

Ano XI

N.º 1

Janeiro 1934



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

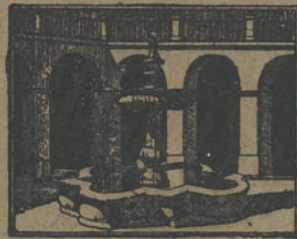
*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura 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. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc.** Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CRYST.

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



Phosphorrend

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

Sala B
Est. 9
Tab. 2
N.º 13

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^ª 240, Rua da Palma, 246

AS CRIANÇAS E A DISCIPLINA INTESTINAL



No período do crescimento, é absolutamente necessário conseguir das crianças uma evacuação intestinal regular. Para obter este resultado, é necessária a escolha dum produto que não contenha drásticos.

O 'Petrolagar' é a preparação por excelência que habitua a evacuar, a uma hora certa, um bolo fecal de consistência normal.

O 'Petrolagar' dá igualmente excelentes resultados nos adultos: Uma a duas colheres das de sopa, de manhã e à noite, ou depois das refeições.

Dose para as crianças: Uma colher das de chá uma vez por dia.

'Petrolagar'

(Marca Registrada)

PETROLAGAR LABORATORIES, LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES N. 16.
Representante em Portugal: RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES 31, 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 **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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



deve tomar-se sempre!

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA
PORTUGAL E COLÓNIAS
89, CALÇADA DE S. FRANCISCO, 87 - LISBOA

Mantua, Lda
TELEF. 2.217

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 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. 10108, 36. Telefone 701



HICKS O TERMÓMETRO
 DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

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

Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Lolos, 35-37

3

razões para se
prescrever a

ANTIPHLOGISTINE

em

P N E U M O N I A

- 1. Analgesica:** *Alivia a dor pleurítica;*
- 2. Resolvente:** *Favorece a resolução;*
- 3. Calmante:** *Acalma os sistemas nervoso e muscular o que assegura repouso e bem estar ao paciente.*

Aplicada em forma de colete sobre toda a parede torácica, a ANTIPHLOGISTINE muito contribuirá para promover o repouso e o sono, que são essenciais para sustentar a vitalidade do enfermo



PEÇAM AMOSTRAS E LITERATURA

The Denver Chemical Mfg. Co.,

Nova York

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A

O leite materno é o alimento ideal para as crianças quando no periodo de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substituir-lho pelo

MODILLAC

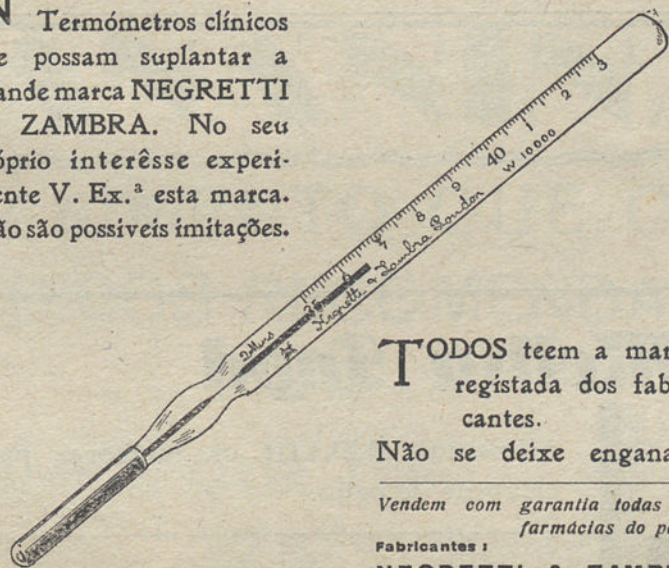
que dá ao leite de vaca as propriedades do leite materno

Consultai o seu médico sobre o valor scientifico do

MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMÁCIAS

NÃO há no mundo Termómetros clínicos que possam suplantar a grande marca **NEGRETTI & ZAMBRA**. No seu próprio interêsse experimente *V. Ex.^a* esta marca. Não são possíveis imitações.



TODOS tem a marca registada dos fabricantes.

Não se deixe enganar!

Vendem com garantia todas as farmácias do país.

Fabricantes :

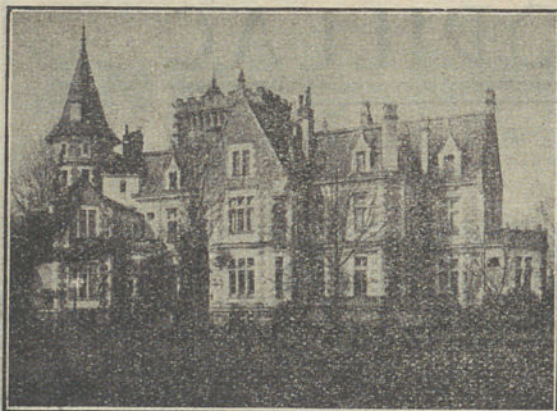
NEGRETTI & ZAMBRA
38, Holborn Viaduct Londres

CHATEAU DE PREVILLE—ORTHEZ

Próximo de Pau (Baixos Pirineos)

Casa de tratamentos, Repouso e Regimens

T. 52



Dr. Marcel DHERS,
director

Afeções do Sistema Nervoso, Perturbações orgânicas e funcionais.

Curas de desintoxicações

Convalescências

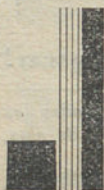
Electo-Radiologia
Hidroterapia

Mecanoterapia
Psicoterapia

Instalações luxuosas e confortáveis, no meio de um parque com doze hectares, nas proximidades de Pau e Biarritz, sob um ceu "bearnais" e um clima reputado.

Dão-se informações a quem as pedir

Mellin Food



Alimentos MELLIN os melhores para
crianças de peito.

A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 4748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

BANANINA

O ALIMENTO QUE OS
MÉDICOS RECOMENDAM



AQUELE QUE OS
BÉBÉS PREFEREM

Kola Astier

Extracto completo, rigorosamente doseado, contendo todos os principios activos da noz fresca

A Kola Astier soberana na gripe —
abrevia a convalescença
das doenças infecciosas

A Kola Astier é o medicamento de eleição para os estados depressivos

A Kola Astier está indicada em todas as afecções agudas ou crónicas do aparelho respiratório

A Kola Astier estimula o sistema nervoso, desperta as faculdades intellectuais, combate o *surmenage*

A Kola Astier tonifica a energia, regularisa o ritmo cardiaco

DOSE MÉDIA : 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche
P A R I S

Literatura e Amostras :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. da Palma 240-246
L I S B O A



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A constituição e as doenças mentais</i> , por Victor Fontes.....	Pág. 1
<i>Leucémia aguda de células mononucleares</i> , por Cassiano Neves e P. Roberto Chaves.....	» 26
<i>A-proósito dum «epidermóidoma» da íris</i> , por Lopes de Andrade..	» 40
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 51
<i>Notícias & Informações</i>	» I

A CONSTITUIÇÃO E AS DOENÇAS MENTAIS

(Notas de morfologia)

POR

VÍCTOR FONTES

Ao Ex.^{mo} Sr. Prof. Sobral Cid

A noção de *constituição* cada vez mais se impõe em patologia. A *causa patogénica*, segundo o critério simplista e unitário que d'antes tinha, é hoje um complexo conjunto de *factores causais*.

Para que uma doença se instale, torna-se necessário que o agente patológico específico dessa doença, a constituição do indivíduo, o estado bioquímico do organismo no momento da invasão, etc., se disponham uns em relação aos outros num estado conveniente de receptividade própria para a sua eclosão. Qualquer destes factores causais tem, pois, a maior importância no aparecimento do fenómeno patológico e ainda na sua evolução.

Dentro desta orientação geral, os estudos de morfologia possuem um interesse crescente, pois vieram dar à medicina um aspecto fundamentalmente *constitucionalístico*. É que a *fórmula constitucional* do indivíduo, como lhe chama Rossi (1), é um

(1) E. Rossi. — Valore della costituzione nelle malattie mentali e considerazioni sintetiche sul Paranoidismo. In Giorn. di Psichiatria e di Neurologia, An. LX. Fasc. IV., 1932.

conjunto realizado pela forma exterior do corpo, pelo desenvolvimento e função das vísceras, composição e actividade humoral e actividade da mente.

Mas se a constituição do indivíduo merece ao clínico, em tôdas as secções da patologia, o mesmo interêsse que o agente patogénico, na psiquiatria, uma dessas secções, o factor constitucional atinge o máximo do seu valor e significação.

As doenças toxi-infecciosas caracterizam-se, do lado do elemento patogénico, pela especificidade; do lado da constituição, por um estado bioquímico caracteristicamente *defensivo* contra êsse agente (formação de anti-corpos, antitoxinas, leucocitose, estados febris activando reacções vitais, etc.). Se todos êstes factores variam de indivíduo para indivíduo, conforme a constituição, dando às doenças uma evolução e uma gravidade diversas, elas, no entanto, precisam indispensavelmente de um factor vindo do exterior. Não há febre tifóide sem bacilo de Eberth, difteria sem bacilo de Loeffler, alcoolismo sem alcool, saturnismo sem chumbo.

Podemos, pois, concluir que estas doenças se caracterizam pela existência, entre os seus *factores causais*, de um de ordem *extrínseca*.

Outras doenças há, porém, em que não é conhecido um agente patogénico de origem extrínseca e que, por suas características, se afastam tão acentuadamente das de natureza toxi-infecciosa, que somos levados a agrupá-las separadamente. Nessas doenças o factor *constituição* é primacial; é como o *primum movens*, pelo menos no estado actual dos nossos conhecimentos.

Se a bioquímica dos indivíduos portadores destas doenças se encontra, em regra, afastada da normalidade, no entanto ela difere da que citámos acima, em não se caracterizar por um estado de defesa, do aspecto e forma que acima dissemos. Ao contrário das doenças tóxi-infecciosas de *causas extrínsecas*, são doenças *intrínsecas*.

Estas doenças são designadas, por alguns autores, por *doenças constitucionais*, designação que, em nosso entender, não é de usar, pois parece excluir o factor constitucional nas que ficam fora dêste grupo.

Entre os estados patológicos em que o factor constitucional



tem o maior destaque estão as disendocrínias e uma grande parte das doenças mentais. Se existem certos estados patológicos mentais que possuem o seu agente patogénico extrínseco conhecido (micróbio ou tóxico), como a paralisia geral, o *delirium tremens*, etc., outros há em que falta êsse agente (pelo menos não conhecido no momento) e em que o aspecto morfológico do doente evoluciona tão paralelamente ao processo psiquiátrico que, podemos dizer, êste é como que o sintoma do lado psíquico, de um estado patológico constitucional em evolução.

Sem recuar em tempo às doutrinas hipocráticas dos temperamentos, as quais relacionavam estados físicos com psíquicos, a noção de *constituição paranóide* aparece pela primeira vez com ESQUIROL (1): «A monomania não é senão o exagêro das ideas, desejos, ilusões futuras, nas quais se embalam êstes infelizes, antes da declaração da sua doença, a paranóia».

Cabe, no entanto, a KRETSCHMER, na actualidade, o mérito de ter estabelecido mais fundadamente a inter-relação psico-somática do indivíduo humano. Se a morfologia da escola alemã não traz novidades essenciais a juntar ao que disseram SIGAUD e GIOVANNI, a relação posta em destaque por KRETSCHMER entre os tipos morfológicos e os psiquiátricos e ainda a constatação dos primeiros nos indivíduos em que encontrou o chamado *temperamento esquizóide e ciclóide*, tem um inegável valor e veio dar à psiquiatria e à psicologia um maior e mais preciso fundamento somático do que tinham até aqui. E, se bem que ainda existam hesitações em certos aspectos do problema, no entanto, como princípio estabelecido e campo a desvendar, a escola alemã é um prometedor manancial de investigações.

Dentro desta orientação temos procedido, há já alguns anos, à observação morfológica dos internados no Manicómio Bombarda, por amável cedência e bom desejo do seu ilustre Director, o Ex.^{mo} Sr. Prof. SOBRAL CID, no que somos em muito ajudados pelo nosso estimado colaborador e amigo Dr. BARREIROS SANTOS.

Aí temos encontrado basto fundamento ao que acabamos de expor e se as nossas observações nem sempre são concludentes no sentido duma confirmação do diagnóstico psiquiátrico, elas possuem sempre o interêsse de um valioso documento morfológico.

(1) ESQUIROL. — *Traité des maladies mentales*. Paris. 1838.

Do arquivo das nossas observações vamos apresentar no presente estudo três casos que supomos disso merecedores.

Para abreviarmos a exposição tirámos das respectivas histórias clínicas do serviço os dados fundamentais, juntando alguns elementos de observação pessoal, e resumimos a observação morfológica ao que julgamos essencial.

OBSERVAÇÃO I. — Maria L. de C., dezasseis anos, natural de Lisboa.

Diagnóstico psiquiátrico: *processo esquizofrénico*. Do lado psíquico, destacamos ainda um certo infantilismo de atitudes, que se traduz, entre outras pequenas manifestações, na maneira de falar. Assim, quando se refere a si própria, fala sempre na terceira pessoa: «A Maria vai fazer isto. É para a Maria. Ela não sabe», o que, como é conhecido, corresponde a uma construção gramatical infantil. Igualmente referiremos que, durante o seu internamento, não se tem manifestado qualquer acto que possa ser tomado como uma manifestação de libido sexual.

Hereditariedade sem maior significado no sentido da transmissibilidade de taras.

Antecedentes pessoais: da idade infantil nada consta digno de registo; aprendeu a ler e a escrever na escola primária, com regular aproveitamento. A família refere uma acentuada miopia desde criança. Primeira menstruação aos treze anos. Nessa altura começou revelando os primeiros sintomas da psicose que, de então para cá, se têm acentuado. Crescimento brusco e muito especialmente em altura. A menstruação tem-se mantido regularmente até hoje.

Análise de sangue (Wassermann), negativa.

Análise de urinas: nada de notável.

Observação morfológica. Impressão geral: tipo longilíneo, hiperplástico no sentido da altura, hiposténico, displástico, com desproporção entre o estreito e alto tórax e a bacia anômalmamente larga; lipodistrofia da região lombo-glútea. Atitude de desconfiança, meio de defesa, meio agressiva.

Cabeça: pequena, alongada, dolicocefala (índice cefálico, 73,9), com apagamento das bossas frontais. Pele muito espessa, sêca, anemiada, com abundante acne em evolução. Edemaciada, fortemente aderente ao tecido celular subcutâneo, a pele forma espessas pregas nas regiões onde mais habitualmente se encontram, sobretudo ao nível da região intersupraciliar. Esta região encontra-se constantemente sob a acção dos músculos supraciliares, que aí cavam profundas pregas de caprichosa disposição, dando à face uma expressão de permanente mau humor.

Olhos grandes, globos oculares salientes, mas sem o intenso brilho que habitualmente se vê nos basedowianos. Esta disposição atribuímo-la essencialmente à miopia. Pálpebras notavelmente espessas, principalmente as superiores, que lembram as pálpebras dos brighticos. Sobrancelhas largas, mas com pêlos mal semeados e aproximadas pela contracção que acima referimos. Nariz pequeno, de dorso sinuoso.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

Lisboa



Um novo produto Schering

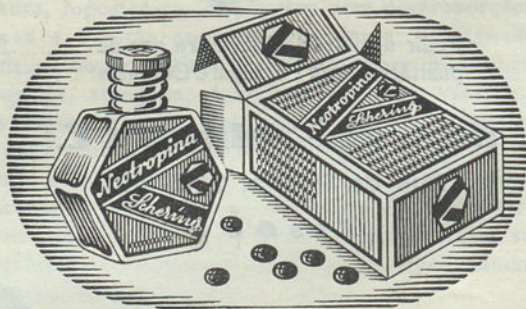
NEOTROPINA

Preparado córante
para o tratamento das infecções do
aparelho genito-urinário.

VANTAGENS ESPECIAIS:

- 1 *Acção bactericida intensa*
- 2 *Alto poder de penetração*
- 3 *Efeito sedativo nas inflamações*

Especialmente indicado no tratamento da
blenorragia. Dá bons resultados nos casos de pielite
e cistite rebeldes aos outros tratamentos.



Embalagem original: Frascos com 20 dragêas de 0,10 gr.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIM

Os nossos concessionários:

Schering S. A. Portuguesa de Responsabilidade Limitada
Largo da Anunciada 9-2º, Apartado 279, Lisboa

Face comprida, leptoprosopa (índice facial: Kollmann, 100), *bouffée*, bombeada, infantil. Há um certo infantilismo na expressão e morfologia da face. Bôca pequena, entreaberta, de lábios muito espessos; dentes regulares, mento breve, arredondado; orelhas pequenas, de lóbulos aderentes.

Pescoço alto e fino, vendo-se os reļevos musculares.

Tronco: o tronco (figs. 1, 2, e 3), é o mais estranho de todos os segmentos do corpo desta doente. Notavelmente alto, de tórax anormalmente estreito, achatado lateralmente, o que dá o esterno em quilha, contrasta acentuadamente com a enorme largura da bacia. Da cintura, que é estreitíssima (perímetro: 60 cm.; diâmetro transverso a este nível: 20 cm.), para baixo, as dimensões aumentam desproporcionadamente (perímetro abdominal ao nível do umbigo: 89 cm.; diâmetro biiliaco: 29 cm.). Este alargamento é sobretudo devido à disposição do esqueleto, como se vê na radiografia da fig. 3.

O tórax é bastante alto, descendo até muito perto das cristas ilíacas. Seios grandes, muito desenvolvidos para a idade, pendentes, flácidos, com glândulas bem formadas, mesmo grandes, muito baixamente inseridos. Abdômen largo e alto, de paredes tensas.

Visto por detrás (fig. 2), o tronco apresenta o mesmo aspecto alongado, alto, e disforme, em desproporção com o alargamento ósseo da bacia, o qual é acompanhado por uma apreciável acumulação de gordura na região lombo-glútea.

Membros finos, longos (altura do vértex, 1.660 mm., grande envergadura, 1.720 mm.) cs superiores de tipo cilíndrico; nos inferiores, as coxas, vindas de tão larga bacia, são bem do tipo feminino. *Genu valgum*. Extremidades finas e compridas, mãos flácidas.

Sistema piloso: cabelo na cabeça abundante, forte, áspero, sêco, de cor castanha escura. Nuca de tipo masculino. Axilas com pêlos abundantes, ligeira hipertricose dos antebraços e pernas. Púbis tipo feminino, pouco abundante, púbere. Tronco glabro.

Orgãos sexuais externos: morfologia normal.

Glândula tiroideia francamente palpável.

Aparelhos bronco-pulmonar e circulatório: não revelam, à auscultação, qualquer ruído patológico. Notámos uma intensa taquicardia, 145 pulsações por minuto, a que adiante nos referiremos.



Fig. 1

Metabolismo basal: não foi possível, a-pesar-de várias tentativas, medir o metabolismo desta doente, pelo seu estado de irrequietude.

Exame radiográfico: o exame radiográfico do tronco desta doente merece a nossa atenção. Na fig. 3 vai representada uma redução a 1/6 do decalque de uma radiografia feita ao tronco (tórax e região abdomino-pélvica). Como a redução é já considerável, as desproporções não se tornam tão evidentes como na grandeza natural. No entanto, ainda assim, mesmo aqui, se notam com suficiente relêvo. O que mais se acentua é a desproporção entre as dimensões transversais do tórax e as da bacia, facto já assinalado quando da descrição exterior do corpo, mas aqui mais evidenciado. O tórax é excepcionalmente estreito, lembrando, pelas suas proporções transversais, o de uma criança de dez a doze anos. Sobre a larguíssima bacia que ali se mostra, deveria, em condições normais, assentar um amplo abdômen encimado por um largo tórax, o que assim não sucede. Esta é a mais notável desarmonia aqui revelada.

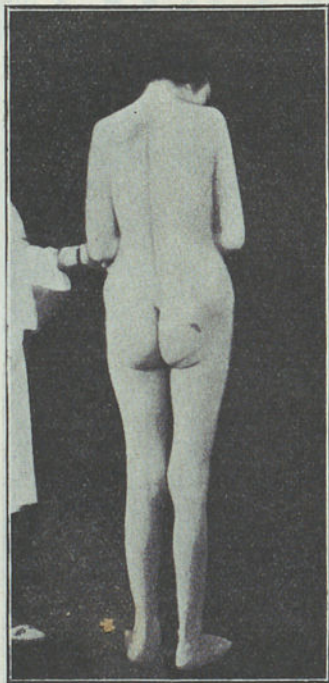


Fig. 2

O exame dos órgãos intratorácicos é também curioso. Aí se vê o coração de pequenas dimensões e como que pendurado. É o *cor pendulum* característico dos tórax alongados, o coração dos longilínios, dos asténicos. O arco aórtico é também muito saliente, se bem que se não encontrem sinais clínicos de dilatação.

Um outro pormenor interessante que se vê nesta radiografia e que confirma um carácter morfológico a que já fizemos devida referência, é a existência das sombras dos seios tão baixamente inseridos.

A sombra do fígado parece mostrar uma glândula pequena. A cúpula do estômago vê-se claramente na radiografia, sem alteração apreciável.

Fizemos também a radiografia do crânio, não tendo revelado nada de notável (sela turca normal). A radiografia da mão direita mostra-nos que a soldadura das epífises se encontra manifestamente atrasada.

Exame antropométrico (1): altura do vértex, 1.660 mm.; grande enver-

(1) Como para o presente estudo não interessam tôlas as medidas tiradas, transcrevemos apenas, para os casos que apresentamos, algumas delas mais características.

gadura, 1.720 mm.; pêso, 49 quil.; índice cefálico, 73,9 (dolicocefalia); índice nasal, 66,6 (platirrínio); índice facial de Kollmann, 100 (leptoprosopia); índice auricular, 50.

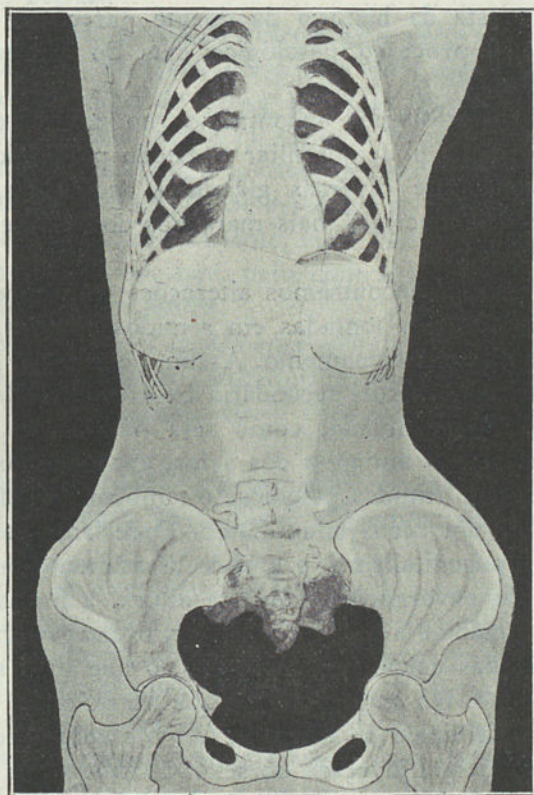


Fig. 3

Conclusão e discussão. — Pelos elementos fornecidos pela história da doente, vemos que se trata de um processo psicótico de início coincidindo com o aparecimento da puberdade. Daqui pois poderemos seguramente concluir que o fenómeno mental está ligado ao abalo endócrino que nessa ocasião se manifestou. Como parece não ter havido qualquer acidente patológico (infectioso ou outro) que precedesse a eclosão da psicose e da disendocrínia, podemos admitir um processo constitucional que nessa altura fêz a sua eclosão. ; Haveria já desequilíbrio endócrino

antes da puberdade, o qual, quando da actividade genital, mais se acentuou, ou seria apenas essa actividade sexual a faúlha que desencadeou a perturbação constitucional de que a doente hoje sofre?

Do que consta da história da doente parece-nos poder deduzir-se que o processo patológico data do aparecimento da puberdade.

Pelo lado morfológico encontrámos no nosso exemplar estigmas pelos quais podemos filiar o estado patológico em alterações funcionais de diversas glândulas endócrinas, sendo os sintomas de disendocrínia mais marcados do lado *genital, hipofisário e tiroideu*.

Do lado *genital* encontrámos alterações que, apreciadas isoladamente, podem ser tomadas em sentidos opostos, isto é, no do hiper e do hipofuncionamento. Assim, se por um lado vemos uma caracterização sexual secundária bem estabelecida, nalguns aspectos mesmo acentuada, como seja o enorme desenvolvimento da bacia e o tamanho dos seios, encontrámos, pelo contrário, em certas atitudes psíquicas e também do lado da arquitectura facial, um certo infantilismo. Poderíamos tomar como sintoma de hipogenitalismo, o grande crescimento em altura, o predomínio da envergadura sôbre a altura, a forma estreita e alongada das mãos e a flacidez articular, o *genu valgum*, a falta de soldadura das extremidades ósseas, o que tudo se encontra no eunucoidismo. No entanto, ainda que MARAÑON (1) diga que o eunucoidismo feminino se distingue do masculino por neste se dar uma tendência à inversão do sexo, ao passo que naquele há como que uma fixação da morfologia feminina tal como se encontra na adolescência, e ainda o facto de haver casos de eunucoidismo com desenvolvimento normal ou mesmo hipertrofia dos órgãos genitais (caso de BAUER) (2), supomos, no entanto, não ser possível estabelecer o diagnóstico de eunucoidismo para a nossa doente, visto nela encontrarmos do lado sexual sinais de franca e até de acentuada evolução, como sejam a regularidade menstrual, o tamanho dos seios, a largura da bacia, etc.

(1) G. MARAÑON. — Estudios de fisiopatología sexual. Barcelona. 1931.

(2) J. BAUER. — Fisiología, patología y clinica de las secreciones internas. Madrid. 1929.

Também do lado genital devemos citar estigmas de intersexualidade, ainda que fracos; assim, temos a implantação dos cabelos na nuca do tipo masculino e uma certa hipertricose nos antebraços e pernas.

Do lado *tiroideu* podemos referir uma certa edemaciação da pele e ainda seria possível interpretar os estigmas de hipogenitalismo como sendo de causa tiroideia. É bem conhecida a influência da glândula tiroideia sôbre a paragem do desenvolvimento sexual; no entanto, os casos dessa origem, quando apanham o indivíduo em estado de crescimento (e seria êsse o caso presente), detêm êsse crescimento, facto êste que se não observa no nosso exemplar, em que, pelo contrário, se nota um acentuado crescimento em altura.

A taquicardia poderá igualmente atribuir-se a hipertiroidismo, assim como, em parte, o exoftalmo que a doente apresenta; no entanto, as características dêsse exoftalmo estão, parece-nos, ligadas à miopia.

O metabolismo basal teria o maior interêsse para o diagnóstico da nossa doente, mas, como dissemos, não foi possível medi-lo.

Finalmente, as alterações da *hipófise*, e neste caso seria uma alteração glandular da pre-hipófise, dão o gigantismo acromegaloide. Na nossa doente constatámos um notável crescimento, que pode ser interpretado como o início de um gigantismo. Do lado da face não lhe encontrámos estigmas de acromegalia. FALTA (1) cita casos de acromegalia em que primeiramente se observa apenas aumento de crescimento e depois, tardiamente, se instala a acromegalia com tôda a sua sintomatologia. Atendendo à idade do nosso exemplar, ¿pertencerá êle a essa variedade de tipos?

Supomos que na nossa doente a evolução do seu desenvolvimento poderá talvez esclarecer o diagnóstico num futuro mais ou menos próximo.

Como se vê, o embaraço para estabelecer um diagnóstico pelos caracteres morfológicos é grande. Torna-se, pois, necessário esclarece-lo, se mesmo assim fôr possível, por meios laborato-

(1) FALTA. — Tratado de las enfermedades de las glandulas de secreción interna. Barcelona. 1930.

riais. O valor citológico do sangue, as provas fármaco-dinâmicas, como o metabolismo dos hidratos de carbono, termo-reacção de Cushing e outras, poderiam talvez auxiliar-nos nesse sentido. Supomos, porém, que, em face dos dados que possuímos, podemos talvez propor um diagnóstico.

Como é sabido, existe uma íntima relação entre tôdas as glândulas endócrinas; algumas há, porém, que, pela natureza de sua função, são mais imediatamente interdependentes; é o caso das três glândulas que apontámos como afectadas no nosso caso: genitais, tiroideia e hipófise. A função genital é fortemente influenciada pela hipófise e pela tiroideia e tôdas elas intervêm muito efectivamente no desenvolvimento do organismo. As suas alterações funcionais modificam, portanto, a morfologia geral do indivíduo. Em face destas considerações e dos sintomas que apreciámos na nossa doente, podemos, pois, pensar numa *esclerose múltipla de FALTA, de base génito-tiro-hipofisária*.

Concluindo, caracterizaremos pois o nosso caso como: *tipo longilíneo, tendência a gigantismo, com caracteres de asténico (KRETSCHMER), hiper-displástico num sentido disendócrino mixto: génito-tiro-hipofisário*.

OBSERVAÇÃO II. — José D., trinta e um anos, natural de Loures.

Diagnóstico psiquiátrico: *oligofrenia, idiotia*.

Hereditariedade: nada consta, abandonado pela família.

Antecedentes pessoais: Nada se sabe anteriormente à sua entrada no Manicómio; apenas se constata cicatrizes de variola, que são anteriores à sua admissão. Este doente encontra-se internado no Manicómio desde os oito anos; nada de especial se tem passado durante o seu internamento. O seu estado psíquico actual é o de quasi constante mutismo. Raros solilóquios, de curtas e breves palavras; imundo.

Observação morfológica. Impressão geral: tipo hipoplástico, alongado, displástico, com flagrante desharmonia entre o comprimento dos vários segmentos do corpo e membros, o que, a uma breve inspecção, lhe dá um aspecto desagradável. Expressão *hébété* e de alheamento.

Cabeça: face alta, estreita, fronte um pouco elevada, rectangular, com predominância do andar médio. Cabelos avançando aos lados até às sobrancelhas, que são espessas e confluentes. Olhos de iris castanha clara, com pestanas grandes, reviradas; nariz fino, aguçado; bôca de lábios grossos, apagamento acentuado dos sulcos naso-labiais e naso-genianos. Comissura bucal direita um pouco mais elevada que a esquerda; mento fino, um pouco aguçado. Cicatrizes de variola por tôda a face. Orelhas assimétricas, a esquerda mais descolada do crânio.

Face sem expressão, com poucas rugas. As que se fazem activamente são as que partem das comissuras externas dos olhos, e algumas, raras, na fronte, onde se dispõem assimetricamente, dando à face a expressão dum sorriso alvar. Língua escrotal tipo cerebral; dentes cariados, em muito mau estado.

A cabeça, vista lateralmente (norma lateralis), apresenta a fronte vertical; pequena saliência glabellar, násion sem depressão. Nariz com dorso rectilíneo e extremidade fina e aguçada; lábio superior curto e mento breve, realizando assim o perfil asténico. Bossas frontais salientes; linha frontal arredondando-se até ao vértex, ligeiro achatamento obeliano; não há destaque da escama occipital. Norma posterior globosa. Norma superior, crânio ovóide, com achatamento lateral nas regiões parietais.

Pescoço fino e alto.

Tronco. O tronco é desproporcionado em relação ao comprimento dos membros (fig. 4). Muito estreito, cilíndrico, disformemente alto, ombros muito estreitos (diâmetro biacromial: 295 mm.), o esquerdo mais elevado que o direito. Assimetria torácica, fossa supraclavicular muito mais escavada à direita que à esquerda, dando maior relêvo à clavícula dêste lado. Esterno muito curto em relação ao tamanho do tronco (altura fúrculo-xifoideia: 135 mm.; altura xifo-púbica: 380 mm.), com nitido rosário, mais acentuado à direita pelo maior apagamento do hemitorax esquerdo. Mamilos com pequena mancha aureolar. Raríssimos pêlos ao longo do esterno. Rebordos costais aproximados da vertical, com ângulo de Charpy muito agudo. Abdómen excepcionalmente alto, mas estreito, pela disposição dos rebordos costais, que descem muito verticalmente até muito próximo das cristas ilíacas. Paredes tensas, cicatriz umbilical muito superficial e pequena. Porção infraumbilical do abdómen levemente globosa. Bacia muito estreita (diâmetro biilíaco: 230 mm.). Visto posteriormente, o dorso é muito alto, a distância do pescoço ao sulco interglúteo



Fig. 4

(fig. 5) é desproporcionada em relação ao resto do corpo. Pequena escoliose cêrvico-dorsal virada à direita, compensada na região lombar. Lordóse lombar acentuada. Regiões glúteas estreitas e pouco volumosas. Cicatrizes de variável por todo o corpo e membros.

Membros: a desproporção entre o comprimento dos membros e o do tronco é o que mais impressiona no nosso exemplar (altura do vértex, 1.560 mm. e grande envergadura, 1.400 mm.). Há, sobretudo, do lado dos membros superiores uma micrómelia. O braço atinge apenas o meio do tronco (fig. 4). O cotovêlo fica 16 cm. acima da crista ilíaca. A micrómelia é mais acentuada proporcionalmente nos segmentos proximais do membro que nos mediais. Mãos pequenas, com dedos muito curtos em relação à palma, que é larga e espessa. Os membros inferiores, pobres de relevos musculares, são

finos e caracteristicamente em ansa (coxas de asténico). Comprimento das pernas pequeno relativamente ao das coxas (distância grande trocânter entre-linha articular do joelho, lado externo, 330 cm.; distância da entre-linha articular do joelho ao vértice maleolar externo, 360 cm.). Pés fortes, espessos e grandes.

Sistema piloso: cabelo da cabeça castanho escuro, sêco, um pouco encaracolado, avançando aos lados da fronte até à cauda das sobrancelhas. Nuca tipo masculino descendo bastante. As sobrancelhas são espessas e confluentes. Barba e buço com poucos pêlos e mal semeados. Raríssimos pêlos no externo. *Duvet* abundante no dorso e membros inferiores e mais raro na face anterior do tronco. Pêlos nas axilas, púbis basto e do tipo masculino, subindo na linha branca e continuando-se aos lados no períneo com os pêlos da face interna das coxas.



Fig. 5

Órgãos sexuais externos: macrogenitosomia. Pênis anormalmente grande, com glândula livre; testículos volumosos (fig. 4).

Glândula tiroideia: não se palpa.

Radiografia da cabeça: sela turca normal. Numerosos ossos wórmios na sutura occipito-parietal.

Exame antropométrico: altura do vértex, 1.560 mm.; grande envergadura, 1.400 mm.; pêso, 40 quil.; índice cefálico, 74,8 (dolicocefalo); índice fronto-parietal, 68,4; índice nasal, 55,3

(platirrínio); índice facial de Kolmann, 88,2 (cameprosopo); índice auricular, 46,1; índice torácico, 73,8.

Metabolismo basal: não foi possível medir o metabolismo basal, por causa do estado psíquico do doente.

Discussão e conclusão.—Pelos elementos colhidos na história e observação do nosso exemplar, e não atribuindo à varíola que o doente teve antes dos oito anos, intervenção na etiologia do processo patológico que hoje apresenta, podemos dizer que se trata de um indivíduo sofrendo de um estado psicótico que supomos congénito, coincidindo com uma constituição morfológica displásica. Isto é, trata-se de um estado patológico constitucional.

Pelo lado morfológico, vemos neste doente uma conformação

LISBOA MÉDICA



JUNO

KLIMAKTON



contra os
distúrbios do climacterio

COMPOSIÇÃO:

3 cg. de substancia ovarica da mais pura (Ovaradeno),
6 mg. de substancia da thyroideas da mais pura (Thyradeno),
15 cg. de Bromural e 15 cg. de Calcio-Diuretina,

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO.

**PROFILAXIA
E TRATAMENTO
"PER OS"
DE TODAS AS
ESPIROQUETOSES
DISENTERIA
AMIBIANA
PALUDISMO**

PELO

Stovarsol

**TRATAMENTO
ARSENICAL
DOS ESTADOS
D'ANEMIA
& D'ASTENIA**

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 26
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25
FRASCOS DE 10
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS A 0 gr 01

**O EMPREGO DO
STOVAR SOL
DEVE ESTAR
SEMPRE SOB A
VIGILANCIA DO
MEDICO ●**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES **POULENC Frères & USINES du RHONE**
86.rue Vieille du Temple, PARIS 5^e

Oréville

francamente displástica, sem que saibamos fundamentar essa displasia imediatamente em perturbações endócrinas.

Essa displasia faz-se mais acentuadamente no sentido do que habitualmente se designa por *degenerescência*, designação aliás muito vaga e que supomos servir para nela incluímos as displasias que não sabemos colocar dentro da classificação geral dos fenómenos mórbidos.

O distúrbio plástico mais imediatamente evidente é, sem dúvida, a micrómelia, sobretudo dos membros superiores, o que, para estabelecermos um diagnóstico, impõe logo a diferenciação da condrodistrofia denominada *acondroplasia*, doença bem caracteristicamente micromélica. O nosso caso não apresenta seguramente uma sintomatologia de forma a podermos confundí-lo com aquela condrodistrofia. Em primeiro lugar, a micrómelia do acondroplásico é muito mais acentuada que no nosso exemplar (na relação de 2 : 1, FALTA) e a forma dos membros do acondroplásico é caracteristicamente arqueada (REUS e KOLIKOS) e mostra, em regra, em oposição à falta de crescimento das diáfises, um alargamento das epífises, o que dá um acentuado espessamento das articulações, facto que não se observa no nosso doente. A cabeça e a face dos acondroplásicos é grande e tem uma forma característica devido à precoce ossificação do osso tribásico (WIRCHOW); as mãos são largas e os dedos dispostos radialmente, mão em *tridente*. Outros sintomas serviriam para diferenciar o nosso caso da acondroplasia, mas bastam os citados, para excluirmos êsse diagnóstico.

Igualmente o nosso doente se não pode incluir noutros estados patológicos que dão micrómelia, como por exemplo os que são devidos a agnésia total ou parcial de segmentos ósseos dos membros, visto que êsses segmentos aqui existem, apenas se encontrando mais encurtados em relação ao tronco.

¿ Que processo mórbido teria alterado o crescimento dos diferentes segmentos dêste indivíduo para lhe dar tão bizarras proporções? E, duma forma mais geral: ¿ que processo constitucional, influido ou não hereditariamente, teria perturbado o seu desenvolvimento físico e psíquico para lhe dar, do lado morfológico, as perturbações que acabamos de descrever e, do psicológico, a oligofrenia e a idiotia?

Temos, evidentemente, a tendência em filiar estes distúrbios

em disendocrínias; no entanto, não possuímos elementos morfológicos ou clínicos suficientes para podermos estabelecer uma patogenia nesse sentido.

Deixando, pois, em aberto este aspecto do estudo do nosso exemplar, vamos apreciá-lo segundo a sua estranha morfologia, sôbre a qual nos permitimos fazer as seguintes considerações. As monografias morfológicas são, em regra, feitas sôbre indivíduos que se afastam profundamente do tipo normal. São os casos com grandes defeitos de constituição, os casos teratológicos, ou aqueles que na evolução de uma determinada doença atingem notáveis deformações. Se de facto o conhecimento desses casos

interessa o morfologista, outros há em que se notam variações mais próximas daquilo que é considerado normal, e supomos que estes casos merecem também a atenção do morfologista. E como de facto se encontram mais cêrca do que é habitual, poderão talvez com mais facilidade ser interpretados.

O nosso doente está, em parte, nestas condições. Se o olharmos numa inspecção rápida, notamos qualquer coisa que imediatamente não apercebemos, mas que torna o seu aspecto estranho, desagradável; no entanto, nêle se não nota uma monstruosidade relevante de forma a podermos collocá-lo nos documentos teratológicos. É o que sucede quando o olhamos no seu uniforme hospitalar (fig. 6). Se, no entanto, o virmos mais cuidadosamente, ou sobretudo se o observarmos despido, notamos que as desproporções entre os vários segmentos



Fig. 6

que formam o corpo deste indivíduo são acentuadas.

Considerações deste género são-nos sugeridas freqüentes vezes quando observamos o aspecto morfológico de certos doentes do Manicómio, onde encontramos pequenas deformações, e às quais, pelas razões expostas, damos todo o relêvo e importância.

Voltando ao estudo do nosso caso: ¿como caracterizaremos o nosso exemplar em face das classificações morfológicas conhecidas?

Podemos dizer que na classificação de KRETSCHMER deve ser designado como hipo-displástico, com características predominantes de tipo asténico. Na classificação francesa, é um tipo respiratório, sem que aliás esta designação nos diga qualquer coisa de bem definido. Na escola de GIOVANNI, no que respeita às características de *longilínio* e de *brevilínio*, o caso em estudo apresenta a maior dificuldade de classificação. Não podemos dizer que se trata de um brevilínio, visto que, à simples vista, se nota um predominante crescimento no sentido longitudinal. Mas por sua vez o longilínio de GIOVANNI é o tipo de crescimento em altura, no qual o comprimento dos membros é predominante sobre o do tronco, o que é o contrário no nosso exemplar.

Vejam os que nos dão os caracteres antropométricos. Não vamos, evidentemente, expor aqui a técnica da determinação dos tipos morfológicos segundo a classificação italiana de GIOVANNI (1); diremos apenas que este autor estabeleceu um tipo central, o *normo-tipo (normosplâncnico, mesosquéllico)* com determinados índices antropométricos e organizou umas tabelas nas quais se encontram registados gradualmente os afastamentos, para mais ou para menos, do tipo central. Para o afastamento do tipo médio, conforme se faz mais ou menos acentuadamente, assim GIOVANNI usa as designações de *leve*, quando o afastamento é pequeno, e, sucessivamente, *discreto*, *notável*, *alto* e *altíssimo*, quando é extremo; e isto tanto no sentido positivo, isto é, quando o afastamento do normo-tipo se faz para mais, como no negativo.

Segundo estas normas, são os seguintes os valores do nosso exemplar:

Índice (ou valor) do tronco.....	— 14
» » » dos membros.....	— 18
» » » torácico.....	— 20
» » » do abdómen total.....	— 12
» » » » superior.....	— 5
Altura do esterno.....	— 13

(1) Veja-se neste sentido, entre muitas outras obras da escola italiana, o vol. V dos «Lavori dell'Istituto di clinica medica general della R. Università di Pádova», 1910-1914, Milão, e A. De Giovanni, «Morfologia del corpo umano», Milão, 1904.

Diâmetro transverso torácico	— 24
» ântero-posterior torácico	— 22
Distância epigástrico-púbica	— 9
Diâmetro transverso da bacia	— 21
Comprimento do membro superior	— 21
» » inferior	— 15
Distância xifo-epigástrica	+ 25
Diâmetro transverso hipocondríaco	— 13
» ântero-posterior hipocondríaco...	— 21

Como por aqui se vê, o nosso caso coloca-se, em quinze medidas, acentuadamente abaixo do normo-tipo e com valores que oscilam entre — 5 e — 24, e apenas numa medida (dist. xifo-epigástrica) apresenta um valor positivo de + 25. Aplicando as designações de GIOVANNI e segundo estes números, o nosso doente caracterizar-se-á como segue: tronco, microsplancia *notável*; membros *altamente* microsómicos e, portanto, muito pequenos em relação ao tronco, podendo por isso designar-se como *braquisquéllico*; cavidades, *altíssima* deficiência da cavidade torácica, *notável* deficiência da abdominal, sobretudo na parte inferior, *notável* deficiência do esterno e *altíssima* deficiência das medidas transversais e ântero-posteriores; *altíssima* predominância da altura xifo-epigástrica, *altíssima* deficiência do diâmetro ântero-posterior e *alta* deficiência do diâmetro transverso.

Ora, nos tipos fundamentais de Giovanni, *brevi* e *longilínio*, na relação tronco-membros, nos primeiros há uma excedência (isto é, valor positivo) do tronco sôbre o dos membros que mostram um valor deficiente (negativo) e os membros excedente (positivo). O tórax e o abdómen são, nos brevilínios, grandes e profundos (valor positivo), abdómen exagerado em relação ao tórax e, duma maneira geral, os diâmetros horizontais predominam sôbre os verticais. Por seu turno, os longilínios mostram um valor positivo nos membros e negativo no tronco. Tórax e abdómen longos e estreitos, prevalecendo o tórax sôbre o abdómen, e deficientes os diâmetros verticais em relação aos horizontais.

Em face desta distinção dos dois tipos, o nosso caso não cabe em nenhum dêles. Se é longilínio no tronco, apenas pela predominância das medidas verticais, não o é na relação tronco-membros, em que estes últimos têm, como o tronco, um valor negativo. Se o valor do abdómen é representado por — 12 e o

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

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

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

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

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

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

GÍNECÍNA

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

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

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

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

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 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.



tórax por — 20, o que indica uma relativa predominância da-quele sobre êste, no entanto os valores são ambos negativos e, portanto, fora das características macroesplâncnicas do *brevilínio*. Resumindo, poderíamos dizer que o nosso doente é *longilínio, microesplâncnico* no tronco e *brevilínio* na relação tronco-membros.

O nosso caso é, portanto, inclassificável nas designações da escola italiana de morfologia e a respectiva técnica apenas nos poderá dar o valor das medidas comparadamente ao normo-tipo e a designação parcial dos valores referentes aos vários segmentos medidos.

Vê-se, pois, pelo exposto, que êste caso possui, — além do interêsse clínico, tratado por nós aliás ligeiramente, referindo o que porventura interessava à sua morfologia — o maior interêsse morfológico, pois mostra a dificuldade que por vezes o morfologista encontra na classificação dos exemplares, o que o leva freqüentemente a afastar-se das normas estabelecidas nas diferentes escolas e a criar, êle próprio, designações que lhe sirvam para cada caso em especial.

Como conclusão, podemos, pois, dizer que o nosso doente se caracteriza morfológicamente por ser um *tipo hipo-displástico com características de astênico, consistindo a sua displasia essencialmente numa macrogenitosomia e numa notável desproporção entre o comprimento dos membros superiores e o do tronco no sentido da micrómelia; tronco desproporcionalmente longo com hipoplásia do segmento esternal.*

OBSERVAÇÃO III. — Franquelina L. A., dezóito anos, natural de Lisboa. Diagnóstico psiquiátrico: *oligofrenia, imbecilidade.*

Antecedentes hereditários: alcoolismo paterno. A mãe teve quinze filhos, sete dos quais morreram com pouca idade, até aos cinco anos. Não se averigua sífilis.

Antecedentes pessoais: primeiros passos aos onze meses; atraso acentuado na fala, sendo difícil compreendê-la até aos doze anos. A família diz ter notado sempre deficiência psíquica e uma certa perversidade de carácter. Nunca chorou. Voracidade na comida. Não se veste, não trata da sua higiene. Primeira menstruação perto dos quinze anos. De então para cá é menstruada com regularidade, mas sempre com pequeno fluxo menstrual.

Observação morfológica. Impressão geral: tipo longilínio, hiperevolutivo em altura, com manifesto atraso da caracterização sexual secundária. Proporções eunucóides. Atitude pouco expressiva, suave (fig. 7).

Cabeça: face com predomínio do andar médio, tipo respiratório. Fronte alta e estreita, rectangular, sobrancelhas finas, mas espessas, confluindo no dorso do nariz. Olhos com íris castanha escura, nariz alto e forte, de dorso grosso e extremidade arredondada. Bôca de lábios finos, com fenda bucal grande, mento alto, arredondado e um pouco fugidio, dando um perfil astênico. Sulços naso-labiais e naso-genianos pouco marcados; uma certa infantilidade de traços fisionómicos. Orelhas pequenas, com lóbulo livre. Crânio



Fig. 7



Fig. 8

alto, cabeça pequena, mesaticéfala. Cabelo espêso, liso, descendo aos lados na nuca, do tipo masculino.

Pescoço fino e alto.

Tronco alongado, microesplâncnico, pequeno em relação ao comprimento dos membros, tipo longilínio (fig. 7). Tórax muito alto, descendo aos lados até dois dedos acima das cristas ilíacas, tipo respiratório. Seios muito pequenos, insignificantes (fig. 8), formando ligeiro relêvo, com mamilos bem formados e salientes. Á palpação notam-se apenas pequenos nódulos glandulares.

Abdômen pequeno, paredes tensas com panícula adiposa mais evidente para o lado do púbis. Bacia levemente alargada, podendo dizer-se de tipo feminino, se bem que estreita. Visto pela norma posterior, o tronco mostra-se

também alongado, ainda que pequeno em relação ao comprimento dos membros. Há manifesto aumento de gordura ao nível da região lombo-glútea, se bem que não exagerado. Tronco glabro, axilas com poucos pêlos; púbis tipo feminino, com pêlos pouco abundantes.

Membros: tanto os membros superiores como os inferiores são notavelmente alongados em relação ao tronco. Finos, arredondados, sem relevos musculares aparentes. Extremidades, mãos e pés, muito grandes, sobretudo os pés, que são enormes, com os dedos muito compridos e isolados.

Sistema piloso: cabelo na cabeça basto, liso, forte, castanho escuro. Sobrancelhas espessas, mas finas, delgadas e confluindo por poucos pêlos. Nuca tipo masculino. Tronco glabro; raros pêlos nas axilas, púbis sem subir na linha branca, tipo feminino, com pêlos pouco densos, tipo adolescente, mas passando no períneo para além do orifício anal, tipo masculino. Membros superiores glabros; raros pêlos nas pernas.

Na observação actual temos que referir o timbre da voz, que é mais baixo do que é vulgar na voz feminina, aproximando-se sensivelmente da do rapaz.

Órgãos sexuais externos: não apresentam anomalia de conformação.

Análises, Wassermann: no sangue, negativa. Urinas, nada de notável; açúcar no sangue, 1,08%. Metabolismo basal, 5%.

Glândula tiroideia: não se palpa.

Radiografia da cabeça: a sela turca está deformada em seu contorno geral; um pouco aumentada de volume, apresenta uma forma rectangular aproximando-se da forma que HARVIER e BARIÉTY denominam *sela achatada* (1).

Radiografia da mão direita: vêem-se nitidamente as linhas de separação entre as epífises e as diáfises do cúbito e rádio.

Exame antropométrico: pêso, 60 quil.; índice cefálico, 76,6 (mesaticéfalo); índice fronto-parietal, 70,9; índice nasal, 44 (leptorrínio); índice auricular, 52,6; índice torácico, 78.

Conclusão e discussão. — Em vista do relato feito, podemos afirmar seguramente que os processos psiquiátrico e morfológico se têm acompanhado em tôda a sua evolução; no entanto, tratando-se de um caso de eunuoidismo primário, como julgamos e vamos fundamentar, e sendo o estado de oligofrenia anterior à puberdade, seguramente congénito, temos de admitir um desequilíbrio constitucional endócrino da mesma data. Se de facto não é possível fazer o diagnóstico do eunuoidismo antes da puberdade, como diz BAUER, no entanto não podemos deixar de o

(1) HARVIER e BARIÉTY. — Pathologie des glandes endocrines, in Sympathique et glandes endocrines. «Traité de path. médic. et de thérap. appliquée». Paris. 1927

considerar, no caso presente, como um processo constitucional. «Trata-se de uma simples anomalia constitucional e não de um estado patológico», diz BAUER. FALTA, mantendo o carácter constitucional do eunucoidismo, supõe mesmo que a freqüente associação do eunucoidismo com a idiotia e a epilepsia, fala em favor de uma origem cerebral (centros hipotalâmicos) desta alteração constitucional. Mais adiante nos referiremos a êste aspecto do assunto. Agora servem-nos estas considerações apenas para confirmar a origem anterior à puberdade, certamente congénita, do processo que estamos estudando, e portanto para associar os fenómenos de perturbação psíquica com os de natureza morfológica, constatados depois da puberdade.

Pelos elementos que a observação morfológica nos forneceu e pelos restantes dados clínicos expostos, supomos poder impor o diagnóstico de *eunucoidismo primário*, ou *castratóide* (SEELHEIM).

Se o designamos como *primário* é porque como já dissemos, consideramos congénito o distúrbio psico-morfológico.

O diagnóstico de eunucoidismo pressupõe imediatamente a intervenção do factor hipogenital, isto é, trata-se de um processo de disendocrínia genital no sentido da hipofunção. No entanto, apreciaremos determinados factos que nos levam a pensar na intervenção da neuro-hipófise no processo patológico que estamos apreciando. Os dados essenciais que nos levaram a diagnosticar o eunucoidismo são, do lado morfológico, as proporções eunucóides do esqueleto e o atraso, ou melhor a paragem na evolução de alguns dos caracteres sexuais secundários. É facto que a nossa doente, a-pesar-de ter começado tardiamente a ser menstruada, continua mantendo uma certa regularidade no fluxo menstrual, o que indica, evidentemente, uma notável actividade genital; no entanto, a parte pròpriamente endócrina das glândulas sexuais que comanda a caracterização secundária é que se encontra francamente em hipofunção. Há, portanto, um desequilíbrio, uma acentuada diferença, entre a função pròpriamente endócrina e a de ovulação. Êste facto não é único nos eunucos. Vários autores citam eunucos que apresentam certos caracteres sexuais, físicos e psíquicos, que continuam evolucionando. Já quando foi da observação I, referimos um caso de BAUER nesse sentido e MARAÑÓN, BAUER, FALTA e outros, citam casos de eunucoidismo que manifestam uma certa actividade sexual (física ou psíquica). A du-

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

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

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

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

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

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

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

1877

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

plicidade de funções ováricas que acima citamos é confirmada por vários autores. FRAENKEL nega que os caracteres sexuais femininos, assim como o desejo sexual, sejam dependentes da actividade do corpo lúteo. BUCURA mostrou experimentalmente que a parede folicular da glândula genital feminina produz uma hormona que, em pequenas quantidades, possui a particularidade de estimular intensamente o desenvolvimento do aparelho genital prepúbere em coelhas e de produzir de novo o ciclo do cio em ratos e ratas castradas.

Parece, pois, haver um certo isolamento, uma relativa independência, entre a função ovárica de ovulação e a propriamente endócrina de caracterização sexual. O problema, visto sob este aspecto, está longe de se encontrar resolvido. Ignora-se mesmo se todo este complexo conjunto: ovulação e caracterização sexual secundária, mesmo no individuo de constituição normal, depende exclusivamente do ovário. São conhecidas as influências que outros factores endócrinos extra-genitais possuem sobre a evolução da sexualidade. Assim a função das cápsulas suprarrenais, a das glândulas tiroideias, da epífise e ainda da hipófise. Ultimamente certos biologistas (OLIVET, SCHULTZE, FALTA, ZONDECK, etc.), têm estudado mais detalhadamente a função desta última e das regiões nervosas próximas (3.º ventrículo) e têm reconhecido uma manifesta influência na evolução de certos actos de natureza sexual, e mais especialmente na função do ovário, e a tal ponto que ZONDECK, LACQUEUR, TRIVIÑO e HARO, dizem que a hormona feminina não é exclusivamente ovárica, mas sim um conjunto de increções, entre elas as que vêm da hipófise.

Sem alongarmos mais a discussão sobre este assunto, diremos pois que o facto da nossa doente apresentar caracteres sexuais femininos em plena actividade, como sejam a menstruação, não é, em nosso entender e em face das citações que fizemos, suficiente para excluirmos o caso presente dos estados de eunucoidismo primário.

Como outros sintomas que vêm em favor do nosso diagnóstico, temos ainda as proporções eunucóides do esqueleto, a falta de soldadura das epífises e o metabolismo basal encontrar-se pouco acima do normal.

As perturbações psíquicas atribuímo-las, como já dissemos e mostrámos, ao estado constitucional da doente. Vários autores

citam perturbações dêste género nas mulheres atingidas de eunucoidismo. Assim CURSCHMANN (1) diz que são freqüentes as perturbações psico-neuróticas. BAUER refere também a imbecilidade e a tendência a psicoses degenerativas nas mulheres eunucas.

STERLING, FISCHER, FRAENKEL e outros autores têm estudado recentemente o estado psíquico dos eunucóides, concluindo pela existência de profundos transtornos de inteligência. FALTA refere casos de imbecilidade e ataques epilépticos, cefalalgias, acessos de vertigem e outros sinais de degenerescência psíquica. Os transtornos psíquicos estão tão intimamente ligados ao eunucoidismo, na opinião de FALTA, que êste autor chega a dizer que a freqüente aparição do eunucoidismo, associado à idiotia ou à epilepsia mais ou menos pronunciadas, parece confirmar uma paragem do desenvolvimento do cérebro e que, pelo menos nestes casos, poderia considerar-se a causa primária como existindo no sistema nervoso, sendo admissível uma cooparticipação dos centros tróficos das glândulas genitais que se supõe existirem na região hipotalâmica.

Podemos, pois, concluir que, para o nosso caso, encontramos seguro fundamento nas opiniões expostas para pensar que os sintomas psiquiátricos estão intimamente ligados à constituição eunucóide.

Resta-nos referir a possível intervenção da hipófise na distrofia de que sofre a nossa doente. O eunucoidismo, quando estabelecido na infância, traz, como regra, o crescimento do indivíduo feito à custa dos membros pelo atraso de ossificação das epífises. Daqui resultam as proporções eunucóides, em que predomina o comprimento dos membros em relação ao tronco, o que dá a estes doentes uma grande altura, quando estão de pé, e uma altura regular, por vezes mesmo baixa, quando sentados. É sabido que a hipofunção hipofisária, quando em conjunto com o eunucoidismo primário, traz como consequência uma paragem no crescimento (FALTA, BAUER, CURSCHMANN, etc.), sendo portanto esta espécie de eunucos, baixos e, em regra, de tipo adiposo. No entanto, mesmo nos eunucos de tipo alto e magro, torna-se muito difícil precisar até que ponto se faz sentir a acção da hi-

(1) CURSCHMANN. — Enfermedades endocrinas. Barcelona. 1929.

pófise. FALTA, referindo-se à dependência das glândulas endócrinas umas das outras, diz que é muito difícil interpretar a influência da hipófise e dos centros hipotalâmicos sobre os caracteres sexuais secundários e acrescenta que é muito possível que a insuficiência funcional do lóbulo anterior da hipófise ou a própria alteração dos centros hipotalâmicos, dêem a distrofia sexual consecutiva. Chega mesmo a dizer que é crível que a causa do eunucoidismo seja um transtorno do desenvolvimento desses centros.

Se o crescimento em altura se encontra nos eunucos primários típicos e se é devido ao atraso de ossificação dos ossos longos, sabida como é a inter-relação neurohipófise-glândula genital, não deverá igualmente esquecer-se uma possível hiperactividade hipofisária favorecendo essa forma de crescimento. É, certamente, isto que leva FALTA a escrever: «Nos casos de eunucoidismo, nos quais se intensifica o crescimento em altura, deve admitir-se uma função hipofisária muito intensa ou hipernormal». Ora, no nosso caso, nota-se esse acentuado crescimento em altura.

Não nos esqueceremos dos factores zigóticos predisponentes, como BAUER, MARAÑON, etc., acentuam. Não é esse, porém, o caso da nossa doente. Se o pai tem uma estatura regular, a mãe é manifestamente de altura inferior à normal. Não podemos, portanto, atribuir este acentuado crescimento da doente aos factores hereditários.

Observando os dados morfológicos, vemos que as extremidades dos membros são notavelmente grandes. Na face não vemos estigmas acromegalóides, mas os pés são excepcionalmente grandes (fig. 8). A sela turca encontra-se também deformada e um pouco aumentada de volume. Não poderemos, pois, ligar estes factos: crescimento acentuado, notável tamanho das extremidades dos membros e deformação da sela turca, a uma hiperfunção da hipófise glandular ou ainda a perturbações dos centros hipotalâmicos?

Por seu turno, a persistência do fluxo menstrual não será mais um factor que nos leve a pensar numa hiperfunção hipofisária, a qual excite a porção do ovário que preside a esse acto genital (ASCHEIM, ZONDECK)?

Se, de facto, não encontrámos na nossa doente sintomas a que possamos chamar virilizantes, próprios da hiperfunção hipofisária e que se encontram comumente na acromegalia, lembra-

mos, no entanto, certas disposições do sistema piloso (nuca e púbis estendendo-se ao períneo) e ainda um nítido abaixamento, tipo masculino, do timbre da voz.

Em resumo, não haverá no nosso exemplar uma deficiência genital dando o eunucoidismo e uma compensação hipofisária que mantenha alguns dos caracteres sexuais secundários em evolução e acentui certos caracteres com tendência à masculinização?

Como conclusão e resumo de tóda a nossa observação, diremos que se trata de um *tipo longilíneo, hiperplástico em altura, asténico, eunucóide, apresentando estigmas de disendocrínia francamente hipogenital conjuntamente com sintomas de perturbações neuro-hipofisárias, compensadoras, até certo ponto, da insuficiência genital.*

Tais são os três casos que escolhemos para exemplificar a inter-relação *constituição e doença mental*. Em qualquer deles essa relação é indiscutível e as respectivas observações possuem o seu interesse especial.

A primeira, apresenta um indivíduo desenvolvendo-se regularmente até próximo da puberdade, manifestando-se então a psicose, que se acompanha do lado morfológico por fundas alterações francamente anómalas. A segunda é, evidentemente, um caso igualmente de distrofia constitucional e congénita e tem o interesse especial de tipologia morfológica, como mostrámos. A terceira refere um caso de eunucoidismo feminino. Todos os autores citam como verdadeira raridade os casos de eunucoidismo primário na mulher. Assim confirmam FALTA e BAUER. CURSCHMANN escreve: «Nas mulheres com hipoplasia ou aplasia genital, o tipo do eunucóide magro e alto é raro». E acrescenta apenas conhecer um caso. De facto, a bibliografia sobre este género de distrofia é muito reduzida.

Evidentemente que entre os internados do Manicómio Bombarda muitos outros existem que viriam enfileirar ao lado dos que escolhemos para este nosso estudo e bem nos confirmariam a frequência de estados psiquiátricos em indivíduos com alterações morfológicas. Em futuras notas trataremos de outros casos de igual interesse.

Os estudos desta natureza irão acentuando a íntima ligação

entre os fenómenos psíquicos e somáticos, e darão à morfologia o seu verdadeiro valor, tornando-a, cada vez mais, um valioso auxiliar da clínica e da propedêutica, ajudando o médico a desvendiar os mistérios patológicos do organismo, pela sintomatologia morfológica própria a cada caso.

(*Instituto de Anatomia de Lisboa e Manicómio Bombarda*).

LEUCÊMIA AGUDA DE CÉLULAS MONOCITÓIDES

POR

CASSIANO NEVES e P. ROBERTO CHAVES

Como a leucémia aguda não é muito vulgar, ainda que não seja uma raridade, pareceu-nos interessante arquivar, neste jornal, um caso que observámos, dado o seu polimorfismo clínico e hematológico. Começaremos pela história do caso, falando, ao depois, do seu diagnóstico clínico e citológico, já que nos é vedado entrar na diagnose anátomo-patológica, porquanto não pôde o nosso estudo ser completado nesse campo.

OBSERVAÇÃO. — F., de trinta e quatro anos, de boa constituição, casada, anotava de mais importante na sua história pregressa, cólicas nefréticas, vários ataques de paludismo adquirido em África. Teve dois partos de têrmo, com filhos robustos, e alguns abôrtos. Um de nós (C. N.) foi chamado a sua casa, no dia 2 de Maio último. Encontrou a doente de cama, supondo ela ter uma apendicite.

À observação, notámos dores abdominais difusas, sem localização precisa, talvez mais nítidas no trajecto dos ureteres, vômitos biliosos, constipação de ventre (que era habitual), ausência de temperaturas. O exame dos aparelhos respiratório e circulatório nada revelou de anormal. A palpação e percussão dos rins, intestino, fígado e baço nada acusaram também, pôsto que a doente fôsse uma antiga impaludada. Quere dizer, *não havia nem nunca houve infarto esplênico ou ganglionar*, o que foi constatado por vários colegas. Sem diagnóstico preciso, prescrevemos beladona, um soluto de citrato de sódio e aplicações de gelo.

Voltámos no dia seguinte: continuava apirética; com as mesmas dores. Substituímos o gelo por cataplasmas de linhaça nos rins e no abdômen.

Vimos a doente passados dois dias, encontrando-a a pé, sem dores, mas com hematúria. Como havia no seu passado cólicas nefréticas, mandámos-lhe fazer uma análise de urinas e uma radiografia dos rins.

Aguardávamos os resultados dêstes exames, quando a doente apareceu no consultório de um de nós (C. N.) no dia 7 de Maio, dizendo que lhe tinham aparecido na pele algumas pequenas manchas (hemorragias cutâneas) e, receando que lhe aparecessem na face, por isso nos ia consultar. Simultaneamente, notava-se anemia da pele e das mucosas. Tratava-se de uma púrpura.

E pensámos numa púrpura de tipo abdominal, por a sintomatologia ser, inicialmente e durante alguns dias, somente abdominal. Cloreto de cálcio, sumo de limão, citrato de sódio e hemostil, foi a terapêutica instituída.

A doente voltou no dia 10 com o resultado da radiografia, que era negativa, quanto a cálculos, e com um boletim de análise de urinas, que sinalava a existência de pequena quantidade de albumina (0,42 p. 1.000) presença de pigmentos hemáticos no sedimento, numerosos eritrocitos levemente alterados.

A nossa doente apresentava, então, hemorragias cutâneas difusas no tórax, abdômen, membros superiores e inferiores, sendo as maiores que apareceram, do tamanho de um escudo, ao nível do grande peitoral esquerdo. Na faringe e bôca nada havia a sinalar. Temperatura máxima: 37,3. No dia 15 a doente abre o seu período menstrual, um pouco atrasado, com uma grande menorragia, pelo que ficou de cama e lhe prescrevemos, além de injeções intravenosas de cloreto de cálcio, injeções de coagulene, claudene *per os* e aplicações de gelo. Com o diagnóstico clínico de púrpura fêz-se-lhe (R. C.), no dia 20, uma primeira colheita de sangue para a determinação da fórmula leucocitária, da coagulabilidade, etc., de que seguem os resultados obtidos.

Eritrocitos, p. mmc.....	2.180.000
Leucocitos e gl. nucleados p. mmc...	5.520
Plaquetas p. mmc.....	37.000
Hemoglobina.....	62 %
Valor globular.....	1,2

Fórmula citológica:

	N.º relat.	N.º absol.
Granulócitos neutrófilos.....	3,5	193
» eosinófilos.....	0	0
» basófilos.....	0	0
Linfocitos.....	18	994
Monocitos.....	4	221
Células monocitóides:		
Com núcleo monocítico 40	} 72,5	4.002
» » monobl.º. 8,5		
Binucleadas 24		
Eritroblastos policromatófilos..	2	110
Hipercromia globular, ligeira anisocitose.		

Determinação do tempo de coagulação (processo dos tubos de ensaio). — Tempo de coagulação: 3 minutos. Tempo de coagulação num tubo com sol de cloreto de cálcio: 4 minutos. Não há, pois, inversão do tempo de cálcio. Coágulo irretráctil.

Tempo de hemorragia. — Muito aumentado, superior a 4 minutos.

Hemocultura. — Sementeiras em caldo peptonado e em placas de gelose (gelose-sangue) estéreis.

Conhecida só uma parte da análise, sabendo-se que havia antes trombopénia do que a trombopénia, e irretractibilidade do coágulo, fêz-se o diagnóstico de púrpura de Werlhof. O nosso colega Sr. Dr. Ermindo Álvarez fêz-lhe, a nosso convite, uma transfusão sanguínea de 180 cc., no dia 21, às 12 horas, que a doente suportou muito bem e lhe apagou as já poucas manchas purpúricas que ainda não tinham cedido à terapêutica indicada anteriormente. A doente, com a transfusão, sentiu um certo bem-estar físico e moral, êste, sobretudo, por a pele ter «limpado» quasi completamente. Uma pequena hemorragia da lingua ou esbôço de noma desvaneceu-se também.

Na faringe, nenhum sinal de angina ou falsa angina; somente nos pilares direitos se notavam hemorragias punctiformes. Havia também pequenas hemorragias gengivais. A temperatura até, o dia 20, andou em volta da normal, mas atingiu, neste dia, a máxima de 37,9. E, a partir do dia 21, a temperatura, que era, de manhã, de 38°, passou, desde a tarde dêsse dia, a ser, permanentemente, de 39° a 40°, até à morte, em 27 de Maio.

No dia 22 appareceu uma osteo-periostite do maxilar superior ao nível do segundo molar superior esquerdo, com empastamento da face. O desenrolar da sintomatologia clínica, o conhecimento integral, neste dia, da primeira fórmula hemoleucocitária completa, uma nova análise de sangue colhido neste dia, que adiante transcrevemos, cotejada com a anterior, o facto da transfusão não ter melhorado a doente senão aparentemente, levou-nos a um outro diagnóstico que pusemos (C. N.) em conferência do dia 23: o de leucémia monocítica (Schilling). Clinicamente era um caso típico, como veremos.

Análise de sangue, feita em 22 de Maio de 1933:

Eritrocitos	2.060.000
Leucocitos	13.200
Plaquetas	89.500
Hemoglobina	57 %
Valor globular	1,2

Fórmula citológica:

	N.º relat.	N.º absol.
Granulocitos neutrófilos	1,5	198
» eosinófilos	0	0
» basófilos	0	0
Linfocitos	5,5	726
Monocitos	2	364
Células monocitóides:		
Com núcleo monocítico 56	90	11.880
» » monobl.º.. 5,5		
Binucleadas		
Eritroblastos basófilos ..	0,5	6
» policromatófilos..	0,5	6
Hiperchromia e policromatofilia	globular. Alguns macrocitos.	

IODALOSE GALBRUN

IDO FISIOLÓGICO, SOLÚVEL, ASSIMILÁVEL

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.
 DOSAS MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cinquenta gotas para Adultos.

P. dir. folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.
 LABORATORIO GALBRUN, 8et.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.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

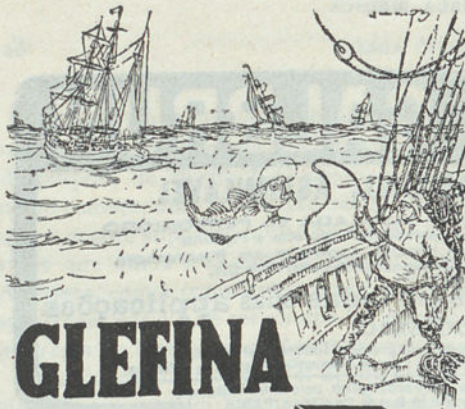
Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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



GLEFINA

é o único reconstituente 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 AGRADÁVEL



Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

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
St-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

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

Coagulabilidade (processo dos tubos de ensaio). — 5 minutos. Não há inversão do tempo do cálcio. *Boa retractibilidade do coágulo.*

Tentámos ainda, a partir do dia 22, o arsénico (neoiacol) em alta dose. Mas, uma injeção intramuscular dava logo um grande hematoma, e uma injeção intravenosa uma hemorragia cutânea e perivascular. Dores articulares, quasi não houve. Dores seguindo o trajecto dos ossos, muito fortes.

No dia 25 fêz-se terceira colheita de sangue para análise :

Eritrocitos	1.280 000
Leucocitos	51.300
Plaquetas	65.000
Hemoglobina	33 %
Valor globular	1,2

Fórmula citológica :

	N. ^o relat.	N. ^o absol.
Granulocitos neutrófilos.....	0,4	205
» eosinófilos.....	0	0
» basófilos	0	0
Linfocitos	3,2	1.642
Monocitos.....	2	1.026
Células monocitóides:		
Com núcleo monocítico 64)		
» » monobl. ^o .. 10)	94	48.222
Binucleadas..... 20)		
Eritroblastos policromatófilos..	0,4	205

Até à noite de 25-26 a doente conservou-se relativamente bem, preocupada somente com o que ela chamava o seu «dente cariado», com o seu «abcesso dentário», com a sua psique normal, perfeitamente lúcida. Nesta noite teve uma hemorragia cerebral, com hemiplegia direita. Entrou em coma na tarde de 26 e faleceu na manhã de 27

Esta é a história do caso. Seria nosso desejo fazer agora algumas considerações sobre o seu diagnóstico clínico, hematológico e anatómico; mas, visto não ter havido autópsia, só as poderemos fazer sobre dois aspectos.

Ainda que o diagnóstico de uma leucémia aguda seja antes um diagnóstico de microscópio, há alguns sinais clínicos que nos podem pôr num alerta interrogativo.

Nesta doente as grandes manifestações, as mais exuberantes, foram de tipo purpúrico, hemorragíparo: primeiro a hematúria, depois as hemorragias cutâneas, em seguida a grande menorragia e, ainda mais tarde, as hemorragias gengivais. Cederam aquelas e estas, um tanto, à terapêutica anti-hemorrágica (clau-

dene, cloreto de cálcio, coagulene, hemostil, transfusão), mas depois de novo se tornaram mais intensas, pois que, nos últimos dias, ao dar-se uma injeção intramuscular ou intravenosa, mais se punha em foco a discrasia sanguínea. Por fim a doente fez uma hemorragia terminal, uma hemorragia cerebral.

Púrpura foi o nosso diagnóstico clínico, quando não tínhamos diante dos olhos mais do que uma sintomatologia hemorrágica para abdominal e alguma cutânea; púrpura de Werlhof quando soubemos da diminuição das plaquetas. Mas, o insucesso da terapêutica anti-purpúrica e da transfusão, que foi feita com o conhecimento, apenas, de uma parte da análise do sangue; faziam-nos passar, então, já com o boletim do exame sanguíneo, para o diagnóstico de leucémia aguda do tipo monocítico (Schilling), porque «esta doença evoluciona por completo, como a leucémia aguda, porém sem infarto esplênico ou dos gânglios linfáticos» (Ziemann).

A púrpura infecciosa hemorrágica é a doença que se assemelha mais à leucémia aguda. Os únicos sinais clínicos que as podem diferenciar são os seguintes: na leucémia aguda, a palidez e anemia são mais frisantes; a angina mais freqüente, e as hemorragias das mucosas relativamente mais importantes do que as cutâneas (Aubertin).

A anemia foi notável na nossa doente; as hemorragias cutâneas e das mucosas igualaram-se; angina não a vimos nós, nem os colegas que observaram a doente. À anemia referir-nos-emos quando abordarmos o diagnóstico hematológico.

A hemocultura é praticamente sempre negativa na leucémia aguda, como neste caso se deu, podendo também ser negativa em grande número de casos de púrpura infecciosa hemorrágica, que não é mais do que um síndrome que o futuro permitirá dissociar etiologicamente (Aubertin). A confusão com uma septicémia hemorrágica não é possível, não só porque esta se apresenta com leucocitose e polinucleose, mas porque a hemocultura tem aqui todo o seu valor diagnóstico, salvo na escarlatina pura, na varíola, na granúlia e na espiroquetose, em que é negativa nos meios usuais, e que são doenças que se não podem confundir com o caso atrás descrito.

Muito aproximados da leucémia aguda são os casos de septicémia com mononucleose, que clinicamente se apresentam com

amidalite ou rino-faringite e a angina monocítica, em regra, com aumento de volume dos gânglios e do baço. Na nossa doente não houve amidalite; houve apenas um pontilhado hemorrágico dos pilares direitos. Não se deu, também, aumento de volume dos gânglios linfáticos, nem do baço, o que novamente referimos como típico do nosso caso.

A agudeza da doença, a sintomatologia já descrita, a evolução do processo hematológico, traduzida pelas modificações dos resultados das análises, afastam-nos da hipótese de uma estreptococcemia a *viridans* que, como se sabe, pode acompanhar-se de aumento de monocitos ou de células monocitóides.

Não estamos aqui a fazer o diagnóstico diferencial, em tese, das leucémias agudas com outras entidades mórbidas, com que se podem, clinicamente, confundir, tais como os síndromas purpúricos infecciosos e septicémias hemorrágicas, já referidos, as anemias perniciosas, algumas anemias aplásticas, ou mesmo até casos de *soit-disant* escorbuto ou casos de leucémia aguda monossintomática, traduzidos só por uma mono-hemorragia, epistaxis-febril (caso de Lemaitre e Grellety-Bosoivel), metrorragia (caso de Lenormant), hematúria (caso de Ribadeau-Dumas), hemorragia cerebral (casos de Butter-Field-Fabian, Sabrazes). Desfiamos um caso concreto, exuberante pelo polimorfismo das suas manifestações, que nos permitiu pôr de banda muitas entidades mórbidas.

Como conceito destas últimas linhas e sobretudo reflectindo sobre as septicémias monocitóides, na sua semelhança clínica com as leucémias agudas e até na semelhança dos quadros hematológicos, por vezes paralelos, podemos concluir, com Aubertin, que o seu estudo, «o estudo das septicémias monocíticas, permitirá um dia penetrar a natureza íntima da leucémia aguda, doença evidentemente infecciosa».

Sendo, como dissemos, o diagnóstico de uma leucémia tributário, quanto à sua precisão, do microscópio, é tempo de falarmos do quadro hematológico do nosso caso, anotando, desde já, que o diagnóstico de uma leucémia, especialmente de uma leucémia aguda, é mais de qualidade do que de quantidade. Vejamos:

Notou-se, no primeiro exame de sangue, anemia com valor globular alto, e que se acentuou rapidamente, embora houvesse

diminuição notável das hemorragias nos dias seguintes. Entre os glóbulos vermelhos, ligeiramente hiperocrômicos, observaram-se alguns eritroblastos policromatófilos. Além disto, explicando as hemorragias, existia trombopénia, irretractibilidade do coágulo e aumento do tempo de sangria.

Notável, porém, foi o aumento do número de leucocitos, que, em poucos dias, fêz passar a *leucopénia inicial* a uma hiperleucocitose bastante elevada, e mais notável, ainda, foi a diminuição, quási desapareção, dos granulocitos neutrófilos e a extraordinária predominância de células atípicas.

As células em questão oferecem, já a um rápido exame, caracteres que as tornam difíceis de classificar. Quando nós (R. C.) enviámos o primeiro boletim de análise, dada a urgência requerida pela gravidade do caso e a impossibilidade, portanto, de fazer um estudo hematológico aturado, metemo-las na rubrica «monocitos». Tivemos, porém, o cuidado de mencionar, numa nota descritiva, os seus caracteres mais salientes, para assentarmos a noção de que não se tratava de monocitos típicos, nem das formas suas predecessoras (hemoistoblastos, hemocitoblastos, monoblastos). Eis agora a descrição pormenorizada dos referidos elementos.

São células cujas dimensões vão desde as dos grandes linfocitos às dos maiores monocitos e talvez mais. Têm formas variáveis, arredondadas ou ovóides umas, extremamente alongadas outras, e os seus contornos são, quási sempre, irregulares, bosselados ou com prolongamentos não muito longos, arredondados nos extremos, verdadeiros pseudópodos que lhes imprimem feição muito especial (v. figs.). Quando se olha as proporções atentamente, vê-se que os pseudópodos parecem sair duma base, espécie de soleira, aderente à lâmina de vidro e sobre a qual assenta o corpo celular arredondado com o respectivo núcleo.

O protoplasma, tratados os esfregaços pelo processo de Leishmann ou de May-Grünwald-Giemsa, tingem-se de azul acinzentado e não toma homogêneamente o corante; é freqüente notar-se uma zona perinuclear mais clara. A orla dos pseudópodos é de côr azul mais carregada. Tôdas as células contêm abundantes granulações azurófilas, pequenas, disseminadas regularmente pelo corpo celular, ou mais condensadas aqui ou além.

As granulações cobrem os núcleos de uma fina poeira e, dado que a sua colorabilidade não difere muito da da basicromatina, torna-se, em alguns casos, difícil marcar com nitidez os contornos dos núcleos, cujo conteúdo parece invadir o citoplasma e espalhar-se em redor. Os pseudópodos raramente mostram granulações azurófilas que, quando ali existem, são pouco numerosas e, em geral, maiores. Algumas células têm, entre os grânulos, curtos bastonetes azurófilos. Vêm-se também em muitos elementos vacúolos muito pequenos.

Os núcleos revestem formas diferentes, redondos ou ovóides numas células, são noutras escavados ou em bissaco, como os das formas de transição dos monocitos normais. É notável o número de elementos binucleados. A êste propósito devemos dizer que tivemos sob os olhos aspectos que nos convenceram de haver divisões amitóticas por clivagem. Com efeito, pudémos observar uma série de imagens que vai desde a formação de um tabique nuclear até à separação de dois núcleos por uma fenda rectilínea. É possível, no entanto, que se dêem também divisões por estrangulamento.

A estrutura nuclear lembra a dos monocitos, sem a igualar. Os núcleos são, na realidade, muito mais cromáticos e têm uma rede de cromatina mais condensada e com filamentos mais grosseiros de que os monocitos. Não têm membrana nuclear nítida e nalguns vê-se uma poeira confusa de grãos cromáticos, o que ajuda a tornar a sua delimitação difícil. Há núcleos com um ou dois nucléolos semelhantes aos dos monoblastos.

Nos três exames de sangue que fizemos foram sempre estes os elementos predominantes. Houve, em todo o caso, diferenças no aspecto geral nos esfregaços da última análise de sangue. Com o aumento considerável de elementos em cada campo coincidiu o aparecimento mais freqüente de células bastante pequenas com protoplasma escasso, algumas quasi reduzidas ao núcleo e que poderiam confundir-se com linfocitos (1). O número

(1) Quando êste trabalho se encontrava em provas tivemos ocasião de observar um caso de leucémia aguda em que predominavam formas que nos pareceram linfocitos ainda com núcleo estruturalmente linfoblástico e em que o protoplasma era muito reduzido ou, mesmo, não se via. Encontravam-se também células monocitóides e endotelióides. Observaram-se formas que

de formas vacuoladas e as dimensões dos vacúolos aumentaram, aparecendo estes também, em alguns núcleos. Quere dizer: observaram-se muitas células com sinais de degenerescência.

Hemocitoblastos, monoblastos típicos, sem granulações azurófilas, não observámos.

Raríssimas células apresentam protoplasma mais homogêneo, mais azul, de contornos mais regulares e núcleos mais tipicamente monoblásticos.

¿ Como classificar todos estes elementos ?

A semelhança, que a um primeiro exame, se nota com os monocitos normais não é substituída depois por um critério de identidade. A existência de prolongamentos pseudopódicos, a irregularidade de contornos, os vacúolos, a côr acizentada e carregada tornam estas células diferentes dos monocitos normais.

Estes só raramente apresentam granulações azurófilas. A abundância destas células, as divisões dos seus núcleos, as características atrás apontadas levam-nos a não as identificarmos com os monocitos típicos. Por outro lado não é possível a confusão com os mieloblastos e promielocitos, células com protoplasma basófilo e com granulações azurófilas, da série genética dos granulócitos, e que se podem encontrar no sangue circulante em certas hemopatias.

Este ponto tem particular importância, visto que Naegeli, partidário da origem mielóide exclusiva dos monocitos, rejeita a existência de leucémias monocíticas puras e supõe que estas se transformam tôdas, ulteriormente, em leucémias mielóides. Ora há a acrescentar às diferenças morfológicas que ressaltam do confronto dos elementos encontrados no nosso caso com os mieloblastos proneutrófilos, a ausência completa de formas de transição (promielocitos, mielocitos) entre estes e os granulocitos definitivos.

pareciam de transição destas últimas para os monocitos e para os elementos mencionados acima como linfocíticos. Por outro lado, como estes elementos eram absolutamente semelhantes às células monocitóides pequenas que observámos no caso presentemente descrito, ficam-nos a dúvida se, na realidade, a nossa segunda observação não cai, antes, dentro de uma leucémia monocitóide apanhada já no estado final da sua evolução celular. Se assim é, torna-se muito provável que se tenham descrito como leucémias agudas linfocíticas casos de leucémia monocitóide. (R. C.).

O HEMOSTATICO FISIOLÓGICO



COAGULENO "CIBA"



Caixas de 1 ampola
de 20 c. c.

Caixas de 1 e 5 ampolas
de 5 c. c.

Caixas de 5 ampolas
de 1,5 c. c.

Tubos de 5 comprimi-
dos de 0,50 g. cada um

Permite dominar, aumentando o índice de coagulação da corrente sanguínea, tôdas as hemorragias, inclusivé as mais rebeldes e inacessíveis

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suíça)

VALE

PARA 1 CAIXA DE 1 EMPOLA DE 5 C. C. DE

COAGULENO "CIBA"

Nome

Rua N.º

Cidade

É favor escrever legivelmente

Coaguleno “Ciba”

HEMOSTATICO FISIOLÓGICO

Descoberto pelo eminente cirurgião suíço, Professor Teodoro Kocher, de Berne. Tem por base as substâncias coagulantes do sangue animal e as dos órgãos hematopoiéticos. O Coaguleno não é um sôro, mas um fermento, isento de reacções de carácter sérico. E' completamente inocuo e não dá origem a fenómenos irritativos de espécie alguma. E' esterilizável pela ebulição

INDICAÇÕES:

Hemorragias cirúrgicas, traumáticas e odontológicas. Hemorragias post partum e post abortum. Hemorragias gástricas, intestinais, renais. Hemoptises. Melena dos recém-nascidos. Doença de Verlhof

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suíça)

Representante-Depositário para Portugal e Colónias :

E. BRUNNER & C.^A, L.^{DA} — Rua da Madalena, 128, 1.^o — LISBOA

CORRESPONDÊNCIA

Ex.^{mo} Sr.

E. Brunner & C.^a, L.^{da}

Produtos «CIBA»

Rua da Madalena, 128, 1.^o

Lisboa

Em virtude, porém, da semelhança já apontada com os monocitos e, porque ainda nos últimos anos numerosas investigações têm levado a acreditar na filiação histocitária destes leucocitos, vejamos se as nossas células, que designaremos, como outros, *monocitóides*, se podem de algum modo sobrepor aos hemo-histoblastos ou às células retículo-endoteliais.

Os hemo-histoblastos, descritos por Ferrata e Franco, e observados depois por muitos outros (Esposito, Reitano, Pittaluga, Richter, Alder, Vasiliu, etc.), são elementos que se encontram, nos órgãos hematopoéticos, no tecido conjuntivo e no sangue patológico, em transformação granulocítica (neutrófila, eosinófila e basófila). Apresentam nas formas mais imaturas núcleos com nucléolos intensamente corados de azul e com cromatina disposta em rede esponjosa, de malhas largas. O corpo celular, basófilo, é lamelar, com prolongamentos longos, e pode conter, quando evolue, alguns bastonetes azurófilos. É evidente que não há senão leves pontos de contacto entre esta descrição e a das células monocitóides.

Pelo que respeita às células retículo-endoteliais (células endotelióides de Fontana, células circulantes endoteliformes de Volterra) encontradas no sangue de doentes sofrendo de variadíssimas infecções (Schilling, Hess, Fontana, etc.), e de que se provoca, experimentalmente, a aparição por meio de injecções de substâncias coloidais que excitam enérgicamente o sistema retículo-endotelial (Aschoff e Kyono, Schittenhelm) são também diferentes, se bem que caracterizadamente mais próximas dos elementos de que tratamos. O seu protoplasma lameliforme, não homogêneo quanto à coloração basófila, com prolongamentos, pequenos vacúolos e, às vezes, granulações azurófilas escassas, mostra elementos fagocitados. O núcleo, oval ou com recortes, possui cromatina em filamentos delgados, e, não raramente, estrutura monocitóide. Fontana descreve, porém, células derivadas das endotelióides, semelhantes aos monocitos e que designou sob o nome de células monocitóides. Foi com estas últimas que Segá e Brustolon identificaram as células monocitóides que observaram num caso de leucémia e é a elas que assemelhamos os elementos do nosso caso. Para nós, portanto, as células monocitóides aqui descritas são derivadas das células endotelióides.

Com efeito, por perda dos pseudópodos lamelares e das pro-

priedades fagocitárias, por aumento das granulações azurófilas e por pequenas transformações nucleares, poderá uma célula endotelióide, isto é, do retículo-endotélio, transformar-se numa célula monocitóide. Tudo o que fica dito nos leva, pois, a agrupar o nosso caso clínico entre os descritos sob o nome de retículo-endotelioses leucémicas e não entre as leucémias monocíticas.

Julgamos, contudo, necessário acentuar que as células observadas no sangue da nossa doente não apresentam identidade perfeita com as descritas por vários hematologistas noutros casos de retículo-endotelioses (Merklen, e Wolf, Ewald, Ugriunow, Segá e Brustolon, Bock e Wide, Ogood e Lyght, etc.). Segá e Brustolon, já citados e cujo trabalho nos foi um bom auxiliar, fazem uma descrição de células monocitóides semelhantes às nossas, se bem que com algumas diferenças (blocos nucleares cromáticos, etc.); as figuras que publicaram revelam porém diferenças bem aparentes. Mais recentemente D'Antona estudou um caso de retículo-endoteliose com cujas células monocitóides, bem reproduzidas no seu trabalho, podemos sem hesitação identificar as nossas.

A comparação que acabamos de fazer dos elementos monocitóides observados por nós e pelos outros autores mais nos firma, portanto, na opinião de que elles têm por progenitores as células endotelióides ou retículo-endoteliais. Cabe agora perguntar se devemos considerá-los como intermediários destas e dos verdadeiros monocitos do sangue circulante.

Respondem alguns afirmativamente. Se notarmos, contudo, a diversidade das células monocitóides que se observaram em diferentes casos seríamos levados a admitir a variabilidade das células intermediárias, o que nos parece pouco verosímil. Se admitirmos que os elementos monocitóides figurados por Segá e Brustolon e outros são formas de passagem das células endotelióides para os monocitos, é pouco racional supor que também o são as descritas por nós.

Observaremos, por outro lado, que, assim como podemos encontrar linfoblastos e linfocitos nas leucémias linfocíticas, e monoblastos e monocitos nas leucémias monocíticas, assim encontrámos nos nossos esfregaços células que, pela estrutura nuclear e existência de nucléolos, devem ser consideradas predecessoras das que têm núcleos com um retículo cromático de malhas

mais largas e sem nucléolos. Qualquer dos dois tipos celulares possui, é certo, granulações azurófilas, ao passo que os monoblastos as não mostram, e estamos, naturalmente, em presença de fases de evolução muito aproximadas, na linha citogenética.

O pequeníssimo número de monocitos típicos observados afasta-nos a suspeita de eles serem o último estadió da transformação das células monocitóides. Esperávamos observar no último exame de sangue maior quantidade relativa de monocitos típicos; o que aumentou, porém, foi a quantidade de células com caracteres degenerativos.

As numerosas formas celulares com núcleos em divisão e binucleadas acentuam a atipia do processo evolutivo dos elementos monocitóides. A abundância de granulações azurófilas leva-nos a acreditar no amadurecimento já adiantado dos ditos elementos.

Enfim, por tudo isto, parece-nos lícita a hipótese de que as células monocitóides provêm de um desvio anormal na evolução citogenética da célula retículo-endotelial. Por outras palavras, a célula endotelióide (Fontana) que sob a acção de estímulos normais se transforma em monocitos, sujeita a estímulos irritativos anormais, patológicos, prolifera e origina elementos atípicos, monocitóides (células monocitóides do tipo monoblástico ou monoblastóides, células monocitóides do tipo monocítico), que, por si próprias, sem contar com a sua aparição no sangue circulante, assinalam um processo de patologia celular.

Isto é tanto mais verosímil quanto é certo descreverem-se células monocitóides ao lado de monoblastos e monocitos típicos em casos de leucémia monocítica e mielóide. No seu tratado de doenças do sangue, Schittenhelm representa, na fig. 3o, células encontradas numa leucémia mielóide, semelhantes às nossas, e a que chama atípicas.

Quando acima colocamos o presente caso clínico ao lado dos que se descreveram sob a designação de retículo-endotelioses, pretendemos apenas separá-lo das leucémias monocíticas e de nenhum modo etiquetá-lo definitivamente. Podemos agora chamar-lhe leucémia de células monocitóides, nome que não envolve mais do que a indicação do tipo citológico e morfológico, e marca o paralelismo com as leucémias monocíticas. Querendo empregar uma designação que envolvesse uma concepção morfo-genética, poderíamos chamar-lhe retículo-endoteliose, mas de-

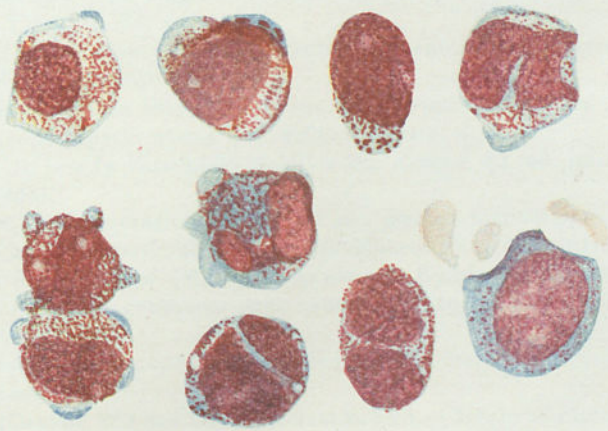
veríamos acrescentar — de células monocitóides. Com efeito, se há leucémias monocíticas e os monoblastos e os monocitos derivam directamente, como se vai aceitando, de células endotelióides, não são elas também, algumas, pelo menos, retículo-endotelioses leucémicas monocíticas? A classificação morfogenética, de resto ainda incerta, arrastaria subdivisões, muitas delas hipotéticas, no estado actual dos nossos conhecimentos hematogénicos.

As considerações que o exame do presente caso nos poderia sugerir sobre a monocitogénese, não nos levariam mais além de uma revista geral do assunto, que cairia como despropósito no âmbito acanhado da descrição de uma simples observação clínica. Faremos tão somente notar, como aditamento ao que já se disse, que os hematologistas para quem a génese, exclusiva ou não, dos monócitos se faz a partir dos grandes histocitos, ou células do sistema retículo-endotelial, não descrevem formas intermediárias que se possam igualar às nossas células monocitóides. Diremos ainda que a nossa hipótese não implica a negação da origem histocitária dos monocitos; pelo contrário, pode supor-se que a célula monocitóide, evoluindo a partir da célula endotelióide, segue uma linha semelhante à dos monocitos, desviada, mas próxima.

Infelizmente, a falta de autópsia privou-nos de pesquisar, no exame histológico dos vários órgãos, as bases confirmativas ou infirmativas da doutrina exposta, bem como nos impossibilitou de abordar a tentativa de explicação da rápida progressividade da anemia. A existência de formas imaturas dos eritrocitos e a agranulocitose faz-nos aceitar uma acção generalizada a todo o sistema leuco-eritropoético. E nada mais podemos acrescentar.

BIBLIOGRAFIA

- ACHARD (CH). — Clinique M. de l'Hôpital Beaujon, de Paris. 1928.
- ANTONA (LEONARDO D'). — Leucemia a cellule monocitoidi e reazione reticuloendoteliale. Haematologica. V. XII. 1931.
- ASCHOFF (LUDWIG). — Reticulo-Endotelial System. In «Lecture in Pathology»; Paul Hoeber, N. Y. 1924.
- AUBERTIN (CHARLES). — Le diagnostic clinique de la leucémie aiguë. Journ. Méd. Franc. T. XI. N.º 10. 1922.
- BLOOM (WIL.). — The origin and nature of the monocyte. Fol. Haemat. Bd. XXXVII. 1928.



- BOCK (E.) und WIEDE (K.). — Zur Frage der leukämischen Reticuloendotheliosen. *Virchow Arch.* Bd. 276. 1930.
- BRONSSOLLE (J.). — Le diagnostic hematologique de la leucémie aiguë. *Journ. Méd. Franc. T. XI.* 1922.
- BRUGSCH (THEODOR). — Tratado de patologia medica. 2 vol. Barcelona. 1933. (Trad. do alemão).
- CASTAIGNE (J.). — Les leucémies. *Journ. Méd. Franc. T. XI.* 1922.
- FERRATA. — Emopatie 2 vols. Soc. Editr. Libreria. 1918-23.
- FONTANA (L.). — *In* Hirschfeld-Malattie del sangue. (Trad. italiana por L. Fontana).
- GAMBERINI. — Degenerazione vacuolare dei globuli bianchi immaturi in un caso di leucemia linfoblastica acuta. *Haemat.* Vol. XII. 1931.
- MERKLEN (P.) et WOLF (M.). — Le monocyte. Cytologie et histogénèse du mononucléaire granuleux des tissus et du sang. *Annal. d'Anat. Pathol.* T. IV. 1927.
- MORAWITZ (P.). — Las enfermedades de la sangre. Barcelona. 1929. (Trad. do alemão).
- OSGOOD (CARROL W.) and LYGH (CHARLES EV.). — Monocytic Leucemia. *The Journ. of Lab. and Clin. Med.* Vol. XVIII. N.º 6. 1933.
- PINEY (A.). — Recientes adquisiciones en hematologia. Madrid. 1928. (Trad. do inglês).
- ROGER (G. H.). — Streptococcies in «Nouveau traité de Médecine». Paris. 1920.
- ROSENOW (GEORG). — Enfermedades de la sangre. Barcelona. 1927.
- SACQUEPÉE. — Septicemias. *In* «Nouveau traité de Médecine». Paris. 1920.
- SCHILLING (VICTOR). — El quadro hemático y su valor en la clínica. Barcelona. 1931. (Trad. do alemão).
- SCHITTENHELM — Handbuch der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe. 2 vols. Berlim; Julius Springer; 1925.
- SEGA (A.) e BRUSTOLON (A.). — Leucemia monocitica o reticuloendoteliosi leucémica? *Haemat.* Vol. X. 1929.
- TOURAINÉ (A.). — Variétés cliniques de la leucémie lymphoide chronique: formes spléniques pures, lymphocytémiques et splenocytémiques. *Journ. Méd. Franc. T. XI. N.º 10.* 1922.
- VOLTERRA (MÁRIO). — La questione del monocita. *Haemat.* (Recensioni). Vol. I. 1930.
- Sopra l'origine delle cellule endoteliformi e delle cellule di Ferrata circolanti. Le cellule di Ferrata in differenziazione granulocitica nel midollo osseo normale in relazione all'istogenesi della leucemia granulocitica. *Lo Speriment.* Anno LXXXIII. 1929.
- WEIL (EM.) et ISCH (PAUL). — La transfusion du sang. Paris. 1925.
- WYSCHGORODZEWA (W. D.). — Zur Frage der monozitären Leukämia. *Fol. Haemat.* Bd. 38.
- ZIEMANN. — Enfermedades de la sangre. Barcelona. 1930. (Trad. do alemão).

Trabalho da Universitäts Augenklinik Bern
(Direktor: Prof. A. Siegrist)

A-PROPÓSITO DUM «EPIDERMOIDOMA» DA ÍRIS

POR

LOPES DE ANDRADE

Assistente da clinica oftalmológica da Universidade de Lisboa
(Director: Prof. Borges de Sousa)

O caso clínico que serve de tema ao nosso trabalho é bastante raro e, embora a literatura especial contenha várias observações, que serviram de esteio a trabalhos de conjunto, a verdade é que os autores nem sempre são felizes; hesitam, tateiam e, no desejo de estabelecerem classificações originais e perfeitas, perdem-se nos meandros duma terminologia, que varia ao sabor de cada escola. É assim que, ainda em 1920, Rumbaur afirma que os quistos perolados da íris (epidermoidomas) são raros e que suas descrições histológicas, completas, se notabilizam também por uma grande raridade. Dignos de registro encontrou êle, na literatura alemã, apenas cinco casos: os de Schweizer, Rothmund, Wintersteiner, Silva e Früchte.

Falando da literatura estrangeira, o mesmo autor encontrou apenas duas ou três observações que lhe mereceram atenção, esquecendo-se porém de mencionar os seus autores. As estatísticas falam igualmente da raridade destes quistos, e pela bôca de Holmes sabemos que, em vinte mil doentes, apenas encontrou três casos. O presente trabalho tem, no que acima fica dito, a sua melhor justificação, e ainda porque o considero produto dum exame clínico e histológico conveniente, o publico. Quem desejar estudar os epidermoidomas irianos tem que procurá-los entre os quistos da íris. Nesse canto da patologia os encontrará o leitor sob vários disfarces:

Quisto perolado. (Silva, Rumbaur e Terrien).

Quisto epidermóide (Rothmund).

Quisto epiblastico (Lagrange, Treacher Collins).

Quisto ateromatoso (Ginsberg).

Colesteatoma (Ginsberg, etc.).

Preferi a designação de Rothmund e gostaria de o apelar «epidermoidoma de Rothmund», o que para mim teria a vantagem de associar o nome do autor que melhor o descreveu à idea de tumor sólido e não quístico, porquanto o interior desta neoformação é constituído por uma massa esbranquiçada, mais branca do que a sua parede externa e formada por células e detritos epiteliaes, que adiante estudarei detalhadamente. É esta característica anatómica que afasta o epidermoidoma dos outros quistos irianos, communmente conhecidos pelo nome de «quistos serosos» e que por si só seria suficiente, se não fôra a fôrça dum hábito generalizado, para criar um lugar distinto a esta formação patológica. Parece-me conveniente, para evidenciar quanto o epidermoidoma está mal colocado entre os quistos, resumir as certezas e as hesitações que uma longa série de trabalhos trouxeram ao nosso conhecimento.

Uma das mais antigas monografias dedicadas a êste assunto é a de Guépin, escrita em 1860 e que, além da sua antiguidade, não tem para nós outro interêsse. Em 1867 Hulke, num estudo de conjunto, divide os quistos irianos em quatro categorias:

1.^a — Quistos formados por uma parede muito ténue, revestida por membrana epitelial. O seu conteúdo é constituído por líquido claro.

2.^a — Quistos de conteúdo espêsso e opaco, envolvido por parede mais grossa.

3.^a — Quistos sólidos, formados por uma massa epitelial.

4.^a — Quistos formados por tecido mixedematoso.

O nosso epidermoidoma deve estar incluído entre os tais quistos sólidos da terceira categoria, o que se me afigura ser uma expressão errônea.

Esta classificação resume bem os conhecimentos derivados das observações clínicas até então publicadas. Para Greef, seria mais correcto resumir as formações englobadas na primeira e segunda categorias de Hulke, com o nome de quistos verdadeiros. A terceira e quarta categorias abraçariam formações patológicas, que por sua especial natureza denomina falsos quistos.

Em 1861, Rothmund publica as suas observações; pela primeira vez aparece um estudo histológico cuidado e, com êle, uma nova classificação. Para êste autor as formações irianas de aspecto quístico, ou são epidermóides puros, ou quistos de conteúdo aquoso, com uma membrana envolvente, quasi sempre de natureza epitelial. O seu espirito observador de bom clínico fez-lhe ver que os primeiros eram freqüentemente acompanhados de pequenas lesões da pele, nas circunvizinhanças dos olhos, e que por isso era verosímil que algumas células da epiderme penetrassem no globo, devido a um traumatismo perfurante, indo depor-se na íris e desenvolver aí um epidermóide.

Os outros, também chamados serosos, seriam provocados pela proliferação de epitélio córneo-conjuntival, que houvesse penetrado no globo ocular através dum ferimento; êste epitélio, algumas vezes, adquire características endoteliais. Nasceu assim uma teoria patogénica ainda hoje conhecida pelo nome de teoria de Rothmund. Se, quanto aos primeiros, os epidermóides, as observações posteriores não têm feito senão confirmar esta teoria, o mesmo não succedeu quanto às formações de conteúdo aquoso, da segunda categoria de Rothmund.

Não tardou quem a tal respeito observasse, e o nome prestigioso de Wecker foi um dêles, que há casos de quistos irianos em que o traumatismo não pode ser invocado como agente etiológico. Êste facto foi verificado por outros observadores, resultando como consequência uma nova divisão, desta vez etiológica, em:

Quistos traumáticos.

Quistos espontâneos.

Para os traumáticos, a teoria de Rothmund oferece-nos uma explicação proveitosa e que julgo verdadeira, mas para os espontâneos a questão ficou em suspenso, até que Schmidt Rimpler emite a idea de que êsses quistos derivam do encerramento duma das criptas irianas, pela primeira vez descritas por Fuchs. Monzon, concretizando esta teoria, à qual se ligam outros autores, como Terrien, diz, textualmente: «enfin, le tissu propre de l'iris présente de nombreux espaces, véritables espaces lymphatiques et qui communiquent avec la chambre antérieure par des anfractuosités siégeant à la surface antérieure de la membrane. Ce sont des cryptes de l'iris (fig. 4), bien décrites par Fuchs. Que l'ou-

verture d'un de ces espaces vient à se fermer et on aura un kyste sereux, développé dans l'épaisseur du stroma irien, véritable kyste par retention».

Esta patogenia, sedutora pela simplicidade, não reúne a opinião unânime dos autores, e para darmos uma idea das várias concepções que a êste respeito se formularam, vamos resumi-las muito brevemente: Everbusch, por exemplo, pensa que um traumatismo, mesmo não perfurante, pode provocar, no ângulo irido-corneano, uma hemorragia e um ligeiro descolamento do ligamento pectíneo e das camadas interiores da íris. A transudação do grande círculo arterial da íris provocaria facilmente, em tecido assim preparado, um quisto. Para Juselius e Passera os quistos espontâneos teriam a sua origem em restos embrionários ectodérmicos, que por aberração houvessem ficado mergulhados no estroma da íris. Streiff, assistente de Haab, publica, em 1904, uma revisão geral do assunto, contendo a bibliografia completa até 1903. Para êste autor não é de rejeitar a hipótese de que a implantação de células cristalínianas no estroma da íris possa ser mais uma causa de quistos. É fácil alongar as citações, nem sempre concordantes, o que prova bem que o assunto não está definitivamente esclarecido. Treacher-Collins, Lagrange e Pascheff, resumindo as suas ideas sôbre esta parte da patologia, falam-nos de quistos epiblásticos e mesoblásticos. Estas designações são vantajosas, tanto sob o ponto de vista anatômico, como etiológico, porquanto os epiblásticos derivam duma inclusão epitelial no tecido da íris, inclusão que pode ter uma origem embrionária ou resultar dum traumatismo. Os mesoblásticos são forrados por um endotélio e não por um epitélio, como os anteriores, podendo resultar dum traumatismo, duma inflamação, dum derrame sanguíneo ou duma sinéquia. As classificações médicas são freqüentemente imperfeitas, porque os progressos da observação clínica e laboratorial rapidamente transformam os fundamentos em que se apoiam. Por isso podia ainda citar, se não temesse tornar-me prolixo, Terrien, Urmetzer e S. Ginsberg, que estabeleceram classificações interessantes, mas que não devem ser definitivas. Estudemos agora o nosso caso e vejamos se da sua observação atenta é possível concluir que, tanto sob o ponto de vista etiológico, como anatômico, o epidermoidoma representa, na íris, uma entidade inteiramente particular.

Em Março de 1933 consulta-me, numa pequena vila da Beira, uma rapariga de oito anos de idade, que se queixa de falta de visão do olho esquerdo. A família conta-me que, aproximadamente há sete meses, dera em notar que naquele olho existia uma pequena bola branca que, progressiva e lentamente, foi crescendo até tapar tódia a «menina do olho». Sob o ponto de vista geral, a rapariga era normal, e os irmãos, bem como as outras pessoas da família, isentos de qualquer afecção ocular.

Com a deficiente observação que em tais condições pude realizar, reconheci que a doente tinha, na câmara anterior, uma neoformação de côr cinzenta, esbranquiçada, redonda, ou antes, levemente piriforme, de superfície lisa, segura por um pedicelo à porção pupilar do estroma da iris correspondente ao meridiano que passa pelas doze horas. Com os movimentos do globo o tumor não se movimentava dentro da câmara. A pupila estava quasi por completo obstruída e apenas na parte inferior se via um delgado crescente pupilar, que só era observável com pouca luz, desaparecendo sempre com observação focal (fig. 1). A acuidade visual dêste olho resumia-se em contar os dedos perto da face e nos quadrantes inferiores, sendo perfeita em todo o campo visual a projecção luminosa. Não havia sinais irritativos do globo nem qualquer outra lesão digna de nota. O olho direito era normal. Em face dêste complexo sintomático, fiz o diagnóstico de quisto espontâneo da iris, porque (desejo acentuar muito especialmente esta particularidade) a família negava terminantemente que houvesse qualquer traumatismo na história pregressa, e a doente, por seu lado, dizia o mesmo, com a absoluta segurança de uma verdade que se afirma.

A-fim-de completar a minha observação e proceder à extirpação do tumor, aconselhei o internamento no Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, onde a doente ficou registada com o n.º 178 do estacionário de 1933. Observando com a lâmpada de fenda, encontro ao nível das oito horas, e cavalgando sôbre o limbo da córnea, uma cicatriz linear muito estreita, mas atingindo profundamente a espessura corneana até á Descemet. Êste detalhe tem uma importância capital, porque sem êle o traumatismo não aparece na história, fazendo-nos pensar numa formação espontânea; e, com êle, a pérola da câmara anterior do meu doente passa a ser, com grande verosimilhança, a resultante de uma ferida perfurante da córnea feita e curada, sem que a doente de tal se apercebesse. Além disso, a categoria social do paciente, filha de gente pobre e humilde, torna ainda mais verosímil que assim fôsse.

Em 23 de Abril a doente é operada. Depois de narcose geral pelo éter, faço um retalho conjuntival, punciono a câmara com a lança e alargo a incisão com a tesoura. Pela larga queratotomia assim realizada, extraio facilmente o tumor, que não tem aderências senão à parte superior da iris, que por isso é excisada.

Termina-se a intervenção repondo os bordos do colobôma iriano e suturando o retalho conjuntival. Penso monocular (fig. 2). Em 8 de Maio a doente tem alta, com visão igual a 6/40. No centro da córnea observa-se uma tênue opacificação das camadas profundas, que suponho ser devida à compressão que aí haja feito o tumor durante o seu desenvolvimento, como se prova pelo esquema representado na fig. 3.

Não há sinais inflamatórios, os restantes meios são transparentes e o fundo do olho normal. É de supor que a visão tenha aumentado posteriormente.

Exame anatómico. — Imediatamente após a extirpação, o tumor foi mergulhado em formol salgado durante quarenta e oito horas, após as quais foi mudado para álcool a 70°. Neste fixador se conservou, até que algumas semanas mais tarde procedi, em Berne, às restantes manipulações para a obtenção de cortes. A peça foi primeiro desidratada em alcoóis a 80°, a 96° e a 100°. Depois de aberta convenientemente, segundo um plano passando pela base do pedículo, mergulhou-se mais vinte e quatro horas em álcool absoluto. A peça assim preparada foi seguidamente introduzida em álcool-éter, onde se manteve durante vinte e quatro horas. Após este tratamento, começou a impregnação pela celoidina fraca e por fim a montagem em celoidina forte.

Os cortes obtidos fizeram-se sempre em série e como métodos corantes empregámos apenas a hematoxilina-éosina e o Van Gieson.

Aspecto macroscópico. — O tumor é aproximadamente do tamanho de uma baga de loureiro. Podemos fazer uma ideia mais clara do tamanho olhando a fig. 1, que representa um aumento de quatro vezes a grandeza natural. Quando se observa a superfície de secção, vê-se que o tumor é constituído por uma cápsula acinzentada, rodeando uma massa muito branca e menos homogénea, que constitue a parte interna da neoplasia. Esta massa interna é mais mole do que a cápsula, e desta se destaca facilmente; é friável e a sua consistência diminui da periferia para o centro.

Aspecto microscópico. — Nas preparações observadas com a objectiva n.º 3 (fig. 5), vê-se que o tumor se desenvolveu no meio do parênquima iriano, mas um pouco mais próximo da sua face anterior do que da face posterior. É curioso observar também que a camada das células pigmentares que formam a *camada pigmentar anterior* da íris ou *uvea anterior* de Rochon Duvi-gnaud, ao atingir o tumor se bífurca, dividindo-se em duas camadas iguais que o abraçam e que progressivamente se vão adelgaçando, até terminarem perto do polo inferior do epidermoidoma, por alguns raros cromatóforos. O tumor é constituído por duas partes distintas, que são a parte externa ou cápsula e a parte interna.

Cápsula. — A cápsula é constituída por um epitélio estratificado, separado do estroma envolvente da íris por uma basal tenuíssima. Este epitélio, variável de espessura, conta de oito filamentos celulares, nas regiões mais estreitas, a catorze ou quinze, nas porções mais largas. A disposição e morfologia das células que compõem a cápsula não é igual em todas as suas filamentos e, por isso, servindo-nos da objectiva de imersão, podemos descrever-lhe várias camadas, que uma análise cuidadosa facilmente destaca.

Caminhando da periferia para o centro do tumor, encontra-se a seguinte disposição (fig. 6):

a) *Camada basal.* — É uma muito estreita camada homogénea, aproximadamente com a largura da membrana de Bowmann, possuindo raros núcleos alongados e fusiformes. Interpõe-se directamente entre o parênquima iriano e a primeira fila de células epiteliaes da cápsula. Em contacto com a sua face externa encontram-se numerosos cromatóforos.

b) *Camada de células cilíndricas*. — É constituída por uma fila, às vezes duas, de células epiteliais pequenas, cilíndricas, com núcleo fortemente corado e com o seu grande eixo orientado perpendicularmente ou obliquamente à camada basal.

c) *Camada de células poliédricas*. — É uma camada com duas ou três filas de células poliédricas, bem delimitadas umas das outras por um espaço não corado. O núcleo grande e fusiforme orienta-se paralelamente à membrana basal e possui, quási sempre, um ou dois pequenos nucléolos.

d) *Camada granulosa*. — É uma estreita camada de duas ou três filas de células, cujo protoplasma está cheio de granulações de côr violeta e de tamanho variável dentro de largos limites. Uma vez observa-se como que uma verdadeira poeira intracelular, outras vezes granulações que atingem o tamanho de um grande nucléolo. Nalgumas células o número de granulações é tão grande que o núcleo se torna dificilmente observável; é nesta camada que se encontram várias células em degenerescência.

e) *Camada córnea*. — É uma camada na qual se não vêem divisões celulares, mas apenas alguns raros núcleos em degenerescência. É birefringente, cora-se fortemente pelos ácidos, e, por isso, ela se destaca das restantes camadas, pela côr amarela intensa, que possui nas preparações tratadas pelo Van Gieson e em vermelho, nas coradas pela hematoxilina-éosina. Em vários pontos, esta camada, bastante larga, apresenta fenómenos de disjunção em feixes, que se sobrepõem concêntricamente, como as diversas camadas de um bulbo. Noutros sítios estes feixes enrolam-se em espiral e continuam-se com formações idênticas do interior da neoformação.

Parte interna. — A parte interna do tumor que descrevi macroscòpicamente como uma substância branca, friável e mole, mostra-se, à observação microscòpica, destituída de estrutura celular. É formada pela aglomeração dos feixes, destacados da camada córnea da cápsula, que se dispõem com uma certa regularidade concêntricamente uns aos outros. Daqui resulta uma espécie de rêde mais densa no centro do que à periferia (fig. 5). É curioso notar que as partes centrais desta substância se coram em azul pela hematoxilina-éosina, enquanto que à periferia se observa, com o mesmo corante, uma coloração avermelhada.

DISCUSSÃO

O caso que acabo de descrever merece, quanto a mim, a designação de epidermoidoma, porque, na realidade, o que se verifica pelo exame histológico é que o epitélio que o rodeia tem tôdas as características da célula epitelial de Malpighi. A descrição que fiz da histologia da cápsula outra coisa não é do que a duma epiderme em miniatura, na qual a célula malpighiana, com suas aptidões próprias, evolue da periferia para o centro. A princípio célula cilíndrica, uniformemente corada, vai depois transformar-se em célula poliédrica; carrega-se posteriormente de

eleidina ou querato-hialina, na camada granulosa, e termina pela formação de substância córnea, fim da sua evolução. A analogia é demasiado chocante para que possamos fugir ao desejo de tirar conclusões patogénicas que não são inteiramente originais, porque Ginsberg a ela se referiu já, mas que têm o cunho duma maior confiança afirmativa, proveniente da descrição histológica que acabo de fazer.

A célula epitelial, tendo embora características dum *grosso modo* semelhantes, adquiriu, no decorrer da existência, caracteres especiais, conforme o papel que desempenha. Uma célula pedal do epitélio corneano não é, de forma alguma, igual à célula epitelial do estrato granuloso da epiderme.

E já não digo só sob o ponto de vista morfológico funcionalmente mesmo, a-pesar do grande mistério que ainda envolve esta parte da histo-fisiologia, adivinha-se pelos factos conhecidos quanto é proteiforme o poder funcional da célula epitelial. Julgo que estas considerações são úteis para estabelecer uma divisão, nítida e definitiva, entre as formações de aspecto quístico da íris, rodeadas duma cápsula epitelial, e tendo como origem um traumatismo perfurante do globo. A maioria dos autores não deu uma grande importância às finas características histológicas do epitélio da cápsula e por isso caíram no êrro de confundirem tudo com a designação genérica de quistos epiteliais.

Ora, nem tôdas as formações patológicas da íris, rodeadas duma cápsula epitelial, se podem tomar como idênticas. Podemos estabelecer mais claramente, entre essas formações, uma grande divisão, tendo como base a origem da neoplasia.

Segundo êste critério, diremos que há *neoformações epidérmicas, epidermoidomas*, tendo por origem uma ou mais células malpighianas, e *quistos serosos*, com uma cápsula também epitelial, mas cuja origem remonta à proliferação sôbre a íris de epitélio córneo-conjuntival.

É claro que sendo verdadeira esta concepção, um epidermoidoma aparecerá muito mais raramente do que um quisto seroso, pois que as condições necessárias para o aparecimento do primeiro são mais difíceis de realizar do que para a formação do segundo. A pele fica mais distante do globo do que o epitélio conjuntivo-corneano, que está em contacto imediato com êle. Além disso, para que um traumatismo destaque uma célula epi-

dérmica e a faça penetrar na íris, deve ser necessário que o instrumento contundente ataque o globo de maneira indirecta, atacando primeiramente a pele. Êste mecanismo não é a modalidade mais freqüente nos traumas oculares. De acôrdo com estas considerações, apraz-me citar Wintersteiner, que afirma serem os quistos serosos *quatro vezes* mais freqüentes do que os epidermoidomas. Assim compreendido, vê-se que o epidermoidoma não é mais do que um enxêrto feliz de uma ou mais células epidérmicas, isoladas ou rodeando um bulbo piloso, feito em pleno parênquima iriano. Se admitirmos que êsse enxêrto pode fazer-se mais facilmente no meio duma cripta da íris, teremos explicada a razão por que o tumor se desenvolve mais próximo da face anterior da íris e se exterioriza e cresce na direcção da córnea. É óbvio que, tanto para o epidermoidoma como para o quisto seroso, existe como condição *sine qua non* um traumatismo que perforou.

O traumatismo pode, por vezes, ser insignificante, como succedeu no meu caso, cuja publicação seria mais um motivo de confusão se eu não chegasse a averiguar que, contrariamente às afirmações da família e da própria doente, o traumatismo perforante existiu.

Resumindo o que fica escrito, podemos concluir raciocinando assim:

As formações patológicas da íris com aspecto quístico e uma origem traumática, são de duas espécies: *epidermoidomas* e *quistos serosos*. No caso dos primeiros, uma ou mais células malpighianas penetraram na câmara anterior ou directamente no estroma iriano. Aí se desenvolveram e, semelhantemente ao que succede na pele, continuaram a evolucionar para tipos idênticos aos dos estratos superficiais da epiderme, aumentando o seu número por mitoses repetidas. Estes novos tipos e produtos residuais devem ser a causa do aumento de tamanho da neoplasia, porque, acumulando-se no interior do nódulo primitivo, foram repelindo as primeiras células perifêricamente, ficando o tumor dividido em duas partes: a cápsula e a massa central.

No caso de quisto seroso, tudo se passa de forma diversa, porque a célula que o produz é também funcionalmente diferente. Célula ténue, deixando-se embeber pelos líquidos com a maior facilidade (veja-se como a córnea é rapidamente atravessada

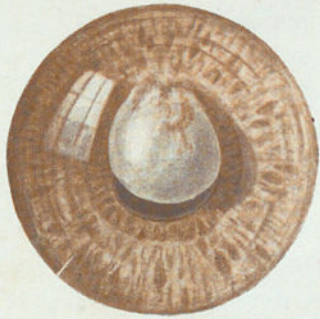


Fig. 1
Epidermoidoma na câmara anterior

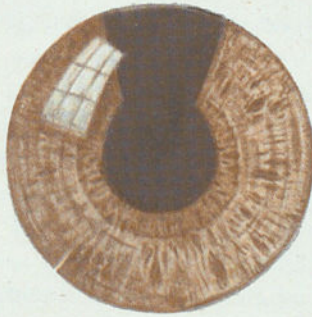


Fig. 2
Após a operação

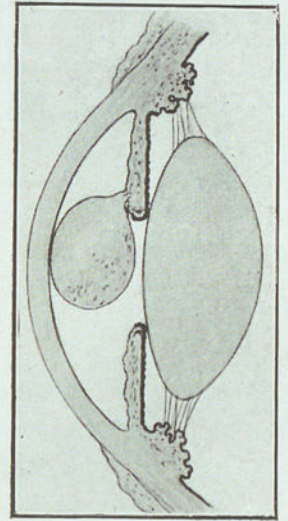


Fig. 3
Relações do epidermoidoma
com os órgãos vizinhos

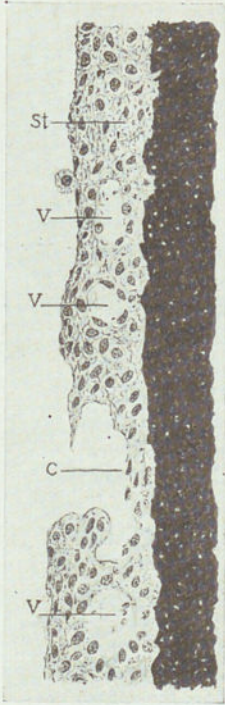


Fig. 4
Uma cripta da íris,
segundo Terrien



Fig. 5
Aspecto microscópico, com pequeno aumento

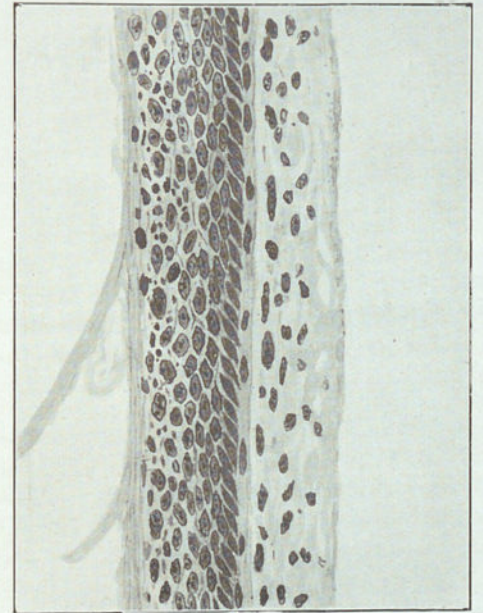


Fig. 6
Aspecto microscópico da cápsula mostrando
as suas diferentes camadas

por alcalóides em solução apropriada), tem uma grande tendência para proliferar, forrando espaços vazios ou soluções de continuidade. Vem a propósito lembrar a rapidez com que uma larga úlcera da córnea se cobre de epitélio, o que bem prova o grande poder proliferante dessas células. No caso da íris é bem fácil que esse poder se exerça em qualquer das criptas que o órgão possui. Formada uma cripta, ter-se-á formado um quisto seroso tendo no seu interior líquido linfático, que através da delicada cápsula epitelial, funcionando como membrana de Donan, aí penetrará. A patogenia diferente das duas afecções condiciona também uma terapêutica diversa.

Emquanto nos quistos serosos podemos obter bons resultados com a simples transfixão, os epidermoidomas exigem uma extirpação completa e cuidadosa.

LITERATURA MAIS IMPORTANTE

1860. — GUÉPIN. — Des kystes de l'iris. Paris.
 1867. — HULKE. — Royal London Ophth. Hosp. Rep. Bd. VI-S. 12.
 1871 — ROTHMUND. — Zur Pathogenese der Iriszysten Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 79 S. 397.
 — SCHWEIZER. — Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. IX, S. 405.
 1880 — EVERBUSCH. — Beiträge zur Genese der Iriscysten (Greef).
 1881 — GUAITA. — Cysti dell'iride. Annali di Oftalm. Vol. X.
 1885 — HOSCH. — Experimentelle Studien über Iriscysten-Virchows. Arch. Bd. 99, S. 448.
 1889 — SCHMIDT RIMPLER. — Zur Entstehung der Serösen Iriscysten. V. Graef. Arch. f. Ophth. Bd. 35, I, S. 147.
 1890 — TREACHER-COLLINS. — On the pathology of the intra-ocular cyst. Ophth. Hosp. Report. XIII S. 41.
 1892 — R. GREEF. — Zur Kenntniss der intraocularen Cysten. Arch. f. Augenh. Bd. 25, S. 395.
 1894 — ROSENWEIG. — Ein Fall von congenitaler seröser Iriscyste. Beiträge f. Augenheilk. Bd. 16, S. 34.
 — TREACHER COLLINS. — Researches into the Anatomy and Pathology of the eye. London.
 1895 — GINSBERG. — Über seröse idiopathische Iriscysten. Zentralbl. f. prak. f. Augenh.
 1897 — EALES and SINCLAIR. — Uvear cyst. of the iris. Trans. of opht. of unkingol. XVI. S. 56.
 1898 — RIBBERT. — Über Bau, Wachstum und Genese der Angiome nebst Bemerkungen über Zystenbildung. Arch. f. Patholog. Anatom. Bd. 151. S. 397.

- 1900 — LAGRANGE. — Contribution à l'étude des kystes de l'iris. Arch. d'Ophth. Vol. XX.
- 1901 — TERRIEN. — Études sur les kystes de l'iris. Arch. d'Ophth. Tome 21. P. 651.
- 1902 — MONZON. — Études sur les kystes de l'iris. Thèse. Paris.
- 1903 — AHLSTRÖM. — Zur Kenntniss der Traum. serös. Iriszysten. Zentralbl. f. Augenh. September.
- 1904 — PASCHEFF. — Kyste sereux mesoblastique, traum. de l'iris. La Clin. Ophth. Mai.
- STREIFF. — Kryptenblatt und Kryptengrundblatt der Regenbogenhaut und die Entstehung der serösen Cysten an der vorderen Seite der Iris. Arch. f. Augenh. Bd. 50. S. 56.
- SCHIECK. — Über pigmentierten Zysten, an Irishinterfläche Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 42, 2, S. 341.
- 1905 — SILVA. — Zur Histologie der Irisperlen. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 43, 11, S. 450.
- WÖLFLING. — Zur Entstehung von Iriskammerzysten. Arch. f. Augenh. 52, S. 223.
- 1906 — WINTERSTEINER. — Über primäre pigmentierte Zysten der Irishinterfläche. 33 vers. Oph. G. Heidelberg, S. 345.
- FRUCHTE. — Über Iriszysten besonders ihre Therapie. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 44, 2, S. 42.
- 1908 — URMETZER. — Über Epithelwanderung und Entwicklung von Epithelcysten im Aug. Arch. f. Ophth. Bd. 68, S. 494.
- JUSELIUS. — Die spontanen Iriszysten, ihre Pathogenese und Entwicklung. Klin. Monatsbl. Bd. 46, 2, S. 300.
- COATS. — An unusual form of Cyste of the iris. Oph. Hosp. Refr. Vol. 17, p. 143.
- 1909 — HIRSCHBERG. — Ein Fall von Vorlertkammer Zyste. Zentralbl. f. prak. Augenh. S. 225.
- 1910 — PAGENSTECHEK. — Multiplen Zysten an der Irishinterfläche und am corpus Ciliare. Arch. Oph. G, LXXIV, S. 290.
- 1914 — TERTSCH. — Die spontane Iriscysten. V. Graef's. Arch. f. Ophth. Bd. 88, S. 72.
- 1919 — RADOS. — Über spontane Iriscysten. V. Graef's. Arch. f. Ophth. Bd. 99, S. 152.
- 1920 — A. FISCHER. — Ein never Fall einer spontanen pigmentierten Zyste der Irishinterfläche. Klin. Monat. f. Augenh. Bd. 65, 2, S. 876.
- RUMBAUR. — Beiträge zur klinik und Anatomie einiger seltener Tumoren des Auges und der Orbita. Klin. Monatsbl. f. Augenh.
- 1928 — S. GINSBERG. — Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie. Auge. Springer. Berlin.

Revista dos Jornais de Medicina

Tipos de edema e seu tratamento. (*Types of edema and their treatment*, por HENRY A. CHRISTIAN. — *New Engl. Jour. of Med.* 21 de Dezembro de 1933.

O A. apresenta uma classificação dos edemas, uma classificação com carácter puramente clínico, e depois, a-propósito de cada uma das variedades, alude ao seu fundamento patogénico e tratamento.

MORAIS DAVID.

Um caso de sífilis gástrica simulando um cancro do estômago. (*A case of gastric syphilis simulating carcinoma of stomach*), por BORIS KAPLAN. — *New Eng. Jour. of Med.* 21 de Dezembro de 1933.

O caso clínico que o A. cita refere-se a uma mulher de trinta e sete anos, com uma história de sintomatologia gástrica que vinha de há seis meses, uma massa tumoral palpável no epigastro, dores, emmagrecimento e palidez, anacloridria após injeção de $\frac{1}{2}$ mgr. de histamina, reacção de Wassermann e Kahn positivas e, finalmente, imagem radiológica lacunar da grande curvatura do estômago. O diagnóstico primeiramente estabelecido foi o de neoplasia gástrica. Com três semanas de tratamento específico, neosalvarsan e bismuto, desapareceram os vômitos e as dores abdominais e, ao cabo de seis semanas, aumentara 3,5 quilog. em pêso. A massa tumoral desapareceu ao fim de três meses e, aos quatro meses, o exame radiológico não revelou qualquer resíduo da lesão anteriormente observada.

As lesões sífilíticas do estômago são raras e, como regra, aparecem no período distante da infecção primária. Estas lesões, constituídas por processos gomosos, localizam-se na submucosa, por forma localizada ou difusa. À volta dos vasos, em camadas concêntricas, sobrepõem-se tecido conjuntivo, linfócitos, células gigantes, que repercutem na permeabilidade de pequenos vasos, particularmente das pequenas artérias, com obliteração de certos troncos vasculares e deficiência circulatória da zona da lesão, que apresenta tendência necrótica. A endarterite obliterante e a infiltração linfocitária peri-vascular constituem as lesões sífilíticas mais características do estômago. A sintomatologia da doença é muito irregular, variando desde os sintomas vagos de uma dispepsia pouco marcada até ao quadro sintomatológico da úlcera ou do carcinoma.

MORAIS DAVID.

Toxemias da gravidez. Relance crítico da literatura recente. (*Toxemias of pregnancy. A critical review of the recent literature*), por D. HURWITZ. — *New Eng. Jour. of Med.* 21 de Dezembro de 1933.

A toxemia da gravidez é uma complicação relativamente freqüente, em cerca de 5% dos casos, que aparece mais nos três últimos meses de gravidez e cujo diagnóstico assenta na hipertensão arterial, na albuminúria ou nas duas manifestações simultaneamente. Os sintomas traduzem-se pelas cefaleias, perturbações visuais mais ou menos intensas, dores epigástricas e vômitos, edemas das extremidades e do rosto, convulsões e, nas formas mais graves, pelo cômá. Os sectores em que a investigação tem pretendido descobrir a patogenia da doença abrangem a química orgânica, as provas funcionais dos diferentes órgãos, as alterações circulatórias, a anatomia patológica, particularmente a do rim e do fígado.

As referências a cada um destes diferentes campos de investigação incidem, sumariamente, sobre os trabalhos mais modernos do assunto. No seu aspecto clínico, o A. apresenta, entre outras, a classificação segundo Stander e Peckham, e que é a seguinte:

- 1) Eclâmpsia.
- 2) Pre-eclâmpsia. Simula a eclâmpsia, mas distingue-se dela pela falta de cômá ou de convulsões.
- 3) Nefrite crónica.
- 4) Eclâmpsia, complicação de nefrite.
- 5) Baixa capacidade funcional do rim.

Conclusões:

A química do sangue, na eclâmpsia, é de um valor muito pequeno, pelo que diz respeito ao tratamento desta toxemia. Na gravidez normal existe uma baixa da reserva alcalina do plasma e da base total. As alterações da química do sangue encontradas nestes casos dependem das convulsões ou dos vômitos e são, portanto, secundárias. O abaixamento do açúcar do sangue, descrito na eclâmpsia e nos vômitos da gravidez, não tem sido confirmado.

As provas funcionais do fígado não têm valor nem no diagnóstico nem no prognóstico.

É possível que haja uma ligeira alteração funcional do fígado, nas gravidezes normais.

As alterações capilares do leito das unhas e vasos retinianos são descritas por investigadores alemães e impugnadas por outros.

A patologia típica do fígado é a sua necrose periférica, com ou sem hemorragia. Outras lesões do fígado são menos características.

As alterações renais são importantes e têm, provavelmente, o seu ponto de partida vascular.

A classificação em convulsões agudas ou toxemia eclâmpica, toxemia nefrítica e hipertensão ou toxemia cardiovascular, segundo Corwin e Herrick, é a que melhor parece adaptar-se ao estado actual dos nossos conhecimentos.

As referências recentes, a-propósito de uma substância pressora isolada

do sangue dos doentes eclâmticos e pre-eclâmticos, são de um interesse muito grande.

MORAIS DAVID.

A acidez gástrica na disfunção tiroideia. (*Gastric acidity in thyroid dysfunction*), por S. ALLEN WILKINSON. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 3o de Dezembro de 1933.

Em cem casos de hipertiroidismo, 36% apresentavam acloridria e a média total dos valores do ácido clorídrico, nos cem casos referidos, foi um pouco superior à metade dos valores normais.

A acloridria no hipertiroidismo está mais em dependência do tempo de evolução da doença do que do grau de toxicidade.

Após a tiroidectomia aparece uma baixa sensível na percentagem dos casos de acloridria, sensivelmente a $\frac{1}{3}$, e a média dos valores da acidez atinge os números normais.

○ hipotiroidismo, nos casos do A., produz uma tendência para a hipercloridria.

MORAIS DAVID.

Eritema nodoso. (*Erythema nodosum*), por W. R. COLLIS. — *The Brit. Med. Jour.* 23 de Dezembro de 1933.

Em trabalho publicado anteriormente e neste, que constitue um complemento do primeiro, com apresentação de mais cinco casos clínicos, o autor chega à conclusão de que o eritema nodoso significa um tipo de hiper-sensibilidade para determinados alergêneos que, nos seus casos, corresponderam à tuberculina e à endotoxina estreptocócica hemolítica.

MORAIS DAVID.

Tosse convulsa experimental. (*Experimental pertussis*), por H. MACDONALD e E. MACDONALD. — *The Jour. of Inf. Diseases.* Vol. LIII. Novembro e Dezembro de 1933.

Em quatro irmãos, que nunca haviam sofrido de tosse convulsa, os autores fizeram, primeiro, instilações nasais e faríngeas, com filtrados de culturas puras de bacilos Bordet Gengon, com resultados negativos, e, depois, instilações com uma suspensão salina do mesmo bacilo.

Em dois irmãos, previamente injectados com vacinas de bacilos *pertussis*, a infecção não se deu e em dois não vacinados seguiu-se a evolução da tosse convulsa.

MORAIS DAVID.

O toxóide tetânico na profilaxia do tétano. (*Tetanus toxoide in prophylaxis against tetanus*), por D. BERGEY e S. ETRIS. — *The Jour. of Inf. Diseases*. Vol. LIII. Novembro e Dezembro de 1933.

B. e E. efectuaram vários trabalhos experimentais para comprovar o valor imunizante do toxóide tetânico de Ramon (toxina tetânica + formaldeído) na cobaia e concluem que, em face dos resultados obtidos, é de prever que o valor profilático das injecções de toxóide tetânico se possa estender até ao seu uso como profilático do tétano no homem.

MORAIS DAVID.

Tratamento esclerogéneo das hemorróidas internas. (*Injection treatment of internal hemorrhoids*), por E. FAGAN. — *The Surg. Clin. of North. Am.* Dezembro de 1933.

Depois de dizer algumas palavras acêrca da etiologia, dos sintomas e diagnóstico das hemorróidas internas, F. faz referência ao tratamento médico das hemorróidas internas. Usa como agente esclerogéneo o fenol em soluto oleoso e o soluto aquoso de cloridrato duplo de quinina e ureia.

Nos casos em que o tratamento médico está indicado o método das injecções produz um alívio quasi immediato dos doentes e os resultados terapêuticos são uniformemente bons.

MORAIS DAVID.

A chamada acidose nas crianças. (*Lo-called acidosis in children*), por REGINALD MILLER. — *The Brit. Med. Jour.* 16 de Dezembro de 1933.

Sumário:

No intrincado e complicado problema dos casos que correm sob a designação de vômitos cíclicos e acidose, parece não haver motivos para invocar a acidose como causa dos sintomas. Na fase aguda a acidose é o resultado e não a causa do ataque e nos períodos intermediários a acidose é muito rara.

A causa determinante é uma lesão tóxica do fígado, com baixa da sua reserva glicogénica, que torna o órgão vulnerável a certas situações tóxicas, partidas possivelmente do intestino.

MORAIS DAVID.

Contribuição ao estudo da miocardite da doença de Friedreich. (*Der la conoscenza della miocardite dell'atassia di Friedreich*), por PIETRO GUIZZETTI. — *Riv. di Pat. Nervosa e Ment.* Vol. XLI. Fasc. 3. Junho de 1933.

O A. descreve o aspecto anátomo-patológico de um caso de miocardite numa ataxia de Friedreich, e indica as características que a distinguem das outras miocardites e em particular da miocardite sifilítica.

ALMEIDA LIMA.

Circulação cerebral. Acção dos convulsivantes, cafeína, absinto, cânfora e picrotoxina nas artérias da pia-máter. (*Cerebral circulation, etc.*), por JACOB E. FINERINGER e S. COBB. — *Arch. of Neur. and Psych.* Vol. XXX. N.º 5. Novembro de 1933.

Este artigo dá conta de trabalhos, que fazem parte de um plano de estudos da circulação cerebral executado por vários investigadores na secção de neuropatologia da Havard Medical School, de que já temos feito referência.

Destacamos as seguintes conclusões:

As convulsões determinadas por doses suficientes de cafeína injectada por via intravenosa são precedidas por uma constrição brusca das artérias piáis observadas, queda da pressão arterial e diminuição da tensão do líquido encéfalo-raquidiano.

As convulsões produzidas por pequenas doses de absinto por via intravenosa, são precedidas por ligeira constrição das artérias da pia-máter, queda da pressão arterial e uma ligeira queda ou ligeira ascensão da tensão do líquido céfalo-raquidiano. As convulsões que se seguem à administração de elevadas doses de absinto foram, na maioria dos casos, precedidas por dilatação das artérias da pia-máter, baixa da pressão arterial e elevação da tensão do *liquor*.

A cânfora monobromada produz convulsões que são precedidas por dilatação das artérias da pia-máter e de aumento da tensão do líquido céfalo-raquidiano. A pressão arterial não mostra alterações constantes.

A picrotoxina produz convulsões precedidas de ligeira constrição das artérias piámerianas e baixa da tensão do líquido encéfalo-raquidiano. As variações da pressão sanguínea são variáveis e inconstantes.

ALMEIDA LIMA.

Circulação cerebral. Acção da epinefrina e da pituitrina nas artérias da pia-máter, por A. S. FORBES, K. H. FINLEY, G. I. NASON. — *Ach. of Neur. and Psych.* Vol. XXX. N.º 5. Novembro de 1933.

Este artigo faz parte de uma série de importantes trabalhos experimentais realizados pelos AA., onde se estudam problemas do mais alto interesse para o esclarecimento dos fenómenos relacionados com o mecanismo da circulação cerebral.

Destacamos, de entre as várias conclusões apresentadas pelos AA., as seguintes:

A diferença entre a actividade vasomotora no cérebro (pia) e na pele (pavilhão do ouvido) foi estudada em animais anestesiados por meio da epinefrina, da pitressina (betahipofamina) e estimulação do simpático.

A pitressina determina dilatação das artérias na pia-máter e constrição das da pele.

A epinefrina, em injeção intravenosa ou intracarotídea, produz um efeito semelhante.

A epinefrina, aplicada localmente, produz constrição, tanto nas artérias

da pele como nas da pia-máter, mas a resposta das artérias é aproximadamente quatro vezes mais intensa na pele do que na pia.

A excitação do simpático provoca a constrição de ambas as regiões arteriais consideradas, mas a sua acção é aproximadamente dez vezes mais intensa na pele do que na pia.

A vasoconstrição pial (determinada nas condições apontadas) pode ser vencida por uma elevação da pressão sanguínea; o mesmo não sucede na pele.

Estes resultados indicam como, sob a influência de emoções fortes como, por exemplo, em acidentes, um aumento do débito sanguíneo através do cérebro se pode dar sem impedimento da parte dos vasomotores cerebrais.

ALMEIDA LIMA.

Tumores benignos dos ventriculos laterais. Diagnóstico e tratamento. (*Benign encapsulated tumors in the lateral ventricles of the brain. Diagnosis and treatment*), por W. DANDY. — *Annals of Surgery*. N.º 5. Pág. 841. Novembro de 1933.

Apresenta o A. o relato de treze casos de tumores benignos e encapsulados dos ventriculos cerebrais laterais. Três doentes morreram em seguida à intervenção, dez curaram-se, havendo um com uma sobrevivência já de catorze anos.

Não é possível, pela observação clínica, diagnosticar a posição destas neoplasias e distingui-las de gliomas dos hemisférios que secundariamente invadem os ventrículos.

A análise dos casos do A. e de mais vinte e cinco da literatura, mostrou a impossibilidade de separar um quadro clínico característico. Estes tumores dão uma sintomatologia variada e rica, mas que tem só de comum de caso para caso as cefaleias intensas.

Porém, segundo o A., a ventriculografia permite em todos os casos uma localização exacta.

Estes tumores são mais comuns na segunda década da vida.

Para atingir a neoplasia tem sempre que se excisar uma porção do córtex, de preferência imediatamente por cima do tumor, mas se esta não fôr uma área silenciosa, far-se-á a abertura do córtex à frente ou atrás do tumor.

ALMEIDA LIMA.

Estudo do débito dos vasos cerebrais antes e durante ataques convulsivos experimentais. (*Cerebral blood flow preceding and accompanying experimental convulsions*), por F. A. GIBBS. — *Arch. of Neur. and Psych.* Vol. XXX. N.º 5. Novembro de 1933.

O A. relata minuciosas e cuidadas experiências realizadas em gatos, podendo as suas conclusões resumir-se no seguinte:

O absinto, a cânfora, a cafeína e a picrotoxina, assim como o *shock*, não

**“eregumil”
Fernández**

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

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

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

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

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

TARTROL
Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo
2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções in-
tramusculares no tratamento da sífilis.

LABORATORIOS “SICLA”
Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa
Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca
FARMACEUTICOS

Deposítário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31
LISBOA

HORLICK'S

PARA AS

MÃIS QUE

AMAMENTAM

Unicos representantes para Portugal:

ESTABELECIMENTOS
JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

Não nos resta dúvida de que um Leite Maltosado como o Horlick's, possuindo uma elevada quantidade de hidratos de carbono, como o malte, é um poderoso estimulante da secreção do leite pelos seios.

"MODERN METHODS OF FEEDING
IN INFANCY AND CHILDHOOD."

(D. PATERSON and J. F. SMITH.)

A opinião acima transcrita do valor do Leite Maltosado de Horlick's, como galactogogo, é partilhada por muitos membros da Classe Médica e Enfermeiras.

Horlick's é um leite puro, rico, combinado com extractos nutritivos de cevada maltosada e trigo, evaporado até secar, a baixa temperatura, no vacuo, para lhe conservar todas as propriedades alimenticias.

Sendo a importância da amamentação novamente perconisada com toda a fôrça, as vantagens de uma bebida agradável, que não só fornece às mães um alimento de enorme poder, mas também auxilia poderosamente a secreção mamária, deve ser salientada.

Fornecem-se amostras aos Ex. mos Médicos

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

provocam estados convulsivos por diminuição da quantidade de sangue que passa nos vasos cerebrais.

ALMEIDA LIMA.

Patologia do «torticolis espasmódico». (*The pathology of spasmodic torticollis with a note on respiratory failure from anesthesia in chronic encephalitis*), por R. GRINKER e EARL WALKER. — *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXVIII. N.º 6. Dezembro de 1933.

Num caso descrito pelos AA. é claramente demonstrada a base orgânica do «torticolis espasmódico»; tratava-se de um caso indiscutível de encefalite crónica do tipo epidémico.

Os AA. relatam também dois casos de falência respiratória durante anestesia geral em dois casos de encefalite epidémica, chamando a atenção para os perigos da anestesia geral nas infecções do sistema nervoso central.

ALMEIDA LIMA.

Tumores do gânglio de Gasser. (*Tumors of the Gasserian Ganglion*), por M. J. COOPER. — *Am. Jour. Med. Sc.* N.º 185. 1933.

Relato de três casos de tumor do gânglio de Gasser, acompanhado de um estudo estatístico desses casos e de mais dezanove da literatura.

As manifestações clínicas compreendem, pela sua ordem de frequência, os seguintes sinais ipsolaterais: dor de aparecimento precoce, na zona de distribuição do trigêmeo sensitivo; alterações objectivas da sensibilidade cutânea na área do trigêmeo; enfraquecimento dos músculos innervados pelo V par; lesão de outros nervos cranianos, principalmente do 3.º, 4.º, 6.º, 7.º e 8.º; diminuição do reflexo córneo e lacrimal; perturbações do paladar, paralisia simpática ocular (síndrome de Claude Bernard-Horner), e exoftalmos unilateral.

Os bons resultados obtidos com as intervenções cirúrgicas, que podem ser de dois tipos: extracção do tumor, quando isso fôr possível, ou corte da raiz sensitiva do trigêmeo, quando a extracção da neoplasia não fôr possível, e a baixa mortalidade destas intervenções, quando executadas por cirurgiões especializados e competentes, justificam a intervenção cirúrgica em todos os casos em que o diagnóstico de tumor do gânglio de Gasser é certo ou em que há suspeitas fundamentadas dessa localização.

ALMEIDA LIMA.

Manifestações neuropsiquiátricas da doença de Vaques. (*Polycythemia vera and its neuropsychiatric features*), por N. W. WINKELMAN e M. A. BURNS. — *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXVIII. N.º 6. Dezembro de 1933.

Dois casos de doença de Vaques (*polycythemia vera*) apresentando perturbações mentais e nervosas, são relatados.

As perturbações subjectivas são a cefaleia, as vertigens e os escotomas. As perturbações mentais não coincidem com nenhum quadro psiquiátrico conhecido; a confusão mental é, contudo, o aspecto predominante.

O exame microscópico do sistema nervoso de um dos casos mostrou enorme dilatação e engorgitamento dos vasos sanguíneos cerebrais, provocando estase e consecutivas alterações anoxêmicas de certas zonas celulares.

Segundo o A., as alterações histopatológicas encontradas são suficientes para explicar a sintomatologia neuro-psiquiátrica encontrada.

ALMEIDA LIMA.

Três casos de neuro-fibromatose múltipla. (Doença de Recklinghausen), apresentando degenerescências malignas. (*Three cases of multiple neurofibromatosis with malignant degeneration*), por A. H. JACKSON. — *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXVIII. N.º 6. Dezembro de 1933.

Relato de três casos de doença de Recklinghausen. Em dois dos casos foi observada degenerescência sarcomatosa; no terceiro foi encontrada uma grande massa tumoral, senão absolutamente característica, deixando suspeitas fundamentadas de ser um sarcoma.

O A. crê que a degenerescência de um ou alguns neurofibromas é mais freqüente do que vulgarmente se julga.

O caso I do A. é interessante por apresentar um enorme tumor de rapidíssimo crescimento no local de onde previamente se tinha extirpado um tumor benigno. O caso II é notável por várias particularidades apresentadas, mas principalmente por ser filho do doente do caso I. O caso III tem interesse por mostrar degenerescência sarcomatosa de vários neurofibromas.

ALMEIDA LIMA.

Artrodese da anca num caso de articulação bamba (ballante). (*Arthrodèse de la hanche dans un cas d'articulation ballante*), pelos Drs. HUSTIN e LEEMANS (Bruxelas). — *Bulletins et Mémoires de la Société Belge d'Orthopédie*. Tôm. V. N.º 6. Págs. 186-189. Novembro de 1933.

Trata-se duma mulher que, dois anos antes da comunicação dos AA., sofreu duma artrite purulenta da anca, após um abôrto infectado. Resultou disso uma destruição total da cabeça do fêmur, duma parte do côtilo, desaparecendo todo o rebôrdo do acetábulo. O côto do colo femural saiu da articulação e tomou apoio no que resta do rebôrdo cotiloideu. De aí, um encurtamento do membro inferior e um apoio instável da anca. Um dos AA. opera a doente, colocando um enxêrto anquilosante que vai do grande trocânter ao rebôrdo da articulação, depois de ter feito a redução da luxação por tracção e rotação interna do membro.

A anca, dez meses depois, está fixa, estável, sólida, completamente anquilosada. O caminhar é muito fácil com bengala e possível sem ela. Pode

baixar-se e sentar-se sem dificuldade. O encurtamento é de três centímetros apenas.

Algumas considerações que o caso merece: os AA. fizeram uma artro-dese e não uma artroplastia, porque o cótilo estava consideravelmente aumentado de tamanho por destruição da cartilagem de revestimento e do rebôrdó cotiloídeo. O côto do colo era demasiado pequeno para uma cavidade tão grande e cujo teto era muito oblíquo e sem lhe oferecer obstáculo. Neste caso uma fixação sólida da anca era mais segura do que uma artroplastia, cujos resultados seriam incertos. Actualmente, os AA. não fazem grandes incisões para a artrodese da anca por cavilhamento. Uma incisão de dez a doze centímetros basta.

Este resultado, dez meses após a intervenção, mostra que um enxêto sólido, indo da base do grande trocânter ao rebôrdó cotiloídeo, é capaz de anquilosar sólidamente uma articulação tão possante como a da anca, mesmo com destruição considerável da mesma.

Além desta vantagem, tem ainda a da execução extraordinariamente fácil e duma grande rapidez, não produzindo o mínimo choque.

MENESES.

Ossificação do tendão rotuliano num sífilítico. (*Ossification du tendon rotulien chez un sujet syphilitique*), por MARCEL SÆUR (Charleroi). — *Bulletins et Mémoires de la Société Belge d'Orthopédie*. — Tõmo V. N.º 6. Pág. 193-199. Novembro de 1933.

A-propósito da patogenia do osteoma tendinoso, o A. faz uma breve *mise-au-point* da patogenia da osteo-condro-artropatia sífilítica.

Os três pontos de vista que parecem contraditõrios, fenómenos neuro-vasculares, papel do traumatismo e exames anátomo-patológicos, longe de se excluírem no que diz respeito ao tabes, completam-se, pelo contrário, de modo que se pode considerar que as osteo-condro-artropatias sífilíticas são devidas primitivamente a uma lesão local e específica do treponema (goma, arterite), em consequência da qual se instala uma rarefacção óssea, de princípio, e uma migração de cálcio, a seguir, sob uma influência vaso-motora. Esta migração leva, no fim de contas, à artrite deformante, quando a zona do esqueleto está submetida a um traumatismo repetido.

MENESES.

O tratamento das pseudartroses dos ossos dos membros pela «Thyroxin Roche». (*Skúsenosti sosterovanúm pseudarthroz intravenõznymi injekcianu thyroxinu «Roche»*), por STEPHAN CORTAL (Zoolen). — *Slovansky Sbornik Ortopedicky (Revista ortopédica eslava)*. Tõmo VIII. Fasc. 6. Pág. 274-278.

O A. recomenda o tratamento da pseudartrose por injecções intravenosas de «Thyroxin Roche», em um miligrama por semana. Tratou assim

doze casos, e, em oito, obteve a cura com oito a dez injeções de «Thyroxin»; nos quatro restantes não teve sucesso, o que atribue a causas locais.

MENESES.

O papel da osteosíntese metálica no tratamento das pseudartroses. (*El rol de la osteosíntesis metálica en el tratamiento de las pseudoartrosis*), por JUAN VERBRUGGE. — *Sociedad de Cirugía de Buenos Aires*. Sessão de 4 de Outubro de 1933. *Boletines y Trabajos*. Tôm. XVII. N.º 25. Pág. 989-1002.

O A. conclue que a grande maioria das pseudartroses que ainda se observa, e que vai diminuindo de ano para ano, é consequência da falta de cuidado inteligente e de conhecimentos de quem trata as fracturas. Poderemos prever a desapareição, ou pouco menos, das pseudartroses, paralelamente aos progressos que formos conseguindo no tratamento das fracturas, sobretudo nas tentativas para a justaposição perfeita das extremidades ósseas e sua imobilização rigorosa, mais ou menos prolongada, segundo os casos de que se trate.

Da experiência dos últimos trinta e cinco anos do Prof. Lambotte e do estudo do A. sobre o assunto, fica êste partidário convicto da superioridade da osteosíntese metálica sobre os outros processos na maioria dos casos. Êste método de tratamento está indicado, de preferência aos outros, nos casos em que não há perdas de substância muito grandes, mesmo nos segmentos de membros que têm dois ossos.

Deve consistir num avivamento muito cuidadoso das extremidades ósseas e numa fixação sólida de ambas, depois duma justaposição perfeita. O material deve ser perfeitamente apropriado e manejado por mãos habituadas. A maioria dos insucessos são consequência de defeitos de técnica ou de falta de asepsia, e não de defeitos orgânicos.

MENESES.

Resultados do tratamento operatório e conservador da necrose do semi-lunar. (*Ergebnisse operativer und konservativer Behandlung der Mondbeinnekrose*), por PAUL ROSTOCK (Bochum). — *Archiv f. orthopädische Chirurgie*. Tôm. 31. H. 3. Pág. 439. 1932.

Apreciação em conjunto dos exames feitos após um certo tempo de findo o tratamento de cinqüenta e oito casos, dos quais vinte e um operados e trinta e sete tratados por método conservador. Conclue-se que o tratamento operatório é preferível, não sendo, todavia, possível distinguir qual é melhor: se a extirpação total ou a extirpação parcial segundo Müller e Konjetzny. Não se pode firmar uma opinião sobre as vantagens de qualquer dos métodos conservadores sobre os restantes.

MENESES.

Sobre a contaminação sífilítica do embrião do feto: estado actual da questão. (*Sur la contamination syphilitique de l'embryon et du fœtus: état actuel de la question*), por M. PÉHU e G. PIZZERA (Lyon). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. IX. N.º 4. Págs. 401-453. 1933.

Dêste longo e interessante estudo, que discute a contaminação sífilítica do embrião duma forma que não é puramente especulativa, deduzem os AA. algumas conclusões práticas que é necessário que enumeremos.

Os AA. eliminam a importante questão do casamento dos sífilíticos que, só por si, poderia ser objecto dum trabalho especial, mas que, no entretanto, está estreitamente ligada ao problema da transmissão «hereditária» da sífilis.

Em face da responsabilidade materna, infinitamente maior do que a responsabilidade paterna, na contaminação sífilítica da criança, os AA. têm a impressão de que no momento actual a maioria dos autores estão de acôrdo, em geral, para exigir da mulher prazos de tempo mais prolongados do que os exigidos ao homem antes de autorizarem o casamento.

Mais interessantes ainda são as deduções terapêuticas que os AA. inferem do seu estudo. Já que é a mãe, regra geral, quem transmite a sífilis ao filho, é ela quem precisa de tratamento enérgico. As antigas concepções não implicavam necessariamente o tratamento duma mãe que tinha gerado um filho sífilítico; esta mãe estava sã ou imunizada e, por êsse facto, não necessitava de tratamento. O tratamento enérgico da mãe não é de muito antiga data, não vai muito além duma quinzena de anos e foi sobretudo preconizado por Klafthen, por volta de 1919-1920.

Êste tratamento deve ser imediato e intenso e ainda mais activo e mais vigiado desde o mínimo atraso da menstruação, podendo fazer suspeitar do início duma gravidez, a-fim-de actuar o mais precocemente possível sobre o produto da concepção. Precisa de ser prolongado durante todo o curso da gestação, porque até aos últimos meses, uma mãe pode contaminar o seu filho; e os AA. referem os resultados magníficos obtidos pelo tratamento da mãe durante a gravidez, quando a medicação é instituída em tempo oportuno pela via endovenosa, com as doses necessárias e suficientes e seguida com regularidade. Com tal tratamento, temos o direito de dar a uma mãe que acaba de gerar um filho sífilítico, uma séria esperança de que tenha ulteriormente crianças sãs.

Na maior parte das vezes, uma mulher que, pelos seus antecedentes obstétricos, pelo seu estado de saúde ou dos seus filhos, pelas suas reacções serológicas, é suspeita de sífilis, não vem consultar o médico senão um certo tempo depois do início da gravidez.

Está grávida de dois ou três meses. ¿ Não contagiou ainda o filho, quer no momento da concepção, quer por via hematogénea, através da vilosidade do córion? Por outras palavras ¿ o tratamento que se aplica então à mãe, nesta fase da gravidez, evitará a contaminação da criança? Por ora, é impossível responder categoricamente a esta pergunta.

Ainda que a sífilis materna seja antiga, ainda que, clinicamente, pareça latente, a criança deve ser tratada. A sífilis da criança poderá ser latente, mas importa procurá-la minuciosamente, e será uma excelente medida de

segurança submeter, desde o nascimento, uma criança destas à influência favorável do tratamento.

Finalmente, como a mãe dum filho sífilítico é, a maior parte das vezes, uma sífilítica, e como, inversamente, o filho duma mãe sífilítica está, a maior parte das vezes, infectado, as «leis» de Colles e de Profeta conservam todo o seu alcance prático: uma mãe pode e deve amamentar o seu filho sífilítico e um filho sífilítico não pode ser amamentado senão pela sua mãe.

Todavia, os AA. referem algumas excepções à lei de Colles. Uma criança pode nascer sã duma mãe sífilítica. Por isso, antes de se autorizar o aleitamento, é preciso fazer os exames clínicos e serológicos minuciosos da mãe e do filho. Se estas provas são negativas, os AA., de acôrdo com o Prof. Gougerot, acham prudente não permitir a amamentação com o seio. De facto, não se recusam, por isso, à criança, os benefícios do aleitamento materno: a mãe aspira o leite e dá-o ao filho por intermédio do biberon. Tais eventualidades são, diga-se, excepcionais e, em regra geral, o filho será pôsto ao seio da mãe: em caso algum deverá ser confiado a uma ama sã.

MENESES.

Personalidade e psicoses dos esquizofrénicos pícnicos e asténicos, por PLATTNER-HEBERLEIN. — *Zeitschrift für die ges. Neur. und Psych.* Tômoo CXLI. 1932.

Estudaram-se vinte esquizofrénicos: dez asténicos e dez pícnicos; todos tinham fortes cargas vesânicas hereditárias; os primeiros pertenciam, no geral, a um nível social mais elevado.

Os pícnicos tinham tendências patológicas especiais: apoplexia, diabetes, obstipação, dermatoses; os asténicos, diminuição de resistência para as doenças infecciosas.

Os asténicos tinham uma personalidade pre-mórbida, que se aproximava de esquizotimia; começaram a sua psicose mais cedo e esta teve uma evolução mais grave e rápida; os pícnicos eram sintónicos (extra-vertidos, sociais, abertos, etc.), antes da doença, e esta teve um curso arrastado e remitente.

Estes exemplos demonstram a influência notável da constituição morfológica, aliada à psicológica, sôbre o prognóstico e evolução das psicoses endógenas.

BARAHONA FERNANDES.

A interpretação fisiológica da histeria, por M. MARINESCO. — *L'Encéphale*. N.º 9. Novembro de 1933.

Comentário a um artigo de Pawlow sôbre o mesmo assunto, no qual o A. diz que o pitiatismo de Babinsky, extremamente importante como concepção clínica, não pode resolver completamente o problema da histeria; a sua proteiforme sintomatologia não está sômente em relação com os processos

de sugestão e contra-sugestão, mas tem raízes mais profundas na essência e natureza da personalidade humana.

Na neurastenia há um predomínio dos processos cerebrais de excitação sobre os de inibição, enquanto que na histeria prevalece a inibição, e há uma debilidade dos processos corticais de excitação dependente de modificações da excitabilidade das massas ganglionares da base.

Os mecanismos, estudados experimentalmente, da indução recíproca e sucessiva, estão perturbados; uma hemiplegia funcional dependerá, por exemplo, da persistência de um foco cerebral de inibição, ao qual se não seguiu, pelo processo da indução sucessiva, a fase inversa de excitação.

A favor do papel dos centros subcorticais invoca a semelhança com certas alterações da série extra-piramidal, a sugestibilidade especial dos doentes com lesões orgânicas do *paleo-estriatum* (parkinsonismo, etc.), e as relações destes centros com o estado vegetativo e humoral, também comprometido nos histéricos.

BARAHONA FERNANDES.

A catatonia experimental pela bullo-capnina e as outras catatonias tóxicas e tóxico-infecciosas, por H. BARUK. — *L'Encéphale*. N.º 9. Novembro de 1933.

Não é só a bullo-capnina que provoca experimentalmente sintomas psico-motores comparáveis à catatonia humana; outros fârmacos: sonmifène, mescalina, colina, adrenalina, etc., e certos produtos extraídos da urina dos doentes, produzem o mesmo efeito.

A sua acção não parece ser exclusivamente cortical, mas sim sobre todo o sistema nervoso; as alterações electro-fisiológicas provocadas são semelhantes às dos doentes. Recentemente, obteve-se o mesmo resultado pela injeção de liquido céfalo-raquidiano a cobaias tuberculosas e, o que é notável, pela injeção em animais normais de uma exotoxina atenuada, extraída por Vincent de uma cultura de coli-bacilos obtidos da urina de uma doente com confusão mental.

São conhecidas as psicoses de forma catatônica, sintomáticas da infecção colibacilar, assim como da febre tifóide.

Acumulam-se, desta maneira, os argumentos em prol da origem tóxica deste síndrome psico-patológico.

BARAHONA FERNANDES.

A parafrenia alucinatória, por HALBERSTADT. — *L'Encéphale*. N. 8. Setembro de 1933.

Baseado em cinco observações pessoais, descreve o A. um quadro clínico particular, caracterizado essencialmente pela existência de ricas e variadas alucinações auditivas, raras alterações psico-sensoriais de outras esferas, ideas delirantes mínimas, mal esboçadas, sem sistematização e dependentes das alucinações, ausência de enfraquecimento mental, de deterioração da personalidade ou qualquer outro sintoma esquizofrênico.

Propõe a designação de parafrenia alucinatória, a juntar às outras formas descritas por Kraepelin: sintomática, expansiva, confabulatória e fantástica.

Esta espécie nosográfica, que corresponde à alucinose endógena ou progressiva de Kleist, distingue-se da parafrenia sistemática ou delírio crónico sistematizado de Magnan, pela ausência de carácter evoluivo, pelo predomínio das alucinações, ausência de transformação do delírio e da demência terminal.

BARAHONA FERNANDES.

Efeitos da vagotonina sobre duzentos alienados. Estudo biológico e terapêutico, por M. DESRUELLES, P. LICULIER e P. JARDIEN. — *Société Médico-Psychologique*. Sessão de 23 de Outubro de 1933.

A vagotonia é uma hormona extraída do pâncreas, cuja acção fisiológica, completamente diferente da da insulina, se exerce sobre o simpático, cuja excitabilidade diminue, e sobre a pressão arterial, que abaixa lenta e progressivamente.

Utilizada em injeção subcutânea diária, na dose de vinte miligramas, provocou baixa de tensão em grande número de doentes com tensão normal ou alta, e subida naqueles que a tinham baixa; atenuou o reflexo solar em alguns casos e fêz desaparecer a ansiedade noutros, sem qualquer influência nos restantes sintomas mentais.

Parece, pois, actuar sobre o sistema organo-vegetativo, cujo equilíbrio está comprometido na ansiedade.

BARAHONA FERNANDES.

Esquizofrenia e neuro-sífilis, por ODORESCO e VASILESCO. — *Annales Médico-Psychologiques*. Tômoo II. N.º 5. Dezembro de 1933.

A existência de reacções humorais positivas em doentes com esquizofrenia não permite de modo algum filiar esta doença na infecção luética. Mesmo nos casos de infecção do sistema nervoso, expressa pelos sinais laboratoriais positivos no *liquor* e pelos sintomas neurológicos, são precisas grandes reservas no estabelecimento das relações entre as duas doenças, que quasi sempre se cifram numa casual coincidência.

O colorido esquizofrénico dos syndromas psicóticos tardios de certos casos de paralisia geral após a malarização, e de algumas formas de *lues-cerebri*, exprime a influência de constituição pré-psicótica da personalidade, sobre os sintomas. Verdadeiros syndromas esquizofrénicos sintomáticos podem preceder, coexistir ou seguir uma paralisia geral, ou sífilis cerebral, sendo difícil em cada caso estabelecer o nexoo preciso entre as duas afecções.

O tratamento específico não tem qualquer acção sobre os sintomas esquizomorfos dos sífilíticos.

BARAHONA FERNANDES.



CONTRA A TOSSE

COMPRIMIDOS CÓDAL

Bromofórmio, Codeína, Dionina, Beladona, Acónito, Tiocol, Benzoato de sódio e Polígala

CAIXA 12\$00

E

XAROPE RHEUMA

Tiocol, Benzoato de sódio, Codeína, Dionina, Beladona, Acónito, Polígala, etc.

FRASCO 15\$00



CONTRA A GRIPE

RHINOL

ANTISÉPTICO NASAL

Gomenol, Eucaliptol, Timol, Cloretona em vaselina esterilizada

BISNAGA 15\$00
FRASCO 8\$00

Instituto Pasteur de Lisboa

LISBOA

PÓRTO

COIMBRA



Protecção completa
contra a alta tensão

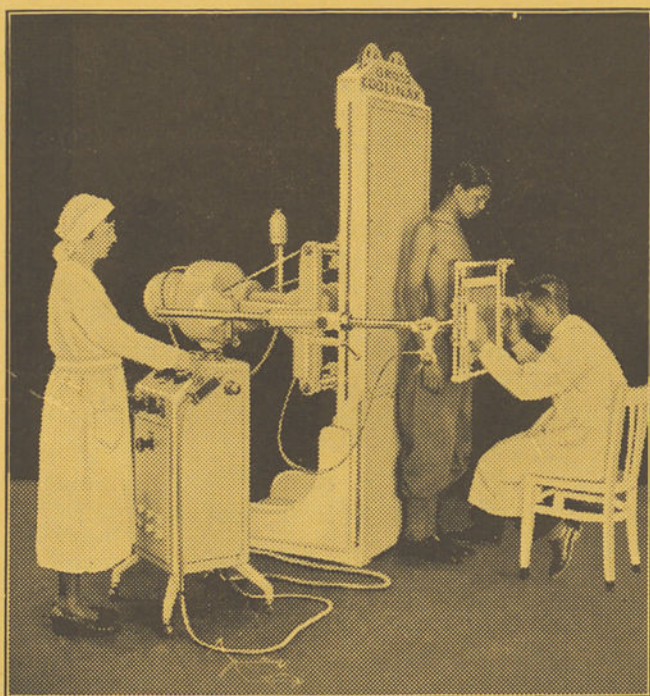
Protecção completa
contra os Raios X

Sem noções preliminares e com segurança até hoje irrealizável

**Qualquer reprodução radiográfica, por
mais complicada que seja, poderá exe-
cutar-se com a mais absoluta perfeição**

Com o simples auxílio duma tabela e utilizando apenas uma das mãos,
graças ao moderno aparelho de Raios X

GRANDE COOLINAX



Em exposição permanente numa das salas do seu representante:

Instituto Pasteur de Lisboa

Rua Nova do Almada, 71 — LISBOA

onde também se encontram expostos os mais modernos aparelhos de
Electricidade médica: Raios X, Diatermia, Escalpelos eléctricos, Multostatos,
Lâmpadas de irradiação, etc.

Dois novos casos de hebefrenia simples ou confusional tratados pelos sais de ouro associados à piretoterapia pelo óleo sulfurado, por H. CLAUDE e I. DUBLINEAU. — *Société Médico-Psychologique*. Sessão de 14 de Dezembro de 1933.

Observações de dois casos de síndromas hebefrénicos recentes, a juntar aos comunicados ao IV Congresso de Terapêutica, por Claude e Ey, nos quais a piretoterapia pelo enxôfre (sulfosine), associada a administração de sais de ouro (crisalbine e myoral), coincidiu com grandes melhoras do estado mental e somático.

A acção do ouro seria específica nos casos onde a etiologia tuberculosa pudesse ser posta em evidência, mas parece que o efeito da associação piretoquimioterápica é de ordem mais geral, e independente da bacilose ou em relação com formas larva-las, cujo vírus está ainda em estudo.

BARAHONA FERNANDES.

A prova da galactose na cirrose hepática. (*Die Galaktoseprobe bei Leberzirrhose*), por E. HERMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 41. 1933.

Bauer mostrou, há vinte e sete anos, que 40 grs. de galactose, administrada pela bôca, provocavam uma galactosúria de mais de 3 grs. nos doentes com lesões hepáticas, enquanto nos indivíduos sãos a galactose, eliminada pelos rins, não atingia essa quantidade. A prova de Bauer, pela sua simplicidade, mereceu grande interêsse e de-pressa se generalizou; a-pesar, porém, do muito que se tem escrito sôbre ela, ainda hoje não há unanimidade de vistas.

O A., num material clínico que constava de: cirrose de Laennec, cirrose hipertrófica, carcinoma do figado, icterícia hepática, e no qual praticou a prova, e nalguns casos repetidos para determinar a época da doença na qual a prova podia variar de resultados, chegou à conclusão que a prova da galactose não tem importância para o diagnóstico da cirrose hepática.

J. ROCHETA.

Estrofantina na insuficiência circulatória das doenças infecciosas. (*Strophanthin bei der Kreislaufschwäche akuter Infektionskrankheiten*), por H. STRAUB. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 11. 1933.

Descreve o A. o mecanismo da insuficiência circulatória periférica, mostrando bem quais os sinais clínicos diferenciais desta situação e os produzidos por falência do coração. Nas doenças infecciosas o que predomina é a estase periférica por paralisia dos vasos-motores, por acção mixta central e terminal; de aí as indicações terapêuticas que actuem nos dois pontos: efetonina, simpatol, caféna e óleo canforado e semelhantes. A-pesar disto, deve ter-se sempre o máximo cuidado com o estado do coração, sabido como em

muitas autópsias de indivíduos falecidos com doenças infecciosas se encontram, por vezes, lesões extensas do miocárdio.

Nestas condições não deve desprezar-se a terapêutica com medicamentos que actuem directamente no coração. O A., porém, é contrário ao emprêgo sistemático da dedaleira como preventivo, sobretudo em doses fracas, que pouco ou nenhum efeito possuem nas hiper-pirexias. Antes aconselha o exame clínico cuidadoso, e, só quando necessário, o emprêgo duma substância que junte a eficácia à rapidez. Na análise clínica desempenha o pulso o principal papel: um aumento da sua freqüência, ou fortes oscilações no número das pulsações, um pulso pequeno e pouco tenso exigem a injeccção intravenosa de estrofantina 1/4 ou 1/2 miligrama e até mais por dia. Tudo depende dos casos. Temperaturas muito altas exigem doses maiores e devem repetir-se sempre que o exame do pulso assim o indique.

J. ROCHETA.

O tratamento da anemia perniciosa com suco do duodeno. (*Ueber die Behandlung der perniziösen Anämie mit Duodenalsaft*), por W. KUHNAN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 45. 1933.

O facto de se encontrarem modificados, na anemia perniciosa, não só o quimismo gástrico, mas também as funções e a estrutura de toda a mucosa duodenal e intestinal, fêz pensar na possibilidade de se formar, principalmente ao nível do duodeno, tal qual como no estômago, um princípio anti-anémico. Algumas investigações publicadas sobre o assunto apresentam resultados contraditórios. O A. seguiu este processo: a indivíduos sãos, com suco gástrico normal, tirou, com a sonda duodenal, 200 cc. dêste suco, que em seguida deposita, por meio de sonda também, no estômago de doentes com anemia perniciosa; a seguir acrescenta 5 cc. de ácido clorídrico e duas colheres de chá de glicose Dextropur, diluídos em 200 cc. de água. Tem ainda poucos casos, mas apresenta duas histórias clínicas, nas quais os resultados obtidos com esta terapêutica são dos melhores. O modo de fazer é a administração de 200 cc. de suco duodenal três vezes por semana, e, depois de obtidas melhoras, continuar, ainda durante algum tempo, uma vez por semana

J. ROCHETA.

Hipertensão e acidez tissular. (*Hypertension und Gewebssäuerung*), por W. SCHARPFF. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 44. 1933.

Alguns autores têm verificado um aumento da acidez tissular para os alcalis, naquelas doenças que assentam na diátese vaso-neurótica: úlcera gastro-duodenal, asma, hipertonia, etc. Scharpff serviu-se da técnica de Bock para a verificação dêste facto na hipertonia essencial post-juvenil, eliminando aqueles casos de hipertensão arterial secundária e que podiam comprometer os resultados. Ao indivíduo em jejum fêz uma primeira colheita de urinas, e em seguida injectou, nas veias, 20 cc. duma solução de bicarbonato de sódio a 10%; segunda colheita de urinas passadas duas horas. Veri-

fica a diferença do ph nas duas provas, e, embora tenha encontrado valores muito diferentes, chega às seguintes conclusões: na hipertonia essencial post-juvenil o que domina não é o factor vaso-neurótico, mas sim modificações antômicas microscópicas dos capilares. Se estas modificações são pequenas, a eliminação do bicarbonato faz-se facilmente e de aí boas indicações para o tratamento e para o prognóstico; no caso contrário, variam paralelamente os maus resultados terapêuticos e de mau prognóstico.

J. ROCHETA.

O tratamento da tuberculose pulmonar, nas grávidas. (*Zur Behandlung der Lungentuberkulose bei Schwangeren*), por W. R. GLASER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1933.

Ainda hoje se verifica, com freqüência, a indicação do abôrto nas grávidas, que se tuberculisam ou já tuberculisadas, como a melhor terapêutica impedidora dum agravamento do seu estado pulmonar. E todavia são muito diferentes as opiniões que se referem à influência que pode ter sôbre a tuberculose pulmonar o aparecimento da gravidez. Ora, de facto — e um caso do A., a quem se fêz um pneumotorax bilateral mostra-o bem — a interrupção da gravidez é, quási sempre, um mau passo, que pode muito bem evitar-se, quando as tuberculosas grávidas são tratadas com todos os recursos de que dispõe a moderna terapêutica anti-tuberculosa.

J. ROCHETA.

As relações do quadro clinico da intoxicação saturnina com a quantidade de chumbo no sangue e na urina. (*Die Beziehungen des Klinischen Bildes der Bleivergiftung zum Bleigehalt in Blut und Urin*), por E. BASS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 44. 1933.

Num material de cinqüenta casos, que foram remetidos ao A. para julgar do grau de intoxicação saturnina de que sofriam, pôde Bass verificar que nem sempre existe paralelismo entre o quadro clinico e o conteúdo do sangue e da urina em chumbo. O método químico de que se serviu para a análise quantitativa dêste elemento no sangue e na urina foi o de Schmidt, que considera o melhor; segundo êste autor, consideram-se valores patológicos os valores acima de 0,06 mgrs. em 100 cc. de sangue e 0,1 mgrs. em 1.000 cc. de urina; abaixo dêste limite não quere dizer que haja intoxicação, mesmo ligeira, pois são valores que se encontram em todos os indivíduos, mesmo naqueles que nem de perto nem de longe lidaram com chumbo.

Num grupo de treze casos, constituído só por individuos que apresentavam sinais clínicos de intoxicação, procurou o A., especialmente, encontrar as relações existentes entre o grau da sintomatologia e as quantidades de chumbo, verificando, no que se refere, por exemplo, ao liserado gingival, que a maior parte dos que apresentavam êsse sintoma eram portadores de valores altos de chumbo, mas que nem sempre assim sucedia, e, pelo contrário, nalguns casos sem êsse sintoma, os valores encontrados apresentavam o mesmo



excesso; e do mesmo modo para, anemia, para as granulações basófilas dos eritrócitos, porfirinuria, perturbações neurológicas, renais, etc. Por isso entende que, quando se pretende avaliar do grau de intoxicação dum indivíduo, é necessário, além da pesquisa de todos os sinais clínicos conhecidos, recorrer sempre à análise quantitativa do chumbo, necessidade que se faz sentir especialmente quando aqueles não existem; mas neste caso devem tomar-se tôdas as precauções quando se encontram valores mais ou menos próximos aos valores considerados normais.

J. ROCHETA.

O problema da regulação hipofisária da função renal. (*Zur Frage der hypophysären Steuerung der Nierenfunktion*), por W. VOIGT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 45. 1933.

Sabendo-se que a hipófise é a glândula mais intimamente ligada ao metabolismo da água, era fácil admitir a sua influência hormonal na função renal. De aí numerosos trabalhos sobre o assunto. Voigt procurou saber das relações que podiam existir entre um órgão e outro e para isso procedeu, em três acromegálicos, às provas renais de Volhard (dilução e concentração) e doseamento do ácido úrico e amoníaco, antes e depois da injeção de 2 cc. de pituitrina. Encontrou nos três doentes um retardamento na eliminação da água e do ácido úrico, um efeito insufficiente na anti-diurese da pituitrina e, ao mesmo tempo, uma perturbação na formação do amoníaco. Por isso conclue por admitir uma alteração da função renal, causada pelo adenoma do lobo anterior da hipófise.

J. ROCHETA.

Acêrca da disposição constitucional para a trombose e embolia. (*Über die Konstitutionelle Disposition zur Thrombose und Embolie*), por H. STOLZ. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 45. 1933.

Resume o A. o seu artigo:

1) Investigações em doentes com dermatografismo, aritmia respiratória, bradicardia, linfocitose e esionofilia, mostram que estas perturbações vegetativas constitucionais se traduzem, no sôro, por uma diminuição do tempo de coagulação sanguínea, um retardamento na velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos e por uma quantidade menor de globulinas no sôro.

2) Este aspecto coloidal do sangue encontra-se também nos pacientes que já fizeram uma trombose ou uma embolia e que, além disso, apresentam sinais clínicos mais ou menos acentuados de perturbações vegetativas.

3) Dêste paralelismo entre a composição coloidal do sangue e a lobilidade vegetativa se conclue que a origem da trombose e da embolia está ligada a um determinado factor constitucional, a um aumento de tónus do vaso.

4) Objectivamente reconhece-se esta vagotonia, isto é, a disposição para a trombose e a embolia, da composição coloidal mencionada acima, mas praticamente basta a determinação da velocidade de sedimentação globular; uma diminuição indica disposição para a trombose.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Abriu-se concurso para uma vaga de assistente da cadeira de higiene, da Faculdade de Medicina.

De Lisboa

No dia 5 de Dezembro iniciaram se, na Faculdade de Medicina, as provas de habilitação para o título de professor agregado de medicina interna. Os candidatos foram os Drs. Eduardo Coelho, Fernando Fonseca, Cascão de Anciães e Mário Moreira, que apresentaram, respectivamente, as seguintes teses: «Trombose das coronárias e infarto do miocárdio»; «Terá o agente da tuberculose uma forma filtrável?»; «Contribuição para o estudo da patogenia da litíase biliar e das funções vesiculares»; e «Extrasístoles e bloco. Uma nova compreensão da arritmia extrasistólica pela teoria dos centros infra-limiáres».

Prestaram provas, no dia 5, os Drs. Eduardo Coelho e Mário Moreira, cujos trabalhos foram apreciados pelos Profs. Lopo de Carvalho e Pulido Valente.

No dia 6 discutiram-se os trabalhos dos candidatos Drs. Cascão de Anciães e Fernando Fonseca, pelos Profs. Lopo de Carvalho e Pulido Valente, para o primeiro, e Lopo de Carvalho e Adelino Padesca, para o segundo.

As lições à sorte foram extraídas de entre as quinze seguintes: «Importância patogénica dos espasmos vasculares»; «Crítica da gastroenterostomia sob o ponto de vista do internista»; «As indicações cirúrgicas na litíase biliar»; «Angor pectoris»; «Crítica dos elementos do prognóstico das nefrites crónicas»; «Patogenia da diabetes»; «Insuficiência circulatória»; «Anemia perniciosa»; «Patogenia dos edemas»; «Cirroses hepáticas»; «Etiologia e patogenia da hipertensão arterial»; «Azotémia»; «Diagnóstico da tuberculose pulmonar»; «Tratamento da tuberculose pulmonar»; «Supurações pulmonares e seu tratamento». Os candidatos Eduardo Coelho e Mário Moreira falaram, no dia 8, respectivamente, sobre «Crítica dos elementos do prognóstico das nefrites crónicas» e «Insuficiência circulatória». Foram argüentes os Profs. Pulido Valente e Adelino Padesca.

Aos candidatos Cascão de Anciães e Fernando Fonseca couberam, no dia 9, as seguintes lições: «Crítica dos elementos do prognóstico das nefrites crónicas» e «Patogenia da diabetes». Discutiram a lição do primeiro os Profs. Pulido Valente e Adelino Padesca e a do segundo os Profs. Adelino Padesca e Rocha Pereira (da Faculdade de Medicina do Pôrto).

No dia 11 o Dr. Eduardo Coelho pronunciou a sua lição, à escolha, intitulada «Edema pulmonar agudo», que foi apreciada pelos Profs. Lopo de Carvalho e Pulido Valente. A lição, à escolha, do Dr. Mário Moreira teve por título «Introdução ao estudo da hipertonia essencial» e foi apreciada pelos Profs. Pulido Valente e Rocha Pereira.

O Dr. Cascão de Anciães fêz, no dia 12, a lição à escolha, intitulada «Tratamento das úlceras gástrica e duodenal» e o Dr. Fernando Fonseca fêz a lição sôbre «Tetania paratireopriva». Foram argüentes, de ambos, os Profs. Adelino Padesca e Rocha Pereira.

No dia 13, no Hospital Escolar, em presença duma delegação composta pelos Profs. Salazar de Sousa, Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca, Nicolau de Bettencourt, Henrique Parreira e Rocha Pereira, foram tirados à sorte os doentes, que os candidatos examinaram durante uma hora, e sôbre os quais fizeram um relatório durante três horas. A observação proseguiu durante os dois dias seguintes.

No dia 14 realizou-se uma prova de anatomia patológica macro e microscópica. Em 15 efectuou-se a prova de semiótica, tirada à sorte entre os seguintes pontos: «Auscultação pulmonar (esquema dum doente) e análise de expectoração»; «Determinação da tensão arterial e viscosidade sanguínea»; «Interpretação duma radiografia torácica e velocidade de sedimentação»; «Registo dum electrocardiograma, sua interpretação e dosagem do cloro plasmático»; «Radioscopia pulmonar e fórmula leucocitária»; «Interpretação duma radiografia do estômago e duodeno e determinação do CO₂ alveolar»; «Rectoscopia e pesquisa de parasitas nas fezes»; «Colheita e análise do suco gástrico»; «Punção lombar e análise de líquido céfalo-raquidiano»; «Radioscopia do coração e reacção de aglutinação para o bacilo tífico». O ponto tirado foi «Radioscopia pulmonar e fórmula leucocitária».

Neste mesmo dia os candidatos fizeram novo relatório sôbre os respectivos doentes e sôbre as provas práticas realizadas.

Os relatórios foram lidos no dia 18 e discutidos pelos Profs. Pulido Valente, Adelino Padesca e Rocha Pereira. Após a discussão, iniciaram-se os trabalhos para se proceder à votação.

Foram aprovados os quatro candidatos.

Hospitais

Escolar

O Prof. Adelino Padesca foi nomeado para o lugar de director do Hospital Escolar. Para subdirector foi nomeado o professor auxiliar Dr. Castro Freire.

Civis de Lisboa

O Dr. Álvaro Lapa, assistente do serviço clínico de dermatologia, sifiliografia e doenças venéreas dos Hospitais Civis, foi colocado no quadro e promovido a director do referido serviço.

— Foram nomeados internos do 3.º ano dos serviços clínicos dos Hospitais Civis, precedendo concurso de provas públicas, os Drs.: Henrique Aires Nunes Soares, António Antunes de Meneses, Armindo Crespo, Tertuliano Lopes Soares, Mário Monteiro Pereira, António Esperança Mendes Ferreira, Maria Luiza de Freitas Branco de Herédia, António Rosa Damásio, Armando Cardoso Jorge, Manuel Otero Ferreira, Filipe Queiroz Salazar de Sousa, Carlos Figueira Rêgo, Ricardo Pedro Chaves de Almeida, João Luiz da Veiga, António Durão Leitão, Maria Teresa Duarte da Silva Paulo, Humberto Gabriel da Silva Nunes, Lino Assis Leal de Matos, Rogério Nunes, Amadeu Bettencourt Machado, Jaime da Silva Sardinha Mota, Fernando de Sousa Teixeira de Sampaio, Francisco Adelino de Vasconcelos, Alfredo Augusto Gonçalves Coimbra, Manuel Mota Pereira, Anibal Cardoso e Cunha, José Rico Louro Júnior, Augusto da Assunção Tavares e José Dias Pina Monteiro.

— Abriu-se concurso para o provimento de dois lugares de assistentes dos serviços de radiologia dos hospitais.

— O júri do concurso para o lugar de assistente dos serviços gerais de clínica médica está assim constituído: Drs. Costa Nery, Martins Pereira, Bonhorst, Cancela de Abreu, E. Mac-Bride, Travassos, e Fernando Fonseca.

— Os Drs. Calheiros de Meneses e Queriol Macieira foram nomeados, precedendo concurso, assistentes do serviço clínico da especialidade de otorino-laringologia dos Hospitais Civis.

* * *

Academia das Ciências

Na sessão de 21 de Dezembro do ano findo, na Academia das Ciências, o Prof. Egas Moniz fêz uma comunicação sobre «A prova arteriográfica em casos de aneurismas e angiomas cerebrais».

* * *

Sociedade das Ciências Médicas

Reuniu-se, no dia 20 de Dezembro, a Sociedade das Ciências Médicas. Presidiu o Prof. Salazar de Sousa.

A Dr.^a D. Sara Benoliel apresentou uma proposta de realização do I Congresso Nacional de Protecção à Infância, de que farão parte médicos,

pediatras, sociólogos, obstetricistas, sifilógrafos, tisiologistas, higienistas, juristas, advogados e pedagogos.

Os Profs Salazar de Sousa e Vitor Fontes pronunciaram-se sobre êste assunto.

O Dr. Barahona Fernandes fêz uma comunicação sobre «Relações entre a tuberculose e a demência precoce».

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Realizou-se, no dia 16 de Dezembro findo, mais uma sessão da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica.

Foram apresentadas as seguintes comunicações: «Dois casos de mesenteria comum», pelo Dr. Aires de Sousa; «Um caso de doença marmórea dos ossos», pelo Dr. Fernandes Lopes; «Sobre um caso de sesamóide peroneal», pelo Dr. Guedes Pinto.

Associação Portuguesa de Urologia

A Associação Portuguesa de Urologia inaugurou o novo ano académico, no dia 9 de Dezembro último, sob a presidência do Dr. Henrique Bastos.

O Dr. Artur Ravara apresentou um trabalho sobre «Prostatectomia e electrotomia da próstata», em que fêz ressaltar as indicações dêste metodo de tratamento.

Instituto Português de Oncologia

O Instituto Português de Oncologia inaugurou, no dia 29 de Dezembro findo, o novo pavilhão de Rádio. A inauguração assistiram os Presidentes da República e do Ministério e os Ministros do Interior e das Obras Públicas.

A construção do pavilhão de Rádio iniciara-se em Maio de 1931, consoante os preceitos votados no II Congresso Internacional de Radiologia de Estocolmo, e efectuou-se por dotação ministerial, auxiliada por algumas subscrições públicas. O edificio, que tem quatro pavimentos, comprehende salas de consultas, laboratórios, enfermarias, sala de operações, sala de esterilizações, sala de radiodiagnóstico, biblioteca, cozinha, quartos do pessoal e casa forte.

Esta obra deve-se à tenacidade do Prof. Francisco Gentil, presidente da comissão directora, que tem concebido e orientado a construção do Instituto.

Escola de Medicina Tropical

O Dr. Firmino Santana foi autorizado a reger a cadeira de Climatologia da Escola de Medicina Tropical.

Misericórdia de Lisboa

Publicaram-se portarias que nomeiam os Drs. Luiz Correia Neves e Eurico de Magalhães, respectivamente, director dos dispensários médicos e subdirector do Instituto Médico Central da Misericórdia de Lisboa, e que promovem a médicos efectivos dos serviços externos desta instituição os Drs. José Gonçalves Vaz e Albano Travassos Valdez.

Conferências

No Instituto Luso-Italiano, o Dr. Álvaro de Caires realizou uma conferência intitulada «Esbôço histórico da Medicina dos portugueses em Itália e dos italianos em Portugal».

— No Clube dos Fenianos, do Pôrto, a Dr.^a D. Sara Benoliel pronunciou uma conferência acêrca de «Os preconceitos errados em Puericultura e maneira de combatê-los».

— O Dr. Álvaro Rosa efectuou, na Associação Médica Lusitana, do Pôrto, uma conferência sob o título: «A-propósito da cirurgia óssea; reconstituição dos movimentos da articulação coxo-femural».

— O Prof. Celestino da Costa realizou, na sala dos actos da Faculdade, uma conferência sob o tema: «A missão do estudante de medicina».

Esta conferência marcou o início de uma série de festas que os quintanistas de medicina levaram a cabo êste ano, entre as quais se conta a abertura do I Salão Médico Português.

Viagens de estudo

O Prof. Almeida Garrett, da Faculdade de Medicina do Pôrto, visitou, em missão de estudo, a Escola Nacional de Puericultura de Madrid.

— Os Drs. Fernando Silva Araújo e Carlos Gomes de Oliveira partiram

para Baltimore, como bolseiros da Fundação Rockefeller, por intermédio da Direcção Geral de Saúde, a-fim-de aperfeiçoarem a sua especialização em medicina sanitária.

Médicos escolares

O júri para o concurso para médicos escolares, que se realizou em 18 de Janeiro, ficou assim constituído: Dr. João Serra e Silva, Prof. da Faculdade de Medicina de Coimbra e director geral de Saúde Escolar; Dr. Egas Moniz, Prof. de neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. José Sobral Cid, Prof. de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Benjamin Jorge Calado, director dos serviços de educação física; Dr. António de Almeida, médico do Liceu Normal de Lisboa; Dr. Augusto Lopes de Andrade, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, e Dr. Ary dos Santos.

Homenagens

A Faculdade de Medicina de Estrasburgo conferiu o «prémio Déjerine» ao Dr. Corino de Andrade, que ali se encontra há três anos, a prosseguir os seus estudos de neurologia sob a direcção do Prof. Barré.

— O povo de Arruda dos Vinhos promoveu uma sessão de homenagem ao Dr. Tito de Bourbon e Noronha, que presta serviços clínicos naquela vila há mais de quarenta anos.

Necrologia

Faleceram: em S. Tomé, o Dr. Miguel Machado; no Pôrto, o Dr. Joaquim Augusto de Araújo e Castro.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

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

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

ALUCOL

Hidrato de alumínio coloidal

Reduz a hipercloridria pela fixação
e eliminação do ácido clorídrico

Suprime as manifestações dolorosas do estado hiperclorídrico: ardores, regurgitamentos ácidos, queimaduras do estomago, etc.

Em comprimidos e em pó

Dr. A. WANDER, S.-A., Braga

À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS A 34\$00

UNICOS CONCESSIONÁRIOS
— PARA PORTUGAL —

ALVES & C.ª IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º
L I S B O A



ALUCOL WANDER