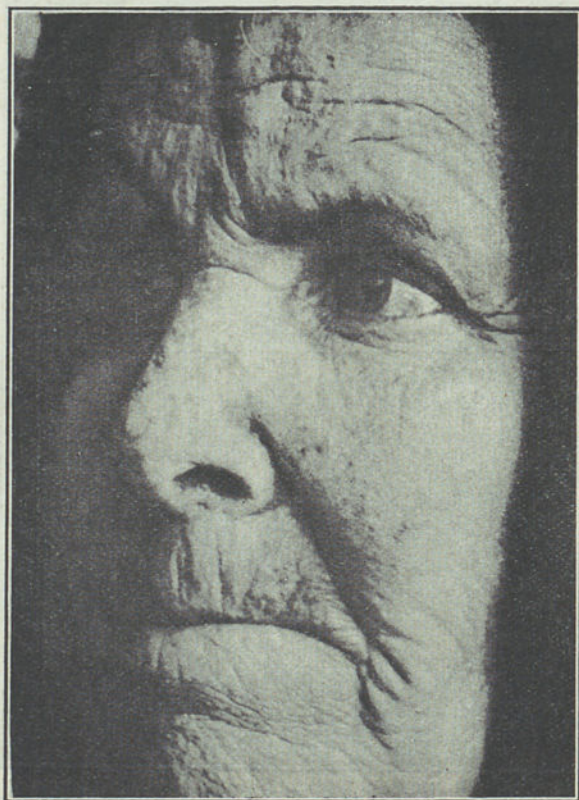


Fig. 22

da decametildiguanidina, conhecida com o nome de «sintalina B», (Schering-Kahlbaum), cuja acção antiglicosúrica é hoje correntemente usada em terapêutica.

Mostráramos já, numa comunicação à Sociedade Portuguesa de Biologia (1928), que a pomada de sintalina B, empregada localmente sôbre as úlceras varicosas pode determinar a cicatriza-

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas ás sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES

PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA

PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

PROFILAXIA DO CANCRO

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D^r Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

Représentante em Portugal : RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA

Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.

O Antidiarreico UZARA

Composição

Contém todos os glicosidos da raiz de Uzara na mesma proporção em que se encontram na planta.

Propriedades

Tem acção excitante sobre as terminações nervosas do simpático. Resolve, por conseguinte, os espasmos, sem provocar, como o ópio, atonia intestinal por paralisia da musculatura lisa.

Indicações

Diarreias de todas as etiologias, tenesmos, espasmos, dismenorreias, etc.

Doses

Licôr: 30 gotas, 3 vezes por dia; Comprimidos: 3 comprimidos, 3 vezes por dia. Creaças até aos 12 anos: meia dose. Creaças de peito: $\frac{1}{4}$ de dose.

SOCIEDADE-UZARA,
MELSUNGEN.

Depositários exclusivos: HENRIQUE LINKER L.^{da}, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6%), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de acido thimico e de extracto de tomilho.

.....
TEMLER - WERKE
BERLIN - Johanniethal

BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levedura

.....
TEMLER - WERKE
BERLIN - Johanniethal

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johanniethal

ção completa dessas ulcerações, mesmo quando elas são insensíveis à acção tópica da insulina.

Estudámos também agora a acção local da sintalina B sobre as neoplasias ulceradas da pele. A observação que segue mostra que este composto é também susceptível de, por aplicação local e em determinadas concentrações, provocar a cicatrização de pequenas úlceras neoplásicas.

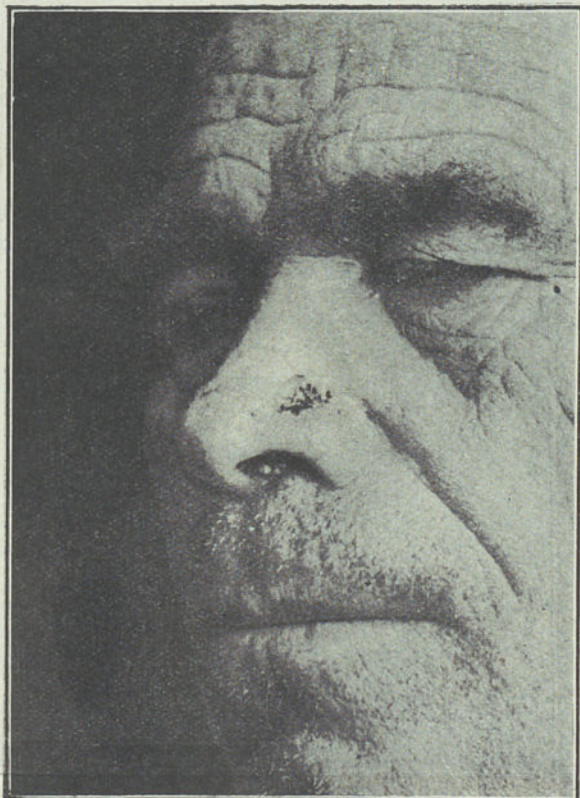


Fig. 23

OBSERVAÇÃO XI. — J. A. V., ♂, de 65 anos. (Observ. n.º 7.301 do I. P. O.).
O doente veio à consulta do I. P. O., pela primeira vez, em 19-II-932. Aparecimento há 4 anos, na asa esquerda do nariz, de uma ulceração indolor que tem crescido sempre, a-pesar-dos vários tratamentos que fez. Essa ulceração cobria-se de vez em quando de uma crosta que algum tempo depois caía, deixando uma superfície sangrante.

Em 22-II-932 (fig. 23), notava-se na asa esquerda do nariz uma ulceração irregularmente ovóide com 1,5 cm. de diâmetro maior, de bordos nítidos, duros e proeminentes, sangrando facilmente ao toque.

A biopsia feita em 23-II-932 (anál. histol. n.º 3.319 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma das glândulas sebáceas.

O doente começou a aplicação local (2 vezes por dia) da sintalina B sob a forma de pomada concentrada inicialmente a 0,1-0,2/30, no dia 26-II-932.

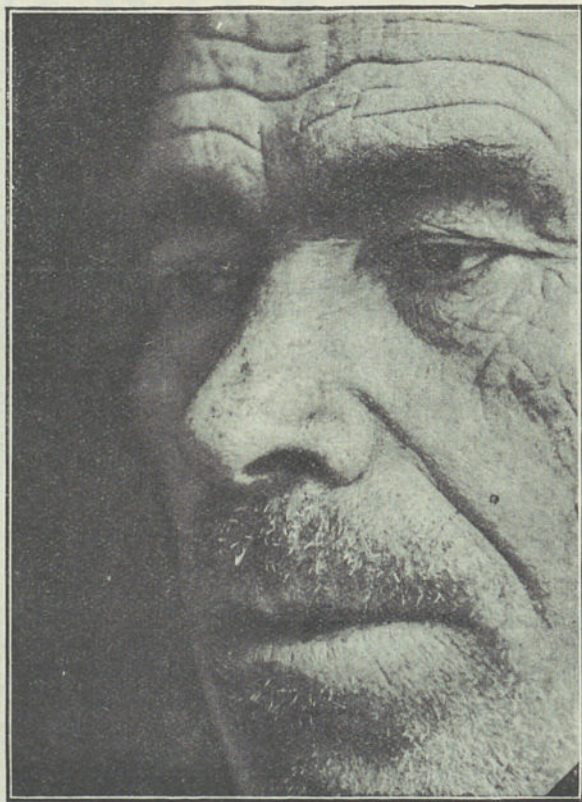


Fig. 24

A úlcera começou a cicatrizar lentamente e, dois meses depois, 3/4 partes estavam cicatrizadas. Aumentámos então a concentração da pomada até 0,4/30. A pomada de sintalina B nesta nova concentração mostrou uma acção desfavorável sôbre a evolução da cicatrização e assim voltámos mais tarde a usar uma pomada de concentração mais fraca (0,2/30). Em 15-V-932, a úlcera estava completamente cicatrizada (fig. 24). Pelas razões que exporemos noutra comunicação (para estudar a potenciação da acção dos raios X pela aplica-

ção local e prévia de substâncias hipoglicemizantes), êste doente foi depois irradiado. Mais tarde voltaremos a esta parte do nosso trabalho.

Estudámos e estamos estudando também a acção local de vários outros derivados da guanidina sôbre as ulcerações neoplásicas da pele. Das observações que fizemos até agora, podemos concluir já que alguns dêsses derivados, tais como a acoína e a agmatina, se mostraram inactivos por aplicação local sôbre os cancros ulcerados cutâneos, provavelmente por a sua acção hipoglicemizante ser pequena.

Entre os fármacos que antigamente foram empregados na terapêutica da diabetes, o ópio e a morfina ocupam um lugar especial. A acção antiglicosúrica dêstes compostos, alternadamente negada e confirmada, foi demonstrada mais recentemente por Kaufmann, Naunyn, v. Noorden, Landergreen, Petren, Holm, Ahlgren, etc.

Tivemos últimamente ocasião de estudar detalhadamente alguns alcalóides do ópio debaixo do ponto de vista que nos ocupa. Os resultados dessas observações foram tão interessantes, e sob certo aspecto tão confirmativos da nossa hipótese fundamental de trabalho, que os exporemos um pouco mais detalhadamente.

Os alcalóides do ópio, cuja acção local sôbre as úlceras neoplásicas da pele estudámos até hoje, foram a morfina, a codeína, a tebaína e a heroína. Além dêstes compostos estudámos também a fenantrena, composto de onde derivam os princípios activos do ópio que enumerámos.

De entre êstes alcalóides, o primeiro que ensaiámos foi a morfina. A observação que segue resume perfeitamente os resultados que obtivemos com êste alcalóide.

OBSERVAÇÃO XII. — A. R. S., ♂, de 37 anos. (Observ. n.º 7.198 do I. P. O.).

O doente veio à consulta do Instituto em 6-11-32. Há 7 anos aparecimento no dorso do nariz de uma ulceração indolor, pruriginosa, que pouco cresceu desde então. A ulceração apresentava-se (fig. 25) com uma forma irregularmente circular, com 1 cm. de diâmetro, indolor, sangrando facilmente ao toque, de bordos salientes, e coberta em parte por uma crosta facilmente destacável. Um pouco para baixo da ulceração principal notavam-se ainda duas ulcerações mais pequenas.

A biopsia (anál. histol. n.º 3.274 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular.

O doente começou o tratamento a 16-II-932. Experimentámos a acção da morfina neste doente, aplicando esta substância sob a forma de pomada (duas vezes ao dia) sôbre as úlceras neoplásicas. Inicialmente usámos uma pomada de morfina concentrada a 0,1-0,2/30. Passado pouco tempo as úlceras pequenas estavam cicatrizadas. 1 mês depois (3-IV), a maior parte da úlcera grande estava também cicatrizada. Experimentámos então uma pomada de

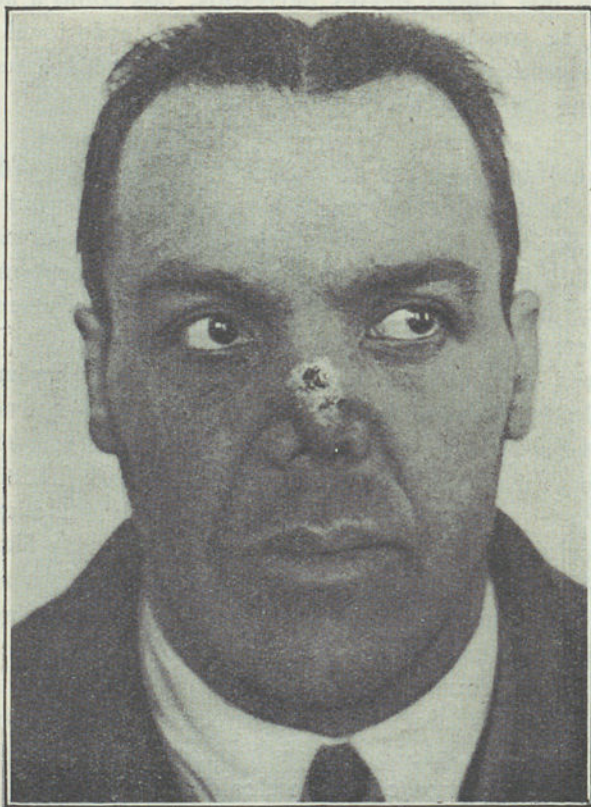


Fig. 25

concentração mais forte, 0,5/30, que, ao contrário da anterior, não mostrou ter qualquer acção favorável sôbre a cicatrização da úlcera. Notámos, pelo contrário, que a parte já cicatrizada pela acção local da morfina, em doses pequenas, tornou a ulcerar, e que a neoplasia aumentara um pouco de volume. O doente voltou a fazer a aplicação da pomada de concentração mais fraca e a ulceração voltou a cicatrizar (19-IV-932, fig. 26).

Julgamos interessante acentuar que em muitos casos o ópio e a morfina não manifestam uma acção hipoglicemizante, mas, pelo contrário, uma acção

hiperglicemizante. Esta inversão da acção do ópio e da morfina é, para muitos autores, uma questão de dose (Cannon, Mc Iver e Bleiss, Stewart e Rogoff, Danielson, etc.). Julgamos poder atribuir também a esta inversão da acção da morfina sobre a glicemia a inversão dos resultados que observámos experimentando este alcalóide em doses pequenas e em doses maiores sobre as neoplasias cutâneas. Quando se ensaia a morfina em doses hipoglicemi-

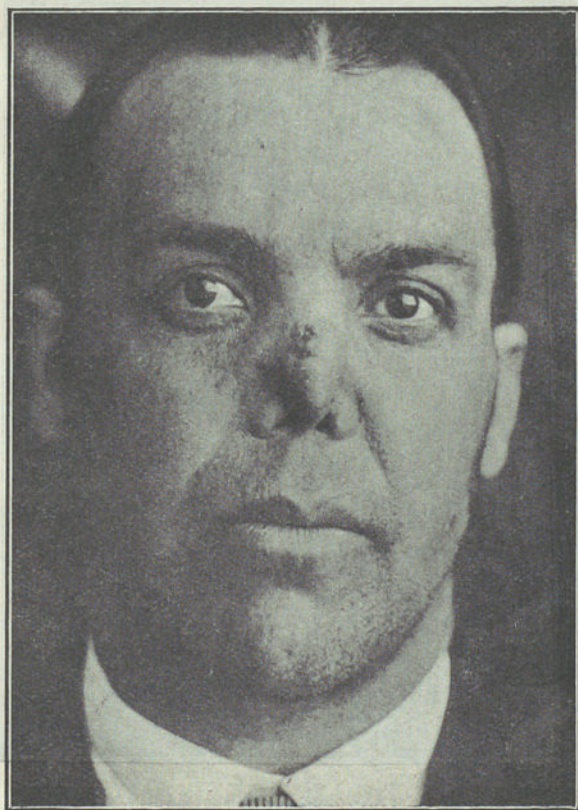


Fig. 26

zantes, a acção local desta substância sobre as úlceras neoplásicas é uma acção cicatrizante, favorecendo a regressão da lesão. Pelo contrário, a morfina, em doses mais elevadas, tendo portanto uma acção hiperglicemizante, só desfavoravelmente influencia, por aplicação local, a evolução das neoplasias cutâneas.

Julgamos serem estes factos um exemplo bem demonstrativo do bom fundamento da hipótese em que baseámos estas observações.

Estudámos também numa outra doente a acção da codeína sôbre as neoplasias ulceradas da pele. A observação que segue é um exemplo dos resultados que se podem obter pela aplicação local dessa substância.



Fig. 27

OBSERVAÇÃO XIII.— T. A. N., ♀, de 60 anos. (Observação n.º 7.716 do I. P. O.).

A doente veio à consulta do Instituto, em 13-IV-932. Há 1 ano que tinha na face do lado direito uma pequena mancha vermelha, que, passado algum tempo, ulcerou cobrindo-se de uma crosta delgada que por vezes se destacava para de novo se tornar a formar. Quando começou o tratamento a ulceração apresentava-se irregularmente arredondada, com 1 cm. de diâmetro e sangrava facilmente ao toque (fig. 27). A biopsia (anál. histol. n.º 3.497 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma mixto, plano e basocelular.

A doente começou a fazer a aplicação local de codeína sob a forma de pomada na concentração de 0,2-0,3/30, em 13-IV-932. As aplicações desta pomada sôbre a ulceração neoplásica foram feitas também duas vezes ao dia. Em 26-IV-932 (fig 28), a ulceração estava completamente cicatrizada e assim se tem mantido de então para cá.

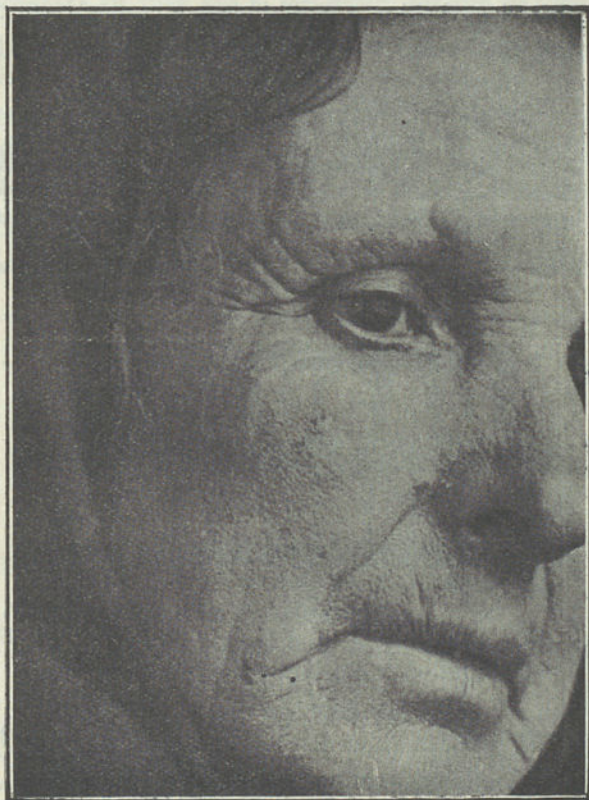
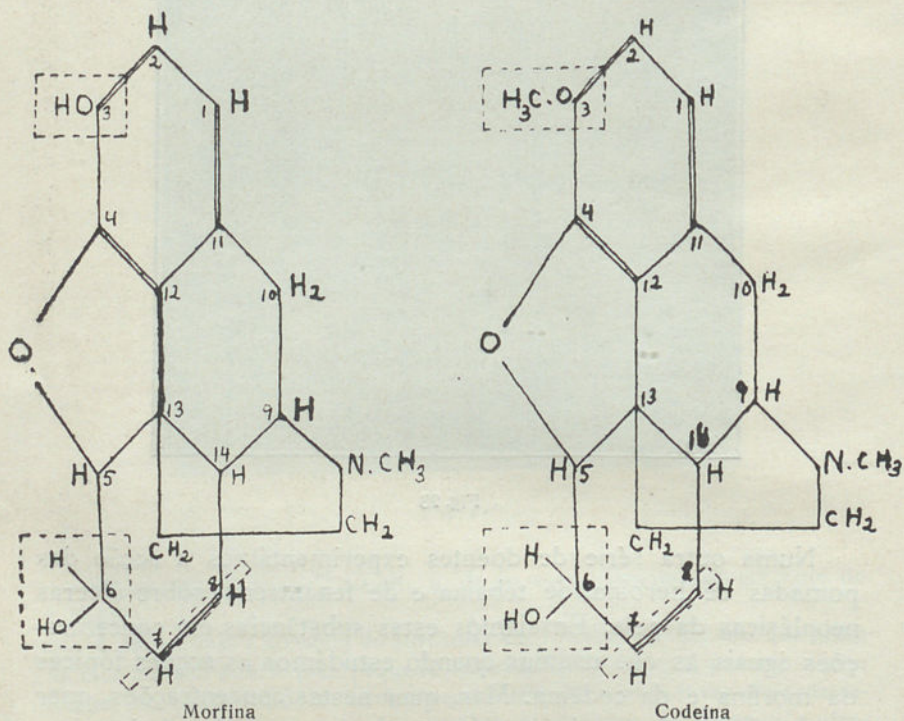


Fig. 28

Numa outra série de doentes experimentámos a acção das pomadas de heroína, de tebaína e de fenantrena, sôbre úlceras neoplásicas da pele. Ensaíamos estas substâncias em concentrações iguais às que usámos quando estudámos as acções tópicas da morfina e da codeína. Mas, quer nestas concentrações, quer em concentrações maiores ou menores, as pomadas de heroína, de tebaína e de fenantrena mostraram-se sempre inactivas quando aplicadas localmente sôbre as úlceras neoplásicas.

Segundo Ahlgren, de entre os alcalóides do ópio, só a morfina e a codeína podem ter uma acção hipoglicemizante. A heroína e a tebaína não influenciam a glicemia. Os resultados que obtivemos estudando a acção tóxica dos alcalóides do ópio sobre as úlceras neoplásicas da pele estão absolutamente de acôrdo com os resultados obtidos por Ahlgren, e com a base teórica de que partimos para estas observações.

Julgamos interessante acentuar também que a acção hipoglicemizante de alguns alcalóides do ópio parece estar ligada a algumas particularidades da constituição química dessas substâncias. Se estudarmos as fórmulas (Schöpf) de constituição química da morfina, da codeína, da heroína e da tebaína verificamos que :



LISBOA MÉDICA

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIIIº 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 cincoenta gotas para Adultos.

Padr folheto sobre a Iodotherapia physiologica para Peptoniодо.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.**

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople
PARIS (8º)

GRIPPE

RACHITISMO

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleinica, hexose-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO
AGRÁDAVEL) toma-se no mero das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

Para os
estados de
insuficiência
ovariana

UNDEN

(HORMOVAR DO PROFESSOR BIEDL)
Hormona ovariana
exactamente graduada



Indicado como medicamento de substituição nas insuficiências funcionais do ovário, nos incómodos consecutivos à menopausa ou às afecções ginecológicas, nas amenorréas que se seguem aos partos e na oligomenorréia. Igualmente indicado nos estados de deficiência grave e depois da extirpação dos ovários.

Para a realização dum tratamento cíclico, recomenda-se o uso do Unden e do Prolan alternadamente e em conformidade com as variações das hormonas no sangue (Prolan na primeira metade do intermenstruo e Unden na outra metade).

Embalagem original: 15 drageas com 100 unidades.

«Bayer-Meister Lucius»



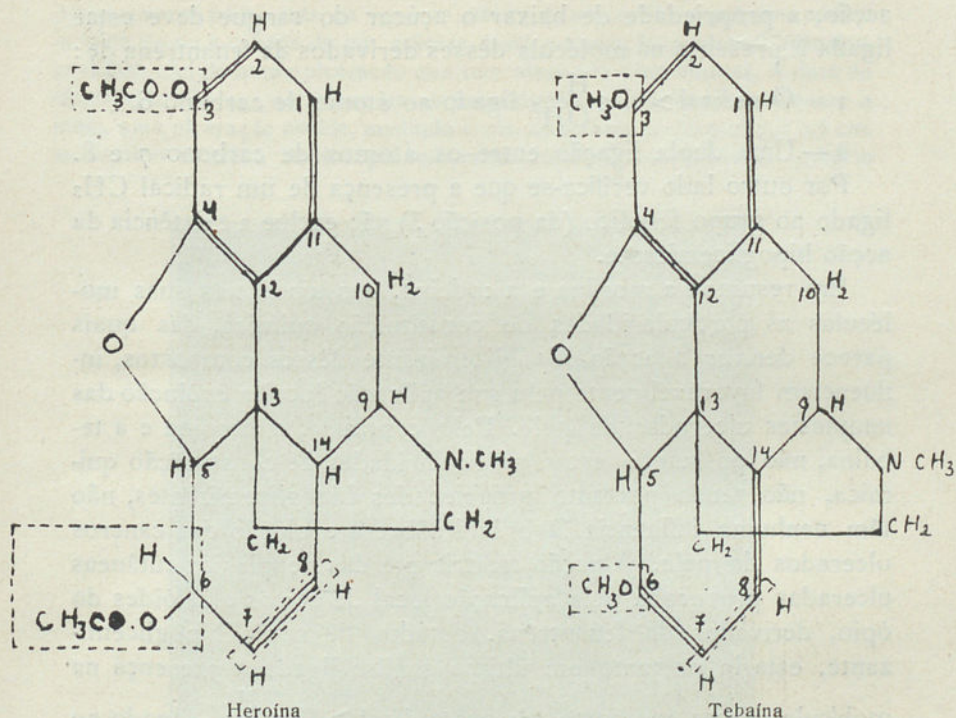
LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA



— Na fórmula da morfina há 3 átomos de O: o primeiro (indiferente) está ligado aos átomos de carbono 4 e 5; o segundo faz parte do grupo fenólico OH ligado ao átomo de carbono 3; o terceiro átomo de O faz parte do grupo alcoólico $>C < \begin{matrix} H \\ OH \end{matrix}$, ligado ao átomo de carbono 6. Além disso existe uma dupla ligação entre os átomos de carbono 7 e 8.

— A codeína difere unicamente da morfina na substituição do átomo de H do grupo fenólico OH por CH_3 .

— A heroína é a diacetil-morfina: o radical fenólico e o radical alcoólico foram ambos acetilados.

— Na tebaína os dois radicais OH da morfina foram metilados e 2 átomos de H mudaram de posição; a dupla ligação entre os átomos de carbono 7 e 8 desapareceu.

É natural portanto concluir que se a morfina e a codeína têm acção hipoglicemizante, e a tebaína e a heroína não têm esta

acção, a propriedade de baixar o açúcar do sangue deve estar ligada à presença na molécula desses derivados da fenantrena de:

1 — O radical $>C < \begin{matrix} H \\ OH \end{matrix}$, ligado ao átomo de carbono 6.

2 — Uma dupla ligação entre os átomos de carbono 7 e 8.

Por outro lado verifica-se que a presença de um radical CH_3 ligado ao grupo fenólico (da posição 3) não exclue a existência da acção hipoglicemizante.

Em resumo: a morfina e a codeína, possuindo nas suas moléculas as particularidades de constituição química, das quais parece derivar a acção hipoglicemizante desses compostos, influenciam favoravelmente pela sua aplicação local a evolução das neoplasias ulceradas da pele. Pelo contrário, a heroína e a tebaína, não possuindo estas particularidades de constituição química, não tendo portanto propriedades hipoglicemizantes, não têm nenhuma influência favorável sobre a evolução dos cancros ulcerados da pele. A acção cicatrizante das neoplasias cutâneas ulceradas provocada pela aplicação local de certos alcalóides do ópio, derivados da fenantrena, dotados de acção hipoglicemizante, estaria portanto em última análise ligada à presença na molécula desses compostos de um radical $>C < \begin{matrix} H \\ OH \end{matrix}$, ligado ao átomo de carbono 6 e de uma dupla ligação entre os átomos de carbono 7 e 8. Estas observações são mais um interessante exemplo das relações tantas vezes demonstradas, que existem entre a constituição química e as acções farmacológicas e terapêuticas.

A acção hipoglicemizante da ergotamina (Sandoz), constatada por Farber, Lesser e Kipf, Moretti, Seidel, Buffano e Maisini, Eda Genichiro, Shpiner, Rigó e Veszelszky, etc., em animais e por Nitzescu, Seidel, Bucciardi, Bouckaert e Schaus, Corbini, Coelho e Oliveira, Trincão, etc., em homens, foi igualmente experimentada por nós em cancros da pele.

A última observação que hoje apresentamos é bem demonstrativa dos resultados que observámos.

OBSERVAÇÃO XIV. — L. C. L., ♀, 51 anos. (Observação n.º 6.919 do I. P. O.).

A doente veio pela primeira vez à consulta do Instituto em 14-I-932.

Aparecimento há 8 meses, na vertente direita do nariz, de um pequeno nódulo indolor, como a cabeça de um alfinete. Uma escoriação acidental transformou êsse nódulo numa ulceração que tem alastrado ultimamente. Á data da observação (fig. 29), notava-se na vertente direita do nariz, sensivelmente a meio, uma ulceração ovóide, medindo 1 cm. no sentido horizontal por 0,5 cm. no sentido vertical. Bordos proeminentes, duros, indolores, fundo coberto

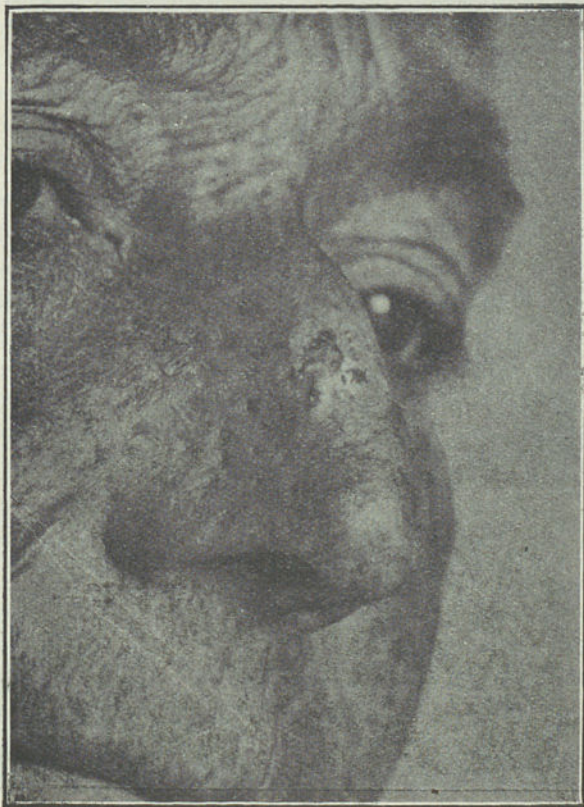


Fig. 29

por uma crosta facilmente destacável e sangrando. A biopsia (anál. histol. n.º 3.200 do I. P. O.) mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular.

A ergotamina foi experimentada inicialmente nesta doente sob a forma de pomada na concentração de 0,1-0,2/30. A cicatrização começou rapidamente. Duas semanas mais tarde aumentámos a concentração da pomada até 0,4/30. Esta nova concentração mostrou-se desfavorável: a pequena superfície ulcerada que existia ainda, depois da aplicação local da pomada de

concentração mais fraca, aumentou de dimensões e portanto voltámos a empregar a pomada de ergotamina de concentração mais fraca.

Em 5-III-932 (fig. 30) a cicatrização da úlcera neoplásica era praticamente completa. Julgamos interessante recordar aqui as observações de Rigó, László et Veszelsky, de Lesser e Kipf, etc. Segundo estes autores as doses pequenas de ergotamina são hipoglicemizantes; pelo contrário, em doses

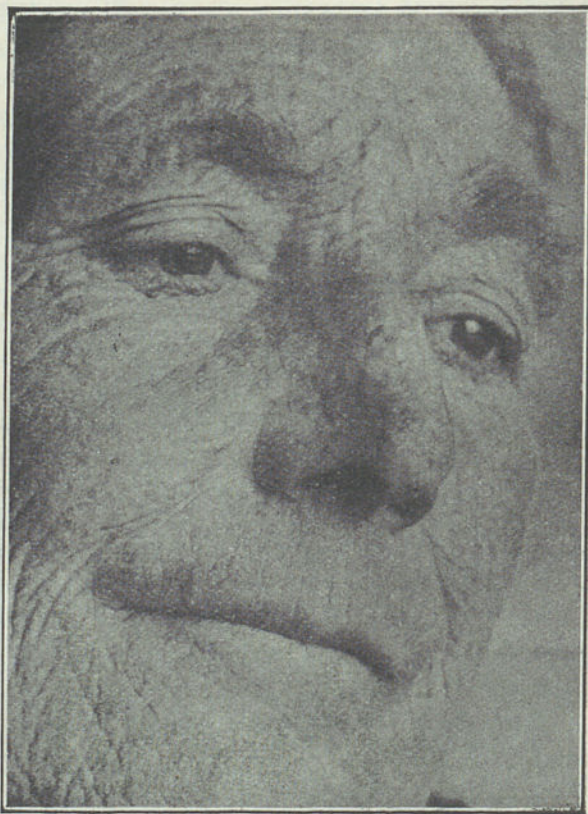


Fig. 30

maiores, a ergotamina, ou não tem acção alguma sôbre a glicemia ou provoca hiperglicemia.

Encontramos ainda, nesta inversão da acção da ergotamina sôbre a glicemia, a explicação da acção das doses pequenas e das doses maiores desta substância sôbre os cancros ulcerados da pele. Estas observações confirmam mais uma vez a hipótese original de que partimos para estes estudos.

Destas observações julgamos poder concluir que as substâncias hipoglicemizantes podem determinar, por aplicação local, a cicatrização das úlceras neoplásicas da pele, desde que as doses tenham sido bem determinadas e que a sua acção hipoglicemizante seja suficientemente acentuada. Mas, de facto, nenhuma das substâncias estudadas por nós até hoje (e muitas outras estamos experimentando) parece susceptível de substituir a insulina para esta aplicação.

Pelo que diz respeito ao mecanismo íntimo desta acção, exporemos noutras publicações os resultados a que chegamos, estudando a respiração, a glucólise, as propriedades de oxidação e de redução, etc., das células cancerosas, e a influência que sôbre as actividades fisiopatológicas especiais dessas células têm as substâncias hipoglicemizantes. Da mesma maneira, alguns outros factos interessantes que observámos recentemente serão objecto de outros trabalhos de próxima publicação.

(Instituto Português de Oncologia e Instituto de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina de Lisboa).

L'ACTION DES SUBSTANCES HYPOGLYCÉMIQUES,
PAR APPLICATION LOCALE,
SUR LES CANCERS ULCÉRÉS DE LA PEAU

RÉSUMÉ

L'Auteur a démontré, dans des publications antérieures (*C. R. de la Soc. de Biol., Jornal da Sociedade das Ciências Médicas, Presse Médicale, Tumori*) que l'insuline, appliquée localement sur les cancers ulcérés de la peau, détermine la cicatrization des ulcères néoplasiques et la régression, au moins partielle, du tissu néoplasique.

Les nombreuses observations faites depuis lors ont confirmé absolument ces conclusion préliminaires. L'A. a traité jusqu'aujourd'hui 23 malades de cancer ulcéré de la peau, par l'application locale de l'insuline. Il a obtenu la cicatrization complète par l'insuline dans 19 cas. Les autres 4 cas n'ont pas cicatrisé complètement; à la fin des applications, ils restaient encore quelques ulcérations, très petites, que l'insuline seule ne parvenait pas à

cicatriser. Il s'agissait de malades dont les cancers cutanés avaient été déjà soignés plusieurs fois par les rayons X et par le radium, et qui étaient devenus radiorésistants depuis longtemps. L'A. fait remarquer que les cancers de la peau acquièrent, par l'action locale préalable de l'insuline, des propriétés très intéressantes en rapport aux rayons X et au radium; ils sont sensibilisés à l'action de ces agents thérapeutiques. Ces faits seront étudiés en détail dans d'autres publications. Toutefois il ne faut pas conclure que les cancers radiorésistants sont toujours insensibles à l'action locale de l'insuline. Les deux premières observations présentées dans ce travail montrent qu'il est possible de cicatriser aussi des cancers radiorésistants, par l'action locale de l'insuline. La régression du tissu néoplasique des cancers cutanés par l'insuline est démontrée par l'évolution des cicatrices des malades soignés il y a 15 et 17 mois par cette application; ces cicatrices se conservent parfaites depuis ce temps, sans que les malades aient fait aucun autre traitement depuis la fin des applications de l'insuline. L'aspect histologique des cancers de la peau ne semble pas avoir d'influence sur la sensibilité de ces néoplasies à l'action de l'insuline.

Par contre, la radiorésistance des cancers cutanés peut déterminer une diminution de la sensibilité de ces néoplasies à l'action de l'insuline et même, on peut le dire, une «insulinorésistance».

Après avoir présenté des observations qui démontrent les faits resumés, l'A. décrit aussi des aspects particuliers de la cicatrisation des néoplasies cutanées soignées par l'insuline et les résultats qu'on peut obtenir en employant des concentrations très fortes de cette substance. Dans ce cas on peut obtenir des cicatrisations très rapides des ulcères néoplasiques, mais la cicatrice est très mince et le tissu néoplasique continue son évolution au dessous de l'épithélium de néoformation. De nouvelles observations montrent que les lésions précancéreuses sont aussi sensibles à l'action locale de l'insuline et que cette substance peut être essayée aussi sur les cancers de la peau, avec succès, sous la forme de pommade.

L'A. a basé ces observations sur les travaux de Rondoni, de Warburg et des auteurs qui ont confirmé les résultats de leurs expériences. L'insuline appliquée localement sur le tissu néoplasique déterminerait l'utilisation des hydrates de carbone par les

célules cancéreuses, par un mécanisme différent de celui que leur est habituel, pas par glycolyse, mais en suivant le processus normal d'utilisation des hydrates de carbone par les cellules; on outre, on peut penser que l'insuline déterminerait localement une carence relative des hydrates de carbone dont les cellules cancéreuses ont besoin pour se développer. Si cette hypothèse est vraie, toutes les substances douées d'action hypoglycémique doivent cicatrifier les ulcérations néoplasiques de la peau, par application locale, pourvu que cette action hypoglycémique soit suffisamment forte. En fait, l'A. démontre, avec des observations de malades de cancers de la peau, qu'ils cicatrisent par l'action locale de la guanidine, de la synthalina B, de la morphine, de la codéine et de l'ergotamine. Encore des substances, telles que la morphine et l'ergotamine, dont l'action sur la glycémie dépend des doses employées, montrent des actions tout-à-fait inverses sur la cicatrisation des ulcères néoplasiques de la peau, lorsqu'on essaye, sur les mêmes cancers, la dose hypoglycémique et la dose hyperglycémique.

Les alcaloïdes de l'opium qui n'ont pas d'action hypoglycémique, n'ont pas non plus aucune action favorable sur les cancers de la peau. L'A. présente aussi des particularités de la constitution chimique de la morphine et de la codéine qui peuvent être relationnées avec l'action hypoglycémique, c'est-à-dire avec l'action cicatrisante de ces composés sur les cancers de la peau.

De nombreuses expériences faites pour étudier le mécanisme intime de l'action de l'insuline, et en général de toutes les substances hypoglycémiques, sur les cancers ulcérés de la peau (respiration, glycolyse, pouvoir oxy-reducteur, etc., du tissu néoplasique) seront publiées dans d'autres travaux.

(Institut Portugais d'Oncologie et Institut
de Pharmacologie et de Thérapeutique
de la Faculté de Médecine).

UM CASO DE TERATOMA CERVICAL

POR

AMANDIO TAVARES

Professor auxiliar, encarregado do Curso de Anatomia Patológica
na Faculdade de Medicina do Porto

e

GONÇALVES DE AZEVEDO (FILHO)

Assistente de Ginecologia e Obstetria

Como se sabe, os disembríomas complexos ou teratomas, que se localizam com relativa frequência ao nível das glândulas sexuais ou da região sacro-coccígea, só muito raramente se encontram fora destas zonas.

Os próprios tumores congénitos sacro-coccígeos não se apresentam vulgarmente à observação. Na literatura médica portuguesa colhem-se duas observações do Prof. J. A. Pires de Lima (1) — acompanhadas do estudo histológico detalhado feito pelo Prof. Lourenço Gomes — uma do Prof. Almeida Garrett (2) e outra do Dr. Fonseca e Castro (3). Ao Dr. Júlio Fonseca (4) se deve a descrição sumária dum caso da mesma natureza.

Muito mais raros, porém — excepcionais, poder-se-ia dizer — são os teratomas de localização mediastínica e, sobretudo, cervical. P. Lecène e A. Mouchet, num trabalho de há poucos anos (5) citam apenas, de teratoma cervical, as observações registadas por Flesh e Winternitz em 1905, por Hunziker em 1909, por Kimura, na sua tese, em 1910 e por Ehlers em 1913. M. Fevre e P. Pavie (6) publicaram recentemente uma observação concernente a uma criança de 25 dias, em que o tumor, do tamanho duma laranja e com êxito operado, era já perceptível ao nascer.

Em um dos dois casos que Lecène e Mouchet descrevem, o tumor, do volume duma pequena batata, encontrava-se acima da fúrcula esternal e internava-se no mediastino anterior; no outro, tinha o tamanho duma laranja e ocupava a metade direita do

pescoço. Dizia o primeiro respeito a uma rapariguinha de sete anos, era o segundo relativo a uma criança do sexo masculino de dois anos de idade.

Segundo a descrição geral que estes autores dão, os referidos teratomas observam-se em crianças com a idade de algumas semanas a 7 ou 8 anos e preferem, em regra, a parte inferior do pescoço, apresentando-se bem encapsulados e perfeitamente isolados dos órgãos da região. «Ces tumeurs — ajuntam — ne déterminent pas, en général, de troubles de compression sérieux mais doivent cependant être enlevées, au même titre que les autres tumeurs congénitales du cou. Leur structure histologique, très curieuse, permet de les rapprocher en tous points des tératomes de la sphère génitale. La présence de tissu nerveux à l'état d'ébauches souvent informes, mais très nettement reconnaissables sur les coupes, est une des particularités les plus remarquables de ces néoplasmes».

A perfeita delimitação e a fraca aderência aos órgãos vizinhos facilitam a enucleação progressiva do tumor; esta enucleação — a que, afinal, se resume a intervenção operatória — verificou-se espontaneamente, no curso do trabalho de parto, no caso que a seguir se descreve.

Dados clínicos. (G. de Azevedo). — Trata-se dum feto do sexo masculino, filho de A. R., de 27 anos, casada, costureira, desta cidade, a qual deu entrada no Serviço de Obstetria (Prof. Morais Frias) em 31 de outubro findo.

Sem notáveis antecedentes familiares, oferecia esta mulher, primígesta, no seu passado: primeira menstruação aos 16 anos, interlúnios irregulares, leve dismenorrea de tipo ovárico. De fraca constituição, acusa um sofrimento pulmonar, com hemoptises (há 9 anos) e freqüentes emissões de escarros hemoptóicos. Todavia, diga-se de passagem, o exame físico do aparelho respiratório não revelou a existência de lesões em evolução, resultando negativa a pesquisa de bacilos de Koch na expectoração, como negativa fôra a reacção de Wassermann no sangue.

Exame obstétrico. — Última menstruação de 6 a 15 de Abril. O fundo do útero, dificilmente palpável por defesa enérgica da parede abdominal, parecia estar a 30 cm. do bordo superior da sínfise púbica. Bacia normal. Não foi possível ouvir os ruídos do coração fetal.

Ao 4.º mês de gestação teve uma pequena hemorragia, acompanhada de dores no ventre e que cessou espontaneamente. As hemorragias reapareceram, porém, há cêrca de 15 dias.

No momento do exame queixa-se a paciente de dores que parecem próprias dum trabalho de parto avançado; e, de facto, pelo toque verifica-se:

colo extinto, dilatação completa, membranas intactas e fortemente tensas. Impossibilidade de tactear a apresentação. Pulso normal.

Em face dos dados colhidos pelo exame, resolve-se lacerar largamente as membranas. Ao proceder-se a esta manobra, sai uma grande quantidade de líquido amniótico, ao mesmo tempo que os pés do feto surgem na vulva. Muito pequeno, o corpo facilmente se exterioriza até a extracção da cabeça última, que oferece uma inesperada resistência; insistindo-se um pouco, consegue-se completar a extracção.

O feto nasce vivo, notando-se logo a presença duma larga bôlsa, vazia, do lado esquerdo do pescoço. Passado pouco tempo, com a *dequite*, era expulso um tumor que, juntamente com o feto (que poucas horas teve de vida) se enviou ao Laboratório de Anatomia Patológica, onde um de nós (A. Tavares) os estuda devidamente.

Aparte o tumor e as modificações morfológicas dêle dependentes, o feto é bem constituído, pesa 1.380 grs. e tem 41 cm. de comprimento.

Uma larga cavidade (fig. 1) ocupa toda a metade esquerda do pescoço, estendendo-se da clavícula à base do crânio, sendo limitada, em grande extensão, pela pele, de aspecto e cor normais, excepto ao nível da laceração, onde ela é mais fina e violácea. No fundo desta cavidade — preenchida pelo tumor enucleado no momento do parto — fazem saliência os feixes do m. esterno-cleido-mastoideu cobertos de delgado folheto aponevrótico. Conduto laringo-traqueal um pouco desviado para a direita.

Deformação e atrofia considerável do ramo montante da mandíbula, do maxilar superior e do zigoma esquerdos, as quais se podem apreciar na prova radiográfica junta (fig. 2) devida ao Prof. Roberto Carvalho. Atrofia da parótida.

A autópsia do feto não revelou outras alterações dignas de registo.

Exame macroscópico do tumor. — Aberto por um corte perpendicular ao eixo maior e que o interessa em quasi toda a espessura, apresenta-se o tumor sob a forma duma massa ovóide, irregularmente lobulada, com saliências arredondadas de todo o tamanho.

É envolvido e parece bem limitado por uma cápsula desigualmente espessa e resistente, consoante os pontos examinados, e provida de alguns vasos de grosso calibre. Uma parte da superfície vê-se percorrida por uma espécie de cordões esbranquiçados, endurecidos pelo formol, os quais aderem à cápsula e em determinados pontos se enrolam sobre si mesmos, formando pequenos novelos. O volume do tumor excede o tamanho da cabeça do feto (eixo maior = 15 cm.; eixo menor = 9,5 cm.; perímetro = 34 cm.). Pêso = 650 grs.

Algumas das saliências que irregularizam a sua superfície correspondem a cavidades que encerram um líquido seroso e límpido nalgumas, de côr carregada, escura, noutras; uma das maiores encontra-se aberta e por completo vazia. De onde em onde, pequenos cistos de paredes espessas contêm uma pequena quantidade de líquido viscoso. Outras saliências correspondem a massas sólidas resguardadas em cavidades de cuja parede facilmente se isolam, constituindo como que nódulos enucleados.



Fig. 1

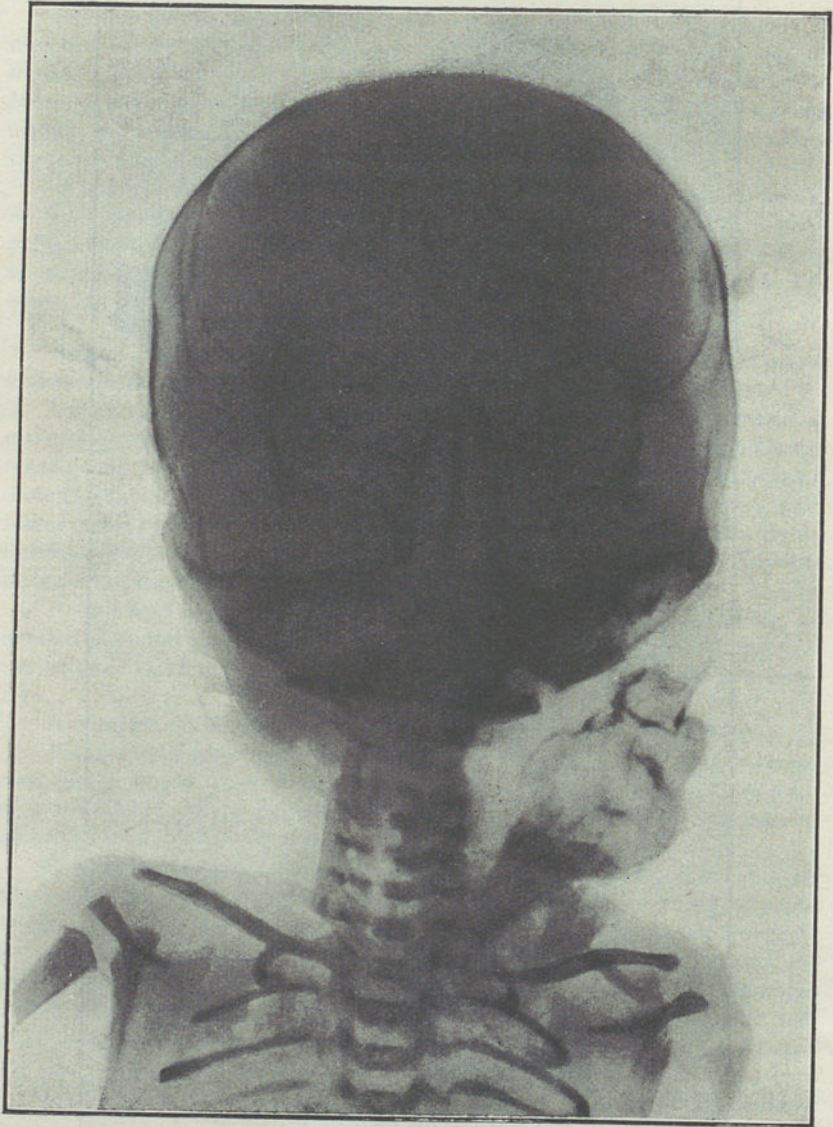


Fig. 2

À superfície dos cortes praticados, o aspecto do tecido neoplásico é essencialmente variável de zona para zona, impossibilitando, em razão da sua complexidade, uma descrição precisa. Há partes constituídas por um tecido mole, de aspecto esponjoso, acinzentado nuns pontos, mais ou menos avermelhado noutros, com aparência gordurosa nos restantes; certas zonas oferecem consistência mais firme, carnosa e, disseminadas no meio destas massas, encontram-se partes duras, cartilaginêas ou ósseas.

Todavia, o que desde logo prende a atenção, ao exame mesmo superficial, é a presença de partes fetais que vamos agora descrever.

São, em primeiro lugar, dois membros inferiores rudimentares que se vêem emergir da massa neoplásica na fig. 1. O mais desenvolvido (fig. 3 a) compreende um pé, algo torcido sôbre o seu eixo e medindo 20 mm. de comprimento por 8 mm. de largura ao nível das articulações metatarso-falângi-

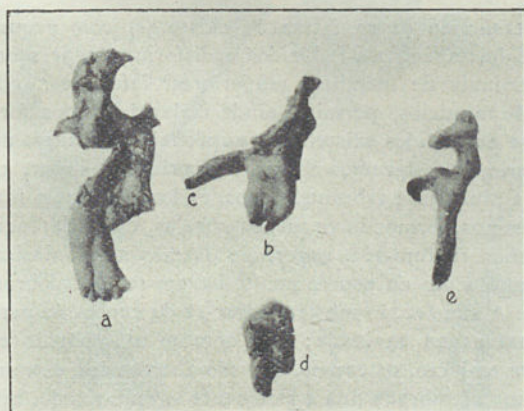


Fig. 3

cas. Um sulco longitudinal, pouco profundo e perceptível apenas na face plantar, esboça a bipartição: adiante parte do 3.º espaço interdigital, atrás não ultrapassa o meio do órgão. Pela palpação dá-se conta de várias peças duras, nalgumas das quais o escalpêlo entra com facilidade; por transparência reconhecem-se as peças que constituem o esqueleto normal do pé: as do tarso articuladas entre si e com os 5 metatarsianos continuados pelos dedos todos independentes e com falanges distintas.

Com o pé, revestido como as demais peças por pele fina, articulam-se duas formações (ósseas na parte média, cartilaginêas nos extremos) achatadas, irregulares, separadas no meio por um espaço — que uma membrana fina, mas resistente, preenche — em contacto e articuladas entre si nas extremidades. Estas duas peças ósteo-cartilaginêas, que representam o esqueleto da perna muito deformado, unem-se superiormente a uma outra formação cartilaginêa continuada, por sua vez, por um pequeno ósso, correspondente

porventura ao fémur e a que se prendem duas novas peças ósteo-cartilagueas muito irregulares e articuladas entre si.

O outro meio inferior rudimentar, que ao lado dêste se encontra, é representado (fig. 3 *b*), por um pé, com abóbada plantar bem desenhada, esbôço de desdobramento do *hallux* e sindactília dos 3.º e 4.º dedos. Tem a face dorsal deformada, mede 14×11 mm. e está em conexão, posteriormente, com vários nódulos cartilagueos bastante desenvolvidos.

Não longe dêste, há um pequenino apêndice (comprimento = 13 mm.) de consistência dura, cartilaguea, e cuja extremidade bipartida simula perfeitamente as extremidades ungueais de dois dedos (*c*).

Também em conexão com peças ósteo-cartilagueas articuladas entre si, vêem-se dois novos apêndices (*d*), um dos quais tem a forma dum pé rudimentar com 5 dedos, o maior independente, os restantes parcialmente soldados. O outro apêndice, anexo a êste, é mais informe, lembrando um pé sindáctilo.

Além destas, uma outra formação existe (*e*) com pequeninos nódulos cartilagueos e dois apêndices reduzidos e disformes, representando também segmentos terminais de membros (superiores? inferiores?) com sindactília.

A dissecação minuciosa permitiu ainda isolar do tumor formações tubulosas, císticas e organóides existentes à superfície ou ocultas no seu interior.

Entre as primeiras devemos referir, em primeiro lugar, os cordões sinuosos a que já aludimos; esbranquiçados, endurecidos pelo formol e enrolados sobre si mesmos, formando pequenos novelos, com aderência das paredes em contacto, encontravam-se à superfície da massa neoplásica, aderindo à cápsula limitante, num ou noutro ponto. Isolam-se e desdobram-se com cuidado (fig. 4 *B*). A sua secção mostra tratar-se de canais de parede espessa e providos de pregas na cavidade; esta contém um coágulo esbranquiçado. Depois de curto trajecto, os canais, que são abertos nas extremidades e envolvidos por uma membrana fina e ricamente vascularizada, bifurcam-se e as duas partes resultantes da bifurcação, encostadas, descrevem várias sinuosidades.

Semelhante a êste há um outro canal (*A*) que também sobre si mesmo se enrola, de onde em onde, apresentando, porém, aderentes à parede, pequenas vesículas (*C*) de tamanho variável (de 2 a 12 mm. de diâmetro) de conteúdo claro, viscoso; por vezes, elas ligam-se ao canal por um curto pedículo, que não é perfurado, mas maciço. Há-as também formadas, por estenose, na própria continuidade do canal.

Das formações ocultas no seio do neoplasma destacaremos uma massa de aspecto glandular, vermelho-acastanhada, que um canal separa em duas partes bem distintas morfológicamente (*P*): uma espessa, ovalar, com 21 mm. de comprimento por 9 mm. de largura máxima, dividida em dois lobos por largo e profundo sulco; outra, lâmina irregularmente quadrilátera, medindo 28×23 mm.

A cada uma destas porções distribue-se um pequeno canal proveniente do que entre elas corre e que, a seu turno, tem relação de continuidade com outro mais largo ainda (7 mm. de calibre) em que se lançam também os condutos há pouco descritos e de que adiante daremos a conhecer a estrutura.

Exame histológico. — Em virtude do aspecto extremamente variável do tumor segundo as regiões, praticámos um certo número de cortes, tão extensos quanto possível e interessando pontos diferentes.

Ao exame microscópico dos cortes verifica-se que a massa neoplásica composta de variadas espécies de tecidos, alguns dêles bem diferenciados e dispostos entre si por forma a constituírem verdadeiros órgãos ou partes de órgãos, outros com caracteres embrionários e, por vezes, de difícil reconhe-



Fig. 4

cimento. Como as formações se dispõem sem ordem, não se pode sistematizar a sua descrição.

Tecidos de natureza conjuntiva constituem o estroma, que se apresenta, em grande parte, com o aspecto de tecido mucoso, mais ou menos vascularizado; os nódulos cartilagineos, arredondados, de estrutura hialina, geralmente de tipo fetal, são muito abundantes; lóbulos adiposos dispersos; raros núcleos ósseos ou osteóides.

Em muitos pontos se encontram feixes de fibras musculares lisas, isola-

dos, sem orientação definida ou, pelo contrário, formando camadas bem individualizadas na parede de cavidades adiante descritas.

As fibras musculares estriadas, muito mais raras, agrupam-se em feixes de importância variável em volta de certas massas cartilagueas.

Abundantes formações epiteliaes distribuem-se por toda a parte e com os mais variados aspectos. Já a um exame superficial dos cortes se dá pela presença de numerosas cavidades, tubulosas ou císticas, isoladas ou aglomeradas, com revestimento epitelial muito variável (uni- ou pluri-estratificado, de elementos achatados, cúbicos ou cilíndricos) consoante os pontos obser-



Fig. 5

vados, às vezes na mesma cavidade ou tubo. Pelas suas características, muitas das formações são susceptíveis de identificação.

Assim, encontram-se *esboços do tubo* digestivo, representados pelos canais sinuosos e esbranquiçados, perceptíveis ao exame macroscópico e a que aludimos oportunamente: a mucosa que reveste interiormente estes condutos forma numerosas pregas, com o aspecto de vilosidades intestinaes nos pontos em que o epitelio cilíndrico, que possui abundantíssimas células caliciformes, ostenta nítida orla cuticular. A parede do canal tem uma submucosa bem desenvolvida e uma túnica muscular espessa desdobrada em duas camadas sobrepostas (longitudinal e circular, a primeira interna em relação à segunda) de fibras lisas. Trata-se, certamente, de ansas intestinaes; notam-se também

cortes dum canal revestido de epitélio pavimentoso estratificado, com basal nítida, fibras musculares lisas e glândulas incluídas na parede (esófago?) e bem assim um esbôço glandular de tipo salivar e inclusões epiteliais reproduzindo vários aspectos de gomos adamantinos.

Representam o *aparelho respiratório* as formações de aspecto glandular, a que acima nos referimos a propósito do exame macroscópico, e os canais que a elas levavam (fig. 4 P). Estes são estruturados como um canal tráqueo-brônquico (fig. 5): mucosa de epitélio cilíndrico estratificado e ciliado, córion provido dalgumas fibras musculares lisas agrupadas em delgados fei-



Fig. 6

xes; dispersos pelo córion, na espessura da lâmina conjuntiva e entre os nódulos do esqueleto cartilágneo, cortes de glândulas sero-mucosas.

As massas anexas oferecem (fig. 6) a estrutura do pulmão fetal: pequenas cavidades vesiculares ou alveolares muito numerosas, forradas duma fila contínua de células cubo-cilíndricas com núcleo ovalar ou arredondada; muitos dêstes alvéolos são achatados, com a cavidade por vezes reduzida a simples fenda virtual. Serve-lhes de suporte um tecido conjuntivo pouco denso e muito rico de vasos sanguíneos. De onde em onde, cortes de tubos com os caracteres de brônquios e bronquíolos.

O conduto largo, em que o canal tráqueo-brônquico se lança, possui uma mucosa de epitélio cilíndrico análoga ao do esbôço intestinal descrito,

mas as pregas são muito menos desenvolvidas e, no córion, espesso e ricamente vascularizado, existem fibras musculares lisas que nalguns pontos se condensam, desenhando uma *muscularis mucosæ*. Externamente, duas camadas musculares (externa, circular e interna, longitudinal) reforçam a parede do canal em dois terços do seu contôrno.

As *formações epidérmicas* são relativamente pouco abundantes: algumas cavidades microcísticas limitadas por um epitélio pluriestratificado, do tipo epidérmico fetal, sem queratinização; esboços de folículos pilosos e de glândulas cutâneas em vários graus de desenvolvimento.

Finalmente, na grande maioria dos cortes predominam francamente os



Fig. 7

esboços do *sistema nervoso central*, representados (fig. 7) por formações neuro-epiteliais de notável polimorfismo, reproduzindo várias fases da diferenciação, a partir da imagem típica do neuro-epitélio original (tubos ou vesículas com revestimento cilíndrico simples). Em certos pontos, o revestimento epitelial, embora conserve a disposição radiada, estratifica-se, os contornos celulares esbatem-se e os elementos adquirem, progressivamente, os caracteres de espongioblastos. Noutros, correspondentes a um período mais avançado da histogénese, a cavidade central dos tubos neuro-epiteliais desaparece e constituem-se massas de células em proliferação difusa; algumas são de na-

tureza puramente nevróglia, outras apresentam numerosas células ainda mal diferenciadas.

Algumas cavidades são limitadas por uma assentada regular de células do tipo endimário, com o núcleo basal e citoplasma apical ornado de numerosos cílios, por vezes aglutinados. Noutras ainda, o revestimento forma pregas de estrutura idêntica à das vilosidades vasculares dos plexos corioideus embrionários.

De onde em onde constata-se a presença de troncos nervosos de fibras amielínicas.

Além das formações que acabamos de descrever e que sem grande esforço se reconhecem, outras se apresentam de duvidosa ou difícil interpretação. Conta-se entre elas uma massa considerável de células epiteliais com contornos nítidos, protoplasma vacuolar, finamente graneloso em volta do núcleo arredondado, as quais se orientam em cordões separados por capilares bem desenvolvidos. A arquitetura lembra a duma glândula endócrina, mas não nos aventuramos a ir mais além na identificação do esboço.

Em suma, trata-se dum tumor teratóide muito complexo, em que os três folhetos embrionários encontram larga representação, como é próprio dos tumores desta categoria. Mas tem este caso a particularizá-lo, a par da localização e volume, em verdade excepcionais, a sua elevada organização. Nêle se encontram extremidades inferiores bem desenvolvidas, ao lado doutras mais rudimentares, ansas intestinais, canal tráqueo-brônquico e pulmões, órgãos estes individualizados a ponto de ter sido possível isolá-los pela dissecação.

O exame histológico pôs em evidência outras formações, especialmente nervosas, que em manifesto predomínio ocupam múltiplas e vastas zonas da massa neoplásica.

Esta representa, assim, um embrião incompletamente desenvolvido e incluso, como parasita, na região cervical do autossito.

Estamos, pois, em face duma verdadeira monstruosidade dupla por inclusão, pertencendo o exemplar à tribo III dos monstros duplos parasitários de I. Geoffroy Saint-Hilaire (7), isto é, ao grupo dos parasitas inclusos (endocimianos) género dermocimo, dada a sua situação superficial.

No dizer do célebre teratologista, é a cabeça, muito rudimentar e mais ou menos informe, a parte mais constante, por vezes até a única que se pode distinguir na massa do parasita. Em certos casos, pelo contrário, não se reconhece aquele segmento, mas apenas diversas porções de membros ou algumas vísceras imperfeitas.

No tocante à localização, I. Geoffroy Saint-Hilaire conhecia pela literatura cêrca de uma dúzia de dermocimos, dos quais um implantado na região epigástrica, outro no púbis e os restantes na parte posterior e inferior do tronco. A pág. 309 cita, qualificando-o de «muito imperfeitamente conhecido», um caso relatado por Daubenton e respeitante a uma criança nascida com um tumor cervical, que continha cabelos e uma massa semelhante a intestinos.

O Prof. J. A. Pires de Lima (8)—que pôde estudar um monstro endocimiano (também dermocimo) vivo, com fixação do parasita na parte inferior do dorso e no flanco direito—cita a observação portuguesa de inclusão completa na cavidade abdominal (endocimiano endocimo) registada por Burnay e Sousa, e recorda ainda o caso de inclusão fetal localizada no baixo ventre dum homem de 32 anos e com êxito extraída por uma intervenção praticada em Lamego, pelo cirurgião Lourenço Pereira da Rocha, em 1834. A êste último caso fez larga alusão o Prof. Hernani Monteiro (9 e 10).

Encontram-se freqüentemente nos embriomas esboços do canal respiratório. A um de nós proporcionou-se o ensejo de verificar a sua existência em dois teratomas císticos do ovário que teve ocasião de estudar (11 e 12) e Koucky (13) informa que, de 100 casos por êle observados, 20 apresentavam segmentos de traqueia ou uma das suas divisões.

A presença de esboços alveolares é, pelo contrário, muito rara, excepcional, ao que parece. J. Montpellier (14) cita, em 1929, apenas três casos, que considerava únicos na literatura, devidos a Slagenhäufer, Gessner e Pepère; num tumor do testículo extirpado a um indivíduo de 25 anos pôde, a seu turno, encontrar formações traqueais, brônquicas e pulmonares, e identificar ainda a cavidade pleural.

Rudimentos do aparelho respiratório, compreendendo esboços alveolares, observavam-se também num caso de teratoma sacro-coccígeo publicado por G. Bolognesi (15) em 1922.

Trabalho do Laboratório de Anatomia Patológica (subsidiado pela Junta de Educação Nacional) e da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Pôrto.

BIBLIOGRAFIA

- (1) J. A. PIRES DE LIMA. — Deux observations de tumeurs congénitales du plancher pelvien ayant provoqué des monstruosités. *Bull. Soc. Port. Sc. Natur.* Tômô VIII 1918.
- (2) ALMEIDA GARRETT. — Sobre um caso de tumor congénito da pelve. *Arq. de Pediatria e Ortopedia*. N.º 6. 1921.
- (3) FONSECA E CASTRO. — Um caso de teratoma sacro-coccígeo. *Portugal Médico*. N.º 2. Pág. 69. 1929.
- (4) JÚLIO FONSECA. — Cfr. *Arq. de Anat. pat. e de Patologia geral* Vol. VIII. Pág. 30. Coimbra, 1919-1920.
- (5) P. LECÈNE e A. MOUCHET. — Deux nouvelles observations de tératomes de la région cervicale. *Annales d'Anat. pathol. et d'Anat. nor. médico-chir.* Tômô V. Pág. 953. 1928.
- (6) MARCEL FÈVRE e PAUL PAVIE. — Un cas de tératome de la région cervicale. *Idem*. Tômô VIII. Pág. 1245. 1931.
- (7) I. GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux. Tômô III. Paris, 1836.
- (8) J. A. PIRES DE LIMA. — Monstre endocymien. *C. R. de l'Assoc. des Anatomistes*. Pág. 479. 1926.
- (9) HERNANI MONTEIRO. — Origens da cirurgia portuense. Págs. 66 67. Pôrto, 1926.
- (10) IDEM. — Dois casos de gravidez múltipla. Pág. 20. Pôrto, 1928.
- (11) AMANDIO TAVARES. — Sur le contenu d'un tératome kystique de l'ovaire. *Annales d'Anat. pathol. et d'Anat. nor. médico chir.* T. VIII. Pág. 512. 1930.
- (12) HERNANI MONTEIRO, AMANDIO TAVARES e ÓSCAR RIBEIRO. — Um caso de teratoma cístico do ovário. *Portugal Médico*. Pág. 457. 1931.
- (13) D. KOUCKY. — Ovarian dermoids. A study of one hundred consecutive cases. *Annals of Surgery*. Pág. 821. April 1925.
- (14) J. MONTPELLIER. — Sur la présence des ébauches pulmonaires dans un embryome du testicule. *C. R. Soc. Biologie*. T. CII. Pág. 931. 1920.
- (15) G. BOLOGNESI. — Les tératomes kystiques sacro-coccigiens. *Les néoplasmes*. T. I. Pág. 113. 1922.

A propósito do artigo
CIRURGIA DAS ÚLCERAS GASTRO-DUODENAIS

POR

AMANDIO PINTO

publicado no n.º 4 da «Lisboa Médica», recebemos a seguinte carta:

Ex.^{mo} Sr. Director do jornal *Lisboa Médica*

Não permitindo a ordem de serviço n.º 556 que os funcionários dos Hospitais tratem na imprensa assuntos a estes respeitantes, enviou o Sr. Dr. Azevedo Gomes a esta Direcção Geral, com o pedido de inquérito, cópia da parte de um artigo, publicado no jornal *Lisboa Médica*, de Abril último, em que foram feitas diversas afirmações sôbre serviços do Banco de S. José, de que ao tempo era director.

Fez-se a averiguação pedida e do respectivo relatório constam as seguintes conclusões:

«Não se provou que o Sr. Dr. Azevedo Gomes tivesse arrebanhado doentes para a sua enfermaria.

Não se pode afirmar que esteja provado que algumas vezes o Sr. Dr. Azevedo Gomes tivesse dificultado a entrada a doentes a pedido dos directores de enfermarias, havendo vagas nas enfermarias dêstes, em número superior às destinadas a urgência.

Pela informação da Estatística Clínica verifica-se que também na enfermaria do Sr. Dr. Azevedo Gomes havia avantajado número de doentes *indesejáveis*.

As proporções em que estavam distribuídos pelas enfermarias, as circunstâncias que motivaram uma desigual distribuição, em função das vagas existentes e do movimento do Banco, tornam duvidosa qualquer conclusão que do facto se pretendesse tirar».

Peço pois a V. Ex.^a a fineza da publicação desta carta no primeiro número do seu conceituado jornal *Lisboa Médica*, para o justo e devido esclarecimento do assunto.

Com muita consideração se subscreve de V. Ex.^a

Mt.º Att.º

O enfermeiro-mor dos Hospitais Civis de Lisboa,

João Nepomuceno de Freitas.

Revista dos Jornais de Medicina

O valor terapêutico do sôro antipneumônico tipo I, administrado por via muscular. (*The therapeutic value of intramuscular dosage of tipe I pneumococcus anti sera*), por T. CURPHEY e H. BARUCH. — *The Jour. of Exper Med.* Vol. 55. N.º 6.

A eficiência terapêutica do sôro antipneumocócico tipo I tem sido verificada no emprêgo quasi exclusivo dêste sôro por via intravenosa, a única considerada como mais própria para introdução dêste agente terapêutico.

Aparte um trabalho de Cecil Baldwin, acêrca da injeccão subcutânea do sôro de Huntoon, não se tem feito a comparação do valor desta via com a via intravenosa, tanto na doença experimental como na afecção espontânea do homem.

Os autores propõem-se estudar em termos comparativos os resultados do tratamento sérico na infecção pneumônica experimental do coelho, por injeccão intravenosa e intramuscular, e concluem:

«A acção do sôro antipneumônico por via intramuscular sôbre uma infecção experimental intradérmica no coelho, é equivalente à que demonstra êste mesmo sôro introduzido por via intravenosa, desde que o grau de bacteremia não seja excessivamente elevado.

O efeito bactericida imediato do sôro dado por via intramuscular é igual ao que revela a mesma dose dêsse sôro por injeccão intravenosa nas formas ligeiras e moderadas de bacteremia.

No tratamento da pneumonia lobar humana o método intramuscular só poderá aconselhar-se depois de estudos clínicos convenientes».

MORAIS DAVID.

Estudo bacteriológico dos exsudados tuberculosos ósteo-articulares e ganglionares. (*Étude bactériologique des exsudats tuberculeux ostéo-articulaires et ganglionaires*), por M. e G. MOZER. — *An. de l'Inst. Pasteur*, T. XLVIII. N.º 6. 1932.

Os autores examinaram, no decurso dos últimos 12 anos, um total de 4.800 exsudados de lesões tuberculosas externas e apresentam os resultados dêsses exames.

A pesquisa do bacilo de Koch, depois homogenização do exsudado purulento obtido pela primeira punção, dá 90% de resultados positivos.

No pus de abscessos anteriormente puncionados a percentagem de resultados positivos é muito inferior.

A demonstração do bacilo de Koch pela cultura do pus em meios de Dorset-Lubenau e de Pétragnani corresponde sensivelmente à prova da inoculação na cobaia.

Nos casos de pus infectado a identificação do bacilo de Koch deve fazer-se pela inoculação à cobaia e pela sementeira depois da homogenização ligeira do pus. Em 29 estirpes estudadas sob o ponto de vista da determinação da variedade humana ou bovina do bacilo tuberculoso apurou-se a presença do bacilo humano em 22, de bacilo bovino em 4 e tipo intermediário em 3.

Clinicamente, os tipos humano ou bovino não affectaram qualquer influência sobre a evolução das lesões.

Entre os agentes de infecção secundária merecem particular referência o estafilococo e o estreptococo. A infecção pelo estreptococo apresenta um significado de maior gravidade do que a do estafilococo.

MORAIS DAVID.

O tratamento da pneumonia lobar pelo soro de Felton. (*Treatment of lobar pneumonia by Felton's serum*), por J. COWAN, A. HARRINGTON, R. CRUICKSHANK, D. CUTHBERTSON e J. FLEMING. — *The Lancet*. 2 de Junho de 1932.

O trabalho refere os resultados da seroterapia antipneumocócica em uma serie de 155 casos.

O número limitado de casos clinicos explica a impossibilidade de avaliar correctamente o valor de um determinado método de tratamento desta doença; o trabalho é uma simples contribuição para a apreciação final do problema.

Na infecção com o pneumococo tipo I o soro baixou a mortalidade em cerca de 50 %, encurtou o período febril da doença, mas não diminuiu a toxemia nem evitou a aparição de complicações.

Na infecção com o tipo II, que é de uma maior malignidade do que a infecção do tipo I, as doses simples e duplas de soro dão resultados de interpretação difficil.

A mortalidade nos casos com culturas positivas do sangue é maior do que nos casos sem bacteremia. Este facto contudo não explica a diferença que se encontra na evolução dos casos de tipo II e tipo I que mostram uma percentagem sensivelmente igual de hemoculturas positivas.

MORAIS DAVID.

Os resultados da tiroidectomia na doença de Graves. (*The results of thyroidectomy for Graves's disease*). (Artigo editorial). *Lancet*. 2 de Junho de 1932.

Reproduzimos algumas passagens deste artigo.

O tratamento cirúrgico da doença de Graves tem melhorado rapidamente no decurso dos últimos 15 anos. As dificuldades têm-se desbastado uma após outra e simultaneamente a mortalidade tem vindo a reduzir-se. A par disto, a

introdução do soluto de Lugol no tratamento pre e post-operatório tornou o tratamento operatório em 2 ou três tempos um facto de ocorrência excepcional. Uma das principais conquistas, porém, vem da conduta dos próprios doentes, que consentem hoje um tratamento cirúrgico muito mais precoce, em condições muito menos desesperadas do que aquelas em que o cirurgião era chamado a intervir nos tempos que passaram. A operação no bócio exoftálmico transformou-se de uma operação geralmente considerada como perigosa em uma operação relativamente benigna nas mãos de um cirurgião familiar com a doença.

As últimas estatísticas da *Mayo Clinic* mostram a sua mortalidade bastante inferior 0,5 %.

Uma baixa mortalidade não é só por si elemento decisivo na escolha do tratamento cirúrgico de qualquer doença. Os resultados finais do tratamento contam também, e com grande pêso, na sua apreciação.

Actualmente na América fazem-se reiterados esforços no sentido de coleccionar informações referentes a uma mais larga série de casos.

Os relatórios da Associação Cirúrgica Americana de 1931 trazem dois artigos de interêsse sob o ponto de vista da prognose final na cirurgia da tiroideia.

O primeiro do Dr. Thomaz Joyce acêrca da cirurgia da tiroideia, é um ensaio para o estudo da condição actual de 1.066 casos de bócio operados durante os anos de 1925, 1926 e 1927, discriminados assim: 444 casos de doença de Graves primária, 410 casos de doença de Graves secundária, 200 casos de bócio atóxico, 7 casos de carcinoma e 5 casos de tiroidite. De 700 doentes de quem puderam obter informações tardias, 80 % continuavam bem de saúde e aptos para o trabalho, 16,5 % continuavam com uma disposição favorável e 35 % tinham morrido.

O outro trabalho sôbre os resultados terminais da tiroidectomia pelo Dr. Frederick Coller e Dr. Eugene Potter e um estudo de 1.200 casos de bócio tratados entre os anos 1925 e 1929.

Destes 1.200 doentes apenas 733 foram apurados para o estudo da marcha tardia da doença; 267 tinham doença de Graves primária, 273 doença secundária e 184 bócios atóxicos, 91,5 % destes doentes continuavam com uma capacidade física normal, pôsto que em alguns permanecessem certos sintomas residuais da doença, tais como exoftalmo, sintomas cardíacos subjectivos, 8,2 % continuavam no mesmo estado ou tinham obtido apenas melhora temporária da sua doença e 1 doente tinha piorado com a intervenção.

A estatística indica que a tiroidectomia pode competir favoravelmente nos seus resultados com intervenções cirúrgicas comparáveis. Não é possível fazer comparações com outros métodos de tratamento que não sejam cirúrgicos porque é preciso ter em conta também a selecção dos casos com os diversos processos de tratamento.

Há doentes que se repõem inteiramente por meio do simples repouso ou de indicações médicas e há outros em que os resultados conseguidos por meio das irradiações são tão bons como os que se vêem depois da tiroidectomia. Aquelas medidas terapêuticas são muitas vezes eficazes nas formas ligeiras

da doença e nas suas fases iniciais, mas a tiroidectomia parece ser o único tratamento a empregar nas formas mais graves e de evolução mais antiga.

MORAIS DAVID.

Cancro do seio. (*Cancer of the breast*), por G. WALTER TAYLOR. — *Int. Abst. of Surg.* Julho 1932.

Este artigo constitue o sumário do trabalho sôbre o cancro do seio preparado pelo *committee on the treatment of malignant diseases*.

O problema é abordado nos seus multiplos aspectos, clínico, patológico terapêutico, etc.

Conclusões:

É evidente que cêrca de 30% de todas as operações radicais conduzem a uma sobrevivência média de 5 anos. As recorrências do mal continuam a ser possíveis durante um tempo mais largo. Nos casos sem repercussão axilar as curas sobem a 70%. *A priori* parece que as radiações post-operatórias diminuem o número das recidivas locais; o efeito que estas radiações têm sôbre o desenvolvimento das metástases fora do campo irradiado não é por emquanto de fácil apreciação. Muitos dos relatórios mais entusiastas das radiações profilácticas provêm de clínicas onde há uma alta incidência de recidivas locais. Conclue-se em apuro final que as radiações profilácticas exercem um efeito benéfico e melhoram os resultados operatórios.

Não se pode estabelecer uma indicação para preferir as radiações ao acto operatório, nos casos operáveis.

A concordância é completa a-propósito da indicação das radiações nas formas de neoplasia primária inoperável e nos casos de neoplasia recorrente, pôsto que mesmo nestas condições fique em dúvida qualquer influência definida sôbre o prolongamento da vida de doentes em tais condições.

MORAIS DAVID.

Roentgenterapia na poliomielite. (*Roentgen therapy in poliomyelitis. Current Comment*). — *Jour of Am. Med. Ass.* 18 Junho 1932.

Os médicos franceses, principalmente, recomendam êste tratamento. Outros autores europeus condenam-no. Lenz e Jungeblut verificaram que nas formas de doença experimental, em macacos, na fase preparalítica e paralítica o tratamento não revela qualquer efeito salutar.

MORAIS DAVID.

Acêrca do diagnóstico da esclerose coronária. (*Zur diagnose der Coronarsklerose*), por ERNST ZADEK. — *Klin. Woch.* N.º 30. 1932.

O diagnóstico da esclerose coronária é fácil se o médico tem ocasião de observar ataques típicos de angina *pectoris* ou o quadro da oclusão coronária aguda descrito por Sternberg constituído por colapso, descida da tensão ar-

terial, pericardite epiestenocárdica, temperatura subfebril, leucocitose, etc. Mais difícil se torna a tarefa se só se tem como recurso a anamnese fornecida pelo doente.

É de conhecimento banal que numa grande percentagem das escleroses coronárias constatadas na autópsia não houve sinais clínicos durante a vida.

Da maior ou menor rapidez de oclusão do vaso, da formação de circulação colateral, da diversa localização do processo dependem os sinais clínicos. Estes, vão com todas as transições, do incómodo imperfeitamente fixado subjectivamente nas regiões precordial e epigástrica, ao quadro alarmante da trombose coronária.

As queixas vagas do primeiro caso confundem-se muitas vezes com as dos neurasténicos; no segundo caso importa freqüentemente fazer o diagnóstico diferencial com outras situações agudas (perfuração duma úlcera gástrica, pancreadite aguda, etc.).

O A. traz a sua contribuição ao diagnóstico da esclerose coronária, relatando o resultado de 50 observações estudadas sob os pontos de vista clínico, radiográfico, electrocardiográfico, e necrótico (14), insistindo nos ensinamentos que a electrocardiografia e a radiografia podem fornecer em casos duvidosos.

Em situações clinicamente graves o electrocardiograma pode ser completamente normal (6 obs. próprias), mas há determinadas alterações electrocardiográficas que se apresentam com tal freqüência na esclerose coronária que se lhes deve conceder valor diagnóstico. Descritas primeiro por Pardee, têm sido confirmadas por vários AA. e são-no agora por Zadek. Consistem, ora num desvio da linha isoelectrica normal, para cima e para baixo da linha zero, entre as oscilações inicial e final do complexo ventricular (intervalo R T), ora no aparecimento dum acidente T negativo e acentuado com o intervalo S T de convexidade para cima.

O primeiro destes aspectos corresponde, segundo Zadek, a infartos do miocárdio recentes com horas ou poucos dias, enquanto o segundo é mais freqüente nos infartos mais antigos.

Fora da esclerose coronária são raros tais electrocardiogramas. Em 500 pessoas cardíacas e sãs, estudadas sob este ponto de vista, o A. só num caso (dextrocardia sem queixas cardíacas) encontrou as modificações descritas no infarto recente. Mais freqüente é o T negativo com intervalo S T convexo para cima que observou várias vezes noutras doenças cardíacas; mas a sua mais constante observação na esclerose coronária é valioso auxiliar diagnóstico em casos duvidosos.

Está ainda por explicar o mecanismo destas modificações electrocardiográficas, mas não lhe deve ser alheio a freqüente oclusão do «Ramus descendens» da coronária esquerda que irriga a ponta do coração.

A maior freqüência da lesão na coronária esquerda — nas 14 autópsias do A. a lesão era 12 vezes à esquerda e 2 vezes à direita — explica também a raridade das alterações do ritmo cardíaco nos infartos do miocárdio, que, quando presentes, depõem a favor de lesão coronária direita.

Dos seus estudos radiográficos o A. conclue:

Que, com muita freqüência, o aneurisma da ponta do coração, conse-

qüência da esclerose coronária, se traduz na radiografia por um arredondamento e dilatação da ponta do coração, tal como se encontra na insuficiência aórtica e na hipertonia descompensada, e que, excluídos tais quadros, êste sintoma é uma importante indicação de lesão coronária nas insuficiências cardíacas etiologicamente pouco claras.

OLIVEIRA MACHADO.

Necrose das extremidades na policitemia verdadeira. (*Extremitätennekrose bei Polycytaemia vera*), por F. BECKER. — *Klin. Woch.* N.º 30. 1932.

Comunicação de um caso de policitemia (H = 136 %, Gl. r = 8.992.000) tipo Vaquez, com esplenomegalia e sem hipertensão, num homem de 72 anos que durante 50 trabalhou com tintas de chumbo, sem nunca apresentar sinais de saturnismo.

O interêsse da descrição consiste na necrose parcial de alguns dedos da mão, lesão raramente descrita na literatura da policitemia e considerada pelo A. como consequência do aumento de viscosidade sanguínea e não de perturbações vasculares.

O doente morreu com um cancro primitivo do fígado que não deve ter relação alguma com a policitemia.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre as alterações dos glóbulos vermelhos nas doenças do fígado. (*Über Veränderungen der roten Blutkörperchen bei Lebererkrankungen*), por H. SCHULTEN e B. MALAMOS. — *Klin. Woch.* N.º 32. 1932.

Os AA. chamam a atenção para as variações morfológicas dos glóbulos rubros nas doenças hepáticas difusas, admirando-se da pouca curiosidade que tal estudo tem merecido.

Tais modificações das dimensões dos glóbulos — que por serem muito acentuadas não podem ser atribuídas a êrro de método — aproximam o sangue dêstes doentes dos de anemia perniciosa progressiva em remissão medicamentosa pelo fígado e traduzem-se por um aumento do diâmetro médio dos glóbulos, e muitas vezes também do volume médio e do valor globular.

Os AA. não decidem se tal semelhança é mera coincidência ou corresponde a razões patológicas análogas.

Nas doenças da vesícula e na estase hepática por insuficiência circulatória as dimensões dos glóbulos atingem apenas o limite superior dos valores normais.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca da patologia funcional do fígado no «delirium tremens» alcoólico. (*Zur funktionellen Pathologie der Leber beim «Delirium Tremens» alcoholicum*), por H. BINSWANGER. — *Klin. Woch.* N.º 32. 1932.

Descrição minuciosa da bibliografia do assunto, de que ressalta a importância dada por quasi todos os AA. às alterações hepáticas no *delirium tre-*

mens, que alguns vão a ponto de afirmar fundamental para a produção do quadro.

O A. ensaiou várias provas de estudo funcional do fígado em 8 casos de *delirium tremens* alcoólico, não encontrando modificações constantes e portanto concludentes — a-pesar-do número reduzido de observações — senão pela prova de insulina.

Faltou em todos êles a hiperglicemia post-insulinica, o que deve ser interpretado como consequência dum empobrecimento do fígado em glicogéneo.

O A. acentua que, embora tal diminuição do glicogéneo hepático não deva ser considerada como causa do *delirium tremens*, mas talvez como um sintoma, pois que a prova continua sendo negativa passado o delírio, o tratamento constituído por injeções de sôro glucosado e insulina é de máxima eficácia.

OLIVEIRA MACHADO.

A hiperglicemia post-insulinica em clinica. (*La hiperglucemia postinsulinica en clinica*), J. SURÓS Y FORNS. — *Rev. Med. de Barcelona*. N.º 102. 1932.

O grande número de provas laboratoriais propostas para estudar a capacidade funcional do fígado é demonstração evidente da pouca utilidade clinica da maioria delas.

O A. aprecia a prova preconizada e defendida por Bürger. Êste supõe que o grau de hiperglicemia que se observa poucos minutos após a injeção de insulina, e que precede a hipoglicemia, é indicador da riqueza do fígado em glicogéneo, e, por isso, óptimo elemento de apreciação da capacidade funcional daquele órgão.

Forns utilizou a seguinte técnica:

Após quatro dias de regime fixo — para que os resultados sejam comparáveis — e em jejum de 12 horas, determina a glicemia antes e 5, 10, 15 e 20 minutos depois da injeção intravenosa de meia unidade de insulina por quilo de pêso. Depois da última colheita de sangue injecta também por via intravenosa 20 c. c. dum soluto de glicose a 20% e dá uma refeição rica em hidratos de carbono. Seguindo esta norma, só raramente observou fenómenos hipoglicémicos, nunca de gravidade.

O estudo é baseado em observações de indivíduos normais, doenças hepáticas variadas — cirroses, neoplasias, atrofias agudas e subagudas, ictericias catarrais, etc. — e doenças extra-hepáticas — hipertiroidismo, mixedema, doença de Addison, diabetes.

Conclue o A.:

Dentro de certos limites, o *shock* insulinico é um bom indicador da quantidade de glicogéneo hepático, porém, nunca com a absoluta proporcionalidade admitida por Bürger.

Observam-se curvas francamente patológicas em indivíduos completamente sãos a par de resultados normais em muitos casos de doenças hepáticas, facilmente diagnosticadas pela clinica.

Embora susceptível de ulteriores investigações, o A. crê que a prova da hiperglicemia inicial post-insulinica não tem valor clínico.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a acção da paratormona — Hormona de Collip. (*Über die Wirkung des parathormones — Collipsches Hormon*), por E. HORMANN. *Klin. Woch.* N.º 32. 1932.

O A. relata os efeitos da administração prolongada de paratormona nos animais de laboratório e descreve as lesões histológicas. Produz-se, segundo H., uma calcificação de numerosos órgãos, muito parecida, até pelos órgãos preferidos — rim, coração, estômago, intestinos, pulmão e vasos — à que se obtém por administração excessiva de vitamina D (envenenamento pelo vigantol).

OLIVEIRA MACHADO.

O tratamento da coreia com nirvanol e luminal. (*Die Behandlung der Chorea mit Nirvanol und Luminal*), por A. FLESCH. — *Med. Klin.* N.º 19. 1932.

Ao tratamento, indiscutivelmente eficaz, da coreia com o nirvanol, proposto por Roeder, Pfaundler e Riedschel, têm sido apontados vários inconvenientes graves. O A. ensaiou, em vez daquele, o luminal, quimicamente semelhante, de sintomatologia tóxica análoga — exantema, febre e eosinofilia — não observando com as doses empregadas nenhum dos efeitos desastrosos do nirvanol.

Administrou sob a forma de luminaletas — 0,135 a 0,180 diariamente — até aparecimento do exantema ou até o 15.º dia, no caso de êste não aparecer até essa altura.

Os resultados terapêuticos são idênticos aos obtidos com o nirvanol, não impedindo, como êste, o aparecimento de recidivas.

OLIVEIRA MACHADO.

A reacção de Manoiloff. (*La reacción de Manoiloff*), por PEDRO COLUBI (Oviedo). — *Revista Española de Obstetricia y Ginecologia.* Año XVII. Mayo 1932. N.º 197. Págs. 203-210.

Pôsto que tenham decorrido apenas uns meses desde que Manoiloff comunicou no *Archiv f. Gynäkologie* a sua reacção serológica para o diagnóstico da gravidez, existem já publicados numerosos trabalhos sôbre a mesma. O A. modificou ligeiramente a técnica de modo a facilitar a leitura. Do resultado da sua experiência concluiu o A. que a reacção de Manoiloff durante o primeiro trimestre da gravidez dá um número de resultados de interpretação muito difícil, para não dizer impossível, mesmo com tubo testemunha. Pensa que, com a sua modificação, estas reacções duvidosas, se não as fez desa-

parecer, fê-las diminuir extraordinariamente. A reacção de Manoiloff, durante o segundo e terceiro trimestre, é de uma exactidão quasi matemática.

Durante o puerpério a reacção é positiva, enfraquecendo vagarosamente até que ao fim do mês, em média, desaparece a positividade. O carcinoma do colo, corpo do útero e mama deu, tanto antes como depois do tratamento com rádio, reacção negativa.

Não encontrou afecção ginecológica alguma que mostrasse constância em dar reacção positiva e atribue a defeitos da técnica as reacções duvidosas aparecidas nessas afecções.

Parece ao A. que a sua modificação é de maior sensibilidade do que a reacção de Manoiloff.

É necessário trabalhar com tubo testemunha.

O A. trabalhou com alguns produtos opoterápicos, mas não obteve resultados dignos de menção.

MENESES.

O tratamento da linfadenite tuberculosa do pescoço na infância. (*Die Behandlung der Lymphadenitis tuberculosa colli im Kindesalter*), por KURT OCHSENIUS (Chemnitz). — *Fortschritte der Therapie*. 1932. H. 10. Pág. 309.

O tratamento consiste em applicações de raios ultravioletas (gerais, nunca parciais), óleo de fígados de bacalhau, cálcio e abundante alimentação com legumes. Além disso fricções regulares com a ectebina de Moro, alternadamente em ambos os lados da parte anterior do tórax, que o A. reputa muito importantes.

O A. recomenda muito este preparadô, que sem duvida alguma reputa o preparado de eleição, entre os preparadôs de tuberculina, para a infância. Põe de parte em absoluto as injecções de tuberculina. O processo tuberculoso cura, com este tratamento, o máximo dentro de três meses.

Quando se fizerem na mesma ocasião os banhos de raios ultravioletas e as fricções com ectebina, primeiro fazer aqueles e depois esta. Com este método, tanto os casos fistulizados como os não fistulizados, de tuberculose dos gânglios cervicais, se podem curar em relativo pouco tempo.

MENESES

Resultados afastados da descapsulação e desinervação renal. (*Risultati lontani della decapsulazione e denervazione renale*), por V. Lozz₁ (Roma). — *Il Policlinico* Secção cirúrgica. 15 de Fevereiro de 1932. N.º 2.

O A. procurou tirar as suas conclusões sôbre os efeitos a distância da descapsulação e da desinervação renais, assunto que tem sido muito debatido, examinando 20 doentes já operados, e estabelecendo as suas condições actuais.

Não houve uma única morte post-operatória, num material de 2 desinervações e de 18 descapsulações. Quanto aos resultados tardios houve morte

em dois casos, e noutros dois persistiu a sintomatologia, após melhoras fugazes.

Em 75% dos casos a cura clinica foi prolongada, sem alguma acção tardia de sofrimento renal.

Para explicar o efeito da descapsulação, deve admitir-se uma acção vaso-motora sôbre o sistema vascular do parênquima renal que, pela melhor circulação, acaba por receber uma melhora anatómica e funcional.

Como conclusão pode dizer-se que essas duas operações têm o mesmo efeito vaso-motor sôbre o sistema vascular do rim e que não têm nenhuma acção prejudicial, nem imediata nem tardia. A descapsulação, no caso de anúria reflexa, actua imediatamente para o restabelecimento das diureses, e nas nefrites crónicas hematóricas dolorosas é actualmente a intervenção de eleição; na perinefrite adesiva com dor pode trazer vantagens imediatas e definitivas, dando resultados imediatos e longínquos satisfatórios.

MENESES.

Cifose dolorosa com anomalia dos discos intervertebrais. (*Cyphose douloureuse avec anomalie des disques intervertébraux*), por HENRY e KETELBANT (de Bruxelas). — *Bulletins et Mémoires de la Société Belge d'Orthopédie*. Tôm. IV. N.º 4. Junho 1932. Págs. 94-97.

Os AA. apresentam um interessante caso clínico, bordando algumas considerações sôbre o diagnóstico diferencial, cujos tópicos é muito útil transcrever.

Indivíduo de 74 anos queixando-se de dores ao nível da coluna lombar, sobretudo acentuadas com o caminhar e quando o doente passa da posição deitada para a posição de pé. Antecedentes sem importância. Quando está sentada ou deitada não sente as dores. Estas resistem ao salicilato e diminuem com o calor.

Saliência da coluna dorsal, depressão da coluna lombar, e saliência do sacro, que está desviado para a direita.

Não há escoliose. A coluna dorso-lombar é imóvel. Dor à pressão da coluna lombar, que tem aumentado mas se tem mantido naquela região. Não há atrofia muscular, e existe um edema do pé esquerdo e da coxa esquerda, com abaixamento da prega glútea. Reflexos normais.

Os restantes aparelhos normais.

A radiografia permite ver discos intervertebrais da região dorso-lombar em forma de lentes biconvexas. A 12.^a dorsal parece achatada no centro, a sua altura é igual a um terço da altura da vértebra acima. É biconvexa, separada da vértebra supra e infrajacente, por discos intervertebrais biconvexos. A 1.^a lombar mostra altura normal, mas o bordo superior e inferior é bicôncavo. A 2.^a lombar reproduz a imagem da 12.^a dorsal mas a sua altura é igual a metade da altura da vértebra vulgar, o disco superior está achatado em cima e convexo em baixo. Na parte inferior, entre a 2.^a e 3.^a lombares, há um disco biconvexo. A face inferior da 3.^a lombar é côncava, mas menos do que na 12.^a dorsal e 2.^a lombar. A imagem do disco intervertebral compreen-

dido entre a 3.^a e 4.^a lombares é igualmente biconvexo. A 4.^a lombar tem também uma superfície superior côncava. Os discos intervertebrais não estão calcificados, são lenticulares, não há nódulos de Schmorl, os espaços intervertebrais não estão diminuídos de altura. As vértebras estão descalcificadas, as epífises vertebrais não apresentam saliências ósseas. O ligamento anterior não está calcificado.

Para alguns, êste doente foi classificado como tendo uma deformidade, e para outros trata-se de lesões adquiridas. A primeira enfermidade que vem ao espírito no caso duma doente de 74 anos é a *cifose senil*, mas esta é dolorosa. O têrço anterior dos discos intervertebrais das vértebras dorsais são então atacadas por necrose e acabam por se ossificar. No *reumatismo vertebral* há também vértebras em diábolo, mas são verticais: os corpos estão alargados nos bordos superiores e inferiores, e há osteófitos nos corpos vertebrais e nos discos. Há diminuição dos discos e esmagamento das vértebras lombares. As dores são contínuas, de carácter nevrálgico, muito fortes de manhã, suportáveis durante o dia. O ráquis apresenta osteófitos disseminados e irregulares. Na *doença de Bechterew* é necessário um trauma numa pessoa apresentando previamente uma cifose. Não há calcificação do ligamento anterior. A *platiespondilia* exige outras deformidades congénitas que aqui não há. Todavia, Lance descreve três tipos: 1.^o — o de Putti, de raquisquise posterior; 2.^o — somatosquise ou esquise anterior; 3.^o — um grupo em que as vértebras estão separadas por discos biconvexos anormalmente espessos com corpos em lente bicôncava. Todavia, muitos autores exigem como carácter importante os discos intactos. Na *doença de Pierre Marie* existe uma osteopatia rarefaciente e uma ossificação do menisco e dos ligamentos. As outras articulações estão mais ou menos anquilosadas. A cifose da coluna acompanha-se de ossificação dos ligamentos posteriores. O ráquis apresenta-se como um arco contínuo, sem gibosidade. A ossificação dos ligamentos amarelos é perfeitamente visível sôbre o bordo das vértebras que estão transparentes.

As dores têm localizações diversas. São contínuas, aumentadas pelo frio, a humidade e a pressão.

No caso que apresentam, as dores eram crónicas, localizadas à coluna, estando intactas as outras articulações.

Para a *doença de Kummel-Verneuil* seria necessário um trauma violento (Nota do R.) seguido dum período de remissão, e emfim um período de dores. Aqui toda uma série de discos está alterada.

Os *neoplasmas* da coluna dariam uma imagem bosselada. A *sifilis* vertebral dá osteófitos, atinge sobretudo a região cervical e dá a osteíte condensante.

No *mal de Pott* a deformidade é angular, o disco está apertado (*pincé*), perde a sua transparência e as epífises têm contornos baços ao nível das superfícies limitantes dos corpos vertebrais. Êste caso parece dever ser colocado entre os casos de discos mais ou menos esféricos que são tidos por deformidades apenas caracterizáveis pela radiografia.

A série de pequenos quadros clínicos dos síndromas semelhantes torna o artigo de muito proveitosa leitura.

Degenerescência combinada subaguda da medula. Alterações consecutivas à hepatoterapia. Estudo histo-patológico. (*Subacute combined degeneration of the cord. Changes following liver therapy. A histopathologic study*), por C. DAVISON. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 1195. Dezembro de 1931.

Estudo anátomo-clínico de 17 casos de anemia perniciosa com degenerescência combinada subaguda da medula. Sete destes doentes foram tratados pelo método de Whipple. Só houve melhoria clínica em dois casos. Anatômicamente a proliferação glial progressiva apresentava-se nítida em todos os doentes submetidos à hepatoterapia. Essa modificação não se observava nos doentes não tratados.

O aspecto dos cilindros-eixos e das bainhas de mielina é histologicamente o mesmo em todos os casos.

ALMEIDA LIMA.

Lesões dos cornos laterais da medula na acrodinia, na pelagra e na anemia perniciosa. (*Lesions in the lateral horns of the spinal cord in acrodynia, pellagra and pernicious anemia*). *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. 1. N.º 3. Pág. 506. Novembro de 1931.

Descrição anátomo-patológica das lesões dos centros nervosos num caso de pelagra, num caso de acrodinia e em cinco casos de anemia perniciosa. Em todos estes casos os autores encontraram lesões importantes dos cornos laterais da medula lombar e dorsal, juntamente com lesões a outros níveis. Todas estas lesões se caracterizavam por uma diminuição de células e de fibras, com notável proliferação nevróglia. Os autores invocam as relações das células dessas regiões com os neurones que ligam a medula ao sistema simpático para explicar as perturbações vaso-motoras e esplâncnicas que são de observação comum nas três espécies de doenças consideradas.

ALMEIDA LIMA.

Degenerescência palidal progressiva. Novo síndrome clínico patológico. (*Progressive pallidal degeneration. A new clinico-pathologic syndrome*), por N. W. WINKELMAN. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Janeiro de 1932.

Observação clínica de dois irmãos que apresentavam um síndrome clínico constituído por retinite pigmentar, rigidez extra-piramidal iniciada na adolescência e de desenvolvimento progressivo, amimia e disartria mas sem quaisquer movimentos involuntários.

A autópsia do mais velho (no qual o síndrome era mais acentuado) mostrou uma degenerescência do pálido e da substância negra *pars reticularis* com exclusão de quaisquer outras alterações do cérebro (em particular do estriado) ou da medula. O A. propõe para êste síndrome a designação de «degenerescência palidal progressiva», admitindo que a rigidez sem tremor

pode ser o único sintoma de uma lesão do sistema palidal e que o pálido e a porção reticular da substância negra fazem, filogenicamente e ontogénicamente, parte de um mesmo sistema.

ALMEIDA LIMA.

Inervação dos vasos intracerebrais. (*Intra-cerebral vascular nerves*), por W. PENFIELD. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 30. Janeiro de 1932.

A inervação dos vasos cerebrais é assunto ainda em discussão. Servindo-se de uma técnica e de um método de impregnação especiais, o A. mostra que as artérias intracerebrais e intramedulares são inervadas do mesmo modo que os vasos da pia-máter e que os dois plexos são contínuos. Sendo assim, sob o ponto de vista morfológico, a existência de reflexos vaso-motores cerebrais apresenta-se como possível.

ALMEIDA LIMA.

Sintomas nervosos funcionais na encefalite epidémica crónica. (*Functional nerve symptoms in chronic epidemic encephalitis*), por H. I. SCHON. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. VII, Fasc. 1 e 2. 1932.

A encefalite, doença orgânica, pode-se manifestar pelo aparecimento de nevroses funcionais.

Certas manifestações da afecção podem revestir o aspecto de perturbações consideradas até hoje como fenómenos histéricos, insistindo o A. na importância destes factos sob o ponto de vista do estudo da histeria e da origem de algumas das suas manifestações.

ALMEIDA LIMA.

À percentagem de albumina no líquido céfalo-raquideo dos esquisofrénicos. (*Der Eiweingehalt des Liquors bei Schizophrenie*), por TORSTEN SONDEN. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. VI, Fasc. 4. Pág. 565. 1931.

Mostra o A. que na maior parte dos casos de esquisofrenia se encontra uma percentagem anormal de albumina no líquido céfalo-raquideo.

Observa-se, especialmente, um aumento de albumina no líquido dos esquisofrénicos dementes e nos casos antigos e crónicos, sendo raro esse argumento nos recentes e benignos. Nos casos de esquisofrenia onde não existem fenómenos nitidamente demenciais a percentagem de albumina apresenta-se, em regra, normal. Como esta última categoria de doentes mostra também algumas particularidades sob o ponto de vista da evolução da doença, parecendo ser nêles as taras hereditárias um factor de importância, pode-se supor que se trate de um grupo especial de psicoses esquisofrénicas distinguindo-se etiologicamente da grande massa das esquisofrenias, e que possivelmente se aproximam, sob o ponto de vista etiológico, do grupo das psicoses maniaco-depressivas.

ALMEIDA LIMA.

Os fibroblastomas meningeas parasagitais. (*The parasagittal meningeal fibroblastomas*), por CHARLES ELSBERG — *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. 1. N.º 3. Pág. 389. 1931.

O A. qualifica de parasagitais os fibroblastomas meningeas aderentes à foixe do cérebro, ao seio ou à dura-máter adjacente. Numa estatística de 767 tumores cerebrais verificados pela operação ou autópsia, os meningiomas apresentaram-se com uma percentagem de 13%, constituindo os meningiomas parasagitais 24,5% dos meningiomas. Estes tumores parasagitais recebem a sua vascularização principalmente das artérias cerebral anterior e cerebral posterior.

O seio longitudinal, assim com as artérias e as veias que rodeiam o tumor são deslocadas. Estas alterações dos trajectos vasculares são de grande importância para o cirurgião. O autor discute os problemas que estes tumores podem apresentar ao neuro-cirurgião e descreve as técnicas empregadas para a sua extirpação.

ALMEIDA LIMA.

Frequência e significação dos sintomas cerebelosos nos tumores dos lobos frontais. (*The frequency and significance of cerebellar symptoms in tumors of the frontal lobes*), por C. C. HARE. — *Bull. of the Neurological Institute of New York*. Vol. 1. N.º 3. Pág. 532. 1931.

Do estudo de 50 casos de doentes portadores de tumores frontais, verificados na intervenção cirúrgica ou na autópsia, salientam os AA. os seguintes factos.

Nestes 50 casos 45 não tinham sintomas cerebelosos. Nestes 45, 43 eram de tumores unilaterais, 2 de tumores bilaterais.

Cinco doentes apresentaram sintomas cerebelosos nitidos, em quatro destes doentes havia lesões bilaterais, no quinto tanto a sintomatologia como a ventriculografia faziam presumir a existência de uma lesão bilateral.

Os casos anteriormente descritos na literatura têm sido interpretados à luz de duas teorias propostas para explicar o aparecimento de sintomas cerebelosos no decurso da evolução dos tumores frontais. Uma destas teorias atribue essas perturbações à lesão da via fronto-ponto-cerebelosa. A outra explica-as pela compressão a distância do cerebelo. As descrições anatómicas das vias fronto-ponto-cerebelosas parecem demonstrar que estas se originam em células do córtex frontal, dirigindo-se em seguida para trás, muito próximo da linha média, até aos núcleos pontinos, donde neurones secundários se dirigem para o hemisfério cerebeloso do lado oposto, havendo também um pequeno número de fibras de trajecto homo-lateral. O A. discute o papel possível da compressão cerebelosa a distância e da hipertensão intracraniana em geral. Depois de uma severa crítica de todos os factores que concorrem para o problema, conclue que os sinais cerebelosos dos tumores dos lobos frontais devem ser devidos a lesão das vias fronto-ponto-cerebelosas.

Teóricamente se estas vias são atingidas só de um lado, as vias hetero-laterais podem desempenhar um papel compensador a tal ponto que as per-

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

LISBOA MÉDICA

reijon

Gardénal

FENIL ETIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES**

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS
a 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS. 3^{ÈME}

turbações cerebelosas não se apresentem. Estas só se revelam quando as duas vias são mais ou menos atingidas não havendo substituição possível.

As perturbações cerebelosas podem ser bilaterais, ou homo ou hetero-laterais em relação à neoplasia.

O aparecimento destes sintomas cerebelosos é importante sob o ponto de vista diagnóstico e da intervenção cirúrgica.

Em resumo, deduz-se deste estudo que a teoria de Elzberg é satisfatória, devendo a sintomatologia cerebelosa dos tumores do lobo frontal ser provocada pela lesão directa ou indirecta dos dois lobos frontais por um ou por várias neoplasmas que interrompam bilateralmente as conexões fronto-ponto-cerebelosas.

ALMEIDA LIMA.

Zona e varicela, por GOUGEROT e BOURNIER. — *Bull. de la Soc. Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. N.º 8. Pág. 1331. 1931.

Descrição de um caso de zona intercostal numa criança de 13 anos, que aos 7 tinha tido varicela. Os AA. fazem notar o facto de a varicela apresentada há 6 anos não ter imunizado contra a zona; factos como este são favoráveis à hipótese da dualidade das duas doenças, e contrários à teoria da unicidade do vírus.

ALMEIDA LIMA.

Um caso de zona familiar, por GOUGEROT e BOURNIER. — *Bull. de la Soc. Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. N.º 8. Pág. 1330. Novembro de 1931.

Descrição de dois casos de zona na mesma família, mãe e filha, com vinte dias de intervalo.

ALMEIDA LIMA.

Tratamento das atrofia ópticas tabéticas pelo enxôfre coloidal, por L. WINKLER. — *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. 73. N.º 3. Pág. 276. 1931.

Descrição detalhada do tratamento de alguns casos de tabes com atrofia dos ópticos por meio de injeções intramusculares de uma mistura de bismuto e enxôfre coloidal. Os AA. dizem ter obtido notáveis melhoras dos doentes assim tratados.

ALMEIDA LIMA.

Lesões medulares na doença de Hogdkin. (*Spinal cord changes in lympho-granulomatosis*), por ARTHUR WEIL. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 1009. Novembro de 1931.

Estudo de 44 observações clínicas colhidas na literatura, nas quais são apontadas lesões da medula no decorrer da doença de Hogdkin. A estes casos junta o A. três observações anatómo-clínicas suas.

Em 85% dos casos, a medula era comprimida pela invasão do canal vertebral pelo tecido granulomatoso.

Em 7% dos casos, apresentando paraplegia, mas nos quais tinha sido instituído tratamento radioterápico, só se encontrou tecido cicatricial no canal raquidiano.

Em 4% dos casos uma encéfalo-mielite infecciosa explicava a sintomatologia neurológica encontrada.

Em 2 casos encontrou-se um processo siringomiélico. A hipótese que a doença de Hodgkin possa produzir uma toxina capaz de produzir uma degenerescência combinada dos cordões medulares, à semelhança do que sucede na anemia perniciosa, deve pois ser abandonada.

Em 80% dos casos o processo patológico passava-se ao nível do segmento dorsal da medula.

O tratamento deve ser a radioterapia combinada às laminectomias, mas tratadas ou não, as complicações nervosas da doença de Hodgkin terminam pela morte num período máximo de seis meses após a instalação da paraplegia.

ALMEIDA LIMA.

Diagnóstico em vida de um caso de cistercecose cerebral. Dados fornecidos pelo líquido céfalo-raquideo. (*Reperti del liquido cefalo-raquidiano e diagnosi in vita di cisticercosi cerebrale*), por UGURGIERI CURZIO.— *Rivista de Neurologia*. Ano iv. Fasc. v. Pág. 447. 1931.

Descrição de um caso clínico cuja história fazia pensar na possibilidade de se tratar de um caso de cistercecose; o exame do líquido céfalo-raquideo, mostrando uma nítida eosinofilia, veio tornar quasi certo o diagnóstico.

O A. insiste sobre a importância de um exame citológico cuidado do líquido céfalo-raquideo nestes casos.

ALMEIDA LIMA.

As relações entre os espaços subaracnoideos e perineurais. (*An observation on the relationship of the subaracnoid and perineural spaces*), por C. G. DYKE e M. DEESY. — *Bull. of the neurological institute of New-York*. Vol. 1. N.º 3. 1931.

Relato da observação de uma doente a quem injectaram lipiodol nos espaços subaracnoideos, julgando os AA. poderem afirmar que um líquido injectado num local passa aos espaços perineurais das raízes raquidianas numa notável extensão. Pensam que os pretensos espaços linfáticos perineurais não devem ser considerados canais linfáticos no sentido habitual, mas sim elementos do sistema que tem a seu cargo a absorção do líquido céfalo-raquideo.

ALMEIDA LIMA.

O tratamento do tétano pela avertina. (*Avertinbehandlung bei tetanus*), por J. HERBRAND. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 24. 1932.

Refere o A. um caso de tétano, no qual empregou, além do sôro e do sulfato de magnésio, a avertina por via rectal. A dose usada foi de 0,08 por quilo e nas 24 horas, durante 10 dias, que foi o tempo durante o qual foi mais intensa a contractura muscular.

Não apareceram indícios de lesões renais ou hepáticas que esta substância tivesse provocado. É mais um caso com bom resultado a juntar ao número já grande dos publicados, depois que Lâwen empregou com sucesso este processo.

J. ROCHETA.

Progressos na terapêutica da pielite gravídica. (*Fortschritte in der therapie der Graviditätspyelitis*), por H. NANGOKS. — *Fortschritte der therapie*. Heft. 11. 1932.

A *pyelitis gravidarum* é um quadro mórbido bastante freqüente, por vezes confundido com outros muitos diferentes, e que em geral cede depressa à terapêutica apropriada. Esta consiste, para os casos de pouca e média gravidade, em diuréticos suaves, antissépticos urinários e repouso na cama. Mas como casos há, que apresentavam de início um bom prognóstico e se modificam para pior, e ainda porque as recidivas são vulgares, sem esquecer que a estes processos se devem não raras vezes outras perturbações renais tardias, é de toda a conveniência que o tratamento inicial se faça de molde a garantir, tanto quanto possível, uma cura completa. Assim aconselha o A. o seguinte:

1.º dia: alimentação pouco abundante, simples e pobre em cloreto de sódio. Pouco líquido.

2.º ao 4.º dia: dieta sêca, pobre em sal marinho, não bebendo por dia mais do que 300 cem. de líquido. Como farmacos urotropina e salicilato de sódio, ãã 1 gr. por dia e ácido fosfórico a 30%

5.º dia: alimentação normal e ingestão moderada de líquidos.

6.º e 7.º dias (período da diluição): medicação nula, alimentação normal e ingestão de líquidos em abundância; pelo menos 2 a 3 litros de chá por dia (chá de tília, de *uva ursi*, etc.).

Este tratamento dietético-medicamentoso pode repetir-se 2 ou mais vezes, entremeadas pelas respectivas pausas. A-pesar-do bom êxito obtido sobre o estado geral, é raro que este processo consiga o desaparecimento dos germes (na maioria o colibacilo).

Por isso, para se alcançar uma cura bacteriológica, devemos associar a vacinoterapia — auto-vacina — que deve ser injectada em doses progressivamente crescentes.

Nanjoks admite ainda, como circunstância altamente favorável para o aparecimento da pielite, a atonia do uréter condicionada pelas tóxicas gravídicas, e dêste modo tem empregado como adjuvante as injecções de Tone-

phin, que, tendo uma fraca acção sobre a musculatura uterina, actuam, pelo contrário, quasi relativamente sobre os músculos lisos dos ureteres.

J. ROCHETA.

Diarreias post-operatórias e o seu tratamento com a efetonina-Merck.
(*Ueber postoperative Durchfälle und deren Behandlung mit Ephetonin Merck*). por D MALUSCHEW.—*Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 26. 1932.

As diarreias post-operatórias são condicionadas pela irritação peritonítica que se origina nas intervenções do abdómen. Por isso, tal qual acontece nas peritonites, dilatam-se primeiramente os capilares das ansas intestinais, que assim permitem depois uma transudação considerável para a luz do canal digestivo. Por não se tratar portanto duma diarreia do tipo catarral é que este sintoma não é influenciado pelos meios antidiarreicos usualmente empregados. Mesmo o ópio costuma agravar a situação.

Clinicamente as diarreias post-operatórias caracterizam-se pelo aparecimento no 6-8 dia depois da operação e tomam rapidamente um aspecto de evacuação aquosa, com uma frequência de 10 a 15 vezes por dia, sem tenesmo e muitas vezes sem dores.

Objectivamente meteorismo accentuado e ocupando todo o ventre. A evolução dura em geral dez dias e o prognóstico é sempre benigno.

Partindo das noções patogénicas mencionadas, empregou o A. a efetonina, e das suas experiências conclue em resumo:

a) A efetonina actua electivamente no diminuído tónus dos capilares intestinais, no sentido duma vaso-constricção. Prova-o o facto, muitas vezes observado, da terminação brusca da diarreia.

b) A acção da efetonina sobre os capilares é muito mais intensa que sobre a tensão arterial; pequenas doses do fármaco provocam efeitos seguros.

c) Além disso possui sobre os primeiros uma acção mais duradoura que sobre a segunda:

O modo de aplicação é por injeção subcutânea (50 mg.) e bastam em geral 2 injeções por dia; quando se não obtenham resultados é desnecessário aumentar as doses.

Na maioria das vezes são casos nos quais se desenvolve uma peritonite de mau prognóstico. E assim a efetonina também pode servir com esse intuito.

J. ROCHETA.

O tratamento do hidrocelo. (*Zur Hydrozelenbehandlung*), por M. FRIEDMANN. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 25. 1932.

Datam já de alguns anos as tentativas para a cura do hidrocelo por processos mais simples do que os que actualmente se empregam em cirurgia. Tem-se sucessivamente empregado várias substâncias injectáveis no saco, com o fito de lhe soldar os respectivos folhetos: tintura de iodo, soluto de

Lugol, clorofórmio, álcool, soluções de ergotina, etc., e todos se têm abandonado, a-pesar-de algumas curas obtidas, pelas dores que provocam e reacções inflamatórias que produzem que obrigam por vezes ao aleitamento durante mais de uma semana.

O A. refere as suas experiências com o emprêgo da calorose a 60%, uma mistura de vários sacarídeos, e que foi adoptada primeiramente por Nobl no tratamento das varizes. Partindo do principio de que a irritação da túnica vaginal era idêntica à provocada no endotélio venoso, resolveu Friedmann empregar êste produto, mas sòmente nos hidrocelos adquiridos, quere dizer, naquelas formas que não têm comunicação com a cavidade abdominal.

A técnica empregada é a seguinte: esvazia-se em primeiro lugar o líquido por perfuração do sacco no ponto de maior declive, e tanto melhor quanto mais completamente. Em seguida injecção de 10 gramas de calorose a 60% e fixação dos testículos por ligadura compressiva. Por vezes, a injecção é acompanhada de dores que se transmitem ao longo do canal deferente e que são em geral de curta duração. À injecção segue-se, nalguns casos, um derrame irritativo que é conveniente puncionar passados, em média, oito dias.

J. ROCHETA.

O problema de lesões duradouras do aparelho circulatório após difteria grave. (*Zur Frage der Dauerschädigung de Kreislaufapparates nach Schwerer Diphtheria*), por A. F. HECHT. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 28. 1932.

E geral a opinião de que as lesões orgânicas provocadas pela toxina diftérica retrocedem sempre por completo *restitutio ad integrum*.

O A. passou em revista alguns casos seus e apresenta outros tirados da literatura médica que provam a inexactidão daquela doutrina, embora das suas observações se conclua que são realmente raros os casos de lesões cardíacas que se tenham instalado depois da infecção diftérica. Aconselha, para evitar erros, a repetição freqüente de electrocardiogramas, visto que estes permitem com segurança o *contrôle* da evolução das perturbações cardíacas, não só para uma imediata progressão mas também na análise do retrocesso curativo. Se persiste uma modificação do electrocardiograma deve excluir-se uma cura completa, sem esquecer que pode dar-se a morte repentina em casos com electrocardiograma normal.

Sobre a questão de saber se as lesões observadas são devidas ao bacilo diftérico e respectivas toxinas ou às infecções mixtas que acompanham sempre a difteria maligna, nada se pode dizer com segurança. As experiências em animais parecem provar que a toxina diftérica é incapaz de provocar uma miocardite e por isso não deve ser responsável pelas lesões duradouras observadas. Resta saber se a morte provocada pela mesma toxina se não deva explicar por lesões vasculares que ela produza.

J. ROCHETA.



Investigações clínicas sobre o problema das afecções latentes do fígado. (*Klinische Untersuchungen über die Frage des latenten Leberchadens*), por H. KALK. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift* N.º 28. 1932.

A prova de Bergmann-Eilbott, empregada para avaliar a insuficiência hepática, tem obtido por parte dos autores que dela se tem ocupado uma quasi unanimidade de opiniões sobre o seu valor. Entre nós houve já quem a empregasse (D. Furtado e F. Costa) e pena é que ela se não tenha introduzido e generalizado nas nossas clínicas.

Kalk, que trabalha no serviço de Bergmann, procurou seguir, por intermédio desta prova, a evolução da célula hepática lesada no processo da icterícia simples. Para isso esperou que a icterícia estivesse no declínio e desaparecesse a bilirrubinúria para evitar os erros que pudessem surgir.

Os resultados a que chegou podem resumir-se: durante o período do declínio da icterícia, a bilirrubina injectada é muitas vezes excretada com maior celeridade do que no período em que a icterícia tem quasi desaparecido e aparentemente está curada a doença. Na maioria dos casos, verifica-se algumas semanas mais tarde um relentamento na excreção e que pode manter-se por um período às vezes longo, o que prova que a célula hepática não readquiriu completamente o seu equilíbrio funcional.

J. ROCHETA.

A hormona tireotropa do lobo anterior da hipófise. (*Über das Thyreotrope Hormon de Hypophysenvoadeslappens*), por K. JUNKMANN e W. SCHOELLER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 28. 1932.

Os AA. empregaram cobaios para as suas experiências, tendo verificado que pela injeção de solutos aquosos de extractos do lobo anterior da hipófise, sêca ou fresca, se provocava sempre modificações histológicas da glândula tiroideia. Procuraram em seguida obter em toda a sua pureza o elemento que actua especificamente sobre esta glândula, o que conseguiram. Descrevem as suas propriedades físicas e químicas e demonstram que a hormona tireotropa não é idêntica à hormona gonadotropa que se encontra no mesmo lobo nem se encontra em qualquer dos preparados que dêsse lobo se encontram no comércio.

Em virtude dos trabalhos apresentados por Hofmann e Anselmino, tendentes a demonstrarem a existência dum centro hipofisário lipo-regulador, os AA. não verificaram em ratos, depois de prévia injeção desta hormona, qualquer influência que ela tivesse nos corpos cetónicos do sangue.

A hormona pura é bem tolerada pelos cobaios, e animais que estiveram submetidos à sua acção constante, durante alguns meses, mostram em relação com os testemunhos uma diminuição de peso insignificante.

J. ROCHETA.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O SIGNIFICADO BIOLÓGICO DA OBRA DE HUGHLINGS JACKSON

POR

EDUARDO COELHO

Selected writings of John Hughlings Jackson :

Vol. I. On epilepsy and epileptiform convulsions. Edited by James Taylor. 500 págs. Londres, 1931.

Vol. II. Evolution and dissolution of the nervous system. Speech, various papers. Address and Lectures. Edited by James Taylor. 510 págs. Londres, 1932.

Ao lermos o ano passado o 1.º volume dos trabalhos neurológicos do clínico eminente que fôra Hughlings Jackson, quise-mos deixar para a leitura do 2.º volume, saído há três meses dos prelos, o ensaio que pretendíamos traçar sôbre a sua obra.

A publicação dêstes dois grossos volumes constitue, como escreveu Sir James Crichton-Browne, no próêmio, *the payment of a debt long over due to Jackson's memory, and to medical science*. Com o volume já publicado em 1925 (*Neurological Fragments*, Oxford Medical Publication), temos o essencial da obra de Jackson, que publicara para cima de 400 memórias originais de neurologia.

Deixamos de parte os seus estudos sôbre diferentes comarcas das afecções nervosas para nos referirmos especialmente a dois princípios basilares da neuropatologia, que são as duas grandes concepções de Jackson: - *o problema da afasia*, e *a evolução e a dissolução do sistema nervoso*, que constituem a parte fundamental dêstes dois volumes. O primeiro encerra na sua solução um problema de ordem psicológica; o segundo constitue o trabalho de maior *tendência* filosófica de Jackson. O valor dessas duas concepções foi de grande alcance para a neuropatologia e sobretudo para a *patologia funcional*, como hoje é compreendida.

O primeiro problema que avulta das investigações de Jackson é êste: *a consciência é um fenómeno vital; daí o significado biológico do fenómeno psicológico*.

Já em 1922 tornámos conhecida, entre nós, a obra dêsse patologista que, segundo afirma Arnold Pick no livro que dedica a Jackson (1), é o pensador mais profundo do século XIX, em neuropatologia e em psicologia. No nosso livro - *Das relações do estado cerebral com o estado mental* - mostrámos que essa obra, tão esquecida e da qual nunca ouvimos falar, antecipara muitas conclusões importantes de recentes investigações experimentais do sistema nervoso; ela teve a sua continuação nos estudos de Monakow relativos ao *critério biológico da evolução da função nervosa e da função psíquica*, e nos trabalhos de Head sôbre o *problema psicológico da afasia*.

Para o estudo que, então, fizemos servimo nos da colectânea da obra de Jackson reimpressa por Head em 1915, no *Brain*.

Vamos respigar alguns passos do que há 10 anos escrevemos no nosso livro sôbre as duas grandes concepções de Jackson:

Afirma Head, no segundo capítulo da sua tese (*Aphasia and Kindred disorders of Speech*, § 2.º, apresentada ao Congresso de Filosofia de Oxford, de 1920, e publicada in *Brain*, n.º 2, vol. XLII, 1920), que já em 1879, quando toda a gente pontificava

(1) A. Pick. Die agrammatischen Sprachstörungen; Studien zur psychologischen Grundlegung der Aphasielehre. I Teile, Berlim, 1913.

que os fenómenos da afasia tinham a *suficiente e necessária* explicação na destruição das imagens auditivas e visuais, Jackson reconhecia que as imagens e os processos inconscientes, dos quais elas dependem, se conservam intactos nos afásicos.

Quando se pergunta a um afásico: — «o seu nome é João?» Ele responde: «não». Se o instigarmos a que pronuncie a palavra «não», é incapaz de o fazer. Se a seguir lhe perguntamos: «Tem cem anos?» Invariavelmente responde — «não». Afirmamos-lhe: «Diga - não». Não há maneira de pronunciar esta palavra *automaticamente*.

Este exemplo, que é bem frisante, mostra que a hipótese da *destruição das imagens* está em completo antagonismo com a observação escrupulosa, e com a correcta e sã interpretação dos factos.

Por isso, referindo-se a esse exemplo, diz Jackson que há três graus na articulação da palavra *não*:

a) *Uso automático*, acompanhando um estado emotivo; b) *intermediário*, ainda um pouco automático; c) *voluntário*, exprimindo uma modalidade mais elevada, que certos doentes não empregam.

A distinção entre o *automático* e o *voluntário* é, para Jackson, essencial nos afásicos.

Quando pedimos a um doente que nos mostre a língua, e elle não consegue fazê-lo, não há movimento mais voluntário do que esse, diz o eminente neurologista.

Entrementes, mexe-a se qualquer migalha se mete entre os dentes — *acção automática* — embora este fenómeno pareça paradoxal. A língua não está paralisada; o doente deglute e muitas vezes agarra-a com os dedos para auxiliar os movimentos que respondem às nossas perguntas.

A linguagem normal compõe-se, para Jackson, de duas formas distintas, mas inseparáveis: *intellectual*, ou poder de realizar proposições; b) *emotiva*, ou expressão de sentimentos.

Estas duas formas estão separadas na afasia. É o poder de formar proposições que está affectado e não «a memória das palavras ou a faculdade da linguagem».

Jackson applica a *noção de evolução*, recebida de Spencer, à neurologia, e cria o conceito de *dissolução*, em 1884, que introduz na neuropatologia. Para estudarmos um caso de afasia, a

importância dessa noção é fundamental: 1) Há perda da linguagem intelectual (a mais voluntária), com persistência da linguagem emotiva (a mais automática). A sua mímica é reduzida porque faz parte da linguagem intelectual; os gestos conservam-se porque são manifestações emotivas. 2) A conservação do *sim* ou *não*, num grande número de doentes incapazes de falar, quer dizer que, tendo perdido toda a linguagem, mantêm as duas articulações verbais mais *automáticas*.

A dissolução segue a ordem inversa da evolução: persistem as funções primitivamente adquiridas e desaparecem as mais complexas e diferenciadas, que constituem aquisições posteriores. A dissolução é uma dissociação do conhecimento intuitivo e indiferenciado, por um lado, do conhecimento diferenciado, por outro, alcançando os graus superiores e instáveis da linguagem.

Assim, a patologia da linguagem ultrapassa os limites da linguagem e abrange a actividade voluntária, como demonstram os exemplos em que os doentes, incapazes de pôr em acção as actividades *voluntárias* para as representações abstractas, põem em jogo as actividades *automáticas* para a execução dos movimentos concretos.

Para o neurologista inglês não há *faculdade da memória*, abstraindo das cousas que nos lembram, e a *faculdade da linguagem* é uma actividade sem existência.

O nível mental e o grau de dissolução do afásico interpretam suficientemente as perturbações da linguagem e a parte intacta. Por isso, Jackson demonstrou que é absurdo o termo *afasia*, que designa etimologicamente ausência de linguagem, quando o afásico não é completamente desprovido dessa função (1).

Foi em 1868 que Jackson protestou contra a teoria que postulava a «faculdade» da linguagem destruída por uma lesão cerebral.

As perturbações resultantes da lesão, afirmava Jackson, devem ser consideradas «perturbações do espírito, pelo lado psíquico, perturbações do sistema nervoso, pelo lado físico». É o *poder* da expressão intelectual por «movimentos» de qualquer es-

(1) De absurdos idênticos está inçada a linguagem médica.

pécie que está alterado. Não devemos perguntar — diz Jackson — como o espírito é alterado. A pergunta deve ser posta desta sorte: ? Qual o aspecto do espírito que está alterado?

É esta a teoria dos níveis mentais e da dissolução.

Jackson notou a variabilidade de respostas, nos seus afásicos, em momentos diferentes (Head considera este facto resultante das reacções corticais), e mostrou que os doentes não realizam *actos abstractos* e executam facilmente *acções concretas*. Ataca o psitacismo dos neurologistas que adormecem nas metáforas e no vago de palavras sem significado. (*Neurology has become frozen stiffly in the grip of pseudo-metaphorical classification wich neither explain the condition no correspond to the clinical facts* — assim se exprime Jackson). Notai — diz Jackson — o que o doente realmente compreende, e evitai termos como amnésia, alexia, surdez verbal, etc., etc. *Aphasia of Broca*, «total aphasia», «word blindness», «word deafness» são meras frases que, na realidade, não correspondem a quaisquer fenómenos clínicos.

Se se considera a *palavra* como unidade de linguagem, mais do que a palavra tem importância a *unidade*, o laço que as une umas às outras «duma maneira particular», que as mantém em interdependência.

A palavra isolada é uma abstracção vã — veio a afirmar, depois, um filólogo, Meillet.

É o psiquismo compreendido como unidade funcional.

H. Jackson, aliando às qualidades de clínico notável um extraordinário poder de análise psicológica, estudou o mecanismo da linguagem e a génese dos diferentes graus que ligam o pensamento à linguagem; estabelece princípios que muitos anos depois foram retomados pela Escola de Wurzburg e pela psicologia do pensamento (*Denkpsychologie*).

Em todas as operações voluntárias, escreveu Jackson, há *preconcepção*. O acto nasce antes de ser executado; há um «prenúncio» do acto anterior à sua realização; há dualidade na acção. «Antes de alongar voluntariamente o meu braço, diz Jackson, eu devo ter o «prenúncio» da mão já alongada. Assim, antes de poder *pensar* que a alongo, devo ter um «prenúncio» semelhante, pois a diferença entre o pensamento da acção e a acção é, como entre a palavra exterior e interior, uma diferença de grau».

A noção de *proposição-sujeito* (*subject-proposition*) tem grande importância para Jackson, no mecanismo do pensamento, tomada a expressão em sentido limitado. «A *proposição-sujeito* simboliza a relação interior de duas imagens interiores, sendo cada uma ligada a todas as outras imagens, já em nós organizadas; e assim simboliza os nossos estados». Além da *proposição-sujeito*, a operação que Jacksons designa pelo termo *verbalizar*, da qual a linguagem apenas compreende a última parte, abrange também a *proposição-objecto* (*object-proposition*) que «simboliza a relação daquelas duas imagens, quanto às cousas que as cercam — sendo cada uma delas ligada a todas as que se organizam no ambiente; as duas proposições reunidas simbolizam uma relação interior de imagens, em relação com uma relação exterior de imagens».

Como vemos, a *proposição-sujeito* precede a combinação das palavras. O espírito sabe *prèviamente* que vai pôr uma proposição. Mas o valor *proposicional* duma palavra é ainda função da *atitude do indivíduo*; do contrário (pela ausência das contrações voluntárias) resultam *proposições mortas*. Afirmou Jackson que as perturbações das palavras resultantes das lesões unilaterais do cérebro incidiam sôbre as palavras que se empregam para a *formation of propositions*; e que as que os afásicos conservam eram as usadas *propositionally*. A linguagem é, pois, constituída por um conjunto de proposições. É, alfim, o que Head entende por *pensamento simbólico* (*symbolic thinking* ou *propositionizing*). E exprimir o pensamento é, como advertiu Jackson, emitir uma proposição.

O problema da afasia é, dessa feita, encarado sob o ponto de vista *psicológico*. Jackson reconheceu que todos os fenómenos da afasia são *primitivamente psíquicos* e só secundariamente susceptíveis de explicação anatómica.

.....

Há um outro princípio fundamental que Jackson introduziu na neurologia. — É a *lei dos sintomas positivos e dos sintomas negativos*, lei da *patologia funcional* do sistema nervoso, que êle applicou aos fenómenos da afasia, a qual podemos enunciar desta sorte: *uma lesão destruidora não é responsável pelos fenómenos positivos*. Na afasia aparecem *fenómenos positivos e fenómenos negativos*. Os primeiros são constituídos pelas noções que

o doente exprime, pela assinatura do seu nome, etc., expoentes de actividades mentais inferiores. Os segundos compreendem a deficiência de expressão por sinais e por palavras.

Os sintomas mentais positivos não resultam da perda de função, mas «sobrevêm durante a actividade dos centros inferiores ou dos arranjos nervosos inferiores, que escaparam à moléstia». A doença não é a causa das anomalias da linguagem, porque estas constituem um estado positivo, e a doença é *destruição*, nunca produção de fenómenos; não pode *criar* o que foi destruído «É como ouvir falar de sintomas positivos atribuídos a lesões negativas, à perda da função de elementos nervosos», considerando a doença como alguma coisa que *perturba funções nervosas*.

As doutrinas de H. Jackson sanearam, assim, as interpretações psicológicas, imprimindo à neurologia, com novos métodos de estudo e com critérios originais, extraordinários progressos. O estudo dos fenómenos da afasia, da evolução e dissolução do sistema nervoso não tem só valor histórico, tem um valor presente, actual, bem marcado, pela análise exaustiva que ao problema trouxe, com um rigor de método e tal subtilidade, que o torna incessantemente novo, como princípio criteriológico para os neurologistas da nova escola. Não é só pelo recheio precioso que apresenta, pelas regras neurológicas, às quais Head chamou *regras de ouro*, pelas sugestões que suscita, mas também porque repudia, com lógica segura e com exemplos comprovantes, as asserções falsas do mecanismo que, pela neuropatologia, começou a materializar *conceitos psicológicos*. Sôbre o valor incontestável que possui, sob o ponto de vista neuropatológico, tem, ainda, e sobretudo, enorme valor pelo seu conteúdo psicológico e significado biológico.

Ao retermos, agora, a obra compendiada de Jackson pouco temos a acrescentar ao que escrevemos em 1922. Os que desconhecem a linguagem filosófica (1) e os problemas psicológicos, só atreitos a factos concretos da clínica, apodaram de teóricos e

(1) A linguagem e as doutrinas, acrescente-se; e, sobretudo, o valor do pensamento filosófico como problema do conhecimento.

obscuros os escritos de Jackson. Entretanto, com um estudo persistente eles tornaram-se claros e, por vezes, bem luminosos, vincando o incisivo espírito analítico do filósofo, como diz Taylor, aliado de um senso prático de clínico, que ninguém superara.

A obra de Jackson completava assim a do profundo biólogo alemão G. Carus, o qual mostrára que os fenómenos psíquicos não devem ser separados dos fenómenos biológicos, que o organismo deve ser considerado *como um todo* (*Der Organismus ist eine Totalität, er ist als soche überhaupt möglich* — Psyche, 1.º vol. 1846). Jackson foi ainda um precursor genial do pensamento científico contemporâneo, quanto ao problema central da *objectivação*, adoptando o que Arnold Pick (liv. cit.) chamou a *atitude neurológica* (*neurologische Forschungsrichtung*). Esta atitude liga-se, no neurologista inglês, à *teoria da acção reflexa*.

No que diz respeito às acções reflexas que interessam o cérebro, H. Jackson distingue duas categorias: 1.º As acções reflexas completas e fortes, nas quais os *centros* (1) mais elevados são abrangidos e também todos os centros inferiores; 2.º As acções reflexas incompletas e fracas, nas quais só os centros mais elevados é que são abrangidos.

Para começar, diz Jackson, com um caso artificialmente simplificado de acção reflexa completa e forte, eu suponho que vejo e *conheço* um objecto; chama-se a isto algumas vezes uma *percepção*, eu prefiro a expressão: *ter uma imagem viva*. Falámos dum fenómeno mental. Consideremos agora o fenómeno puramente físico, que é uma acção reflexa chegando *durante* — ou antes — provocando uma correspondência do organismo com o meio externo (o processo é realmente duplo). O que primeiro se produz é uma impressão periférica sobre a retina, passando as excitações através dos centros mais inferiores, dos centros intermediários, e chegando até os centros sensoriais os mais elevados. Até aqui, falámos apenas duma metade da acção reflexa, chegando só a condição física dos centros sensoriais, os mais ele-

(1) Para Jackson este termo constitue apenas uma etiqueta, *cómoda*, mas sem significado.

vados em correlação com a côr do objecto. *A forma de um objecto é a relação das suas diferentes posições; o nosso conhecimento desta relação dá-se por efeito dos movimentos — neste caso, dos movimentos oculares (simbolizando os movimentos das mãos).* Existe o desenvolvimento de movimentos dos globos oculares porque as correntes passam desde os centros sensoriais, os mais elevados, pelos centros motores, os mais elevados, descendo através dos centros motores intermediários e inferiores até a periferia muscular; o processo vai do *menos* para o *mais* organizado, desde o mais modificável para o menos modificável. Há limitação da libertação de energia para baixo e, portanto, da das excitações aos centros mais elevados, resultando movimentos limitados a uma parte da periferia. Temos aqui uma acção reflexa completa e forte; completa, porque todos os centros sensoriais e motores são abrangidos; forte, porque os centros mais elevados estão em grande actividade, por efeito da multiplicação das libertações de energia.

Jackson exagera, evidentemente, a extensão do campo dos reflexos. É preciso localizar a sua obra no *tempo* em que a realizara.

Nesta análise psico-fisiológica, H. Jackson expõe a teoria dos *movimentos nascentes* (nascent movements), que são característicos da *imagem*, oposta à percepção, a qual caracteriza a *atitude motriz* com participação da periferia.

Numa época em que a psicologia académica se mantinha adentro duma concepção puramente intelectualista, a obra neurológica de H. Jackson abre a primeira brecha na *teoria dos centros de imagens*, traçando as grandes linhas da concepção neurobiológica dos fenómenos cerebrais e dos fenómenos psíquicos.

Se mais cedo fossem conhecidas as doutrinas de Jackson, a *psicologia anatómica* não teria exercido uma influência tão perniciosa sobre a evolução da neuropsiquiatria.

As doutrinas geniais de H. Jackson foram confirmadas pelas aquisições da neurobiologia contemporânea.

A génese da percepção, p. e., como a compreendeu o eminente neurologista, é de um valor actual flagrante.

Na revisão de valores que caracteriza a ciência actual e a mentalidade coeva, a leitura desta obra é de grande ensinamento;

proveitosa para todos os estudiosos pelo que representa como aquisição de dados novos, como antecipação de investigações recentes, e ainda, como modelo de espírito crítico, de trabalho mental, de análise e cultura psicológicas. O passo de Pascal resume bem a orientação da actividade mental de Jackson: *Nous ne cherchons jamais les choses, mais la recherche des choses.*

Pode dizer-se que na obra de H. Jackson assentam as doutrinas modernas da afasia, da evolução, da integração e da desintegração da função do sistema nervoso, dos níveis mentais, e ainda uma boa parte das doutrinas da psicologia contemporânea, anti-intelectualista.

Faculdades de Medicina

De Coimbra

A seu pedido, foi exonerado o Dr. Pedro Rocha Santos do lugar de assistente de clínica e policlínica obstétrica da Faculdade.

— Abriu-se concurso para o provimento de dois lugares de analistas.

De Lisboa

O Prof. Lopo de Carvalho vai representar a Assistência Nacional aos Tuberculosos na 8.ª Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, que se realiza em Haia, e em missão de estudo à Suíça, Itália, França, Alemanha, Holanda, Bélgica e Espanha.

Hospitais Cívicos de Lisboa

O Dr. Craveiro Lopes, director de serviço clínico de cirurgia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado de estudar os progressos da cirurgia em França.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reüniu-se no dia 21 de Julho a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, sob a presidência do Dr. Tiago Marques.

O Dr. Ferreira da Costa mostrou um caso de sarcoma do mandibular incluindo um terceiro molar em posição horizontal. Falou também sôbre prótese imediata do mandibular.

O Dr. Tiago Marques apresentou uma comunicação sôbre o tratamento dos canais dentários pelas correntes de alta frequência. Ainda se referiu, noutra comunicação, a alguns casos de dentes inclusos.

Conferências

Em Leiria, o Prof. Lopo de Carvalho realizou uma conferência de propaganda contra a tuberculose, a que assistiram as individualidades de destaque daquela cidade.

— Na Associação do Registo Civil, de Lisboa, o Dr. Rosa Damásio pronunciou uma conferência sob o título «A blenorragia e as suas complicações».

Medicina militar

O coronel-médico Dr. Manuel Rodrigues da Cruz foi nomeado para o cargo de director do Hospital Militar de Coimbra.

Medicina naval

O capitão de fragata médico Dr. António Augusto Fernandes foi promovido a capitão de mar e guerra.

— Do cargo de chefe dos serviços de saúde do Departamento Marítimo do Norte foi exonerado o Dr. Fernando de Mendonça Pimentel.

3.º Congresso Hispano-Português de Urologia

Acabamos de ler os dois últimos relatórios oficiais apresentados ao 3.º Congresso Hispano-Português de Urologia, realizado em Coimbra de 4 a 7 de Junho, e de que foram relatores os Profs. Leonardo de la Peña, de Madrid, e Angelo da Fonseca, de Coimbra.

O do primeiro, «El reflujo urinário», feito de colaboração com o seu filho Alfonso de la Peña, é dividido em 5 capítulos: «reflujo vesiculo-ureteral, reflujo pielo-venoso, reflujo pielo-linfático, reflujo uretro-seminal e reflujo vesico-uracal».

No primeiro capítulo os AA. estudam a anátomo-fisiologia do uréter e apresentam os resultados dos trabalhos experimentais que realizaram em cães, donde concluem que a causa do reflujo reside essencialmente na insuficiência das fibras musculares vesicais, que cruzam posterior e transversalmente a porção intramural do uréter. Esta conclusão, confirmada em Itália por Stappato, que trabalhou no mesmo assunto, ignorando os trabalhos dos AA., leva-os a admitir que no homem só duas causas se devem admitir na etiologia do reflujo: alteração da função intramural do uréter e contracções vesicais bruscas e intensas. O diagnóstico seguro só pode ser feito por intermédio da cistografia; o prognóstico depende da importância das causas, da duração do processo e da unida bilateralidade do mesmo.

O reflujo pielo-venoso, que chegou a adquirir bastante importância pelas consequências que podia ter para o doente o facto duma pielografia obtida com substâncias de contraste tóxicas, já hoje não ocupa na urologia a situação de destaque com que foi distinguida há meia dúzia de anos. Peña resolve dar-lhe «el golpe de gracia», porque a imagem dos ductos urinários já a podemos obter por via descendente com substâncias inócuas e ainda por se tratar dum termo pouco justo.

Não se trata de facto dum reflujo, dum percorrer em sentido inverso o caminho já percorrido, mas sim da irrupção do conteúdo piélico no sistema venoso-renal, por ruptura das veias peripapilares, quando aquela adquire uma determinada tensão.

E, assim, nas hidronefroses, quando aquela não atinge um certo grau, a reabsorção da retenção piélica não se faz por intermédio do sistema venoso, mas sim por um verdadeiro reflujo tubular e pelos linfáticos da pelve.

Sobre o reflujo pielo-linfático, termo recente e fenómeno pouco conhecido, os AA. descrevem dois casos pessoais, considerando-os de difícil interpretação, embora fundamentalmente o mecanismo da sua produção se deva

considerar idêntico ao do refluxo pielovenoso: irrupção forçada no parênquima renal com subsequente reabsorção através dos linfáticos.

O refluxo uretro-seminal, que nunca se observa no indivíduo normal, verifica-se em geral nos casos de inflamação crônica dos ductos que desembocam na uretra prostática ou das glândulas de Cowper, em especial nos abscessos prostáticos ou tuberculose do mesmo órgão. É a existência deste refluxo que explica a persistência dos processos infecciosos nas vesículas seminais.

Por último, o refluxo vésico-uracal só se observa nos estados embrionários da bexiga e da úraca e é quasi sempre determinado pela retenção da urina. O diagnóstico, em regra, só se faz quando a anomalia termina por fistula uracal.

O relatório escrito dum modo conciso e claro, além de muitas citações e abundante bibliografia, encerra ainda material vasto de imagens histológicas e radiográficas, fruto dos trabalhos dos AA. e de casos clínicos seus e estrangeiros, de Serviços onde o Dr. Afonso de la Peña tem feito estágio.

O relatório do Prof. Angelo da Fonseca, «Patologia do colo vesical», começa por descrever a constituição anatômica do colo da bexiga e a importância que tem o conhecimento da sua histologia para a compreensão dos fenômenos patológicos que aí surgem. Como importante deve mencionar-se as formações glandulares que constituem o grupo para-uretral, origem de futuras neoformações ou sede de inflamação crônica que alterando, irritando as terminações nervosas que aí se distribuem, provocam a quebra da harmonia que normalmente condicionam os sucessivos reflexos da micção. Aqueles accionados por nervos do sistema vegetativo e central podem ser alterados por outros que, nascendo ao nível da região lesada e por intermédio dos plexos intramurais, aparelhos viscerais locais de Guillaume, provocam curtos circuitos de efeitos contrários. Opõe-se assim à antiga teoria do obstáculo por hipertrofia da próstata, puramente mecânica, a teoria nervosa, dinâmica, única que permite explicar a retenção no grande grupo retencionista dos prostáticos sem próstata (Albarran).

As modificações anatômicas que se encontram ao nível do colo, e que provocam toda a gama de sintomas, que vai da disúria simples até ao síndrome completo da retenção aguda, são de natureza vária e de variada etiologia conforme os autores; às vezes são de natureza hiperplásica, adenomatosa, constituem a ainda chamada erradamente hipertrofia da próstata, visto que não é esta a glândula que se hipertrofia, pelo contrário, reduzida como está a uma lâmina, pelo crescimento do grupo glandular para-uretral; outras vezes trata-se apenas de lesões inflamatórias crônicas, com maior ou menor predominância de tecido fibroso, desde as formas de endurecimento do calo de pequeno volume. É sobre a origem deste estado que as espécies divergem. Marion considera-o uma inflamação congênita emquanto Legueu o encara como a primeira fase da entidade mórbida por êle criada e denominada doença prostática, e que mais tarde ou mais cedo atingirá as formas hipertróficas.

O Prof. Angelo da Fonseca não aceita qualquer das opiniões e defende a tese da sua natureza inflamatória crônica banal.

Da próstata, como órgão que pode por vezes dar origem à retenção, deve considerar-se o cancro primitivo, diagnosticável ao toque pela sua dureza lenhosa e imobilidade.

Depois do relato minucioso do que a traços largos acabamos de esquisar, o Prof. Angelo da Fonseca descreve a parte, sob o ponto de vista prático a mais importante, das indicações e directrizes terapêuticas. Quando o diagnóstico refere carcinoma da próstata o único procedimento deve ser *noli me tangere*; quando o retencionista é portador dum adenoma do calo e as suas condições de resistência orgânica o permitem, a intervenção a aconselhar e a mais usualmente empregada é a adenomectomia por via transvesical; a mesma via se pode adaptar ainda para os calos fibrosos, praticando a excisão do calo, quando do mesmo modo os doentes estejam em condições gerais de operabilidade. Resta todavia aquele grande grupo de doentes que, sofrendo de uma ou outra das duas últimas afecções citadas, e as quais a sua fraca defesa orgânica não permite que se exponham à intervenção por essa via, estavam condenados por toda a vida a serem escravos da sonda uretral.

Para estes emprega o A. os métodos endoscópicos praticando a diatermo-coagulação do calo com o aparelho de Mc Corthy, modelo Drapin, com anestesia epidural pela novocaína. E cabe-lhe o mérito de ter sido um dos primeiros a introduzir e a praticar na Europa este método, nascido e desenvolvido na América, e que os urologistas de aquém-Atlântico em grande parte desconheciam ou para que olhavam com cepticismo.

Acompanham o relatório numerosas histórias clínicas tratadas por este processo e todas com ótimos resultados e melhoria notável do estado geral; apirexia e ausência de hemorragia post-operatória; desaparecimento da retenção e notável melhoria do estado geral. Além da bibliografia, o volume que recebemos insere também numerosos desenhos do colo, tirados de doentes que constam nas histórias e imagens radiográficas dos mesmos.

J. ROCHETA.

Saúde pública

Nas colónias

O Governo da Guiné Portuguesa e a colónia francesa do Senegal assinaram um acôrdo sanitário. Ficou assente que a primeira conferência entre os médicos das duas colónias se realizará em Bissau em 15 de Janeiro de 1933.

— Seguiu para Cabo Verde a missão organizada pela Escola de Medicina Tropical e dirigida pelo Dr. Firmino Santana, com o fim de estudar o paludismo, demografia sanitária e lepra.

— O governador de Macau está a organizar uma brigada sanitária e

medidas de carácter enérgico a-fim-de evitar a propagação naquela colónia da epidemia que grassa no território chinês vizinho.

— Em Angola ainda se não registou nenhum caso de peste, não obstante a epidemia existir nos territórios da União Sul-Africana.

— Na Direcção dos Serviços de Saúde do Ministério das Colónias concluiu-se que foram a Índia, Moçambique e Cabo Verde as possessões portuguesas onde a assistência mental foi mais completa nos últimos três anos.

— Informou o governador de Macau que o pessoal médico daquela colónia é escasso. Urge, portanto, prover aos inconvenientes desta falta.

Sôro antidiftérico

Além do sôro do tipo habitual (250 unidades por c. c.) fixado pela Conferência Internacional de Serologia, o Instituto Câmara Pestana fornece também agora sôro de maior poder antitóxico, contendo mais de 750 unidades de Ehrlich por c. c.

Está especialmente indicado nas formas inicialmente graves da doença e nos casos tardiamente tratados.

Missões de estudo

Os Drs. João Vasco de Almeida e Sá e Manuel Rodrigues Mateus foram incumbidos de assistir ao III Congresso Internacional da Luz. O primeiro visitará em missão de estudo os institutos de fisioterapia da Alemanha, Checo-Eslováquia, Suíça e Itália, e o segundo estudará as providências tomadas pelos vários países da Europa sobre higiene escolar.

Partidos médicos

O Dr. Carlos Freitas tomou posse do partido médico de Eiras (Coimbra).
— Foi nomeado para o lugar de médico municipal de Alpiarça o Dr. Mário Romão.



Novo dispensário

Na cidade da Guarda inaugurou-se um dispensário antituberculoso, a que se deu o nome do Dr. Lopo de Carvalho, falecido médico daquela cidade. É actual director do dispensário o Dr. Mário Cardoso.

Necrologia

Faleceu em Macau o coronel-médico Dr. Jaime Artur Pinto do Amaral.

Misões de estudo

O Dr. João Vasco de Almeida e Sá e Manuel Rodrigues Martins foram incumbidos de assistir ao III Congresso Internacional de Lux. O primeiro visitara em meio de estudo os institutos de hidroterapia da Alemanha, Checoslováquia, Suíça e Itália, e a segunda estudar as providências tomadas pelas varias partes da Europa sobre hygiene escolar.

Partidos médicos

O Dr. Carlos Freitas tomou posse do partido médico de Fátima (Coimbra). — Foi nomeado para o lugar de medico municipal de Alpinhaes o Dr. Ma-





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litiase 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 pílulas 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 180 gr.
de água fervida
quente.
Crianças : $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DA

SAUDE

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

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alucol
Analgésico, anti-infeccioso, anti-térmico
1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco
de água assucarada; 4 a 6 vezes por dia
Sem acção nociva sobre o estomago,
rins e coração

DR. A. WANDER, S. A., BERNE
A venda em todas as farmácias e drogarias a Esc. 14500
UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL
ALVES & C. A IRMÃOS
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



ALCACYL WANDER

Sala
Est.
Tab
N.º